

*Après-midi*

## Atelier n° 1 : L'architecture et l'aménagement des hôpitaux

*Ont participé à cet atelier :*

*Pierre RIBOULET, Architecte*

*Nicolas MALIVEL, Architecte*

*Richard BURTON, Architecte*

*Bas MOLENAAR, Architecte*

*Michel RENAUT, Directeur de l'Hôpital d'Argentan*

*L'atelier était animé par Raphaël ACQUIN, fonctionnaire à la Direction de l'Architecture du Ministère de la Culture et de la Communication.*

### Introduction

Raphaël ACQUIN

**Fonctionnaire à la Direction de l'Architecture du Ministère de la Culture et de la Communication**

La promotion de la création architecturale et sa réconciliation avec le patrimoine historique français constituent les principaux objectifs de la Direction de l'Architecture. Les hôpitaux sont, à ce titre, des équipements complexes et importants, entretenant des interactions fortes avec leur environnement. Ils méritent donc que nous nous y attardions. Des architectes évoqueront également les rapports établis avec la maîtrise d'ouvrage.

L'exemple de la construction de l'hôpital Georges Pompidou, étalée sur une douzaine d'années, est d'ailleurs exemplaire. Les aléas budgétaires et les changements de responsables intervenus au niveau du commanditaire (l'Assistance publique), n'empêchèrent pas l'architecte et maître d'œuvre, Eyméric Zublenna, de porter ce projet pendant plus de douze ans. La mise en relief de ce processus de conception, au sein du milieu hospitalier, apparaît donc centrale.

Parallèlement, l'action de la Direction de l'Architecture, associée à d'autres Ministères, a permis l'adoption d'une résolution sur la qualité architecturale en Europe. Ce document, non contraignant, constitue le premier pas vers l'intégration de la notion de qualité architecturale à l'ensemble des politiques

européennes. Cette action s'inscrit donc parfaitement dans le cadre de ces rencontres européennes et internationales consacrées à la place de la culture à l'hôpital. De son côté, le Ministère est favorable à l'organisation d'un colloque sur le thème de l'hôpital et de l'architecture, à l'instar du forum sur le logement social, lancé en partenariat avec la Grande-Bretagne.

## L'hôpital Robert Debré à Paris

Pierre RIBOULET  
Architecte

### **I. Contexte**

#### **1. Une volonté nouvelle des pouvoirs publics**

J'ai gagné, à l'automne 1980, le concours lancé pour la construction de l'hôpital Robert Debré. La phase d'études, en concertation avec les différents services et utilisateurs concernés, s'est étendue sur quatre années. Les travaux, quant à eux, ont nécessité quatre ans supplémentaires. L'hôpital a finalement ouvert ses portes en 1988. L'Assistance publique avait pris la décision courageuse de faire appel, lors de ce concours, à des architectes qui n'avaient jamais conçu d'hôpitaux. Des solutions novatrices étaient en effet recherchées. En 1980, le modèle architectural hospitalier, simpliste, affreux et dominant, consistait en un plateau médico-technique ceinturé de tours, où étaient installées les chambres. Je me suis donc lancé dans cette entreprise de conception avec enthousiasme et vigueur.

## 2. Une alternative au conformisme

Cet hôpital pour enfants devait compter 550 lits, une maternité intégrée, et couvrir près de 80 000 m<sup>2</sup> construits. Il est apparu qu'aucun service n'était semblable. La superposition systématique d'unités devenait absurde. Il convenait, au contraire, de respecter la diversité, sans pour autant compromettre l'unité de l'ensemble. L'architecture doit en effet permettre de créer des lieux adaptés aux fonctions, *a fortiori* au sein d'un hôpital. Cependant, l'attention aux besoins réels ne peut être synonyme d'adoption des stéréotypes en vogue. Les enfants malades disposent, à cet égard, d'une vitalité extraordinaire qu'il nous fallait capter et exprimer. Il est, en outre, impensable de regrouper 2 000 personnes sur le même site sans créer les espaces les reliant entre eux. La surface réduite, 10 à 20 m<sup>2</sup>, des deux mille locaux prévus renforçait encore la nécessité de privilégier le rapprochement à la séparation. Un souci d'ordre esthétique, destiné à embellir les lieux et à susciter l'émotion et le bien-être pour le personnel et les patients, prévalait également. Cependant, les contraintes financières et réglementaires draconiennes réduisent notre marge de manœuvre en la matière. Le travail sur les proportions, les rythmes, les équilibres, et les contrastes reste toutefois possible.

## 3. Un site ingrat

Pour mémoire, l'hôpital est situé sur les anciennes fortifications du XIX<sup>ème</sup> siècle qui ceinturaient Paris. L'espace libre destiné à protéger les murailles et à contenir l'ennemi a d'ailleurs fait l'objet, dans l'entre-deux-guerres, d'un projet avorté de ceinture verte. Seuls quelques squares ont en effet été réalisés. La construction d'équipements publics et de logements sociaux a suivi la Seconde Guerre mondiale. La création du boulevard périphérique a définitivement, et malheureusement, clos le projet initial. L'Assistance publique disposait cependant d'un terrain libre, offert par la Mairie de Paris, et destiné à construire l'hôpital Robert Debré. Ce dernier devait regrouper les hôpitaux pour enfants Hérold et Bretonnaux, visiblement trop vétustes. Le terrain, très ingrat, était bordé au nord par le boulevard périphérique, et par le boulevard Serrurier également très bruyant. L'endroit était, en outre, constitué par les déblais d'un très grand réservoir souterrain d'eau formant une colline artificielle de 25 mètres de haut. Une certaine poésie émanait pourtant du lieu et de cette butte belvédère, qui ouvrait largement la vue sur le ciel et les environs. Cependant, la présence sur ce terrain d'une église, qui n'appartenait pas à l'Assistance publique, nous handicapait encore. Les contraintes liées aux zones d'habitations proches de la porte des Lilas accroissaient les difficultés. Dans ce contexte, l'entrée par le haut du terrain semblait indispensable.

## II. Des solutions originales

### 1. Un bâtiment curviligne

#### *a. La galerie : un espace de transition*

La conception d'un plan horizontal, le long des 250 mètres de ce bâtiment curviligne à l'image du relief et des courbes du quartier, s'est imposée. La création de ce plateau au point haut permettait de d'y réaliser le programme pour moitié au-dessous et pour moitié au-dessus. L'effet de muraille était ainsi évité. Mon idée consistait également à installer, au premier niveau, l'ensemble des locaux à caractère non médical, comme la crèche pour les enfants du personnel, la halte-garderie, l'accueil, les bureaux administratifs, les salles d'enseignement du CHU, et le restaurant. Ces services ont donc été placés le long de cette galerie qui parcourt tout l'édifice, constituant à elle seule l'étage d'accueil et créant un immense espace de transition. L'architecture actuelle fait malheureusement l'impasse sur ces grands seuils, sans lesquels nous passons brutalement d'une fonction à une autre. Cette transition est d'autant plus nécessaire quand il s'agit d'enfants malades et de parents inquiets. L'installation à l'entrée de la crèche du personnel n'est à ce titre pas anodine. Elle participe de la thérapie prouvant qu'au sein de l'hôpital, l'enfance n'est pas forcément malade.

#### *b. Contourner les obstacles*

La déclivité du terrain offrait, en outre, une vue panoramique. Elle permettait également, dans la partie la plus basse, d'ouvrir un second accès de desserte à la plate-forme des urgences, aux chambres de gardes, à la radiologie, au bloc opératoire, et à la réanimation. La galerie, en revanche, est un espace ordinaire, où l'on se promène éventuellement. Les fonctions y sont proches les unes des autres. L'accès réservé aux approvisionnements propres, destinés à la cuisine, la lingerie et la pharmacie, est également situé à ce niveau. En revanche, les évacuations sales sont disposées à un étage inférieur. Les circuits propres et sales sont ainsi séparés. Le plateau des consultations et les services hospitaliers diurnes occupent, de leur côté, les deux étages localisés entre la galerie et le circuit sale. La pédopsychiatrie dispose, quant à elle, de jardins significatifs, dans la mesure où ce service dirigé par le Professeur Dugade à l'hôpital Hérold était très important. Elle est donc à la fois intégrée et séparée de l'hôpital. La maternité occupe, en complément, le premier et le deuxième étage du bâtiment. L'implantation, au sein d'un édifice écran très fort, des ateliers et des laboratoires d'analyse et de recherche constitue, par ailleurs, une barrière phonique efficace au bruit du boulevard périphérique. De fait, ces bâtiments sont calmes et utilisables.

## 2. L'hôpital au cœur d'une urbanité nouvelle

### *a. Une substitution au vide*

Cet ensemble de grande ampleur, construit au cœur d'un espace initialement vide, a donc créé son urbanité propre dans le quartier, grâce à sa galerie, à son jardin d'hiver, et à ses bâtiments étagés sur le terrain, tous revêtus de terre végétale. Les niveaux d'hospitalisation, en retrait les uns par rapport aux autres, bénéficient en outre d'une lumière naturelle. Cette dernière abonde d'ailleurs partout dans l'hôpital. L'ensemble des postes de travail, élément rare à l'époque, est ainsi éclairé de manière naturelle. Dans cette optique, chaque unité de soin ou de diagnostic, comptant vingt à vingt-cinq lits, est unique et jouit d'une forme propre. Le personnel hospitalier et les patients peuvent ainsi s'approprier l'espace. Le belvédère se niche à la proue de ce " grand vaisseau ". Le restaurant, lui, constitue l'aboutissement de la galerie. Le mariage entre les proportions et les contrastes est respecté, en vue d'une harmonie à la fois simple et complexe.

### *b. Un souci esthétique*

Les personnes qui parcourent le quartier ou la galerie doivent être émus par ces formes sous la lumière. L'ensemble est revêtu de carrelage de grès émaillé blanc. Les parties servantes sont en béton naturel. Très peu de matériaux ont été utilisés, de manière à garantir l'unité de l'ensemble. Les terrasses jardins en face des chambres des enfants sont en gazon ; les baies sont vitrées jusqu'au sol afin d'atténuer la sensation de vide. Le toit cesse par ailleurs d'être cet espace inaccessible, pour devenir une manifestation d'architecture avec ces silhouettes très importantes constituées par les locaux et les machineries de l'hôpital. Ce dernier s'enrichit enfin du dialogue entre architecture, peinture et sculpture avec une toile bleue d'Olivier Debré, dont la cimaise a été spécialement construite, et une sculpture de Jean Dubuffet.

## **Raphaël ACQUIN**

L'insertion du très bel hôpital Debré, au cœur du tissu urbain extrêmement dense de Paris, est remarquable. Dans un autre contexte, l'intervention de Richard Burton, concepteur d'un hôpital sur l'île de Wight, élargira notre débat.

# L'hôpital St Mary sur l'île de Wight

Richard BURTON  
Architecte

## I. Une stimulation équilibrée pour trois types d'utilisateurs

La conception de l'hôpital St Mary, sur l'île de Wight, visait à créer un environnement très favorable aux soins. Brian Chapman, l'un des artistes ayant participé au projet, a d'ailleurs largement inspiré mon travail. Je souhaiterais aujourd'hui partager cette expérience, à mon sens importante, et présenter les exigences intrinsèques des trois groupes d'utilisateurs des hôpitaux que sont :

le personnel hospitalier ;  
les patients ;  
les visiteurs.

Il s'est avéré, après enquête, qu'une sur-stimulation des sens apparaissait aussi préoccupante à ces trois groupes qu'une stimulation faible. Notre responsabilité, en tant qu'architectes, consistait donc à générer, en toile de fond, une stimulation équilibrée et changeante. Les stimulations sensibles résultent en effet de variations. Tout neurologue confirmera que l'absence de ces dernières conduit à un arrêt de l'activité cérébrale. Les arguments développés lors de cette conférence vont d'ailleurs dans ce sens. Notre travail s'est donc attaché à jouer au mieux de ces effets de variations, découlant du mouvement des nuages, de la lumière, de la musique, de la peinture, et du travail.

## II. Les solutions mises en place

### 1. La prise en compte de l'angoisse du patient

Parallèlement, l'angoisse du patient, lors des soins, est souvent très vive. Face à la maladie, il peut également se refermer sur lui-même. Sans se substituer aux soins, l'art et l'architecture peuvent le rassurer. A St Mary, la lumière naturelle, les tentures murales, les éclairages et les équipements sont ainsi conçus et destinés à apaiser les malades, contrairement au mobilier très agressif utilisé dans la plupart des hôpitaux. Dans ce contexte, attirer l'attention du patient sur une œuvre d'art ou sur la représentation donnée par des clowns participe également de la thérapie. Elles l'aident souvent à oublier sa souffrance. Il est donc nécessaire d'encourager de telles pratiques. Nous essayons d'y contribuer en créant les espaces appropriés.

## **2. Gérer la convalescence**

Dès son entrée dans la convalescence, le patient doit également se réapproprier le territoire environnant, de manière à revenir dans le monde et à s'adresser à l'extérieur. Ce mouvement de retour sur soi, phase de la maladie, et donc suivi d'une réintégration au monde, phase du rétablissement. La galerie prévue dans l'hôpital Debré, et évoquée dans l'exposé précédent, est à ce titre extraordinaire. La promenade y est en effet possible pour le patient avant son retour dans le monde. Parallèlement, si l'architecte doit bien rester conscient des besoins propres aux services de soins, nécessitant parfois de réduire certains espaces, il conserve cependant une latitude d'action. Nous avons ainsi conçu à St Mary une salle à manger modulable et transformable en théâtre. Des spectacles s'y tiennent tous les mois.

## **3. Les visiteurs et le personnel**

Les visiteurs, de leur côté, ont également besoin d'être rassurés, de manière à ne pas se perdre dans l'hôpital. 8 % de la population n'est en effet pas en mesure de lire les panneaux signalétiques. Une hiérarchie architecturale claire établie entre les niveaux, et compréhensible rapidement, apparaît donc indispensable. Je rejoins ici le point de vue évoqué précédemment par Monsieur Riboulet. Ce souci a également été mis en œuvre à St Mary. Des œuvres d'art balisent par ailleurs le cheminement du visiteur au sein de l'hôpital. L'accueil permet enfin de réorienter les personnes égarées. Le personnel dispose, lui aussi, de ses propres espaces et d'un environnement attrayant. La cafétéria, la salle commune très confortable, la salle d'exposition concourent chacune au recrutement et à la stabilité du personnel.

Les différentes techniques de stimulation mentionnées au cours de cette conférence devraient donc être intégrées aux programmes de conception des hôpitaux. Par ailleurs, si la norme architecturale semblait fondée, depuis vingt ans, sur la construction de grands hôpitaux, elle s'inverse aujourd'hui au profit de structures plus réduites. Le traitement à domicile constitue d'ailleurs l'un des aspects majeurs de ce tournant. Pour conclure, le travail d'architecte dans le secteur hospitalier comprend deux volets essentiels :

la prise en compte du caractère impérativement fonctionnel et opérationnel des services de soins ;  
le souci esthétique de toute démarche architecturale authentique.

## **Raphaël ACQUIN**

Je vous remercie pour la concision de votre exposé. Messieurs Malivel et Renaut évoqueront maintenant le cas de l'hôpital d'Argentan.

# L'hôpital d'Argentan

Nicolas MALIVEL  
Architecte

Michel RENAUT  
Directeur de l'hôpital d'Argentan

## **Nicolas MALIVEL**

L'Assistance publique nous a demandé, en 1980, de rénover un service ORL. Les travaux effectués sur les plafonds ont été importants. Ils constituaient en effet l'un des aspects les plus visibles au sein du service. Nous souhaitions également traiter les chambres individuellement. Un comptable a accepté bénévolement de réaliser des tableaux spécifiques pour chacune de ces chambres. Notre crainte d'aboutir à un système de biche s'est finalement révélée infondée.

Dans ce contexte, je citerai le peintre Fernand Léger, originaire d'Argentan, qui écrivait en 1923 : " L'avènement des villes géométriques, avènement de la vie mécanique. L'objet fabriqué, dur, plastique, beau en soi. La force géométrique dominante, sa pénétration dans tous les domaines, son influence visuelle et psychologique. La couleur élément de première nécessité. La couleur fonction sociale. Le monde du travail, le seul intéressant, vit dans une ambiance intolérable. Pénétrons dans les usines, les banques, les hôpitaux, si la lumière y est exigée qu'éclaire-t-elle ? rien. Faisons entrer la couleur, nécessité vitale comme l'eau et le fer, dosons la savamment. Son influence morale peut être considérable, une ambiance belle et calme, la vie par la couleur, l'hôpital polychrome ".

L'œuvre de Fernand Léger ne laisse rien transparaître de sa vie, des paysages, et des personnes qui l'entouraient. C'est en cela pourtant que son art est universel. Un critique de l'époque Wilhelm Wuhl l'avait noté : " Les tableaux de Fernand Léger n'ont qu'une beauté : la grandeur intérieure. Ils ne s'abaissent jamais aux besoins des individus isolés. Ils se tiennent au-dessus des contingences personnelles. Je les verrais bien dans des laboratoires d'hôpital et d'école ". Fernand Léger revient en France en 1945. Il se lie d'amitié avec de nombreux architectes et s'inscrit au Parti Communiste avec Picasso, Aragon et Matisse. Mais quand Aragon affirme que le Parti n'a qu'une esthétique, le réalisme, il s'insurge.

Il poursuit cependant sa réflexion sur les rapports entre l'art et le peuple. Il écrivait : " J'ai vu que pour jouir vraiment de l'art, une certaine culture, une certaine éducation est nécessaire. Tant que le peuple travaillera jusqu'à 7

heures du soir, il n'y a rien à faire ". Ses conceptions l'ont amené à rencontrer d'autres architectes. Il travaille avec Mallet-Stevens et Le Corbusier. Il participe à des réalisations avec Henri Pingusson et Charlotte Perian. Cependant, son désir de travailler sur l'hôpital trouvera sa consécration, ou presque, aux côtés de l'architecte Paul Nelson. Nelson est un Américain, ancien pilote en France durant la Première Guerre mondiale, qui s'installe à Paris dès la fin du conflit. Il construit l'hôpital de Lille et la clinique chirurgicale d'Ismaëlia. Il est, en outre, naturellement pressenti pour le projet d'hôpital franco-américain. Il demande alors à Fernand Léger de réfléchir aux façades de l'hôpital mémorial.

Ce dernier, écrivain autant que peintre, écrit : " J'estime que le décor architectural ne peut être qu'abstrait. Le tableau de chevalet aussi bon soit-il ne se conçoit pas dans un ensemble architectural. L'œuvre adaptée à l'architecture doit essentiellement tenir compte de celle-ci. Pour moi deux possibilités s'offrent à elle : destruction ou accompagnement du mur ". Pour démontrer sa théorie, il exécute deux toiles. La première, abstraite, est une décoration qui ne tient pas compte des percements et des ouvertures. Elle crée une sorte d'isolement entre le spectateur et le mur que constitue cet hôpital. La seconde, au contraire, accompagne la construction et l'aide à affirmer le style et les horizontales, qu'il retiendra pour les parties basses de l'hôpital. " J'ai procédé, dit-il, de manière assez libre après être allé à Saint-Lô examiner l'immeuble. Ce qui me paraît important est de respecter, entre les couleurs, les réserves grises et blanches offertes par l'architecture elle-même. J'ai pensé, d'autre part, que l'extérieur d'un hôpital devait être accueillant " Malheureusement, nous sommes dans les années 50, et seule la deuxième proposition sera mise en œuvre. Une fresque est cependant implantée près de l'entrée, maigre compensation, ainsi qu'une sculpture gigantesque, fleur polychrome aujourd'hui disparue.

Ces réhabilitations d'hôpitaux, sans être de la taille du projet de construction de l'hôpital Debré mené par mon collègue Pierre Riboulet, restent cependant l'occasion d'apporter une dimension artistique à ces bâtiments. La qualité du rapport entre la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage est à ce titre fondamentale. L'architecte, sans le soutien du Directeur de l'hôpital, est désarmé. La symétrie vaut dans l'autre sens. La connivence entre ces deux pôles me semble donc extrêmement importante.

## **Michel RENAUT**

Au cours de cette opération, qui a duré près de trois ans, le travail permanent entre le personnel et la Direction, interface avec l'architecte, a également été crucial. La ville d'Argentan située à 50 kilomètres de Caen, en Normandie, compte 20 000 habitants. L'hôpital d'Argentan a été créé en 1070 et dédié à Saint Thomas Beckett. Il a été détruit en 1944, reconstruit en 1954, et entièrement restructuré entre 1995 et 2000. Je m'étais promis de ne pas faire peindre en blanc le premier hôpital que je pourrais faire construire. J'ai également eu la chance de travailler avec une équipe d'architectes remarquable rassemblée autour de Nicolas Malivel. Les travaux en étaient aux terrassements, quand ce dernier m'a interrogé sur la décoration. Fernand Léger étant originaire de la région, il nous a semblé légitime de réhabiliter l'hôpital dans ce style.

## **Nicolas MALIVEL**

L'hôpital est un lieu très difficile à la fois pour les patients et pour l'architecte, qui ne doit pas mélanger les circuits et les services. On aboutit, trop souvent, à des machines très fonctionnelles mais très éloignées des patients. Ces derniers ont pourtant besoin d'éléments qui les réconcilient avec la vie et les stimulent dans leur guérison. Dans ce contexte, l'entrée de la couleur dans l'hôpital me semble très naturelle.

## **Michel RENAUT**

La qualité hôtelière améliore l'ensemble de la consultation et de l'hospitalisation, qui a d'ailleurs énormément évolué. Aujourd'hui, nos patients viennent en effet dans un hôpital pour consulter. Traiter le sujet à la manière de Fernand Léger s'explique par la mutation des fonctions hospitalières. L'apprentissage du corps et de ses limites en est l'un des éléments clés. On ne va plus à l'hôpital parce qu'on ne peut plus faire autrement, on y vient quand on l'a choisi. Un tel choix nécessite de disposer d'un accueil irréprochable.

## **Nicolas MALIVEL**

Fernand Léger a étudié l'architecture. Au début du siècle, à vingt ans, il quitte Argentan pour prolonger ses études à Paris. Il y revient et travaille chez Monsieur Corbin, architecte. Il se lie également très rapidement à d'autres architectes, comme Pierre Jeanneret à l'époque où il ne s'appelait pas encore Le Corbusier. Il côtoie aussi Sue et Marre avec lesquels il collabore. Le rapport entre l'architecture et la peinture le fascinait. Le maître d'ouvrage, de son côté, se sent responsable des fonds publics engagés. Il est l'image de ce qu'il produit. Un maître d'ouvrage n'est pas un artiste. Il fait confiance, il délègue, mais il n'impulse pas forcément le projet. Rencontrer un directeur d'hôpital comme Monsieur Renaut, enthousiaste et dynamique, est un immense bonheur pour l'architecte, qui peut enfin exprimer pleinement ses idées. Cette complicité entre le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre est indispensable à la réussite d'un projet.

## **Michel RENAUT**

Deux événements formidables ont eu lieu. D'une part, les visiteurs et les patients ont encouragé cette démarche, estimant que l'hôpital était beau et agréable. D'autre part, nous avons eu la chance extraordinaire de travailler avec le Centre Pompidou et le Musée National Fernand Léger, situé à Biot. Ils ont d'ailleurs reproduit un cirque de Fernand Léger, mis en frise sur une idée du conservateur du musée de Biot. Il est aujourd'hui placé en pédiatrie, et disposé à hauteur du regard des enfants. Madame Bocquier a en outre offert la mosaïque placée à l'entrée. Nous étions également encouragés par les visiteurs. Progressivement d'autres idées ont pris forme. Le couvre-lit, par exemple, a été réalisé grâce au concours de la Réunion des Musées Nationaux et sur la base d'un dessin effectué par Fernand Léger. La dynamique établie entre l'équipe d'architectes et la Direction était en outre très forte. Par ailleurs, notre accord et notre intérêt partagé pour l'art, au-delà des données juridiques et financières, nous faisaient envisager les soins apportés aux patients sous un angle plus humain.

## **Nicolas MALIVEL**

Nous connaissons parfaitement l'ensemble des règles techniques qui régissent le secteur hospitalier. Cependant, la technique n'est pas une finalité. La dimension humaine de l'architecture m'importe également, par un travail sur la lumière et la couleur, indissociables l'une de l'autre. Il est parfois nécessaire d'expliquer au maître d'ouvrage la viabilité et l'harmonie des propositions, sous forme de maquettes, d'échantillons. Construire utile a un sens, mais pourquoi se priver du beau et du merveilleux qui aide pourtant à guérir ? Ne construire qu'utile reviendrait à ne créer qu'une " machine à soins ". Certains hôpitaux, efficaces sur le plan technique, n'en restent pas moins de mauvais hôpitaux sur un plan humain. Ces hôpitaux ne m'intéressent pas.

## **Michel RENAUT**

Cette couleur, violente selon certains, a pourtant immédiatement été adoptée. Les habitants de la région sont en effet fiers d'avoir un représentant célèbre dans le monde entier et originaire des lieux. Il s'agit presque d'un hommage. Cet aspect culturel ne doit cependant pas laisser penser que nos espaces techniques n'ont pas bénéficié du même traitement : ils sont également de très grande qualité. En outre, la reconstruction de l'établissement a permis l'évolution de l'équipe médicale, grâce à l'arrivée de spécialistes, qui ont obtenu les moyens nécessaires à un travail efficace. Tous les patients sont parfaitement pris en charge.

## **Nicolas MALIVEL**

Un certain nombre d'architectes contemporains ont compris que l'utile pouvait être beau. L'utile peut être laid ou beau. Le même phénomène s'applique aux hôpitaux. D'aucuns sont très fonctionnels et très laids. Les patients subissent alors cette absence de prise en considération, cette absence d'art, et ils en souffrent.

## **Michel RENAUT**

Peindre des portes en blanc, en vert, en bleu ou en rouge n'est jamais plus coûteux. Le film a été réalisé avec les fonds du Ministère de la Culture et de la Communication par le biais de la DRAC.

## **Raphaël ACQUIN**

Cet exemple illustre bien la nécessité d'un tandem fort entre maître d'ouvrage et maître d'œuvre pour l'aboutissement du projet sous toutes ses formes. Bas Molenaar va, de son côté, nous faire part de son expérience, relative à un hôpital pour enfants, situé aux Pays-Bas.

## L'hôpital pour enfants d'Utrecht

Bas MOLENAAR  
Architecte

J'ai conçu l'hôpital pour enfants d'Utrecht, sans être jamais entré dans aucun hôpital de ce type. Mon expérience acquise lors de la réalisation d'hôpitaux plus généralistes m'a cependant été utile. Toutefois, l'espace manquait à Utrecht. La construction de l'hôpital s'est donc faite à l'écart de la ville. Nous avons, à ce titre, craint les réactions du personnel.

Parallèlement, nous nous sommes interrogés sur les matériaux choisis par les enfants pour un tel bâtiment. Je me suis livré à un petit jeu auprès de mes deux filles en leur donnant une boîte pleine de différents matériaux. Ma question était la suivante : lequel d'entre eux utiliseriez-vous ? Les réponses, invariables, excluaient toutes la couleur blanche et la curiosité les poussait à jouer avec l'ensemble des matériaux. Nous avons donc décidé de créer des bâtiments de taille réduite, comparativement au grand hôpital Debré. La pénétration de la lumière dans les différents édifices, aux formes très variées, a été jugée prioritaire. La circularité de la façade permettait d'insonoriser le plus grand bâtiment, construit en brique de manière à le protéger du monde extérieur. Nous voulions également planter des grands arbres qui n'auraient pas besoin de vingt ans pour grandir. Les moyens d'éclairage externes étaient par ailleurs très importants.

Concernant l'introduction de l'art dans l'hôpital, notre travail visait à rendre accessibles et utiles les œuvres exposées, contrairement au schéma de collection artistique adopté par l'hôpital d'Amsterdam. Des affiches et des tableaux ont été posés sur les murs. Des photos d'un photographe français y figurent. Cependant, notre objectif premier consistait à créer une salle centrale composée de colonnes s'entrecroisant. Il s'agissait du seul lieu, où nous pouvions échapper à la règle consistant à prévoir suffisamment d'espace pour 2 000 chambres.

La primauté de l'enfant sur le patient apparaissait évidente, à l'instar des propos de mon collègue Richard Burton. L'adage vaut également pour le personnel hospitalier et pour les proches, tous aussi importants. Il n'a pas été simple de trouver des sculptures produites dans les délais impartis. Néanmoins, des statues de 8 mètres de haut, ressemblant à des dragons, peuplent aujourd'hui le jardin de l'hôpital. Le Conseil d'administration pensait que les enfants seraient effrayés, mais ces derniers l'étaient bien plus par la maladie. Ils descendaient donc jouer dans le parc avec ces statues.

Des œuvres d'art plus interactives ont également été installées. Un artiste a ainsi créé, pour le service de radiologie, des œuvres qui, si vous les touchez,

poussent comme des plantes ou sifflent à la manière des oiseaux. Un adulte doit s'agenouiller pour profiter de l'œuvre, conçue pour les enfants. Cette œuvre d'art, bruyante, gênait les membres du personnel. En revanche, les enfants la trouvaient très ludique. Elle leur permettait d'attendre en s'amusant.

D'autres propositions non pas été retenues. J'aurais en effet souhaité concevoir un lieu équipé d'un clavier projetant des formes sur un écran géant. Les membres du Conseil d'administration s'inquiétaient du type de projections que privilégieraient les enfants. Il s'agissait pourtant d'une très bonne idée rendant l'œuvre d'art plus accessible. Je terminerai par le film tourné dans le Jura et intitulé *Le retour du chapeau*. Une personne jette donc son chapeau qui lui revient sans cesse miraculeusement. Les enfants ne se contentent pas de regarder ce film et de quitter le lieu. Au contraire, ils se placent devant l'écran et s'inventent un personnage. Tous portent le chapeau de paille, déposé par l'artiste, qu'ils découvrent sur leur lit à leur arrivée dans l'hôpital.

## Questions et débats

### **De la salle**

Originaire de Londres, je suis désolée de ne pas avoir vu de photos du bâtiment de l'île de Wight. Concernant la rotation du personnel soignant, la première évaluation clinique de l'influence des arts sur les patients est aujourd'hui disponible. L'effet majeur touche à la stabilité supérieure du personnel, dès lors que leur lieu de travail est agréable. Pour revenir à Monsieur Malivel, j'aimerais savoir si vous ne disposez dans ce bâtiment que d'œuvres de Fernand Léger ?

### **Nicolas MALIVEL**

Monsieur Renaut a découvert qu'il existait des chapiteaux datant du XII<sup>ème</sup> siècle, entreposés dans les caves d'un musée d'un château normand. Il a donc fait valoir ses droits de propriétaire sur ces derniers. Ces chapiteaux polychromes sont aujourd'hui restaurés. J'ai terminé d'en dessiner les présentoirs d'exposition. L'art dans cet hôpital ne s'arrête donc pas aux œuvres de Fernand Léger. Il est vivant et évolue avec le temps.

## **Michel RENAUT**

Il est évidemment important de travailler d'abord et avant tout pour le patient. Cependant, il convient également de comprendre que le passé millénaire de cet hôpital, en dépit des destructions anglo-américaines opérées lors de la seconde guerre mondiale, reste riche et puissant. Une projection pertinente dans l'avenir passe en effet par une identification claire de notre passé.

### **De la salle**

L'environnement architectural et hospitalier est un élément clé du bien-être du personnel, à l'instar de la relation entre employé et employeurs. Cette satisfaction a un impact fort sur les soins reçus par le patient. Cependant, ce problème est insuffisamment intégré au programme d'architecture. Pourtant une gamme de services très variés existe au sein de l'hôpital. Un service de cardiologie n'est pas identique à un service de pédiatrie. L'hôpital doit donc repenser l'ensemble de son mode d'organisation. Les nouvelles technologies de l'information devraient l'y aider.

### **De la salle**

Si le patient doit en effet délimiter son territoire au sein de l'hôpital, la cohabitation entre les familles et le personnel est parfois très difficile au sein d'un espace réduit. Cette maltraitance découle d'une promiscuité trop grande. L'espace doit donc être repensé, au risque d'aboutir à une situation contraire à la qualité de vie des patients. En outre, nous sommes confrontés dans les hôpitaux pédiatriques français à des enfants de 0 à 18 ans. Il est remarquable, qu'au cours de ces journées, personne n'ait évoqué le cas des nourrissons qui constituent pourtant le quart de la population pédiatrique. Les adolescents, à l'inverse, posent un certain nombre de problèmes, dans la mesure où leur coexistence avec les enfants en bas âge n'est pas toujours aisée. Dans ce contexte, le Canada a adopté un modèle basé sur des tranches d'âge (0-2 ans, 2-4 ans...), dont nous pourrions nous inspirer. J'appellerais enfin les architectes à prendre en compte dans leur démarche les espaces de jeux extérieurs. Les enfants ne sont pas tous bloqués au lit. Ils se promènent et circulent. L'activité sportive et physique est trop souvent absente de la vie de l'hôpital, quand beaucoup de jeunes patients, même hospitalisés, ont besoin de se dépenser.

## **Richard BURTON**

Je partage entièrement cette opinion.

## **Pierre RIBOULET**

Plus d'éléments dépendent de la programmation que du programme d'architecture. Je rejoins cependant les préoccupations précédentes relatives aux espaces extérieurs. Pour remédier à ce problème, des terrasses bien protégées ont été installées au pied des chambres de l'hôpital Debré. Des espaces communs, une galerie, le jardin d'hiver et des salles de jour sont également en place. Le problème reste de savoir si le personnel soignant dispose d'un temps suffisant pour surveiller ces enfants qui joueraient à l'extérieur.

### **De la salle**

J'ai lu, Monsieur Riboulet, votre superbe livre que je conseille à tous les directeurs d'hôpitaux. Personnellement, j'interviens dans un établissement chaotique où la gestion antérieure cause encore de graves problèmes. La situation n'est donc pas idéale. Je soulignerai simplement que l'amélioration du cadre de travail du personnel s'accompagne parfois de sa destruction presque automatique. La négligence en la matière est fréquente.

### **De la salle**

Ne pensez-vous pas que l'on peut aller trop loin, comme dans le cas de l'hôpital d'Argentan ? Cela ne risque-t-il pas de geler l'introduction d'autres œuvres d'art ?

## **Nicolas MALIVEL**

Au contraire, il s'agit du début d'un mouvement. L'hôpital d'Argentan fonctionne avec le FRAC, un certain nombre d'œuvres d'art tournent donc dans l'hôpital.

## **Michel RENAUT**

Dans le restaurant du personnel, dans les escaliers, les œuvres sont signées Matisse et Braque. Des visiteurs ou d'anciens patients participent, en outre, au renouvellement de nos œuvres par des dons ou des prêts.

### **De la salle**

L'architecture de l'hôpital Debré m'a fait penser à celles des îles grecques. La référence est-elle explicite ?

## **Pierre RIBOULET**

La Grèce est un des fondements de notre culture. Cependant, l'idée des terrains successifs découlait de la déclivité du site, en très forte dénivellation. Par ailleurs, l'hôpital recouvrant l'ensemble du terrain d'une surface finalement réduite, j'ai pensé recomposer le terrain et refaire une colline construite et accessible par les jardins.

### **De la salle**

Les Néerlandais ont développé l'aspect ludique de l'art à l'hôpital. Les Anglais, de leur côté, ont insisté sur le côté humain. Quant à nous, Français, nous pensons trop à la pierre. Nous en oublions l'importance des services. L'exemple typique de ce stress généré par la densification reste le site de La Défense, où près de 200 000 personnes déferlent chaque matin au coude à coude. Le partenariat établi dans les hôpitaux doit donc dépasser le cadre du maître d'œuvre architecte pour passer à une logique pluridisciplinaire.