

## Commande publique d'architecture et segmentation de la profession d'architecte. Les effets de l'organisation administrative sur la répartition du travail entre architectes

In: Genèses, 37, 1999. pp. 93-113.

### Abstract

Architectural Commissions in the Public Sphere and the Segmentation of the Architectural Profession. The Effects of Administrative Organisation on the Division of Labour among Architects' Administrative offices and ministries - have an influence on the trajectory of architects that design public edifices. Starting from a comparison between Public Assistance-Paris Hospitals, representing a new trend in architectural policy which appeared in the early 1980s, and provincial hospitals, this article clearly demonstrates the decisive role played in the choice of architects : by the size of the administration? and the degree of attention paid to aesthetic innovation. These choices have an impact on the opportunities for work given to various segments of the architectural profession, on the pace of career advancement and on the qualifications present in firms. A methodological conclusion therefore has to be drawn: the architectural profession cannot be studied independently of changes in commissions.

### Résumé

■ Florent Champy : Commande publique d'architecture et segmentation de la profession d'architecte. Les effets de l'organisation administrative sur la ; répartition du travail entre architectes . Les administrations et les ministères influent sur le devenir des architectes qui conçoivent des édifices publics. A partir d'une comparaison entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, représentative d'une nouvelle tendance des politiques d'architecture apparue au début des années 1980, et les hôpitaux de province, cet article met en évidence le rôle déterminant joué dans les choix de concepteurs par la taille de l'administration et par l'attention plus ou moins grande qu'elle porte à l'innovation esthétique. Ces choix ont des conséquences sur les occasions de travail données aux différents segments d'architectes, sur le rythme des carrières et sur les qualifications présentes dans les agences. Une conclusion d'ordre méthodologique s'impose donc: la profession d'architecte ne peut être étudiée indépendamment d'une analyse des évolutions de la commande.

---

Citer ce document / Cite this document :

Champy Florent. Commande publique d'architecture et segmentation de la profession d'architecte. Les effets de l'organisation administrative sur la répartition du travail entre architectes. In: Genèses, 37, 1999. pp. 93-113.

doi : 10.3406/genes.1999.1596



[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes\\_1155-3219\\_1999\\_num\\_37\\_1\\_1596](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes_1155-3219_1999_num_37_1_1596)

---

---

COMMANDE  
PUBLIQUE  
D'ARCHITECTURE  
ET SEGMENTATION  
DE LA PROFESSION  
D'ARCHITECTE  
LES EFFETS  
DE L'ORGANISATION  
ADMINISTRATIVE SUR LA  
RÉPARTITION DU TRAVAIL  
ENTRE ARCHITECTES

---

  Au début des années 1980, des architectes auparavant exclus de la commande publique nationale ont été désignés par des ministères ou des administrations pour concevoir d'importants édifices publics. Ce changement concernant les destinataires de la commande est à la fois un indice d'une inflexion très significative des politiques architecturales menées par ces grosses administrations, et l'origine de bouleversements sur le marché du travail des architectes: les nouvelles attentes des administrations, en provoquant le renouvellement du vivier des maîtres d'œuvre qui travaillent pour elles, ont fortement modifié les occasions de travailler qui se présentent aux architectes en fonction de leur profil, ainsi que la valeur relative sur ce marché des compétences très diverses détenues par les professionnels. En conséquence, dans ce cas comme dans d'autres, les critères de choix des architectes par les administrations constituent un enjeu important pour les membres de la profession, et ce d'autant plus que la commande publique est plus prestigieuse que la commande privée<sup>1</sup>. Nombreux sont ceux qui espèrent ainsi pouvoir exercer leur profession pour des commanditaires publics, et leurs ambitions rendent très âpre la concurrence pour la maîtrise d'œuvre de bâtiments publics, qui en 1996 représentait 38,2 % des travaux déclarés à la Mutuelle des architectes français par ses adhérents<sup>2</sup>. Ce changement donne ainsi l'occasion d'étudier comment les choix des administrations

***Florent Champy***

1. C'était déjà vrai il y a 25 ans: voir Raymonde Moulin, Françoise Dubost, Alain Gras, Jacques Lautman, Jean-Pierre Martinon, Dominique Schnapper, *Les Architectes, métamorphose d'une profession libérale*, Paris, Calmann-Lévy, 1973. Malgré un début de réhabilitation de l'architecture privée à la fin des années 1980, beaucoup d'architectes et de critiques continuent à présenter la commande publique comme le seul lieu possible d'une architecture de « qualité », par opposition aux commandes privées où les motivations financières des maîtres d'ouvrage sont perçues

Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

par les architectes, souvent à tort d'ailleurs, comme des obstacles à leur créativité. Sur la place prépondérante de l'architecture publique dans les revues, voir Véronique Biau, « Stratégies de positionnement et trajectoires d'architectes », *Sociétés contemporaines*, n° 29, janvier 1998, pp. 7-25.

2. Ces chiffres concernent l'activité des indépendants, c'est-à-dire libéraux ou patrons de sociétés d'architecture. Si les constructions publiques sans architecte sont rares (il s'agit de quelques réalisations de directions départementales de l'Équipement), il faut cependant noter qu'une part de cette commande échappe aux indépendants : certains clients publics, comme la SNCF (Société nationale des chemins de fer), Aéroports de Paris, et de nombreuses municipalités de taille moyenne, ont recours aux services d'architectes permanents (fonctionnaires ou non). Dans le privé en revanche, la construction sans architecte est largement majoritaire : la conception est alors effectuée par d'autres professionnels, comme les maîtres d'œuvre en bâtiment, les constructeurs de maisons individuelles et, dans le cas de réhabilitations, les architectes d'intérieur. La conception non marchande (ou autoconstruction) concerne de petits projets comme des extensions de maisons individuelles ou des hangars agricoles.

3. En opposant l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et les CHR (Centre hospitalier régional) et hôpitaux régionaux, nous laissons de côté les structures provinciales équivalentes à l'AP-HP : Assistance publique de Marseille et de Strasbourg et Hospices civils de Lyon. Disons seulement qu'ils constituent un cas intermédiaire tant par leur taille que par le fait qu'ils ont opéré les mêmes changements que l'AP-HP, mais avec retard. La simplification que nous opérons par souci de clarté ne modifie donc en rien nos conclusions.

publiques contribuent à structurer le marché du travail d'une profession dont l'activité dépend pour une part non négligeable de la commande de ces administrations.

L'étude que nous proposons ici est centrée sur une comparaison entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), qui a fait appel à de nouveaux architectes à partir de 1979, et les hôpitaux de province (CHR et hôpitaux régionaux)<sup>3</sup>, dont les choix au cours des années 1980 sont restés très proches de ceux des années 1960 et 1970. La comparaison de ces administrations repose sur une enquête menée dans le cadre d'une thèse sur la commande publique d'architecture, récemment publiée<sup>4</sup>. Le volet consacré à la politique de l'Assistance publique comprenait l'étude d'archives de l'administration, l'observation de réunions de travail, dont des concours d'architecture, et une série d'entretiens réalisés avec les membres du personnel et avec des architectes ayant travaillé pour elle. Les archives ont permis de recenser les 97 concours organisés de 1979 à 1993, et de recueillir des données fiables sur la taille de l'opération et sur son architecte pour 77 d'entre eux. L'étude des politiques des hôpitaux de province présentait plus de difficultés, la grande dispersion des informations interdisant d'effectuer un dépouillement systématique des concours. Nous avons donc procédé en concaténant les informations présentes dans les archives du ministère de la Santé, dans les revues spécialisées et dans les dossiers de référence déposés à l'AP-HP par les architectes qui avaient travaillé dans les hôpitaux de province. Les données ainsi recueillies concernent environ 120 opérations. Ce travail a été complété par des entretiens avec des fonctionnaires de la direction des Hôpitaux et avec des architectes ayant travaillé dans les hôpitaux de province. Une enquête plus approfondie par entretiens, observation de réunions et dépouillement d'archives a été menée auprès du CHR de Lille<sup>5</sup>.

Il n'est bien sûr pas question d'épuiser ici la présentation de choix effectués à l'occasion de tant d'opérations, et dont peu se réduisent à une motivation unique. Nos ambitions sont cependant multiples.

1- Il s'agit tout d'abord de comprendre pourquoi les critères de choix ont changé dans certains hôpitaux et non dans d'autres. La comparaison entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, établissement public qui réunit cinquante établissements hospitaliers, et les hôpitaux

de province est particulièrement féconde pour répondre à cette question parce que ces administrations qui ont fait appel à des architectes dont les profils sont très différents ont des besoins à peu près identiques et appliquent la même procédure<sup>6</sup>. Puisque les modalités du recrutement (le concours) et les caractéristiques fonctionnelles du programme ne peuvent en rien nous éclairer sur ces différences, nous devons en chercher l'explication dans les orientations générales des politiques respectives de ces maîtres d'ouvrage. Nous verrons ainsi que les changements importants pour la profession ont été rendus possibles par une évolution de la demande de l'Assistance publique, et plus précisément par un intérêt nouveau chez ce commanditaire pour la recherche formelle et l'innovation, en rupture avec la pratique fonctionnaliste et routinière des décennies antérieures, qui se perpétue dans les petits hôpitaux de province.

2- La comparaison des profils des architectes ayant travaillé respectivement pour l'AP-HP et pour les hôpitaux de province permettra de plus, de caractériser deux idéaux-types de qualifications qui coexistent et qui s'opposent par la nature des compétences requises, l'importance de l'apprentissage sur le tas et les profils des carrières qu'ils permettent : celui de généraliste et celui de spécialiste, en l'occurrence, de l'hôpital. Nous montrerons que la légitimité du premier tient essentiellement à la réputation individuelle qu'il a acquise par une activité antérieure diversifiée, alors que le second appuie son intervention sur la détention d'une expertise certifiée par des instances professionnelles ou administratives.

3- Nous tirerons enfin une importante conséquence méthodologique, en montrant que l'étude des choix des maîtres d'ouvrage constitue un détour fécond pour rendre compte des évolutions de la profession d'architecte.

Pour mettre en évidence l'importance des déterminants exogènes de l'évolution des formes de professionnalisme, nous commencerons par présenter les changements les plus importants survenus dans les politiques hospitalières entre 1975 et 1983. Nous nous centrerons dans un second temps sur la répartition de la commande, afin de rendre compte des différences entre Assistance publique et établissements hospitaliers de province, et de tenter d'en mesurer les conséquences pour les architectes. Nous nous intéresserons ensuite aux nouvelles pratiques architecturales, et notamment à l'innovation, afin de

4. Voir Florent Champy, *Les Architectes et la Commande publique*, Paris, Puf, coll. « Sociologies », 1998.

5. Une liste plus précise des sources et des personnes interrogées figure en annexe de notre ouvrage. *Ibid.*, n. 4, pp. 343-348.

6. En tant qu'établissements publics administratifs, ils ont en effet en commun de devoir appliquer le décret du 28 février 1973 sur l'ingénierie qui définit leurs responsabilités comme maîtres d'ouvrage, et le décret du 20 janvier 1980, qui leur fait obligation d'organiser un concours d'architecture pour les opérations d'une certaine importance.

Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

tenter d'expliquer pourquoi certains architectes sont plus aptes que d'autres à satisfaire les nouvelles attentes de l'Assistance publique.

## **L'évolution de la maîtrise d'ouvrage publique hospitalière du milieu des années 1970 au milieu des années 1980**

Au tournant des années 1970 et 1980, deux changements importants modifient radicalement la configuration dans laquelle interviennent les acteurs de la conception des hôpitaux en France. Le premier, interne au monde de l'architecture, est la rupture avec le fonctionnalisme dominant jusqu'au début des années 1970; le deuxième changement, exogène mais lourd de conséquences dans le monde de l'architecture, est le mouvement de déconcentration qui touche l'administration, et en l'occurrence la direction des Hôpitaux du ministère de la Santé. Bien que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et les hôpitaux de province aient officiellement les mêmes rapports avec leur ministère de tutelle, ces changements ont eu des conséquences opposées sur leurs politiques architecturales respectives.

### *La commande hospitalière jusqu'à la fin du fonctionnalisme*

Jusqu'au début des années 1980, le ministère de la Santé disposait d'un service important chargé de la maîtrise d'ouvrage, qui a notamment organisé les concours industrialisés ou typifiés des années 1970, pour la construction d'hôpitaux Fontenoy, Beaune et Duquesne, de composants hospitaliers types et d'unités de soins normalisées (voir encadré 2). Cette procédure avait deux conséquences importantes sur l'organisation du travail de conception architecturale: d'une part elle conduisait à concentrer la commande au profit d'un petit nombre d'agences qui tendaient à se spécialiser dans la conception d'hôpitaux; d'autre part les hôpitaux, bien qu'ils fussent juridiquement maîtres d'ouvrage depuis la loi hospitalière de déconcentration de 1970, faisaient appel au ministère de la Santé pour remplir une mission de maîtrise d'ouvrage déléguée pendant les phases de conception, les directions départementales de l'Équipement se chargeant du suivi de chantier. Les services centraux du ministère fixaient donc eux-mêmes pour chaque opération le programme,

## Encadré 1

### Chronologie des principaux changements dans le monde de l'architecture et dans les politiques de construction des hôpitaux, depuis les années 1960

Années	Ministère de la Santé	Monde de l'architecture	AP-HP
ANNÉES 1960	Hôpitaux industrialisés (voir encadré 2)	Fonctionnalisme dominant	Pas de construction d'hôpitaux industrialisés mais recours aux services d'architectes spécialistes de l'hôpital
ANNÉES 1970		Critiques du fonctionnalisme et élaboration de nouvelles politiques	
1970	Loi de décentralisation hospitalière		
1971		Création du Plan construction ; directive arrêtant la construction des barres et des tours de logements	
1973		Décret du 28 février sur l'ingénierie	
1978		Création de la Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques	Premier concours ouvert
1979			Systématisation de la procédure du concours et de l'appel à de nouveaux architectes, qui lance la nouvelle politique
ANNÉES 1980	Arrêt progressif des subventions ministérielles aux hôpitaux, qui permet de faire passer la déconcentration dans la pratique	Décret du 20 janvier rendant obligatoire l'organisation de concours	
1980			
1982	Interruption du dernier concours dit «industrialisé»		
1987			Deuxième concours ouvert, pour l'hébergement des personnes âgées (voir encadré 5)

l'enveloppe budgétaire, et les délais, toujours très serrés, puis la commande était attribuée sans concours à un des lauréats d'un concours industrialisé, qui devait adapter son projet au site et au programme. Le ministère encourageait le recours à cette procédure en subventionnant les

Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

7. L'agrément, nécessaire pour accéder à la commande, a été institué par une loi-programme du 31 juillet 1959. La liste, élaborée par le ministère, comportait environ 700 architectes au début des années 1980, mais quatre catégories étant définies, 120 d'entre eux seulement (ceux de la troisième catégorie) étaient autorisés à travailler à des opérations de plus de 300 lits, et 50 (quatrième catégorie) dans les CHU (Centre hospitalier universitaire). Sur ces listes, qui existaient aussi pour les universités, voir R. Moulin *et al.*, *Les Architectes...*, *op. cit.*, n. 1.

opérations pour lesquelles l'hôpital l'adoptait. Même quand des hôpitaux étaient conçus sans recourir à un modèle, le maître d'ouvrage faisait appel aux services d'architectes agréés par le ministère et spécialisés dans ce type de constructions<sup>7</sup>.

En 1982, alors que le dossier pour le deuxième concours de composants hospitaliers types vient d'être réalisé, le ministère de la Santé décide d'abandonner cette procédure. Il s'adapte ainsi à une évolution qui marque les années 1970 en architecture, en commençant dans le domaine du logement: dès 1971, le ministre de l'Équipement et du Logement, Olivier Guichard, rédige une circulaire mettant fin à la construction des barres et des tours. Puis les institutions chargées de favoriser la rupture avec les pratiques des décennies antérieures se multiplient: le Plan construction, créé en 1971 et chargé de promouvoir des innovations non seulement techniques mais aussi formelles, urbanistiques et sociales,

## Encadré 2

### Les hôpitaux « industrialisés »

*La procédure des hôpitaux dits industrialisés a été mise en œuvre à plusieurs reprises dans les années 1970 afin de diminuer les coûts et les délais de réalisation, et d'utiliser au mieux les savoirs centralisés non seulement au ministère mais chez les architectes et dans les bureaux d'études techniques. Le principe consistait à organiser un concours national de concepteurs entre lesquels le ministère répartissait ensuite les commandes sans concours, au fur et à mesure que des besoins de construction se présentaient. Trois types d'hôpitaux se distinguant par l'importance du programme ont été réalisés. Nous les présentons dans le tableau suivant.*

Type (nom du 1 <sup>er</sup> hôpital de chaque type)	Année de lancement du premier hôpital	Programme théorique pour chaque hôpital (en lits)	Nbre total d'hôpitaux construits	Nbre total de places réalisées	Nbre d'équipes agréées
Beaune	1970	environ 300	9	2593	4
Fontenoy	1972	500 à 600	8	4234	4
Duquesne	1976	250 à 400	11	3128	4

*Source : archives de la direction des Hôpitaux, ministère de la Santé.*

*L'administration a mis en place en parallèle 2 programmes permettant de concevoir des éléments complémentaires pour des hôpitaux existants : les unités de soins normalisées en 1970 pour augmenter les capacités d'hébergement et les composants hospitaliers types (CHT) en 1976-1977 pour les éléments techniques des programmes : bloc opératoire, réanimation, urgences, radiologie, pharmacie par exemple. Quarante-cinq architectes ont concouru pour les CHT, dix ont été agréés, puis des équipes ont été constituées avec douze entreprises générales recrutées par concours. Il faudrait enfin ajouter les programmes à caractère social, c'est-à-dire gériatrique ou psychiatrique, pour que la liste soit complète. Le concours interrompu de 1982 pour les CHT marque la fin du recours à cette procédure.*

puis la Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques, créée en 1978 pour mettre au point de nouvelles procédures et pour veiller à leur respect. Les revues et les architectes exclus de la commande ministérielle et administrative, dont celle des hôpitaux, alimentent eux aussi la critique des «chasses gardées» de la commande, de la répétitivité des réalisations et de la procédure de concours industrialisés, contribuant à provoquer la chute du fonctionnalisme.

### *La déconcentration hospitalière des années 1980 et ses conséquences sur la politique architecturale*

Le deuxième changement, plus progressif, intervient au cours des années 1980. Il s'agit de la chute des subventions accordées par le ministère aux hôpitaux pour leurs investissements<sup>8</sup>. Alors qu'il contribuait à hauteur de 40 % au financement des opérations au début de cette décennie, sa participation est quasiment nulle quelques années plus tard. Or, ce désengagement financier diminue fortement la capacité de contrôle de la tutelle sur les hôpitaux.

La déconcentration, qui était déjà prévue par la loi de 1970 portant réforme hospitalière mais qui ne devient effective en matière de maîtrise d'ouvrage qu'au cours des années 1980, a deux conséquences extrêmement importantes pour notre propos. Tout d'abord, les hôpitaux sont désormais les véritables maîtres d'ouvrage des opérations, même si certains s'inspirent fortement pour leur programme, au moins dans un premier temps, du dossier élaboré en 1982 pour le deuxième concours de composants hospitaliers types. Ce sont donc aussi eux qui organisent la sélection des architectes. De plus, le ministère adapte les effectifs de son service chargé de la maîtrise d'ouvrage à une activité en forte diminution, et le savoir-faire accumulé au cours de la période d'importante activité centralisée est peu à peu dispersé<sup>9</sup>.

L'AP-HP a toujours été plus autonome par rapport au ministère que les hôpitaux de province, notamment en matière de politique architecturale, comme en témoigne le fait qu'elle n'a jamais recouru aux procédures industrialisées pour construire des hôpitaux entiers. Mais la fin des subventions provoque aussi un accroissement de cette autonomie, le contrôle du ministère sur son activité se relâchant. Dans le même temps, l'application du décret sur l'ingénierie du 28 février 1973 la conduit à modifier son organisation. La principale disposition de ce décret est de

8. La mise en place d'une politique de rigueur en 1983 n'est bien sûr pas étrangère à cette évolution.

9. Nous utilisons la notion de savoir-faire dans un sens très large, qui inclut bien sûr les qualifications acquises par le personnel mais aussi et surtout les savoirs collectifs contenus notamment dans les règles et les routines de travail. Voir Olivier Favereau, «Organisation et marché», *Revue française d'économie*, vol. 4, n° 1, 1989, pp. 65-96. Il n'est pas possible de détailler ici en quoi ces savoirs consistent, ce qui serait en soi l'objet d'un article. Une remarque suffit ici à notre propos : un tel savoir ne peut être que le résultat d'un apprentissage, ce qui nécessite un volume minimum d'activité et la constitution d'une mémoire, donc une certaine stabilité du personnel.



Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

rendre obligatoire l'engagement du maître d'œuvre sur un coût d'objectif et un calendrier, qui ne peuvent être calculés qu'à partir d'un programme préalable (ou, pour utiliser un terme moins spécialisé, d'un cahier des charges). L'AP-HP doit donc apprendre à élaborer des programmes, alors que ceux-ci étaient traditionnellement conçus par les architectes agréés spécialistes de l'hôpital. L'administration est ainsi conduite à acquérir au fur et à mesure des opérations un savoir-faire nouveau et à restructurer sa direction des Équipements en sorte d'augmenter son activité. Cette direction comprend principalement des architectes-conseils<sup>10</sup>, chargés notamment de la programmation, et des ingénieurs conducteurs d'opérations. Ainsi, alors que l'autonomie croissante des hôpitaux de province se traduit par une dispersion des savoir-faire qui étaient présents dans les services centraux du ministère, l'application du décret de 1973 a l'effet inverse à l'AP-HP, qui renforce les moyens en personnel dont elle dispose pour la conduite de ses opérations architecturales.

### *La politique architecturale comme support d'une politique de communication à l'AP-HP*

Une autre évolution suit cette mise en place de moyens nouveaux à l'AP-HP, et tend à creuser encore le fossé entre les conditions de conception des hôpitaux à Paris et en province: la politique architecturale de l'établissement public parisien devient le support d'une politique de communication<sup>11</sup>. Deux ensembles de faits attestent de cette évolution. Le premier est l'importance des moyens financiers consacrés à certaines opérations architecturales: l'étude de l'évolution du budget des plus importantes opérations de l'AP-HP nous a ainsi permis de montrer que cette dernière a consacré des moyens importants à faire de la belle architecture, en utilisant des matériaux prestigieux comme le marbre ou les bardages métalliques, et en surdimensionnant des espaces d'accueil par rapport aux normes antérieures de la construction hospitalière. Le deuxième signe de ce statut nouveau donné à l'architecture est la multiplication des lieux de présentation des réalisations de l'administration: expositions organisées au pavillon de l'Arsenal, à la maison de l'Architecture ou encore à l'Institut français d'architecture, participation au Salon international de l'architecture en 1989, participation à une émission sur France-culture en 1995 et enfin publication d'un ouvrage sur un ensemble d'opérations de gériatrie<sup>12</sup>.

10. Il s'agit d'architectes installés à leur compte et qui travaillent à temps partiel pour l'AP-HP.

11. Cette évolution n'est pas propre à l'AP-HP. Sur l'utilisation des constructions architecturales à des fins de communication par les maires des grandes villes, voir François Chaslin, « l'Architecture à l'heure du marketing municipal », *Raison présente*, n° 102, 1992, pp. 13 à 20. Sur la fonction symbolique des grands projets mitterrandiens, voir Françoise Benhamou, « Quelques réflexions sur la décision publique concernant les grands projets: pourquoi les grands projets doivent-ils toujours coûter trop cher? », Communication pour la II<sup>e</sup> Conférence sur le management des arts et de la culture, 25 juin 1993.

12. Assistance publique-hôpitaux de Paris, *Architectures du Grand-Âge; Variations architecturales sur la fin de vie*, Paris, Éd. du Moniteur, 1988.

Les architectes exclus de la commande hospitalière jouent un rôle important dans ce changement de politique. Ceux qui réussissent à concevoir des bâtiments publics dans les villes nouvelles et dans les municipalités communistes – donc en marge des administrations et des ministères – utilisent la réputation acquise grâce à ces réalisations pour tenter d'obtenir les places de leurs confrères spécialistes de l'hôpital. Ils réussissent à convaincre Jean-Pierre Weiss, conseiller du directeur général de l'AP-HP puis directeur des Équipements à partir de 1979, de modifier radicalement sa politique en faisant confiance à des non-spécialistes pour favoriser le renouvellement de la conception des hôpitaux.

Cette réforme est étroitement liée à la taille de l'administration : celle-ci, en permettant la concentration de savoir-faire absents dans les petits hôpitaux, rend possible une politique plus ambitieuse que celle qui consiste à reproduire les solutions déjà connues ; le volume d'activité de l'administration lui permet de consacrer des moyens exceptionnellement élevés à certaines opérations sans déséquilibrer l'ensemble de son budget ; enfin, la taille de l'administration constitue elle-même un facteur de visibilité de sa politique et donc une incitation à tenir compte de l'image de cette politique à l'extérieur. Les hôpitaux de province, dont les moyens tant budgétaires qu'humains sont bien moins importants, s'en tiennent à des choix moins téméraires, par lesquels ils restent proches du modèle hospitalier fonctionnaliste des années 1970. Or, ces différences de politique, en partie dues à l'intervention des architectes eux-mêmes, ont des conséquences importantes et durables sur la répartition de la commande.

## **La répartition de la commande : critères de choix des administrations et évolution des carrières des architectes**

### *L'Assistance publique-hôpitaux de Paris*

La différence essentielle pour notre propos entre l'AP-HP et les hôpitaux de province est que, alors que ceux-ci continuent tout au long des années 1980 à faire appel à des architectes ayant déjà une expérience hospitalière, l'AP-HP choisit de recourir aux services soit de jeunes architectes, soit d'architectes s'étant illustrés dans d'autres domaines, suivant en cela les conseils de ceux qui sont

venus rencontrer J.-P. Weiss à la fin des années 1970. Pour pouvoir détecter des talents nouveaux, elle opte en 1978, lors de la première consultation conforme au décret de 1973, pour un concours ouvert<sup>13</sup>, c'est-à-dire sans sélection préalable, ce que les hôpitaux de province ne font pas<sup>14</sup>. Elle organise ensuite des concours fermés, mais en invitant les architectes qu'elle a remarqués lors du concours de 1978, et dont elle attend des propositions en rupture avec les réalisations antérieures. Elle s'affranchit ainsi du petit nombre de maîtres d'œuvre entre lesquels la commande hospitalière était répartie avant le décret sur l'ingénierie.

Un deuxième concours ouvert est un appel d'idées organisé en juin 1987 et qui porte sur l'hébergement de personnes âgées dépendantes (voir encadré 5). L'objectif est de susciter une réflexion et un débat en s'affranchissant dans un premier temps des contraintes de fonctionnement et de coût. Les meilleures idées sont suivies de réalisations élaborées en concertation avec les utilisateurs concernés et les professionnels de l'architecture de l'AP-HP, notamment les architectes-conseils. Trois au moins de ces réalisations ont un caractère nettement expérimental, notamment de par leur taille. On retrouve donc, dans des circonstances très différentes – il ne s'agit plus de se constituer un vivier d'architectes mais de susciter et tester des idées nouvelles – le désir de rompre avec des pratiques routinières. Sur les 237 équipes qui répondent à cet appel, plusieurs dizaines sont composées de jeunes salariés d'agences, qui participent pour la première fois pour leur propre compte à une compétition. Sur 10 commandes, 5 sont accordées à des architectes dont c'est la première réalisation; trois autres lauréats sont inscrits au Conseil national de l'ordre des architectes (CNOA) depuis respectivement 4, 6 et 8 ans et ont déjà obtenu des commandes, mais d'une importance bien moindre que celle que l'AP-HP leur a donnée. Surtout, aucun lauréat n'est spécialisé dans les constructions hospitalières.

Quatre-vingt-dix-sept concours avec sélection préalable sont organisés de 1978 à 1991. Nous sommes parvenus à obtenir des informations fiables pour 77 de ces consultations. Les résultats de ce dépouillement, présentés dans le tableau suivant, confirment le désir de l'AP-HP de faire travailler de jeunes architectes. De plus, l'étude des réalisations antérieures de ces derniers permet de mettre en évidence la préférence pour des non-spécialistes de l'hôpital.

13. Il s'agit d'un concours pour une cure médicale de 7900 m<sup>2</sup> utiles. Cinquante-deux architectes répondent à cet appel. Quatre d'entre eux sont déclarés lauréats du premier tour et appelés à concourir pour un second tour.

14. L'organisation de concours, qui est dans l'esprit du décret de 1973 et qui est rendue obligatoire par celui de 1980 (voir n. 6), n'implique en rien l'ouverture de la commande à de nouveaux architectes, puisqu'il est possible d'en limiter la participation à ceux qui ont déjà construit des hôpitaux. C'est ce que font les hôpitaux de province. En organisant un concours ouvert, l'AP-HP permet à l'inverse à tout architecte de faire une proposition.

### Encadré 3

#### Répartition des commandes en fonction de la surface utile du programme du concours et de la durée depuis laquelle l'architecte est inscrit au CNOA.

	de 0 à 2 000 m <sup>2</sup>	de 2 000 à 10 000 m <sup>2</sup>	de 10 000 à 30 000 m <sup>2</sup>	plus de 30 000 m <sup>2</sup>
de 0 à 5 ans	9	6	0	0
de 5 à 10 ans	10	3	1	0
plus de 10 ans	19	22	4	3

Sources : Assistance publique-hôpitaux de Paris, archives de la direction des Équipements (pour la surface des opérations et l'identification du maître d'œuvre) ; annuaire du Conseil national de l'ordre des architectes (pour la date d'inscription à l'Ordre du maître d'œuvre).

La date d'inscription au Conseil national de l'ordre des architectes, comparée à la date de concours, est un premier indicateur de l'expérience de l'agence, plus accessible que l'âge de ses membres. Pour simplifier, nous avons toujours pris en considération l'architecte le plus âgé de l'équipe.

Le tableau est constitué à partir de la liste des concours. En conséquence, un même architecte peut figurer plusieurs fois, et même dans plusieurs cases, s'il a obtenu des commandes de tailles différentes et/ou à des dates différentes. Ce phénomène est cependant marginal.

Ce tableau permet de dégager trois groupes à propos desquels un certain nombre de remarques s'imposent. Le premier groupe (quatre cases en haut à gauche) comprend vingt-huit petites opérations confiées à des architectes inscrits au CNOA depuis moins de dix ans. Ces opérations sont dans l'ensemble peu techniques : hébergement de personnes âgées, halls d'accueil, espaces d'animation, crèches ou logements, même si on y trouve aussi un SAMU (Service d'aide aux malades urgents), un accueil des urgences et un bloc opératoire.

Les grosses opérations (huit opérations, les deux colonnes de droite) sont en revanche confiées à des architectes plus âgés qui, s'ils sont aussi inexpérimentés dans le domaine hospitalier que leurs confrères plus jeunes, ont à leur actif dans d'autres domaines des opérations nombreuses, importantes et même souvent connues. On peut notamment remarquer la présence de nombreux architectes qui se sont fait connaître dans les villes nouvelles ou ont appartenu aux ateliers travaillant pour les municipalités communistes (Atelier d'urbanisme et d'architecture et Atelier de Montrouge<sup>15</sup>), et dont les réalisations ont bénéficié d'une importante publicité dans des revues spécialisées hostiles aux pratiques académiques, notamment l'*Architecture d'Aujourd'hui*. Certains d'entre eux ont contribué en 1979 à définir la nouvelle politique de l'administration. L'unique exception mérite un éclaircissement :

15. Sur le rôle de ces ateliers comme réseaux parallèles à ceux du système académique dans les années 1960 et 1970, voir notamment Pascale Blin, *L'Atelier d'Urbanisme et d'Architecture, mythe et réalités*, Paris, Électa Moniteur, 1988 ; Jacques Lucan, *France Architecture, 1965-1988*, Paris, Éd. du Moniteur, coll. « Tendances de l'architecture contemporaine », 1989.

Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

un architecte inscrit depuis cinq ans au CNOA a obtenu une commande de 17 500 m<sup>2</sup> utiles. Or, il s'agit en quelque sorte d'un « outsider » mis en compétition avec trois architectes chevronnés, et qui remporte le concours grâce à une proposition originale de réaménagement d'une place.

Le parcours des six autres architectes confirme que le rôle joué par les maîtres d'ouvrage dans la segmentation de la profession est déjà ancien : au cours des années 1960 et 1970, ces architectes ont pu survivre sur le marché et même acquérir une certaine visibilité en marge des réseaux de l'École des beaux-arts et des commandes des ministères, grâce à l'existence de commandes publiques parallèles. Cela confirme aussi le rôle joué par les acteurs du monde de l'architecture eux-mêmes dans les évolutions de la commande publique au cours des années 1970 et 1980. Ces architectes, aidés par les revues qui ont contribué à construire leurs réputations et qui ont critiqué les réalisations fonctionnalistes des administrations et de leurs maîtres d'œuvre, ont permis les changements des années 1980.

Le troisième groupe, constitué des petites opérations confiées à des architectes inscrits depuis plus de dix ans au CNOA, est plus hétérogène et plus difficile à caractériser (quarante et une opérations, deux cases en bas à gauche). Ces commandes sont réparties entre des architectes ayant à leur actif des réalisations importantes, des architectes qui n'ont pas réussi à « percer » et enfin, ce qui constitue une exception par rapport à l'ensemble de notre propos, des architectes peu connus mais dotés d'une expérience importante dans le domaine hospitalier. Dans ce dernier cas de figure, il faut noter qu'il s'agit toujours, à l'inverse des opérations de taille équivalente confiées aux plus jeunes architectes, de réalisations présentant d'importantes difficultés techniques, par exemple d'adaptations de locaux anciens pour l'installation d'équipements médicaux modernes<sup>16</sup>. La préférence de l'AP-HP pour des architectes dépourvus de toute expérience dans le domaine hospitalier n'est donc pas démentie. Les exemples qui précèdent montrent seulement qu'elle ne s'applique pas aux opérations à la fois difficiles techniquement, et peu propices à la recherche esthétique et aux innovations formelles.

16. L'exemple le plus typique concerne l'installation des nouveaux équipements d'imagerie : scanner et surtout imagerie en résonance magnétique nucléaire (IRM).

### *La commande publique hospitalière en province*

Le profil des architectes qui travaillent pour les hôpitaux de province est tout autre. En effet, malgré la

déconcentration et l'abandon de la pratique des concours industrialisés, les centres hospitaliers choisissent souvent pour des opérations singulières ceux qui ont figuré sur les listes d'agrément et ont été lauréats des concours industrialisés, c'est-à-dire ceux-là même auxquels l'AP-HP ne fait jamais appel. Une évolution se produit cependant depuis la fin des années 1980, qui élargit le recrutement sans pour autant modifier son esprit : des architectes qui ont acquis une expérience en matière de conception hospitalière en travaillant avec l'AP-HP accèdent désormais à la commande des hôpitaux de province. Ils renforcent ainsi la concurrence à laquelle sont confrontés les anciens spécialistes. Cette évolution montre que les hôpitaux de province reconnaissent le label d'architecte hospitalier aux maîtres d'œuvre d'opérations de l'AP-HP ; la préférence pour des architectes expérimentés voire spécialisés n'est cependant pas remise en question.

Ces préférences opposées s'expliquent facilement. À la différence de l'AP-HP, les hôpitaux locaux ne disposent ni des effectifs, ni d'un volume de travaux qui leur permettent d'entretenir les savoir-faire nécessaires pour guider un maître d'œuvre inexpérimenté dans le domaine hospitalier. Rares sont les directeurs d'hôpitaux qui connaissent plus d'une grosse opération de construction au cours de leur carrière. Il est donc prudent pour eux de faire appel à un architecte dont ils savent qu'il a déjà été confronté aux difficultés techniques particulièrement complexes qui caractérisent la conception hospitalière. Paradoxalement la déconcentration, qui a profondément modifié l'organisation de la maîtrise d'ouvrage, a aussi favorisé une continuité exceptionnelle de la répartition de la commande dans les hôpitaux de province, qu'elle a incités à recourir aux services des architectes déjà spécialistes de l'hôpital au cours de la période antérieure. C'est pourquoi les architectes « hospitaliers » des années 1970, bien qu'ils soient *de facto* écartés des concours de l'AP-HP, peuvent continuer à travailler dans le domaine hospitalier au cours des années 1980. L'étude de l'activité de ces agences révèle en effet que leur spécialisation est restée forte. Les deux exemples présentés (voir encadré 4) sont assez représentatifs. Nous aurions pu en choisir d'autres et nous arriverions toujours aux mêmes constats : la spécialisation dans le secteur hospitalier est subie plutôt que voulue ; les architectes qui ont obtenu ces commandes dans les années 1960 et surtout 1970 ne parviennent

## Encadré 4

### Deux exemples d'évolutions d'agences spécialisées

*Les deux chefs d'agences sont des architectes diplômés de l'École nationale supérieure des beaux-arts. Le premier commence à exercer en libéral à plein temps dans les années 1970, après avoir été logiste du grand prix de Rome et avoir fait des concours à vocation hospitalière en sous-traitance pour d'autres agences. Son activité comporte dès ses débuts une part importante de réalisations hospitalières mais aussi des logements, une église, un laboratoire industriel. Il est architecte conseil auprès du ministère de la Santé de 1971 à 1982 et conçoit plusieurs établissements en province. Il est lauréat des concours des hôpitaux Duquesne, Fontenoy et des composants hospitaliers types, qui lui permettent d'obtenir plusieurs commandes à la suite sans avoir à repasser de concours. À la fin des années 1970, l'agence est spécialisée dans la conception d'hôpitaux, sans que le choix en ait été fait. Au début des années 1980, les conditions de distribution de la commande se modifient. Il est désormais nécessaire de concourir pour chaque opération. L'agence participe à 60 concours hospitaliers entre 1978 et 1992 et en gagne 23. Il s'agit là d'un très bon résultat d'ensemble, et cette agence a la réputation d'avoir mieux résisté que les autres au changement de règles du jeu du début des années 1980. La réduction de la commande, l'inaccessibilité de l'AP-HP puis la concurrence des architectes ayant travaillé pour celle-ci ont néanmoins provoqué une baisse*

*d'activité qui a obligé à diminuer l'effectif de l'agence, d'environ 50 personnes à la fin des années 1970 à 23 aujourd'hui.*

*La deuxième agence que nous voudrions mentionner a plus souffert de ces évolutions. Après le décès d'un grand patron avec lequel il travaillait, le chef d'agence hérite au milieu des années 1960 d'une de ses commandes. Il devient architecte conseil du ministère de la Santé à la fin des années 1960, puis est lauréat du concours des composants hospitaliers types, du concours pour les hôpitaux Fontenoy et du concours pour les hôpitaux Duquesne, au titre desquels il a conçu plusieurs grands hôpitaux de province. La commande est alors telle qu'il travaille parfois en même temps sur plusieurs hôpitaux de plusieurs centaines de lits. Il est désigné de gré à gré par l'AP-HP pour concevoir l'un des derniers hôpitaux antérieurs à l'application du décret sur l'ingénierie, quand elle recourt encore aux services de spécialistes. Au début des années 1980, son agence est totalement spécialisée dans la conception hospitalière, sans que cette spécialisation ne résulte d'un choix, et la commande suffit à faire vivre environ 30 personnes. Aujourd'hui, l'agence n'a aucune construction neuve importante en route. Elle n'a pas non plus réussi à diversifier son activité. Sa survie est permise par les restructurations des réalisations passées, rendues nécessaires notamment par l'évolution des normes de sécurité.*

ensuite pas à diversifier leur activité. Qu'ils résistent bien ou mal, c'est bien la commande hospitalière qui continue à faire vivre leurs agences.

### **Maîtres d'ouvrage innovateurs et architectes généralistes**

Nous avons déjà évoqué la chance que l'AP-HP donne à de jeunes architectes de s'installer à leur compte ou, à certains qui ont déjà eu de petites commandes, de réaliser des opérations plus importantes. Or on retrouve les mêmes profils d'architectes chez d'autres maîtres d'ouvrage qui, au cours de la même période, ont eux aussi mis l'accent sur la recherche de la qualité formelle et ont fait l'effort de

donner à leurs réalisations une visibilité importante: la régie immobilière de la Ville de Paris, le ministère des Finances, le ministère de la Culture pour les bibliothèques centrales de prêt, ou encore «Toit & Joie», maître d'ouvrage délégué pour la construction de bureaux de poste et de logements pour le personnel des postes dans Paris.

Ainsi se dessine au début des années 1980 un nouveau profil de maîtres d'ouvrage qui se caractérise par quatre traits: l'importance accordée au savoir-faire qui conduit à faire de la maîtrise d'ouvrage un véritable métier, la revalorisation de la fonction symbolique associée à l'architecture, à travers la recherche d'innovations utilisées à des fins de communication, un budget dont l'importance permet de poursuivre cet objectif, et enfin le choix de jeunes architectes ou d'architectes dont la réputation s'est constituée en marge de la commande publique des ministères et des administrations des années 1970. Ce dernier changement a d'importantes conséquences pour les architectes: la visibilité des opérations réalisées pour l'un de ces maîtres d'ouvrage est un facteur de succès dans les tentatives d'obtenir une commande d'un autre, même si une seule opération ne garantit pas d'être à nouveau invité à participer à des concours organisés par ces maîtres d'ouvrage prestigieux. Grâce à la publicité qui leur est faite et à la réputation qu'ils réussissent à se constituer, ces maîtres d'œuvre peuvent en général diversifier leur activité et échapper à une spécialisation considérée comme mutilante.

En quoi ces changements influent-ils sur les pratiques de l'architecte lui-même? Et pourquoi les généralistes sont-ils préférés aux spécialistes pour honorer ces commandes? La fonction symbolique qui est désormais dévolue à l'architecture oblige les architectes à modifier leurs propositions par rapport aux réalisations des décennies antérieures. L'attrait esthétique des bâtiments et le caractère innovant des solutions proposées sont désormais des critères importants de choix dans les concours. On y parle de poésie, d'élégance des formes, d'originalité. Quel que soit le langage formel du bâtiment choisi, il doit évoquer le moins possible les réalisations des années 1960 et 1970. De plus, non seulement les architectes sont invités à proposer des solutions nouvelles, mais ils doivent être capables de mettre leurs réalisations en valeur en soulignant par leur discours la dimension innovante de leur réalisation. Ainsi, lors d'un concours pour un centre du



Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

SAMU, le directeur des Équipements de l'Assistance publique s'était déclaré séduit par un architecte qui avait présenté son projet aux formes déroutantes comme un « grand poisson » doté d'« ouïes »<sup>17</sup>. La conception des lieux d'hébergement pour personnes âgées très dépendantes illustre elle aussi ce souci d'innovation. Les opérations de l'appel d'idées de 1987, évoqué plus haut, montrent notamment la variété des formes que cette dernière peut revêtir (voir encadré 5).

Les attentes des hôpitaux de province à l'égard des maîtres d'œuvre de leurs opérations sont très différentes: leur activité édilitaire peu importante les empêche de se doter de services aussi étoffés que la direction des Équipements de l'Assistance publique, et ils compensent la faiblesse de leurs propres savoirs et savoir-faire en matière de maîtrise d'ouvrage par le choix d'un maître d'œuvre déjà expérimenté en matière d'architecture hospitalière<sup>18</sup>. L'innovation n'est donc pas leur préoccupation première. Ils sont au contraire attentifs à la capacité de l'architecte à reproduire un modèle d'organisation de l'hôpital éprouvé, gage pour eux d'un bon fonctionnement futur. Leur attachement aux solutions anciennes explique leur préférence pour des architectes spécialistes, tout comme la volonté d'innover explique le choix par l'AP-HP de généralistes.

Symétriquement, la préférence des architectes pour un exercice généraliste de la profession s'explique par l'enrichissement des compétences que cela permet d'acquérir. L'apprentissage du métier s'effectue sur une plus longue durée que dans le cas d'architectes spécialistes – en fait, il peut ne jamais être terminé – et les compétences acquises peuvent être utilisées de façon moins routinière. Les découvertes de programmes nouveaux, qui peuvent se produire tard dans la carrière d'un architecte, sont l'occasion d'enrichir sa culture. L'innovation ainsi favorisée complexifie l'activité, par rapport à la pratique plus routinière d'un architecte spécialisé. Si le goût pour la complexité est pour beaucoup dans l'attrait des professions artistiques, alors la spécialisation ne peut être ressentie que comme un obstacle à l'épanouissement de ceux pour qui la recherche de l'innovation formelle est une préoccupation essentielle<sup>19</sup>.

Reprenons le cas de l'AP-HP: la part des projets hospitaliers est parfois très importante dans le chiffre d'affaires des maîtres d'œuvre qui travaillent pour elle pendant trois

17. Pour des développements précis sur ce concours, voir F. Champy, *Les Architectes et la Commande...*, op. cit., n. 4, pp. 133-138.

18. Sur les rapports entre taille de l'administration et innovation, voir F. Champy, « Conception architecturale et innovation. L'hébergement des personnes âgées » in Nicole Haumont (éd.), *L'Urbain dans tous ses états: dire, faire et vivre la ville*, Paris, L'Harmattan, coll. « Habitat et sociétés », 1998, pp. 65-75.

19. Pour des extraits d'entretiens montrant que la spécialisation est le plus souvent subie et non voulue, voir F. Champy, *Les Architectes et la Commande...*, op. cit., n. 4, ch. VII.

## Encadré 5

### Les innovations architecturales à l'AP-HP

L'appel d'idées sur les lieux de fin de vie lancé en 1987 est le lieu par excellence de ces innovations, la procédure choisie devant permettre de s'affranchir de contraintes programmatiques. La taille extrêmement réduite de certaines opérations (18 lits pour une opération dans l'hôpital Émile-Roux, où la construction de 260 lits était nécessaire) montre que l'objectif principal est bien de tester des idées nouvelles.

Dans son ouvrage de présentation des propositions les plus remarquables<sup>1</sup>, l'administration a classé les projets en sept rubriques, qui permettent de prendre la mesure de la diversité des registres d'innovation. Pour chacune de ces catégories, au moins une proposition a été suivie de réalisation. Les titres des rubriques sont empruntés à l'ouvrage de l'AP-HP. Les explications qui suivent sont de nous.

#### 1. « l'institution adaptée »

Réflexions sur des dispositifs spatiaux qui doivent permettre à la personne âgée de mieux vivre. Exemples: individualisation accrue des espaces afin de faciliter leur appropriation, simplification des circuits afin de lutter contre la désorientation.

#### 2. « la maisonnée »

Conception d'espaces de nuit de petites dimensions (quelques lits) qui reproduisent au sein même de l'hôpital une échelle domestique. Séparation de ces espaces et des lieux de jour, consacrés à des activités collectives.

#### 3. « l'institution comme spectacle »

Utilisation des activités internes à l'hôpital pour créer des spectacles, et travail sur la transparence et le cloisonnement des espaces, afin de permettre à chacun de choisir entre la participation par le regard et l'isolement.

#### 4. « l'autonomie par la technologie »

Utilisation de la domotique.

#### 5. « le crépuscule »

Travail sur l'« introduction d'un symbolisme des rapports entre la vie et la mort » (p. 91).

#### 6. « le patrimoine apprivoisé »

Réflexions sur l'évolution des hôpitaux anciens, notamment ceux du XIX<sup>e</sup> siècle.

#### 7. « le grand âge et la ville »

Réflexions en vue d'adoucir la frontière entre l'hôpital et la ville, de multiplier les échanges avec l'extérieur et d'atténuer la rupture lors de l'entrée dans l'institution.

Plus encore que les autres opérations de l'AP-HP, ces commandes ont été attribuées à de jeunes architectes, confirmant ainsi l'assimilation qui est faite entre jeunesse et capacité à innover.

Prenons comme exemple l'opération la plus importante menée à bien par l'AP-HP au cours des années 1980: l'hôpital Robert-Debré conçu par Pierre Riboulet, situé dans le 19<sup>e</sup> arrondissement de Paris, et qui a contribué à faire connaître l'AP-HP et à lui donner une réputation de maître d'ouvrage soucieux de qualité, grâce aux nombreux articles par lesquels il a été salué dans la presse architecturale et même dans la presse grand public. Cet édifice a des qualités architecturales indéniabiles, de lumière et d'échelle notamment. Mais c'est surtout une innovation qui a assuré la postérité de l'opération. L'architecte a ainsi créé une « rue hospitalière », c'est-à-dire un couloir incurvé qui innerve l'ensemble de l'hôpital, surplombe la ville à une de ses extrémités<sup>2</sup> et accueille des activités, essentiellement commerciales, chargées de faire pénétrer un peu d'animation dans l'hôpital. Ce

1. AP-HP, *Architectures du Grand-Âge...*, op. cit., n. 12.

2. Grâce à la forte dénivellation du terrain, ce couloir, qui est au rez-de-chaussée à l'entrée du bâtiment, se trouve au huitième étage à l'autre extrémité.

... couloir diffère de ceux qui accueillent habituellement les visiteurs des bâtiments hospitaliers. Il est un peu plus large; un jardin d'hiver l'éclaire et l'égaye; tout est fait pour y faire oublier le plus longtemps possible qu'on se trouve dans un hôpital. Le talent de P. Riboulet a cependant aussi consisté à lui donner le nom de «rue hospitalière» et à le présenter comme l'idée qui a guidé l'ensemble du travail de conception. Le rôle joué par l'architecte dans l'élaboration d'un discours sur l'opération, dont on ne peut douter qu'il ait contribué à son succès auprès des revues, s'est finalement traduit par la publication du journal qu'il a tenu pendant la préparation du concours en 1980<sup>3</sup>.

On voit à partir de cet exemple quelles qualités sont désormais exigées des architectes, et pourquoi leurs collègues qui étaient spécialistes de l'hôpital sont mal préparés à répondre aux attentes des nouveaux commanditaires. L'apport de P. Riboulet consiste en effet à utiliser un dispositif qu'il emprunte à des réalisations hors du domaine hospitalier: la «rue hospitalière» est en effet une adaptation à l'hôpital de la «rue intérieure» conçue par Le Corbusier pour les Cités radieuses<sup>4</sup>. Alors que les spécialistes de la conception des hôpitaux sont particulièrement aptes à reproduire un modèle éprouvé et en même temps facilement identifiable d'organisation de l'espace, P. Riboulet s'impose justement par la rupture avec ce modèle, en proposant des espaces conçus pour faire oublier aux patients où ils se trouvent. L'intérêt pour le maître d'ouvrage de recourir aux services d'architectes généralistes est donc bien lié à la volonté d'innover.

3. Voir Pierre Riboulet, *Naissance d'un hôpital*, Paris, Plon, coll. «carnets», 1988.

4. Voir notamment les Cités radieuses de Marseille et de Rezé, où la présence de commerces intérieurs modifie la perception des couloirs, qui d'une certaine façon prolongent la rue.

ou quatre années (50 à 80 %), mais elle baisse ensuite fortement, l'activité se diversifiant. En conséquence, si l'AP-HP n'assure pas la survie des agences dont elle favorise la création, il est cependant incontestable que ses commandes et la visibilité qu'elle leur donne sont des atouts importants pour de jeunes architectes. Le type de carrières qu'elle favorise est très différent de celui que permettent les autres commandes hospitalières. Il exclut la spécialisation unique, et privilégie la visibilité sur l'instauration d'une relation suivie avec le client. Les nouveaux maîtres d'ouvrage permettent ainsi à de jeunes architectes ou à des architectes plus âgés qui n'avaient pas pu accéder aux commandes au cours des décennies antérieures, de commencer une carrière en accord avec la culture de la profession qui, comme l'attestent la lecture des revues et les discours des architectes eux-mêmes, valorise fortement la commande publique et l'absence de spécialisation.

## Conclusion: les conséquences pour les architectes des politiques des administrations

1- Le premier ensemble d'enseignements de cette étude est factuel. Malgré les importants changements que la profession d'architecte a connus<sup>20</sup>, le cloisonnement qui existait à l'intérieur de la profession perdure. En d'autres termes, le sort des architectes déjà en activité dans les

20. Notre propos n'est pas de présenter ici ces changements. Mentionnons seulement la chute du système académique qui a entraîné en 1969 l'éclatement de l'École des beaux-arts, la mise en place de nouvelles régulations juridiques (principalement le décret de 1973 que nous avons évoqué plus haut et la loi de 1985 sur la maîtrise d'ouvrage publique), et l'évolution des débats au sein du monde de l'architecture, qui ont beaucoup perdu de leur virulence. Pour des développements plus fournis sur ces évolutions, voir notamment F. Champy, *Les Architectes et la Commande...*, *op. cit.*, n. 4, ch. I et II.

années 1970 continue à dépendre de leur position dans le champ de la profession à cette époque. Cela ne signifie pas que cette position n'a pas évolué. Mais les architectes qui travaillaient pour le ministère de la Santé se trouvent écartés de la commande de l'AP-HP, qui leur préfère ceux qui se sont illustrés dans les villes nouvelles ou les municipalités communistes, ainsi que de plus jeunes architectes. Ainsi faut-il conclure tout à la fois à la permanence des clivages de la profession et à un changement important dans la signification et les implications de ces clivages.

L'importance prise par les jeunes architectes dans la commande publique constitue un phénomène récent dans le monde de l'architecture, puisque le salariat dans une agence était la norme des débuts de carrière jusqu'aux années 1970<sup>21</sup>. Cette installation précoce a favorisé la multiplication des petites agences et les débuts de carrières de plus en plus rapides, mais les positions des jeunes architectes sont aussi de plus en plus précaires, notamment en période de crise de l'activité. Or, nous avons vu que ces évolutions du marché du travail des architectes sont dues pour une partie à la politique suivie par un petit nombre de très gros maîtres d'ouvrage qui disposent des moyens nécessaires pour confier à des architectes peu expérimentés des opérations dotées d'une forte visibilité.

2- La segmentation du marché du travail des architectes apparaît ainsi comme étroitement liée à la différenciation des maîtres d'ouvrage. Mais les décisions de ces derniers ne pèsent pas uniquement sur la répartition de la commande entre les segments du marché. Elles touchent aussi aux qualifications qui sont reconnues, recherchées et encouragées par les maîtres d'ouvrage et donc qui sont présentes dans les agences. Les deux exemples qui ont servi à construire notre démonstration permettent ainsi d'opposer deux modèles de qualification. Le premier se caractérise par la spécialisation des architectes dans le domaine hospitalier<sup>22</sup>, certifiée par l'inscription sur des listes d'aptitude que le ministère de la Santé contrôle. Il s'agit donc d'une spécialisation acquise sur le tas, hors du système éducatif. Ceux qui travaillent pour l'AP-HP relèvent d'un deuxième modèle. Ce sont, à l'inverse des généralistes, dont le seul titre est le diplôme, aucune inscription sur une liste d'aptitude n'étant nécessaire, mais qui accèdent à la commande grâce à une réputation acquise en dehors de l'AP-HP, auprès d'un plus large public que celui de la seule maîtrise d'ouvrage hospitalière, bien que

21. Voir R. Moulin et F. Champy, « la Formation et la profession d'architecte depuis 1914 », *Encyclopædia universalis*, Paris, 1993.

22. Mais le travail sur d'autres administrations nous aurait conduit à mettre en évidence d'autres spécialisations, dans le scolaire ou dans le logement par exemple.

Florent Champy  
*Commande publique  
d'architecture et segmentation  
de la profession d'architecte  
Les effets de l'organisation  
administrative sur la répartition  
du travail entre architectes*

composé de spécialistes : pairs, critiques d'architecture, maîtres d'ouvrage. Parmi les vecteurs essentiels de cette réputation figurent les prix d'architecture et les publications dans les revues, qui donnent à leurs réalisations une visibilité plus large que celle des opérations des spécialistes. Nous retrouvons ainsi la distinction présentée par Jacques Lautman dans un article récent<sup>23</sup> entre un modèle de carrière basé sur le professionnalisme certifié par un titre – fût-il comme c'est le cas ici décerné hors du système éducatif – et un modèle où la réputation individuelle joue un rôle essentiel<sup>24</sup>. La multiplication des débouchés pour ce segment d'architectes est subordonnée à la revalorisation de l'innovation esthétique de la part de certains maîtres d'ouvrage publics.

Ce constat que les choix des commanditaires influent sur les qualifications, est la démonstration de la situation de domination dans laquelle se trouve la profession, incapable de définir de façon autonome le contenu de sa compétence<sup>25</sup>. Alors que les membres d'autres métiers – notamment les médecins et les juristes – ont su conquérir une autonomie importante dans l'organisation de leur travail, puisque des non-professionnels ne sauraient jouer un rôle de premier plan dans la définition des tâches, dans l'élaboration des enseignements qui doivent préparer les futurs professionnels à les accomplir et dans le contrôle de la conformité du travail aux canons de la discipline<sup>26</sup>, les compétences requises des architectes et le contenu de leur intervention dépendent plus de la demande que d'une conception de leur activité qui découlerait de la construction d'une discipline autonome.

Pour autant, les choix des administrations ne sont pas premiers par rapport aux évolutions du monde de l'architecture. Les architectes, les revues et les institutions de promotion de l'architecture contribuent à la définition des politiques des administrations. Notamment, le nouvel intérêt pour les fonctions symboliques, qui s'est manifesté chez de nombreux maîtres d'ouvrage au début des années 1980, a été favorisé par la critique de l'architecture fonctionnaliste à laquelle se sont livrés les architectes qui n'avaient pas accès aux commandes de l'État, et par les offres de services qu'ils ont présentées à ces administrations. Mais il reste que les choix des administrations jouent un rôle essentiel comme conditions de possibilité d'un mode de fonctionnement du marché du travail et que leur étude peut donc aider à comprendre l'évolution

23. J. Lautman, « Compétence, légitimation, vedettariat », in *L'art de la recherche; Essais en l'honneur de Raymonde Moulin*, textes réunis par Pierre-Michel Menger et Jean-Claude Passeron, Paris, La Documentation française, 1994, pp. 203-218.

24. Cela ne signifie bien entendu pas que le titre devient inutile. Il protège encore l'activité des architectes en France, conformément à la loi sur l'architecture du 3 janvier 1977.

25. F. Champy, « Vers la déprofessionnalisation? L'évolution des compétences des architectes depuis le début des années 1980 en France », *Les Cahiers de la recherche architecturale et urbaine*, n° 2-3, n° spécial « Métiers », 1999, pp. 27-38.

26. Voir Eliot Freidson, *Professional Powers*, Chicago, Chicago University Press, 1986.

de celui-ci : une fois la politique définie, sa stabilité contribue à celle de la segmentation du marché du travail. Les architectes sont condamnés à subir avec plus ou moins de bonheur les choix des commanditaires.

3- Cette remarque nous conduit au troisième ensemble d'enseignements de ce travail, d'ordre méthodologique : la profession d'architecte ne peut pas être étudiée indépendamment d'une analyse fine du cadre de son activité, et tout particulièrement de la maîtrise d'ouvrage. Nous avons vu que le mouvement de déconcentration, dont nous avons rappelé les circonstances dans le cas du ministère de la Santé, n'est pas un phénomène indifférent pour les architectes<sup>27</sup>. Or, cette évolution est commune à d'autres ministères, et constitue probablement l'une des plus importantes de l'administration française d'après-guerre. Elle ne peut donc pas être ignorée. Mais il est dans le même temps impossible d'en tirer des conséquences mécaniques, et sa prise en compte oblige à faire ressortir les médiations par lesquelles elle opère. L'évolution du marché du travail des architectes se situe donc bien au carrefour de déterminants propres au monde de l'architecture, et d'un ensemble de configurations qui inclut l'évolution des administrations publiques, qui constituent en France des commanditaires importants. Mais les effets de cette évolution ne sauraient être réduits à un phénomène univoque, qu'il s'agisse de la répartition de la commande ou des qualifications.

27. Les effets d'autres évolutions de l'organisation administrative pourraient être étudiés de la même façon, et notamment la tendance au démembrement, par multiplication des établissements publics et des administrations de mission. Dans ce dernier cas, sur les conséquences sur la division du travail de conception, voir Philippe Urfalino, *Quatre voix pour un opéra ; Une histoire de l'Opéra Bastille racontée par M. Audon, F. Bloch-Lainé, G. Charlet et M. Dittmann*, Paris, Métailié, 1990 ; F. Champy, « Comment conduire un grand projet architectural ? Bibliothèque François-Mitterrand, Stade de France, hôpital Georges-Pompidou... », *Les Cahiers de la Recherche Architecturale et Urbaine*, n° 1, 1999, pp. 87-100.