

# QUELS ESPACES POUR L'HÔPITAL DE DEMAIN ?

Guy BERNFELD

Directeur du patrimoine, Assistance Publique des hôpitaux de Paris.

[Résumé par Marie-Claire Ruiz](#)

[L'article complet](#)

L'hôpital : l'étymologie du mot (hospes) indique tout d'abord la destination du bâtiment. A l'époque où l'on cheminait à cheval ou à pied, la chambre d'hospitalité « le cubiculum hospitale » existait dans la demeure des personnages riches et permettait par charité et par intérêt de retenir les étrangers.

La complexité de l'hôpital c'est d'être d'abord un lieu, un espace physique, lieu d'échange et de prises en charge sanitaire et sociale mais aussi un lieu de savoir, de symbole et de pouvoir.

L'hôpital aujourd'hui à Paris, c'est bien entendu l'HEGP et sa gestion informatisée, mais c'est aussi la Pitié-Salpêtrière et son site de 30 hectares, l'Hôtel-Dieu et sa presque quadruple densité, ou Saint-Louis et son royal quadrilatère. C'est encore l'hôpital Joffre au cœur de la forêt de Sénart, ou l'hôpital maritime de Berck au milieu des dunes de la côte d'Opale, c'est aussi l'hôpital Avicenne à Bobigny, symbole de toute une communauté ou encore Henri Mondor à Créteil, signal urbain inévitable. L'hôpital d'aujourd'hui est multiple, héritier d'un long passé, ancré dans le sol et dans les mentalités.

Mais que sera l'hôpital de demain ? Un réseau virtuel, une industrie de pointe, une plate-forme d'échange à équidistance des centres urbains ou une maison de quartier ? espaces physiques, espaces virtuels, espaces clos, espaces ouverts. On ne peut parler d'espaces sans parler d'espèces dirait Georges Perec ! et l'hôpital est avant tout peut-être l'espace de tous les paradoxes : entre la vie et la mort, la santé et la maladie, la peur de la misère et de la différence, l'attente de la solidarité et de la fraternité.

## **I L'HÔPITAL : UN NOM, DES LIEUX**

**Hôtel, Hospital, Hospice, Hôpital, la notion même a beaucoup évolué au cours des siècles.** Le terme a insensiblement recouvert des significations diverses. Il désigne, au départ une maison destinée à recevoir les malheureux touchés par l'âge, la maladie ou les infirmités.

Cette hospitalité se diffuse au Moyen âge en Europe occidentale avec le christianisme et les grands ordres monastiques. Si l'hôpital-infirmerie accueille

au pied de la cathédrale, la maladrerie (ou la léproserie) isole hors les murs.

Sous la monarchie, L'hôpital général, plus proche de la maladrerie, enferme, sur ordre de la police, les mendiants, les vagabonds et les femmes de mauvaise vie. La période révolutionnaire enrichit la terminologie en distinguant les missions : Hôtel-Dieu toujours en coeur de cité pour les soins, et hôpital pour les contagieux plus excentrés, Hospice ou maisons pour la bienfaisance, avant que naissent au cours du XIXe siècle les concepts d'asile, puis de centre ou de dispensaire.

L'hôpital, comme nous le connaissons aujourd'hui, naît véritablement dans la 2<sup>e</sup> moitié du XIXe siècle, où il accompagne le grand mouvement d'urbanisation dont il constitue l'un des équipements majeurs.

**L'hôpital est un recours** et c'est pourquoi, dès sa plus lointaine origine, l'hôpital est à la fois sur le plan moral, un lieu vénérable, et sur le plan social et institutionnel, un lieu religieux donc sacralisé.

L'hôpital, d'asile à la pauvreté, devient progressivement le pivot de l'organisation sanitaire. La loi de 1941 qui ouvre l'hôpital à toutes les catégories de population et la création de la sécurité sociale (1945) qui lui apporte des moyens importants, annoncent une ère nouvelle. Ce recours, s'il est devenu aujourd'hui laïque, fait dire au généticien Axel Kahn que « le nouvel humanisme, est toujours d'accueillir et de soigner, même avec beaucoup de technique. »

Le Président de la République, en inaugurant le Salon Hôpital Expo le 14 mars dernier, soulignait également ce besoin d'accueil : « L'hôpital porte en lui la double exigence de l'excellence et de l'hospitalité qui lui impose d'offrir à tout malade, sans distinction, les meilleurs soins. Fidèle à sa vocation, il doit être un lieu d'humanité et de fraternité tout en demeurant à l'avant garde de l'innovation médicale ».

### **L'hôpital est aussi un lieu urbain, par sa localisation et par son fonctionnement**

La plupart de nos Hôtel-Dieu trouvent leur origine dans une Domus Dei épiscopale. Un des premiers lieux connus avec certitude est celui d'Arles où Saint Césaire (503/543) affecta à cet usage une maison très spacieuse. Quant aux anciens hôpitaux généraux, constitués au XVIIe siècle et situés hors les murs pour des raisons de sécurité et de contagion, ils se sont vus progressivement englobés par la ville qui, débordant de ses enceintes, s'est diffusée le long de ses chemins d'accès.

**Lieu d'accueil ou lieu de relégation, l'hôpital lui-même**, historiquement isolé, protégé dans son enceinte dès le XVIIe siècle, **est un véritable quartier de ville** avec ses lieux de résidence (unités d'hospitalisation, logements), ses équipements (restaurant, crèche, jardin d'enfant, écoles) sa logistique (cuisine, usine, ateliers, lieu de stockage, réserves, dépôts de fluides...) ses réseaux de desserte, circuits de livraison, de desserte, ses parkings, ses espaces verts, voire ses commerces (cafeteria, journaux, cadeaux...). On y travaille, mais on y

vit également, on y accède souvent librement, on y vient pour quelques heures, le temps d'une visite ou même d'une opération, pour quelques jours, parfois aussi pour quelques mois voire quelques années.

**L'hôpital est un pôle de vie économique, un pôle d'emploi** (en région parisienne, en moyenne entre 1000 et 3000 emplois par site) **un pôle d'échange**, (c'est entre 20 000 et 40 000 hospitalisations et entre 100 000 et 300 000 consultations annuelles, sauf dans les hôpitaux de gérontologie) **une véritable petite cité en somme.**

### **L'hôpital est, bien entendu, un lieu médical**

Tenon fournit en 1789 une liste de 2326 hôpitaux « La structure hospitalière de la France peut donc se lire de trois façons, dans sa réalité ancienne, dominée par le souci d'une charité indifférenciée, dans sa réalité profonde du 18<sup>ème</sup> siècle, marquée par son rôle de protection sociale, dans sa réalité à venir et qui prend déjà corps : celle de garant de la santé nationale.

La carte hospitalière doit dépendre de la démographie, des fameux « bassins de vie » et fait apparaître la relation privilégiée qui existe entre l'hôpital et la ville.

### **L'hôpital est un lieu de savoir**

A l'époque révolutionnaire apparaît aussi la conception nouvelle de l'hôpital comme centre des soins délicats et d'enseignement de haut niveau, conception confortée également par la création des pharmacies hospitalières.

L'externat puis l'internat des Hôpitaux de Paris créés en 1802 par Chaptal donnent accès aux premiers grades de la hiérarchie hospitalière.

L'enseignement rénové de la médecine doit avant tout d'être pratique « peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire » invite Foucroy.

« Ouvrez quelques cadavres, écrit Bichat, vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que jamais la seule observation n'aurait pu dissiper. »

L'hôpital qui seul permet l'acquisition en même lieu de la clinique, science médicale placée en face du lit du malade et de l'anatomie pathologique, devient l'espace privilégié du développement de la médecine et de son enseignement. Ceci sera consacré avec les ordonnances du 30 novembre 1958 sur la Réforme hospitalo-universitaire.

Les centres hospitalo-universitaires sont dotés d'une mission officielle de recherche au même titre que celles d'enseignement et des soins. La réforme Debré officialise ainsi l'égalité voulue entre les 2 types d'enseignements : cliniciens et fondamentalistes.

### **L'hôpital est un lieu de pouvoir et s'est vu l'espace de multiples luttes :**

Lutte entre les religieux et les laïcs pour la prise en charge administrative des hôpitaux dès le Moyen âge et surtout à la renaissance.

Lutte entre le caractère social et médical.

Lutte entre l'hospitalisation et d'autres formes d'organisations des soins.

Lutte entre les spécialités.

## **II DES SITES EN PERPÉTUELLE ÉVOLUTION**

Lieu complexe technique, social et politique, l'hôpital est avant tout lieu tout court, site, espace physique.

Si l'on connaît bien aujourd'hui l'histoire de l'architecture hospitalière, on ignore plus souvent l'histoire des sites hospitaliers, leur mode de composition, de sédimentation, d'organisation.

**Du IXe siècle jusqu'au début du XXe siècle, l'insertion de l'hôpital dans son environnement immédiat ainsi que les soins apportés aux espaces extérieurs étaient primordiaux**, que ce soit pour des raisons religieuses (proximité des édifices religieux), esthétiques (inspiration de l'architecture italienne) ou scientifiques (application des théories dites "pneumatiques").

**A partir des années 1930, la primauté de la technique et de la fonction de soins ont relégué au second plan l'aménagement des sites hospitaliers.**

Centrée sur le confort du malade, la politique d'humanisation entreprise par l'AP-HP depuis plusieurs années justifie l'application de mesures tant esthétiques (recours à une architecture moins austère pour un cadre d'accueil et de séjour agréable) que fonctionnelles (généralisation des chambres individuelles, amélioration des conditions de sécurité...).

Une organisation cohérente du site et des espaces extérieurs valorisés jouent dès lors un rôle fondamental pour accompagner cette nouvelle dimension sociale.

**La connaissance de l'histoire du site n'a de sens que si elle éclaire le présent, aussi s'agira-t-il plus de définir l'espace dans son aboutissement actuel que dans sa forme originale.**

Pour permettre une approche urbaine du territoire hospitalier, les emprises ont été classées en 5 modèles d'organisation spatiale qui se différencient selon.

1. Leur relation à la ville,
2. leur patrimoine bâti,
3. leurs espaces extérieurs.

**Bien évidemment, chaque hôpital est un cas unique en matière d'organisation spatiale.** Il est issu d'un contexte géographique et économique précis qui interfère sur son fonctionnement (localisation centre/périphérie,

médecine spécialisée ou générale...).

**Certaines constantes apparaissent toutefois d'un cas à l'autre**, justifiant l'appartenance à tel ou tel modèle.

En règle générale ces constantes reposent sur une mise en pratique de conceptions architecturales et scientifiques similaires, ainsi que sur un mode d'évolution identique.

1. **Le modèle lotissement** correspond à des hôpitaux nés entre les XVIIe et le début du XXe siècle.

Il se distingue par la dispersion sur l'emprise des bâtiments et des services (médicaux, administratifs...).

Il se caractérise aujourd'hui, d'une part par sa vaste emprise, d'autre part par l'hétérogénéité de ses bâtiments (constructions d'époque, de style et de nature variés).

Ces deux caractéristiques majeures suscitent une difficile appréhension du site, renforcée par une dispersion des constructions sur l'ensemble de l'emprise.

La proportion d'espaces non bâtis est supérieure à celle des espaces bâtis confirmant par ailleurs ce phénomène de mitage. (hôpital Bichat).

L'implantation au coup par coup a conduit à une rapide saturation du site, entraînant de nombreux problèmes de renouvellement des constructions.

Le modèle lotissement dispose de peu de réserves foncières. La moindre parcelle disponible suscite dès lors de très nombreux projets. (hôpital Saint-Louis)

En terme de fonctionnement, les voiries présentent des inadaptations majeures aux usages (conflits d'usage piétons et voitures) en raison de leur dimensionnement. Les circulations piétonnes se révèlent discontinues, l'espace consacré à la voiture étant plus important que celui accordé aux piétons.

Les espaces libres sont rarement affectés à la détente. Trop souvent, ils remplissent un simple rôle de liaison entre les bâtiments. Ils sont généralement occupés par des véhicules, signe d'une capacité insuffisante en matière de stationnement.

2. **Le modèle aggloméré** est représenté, dans sa majorité, par des hôpitaux hygiénistes du XIXe siècle.

Son emprise se répartit en une couronne périphérique bâtie ceinturant un noyau dense comprenant l'hôpital d'origine.

Variante du modèle lotissement, l'organisation du modèle aggloméré est étroitement dépendante de la superficie restreinte des emprises, aussi l'éclatement du bâti n'a-t-il pas été reproduit.

En effet faute de terrain suffisamment vaste, les nouvelles constructions complétant la composition initiale se sont, soit greffées aux bâtiments anciens, soit accolées à la clôture de l'hôpital. Dans ce dernier cas, elles ne sont séparées du noyau historique que par la largeur d'une voie centrale de circulation (hôpital Laennec).

Progressivement, cette ceinture périphérique s'est densifiée. Elle constitue aujourd'hui une limite marquée, distinguant clairement le territoire hospitalier de la ville.

Cette évolution a conduit au morcellement de l'espace public. De nombreux espaces résiduels subsistent sans statut spécifique. De même les parcours piétons sont discontinus, ne facilitant pas la liaison d'un bâtiment à l'autre.

La voirie centrale introduit un élément de rationalisation de l'espace. Son tracé organisé en boucle irrigue l'ensemble du site et canalise les véhicules sur un unique parcours.

Ce système facilite l'orientation des usagers. (hôpital Fernand Widal construit en 1858 par Labrouste) Toutefois, insuffisamment dimensionné, il ne permet pas une fluidité de circulation. De même, il n'offre que peu de places de stationnement sur voirie.

Le problème du stationnement est par conséquent préoccupant. Il rend l'espace illisible : stationnement sauvage systématique, occupation des quelques espaces de détente, interruptions des cheminements piétons, engorgements ponctuels de la voirie...

**3. Héritier des sanatoriums** de la fin du XIXe et du début du XXe siècle, le **modèle articulé** dispose de pavillons autonomes reliés entre eux par des galeries couvertes.

Les hôpitaux appartenant au modèle articulé ont progressivement été reconvertis et destinés aux secteurs gériatriques, psychiatrique ou à l'accueil des polyhandicapés. Ces activités ont conféré un profil particulier à ces équipements.

Localisés en des lieux présentant des conditions géographiques propices au repos (campagne, bord de mer, montagne) ces hôpitaux ont accordé une grande importance aux espaces de détente représentant plus des trois-quarts de la superficie totale des emprises.

Ces espaces ont une vocation thérapeutique. Tel un écran protecteur, ils enserrent intégralement les bâtiments.

Le bâti est composé de pavillons de gabarit peu élevé (R à R+5), parfois un peu plus, reliés entre eux par des galeries couvertes (Dupuytren).

Une artère primaire de circulation contourne l'ensemble du bâti et dessert chaque pavillon. Toutefois son tracé originel a parfois été interrompu puis

rétabli. Ce réseau élémentaire est adapté aux besoins modestes de ces hôpitaux en matière de circulation et de stationnement.

Complétant ces voies de circulation, de nombreux cheminements piétons ont été dessinés, irriguant l'ensemble du site et invitant à la promenade. Néanmoins les franges sont rarement appropriées par les patients, ces derniers se contentant des abords immédiats des bâtiments.

#### **4. Le modèle compact** a été adopté à partir de 1932.

Application des théories fonctionnalistes, il se caractérise par l'intériorisation des services dans un bâtiment monobloc au centre d'une emprise.

Situé en proche banlieue et le plus souvent à proximité d'infrastructures de transport importantes, ce modèle est conçu pour la voiture. La présence de nappes de stationnement autour du bâtiment principal confirme cette orientation.

Son gabarit élevé lui confère une fonction de repère urbain et facilite les déplacements des usagers jusqu'à lui. Toutefois cette caractéristique volumétrique contraste avec le tissu environnant et crée une rupture dans la trame urbaine.

Les surfaces de l'emprise bâtie sont quatre fois moins importantes que les espaces libres. Cette répartition découle de la concentration du bâti en un seul bloc.

Disposant d'opportunités d'extension, ce modèle offre ainsi une grande flexibilité foncière.

A cette souplesse s'ajoute souvent la flexibilité de la structure poteaux/poutres des bâtiments centraux.

En contrepartie de cette concentration en un seul bâtiment, de vastes espaces verts non traités et non appropriés subsistent en marge de l'emprise.

Les déplacements s'organisent selon un circuit radial.

Dès l'entrée, les véhicules sont directement orientés vers l'aire de stationnement. Un cheminement piéton guide les usagers jusqu'au bâtiment. Les flux convergent vers un même lieu d'arrivée : le hall central du monobloc.

A l'intérieur de l'hôpital les déplacements horizontaux laissent place à des circulations verticales.

#### **5. Le modèle horizontal** lui succède à partir des années 1980.

Il est le reflet de la politique d'humanisation. Il se caractérise par une emprise bâtie unique occupant la quasi-totalité du terrain.

Symbole de technicité, le bâtiment de gabarit élevé se présente tel un bloc indivisible et homogène dont la prégnance sur le paysage environnant en fait un véritable repère urbain. Les services sont concentrés dans cet unique bâtiment.



Ce mode d'occupation ne laisse que de peu de réserves foncières effectives.

Les cheminements s'organisent le long d'une rue intérieure piétonne ouverte à tous sur laquelle viennent se greffer des modules de consultations et d'hospitalisation disposant de leur propre circulation verticale.

Cet axe central qui guide aisément le patient ou le visiteur est relié à l'espace public urbain. Très animé, il accueille des fonctions non médicales et symbolise le prolongement de la ville dans l'hôpital.

Le seuil entre ces deux territoires est toutefois clairement marqué. Les accès sont différenciés selon les usages : l'entrée véhicules correspond à celle du parc de stationnement souterrain localisé sous l'hôpital et les circulations piétonnes, en nombre réduit, mènent directement à la rue intérieure.

**Tous ces sites ne peuvent avoir le même avenir.**

Certains connaissent aujourd'hui, de par leur organisation, leur localisation, une saturation évidente, d'autre, à l'inverse moins soumis aux pressions diverse, semblent flotter dans un habit trop grand.

**Tous néanmoins prouvent, une fois encore, la nécessaire adaptation, au fil du temps, de l'espace à ses fonctions,** qu'elles soient médicales, sociales ou économiques.

Et il est indispensable de distinguer espace géographique et espace bâti, la désaffectation du premier n'entraînant pas forcément la démolition du second !!

### **III QUE SERA DEMAIN L'HÔPITAL,**

**lui qui aujourd'hui doit encore profondément se transformer et s'adapter :**

- ***Plus technologique ?***

La France accuse encore un grand retard en matière d'équipements médicaux novateurs, le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), celui de tomographie à émission de positons (TEP) est très nettement inférieur en France à ce qu'il est dans la plupart des pays européens. De même pour des équipements moins lourds, comme les défibrillateurs, le matériel d'hospitalisation à domicile, les pompes anti-douleur...

- ***Moins exclusif ? :***

L'hôpital depuis 1970 n'intervient exclusivement que pour des prises en charge sanitaires. De fait, il intervient de plus en plus pour traiter certains patients en situation de précarité. L'AP-HP a mis en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS - SAMU Social).

L'hôpital, encore trop centré sur une logique d'organisation interne plus que sur



les besoins des personnes malades, l'hôpital malade de cloisonnement et de corporatisme, doit développer de nouvelles idées de solidarité et de rapprochement des activités sanitaires, sociales, d'enseignement, de recherche et de prévention..

- **Plus ramifié ? :**

L'hôpital doit se développer au sein d'un réseau partant des structures des médecins généralistes, avec des prolongements sur le médico-social, en multipliant les systèmes mobiles, la veille permanente, les points d'écoute et d'orientation et l'hospitalisation à domicile.

Ce réseau doit prendre en compte le malade dans toute sa globalité.

Les réformes de 1991 et 1996 contribuent à la mutation de l'institution hospitalière, pour l'ouvrir sur son environnement et l'accrocher, l'articuler au territoire.

La mise en place de réseaux inter-hospitaliers, la recherche de complémentarité, la quête d'une véritable efficacité médico-économiques des soins hospitaliers à l'instar des principales expériences étrangères illustrent les formidables atouts que constitue une stratégie hospitalière dans un environnement territorial économique et social dynamique.

Ainsi, le réseau de prise en charge des toxicomanes fait intervenir de nombreux partenaires, hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centre d'hébergement, médecins généralistes.

Les réseaux sont très concernés également par la prévention. Ainsi on peut citer pour l'Ile-de-France le réseau ville - hôpital de prévention périnatale et parentale de la maltraitance mais également des réseaux de prévention en matière de nutrition, de tabagisme, d'alcoolisme, de suicide et bien d'autres...

### **L'hôpital restera-t-il l'unité de base du système ?**

« La question importante pour l'avenir est de savoir si l'unité de base du système restera l'hôpital, ou si la clinique, les professionnels ou le réseau prendront sa place ; si les réseaux seront liés par contrat à l'hôpital, ou bien au généraliste comme au Royaume-Uni ou à un HMO comme aux Etats-Unis »,

En tout état de cause, la question centrale sera : **va-t-on négocier avec les réseaux ou va-t-on inventer le réseau à partir de l'hôpital ?**

### **Et qui va financer les réseaux ? ? ? ? (faut-il garder ce §)**

« Le système actuel ne va pas dans la bonne direction, estime Jean de Kervasdoué, Professeur en charge de la chaire d'Economie de la Santé au Conservatoire des Arts et Métiers : « au Parlement, les débats portent sur les enveloppes accordées aux médecins généralistes, aux spécialistes, à l'hôpital, aux cliniques, aux prescriptions médicales, aux infirmières, aux ambulanciers... Vient ensuite la répartition régionale, laquelle est différente pour les hôpitaux et

pour les cliniques. Ce n'est pas raisonnable. On est en train de créer des murs de Berlin ! »

**L'hôpital de l'avenir pourrait d'être une plate-forme de santé, c'est-à-dire une tête de réseau, un point de connexion traversé par un système d'information reliant tous les acteurs de santé, avec comme point commun un identifiant unique du malade et un dossier médical numérisé et partagé.**

L'hôpital reposera de plus en plus sur un système d'information sophistiqué plutôt que sur un bâtiment monumental.

**L'hôpital est de moins en moins un lieu de séjour (sauf pour la rééducation, les accidents vasculaires cérébraux ou encore la gériatrie – Alzheimer-), il sera de plus en plus un lieu de passage.**

Ceci va influencer la conception des espaces, ou à côté du plateau technique vont se développer des espaces réservés à l'ambulatoire, des espaces ouverts à d'autres acteurs comme la médecine libérale ou les associations de malades, ou bien encore des services complémentaires ou connexes à la santé.

**Cet ensemble, vaste complexe d'échange de la santé, va devenir un lieu de convergence. Une telle mise en réseau est complexe, car elle repose sur l'abandon du cloisonnement et du fractionnement du système.** Elle va également remettre en question la séparation nette entre le sanitaire et le social, décidée en 1970. C'est le retour à la mission sociale de l'hôpital.

Ce regard qui change sur l'environnement, entraîne un travail avec de nombreux acteurs.

**Ainsi, les réseaux de cancérologie** ont pour objet de garantir la qualité des soins en tous points du parcours du patient et de concilier la proximité et l'égalité des chances au sein du système.

**Ainsi en matière de gérontologie**, depuis les ordonnances de 1996, de nombreux décrets et circulaires ont précisé le concept du réseau, comme une réponse organisée sur un territoire donné d'un ensemble de professionnels par rapport aux attentes, aux demandes et au besoins des personnes âgées.

**En France, il y a actuellement entre 1000 et 1500 réseaux identifiés.**

L'évolution de l'hôpital va donc largement se faire virtuellement hors les murs par la compétence des équipes qui se délocalisent en se rendant au chevet du malade et dans les maisons de retraite, par la permanence du service public y compris dans le domaine médico-social, par un réseau d'enseignement et de recherche qui mette ses protocoles à disposition d'autres structures par une diffusion des savoirs.

Ces réseaux concernent aussi la télémedecine qui concerne autant la transmission d'images (radiographies, échographies, scanner, IRM...) que la surveillance médicale à domicile (grossesses à risques, diabétiques, personnes

âgées...)

A l'échelle nationale, les maternités françaises vont être mises en réseau pour améliorer le diagnostic prénatal et pour réduire une mortalité néonatale.

Les grandes mutations médicales contribuent largement à l'émergence des réseaux.

Le professeur Guy Frija, radiologue, lors du Colloque de l'Unesco de décembre 1999 sur l'hôpital du XX<sup>ième</sup> siècle, déclarait : « grâce à la conjonction des progrès accomplis en biologie, en ingénierie moléculaire et en physique, les diverses techniques d'imagerie vont offrir des possibilités de diagnostic obtenues toujours plus rapidement, mais aussi moins dangereuses et plus précises.

Tout ceci va induire de nouveaux métiers, de nouvelles organisations, modifier les enjeux et générer également de nouvelles contraintes. »

En chirurgie, la robotique et la captation des images en tri-dimensionnel vont aussi modifier les contours de la médecine et de la chirurgie.

Toutes ces nouvelles techniques, seront utilisées comme un levier dans la réorganisation du système hospitalier. »

Il faudra transcender goût du pouvoir et rivalité territoriale pour des coopérations plus soutenues au sein des fédérations de gestion commune ou des centres de responsabilités.

Enfin, le développement de l'Hospitalisation à Domicile va aussi ouvrir l'hôpital sur la cité. Il est désormais possible de traiter chez eux un nombre croissant de patients, notamment ceux qui souffrent d'insuffisance respiratoire chronique grave et de maladies infectieuses ou cancéreuses requérant l'administration régulière d'une chimiothérapie, d'antibiotique ou d'analgésique par perfusion.

**Au travers de ces évolutions, l'hôpital, plaque tournante de santé, doit devenir référent, communicant et transparent**

Cette mutation devrait être accompagnée de réflexion autour de l'architecture, de nouvelles procédures organisationnelles et de complémentarités exprimées sur des bases régionales.

L'hôpital doit répondre au défi du vieillissement, au défi de travailler avec les autres, au défi de la prévention, au défi de l'accessibilité aux soins d'urgence.

Compte tenu des bouleversements rapides du médical, du technique et des systèmes d'information, il serait illusoire de faire des projections à long terme.

Néanmoins, on peut penser que la plate-forme hospitalière sera conçue :

- autour d'un système logistique à flux tendu
- d'une rapidité d'accessibilité à tous les éléments de l'hôpital avec le

patient au centre du dispositif. Ce ne sera plus au malade de se déplacer, mais il sera pris en charge globalement

- d'un plateau technique, plus utilisé en amplitude horaire et donc plus compacte avec une véritable explosion des nouvelles techniques d'imagerie et des systèmes d'aide à la décision
- avec des nouvelles techniques en diagnostic nécessitant par exemple des manipulations cellulaires impliquant une centralisation et une robotisation des laboratoires.

L'architecture devra alors être plus humaine et plus proche de l'hôtel que de l'internat.

La maisonnée, en particulier en gériatrie, unité quasiment pavillonnaire, parfaitement identifiée au sein d'un bâtiment plus complexe remplacera progressivement, l'unité, l'étage ou le couloir.

Enfin, le bâtiment hospitalier va devoir être sinon flexible, du moins versatile, c'est-à-dire adaptable, car comment savoir quel sera le service, quelle sera la discipline qui se développera ou s'atrophiera dans dix ans ?

La conception doit donc être prospective, en particulier au niveau des réseaux techniques et des trames de structures.

**Hôpital adaptable, hôpital tête de réseau, hôpital référent, hôpital communiquant, hôpital transparent...**

Si des valeurs hospitalières qui ont inspiré tant de générations d'hospitaliers comme l'accueil, la qualité des soins, l'égalité des soins renvoient à un long processus historique que nous venons d'évoquer, les valeurs d'humanité et de fraternité vont revenir à égalité avec les attentes de technicité.

#### **IV L'HOPITAL, ESPACE DE TOUS LES PARADOXES :**

L'hôpital qui se fonde dans la ville, qui attire informe et soigne, est la composante centrale de la chaîne de santé en train de se mettre en place au profit des citoyens. L'hôpital pivot connaît aujourd'hui une véritable difficulté à gérer dans un même lieu la totalité des paradoxes qui le fonde

Historiquement dans les murs et hors les murs, médical et social, hospitalier et répressif, espace de convergence et de diffusion, à la fois centrifuge et centripète, il doit être demain :

Plus réparti sur le territoire, mais plus concentré dans ses activités

Plus proche des patients, mais plus loin des centres

Plus ouvert sur la ville mais plus protecteur pour les patients fragilisés

Plus facile d'accès à tous, mais plus résistant à la pression de l'automobile

Plus virtuel, mais plus attentif à la qualité esthétique des ambiances ou des matériaux

Plus adapté à l'évolution des normes mais plus respectueux de son patrimoine

Plus technique, mais plus chaleureux

Plus équipé mais plus discret

Plus rapide mais plus à l'écoute

Plus économe mais plus entreprenant

Plus rentable mais plus « service public » !

### **CONCLUSION DE NOUVEAUX ESPACES POUR DE NOUVEAUX HOPITAUX**

**Au total il y a place non pour un mais pour plusieurs hôpitaux, non pour un espace mais pour une diversité d'espaces.**

L'hôpital de demain aura sans doute besoin de grandes emprises qui hébergeront des pôles médicaux très techniques, très denses, très spécialisés et localisés à des points stratégiques du territoire, en coeur de bassin de vie c'est à dire bien souvent à équidistance des centres urbains (à l'image des gares TGV !!!).

Dans le même temps, la ville ne pourra se passer d'espaces hospitaliers de proximité moins médicalisés, plus généralistes et plus à l'échelle humaine, plus réduits en taille, plus dispersés mais plus intégrés au tissu urbain. (maison des adolescents, appartements thérapeutiques)

Pour suivre cette évolution, il faudra une fois encore, que les emprises hospitalières, les bâtiments hospitaliers s'adaptent, se reconfigurent, se redistribuent : sur les sites existants ou sur de nouveaux sites, dans des bâtiments anciens ou dans de nouvelles constructions.

Inévitablement, l'hôpital libèrera en plein cœur de ville, des espaces, des bâtiments, qui devront retrouver une nouvelle affectation, un nouvel usage.

De par leur localisation plus que centenaire, les anciens hôpitaux français sont les lieux par excellence du renouvellement urbain.

De par leur histoire et la taille de leurs emprises, ils sont aussi l'une des rares opportunités de recréer de la centralité.

Porteurs de sens profond (ceux de la vie et de la mort), ils recèlent un patrimoine d'une rare qualité pour les villes, que les collectivités ne doivent pas ignorer.

L'espace de l'hôpital, c'est l'espace de la ville, c'est l'espace de la société qui se reflète comme dans un fidèle miroir.

Saurons-nous gérer ces paradoxes, assumer que la ville évolue, qu'elle se transforme ?

Saurons-nous organiser dans l'espace la nouvelle plate-forme d'échange et de soins spécialisés, aussi bien que la maison d'accueil de proximité centrée sur une prise en charge globale de l'individu dans sa complexité ?

Saurons-nous affecter, désaffecter, réaffecter, choisir les traces que nous léguerons tout en acceptant d'en faire disparaître en participant au mouvement séculaire de récréation ?

Saurons-nous dans l'espace traduire les mutations de la société ?

Ces missions incombent aux décideurs autant qu'aux bâtisseurs et aux penseurs.

Lors du Colloque à l'UNESCO en décembre 1999 sur l'hôpital du XXI<sup>e</sup> siècle, organisé par l'AP-HP, Edouard Couty, Directeur des Hôpitaux au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, déclarait : « l'hôpital ne sera pas un plateau technique hypertrophié, isolé et silencieux. Il sera l'élément d'un tissu vivant composé de différentes cellules qui comporte la ville et la communauté scientifique. Il faut donc que la réglementation et les financements puissent évoluer dans un même sens.

On le voit, l'ouverture de l'institution hospitalière hors de ses murs dépendra non seulement de sa propre réactivité et de celle de ses personnels, mais également de la capacité de son environnement réglementaire et des acteurs politiques à accompagner, voire favoriser, cette évolution, en l'inscrivant dans le sol et dans l'espace.

« Le problème, a dit Georges Perec, n'est pas d'inventer l'espace, encore moins de le ré-inventer mais de l'interroger ou plus simplement encore de le lire : car ce que nous appelons quotidienneté n'est pas évidence, mais opacité : une forme de cécité, une manière d'anesthésie ».

[Haut de la page](#)



[Retour  
au  
menu  
général](#)

[Actes  
2000](#)

