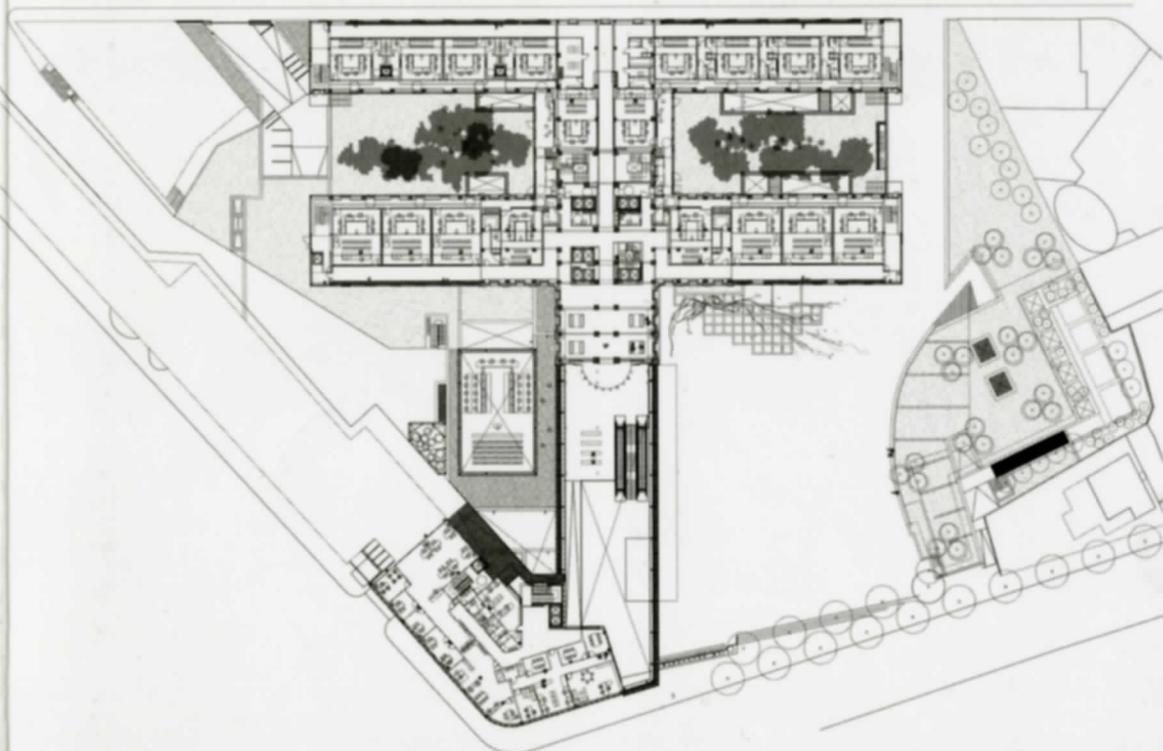


sous la direction de

LILA BONNEAU DONATO SEVERO

LA RECONVERSION DES GRANDES AIRES HOSPITALIÈRES DU XX^{ÈME} SIÈCLE

EXPÉRIENCES
NATIONALES ET
INTERNATIONALES



L'hôpital contemporain fait face à des changements fonctionnels et architecturaux dans des proportions inédites, ce qui entraîne la cession croissante de sites hospitaliers, leur transformation, voire leur destruction. Dans les prochaines années, de nombreux édifices en Europe et en Amérique du Nord devront être reconvertis pour de nouvelles utilisations. Ce phénomène ne cesse de prendre de l'ampleur et touche aujourd'hui de nombreuses grandes aires hospitalières confrontées aux problématiques urbaines du renouvellement et de la densification du bâti, ou encore du développement durable.

Cet ouvrage s'interroge sur un des phénomènes les plus marquants de la transformation de l'architecture, de la ville et du système sanitaire d'aujourd'hui : la reconversion des grandes aires hospitalières du XX^{ème} siècle avec des contributions d'architectes et d'experts français et de plusieurs pays : USA, Canada, Belgique, Espagne, Italie.

Volumes de la série

- 01 Leçons Parisiennes – Lezioni Parigine d'architettura
- 02 Temporalités et régénération de la ville historique: l'Arsenal de Venise – Temporalità e rigenerazione della città storica: l'Arsenale di Venezia
- 03 La reconversion des grandes aires hospitalières du XX^{ème} siècle



sous la direction de

LILA BONNEAU DONATO SEVERO

LA RECONVERSION DES GRANDES AIRES HOSPITALIÈRES DU XX^{ÈME} SIÈCLE

EXPÉRIENCES
NATIONALES ET
INTERNATIONALES



Programme pluriannuel de recherche 2019-2020
Architecture du XX^e siècle,
matière à projet
pour la ville durable du XXI^e siècle

En partenariat avec le ministère de la Transition écologique et solidaire et le ministère
de la Culture sous l'égide de la Fondation pour l'Architecture et la Ville durable, en collaboration avec
le Plan national construction-artitecture, l'Agence nationale pour le
renouveau urbain, le Centre des études et congrès de l'Union sociale pour l'habitat.



Avec le patronage

Collana **Poesis** || 03

Comité scientifique – Comitato Scientifico

PierAntonio Val – Università Iuav di Venezia (direttore della collana)
Sara de Giles – Universidad De Sevilla
Giulio Lupo – Università di Brescia
Giulia Marino – École Polytechnique Fédérale de Lausanne
José Morales Sánchez – Universidad De Sevilla
Sara Protasoni – Politecnico di Milano
Donato Severo – École Nationale Supérieure d'Architecture Paris-Val de Seine

Les travaux de cette série sont soumis à un examen à l'aveugle par le comité scientifique.
Le opere della presente collana sono sottoposte a blind review da parte del comitato scientifico.

Sous la direction de
Lila Bonneau, Donato Severo

**La reconversion des grandes aires hospitalières du XX^e siècle.
Expériences nationales et internationales**

ISBN 979-12-5953-038-7

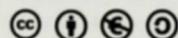
Éditeur – Editore
Anteferna Edizioni S.r.l.
via Asolo 12, Conegliano, TV
edizioni@anteferna.it

Première édition – Prima edizione
Février – Febbraio 2023

Photographie de la couverture :
Reconversion de l'Hôpital Xeral (1946) en « Cité de la Justice » (2017-2020) de Vigo (Galicia, Espagne).
Schémas en plan. Estudio Alfonso Penela

Photographies de couverture internes :
L'école d'architecture de Clermont-Ferrand. Axel Dahl
Hôpital Broussais. Vue sur rue des ajouts de volumes se glissant dans la trame des bâtiments à peigne existants. Samuel Delmas

Copyright



Ce travail est distribué sous licence Creative Commons Attribution – Non-commercial – Travaux non dérivés, 4.0 International
Questo lavoro è distribuito con Licenza Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – No opere derivate 4.0 Internazionale

Lila Bonneau, Donato Severo

Les auteurs remercient pour leurs apports les contributeurs à cet ouvrage intervenus lors du Colloque international, ainsi que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) Martin Hirsch, François Crémieux, Olivier Vilain, Virginie Barrabé, Géraldine Duverneuil, Denis Marchal, Nathalie Pons-Kerjean, Grégoire Rigal, Alain Sauvagnet, et les Archives de l'AP-HP, Hélène Servant et Marie Barthélémy.

Les auteurs remercient chaleureusement l'École Nationale Supérieure d'Architecture Paris-Val de Seine et le Directeur Philippe Bach qui ont soutenus le Colloque international, l'exposition des projets de reconversion et la publication de cet ouvrage. Dans toutes ces initiatives, un apport essentiel et efficace a été fourni par le service communication de l'ENSAP-VS Anne Petitjean et Valérie Manikowski, auxquelles va notre gratitude.

Notre reconnaissance particulière va aux enseignants-chercheurs de l'Axe « Architecture, Santé, Vulnérabilité » du Laboratoire EVCAU engagés dans cette entreprise Marc Benard, Olivier Bouet, André Del, Yann Goubin, Julien Schoevaert et à Pierre-Louis Laget et Florent Paoli. Un grand merci à Marie Lessard, Annmarie Adams et à David Theodore pour leur aide dans les recherches effectuées en Amérique du nord.

Les auteurs tiennent à remercier Pauline Duval qui a assuré une tâche vitale la coordination et la récolte ordonnée des contributions écrites et de l'iconographie de l'ouvrage.

Lila Bonneau, Donato Severo

LA RECONVERSION DES GRANDES AIRES HOSPITALIÈRES DU XX^{ÈME} SIÈCLE Expériences nationales et internationales

Avant-propos 10

PREFACES

Stéphanie Celle *Ministère de la Culture* 15

François Cremieux *Directeur général adjoint de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris* 19

Philippe Bach *Directeur de l'École Nationale Supérieure d'Architecture
Paris-Val de Seine* 23

INTRODUCTIONS

Donato Severo La transformation des grandes aires hospitalières du XX^{ème}
siècle - laboratoire de l'architecture du XXI^{ème} siècle 30

Lila Bonneau L'hôpital Beaujon, Clichy (1935) France - Amérique du Nord
histoire d'une réciprocité en devenir 64

PARTIE 1 TRANSPOSITIONS

Marc Warnery Réutiliser, préserver, intégrer l'architecture contemporaine
dans des contextes historiques - stratégies pour la
reconversion des grandes aires hospitalières 90

Alfonso Carlos Penela La reconversion de l'Hôpital Xeral (1946) en « Cité de la Justice »
(2017-2020) de Vigo (Galicia, Espagne) 104

Charles Giraudet Autopsie de l'infrastructure sanitaire du New Deal à New
York - Isadore Rosenfield et ses hôpitaux 120

Marie Lessard La reconversion des ensembles hospitaliers montréalais
désaffectés - enjeux et projets 140

PARTIE 2 TRANSCRIRE L'IMPÉRATIF THÉRAPEUTIQUE MODERNE

- Philippe Villien* La reconversion des sites de santé et l'apparition de l'hôpital compact à patios 156
- Alain Benini* Héritage hospitalier, quel avenir ? La modernisation de l'hôpital Edouard Herriot des Hospices Civils de Lyon 166
- Sevdalina Valokova* Le trésor caché au sein des bâtiments désaffectés. La reconversion de l'hôpital Gilles de Corbeil-Essonnes (1980) d'André Wogenscky 178
- Samuel Delmas* La reconversion de l'ancien hôpital Broussais (bâtiment chirurgie et labo) en EHPAD 186

PARTIE 3 DISCONTINUITÉ DES SITES PSYCHIATRIQUES

- Jean-Claude Pena* La reconversion urbaine et la valorisation du site de Perray Vacluse 200
- Giuseppina Scavuzzo, Sergio Pratali Maffei* La possible reconversion d'un asile de frontière révolutionnaire. Le cas de l'Hôpital de Gorizia (Parco Basaglia) 210
- Claudia Pintor* Continuité de la propriété, discontinuité du sens. Le cas de réutilisation du système des asiles de la Sardaigne 220

PARTIE 4 TRANS/SANATORIA

- Philippe Grandvoinet* La reconversion des sanatoriums de cure antituberculeuse enjeux et potentiels 232
- Solène Duplessis* De la ligne au lieu. La reconversion du sanatorium du parc de la Bucaille à Aincourt (Val d'Oise, 95) 244
- Laura Glain* Un esprit sain dans un corps sain. Du sanatorium au gymnasium 262
- Dominique Lyon* La reconversion du sanatorium de Clermont-Ferrand en école d'architecture 270

POST-FACE

- Xavier Dousson* Changer le regard pour une pédagogie du concret 278
- Biographies 290
- Bibliographie sélective 304

Avant-propos

Le Colloque international *La reconversion des grandes aires hospitalières du XX^{ème} siècle expériences nationales et internationales* a eu l'objectif de poser les fondements d'une réflexion théorique et pratique à l'échelle internationale dans l'objectif de mesurer l'ampleur du phénomène de la reconversion des édifices hospitaliers du XX^{ème} siècle et d'en comprendre les nombreuses conséquences sociales, culturelles et patrimoniales. Dans le même temps, nous avons voulu étudier les stratégies et les processus de transformation. Quels sont les méthodes et les protocoles d'intervention dans les dynamiques de reconversion ? Les communications ont mis l'accent notamment sur le projet architectural et urbain, au regard des problèmes spécifiques posés par la réutilisation du patrimoine hospitalier, comme sur les potentialités d'adaptabilité, de flexibilité des édifices au regard des évolutions sociétales et environnementales du XXI^{ème} siècle. Un ensemble de recommandations à la fois théoriques, programmatiques, architecturales et urbanistiques a été avancé dans l'objectif de sensibiliser les professionnels, les gestionnaires comme les acteurs institutionnels et associatifs.

La préparation et les travaux du Colloque ont été un moment de collaboration entre plusieurs partenaires institutionnels l'AP-HP Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, avec notamment le groupe hospitalier universitaire AP-HP-7 et les puissantes archives de

l'AP-HP l'Université de Paris l'Axe Architecture, Santé, Vulnérabilité du Laboratoire EVCAU l'ENSAP-VS. A cette synergie ont contribué la présence et le parrainage du ministère de la Culture du ministère des Solidarités et de la Santé de la Cité de l'Architecture & du Patrimoine de la SFHH, Société Française Histoire des Hôpitaux.

La formation d'un comité scientifique d'experts et de personnalités qualifiées, et un appel à communication lancé au niveau international en juillet 2019 a permis d'enrichir un programme de communications qui a vu la participation d'experts français et de plusieurs pays (USA, Canada, Espagne, Italie, Belgique). La publication des actes s'est enrichie des réflexions sur les changements des paradigmes que la crise pandémique de 2020-2022 – et ses enchevêtrements avec la crise environnementale – ont imposé à tous les acteurs qui interviennent dans la transformation de cette partie fondamentale de l'architecture et de la ville du XX^{ème} siècle.

PARTIE
TRANSPOSITION

Réutiliser, préserver, intégrer l'architecture contemporaine dans des contextes historiques stratégies pour la reconversion des grandes aires hospitalières

Marc Warnery, Agence Reichen et Robert & Associés.

La reconversion

Depuis moins de cinquante ans, la pratique de l'architecture s'intéresse au « déjà-là » et au « faire avec ».

La simplicité de la *tabula Rasa*, l'énoncé de la « modernité » corrigeant les erreurs du passé, mais aussi une société qui vivait en expansion sur des ressources imaginées comme inépuisables ne se préoccupait pas dans les années 70 de son « patrimoine » architectural mineur et de son environnement bâti, il pouvait simplement être reconstruit dans le mouvement perpétuel d'un éternel recommencement.

Les premières expériences de la reconversion sont proposées au début des années 1970, sur le modèle des reconversions des docks et des hangars de Manhattan, par l'agence Reichen et Robert & Associés.

En commençant par des programmes banals comme le logement social, les projets de reconversion proposent une interprétation des programmes normés vers plus de diversités, de richesses, de volumes et d'espaces. L'architecture de la reconversion nécessite de prendre l'espace comme une donnée et le programme comme une variable. Ce sont les premières reconversions des sites industriels des filatures du Nord qui en sont l'exemple.

Ces projets, par nature « impurs », sont très vite appropriés par leurs usagers. La présence de la patine des matériaux et de la variété des époques de constructions s'associent à la préservation d'un « bien commun » et remettent ce patrimoine « collectif » en mouvement.

Graduellement, ces projets font que les différents patrimoines industriels, résidentiels et fonctionnels s'ancrent dans l'imaginaire de notre société. L'architecture et les architectes reconnaissent alors intuitivement les valeurs de ces existants, sans qu'il soit nécessaire de les classer ou de les inscrire au patrimoine.

Cette démarche de préservation et de reconversion est aujourd'hui courante. Elle est devenue une évidence et trouve même un écho dans les démarches environnementales de l'énergie grise.

Plusieurs éléments sont venus étayer le bienfait de cette démarche de conception architecturale

- la volonté d'ancrer les projets architecturaux ou urbains dans une plus grande proximité avec leur contexte. L'ancrage culturel et local a pris beaucoup d'importance. L'utilisation des bâtiments existants, ou parfois d'une partie seulement, permet de « colorer » tout un quartier et de créer du lien
- la volonté de reconstruire la « ville sur la ville » (contrepartie de la préservation des territoires naturels) dans des processus de renouvellement urbain ont conduit à des opérations devant réemployer les territoires et ainsi créer une démarche moderne du « palimpseste » urbain en un laps de temps restreint. Dans ce cadre de projet, la préservation et la reconversion s'imposent rapidement, notamment sur les tracés urbains et naturellement dans les projets architecturaux. En « préservant » les existants, cet acte les fait basculer immédiatement dans le patrimoine collectif.



01 | La cité du Cinéma, La Plaine Saint-Denis, 2012. Reichen et Robert & Associés. Jean-Michel Landecy photographe

Il a fallu cinquante ans à cette pratique pour s'imposer comme une évidence et se renforcer encore aujourd'hui dans les démarches du développement durable. On peut parler de réemploi pour globaliser les démarches de reconversions : réemploi des territoires, des espaces, des matières et des énergies.

Cinquante ans, c'est aussi le temps du cycle des architectures hospitalières, qui après avoir maintes fois été adaptées, partiellement, par adjonction et addition, se retrouvent au terme de cette période aux limites du choix : démolir, reconverter ou reconstruire. Que faire alors des existants : les réemployer ? Pour des fonctions hospitalières ? Pour d'autres fonctions ?

Les hôpitaux et l'instabilité programmatique

Il est donc normal, cinquante ans après la construction massive des cités hospitalières de France, de s'interroger sur leur reconversion.

Ces questionnements doivent cependant reprendre plusieurs problématiques : faut-il reconverter ces ensembles dans le but de les adapter aux fonctionnements actuels ? Faut-il les orienter vers de nouveaux programmes ? Faut-il intégrer de nouveaux usages en compléments des activités actuelles ?

D'autant plus que la reconversion aux échelles des sites hospitaliers devient très vite une problématique urbaine autant qu'architecturale et doit intégrer les évolutions de notre société (numérique) et ses attentes (services, mixités, aménités). Ces enjeux ne sont pas nouveaux pour les hôpitaux car ils ont toujours été conceptuellement au cœur des attentes de nos sociétés. Cependant, une chose s'est inversée durant les trente dernières années.

Jusqu'à dans les années 80, on concevait les hôpitaux et les cités hospitalières avec l'évolution des techniques et de la société, ils en étaient les précurseurs ou à minima le miroir. Mais depuis, les techniques et la société ont pris de la « vitesse » et ont évolué plus vite que les espaces. Il est donc courant aujourd'hui

qu'un hôpital neuf soit déjà un hôpital reprogrammé, deux ou trois fois, avant son ouverture. Cela implique que les projets actuels doivent intégrer, dès l'origine, leur propre logique de correction et donc de reconversion.

La conception moderne des hôpitaux est aujourd'hui basée sur un certain nombre d'invariants, dont la gestion des flux fait inmanquablement partie. Les projets, ainsi basés sur un réseau de « rues », de places », d'adresses et de proximités (gestion du temps et des distances), permettent aux « programmes » (les « maisons ») d'évoluer pour eux-mêmes et indépendamment les uns des autres.

C'est cette problématique de la gestion du temps qui implique une gestion programmée de l'instabilité programmatique des hôpitaux durant toute leur « vie ». Résoudre et réduire les incertitudes futures et de manière progressive est intégré à leur conception. D'autres temporalités sont aussi à prendre en compte dans la conception des hôpitaux et donc dans la reconversion des grandes aires hospitalières. En effet, comme cela a été dit précédemment, les hôpitaux sont à priori conçus pour être le reflet des techniques et d'une société. Dans ces temporalités, il faut donc intégrer cinquante ans de vie d'un hôpital. L'impact du temps des schémas d'établissement, celui de la formation des soignants et des médecins, celui de la recherche et des nouvelles méthodes, celui des techniques. Ce qui fait, selon les thèmes, des changements tous les deux, cinq, dix ou quinze années. De quoi reprogrammer un hôpital cinq à dix fois durant son exploitation.

La figure et les modèles

Nous remarquons que l'instabilité programmatique est une donnée assez récente dans la vie et la conception des hôpitaux, mais elle est indéniable. Il n'en reste pas moins vrai que les programmes hospitaliers font partie des quelques programmes qui ont toujours influencés la réponse architecturale de manière déterminante, comme les programmes pénitentiaires ou les programmes militaires jusqu'à produire encore récemment des modèles.



02 | Restructuration de l'Hôpital des Invalides, Paris. Photographie aérienne, Google Earth.

03 | Restructuration de l'Hôpital des Invalides, Paris, Plan niveau 1. Reichen et Robert & Associés.

C'est sous l'influence croisée des époques et des techniques que ces modèles ou figures sont apparus, avec comme défaut d'être parfois tellement spécialisés pour une approche et une réponse programmatique qu'ils en deviennent rapidement obsolètes lorsque les techniques et les usages évoluent. Cependant, chacun de ces modèles possède des qualités que la reconversion permet d'affirmer.

Les Hôtels Dieu ce sont des modèles qui font partie du patrimoine historique des villes. Au-delà des conceptions basées souvent sur la prise en charge des « pauvres » et sur le lien entre la santé et la religion, ces bâtiments sont organisés autour de cours et de cloîtres, souvent sur quelques niveaux et au cœur des cités. Leurs morphologies, mais aussi leurs « protections » au titre des monuments historiques font que le changement d'usage est préconisé lors de leur reconversion, car les techniques et les « plateaux » modernes sont



trop invasifs ou nécessitent trop d'adaptations pour respecter l'espace historique. Cela donne à Paris comme à Lyon des projets emblématiques, multi-usages et mixant les fonctions on retrouve le cœur d'une cité ouvert à tous, mais dont l'origine hospitalière est fièrement conservée par la mise en valeur de ce patrimoine et de son histoire.

Les hôpitaux pavillonnaires dans un deuxième temps, après une prise en charge des malades dans les Hôtels Dieu et leurs salles communes et aux organisations « fermées » en cloître, s'impose une vision plus hygiéniste. On réorganise les soins, les spécialités, l'architecture et l'urbanisme des cités hospitalières en pavillons et campus. Les bâtiments sont étroits pour être bien ventilés, ils s'organisent par pathologie. Ces ensembles, tels que l'hôpital du Docteur Grinda à Nice ou l'hôpital Edouard Herriot à Lyon, sont aussi portés par un renouveau des pratiques et des praticiens et font de



04



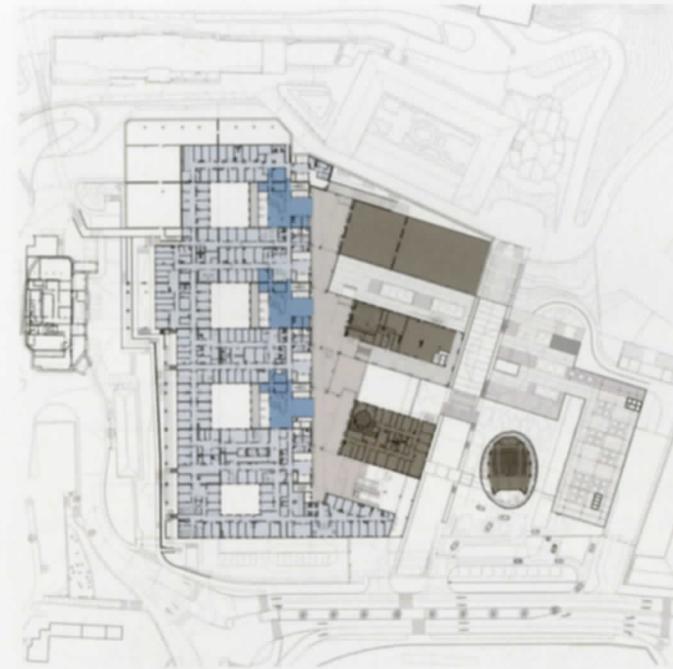
06



05

la relation, avec un climat et un site, une valeur dans l'acte de soigner.

Par leur échelle, ces nouveaux hôpitaux sont devenus des cités hospitalières. Mais le fractionnement des entités est souvent vu comme un frein aux efficacités et aux synergies, les bâtiments sont trop nombreux et leur modernisation demande souvent un déménagement préalable. Dans ce cas, pourquoi ne pas tout changer, tout démolir et reconstruire ? Cependant, il y a, dans la modernisation de ces sites, deux valeurs qu'il ne faut pas négliger : le paysage et l'échelle. Ces « maisons », pavillons, « bâtiment » rendent l'hôpital à « taille humaine » et le passage à un monobloc fait perdre cette échelle. La nature et le « soleil » sont aussi des références fondamentales dans l'imaginaire de ces sites. Une reconversion de ces lieux engage ses concepteurs dans le maintien de cette relation climatique et locale, et dans la nécessité de laisser percevoir l'hôpital plus petit qu'il n'est, si l'esprit de ces lieux veut être préservé.



07

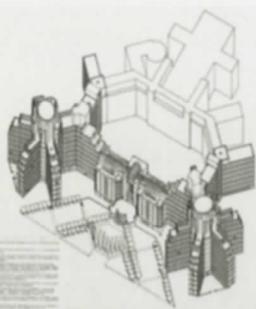
04 | CHU Pasteur 2, Nice, Existant, Reichen et Robert & Associés

05 | CHU Pasteur 2, Nice, Plan masse, existant, Reichen et Robert & Associés

06 | CHU Pasteur 2, Nice, Plan masse, Reichen et Robert & Associés

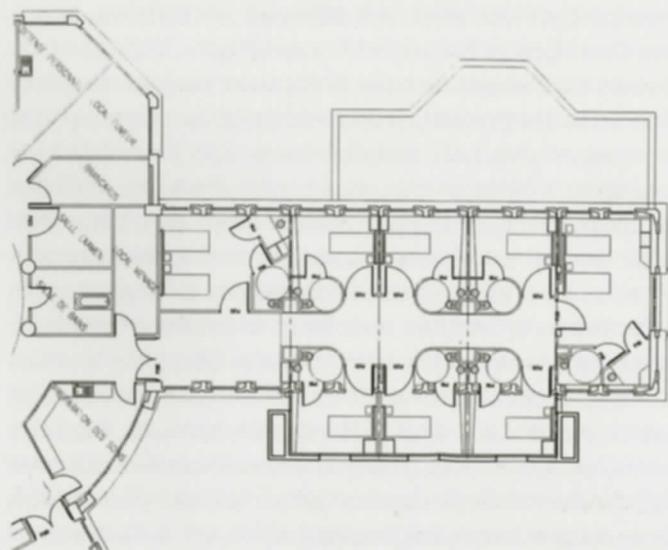
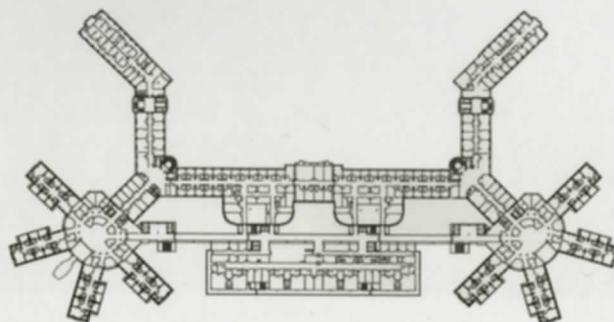
07 | CHU Pasteur 2, Nice, Plan Niveau 1, Les pôles, Reichen et Robert & Associés

Les machines à soigner entre 1930 et 1950 les progrès techniques sont énormes. L'hôpital devient une machine et les premiers plateaux techniques apparaissent. Ces entités fonctionnelles sont la plupart du temps soit rattachées par disciplines aux autres fonctions d'hébergement, soit identifiées pour elles-mêmes mais dans des bâtiments unitaires. Les deux hôpitaux de Jean Walter à Lille et l'hôpital Beaujon à Clichy en sont deux témoins. Les échelles des bâtiments changent et les superpositions commencent à prendre forme. Cependant, la morphologie des bâtiments reste adaptée aux fonctions : étroite pour les hébergements, large pour les plateaux techniques. Ce sont ces morphologies qui deviennent très vite des contraintes : pas assez de hauteur sous plafond, pas assez de flexibilité des plateaux et notamment la verticalité ne s'adapte pas bien aux évolutions des normes d'incendie. Aujourd'hui, leur reconversion est souvent mise en balance avec le maintien ou non d'activités hospitalières car leur



08

08 | Centre Hospitalier Régional
Universitaire Claude Huriez Lille, 2002.
Reichen et Robert.



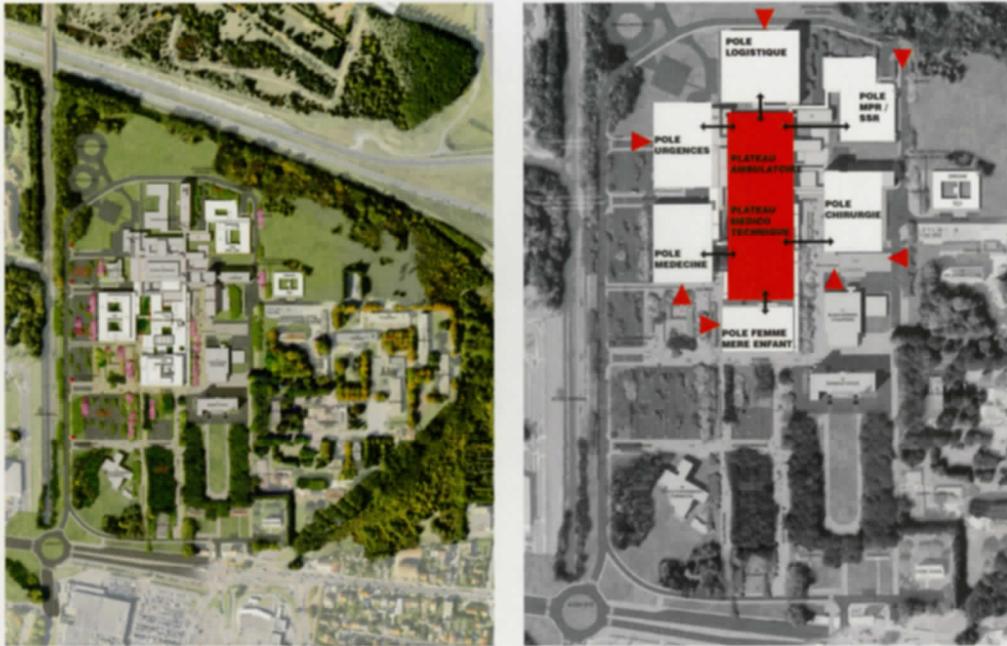
morphologie permet d'y loger parfois plus facilement des bureaux, des logements, des laboratoires et de l'enseignement.

Lors de la reconversion de l'hôpital Claude Huriez à Lille, toutes ces options ont été étudiées par l'agence Reichen et Robert & Associés et leurs invariants communs ont permis de définir la qualité des espaces et « l'adaptabilité » des programmes. Ce qui en a fait autant de prototypes pour finalement admettre qu'un maintien de l'activité hospitalière était envisageable en optimisant les épaisseurs des hébergements et en concevant un plateau technique en addition sur plusieurs niveaux.

Les modèles fonctionnalistes la mise en avant des techniques se poursuit dans les années 60 et 70. Au point de changer la prise en charge des patients nous restons moins longtemps (les séjours diminuent), mais nous y allons plus souvent (dépistage, prévention, consultation et suivi post-opératoire). Cette évolution concentre les programmes hospitaliers sur trois piliers les consultations, le plateau technique et les hébergements. Les deux premiers sont le socle de l'activité et le troisième se banalise. On établit alors des modèles sur des bases capacitaires et non plus géographiques ou par pathologies. Ce sont les modèles fonctionnalistes qui doivent répondre à toutes les pratiques et à toutes les prises en charge via la mise en commun par plateaux. Les hôpitaux deviennent des outils pour soigner.

Ces modèles « finis » ont eu la prétention de ne plus devoir intégrer de « facteurs correctifs » à leur conception, ce qui s'est avéré rapidement en contradiction avec les changements des politiques de soins, des protocoles, mais aussi des normes. C'est d'ailleurs à cette époque qu'apparaissent les maladies nosocomiales, l'architecture et les techniques ne sont pas prévues pour y faire face.

Dans l'approche de leur reconversion, on est alors confronté à des figures « fermées » qu'il faut remettre en mouvement, relier, mailler et urbaniser. Souvent, la superposition d'un volume en Immeuble de Grande



09

09 | Restructuration du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois, 2014, Reichen et Robert & Associés.

Hauteur (IGH), regroupant les chambres sur le plateau technique, alourdit les contraintes de gestion et de sécurité incendie, et réduisent leur chance de les voir maintenus dans leur activité médicale. D'autant plus que la part des chambres se réduit notablement au profit de prises en charges ambulatoires et que ces « tours » sont peu adaptables.

L'approche de la reconversion de ces cités hospitalières est à l'image de l'urbanisme de ces époques à la fois une action sur plus de mixité fonctionnelle et d'avantage de mise en réseaux. Le projet de l'hôpital Robert Ballanger démontre bien cette dynamique que Reichen et Robert & Associés ont privilégiée sur avec la mise en place d'une organisation du plan masse comme un nouveau campus, des fonctionnalités autour des flux et des disciplines par pôle, permettant une spécialisation et une mutualisation de façon simultanée.

Aujourd'hui encore, la conception hospitalière évolue. Des nouvelles figures apparaissent, plus rationnelles,

plus inclusives allant jusqu'à ne plus distinguer les plateaux techniques, des plateaux d'hébergement afin de permettre une flexibilité totale à ces nouveaux outils de soins. Deux symptômes apparaissent cependant dans cette nouvelle gestion immobilière. Le premier concerne les figures « finies », dont plus aucun « volume » n'est disponible et qui à chaque mutation se pose la question des « opérations tiroirs ». Le second se réfère aux espaces qui ont le « même coût de gestion » pour des fonctions bien différentes et où la tendance est parfois d'externaliser quelques services (administration, consultation, logistique) en niant la conception initiale du monobloc. Ces nouvelles figures sont les futurs projets d'une nouvelle approche de leur reconversion.

La mutation des sites

Avec ce constat des mutations rapides des fonctions hospitalières actuelles, certains sites se trouvent souvent, soit déménagés, ce qui pose la question de leur « restitution » à la ville, soit en expansion constante, ce qui les amène à devenir des quartiers ou de « petites villes » dans la ville. Dans les deux cas, la reconversion ou l'évolution des cités hospitalières doit se faire, comme l'ont été à leur époque les friches industrielles, avec une vision urbaine, patrimoniale et architecturale. Des questions transversales comme la mobilité, les énergies, les mixités programmatiques doivent être questionnées.

Lorsqu'un site hospitalier se libère et s'ouvre de nouveau sur la ville, sa taille est souvent la première problématique comment remplacer une seule fonction par un ensemble d'activités ? Notamment sur un temps court car la libération et la disparition des fonctions hospitalières se fait généralement en une seule fois, rarement sur un temps long.

Dans tous les cas, ces projets urbains sont abordés, notamment sur le site de l'hôpital Saint Jacques à Besançon par l'agence Reichen et Robert & Associés, comme des opportunités uniques. Ces domaines ne

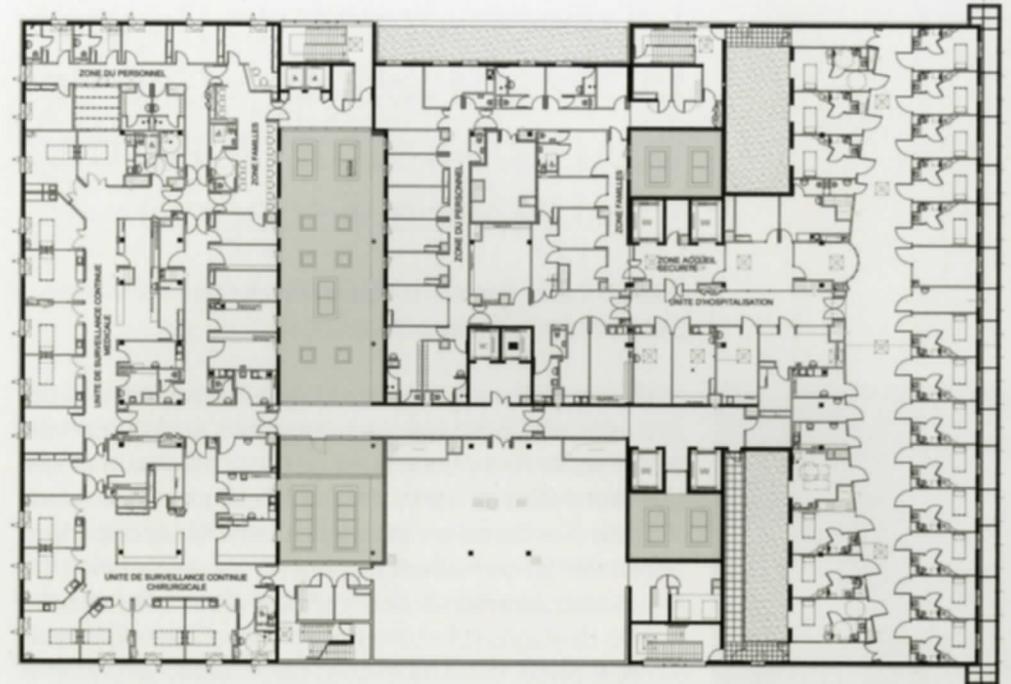


10 | Les cours Saint-Jacques. La cité des savoirs et de l'innovation Besançon, 2019, Reichen et Robert & Associés.

doivent pas être banalisés, ils doivent s'apparenter à des opportunités de créer de nouvelles centralités dans un urbanisme singulier, qui permet de mettre en œuvre dans un projet unique les nouveaux usages et pratiques urbaines de notre époque.

Lorsqu'une cité hospitalière se modernise sur elle-même, c'est alors le temps des questionnements sur la place de la voiture, sur les programmations complémentaires à l'hôpital comme les écoles, les universités, les laboratoires, les résidences, les industries, les tissus économiques liés à l'activité des soins. Ces questions porteront aussi sur les formes architecturales et typologiques dans des soucis d'économie des espaces allant soit vers des objets compacts et spécialisés, comme l'hôpital des urgences du CHU de Rennes à Pontchaillou, soit sur de nouvelles approches qui tendent à s'internationaliser les hôpitaux tours.

Aujourd'hui, s'additionne encore de nouvelles données et de nouveaux besoins. Ces sites ont besoin



d'aménités, de services, d'accompagnement des patients, des personnels et des accompagnants. Comme cela a déjà été dit, nous restons de moins en moins longtemps à l'hôpital, mais nous nous y rendons plus souvent. Le temps des zones monofonctionnelles est fini, s'ouvre celui des tiers-lieux, des co-activités et des échanges.

Ces enjeux domineront peut-être les prochaines reconversions des grandes aires hospitalières faire de ces cités des « petites villes » et concevoir chaque hôpital comme une « petite cité ».

11 | Centre des Urgences-Réanimations Adultes Hôpital de Pontchaillou, Plan niveau 3 - Réanimation, Reichen et Robert & Associés.