

Simple et complexe à la fois, introverti et ouvert, l'**Hôpital Riviera-Chablais** se déploie à deux échelles: celle du grand paysage, des montagnes qui entourent la vallée du Rhône et celle de la domesticité, réservant aux résidents de passage un accueil humaniste.

Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, établissement de soins aigus, Rennaz (VD)

Concours de maîtrise d'œuvre: 2011 (lauréat); livraison: 2019

Surface: 67 000 m² (surface brute de plancher utile)

Nombre de lits: 350

Coût travaux: 218 mio € / 240 mio CHF HT

Cette publication a bénéficié de la contribution de

Maîtrise d'ouvrage

Conseil d'établissement Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

Architectes

Groupe-6 architectes (Denis Bouvier, Yves Tailfer), Paris-Grenoble (France)

GD architectes (Laurent Geninasca, Philippe von Bergen), Neuchâtel

Économie du bâtiment

Quartal SA, Vevey

Ingénieurs en électricité

Open ING, Fribourg

Ingénieurs CVC - MCR - thermique

Weinmann Energies SA, Échallens

Ingénieurs sanitaire - gaz spéciaux / coordination technique

TP SA, Bienne

Ingénieurs acoustique

Eco Acoustique, Lausanne

Entreprise générale

Steiner SA, Tolochenaz

Sous-traitant gros-œuvre

Induni & Cie SA, Petit-Lancy

Sous-traitant paillasses et protections murales solid surface

LCCA, Saint-Quentin-Fallavier (France)

Cette publication a été conçue en collaboration avec

groupe-6

GD ARCHITECTES

Cette publication a bénéficié du soutien particulier de



STEINER

Hôpital Riviera-Chablais

Ouvrage conçu en collaboration avec

Groupe-6, Paris – Grenoble
GD architectes, Neuchâtel

Cahier spécial PROJETS / PROJEKTE

Créé en collaboration avec *L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI*,
supplément de *TRACÉS*, revue suisse romande des tech-
niques et cultures du bâti n° 2/2021 et à *TEC21* – *Schweizer-
ische Bauzeitung* n° 5/2021 et *L'ARCHITECTURE D'AU-
JOURD'HUI*, n° 440

Conception et rédaction

Marc Frochaux, rédacteur en chef *TRACÉS*
Emmanuelle Borne, rédactrice en chef *L'ARCHITECTURE
D'AUJOURD'HUI*
Judit Solt, rédactrice en chef *TEC21*
Danielle Fischer et Christof Rostert, relecture
(version allemande) *TEC21*
Monica D'Andrea, relecture (version française)
Valérie Bovay, maquette graphique et mise en page
Laurent Guye, photolithographie

Traduction

Wulf Übersetzungen GmbH

Impression

Stämpfli SA, Berne

Adresse des rédactions

TRACÉS, Rue de Bassenges 4, 1024 Écublens
+41 21 693 20 98, redaction@revue-traces.ch, espazium.ch

L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI

Archipress & Associés, 1 rue Savier, 92240 Malakoff, France

Éditeur

espazium – Les éditions de la culture du bâti
Zweierstrasse 100, 8003 Zurich
+41 44 380 21 55, verlag@espazium.ch, espazium.ch
Martin Heller, président
Katharina Schober, directrice des éditions

La reproduction d'illustrations ou de textes, même sous forme
d'extraits, est soumise à l'autorisation écrite des rédactions
et à l'indication exacte de la source.

ISBN: 978-3-9525101-2-4

espazium ≡

Der Verlag für Baukultur
Les éditions pour la culture du bâti
Edizioni per la cultura della costruzione

'A'A'

L'Architecture d'Aujourd'hui

ISBN 978-3-9525101-2-4



9 783952 510124

Sommaire

Textes

Préface

Marc-Étienne Diserens

4

«Nous avons voulu faire disparaître l'ambiance hospitalière»

Denis Bouvier, Yves Tailfer
Laurent Geninasca et Philippe von Bergen

Propos recueillis par Stéphanie Sonnette
et Marc Frochaux

6

Simple, complexe

Bruno Marchand

10

Guérir le paysage

Christophe Catsaros

15

Une concentration de compétences

Pascal Langeron

20

Visuels

Photographies: Michel Denancé
et Thomas Jantscher
Dessins: Groupe-6 et GD architectes

Au tournant du dernier millénaire, le canton de Vaud lutte pour réduire sa dette abyssale et équilibrer charges et revenus de ses budgets annuels successifs. Les programmes d'économies se suivent, n'épargnant aucune des politiques publiques, y compris celle de la santé. Le dispositif hospitalier vaudois est, comme partout en Suisse, surdimensionné et de plus en plus mal adapté à l'évolution de plusieurs tendances lourdes. Il en va de même en Valais. Dans la région Riviera-Chablais et après quelques fusions juridiques imposées par la rudesse des temps, on dénombre à cette époque deux hôpitaux du réseau d'intérêt public, le premier comprenant quatre sites hospitaliers sur la Riviera et le second se déployant sur deux sites, l'un dans le Chablais vaudois, l'autre dans le Chablais valaisan. C'est trop, il faut restructurer; mais sans susciter de vagues de protestations, ni pétitions ou autres démonstrations démocratiques de mécontentements susceptibles de bloquer les changements à opérer. Il faut convaincre toute une région de près de 200 000 habitants, les médecins et les soignants, la population et les patients, la classe politique locale, régionale et cantonale.

Un long processus politique s'étire alors sur neuf années et débouche sur l'option de concentrer les soins aigus sur un seul et nouveau centre hospitalier, à construire sur la commune de Rennaz (VD), lieu retenu après deux études multicritères et d'après discussions. L'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais est ainsi fondé sur la décision unanime des deux parlements vaudois et valaisan au printemps 2009. Il y a une conviction et un élan, deux ingrédients indispensables pour un tel projet. Un conseil d'établissement, représentant le maître d'ouvrage, est nommé. Il met sur pied une commission de construction qui organise un concours de projets mobilisant la créativité de dix groupes de mandataires pré-sélectionnés. Les dix projets sont scrupuleusement examinés par un jury de concours flanqué de plusieurs groupes d'experts. Arrivé au terme de ses travaux d'évaluation, le jury établit une recommandation que le maître d'ouvrage décide de faire sienne: le projet intitulé «Soins et grand paysage» est le lauréat du concours. L'ouverture de l'enveloppe, jalousement conservée auprès d'un notaire depuis le dépôt des projets, révèle qu'il est le fruit du travail de GD architectes SA à Neuchâtel et Groupe-6 à Grenoble. Félicitations, champagne pour tout le monde! On sait enfin à quoi ressemblera l'hôpital en devenir; l'excitation monte d'un cran. Les images de synthèse

issues du dossier de concours sont médiatisées. Population, patients et personnels médico-soignants peuvent commencer à apprivoiser mentalement «leur futur hôpital» en découvrant sa forme générale et son inscription dans l'espace: un bâtiment peu élevé, qui s'étire dans la plaine du Rhône sans la dénaturer, en épousant son horizontalité et en dévoilant une structure qui combine façades vitrées sur les deux premiers niveaux et couronnement de l'étage supérieur dévolu à l'hébergement, lui-même organisé autour d'une succession de patios végétalisés sur lesquels donnent les chambres. Calme et sérénité en offrande aux futurs patients confrontés à la maladie, aux questions existentielles, à la finitude. Telle est la volonté des concepteurs qui de surcroît convainquent le jury des qualités fonctionnelles de l'ouvrage projeté en regard des attentes des personnels hospitaliers appelés à y évoluer au quotidien.

Un bref retour s'impose sur un débat animé de la commission de construction avant et dans la perspective du concours: faut-il d'emblée privilégier la modalité de «l'entreprise totale» et obtenir, en une seule séquence, un engagement mutuel global sur la conception et la réalisation de l'hôpital ou, au contraire, laisser la priorité et le champ libre à un processus créatif spécifiquement architectural et favoriser l'émergence d'un projet bien pensé, conjuguant esthétique, fonctionnalité et inscription dans l'environnement urbanistique? Le choix s'est porté sur la deuxième option, plus généreuse: aubaine de découvrir l'œuvre livrée par chaque groupe de mandataires ayant pris le risque de s'investir dans le concours en donnant forme et contenu au cahier des charges du maître d'ouvrage; privilège d'être en position d'opérer une sélection raisonnée parmi dix propositions en convoquant toute l'expertise nécessaire pour donner du sens et une légitimité au choix ultime; opportunité d'avoir encore, avant l'appel d'offres en entreprise générale et les optimisations à venir, la possibilité de confronter le projet lauréat aux besoins des utilisateurs toujours inquiets de ne pas être pleinement satisfaits; plaisir pour le maître d'ouvrage de pouvoir assouvir son «impérieux désir d'hôpital». L'hôpital est construit. Merci à celles et ceux qui y ont contribué; merci à celles et ceux qui vont le faire vivre.

**Marc-Étienne Diserens, président du conseil d'établissement
et président de la commission de construction**

« Nous avons voulu faire disparaître l’ambiance hospitalière »

Un hôpital à l’horizontale : la configuration de l’Hôpital Riviera-Chablais, peu commune, favorise une ambiance domestique et une relation privilégiée au paysage. Discussion croisée avec les architectes, après dix années de travail pour faire aboutir ce projet colossal.

Denis Bouvier, président, architecte associé, et Yves Tailfer, architecte directeur de projet de Groupe-6
Laurent Geninasca et Philippe von Bergen, associés de GD architectes
Propos recueillis par Stéphanie Sonnette et Marc Frochaux, *TRACÉS*

◦ **TRACÉS** Comment vos deux agences, suisse et française, ont été amenées à collaborer ? Vous avez des expériences différentes, notamment dans le domaine hospitalier.

Denis Bouvier Groupe-6 a une longue expérience dans les hôpitaux. L’agence a été créée il y a cinquante ans, autour du projet pour l’hôpital d’Uriage, fortement inspiré du couvent de la Tourette de Le Corbusier. En France, dans les années 1970, ce sont les Prix de Rome qui se partageaient les commandes. Le lancement des concours a permis à l’agence de se profiler en réalisant de grandes structures hospitalières dans tout le pays. Des commandes utiles, exigeantes, ingrates et longues à aboutir. Faire de l’architecture dans ces conditions demande une certaine ambition. Notre chance vient de l’association entre les cantons de Vaud et du Valais. Comme ils devaient réinventer leurs manières de faire, le comité, piloté par Marc-Étienne Diserens, est allé visiter des hôpitaux étrangers, dont celui d’Arras, que nous avons livré en 2009. Quand le concours du HRC a été lancé, nous avons approché GD. Par la suite, nous avons fait plusieurs concours ensemble, pour l’hôpital d’Aarau, celui des enfants du CHUV, et celui de Bâle.

Laurent Geninasca Nous avons été contactés par Groupe-6 en raison de l’hôpital Pourtalès, à Neuchâtel. Nous avons remporté ce concours en 1989 avec un projet reconnu pour son insertion fine dans le contexte urbain. Si l’organisation logistique de l’hôpital marchait globalement, les plateaux médicotechniques ne fonctionnaient pas du tout au stade du concours. À l’époque, l’enjeu architectural, urbain, prévalait sur les enjeux techniques. Ceux-ci finissent par se régler, si le parti est intelligent. Ce constat est un peu triste parce que la valeur ajoutée de l’architecte semble aujourd’hui être de moins en moins reconnue : on se trouve dans une logique purement fonctionnelle, économique.



Un rez-de-chaussée public, un étage domestique : en coupe, le projet cherche une échelle comparable avec le village de Rennaz, voisin.

L’hôpital se situe dans un nœud autoroutier, à l’arrivée de la plaine du Rhône dans le Léman, à proximité d’une zone d’activités. Comment avez-vous appréhendé ce site qui est à la fois ingrat et sublime, ouvert sur les montagnes, et comment a-t-il influencé votre parti pris architectural au stade du concours ?

D. B. Nous sommes effectivement au milieu de nulle part. La question du rapport d’échelle entre ce bâtiment imposant, au programme hors normes, et le petit village de Rennaz, situé en vis-à-vis, s’est immédiatement posée, comme celle du lien avec le nœud autoroutier – une modernité agressive, presque vulgaire – et avec les montagnes, qui nous dépassent. L’insertion dans le site a été déterminante, mais nous avons également l’intuition que la nappe permettrait une plus grande évolutivité que la forme d’un tour ou d’une barre, plus contrainte.

De cette confrontation des échelles est née l’idée d’un hôpital organisé en quatre nappes superposées. Les deux premières sont techniques : une au sol qui capte les flux ambulatoires, se connecte au village et aux flux piétons ; une seconde médicotechnique avec les blocs opératoires, les urgences, en lien avec l’autoroute. Au-dessus, la partie réservée aux soins établit un lien avec le grand paysage, les montagnes. Elle reprend le principe d’une chartreuse. Les chartreuses sont toutes construites selon le même principe : chaque moine a sa cellule et son jardin, au bout duquel un mur le soustrait au monde et le met en relation avec le paysage et le ciel.

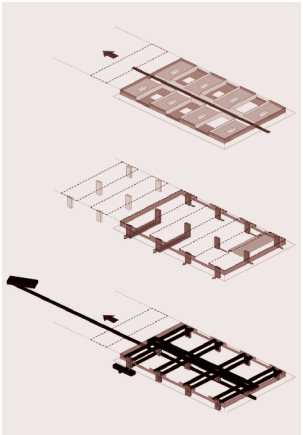
Avec son quadrillage, le plan ressemble pratiquement à celui d’une petite ville romaine. Sur quels éléments repose ce dispositif, mis en place dès le concours ?

Philippe von Bergen Le bâtiment possède d’abord une grande modularité grâce à un système poteaux-dalles qui libère tous les plateaux. Il se justifie également au regard des contraintes sismiques et des risques de crue du Rhône. Nous avons beaucoup discuté du choix de la trame, fixée traditionnellement en Suisse à 8 m ou 8,50 m. Ici, nous l’avons fixée à 7,5 m, en nous fondant sur l’expérience française. Cette décision a été fondamentale, car elle se répercute sur tout le bâtiment. Ensuite, nous avons pensé ce bâtiment comme une ville, avec un système de cours, de places, d’axes principaux et secondaires, donc un concept distributif structurant. Une fois ces principes mis en place, le programme pouvait pratiquement évoluer de lui-même. C’est cette force que le jury du concours a perçue dans notre projet.

Dans l’hôpital, il est très facile de se repérer, même pour un visiteur qui ne connaît pas du tout le bâtiment.

P. v. B. Oui, la question de l’orientation dans un hôpital horizontal est essentielle. La distribution est simple et lisible grâce à l’axe principal et à la cour d’entrée autour de laquelle le patient ou le visiteur peuvent toujours se réorienter.

D. B. Contrairement à une typologie en barre ou en tour, dans cet hôpital horizontal, on se déplace à pied et on prend peu l’ascenseur. Cela change tout. Il y a un vrai plaisir, une promenade architecturale. Dans le cours des dernières décennies, nous sommes passés de l’hôpital « de stock », avec des lits pour une durée de séjour de plus de cinq jours, à l’hôpital « de flux », pour des séjours courts, de trois jours en moyenne. Les flux se sont donc multipliés et mieux ils sont gérés, mieux l’hôpital fonctionne, plus le personnel soignant se sent bien.



L’hôpital est organisé en nappes, selon une trame de 7,50 m qui organise les chambres, les cages d’escalier et, en toiture, la technique.

Comment créer une structure qui est potentiellement amenée à grandir dans les années à venir?

L. G. Plus un projet est complexe et grand, plus le dispositif qu’on met en place doit être simple et clair.

Yves Tailfer En effet, car l’évolutivité d’un tel projet est inévitable. Rien qu’entre le concours et le début du chantier, nous avons dû intégrer plus de 600 modifications! Et pourtant, le projet n’a rien perdu de sa force, de son essence. Au contraire, plus on le modifiait, plus il se renforçait et révélait les grandes lignes qui avaient été mises en place au départ. On peut imaginer qu’il en sera de même dans les années à venir.

Vu depuis l’autoroute, le bâtiment ne dit pas son programme. Il ne renvoie aucun des signes qu’on associe traditionnellement à l’image d’un hôpital public.

L. G. En effet, nous ne voulions pas que la fonction du bâtiment soit directement lisible. C’est un hôpital qui n’est pas vraiment un hôpital. Depuis l’extérieur, on ne voit pas les fenêtres des chambres par exemple. Et c’est pareil à l’intérieur: quand vous arrivez, vous n’avez que deux étages à franchir, via un escalier très noble, et vous arrivez dans les chambres, «à la maison». Si elle n’affiche pas une façade imposante, cette configuration offre en revanche une grande qualité d’accueil par rapport au côté mécanique du dispositif vertical et ses ascenseurs.

D. B. Le visiteur ne pénètre jamais dans la machine, il n’en voit pas le moteur. Il y a comme deux mondes parallèles, celui du personnel et celui, tout aussi important, de la vie des patients et du lien quasiment existentiel qu’ils tissent avec les montagnes pendant leur convalescence. Nous avons porté une attention toute particulière à ce niveau: le parquet est de qualité hôtelière, les chambres donnent sur des patios – induisant d’autres rapports à la maladie. Je pense que cet hôpital respecte les patients et leur donne l’humanité nécessaire pour aborder la souffrance. Il y a un côté très apaisant. Certes ce n’est pas un lieu de culte, mais nous estimons qu’il doit convoier quelque chose de spirituel. C’est la vie monacale, silencieuse, que nous avons cherché à traduire.

L’aménagement intérieur est-il également déterminé par cette idée?

Y. T. Oui, on retrouve dans les aménagements intérieurs la même simplicité que dans le concept de base du projet. Nous avons choisi de mettre de l’énergie sur quelques éléments, comme le parquet ou le dessin des portes. Dans les couloirs, par exemple, on ne voit pas les portes, simplement des empreintes, des joints négatifs, cela participe au caractère apaisé de cet étage.

D. B. Dans l’hôpital traditionnel, on trouve des remontées à gorge, des mains courantes, des gaines techniques, alors qu’ici, c’est simple, et c’est beau. Nous avons voulu faire disparaître l’ambiance traditionnelle de l’hôpital.

Le programme d’un hôpital est très contraint pour les unités de soin: il faut allouer un local infirmier et une pharmacie d’étage pour un certain nombre de chambres. En tant qu’architecte, sur quels autres éléments pouvez-vous agir pour favoriser la vie sociale ou l’intimité, et plus généralement le bien-être des patients?

D. B. Dans un hôpital classique, les patients sont toujours très éloignés du sol. Dès le départ, nous avons proposé que toutes les chambres aient un rapport direct à une nature proche et à une nature lointaine, donc un sol – le jardin –, et le ciel.



La Grande Chartreuse, près de Grenoble, gravure de W. Thomas, 1791.

Y. T. L’organisation des chambres autour des patios jardinés génère également une certaine convivialité. Les vis-à-vis sont gérés par la distance, le traitement végétal du jardin et les systèmes de brise-soleil orientables, qui laissent passer la lumière et permettent de voir sans être vu.

Finalement, comment êtes-vous parvenus à instiller une architecture sensible avec les contraintes extrêmement fortes qui pèsent sur ce genre de programme?

P. v. B. C’est surtout un travail de longue haleine, de résilience, d’écoute, pour parvenir à tenir une idée jusqu’au bout. Le choix de la trame, par exemple, a été une lutte: pour valider l’option à 7,50 m, nous avons dû construire à la demande du maître d’ouvrage un modèle à l’échelle 1:1 dans le dépôt d’une cave à Aigle, avec des parois latérales, un bloc salle de bains et deux lits.

Y. T. Pour le parquet, nous avons également dû faire des essais: une chambre a été équipée et testée dans des conditions d’usage normal pendant plusieurs mois.

Quelle stratégie peut-on développer, au niveau du concours, pour répondre à ces contraintes et en même temps parvenir à proposer de l’architecture et du paysage?

L. G. Aujourd’hui, la plupart des maîtres d’ouvrage sont peu sensibles à l’enjeu architectural et culturel de l’acte de construire. Cela est lié à l’évolution des relations de travail avec des entreprises totales, qui sont également mises en concours, et par des maîtres d’ouvrage qui sont eux-mêmes représentés. Tout cela fait que les attentes ne correspondent pas toujours à nos priorités et à nos envies d’architectes.

Y. T. Il y a une sorte de mécanisme qui s’est mis en place et plus personne ne sait comment le renverser.

P. v. B. La nécessité de tenir jusqu’au bout les prérogatives du concours est un véritable enjeu. Dans notre cas, il fallait conserver une idée forte pour ne pas dénaturer le projet. À la complexité du programme nous avons répondu par une stratification et une distribution claire des fonctions. Un projet horizontal inscrit dans la plaine du Rhône en résonance avec le grand paysage s’imposait comme une évidence. Deux ou trois matières se déclinent dans le bâtiment avec toujours le souci d’humanité. Puis pendant dix années, ce fut un travail de longue haleine, qui nécessita résilience et écoute.

D. B. Il faut en effet une grande ténacité pour respecter des principes de culture, de civilisation, tout en composant avec une réalité contemporaine dominée par les contraintes techniques. Nos deux structures, complémentaires, avaient la capacité d’absorber ce rouleau compresseur, qui peut broyer plus d’une agence. Voilà un vrai enjeu contemporain.

Simple, complexe

« Malgré la complexification croissante des techniques, concevoir et construire un hôpital est d’abord une question d’écriture », écrit Bruno Marchand. Dans cet essai, il inscrit l’Hôpital de Rennaz dans une double tradition typologique, entre des modèles historiques qui répondent à des contraintes apparemment paradoxales : la rationalité du plan et l’accueil « humaniste » des patients.

Bruno Marchand est architecte, professeur de théorie et d’histoire de l’architecture à l’EPFL.

  Dans son fameux livre *A History of Building Types*¹, l’historien Nikolaus Pevsner consacre un chapitre entier aux hôpitaux. Il établit une généalogie de ce type de bâtiments de soins, depuis le 15  siècle, générant un parcours dans le temps marqué, selon moi, par deux modèles paradigmatiques: d’une part, l’Ospedale Maggiore (1456)   Milan de Filarete et, d’autre part, le dessin d’un hôpital (1809) de Jean-Nicolas-Louis Durand. Filarete conçoit un plan cruciforme articulé autour d’une centralité, l’ glise, la disposition croisée des nefs d’hospitalisation étant dans la lign e des tracés géométriques prisés à la Renaissance. Pour sa part, Durand illustre l’idéal du système pavillonnaire, signe du début du rationalisme hospitalier sous l’influence des médecins et de l’hygiène.

Ces modèles m’intéressent à plus d’un titre: tout d’abord, par leur introversion (la vie se focalisant sur des cours), ils répondent de façon précise au besoin d’isolement des patients, notamment durant les périodes de pandémie, telles que celle que nous traversons actuellement; ensuite, parce qu’ils se fondent sur des organisations spatiales rationnelles et hiérarchisées, intégrant de façon efficace, notamment dès le 19  siècle, des données hygiénistes et sanitaires; enfin, parce qu’ils confèrent une identité claire et lisible à la forme bâtie, un point essentiel face au développement technologique actuel et à l’évolution de ces établissements vers une certaine complexité spatiale et fonctionnelle.

Identité, clarté de la forme

De nos jours, le discours récurrent sur les hôpitaux insiste sur la nécessité d’intégrer, déjà au moment de la conception, des notions comme la flexibilité des espaces,

l’adaptabilité à l’évolution des techniques et de la technologie, la standardisation des équipements, et également l’inévitable réduction des coûts afin de faire des économies. La fonctionnalité est aussi de mise. Certes... mais j’aimerais ici insister sur le fait que l’hôpital, même envisagé comme une « machine à guérir » (pour reprendre un terme connu de Foucault)², est aussi (et avant tout) une question urbaine et architecturale, comme en témoignent les modèles historiques préalablement évoqués.

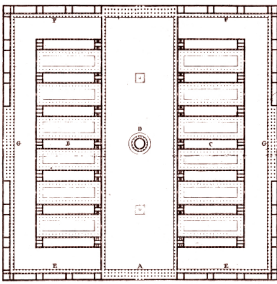
Or l’une des qualités premières du projet lauréat du concours sur présélection pour l’hôpital de Rennaz est justement sa dimension architecturale, détectable notamment dans sa clarté typologique et son unité morphologique, un sentiment de limpidité encore renforcé si on le compare aux propositions, pour la plupart fragmentaires, rendues par les autres équipes. La forme orthogonale dessinée par Groupe-6 et GD architectes provient de la superposition en strates horizontales de trois niveaux, organisés fonctionnellement en coupe: les deux premiers accueillent de multiples fonctions médicales, organisées sur des plateaux portés par une grille structurelle homogène; les espaces consacrés à l’hébergement sont aménagés dans le couronnement – sur un seul niveau, un avantage fonctionnel indéniable –, selon une disposition pavillonnaire répétitive issue du regroupement des équipements et de la sérialité des chambres. Ces dernières sont disposées de part et d’autre d’un axe central et logistique de circulation qui traverse tout le bâtiment. Les unités de soins se profilent comme des « bras » irrigués à partir d’une «  pine dorsale », éclairées par des courettes centrales et ouvertes, latéralement, sur des cours intérieures végétalisées.

Cette logique formelle et organisationnelle se dévoile dès l’accès au bâtiment. Situé dans l’un des « bras » longeant une des cours pavées de galets –  vocation *in absentia* de l’eau du Rhône –, le hall d’entrée est un espace tout en longueur, présentant une double hauteur avec une mezzanine ouverte. Il fait partie du secteur public de l’établissement (avec le restaurant et le centre de conférences) et, par sa forme allongée, il dirige le visiteur vers le centre du complexe et le noyau de circulation verticale. En plus de son ampleur et de ses qualités spatiales, ce hall, illuminé d’une lumière latérale issue de la cour pavée, fait prendre la mesure de la profondeur de l’hôpital. Ainsi mise en scène, cette transition entre le monde extérieur et le monde médical prend toute son importance, atténuant l’habituel sentiment de contrainte du milieu hospitalier et favorisant la qualité de l’accueil.

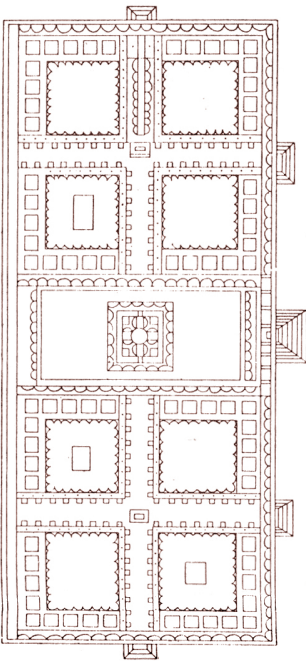
Simple, complexe

Un des enjeux d’un tel projet est le traitement du programme. En effet, cet établissement intercantonal de soins aigus et urgences, rassemblant près de 350 lits, accueille une longue série de spécialisations – de la médecine et la chirurgie jusqu’à la dialyse, la psychiatrie et la physiothérapie, entre autres –, qui induisent des organisations spatiales complexes mettant en jeu un grand nombre de réseaux, de parcours obligés et de relations fonctionnelles spécifiques.

Les architectes ont cherché à contenir cette complexité dans des configurations compactes et simples. L’appel à la simplicité est une qualité reconnue par Le Corbusier, pour qui « le grand art est fait de moyens simples » et « le simple n’est pas le pauvre, mais le simple est un choix, une discrimination, une cristallisation ayant pour objet la pureté même ».³ Frank Lloyd Wright, pour



Filarete, Ospedale Maggiore (1456)   Milan, plan



Jean-Nicolas-Louis Durand, dessin d’un hôpital (1809), extrait de J.N.L. Durand, *Leçons d’architecture. Partie graphique des cours d’architecture*, Firmin Didot, Paris, 1819, planche 18.

sa part, consacre quelques pages admirables de son autobiographie à cette même question, qu’il considère comme particulièrement exigeante car «l’élimination peut donc être aussi dénuée de sens que la complication, et elle l’est peut-être plus souvent. Savoir ce qu’il faut laisser de côté et ce qu’il faut mettre; exactement où et comment, ah! c’est là avoir été instruit dans la connaissance de la simplicité – c’est tendre à la liberté finale d’expression.»⁴

S’il est vrai qu’à Rennaz la simplicité aspire à la pureté formelle et à la puissance plastique des prismes élémentaires et abstraits – une attitude renforcée par une expression architecturale «silencieuse», constituée d’un mur à créneaux, fermé et sombre, surplombant les pans de verre transparents des deux niveaux inférieurs –, on peut pourtant postuler qu’une forme simple peut générer des expériences spatiales intenses. J’ai déjà évoqué l’ampleur du hall d’entrée, mais je pourrais aussi mentionner le déroulement scénique des volées d’escaliers qui mènent aux étages, me faisant ainsi revenir à Wright, qui considérerait que le secret de la simplicité résidait dans le fait «de ne rien considérer comme étant simple en soi».⁵

Le paradoxe de l’autonomie contextuelle

Il n’est pas rare que des critiques insistent sur le fait que les hôpitaux sont des bâtiments paradoxaux⁶, dont la teneur oscille entre des valeurs contraires: leur taille doit être à l’échelle humaine, mais suffisamment grande pour être économique; leurs espaces doivent être à la fois ouverts, afin de favoriser les échanges, et confinés, pour sauvegarder l’intimité et le confort personnel des patients; ils doivent regrouper un certain nombre de services et, en même temps, les décentraliser, souvent pour des raisons de coûts.

Dans le cas de l’hôpital de Rennaz, j’aimerais souligner un point qui fait partie de l’ADN du bâtiment: le rapport entre sa forme et le contexte. En effet, il est surprenant de constater que l’application de critères à la fois rationnels, économiques et politiques (l’accessibilité territoriale, la position stratégique équilibrée entre des entités cantonales différentes, entre autres) a forgé le choix d’implanter l’établissement hospitalier dans un lieu aussi hétérogène et caractéristique du «paysage de la modernité»⁷. La forme compacte et fermée de l’hôpital – par principe autonome – peut, dès lors, être comprise paradoxalement comme une réponse au contexte, un réflexe de repli face à une suburbanité qui ferait certainement plaisir à Robert Venturi, mais qui est cependant dominée par les nuisances sonores des infrastructures routières et autoroutières situées à proximité. L’introversion est donc de mise, notamment pour l’étage qui accueille l’hébergement, lequel est pratiquement dépourvu de fenêtres (ouvrant vers l’extérieur). La vie des patients se concentre sur la nature colorée et picturale des cours aménagées en jardins; la seule perception du paysage et des montagnes étant dérobée et lointaine.

On peut aborder cette question selon un autre point de vue, en nous focalisant sur l’idée du rapport de la forme (présumée autonome) de l’hôpital plutôt avec une image conceptuelle du contexte, matérialisée dans la dimension territoriale de la plaine du Rhône. L’horizontalité – l’un de ses composants morphologiques essentiels – constituerait donc une condition préalable à l’établissement du projet. Dans ce cas, il s’agit en même temps d’instaurer une sorte de distance par rapport au réel pour atteindre «une vision différente de la réalité»⁸ et d’ancrer le projet sur des niveaux de conception multiples s’entrelaçant de façon cohérente.

De nos jours, la santé n’est plus considérée comme une pure question médicale, elle implique aussi (et surtout) l’humain, favorisant ainsi tout type d’aménagement de nature domestique et apaisante.

Retour à l’architecture et au détail humaniste

Revenons une dernière fois à l’architecture. Le nom hôpital vient du latin *hospes*, qui signifie hospitalité, en référence à la *domus*, la maison. Il est vrai que, de nos jours, la santé n’est plus considérée comme une pure question médicale, mais qu’elle implique aussi (et surtout) l’humain, favorisant ainsi tout type d’aménagement de nature domestique et apaisante. Certes, le parti adopté à Rennaz n’évite pas l’écueil des longs corridors rectilignes conventionnels des hôpitaux. Mais ces espaces de circulation, bien éclairés, présentent des perspectives changeantes et aboutissent sur des ouvertures qui cadrent des points de vue particuliers du paysage extérieur: le patient (et le visiteur) ne perd pas ses repères, cela d’autant plus que le bois naturel qui revêt les couloirs d’accès aux chambres dégage un effet chaleureux et un sentiment de confort.

Avec ces détails humanistes, les architectes renforcent une posture en continuité avec les modèles historiques évoqués au début de ce texte. Je n’ai pas la certitude qu’à l’occasion de l’élaboration du projet lauréat, les architectes aient songé aux dessins de Filarete et de Durand, mais leur attirance pour les formes élémentaires et abstraites, ainsi que leur intérêt pour la typologie pavillonnaire dévoilent un désir de coexistence de deux valeurs apparemment opposées: l’appel à la mémoire et aux images enracinées dans les expériences architecturales et humaines, d’une part; l’utilisation d’un langage contemporain, transcrivant les tâches nouvelles et utilisant les technologies les plus avancées, d’autre part. En somme, ces architectes affichent une affinité avec une pensée architecturale qui préconise la simplicité et la clarté comme des réponses redoutables et efficaces à la complexité d’un tel programme.

Guérir le paysage

Alors qu’au 20^e siècle l’hôpital était le lieu de l’immobilisme, il est devenu au 21^e siècle l’enceinte d’une mobilité qui tient autant à l’évolution de la notion de soin qu’à des impératifs économiques. L’Hôpital Riviera-Chablais (HRC), dans la commune de Rennaz, illustre ce changement de paradigme, qui tend vers une mutualisation inédite des savoir-faire, tout en consolidant la portée symbolique d’un tel équipement... et en suturant le grand paysage. Présentation.

Christophe Catsaros, critique d’architecture et responsable éditorial d’*Archizoom Papers*

«*Cette vie est un hôpital où chaque malade est possédé du désir de changer de lit.*»
Charles Baudelaire

Ayant mis en lumière la contribution sous-estimée des soignants à la collectivité, la récente pandémie a également révélé des évolutions dans le fonctionnement des hôpitaux publics dont on ne mesurait sans doute pas l’ampleur. Si l’hôpital de la première moitié du 20^e siècle procédait d’une logique de séparation où, de manière ordonnée et définitive, l’on répartissait les patients dans différents secteurs selon leur pathologie, celui du 21^e siècle fonctionne plus selon des critères de porosité et de mobilité. L’hôpital a longtemps été cet endroit où le patient devait être immobilisé pour guérir. Rien n’incarne mieux cette conception que l’image stéréotypée du patient la jambe plâtrée, sur son lit. L’hôpital est pourtant devenu, depuis un certain temps déjà, ce lieu où le patient est mis en branle pour recouvrer la santé. Monté sur un lit à roulettes, il va être déplacé de service en service, et plusieurs fois au cours d’une même journée. L’hôpital du 21^e siècle ressemble plus à une plateforme logistique qu’au sanatorium des débuts de la modernité, où l’on devait rester au repos des semaines entières pour espérer en sortir guéri.

Or l’heure est aujourd’hui à la déambulation, au passage éclair en salle opératoire, à l’individualisation des parcours (comme à l’université) et, bien sûr, à l’accélération des soins qui doivent se faire rapidement, car tout cela coûte très cher. L’apparition d’une pandémie exigeant l’isolement strict des patients et des soins de longue durée a révélé à quel point la mobilité était devenue un principe structurant du milieu hospitalier. On a dû bâcher, cloisonner, recréer des barrières dans des hôpitaux devenus trop poreux.

¹ Nikolaus Pevsner, *A History of Building Types*, Thames and Hudson, Londres, 1976, pp. 139-158.
² Michel Foucault, *Les machines à guérir*, Pierre Mardaga Éditeur, Bruxelles, 1979.
³ Le Corbusier, *Précisions sur un état présent de l’architecture et de l’urbanisme*, Éditions Vincent, Fréal & Cie, Paris, 1960, pp. 81-83.
⁴ Frank Lloyd Wright, *Mon autobiographie* (1932), Librairie Plon, Paris, s.d., p. 116.
⁵ *Ibidem*.
⁶ Giuseppe Lacanna, « Med/Architecture : the Typological evolution of Paradoxical Buildings », paper n° 293, 2nd ICAUD International Conference in Architecture and Urban Design, 2014.
⁷ Voir à ce sujet Lorette Coen (éd.), *Un paysage de la modernité*, Infolio, Gollion, 2017.
⁸ Vittorio Gregotti, « Architectures du traité », in Pierre-Alain Croset (éd.), *Pour une école de tendance. Mélanges offerts à Luigi Snozzi*, PPUR, Lausanne, 1999, p. 56.

Une architecture de la déambulation

Une telle évolution ne pouvait pas laisser intacte l’architecture des hôpitaux. La mobilité entre les différents secteurs d’un établissement est au cœur de la stratégie hospitalière suisse et européenne. Elle est sans aucun doute le concept clé du projet du nouvel Hôpital Riviera-Chablais (HRC). L’interaction entre les services est la principale raison qui commande la construction de grandes plateformes hospitalières, ainsi que leur forme unitaire.

De fait, le nouvel HRC ne regroupe pas moins de sept établissements distincts en un seul: cinq centres de soins et deux hôpitaux. Ceux de la Riviera et du Chablais ont dû fusionner pour pouvoir fonctionner comme une seule entité. Tel est le point de départ de cet établissement intercantonal de soins aigus, offrant 350 lits, un large plateau technique et des services ambulatoires. Le nouvel hôpital, dont le coût a pu paraître élevé, permet pourtant une gigantesque mutualisation des capacités et des savoir-faire.

Au-delà de l’évidente rationalisation découlant du regroupement de services autrefois dispersés, ce centre hospitalier permet de réaliser des soins et des actes combinatoires qui n’étaient pas toujours possibles dans sa configuration antérieure. En cela, il répond à une évolution démographique de la société et à toute une série de nouveaux besoins qui sont apparus. Le vieillissement de la population a pour conséquence l’augmentation de multipathologies qui nécessitent de croiser les compétences de plusieurs spécialistes dans la même journée. Le nouveau pôle hospitalier répond par son existence et par sa forme à cette demande.



Hôpital thermal de Saint-Martin-d’Uriage, Groupe-6, achevé en 1994.

Home médicalisé et appartements pour personnes âgées Le Littoral, GD architectes, achevé en 2009.

L’hôpital réalise le lien.
Il requalifie un espace
tirailé entre un passé
qui n’est plus et un avenir
que l’on souhaiterait autre.

Mutualisation à tous les étages

Si le projet est né de la nécessité de mutualiser des services disséminés entre deux cantons, il semble également procéder d’un principe coopératif, tant pour son architecture que sa mise en œuvre. Deux bureaux, l’un français, l’autre suisse, se sont associés pour concourir et remporter ce chantier majeur de la région lémanique. Groupe-6, spécialiste français de l’architecture hospitalière, en a réalisé plus d’une vingtaine depuis la livraison en 1994 de l’hôpital thermal de Saint-Martin-d’Uriage, un établissement dans la région de Grenoble, dont l’esprit brutaliste n’est pas sans rapport avec le nouvel HRC. GD architectes, basés à Neuchâtel, ont apporté de leur côté leur savoir-faire architectural reconnu par leurs pairs suisse. Ils ont permis au projet de répondre justement aux attentes et aux standards en matière d’équipement public.

L’hôpital et son image

Ce nouvel hôpital satisfait par ailleurs deux acceptions différentes du programme qu’il incarne. Il y a tout d’abord l’hôpital fonctionnel, celui des capacités, des bilans, des équipements, du personnel qualifié et du résultat chiffrable. Derrière cette institution, dont le bilan se mesure à l’évolution des taux de guérison, il existe un autre hôpital aux contours plus flous, moins circonscrits. C’est l’hôpital en tant que représentation, celui qui, sans nécessairement servir, rassure. Cet hôpital imaginaire existe dans l’idée que s’en font les habitants d’une commune. Bien

que virtuel, il n’est pas moins essentiel que l’hôpital des objectifs chiffrés. Il est certainement déterminé par des questions de représentation, de visibilité, d’image et donc aussi d’architecture. Il n’est pas excessif d’affirmer que l’architecture du nouvel hôpital répond à ces deux impératifs: celui de l’efficacité objective, et celui de la représentation qui lui permet, au-delà de ses compétences, d’incarner pour ceux qui le financent l’idée même de santé publique.

Si l’architecture peut encore apporter quelque chose à cette plateforme complexe qu’est devenu l’hôpital, c’est sans doute sur ce terrain, à savoir celui de la constitution symbolique de l’institution et de son positionnement dans l’imaginaire collectif, à côté de l’école, de la gare ou du musée, comme l’un des piliers de la société dans sa matérialisation architecturale. La pensée de Michel Foucault n’a pas besoin d’être cantonnée à la seule dénonciation des architectures répressives. Le fait de jouer un rôle dans la constitution symbolique de la société peut aussi avoir une connotation positive.

L’idée qu’il existe un lieu efficace et disponible peut être aussi importante pour la santé publique que le soin lui-même. Elle a certainement un impact sur la confiance de la société suisse dans son système de santé, et sur la résilience de celle-ci dans le contexte de la pandémie.

Une architecture au service de l’hôpital public

L’image que renvoie le nouvel HRC n’a rien d’extravagant, et c’est peut-être pour cela que l’ensemble paraît à ce point ajusté à sa fonction. Les architectes sont assez explicites sur le thème de la forme et du choix qu’il a fallu faire. Quant à la dis-

position globale du bâtiment, la demande croissante de mobilité interne réduisait le spectre des possibles. On pouvait faire une tour ou une barre, éventuellement un carré, mais il était difficile de concevoir une implantation en volumes séparés, ou une forme qui aurait compliqué la fluidité attendue entre les différentes unités de soin.

Pour le HRC, le choix s’est porté sur une disposition horizontale, avec deux niveaux accueillant les fonctions médicales des urgences, l’imagerie, les soins critiques ainsi que les blocs opératoire et ambulatoire. Cette incroyable plateforme a été surmontée d’un troisième niveau destiné à l’hébergement. Les espaces techniques sont déployés en toiture, ce qui leur confère une certaine flexibilité pour l’entretien ou pour des évolutions futures qui nécessiteraient des ajouts. Là où les espaces techniques en sous-sol sont forcément contraints par le volume initialement attribué, les espaces techniques en toiture peuvent évoluer en fonction des nouveaux besoins. Ce principe de bon sens donne aussi sa forme générale au bâtiment avec une volumétrie déterminée par l’alternance en créneau entre les espaces bas correspondant aux cours intérieures et des parties hautes, qui correspondent aux chambres.

Une architecture située

Les architectes du projet se plaisent à décrire le choix volumétrique de l’hôpital et à revenir sur l’alternative qui s’est posée au jury: rester au sol ou monter. Pourquoi ne pas avoir orienté les chambres des patients sur les dents du Midi, comme le préconisait le projet de Philippe Meier, classé second? Pourquoi ne pas avoir fait un hôpital avec des chambres panoramiques orientées vers le dehors?

Le jury a finalement opté pour une approche moins directe au paysage, plus médiée. Il a aussi reconnu dans le projet de Groupe-6 et GD architectes une proposition plus en accord avec son contexte. Comme dans l’hôpital thermal de Saint-Martin-d’Uriage, le paysage se dévoile progressivement, dans la partie supérieure d’une fenêtre, au détour d’un couloir. On ne se jette pas sur la vue, on la cherche, on la désire et forcément, à un certain moment, on la trouve. C’est la principale raison, qui se confirme dans la déclinaison des vues qu’offrent les espaces intérieurs de l’hôpital.

L’autre raison pourrait concerner l’hostilité vis-à-vis des constructions élevées. En Romandie, contrairement à Zurich ou à Bâle, deux agglomérations réconciliées avec la hauteur, les bâtiments élevés sont encore trop souvent perçus comme des menaces par les communes riveraines. Un bâtiment qui se serait déployé en hauteur aurait probablement déclenché une levée de boucliers à Rennaz, la commune voisine. Elle aurait suscité des recours d’autant plus justifiés que le bâti y est bas, et l’hôpital suffisamment proche pour en être visible. L’hôpital s’est donc couché pour mieux négocier son intégration sur le site.

Lorsqu’on se rend sur place, on mesure à quel point ce choix a été judicieux. Un gigantesque séquoia, beaucoup plus élevé que le bâtiment, confère à l’ensemble du site ses proportions. La chance de disposer d’un tel arbre sur le site a immédiatement été relevée par l’équipe, qui a configuré l’implantation de l’équipement en fonction. L’arbre est le repère de l’entrée, qui se fait par une cour caladée. La cour est elle aussi plantée de jeunes conifères appelés à grandir, l’hôpital ne disposant pas de sous-sol.



L'hôpital paysager, en panoramique: patients alités dans le sanatorium de Davos, vers 1897. (STADTMUSEUM AARAU, ALBUM GYSI/HERGERT, INV. 61728)

De couture en suture

L’idée parfois avancée d’un environnement d’accueil évoquant davantage l’hôtellerie de luxe que l’univers hospitalier peut paraître exagérée. C’est plutôt l’inverse qui se profile aujourd’hui: avec la généralisation du port du masque et le renforcement des protocoles sanitaires, ce sont les hôtels qui ont de plus en plus l’allure d’hôpitaux. En tous cas, le soin apporté aux intérieurs est réel et l’effort pour éviter aux visiteurs l’immersion dans l’univers anxiogène de la machine hospitalière se confirme. Un grand escalier en diagonale menant aux chambres nous détache de l’espace d’accueil. Le visiteur qui le souhaite peut ainsi gravir les deux niveaux et accéder à l’étage des chambres sans avoir à emprunter l’ascenseur. Quant aux chambres, elles donnent sur des cours intérieures végétalisées, avec les Alpes en arrière-fond. La vue se construit dans ce contraste entre une végétation de proximité et un paysage grandiose à l’arrière-plan.

Les couloirs sont larges, puisque les patients se déplacent sans quitter leur lit, même lorsqu’ils sont en capacité de marcher. Cela évite d’avoir à les attendre, et pire, de les confondre. Un lit est un patient identifié, immobilisé, avec son dossier dans une pochette intégrée. La logistique de l’hôpital au 21^e siècle est celle d’une gestion optimale de lits ambulants. Et, quelque part entre Harvard et l’EPFL, il y a fort à parier qu’on soit déjà en train de plancher sur l’automatisation de ces déplacements.

En descendant d’un niveau, on retrouve les espaces médicaux et les laboratoires. Essentiellement vitrés, ils offrent à ceux qui y travaillent des vues dégagées sur l’environnement immédiat de l’hôpital: un champ et le parking au sud, l’autoroute vers Martigny et le col du Grand-Saint-Bernard, côté nord. Le service de réanimation vaut le détour. Tant pour les patients qui y passeront de très longues heures que pour les soignants qui s’y activent, il offre des vues plongeantes sur la voie rapide. L’immobilité du patient alité et le passage incessant et insonorisé des véhicules créent un contraste d’une rare intensité, digne de figurer dans un film, si la scène n’a pas déjà été notée dans le carnet de repérages d’un réalisateur.

En quittant l’hôpital, on est frappé par la justesse des proportions du bâtiment au regard du site. Celui-ci effectue la synthèse entre le grand paysage minéral, Rennaz et ses belles maisons, et les éléments de la modernité: la violence disruptive de la voie rapide, l’étendue inhabitée du champ remembré, ainsi que l’incontestable laideur générique de la zone d’activité, avec son lot de commerces et de restaurants franchisés. Ici, l’hôpital réalise le lien. Il requalifie un espace tiraillé entre un passé qui n’est plus et un avenir que l’on souhaiterait autre. Il relie des fonctions et des échelles qui se juxtaposaient sans interagir. Sa présence apporte un peu de cohérence à un paysage décousu. N’est-ce pas, depuis Hippocrate au moins, ce en quoi consiste une guérison?



Le paysage dans l'hôpital, en déambulation: vue du jardin en toiture et sur les Alpes dans l'Hôpital Riviera-Chablais, 2020. (THOMAS JANTSCHER)

Une concentration de compétences

Fruit d'un concours d'architecture auquel dix cabinets d'architectes suisses et européens avaient pris part, le projet « Soins et grand paysage » du groupement d'architectes formé par les cabinets Groupe-6 de Grenoble et GD architectes de Neuchâtel a été lauréat en avril 2011. Cinq entreprises ont répondu à l'appel d'offres public, lancé en juin 2013 pour ce projet d'envergure. Outre le prix, qui constituait le principal critère de sélection, les donneurs d'ordre ont accordé une grande importance à l'organisation de l'exécution du mandat, à la qualité technique de l'offre, aux projets de référence, à la structure des entreprises candidates, ainsi qu'aux qualifications des sous-traitants envisagés. Le 27 janvier 2014, en concertation avec le conseil d'établissement de l'Hôpital Riviera-Chablais, la commission de construction a décidé d'attribuer le mandat à Steiner SA.

Avec l'Hôpital Riviera-Chablais, Steiner SA a réalisé à un nouvel hôpital visionnaire, dont l'édification a nécessité quatre ans et demi de travaux intensifs. La planification, la construction et l'aménagement de bâtiments dans le secteur de la santé représentent des tâches complexes qui requièrent un savoir-faire bien spécifique. C'est pourquoi la réalisation de l'Hôpital Riviera-Chablais a été confiée à une entreprise générale qualifiée comme Steiner SA, qui bénéficie de plus de 40 ans d'expérience dans le domaine médical. Cette expertise complète favorise la maîtrise des interfaces entre les lots techniques et les lots architecturaux. La direction technique de Steiner SA, qui compte près de 30 personnes et rassemble des savoir-faire complémentaires (CVC/courants forts/courants faibles), contribue à la réussite de projets complexes et au bon niveau de dialogue avec le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre tout au long de la construction.

Notre savoir-faire, c'est aussi celui de savoir construire de manière saine, dans le strict respect des normes et des process, afin de garantir la mise en route et le lancement opérationnel en toute sécurité et dans les temps. Les équipes de Steiner SA permettent de garantir ce « service après-vente » qui concourt à la qualité du lancement opérationnel des projets de pointe en santé.

L'Hôpital Riviera-Chablais, conçu par Groupe-6 et GD architectes, est un grand projet dont la complexité disparaît derrière une apparente simplicité. Organisé en quatre parties, il offre une souplesse d'utilisation maximale en matière d'aménagement intérieur. Sa structure, reposant sur des piliers en béton massifs, garantit une grande flexibilité. Cette évolutivité est nécessaire dans un contexte de transformation permanente des pratiques médicales et d'innovation technique, ou pour répondre à l'incertitude ou à l'urgence que nous rappelle l'actuelle crise sanitaire.

Les dimensions de l'Hôpital Riviera-Chablais sont impressionnantes. Sa réalisation a nécessité en tout près de 50 000 m³ de béton et 6000 tonnes d'acier (à comparer aux 7000 tonnes de la tour Eiffel !). Pour les équipements techniques, ce sont près de 500 tonnes de gaines de ventilation, 70 km de réseaux de distribution, 10 000 luminaires, environ 500 km de câbles électriques et 7000 prises informatiques qui ont été posées. Grâce à la planification conjointe et précise entre les architectes, l'hôpital et l'entreprise générale Steiner SA, les travaux ont pu être minutieusement coordonnés et ont progressé rapidement. Au-delà des chiffres, les qualités d'espace et le caractère hôtelier de ses intérieurs lui confèrent un statut haut de gamme qui concourt à la satisfaction de tous.

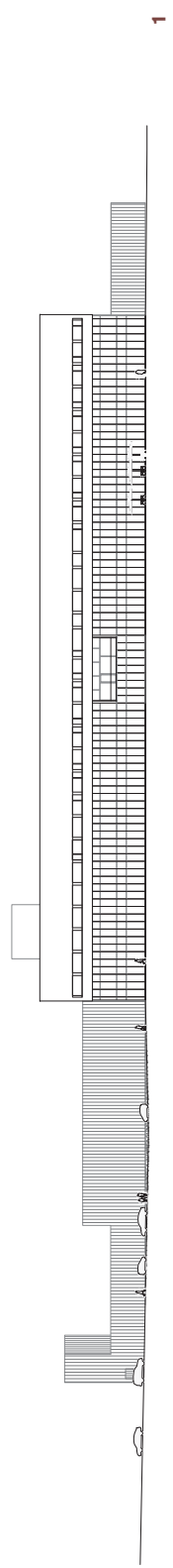
Avoir mené à bien la réalisation de l'Hôpital Riviera-Chablais a été une aventure humaine, avec ses joies et ses douleurs, ses difficultés et ses victoires. Devenu un mode de vie pour les équipes qui pensent projet à toute heure, la réalisation de l'Hôpital Riviera-Chablais a constitué un lieu d'apprentissage pour les plus jeunes, de lieu de capitalisation et de partage, et pour tous, une grande fierté.

Pascal Langeron, directeur général délégué de Steiner SA Région Ouest

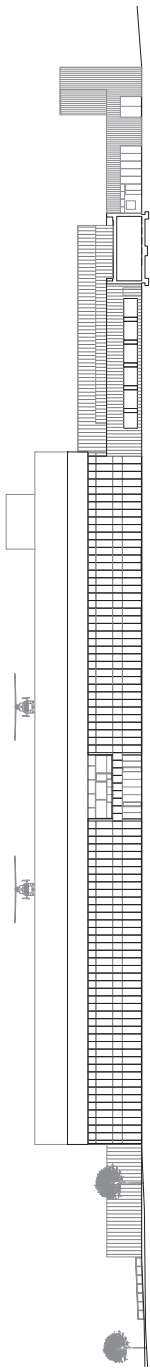




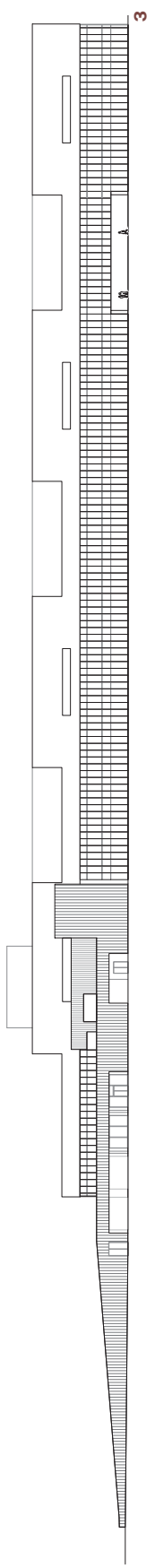
Plan de situation · Situationsplan



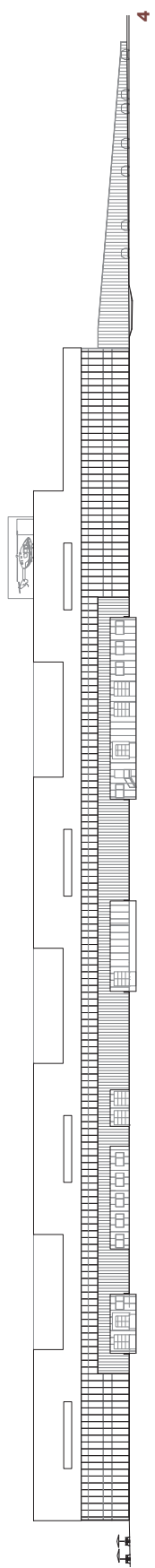
1



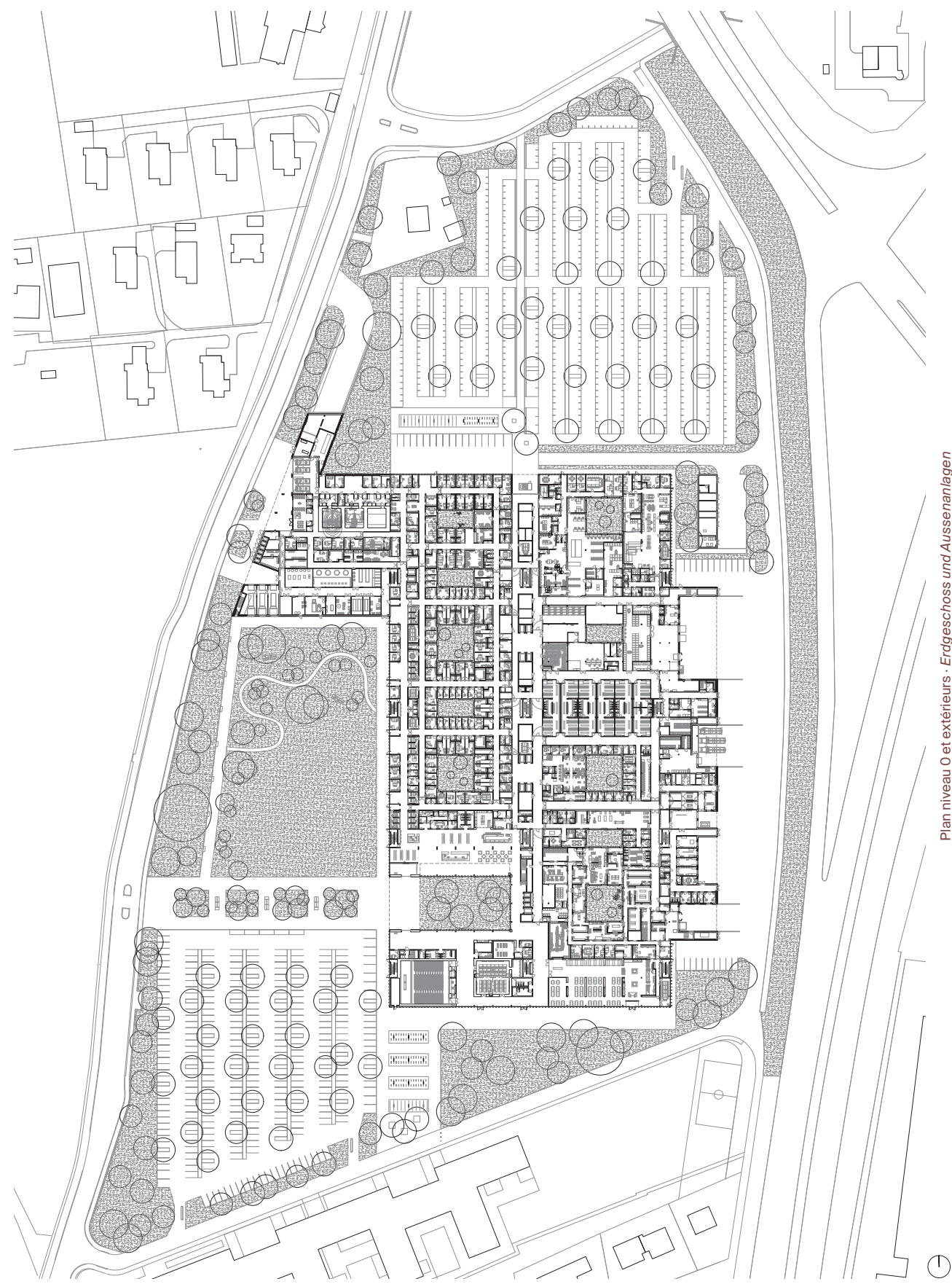
2



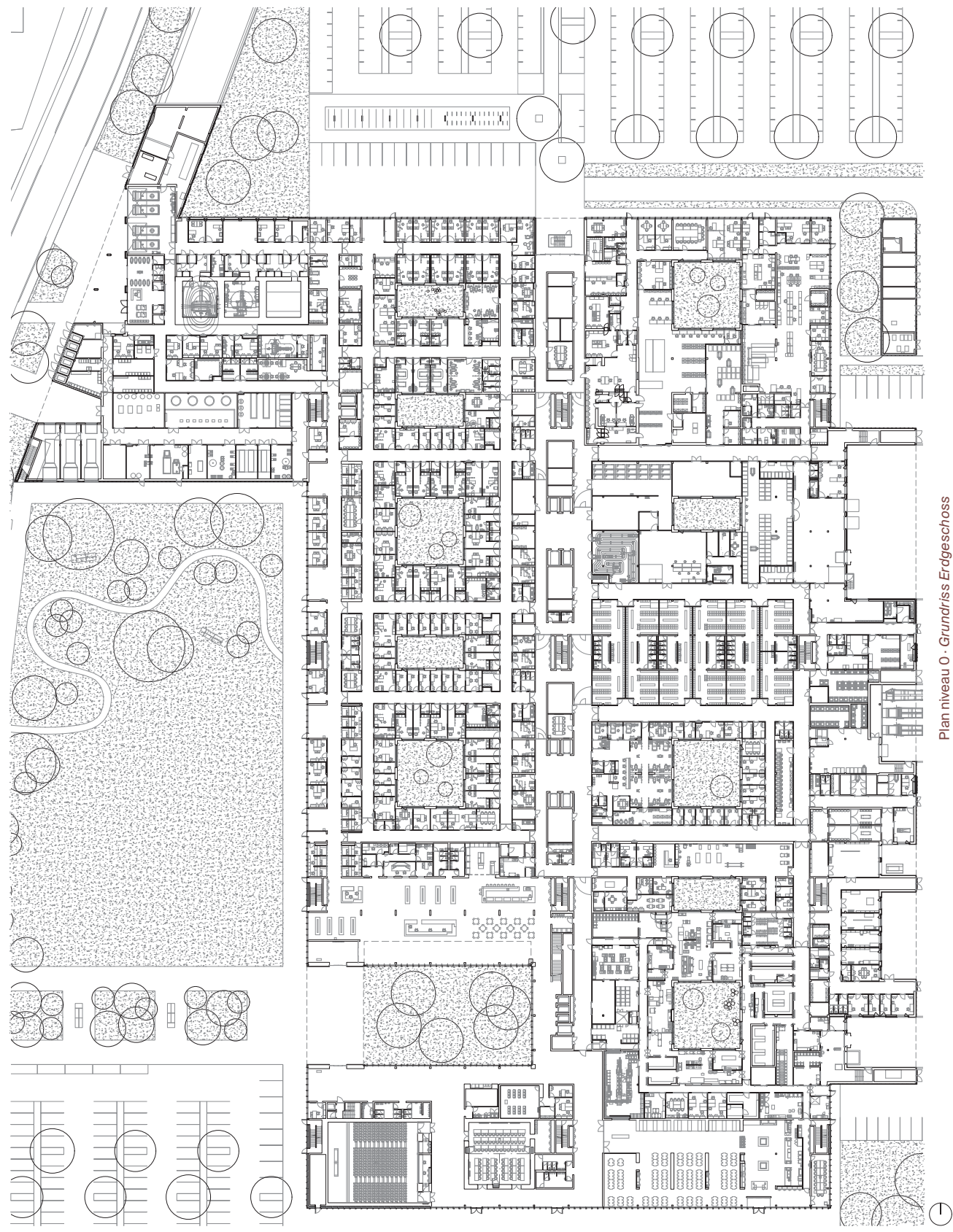
3



4



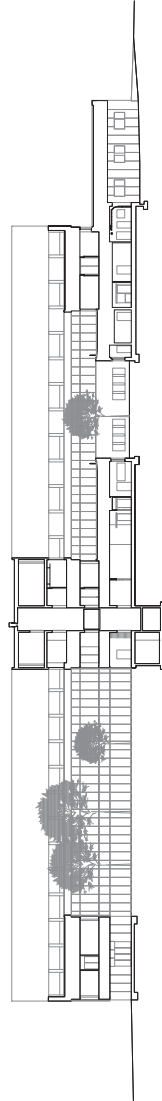
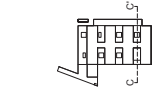
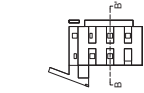
Plan niveau 0 et extérieurs · Erdgeschoss und Aussenanlagen

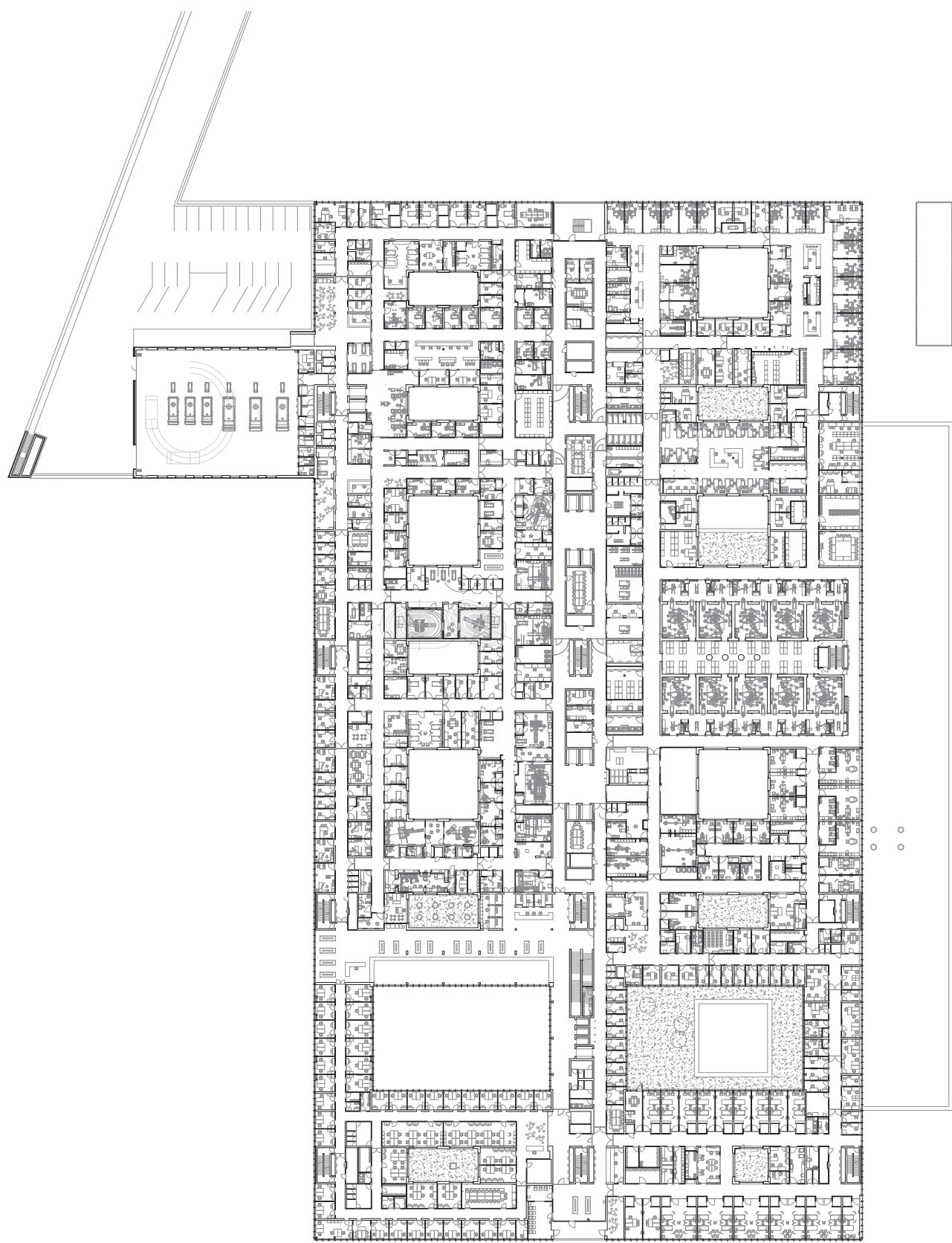


Plan niveau 0 - Grundriss Erdgeschoss

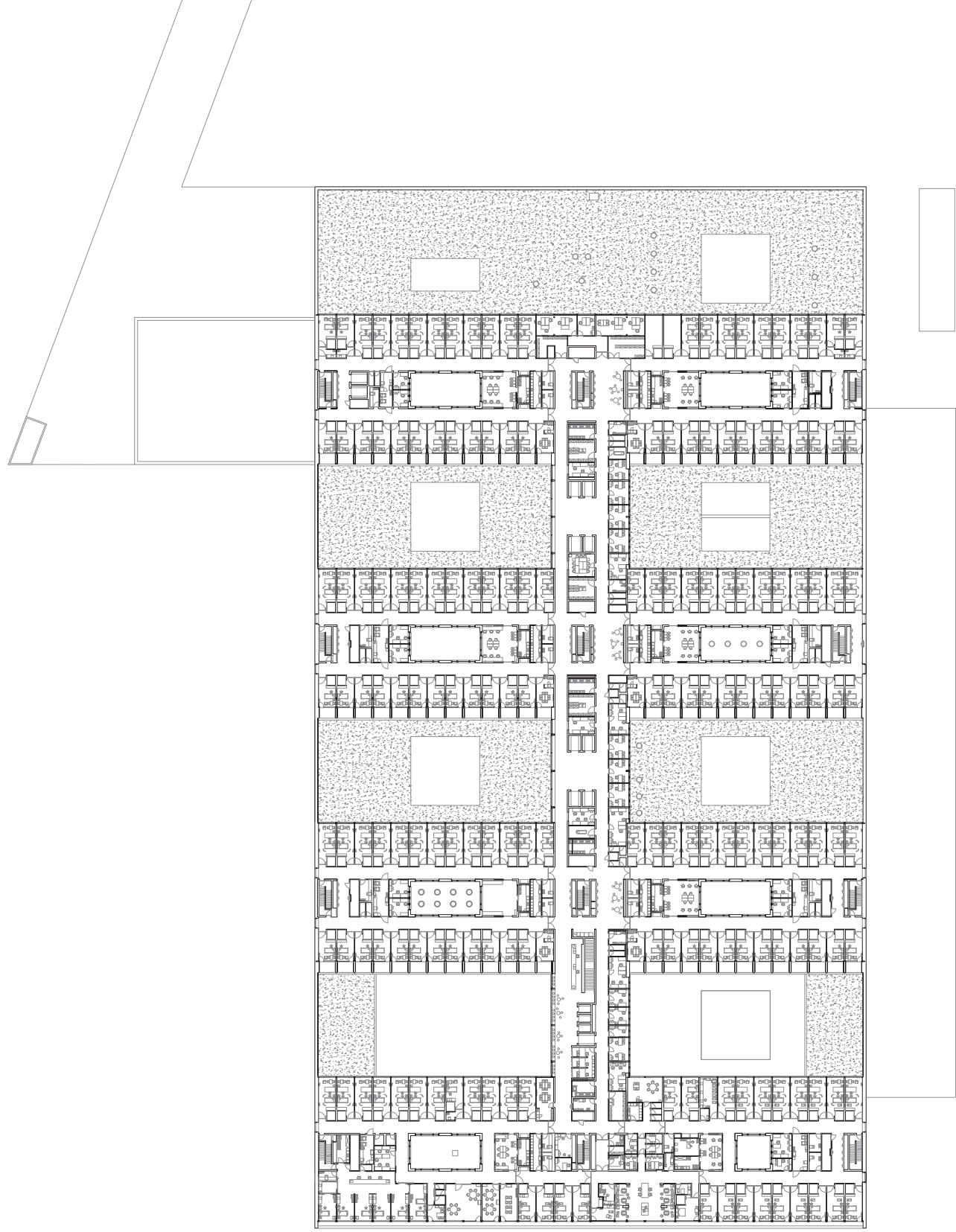








Plan niveau 1 · Grundriss 1. Geschoss



Plan niveau 2 · Grundriss 2. Geschoss

Eine Ansammlung von Fachwissen

Als Ergebnis eines Architekturwettbewerbs, an dem zehn Architekturbüros aus der Schweiz und dem europäischen Ausland teilnahmen, ging im April 2011 das Projekt «Soins et grand paysage» der beiden Büros Groupe-6 aus Grenoble (F) und GD architectes aus Neuchâtel als Sieger hervor. In der Folge haben fünf Unternehmen für die im Juni 2013 öffentlich ausgeschriebenen Bauleistungen zu diesem Grossprojekt offeriert. Neben dem Angebotspreis, der das Hauptzuschlagskriterium war, legten die Auftraggeber grossen Wert auf die Ausführungsorganisation, die technische Qualität des Angebots, die Referenzprojekte, die Struktur der Bewerberfirmen und die Qualifikation der vorgesehenen Subunternehmer. Am 27. Januar 2014 hat die zuständige Baukommission in Absprache mit dem Betriebsrat des Krankenhauses Riviera-Chablais beschlossen, den Auftrag an die Steiner AG zu vergeben.

Zusammen mit dem Spital Riviera-Chablais realisierte die Steiner AG einen visionären Spitalneubau, dessen Errichtung viereinhalb Jahre intensive Arbeit bedeutete. Das Planen, Bauen und Einrichten eines Krankenhauses ist eine komplexe Aufgabe, die sehr spezifisches Know-how erfordert. Die Steiner AG hat mehr als 40 Jahre Erfahrung mit Bauten im Gesundheitswesen und legte als sachkundiger Generalunternehmer grossen Wert auf die Bewirtschaftung der Schnittstellen zwischen der Technik und der Architektur. Das technische Management von Steiner mit beinahe 30 Mitarbeitenden vereint komplementäres Know-how in den Bereichen HLK, Stark- und Schwachstrom und trug zu einem guten Dialog zwischen dem Kunden und den Planenden während des gesamten Bauprozesses bei. Solides Bauhandwerk und strikte Einhaltung von Normen und Prozessen gewährleisteten eine sichere und rechtzeitige Inbetriebnahme. Mit diesen Qualitäten und einem entsprechenden Dienstleistungsverständnis wurde der Kunde bis zur Inbetriebnahme dieses modernen Gesundheitsbaus begleitet.

Der Neubau, entworfen von Groupe-6 und GD architectes, ist ein Grossprojekt, dessen Komplexität hinter seinen scheinbaren Einfachheit verschwindet. In vier Teile gegliedert, bietet er maximale Flexibilität bei der Innenausgestaltung. Seine Struktur mit massiven Betonstützen garantiert ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit, die im Kontext der permanenten Transformation medizinischer Prakte

Pascal Langeron, Direktor Steiner AG
Bereich TU/GU Westschweiz

alles aber mit grossem Stolz.



Die Architekten reflektieren das von ihnen gewählte Bauvolumen für das Krankenhaus und vergleichen es mit den der Jury vorgelagten Alternativen: niedrig bleiben oder in die Höhe bauen? Und warum wurden die Patientenzimmer nicht auf das Bergpanorama der Dents du Midi ausgerichtet, wie es Philippe Meier in seinem zweitplatzierten Projekt tat? Und weshalb entstand nicht ein Krankenhaus mit nach aussen gerichteten Panoramablick?

Die Jury entschied sich schlussendlich für eine indirekte, ver-

mittelnde Herangehensweise an die Landschaft und erkannte mit dem Projekt von

Gruppe-6 und GD architectes einen Vorschlag an, der auf den Kontext eingeht. Wie

im Thermalkrankenhaus von Saint-Martin-d'Uriage eröffnet sich die Landschaft

zum Beispiel an der Biegung eines Korridors – beim Näherkommen im oberen Teil

eines Fensters. Man wird nicht mit der Nase auf die Aussicht gestossen, man sucht

sie, man wünscht sie sich herbei und findet sie schliesslich. Dies ist der Hauptgrund

für die Aufteilung der Aussichten in den Innenräumen des Krankenhauses.

Der andere Grund betrifft die Ablehnung, auf die hohe Gebä-

ude stossen. Im Gegensatz zu Zürich oder Basel, zwei mit der Höhe versöhnten

Agglomerationen, halten Gemeinden in der Westschweiz hohe Gebäude oft noch

für bedrohlich. Ein hoher Bau hätte wahrscheinlich einen Aufschrei im Nachbar-

ort Rennaz ausgelöst. Er hätte zu Einsprüchen geführt, die umso gerechtfertigter

gewesen wären, je niedriger die umliegenden Häuser sind und je näher sie beim

Krankenhaus stehen. Darum wurde das Spitalvolumen längs ausgerichtet, um es

gut in den Standort zu integrieren.

Besichtigt man den Bau vor Ort, wird einem bewusst, dass es

eine kluge Entscheidung war. Ein riesiger Mammutbaum, der das Gebäude deut-

lich überragt, verleiht der gesamten Anlage ihre Proportionen. Das Architekten-

team erkannte auf den ersten Blick die Chance, die der Baum bot, und stimmte

die Anordnung der gesamten Anlage darauf ab. Der Baum markiert den Eingang,

an einem gepflasterten Hof. Dieser ist mit jungen Nadelbäumen bepflanzt, die

weiter wachsen können, da das Spital kein Untergeschoss hat.

Getrenntes wieder zusammenfügen

Die zuweilen vertrene Ansicht, dass in Spitälern eine einladende Atmosphäre zu schaffen sei, die eher an ein Luxushotel als an ein Krankenhaus erinnert, mag überleben scheinen. Doch heute zeichnet sich eher die umgekehrte Tendenz ab: Mit dem allgemeinen Maskentragen und der Verschärfung der Hygienemassnahmen werden die Hotels den Spitälern immer ähnlicher. In Rennaz ist die Sorgfalt, mit der die Innenräume gestaltet wurden, jedenfalls greifbar, und das Bestreben, die Besucher nicht in einer angsteinflössenden Spitalmaschine willkommen zu heissen, ist offensichtlich. Eine grosse diagonale Treppe führt von der Eingangshalle zu den Patientenzimmern. Wer möchte, kann auf den Aufzug verzichten und die zwei Stockwerke zur Bettenetage zu Fuss hochsteigen. Die Patientenzimmer bieten Ausblicke auf begrenzte Innenhöfe und die Alpen im Hintergrund – ein Spiel mit dem Kontrast zwischen der Vegetation in nächster Nähe und der grossartigen Landschaft in der Ferne. Die Korridore sind breit, denn hier werden auch Patienten, die nicht gehen können, in ihren Betten transportiert. Dadurch werden Verzöge-

rungen oder, noch wichtiger, Verwechslungen vermeiden. Ein Bett heisst: ein klar identifizierter, immobilisierter Patient samt Patientendossier in der eingebaute Dokumententasche. Spitallogistik im 21. Jahrhundert umfasst auch ein optimales Management der verschiebbaren Betten. Darüber hinaus möchte man wetten, dass irgendwo zwischen Harvard und EPFL bereits an der Automatisierung von Betten-

transporten gearbeitet wird.

Im Geschoss unter der Bettenetage befinden sich die Untersu-

chungs-, Behandlungs- und Laborräume. Hier bieten grosse Fensterfronten den

Mitarbeitenden freien Blick auf die nähere Umgebung: ein Feld und der Park-

platz im Süden, die Autobahn Richtung Martigny und der Grosse St. Bernhard im

Norden. Eine besondere Aussicht haben das Personal und die Patienten während

der oft langen Stunden auf der Intensivstation: Sie bietet einen direkten Blick auf

die Autobahn. Die Immobilität der bettlägerigen Patienten und die unauffällige,

dank Schalldämmfung unhörbare Bewegung der Fahrzeuge bilden einen Kont-

rast von seltener Intensität, eine filmreife Kulisse, wenn sie denn nicht schon ein

Regisseur auf seiner Drehortliste stehen hat.

Beim Verlassen des Spitals ist man überrascht von den exakt

auf den Standort abgestimmten Gebäudeproportionen. Er ist eine Synthese zwi-

schen der bebauten Landschaft, den schönen Häusern von Rennaz einerseits und

den Elementen der Moderne andererseits: die disruptive Wucht der Autobahn, die

unbewohnte Weite der flurbereinigten Felder und die unverkennbare generische

Hässlichkeit der Gewerbezone mit den üblichen Laden- und Restaurantketten.

Hier schafft der Spitalbau eine Verbindung. Er definiert einen Raum neu, der hin-

und hergerissen ist zwischen einer Vergangenheit, die es nicht mehr gibt, und einer

Zukunft, die man sich anders wünschen würde. Der Bau fügt beziehungslos neben-

einander liegende Funktionen und Ebenen zu einem Ganzen zusammen und stellt

durch seine Präsenz in einer zerrissenen Landschaft wieder eine gewisse Kohärenz

her. Ist das nicht spätestens seit Hippokrates das, was man unter Heilung versteht?

Hier schafft der Spitalbau eine Verbindung. Er definiert einen Raum neu, der hin- und hergerissen ist zwischen einer Vergangenheit, die es nicht mehr gibt, und einer Zukunft, die man sich anders wünschen würde.



Die Landschaft im Spital – beim Rundgang: Blick aus dem Spital Riviera-Chablais auf den Dachgarten und die Alpen, 2020 (THOMAS JANTSCHER)



Das Spital in der Landschaft – mit Rundblick: Patienten bei der Liegekur in einem Sanatorium in Davos, um 1897 (STADTMUSEUM AARAU, ALBUM GVS/HERGERT, INV. 61728)

Eine Architektur der Fortbewegung

Die Spitalarchitektur blieb von dieser Entwicklung nicht unberührt. Die Mobilität zwischen den verschiedenen Abteilungen einer Gesundheitseinrichtung ist zentral bei europäischen und schweizerischen Spitalstrategien. Sie ist zweifellos auch das Schlüsselkonzept hinter dem Neubauprojekt für das Spital Riviera-Chablais in der Gemeinde Rennaz. Der Hauptgrund für den Bau und die einheitliche Gestaltung der

grossen Spitalplattformen ist die Zusammenarbeit dieser Dienste.

Das neue Spital Riviera-Chablais vereinigt in sich nicht weni-

ger als sieben verschiedene Einrichtungen: fünf Behandlungszentren und zwei

Spitäler. Dafür fusionierten die Spitäler Riviera und Chablais. Das war der Aus-

gangspunkt für das interkantonale Akutspital mit 350 Betten, umfassender medi-

zinischer Infrastruktur und ambulanten Diensten. Das neue Krankenhaus, dessen

Kosten hoch erscheinen mögen, ermöglicht nun aber eine gewaltige Bündelung

von Kapazitäten und Know-how.

Neben der offensichtlichen Rationalisierung durch die an

einem Ort zusammengeführten, zuvor auf mehrere Standorte verteilten Leistun-

gen sind in dem Spitalzentrum auch fachübergreifende Behandlungen und Mass-

nahmen möglich, was in der früheren Konstellation nicht immer der Fall war.

Dies sind Anpassungen an die demografische Entwicklung und eine ganze Reihe

neuer Bedürfnisse – so erhöht sich mit der Alterung der Bevölkerung die Zahl

der Mehrfacherkrankungen, die am gleichen Tag die Kompetenzen verschiedener

Spezialisten erfordern. Der neue Spitalbau entspricht diesem Bedürfnis in seiner

Funktion als Zentrum wie auch in seiner Form.

16

Kompetenzbündelung auf allen Ebenen

Das Projekt entstand also aus der Notwendigkeit, verschiedene Gesundheits-

dienstleistungen aus zwei Kantonen an einem Ort zusammenzubringen. Dieses

Kooperationsprinzip war auch bei der architektonischen Planung und Umsetzung

vordergründig. Zwei Architekturbüros, eines aus Frankreich und eines aus der

Schweiz, schlossen sich für den Wettbewerb dieses Grossprojekts in der Genfer-

seeregion zusammen und gingen siegreich daraus hervor: Das Büro Groupe-6

aus Frankreich ist auf Spitalarchitektur spezialisiert und hat bereits mehr als

20 entsprechende Projekte realisiert, angefangen mit der 1994 fertiggestellten

Thermal klinik Saint-Martin-d’Uriage, einem Bau in der Region Grenoble, dessen

brutalistischer Esprit durchaus einen Bezug zum Spital Riviera-Chablais aufweist.

Das Büro GD architectes aus Neuchâtel hat sein unter Kollegen in der Schwei-

zer Architektur anerkanntes architektonisches Know-how eingebracht, sodass es

präzise auf die Erwartungen und Standards bei der Planung von öffentlichen Ein-

richtungen eingehen konnte.

Das Spital und sein Image

Der dabei entstandene Spitalneubau deckt zwei Bedeutungsebenen des umgesetz-

ten Programms ab. Im Vordergrund steht das funktionale Spital mit seinen Kapazi-

täten, Erfolgsbilanzen, Ausüstungen, Fachleuten und bezifferbaren Ergebnissen.

Schliesslich entschied man sich für die dreigeschossige horizon-

tal Anordnung des Spitals Riviera-Chablais. Auf den ersten beiden Etagen sind die

Notfallmedizin, die bildgebende Diagnostik, die Intensivstation sowie die Opera-

tionssäle und das Ambulatorium untergebracht. Über diesen eindrucksvollen Plat-

formen liegt das dritte Stockwerk mit den Patientenzimmern. Die Haustechnik

befindet sich unterm Dach, was eine gewisse Flexibilität für den Unterhalt und für

spätere Erweiterungen und Weiterentwicklungen bietet. Während Technikräume im

Untergeschoss stark durch das ihnen zugewiesene Volumen beschränkt sind, können

sie im Dach laufend den neuen Bedürfnissen angepasst werden. Dasselbe Vernunft-

prinzip steht auch hinter der Gesamtform des Gebäudes, dessen Volumetrie vom

zinnenartigen Wechsel zwischen den tiefen Gebäudeteilen bei den Innenhöfen und

den hohen Bereichen für die Patientenzimmer bestimmt wird.

Die Architektur im Dienst des öffentlichen Spitals

Das Image, das das neue Spital Riviera-Chablais vermittelt, ist alles andere als

extravagant, und vielleicht wirkt der Bau gerade deshalb so gut auf seine Funktion

abgestimmt. Die Architekten äussern sich explizit zum Thema Form und zu den Ent-

scheidungen, die getroffen werden mussten: Das wachsende Bedürfnis nach interner

Mobilität schränkte das Spektrum der möglichen Bauformen von vornherein ein. Ein

Hochhaus, ein Gebäuderiegel, allenfalls eine Blockstruktur kamen infrage, doch ein

Ensemble aus mehreren separaten Volum en oder eine andere Bauform, die die gefor-

derte Durchgängigkeit zwischen den verschiedenen Abteilungen nicht gewährt hätte,

war nur schwer vorstellbar.

Resilienz im Kontext der Pandemie.

das Vertrauen der Schweizer Bevölkerung in das Gesundheitssystem und auf seine

wie die Behandlung und Pflege selbst. Sicher beeinflusst diese Vorstellung auch

die öffentliche Gesundheit existiert, kann der Gesundheit ebenso zuträglich sein

Die Vorstellung, dass ein wirksamer und verfügbarer Ort für

symbolischen Aufbau der Gesellschaft kann auch positiv konnotiert sein.

Anprangerung repräsentiver Architektur reduziert werden. Die Mitwirkung beim

dem Bahnhof oder dem Museum. Michel Foucaults Denkweise muss nicht auf die

ihre Architektur verkörperte Säule der Gesellschaft, vergleichbar mit der Schule,

schen Institution, die in der kollektiven Vorstellung verankert ist, als eine durch

heutiger Spitäler beitragen kann, dann wohl dies: die Schaffung einer symboli-

Wenn die Architektur etwas zu den komplexen Plattformen

macht, das über die fachliche Kompetenz hinausgeht.

die es für jene, die es finanzieren, zu einem Sinnbild für die öffentliche Gesundheit

wird: derjenigen nach objektiver Effizienz und derjenigen nach Repräsentativität,

man sagen, dass die Architektur des neuen Spitals beiden Forderungen gerecht

die Architektur definieren diesen sinnbildlichen Bau. Ohne zu übertreiben kann

baren Ziele. Kriterien wie Repräsentation, Sichtbarkeit, Image und folglich auch

mag virtuell sein, ist aber deswegen nicht weniger wichtig als das Spital der mess-

sich die Bewohner einer Gemeinde von ihrer Gesundheitseinrichtung machen. Es

aber beruhigend wirkt. Dieses imaginäre Spital existiert in der Vorstellung, die

turen. Es ist das Spital als Symbol, das vielleicht keinen direkten Nutzen erbringt,

misst, gibt es jedoch noch ein anderes Spital mit weniger klar abgegrenzten Kon-

Hinter dieser Institution, deren Erfolg sich an der Entwicklung der Heilungsrate



Thermal klinik Saint-Martin-d'Uriage, Groupe-6, Fertigstellung 1994
Pflegeheim und altersgerechte Wohnungen Le Litoral, GD architectes, Fertigstellung 2009

ohne die herkömmlichen langen und geraden Spitalkorridore aus, doch die hellen Zirkulationsflächen bieten wechselnde Perspektiven, und ihre Öffnungen rahmen charakteristische Ausschnitte der Landschaft ein, sodass den Patienten und Besuchern die Orientierungspunkte erhalten bleiben. Zudem schaffen die Naturholzböden bei den Zugängen zu den Patientenzimmern eine warme und heimelige Atmosphäre.

Mit diesen humanistisch geprägten Details unterstreichen die Architekten eine Haltung, die in der Tradition der eingangs erwähnten historischen Modelle steht. Ich bin mir nicht sicher, ob die Architekten bei der Arbeit am erfolgreichen Wettbewerbsprojekt an die Entwürfe von Filarete und Durand gedacht haben; doch ihre Vorliebe für elementare und abstrakte Formen und ihr Interesse für die Pavillontypologie zeugen vom Wunsch, zwei scheinbar gegensätzliche Werte zu vereinen: das Anknüpfen an Erinnerungen und in der architektonischen und menschlichen Erfahrung verwurzelte Bilder einerseits und die Verwendung einer zeitgemässen Sprache für neue Aufgaben und Technologien andererseits. Kurz, die Architekten lassen eine Affinität zu einer architektonischen Denkweise erkennen, die Einfachheit und Klarheit als ernst zu nehmende und gültige Antworten auf ein derart komplexes Programm einstuft.

Heilung der Landschaft

Im 21. Jahrhundert hat sich das Spital vom Ort der Immobilität, den es im 20. Jahrhundert verkörperte, zu einem Raum der Mobilität gewandelt. Ausgelöst haben diesen Paradigmenwechsel weiterentwickelte Behandlungs- und Pflegekonzepte sowie wirtschaftliche Anforderungen. Das Spital Riviera-Chablais (HRC) in der Waadtländer Gemeinde Rennaz verdeutlicht diesen Wandel zu gebündeltem know-how und unterstreicht gleichzeitig die symbolische Bedeutung von Gesundheitseinrichtungen. Darüber hinaus verbindet der Bau den bestehenden bebauten Raum mit der Landschaft und spannt eine Brücke zwischen Vergangenheit und Zukunft.

Christophe Catsaros, Architekturkritiker und verantwortlicher Herausgeber des Archizoom Paper

«Dieses Leben ist ein Krankenhaus, in dem jeder Patient den Wunsch hat, sein Bett zu wechseln.» Charles Baudelaire

Die aktuelle Pandemie hat der Gesellschaft nicht nur die unterschätzte Bedeutung des medizinischen Personals vor Augen geführt, sondern auch die bisher wohl nicht voll erfasste Wichtigkeit der funktionalen Entwicklung von öffentlichen Spitälern. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts folgten Spitäler einer Trennungslogik, nach der Patienten je nach Erkrankung systematisch und verbindlich einer bestimmten Abteilung zugewiesen wurden. Im Spital des 21. Jahrhunderts sind dagegen Kriterien wie Durchlässigkeit und Mobilität vordergründig. Lange Zeit war das Spital ein Ort, an dem Patienten zur Heilung ruhiggestellt wurden. Nichts könnte dieses Konzept besser veranschaulichen als das stereotype Bild von jemandem, der mit einem Gipsbein im Bett liegt. Doch längst hat sich das Spital zu einem Ort entwickelt, an dem man Patienten auf dem Weg zur Genesung bewegt. Auf Rollbetten werden sie mehrmals täglich von einem medizinischen Dienst zum nächsten gefahren. Damit hat das Spital des 21. Jahrhunderts mehr mit einem Logistikzentrum gemein als mit dem Sanatorium der frühen Moderne, wo Patienten in der Hoffnung auf Heilung wochenlang ruhen mussten. Die Gegenwart ist eine Zeit der Fortbewegung, der kurzen Abstecher in den Operationssaal, der individualisierten Behandlungswege (und Bildungswege) und natürlich der Beschleunigung – alles muss schnell gehen, weil alles sehr viel kostet. Erst das Auftreten einer Pandemie, die strikte Isolationsmassnahmen und vermehrte Langzeitpflege erfordert, hat gezeigt, wie sehr die Mobilität als Strukturprinzip heute das Spitalumfeld prägt. Die allzu durchlässig gewordenen Spitalbauten mussten mit Planen, Wänden, neuen Abschränkungen versehen werden.

1	Nikolaus Pevsner, <i>A History of Building Types</i> , Thames and Hudson, London 1976, S. 139–158.
2	Deutsche Ausgabe: Nikolaus Pevsner, <i>Funktion und Form. Die Geschichte der Bauwerke des Westens</i> , Rognér&Bernhard bei Zweitausendeins, Hamburg 1998, S. 139–158.
3	Le Corbusier, 1929 – Feststellungen zu Architektur und Städtebau, 2., unveränd. Nachdruck, Birkhäuser Verlag, Basel 2013, S. 82–84.
4	Frank Lloyd Wright, <i>An Autobiography</i> , Duell, Sloan and Pearce, New York City 1943, S. 144.
5	<i>Ebd.</i> Müller, München 1954, S. 42.
6	Giuseppe Lacanna, «Med/Architecture: the Typological evolution of Paradoxical Buildings», Paper n° 293, 2nd ICAUD International Conference in Architecture and Urban Design, 2014.
7	Vgl. hierzu: Lorette Coen (Hrsg.), <i>Un paysage de la modernité</i> , Infolio, Gollion 2017.
8	Vittorio Gregotti, «Architectures du traité», in Pierre-Alain Croset (Hrsg.), <i>Pour une école de tendance. Mélanges offerts à Luigi Snozzi</i> , PPUR, Lausanne 1999, S. 56.

die Chirurgie bis zur Dialyse sowie Psychiatrie und Physiotherapie –, was eine komplexe räumliche Organisation mit zahlreichen Vernetzungen, vorgegebenen Wegen und spezifischen funktionalen Bezügen bedingt.

Die Architekten haben versucht, dieser Komplexität eine

kompakte und einfache Gestalt zu geben. Das Zurückgreifen auf die Einfachheit ist eine Qualität, die auch Le Corbusier erkannt und wie folgt beschrieben hat:

«Grosse Kunst gebraucht einfache Mittel», und weiter: «Das Einfache ist also nicht das Dürftige, sondern ein Erlesenes, eine Wahrnehmung, eine Kristallisation, die zum Gegenstand die Echtheit hat.»³ Frank Lloyd Wright widmete dieser Thematik, die er als besonders anspruchsvoll erachtete, einige wunderbare Seiten in seiner Autobiografie, denn «das Weglassen [kann] ebenso widersinnig sein wie das Überladen, und vielleicht ist es sogar häufiger so. Wissen, was man weglassen und was man hinzufügen soll, genau wo und genau wie, das heisst, im Wissen um die Einfachheit gebildet sein – gebildet bis zur letzten Freiheit

des Ausdrucks.»⁴

In Renmaz strebt die Einfachheit nach formaler Reinheit und

setzt auf die plastische Kraft elementarer und abstrakter Prismen. Bekräftigt wird diese Haltung durch die «Stille» des architektonischen Ausdrucks, die sich in der dunklen, verschlossenen, zinnenartigen Aussenwand über den transparenten Glasflächen der zwei darunter liegenden Geschosse äussert. Dennoch darf man feststellen, dass eine einfache Form intensive Raumwirkungen erzeugen kann. Die Weite der Eingangshalle habe ich bereits erwähnt. Ich könnte aber auch die szenische Abfolge der Treppenhäufe in die Obergeschosse nennen und damit wieder

auf Wright zurückkommen, der das einzige Geheimnis der Einfachheit darin sah, «dass wir nichts als einfach an sich betrachten dürfen».⁵

Das Paradox der kontextuellen Autonomie

Nicht selten insistieren Kritiker darauf, dass Spitäler paradoxe Gebäude sind⁶, deren Wesen zwischen zwei entgegengesetzten Werten schwankt: Ihre Grösse muss menschlichen Massstäben entsprechen und zugleich Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit erfüllen; ihre Räume müssen offen sein, um den Austausch zu fördern, aber auch geschlossen, um die Privatsphäre und den Komfort der Patienten und der Mitarbeitenden zu wahren; sie müssen eine bestimmte Zahl von Angeboten an einem Ort zusammenfassen und gleichzeitig – meist aus Kosten- gründen – dezentralisiert sein.

Im Fall des Spitals Riviera-Chablais möchte ich einen Punkt hervorheben, der zur DNA des Gebäudes gehört: die Beziehung zwischen Form und Kontext. Es ist tatsächlich überraschend, wie vorgegebene rationale, wirtschaftliche und politische Kriterien (Zugänglichkeit des Standorts, die strategische Lage in der Grenzregion zwischen den Kantonen usw.) zur Wahl eines so heterogenen, für die «Landschaft der Moderne»⁷ so typischen Standorts für das Spital führte. Die kompakte, geschlossene Form des Spitalbaus ist im Prinzip autonom, kann aber paradoxerweise auch als Antwort auf den Kontext verstanden werden, als Rückzugsreflex gegenüber diesem suburbanen Raum, der Robert Venturi sicher gefallen hätte, den aber die Lärmemissionen der nahen Strassen- und Autobahninfrastruktur prägen.

Die Invertiertheit ist also notwendig, besonders für die

Pflegeetage, die praktisch keine Fenster zur Aussenseite hin hat. Das Leben der Patienten konzentriert sich auf die bunt bepflanzten, malerisch angelegten Innenhöfe, der Blick auf die Umgebung und die Berge tritt unauffällig in den Hintergrund.

Man kann diese Thematik auch aus einem anderen Blickwinkel betrachten, und die (vermeintlich autonome) Form des Spitalbaus im Fokus einer konzeptuellen Vorstellung des Kontexts, nämlich der räumlichen Dimension der Rhönebene sehen. Aus dieser Sicht wäre die Horizontalität – eines der entscheidenden morphologischen Merkmale der Umgebung – eine Vorbedingung für die Projektgestaltung. In diesem Fall geht es darum, eine Art Distanz gegenüber dem Realen zu schaffen, um eine «andere Wahrnehmung der Realität»⁸ zu erreichen, und gleichzeitig das Projekt in verschiedenen, kohärent miteinander verknüpften konzeptuellen Ebenen zu verankern.

Zurück zur Architektur und zum humanistischen Detail

Kommen wir noch einmal auf die Architektur zurück. Das Wort «Spital» oder «Hospital» ist abgeleitet vom lateinischen *hospes*, was so viel wie «Gastfreundschaft» bedeutet und auf *domus*, das Haus, verweist. Heute umfasst gesund werden auch (und vor allem) eine menschliche Dimension, die nach häuslichen und beruhigend wirkenden Räumen verlangt. Die für Renmaz gewählte Lösung kommt zwar nicht

Heute umfasst gesund werden auch (und vor allem) eine menschliche Dimension, die nach häuslichen und beruhigend wirkenden Räumen verlangt.

Einfach, komplex

Trotz zunehmender technischer Komplexität: Der Entwurf und der Bau eines Spitals bleiben für Bruno Marchand in erster Linie eine Frage der Architektur. In seinem Essay verortet er das Spital Riviera-Chablais im Spannungsfeld zweier typologischer Traditionen, zwischen historischen Modellen, die scheinbar widersprüchlichen Anforderungen gehorchen: der Rationalität des Grundrisses und der Schaffung eines «humanistischen» Umfelds für die Patienten.

Bruno Marchand ist Architekt und Professor für Geschichte und Theorie der Architektur an der ETH Lausanne.

⌕ In seinem berühmten Buch *A History of Building Types*¹ hat der Historiker Niko-

laus Pesner dem Krankenhaus ein ganzes Kapitel gewidmet. Er entwickelt eine Genealogie des Bautyps und zeichnet dessen Entwicklung seit dem 15. Jahrhundert nach. Letztere ist meines Erachtens durch zwei paradigmatische Modelle gekennzeichnet: zum einen durch Filaretos Ospedale Maggiore (1456) in Mailand und zum anderen durch den Entwurf eines Krankenhauses (1809) von Jean-Nicolas-Louis Durand. Filarete entwarf einen kreuzförmigen Grundriss rund um einen zentralen Kern, mit einer Kirche, wobei die kreuzweise angeordneten Spitalhallen ganz der Vorliebe der Renaissance für geometrische Grundrisse entsprachen. Durand hingegen zeichnete ein Pavillonssystem, ein Ideal, das den Beginn einer rationalistischen, von medizinischen und hygienischen Aspekten geprägten Spitalarchitektur markierte.

Diese beiden Modelle interessieren mich aus mehreren Grün-den: Erstens entsprechen sie mit ihrer Introversion – mit dem Leben, das auf Innenhöfe konzentriert ist – exakt dem Isolationsbedürfnis der Patienten, das besonders während einer Pandemie, wie wir sie aktuell erleben, vorherrscht. Zweitens basieren sie auf einer rationalen und hierarchischen Raumorganisation, die die insbesondere ab dem 19. Jahrhundert verfügbaren hygien- und gesundheitsbezogenen Erkenntnisse wirksam einbezieht. Drittens verleihen sie der gebauten Form eine klar lesbare Identität, was angesichts der aktuellen technologischen Entwicklung und der zunehmenden räumlichen und funktionalen Komplexität von Gesundheitseinrichtungen ein entscheidender Punkt ist.

Identität und Klarheit der Form

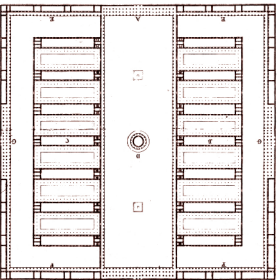
Im derzeitigen Diskurs zur Spitalarchitektur wird stets die Notwendigkeit betont, schon beim Entwurf Aspekte wie räumliche Flexibilität, Anpassungsfähigkeit an die technische und technologische Entwicklung, Standardisierung der Ausrüstung sowie die unvermeidliche Forderung nach Kosteneffizienz zwecks Einsparungen zu berücksichtigen. Auch Funktionalität ist gefordert. So weit, so gut. Doch ich möchte hier darauf bestehen, dass ein Spitalbau, selbst wenn er als «Heilungssma-schine» (um einen von Foucault verwendeten Begriff aufzunehmen)² betrachtet wird, auch und zuallererst eine städtebauliche und architektonische Fragestellung ist, wie die erwähnten historischen Modelle zeigen.

Gerade diese architektonische Dimension ist eine der grössten Stärken des Siegerprojekts aus dem Wettbewerb mit Präselektion, der für das Spital Riviera-Chablais ausgeschrieben wurde. Erkennen lässt sich diese Stärke unter anderem in der typologischen Klarheit, der morphologischen Einheitlichkeit und dem Eindruck der Reinheit, der noch stärker wirkt, wenn man das Projekt mit den meist fragmentarischen Vorschlägen der anderen Teilnehmer vergleicht. Die von Groupe-6 und GD architectes entworfene orthogonale Form ergibt sich aus der Überlagerung der horizontal geschichteten drei Geschosse, die im Gebäude-schnitt funktional organisiert sind: Auf den ersten beiden Etagen befinden sich die medizinischen Funktionsbereiche auf Plattformen, die durch einen homogenen Tragwerksraster gegliedert sind. Sämtliche Bettenstationen sind auf einer Ebene im Dach untergebracht, was funktional vorteilhaft ist. Diese Pflegebereiche sind in einem pavillonartigen Muster angeordnet, das sich aus gruppierten Infrastruk-turen und aneinander gereihten Patientenzzimmern ergibt. Letztere befinden sich beidseitig einer zentralen Zirkulations- und Logistikachse, die das ganze Gebäude durchquert. Die Pflegestationen haben die Form von «Armen», die von einem «Rückgrat» aus versorgt werden. Sie werden zentral über kleine Höfe beleuchtet und öffnen sich seitlich auf grössere begrünte Innenhöfe.

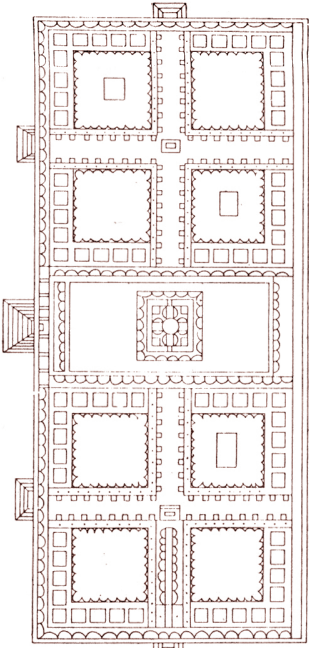
Diese formale und organisatorische Logik zeigt sich bereits beim Eingang zum Gebäude. Die zweistöckige Eingangshalle mit offenem Zwei-schengeschoss nimmt die gesamte Länge eines solchen «Arms» ein und liegt an einem der – stellvertretend für die Rhône in absentia – mit Bollensteinen gepflas-terten Innenhöfe. Die Halle gehört, zusammen mit Restaurant und Konferenz-zentrum, zum öffentlichen Bereich des Spitals. Ihre lang gezogene Form lenkt die Besucher zum Zentrum und zum vertikalen Erschliessungskern des Gebäu-dekomplexes. Neben der Weite und der räumlichen Qualität vermittelt die Ein-gangshalle, die vom gepflasterten Hof her seitlich mit Tageslicht versorgt wird, auch einen Eindruck von der Tiefe des Gebäudes. Durch diese Inszenierung wird der Übergangsbereich zwischen der Aussen- und der Innenwelt seiner Bedeutung gerecht: Er mildert das im Spitalumfeld häufig empfundene Gefühl der Enge und begünstigt ein angenehmes Ankommen.

Einfach, komplex

Eine der Herausforderungen eines solchen Projekts liegt im Umgang mit dem Programm. Das interkantonale Akut- und Notfallspital Riviera-Chablais verfügt über rund 350 Betten und ein breites Leistungsangebot – von der Medizin über



Filarete, Ospedale Maggiore (1456) in Mailand, Grundriss



Jean-Nicolas-Louis Durand, Entwurf eines Krankenhauses (1809), in: J.-N.-L. Durand, *Léçons d'architecture. Partie graphique des cours d'architecture*, Firmin Didot, Paris 1819, Bildtafel 18.

D. B. Im Gegensatz zu einer Riegel- oder Turmtypologie bewegt man sich in einem längs liegenden Spitalbau zu Fuss fort und benutzt den Aufzug selten. Dadurch wird der Weg zum Vergnügen, zum architektonischen Spaziergang. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich zudem der Spitalbetrieb von einem Stock- zu einem Flow-System gewandelt, aus Betten für Aufenthalte von über fünf Tagen sind Betten für Kurzaufenthalte von durchschnittlich drei Tagen geworden. Die Patienten- und Besucherströme haben sich vervielfacht, und je besser sie geleitet werden, desto besser funktioniert das Spital, und desto besser fühlt sich das Personal.

Wie schafft man eine Struktur, die in den nächsten Jahren noch wachsen kann?
L. G. Je grösser und komplexer ein Projekt ist, desto einfacher und

klarer muss das Konzept sein.

Ves Tailfer Das Objekt muss erweiterungsfähig und anpassbar sein. Allein

zwischen Wettbewerb und Baubeginn mussten wir über 600 Anpassungen vorneh-

men. Dabei hat es aber nichts von seiner Stärke oder seinem Wesen eingebüsst. Im

Gegenteil, jedesmal wurden die von Anfang an festgelegten Grundzüge noch deut-licher hervorgehoben. Ich kann mir vorstellen, dass das auch zukünftig so sein wird.

Von der Autobahn aus gesehen verrät das Gebäude nichts über sein Programm. Es zeigt keines der Merkmale, die man traditionellerweise mit einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung verbindet.
L. G. Wir wollten nicht, dass die Funktion des Bauwerks sofort les-

bar ist. Es ist ein Spitalbau und doch keiner. Von aussen sind zum Beispiel die Fenster der Patientenzimmer nicht sichtbar. Auch das Innere ist untypisch: Wenn man das Gebäude betritt, geht man nur über eine edle Treppe zwei Stockwerke hoch und ist «zu Hause» in den Zimmern. Diese Gebäudeform bietet keine insaanten Fassaden, wirkt dafür einladender als eine mechanisch amnutende verti-kale Anordnung mit Aufzügen.

D. B. Der Besucher kommt nie mit der Spitalmaaschine in Berührung, sieht den Motor, der sie am Laufen hält, nicht. Es gibt quasi zwei Parallelwelten: die Welt des Personals und die ebenso wichtige Welt, in der die Patientenleben auf dem Weg zur Genesung eine fast existenzielle Verbindung zu den Bergen herstel-len. Wir haben dieses Stockwerk besonders sorgfältig behandelt: Das Parkett hat Hotelqualität, die Zimmer gehen auf Innenhöfe und schaffen ein neues Verhältnis zum Kranksein. Ich denke, dieses Spital respektiert die Patienten und räumt ihnen Platz ein, um sich mit dem Leiden auseinanderzusetzen. Das Gebäude hat eine beruhigende Wirkung. Es ist natürlich kein Sakralbau, aber wir glauben, dass es etwas Spirituelles vermittelt. Wir haben versucht, die Stille des Klosterlebens ins Spitalleben zu übertragen.

Ist auch die Innengestaltung von dieser Idee geleitet?

Y. T. Ja, im Innenausbau findet sich die gleiche Einfachheit wie im

Grundkonzept. Wir haben uns entschieden, den Fokus auf einzelne Elemente wie das Parkett oder das Türdesign zu legen. So sieht man in den Korridoren die Türen

nicht, nur die Nischen und Schattenfugen, was zum ruhigen Charakter beiträgt.

D. B. In herkömmlichen Spitälern gibt es Bodenbeläge mit Hohl-

kehle, Handläufe, Installationssschächte, aber hier ist der Ausbau schlicht und schön. Wir wollten keine traditionelle Spitalatmosphäre aufkommen lassen.

Das Raumprogramm für Pflegestationen ist klar vorgegeben. Für eine bestimmte Anzahl Zimmer ist jeweils ein Stationszimmer und eine Stationsapothek vorgesehen. Welche anderen Elemente konnten Sie als Architekten beeinflussen, um den sozialen Kontakt oder die Privatsphäre und das allgemeine Wohlbefinden der Patienten zu fördern?

D. B. In einem klassischen Spital sind die Patienten immer weit weg vom Erdboden. Wir haben von Anfang an vorgeschlagen, dass die Patientenzim-

mer einen Bezug zur nahen und fernen Natur, also zum Boden – dem Garten – und zum Himmel haben.

Y. T. Die Zimmeranordnung um die bepflanzten Innenhöfe schafft

ein Gemeinschaftsgefühl. Die Abgrenzung der gegenüberliegenden Seiten erfolgt durch Distanz, Bepflanzung der Dachgärten sowie die verstellbaren Lamellen-storen, die Licht hereinlassen, den Blick nach draussen zulassen und gleichzeitig vor unerwünschten Einblicken schützen.

Wie ist es Ihnen letztlich gelungen, unter den stark einschränkenden Randbedingungen eines solchen Projekts die architektonische Qualität hervorzubringen?
P. v. B. Um eine Idee bis zum Schluss durchzuziehen, braucht es einen

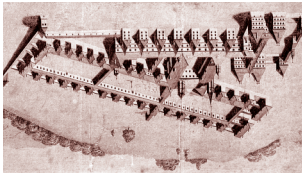
langen Atem, Widerstandsfähigkeit und aufmerksames Zuhören. Die Wahl des Rasters beispielsweise war ein Kampf: Um die 7,50 m zu prüfen, mussten wir auf Wunsch der Bauherrschaft in einem Lagerkeller in Aigle ein Modell im Massstab 1:1 mit Seitenwänden, einem Badezimmer und zwei Betten anfertigen.

Y. T. Auch das Parkett unterzogen wir einem Test: Der Boden wurde in einem Zimmer verlegt und mehrere Monate lang unter normalen Gebrauchsbedingungen getestet.

Y. T. Hier hat sich ein Mechanismus eingeschlielt, von dem niemand

weiss, wie man ihn wieder rückgängig machen kann.
P. v. B. Die Vorzüge eines Wettbewerbsprojekts bis zur Fertigstel-

lung zu bewahren ist herausfordernd. In unserem Fall mussten wir eine klare Vorstellung haben, um das Projekt nicht zu verfiremden. Unsere Antwort auf die Komplexität des Programms war eine Gliederung in Schichten und klar verteilte Funktionen. In der Rhöneebene drängte sich eine horizontale Ausrichtung im Einklang mit der Landschaft auf. Zwei oder drei Materialien boten sich an, wenn die Menschlichkeit im Vordergrund stehen sollte. Dann brauchten wir nur noch zehn Jahre Durchhaltevermögen, Widerstandsfähigkeit und offene Ohren.



Die Grosse Kartause bei Grenoble; Stich von W. Thomas, 1791

«Wir wollten keine Spital-atmosphäre aufkommen lassen»

Ein horizontal angelegtes Spital: Der aussergewöhnliche Grundriss des Spitals Riviera-Chablais (HRC) begünstigt eine häusliche Atmosphäre und schafft einen besonderen Landschaftsbezug. In diesem Riesenprojekt stecken zehn Jahre Arbeit. *TRACÉS* hat die Architekten zum Gespräch getroffen.

Denis Bouvier, Präsident und teilhabender Architekt von Groupe-6, und Yves Tallef, Architekt und Projektleiter bei Groupe-6, Laurent Geninasca und Philippe von Bergen, beide Teilhaber von GD architectes
Aufgezeichnet von Stéphanie Sonnette und Marc Frochoux, *TRACÉS*

TRACÉS Wie kam es zu der französisch-schweizerischen Zusammenarbeit zwischen Ihren beiden Büros? Sie haben, vor allem im Spitalbereich, einen ganz unterschiedlichen Erfahrungshintergrund.

Denis Bouvier Groupe-6 hat langjährige Erfahrung im Krankenhausbau. Unser Büro wurde vor 50 Jahren im Rahmen des Projekts für die Klinik Saint-Martin-d'Uriage gegründet, das vom Kloster Sainte-Marie de La Tourette von Le Corbusier inspiriert war. In den 1970er-Jahren teilten die Kompreisträger in Frankreich die Aufträge unter sich auf. Nur dank Wettbewerben konnte sich unser Büro mit grossen Gesundheitseinrichtungen im ganzen Land profilieren. Spitalprojekte sind zweckorientierte, anspruchsvolle, undankbare und langwierige Aufträge. Unter diesen Voraussetzungen Architektur zu schaffen, erfordert einen gewissen Ehrgeiz. Die Kooperation der Kantone Waadt und Wallis war für uns ein Glücksfall. Auf der Suche nach neuen Ansätzen besichtigte die Baukommission unter der Leitung von Marc-Etienne Diserens Spitäler im Ausland, darunter das Spitalzentrum Arras, das wir 2009 fertiggestellt hatten. Als der Wettbewerb fürs HRC ausgeschrieben wurde, nahmen wir mit GD architectes Kontakt auf. Danach haben wir noch andere Wettbewerbe gemeinsam bestritten, etwa für das Kantons-spital Aarau, die Kinderklinik des CHUV und das Universitätsspital Basel.

Laurent Geninasca Groupe-6 ist wegen des Spitals Pourtalès in Neuçâtel auf uns aufmerksam geworden. Unser Projekt, mit dem wir 1989 den Wettbewerb gewonnen hatten, überzeugte mit seiner exakten Einordnung im urbanen Kontext. Die logistische Organisation des Spitals war im Grossen und Ganzen gut, die medizinischen Bereiche waren in der Wettbewerbsphase aber überhaupt nicht funktionsgerecht. Damals hatten die architektonischen und städtebaulichen Aspekte noch Vorrang vor den technischen Anforderungen. Aber wenn die architektonischen



Einordnung des Bauwerks. Öffentlichkeitsim Erdgeschoss. Privatsphäre im Obergeschoss: Im Schnitt passt sich das Projekt dem Massstab des Dorfs Rennaz an.

Entscheidungen gut sind, regeln sich die technischen Fragen von allein. Es ist ein bisschen traurig, dass der Mehrwert der Architektur heute offenbar immer weniger geschätzt wird. Heute folgt man einer rein funktionalen, wirtschaftlichen Logik.

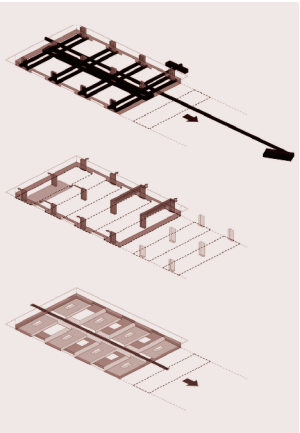
Das HRC liegt an einem Autobahnkreuz und neben einer Gewerbezone in der Rhöneebene, kurz vor der Mündung in den Genfersee. Wie sind Sie an diesen gleichermassen unattraktiven und grossartigen, auf die Berge ausgerichteten Standort herangegangen, und wie hat er Ihre architektonischen Entscheidun-gen in der Wettbewerbsphase beeinflusst?

D. B. Es ist wirklich mitten im Nirgendwo. Die Frage nach dem Grössenverhältnis zwischen dem gewaltigen Bauwerk mit seinem aussergewöhn-lichen Programm und dem kleinen Dorf Rennaz drängte sich auf. Ebenso früh stellte sich die Frage nach dem Bezug zum Autobahnkreuz mit seiner aggressiven, fast vulgären Modernität und zu den alles überragenden Bergen. Die Einbettung in die Umgebung war entscheidend. Wir hatten das Gefühl, dass eine ebene Anord-nung mehr Erweiterungsmöglichkeiten bieten würde als ein Hochhaus oder ein Gebäuderiegel. Aus der Gegenüberstellung der Grössenordnungen entstand die Idee eines Spitalbaus aus vier übereinander liegenden Schichten. Die unteren bei-den Ebenen sind der Haustechnik vorbehalten: Die erste im Erdgeschoss nimmt den Personenfluss der ambulanten Dienste auf und stellt die Verbindung zum Dorf und zum Fussgängerverkehr her; die zweite dient der medizinischen Infrastruktur mit den Operationssälen und der Notfallstation und hat Autobahn-anchluss. Darüber folgt eine für die Pflegestationen reservierte Ebene, die den Bezug zur Landschaft und den Bergen schafft. Sie nimmt das Grundprinzip der Kartäuserklöster auf. Kartausen sind nach dem gleichen Prinzip gebaut: Jeder Mönch hat seine Zelle mit seinem Garten davor mit einer Mauer, die ihn von der Welt abgrenzt und ihn mit der Landschaft und dem Himmel verbindet.

Der gerasterte Grundriss ähnelt dem Plan einer römischen Kleinstadt. Auf welchen Elementen beruht diese Anordnung, die schon in der Wettbewerbs-phase feststand?

Philippe von Bergen Zum einen verfügt das Gebäude dank einem Stützen-Platten-System über eine ausgeprägte Modularität. Diese Bauweise schafft nicht nur grosse Freiheit für die Plattformen, sie erfüllt auch die Anforderungen an die Erdbebensicherheit und wird dem von der Rhöne ausgehenden Hochwas-serrisiko gerecht. Wir haben viel über den Stützenraster diskutiert, der in der Schweiz traditionell bei 8 oder 8.50 m liegt. Wir haben uns, vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen in Frankreich, für 7.50 m entschieden. Das war grundlegend, denn es wirkt sich auf das gesamte Bauwerk aus. Zum anderen stellten wir uns den Bau wie eine Stadt vor, mit einem System aus Innenhöfen, Plätzen, Haupt-und Nebenhäusen, also einem strukturierten Erschliessungskonzept. Als diese Grundsätze einmal feststanden, entwickelte sich das Programm praktisch von allein. Das macht die Stärke aus, die auch die Jury in unserem Projekt gesehen hat. Selbst ein Besucher, der das Gebäude überhaupt nicht kennt, findet sich darin sehr leicht zurecht.

P. v. B. Ja, die Frage der Orientierung ist in einem horizontal ausge-richteten Spitalbau zentral. Die Erschliessung ist einfach und dank der Hauptachse und dem Hof beim Eingang, an dem sich die Patienten und Besucher orientieren können, gut lesbar.



Das Spital ist in Schichten organisiert und folgt einem Raster von 7.50 m, in dem die Patienten-zimmer, die Treppenhäuser und die Haustechnik unter dem Dach ausgerichtet sind.



Um die Jahrtausendwende mhte sich der Kanton Waadt um den Abbau seiner Schuldenberge und versuchte, Einnahmen und Ausgaben seiner Jahresbudgets ins Gleichgewicht zu bringen. Ein Sparprogramm folgte aufs andere, kein staatlicher Sektor blieb davon verschont, auch nicht das Gesundheitswesen. Die Waadtnder Spitallandschaft war wie überall in der Schweiz überdimensioniert und nicht mehr an die von mehreren starken Trends geprägte Entwicklung angepasst. Dasselbe galt für den Kanton Wallis. In der Region Riviera-Chablais bestanden damals nach einigen, durch die rauen Zeiten bedingten Fusionen zwei öffentliche Spitalnetzwerke. Das erste umfasste vier Spitäler an der Waadtnder Riviera und das zweite ein Spital im waadtndischen und eines im Walliser Teil des Chablais. Das waren zu viele Standorte, eine Restrukturierung tat not. Diese sollte aber keine Protestwellen, Petitionen oder andere demokratiesche Ausdrucksformen der Unzufriedenheit auslösen, die die dringend nötigen Veränderungen möglicherweise blockiert hätten. Eine ganze Region mit rund 200 000 Einwohnern musste überzeugt werden, einschliesslich der Arzteschaft, des Pflegepersonals, der Patienten und der lokalen, regionalen sowie der kantonalen Politik.

4 Es begann ein langer politischer Prozess, der nach neun Jahren in der Entscheidung mündete, die Akutversorgung in einem einzigen neuen Spitalzentrum zusammenzulegen. Als Standort für dieses neue Spital wurde nach zwei Multikriterienanalysen und ausgiebigen Diskussionen die Gemeinde Rennaz VD ausgewählt. Im Frhling 2009 gaben schliesslich sowohl das Walliser als auch das Waadtnder Kantonsparlament grünes Licht für das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis. Beide Seiten standen mit Überzeugung und Elan dahinter, was bei einem solchen Projekt unabdingbar ist. Ein neu gegründeter Spitalrat vertrat die Bauherrnschaft. Dieser bildete eine Baukommission, die einen Projektwettbewerb auslobte und die Kreativität von zehn ausgewählten Büros herausforderte. Die zehn Projekte wurden von der Jury mit der Unterstützung mehrerer Expertengruppen minuts unter die Lupe genommen. Nach Abschluss der Bewertung gab die Jury eine Empfehlung ab, der die Bauherrnschaft folgte: Das Projekt «Soins et grand paysage» gewann den Wettbewerb. Bei der Eröffnung der bei einem Notar hinterlegten und streng geheim gehaltenen Umschläge mit den Namen der Projektverfasser zeigte sich, dass das Projekt aus der Feder der Büros GD architectes SA in Neuchtel und Groupe-6 in Grenoble stammte.

Herzlichen Glückwunsch, Champagner für alle! Endlich wusste man, wie das künftige Spital aussehen würde; die Spannung stieg. Die Visualisierungen aus dem Wettbewerbsdossier wurden in den Medien publiziert. Nun konnten die Bevölkerung, die Patienten und das Spitalpersonal sich «ihr neues Spital» vorstellen und seine Bauform und seine Einbettung in die Umgebung entdecken: ein niedriges, lang gestrecktes Gebäude, das die Weite der Rhngebene übernimmt und so das Wesen der Landschaft widerspiegelt. Es kombiniert zwei verglaste Geschosse mit einem kronenartigen Dachgeschoss, wo die Patientenzimmer rund um eine Reihe von begrünten Innenhöfen angeordnet sind. Die künftigen Patienten, die sich mit Krankheit, existenziellen Fragen und Endlichkeit auseinandersetzen müssen, sollen hier Ruhe und Gelassenheit erfahren – das war die Absicht der Architekten. Ihr Entwurf überzeugte die Jury überdies mit einer funktionalen Qualität, die den Erwartungen des Spitalpersonals, das sich täglich darin bewegen würde, gerecht wurde.

Die lebhaft e Debatte der Baukommission vor dem Wettbewerb drehte sich um grundlegende Fragen: Sollte man eher einen «Totalunternehmer-Ansatz» verfolgen und Entwurf, Planung und Ausführung des Spitalneubaus in einem einzigen Durchgang als Gesamtleistung vergeben? Oder sollte man den kreativen architektonischen Prozess stärker gewichten und so den Bau eines gut durchdachten Projekts begünstigen, das Ästhetik, Funktionalität und Einbettung in die bebaute Umwelt miteinander verbindet? Die Wahl fiel auf die zweite, grosszügigere Variante. Sie eröffnete die Chance, die Werke aller Architektenteams, die das Risiko der Wettbewerbssteilnahme eingegangen waren und dem Pfllichtenheft der Bauherrnschaft Form und Inhalt verliehen hatten, zu entdecken. Sie bot das Privileg, eine besonnene Wahl aus zehn Vorschlägen zu treffen und mithilfe der nötigen Expertise einen sinnvollen und legitimen Schlussentcheid zu fllen. Sie machte es möglich, das Siegerprojekt noch vor der Generalunternehmensausschreibung und späteren Optimierungen mit den Bedürfnissen der nach wie vor skeptischen Nutzer abzugleichen. Und sie bot der Bauherrnschaft die Freude, ihr «sehnlich erwartetes Spital» zu verwirklichen. Das Spital ist gebaut. Vielen Dank all jenen, die dazu beigetragen haben, und all jenen, die es künftig zum Leben erwecken.

Marc-Etienne Diserens,
Prsident des Spitalrats und Prsident der Baukommission

Spital Riviera-Chablais

Dieses Heft entstand in Zusammenarbeit mit
Groupe-6, Paris – Grenoble
GD architectes, Neuchâtel

Sonderpublikation PROJETS / PROJEKTE

Beilage zu TRACÉS, revue suisse romande des techniques
et cultures du bâti, TEC21 – Schweizerische Bauzeitung
und L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI
Beilage zu TRACÉS Nr. 2/2021, zu TEC21 Nr. 5/2021
und L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI Nr. 440

Konzeption, Gestaltung und Redaktion

Marc Frochoux, Chefredaktor TRACÉS
Emmanuelle Borne, Chefredaktorin L'ARCHITECTURE
D'AUJOURD'HUI

Judit Solt, Chefredaktorin TEC21
Danielle Fischer und Christof Roster, Lektorat
(deutschsprachiger Teil) TEC21
Monica D'Andrea, Lektorat (französischsprachiger Teil)
Valérie Bovey, grafische Gestaltung und Layout
Laurent Guye, Bildbearbeitung

Übersetzung

Wulf Übersetzungen GmbH

Druck

Stämpfli AG, Bern

Adresse der Redaktion

TRACÉS, Rue de Bassenges 4, 1024 Ecublens
+41 21 693 20 98, redaction@revue-traces.ch, espazium.ch

L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI

Archipress & Associés, 10 Cité d'Angoulême
75011 Paris, France

Herausgeber

espazium – Der Verlag für Baukultur, Zweierstr. 100,
8003 Zürich, +41 44 380 21 55, verlag@espazium.ch
Martin Heller, Präsident
Katharina Schober, Verlagsleiterin

Nachdruck von Bild und Text, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung der Redaktion und mit genauer
Quellenangabe.

ISBN: 978-3-9525101-2-4

espazium

Der Verlag für Baukultur
Les éditions pour la culture du bâti
Edizioni per la cultura della costruzione



L'Architecture d'Aujourd'hui



Inhalt

Texte

Vorwort

Marc-Etienne Diserens

4

«Wir wollten keine
Spitalatmosphäre
aufkommen lassen»

Denis Bouvier, Yves Tailfer

Laurent Geninasca und Philippe von Bergen

Aufgezeichnet von Stéphanie Sonnette

und Marc Frochoux

6

Einfach, komplex

Bruno Marchand

10

Heilung der Landschaft

Christophe Catsaros

15

Eine Ansammlung
von Fachwissen

Pascal Langeron

20

Bilder

Bilder: Michel Denancé

und Thomas Jantscher

Zeichnungen: Groupe-6 und GD architectes

Spital Riviera-Chablais, Waadt-Wallis, Akutversorgungseinrichtung, Rennaz

Architekturwettbewerb: 2011 (Gewinner); Fertigstellung: 2019
Fläche: 67 000 m² (Bruttogeschossfläche)
Anzahl Betten: 350
Erstellungskosten: 218 Mio. € / 240 Mio. CHF exkl. MwSt

Zu dieser Publikation haben beigetragen

Bauhererschaft
Conseil d'établissement Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

Architektur
Groupe-6 architectes (Denis Bouvier, Yves Tailfer), Paris-Grenoble
(Frankreich)

GD architectes (Laurent Geninasca, Philippe von Bergen), Neuchâtel

Bauökonomie
Quartal SA, Vevey

Elektroplanung
Open ING, Fribourg

HLK-Planung - MSR - Thermik
Weinmann Energies SA, Echallens

Sanitärplanung - Spezialgase/Koordinations technik
TP SA, Biel

Akustik
Eco Acoustique, Lausanne

Generalunternehmer
Steiner SA, Tolochenaz

Subunternehmer Rohbau
Induni & Cie SA, Petit-Lancy

**Subunternehmer für Laboreinrichtungen
und Oberflächenschutz**
LCCA, Saint-Quentin-Fallavier, (FR)

Groupe-6

Diese Publikation wurde konzipiert
in Zusammenarbeit mit



Diese Publikation wurde besonders
unterstützt von

STEINER

GD ARCHITECTES

Einfach und komplex,
 introvertiert und offen zugleich,
 richtet sich das **Spital**
Riviera-Chablais an zwei
 Massstäben aus: zum einen an
 der grossartigen Landschaft,
 der Berge, die das Rhônetal
 umgeben, und zum anderen an
 der Behaglichkeit, die den
 Patientinnen und Patienten
 einen persönlich-herzlichen
 Empfang bereitet.