

Comme les architectures reflètent l'identité et les valeurs d'une société, les constructions de santé doivent témoigner des relations de la population au soin, des valeurs du monde médical d'aujourd'hui et servir l'épanouissement de ses pratiques.

Comme toute construction, a fortiori importantes en échelle et en nombre, les architectures de santé ont un rôle dépassant leurs seuls usages. Comme l'énonce la Mission Interministérielle pour la Qualité des

Constructions Publiques (MIQCP), elles « *constituent des éléments importants du cadre de vie que les maîtres d'ouvrage, l'État, les collectivités locales ou leurs établissements publics vont léguer aux générations futures.* »

Comme les architectures reflètent l'identité et les valeurs d'une société, les constructions de santé doivent témoigner des relations de la population au soin, des valeurs du monde médical d'aujourd'hui et servir l'épanouissement de ses pratiques. Face à ces responsabilités fondamentales qui nécessitent de croiser de nombreux talents, les maîtres d'ouvrage peuvent souhaiter soutien et expertise. La commission « *Bonnes Pratiques - Conception Augmentée* » de l'UAFS a synthétisé quelques-uns des enjeux actuels de la conception des architectures de santé, afin de proposer des outils opérationnels à destination des Maîtres d'Ouvrage.

Etat des lieux

50 % du parc hospitalier public français est impropre à sa destination soit 30 millions de m² ! Un rapport de la Fédération Hospitalière de France (FHF) de 2015 révèle que plus de la moitié des infrastructures sont mal ou peu adaptées à leur usage, principalement car elles ne sont pas en mesure d'intégrer ces évolutions.

Sur un cycle de vie de 30 ans, la construction ne représente que 5% du coût de fonctionnement de l'hôpital.

La part de l'investissement dans la programmation, la conception et la construction d'un bâtiment hospitalier est faible au regard de son coût

global d'exploitation. Il n'existe pas ou peu d'outils réels d'évaluation du retour sur investissement ou bien ceux qui existent sont devenus obsolètes.

Des études démontrent l'impact direct de l'environnement du patient sur son taux de rétablissement.

Une étude de l'University Medical Center of Princeton démontre que la qualité de l'environnement du patient (ergonomie, lumière naturelle, présence du végétal) impacte directement le taux de rétablissement : diminution de la durée de séjour, baisse de l'usage de médicaments et réduction des complications post-hospitalisation)

Propositions et ouvertures

#1 L'évolution d'un site hospitalier et son interface avec la ville est-elle toujours fluide et cohérente ?

L'interaction ville-hôpital est vitale avec le développement de l'ambulatoire et l'articulation des prises en charge à la médecine de ville. Peu d'établissements mettent en place un schéma directeur urbain en cohérence avec le plan directeur hospitalier, rassemblant les composantes du projet médical, la qualité urbaine et paysagère, les mobilités et les capacités d'évolutions ou mutations futures. Il est Un « *plan-guide hospitalier* » porté par un duo Concepteur + Programmiste référent permettrait d'assurer la cohérence du développement des sites hospitaliers, leur évolution raisonnée, qualitative et maîtrisée à long terme. Comme c'est le cas aujourd'hui à l'échelle d'une ville ou une agglomération avec l'Architecte Conseil*, Ce duo jouerait un rôle de conseil auprès de la Maîtrise d'Ouvrage et l'accompagnerait dans la durée pour le développement de son site et dans ses relations avec les acteurs de l'aménagement du territoire.

#2 Comment reconnecter la programmation avec le choix de la maîtrise d'œuvre et le suivi des études ?

La fragmentation des missions entre les programmistes qui travaillent en amont pour traduire l'expression des besoins fonctionnels et techniques, et les concepteurs qui interviennent en aval pour traduire ces besoins en espaces fonctionnels et sensibles, limite les enrichissements mutuels qui peuvent naître de la confrontation entre le programme et le projet architectural. Bien souvent prescriptif, le Programme Technique Détaillé laisse une marge de manœuvre limitée aux concepteurs pour innover et intégrer pleinement les utilisateurs (soignants, directeurs, ingénieurs...) dans un processus de co-conception avec la communauté hospitalière.

Pourtant, le Code de la Commande Publique permet bien de procéder à des évolutions du programme et du projet architectural jusqu'à la fin de l'Avant-Projet Définitif. Dans les procédures intégrant le constructeur dès l'esquisse (Conception-réalisation, CREM, Marché global de performance), la gestion des évolutions de projet en cours d'étude est en revanche souvent contractuellement complexe ou coûteuse.

#3 Quel est le meilleur niveau de rendu pour un concours ?

Le processus de conception nécessite des allers-retours avec la MO et les utilisateurs, et chaque phase d'étude correspond à une étape-clé précisant le projet. Détailler trop tôt, lors du concours, fige une stratégie générale de projet qui demande à être mûrie. A ce stade, le projet est jugé sur ses partis stratégiques fonctionnels, techniques et architecturaux. La mise au point fonctionnelle détaillée d'un service sera faite en concertation avec les utilisateurs après désignation du lauréat. Comme le préconise la loi MOP**, les concours d'architecture devraient correspondre à un niveau d'étude « *Esquisse* » ou « *Esquisse+* ». Il est aujourd'hui plus souvent équivalent à un niveau APS+ ou APD auquel s'ajoute une surenchère d'éléments de rendu (images, film, maquettes) rendant souvent la comparaison plus difficile entre les différents projets. Cette surenchère est triplement perdante : coûteuse pour le Maître d'Ouvrage dans son analyse des offres et en indemnités de concours, et paradoxalement coûteuse également pour les concepteurs pour lesquels l'augmentation du niveau de rendu ne suit pas l'évolution de ces indemnités, celles-ci couvrant à peine la moitié des dépenses engagées. En 10 ans, le coût d'un concours a doublé sans valeur ajoutée avérée pour la qualité du projet final.

#4 Le ratio SDO/SU, seul «juge de paix»?

La validation du financement du projet par les tutelles (Commissions Nationales d'Investissement en Santé, ARS) est très souvent conditionnée au respect d'objectifs de ratios Surface Dans Ouvres (SDO)/Surface Utile (SU).

Dans un souci d'optimisation des dépenses, ces ratios n'ont eu de cesse de se réduire au cours des 15 dernières années. Paradoxalement, les distances à parcourir par les personnels ou le linéaire de façade (et donc de lumière naturelle) ne seront pas forcément plus performant avec un ratio faible. Par ailleurs, plus le ratio est « serré », moins le projet pourra se réadapter dans le temps et moins il offrira d'espaces de réserves d'usage ou de réappropriation pour des usages futurs.

Aussi, si l'on considère l'évaluation d'un projet sur la performance de ses organisations, incluant ses capacités d'adaptation, de durabilité et ses qualités d'usages, les critères d'évaluation seraient alors tout autres. La mise en place du Conseil national d'investissement en santé est l'opportunité de réinterroger ces critères. L'UAFS y travaille dans le cadre de sa commission Bonnes pratiques et entend apporter sa contribution à ces réflexions.

#5 Comment augmenter la qualité des projets de concours?

En Suisse, tout concours public fait l'objet d'un rapport d'analyse argumenté, avec présentation des différents projets et des raisons qui ont motivé les choix du jury. Ce rapport est rendu public et transmis à l'ensemble des candidats ayant participé au concours.

Accroître la transparence des décisions du Jury de concours en instaurant une publication systématique des projets candidats et l'analyse qui en a été faite, permettrait d'une part aux membres du jury d'objectiver

et ainsi faciliter leurs choix, d'autre part à l'ensemble des acteurs de l'acte de conception (maîtres d'ouvrage, programmistes, concepteurs) de profiter du retour d'expérience pour progresser.

#6 Le recours aux Conception-Réalisation ou aux Marchés Globaux de Performance sont-ils pertinents pour des projets Hospitaliers?

Dans une volonté de maîtrise des délais et des coûts, certaines Maîtrises d'Ouvrage estiment limiter les risques en ayant recours aux procédures qui rassemblent MOE et constructeur (et parfois exploitant) sans interroger son rapport qualité/cout/flexibilité. Force est de constater aujourd'hui que ces procédures, longues et coûteuses pour tous les acteurs (concepteurs, constructeur mais aussi pour la Maîtrise d'Ouvrage), ne satisfont personne dans leur format actuel.

En contractualisant un marché de travaux dès le départ, elles vont réduire la souplesse d'adaptation du projet en cours d'étude sans pour autant garantir sa qualité finale.

Si les prestations fonctionnelles et de performance technique seront globalement garanties par contrat, c'est beaucoup moins certain pour les prestations « sensibles » et la pérennité des ouvrages dans le temps. Enfin et surtout, ce type de procédure limite toute évolution du projet après passation des marchés et le Maître d'Ouvrage doit en avoir pleinement conscience au moment de son choix.

Sans opposer les modèles, il apparaît que le recours à ces procédures peut être pertinent dans certains cas où la technicité particulière requiert l'expertise et l'accompagnement des constructeurs au moment de la conception, et si le contexte du projet (technique et social) est précis et stabilisé.

UNION DES ARCHITECTES FRANCOPHONES POUR LA SANTÉ



*membres de la commission « Bonnes pratiques pour une conception augmentée »

Présidents de commission: Antoine Buisseret, architecte (Groupe-6) - Michel Rémon, architecte (Atelier Michel Rémon & Associés)

Membres: Pascale Abadie (Moswo) - Alain Achard, ingénieur - Régis Bertrand (MIQCP) - Olivier Contré, architecte (agence Bartholo-Contre) - Christophe Damian, architecte (A26) - François Dupire, ingénieur (Ingérop) - Geraldine Maurice, architecte (Groupe-6) - François Moucheron, programmiste (Socofit) - Pierre Nassif, ingénieur hospitalier (CHU-Caen) - Alexis Peyer, architecte (Atelier Michel Rémon & Associés) - Nathalie Pierre, architecte (Groupe-6) - Charlotte Pijcke, architecte (MBA) - David Labeau, architecte (Assar) - Eric Giroud, programmiste et AMO (OTEIS) - Olivier Huygues (Eiffage) - Hélène Lorenzi-Hardouin, architecte (Sanae) - Jérôme Terlaud, architecte (Séquences architecture) - Nicolas Vanoost (Archipelago) - Stéphane Vermeulen, architecte (VK) - Jacques Roos, ingénieur hospitalier (IHF) - Vincent Sainte Marie Gauthier, programmiste et AMO (Embase) - Dominique Wira (Aerocom).