UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Science politique**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Rodica PLUGARU

Thèse dirigée par **Sabine SAURUGGER**

préparée au sein du **Laboratoire PACTE** (UMR 5194)
dans **l'École Doctorale « Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire »**

Transferts internationaux et changements institutionnels dans les anciens pays soviétiques : l'évolution des normes techniques de construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie (1991-2011)

Thèse soutenue publiquement le **12 juillet 2013**,
devant le jury composé de :

M. François BAFOIL
Directeur de recherche au CNRS, CERI (Rapporteur)

M. Alan HENNESSY
Architecte-urbaniste, ancien président de Groupe-6 (Co-encadrant de thèse)

M. Patrick LE GALES
Directeur de recherche au CNRS, CEE (Rapporteur)

Mme Sabine SAURUGGER
Professeure à l'Institut d'études politiques de Grenoble, (Directrice de thèse)

M. Yves SUREL
Professeur à l'Université Paris II (Président)

M. Rémy VIEILLARD
Secrétaire général de Groupe-6 (Co-encadrant de thèse)

Résumé de la thèse

Résumé

A la suite de leur indépendance, l'Ukraine et la Moldavie ont lancé une série de réformes en vue de transformer les politiques, institutions et normes héritées de la période soviétique. Dans le contexte de l'ouverture de ces deux anciens pays communistes au libéralisme politique et économique, notre thèse se focalise sur l'évolution, entre 1991 et 2011, d'un instrument d'action publique : les normes techniques de construction des hôpitaux. Deux hypothèses principales sont formulées. La première, liée au phénomène de la mondialisation, soutient que les acteurs internationaux ont joué un rôle actif dans le processus de modernisation, et qu'ils ont opéré un transfert de normes étrangères. La deuxième hypothèse, issue de l'approche historique de l'institutionnalisme, avance que la mise en œuvre de l'expérience internationale a rencontré des résistances similaires dans ces deux pays, en raison de leur héritage commun de la période soviétique. Ces deux hypothèses ont été testées sur la base d'une étude approfondie de trois projets hospitaliers, réalisées avec le concours d'entreprises et d'organisations internationales. S'appuyant sur plus de 90 entretiens et sur une observation participante de trois ans au sein de l'agence d'architecture française Groupe-6, notre étude montre que les acteurs internationaux ont réussi à produire un changement dans les normes techniques utilisées pour construire des hôpitaux, selon des mécanismes d'apprentissage, de mimétisme ou de coercition. Les normes techniques affectées par ce transfert ne sont pas les textes règlementaires, mais plutôt les pratiques et les façons de faire des professionnels du bâtiment. Demeurant en place, mais faisant l'objet de dérogations, les textes règlementaires, issus de la période soviétique, ont constitué le principal frein à l'introduction de l'expérience internationale dans les deux pays étudiés.

Mots clés : transferts internationaux, changement institutionnel, normes techniques, postcommunisme

Abstract

In the wake of the USSR collapse, Moldova and Ukraine launched political and economic reforms of inherited institutional arrangements. Questioning the opening on these two former soviet states to economic and political liberalism, our thesis studies the evolution of hospital building regulations between 1991 and 2011. Two main hypotheses are presented. First, we argue that the international actors had an active role in the process of modernization, by transferring their foreign experience of hospital design. Second, we point that the international transfer opposed national similar resistance, due to the inherited institutional arrangements. These hypotheses are tested on empirical evidence of three hospital projects, involving international organizations and private firms. Our data is based on more than 90 interviews and a three-year participant observation within the French design practice Groupe-6. We show that international actors produced a change in the hospital design standards used by national actors. Mechanisms of transfer are threefold: learning, emulation and coercion. Object of transfer are not building formal regulation, but rather informal practices and know-how of construction builders. Still in force after 1991, formal inherited regulations benefited of derogations, while representing the main obstacle to introducing the foreign experience.

Key words: policy transfer, institutional change, standards, post communism

A mes grands-mères, Marioara Ciobanu et Natalia Hlibiciuc

A Claudie Beck

Remerciements

Cette thèse représente un travail de recherche universitaire long et enrichissant ainsi qu'une expérience professionnelle passionnante. De nombreux aspects rendent cette aventure unique et individuelle. Toutefois, de nombreuses collaborations, rencontres et amitiés rappellent qu'elle est également le fruit d'échanges collectifs. Mes remerciements vont vers toutes celles et ceux qui m'ont suivi, de près ou de loin, dans ce projet de recherche doctorale.

Tout d'abord, je tiens à remercier Sabine Saurugger, ma directrice de thèse, pour ses conseils stimulants, son écoute patiente et attentive, et pour toutes les discussions enthousiastes que nous avons eues. Je remercie ensuite mes tuteurs à Groupe-6, Rémy Vieillard et Alan Hennessy, pour leurs nombreuses suggestions qui ont contribué à ce travail. Durant mes dix années à Groupe-6, dont trois en tant que doctorante, ils m'ont permis de découvrir et d'intégrer le fonctionnement complexe et enrichissant d'une entreprise. Je remercie aussi ici l'ensemble de mes quelques 200 collègues de travail de Groupe-6, pour avoir été ma première « famille d'accueil » en France.

La réalisation de ma thèse sous un contrat CIFRE a été rendue possible grâce à l'implication de Marielle Thiévenaz, Secrétaire Générale de l'IEP de Grenoble. Je tiens ici à la remercier, ainsi que mes collègues de PACTE et de Sciences Po Grenoble qui ont su m'apporter des conseils et des éclaircissements à diverses étapes de ce travail : Céline Gaufreteau, Valérie Baudet, Valérie Perret, Frédérique Teinturier, Céline Belot, Charlotte Halpern, Thierry Bontemps, Stéphanie Abrial, Elisabeth Gauthier, Elisabeth Blanc, Catherine Morel, Karine Feuillet et les « sauveteurs » de la cellule Informatique.

L'enquête de terrain en Ukraine et en Moldavie a pu être réalisée grâce à l'accueil du ministère de la Santé de Moldavie (notamment Tatiana Zatic et Oleg Hincu), de la Fondation de l'Hôpital du Futur et de l'agence d'architecture ukrainienne Budova (en particulier Salomya Pidgirniac). Je remercie également Tatiana Gheorghievna et Valea Baltag pour leurs précieux conseils. Ces investigations ont bénéficié du soutien des clubs Rotary Drac Romanche et Rotary Rhones-Alpes, ainsi que du groupe Sanofi Pasteur. Je les remercie pour l'aide qu'ils m'ont accordée.

Durant les deux dernières années, cette thèse a été finalisée au sein de la « Salle des Doctorants, ATER et autres… » du laboratoire PACTE et de Sciences Po Grenoble. Ce fut le lieu de nombreux échanges à propos de nos travaux, de nos étudiants, du capitalisme, du communisme, de la Moldavie, de la météo, de notre passé et de notre avenir. Je remercie ici l'ensemble de mes collègues pour leur relecture, leur chaleur d'esprit, leur spontanéité et leur bonne humeur : Alexia, Antoine, Atif, Audrey, Clara, Clément, Elisa, Eva, Guillaume, Hélène, Hélèna, Jessica, Josua, Julie, Kevin, Leo, Loïc, Mehdi, Ouassim, Renaud et Thomas. Ils comprendront que je remercie plus particulièrement Simon, relecteur acharné de ma thèse, qui s'est lié de passion avec les politiques publiques en découvrant enfin la « vraie science politique ».

En plus de bien d'autres qualités, je dois reconnaître à ma famille et à mes amis proches une patience et une discrétion extraordinaire. Je les remercie chaleureusement de m'avoir gardée « connectée » à la vie hors de la thèse. Je pense tout spécialement à mes parents, à mes frères Mircea et Radu, et à ma sœur Domnita. Je pense aussi à Anthony, Florence, Anisoara, Ana, Andrei, Evelyne, Hélène, Magda et Maryline.

Mircea et Macha, Françoise et Victor, Charles et Geo m'ont beaucoup apporté, je ne saurai les remercier autant qu'il le faudrait.

Je remercie Olivier pour son amour, sa compréhension et son amitié durant toutes ces années. Merci également au Royans et aux Royannais pour tout ce qu'ils m'ont fait découvrir.

Mes pensées et remerciements, tout aussi forts, vont enfin à toutes celles et ceux que je n'ai pas nommés ici, mais qui se reconnaîtront.

SOMMAIRE

Introduction 13

Section I : Construction de l'objet de recherche 16

Section II : Retour sur le choix de l'objet d'étude – la transformation des normes techniques de construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie 22

Partie 1 : Fondements théoriques : hypothèses et méthode 35

Chapitre I. Les normes et la construction des hôpitaux 37

Section I : Une étude sur l'hôpital et sa construction en tant que bâtiment 39

Section II : Le concept de norme 61

Chapitre II. Le néo-institutionnalisme et l'étude de la transformation des anciens pays soviétiques 95

Section I : Analyser les normes de la construction des hôpitaux en tant qu'arrangements institutionnels 97

Section II : Analyser l'action des acteurs internationaux : le concept de transfert des politiques publiques 118

Chapitre III. La méthodologie de recherche 139

Section I : L'approche de recherche : stratégie et choix d'enquête 140

Section II : L'expérience empirique 156

Partie 2 : L'analyse de terrain : les normes techniques des projets hospitaliers en Ukraine et en Moldavie entre 1991 et 2011 167

Chapitre IV. La construction des hôpitaux après 1991 : de nouvelles normes avec des anciens habits 169

Section I : La construction des hôpitaux dans l'Ukraine et la Moldavie soviétiques : une action publique centralisée et unifiée 171

Section II : Quelles politiques et instruments d'action publique de l'Ukraine et la Moldavie indépendantes ? 199

Chapitre V. Le tournant des années 2000 : l'appel à des compétences internationales en matière de modernisation hospitalière 241

Section I : La modernisation des hôpitaux : un changement en entraine un autre 242

Section II : Les appels d'offres internationaux, porte d'entrée des acteurs étrangers 263

Chapitre VI. Comment est transférée l'expérience internationale ? Entre respect des normes nationales et mise en œuvre de solutions de l'étranger 307

Section I : Lorsque les acteurs internationaux s'engagent dans un transfert : intérêts financiers ou routines professionnelles ? 309

Section II : Lorsque les acteurs nationaux s'en mêlent : un obstacle au transfert ? 358

Chapitre VII. La validation de l'expérience internationale : entre résistance et changement 411

Section I : Des normes techniques de la période soviétique toujours en vigueur.... 413
Section II : Les catalyseurs du changement 430
Conclusion générale 477
Section I : Le transfert de normes de l'étranger : mécanismes d'apprentissage, de coercition et de mimétisme 480
Section II : Les résistances au changement et l'impact du soutien politique..... 485
Bibliographie 489
Table des figures 501
Annexes 503
Annexe 1 : Liste des entretiens 505
Annexe 2 : Grilles d'entretien 517
Annexe 3 : Les entretiens 527
Annexe 4 : Documents iconographiques 591
Table des matières 595

Liste des principaux sigles utilisés

BDP : Building Design Partnership, agence d'architecture britannique

BM : Banque mondiale

Budova : Budova Centre-1, agence d'architecture ukrainienne

DBN : normes techniques ukrainiennes (de l'ukrainien « *Derjavni Budvelni Normi Ukraini* », « *Державні Будівельні Норми України* »)

DG market : le service d'appels d'offre de la Banque mondiale

ECH : EC Harris, société de programmation britannique

GOSSTROY : Département des normes techniques de construction de l'URSS (du russe « *Gossudarstvenyi Komitet po delam stroitelstva* », « *Государственный комитет СССР по делам строительства* »)

GOST : standard soviétique (du russe « *Gosudarstvennyy standart », « государственный стандарт* »)

HCR de Chisinau : Hôpital Clinique Républicain, en Moldavie

HDF de Kiev : Hôpital du Futur de Kiev, en Ukraine

INCERCOM : Centre scientifique de l'étude des normes techniques de Moldavie (du roumain « *Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Construcţi*i »)

NCM : Normes en construction de la République de Moldavie (du roumain « *Normele in constructii ale Republicii Moldova* »)

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

SANEPID : Département sanitaire et épidémiologique de l'URSS (« *Sanitarno-epidemiologhicheskaya slujba* », « *Санитарно-эпидемиологическая служба* »)

SANPIN : normes techniques sanitaires soviétiques (du russe « *Sanitarnyie pravila i normi* », « *Санитарные правила и нормы* »)

SNIP : normes techniques soviétiques (du russe « *Stroytelinyie normi i pravila* », « *Строительные нормы и правила* »)

UE : Union européenne

Introduction

« L'Hôpital du Futur pour enfants doit être une institution médicale de niveau européen, contenant de hautes technologies, les meilleurs professionnels et ressources intellectuelles du domaine médical.

Le coût du projet a été estimé à 600 millions UAH[1], soit $120 millions. C'est le plus grand projet de charité de l'histoire de l'Ukraine.

La construction du Centre Ukrainien pour la protection de la mère et de l'enfant (l'Hôpital du Futur) sera réalisée sur la base de la Décision du Cabinet No. 722 du 25 mai 2006 et de la Clause 17 de l'Unité Nationale Universelle »

Communiqué de la Fondation de l'Hôpital du Futur en Ukraine, le 9 octobre 2006

Annonçant la construction d'un hôpital moderne pouvant traiter les maladies complexes du cancer chez la mère et l'enfant, le communiqué très médiatisé du 9 octobre 2006 de la Fondation de l'Hôpital du Futur (HDF) est à l'origine d'un grand mouvement de mobilisation en Ukraine. Des responsables politiques aux dirigeants d'entreprises, en passant par les membres de la Diaspora, l'ensemble de la société ukrainienne participe à la collecte nationale de fonds organisée pour la réalisation de l'équipement, avec pour point d'orgue un immense « téléthon ». Ce qui n'était à l'origine que l'initiative de la Fondation de Kateryna Iouchtchenko[2], l'épouse du président ukrainien, devient un projet d'envergure occupant l'attention de tous les Ukrainiens. Exceptionnel en Ukraine, ce projet l'est moins à l'échelle des anciens pays soviétiques, qui ont eux-aussi développé d'ambitieux projets de modernisation hospitalière depuis la chute de l'URSS. En Moldavie, pays voisin de l'Ukraine,

[1] Abréviation de la monnaie ukrainienne – grivnas.

[2] La Fondation Ukraine 3000 a été fondée et dirigée par Viktor Iouchtchenko, avant qu'il ne devienne président de l'Ukraine en 2005, et que sa femme ne le remplace. En tant qu'organisation charitable, la Fondation soutient et réalise des projets dans divers domaines de la sphère publique. Si sous la direction de Viktor Iouchtchenko l'accent a été mis sur les activités dans le domaine de la culture, de l'histoire et de l'éducation (avec par exemple un soutien à la reconnaissance de la famine ukrainienne des années 1940 « Golodomor »), sous la direction de Kateryna Iouchtchenko, les priorités se sont déplacées vers le secteur de la santé (le domaine culturel demeurant néanmoins central). Lors du lancement du projet de l'Hôpital du Futur, la Fondation a créé une cellule à part – la

on note ainsi plusieurs projets importants dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de la modernisation des Centres de santé primaires, ou de la restructuration de l'Hôpital Clinique Républicain (HCR) de Chisinau. Annoncés dans les années 2000, ces projets moldaves visent, comme celui de l'HDF en Ukraine, à rapprocher l'offre de soins nationale de l'excellence occidentale.

A la suite des discours des dirigeants ukrainiens et moldaves, soulignant la nécessité d'une modernisation des hôpitaux avec le concours d'acteurs internationaux, nous nous sommes interrogée sur l'ampleur des transferts d'expérience étrangère qui se sont opérés dans ces deux pays à l'occasion de la réalisation de leurs grands projets hospitaliers.

Cette interrogation constitue notre question de recherche principale dont découle une multitude d'autres : y a-t-il eu des résistances lors du transfert de l'expérience étrangère ? Les résistances ont-elles été communes aux deux pays, étant donné la similitude de leur configuration institutionnelle passée ? Quels éléments ont favorisé l'importation d'actions extérieures ? En répondant à ces questions, nous souhaitons comprendre si, au-delà des déclarations des responsables politiques, des transferts de l'expérience internationale en matière de construction des hôpitaux ont réellement eu lieu, comment ils se sont déroulés et quels ont été leurs effets sur la modernisation de ces pays en voie de transition.

Notre question de recherche comporte deux aspects fondamentaux. D'une part, il s'agit de déterminer l'identité des acteurs internationaux qui ont participé à la modernisation des hôpitaux des anciens pays soviétiques : s'agit-il d'acteurs économiques (les entreprises d'architecture et de construction), d'organisations internationales (la Banque mondiale, l'Union européenne ?), des Etats occidentaux (Etats-Unis, France, Royaume-Uni ?) ? D'autre part, il s'agit de questionner la mise en œuvre de l'expérience internationale : ces derniers ont-ils « calqué » un modèle d'hôpital des pays de l'Ouest ou ont-ils adapté des éléments d'un modèle extérieur à leur façon « traditionnelle » de construire des hôpitaux ? Notre question de recherche part donc de la volonté de comprendre quelle a été la part de rupture et quelle a été la part de continuité des héritages de l'URSS lors du processus de modernisation hospitalière.

Fondation de l'Hôpital du Futur (HDF). C'est à cette fondation que nous nous référons le plus souvent au cours de cette thèse.

Cette introduction vise à expliciter la construction de notre objet d'étude autour de la modernisation des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie. Dans un premier temps, nous mentionnons notre intérêt pour la transformation des anciens pays soviétiques, ainsi que notre choix d'étudier précisément l'Ukraine et la Moldavie. Dans un second temps, nous expliquons comment nos recherches de terrain exploratoires nous ont amenée à prendre pour objet d'étude la transformation des normes techniques de construction d'hôpitaux.

Section I : Construction de l'objet de recherche

Replaçant notre investigation dans le cadre des travaux sur la transition dans les anciens pays soviétiques, cette section explique notre intérêt pour l'Ukraine et la Moldavie. Au carrefour de multiples influences extérieures, ces deux pays constituent deux terrains favorables à l'observation de transferts internationaux provenant de sources variées. Centrée sur l'action des acteurs internationaux, notre thèse est construite à partir de deux hypothèses principales concernant les changements produits par ces derniers et les résistances qu'ils ont rencontrées lors de ce processus.

I) L'intérêt pour l'étude du changement des anciens pays soviétiques

L'intérêt pour les développements institutionnels des anciens pays soviétiques s'explique par le fait que ces derniers représentent des terrains d'enquête inédits pour l'exploration de divers processus politiques.

La littérature sur la transitologie n'est pas née à la suite de l'effondrement de l'URSS. Elle existait déjà pour rendre compte de changements au sein des pays issus de la décolonisation notamment. Pour autant, la dissolution de l'Union soviétique lui a fourni un nouveau terrain avec des caractéristiques spécifiques le distinguant des autres cas historiques de transition[1]. C'est dans ce contexte, que se sont constitués de nouveaux thèmes de recherche consacrés au postcommunisme[2], à la transition vers l'économie de marché et la démocratie libérale[1], ou encore au « retour à l'Europe »[2].

---

[1] Au début des années 1990, les chercheurs ont questionné l'angle théorique d'analyse pour le nouvel objet d'étude. Sarah Meiklejohn Terry publie en 1993 un article suggérant fortement de ne pas inclure les anciens pays soviétiques dans les études antérieures sur la transition. Elle considère ces Etats comme étant très spécifiques et donc différents des pays de l'Europe du Sud ou de l'Amérique Latine qui ont connu également des périodes de transition. Au tout début des interrogations des chercheurs sur la manière d'aborder ces nouveaux Etats, l'auteure propose de trouver de nouvelles approches analytiques et de réaliser de nombreuses recherches empiriques, voir Terry, Sarah Meiklejohn, «Thinging about Post-Communist Transitions: How Different Are They?», *Slavic Review* 52, no. 2 (1993), 333-7.

[2] Parmi les travaux sur le postcommunisme, voir : Fowkes, Ben, *The Post-Communist Era: Change and Continuity in Eastern Europe* (Humpshire: Palgrave Macmillan, 1999).; Holmes, Leslie, *Post-Communism : An Introduction* (Durham: Duke University Press, 1997). et Sakwa, Richard, *Postcommunism (Concepts in the Social Sciences)* (Buckingham: Open University Press, 1999).

En cherchant à qualifier les événements qui se sont produits après 1991, Barbara J. Falk utilise le terme de révolution, car elle considère que le changement qui a eu lieu a affecté des Etats et des régions à tous les niveaux, à la fois politique, économique, social et culturel[3]. Le terme de révolution doit être cependant utilisé avec prudence, car il sous-entend une rupture brutale avec le passé soviétique, sous une forme de *tabula rasa*. Or, comme le soulignent Jon Elster et Claus Offe, les changements qui se sont produits ont été plus progressifs qu'on ne le pense, du fait notamment de leur caractère paisible[4]. Si les institutions soviétiques ont laissé place à de nouvelles structures capitalistes et libérales, elles n'en ont pas moins continué à façonner les comportements des acteurs. Comme le souligne François Bafoil, « penser que la transformation d'un système à un autre relève du changement mécanique, à l'instar d'un jeu de pièces détachées » revient à faire « l'impasse sur les comportements et les habitudes, en un mot sur les expériences et les apprentissages, sans lesquels il n'y a pas de changement »[5].

Si les premières études sur la transition post-soviétique sont finalement assez prudentes sur l'impact à long terme de la chute de l'URSS et l'ampleur des transformations, il n'en demeure pas moins qu'elles tendent à distinguer deux aires géographiques, avec d'un côté les Etats postcommunistes d'Europe Centrale et Orientale (PECO), qui ont pris le chemin d'une adhésion à l'Union européenne (UE), et de l'autre, les Etats qui sont restés en dehors de ce processus d'adhésion, notamment les Etats de la Communauté des Etats Indépendants (CEI)[6].

---

[1] Sur la transition, voir : Dobry, Michel, «Les voies incertaines de la transitologie : choix stratégiques, séquences historiques, bifurcations et processus de path dependence», *Revue française de science politique* 50, no. 4-5 (2000), 585-614.; Elliot, John E. et Abu F. Dowlah, «Transition crises in the post-soviet era», *Journal of Economic issues* 27, no. 2 (1993), 527-36.; Hall, John A., «After the fall: an analysis of post-communism», *The British Journal of Sociology* 45, no. 4 (1994), 525-42.; Armbruster, Chris, «Discerning the Global in the European revolutions of 1989», *Working Paper Series of the Research Network 1989*, no. 12/2008 (2008).; Reisinger, William M. et al., «Public behaviour and political change in post-soviet states», *The Journal of Politics* 57, no. 4 (1995), 941-70.; Bunce, Valerie, «Should Transitologists Be Grounded?», *Slavic Review* 54, no. 1 (1995), 111-27. ; Fuller, Linda, «Socialism and the Transition in East and Central Europe: The Homogeneity Paradigm, Class, and Economic Inefficiency», *Annual Review of Sociology* 26(2000), 585-609.

[2] Parmi les travaux sur le « retour à l'Europe », voir : Rupnik, Jacques, *L'autre Europe, crise et fin du communisme* (Paris: Editions Odile Jacob, 1993). ; Geremek, Bronislav et Robert Picht, dir. *Visions d'Europe*. Paris: Odile Jacob, 2007).; Antohi, Sorin et Vladimir Tismaneanu, dir. *Between Past and Future: The Revolutions of 1989 and Their Aftermath*. New York: Central European University Press, 1999).

[3] Falk, Barbara J., «Post-Communism's First Decade: A Primer for Non-Specialists», *Canadian Journal of Political Science / Revue canadienne de science politique* 36, no. 2 (2003), 417-37.

[4] Elster, Jon et al., *Institutional Design in Post-Communist Societies: Rebuilding the Ship at Sea* (Cambridge: Cambridge University Press, 1998).

[5]Bafoil, François, *Europe centrale et orientale. Mondialisation, européanisation et changement social 1989-2006* (Paris: Presses de Sciences Po, 2006)., p. 201

[6] Jeffrey Kopstein et David Reilly abordent cette délimitation sous la forme du concept de dépendance spatiale, emprunté à la géographie. Kopstein, Jeffrey S. et David A. Reilly, «Geographic Diffusion and the Transformation of the Postcommunist World», *World Politics* 53, no. 1 (2000), 1-37.

Les années 2000 ont connu une explosion de travaux sur les transformations des PECO. En partant des théories sur l'intégration de l'Union européenne[1], ces travaux se sont démarqués grâce à une ligne conceptuelle distincte – celle de l'européanisation[2]. Aujourd'hui, le concept d'européanisation tend à s'étendre aux pays qui n'ont pas encore adhéré à l'UE[3], en englobant ainsi la deuxième catégorie de pays issus de l'effondrement de l'URSS. Ces Etats, appelés Nouveaux Etats Indépendants (NEI), ont eu des trajectoires marquées par des influences étrangères plus diverses, au croisement de l'Occident et de la Russie. Ils n'ont pas demandé leur adhésion à l'UE et ont pour la plupart intégré la Communauté des Etats Indépendants, structure créée par la Russie après la fin de l'Union soviétique, pour maintenir des liens économiques avec ses anciens « satellites ». Outre les relations avec l'UE, les études sur les NEI se sont donc logiquement focalisées sur le rôle de la Russie[4], mais aussi sur les questions de sécurité[5] et d'identités nationales[6]. Du fait de leur position géopolitique, ces pays

---

[1] Pour un approfondissement du socle théorique et conceptuel des études européennes, voir Saurugger, Sabine, *Théories et concepts de l'intégration européenne* (Paris: Presses de Sciences Po, 2009).

[2]Bafoil, François, *Après le communisme* (Paris: Armand Colin, 2002). ; Bafoil, François, *Le post-communisme en Europe* (Paris: La Découverte, 1999), Beichelt, Timm et François Bafoil, *L'européanisation d'Ouest en Est* (Paris: L'Harmattan, 2008). ; Dehousse, Renaud et al., *Élargissement: comment l'Europe s'adapte* (Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 2006).; Tulmets, Elsa, dir. *Identities and Solidarity in Foreign Policy: East Central Europe and the Eastern Neighbourhood*. Prague: IIR, 2012). ; Plus spécifiquement sur le cadre conceptuel de l'européanisation, voir : Radaelli, Claudio M., «Europeanisation: Solution or problem?», *European Integration online Papers (EIoP)* 8(2004). ; Radaelli, Claudio M., «Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change», *European Integration online Papers (EIoP)* 4(2000).; Börzel, Tanja A. et Thomas Risse, «When Europe Hits Home: Europeanization and Domestic Change», ibid.; Treib, Oliver, «Implementing and complying with EU governance outputs», *Living Reviews in European Governance* 3, no. 5 (2008). ; Haverland, Markus, «Does the EU cause domestic developments? The problem of case selection in Europeanization research», *European Integration online Papers (EIoP)* 9, no. 2 (2005).

[3] Voir les travaux de Franck Schimmelfennig sur cet aspect et en particulier son article Schimmelfennig, Frank, «Europeanization beyond Europe», *Living Reviews in European Governance* 4, no. 3 (2009).

[4] Kuzio, Taras, *Russia-Crimea-Ukraine: Triangle of Conflict* (Uniersity of California: Research Institute for the Study of Conflict and Tertrrorism, 1994). ; Solchanyk, Roman, *Ukraine and Russia: the post-Soviet transition* (Boston: Rowman & Littlefield Pub Incorporated, 2001).; Wilson, Andrew, «Rival versions of the East Slavic Idea in Russia, Ukraine and Belarus» dans Slater, Wendy and Andrew Wilson, dir., *The legacy of the Soviet Union* (Palgrave Macmillan, 2004), 39-58.; Yekelchyk, Serhy «Out of Russia's long shadow: the making of modern Ukraine, Belarus and Moldova» dans Schmidtke, Oliver and Serhy Yekelchyk, dir., *Europe's last frontier?* (New York: Palgrave Macmillan, 2008), 9-29.

[5] Voir les travaux de Nicu Popescu sur les régions séparatistes des Etats post-soviétiques, notamment Popescu, Nicu, «'Outsourcing' de facto Statehood: Russia and the secessionist entities in Georgia and Moldova», *Centre for European Policy Studies Policy brief*, no. 109 (2006). ; Bielawski, Martina et Nicu Popescu, *Human Rights and Frozen Conflicts in the Eastern Neighbourhood* (dans *Directorate General External Policies of the Union*, ed. Policies, Policy Department External. Brussels: European Parliament, 2007). Egalement, les travaux de Dov Lynch, en particulier Lynch, Dov, «Separatist states and post-soviet conflicts», *International Affairs* 78, no. 4 (2002), 831-48. Lynch, Dov, *Engaging Eurasia's Separatist States: Unresolved Conflicts and De Facto States* (Washington: US Institute of Peace Press, 2004). et Dura, George, «Prospects for the establishment of an international monitoring mission on the Ukraine-Moldova border», *Eurojournal.org* April(2005).

[6] Voir par exemple l'ouvrage Schmidtke, Oliver et Serhy Yekelchyk, *Europe's last frontier? Belarus, Moldova and Ukraine between Russia and the European Union* (New York: Palgrave Macmillan, 2008).; King, Charles, «Moldovan identity and the politics of Pan-Romanianism», *Slavic Review* 53, no. 2 (1994), 345-68. White,

représentent un terrain d'étude prometteur afin d'envisager des transformations influencées par des acteurs extérieurs sous un autre angle que celui de l'européanisation.

Parmi les NEI issus de l'éclatement de l'URSS, nous choisissons d'analyser la Moldavie et l'Ukraine. Ces deux pays, parce qu'ils ne font pas partie de l'Union européenne et parce qu'ils ne sont pas non plus particulièrement proches, au sens politique, de la Russie[1], sont susceptibles d'avoir été influencés par de multiples acteurs extérieurs, tels que des organisations internationales (Banque mondiale, FMI) mais également des Etats non européens (Etats-Unis, Chine), et bien entendus des acteurs économiques (multinationales et leurs filiales). L'étude du rôle des acteurs internationaux dans la transformation de ces deux pays permet à la fois de dépasser les limites du cadre conceptuel de l'européanisation et d'approfondir les phénomènes de transferts internationaux[2]. La prise en compte de deux cas, dans une perspective comparée systématique, permet de souligner les similitudes et les différences d'influences extérieures, en précisant ainsi leurs contours. Notre objectif n'est pas de généraliser nos résultats à l'ensemble des pays de l'ex-URSS : nous souhaitons plutôt apporter des éclairages détaillés sur les actions concrètes des acteurs internationaux qui ont exercé une influence sur la modernisation postsoviétique en Moldavie et en Ukraine. L'idée est de rentrer dans les détails des processus de transferts internationaux, en dévoilant ses acteurs et mécanismes.

II) Expliquer l'effet des influences extérieures sur les changements nationaux

Une vaste littérature sur les changements de politiques publiques montre que les changements nationaux au sein d'un pays ne peuvent pas se dérouler indépendamment de ce qui se passe à

Stephen et al., «A European or a Slavic choice? Foreign policy and public attitudes in post-soviet Europe», *Europe-Asia Studies* 54, no. 2 (2002), 181-202., Wilson, Andrew, *op. cit*.

[1]Thévenin, Étienne, *L'enjeu ukrainien: ce que révèle la Révolution orange* (Tours: CLD, 2005). ; Dungaciu, Dan, *Moldova ante portas* (Bucuresti: Tritonic, 2005). Bunce, Valerie J. et Sharon L. Wolchik, *Defeating Authoritarian Leaders in Postcommunist Countries* (Cambridge: Cambridge University Press, 2011). ; Dawisha, Karen et Bruce Parrott, dir. *Democratic Changes and Authoritarian Reactions in Russia, Ukraine, Belarus and Moldova* Cambridge: Cambridge University Press, 1997).

[2] Sabine Saurugger et Yves Surel ont consacré en 2006 un dossier spécial de la Revue Internationale de Politique Comparée aux notions d'européanisation et de transfert institutionnel, avec l'ambition de confronter les deux termes utilisés de manière séparés : Saurugger, Sabine et Yves Surel, «L'européanisation comme processus de transfert de politique publique», *Revue Internationale de Politique Comparée* 13, no. 2 (2006), 179-211.

l'extérieur[1]. Face à ce constat, nombreux sont ceux qui s'attachent, depuis plusieurs années, à comprendre quelles sont les frontières de ce monde interdépendant et quelles sont les sources d'influences extérieures sur les changements nationaux. Le terrain des anciens pays soviétiques est peu étudié au sein de cette littérature, notamment pour des raisons pratiques de difficultés d'accès (situation géographique, barrière de la langue, faible institutionnalisation de la science politique locale, difficultés des chercheurs locaux à s'insérer et à être visibles dans les réseaux internationaux), alors même que son positionnement au croisement de multiples influences extérieures en fait un cas d'étude particulièrement intéressant.

De par son questionnement sur l'action des acteurs extérieurs sur la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, notre thèse s'inscrit au sein de cette littérature sur les transferts internationaux de politiques publiques. Pour avancer dans notre étude, nous proposons deux hypothèses principales pour rendre compte de la manière concrète dont les acteurs internationaux ont participé à la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie.

Hypothèse n°1 :

Notre première hypothèse est que les acteurs internationaux ont changé la manière dont l'Ukraine et la Moldavie construisent des hôpitaux. Pour valider cette hypothèse, il convient de montrer d'une part qu'il y a eu des changements dans ces deux pays dans la façon de construire les hôpitaux entre la période soviétique et la période contemporaine, et d'autre part que ces changements s'expliquent par l'action des acteurs internationaux.

Hypothèse n°2 :

La seconde hypothèse est que l'héritage soviétique que partagent l'Ukraine et la Moldavie a généré des points de blocage similaires dans les deux pays lors du processus d'adoption de

[1] Ceci constitue l'hypothèse principale des travaux sur les phénomènes de diffusion et de transferts internationaux, comme le mentionnent Simmons et al. dans Simmons, Beth A. et al., *The Global Diffusion of Markets and Democracy* (New York: Cambridge University Press, 2008). Voir en particulier : Delpeuch, Thierry, «L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art», *Questions de recherche*, no. 27 (2008). ; Gilardi, Fabrizio, «Policy interdependence: transfer, diffusion, convergence» dans Engeli, Isabelle and Christine Rothmayr, dir., *Comparative Policy Studies: Conceptual and Methodological Challenges* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013). ; Dolowitz, David P. et David Marsh, «Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making», *Governance* 13, no. 1 (2000), 5-23, Dumoulin, Laurence et Sabine Saurugger, «Les policy transfer studies : analyse critique et perspectives»,

solutions architecturales étrangères. Ainsi, nous supposons qu'à la suite de l'effondrement de l'URSS, il n'y a pas eu une « *tabula rasa* » du passé, mais une continuité de nombreuses caractéristiques de la construction des hôpitaux. Ce sont les éléments de cette continuité qui ont constitué un frein à l'introduction de l'expérience internationale. Pour valider cette hypothèse, il convient de montrer d'une part qu'il existe un héritage similaire important de la période soviétique dans ces deux pays, et d'autre part que cet héritage se retrouve parmi les points de blocage observés.

Les hypothèses de notre recherche sont approfondies dans le chapitre 2 de notre thèse, sur la base des approches théoriques et conceptuelles retenues. Elles sont ensuite vérifiées dans le cadre de l'analyse approfondie de plusieurs projets hospitaliers, réalisés avec le concours d'acteurs internationaux en Ukraine et en Moldavie.

Critique internationale 48, no. 3 (2010), 9-24. ; Graham, Erin R. et al., «The Diffusion of Policy Diffusion Research in Political Science», *British Journal of Political Science* FirstView(2012), 1-29.

Section II : Retour sur le choix de l'objet d'étude – la transformation des normes techniques de construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie

Cette seconde section revient sur la constitution de notre objet d'étude autour de l'évolution des normes techniques de construction d'hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie. A partir d'une réflexion conceptuelle et d'une position professionnelle, nous avons décidé d'étudier la construction des hôpitaux. Au fur et à mesure de notre progression dans notre enquête, nous avons recentré notre questionnement autour de la problématique des normes techniques et choisi trois cas d'étude concrets : l'HDF de Kiev, l'HCR de Chisinau et le réseau des Centres de santé moldave.

I) La construction des hôpitaux – une question d'intérêt public

Partout dans le monde, la construction des hôpitaux occupe une place importante sur l'agenda public. Que l'on soit responsable politique ou simple citoyen, on s'intéresse aux hôpitaux qui doivent être modernisés, à ceux que l'on prévoit de construire, à ceux qui pourront fermer au sein de son pays, de sa région, de sa commune. A chaque fois, ces questions sont fortement liées aux financements disponibles : de combien de ressources dispose-t-on ? Comment doivent-elles être distribuées ? D'où proviennent-elles et quels hôpitaux doivent-elles financer en priorité ? A titre d'exemple, dans le contexte de la crise économique de la fin des années 2000, l'Etat français a décidé de geler ses dépenses en matière de construction hospitalière[1]. Rappelons que l'investissement pour un projet de construction hospitalière peut dépasser les 300 millions d'euros dans un pays comme la France[2] ce qui rend le rôle des pouvoirs publics fondamental dans ce domaine. Dans un autre pays européen, en Roumanie, les pouvoirs publics ont décidé au contraire d'investir massivement dans la construction de 32 hôpitaux. Une vaste opération de modernisation pour un coût financier de 2,7 milliards d'euros a été

[1] Entretien dans Les Echos, «Frédéric Valletoux : La plupart des projets d'investissement seront reportés sine die», (2011) En ligne. http://archives.lesechos.fr/archives/2011/lesechos.fr/12/04/0201777434464.htm, consulté le 20 novembre 2012.

[2] C'est le coût par exemple de la construction du Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye sur le nouveau site de Chambourcy, un projet d'environ 800 lits. Voir http://www.chi-poissy-st-germain.fr, consulté le 7 novembre 2012.

lancée vers la fin des années 2000[1]. Si on déplace le regard vers les pays d'Afrique, la construction des hôpitaux constitue également un enjeu économique et politique majeur. Un projet initialement prévu pour la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire a été par la suite étendu à plusieurs villes, afin de subvenir aux besoins en matière de santé d'une plus large partie de la population[2]. Dans ce cas, l'investissement est porté par des associations caritatives, mais l'Etat n'en demeure pas moins associé à la fois pour la décentralisation de l'offre de soins et pour la délivrance d'autorisations nécessaires à la construction de l'établissement.

L'intérêt des responsables politiques, des dirigeants d'entreprises et des citoyens d'Ukraine pour la construction de l'Hôpital du Futur de Kiev, mentionné au début de cette introduction, peut s'expliquer par l'importance que l'on accorde généralement à l'institution hospitalière au sein d'un Etat. Mais il est également lié au fait que la modernisation des hôpitaux est devenu un véritable problème public au sein des anciens pays soviétiques.

A la suite de l'effondrement de l'Union soviétique, le système de santé centralisé, appelé Semashko (du nom du premier Commissaire au Plan de l'URSS), a été démantelé pour laisser place à des systèmes nationaux dans chaque république. Dans le secteur hospitalier, des pays comme l'Ukraine et la Moldavie, ont hérité d'une offre hospitalière supérieure aux besoins nationaux en matière de santé. Très rapidement, dans le contexte d'un nouvel ordre politique, économique et social, s'est posée la question de la reconfiguration du système de santé. Dans la plupart des anciens pays soviétiques, l'hôpital semble avoir été mis de côté durant les premières années de l'indépendance au profit d'autres éléments du système de santé[3]. Néanmoins, les besoins en matière de santé de la population des anciens pays soviétiques n'ont cessé de croitre face à un parc hospitalier de moins en moins équipé pour y répondre.

L'état déplorable des bâtiments hérités de la période soviétique a commencé à être souligné à partir des années 2000, car il ne permettait plus de maintenir à jour l'offre de soins, obligeant ainsi certains malades à migrer vers les institutions médicales des pays voisins. Cette

---

[1] http://www.roumanie.com/Sante-soins-hopital-construction-32-nouveaux-hopitaux-en-Roumanie-A2793.html, consulté le 7 novembre 2012.

[2] Les villes concernées sont Abidjan (sud), Yamoussoukro (centre), San-Pédro (sud-ouest), Korhogo (nord) et Man (ouest). Le projet s'élève à environ 2,5 milliards de francs CFA. Voir http://ladiplomatiquedabidjan.com/index.php/societe/item/117-construction-d-hopitaux-drogba-obtient-le-premier-terrain-2-5-milliards-d-investissements-prevus, 26 septembre 2012, consulté le 7 novembre 2012.

[3] A titre d'exemple, en Moldavie, ce sont les mécanismes d'assurance maladie qui accaparent l'attention durant la première décennie suivant l'indépendance. En Ukraine, on ne note pas d'action significative dans le domaine hospitalier avant les années 2000.

situation, de plus en plus critiquée par certains médias dans les années 2000, soulignait un décalage entre d'une part, l'infrastructure hospitalière héritée de la période soviétique devenue obsolète, avec des bâtiments dégradés et d'autre part, les nouveaux besoins en termes de diagnostic et de traitement des maladies dans un contexte d'évolution de la science et des technologies médicales.

Vers les années 2000, la question de la modernisation du parc hospitalier devient plus saillante, à la fois en Ukraine et en Moldavie. Plusieurs rapports soulignent alors l'écart entre l'offre de soins nationale et les progrès réalisés dans les sciences de la médecine au niveau mondial[1]. La construction de l'Hôpital du Futur en Ukraine et celle des Centres de santé et de l'Hôpital Clinique Républicain en Moldavie, font écho à cette problématique. Dans le cas ukrainien, l'opération s'inscrit dans la nécessité de traiter des maladies du cancer complexes qui ne peuvent l'être dans les institutions médicales existantes. Dans le cas moldave, il s'agit de moderniser des institutions médicales de type primaire et de restructurer le principal hôpital du pays, afin d'améliorer les conditions de prise en charge des malades.

II) Du discours politique aux professionnels de la construction des hôpitaux

En nous éloignant du discours des responsables politiques et en observant l'activité des acteurs « de terrain »[2] impliqués dans la modernisation des hôpitaux, nous avons constaté la présence de différents acteurs internationaux. Il s'agit d'organisations internationales (telles que la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé, l'Union européenne), d'entreprises étrangères (d'architecture, d'ingénierie, de programmation médicale) ou encore de consultants privés du développement hospitalier. Nous nous sommes intéressée de plus près à l'activité de ces acteurs internationaux au sein des projets hospitaliers moldaves et ukrainiens afin de saisir la manière dont allaient être intégrés les standards internationaux :

---

[1] Des rapports de l'Organisation mondiale de la santé mentionnent l'état déplorable du système hospitalier en Ukraine et en Moldavie : voir MacLehose, Laura, *Health care systems in transition: Republic of Moldova* (Copenhagen: European Observatory on HealthCare Systems, 2002). ; Atun, Rifat et al., *Moldova: health system review* (dans *Health Systems in Transition*, ed. The European Observatory on Health Systems and Policies: Euro WHO, 2008). ; Lekhan, Valeria et al., *Health care systems in transition: Ukraine* (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004).

[2] Nous appelons ici des acteurs « de terrain » les professionnels de la construction des hôpitaux, directement impliqués dans cette activité, afin de les différencier des acteurs politiques et institutionnels (décideurs et administrations).

que voulait dire précisément l'annonce de construire un hôpital selon les standards internationaux ? Sur quoi portaient ces standards et comment allaient-ils être transférés par les acteurs internationaux ? Notre question de recherche a été ainsi précisée sur la base de ces observations initiales, avec l'objectif d'étudier de manière approfondie la mise en place de l'expérience internationale dans la modernisation des hôpitaux ukrainiens et moldaves.

Du fait de notre collaboration au sein du cabinet d'architectes français Groupe-6, nous avons été une observatrice privilégiée de la conception architecturale de l'Hôpital du Futur de Kiev. Tout en étant impliquée dans son développement à l'international[1], nous avons pu suivre les débuts de la participation de Groupe-6 à la réalisation du projet de l'HDF aux côtés de l'entreprise britannique BDP[2]. Nous avons alors décidé en cours de thèse de poursuivre l'analyse des actions de ces acteurs économiques étrangers au sein de la modernisation des hôpitaux des anciens pays soviétiques en signant une convention CIFRE entre le laboratoire PACTE, l'Institut d'études politiques de Grenoble et l'entreprise Groupe-6. Par la suite, nous avons été associée à l'ensemble des actions des professionnels de cette société au sein du projet en Ukraine[3].

Une fois sélectionné le projet en Ukraine, nous avons recherché un projet de modernisation similaire en Moldavie. Nous avons choisi d'étudier l'HCR de Chisinau étant donné qu'il s'agit de l'opération de modernisation la plus importante dans le pays depuis 1991. Ce projet était comparable à l'HDF en Ukraine, du fait de ses caractéristiques (institution publique de type tertiaire avec un nombre de lits important) et de l'implication d'entreprises étrangères dans sa modernisation. Lors de l'enquête de terrain effectuée ultérieurement dans le cadre de la thèse, nous avons rajouté un troisième projet à l'analyse – le cas des Centres de santé – en raison de la participation de la Banque mondiale. Ce dernier permettait d'étudier le rôle d'une organisation internationale dans la modernisation des hôpitaux.

---

[1] Durant les deux premières années de notre thèse, étant donné que nous ne bénéficions pas de financement, nous exercions en tant que coordinatrice des projets internationaux au sein de Groupe-6.

[2] En juin 2007, les entreprises BDP et Groupe-6 se sont associées sous la forme du consortium bdpgroupe6 pour répondre à l'appel d'offre de l'Hôpital du Futur à Kiev, en Ukraine.

[3] L'entreprise Groupe-6 via le groupement d'intérêt économique bdpgroupe6 était impliquée également dans la conception architecturale d'un hôpital en Géorgie. Au début de notre recherche, nous avions également choisi d'étudier ce pays, aux côtés de l'Ukraine et de la Moldavie. Nous avons dû cependant l'écarter à la suite de l'accentuation du conflit en Ossétie du Sud, rendant problématique notre accès sur place.

Nous nous sommes donc interrogée sur la manière dont l'expérience des acteurs étrangers a été mise en œuvre au sein de ces pays, ainsi que sur les points de résistance rencontrés. A ce stade de notre recherche, nous avons supposé qu'au-delà de leurs activités économiques, les acteurs internationaux ont également produit, consciemment ou inconsciemment, des « ruptures » par rapport aux héritages de la période soviétique. A partir des observations des échanges entre les acteurs nationaux et internationaux dans le processus de modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, nous nous sommes donnée comme objectif d'étudier de manière approfondie le contenu de leurs interactions afin de déterminer les mécanismes de ce changement, ainsi que les caractéristiques de son déroulement.

III) Des professionnels de la modernisation des hôpitaux aux normes techniques de la construction hospitalière

Si la construction d'un hôpital peut être analysée de plusieurs points de vue, nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement aux actions des professionnels impliqués dans les projets de modernisation hospitalière en Ukraine et en Moldavie entre 1991 et 2011[1]. La raison de ce choix est initialement inductive. Suite aux premières périodes d'observation participante menée au sein de Groupe-6, nous avons souhaité nous concentrer sur l'influence des acteurs internationaux sur les pratiques des acteurs nationaux. L'intérêt pour les professionnels de la construction des hôpitaux est donc lié aux premiers matériaux empiriques collectés – la réalisation de projets hospitaliers en Ukraine et en Moldavie avec le concours des entreprises internationales d'architecture. En constatant des échanges multiples autour de la modernisation des hôpitaux dans ces pays, nous nous sommes intéressée plus concrètement aux activités des acteurs impliqués afin de saisir les transformations à l'œuvre à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. Notre entrée est donc celle d'une analyse par les acteurs : les professionnels de ce domaine ont-ils changé leur façon de construire des hôpitaux après 1991 ? Si oui, qu'est-ce qui a changé et comment ce changement s'est mis en place ? Ces questions nous ont permis d'engager l'étude du rôle des professionnels de la construction des hôpitaux et plus généralement des caractéristiques de ce processus.

[1] L'intérêt pour cet aspect est principalement lié à l'observation participante menée au sein du cabinet d'architecture Groupe-6.

La conception architecturale d'un hôpital est réalisée en lien avec l'offre de soins, puisque la disposition des équipements médicaux dans un département médical influence les circuits de patients et de médecins et donc sa manière de fonctionner. Mais le fonctionnement de l'institution médicale dépend également des pratiques habituelles des professionnels et des usagers de chaque pays. En Allemagne, les salles d'opération pourront fonctionner tout au long de la journée, en alternant les équipes médicales, alors qu'en Moldavie, les chirurgiens préféreront opérer seulement durant la première moitié de la journée. En Ukraine, le père ne pourra pas assister à une césarienne pour la venue au monde de l'enfant, alors qu'il aurait cette possibilité en France. Par conséquent, la disposition et la configuration du département opératoire d'un hôpital ou de la salle d'accouchement d'une maternité n'aura pas nécessairement les mêmes caractéristiques d'un pays à l'autre. Ces différences s'appuient sur de nombreux facteurs d'ordre national, faisant de la construction d'un hôpital un processus comportant des caractéristiques spécifiques à chaque pays.

La construction des hôpitaux est un domaine règlementé par de nombreuses normes techniques, dont l'application est obligatoire sous peine de sanctions et dont les pouvoirs publics vérifient la conformité. Les aspects techniques et règlementaires sont donc une constante du travail des architectes et ingénieurs en charge de la modernisation d'un bâtiment hospitalier. Ce point nous semble particulièrement important à prendre en compte car l'utilisation dans le temps de normes techniques encadre et structure fortement la manière de construire un hôpital. En plus de sa formation initiale et de sa propre vision architecturale de ce que sera le futur bâtiment, un architecte hospitalier doit avoir une bonne connaissance des normes techniques auxquelles il doit se conformer. Qu'il s'agisse de professionnels du bâtiment en Ukraine, en Moldavie, en France ou au Royaume-Uni, ces architectes ont tous intégré à un moment ou un autre dans leur travail des normes techniques, parce qu'elles sont indispensables à l'exercice de leur métier.

Les normes techniques de construction d'hôpitaux représentent un véritable instrument de l'Etat à travers lequel il encadre ce domaine d'activité, en s'assurant du respect des conditions de sécurité, d'hygiène, ou d'accessibilité des bâtiments. Cet encadrement est visible d'une part, à travers l'élaboration des normes techniques par des organismes étatiques ou privés de normalisation (création de l'instrument) et d'autre part, à travers la mise en place d'organismes de contrôle du respect et de la conformité de ces normes (application de l'instrument). Les acteurs exerçant dans ce domaine doivent, obligatoirement, se conformer à

des normes techniques afin de ne pas mettre en danger la vie des utilisateurs du futur bâtiment (risques sécurité incendie, problèmes d'accessibilité ou de conditions sanitaires etc.). Mais les caractéristiques de ces exigences techniques peuvent varier d'un pays à l'autre. Autrement dit, chaque Etat a développé ses propres règlementations en matière de construction des hôpitaux[1]. Dans ce contexte, les architectes français, anglais, ukrainiens ou moldaves ont un savoir-faire basé sur les normes techniques de construction d'hôpitaux de leur pays respectif. Nous nous sommes alors interrogée sur le transfert de normes lors de leurs activités en Ukraine et en Moldavie. En prenant le cas de la modernisation des hôpitaux, nous avons émis l'idée d'un transfert de normes de construction d'hôpitaux depuis l'étranger au sein de ces anciens pays soviétiques.

Lors des recherches initiales, portant plus particulièrement sur la réalisation du projet de l'Hôpital du Futur à Kiev, nous avons assisté à des débats entre les professionnels de la construction des hôpitaux de divers pays. En étudiant les échanges entre les acteurs nationaux et internationaux au sein de ce projet, nous avons identifié de nombreux avis divergents au sujet de la manière de construire l'institution médicale. Or, ces différences étaient souvent liées aux normes techniques de construction des bâtiments. Ces normes étaient omniprésentes dans les argumentaires. Bien qu'ils ne nommaient pas directement la norme technique et encore moins le texte règlementaire à laquelle elle se référait, les architectes mentionnaient souvent le fait que « c'est comme cela que l'on fait chez nous », « c'est la norme dans notre pays » ou encore « une autre façon de faire ne sera pas acceptée par nos administrations de contrôle »[2]. Ces premières observations nous ont mis sur la piste des règlementations techniques structurant l'activité des professionnels de la construction des hôpitaux, expliquant l'existence, d'un pays à l'autre, des différentes façons de construire les hôpitaux.

A la suite de ces observations initiales, nous avons donc décidé de centrer notre sujet sur la transformation des normes techniques de construction d'hôpitaux en Ukraine et en Moldavie à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique.

[1] La finalité des normes techniques est similaire dans les différents pays : assurer des conditions de sécurité des établissements de santé. Néanmoins, tant les paramètres techniques que leur mise en œuvre peuvent comporter des différences d'un pays à l'autre.

[2] Phrases issues de l'observation participante que nous avons menée au début de notre thèse sur le projet de l'Hôpital du Futur à Kiev, en Ukraine.

IV) Les projets hospitaliers retenus

Les éléments collectés durant notre terrain de recherche permettent de vérifier nos hypothèses sur la base de plusieurs projets de modernisation hospitalière. Ces projets ont été choisis en fonction des acteurs internationaux y participant. En Ukraine, un projet constitue le cas d'étude principal de notre travail. Il s'agit de l'Hôpital du Futur (HDF) de Kiev, réalisé avec le concours d'entreprises d'architecture étrangères. En Moldavie, deux projets ont été retenus. Premièrement, la restructuration de l'Hôpital Clinique Républicain (HCR) de Chisinau, réalisée par un cabinet d'ingénierie extérieur, nous permet d'étudier le rôle des acteurs privés dans le transfert d'expérience internationale, tout en effectuant une comparaison avec le cas ukrainien. Deuxièmement, la construction de Centres de santé (CS) en milieu rural a également été retenue. Bien qu'ils ne constituent pas des établissements hospitaliers, mais des institutions médicales de type primaire, ces centres ont vu la participation de la Banque mondiale à leur restructuration, ce qui nous permet d'étudier le rôle d'une organisation internationale[1]. Nous ne disposons pas d'informations sur l'existence d'un projet de construction hospitalière réalisée avec le concours d'une organisation internationale en Ukraine. Par conséquent, notre comparaison porte sur deux aspects. D'une part, nous approfondissons le rôle des entreprises étrangères en Ukraine et en Moldavie, à travers les projets de l'HDF de Kiev et de l'HCR de Chisinau. D'autre part, nous mettons en perspective le rôle des acteurs privés avec celui des organisations internationales, à travers l'exemple de l'HDF en Ukraine et des Centres de santé en Moldavie. Il s'agit de déterminer si les caractéristiques du transfert sont similaires en fonction de ces différents types d'acteurs internationaux.

A) L'HDF de Kiev, en Ukraine

En Ukraine, l'action en faveur du développement hospitalier est liée à des mesures politiques. La Fondation Ukraine 3000, anciennement dirigée par le président Viktor Iouchtchenko et désormais par son épouse, Kateryna Iouchtchenko, s'est engagée dans la modernisation du secteur hospitalier. En visitant de nombreuses institutions médicales, Kateryna Iouchtchenko a été sensibilisée aux conditions déplorables des établissements de santé en Ukraine, ainsi

[1] Le projet de l'HCR de Chisinau a également été réalisé avec le soutien financier de la Banque mondiale, mais il est, à l'heure où nous écrivons ces lignes, à ses débuts.

qu'à l'absence de soins complexes pour les maladies graves, comme le cancer chez la mère et l'enfant. C'est dans ce contexte que l'épouse du président a eu l'idée de réaliser l'Hôpital du Futur à Kiev.

Les membres du Comité de Direction de la Fondation Ukraine 3000 ont fait part de leur projet au président, avant que ce dernier ne lance une action auprès du ministère de la Santé. Alarmé par le niveau élevé des taux de mortalité, le ministère s'est chargé de faire du traitement du cancer chez la mère et l'enfant une des priorités de santé publique en Ukraine. Sur cette base, le ministère a pu examiner plusieurs projets de restructuration et de modernisation des hôpitaux existants, en vue d'intégrer des soins de diagnostic et de traitement complexes. Parallèlement, un projet de construction nouvelle a été discuté, selon l'idée proposée par la Fondation Ukraine 3000 : il s'agissait de la réalisation de l'Hôpital du Futur à Kiev. C'est finalement ce dernier qui a été retenu[1], avec sur le papier, une offre de soins, des équipements et des technologies médicales de pointe. Ces éléments constituent le point de départ de notre thèse.

La réalisation de l'Hôpital du Futur de Kiev a été soutenue par des mesures politiques, comme la Décision du Cabinet No.722 du 25 mai 2006 entérinant la mise en place du projet. On retrouve aussi l'allocation de ressources publiques matérielles, ou encore de ressources financières publiques liées à l'engagement de l'Etat. En plus des ressources publiques prévues par l'Etat, le projet a été financé par les citoyens de l'Ukraine, à travers une vaste opération de collecte de fonds. Nous analysons, dans le cadre de cette thèse, comment ces éléments constituent un soutien politique apporté au projet de modernisation.

Dès le départ, les membres de la Fondation Ukraine 3000 et le président lui-même ont annoncé qu'ils souhaitaient intégrer l'expérience internationale, afin de s'aligner sur les standards d'excellence des pays occidentaux. L'Ukraine n'ayant lancé aucune opération de modernisation hospitalière majeure après 1991, l'Hôpital du Futur de Kiev constitue un projet exceptionnel, qui ambitionne dès son origine d'attirer l'expérience internationale de développement hospitalier.

L'HDF a été réalisé par des spécialistes étrangers. Groupe-6, cabinet d'architecture français, a été une des entreprises étrangères participant à cette opération. En tant que doctorante

[1] Selon Andryi Mirochnichenko, membre de la Fondation de l'HDF de Kiev et conseiller auprès de Kateryna Iouchtchenko, les discussions ont conclu que la modernisation d'un bâtiment hospitalier existant serait plus

associée aux activités de l'entreprise, nous avons suivi la réalisation de la conception architecturale du projet, aux côtés des architectes étrangers. Au-delà de l'accès à un terrain empirique particulièrement enrichissant, le projet de l'HDF constitue la seule opération d'envergure réalisée en Ukraine avec la participation d'acteurs internationaux. L'intérêt de ce cas d'étude est lié à la fois à sa réalisation par des acteurs économiques étrangers et au soutien dont il a pu bénéficier de la part du président de la République[1].

B) Les projets des Centres de santé et de l'HCR de Chisinau, en Moldavie

En Moldavie, on observe un souhait similaire de modernisation hospitalière et d'intégration des standards internationaux. Mais la modernisation des hôpitaux est lancée dans le cadre d'un vaste projet de réforme financé par la Banque mondiale et non pas à la suite d'une initiative « individuelle » de hauts responsables politiques comme en Ukraine. Plus concrètement, la Banque mondiale a accordé au gouvernement moldave un crédit de 17 millions de dollars USD pour le financement du projet « Services de santé et assistance sociale » (SSAS), et ce conformément à l'Accord de Financement du 26 juin 2007[2]. Cette action visait à soutenir le programme du gouvernement moldave d'amélioration de l'accès aux services de santé et à l'assistance sociale. Le projet devait être mis en œuvre conjointement par le ministère de la Santé et par le ministère de la protection sociale et de la famille, durant la période 2007-2011.

Une première action du ministère de la Santé a concerné la modernisation de l'assistance primaire[3]. Comme mentionné, bien que le sujet de recherche soit centré sur la modernisation du secteur hospitalier, un des projets du secteur d'assistance primaire a été retenu parmi les cas d'étude. Il s'agit du projet des Centres de santé. Il permet d'exemplifier le transfert de normes d'une organisation internationale vers un pays. De plus, les projets hospitaliers réalisés jusqu'à présent en Moldavie ne sont qu'au stade initial de leur modernisation, alors que le cas des Centres de santé a été déjà finalisé.

---

couteuse et plus compliquée que la construction d'un hôpital nouveau. La construction de l'HDF, proposée par la Fondation Ukraine 3000, semblait être la solution la plus efficiente, parmi les projets de modernisation discutés.

[1] Le facteur « soutien politique » dans le cadre de l'hôpital de Kiev est détaillé au sein du chapitre 5.

[2] Voir des informations détaillées dans le Rapport de la Cour des Comptes de Moldavie au sujet de l'audit du projet « Services de santé et assistance sociale », document original : Curtea de Conturi a Republicii Moldova, «Raportul auditului operational al Proiectului « Servicii de Sanatate si Asistenta Sociala » pentru perioada iunie 2007-2010», (2011) En ligne. http://www.ccrm.md/public/files/file/hotariri/2011/H7_rap.pdf (page consultée le 30 mars 2011).

[3] Le ministère a reçu 5,9 millions de dollars USD de la part de l'organisation internationale pour cette action.

Le deuxième point du programme financé par la Banque mondiale a porté sur la modernisation des hôpitaux[1]. C'est au sein de cette configuration institutionnelle qu'a été lancé le projet de restructuration de l'Hôpital Clinique Républicain, pour lequel ont été alloués environ 3 millions de dollars USD, soit 82% de la somme totale allouée à la modernisation des hôpitaux. Ce projet est également retenu comme cas d'étude. Il permet d'étudier essentiellement une étape de la modernisation – le lancement de la compétition architecturale. L'HCR est l'institution médicale de type tertiaire (une offre de diagnostic et de traitement des maladies complexes) la plus importante de Moldavie, de par sa taille, son nombre de lits et de par la complexité des interventions chirurgicales proposées. Construit dans les années 1980, l'hôpital a été choisi dans les années 2000 pour intégrer de nouveaux équipements et de nouvelles technologies médicales. Ces changements ont nécessité des aménagements d'architecture et d'ingénierie du bâtiment existant, ainsi que la construction d'une extension nouvelle.

Notre thèse aborde les contraintes techniques imposées par la Banque mondiale dans le cadre des financements accordés. Il s'agit par exemple de l'organisation d'appels d'offres internationaux selon les critères de l'organisation, afin d'éviter un éventuel détournement de ses fonds par les acteurs locaux. Ces aspects soulèvent dans une certaine mesure la question de la souveraineté, dans le cas où les changements nationaux sont effectués sous la contrainte d'une organisation internationale.

Par conséquent, les projets choisis permettent d'étudier le rôle d'acteurs internationaux tels que les entreprises étrangères de construction ou les organisations internationales. Si en Ukraine, l'HDF dévoile le rôle des architectes étrangers, le projet des Centres de santé présente l'influence d'une organisation internationale. Par ailleurs, l'HCR de Moldavie offrira quelques éléments complémentaires permettant d'approfondir l'analyse de la participation des entreprises étrangères par rapport à l'HDF en Ukraine.

[1] Cette composante a reçu plus précisément le financement de 3,7 millions de dollars USD.

V) Annonce de plan

Cette thèse est organisée autour de deux parties principales. La première partie introduit le cadre théorique et méthodologique (chapitres 1, 2 et 3). Nous y précisons la définition du concept de norme que nous proposons d'adopter, la combinaison des approches de l'institutionnalisme sociologique et historique pour l'étude du changement des normes de construction d'hôpitaux, ainsi que la méthodologie de recherche. C'est dans cette première partie que sera également introduit notre schéma d'analyse. L'objectif de cette partie est d'expliquer quels sont les fondements théoriques qui ont structuré la recherche sur la transformation des normes techniques de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie.

La deuxième partie est structurée en quatre chapitres (chapitres 4, 5, 6 et 7). Elle représente le corps de la thèse et s'appuie sur l'analyse approfondie du terrain de recherche. Le chapitre 4 présente l'évolution des normes techniques de la construction des hôpitaux à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique en Ukraine et en Moldavie. Nous verrons notamment quelles ont été les caractéristiques de cet instrument d'action publique durant l'URSS, avant d'étudier s'il y a eu ou non des modifications par les pouvoirs publics à la suite des indépendances. Ce chapitre présentera ainsi les éléments de l'héritage de la période soviétique au sein des deux pays. Le chapitre 5 aborde les raisons de l'appel à une compétence internationale en matière de construction hospitalière. Il s'agit ici de comprendre pourquoi les décideurs politiques ukrainiens et moldaves ont cherché à s'inspirer de l'extérieur et si ce choix a été influencé par des facteurs nationaux ou internationaux. Le chapitre 6 rentre dans les coulisses du transfert des normes techniques par les acteurs étrangers. Nous verrons quelles sont les conditions nationales qui ont favorisées ou, au contraire, réduit la marge de manœuvre des acteurs étrangers (acteurs économiques et organisations internationales). Finalement, le chapitre 7 aborde la réception des normes techniques de l'étranger par les administrations publiques nationales. Il présente les actions des acteurs nationaux en vue d'introduire des normes de l'étranger, en optant ainsi pour le changement des normes techniques nationales.

Partie 1 : Fondements théoriques : hypothèses et méthode

Chapitre I. Les normes et la construction des hôpitaux

Notre comportement, que ce soit dans le milieu familial ou dans le milieu professionnel, est régi par des codes de conduites, des habitudes, des représentations, des façons de faire qu'on aura intégrés au fur et à mesure de notre évolution dans la société. Le comportement dans telle ou telle situation reflète ainsi l'expression de normes sociales qui peuvent différer d'un pays à un autre. Faire la bise pour saluer est courant en France, alors que cela ne l'est pas en Ukraine ou en Moldavie. Plus spécifiques et souvent sous une forme écrite, les règles et procédures à appliquer dans nos activités professionnelles représentent des normes techniques. Elles encadrent les activités que l'on réalise, en définissant les objectifs à atteindre ainsi que la manière dont ces objectifs doivent être atteints.

Nous produisons tous des choses. Mais la façon de produire peut être différente d'un pays à l'autre. Il en va ainsi de la construction des hôpitaux, dont les caractéristiques et les modes de conception ne sont pas forcément les mêmes partout. Les architectes et les ingénieurs savent que si les grandes lignes de leur activité sont les mêmes, quel que soit le pays, de nombreuses différences ressortent des contraintes techniques de la construction des bâtiments, ainsi que des traditions et des coutumes nationales.

La construction des hôpitaux est un domaine d'activité régi par de nombreuses normes techniques (sismiques, d'hygiène, de sécurité incendie) qui font l'objet d'une règlementation étatique[1]. Dans le cadre de cette thèse, nous qualifierons ces normes de « normes formelles ». L'utilisation de normes techniques par les professionnels de la construction crée par ailleurs des manières de faire, des représentations et des habitudes de travail. Le changement de ces pratiques « routinières » peut être parfois difficile, même si la norme technique formelle n'est

[1] L'intervention étatique au sein de ce domaine est liée à des questions de santé et de sécurité des citoyens. Il semble ainsi évident qu'un établissement de santé, en tant que bâtiment recevant du public corresponde à des exigences techniques en termes de sécurité incendie, d'accessibilité, d'évacuation de déchets etc. Les architectes et les ingénieurs en charge de la réalisation d'un bâtiment hospitalier doivent respecter les nombreuses règlementations de la construction d'un hôpital, afin de pouvoir obtenir les autorisations de la part des administrations publiques. Par conséquent, la construction des hôpitaux est un processus fortement règlementé par l'Etat.

plus. Sans être inscrites dans des textes officiels, ces normes que nous qualifierons de « normes informelles » font partie du savoir-faire des acteurs. Ce sont celles qui feront l'objet de notre analyse.

La distinction entre les normes techniques formelles et informelles est au cœur de notre thèse. Elle permet de différencier les normes inscrites dans les textes officiels, émis par les organismes de normalisation (étatiques ou privés) et celles issues de l'usage, de la pratique et du savoir-faire des professionnels. Cette distinction s'avère particulièrement utile pour expliquer comment les professionnels de la construction ukrainiens et moldaves ont « emprunté » des normes techniques à partir de l'expérience et du savoir-faire de leurs homologues étrangers lors de la modernisation des hôpitaux de leurs pays.

Ce premier chapitre est consacré aux normes techniques de la construction des hôpitaux, qui sont au cœur du changement institutionnel analysé dans le cadre de cette thèse. Dans une première section, nous introduisons les caractéristiques de la construction d'un hôpital en tant que processus, en présentant ses étapes et ses acteurs. La deuxième section présente le concept de norme technique, en marquant un arrêt sur la distinction entre norme formelle et informelle. Cette section permet d'identifier les règlementations techniques ainsi que les façons de faire, pratiques et habitudes de travail qui structurent et encadrent l'activité des professionnels du bâtiment. Elle présente également une analyse des normes en tant qu'instrument d'action publique, en s'intéressant à leur utilisation et à leur transformation par les acteurs.

Section I : Une étude sur l'hôpital et sa construction en tant que bâtiment

Si les travaux sur l'hôpital étudient divers aspects de son fonctionnement une fois qu'il est constitué en tant que maillon essentiel du système de santé, notre étude sur la construction de l'établissement hospitalier se situe en amont. Nous analysons le processus par lequel de nombreux acteurs économiques, sociaux et politiques, réalisent la construction d'une institution médicale. Afin de comprendre les échanges entre les acteurs nationaux et internationaux s'agissant de la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, nous présentons les spécificités du processus de construction hospitalière. Nous énonçons dans un premier temps le rôle de l'hôpital au sein du système de santé et l'intérêt pour sa construction en tant que bâtiment. Nous abordons ensuite les caractéristiques de cette activité : les étapes et les acteurs.

I) Le rôle de l'hôpital dans nos sociétés contemporaines

De l'« hébergement des malades »[1] d'autrefois, l'hôpital[2] est devenu une « machine à guérir »[3] destinée à répondre à une demande de soins de plus en plus croissante. Sa mission première est de répondre aux besoins en matière de santé de la population. Son rôle de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies est considéré comme partie intégrante du service public de la plupart des pays[4]. Les tendances actuelles du développement hospitalier sont liées à la réduction significative du nombre de lits, à l'augmentation des admissions à l'hôpital, à la diminution du temps de séjour, ainsi qu'à l'augmentation des taux

---

[1] Expression empruntée à Maurice Le Mandat, dans Le Mandat, Maurice, *Prévoir l'espace hospitalier* (Paris: Berger-Levrault, 1989)., p. 156.

[2] Du point de vue étymologique, l'hôpital est « un substantif venant du latin *hospitalis*, maison d'hospitalité, hôtel, hébergement », voir Clément, Jean-Marie, «Hôpital, une rupture conceptuelle» dans Centre aquitain de recherche sur les problèmes de santé, dir., *L'hôpital en souffrance? Gestion, économie, droit, sociologie* (Talence: Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1993), 9-29. Les deux mots à l'origine de ce terme sont « hospitalité » et « hospitalisation ». Si le premier « privilégie les soins de l'âme », le deuxième « se concentre sur la santé du corps et parfois celle de l'esprit », Fermand, Catherine, *Les hôpitaux et les cliniques* (Paris: Le Moniteur, 1999)., p.15.

[3] Notion utilisée par le médecin physicien Jacques René Tenon en 1784 dans ses Mémoires sur les hôpitaux, reprise par Catherine Fermand dans Fermand, Catherine, *op. cit*., p. 16.

[4] Le Mandat, Maurice, *op. cit*., p. 156.

d'occupation des lits[1]. En même temps, à l'heure où certains se posent la question du remplacement de l'hôpital – lieu de concentration des moyens – par un hôpital virtuel[2], il est rappelé que certains pays manquent encore d'équipements hospitaliers performants[3]. A ce titre, les hôpitaux occidentaux diffèrent de ceux des pays en développement ou bien de nombre de ceux des anciens pays soviétiques. Toutefois, nous ne pouvons pas analyser les changements hospitaliers dans les anciens pays soviétiques sans rendre compte des évolutions qu'a connues l'institution hospitalière dans le temps et à travers le monde. Il nous semble important de comprendre quelle est la place qu'occupe l'hôpital dans les sociétés contemporaines avancées avant de présenter la construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et Moldavie. Dans ce contexte, nous répertorions ici les tendances de développement hospitalier actuelles identifiées au sein de la littérature, principalement francophone et anglophone, sur les hôpitaux.

Aujourd'hui l'hôpital est le lieu incontournable de diagnostic et de traitement des maladies, mais cela n'a pas toujours été le cas. Une brève incursion historique, nous rappelle que la plupart des soins incombaient autrefois « aux familles élargies et aux collectivités locales »[4]. Si Les premiers hôpitaux dans le monde sont apparus dans l'Empire byzantin aux Ve et VIe siècles, et si les monastères ont été en Europe des lieux de charité pour les pauvres et les malades, il faut attendre la révolution industrielle pour voir se développer véritablement l'institution hospitalière. Il faut toutefois souligner que seulement suite aux avancées en matière de traitement des maladies infectieuses réalisées à la fin du XIXe siècle que l'hôpital a pu commencer à occuper une place centrale dans les systèmes de santé. Le progrès acquis en termes de chirurgie, diagnostic, traitement des maladies incurables et des produits pharmaceutiques font aujourd'hui de l'hôpital d'un pays industrialisé un établissement qui « n'a plus grand-chose à voir avec ce que faisait un hôpital un siècle auparavant »[5].

---

[1] Healy, Judith et Martin McKee, «The evolution of hospital systems» dans Mckee, Martin and Judith Healy, dir., *Hospitals in a changing Europe* (Buckingham - Philadelphia: Open University Press, 2002), 14-35., p. 14. Voir en particulier le chapitre 2, pp. 14-18 pour un point historique sur le développement des hôpitaux.

[2] L'hôpital virtuel examinerait et traiterait « les malades dans des centres de soin ambulatoires, en faisant éventuellement appel à des compétences spécialisées physiquement éloignées », Mckee, Martin et Judith Healy, dir. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press, 2002). p. 182.

[3] C'est le cas de la Russie par exemple, qui dans certains endroits de la Sibérie ne propose que des dispositifs très réduits, *ibid.* , p. 178.

[4] McKee, Martin et Judith Healy, «Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation», *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* Recueil d'articles, no. 3 (2000), 176-83., p. 176.

[5] *Ibid.*

L'hôpital contemporain est un « lieu privilégié des nouvelles techniques, de la recherche et de l'enseignement »[1]. Le développement des sciences médicales, des techniques d'observation et d'expérimentation, ainsi que des technologies et d'équipements médicaux ont converti au fil du temps l'hôpital « en un lieu de production et de transmission du savoir médical »[2]. En France, c'est depuis 1958 que l'hôpital a une « vocation d'enseignement et de recherche, faisant des centres hospitaliers régionaux des structures de plus en plus techniques »[3]. Cette fonction « médico-technique » de l'hôpital, stimulée par les progrès en matière de techniques et d'équipements médicaux, a une incidence significative sur l'activité, le fonctionnement, mais aussi sur le coût de l'hôpital[4].

En tant qu'élément central du système de santé, les hôpitaux absorbent une partie conséquente des ressources budgétaires – environ 50 % dans la plupart des pays occidentaux et parfois plus de 70 % dans les anciens pays soviétiques[5]. La politique hospitalière détermine les caractéristiques de l'offre de soins dont l'hôpital est le principal destinataire. Les professions médicales d'élite, les technologies et équipements médicaux avancés font de l'hôpital une institution fondamentale dans l'amélioration des conditions de santé de la population[6].

L'hôpital a également une image symbolique au sein des sociétés. Certains auteurs le mentionnent comme « un élément de la culture locale » qui « contribue à assurer à la population la continuité de la prise en charge médico-sanitaire », « témoigne de l'importance de la ville » et « participe au patrimoine historique », tout en étant « un pôle d'attraction », « un élément de cohésion sociale » et une « source de pouvoir politique ». Plus encore, « d'une façon générale, l'hôpital jouit d'un fort crédit auprès de la population »[7]. Il est souvent considéré comme une des « manifestations majeures des systèmes de santé »[8]. Cette

---

[1] Mattei, Jean-François, «L'hôpital entre le médical et le social», *Etudes* 7-8, no. Tome 407 (2007), 29-39., p. 33.
[2] Laget, Pierre-Louis et Françoise Salaün, «Hôpital et Europe: aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne», *Sève* été 2004(2004), 19-28., p. 24.
[3] Duguet, Anne-Marie, *La faute médicale à l'hôpital: analyse commentée de la jurisprudence par un médecin* (2e ed. Paris: Berger-Levrault, 2000)., p. 10.
[4] Le Mandat, Maurice, *op. cit*., p. 157.
[5] McKee, Martin et Judith Healy, «The significance of hospitals: an introduction» dans McKee, Martin and Judith Healy, dir., *Hospitals in a changing Europe* (Buckingham - Philadelphia: Open University Press, 2002), 3-13., p. 3.
[6] *Ibid.*
[7] Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, «La construction de l'offre locale de soins» dans Contandriopoulos, André-Pierre and Yves Souteyrand, dir., *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins* (Paris: John Libbey Eurotext, 1996), 83-111., p. 88.
[8] Clément, Jean-Marie, *La réforme hospitalière: l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée* (Bordeaux: Les Etudes hospitalières, 1999)., p. 803.

position lui assure une place privilégiée sur l'agenda des responsables politiques, visiblement enthousiastes lors de l'ouverture de nouveaux établissements[1].

Il existe plusieurs types d'hôpitaux classés en fonction du niveau de soins fournis : primaire, secondaire et tertiaire. Les soins primaires concernent « les services d'éducation sanitaire, prévention et soins de première urgence » à destination de la population de proximité immédiate. Les soins secondaires concernent « des domaines plus spécialisés où les malades sont orientés à partir des services de soins primaires ». Les soins tertiaires « sont ceux des plus hautes spécialités »[2].

Dans le cadre de notre étude, nous analysons la construction d'institutions médicales publiques de type tertiaire et primaire. Les établissements tertiaires délivrent des services de diagnostic et de traitement de pointe, différents des établissements de type secondaire et primaire. Il s'agit souvent d'institutions nationales significatives du point de vue de la taille, rassemblant des technologies et des équipements médicaux avancés. Etant donné que les soins de niveau tertiaire concernent les maladies les plus complexes, l'Etat y est impliqué au travers de sa politique de santé. Même lorsque des institutions de type tertiaire sont réalisées par des acteurs privés, le ministère de la Santé doit approuver le type d'intervention chirurgicale qui y sera pratiquée. En Ukraine et en Moldavie, de nombreuses opérations restent possibles uniquement dans les institutions publiques[3]. L'hôpital de Kiev en Ukraine et l'hôpital de Chisinau en Moldavie sont deux hôpitaux de type tertiaire étudiés au sein de la thèse. Nous abordons également un projet de modernisation d'institutions médicales primaires – la modernisation des Centres de santé, en Moldavie.

---

[1] A titre d'exemple, pour un maire « la présence d'un hôpital sur une commune fait partie intégrante du développement communal : il contribue au rayonnement extérieur de la commune, rend des services à la population sur le plan sanitaire, crée et fixe des emplois localement, fait partie du programme politique, des ambitions et des bilans de tout candidat. C'est pour cette raison qu'un maire souhaite développer l'offre de soins locale (ou s'opposer à sa réduction) au nom de l'emploi, de l'accessibilité aux soins, ou de critères symboliques », Claveranne, Jean-Pierre et Mona Krichen, «Démarche de projet et ambiguité: le cas de la construction d'un syndicat interhospitalier» dans Contandriopoulos, André-Pierre and Yves Souteyrand, dir., *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins* (Paris: John Libbey Eurotext, 1996), 115-37., pp.133-134.

[2] Le Mandat, Maurice, *op. cit*., p. 155.

[3] A titre d'exemple, il y a eu en Moldavie, en avril 2010, de fortes discussions autour de la possibilité des cliniques privées de pratiquer l'intervention de fécondation in vitro. Cette dernière était autorisée uniquement dans les institutions médicales de type public.

A) Une définition de l'hôpital

Si les travaux juridiques posent le cadre institutionnel de l'hôpital[1], en précisant ses missions d'ordre public[2], les analyses sociologiques privilégient plutôt son rôle et ses fonctions au travers du temps et des sociétés. L'hôpital y est alors considéré comme « une institution qui dispense des soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés, sans plus »[3]. Cette définition permet d'envisager l'hôpital selon l'offre de soins proposée, en excluant les soins d'assistance sociale. Si autrefois, ce dernier aspect caractérisait précisément l'hôpital, aujourd'hui ce sont plutôt les traitements médicaux intensifs qui y sont associés[4].

Dans les études économiques et de gestion, l'hôpital est envisagé en tant qu'organisation. Il est considéré « comme un lieu où des ressources sont mobilisées par différents groupes d'acteurs pour modifier l'évolution des problèmes de santé des patients à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation externe, ainsi que pour participer à la formation et au développement des connaissances par la recherche »[5]. Nous retrouvons ici une définition axée sur le rôle et la fonction d'un hôpital en matière de santé, sans précision toutefois du type des

---

[1] Pour plus de précisions sur les caractéristiques des établissements de santé, le statut des personnels hospitaliers, les instruments des différentes réformes, et les droits des usagers, voir Moquet-Anger, Marie-Laure, *Droit hospitalier* (Paris: LGDJ: Lextenso, 2010). ; Clément, Jean-Marie, *Mémento de droit hospitalier* (12e ed. Paris: Berger-Levrault, 2007). ; Clément, Jean-Marie, *La réforme hospitalière: l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, op. cit*. Sur la notion d'établissement de santé et son évolution au travers des réformes, voir Cormier, Maxence, «La notion d'établissement de santé » dans Moquet-Anger, Marie-Laure, dir., *De l'hôpital à l'établissement public de santé* (Paris: L'Harmattan, 1998), 9-27.

[2] Dans le Code de la santé publique français, l'hôpital est défini en tant qu'établissement de santé qui a pour mission d'assurer « les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ». Les hôpitaux participent également à « des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention », Code de la santé publique français, «Article L6111-1», (Version en vigueur du 22 juin 2000 au 5 mars 2002) En ligne. http://legifrance.gouv.fr/ (page consultée le 20 septembre 2010). Concernant la définition de l'hôpital d'un point de vue juridique, Jean de Kervasdoué explique que le terme d' « établissement de santé » a été préféré à celui d'hôpital pour permettre d'englober tant les hôpitaux publics que les structures de santé privées. Du fait de la position historique de l'hôpital public, cette définition lui permet de conserver le terme « d'hôpital », alors que les structures privées sont appelées généralement « cliniques ». Voir De Kervasdoué, Jean, *L'hôpital* (Que sais-je? ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004).

[3] Cette définition de G. Freidson, 1984, reprise par Ivan Sainsaulieu « exclut les maisons de convalescence, les maisons de retraite, les maisons de repos, les sanatoriums et toutes les institutions de ce genre où les malades séjournent et font expressément l'objet de soins, mais pas pour suivre un traitement intensif au quotidien », dans Sainsaulieu, Ivan, *L'hôpital et ses acteurs: appartenances et égalité* (Paris: Editions Belin, 2007)., p. 231.

[4] Jean-François Mattei souligne également la prévalence du rôle médical de l'hôpital au détriment de son ancienne mission : « le social n'est plus, depuis longtemps déjà, la première préoccupation de l'hôpital ». Selon l'auteur, « l'hôpital est désormais centré sur des maladies graves, avec des personnels spécialisés, des équipements onéreux, mais aussi des coûts très élevés ». Voir Mattei, Jean-François, *op. cit*., p. 33.

[5] Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, *op. cit*., p. 88. Parmi les travaux économiques abordant le rôle et la mission de l'hôpital, voir également Miller, T. S., *The birth of the hospital in the Byzantine empire* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997)., cité dans McKee, Martin et Judith Healy, «The significance of hospitals: an introduction», *op. cit*., p.5.

soins offerts. En effet, cet aspect peut varier d'un pays à l'autre. Si dans un hôpital d'un pays industrialisé, ce sont plutôt les soins intensifs qui vont être pratiqués, dans un pays en voie de développement, l'hôpital offrira des soins plus basiques. Une définition de l'hôpital selon les services de soins pratiqués dans un pays industrialisé ne conviendra donc pas forcément à un hôpital en Sibérie ou en Afrique Centrale.

La définition de l'hôpital que nous retenons pour notre étude envisage l'institution médicale comme étant un établissement offrant des soins de diagnostic et de traitement à une population donnée. Cette définition relativement générale, permet d'analyser la construction de l'hôpital en tant que bâtiment, sans rentrer dans les débats sur ses diverses fonctions (traitement et diagnostic, recherche et enseignement, spécialisé dans certains soins, etc.).

A la différence des études abordant le rôle et les fonctions de l'hôpital au sein de la société, nous souhaitons aborder les aspects de sa construction en tant que bâtiment. Certaines études abordent les questions de conception architecturale, mais plutôt du point de vue des opérations cognitives qui structurent l'activité des professionnels de la construction des bâtiments[1]. Si nous pouvons y trouver des informations sur les étapes et les acteurs impliqués dans la construction d'un bâtiment, ces travaux n'abordent pas ce processus dans son ensemble, dans le contexte plus large des développements de la société. Ils se focalisent sur l'opération cognitive et analytique du processus de conception architecturale. Ils ne s'intéressent pas aux échanges, motivations, oppositions entre les acteurs de ce processus, mais plutôt à la manière dont ces derniers « conceptualisent » et « modélisent » une œuvre architecturale. Tout comme les ouvrages de spécialité dans le domaine de la construction, de l'architecture, ou de l'ingénierie, ces analyses restent relativement spécifiques aux professionnels de ces domaines. D'autres travaux sur les questions architecturales, s'intéressent aux métiers des professionnels du bâtiment et présentent de nombreux aspects sociologiques concernant cette profession[2]. Certains auteurs abordent aussi des questions plus spécifiques, comme le degré de liberté et de création des architectes dans un environnement

[1] Bendeddouch, Assya, *Le processus d'elaboration d' un projet d'architecture* (Paris: L'Harmattan, 2000), Deshayes, Philippe, «De quoi la critique peut-elle être la critique? De Pessac à l'architecturologie, une histoire (critique) d'un objet de recherche», *Espaces et sociétés* 60, no. 1 (1990), 161-74.

[2] Champy, Florent, «La culture professionnelle des architectes» dans Demazière, Didier and Charles Gadéa, dir., *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis* (Paris: La Découverte 2010), 152-62., Champy, Florent, *Sociologie de l'architecture* (Paris: La Découverte, 2001).

de travail contraignant (aspects économique et règlementaire)[1]. Notre recherche s'intéresse au processus de conception architecturale du point de vue des acteurs et des normes qu'ils appliquent et qu'ils transportent lors de l'exercice de leurs activités. L'analyse des missions architecturales porte sur les échanges entre les divers participants à ce processus, autour de l'application de modèles, d'idées, et de normes de construction hospitalière. Plus précisément, nous nous intéressons à la manière dont les architectes étrangers ont transféré des normes de construction de leur pays lors de la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie. L'étude des missions architecturales permettra de mettre en évidence les motivations des acteurs nationaux et internationaux dans ce processus.

B) Pourquoi s'intéresser à la construction d'un hôpital?

La construction de l'hôpital renvoie à des opérations de création architecturale qui impliquent un grand nombre d'acteurs (architectes, ingénieurs, programmistes, économistes...). Ce processus est encadré par des instruments d'action publique, dont les normes techniques. Mais il est également structuré par la représentation de l'hôpital au sein de la société (sa fonction médicale et sociale, son développement historique, l'organisation du système hospitalier, la spécificité des pratiques médicales…). Un regard plus approfondi sur la construction de l'établissement hospitalier apporte des éclairages nouveaux sur l'ensemble des acteurs impliqués dans la constitution de cette institution[2].

Dans le cadre de cette thèse, nous étudions les changements sociétaux qui accompagnent la modernisation des hôpitaux non pas du point de vue de l'organisation interne de l'institution médicale, de son rôle social ou de son impact économique, mais plutôt du point de vue de la construction de son bâtiment. Cet aspect recoupe un processus complexe d'interactions entre de nombreux acteurs économiques et sociétaux (entreprises d'architecture et de construction, médecins, usagers), mais aussi étatiques (responsables politiques, administrations centrales et locales), qui œuvrent pour la construction du futur bâtiment selon des règlementations et des traditions culturelles du pays concerné. Les acteurs de ce processus n'agissent pas de manière chaotique, mais selon un schéma bien défini, avec des étapes et des procédures

[1] Raynaud, Dominique, «Contrainte et liberté dans le travail de conception architecturale», *Revue française de sociologie* 45, no. 2 (2004), 339-66.

[2] Assya Bendeddouch mentionne de manière détaillée les acteurs prenant part à l'élaboration d'un projet d'architecture, mais se focalise notamment sur les professionnels du bâtiment et moins sur les acteurs politiques

administratives spécifiques. Mais ils agissent également selon des pratiques et des habitudes de travail, qui constituent leur savoir-faire.

La construction d'un établissement hospitalier est une activité encadrée par de nombreux dispositifs institutionnels. Il y a des éléments formels, tels que la politique de santé et la politique de construction des bâtiments, au croisement desquelles se trouve la construction des hôpitaux, ainsi que les instruments d'action publique dans ce domaine. Il s'agit par exemple des orientations en matière de développement hospitalier, de l'offre de soins proposée, des ressources allouées pour la construction des bâtiments, ou de la formation des professionnels. De nombreuses normes techniques et règlementations représentent des instruments d'action publique que chaque Etat met en place afin d'encadrer la manière dont sont construits les bâtiments sur son territoire. Il y a aussi des éléments plus informels qui encadrent la construction des hôpitaux, comme par exemple la représentation de l'hôpital au sein de la société, son rôle en tant qu'institution médicale auprès de la population ou encore les coutumes et habitudes locales. Les acteurs de ce domaine ont donc une représentation de comment doit être construit un hôpital qui est structurée par ces différents éléments.

Cette thèse étudie s'il y a eu un changement au sein de ce processus institutionnalisé en Ukraine et en Moldavie à la suite de l'effondrement de l'URSS, tout en questionnant le rôle des acteurs étrangers. Notre objectif est d'analyser les changements liés au comportement des acteurs, aux instruments qu'ils utilisent, et de façon plus générale aux caractéristiques de leurs activités depuis l'indépendance de ces pays en 1991. L'exploration de ces différents aspects apporte des éclairages sur l'action d'un large nombre d'acteurs publics et privés participant à la construction des hôpitaux, bien en amont de leur constitution en tant qu'élément clé du système de santé.

C) La construction des hôpitaux au croisement de plusieurs politiques publiques

Comme mentionné, la construction d'un hôpital est un processus strictement encadré par l'Etat. Cet encadrement étatique se lit à travers les différentes politiques publiques menées. Du fait de sa spécificité en tant qu'institution médicale, l'hôpital est au centre de la politique de santé. Sa construction doit ainsi tenir compte de ressources allouées à la modernisation des équipements hospitaliers, en fonction des objectifs définis par la politique hospitalière. Mais

---

et administratifs. Bendeddouch, Assya, *op. cit*., p. 94-100. L'auteure évalue l'impact de ces différents acteurs

elle tient également compte de la politique en matière de construction, qui encadre et régule le marché de la construction, les acteurs de ce domaine et leurs possibilités d'action. Il s'agit ici de l'organisation des appels d'offre en matière de construction, du statut des professionnels du bâtiment, ainsi que de l'exercice de leurs missions (licence pour la conception architecturale, pour la construction du bâtiment, autorisation de tel ou tel matériel ou équipement…). En France par exemple, le marché de la construction est encadré par la loi MOP (maîtrise d'ouvrage publique), applicable à la réalisation de toute opération de construction[1]. En Moldavie, la Loi de construction des bâtiments définit les conditions selon lesquelles doit se dérouler cette activité, ainsi que les marges d'action des différents acteurs y participant[2]. En plus des politiques de santé et de construction des bâtiments, d'autres politiques publiques peuvent également concerner la construction des hôpitaux, bien que plus indirectement. Ainsi, la politique en matière d'écologie par exemple peut influencer la construction des bâtiments, en imposant des normes de qualité environnementale. Aussi, la formation des professionnels du bâtiment tient plutôt de la politique en matière d'enseignement.

II) Les caractéristiques du processus de construction d'un hôpital : étapes et acteurs

Afin de préciser le contenu du processus institutionnel analysé, les lignes suivantes expliquent en quoi consiste la réalisation d'un bâtiment. Les informations sur les acteurs impliqués dans la modernisation des hôpitaux et les caractéristiques générales de ce processus ont pour objectif de familiariser le lecteur avec le vocabulaire de la thèse.

A) Les étapes de la réalisation d'un bâtiment

Dans le cadre de notre recherche, nous présentons trois étapes principales de la réalisation d'un bâtiment. Il s'agit de la préparation, la conception et la construction de l'établissement (voir Fig. 1). *La préparation* correspond à l'identification des besoins et comprend la

---

sur le travail de conception architecturale, sans se situer dans une analyse sociologique.

[1] Pour plus d'informations, voir Loi MOP, «Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée», (version consolidée au 22 février 2007) En ligne. http://www.marche-public.fr/Marches-publics/Textes/Lois/loi-MOP.htm (page consultée le 15 octobre 2011).

[2] La plus récente est la Loi relative à l'autorisation de l'exécution des travaux de construction de 2010, traduit du roumain. Voir Loi relative à l'autorisation de l'exécution des travaux de construction, «LEGE N°163 din

réalisation d'une étude de faisabilité, d'un cahier des charges et/ou d'un programme. Ces éléments initiaux rassemblent les besoins et les caractéristiques du futur bâtiment. *La conception* architecturale est l'étape suivante durant laquelle sont mis au point les plans architecturaux. Ces derniers serviront ensuite à *la construction* du bâtiment – dernière étape de sa réalisation. La délimitation de ces phases permet de souligner le fait que les acteurs qui y participent, la nature des opérations engagées, ainsi que les procédures utilisées, sont différentes. Cependant, ces moments sont interdépendants étant donné que le même objectif – la réalisation du bâtiment – est poursuivi tout au long du processus[1].

Fig. 1 : Etapes de la réalisation d'un bâtiment

Etapes	**PREPARATION**	**CONCEPTION**	**CONSTRUCTION**
Objectifs et missions	Identification des besoins	Programme	Travaux de construction
	Choix de l'architecte	Plans architecturaux	Réception de travaux
	Etude de faisabilité	Permis de construire	Mise en exploitation

Ces trois étapes peuvent être déclinées de différentes façons selon les pays, en fonction de nombreuses spécificités d'ordre national (la règlementation en matière de construction des bâtiments, la structuration du métier d'architecte au fil du temps, mais aussi certains aspects culturels). A titre d'exemple, en France, la réalisation d'un bâtiment comprend dans l'ordre, le Programme, le Concours, l'Avant-Projet, le Projet, la Consultation des entreprises, les Travaux de construction, la Réception des travaux et la Mise en Exploitation du bâtiment[2]. Si

---

09.07.2010 privind autorizarea executării lucrărilor de construcţie», (2010) En ligne. http://lex.justice.md/md/335823/ (page consultée le consulté le 20 octobre 2011).

[1] A titre d'exemple, les acteurs qui réalisent le programme (étape de préparation) sont souvent amenés à intervenir lors de l'étape de conception afin d'apporter des éclaircissements et des précisions sur les équipements proposés et les idées architecturales. De la même façon, les entreprises de construction sont parfois amenées à intervenir sur les plans réalisés lors de l'étape de conception pour les rendre conformes aux dispositions techniques rencontrées dans le processus de construction du bâtiment.

[2] Ces étapes, leurs caractéristiques et déroulement sont réglementés en France par la loi relative à la maitrise d'ouvrage publique. Pour plus de détails, voir Loi MOP, *op. cit*..

tel est le déroulement d'un projet en France, l'intitulé de chaque phase ainsi que les missions qu'elles contiennent sont différentes dans un autre pays (voir Fig. 2, pour l'étape de conception architecturale). Au Royaume-Uni, on parlera plutôt de *Preparation*, *Design* (en trois phases : *Concept*, *Design Development* et *Technical Design*), *Pre-construction*, *Construction* et *Use*[1].

Fig. 2 : Etapes de la conception architecturale dans différents pays

Pays	**France**	**Royaume-Uni**	**Moldavie**	**Ukraine**
Etapes préliminaires	Esquisse	*Concept*	*Schita*	*Eskiss*[2]
Etapes définitives	APS (avant-projet sommaire)	*Design*	*Proiect*	*Proiekt*
	APD (avant-projet définitif)	*Development Technical Design*	*Proiect de executie*	*Rabotchyi Proiekt*

Même quand les caractéristiques générales sont similaires d'un pays à l'autre, les documents à rendre pour chacune de ces phases ne correspondent pas toujours et dépendent de chaque règlementation nationale. Ainsi, les étapes de la réalisation d'un bâtiment en Ukraine et en Moldavie diffèrent de celles en France ou au Royaume-Uni de par leur intitulées, mais également de par les documents à produire[3]. En revanche, nous verrons qu'il n'y a pas

[1] On peut consulter le tableau des étapes de réalisation d'un bâtiment au Royaume-Uni, le « Outline Plan of Work 2007 » sur le lien suivant : http://www.architecture.com/Files/RIBAProfessionalServices/Practice/OutlinePlanofWork(revised).pdf, consulté le 10 janvier 2011.

[2] Les intitulés pour l'Ukraine sont en russe, car comme en Moldavie, ce fut la langue utilisée durant la période soviétique. De nombreuses expressions du domaine de la construction ont continué d'être utilisées en russe, même après 1991. Cette situation est en train de changer : désormais, les professionnels du bâtiment utilisent de plus en plus d'expressions dans la langue de leur pays (en ukrainien, en Ukraine et respectivement en roumain, en Moldavie).

[3] Nous avons saisi ces différences lors de l'observation participante menée dans le cadre de cette thèse, lorsque des architectes français, ukrainiens et britanniques de l'hôpital de Kiev n'étaient pas d'accord sur les documents qu'ils devaient produire lors de différentes phases du projet. Cet aspect était directement lié aux questions

tellement de différences dans les phases de réalisation d'un bâtiment en Ukraine et en Moldavie, tant durant la période soviétique qu'entre 1991 et 2011[1].

Notre étude du processus de construction des hôpitaux ne se focalise pas sur une étape en particulier. L'intérêt est porté aux interactions entre les acteurs et aux débats sur l'application des normes techniques. Nous ne cherchons donc pas à mettre en évidence des différences ou similitudes du déroulement d'un projet de construction entre les différents pays. Ces informations permettent néanmoins de présenter le cadre au sein duquel agissent les acteurs étudiés. En Ukraine, nous analysons l'étape de conception architecturale d'un projet de construction. Cela correspond à la réalisation de plans architecturaux. Mais nous mentionnons également quelques éléments de programmation, généralement préparés en amont des plans. La rédaction du programme médical en parallèle à l'élaboration des plans architecturaux est une spécificité du projet hospitalier en Ukraine. En Moldavie, nous étudions l'étape d'étude de faisabilité de l'hôpital de Chisinau, qui précède la conception architecturale. Le deuxième projet étudié au sein de ce pays, les Centres de santé, ne concerne pas une étape en particulier, mais sa réalisation dans son ensemble. L'objectif est d'analyser les échanges entre les participants nationaux et étrangers de ces différents projets et lors de ces différentes étapes, afin de comprendre quelles solutions architecturales ont été privilégiées.

Dans ce contexte, la comparaison entre les projets hospitaliers ukrainiens et moldaves ne porte pas exactement sur la même étape d'un processus de construction. Il s'agit donc davantage d'une mise en perspective des trois projets – l'HDF de Kiev en Ukraine et l'HCR et les Centres de santé en Moldavie – afin d'identifier les caractéristiques d'un processus de transfert d'expérience internationale.

B) Les acteurs de la construction des hôpitaux

En suivant le déroulement de ces différents projets hospitaliers, nous avons pu noter la multitude d'acteurs étatiques et politiques présents aux côtés des architectes et ingénieurs, qu'il s'agisse des représentants politiques, des administrations centrales, des administrations de contrôle, ou des organisations internationales.

---

financières : la rémunération d'une mission architecturale était donc soumise à ce qu'elle impliquait comme travail dans les différents pays, d'où les malentendus éventuels.

[1] Ce point sera approfondi dans le chapitre 4.

Afin de comprendre la position, la stratégie et la motivation des différents acteurs impliqués dans les projets étudiés, nous présentons dans un premier temps les professionnels du bâtiment, appelés aussi « acteurs de terrain », qui réalisent les opérations de construction hospitalière. Dans un second temps, nous mentionnons les autres acteurs rencontrés lors de notre étude, tels que les responsables politiques, les administrations et les organisations internationales, tout en soulignant leur lien avec la construction d'un hôpital.

a) Initiation au vocabulaire spécialisé de l'architecture et de la construction : notions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre

Le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre sont les deux principaux acteurs menant les opérations de construction.

Le maître d'ouvrage est « la personne pour le compte de qui les travaux sont effectués »[1]. Il peut être une personne morale (publique ou privée) ou physique ou un mandataire désigné. Très souvent, l'hôpital lui-même est désigné en tant que maître d'ouvrage, mais cela peut être aussi une administration centrale (le ministère de la Santé), un investisseur privé (une entreprise) ou une association (comme ce fut le cas pour le projet de Kiev). Les professionnels du domaine de la construction utilisent le plus souvent le terme de « client » pour désigner le maître d'ouvrage, étant donné que c'est l'entité qui ordonne la construction d'un ouvrage. Lorsque nous nous référons aux « donneurs d'ordre » de la commande du bâtiment à construire, nous utiliserons les deux termes – maître d'ouvrage et client – de manière interchangeable.

Le maître d'œuvre est le plus souvent un architecte. Mais il peut également s'agir d'une équipe comprenant des cabinets d'architecture, des bureaux d'études et/ou des économistes. C'est l'entité qui est responsable soit de la construction entière du bâtiment (si le contrat prévoit la réception de l'ouvrage « clé en main »), soit de l'une des phases de la construction.

Les rôles des deux principaux acteurs de la construction d'un bâtiment sont liés d'un côté à la commande de l'ouvrage et de l'autre, à sa réalisation. Souhaitant construire un bâtiment, le maître d'ouvrage a comme mission de définir les caractéristiques de ce dernier, de choisir l'équipe qui le réalisera, d'obtenir les autorisations administratives, ainsi que les ressources financières nécessaires. Il est sollicité tout au long de la réalisation du bâtiment (plan de

[1] Neufert, Ernst, *Architects' data* (London: Lockwood, 1970)., p.62.

financement, choix du terrain, étude de faisabilité, programme, études de conception, construction et réception de l'ouvrage). Pour certaines opérations qui nécessitent des compétences particulières en architecture et construction, le maître d'ouvrage peut faire appel à des spécialistes de ces domaines et déléguer ainsi certaines de ses fonctions[1]. C'est le cas notamment lorsque le maître d'ouvrage ne possède pas beaucoup d'expérience. Il peut engager alors une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO), qui le conseille et le consulte soit pour une partie, soit pour l'ensemble de l'opération de construction[2]. Au-delà de ces particularités, retenons ici que le maître d'ouvrage est l'entité en charge de l'élaboration du programme et du plan de financement de la future construction, de la sélection du maître d'œuvre, ainsi que de la réception de l'ouvrage construit[3].

Les missions du maître d'œuvre sont définies sur la base des règlementations de chaque Etat et du contrat établi avec la maîtrise d'ouvrage. Si la maîtrise d'ouvrage est en charge de la définition des conditions selon lesquelles doit se dérouler le projet de construction (besoins et financements), la maîtrise d'œuvre est en charge de la réalisation du projet proprement dit (conception architecturale et construction). Dans le cas des projets internationaux, du fait des différences de contenu entre les étapes de la construction d'un bâtiment au sein de différents pays, les missions de la maîtrise d'œuvre peuvent faire l'objet de très nombreuses précisions[4].

L'équipe de la maîtrise d'ouvrage peut être constituée par une personne morale ou physique de droit public ou privé (hôpital, investisseur, association). L'équipe de maîtrise d'œuvre comprend essentiellement des professionnels du bâtiment. Les architectes, les ingénieurs, les programmistes, les économistes, et les entreprises de construction sont au cœur de la construction d'un ouvrage. Aux côtés de ces professionnels, des représentants des administrations nationales interviennent tout au long de sa réalisation (allocation des ressources publiques, validation des différentes étapes). Dans les lignes suivantes, nous

---

[1] Cependant, le maitre d'ouvrage reste l'entité juridiquement responsable des tâches qu'il a déléguées. Ainsi, si le programme d'un hôpital peut être écrit par des programmistes, c'est le maître d'ouvrage qui le valide et le transmet au maître d'œuvre pour la conception du bâtiment.

[2] Par conséquent, si le maître d'ouvrage reste le décideur et principal responsable du projet de construction, son implication dans le processus de construction peut varier. Dans certains cas, il intervient tout au long des étapes (préparation, conception et construction) en échangeant avec les différents acteurs à propos des composantes souhaitées et en validant divers documents de travail (programme, plans architecturaux). D'autres fois, il délègue ses compétences à une assistance à maîtrise d'ouvrage qui identifie les besoins du futur établissement, et pilote parfois le déroulement du projet jusqu'à la réception de l'ouvrage.

[3] Neufert, Ernst, *op. cit*.p. 62.

[4] Nous avons l'avons remarqué pour le projet de l'hôpital de Kiev, en Ukraine, où la mise au point du contrat entre le maître d'ouvrage ukrainien et les entreprises étrangères a fait l'objet de plusieurs mois de négociations.

introduisons brièvement les rôles de ces différents acteurs, étant donné qu'ils font l'objet du travail empirique présenté au sein de la thèse (voir Fig. 3).

Fig. 3 : Acteurs étatiques et économiques autour des normes de la construction des hôpitaux

Type	*Intitulé*	*Exemple*	*Rôle*
Acteurs étatiques	Responsables politiques	président, premier-ministre, membres du gouvernement, maires	Réforme des normes techniques de la construction Réforme de la santé et des hôpitaux
	Administrations	Administrations centrales, régionales ou locales	Lancement des opérations de construction hospitalière Elaboration des normes techniques
		Administrations de contrôle (exemple : Service d'hygiène, Département de Sécurité Incendie)	Vérification de la conformité aux normes en vigueur
Acteurs économiques	Entreprises d'architecture et de construction (nationales et internationales)	Architectes, ingénieurs, économistes etc.	Conception architecturale et construction des bâtiments hospitaliers
	Investisseurs privés	Oligarques, hommes/femmes d'affaire	Investissements dans la construction des hôpitaux
Autres	Organisations internationales	Banque mondiale, Union européenne	Allocation de ressources financières pour des projets de réforme Assistance technique pour la mise en œuvre des réformes

b) Les entreprises d'architecture et de construction (les professionnels du bâtiment)

Les professionnels du bâtiment auxquels nous nous référons sont les acteurs qui interviennent directement dans les activités de conception et de construction architecturale des bâtiments hospitaliers. Il s'agit d'architectes, d'ingénieurs, de programmistes, d'économistes, éventuellement d'urbanistes et de paysagistes. Chacun de ces professionnels intervient sur une partie spécifique de la réalisation du futur hôpital. Nous les analysons non pas comme un groupe professionnel constitué en tant que tel et défendant ses intérêts professionnels, mais en tant qu'organisations. Ainsi, les architectes et ingénieurs analysés font partie d'entreprises qui poursuivent leurs intérêts économiques. Ces entreprises qui agissent au sein de la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie peuvent être nationales ou étrangères. Mais à l'intérieur de ces entreprises, au-delà des intérêts collectifs, on retrouve également des intérêts plus individuels, tels que l'attachement d'un architecte à son modèle de conception ou la satisfaction de transmettre son savoir-faire. Il s'agit d'analyser les deux aspects afin de comprendre les motivations des professionnels du bâtiment, nationaux et internationaux, à s'impliquer dans la transformation des normes techniques.

Les professionnels du bâtiment sont l'objet principal de cette thèse. Nous observons l'évolution de leur marge de manœuvre en matière de construction d'hôpitaux entre 1991 et 2011, par rapport à la période soviétique. Durant l'URSS, cette catégorie d'acteurs faisait partie des entreprises étatiques : ils étaient des fonctionnaires des instituts publics d'architecture. A la suite de la dissolution de l'URSS, ces institutions publiques sont devenues privées. Le statut des architectes et des ingénieurs a ainsi changé. Si autrefois, ils n'avaient que très peu de marge de manœuvre dans le choix des matériaux de construction, des équipements et de technologies médicales, après 1991 ils ont eu de nouvelles possibilités, comme par exemple choisir les matériaux et équipements techniques à intégrer dans leurs projets. Nous verrons l'implication de cette ouverture à l'économie de marché sur les normes techniques utilisées par ces acteurs du bâtiment.

Le travail d'un architecte consiste à élaborer des plans de conception architecturale, qui serviront à réaliser la structure du bâtiment. L'architecte doit trouver les meilleures solutions architecturales pour créer l'œuvre souhaitée par le client et les futurs utilisateurs. Etant donné que l'architecte conçoit le bâtiment hospitalier dans son ensemble, il se doit de comprendre le fonctionnement de ce dernier. Il se met donc au courant des caractéristiques d'un hôpital, de sa structure, des attentes des usagers, des conditions de travail des professionnels en son sein,

de particularités des diverses activités médicales exercées. La prise en compte de ces données, ainsi que des éléments du programme nécessite des connaissances élargies dans le domaine de l'architecture, de l'urbanisme et plus généralement du fonctionnement des établissements de santé. Par conséquent, le rôle de l'architecte est essentiel dans la conception d'un bâtiment. C'est également l'interlocuteur privilégié de la maîtrise d'ouvrage qui peut le consulter régulièrement pour des suggestions et/ou des remarques.

Deux autres acteurs participent activement à la conception d'un hôpital. Il s'agit des programmistes et des ingénieurs. Les professionnels de la programmation interviennent durant l'étape de préparation d'un projet de construction, lors de l'identification des besoins (en termes d'équipements et de fonctionnalités). Le programme[1] représente la pièce centrale d'un projet de construction et fixe les lignes directrices du futur bâtiment au travers des spécifications techniques. C'est sur la base de ce document que les architectes conçoivent par la suite le bâtiment.

Les programmistes établissent donc le programme, en s'appuyant sur les souhaits du maître d'ouvrage et ses ressources, ainsi que sur les attentes des usagers. Sans qu'il existe nécessairement une formation attitrée dans ce domaine, le métier de programmiste est souvent exercé par des représentants de l'architecture, de la profession médicale, ou de l'ingénierie qui, du fait de leur expérience dans le domaine de la construction, peuvent identifier les besoins d'un bâtiment, conseiller l'introduction de technologies innovantes, rechercher les meilleures solutions en termes de disposition et de fonctionnement. En France, le métier de programmiste est apparu dans les années 1960, où l'on note l'arrivée d'un nouvel acteur aux côtés de l'architecte, afin de l'épauler dans cette mission complexe qu'est la conception hospitalière : « Faire un hôpital est devenu si difficile que l'art de l'architecte n'y suffit plus; un nouveau métier est en train d'apparaître : on lui donne déjà un nom, preuve certaine de sa naissance, le programmiste. C'est l'homme qui détermine ce que sera l'hôpital à construire ; il doit tenir compte du présent et de l'avenir, des données démographiques du territoire que l'hôpital doit desservir, de l'évolution des mœurs, des conditions dans lesquelles chirurgiens, spécialistes (…) doivent travailler, des règles dégagées par le ministère de la Santé publique,

[1] Il s'agit d'un document contenant les besoins détaillés du futur bâtiment : la superficie des pièces, les équipements fixes et mobiles, les ressources humaines, les activités qui s'y dérouleront.

des principes d'une économie bien comprise et, bien entendu, des résultats de son expérience »[1].

L'implication de l'ingénieur est également centrale dans le processus de conception architecturale. Il est en charge d'étudier la technicité et la fonctionnalité du futur bâtiment. Il veillera également au respect des normes techniques lors de l'élaboration des plans. L'ingénieur s'assurera des éléments techniques nécessaires par rapport aux plans de l'architecte, en fonction des meilleures solutions en termes de technologies et de respect des règlementations. A titre d'exemple, pour les différentes pièces, équipements ou mobiliers conçus par l'architecte, l'ingénieur pourra prévoir le bon nombre de points d'eau, d'électricité, de chauffage, d'air etc., voire conseiller la disposition de certains d'entre eux par rapport aux exigences techniques. Le rôle de l'ingénieur est donc double : à la fois de conception (mais d'une manière plus technique que l'architecte) et d'application des normes techniques de construction.

Aux côtés de ces trois groupes de professionnels (architectes, programmistes et ingénieurs) interviennent de nombreux autres spécialistes, tels que les économistes, les urbanistes ou les paysagistes[2]. Chacun de ces professionnels apportent à la conception du bâtiment des idées sur la technicité et la fonctionnalité du projet tout en garantissant le respect des règlementations, de l'environnement et du fonctionnement du futur bâtiment[3].

L'économiste d'un projet de construction « calcule le prix de revient total de la construction du bâtiment, en mesurant ses surfaces et en chiffrant le coût des différentes prestations »[4]. L'économiste peut intervenir dès le début du projet, en estimant pour le maître d'ouvrage les besoins en financements de la future construction, ou durant l'étape de conception architecturale, lorsqu'il estime le coût de l'opération.

Ces différents acteurs apportent des compétences techniques spécifiques. Cependant, certains auteurs estiment que cet « éclatement des tâches » a contribué à une perte de contrôle de

---

[1] Aurousseau, Paul et Roger Cheverry, *L'hôpital de demain: Principes d'organisation, normes architecturales, structures fonctionnelles.* (Paris: Masson et Cie, 1964).

[2] La profession d'architecte, comme le montre certains auteurs, est concurrencée par l'arrivée de métiers tels que l'urbaniste, le paysagiste ou encore le spécialiste des lumières. Leurs représentants peuvent également intervenir dans le processus de conception à diverses reprises. Champy, Florent, *Les architectes et la commande publique* (1ère ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1998). Champy, Florent, *Nouvelle théorie sociologique des professions* (Paris: Presses universitaires de France, 2011)., p. 221.

[3] Ceux-ci sont les principaux acteurs de la maîtrise d'œuvre. En outre, des acteurs sous-jacents peuvent faire partie de la MOD, tels que les urbanistes, les paysagistes ou les éclairagistes.

[4] Champy, Florent, *Nouvelle théorie sociologique des professions, op. cit*., p. 220.

l'architecte au sein de l'équipe de maîtrise d'œuvre. Florent Champy affirme par exemple, que « ces nouveaux partenaires empiètent donc de plus en plus sur ce qui était il y a encore vingt ans le territoire exclusif de l'architecte »[1]. Malgré la perte d'une position hiérarchique au sein de l'équipe de maîtrise d'œuvre, l'architecte reste l'interlocuteur privilégié du maître d'ouvrage durant les phases de concours, d'études et de consultation. Comme le souligne Assya Bendeddouch, même s'il n'est plus le « chef d'orchestre » symphonique, l'architecte cherche tout au long du processus de conception, à préserver le plus possible son projet[2].

c) Les responsables politiques

Les responsables politiques auxquels nous faisons référence sont les élus. Ils sont intervenus dans la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, en étant même parfois des acteurs clés. La littérature ne mentionne leur rôle que de manière plutôt marginale, par l'allocation de ressources ou le profit qu'ils en tirent en termes de communication politique, notamment du fait de la place centrale de l'hôpital sur le plan économique et social. Le rôle des acteurs politiques mérite cependant d'être davantage approfondi. Que ce soit en Ukraine ou en Moldavie, ce sont les acteurs politiques qui ont lancé la modernisation des hôpitaux. En Ukraine, le président Viktor Iouchtchenko a alloué des ressources pour la réalisation de l'Hôpital de Kiev (selon l'idée de son épouse, Kateryna Iouchtchenko et de son association – la Fondation Ukraine 3000). Le gouvernement moldave a alloué des ressources pour la modernisation des hôpitaux, dans le cadre d'un programme national de développement du système de santé et pour lequel il avait obtenu le financement de la Banque mondiale.

Cependant, l'objectif initial des responsables politiques ukrainiens et moldaves n'était pas de lancer de réforme des normes techniques de construction d'hôpitaux. Au cours du processus de modernisation des bâtiments hospitaliers, les acteurs nationaux de ces pays ont été confrontés à l'obsolescence des normes techniques héritées de la période soviétique. De cette situation est apparue l'incompatibilité entre les normes techniques règlementaires et les solutions architecturales de modernisation d'hôpitaux, d'où des pressions pour faire évoluer le cadre normatif.

---

[1] *Ibid.* , p. 219.
[2] Bendeddouch, Assya, *op. cit*., p.278. Voir également le schéma sur l'implication de chacun des acteurs dans les différentes étapes d'un processus de conception architecturale, p. 279.

Les responsables politiques analysés sont des membres de la Présidence ou du gouvernement, tels que le ministre de la Santé ou celui de la Construction. La différence entre l'Ukraine et la Moldavie tient à la forte implication du président ukrainien, de ses conseillers et de l'association de sa femme. En Moldavie, bien que les responsables politiques mentionnent la volonté de moderniser les hôpitaux, leur participation dans les projets de l'HCR et des Centres de santé est plus limitée.

d) Les administrations

Les administrations centrales, régionales ou locales interviennent de deux façons différentes : soit en se constituant maître d'ouvrage pour le compte de l'Etat, soit en vérifiant la conformité des projets hospitaliers aux normes en vigueur.

Dans notre étude, nous analysons avant tout le rôle des administrations lorsqu'elles sont en charge du contrôle des normes techniques. L'intérêt pour ces dernières s'explique par le fait que notre analyse est centrée sur l'utilisation des normes par les professionnels du bâtiment. Tout au long de la réalisation d'un bâtiment, tant les membres de la maîtrise d'ouvrage (le client, l'investisseur du projet) que ceux de la maîtrise d'œuvre (les architectes et ingénieurs) sont engagés dans un processus de va-et-vient permanent avec différentes administrations. Cela commence avec l'octroi d'un terrain pour la création du projet, en passant par la délivrance du permis de construire et en finissant avec l'autorisation de mise en exploitation du bâtiment construit. Les administrations associées à un projet de construction hospitalière sont, par exemple, les services de la mairie (en charge des autorisations de construction sur le territoire de la ville), les ministères de la Santé, de la Construction, ou de l'Ecologie (en charge de la vérification de normes sanitaires, sismiques, environnementales) ou encore le service de la sécurité incendie (en charge du contrôle des normes dans ce domaine). L'intitulé et l'organisation de ces administrations publiques peut être différent d'un pays à l'autre, mais leur fonction est à peu près similaire partout. Elle consiste à s'assurer des conditions de sécurité du futur bâtiment et donc du respect des règlementations imposées par la puissance publique dans ce domaine.

Le nombre d'administrations publiques intervenant dans le cadre de la construction des hôpitaux est élevé à la fois en Ukraine et en Moldavie. Le pouvoir de ces administrations a été important durant la période soviétique, en lien avec les normes techniques règlementaires qui

imposaient un passage obligé par la case « coups de tampons administratifs ». Nous verrons qu'il en est resté ainsi à la suite de la dissolution de l'URSS.

e) Les organisations internationales

En plus des entreprises de construction étrangères, plusieurs organisations internationales telles que la Banque mondiale et le FMI agissent au sein de la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, en apportant des ressources financières ou une expertise. En Moldavie, le ministère de la Santé a ainsi obtenu des crédits de la Banque mondiale pour un vaste programme contenant la modernisation de ses hôpitaux. L'implication de cette organisation internationale s'est par la suite traduite par l'imposition d'un appel d'offre international et des exigences en termes de respect des normes techniques internationales.

Les organisations internationales sont analysées en tant qu'organisation, au niveau collectif. Nous ne nous intéressons pas aux fonctionnaires de ces entités au niveau individuel, mais aux actions de l'organisation dans son ensemble.

Les organisations internationales sont un type d'acteur particulier. Ce ne sont pas vraiment des acteurs politiques, étant donné qu'elles ne représentent pas les institutions politiques nationales d'un Etat. Cependant, leur action peut être considérée comme étant « politique » dans le sens où les ressources qu'elles octroient s'accompagnent de conditionnalités spécifiques. Cela peut être des conditionnalités techniques, économiques ou encore politiques (respect des droits de l'homme ou mise en place de réformes par exemple).

f) Les utilisateurs

Ces acteurs n'apparaissent pas de manière récurrente dans notre étude. Néanmoins, ils sont mentionnés à quelques reprises, pour souligner la prise en compte des usages locaux en Ukraine et en Moldavie. La prise en compte des demandes des utilisateurs nationaux exprime l'intérêt pour l'appropriation du futur hôpital par ces derniers et renvoie donc à la manière dont les individus, d'une société à l'autre, utilisent les différents équipements.

Les utilisateurs ne sont pas non plus étudiés dans une approche individuelle, mais plutôt collective. Il s'agit du corps médical d'un hôpital ou des membres du personnel consultés pour la construction de leur futur lieu de travail. En même temps, ils ne sont pas organisés en tant que groupe socio-professionnel, ni en tant qu'organisation. Leur constitution est plus disparate, bien qu'ils soient ici consultés de manière collective et non pas individuelle.

Au terme de cette présentation des acteurs de la modernisation des hôpitaux, on peut faire une distinction entre ceux qui sont nationaux et ceux qui viennent de l'étranger (Fig. 4). Sur le plan national, on retrouve en Ukraine et en Moldavie les professionnels du bâtiment, et plus particulièrement les architectes et les ingénieurs. Les administrations et les responsables politiques nationaux peuvent également participer aux projets hospitaliers, en allouant des ressources financières ou en jouant un rôle d'intermédiaire avec d'autres acteurs. De plus, divers utilisateurs sont consultés pour la prise en compte de besoins locaux. Au niveau international, des entreprises de construction étrangères agissent aux côtés des professionnels ukrainiens et moldaves. Des organisations internationales participent également, par l'allocation de ressources financières.

Fig. 4 : Acteurs nationaux et internationaux

Acteurs nationaux	**Acteurs internationaux**
Entreprises d'architecture et de construction locales	Entreprises d'architecture et de construction étrangères
Responsables politiques	Organisations internationales
Administrations	
Utilisateurs	

Section II : Le concept de norme

Les normes étudiées dans cette thèse concernent l'activité de construction des hôpitaux. Dans cette section, nous définissons le concept de norme en élaborant une typologie. L'accent est ensuite mis sur la fonction de régulation des normes. En tant qu'instrument d'action publique, les normes encadrent et structurent l'activité des acteurs de la modernisation des hôpitaux.

I) Qu'est-ce qu'une norme ?

La notion de norme comporte plusieurs sens, mais une caractéristique commune est le fait qu'elle renvoie à une prescription concernant un comportement, une activité, un produit. Pour Christian Le Moënne, la norme est « une règle qui ne peut pas ne pas être appliquée »[1]. L'auteur distingue deux grandes catégories de normes : les normes sociales (qu'il appelle « anthropologiques ») et les normes techniques. Les premières « construisent notre rapport à notre monde » et « structurent nos capacités à produire d'autres normes ». Les secondes, les normes techniques, « sont construites selon une logique de projet, industriel, social, politique »[2]. Dans le cadre de la thèse, nous nous intéressons à cette deuxième catégorie – les normes techniques. Préciser ce qui différencie les normes techniques des normes sociales, permet de mieux discerner leur contenu, en soulignant qu'il existe des normes techniques obligatoires (dites également réglementaires) et des normes techniques volontaires. De plus, notre étude insiste sur le fait que des normes informelles coexistent avec des normes formelles.

A) Les norme sociales

Pour reprendre les propos de Nicole Dubois, une norme sociale désigne « ce que font et pensent la plupart des membres d'un collectif »[3]. Il s'agit donc de ce qui est admis au sein d'une société, de ce qui est majoritaire. Des actions qui ne s'inscrivent pas dans ce schéma, se présentent donc comme une « déviation » par rapport à la norme existante. L'auteure apporte

---

[1] Le Moënne, Christian, «Normes» dans Commission francaise pour l'UNESCO, dir., *La "société de l'information" : glossaire critique* (Paris: La Documentation francaise, 2005).
[2] *Ibid*.
[3] Dubois, Nicole, «Autour de la norme sociale», (2002) En ligne. http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1640 (page consultée le 25 mars 2012).

une précision supplémentaire quant à ce concept, en le distinguant de ceux d'usages, de coutumes et d'habitudes sociales. Ces derniers seraient des concepts « descriptifs », alors que le concept de norme comporte également une « information de nature prescriptive ». La norme sociale ne décrit pas seulement un type de comportement à avoir dans une situation donnée, elle sous-entend que c'est celui qu'il faudrait avoir. La norme indique donc « ce qu'il est bon de faire »[1]. Nicole Dubois distingue également le concept de norme de celui de règle. Cette dernière renvoie à l'idée de contrainte et de sanction, alors que la norme souligne seulement ce qui est souhaitable, ou désirable. Ainsi, la norme sociale désigne un comportement à avoir dans une situation donnée, parce que c'est ce comportement, précisément, qui est « socialement valable, socialement désirable, socialement souhaitable »[2].

Certains auteurs emploient toutefois la notion de règle en se référant à la notion de norme sociale. Selon Jean-Pierre Cometti, toutes les situations, conditions et actions sociales font appel à des règles[3]. En effet, dès que les individus sont engagés dans des interactions dites « sociales » (qui dépassent le cadre individuel), nous observons des règles, des normes, des régularités « qui sont l'expression de ces interactions mêmes »[4]. Pour l'auteur, une règle est « un principe ou un énoncé dont la particularité est d'indiquer ce qu'il faut faire, dans telle ou telle situation, à propos de tel ou tel type d'objet, et au regard de telle ou telle fin, soit pour atteindre le résultat qu'on s'est fixé, soit pour ne point déroger à ce qu'on attend de nous ou satisfaire à des valeurs partagées »[5]. Puisqu'elles portent sur les comportements et conduites à avoir en société, il s'agit ici des normes sociales[6].

La spécificité des normes sociales est qu'elles ne se présentent pas sous une forme écrite et sont le plus souvent intériorisées, si bien que l'on les applique sans que l'on se rende vraiment compte[7]. Jon Elster souligne que ce qui caractérise les normes sociales c'est le fait qu'elles soient partagées par d'autres, s'appuyant donc sur leur approbation ou désapprobation[1]. D'ailleurs, on les observe peut être plus facilement lorsqu'elles ne sont pas respectées. En

---

[1] *Ibid*.
[2] *Ibid*.
[3] *Cometti, Jean-Pierre, Qu'est-ce qu'une règle? (Paris: Vrin, 2011).*, p.9.
[4] *Ibid.*
[5] *Ibid.* , p.9-10.
[6] Plus spécifiquement sur les normes sociales, voir Demeulenaere, Pierre, *Les normes sociales : entre accords et désaccords* (Paris: Presses universitaires de France, 2003)., Picard, Dominique, *Politesse, savoir-vivre et relations sociales* (4e ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2010)., Posner, Eric A., *Law and Social Norms* (Harvard University Press, 2002).
[7] Brunsson, Nils et al., dir. *A world of standards*. New York: Oxford University Press Inc., 2000)., p. 12.

cherchant à appuyer la distinction entre le comportement sociologique d'un individu et le comportement rationnel (et instrumental), l'auteur insiste sur le fait que les normes sociales ne poursuivent pas de résultats (« not outcome-oriented »). Elles indiquent simplement de « faire ceci ou cela » ou de ne pas le faire. Les normes sociales sont donc volontaires, dans le sens où elles n'ont pas de force contraignante. Cependant, le non-respect de ces normes peut créer des sentiments d'anxiété, de culpabilité ou de honte[2]. Des exemples en seraient le fait de devoir travailler pour gagner de l'argent, d'être poli, d'être honnête, mais également l'égalité ou le commerce équitable. Bien qu'il puisse y avoir des différences entre les pays, les normes sociales caractérisent les rapports humains dans toutes les sociétés[3].

La notion de norme peut également prendre la forme d'une idée ou d'un principe émettant une prescription sur le comportement d'acteurs avec une identité donnée[4]. Il s'agit alors d'un énoncé comprenant « un problème, un projet, une promesse dans une même formule (de la plus concise à la plus compliquée), qui prescrit ou proscrit un comportement et qui renvoie à un « double sentiment d'obligation et de réciprocité »[5]. L'application de la norme induit des régularités du comportement des acteurs, leur permettant ainsi d'anticiper les comportements de leurs semblables[6]. Selon cette dernière caractéristique, la norme se rapproche de la notion d'institution chez les institutionnalistes sociologiques. Pour March et Olsen, une institution est un ensemble relativement stable de règles et de pratiques imbriquées dans des structures qui rendent l'action possible[7]. Ce sont donc les ressources structurelles qui permettent aux acteurs d'agir. Mais selon les auteurs, une institution est également ce qui fait l'identité des acteurs et qui explique et justifie leur comportement. C'est dans ce sens que les institutions « guident le comportement et stabilisent les incertitudes » des acteurs[8]. Comme le soulignent Martha Finnemore et Kathryn Sikkink, là où les constructivistes voient des « normes », les

---

[1] Elster, Jon, «Social Norms and Economic Theory», *The Journal of Economic Perspectives* 3, no. 4 (1989), 99-117., p. 99.
[2] *Ibid.* , p.100.
[3] A titre d'exemple, ouvrir un cadeau devant celui qui l'a offert est un geste approprié dans les pays occidentaux, alors qu'il ne l'est pas dans un pays comme l'Inde.
[4]Finnemore, Martha et Kathryn Sikkink, «International Norm Dynamics and Political Change», *International Organization* 52, no. 4 (1998), 887-917., p.891.
[5] Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein, *Normer le monde* (Paris: L'Harmattan, 2009)., p.24-25.
[6] *Ibid.* , p.37.
[7] En anglais dans le texte : « An institution is a relatively stable collection of rules and practices, embedded in structures of resources that make action possible -- organizational, financial and staff capabilities, and structures of meaning that explain and justify behavior – roles, identities and belongings, common purposes, and causal and normative beliefs », Olsen, Johan P. et James G. March, «The logic of appropriateness» dans Rein, Martin, et al., dir., *Handbook of Public Policy* (New York: Oxford University Press, 2008), 689-708., p.5.
[8] En anglais dans le texte : « They guide behavior and stabilize expectations », *ibid.*

institutionnalistes voient des « institutions »[1]. Les deux auteures expliquent que la différence entre normes et institutions consiste dans le fait que les premières se réfèrent à un comportement en particulier, alors que les secondes se réfèrent à un ensemble de comportements, ainsi qu'à la manière dont ils sont structurés dans un tout cohérent. Ainsi, la « souveraineté » ou l'« esclavage » sont des institutions et non pas des normes, dans le sens où elles comprennent un ensemble de normes qui ont pu changer au fil du temps[2].

D'autres auteurs définissent la norme comme étant un « étalon de comportement adéquat pour un type d'acteur spécifique »[3]. Comme l'explique Grégoire Delhaye, le type d'acteur considéré correspond à l'échelle d'analyse : en relations internationales, il s'agit souvent de l'Etat, mais également des organisations internationales, des ONG, des mouvements transnationaux[4]. Il peut également représenter une ville, une région, une entreprise etc. Dans la lignée des distinctions faites par Yves Schemeil et Wolf-Dieter Eberwein entre norme, idée, principe, et valeur[5], l'auteur souligne le fait que la norme n'est pas seulement l'affirmation d'un principe ou d'une idée, tel que les droits de l'homme par exemple ou le développement durable. Elle doit se référer directement au comportement des acteurs, faisant ainsi un lien entre l'énoncé et l'action de ces derniers[6]. Dans cette compréhension, la norme comporte deux caractéristiques essentielles[7]. Elle indique d'abord le comportement que l'acteur doit avoir. Il y a donc ce sens du « devoir » de s'y conformer, ce que les auteurs anglophones appellent « oughtness »[8]. Mais il y a une deuxième caractéristique : une certaine légitimité dans le comportement auquel la norme fait référence[9]. Ainsi, les acteurs l'appliquent non pas parce qu'elle est obligatoire, mais parce qu'ils la perçoivent comme étant légitime. Le processus par lequel se déroule cette « matérialisation » de la norme, à partir de son énonciation et jusqu'à

---

[1] Finnemore, Martha et Kathryn Sikkink, *op. cit*., p.891.
[2] *Ibid.* , p.891.
[3] *Ibid.* , p. 891.
[4] Delhaye, Grégoire, «Comprendre la mondialisation des normes: les leçons d'échec de la liberté religieuse universelle» dans Schemeil, Yves and Wolf-Dieter Eberwein, dir., *Normer le monde* (Paris: L'Harmattan, 2009), 87-110.
[5] Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein, *op. cit*., p. 26-37.
[6] Grégoire Delhaye reprend ici Ann Florini (1996) pour mentionner que les normes doivent avoir « trait au comportement, pas directement aux idées », Delhaye, Grégoire, *op. cit*., p. 87.
[7] Florini, Ann, «The Evolution of International Norms», *International Studies Quarterly* 40, no. 3 (1996), 363-89.
[8] Voir les articles de référence de Martha Finnemore et d'Ann Florini, précédemment cités.
[9] Ann Florini considère ce comportement légitimé comme étant la caractéristique principale de la norme et le formule ainsi en anglais : « The most important characteristic of a norm is that it is considered a *legitimate* behavioral claim », dans Florini, Ann, *op. cit*., p.364-365.

sa mise en œuvre auprès des acteurs, ne « va pas de soi »[1], mais est suivi de phases au sein desquelles discours, interactions et résistances s'articulent autour de la diffusion et de l'adoption de normes au niveau national et international[2].

B) Les normes techniques

La notion de norme peut se référer également à un document contenant des spécifications sur les caractéristiques d'une activité ou d'un produit. Appelée plus précisément norme technique, elle fait souvent l'objet d'analyses économiques ou de politiques publiques. Nous pouvons tous observer des normes techniques dans nos activités professionnelles. Quel que soit le métier que nous exerçons, les normes techniques orientent, structurent et encadrent nos missions de travail. Le chercheur en science politique tient à respecter les normes techniques de publication de ses articles et communications, l'entreprise met au point des documents de travail qui devront être suivis par l'ensemble du personnel, l'architecte d'un hôpital prend en compte les normes techniques de sécurité incendie ou d'hygiène, le concepteur de pièces mécaniques cherche à respecter les normes recommandées par son acheteur.

La norme technique peut prendre différentes formes : document de travail, notice technique, note explicative etc. Elle a donc le plus souvent une forme écrite et comporte des spécifications précises de ce qui doit être fait et/ou comment cela doit être fait. On n'est plus dans le cas de la norme sociale intériorisée qui est suivie par les acteurs sans qu'il soit nécessaire de leur expliquer comment il faut faire. La norme technique est dans ce contexte plus facilement « saisissable » étant donné qu'elle prend une forme textuelle concrète. La définition de norme technique qui est retenue est celle adoptée par les organismes internationaux de normalisation : « un document déterminant des spécifications techniques de biens, de services ou de processus qui ont vocation à être accessibles au public, résultent d'un choix collectif entre les parties intéressées à sa création, et servent de base pour la solution de problèmes répétitifs »[1]. Vu sous cet aspect, les normes techniques de la construction des hôpitaux sont les documents techniques spécifiant la manière dont doivent être réalisés les bâtiments hospitaliers, du point de vue de leur conception et construction architecturale.

---

[1] Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein, *op. cit.*

[2] Sur le « cycle de vie » d'une norme, voir l'article de référence de Finnemore, Martha et Kathryn Sikkink, *op. cit.* , et en particulier le tableau 1 « Les phases de la norme » p.898.

Si les normes sociales correspondent à une certaine vision du monde et de la conduite à avoir au sein de ce dernier (que ce soit à un niveau individuel ou collectif), les normes techniques portent plus spécifiquement sur l'ensemble des productions du monde social, ainsi que sur la manière dont ces productions devraient être réalisées. La différence entre la norme sociale et la norme technique réside ainsi dans le fait que la première concerne le comportement tandis que la seconde se rapporte à la production (processus et résultat) dans l'ensemble des domaines d'activité sociale. Dans ce sens, les normes sociales sont plus « implicites » et se réfèrent à un comportement « à avoir » sans porter sur les critères concrets de ce dernier. Elles ne sont pas non plus le produit d'une négociation entre de nombreux acteurs dans un lapse de temps déterminé, mais plutôt le produit de la société et de l'histoire (donc de l'évolution de la société et des relations en son sein dans le temps). Cependant, tout en étant distinctes, les normes sociales et les normes techniques sont liées. D'une part, la norme sociale se traduit, parfois, par une norme technique. Ainsi, les énoncés véhiculant des idées, de modèles, des principes ou des codes de conduite peuvent prendre la forme de documents concrets, tels qu'un programme, une politique publique ou un texte de loi[2]. D'autre part, la production des normes techniques s'appuient sur des éléments de normes sociales. Ainsi, leur élaboration est « le résultat de négociations, souvent acharnées, entre des visions du monde qui se trouvent en quelque sorte cristallisées dans des procédures pratiques et dans des règles d'usages, dans des langages, des objets, des organisations »[3].

C) Normes techniques obligatoires et volontaires

Les normes techniques peuvent être obligatoires ou volontaires, selon leur source d'émission. Prenons les normes techniques émises par les administrations étatiques et qui ont une force juridique contraignante. Appelées normes techniques règlementaires[1], elles sont omniprésentes lors de la construction des hôpitaux, et les architectes et ingénieurs doivent les

---

[1] Définition adaptée des termes de l'ISO (International standard organisation) et de l'AFNOR (Association française pour la normalisation), reprise de Lelong, Benoît et Alexandre Mallard, *Réseaux : communication, technologie, société* (Vol. 18. Paris: Hermès Science Publications, 2000), 255., p.11.

[2] David Demortain explique, par exemple, comment le dispositif Haccp dans le secteur alimentaire est passé de principes abstraits à un système formalisé : « Le travail des experts a donc consisté à inventer ce qu'on peut appeler des dispositifs d'appropriation du concept : des technologies, des techniques ou des outils permettant de mettre en œuvre les principes hautement abstraits de l'Haccp », dans Demortain, David, «Rendre transférable plutôt que diffuser. Les experts scientifiques et l'histoire de la norme alimentaire Haccp» dans Schemeil, Yves and Wolf-Dieter Eberwein, dir., *Normer le monde* (Paris: L'Harmattan, 2009), 131-51., p.141.

[3] Le Moënne, Christian, *op. cit*.

appliquer afin d'obtenir les autorisations de la part des administrations publiques. Mais il y a également des normes techniques volontaires, qui n'ont pas de force contraignante, tout au moins sur le plan juridique[2]. Ces normes sont émises par divers acteurs privés, qu'il s'agisse de consultants, d'entreprises ou d'organismes de normalisation tels que l'ISO (l'Organisation internationale des standards) ou le CEN (le Comité européen de la normalisation[3]). Dans le domaine de la construction des hôpitaux, les architectes et les ingénieurs, par exemple, peuvent choisir d'adopter une norme HQE (haute qualité environnementale) pour le bâtiment qu'ils construisent. Tant qu'il n'y pas de sanction imposée par une autorité publique, nous considérons ainsi que la norme n'est pas obligatoire[4].

Certains auteurs emploient la notion de « normes formelles » pour faire référence à des documents contenant des spécifications[5]. Ils font ainsi une différence entre les normes selon leur degré de formalité. Dans l'introduction de l'ouvrage « Normer le monde », Yves Schemeil et Wolf-Dieter Eberwein distinguent de leur côté la norme de la règle, pour appuyer le caractère volontaire de la première et le pouvoir de sanction de la seconde[6]. Les normes selon eux sont volontaires et s'accompagnent d'une sanction « plus diffuse, moins certaine, plutôt collective qu'individuelle », alors que les règles sont des textes législatifs avec un caractère contraignant et une capacité concrète de sanction[1]. Avec cette dernière caractéristique, les règles peuvent donc donner « une force exécutoire » aux normes.

Sans faire de distinction explicite entre les normes sociales et les normes techniques, ces auteurs décrivent qu'il peut se produire un processus de formalisation à partir d'une norme

---

[1] Dans le cadre de la thèse, nous utilisons également le terme de « réglementation » pour faire référence aux normes techniques règlementaires.

[2] A ce titre, François-Xavier Dudouet et Antoine Vion soulignent que ce n'est pas parce que la norme n'est pas juridique, qu'elle est pour autant complètement volontaire. Certaines normes techniques, sans qu'elles soient obligatoires, s'imposent par une utilisation excessive sur le marché, Dudouet, François-Xavier et al., «Politiques internationales de normalisation», *Quelques jalons pour la recherche empirique* 56, no. 3 (2006), 367-92.

[3] Le Comité européen de normalisation a été créé en 1975 par les associations nationales de normalisation des pays de la CEE et de l'AELE. La mission de l'organisation est de réduire les barrières aux échanges économiques au sein de l'Union européenne, en développant des normes techniques communes (les normes EN ou « euro norms »).

[4] Tout en tenant compte du fait que la sanction juridique n'est pas la seule qui puisse rendre obligatoire l'adoption d'une norme, nous retenons cette caractéristique pour différencier les normes techniques règlementaires (émises par des administrations étatiques) de celles volontaires (émises par des organismes non-étatiques).

[5] Demortain, David, *op. cit*., p.132.

[6] Les auteurs notent que la norme en relation internationale, le fruit d'une sélection d'idées ou de principes, peut se traduire dans le temps par des règles. Pour les auteurs, ces dernières ont la capacité de sanctionner : « à ce moment-là, et à ce moment-là seulement, personne ne pourra plus (et ne voudra plus ?) choisir de ne pas s'y conformer », p.37, voir aussi le Graphique 1 « Comment reconstruire le concept de norme » sur cette même page. Voir Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein, *op. cit*., partie sur «Normes et règles ».

sociale en tant que code de comportement, en passant par une norme plus formelle (document technique) et jusqu'à devenir une norme contraignante (règle). Il y a ici un cheminement de la norme à observer : à titre d'exemple, la norme de développement durable, constituée à l'origine de déclarations prônant un mode de comportement vertueux d'un point de vue environnemental, a pu se traduire par des textes normatifs concrets (la norme technique HQE, le protocole de Kyoto). Certains de ces textes s'accompagnent désormais de sanctions, devenant ainsi des normes techniques règlementaires.

La différenciation entre les normes techniques obligatoires et volontaires est plus claire dans la littérature anglophone sur la normalisation. Dans l'ouvrage de référence « A world of standards », Brunsson et Jacobsson partent du constat que l'ensemble des interactions sociales sont assujetties à des normes (*rules*)[2]. Parmi ces différentes normes qui structurent nos activités, certaines sont intériorisées et ne comportent pas de forme écrite – ce sont les normes sociales (*norms*). D'autres en revanche sont plus formalisées. Elles sont bien définies et se présentent souvent sous une forme écrite. Elles sont appelées *directives* ou *standards*. Les *directives* émanent d'une autorité qui a un pouvoir de sanction. Elles sont donc obligatoires. Les *standards* ont un caractère non contraignant et totalement volontaire[3]. L'organisation qui les élabore ne fait pas référence à son autorité pour les instaurer, et doit convaincre de leur utilité[4]. Les *directives* et les *standards* diffèrent de normes sociales par le fait qu'ils sont explicites (donc formalisés) et par le fait que l'on peut identifier leur source d'élaboration[5]. Elles correspondent à ce que nous qualifions en français de normes techniques (voir Fig. 5).

---

[1] *Ibid.* , p.31.
[2] Brunsson, Nils et al., dir., *op. cit*.
[3] Le terme de standard fait référence en français à trois notions différentes : la norme, le standard et l'étalon (au sens de l'étalon de mesure). Mallard, Alexandre et Benoît Lelong, «Présentation», *Réseaux* 18, no. 102 (2000), 9-34., p. 10. Olivier Borraz précise, en se basant sur ces auteurs, que : le standard se réfère en langue française à une norme technique produite par le marché, à la différence de celle résultant d'une élaboration collective, dans le cadre d'un organisme de normalisation. La suprématie des PCs ayant quasiment éliminé d'autres alternatives technologiques et ayant imposé des spécifications techniques constitue un exemple de standard qui a été sélectionné par le marché. Borraz, Olivier, «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique» dans Lascoumes, Pierre and Patrick Le Galès, dir., *Gouverner par les instruments* (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2004), 123-61., p. 124-125.
[4] Brunsson, Nils et al., dir., *op. cit*., p.13.
[5] *Ibid.* , p.12.

Fig. 5 : La notion de norme en français et en anglais

Français	**Anglais**
Normes	*Rules*
Normes sociales	*Norms*
Normes techniques obligatoires	*Directives*
Normes techniques volontaires	*Standards*

La distinction entre les normes techniques obligatoires et volontaires est utile pour comprendre comment a été encadrée l'action des professionnels du bâtiment durant la période soviétique et ce qui a changé par la suite. Durant la période soviétique URSS, l'ensemble des normes techniques de la construction des hôpitaux étaient produites par l'Etat. Leur application était obligatoire. Il n'y avait donc quasiment pas de normes techniques volontaires dans ce domaine. A titre de comparaison, en France, une partie des normes techniques à destination de la construction des hôpitaux sont règlementaires et donc obligatoires, mais il demeure également des normes volontaires que les professionnels de ce domaine peuvent appliquer en fonction de leurs préférences. Le fait est qu'en URSS, l'Etat était le seul acteur de la normalisation technique et que cette dernière était très détaillée, ce qui ne laissait qu'une marge de manœuvre limitée aux professionnels de ce domaine. Or, dans des pays comme la France ou comme le Royaume-Uni par exemple, des acteurs économiques sont également associés au processus de normalisation et une partie des normes techniques n'est plus émise par l'Etat, mais laissée au libre cours du marché[1]. Il convient ainsi de retenir le fait que la construction des hôpitaux était encadrée en large partie par des normes règlementaires durant la période soviétique en Ukraine et en Moldavie et qu'il n'y avait que très peu de normes volontaires dans ce domaine d'activité. Nous reviendrons dans le chapitre 4 sur ces aspects.

[1]Pour rentrer un peu plus dans les détails, durant l'URSS, les normes techniques précisaient la quantité des matériaux de construction à utiliser pour un bâtiment hospitalier, ainsi que le type de matériel, les équipements et technologies médicales, en fonction de ce qui était émis par l'économie planifiée de l'Union. Or, dans une économie de marché comme celle des pays occidentaux, certains de ces éléments sont laissés au libre choix des acteurs économiques. La norme technique règlementaire, rendue obligatoire par l'autorité publique, indiquera la nécessité d'assurer par exemple la sécurité d'un bâtiment, tout en laissant aux acteurs économiques les moyens de la réaliser (utilisation de tel ou tel matériaux, sans fixer sa dénomination dans la norme technique, de manière à ce que les acteurs économiques recherchent constamment diverses solutions techniques).

La figure 6 synthétise les différents éléments présentés jusque-là s'agissant des types de normes et de leurs caractéristiques en donnant quelques exemples.

Fig. 6 : Type de normes et caractéristiques

Type de norme	*Sources*	*Application*	*Exemples*
Normes sociales	Traditions, culture	Volontaire Intériorisée	Saluer, ne pas voler, respect de l'autrui, solidarité
Normes techniques	Organismes de normalisation étatiques ou privés	Obligatoire ou Volontaire	Droits de l'homme, parité hommes-femmes, maintien de la paix, normes de sécurité incendie pour les bâtiments, norme de fabrication des appareils électriques

D) Normes formelles et informelles

En plus de distinguer les normes techniques selon leur caractère obligatoire (réglementaire) ou volontaire, il nous parait essentiel d'établir une dernière différenciation qui concerne cette fois-ci l'utilisation des normes techniques par les acteurs, et non leur nature (source d'émission, caractère obligatoire ou non). Au cours de nos observation de terrain, il nous est en effet apparu que coexistaient deux types de normes : (1) des normes formelles qui correspondent à des documents écrits ; (2) des normes informelles qui correspondent davantage à des habitudes et des savoir-faire qui s'enracinent dans le temps.

Passée une période d'apprentissage où les normes techniques formelles sont consultées régulièrement, celles-ci deviennent des « routines ». Les architectes expérimentés que nous avons observés consultent assez peu les documents précisant les normes techniques applicables[1]. Cela ne veut pas dire qu'ils n'en consultent aucun (notamment parce qu'il peut y

[1] Ainsi, nous avons pu noter que des architectes faisaient par exemple référence à une norme technique indiquant la disposition du bloc opératoire d'un hôpital d'une certaine façon, mais sans qu'ils se souviennent exactement du contenu du document en question. Au fur et à mesure des projets, ils ont développé leur expérience de travail sur la base de différentes normes techniques, ces dernières devenant ainsi une partie intégrante de leur savoir-faire.

avoir des mises à jour), mais simplement que leur savoir-faire est suffisamment consolidé pour qu'ils puissent avancer dans leur travail sans s'infliger une consultation systématique du support écrit des normes techniques. Ainsi, les professionnels du bâtiment, lorsqu'ils utilisent des normes techniques durant une longue période de temps, tendent à créer une nouvelle fois des normes, dans le sens non pas du document technique original, mais de la façon de faire qui « est admise ». Ce sont ces normes que nous appelons normes informelles.

Se rapportant à l'usage que font les acteurs des normes techniques, la notion de norme informelle n'implique pas qu'il y a nécessairement une différence entre l'utilisation initialement prévue de la norme et la pratique des acteurs[1]. Dans le cadre de notre thèse, nous souhaitons simplement souligner le fait que l'utilisation dans le temps des normes techniques formelles par les professionnels de la construction crée des façons de faire, des pratiques de travail spécifiques, qui sont intériorisées et qui deviennent en quelque sorte « la norme » – de ce qu'il faut faire. Par conséquent, si les normes formelles renvoient aux documents techniques, les normes informelles font référence aux habitudes de travail, aux façons de faire, aux pratiques routinières qui caractérisent l'expérience professionnelle des acteurs.

L'idée de la distinction entre les normes formelles et informelles est issue de l'observation d'architectes invoquant souvent le fait que « c'est comme cela qu'on fait chez nous en France », « c'est comme ça que l'on a toujours fait » etc. Lors de notre étude, nous avons observé par exemple un débat entre architectes français et ukrainiens à propos des plans d'une salle d'accouchement. La présence du père lors d'une césarienne étant acceptée en France, mais pas en Ukraine, l'architecte français avait dessiné les plans comme il en avait l'habitude en France, c'est-à-dire avec un vestiaire pour le père. Les architectes ukrainiens ont été étonnés de voir cet élément, et au final, les plans ont été modifiés et le vestiaire a disparu. Dans cet exemple, l'architecte français a proposé d'introduire, sans qu'on lui en donne la consigne, un élément architectural qui, chez lui, fait l'objet d'une norme technique formelle découlant d'une norme sociale. Aucune norme formelle ukrainienne n'imposait ce vestiaire, bien au contraire : de fait l'architecte français a agi en suivant une norme technique informelle, issue de sa pratique et de son savoir-faire national. L'absence de vestiaire, en Ukraine, ne constitue pas une infraction à une norme formelle, mais seulement une incongruité par rapport à une norme sociale qui veut que le père n'assiste pas à une

césarienne. De fait, la proposition de l'architecte français ne s'est pas heurtée à une norme technique formelle ukrainienne, mais à une norme technique informelle, découlant d'une norme sociale. L'informel s'est donc exprimé à la fois dans le refus ukrainien de mettre en place un vestiaire et dans la proposition française d'en construire un.

De façon plus générale, les acteurs du pays receveur peuvent accepter les propositions d'un architecte étranger qui sont issues de sa pratique nationale ou au contraire la refuser. Dans le premier cas de figure, cela revient à adopter une norme technique informelle découlant d'une norme sociale étrangère. Dans le second, cela revient à faire appliquer les normes sociales de leur pays et à exiger leur respect. Lors de notre enquête, nous avons observé que lorsqu'il s'agissait des normes sociales, les acteurs nationaux ont, dans les plupart des cas, demandé la modification des plans réalisés par les spécialistes étrangers.

E) L'exemple des normes règlementaires pour la construction des hôpitaux

Les architectes et les ingénieurs en charge de la réalisation d'un bâtiment hospitalier doivent respecter de nombreuses normes techniques, afin d'obtenir les autorisations de la part des administrations de contrôle. Les textes juridiques concernent de nombreux aspects : la sécurité incendie, la résistance aux séismes, l'hygiène, l'environnement, l'accès aux personnes à mobilité réduite, etc. (voir Fig. 7 pour des détails et des exemples).

Fig. 7 : Exemples de normes techniques pour la construction des hôpitaux en France[2]

Type de norme	**Règlementations en France**	**Exemple**
Normes antisismiques	Code de l'environnement Le zonage sismique : défini par les décrets du 22 octobre 2010 (décrets n° 2010-1254 et n° 2010-1255) en vigueur à compter du 1er mai 2011[3].	Art. D. 563-8-1 : « Les communes sont réparties entre les cinq zones de sismicité définies à l'article R. 563-4 conformément à la liste ci-après, arrêtée par référence aux délimitations administratives, issues du code officiel géographique de l'INSEE. »

[1] C'est pour cette raison que nous ne retenons pas la notion d'usage pour notre étude. Il ne s'agit pas de montrer que les architectes nationaux font un usage différent des normes techniques transférées par les architectes étrangers, mais simplement qu'ils les empruntent pour réaliser les plans architecturaux des nouveaux hôpitaux.

[2] Le choix de ces différents exemples est aléatoire. Nous avons simplement choisi des exemples de normes techniques mentionnées par les architectes observés durant notre enquête de terrain.

[3] Le zonage sismique de la France est un exemple d'instrument d'action publique à travers lequel l'Etat français règlemente la construction des bâtiments sur son territoire, en fixant les règles de construction dans les zones à risques. Il existe également un Plan séisme (« un programme national de prévention du risque sismique »), pour

Type de norme	**Règlementations en France**	**Exemple**
Normes sanitaires[1]	Le Code de la santé publique	Article D6124-100 : « La salle de surveillance post interventionnelle est située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement est favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiqués les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle »[2].
Normes de sécurité incendie	Code de la construction et de l'habitation[3]	Article R.123-4 : « Les bâtiments et les locaux où sont installés les établissements recevant du public doivent être construits de manière à permettre l'évacuation rapide et en bon ordre de la totalité des occupants ou leur évacuation différée si celle-ci est rendue nécessaire. Ils doivent avoir une ou plusieurs façades en bordure de voies ou d'espaces libres permettant l'évacuation du public, l'accès et la mise en service des moyens de secours et de lutte contre l'incendie ». Article R.123-10 : « Les ascenseurs et monte-charges, les installations d'électricité de gaz et de chauffage et de ventilation ainsi que les équipements techniques particuliers à certains types d'établissements doivent présenter des garanties de sécurité et de bon fonctionnement ».

connaître la liste des communes concernées, voir : http://www.planseisme.fr/Zonage-sismique-de-la-France.html.

[1] Catherine Fermand mentionne que les normes sanitaires sont relativement peu nombreuses pour la conception et la construction des établissements de santé et que « l'essentiel de la règlementation dans ce domaine découle du Code de la construction et de l'habitation et concerne la sécurité incendie », Fermand, Catherine, *op. cit*., p. 258. Cependant, l'auteure n'oublie pas d'exposer le cadre juridique du système hospitalier français, qui contient de nombreux textes législatifs sur l'organisation des établissements de santé, l'offre de soins proposée, leur financement etc. Ces paramètres, bien qu'ils ne constituent pas de règlementations proprement dites, doivent également être pris en compte par les professionnels du bâtiment lors de la conception et la construction des hôpitaux.

[2] Les différents textes législatifs dans le domaine sanitaire « règlementent l'organisation des structures et unités de soins, l'accueil des malades, les équipements techniques, les matériels, l'implantation des locaux, leur capacité et leur aménagement, les personnels et leur qualification, etc. nécessaires aux activités de soins concernées », *ibid.* , p. 258. Lorsque les architectes conçoivent les plans du futur établissement hospitalier, ils tiennent compte de ces différents paramètres (dans la manière dont ils placent les départements médicaux, le positionnement des points d'entrée/sortie, le nombre d'équipements, les flux etc.).

[3] Pour les normes techniques de sécurité incendie, voir en particulier la Partie règlementaire, « Chapitre III : Protection contre les risques d'incendie et de panique dans les immeubles recevant du public », Art.R*123-1 jusqu'à Art. R*123-55.

Type de norme	**Règlementations en France**	**Exemple**
Normes d'accessibilité	Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[1]	Art. L. 111-7-3 : « Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps ».

En principe, la finalité des normes techniques de construction d'hôpitaux est similaire dans la plupart des pays puisqu'il s'agit d'assurer des conditions de sécurité. Néanmoins, tant les paramètres techniques que leur mise en œuvre peuvent différer d'un pays à l'autre.

Un exemple permet de mieux cerner ces variations nationales. Dans le Code de la construction et de l'habitation français, l'Article R.123-4 impose la contrainte technique de sécurité incendie suivante aux matériaux des parois et des gaines, ainsi qu'aux revêtements intérieurs :

> *« Matériaux des parois et gaines (§4)*
> *Les parois et gaines doivent être réalisées en matériaux incombustibles. Les matériaux appliqués éventuellement sur les faces intérieures des parois doivent être de catégorie M1 ou B-s1, d0.*
>
> *Revêtements intérieurs (§5)*
> *Les revêtements intérieurs des cabines d'ascenseur doivent être constitués par des matériaux de catégorie M3, D-S1, D0 et, en plancher de catégorie M4, Dfl-s1. »*

Bien que le principe de la norme soit similaire dans la plupart des autres pays (l'objectif étant de construire un bâtiment sans risque pour les utilisateurs), les matériaux utilisés pour atteindre cette exigence technique être différents. La norme indique seulement que les matériaux doivent être « incombustibles », mais ne spécifie pas de quel matériau il s'agit exactement. Dans le projet de Kiev, les architectes étrangers ont proposé de réaliser la toiture

[1] En plus de ladite loi, d'autres textes législatifs complètent à ce jour la règlementation française en matière d'accessibilité des constructions recevant du public, tels que le Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 consolidé par le décret n° 2007-1327 du 11 septembre 2007 (relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation), les Arrêtés du 21 mars et du 9 mai 2007, ainsi que la Circulaire du 20 novembre 2007. Voir le site officiel du ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie et en particulier la page web : http://www.developpement-durable.gouv.fr/Les-etablissements-recevant-du,14481.html.

d'une partie de l'hôpital en matériel de type Téflon[1]. Si ce type de matériaux est agréé et utilisé en France et au Royaume-Uni, il n'avait pas de licence en Ukraine. Le Téflon devait permettre de réaliser la structure du toit sous une forme architecturale particulière (telle qu'esquissée par les architectes au début du projet)[2]. Néanmoins, cette solution technique nécessitait que le matériau obtienne une certification en Ukraine, afin que les administrations de contrôle autorisent son utilisation pour la construction de l'hôpital.

La norme technique indique donc les caractéristiques générales des matériaux incombustibles (de type M1, d0 etc.). Mais les matériaux utilisés pour les parois et les gaines doivent être agrées par les administrations étatiques. Ainsi, chaque type de matériaux nécessite d'être certifié (ou comme on dit encore dans le langage des professionnels du bâtiment – d'avoir un « passeport ») dans un pays afin qu'il puisse être utilisé sur son marché intérieur[3]. Par conséquent, les matériaux admis et agrées en France, ne le seront pas nécessairement en Moldavie ou en Ukraine. Par ailleurs, les professionnels du bâtiment de chaque pays ont l'habitude de travailler avec certains types de matériaux[4].

L'exemple de cette norme technique permet d'indiquer qu'il existe de nombreux moyens de remplir les conditions techniques exigées par la norme et que ces moyens sont liées aux activités des acteurs économiques de chaque pays, ainsi que plus indirectement, aux façons de faire et coutumes des acteurs nationaux. Mais en plus de cet aspect, la norme en elle-même peut être émise différemment par les pouvoirs publics d'un pays à l'autre. Le cas de l'Union soviétique permet d'illustrer la différence entre une norme technique plus générale, comme celle que nous venons de spécifier et une norme bien plus détaillée. En effet, les normes techniques de la période soviétique spécifiaient non pas seulement l'objectif à atteindre, mais également les moyens à mettre en œuvre. Plus concrètement, ces normes spécifiaient dans les détails les matériaux et les équipements qui devaient être utilisés pour assurer les conditions

---

[1] Le Téflon (PTFE) est un matériau thermostable utilisé dans de nombreux domaines, dont la construction des bâtiments. Sa spécificité tient à la capacité de supporter de très hautes températures (250°).

[2] Voir les images de l'esquisse du projet en Annexe.

[3] La normalisation européenne en matière de construction des bâtiments (les Eurocodes) est liée au fait que les matériaux et équipements de ce domaine doivent pouvoir également bénéficier d'une libre circulation au sein de l'Union européenne, comme tous les autres biens et services. En adoptant une norme européenne, un matériau peut être accepté sur le marché de l'ensemble des Etats de l'UE. La règlementation nationale de chaque Etat en matière de construction des bâtiments peut donc se présenter comme une forme de protectionnisme de son marché intérieur, en imposant des conditions aux acteurs économiques étrangers.

[4] Les professionnels du bâtiment avec lesquels nous avons discuté à ce sujet ont mentionné qu'en plus des exigences techniques et des matériaux agrées dans un pays, ils ont l'habitude d'utiliser certains matériaux plutôt que d'autres (pour des raisons économiques aussi parfois, parce que le pays produit du béton par exemple, ce matériaux est donc disponible et à un prix avantageux).

de sécurité. Les pouvoirs publics émettaient donc des règlementations très détaillées qui encadraient fortement la marge de manœuvre des professionnels du bâtiment. Cela s'explique en partie par le fait que la règlementation dans le domaine de la construction des bâtiments s'inscrivait également dans les lignes de l'économie centralisée. Les matériaux utilisés et exigés par les normes techniques étatiques étaient ceux présents sur le marché intérieur de l'Union soviétique (leurs quantités et dépenses étant inscrites dans des lignes budgétaires). A la suite de l'effondrement de l'Union soviétique, de nouveaux matériaux de construction et d'équipements ont intégré le marché. Les professionnels ont donc eu plus de choix en matière de construction après 1991.

II) Une analyse des normes techniques en tant qu'instruments d'action publique

Comme l'affirme Olivier Borraz, « il n'est aujourd'hui aucune activité économique qui ne soit encadrée, en partie ou dans sa totalité, par des normes »[1]. Dans le contexte de cette régulation à l'échelle mondiale par le processus de normalisation, il convient de s'interroger sur le rôle des normes non pas seulement dans une perspective économique, mais également du point de vue de l'action publique. Nous abordons la fonction de régulation des normes techniques, avant de les présenter en tant qu'instrument d'action publique. Si la plupart des études portent sur le rôle des normes techniques en tant qu'instruments volontaires et non contraignants, nous abordons également leur force coercitive.

A) La fonction de régulation des normes techniques

Si aujourd'hui, les normes techniques renvoient à l'amélioration de la qualité de divers produits, certains auteurs rappellent qu'elles furent initialement mises en place par les industriels dans le but « de favoriser la diffusion de produits par la standardisation »[2]. Les échanges commerciaux et leur intensification se sont traduits ensuite par la mise en place d'une activité croissante de « normalisation technique », dans le sens d'une spécification de

[1] Borraz, Olivier, *op. cit*.
[2] Geneviève Viney, Préface dans Penneau, Anne, *Règles de l'art et normes techniques* (Paris: Librairie générale de droit et jurisprudence, 1989), 295.

critères et de principes pour l'ensemble des activités et des produits associés à ces dernières[1]. Mais les normes techniques concernent également d'autres domaines d'activités. En droit, la mise en place de lois et de règles formelles, comme celles issues de la jurisprudence, constituent également une normalisation technique de l'organisation de la vie en société[2]. Certains auteurs envisagent ainsi la norme technique comme étant « construite selon une logique de projet industriel, social, politique »[3]. Quelle que soit l'entreprise réalisée par les êtres sociaux – l'organisation de leur vie sociale, de leur jeu politique ou de leurs échanges économiques – elle s'accompagne de normes techniques spécifiant les caractéristiques des actions mises en place et de nombreux produits dérivés de ces dernières.

Le rôle des normes techniques dans la règlementation des activités économiques et sociales est très élargi. Selon Lelong et Mallard, cinq grandes fonctions peuvent être précisées. Tout d'abord, les normes remplissent une fonction de définition, en fixant les éléments du vocabulaire nécessaire aux échanges « scientifiques, techniques ou commerciaux »[4]. C'est le cas par exemple des unités de mesure, comme la métrologie. Les normes techniques ont ensuite une fonction d'interchangeabilité des produits dont elles fixent les propriétés (l'écartement des rails de chemins de fer ou le diamètre des douilles d'ampoules électriques[5]). Deux autres fonctions assurées par les normes sont la compatibilité et l'interopérabilité qui renvoient « à la nécessité de garantir l'interfonctionnement des objets techniques dans les systèmes qu'ils composent »[6]. Enfin, la dernière fonction, la qualité, « vise à spécifier des seuils de qualité et de performance des produits mis sur le marché ». Un exemple ici est la normalisation européenne de la sécurité qui a pour objectif de « limiter les risques d'accidents dans l'utilisation des produits ».

Les normes coordonnent les activités des acteurs au sein d'un secteur donné. Le domaine de la construction des bâtiments en est un parmi d'autres. Comme nous l'avons mentionné, l'ensemble des activités humaines sont fondées sur des normes techniques qui expliquent leur déroulement, ainsi que leurs objectifs. Mais les normes sont également un dispositif de coordination du marché, dans le sens où elles offrent des informations sur les produits à

---

[1] La normalisation des activités industrielles concerne un large nombre de domaines : métallurgie, textile, construction, aéronautique, papeterie, automobile, industrie chimique, agriculture, *ibid.* , p. 39.
[2] *Ibid.* , p.4.
[3] Le Moënne, Christian, *op. cit*.
[4] Mallard, Alexandre et Benoît Lelong, *op. cit*.p.11.
[5] Penneau, Anne, *op. cit*., p.75.
[6] Mallard, Alexandre et Benoît Lelong, *op. cit*.

échanger. Dans ce cas, elles indiquent les caractéristiques des produits, tels des « marqueurs qui permettent de distinguer, dans l'ensemble des produits à échanger, ceux qui répondent à un certain nombre de propriétés explicitement spécifiées »[1]. Dans ce contexte, la normalisation devient l'activité qui consiste à dire « comment doivent se dérouler les choses ». Cela va de comment doivent se comporter les gens en société (les normes sociales) jusqu'à la manière dont doivent se dérouler leurs activités et les produits issus de ces dernières (les normes techniques).

La normalisation technique peut être analysée selon deux approches. La première met l'accent sur l'aspect économique de cette activité. La normalisation est vue comme « une ressource stratégique pour gagner des avantages compétitifs ou choisir un produit, selon que l'on se place du point de vue du producteur ou du consommateur »[2]. Dans ce contexte, les normes permettent de réduire les incertitudes des acteurs, dans le sens où elles fournissent des informations sur les produits présents sur le marché. Les études s'intéressant à la normalisation du point de vue de cette perspective économique ont abordé l'apparition des standards sur un marché (en tant que normes techniques utilisées par le plus grand nombre) le rôle des acteurs privés, le rôle des normes en tant qu'éléments de protectionnisme. Une deuxième approche envisage la normalisation « comme un mode de coordination et de régulation plus ou moins dépendant de l'autorité publique »[3]. Cet angle d'analyse met l'accent sur la capacité des normes à structurer les relations entre les acteurs du marché, non pas seulement du point de vue des ressources qu'elles peuvent fournir, mais également du point de vue des relations de pouvoir engendrées au sein de ce processus. On s'intéresse alors davantage aux acteurs en charge de l'élaboration des normes, ainsi qu'à ceux intervenant dans leur modification[4].

---

[1] *Ibid*. p.11.

[2] Dudouet, François-Xavier et al., *op. cit*., p.377. Dans cette perspective, voir Brosset, Estelle et Ève Truilhé-Marengo, *Les enjeux de la normalisation technique internationale: Entre environnement, santé et commerce international* (Paris: La Documentation française, 2006). ; Wolff, Dominique «Economie de l'innovation : le rôle des normes techniques et des brevets», *Vie & sciences de l'entreprise* 1-2, no. 183-184 (2010), 56-70. ; Lanfranchi, Marie-Pierre, «Les obligations de recourir à la norme technique dans le droit de l'OMC» dans *Brosset, E. Truilhé-Marengo, È., ed., "Les enjeux de la normalisation internationale"* (La Documentation française, 2006), 187-98. ; Blankart, Charles B. et Günter Knieps, «State and Standards», *Public Choice* 77, no. 1 (1993), 39-52. ; Jha, Raghbendra, «Complying with Standards», *Economic and Political Weekly* 40, no. 10 (2005), 912-3. ; Post, Diahanna L., «Standards and Regulatory Capitalism: The Diffusion of Food Safety Standards in Developing Countries», *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 598(2005), 168-83.

[3] Dudouet, François-Xavier et al., *op. cit*.

[4] Sur les institutions de la normalisation, voir en particulier Graz, Jean-Christophe, «Diplomatie et marché de la normalisation internationale», *L'Économie politique* 1, no. 13 (2002), 52-66. Dans cette perspective, également :

Si la perspective économique insiste sur le rôle des normes techniques sur le marché, l'approche par la régulation semble s'intéresser à une dimension plus institutionnelle, mettant l'accent non pas sur l'échange mais sur « l'encastrement social des relations marchandes »[1]. Les normes techniques sont donc vues comme des éléments qui encadrent et régulent les activités des sujets sociaux. C'est cette dimension qui nous intéresse dans le cadre de la thèse. Nous n'analysons donc pas les normes en tant que dispositifs des échanges économiques qui ont pu être modifiés avec l'ouverture des anciens pays soviétiques à une économie de marché. Notre intérêt porte plutôt sur le rôle des normes en tant qu'éléments de régulation et d'encadrement des activités des acteurs du domaine de la construction. Il s'agit donc de s'intéresser aux éléments qui ont produit le changement des normes de la construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie du point de vue de la régulation qu'elles ont exercé sur l'activité des acteurs de ce domaine. A ce titre, notre attention porte plus spécifiquement sur la manière dont on construit les hôpitaux dans les anciens pays soviétiques à la suite de la dissolution de l'URSS : quelles normes techniques régulent, encadrent et structurent l'activité des acteurs exerçant dans ce domaine ? Est-ce que ce sont celles datant de la période soviétique ou est-ce que ce sont de nouvelles ? Et est-ce que les nouvelles normes après 1991 proviennent de l'étranger ou ont été produites au niveau national ? Autrement dit, quelle est l'influence des normes étrangères sur les normes utilisées pour la construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie ? L'intérêt porte sur les acteurs. En étudiant l'utilisation des normes techniques par les acteurs participant à la modernisation des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie, nous cherchons à comprendre ce qui a produit leur transformation à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique.

B) Les normes techniques en tant qu'instruments d'action publique

Dans la perspective de l'analyse des politiques publiques, les normes sont considérées comme des instruments d'action publique dans le sens où elles régulent, encadrent et structurent l'action des acteurs dans un domaine d'activité donné. Les normes techniques de construction d'hôpitaux peuvent être analysées en tant qu'instruments de ce domaine. En offrant un cadre

---

Chantiri-Chaudemanche, Rouba et Anouar Kahloul, «Les acteurs de la normalisation comptable internationale : une communauté épistémique ?», *Comptabilité - Contrôle - Audit* 1, no. Tome 18 (2008), 9-37. ; Loukil, Faten, «Normalisation et développement durable», *Innovations* 1, no. 29 (2009), 35-57.

[1] Dudouet, François-Xavier et al., *op. cit*., p.378.

technique, elles coordonnent les actions des acteurs. Comme l'affirme Olivier Borraz, les normes « contribuent à stabiliser l'action collective, en rendant le comportement des acteurs plus prévisible ». En même temps, les normes n'imposent pas un cadre statique. En les utilisant, les acteurs peuvent contribuer à leur transformation. Et la transformation des normes permet d'étudier, à son tour, la transformation de l'action publique et de l'Etat. Car comme le mentionne Borraz, les normes « sont porteuses d'une forme condensée de savoir sur le pouvoir social »[1]. Elles expriment une conception étatique de la régulation des activités économiques et sociales. Comprendre leur évolution en tant qu'instrument d'action publique permet également de comprendre les rapports entre les acteurs étatiques et non-étatiques participant à leur élaboration, mise en œuvre et utilisation.

Le concept d'instrument a été développé par des chercheurs anglo-saxons[2], avant de connaître une dimension nouvelle dans l'analyse des politiques publiques en France[3]. L'instrument est un dispositif technique et social qui permet d'organiser les rapports entre la puissance publique et ses destinataires[4]. En guise d'exemple, on citera ici la cartographie, la taxation, la règlementation. A un niveau d'analyse plus détaillé, la CMU (Couverture Maladie Universelle), la taxe d'habitation, le SCOT (schéma de cohérence territoriale), la MOC

---

[1] Borraz, Olivier, *op. cit*., p. 125.

[2] Parmi les travaux récents, voir, Salamon, Lester M., dir. *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2002)., Hood, Christopher, «Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades», *Governance* 20, no. 1 (2007), 127-44.

[3] Comme l'affirment Pierre Lascoumes et Louis Simard, le concept d'instrument d'action publique connaît depuis les années 2000, un fort intérêt dans l'espace francophone, alors qu'il fait l'objet de travaux anglophones depuis une quarantaine d'années. Lascoumes, Pierre et Louis Simard, «L'action publique au prisme de ses instruments», *Revue française de science politique* 61, no. 1 (2011), 5-22., p. 2. L'ouvrage de référence est celui de Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments* (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2004). Des travaux sur des domaines d'action publique plus spécifiques (santé, environnement, sécurité) au niveau national ou européen adoptent la perspective des instruments : Gilbert, Claude et Henry Emmanuel, *Comment se contruisent les problèmes de santé publique* (Paris: La Découverte, 2009)., Ansaloni, Matthieu «Contrôle politique et européanisation. La politique agro-environnementale francaise à l'épreuve des évaluations», *Politique européenne* 33, no. 1 (2011), 63-88, Fouilleux, Ève, «Les politiques agricoles et alimentaires» dans Borraz, Olivier and Virginie Guiraudon, dir., *Politiques publiques 1* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008)., Crespin, Renaud, «Drogues et sécurité routière », *Revue française de science politique* 56, no. 5 (2006), 813-36., Jacquot, Sophie, «L'instrumentation du gender mainstreaming à la commission européenne : entre ' ingénierie sociale ' et ' ingénierie instrumentale '», *Politique européenne* 20, no. 3 (2006), 33-54., Pinson, Gilles, «Projets de ville et gouvernance urbaine», *Revue française de science politique* 56, no. 4 (2006), 619-51., Pasquier, Romain, «Quand le local rencontre le global : contours et enjeux de l'action internationale des collectivités territoriales », *Revue française d'administration publique* 141, no. 1 (2012), 167-82., etc. Certaines de ces analyses abordent les instruments en tant que dispositifs techniques, du point de vue de leurs fonctions au sein des politiques publiques, d'autres adoptent un angle plus sociologique, en s'intéressant à la construction et à l'appropriation par les acteurs.

[4] Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments, op. cit*, Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, «Instrument» dans Boussaguet, Laurie, et al., dir., *Dictionnaire des politiques publiques* (Paris: Presses de Sciences Po, 2010), 325-35.

(méthode ouverte de coordination) sont des exemples représentatifs d'instruments mis en place par les administrations publiques. Dans ce contexte, les règlementations dans différents domaines – bancaire, comptabilité, informatique, construction des bâtiments etc. – représentent des instruments d'action publique à travers lesquels l'Etat encadre les activités. La perspective par les instruments permet d'identifier les dispositifs d'action publique à travers lesquels l'Etat gouverne. Mais comme le mentionne Pauline Ravinet, si l'activité de gouverner peut être saisi par des instruments traditionnels de « command and control », l'action de gouvernance est mieux appréhendée par des instruments « alternatifs », autres que ceux contraignants[1]. L'auteure fait référence aux instruments de type *soft law* qui ne se fondent pas sur des dispositions juridiques et qui contraignent autrement que par la sanction. L'exemple du dispositif de coordination du processus de Bologne montre comment des initiatives volontaires au départ, se sont concrétisées par des instruments plus formels. De plus, cet instrument s'est diffusé par la suite à d'autres pays que ceux de l'Union européenne, en « s'institutionnalisant en dehors du cadre institutionnel » de celle-ci[1]. Dans la lignée des travaux de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, l'étude de Ravinet met au centre de l'action publique le rôle des instruments et leur « autonomie » propre. L'idée centrale de cette approche récente est que les instruments évoluent selon leur propre logique, s'éloignant parfois des fonctions qu'on leur a initialement attribuées. Ils peuvent donc avoir des effets inattendus, comme le montre l'exemple du processus de Bologne. Au-delà de leur dynamique propre, l'auteure s'interroge également sur la fonctionnalité des instruments, ainsi que sur le rôle des acteurs. Notre thèse s'intéresse en particulier à ces derniers aspects.

La fonction d'un instrument n'est pas « figée » ou déconnectée de son environnement extérieur. La modification de la configuration institutionnelle au sein de laquelle évolue un instrument peut engendrer des modifications de ce dernier. A ce titre, nous avons pu constater que le dispositif de Statut Expérimental, en Ukraine, n'a pas eu la même utilisation et donc fonction, durant l'Union soviétique et à la suite de son effondrement. Pendant l'URSS, le Statut Expérimental était utilisé pour mesurer l'efficacité d'un projet-type et permettre ensuite sa multiplication sur l'ensemble du territoire. Un Statut Expérimental était donc accordé à un type de projet (un hôpital, un immeuble de logements), pour lui permettre de déroger, exceptionnellement, aux normes règlementaires. A la suite de l'effondrement de l'URSS,

[1] Ravinet, Pauline, «La coordination européenne « à la bolognaise ». Réflexions sur l'instrumentation de l'espace européen d'enseignement supérieur», *Revue française de science politique* 61, no. 1 (2011), 23-49., p. 15.

l'Ukraine a sauvegardé ce dispositif. Mais entre 1991 et 2011, il a été utilisé comme une possibilité de déroger aux normes techniques en vigueur, plutôt que dans l'objectif de produire des projets-types. Cet exemple permet de réintroduire le rôle des acteurs dans l'utilisation des instruments. Car, comme le mentionne Ravinet, les acteurs sont « très créatifs pour anticiper et se réapproprier les effets propres des instruments »[2]. Notre intérêt porte donc davantage sur la manière dont les acteurs utilisent les instruments d'action publique et moins sur la dynamique propre de ces derniers. Il ne s'agit donc pas des acteurs qui élaborent les normes techniques de construction d'hôpitaux (comme les organismes de normalisation)[3]. Etant donné que la thèse étudie comment ont été construits les hôpitaux entre 1991 et 2011, ce sont les acteurs « de terrain », utilisant des normes techniques, qui sont mis en avant. Nous montrons notamment que ces acteurs peuvent se soustraire à l'application d'instruments contraignants, développés par l'Etat, en participant ainsi à leur transformation.

Comme l'affirment Lascoumes et Le Galès dans l'introduction de leur ouvrage « Gouverner par les instruments », les instruments ne sont pas des dispositifs techniques « neutres »[4]. Ils sont « porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagée »[5]. L'instrument a donc à la fois un côté fonctionnel et symbolique. D'une part, il encadre, régule, structure, contrôle des domaines d'action publique. D'autre part, il exprime la manière dont doivent être organisés les rapports entre la puissance publique et ses sujets[6]. Les normes techniques de construction d'hôpitaux exercent, certes, une fonction de régulation, mais l'analyse ne peut se limiter à cet aspect. Elles ne

---

[1] *Ibid*. p. 60.

[2] *Ibid*. p. 63. Cependant, l'auteure ne rentre pas dans les détails de cet énoncé, en le lançant plutôt comme une piste de recherche.

[3] Certains auteurs adoptent l'approche des instruments, en s'intéressant aux acteurs « producteurs de programmes d'action publique », Baudot, Pierre-Yves, «L'incertitude des instruments: L'informatique administrative et le changement dans l'action publique (1966-1975)», ibid., 79-103.

[4] Des travaux démontrent l'absence de « neutralité axiologique » des instruments, voir Ihl, Olivier et al., *Les sciences de gouvernement* (Paris: Economica, 2003). Alain Desrosières montre par exemple comment l'information statistique contient des représentations et crée des interprétations auprès des acteurs. Desrosières, Alain *La politique des grands nombres* (Paris: La Découverte, 1993).

[5] Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments, op. cit*., p. 13. Plus récemment, d'autres auteurs adoptent cette idée afin de souligner que le choix et l'usage des instruments par les acteurs nécessite d'être davantage étudié. Ils mentionnent que les approches par les instruments apportent un complément aux analyses sur la gouvernance, notamment du point de vue de la portée cognitive de ces derniers. Les instruments contiendrait donc une dimension cognitive de la politique qu'ils accompagnent : Dunlop, Claire A. et al., «The many uses of regulatory impact assessment: A meta-analysis of EU and UK cases», *Regulation & Governance* 6, no. 1 (2012), 23-45.

[6] La relation entre les idées et les instruments fait l'objet de plusieurs travaux, dont : Béland, Daniel, «The Idea of Power and the Role of Ideas», *Political Studies Review* 8, no. 2 (2010), 145-54. ; Kassim, Hussein et Patrick

doivent pas être réduites « à une rationalité technique pure »[1]. Ces normes expriment également une certaine conception de la régulation de la construction des bâtiments au sein d'un Etat. Le développement par l'URSS d'un corpus de normes techniques de construction, édifiant et détaillé, encadrant fortement l'activité des professionnels du bâtiment, exprimait l'idée d'une action étatique forte et centralisée. Cet aspect est mentionné dans nos travaux, mais il ne constitue pas l'angle principal. En effet, la fonction et la représentation dont est porteur un instrument, permettent de caractériser les normes techniques règlementaires dans le cadre de la thèse, celles qui sont mises en place par les pouvoirs publics. En étudiant comment les professionnels du bâtiment modernisent des hôpitaux selon des normes de l'étranger, nous nous interrogeons sur les normes règlementaires nationales : pourquoi ne sont-elles pas appliquées ? Nous verrons que l'Ukraine et la Moldavie ont repris la quasi-majorité des normes techniques de la période soviétique, en absence d'autre instrument de rechange après 1991. Or, les professionnels du bâtiment se sont orientés vers d'autres normes techniques pour mettre en place de solutions architecturales nouvelles. Afin de comprendre les modalités employées pour introduire de normes de l'étranger dans la modernisation des hôpitaux, nous focalisons notre attention sur les acteurs, plutôt que sur la fonction et la portée de l'instrument en lui-même. Car comme l'affirment les chercheurs, l'instrument ne doit pas être dissocié « des agents qui en déploient les usages, le font évoluer et composent à partir de lui »[2].

L'utilisation du concept d'instrument d'action publique proposée met donc l'accent sur le rôle des acteurs dans ce processus. Comme le mentionne Olivier Borraz, « les normes sont des instruments qui ouvrent des nouvelles pistes d'utilisation ou d'interprétation pour les entrepreneurs politiques »[3]. Leur utilisation peut parfois avoir des effets inattendus, différents des objectifs qui leur ont été initialement assignés. L'auteur donne l'exemple de la normalisation au niveau européen, initialement conçue comme un instrument intergouvernemental destiné à répondre aux objectifs du marché commun et qui est devenue par la suite un véritable instrument de gouvernance supranational. Les acteurs de la normalisation ont pu se saisir de nouvelles opportunités au sein de cet instrument et œuvrer

---

Le Galès, «Exploring governance in a multi-level polity: A policyinstruments approach», *West European Politics* 33, no. 1 (2010), 1-21. ; Salamon, Lester M., dir., *op. cit*.

[1] Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments, op. cit*., p. 14.

[2] *Ibid*.

[3] Borraz, Olivier, «Governing Standards: The Rise of Standardization Processes in France and in the EU», *Governance* 20, no. 1 (2007), 57-84., p.59.

ainsi pour son évolution. En ce sens, envisager les normes en tant qu'instrument permet d'étudier leurs effets inattendus et non-intentionnels[1].

Dans le cadre de notre thèse, nous nous intéressons en particulier au rôle des professionnels du bâtiment. Ceux-ci n'avaient pas de marge de manœuvre en matière de normalisation durant l'Union soviétique et ont eu de nouvelles possibilités d'action lors du passage d'une économie centralisée à une économie de marché. Ils sont les utilisateurs des normes techniques de la construction des hôpitaux, alors que les organismes de normalisation étatiques en étaient les émetteurs. Mais notre intérêt pour les acteurs évoluant autour des normes techniques de la construction ne s'arrête pas à cette distinction entre les auteurs et les utilisateurs de ces dernières. Nous nous intéressons également à d'autres acteurs qui ont pu intervenir dans la construction des hôpitaux, sans qu'ils soient concernés par les normes techniques, du moins au départ. Il s'agit par exemple d'acteurs politiques ayant alloué des ressources pour la modernisation du secteur hospitalier ou encore des organisations internationales ayant accordé des crédits de financement dans le domaine de la santé. Ces acteurs de la modernisation du secteur hospitalier ont été également concernés par les normes techniques, aux côtés des professionnels du bâtiment nationaux et étrangers qui réalisaient à proprement dit les constructions hospitalières. Nous les prenons donc également en compte dans le cadre de notre analyse, afin d'étudier leur influence sur le changement des normes techniques.

Au-delà de l'étude des acteurs intervenant dans la transformation des normes techniques, l'analyse en tant qu'instrument souligne son impact sur le comportement et les actions des acteurs. Nous supposons que l'utilisation répétée de normes techniques a produit des habitudes de travail, des façons de faire intériorisées chez les utilisateurs. Ainsi, les instruments de normalisation du domaine de la construction développés en Ukraine et en Moldavie durant l'Union soviétique ont eu comme conséquence la création de représentations, de façons de faire et de construire l'hôpital propres à ces pays. Les nombreuses normes techniques mises en place par les administrations soviétiques ont encadré et réglementé la construction des hôpitaux. Elles ont posé un cadre aux acteurs agissant au sein de cette activité. Tout en respectant ces normes durant plus de cinquante ans, les professionnels ukrainiens et moldaves ont développé un savoir-faire sur la base de ces nombreuses dispositions. De même, l'utilisation de normes techniques de la construction des hôpitaux par les professionnels des pays de l'Europe occidentale, que nous analysons dans le

[1] *Ibid.* , p. 59.

cadre de la thèse, a créé une pratique et un savoir-faire basé sur les caractéristiques de ces dernières. Ces aspects seront analysés selon la distinction entre les normes techniques formelles et informelles exposée précédemment.

Pierre Lascoumes et Louis Simard considèrent que « l'approche par les instruments constitue un excellent traceur de changement au-delà du volontarisme des acteurs et des rhétoriques politiques »[1]. L'intérêt pour les acteurs « de terrain » permet de mettre en lumière un changement opéré par le « bas », en s'éloignant, également, de la rhétorique des acteurs « producteurs » des instruments. Mais le changement étudié est également « transversal », car il mobilise des acteurs politiques et des acteurs « de terrain » de domaines d'action publique différents. Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès attirent l'attention sur le fait qu'il est rare qu'une politique ou un programme d'action soit « mono-instrumental »[2]. Au contraire, la mise en place d'une politique peut se traduire par plusieurs instruments (règlementaire, économique, communicationnel). En ce qui concerne notre étude, nous remarquons qu'un instrument peut être aussi au croisement de plusieurs politiques publiques. Ainsi, les normes de construction d'hôpitaux concernent à la fois le domaine de la construction et le domaine de la santé. En étudiant l'utilisation de l'instrument par les différents acteurs de ces domaines, nous observons que des actions dans le secteur de la santé engendrent également des changements dans celui de la construction. Les professionnels du bâtiment modifient leurs pratiques et habitudes, en s'écartant des textes règlementaires et en s'inspirant de l'étranger. Cependant, ces actions sont réalisées dans le contexte d'une modernisation des hôpitaux, lancée par des acteurs politiques qui n'avaient pas comme objectif de réformer les normes techniques de construction.

C) Les normes techniques, un instrument contraignant ou volontaire ?

La majorité des études sur la normalisation se concentrent sur les normes techniques en tant que dispositifs d'application volontaire. Que les institutions auteures de la normalisation soient étatiques ou privées, les normes y demeurent des instruments de régulation et de coordination des activités sans force contraignante. Chez certains auteurs, ce point constitue même un axe central de l'hypothèse d'une régulation mondiale « in crescendo » à travers la normalisation technique. Dans un ouvrage de référence sur la normalisation, Nils Brunsson et

[1] Lascoumes, Pierre et Louis Simard, «L'action publique au prisme de ses instruments», *op. cit*.
[2] Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments, op. cit*., p.12.

Bengt Jacobsson estiment que les normes techniques représentent une forme de régulation dans les sociétés modernes[1]. Elles engendrent une coopération et une coordination à l'échelle globale ; elles créent une similarité et une homogénéité entre les individus et les organisations, de telle sorte qu'il serait pratiquement impossible aujourd'hui d'imaginer leur absence. Si les normes sont des « instruments de contrôle » organisant et régulant diverses activités et comportements des individus ou organisations et détenant ainsi un certain pouvoir, leur élaboration n'appartient pas qu'aux administrations étatiques. Brunsson et Jacobsson renforcent l'idée selon laquelle les élaborateurs de normes sont autres que les Etats-nations, que l'on est pourtant habitué à considérer comme étant les principaux décideurs de la régulation d'un grand nombre d'activités humaines[2]. Ceux qui élaborent les normes sont le plus souvent des organisations ou des individus du secteur privé. Ils ne possèdent pas de capacité à rendre les normes obligatoires, ni à mettre en place des sanctions. Dans ce contexte, ces acteurs « offrent des normes – dans le sens où ils conseillent un large nombre d'utilisateurs potentiels »[3]. Comme le montrent les auteurs, ces organisations du secteur privé n'appartiennent pas et ne sont pas contrôlées par l'Etat, mais elles cherchent à influencer les politiques de ce dernier[4].

Ce point de vue, défendu par Brunsson et Jacobsson, ressort dans d'autres travaux sur la normalisation qui insistent sur le rôle des acteurs non-étatiques[5]. Ces études portent sur les intérêts, luttes et stratégies d'autres protagonistes que l'Etat autour des enjeux de normalisation[6]. Certains auteurs déplorent le fait que les études sociologiques, qui pourraient être davantage concernées par les relations de pouvoir entre les différents acteurs, n'abordent

---

[1] Brunsson, Nils et al., dir., *op. cit*.
[2] *Ibid*. , p.2.
[3] *Ibid*.
[4] *Ibid*. , p.13.
[5] Voir par exemple Kessous, Emmanuel, «L'objectivation des qualités industrielles en discussion. Les acteurs du marché européen confrontés à l'élaboration de normes communes», *Réseaux* 18, no. 102 (2000), 91-117. Dans le même opus, voir également l'étude de Cochoy, Franck, «De l'« AFNOR » à « NF », ou la progressive marchandisation de la normalisation industrielle», ibid.102, no. 18, 63-89., qui analyse dans une approche historique la constitution des organismes de normalisation en France, ainsi que le rôle des différents acteurs, tels que les professionnels et les consommateurs.
[6] Atten, Michel, «La négociation au cœur de la technique. Normalisation et innovation dans les télécommunications», ibid.18, no. 102, 139-63. Jas, Nathalie, «Les enjeux scientifiques, techniques et commerciaux du contrôle de la qualité des engrais au XIXe siècle», ibid., 165-94., qui aborde le rôle des acteurs institutionnels (les pouvoirs publics) et non-institutionnels (les scientifiques et les producteurs) dans la formation des normes au sein du domaine agricole. Aussi, l'article de Schaffer, Simon, «Modèles normatifs et architecture navale dans un Etat militaro-fiscal», ibid., 195-225., portant sur l'organisation du travail dans le domaine de la construction des navires. Ces analyses abordent diverses caractéristiques de la normalisation technique d'un domaine d'activité sociale (que ce soit celui des télécommunications, agricole ou des chantiers navals), tout en révélant le rôle de divers acteurs (étatiques et privés) au sein de ce processus.

que trop peu la question de la normalisation. Dans l'introduction de leur ouvrage, Benoît Lelong et Alexandre Mallard citent le sociologue américain Marc Olshan pour qui « le fonctionnement des institutions de normalisation et leurs luttes pour la fixation des normes n'a pas attiré l'attention des sociologues, alors qu'il constitue à l'évidence l'un des processus de rationalisation sociétale les plus puissants qui puissent exister »[1].

Ces approches de la normalisation doivent être placées dans le contexte du développement de ce domaine au sein des pays occidentaux. On y observe que les normes techniques sont non seulement volontaires, mais de plus, élaborées par des organisations privées. A ce titre, Olivier Borraz remarque qu'à l'échelle européenne, la normalisation constitue un instrument de type « *soft law* »[2]. Dans un contexte plus large de « dé-réglementation », les normes contribuent alors à une nouvelle « re-régulation » des activités économiques. D'autre part, que ce soit au niveau de l'Union européenne ou à l'échelle de ses Etats-membres, on observe une tendance des autorités publiques « de déléguer à des organisations privés le soin d'édicter des règles »[3]. Michelle Egan souligne que « des organismes privés de normalisation agiraient comme des « mandataires » du gouvernement dans le processus règlementaire »[4]. Au niveau national, Borraz considère que « la normalisation illustre le mythe de la dépolitisation de l'action publique décrit par Bruno Jobert »[5]. Il s'agit ici d'un désengagement de l'Etat au profit des acteurs du secteur privé, étant donné qu'ils en sont les principaux intéressés[6]. Ce fonctionnement de la normalisation exprime une conception particulière de la régulation de l'activité publique, s'appuyant sur l'idée de plus de légitimité et donc de démocratie dans l'élaboration des instruments à destination des citoyens.

---

[1] Olshan, Marc A., «Standards-Making Organizations and the Rationalization of American Life», *The Sociological Quarterly* 34, no. 2 (1993), 319-35., cité dans Lelong, Benoît et Alexandre Mallard, *op. cit*., p.24.
[2] Borraz, Olivier, «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique», *op. cit*., p. 125.
[3] *Ibid*. , p. 126. Par ailleurs, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de différence entre la normalisation au niveau européen et au niveau des Etats membres. Olivier Borraz souligne que les processus de normalisation à l'échelle européenne et en France ne se sont pas constitués de la même manière. Au sein de cette dernière, il s'agit d'une « révolution silencieuse » (du public vers le privé) plutôt que d'une « reconnaissance officielle d'un nouveau type d'instrument », Borraz, Olivier, *Les politiques du risque* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008)., p. 272.
[4] Egan, Michelle, *Constructing a European Market: Standards, Regulation, and Governance* (Oxford: Oxford University Press, 2001)., p. 122, cite dans Borraz, Olivier, «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique», *op. cit*.
[5] Borraz, Olivier, «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique», *op. cit*. Voir aussi Jobert, Bruno, «Le mythe de la gouvernance dépolitisée» dans Favre, Pierre , et al., dir., *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca* (Paris: Presses de Sciences Po, 2003), 273-85.
[6] Voir par exemple, le cas de l'industrie alimentaire en France : Borraz, Olivier, «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique», *op. cit*., p. 149.

La conception de la normalisation en tant qu'instrument d'action publique était très différente au sein de l'URSS. Le rôle de l'Etat y était déterminant. Comme le démontre le cas de la construction des hôpitaux, les administrations étatiques ont eu un rôle central et quasi-exclusif durant les années de l'URSS et ont continué de dominer ce secteur à la suite de la dissolution de ce système. Par conséquent, si la majorité des travaux sur la normalisation s'intéressent aujourd'hui au rôle des normes techniques en tant que dispositifs volontaires de régulation, s'éloignant des instruments étatiques, il sera question dans la thèse, au contraire, de souligner le rôle de ces derniers. De plus, bien que de nombreux secteurs fassent aujourd'hui l'objet d'une normalisation technique « volontaire » tel que mentionné dans la littérature sur la normalisation et que leur nombre soit en croissance dans les pays où l'Etat s'y désengage, il reste toujours des domaines où ce dernier garde ses compétences « régaliennes »[1]. Le secteur de la construction des établissements de santé en fait partie. Du fait qu'elles touchent à la question de la santé de la population, les normes techniques de la construction des hôpitaux ne sont pas, pour la plupart, ni volontaires, ni exemptées de la compétence étatique. Au contraire, nombre d'entre elles, comme celles de sécurité incendie, séismiques ou sanitaires, demeurent obligatoires, sous peine de sanctions. Et bien que des acteurs privés participent à leur élaboration, les administrations publiques sont fortement présentes dans ce processus, notamment à travers la mise en place de dispositifs de contrôle (délivrance d'autorisations, vérification de la conformité aux normes en vigueur)[2].

Cette thèse aborde l'implication à la fois des acteurs étatiques et économiques dans le changement des normes techniques au sein des anciens pays soviétiques. L'analyse se détache des travaux actuels qui voient la normalisation comme un dispositif volontaire et non-contraignant, en s'intéressant davantage aux configurations institutionnelles où les pouvoirs publics continuent d'encadrer fortement l'activité des agents économiques. En particulier, nous étudions comment des acteurs internationaux ont influencé la manière des acteurs

---

[1] Ces domaines concernent la sécurité, où il s'agit pour l'Etat d'assurer la protection de ces citoyens. Pour une évolution des compétences de l'Etat au sein de diverses activités (économiques, sociales) et notamment de son rôle dans la gestion du risque, voir Borraz, Olivier et Claude Gilbert, «Quand l'Etat prend des risques» dans Borraz, Olivier and Virginie Guiraudon, dir., *Politiques publiques 1 : La France dans la gouvernance européenne* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008), 337-57.

[2] Même dans ces domaines, l'intervention étatique, en France par exemple, a diminué ses compétences. Voir à ce titre, les travaux d'Olivier Borraz sur la gestion du risque. Bien que l'Etat français détienne toujours un rôle de contrôle de la mise en œuvre de la règlementation, on note depuis les années 1970 une diminution de sa capacité à assurer seul la gestion du risque. Il s'appuie de plus en plus sur des acteurs non-étatiques. Même dans des secteurs comme ceux de la sécurité sanitaire ou de l'environnement, les autorités publiques ont fait appel à des structures associatives et à des acteurs privés. Borraz, Olivier, *Les politiques du risque, op. cit*.

nationaux à construire des hôpitaux, en les incitant à déroger aux normes techniques règlementaires nationales.

D) La normalisation par l'Etat ou par le marché : deux conceptions différentes d'un instrument d'action publique

L'agence française de normalisation (AFNOR) est l'organisme officiel de normalisation en France. Crée en 1926, elle a pour mission de promouvoir des normes, de les attester (processus de certification), de former des professionnels de la normalisation. Depuis 1939, l'AFNOR est habilitée à délivrer la marque NF, marque nationale française de conformité aux normes. En Moldavie, le rôle de l'AFNOR est tenu par l'Agence nationale de la standardisation et l'INCERCOM (Institut d'études scientifiques dans le domaine de la construction), tandis qu'en Ukraine, c'est le Département de la normalisation du ministère de la construction qui est chargé de cette mission. Durant l'URSS, il y avait des organismes de normalisation centraux, comme par exemple le Ghyipronyizdrav, en matière de normalisation sanitaire. Au niveau des organismes privés de normalisation, on retrouve des acteurs internationaux majeurs tels que l'ISO et le CEN, déjà mentionnés dans ce chapitre, mais aussi toute une myriade d'entreprises, de laboratoires, de consultants, et d'experts qui profitent de la tendance des Etats à déléguer vers le marché des compétences en matière de normalisation[1]. Les relations entre ces différents acteurs et leur implication dans la normalisation technique se font en fonction des paramètres institutionnels spécifiques à chaque pays. Selon le système économique – économie de marché ou économie planifiée – les relations entre les acteurs participant à la normalisation ne seront pas les mêmes (du point de vue ressources et marge d'action). Afin d'analyser le changement des normes techniques, nous étudions également l'enceinte institutionnelle au sein de laquelle agissent les différents acteurs impliqués dans la normalisation.

Michelle Egan note que les normes « traduisent aussi la relation entre Etat, société et économie »[2]. Ainsi, en fonction de la relation entre les différents acteurs participant à la normalisation technique, on peut comprendre comment est structuré cet instrument d'action publique. Si dans la plupart des pays occidentaux, la normalisation technique associe des acteurs étatiques et privés, durant la période soviétique, l'Etat était l'acteur quasi-exclusif

[1] Lelong, Benoît et Alexandre Mallard, *op. cit*.
[2] Egan, Michelle, *op. cit*.

dans la matière. La comparaison entre la normalisation technique de l'URSS et celle des pays occidentaux permet d'illustrer cette relation qu'il peut y avoir entre les acteurs participant à la constitution de l'instrument, les acteurs y participant et le contexte institutionnel et économique au sein duquel ils agissent. Ainsi, dans une économie de marché, les acteurs privés sont davantage associés au processus de normalisation. L'encadrement étatique est moins strict. Les normes sont le produit d'un consensus et demeurent d'application volontaire. Une partie d'entre elles seulement sont des normes règlementaires, avec une force juridique contraignante. En revanche, dans l'économie d'Etat planifiée de l'URSS, l'ensemble des normes techniques étaient règlementaires. Emises par les institutions étatiques, ces normes s'inscrivaient dans les lignes de la politique économique de l'Union. Les acteurs économiques étaient quasi-absents du processus de normalisation. Seuls quelques professionnels du bâtiment y étaient associés en tant qu'utilisateurs et experts. Dans un tel système, l'encadrement étatique concernait la totalité des éléments de l'activité économique.

Le contexte économique et institutionnel et l'implication de différents acteurs dans le processus de normalisation technique influence également le changement de ces dernières. Dans les pays occidentaux, les normes changent avec l'évolution de la technologie et de la science. Les administrations étatiques gardent des compétences en matière de normalisation, notamment dans des secteurs d'intérêt général, mais laissent cependant une large marge de manœuvre aux acteurs du marché. Ainsi l'Etat n'intervient que dans les normes dites « de produit » (appelées aussi « de résultat ») et non dans celles dites « organisationnelles » (appelées aussi « de moyens »)[1]. Si les objectifs à atteindre ou à respecter sont spécifiés, liberté est laissée aux acteurs économiques s'agissant des moyens à mettre en place pour y arriver. Comme le note Olivier Borraz par exemple, pour la norme au niveau européen, « les exigences essentielles définissent les résultats à atteindre ou les dangers à traiter, sans entrer dans le contenu des solutions techniques pour y parvenir »[2]. Ainsi, si un bâtiment hospitalier doit être sûr du point de vue de la sécurité incendie, les architectes et les ingénieurs en charge de l'élaboration des plans peuvent choisir les moyens disponibles sur le marché pour en assurer la sécurité. Les différents moyens pour atteindre les conditions de la norme technique « de résultat » peuvent ainsi évoluer constamment avec le progrès de la science et de la technologie. Si aujourd'hui, ce sont les désenfumages et les *sprinklages* qui conviennent, dans

[1] Penneau, Anne, *op. cit*.
[2] Borraz, Olivier, *Les politiques du risque, op. cit*., p. 266.

un certain nombre d'années ce seront d'autres dispositifs qui permettront des résultats jugés encore plus efficaces. Par conséquent, l'encadrement de la norme technique, plus ou moins contraignant, permet de laisser ou non une marge de manœuvre aux acteurs économiques et donc aux professionnels du domaine de la construction des hôpitaux.

Durant la période soviétique, la majorité des normes techniques étaient règlementaires dans le sens où elles étaient d'application obligatoire. La norme n'était ni le résultat d'une négociation entre plusieurs acteurs, ni un « acte de consensus », mais un document technique émis par des organismes étatiques de normalisation. Dans le cadre de l'économie planifiée, les normes techniques en URSS étaient très détaillées et mentionnaient tant les objectifs à atteindre que les moyens. Les organismes étatiques de normalisation fixaient ainsi les conditions de la construction des bâtiments selon les ressources matérielles disponibles sur le marché intérieur de l'Union.

Ces éléments permettent de saisir l'implication des différents acteurs dans le changement des normes au sein d'un contexte institutionnel donné (Fig. 8). Dans la conception occidentale, le changement des normes techniques est laissé au libre jeu du marché et aux interactions entre les acteurs présents sur ce marché[1]. Dans la conception soviétique de la normalisation, les normes techniques étaient modifiées par les administrations étatiques, tout en s'inscrivant dans les critères de l'économie centralisée. C'est donc l'Etat dirigeant cette économie planifiée qui était en charge de la modification des normes techniques. Le marché et ses acteurs n'étaient pas, quant à eux, associés à ce processus.

Fig. 8 : deux conceptions de la production de la norme technique (schéma sommaire)

	Europe occidentale	**URSS**
Production des normes	Marché et Etat	Etat
Contrôle des normes	Marché et Etat	Etat
Modification des normes	Marché et Etat	Etat

[1] Voir l'article d'Olivier Borraz sur les processus de normalisation en France et au sein de l'Union européenne : Borraz, Olivier, «Governing Standards: The Rise of Standardization Processes in France and in the EU», *op. cit*., p. 71. L'auteur y explique que l'élaboration des normes techniques en France est une activité de régulation que l'Etat aurait déléguée aux acteurs sociaux, p. 74. Egalement, la partie sur « La place contrastée de la normalisation en France et en Europe » dans Borraz, Olivier, *Les politiques du risque, op. cit*., p. 271.

A partir de 1991, l'Ukraine et la Moldavie annoncent une transition de l'économie centralisée vers l'économie de marché. Cette réorientation du système économique (et désormais politique et social) a influencé également le domaine de la normalisation technique. Nous avons pu constater que des acteurs économiques, autrefois quasi-inexistants et ayant une marge de manœuvre sensiblement réduite en matière de normalisation technique, ont commencé à réaliser des projets de modernisation hospitalière avec le concours d'acteurs internationaux. Nous nous sommes alors interrogée sur l'utilisation de nouvelles normes dans le cadre de ces nouveaux projets hospitaliers. En étudiant les marges de manœuvre de ces acteurs ainsi que leurs stratégies d'action dans le cadre de l'utilisation des normes techniques, nous souhaitons comprendre et expliquer comment s'est opérée la transformation d'un instrument d'action publique dans les anciens pays soviétiques.

Le concept d'instrument d'action publique permet de comprendre quelle est le rôle des normes techniques au sein des politiques publiques mises en place par l'Etat, ainsi que l'utilisation qui en est faite par les acteurs. Il permet de distinguer la fonction de régulation des normes de construction d'hôpitaux, encadrant l'activité des acteurs de ce domaine. Il permet également d'identifier les acteurs étatiques (producteurs de l'instrument et assurant son application), des acteurs non-institutionnels (utilisateurs de ce dernier). En mobilisant ce concept, nous pouvons mieux approfondir la manière dont les acteurs ont modifié les normes de construction entre 1991 et 2011, leurs motivations et leurs stratégies d'action.

Conclusion

Ce premier chapitre a eu pour objectif de présenter à la fois le processus de construction des hôpitaux et le concept de norme.

Au croisement de nombreuses politiques publiques (santé, construction, environnement), l'hôpital se définit comme un établissement offrant des soins de diagnostic et de traitement à une population donnée. Elément clé de tout système de santé moderne, l'hôpital dispose d'une image symbolique forte aux seins des sociétés. De fait, sa construction en tant que bâtiment est un processus hautement institutionnalisé, avec un fort rôle de l'Etat. Les acteurs impliqués dans la construction des hôpitaux tant au niveau de la maitrise d'ouvrage (le donneur d'ordre) que de la maitrise d'œuvre (le bâtisseur) sont nombreux : on retrouve des professionnels du bâtiment (architectes, ingénieurs, programmistes et autres spécialistes de la construction), mais également des responsables politiques, des administrations publiques et dans certains cas, des investisseurs privés et des organisations internationales.

L'intervention de ces acteurs au sein de la construction des hôpitaux a une influence également sur les normes techniques, étant donné qu'ils en sont les principaux utilisateurs. Une norme technique contient des spécifications techniques sur les caractéristiques d'une activité ou d'un produit, et indique de façon explicite ce qui doit être fait et comment cela doit être fait. En ce sens les normes techniques se distinguent des normes sociales qui renvoient quant à elle aux comportements qui sont admis au sein de la société. Se présentant sous forme d'idées ou de principes, les normes sociales sont intériorisées par les acteurs qui les suivent de façon volontaire, parce qu'ils les perçoivent comme étant légitimes. A l'inverse, une norme technique peut être volontaire mais aussi obligatoire (réglementaire).

A la distinction entre norme technique volontaire ou obligatoire, s'ajoute dans nos travaux une autre différentiation liée au caractère formel ou informel des normes étudiées. Si les normes techniques formelles se présentent sous la forme de documents, les normes techniques informelles correspondent à des pratiques des acteurs. Dans le cas de la construction d'un hôpital, il s'agit de toutes les représentations, façons de faire et habitudes développées lors d'une utilisation prolongée des normes formelles. Cette typologie permet de distinguer d'une part, les textes règlementaires en vigueur en Ukraine et en Moldavie dans le domaine de la construction des hôpitaux et d'autre part, les façons de construire les hôpitaux des acteurs nationaux et étrangers.

De par leur fonction de régulation des activités économiques et sociales, les normes techniques peuvent être envisagées en tant qu'instrument d'action publique. Ce dernier est un dispositif technique et social qui permet d'organiser les rapports entre la puissance publique et ses destinataires. L'instrument ne remplit pas seulement une fonction, il est également porteur de représentations et de valeurs. D'une part, l'instrument encadre, régule, structure, contrôle des domaines d'action publique. D'autre part, il exprime la manière dont doivent être organisés les rapports entre la puissance publique et ses sujets. La fonction et la représentation dont est porteur un instrument permettent de caractériser les normes techniques règlementaires dans le cadre de notre thèse. Entre 1991 et 2011, les normes techniques formelles de construction d'hôpitaux, en Ukraine et en Moldavie, sont restées quasiment les mêmes que celles de la période soviétique. Elles ont continué d'exprimer un fort encadrement de l'Etat, en laissant peu de marges de manœuvre aux professionnels du bâtiment. Mais le concept d'instrument d'action publique permet également de montrer comment les acteurs de ce domaine ont changé leurs pratiques et façons de construire les hôpitaux, sans qu'il y ait un changement des normes règlementaires par les pouvoirs publics.

Chapitre II. Le néo-institutionnalisme et l'étude de la transformation des anciens pays soviétiques

Après avoir présenté dans le premier chapitre le concept de norme et expliqué l'utilité d'une approche en termes d'instrument d'action publique, nous détaillons dans ce second chapitre le cadre théorique et conceptuel de notre thèse. Les approches institutionnalistes permettent d'analyser les normes en tant qu'arrangements institutionnels et d'émettre des hypothèses quant à leur changement. Le concept de transfert de politiques publiques permet de caractériser l'action des acteurs internationaux et leur incidence sur le changement de la construction des hôpitaux.

Les approches institutionnalistes, présentées dans la première section de ce chapitre, insistent sur la continuité des institutions dans le temps, du fait d'une inertie structurelle des institutions elles-mêmes (institutionnalisme historique), mais aussi de l'attachement des acteurs à ces dernières (institutionnalisme sociologique). Ces approches soulignent la difficulté de transformer des institutions, en raison d'un phénomène de dépendance au sentier. L'hypothèse issue des énoncés théoriques de l'institutionnalisme est que l'Ukraine et la Moldavie ont connu des éléments de résistance à l'introduction de normes de l'étranger similaires, en raison de la continuité des normes de la période soviétique.

Afin d'expliquer le changement institutionnel, nous retenons l'institutionnalisme historique et sociologique. Le première envisage que les acteurs possèdent une marge de manœuvre au sein d'une institution, malgré son caractère contraignant. Cependant, cette approche étudie principalement l'action des acteurs nationaux et donc le changement endogène, depuis l'intérieur de l'institution. En nous inspirant des travaux récents qui soulignent la nécessité de prendre en compte le changement dans un temps « long », nous complétons cet aspect avec l'idée d'étudier le changement institutionnel réalisé de manière exogène. L'effondrement de l'URSS en 1991 pourrait être considéré un « choc exogène » ayant entrainé une reconfiguration institutionnelle. Pourtant, l'Ukraine et la Moldavie ont repris la plupart des normes de construction de la période soviétique. L'intervention des acteurs internationaux ne correspond pas à un choc exogène non plus, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une intervention subie de type colonial. Il convient donc d'analyser l'action des acteurs

internationaux non pas comme une action brutale, s'étant produite à la suite d'un choc externe, mais comme un processus long, avec des avancées graduelles.

L'approche sociologique permet de mieux appréhender le rôle des acteurs extérieurs. Son intérêt pour les institutions informelles la rend particulièrement intéressante pour analyser comment les architectes moldaves et ukrainiens ont changé leur façon de construire les hôpitaux, en s'inspirant de leurs homologues étrangers. L'hypothèse présentée est que les acteurs changent les institutions non pas pour une meilleure efficacité, mais pour obtenir davantage de légitimité et pour se rapprocher de ce qui leur semble être « la référence » en matière de comportement. Les institutions changent dans ce contexte par un phénomène de mimétisme, avec des acteurs qui adoptent les institutions qui leur paraissent bénéficier de la plus forte légitimité. Mais les acteurs nationaux peuvent avoir changé leurs institutions sous la contrainte d'acteurs extérieurs. La perspective institutionnaliste s'avère insuffisante pour expliquer l'introduction de l'expérience internationale. Le concept de transfert de politiques publiques, présenté dans la seconde section, permet alors de pallier cette lacune.

De nombreuses études explorent ces dernières années les phénomènes de diffusion et de transfert, en utilisant une grande diversité de concepts. Si certains voient les concepts de diffusion et de transfert comme étant interchangeables, d'autres pointent vers les apports distincts et complémentaires des deux littératures. Nous considérons qu'il convient de distinguer davantage la diffusion du transfert. Si la diffusion permet d'envisager la propagation d'arrangements institutionnels d'un point d'origine vers de nombreux points d'arrivée, le transfert permet d'étudier les échanges au sein d'un cadre précis et bilatéral. De par l'attention apportée aux acteurs, ce concept convient pour étudier les actions extérieures en Ukraine et en Moldavie.

Si nous ne retenons pas le concept de diffusion au sein de notre thèse, nous mobilisons en revanche ses mécanismes : coercition, apprentissage et mimétisme. Les études sur le transfert ne possèdent pas, au jour où nous écrivons ces lignes, une typologie explicite des moyens à travers lesquels l'expérience d'autres pays est mise en œuvre au niveau national.

Section I : Analyser les normes de la construction des hôpitaux en tant qu'arrangements institutionnels

Les outils du courant néo-institutionnaliste permettent de conceptualiser les normes techniques de construction d'hôpitaux en tant qu'arrangements institutionnels et d'analyser leur transformation.

Le courant institutionnaliste renait dans les années 1980 avec l'article séminal de James G. March et Johan P. Olsen sur le rôle des institutions[1]. Depuis, le néo-institutionnalisme s'est décliné en quatre approches principales : historique, du choix rationnel, sociologique et plus récemment, discursive. Chacune de ces approches accorde une place centrale aux institutions en tant que variables explicatives des phénomènes politiques et sociaux, tout en adoptant cependant des perspectives différentes[2]. L'institutionnalisme historique explique la continuité et la variation des politiques à travers les pays et dans le temps. Les institutions accentuent les décisions prises à l'origine, ce qui explique leur évolution ultérieure[3]. Selon l'institutionnalisme du choix rationnel, les acteurs sont au centre de l'institution, tout en la structurant par des décisions « calculées », destinées à maximiser leurs intérêts[4]. L'approche sociologique défend l'idée que les formes et les procédures institutionnelles doivent être vues comme des pratiques culturelles spécifiques[5]. Finalement, l'institutionnalisme discursif se

---

[1] March, James G. et Johan P. Olsen, «The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life», *American Political Science Review* 78(1984).

[2] Les trois paradigmes du néo-institutionnalisme, comme les appelle Bruno Théret, ont leur source en économie (choix rationnel), science politique (historique) et sociologie (sociologique). Théret, Bruno, «Institutionnalisme et structuralisme : oppositions, substitutions ou affinités électives?», *Cahiers d'économie politique* 2003/1, no. 44 (2003), 51-78.

[3] Parmi les travaux à ce sujet, voir Peters, B. Guy, «Institutional Theory: Problems and Prospects», *Political Science Series*, no. 69 (2000). ; Peters, B. Guy et al., «The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism», *The Journal of Politics* 67, no. 4 (2005), 1275-300.; Pierson, Paul, «Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics», *The American Political Science Review* 94, no. 2 (2000), 251-67.; Streeck, Wolfgang et Kathleen Thelen, *Beyond Continuity: institutional change in advanced political economies* (New York: Oxford University Press, 2005).

[4] Voir par exemple : Pollack, Mark A., *Rational Choice and EU Politics* (dans *Handbook of European Union Politics*, ed. K. Jørgensen, et al. London: SAGE Publications Ltd, 2006). Tsebelis, George, «Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism», *British Journal of Political Science* 25, no. 3 (1995), 289-325. North, Douglass C., *Institutions, institutional change and economic performance* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

[5] Parmi les travaux sur l'approche sociologique, voir Nee, Victor, «The New Institutionalism in Economics and Sociology» dans Smelser, Neil and Richard Swedberg, dir., *The Handbook of Economic Sociology* (Princeton: Princeton University Press, 2005). ; Nee, Victor, «Sources of the New Institutionalism» dans Brinton, Mary C., dir., *New Institutionalism in Sociology* (Palo Alto: Stanford University Press, 2001).; Lieberman, Robert C., «

présente comme une forme complémentaire aux trois institutionnalismes précédents, en accentuant la prise en compte des idées et du discours[1]. Dans cette première section, nous nous référons aux trois premières approches institutionnalistes : historique, du choix rationnel et sociologique. Nous écartons l'approche discursive, en raison d'éléments théoriques et d'une application empirique insuffisante[2].

I) Expliquer la transformation de normes de construction d'hôpitaux en Ukraine et en Moldavie

Nous présentons d'abord la définition d'institution retenue parmi celles proposées par les différentes approches. Ensuite, seront abordées les explications du courant institutionnaliste au sujet de l'action et du comportement des acteurs. Ces derniers agiraient pour la maximisation de leurs intérêts (logique du conséquentialisme), mais également pour respecter des conventions sociales (logique de l'appropriation).

A) Les normes techniques – des arrangements institutionnels

Que représentent les institutions ? Les trois approches ont chacune leur définition. Les tenants du choix rationnel définissent les institutions comme étant simplement les « règles du jeu » de la société, permettant aux acteurs de réduire leurs incertitudes[3]. Selon les institutionnalistes historiques, ce sont les contraintes formelles et informelles qui structurent les interactions

---

Ideas, Institutions, and Political Order: Explaining Political Change», *The American Political Science Review* 96, no. 4 (2002), 697-712.

[1] L'approche discursive tente de s'imposer au sein du courant néo-institutionnaliste, mais cumule pour l'instant peu de travaux empiriques pour s'affirmer de manière distincte. Elle ne sera pas retenue au sein de notre étude. Pour plus de détails sur cette approche, voir : Schmidt, Vivien A., «Give Peace a Chance: Reconciling Four (not Three) "New Institutionalisms"» dans Béland, Daniel and Robert H. Cox, dir., *Ideas and Politics in Social Science Research* (New York: Oxford University Press, 2011). Schmidt, Vivien A., «Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse», *Annual Review of Political Science* 11, no. 1 (2008), 303-26, Schmidt, Vivien A., *From historical institutionalism to discursive institutionalism: explaning change in comparative political economy* (dans *American Political Science Association Meetings*. Boston, 2008).

[2] Ses tenants affirment eux-mêmes qu'ils manquent de travaux empiriques sur le sujet. Voir Schmidt, Vivien A., «Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse», *op. cit*. De plus, nous n'étudions par les discours ayant accompagné la transformation des normes techniques, mais les mécanismes de mise en place de ce processus.

[3]Selon les tenants du choix rationnel, les institutions permettent aux acteurs de connaître le fonctionnement des interactions humaines et réduisent ainsi l'incertitude quant aux comportements des uns et des autres. Dans une approche économique, les textes législatifs ou les documents contractuels peuvent être analysés en tant qu'institutions qui encadrent et structurent un domaine particulier de l'activité humaine. Mais même les tenants de cette approche s'accordent à dire que les institutions sont plus que des contraintes formelles (textes écrits).

humaines. L'application et le respect de ces contraintes s'appuient sur une forte légitimité. Ici, ce qui fait l'institution n'est pas seulement « la règle du jeu », suivie ou non, par les acteurs. On parle d'institution précisément lorsque ces règles du jeu sont rendues obligatoires par une tierce partie[1]. Les institutionnalistes sociologiques iront encore plus loin, en envisageant les institutions comme des représentations, des schémas cognitifs, des routines ou des normes sociales[2].

Notre définition de l'institution emprunte des éléments de l'approche historique et sociologique. Les institutions sont des contraintes formelles et informelles structurant les interactions humaines et produisant, dans le temps, des représentations, des schémas cognitifs et des pratiques routinières. Ce qui caractérise principalement l'institution est son caractère contraignant. Il existe une légitimité de cette institution dont le respect est assuré soit par une autorité publique (expressément chargée de veiller à son application), soit par la société (une réprobation morale, rejet de la de non-conformité).

Chacune des deux approches retenues permet d'étudier un aspect des normes techniques. L'institution telle que définie par les institutionnalistes historiques permet de caractériser les normes techniques formelles. Dans la mesure où elles régulent la construction d'hôpitaux et que leur application est surveillée par des administrations publiques, on peut considérer que ce sont des arrangements institutionnels. En même temps, cette définition présente une limite pour notre analyse. Une partie de notre thèse étudie, en effet, la manière dont les normes techniques étatiques ont été modifiées après 1991. Mais nous avons focalisé notre attention sur la manière dont les acteurs nationaux ont changé leur façon de construire des hôpitaux entre 1991 et 2011. Notre enquête de terrain n'a pas porté sur les normes formelles, mais sur le changement de leurs pratiques et façons de faire lors de la construction d'un hôpital. Lors des échanges observés, il n'était pas question de l'application d'une norme technique, mais plutôt de la solution qu'elle proposait (disposition architecturale du bâtiment, positionnement des équipements etc.). La norme technique formelle n'était pas identifiable dans les actions des acteurs (réalisation des plans architecturaux), mais plutôt dans leurs discours. Dans ce contexte, il ne s'agissait pas des normes techniques formelles, mais de la référence à ces

---

Elles peuvent être également informelles, se rapprochant davantage des aspects sociologiques, tels que la tradition et la culture. North, Douglass C., *op. cit*., p.3.

[1]Streeck, Wolfgang et Kathleen Thelen, *op. cit*., p. 12.

[2] Powell, Walter W. et Paul J. DiMaggio, *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (Chicago: University of Chicago Press, 1991)., p. 8-9.

normes et plus précisément de la représentation qu'avaient les acteurs de la façon de construire un hôpital. Cette représentation et cette façon de faire des acteurs s'appuyait sur des normes techniques formelles qu'ils avaient intégrées tout au long de leur expérience et qui faisaient désormais partie de leur savoir-faire. Ce n'était donc pas la norme technique sous sa forme textuelle qui a fait l'objet de l'analyse au sein de cette thèse, mais plutôt l'impact de cette norme sur la perception des acteurs du déroulement de leurs interactions au sein de la construction des hôpitaux. En ce sens, la définition sociologique d'une institution, qui met l'accent sur les comportements routiniers des acteurs, complète la définition de l'approche historique où les normes techniques sont les règlements étatiques en matière de construction d'hôpitaux.

Par conséquent, nous retenons des aspects des deux approches institutionnalistes en ce qui concerne la définition d'une institution. On distingue d'une part, les normes techniques formelles, en tant qu'arrangements institutionnels dans le sens que donnent les institutionnalistes historiques aux institutions politiques. Ces normes techniques, élaborées, mises en œuvre et suivies par les administrations étatiques représentent des instruments d'action publique du domaine de la construction des établissements de santé. D'autre part, on note l'existence de normes techniques informelles, qui se réfèrent, dans une acceptation plus sociologique, aux comportements routiniers des acteurs et aux représentations qu'ils se font du processus de construction hospitalière. Cette définition de la norme technique s'appuie sur l'idée que la construction de l'hôpital représente un processus institutionnalisé, comportant des spécificités culturelles et historiques dans chaque pays. L'utilisation des normes techniques dans le temps participe à la création d'attentes, de représentations, de schémas cognitifs et pratiques routinières chez les acteurs de ce domaine. Dans cette acceptation, même en l'absence d'une tierce partie obligeant l'application des normes techniques, les acteurs continuent de reproduire le processus tel qu'ils l'ont toujours fait.

B) Le comportement des acteurs au sein de l'institution : une explication par la logique du conséquentialisme et/ou de l'appropriation ?

Selon les approches institutionnalistes, le comportement des acteurs est structuré selon deux logiques d'action : une logique du conséquentialisme et une logique de l'appropriation. Dans un article sur les dynamiques institutionnelles, March et Olsen reviennent sur leurs

caractéristiques[1]. Il y a d'une part, l'idée que les acteurs poursuivent des actions selon les effets (conséquences) attendues. Dans cette logique du conséquentialisme, les individus choisissent parmi différentes options, en évaluant leurs effets éventuels. Les interactions sociales sont alors régies par des négociations et des coordinations entre des acteurs ayant leurs propres préférences et intérêts[1]. Comme le pointent les auteurs, la perspective selon laquelle les acteurs (individus, organisations, Etats) poursuivraient des actions en évaluant leurs conséquences et en les ajustant à leurs préférences a fait l'objet de nombreuses critiques. Les théories de la rationalité limitée notamment ont insisté sur l'incapacité des acteurs d'évaluer complètement les conséquences de leurs actions, de sorte qu'ils effectuent la plupart du temps des « raccourcis cognitifs » des informations disponibles. Dans le modèle de la rationalité limitée, comme le notent March et Olsen, il subsiste la même logique du conséquentialisme, selon laquelle les acteurs évaluent les conséquences de leurs actions avant de se lancer, avec tout de même cette forte idée d'une rationalité « imparfaite ».

Nous retrouvons des éléments de cette logique lors de l'étude des interactions entre les acteurs nationaux et internationaux en Ukraine et en Moldavie. La participation des architectes étrangers aux projets hospitaliers est liée à des raisons économiques. Ils se sont impliqués dans un transfert de normes techniques de l'étranger pour des raisons économiques, parce que cela leur permettait d'obtenir des honoraires plus élevés (cf. chapitre 6). La logique du conséquentialisme permet donc de caractériser une partie des actions des acteurs étudiés. Mais elle s'avère insuffisante pour caractériser leurs actions en absence d'intérêts financiers. Pourquoi par exemple, comme le montre le cas de l'hôpital en Moldavie, les architectes étrangers ont-ils insisté sur l'adoption de leur modèle hospitalier, alors que leurs honoraires n'en dépendaient pas (cf. chapitre 6) ? Par ailleurs, est-ce que les acteurs du domaine de la santé ayant initié la modernisation des hôpitaux avaient une connaissance exacte des solutions extérieures et ont souhaité les adopter consciemment pour leur efficacité et leur performance ? La majorité d'entre eux n'a pas souligné le critère de la performance hospitalière comme principale raison de la recherche d'expérience internationale, mais plutôt le souhait de voir comment procédaient les pays plus avancés dans ce domaine. Ils n'avaient pas non plus des idées précises quant au contenu de l'expérience internationale : ils ont fait appel à des entreprises d'architecture étrangères sans connaître nécessairement les détails des hôpitaux

[1] March, James G. et Johan P. Olsen, «The Institutional Dynamics of International Political Orders», *International Organization* 52, no. 4 (1998), 943-69.

que ces dernières réalisent (cf. chapitre 5). En l'absence d'informations concrètes sur l'efficacité et la performance de l'expérience internationale, la logique du conséquentialisme n'explique pas à elle seule les actions des décideurs nationaux.

A la différence de la logique rationnelle du conséquentialisme qui explique le comportement des acteurs selon la recherche de maximisation de leurs intérêts, la logique de l'appropriation permet de souligner des raisons d'ordre plus subjectif. Elle suggère que les acteurs agissent selon leur perception de ce que l'on attend d'eux dans une situation donnée. Comme l'expliquent March et Olsen, l'appropriation implique que les acteurs suivent des règles. Ces règles associent des identités et/ou des rôles spécifiques à des situations spécifiques. Cela implique donc qu'avant d'entreprendre une action, l'acteur va d'abord se faire une représentation de ce qui est attendu dans une telle situation. Il va donc choisir des règles qui correspondent à cette situation, en fonction de sa propre représentation et perception de cette dernière. Par conséquent, il s'agit plus de ce qu'une situation évoque en termes d'identité, de rôle et de la nécessité de se conformer à cette identité ou à remplir ce rôle, que de la mise en avant d'attentes rationnelles et calculées[1].

Nous retrouvons cette logique d'action dans de nombreuses situations analysées au sein de cette thèse. En cherchant à comprendre pourquoi les décideurs politiques ukrainiens et moldaves ont souhaité attirer des compétences extérieures en matière de construction hospitalière, nous avons observé que leurs motivations étaient à la fois d'ordre rationnel et subjectif (cf. chapitre 5). Ils n'avaient pas de connaissances sur le modèle hospitalier à adopter au sein de leur pays. Ils cherchaient plutôt à suivre les développements hospitaliers les plus récents et expliquaient s'être tournés presque « naturellement » vers les pays européens. Ils souhaitaient donc adopter l'expérience de pays qu'ils considéraient comme étant « un modèle à suivre » en matière de développement hospitalier. Ce n'était pas tant un calcul rationnel qui était à la base de leurs actions (comme l'évaluation de la performance et de l'efficacité des hôpitaux des pays européens), que la perception d'un modèle, de ce qui était « attendu ». Il ne s'agit pas de dire ici que les décideurs ukrainiens et moldaves n'avaient pas évalué les choix retenus, mais de prendre en compte également des éléments plus subjectifs lors de ces choix. Un des points soulevé durant l'enquête de terrain est que les responsables politiques nationaux percevaient l'expérience internationale comme étant meilleure que celle

---

[1] *Ibid*. p.6-7.

disponible au niveau national. Or, ceci correspond à une délégitimation du système hospitalier de l'URSS et à une perception négative de son héritage. A la différence donc de la logique du conséquentialisme qui souligne les attentes et les intérêts des acteurs avant la prise de décision, la logique de l'appropriation permet de souligner l'influence des arrangements institutionnels (en l'occurrence, les normes de construction d'hôpitaux durant l'URSS) sur les perceptions, représentations et schémas cognitifs des acteurs.

La logique de l'appropriation sert aussi à expliquer comment les architectes ont transféré des normes à travers leurs activités. Si dans certaines situations nous avons observé qu'ils évaluaient leur intérêt à transférer des normes techniques étrangères, dans d'autres cas, ils ne se posaient pas la question et agissaient selon leur expérience. Qu'ils soient ukrainiens, moldaves ou français, les architectes réalisaient des plans selon les normes techniques qu'ils avaient intériorisées. Pour reprendre à nouveau March et Olsen, la logique de l'appropriation explique le fait d'agir selon des normes socialement construites, des pratiques largement acceptées et publiquement connues[1]. Nous considérons que le fait d'agir en reproduisant les arrangements institutionnels en fait également partie. Autrement dit, lorsqu'un acteur agit selon des normes qu'il a intériorisées et qu'il reproduit sans s'en rendre compte et sans évaluer les conséquences de ses actions, nous considérons qu'il suit une logique de l'appropriation.

Les logiques du conséquentialisme et de l'appropriation, bien que théoriquement distinctes, s'entremêlent donc dans la réalité. Elles permettent d'expliquer les actions individuelles des acteurs. Celles-ci sont parfois poursuivies selon des intérêts (maximisation des gains) et parfois selon des normes intériorisées (se conformer à ce qui est « attendu »). Ces deux repères conceptuels de la littérature institutionnaliste permettront de caractériser la place et le rôle des normes techniques dans les interactions entre les différents acteurs étudiés.

II) Comment expliquer le changement des normes techniques ? Les pistes théoriques de l'institutionnalisme

Comment sont transformées les institutions ? C'est une des questions centrales de l'institutionnalisme. C'est également la question théorique de notre thèse. En étudiant

[1] Voir pour plus de détails les explications de March et Olsen, dans *ibid.* , p.8.

comment les acteurs nationaux et internationaux ont modernisé des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, tout en appliquant des normes techniques de l'étranger durant ce processus, il s'agit de pointer les mécanismes de changement de ces arrangements institutionnels. Nous savons que durant la période soviétique, l'Ukraine et la Moldavie ont partagé un socle commun de normes de construction des hôpitaux, développées et mises en œuvre par l'URSS. Nous avons également observé que nombreuses normes de la période soviétique ont été sauvegardées entre 1991 et 2011. Nous avons alors questionné les raisons de l'utilisation de normes de l'étranger lors de la modernisation des hôpitaux vers la fin des années 2000 dans ces pays. Qu'est-ce qui a incité les acteurs nationaux, d'abandonner des normes techniques qu'ils connaissaient et qu'ils maitrisaient au profit d'autres provenant de l'étranger ? Sont-ce des raisons d'ordre économique (efficacité et performance des hôpitaux) qui ont motivé les actions des décideurs ukrainiens et moldaves ? Ou bien des raisons d'ordre plus subjectif, comme suivre les développements du modèle occidental, qui les ont incités à faire appel à des acteurs internationaux ? Nous souhaitons également évaluer le poids de l'héritage institutionnel de l'URSS : comment est-ce que les normes techniques d'autrefois ont influencé l'action des acteurs nationaux ? Est-ce qu'elles ont représenté un obstacle et dans ce cas, peut-on l'observer au sein des deux pays, étant donné leur passé institutionnel similaire ?

Face à ces questions, les approches institutionnalistes présentent plusieurs pistes théoriques d'explication du changement institutionnel. Celle du choix rationnel privilégie les raisons d'ordre économiques (performance, efficacité). Celle historique souligne le rôle des facteurs historiques et des acteurs nationaux. Celle sociologique, finalement, explique le changement par la délégitimation des normes soviétiques au profit de normes de l'étranger.

A) Les limites d'une explication en termes de choix rationnel

Selon l'institutionnalisme du choix rationnel, les acteurs vont chercher à optimiser leurs gains en toute circonstance. Leurs préférences, choix et décisions sont issues d'intérêts purement rationnels[2]. Ces préférences sont considérées comme étant fixes[1]. Les acteurs vont donc se

[1] *Ibid*.

[2] Initialement, de travaux en économie ont adopté cette approche pour expliquer la structure de certaines organisations et leurs relations avec l'environnement extérieur. Plus tard, sont apparues des recherches sur le développement des institutions politiques, sur les conflits ethniques ou encore sur les reformes au sein de l'Union européenne. George Tsebelis a par exemple développé le concept de *veto-players* pour attirer l'attention sur les

comporter de manière instrumentale, afin de les maximiser et ceci en tenant compte des actions éventuelles d'autres acteurs. Les institutions offriront dans ce contexte le maximum d'informations sur les options à disposition, sur les comportements potentiels des autres, ainsi que sur les mécanismes de renforcement ou de pénalités structurant les interactions entre les différents acteurs. Les institutionnalistes du choix rationnel ont également une conception spécifique de l'origine des institutions. En se focalisant sur leur fonction première, ils considèrent que l'existence de ces dernières est liée à la représentation que les acteurs se font des fonctions qu'elles remplissent. Ainsi, les institutions seraient créées par la volonté des acteurs et elles seraient remplacées en cas de non-conformité aux attentes avec des formes alternatives[2].

La principale critique faite à l'explication du changement en termes de choix rationnel est qu'elle est trop fonctionnaliste[3]. B. Guy Peters le résume assez bien quand il dit que « ces modèles sont explicitement fonctionnalistes et défendent que les institutions émergent pour répondre à des nécessités économiques et sociales »[4]. Cette explication ne conviendrait pas pour expliquer comment ont été modifiées les normes de construction des hôpitaux dans les anciens pays soviétiques. Appliquée au terrain de notre recherche, cela expliquerait le changement des normes de la construction des hôpitaux selon les préférences des acteurs, cherchant à maximiser leurs intérêts. Or, nous avons pu constater que de nombreuses normes de la période soviétique perdurent en Ukraine et en Moldavie entre 1991 et 2011 et que ces dernières semblent freiner le changement. Plus concrètement, bien qu'il soit dans l'intérêt des acteurs nationaux d'adopter de nouvelles normes en adéquation avec les progrès de la science et de la technologie (possibilité de construire des hôpitaux plus performants)[5], nous avons observé que de nombreuses normes obsolètes continuent de structurer les interactions des

---

acteurs clés et leur rôle de "filtre" dans l'adoption des reformes européennes au plan national. Voir Tsebelis, George, *op. cit*.

[1] Hall, Peter A. et Rosemary C. R. Taylor, «Political Science and the Three New Institutionalisms», *Political studies* XLIV(1996), 936-57.

[2] North, Douglass C., *op. cit*.

[3] Voir par exemple la critique apportée aux approches institutionnalistes par Marc Smyrl et ses collègues : Genieys, William et Marc E. Smyrl, *Elites, ideas, and the evolution of public policy* (New York: Palgrave Macmillan, 2008), Smyrl, Marc et al., «Vers un retour du politique dans le néo-institutionnalisme», *Pôle Sud* 2005/2, no. 23 (2005), 115-30.

[4] Peters, B. Guy., *Institutional Theory in Political Science : the 'New Institutionalism'* (2e ed. London: Continuum, 2005)., p. 19.

[5] Lors de notre enquête de terrain, de nombreux architectes et ingénieurs ont mentionné une différence de coût de construction des bâtiments selon qu'on adopte des normes techniques nationales (basées sur celles de l'URSS) ou de nouvelles de l'étranger. Ainsi, il apparaît plus avantageux pour les constructeurs (les maîtres d'ouvrages)

acteurs nationaux. Ils ne parviennent pas à modifier les éléments institutionnels de leur pays aussi facilement que cela. L'explication de ce phénomène doit être ainsi plus compliquée que ce que propose l'approche de l'institutionnalisme du choix rationnel[1].

Par conséquent, si le choix rationnel explique que les nouvelles institutions apparaissent sur une sorte de « tabula rasa »[2], cela ne permet sûrement pas d'expliquer comment ont changé les institutions dans les anciens pays soviétiques, où un nombre significatif d'arrangements institutionnels de l'URSS ont perduré même à la suite de sa dissolution[3]. Cette approche présente un double inconvénient pour notre thèse : elle suppose à la fois une « tabula rasa » des normes techniques formelles et informelles de la période soviétique[4]. Cela impliquerait qu'à la suite de l'effondrement de l'ancien ordre politique, économique et sociétal de l'Union soviétique, il y a eu à la fois une dissolution des normes techniques étatiques (cadre règlementaire), et une disparition nette des habitudes et façons de construire des architectes selon les anciennes normes. La réalité empirique montre que pour la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, cet énoncé théorique est doublement faux. Non seulement un large corpus des anciennes normes techniques règlementaires a été repris par les deux pays (en absence de tout autre instrument d'action publique dans ce domaine), mais les architectes ukrainiens et moldaves ont sauvegardé leurs pratiques de construction hospitalière

---

de réaliser des bâtiments selon des normes techniques de l'étranger, non seulement pour introduire des équipements plus modernes, mais également pour réduire les coûts de construction.

[1] L'institutionnalisme rationnel « pur » est ainsi assez statique (les préférences sont fixes) et ne réussit pas à expliquer les changements dans le temps. Même parmi les adeptes de cette approche, on a cherché à étendre le modèle explicatif à d'autres facteurs que ceux dits « rationnels ». Dans son analyse sur les différentes économies du monde, Douglass North a dû intégrer des paramètres complémentaires afin d'expliquer les effets divers des institutions selon les pays. La prise en compte des règles informelles et des sentiers de dépendance (*path-dependencies*) spécifiques à chaque Etat a permis d'expliquer pourquoi certaines économies étaient plus avancées que d'autres, pourquoi le modèle institutionnel le plus rationnel ne s'appliquerait pas partout de la même façon. Par conséquent, une approche en termes de calcul purement stratégique peut difficilement expliquer à elle seule toutes les subtilités de la prise de décision au sein d'une institution et notamment sa transformation dans la durée. North, Douglass C., *op. cit*.

[2] Peters, B. Guy., *Institutional Theory in Political Science : the 'New Institutionalism', op. cit*., p. 51. Voir en particulier le chapitre « Rational Choice Theory and Institutional Theory » sur l'approche du choix rationnel et son explication du changement et de l'origine des institutions, p. 47-69.

[3]Steinmo, Sven, «The New Institutionalism» dans Clark, Barry and Joe Foweraker, dir., *The Encyclopedia of Democratic Thought* (London: Routlege, 2001)., p.3.

[4] Sur cet aspect, l'approche du choix rationnel s'oppose aux approches historiques et sociologiques. D'une part, elle ne prend pas en compte le poids de l'histoire sur les développements institutionnels, en envisageant que les comportements des individus peuvent changer facilement une fois que de nouvelles institutions sont produites. D'autre part, elle exclut les aspects sociologiques selon lesquels de nombreuses normes, pratiques et valeur sont intériorisées par les acteurs. Autrement dit, l'approche du choix rationnel ne prend pas en compte la persistance des institutions dans le temps et leur influence sur la mise en œuvre d'un changement, à laquelle les approches historiques et sociologiques accordent davantage d'attention. Voir Peters, B. Guy., *Institutional Theory in Political Science : the 'New Institutionalism', op. cit*., p. 51.

telles quelles. Les normes formelles et informelles ont donc perduré et ce dans un contexte d'évolution du secteur hospitalier, demandant leur ajustement.

Le fait que les institutions héritées de la période soviétique ont été reprises à la suite de l'effondrement de l'URSS pourrait dans une certaine mesure aller aussi dans le sens de l'argumentation de l'approche du choix rationnel : les institutions représentent des cadres stables et de certitude pour les acteurs, ils hésitent donc à les modifier, surtout lorsqu'ils ont encore plus d'incertitude quant aux nouvelles qui les remplaceraient[1]. Cela pourrait être en effet une des explications des hésitations des décideurs politiques ukrainiens et moldaves à modifier les normes techniques de construction dans les premières années après l'indépendance. Cela expliquerait également pourquoi les anciennes normes de l'URSS ont été reprises. Mais est-ce que cela explique pourquoi vingt ans après l'effondrement de l'URSS et dans le contexte des évolutions du secteur hospitalier, il n'y a toujours pas eu de modification de l'ensemble du cadre règlementaire ? Une explication en termes de choix rationnel supposerait que les normes techniques soient révisées dans leur ensemble pour correspondre aux évolutions du secteur de la construction[2]. Comment expliquer aussi que pendant que les normes techniques formelles (textes juridiques) restent quasiment inchangées, des acteurs de la modernisation des hôpitaux ont adopté des normes de l'étranger ? Cette approche ne nous permet pas d'étudier le changement dans une période de temps plus longue, en prenant en compte l'influence des institutions précédentes sur les choix effectués par les acteurs. Elle envisage un changement plutôt abrupt, intervenant comme une « discontinuité » dans une période d'équilibre institutionnel.

L'institutionnalisme du choix rationnel a enfin un problème théorique plus général, s'agissant de sa capacité à expliquer le changement, lié au fait qu'il considère que les institutions ne changent pas parce qu'elles représentent un cadre de certitude pour les acteurs. Pour Svein Steinmo, « une théorie qui a comme objectif de prédire, mais qui ne peut expliquer le changement, a quelques difficultés »[3]. De fait, l'approche du choix rationnel ne convient tout simplement pas à l'étude de la transition : ce n'est pas un cadre institutionnel stable qui fait l'objet de notre étude, mais sa transformation à un moment de l'histoire où plusieurs facteurs

[1] Dans sa critique de l'approche du choix rationnel, Svein Steinmo souligne cette relation « statique » entre les acteurs et l'institution. Voir Steinmo, Sven, *op. cit*.
[2] Les différents représentants du secteur du bâtiment en Ukraine et en Moldavie ont souligné l'obsolescence des normes nationales et leurs demandes répétées de modification auprès des pouvoirs publics (cf. chapitre 4).
[3]Steinmo, Sven, *op. cit*., p.3.

ont été réunis. Notre objectif est d'approfondir les mécanismes du changement institutionnel, autrement qu'en évaluant les calculs stratégiques des acteurs dans un monde « en équilibre ».

Si les énoncés théoriques de l'approche du choix rationnel ne conviennent pas pour expliquer le changement étudié, quelles autres explications peuvent être apportées ? Les approches historiques et sociologiques proposent des alternatives plus convaincantes. Les deux insistent sur le poids des institutions sur le comportement des acteurs et sur leur continuité dans le temps. Elles ne considèrent pas que le changement institutionnel a lieu dès que les institutions ne conviennent plus aux intérêts des acteurs. Au contraire, ces deux approches insistent sur la continuité des institutions et ce même lorsqu'elles semblent parfois inefficaces. Si l'approche historique aborde plus spécifiquement les institutions formelles, l'approche sociologique s'attache aux arrangements informels.

B) Prendre en compte le « poids de l'histoire »

Pour les institutionnalistes historiques, les institutions sont des règles structurant les interactions humaines et ayant un caractère contraignant, dont le respect est assuré par une tierce partie. Le comportement des acteurs vis-à-vis de l'institution est à la fois stratégique, comme dans l'approche du choix rationnel, et influencé par l'institution et son caractère contraignant. Mais la spécificité de cette approche est son accent sur la dimension temporelle : les institutions laissent leur empreinte dans le temps, les acteurs ne pouvant pas s'en débarrasser aussi facilement que cela. Ainsi, les choix politiques adoptés lors de la mise en place d'une institution ont une incidence dominante sur son développement ultérieur[1]. La notion de « *path-dependency* » – dépendance au sentier – est utilisée pour expliquer ce type de phénomène[2]. Renvoyant à la décision prise initialement, le « *path* », ou « sentier », attribue une inertie déterminante à l'évolution de l'institution et accentue la continuité des caractéristiques d'origine. Selon certains auteurs, le sentier peut être changé seulement si une très forte pression politique est exercée[3]. La dépendance au sentier se réfère donc à la difficulté de changer le déroulement d'un processus initié par les acteurs en raison de

[1] Peters, B. Guy., *Institutional Theory in Political Science : the 'New Institutionalism', op. cit*.
[2] Comme le souligne Paul Pierson, le concept de dépendance au sentier a été victime de ce que Sartori appelle « *concept stretching* », autrement dit, d'un « étirement » de son sens du fait de nombreuses définitions utilisées. Pierson, P., *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis* (New Jersey: Princeton University Press, 2004)., p.21.
[3] Peters, B. Guy., *Institutional Theory in Political Science : the 'New Institutionalism', op. cit*., p. 71.

l'existence de « rétroactions positives » (« *positive feedbacks* »)[1]. Cette définition paraît exprimer un état statique des institutions. Cependant, comme le mentionne Paul Pierson, à aucun moment la dépendance au sentier n'implique qu'une institution soit « bloquée » de manière permanente dans un sentier « auto-renforçant » (« *self reinforcing* »)[2]. Simplement, déterminer les processus de dépendance au sentier permet de comprendre pourquoi certains arrangements institutionnels persistent dans le temps. Nous rejoignons Paul Pierson sur ce point : le changement a lieu, mais au sein d'une configuration limitée par les développements précédents (« *bounded change* »), jusqu'à ce qu'un élément vienne interrompre « les mécanismes de reproduction qui génèrent la continuité »[3]. C'est donc en analysant la continuité que l'on peut comprendre le changement.

Ces idées prennent sens dans le cadre de notre thèse. Elles interrogent l'impact des pratiques de la période soviétique sur la modernisation des hôpitaux après 1991, et la présence de l'héritage soviétique aussi bien au niveau des normes formelles (le cadre règlementaire) qu'informelles (pratiques et habitudes des acteurs). L'hypothèse que nous pouvons émettre à partir de ces énoncés théoriques est qu'en raison de leur passé institutionnel commun, le changement des normes techniques de construction d'hôpitaux en Ukraine et en Moldavie a dû connaitre des similitudes également. Le phénomène de dépendance au sentier suppose un « verrouillage » institutionnel par les développements initiaux d'une institution. A l'image d'un l'arbre à plusieurs branches, la dépendance au sentier correspond à une orientation prise à un moment donné de l'histoire et qui ne peut désormais aller que dans ce sens-là (bien que plusieurs ramifications soient possibles)[1]. Si l'Ukraine et la Moldavie ont connu les mêmes arrangements institutionnels durant la période soviétique en matière de construction hospitalière, les développements qui ont suivi après cette période doivent comporter des similarités. Cette hypothèse sera vérifiée tout au long de la thèse. En expliquant comment les acteurs nationaux ont adopté de normes techniques de l'étranger et comment ils ont contourné les normes nationales, nous cherchons également à identifier le « poids » des anciens arrangements institutionnels au sein de ce processus.

L'approche historique permet d'étudier les normes techniques formelles, mais elle est moins pertinente s'agissant des normes techniques informelles. Les architectes et ingénieurs

---

[1] Pierson, P., *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis, op. cit*., p.31.
[2] *Ibid*. , p.52.
[3] *Ibid*. , p.52.

moldaves et ukrainiens ont construit des hôpitaux de manière similaire et sur la base des normes techniques de l'URSS durant cinquante ans. Est-ce que la dissolution du système politique ayant élaboré ces arrangements institutionnels a suffi pour que les acteurs changent leurs pratiques, façons de faire et habitudes de travail ? Les représentations des acteurs, leurs façons de construire un hôpital, leurs pratiques et habitudes de travail ont-elles disparues à la suite de l'effondrement de l'URSS ? Si la dépendance au sentier des normes techniques formelles est mieux présentée par l'institutionnalisme historique, l'approche sociologique permet de souligner la continuité des normes techniques informelles. La dépendance au sentier concerne donc à la fois les arrangements formels, qui sont visibles et qui ont été produits par les acteurs (les normes techniques règlementaires), et les arrangements informels, plus difficiles à déceler car se traduisant dans les comportements routiniers des acteurs.

Les approches historique et sociologique de l'institutionnalisme permettent de souligner, dans le cadre de notre thèse, l'influence des arrangements institutionnels formels et informels de la période soviétique sur la transformation de normes de construction d'hôpitaux entre 1991 et 2011.

C) Les mécanismes de changement institutionnel

Les institutions changent, mais de quelle manière ? Quels moyens mobilisent les acteurs pour les transformer ? Les deux approches retenues – historique et sociologique – proposent des mécanismes de changement institutionnel. La première souligne la capacité des acteurs de changer l'institution depuis son intérieur, la seconde met l'accent sur l'influence de facteurs subjectifs (normes et valeurs plus légitimes et appropriées) lors de l'adoption d'une nouvelle institution.

a) La « substitution » des institutions par les acteurs nationaux

L'aspect de la dépendance au sentier constitue à la fois un atout et une faiblesse de l'approche historique. D'une part, le phénomène permet de rendre compte de la persistance des institutions dans le temps et de leur impact sur les actions et les comportements des acteurs. Nous pourrions analyser l'impact des normes techniques de la période soviétique sur le changement de la construction des hôpitaux. D'autre part, certains auteurs remarquent que la

[1] *Ibid.*

dépendance au sentier ne permet pas d'aller plus loin dans l'explication du changement, en pointant seulement vers les points de « verrouillage » institutionnels[1]. Cet aspect pose problème pour l'explication du changement institutionnel. Ce dernier est envisagé comme un élément de « rupture », de « crise », de « choc extérieur ». Les travaux qui abordent le changement des institutions dans une sorte d'équilibre ponctué (« *punctuated equilibrium* »)[2], suggèrent que les institutions connaissent des longues périodes de stabilité interrompues pas des « points » de changement. Dans cette conception de l'équilibre, le changement est expliqué seulement par des transformations radicales.

Si l'on prend le cas des développements institutionnels en Ukraine et en Moldavie, dans une approche historique « statique », cela reviendrait à dire qu'il n'y pas eu de changement au sein de ces pays à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique, à moins qu'un choc extérieur ait pu se produire. On peut noter que la dissolution de l'URSS représente en soi un élément de rupture par rapport à l'ancien ordre institutionnel. En même temps, comme le soulignent Jon Elster et Claus Offe, les transformations institutionnelles dans les anciens pays de l'URSS doivent être étudiées en dehors d'une révolution majeure ayant remis en cause entièrement l'ancien système[3]. Au contraire, la particularité des pays comme l'Ukraine et la Moldavie, est que l'effondrement de l'ancien régime s'est déroulé dans une sorte de « révolution paisible ». Cet aspect compte dans l'explication des changements qui ont pu s'opérer par la suite, dans la mesure où il n'y a pas eu une délégitimation de l'ancien système aussi forte que dans le cas de l'effondrement d'autres régimes totalitaires ou autoritaires (comme par exemple du régime nazi de l'Allemagne après la seconde guerre mondiale), ni d'intervention extérieure justifiée (comme à la suite de conflits militaires). Stéphane Courtois mentionne que la sortie du communisme de cette partie du monde a été « diversifiée » et « n'a en rien ressemblé à la

---

[1] Les institutionnalistes historiques ont pointé eux-mêmes vers la faiblesse de leur approche à expliquer la manière dont changent les institutions. Dans « The Politcs of Path-Dependency: Political Conflict in Historical Institutionnalism », B. Guy Peters et ses collègues font une critique assez longue sur les principales difficultés de l'approche. Ils soulignent notamment sa faiblesse à expliquer les phénomènes politiques et sociaux, en s'arrêtant à une description de l'état de faits. Les auteurs insistent sur la difficulté à démontrer l'adoption de choix initiaux dans le développement d'une institution, même si ce n'est pas négligeable de savoir que ces choix seront déterminants par la suite. Peters, B. Guy et al., «The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism», *op. cit*., p.1282.

[2] Le concept de « *punctuated equilibrium »* a été développé initialement pour comprendre les changements sur les agendas de prises de décisions politiques, notamment dans les travaux de Kingdon (1985) et Baumgartner and Jones (1993). Voir Peters, B. G., J. Pierre, et al. (2005). "The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism." The Journal of Politics 67(4), p. 1289.

[3] Elster, Jon et al., *Institutional Design in Post-Communist Societies: Rebuilding the Ship at Sea, op. cit*.

capitulation sans condition du nazisme »[1]. En se référant plus spécifiquement à la conservation du pouvoir par la nomenklatura à la suite de la dissolution de l'Union soviétique, l'auteur souligne « l'absence d'un acteur extérieur susceptible d'imposer la loi du vainqueur »[2].

Dans ces conditions, l'action des acteurs internationaux en Ukraine et en Moldavie ne peut être analysée non plus comme un choc extérieur ou un moment de « crise » ou de « rupture » ayant été à l'origine de la transformation des institutions de ces pays. Pour le domaine de la construction des hôpitaux, l'hypothèse de Offe et Elster se confirme par l'absence de changement quasiment jusqu'à la fin des années 2000, ainsi que par la reprise de l'essentiel du cadre règlementaire de l'URSS. Il semble ainsi plus pertinent d'étudier la transformation des normes techniques en Ukraine et en Moldavie dans un temps long et en laissant de côté les « points critiques » (« critical junctures »). Nous insistons en même temps sur le fait que l'action des acteurs internationaux au sein de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie n'est pas envisagée comme étant un choc extérieur, produit dans un lapse de temps court, mais plutôt comme une action dans la durée, susceptible de produire des changements fondamentaux.

Face aux difficultés de l'institutionnalisme historique, des travaux plus récents développent une nouvelle façon d'étudier le changement des institutions dans le temps. Ils insistent sur le fait que le changement institutionnel peut être à la fois graduel et fondamental, sans qu'il soit nécessairement produit de manière radicale. Ces auteurs soulignent également que les acteurs disposent tout de même d'une marge d'action à l'intérieur de l'institution et qu'ils peuvent la transformer par divers mécanismes (dont la substitution). Cependant, ces études restent focalisées sur le changement institutionnel produit par des acteurs nationaux. Tout en nous appuyant sur leurs apports théoriques, nous insistons sur la nécessité d'étudier le changement institutionnel réalisé par des acteurs internationaux, non pas lors d'un « choc extérieur », mais lors d'une action graduelle dans un temps long.

Dans l'ouvrage « Beyond continuity » [3], publié en 2005, Wolfgang Streck et Kathleen Thelen, cherchent à dépasser les limites de l'institutionnalisme historique, tout en s'appuyant sur de

---

[1]Courtois, Stéphane, dir. *Sortir du communisme, changer d'époque*. Paris: Presses Universitaires de France, 2011)., p. 45.
[2]*Ibid*.
[3] Nous retenons pour notre analyse principalement l'ouvrage de Streeck et Thelen « Beyond continuity » de 2005. L'ouvrage, plus récent, de Kathleen Thelen et James Mahoney de 2009 « Explaining Institutional Change:

nouvelles modalités de changement institutionnel[1]. En partant des limites de la dépendance au sentier, qui envisage le changement soit dans la continuité, soit par des transformations abruptes, les auteurs appellent à accorder une attention plus significatives aux changements mineurs qui s'inscrivent dans la durée. Ils prennent l'exemple du phénomène de libéralisation économique mondiale qui a lieu de manière incrémentale, sans des changements radicaux tels que les guerres ou les révolutions du début du XXème siècle. Cette libéralisation a lieu de façon graduelle, au sein de contraintes imposées par ces mêmes institutions qui se réforment ou qui se dissolvent. Dans ce contexte, le changement graduel ne doit pas être négligé, car inscrit dans la durée, il peut contribuer à des transformations fondamentales, sans forcément se traduire par des « ruptures » (« shifts ») spectaculaires. Streeck et Thelen rentrent ainsi dans le vif des critiques apportées à l'approche historique de l'institutionnalisme. Ils suggèrent en particulier de distinguer les processus de changement, qui peuvent être incrémentaux ou abruptes et les effets du changement, qui peuvent amener soit à la continuité soit à la rupture. Par conséquent, un processus de changement incrémental peut engendrer au travers une transformation graduelle un changement fondamental. De ce point de vue, le changement n'est pas produit nécessairement par une force extérieure, il peut être issu de l'intérieur de l'institution où « une multitude d'acteurs va passer d'une logique à une autre »[2].

Nous inscrivons notre travail de recherche dans la ligne de l'approche proposée par ces auteurs. Tout en adoptant l'institutionnalisme historique, nous envisageons de dépasser les critiques sur son « statisme » et sa « linéarité », en nous intéressant davantage aux actions des acteurs dans le temps[3]. Notre analyse comprend une période de vingt ans (de 1991 à 2011) durant laquelle nous observons comment des acteurs nationaux ont modifié des éléments

---

Ambiguity, Agency, and Power » apporte des explications supplémentaires sur les mécanismes de changement institutionnel. Cependant, les auteurs lient ces mécanismes à différents types d'acteurs (principalement nationaux). Ces avancements théoriques ne peuvent être appliqués à notre terrain d'étude. D'une part, nous analysons le rôle des acteurs internationaux sur les institutions et les acteurs nationaux, un aspect que cet ouvrage n'approfondit pas. D'autre part, nous n'adhérons pas à l'association d'un type d'acteur à un type de mécanisme institutionnel. Au contraire, nous suggérons que les acteurs peuvent employer différents mécanismes lors d'un processus de changement institutionnel. Mahoney, James et Kathleen Thelen, *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power* (Cambridge: Cambridge University Press, 2009).

[1] Streeck, Wolfgang et Kathleen Thelen, *op. cit*.

[2] *Ibid*. , p. 18

[3] D'autres auteurs ont critiqué également la configuration de linéarité institutionnelle. Dans un article sur le « nouvel institutionnalisme », March et Olsen estiment que l'explication du changement par des « chocs extérieurs », sous-estime à la fois les dynamiques intra et interinstitutionnelles. Ils soulignent que le changement d'une institution peut également avoir lieu à la suite d'interprétations de son sens et de son application, à la suite d'une perte de confiance des acteurs dans les arrangements institutionnels ou encore d'une réallocation des

institutionnels. L'explication du changement proposée n'est donc pas celle d'un « choc extérieur », mais plutôt celle d'un changement dans la durée, où plusieurs actions « mineures » peuvent parfois créer des effets « inattendus ». En même temps, notre sujet n'est pas constitué uniquement autour des acteurs nationaux. Nous souhaitons étudier l'action des acteurs internationaux sur ces derniers et plus précisément sur le transfert de normes de l'étranger. Nous retenons donc l'idée qu'un changement graduel peut également produire un changement fondamental, mais focalisons notre attention sur la manière dont les acteurs extérieurs ont pu participer à la mise en place d'actions d'apparence « mineure », mais qui ont abouti à des transformations essentielles.

Un autre aspect des travaux de Streeck et Thelen sera pris en compte dans notre étude. Il porte sur la marge d'action des acteurs lors du changement institutionnel. Il permettra de comprendre comment les acteurs nationaux en Ukraine et en Moldavie ont adopté des normes étrangères, en s'éloignant de leur cadre règlementaire national.

Dans un premier temps, Streeck et Thelen critiquent l'approche du choix rationnel qui envisage l'institution comme un espace où les acteurs peuvent optimiser leurs gains, sans qu'ils puissent intervenir dans sa structure et son contenu. Ils critiquent pour la même raison – l'absence d'enjeux de pouvoir autour du contenu de l'institution – l'approche sociologique. Cette dernière suppose que les acteurs soient tellement influencés par les représentations d'une institution qu'ils ne puissent pas s'y soustraire pour la modifier[1]. Dans un deuxième temps, ces auteurs soulignent que la définition d'une institution en tant que contrainte obligatoire, renforcée par une tierce partie, implique une marge de manœuvre pour les acteurs lors de sa mise en œuvre. Il convient alors d'explorer les sources du changement dans les conflits autour de l'interprétation de l'application des institutions par les acteurs. Ces dernières « peuvent être interprétées de manière différente, ce qui laisse de la place pour de l'action et du conflit politique »[2]. Les auteurs proposent plusieurs mécanismes de changement institutionnel[3]. Parmi eux, la substitution a lieu lorsque « de nouveaux modes émergent, se diffusent et remettent en question les formes et les pratiques qui jusque-là, allaient de soi »[4]. Il

---

ressources. March, James G. et Johan P. Olsen, «Elaborating the "New Institutionalism"», *ARENA* Working Paper Series, no. 11 (2005)., p.15.

[1]Streeck, Wolfgang et Kathleen Thelen, *op. cit*., p.11.

[2] *Ibid*. , p.34.

[33] Cinq possibilités peuvent être envisagées: substitution (« displacement »), empilement (« layering »), changement dérivé (« drift »), conversion (« conversion ») et dégradation (« exhaustion ») . *Ibid*. , p.19.

[4] *Ibid*.

s'agit donc du remplacement de certaines formes institutionnelles par d'autres. Les auteurs insistent sur l'activation, la réactivation ou la découverte par les acteurs de nouvelles formes institutionnelles. Cela implique également qu'à un moment donné, les anciennes institutions ne conviennent plus, paraissent « aberrantes », « déviantes », « anachroniques »[1].

Ce qui nous intéresse en particulier ici c'est l'idée que le changement institutionnel peut naitre de la mise en œuvre quotidienne d'une institution. Entre les arrangements institutionnels et leur mise en œuvre, il y a donc un espace d'opportunités pour les acteurs qui peut donner lieu à des transformations[2]. Les observations de notre terrain de recherches s'inscrivent, en partie, dans la lignée de ces idées. En effet, nous avons constaté que lors de la modernisation des hôpitaux, une série d'acteurs ont adopté des normes de l'étranger, car elles leur semblaient mieux adaptées que celles nationales pour leurs projets. Ces différents acteurs (responsables politiques, professionnels du bâtiment) ont décidé de s'écarter des normes techniques de leur pays (et contraignantes), en laissant entrevoir un espace entre ce qu'est l'institution (et à quoi elle les oblige) et ce que les acteurs peuvent entreprendre lors de sa mise en œuvre. Malgré le caractère contraignant des arrangements institutionnels (normes techniques étatiques obligatoires), les acteurs ont pu, à un moment donné, y dévier et initier ainsi un changement.

L'explication du changement de la littérature institutionnaliste récente envisage donc le changement non pas par des forces exogènes, mais plutôt endogènes[3]. Cependant, ces travaux s'opposent à une intervention exogène sous forme de « choc ». Ils n'excluent pas l'intérêt pour toute influence extérieure, en y accordant simplement moins d'intérêt. Dans le cadre de notre thèse, nous abordons précisément cet aspect qui n'apparaît pas forcément comme étant explicite dans les travaux récents de Thelen, Streeck, Mahoney[4] : il s'agit de la mise en œuvre d'un changement par des acteurs internationaux, qui n'ont pas agi dans un contexte de rupture (« *critical juncture* »), ni sous la forme d'une onde de choc, mais aux côtés d'acteurs nationaux. L'action des acteurs internationaux au sein des anciens pays soviétiques doit également être étudiée dans un « temps long », en tant que processus inscrit dans la durée et produisant un changement de manière graduelle.

---

[1] *Ibid*. p.20.
[2] C'est ce que les auteurs appellent comme étant un conflit permanent entre « rule makers and rule takers », *ibid*. p.13.
[3] Comme l'affirment certains auteurs, bien que le concept d'institution implique une certaine cohérence en son sein, « le conflit est également endémique à l'institution ». March, James G. et Johan P. Olsen, «Elaborating the "New Institutionalism"», *op. cit*., p. 17.
[4] Mahoney, James et Kathleen Thelen, *op. cit*., Streeck, Wolfgang et Kathleen Thelen, *op. cit*.

b) L'isomorphisme institutionnel

Si l'approche historique met en avant le rôle des acteurs nationaux et leur capacité de changer l'institution, l'approche sociologique permet de prendre en compte l'influence de facteurs extérieurs. Ainsi, une institution change par un isomorphisme institutionnel au sein duquel les acteurs s'orientent vers des solutions qui leurs semblent être plus légitimes, plus appropriées, plus reconnues.

En prenant l'exemple des processus de rationalisation et de bureaucratisation, Walter W. Powell et Paul J. DiMaggio, constatent que ces deux formes continuent d'inspirer les organisations, mais que les raisons de cette homogénéité ont changé[1]. Ces travaux soulignent que les organisations deviennent similaires les unes aux autres non pas seulement pour des considérations d'ordre rationnel (recherche efficacité), mais aussi parce qu'elles sont dans une quête de pouvoir et de légitimité. Il y a donc également des éléments culturels au sein d'une organisation (des croyances allant de soi et des normes sociales largement acceptées qui servent de modèle d'organisation). L'approche sociologique s'oppose à l'explication de l'institutionnalisme du choix rationnel selon lequel les organisations changent pour devenir plus efficaces. Ses tenants affirment que les organisations adoptent certains comportements non pas parce qu'ils sont plus efficaces, mais parce qu'ils sont ceux qu'il faut suivre (pour faire comme font les autres, pour s'inscrire dans la norme générale ou encore pour suivre ceux qui sont perçus aux yeux de tous comme étant les plus performants). En cela, ce n'est pas les raisons d'efficacité et de rationalité qui poussent au changement, mais des raisons plutôt « sociologiques ».

L'explication du changement de l'approche sociologique permet d'approfondir les raisons pour lesquelles les décideurs politiques ukrainiens et moldaves ont cherché à adopter l'expérience internationale en matière de modernisation hospitalière (Cf. chapitre 5). L'approche théorique suggère que les acteurs nationaux ne recherchent pas seulement à maximiser leurs intérêts, donc à moderniser les hôpitaux pour les rendre plus performants, dans un objectif fonctionnaliste. Lorsqu'ils ont engagé des réformes dans le secteur hospitalier, les décideurs ukrainiens et moldaves ont souhaité se rapprocher des développements hospitaliers des pays occidentaux, car ces derniers constituaient pour eux une

[1] Powell, Walter W. et Paul J. DiMaggio, «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields» dans Powell, Walter W. and Paul J. DiMaggio, dir., *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (Chicago: University of Chicago Press, 1991), 63-82., p.63-64.

« référence ». Ces actions s'inscrivent donc dans la recherche d'un modèle hospitalier plus « légitime » que celui hérité de la période soviétique, discrédité à la suite de l'effondrement de l'URSS. L'idée principale que nous permet de souligner l'approche sociologique est que les politiques sont adoptées non pas pour leur contenu véritable, mais pour ce qu'elles représentent aux yeux des acteurs.

Les implications de l'institutionnalisme sociologique pour l'étude des changements de normes techniques recoupent en grande partie l'un des mécanismes mis en évidence par les études sur les transferts de politiques publiques. Ainsi, c'est dans le cadre conceptuel du transfert, présenté dans la seconde section de ce chapitre, que l'idée de changement de normes par isomorphisme est développée : on parlera alors de transfert de normes par mimétisme.

Section II : Analyser l'action des acteurs internationaux : le concept de transfert des politiques publiques

Cette section présente le concept de transfert de politiques publiques, employé pour analyser le rôle des acteurs internationaux en Ukraine et en Moldavie. Divisée en trois temps, cette section propose tout d'abord de définir le concept de transfert et de préciser le rôle des différents acteurs impliqués. Dans un deuxième temps, elle distingue quatre mécanismes de transfert selon leur caractère plus ou moins contraignant ou volontaire : la coercition, la compétition, l'apprentissage, et le mimétisme. Enfin, dans un troisième temps, elle présente le schéma d'analyse et réintroduit les hypothèses de recherche à la lumière des théories et des concepts présentés.

I) Le transfert : définition et acteurs

Le concept de transfert fait partie des nombreux concepts de science politique utilisés pour analyser les mouvements d'idées, de normes, ou d'institutions entre les systèmes politiques. Afin de mieux préciser son contenu, nous distinguons ce concept de celui de diffusion. Si cette dernière concerne les mouvements d'arrangements institutionnels entre un système et plusieurs autres systèmes, le transfert se déroule dans un cadre bilatéral. De plus, les études sur le transfert de politiques publiques permettent de prendre en compte davantage le rôle des acteurs.

A) La définition du transfert

De nombreux travaux se sont interrogés, dès les années 1950, sur les raisons qui expliquent que l'on retrouve d'un pays à l'autre des similarités à divers niveaux de leur structure économique, sociale ou politique[1]. Si les domaines de recherche ou les questions adressées par les chercheurs à ce sujet ont évolué[2], avec une croissance très forte des travaux[1],

[1] Voir l'article de référence de Erin R. Graham, Charles R. Shipan et Craig Volden qui fait un état des lieux de la littérature sur le phénomène de diffusion : Graham, Erin R. et al., *op. cit*.

[2] Voir le numéro spécial de *Critique internationale* : « Les *policy transfers* en question » et en particulier Dumoulin, Laurence et Sabine Saurugger, *op. cit*. Egalement, Thierry Delpeuch fait un état des lieux de la diversité d'analyses sur les dynamiques des phénomènes de diffusion : Delpeuch, Thierry, *op. cit*.

l'hypothèse principale demeure celle de la participation d'influences extérieures au sein des développements nationaux.

Les notions utilisées pour décrire ce phénomène sont extrêmement nombreuses. En faisant l'inventaire des termes employés, Erin Graham et ses collègues arrivent à compter 104 mots différents, parmi lesquels transfert et diffusion, mais aussi globalisation, harmonisation, hybridation, apprentissage, coercition, mimétisme, socialisation etc.[2]. Dans ce contexte d'éparpillement sémantique[3] lié en grande partie à la spécialisation de la discipline et aux traditions académiques, certains auteurs ont proposé un rapprochement des notions de transfert et de diffusion[4]. D'autres ont insisté en revanche sur les apports distincts mais complémentaires des deux littératures[5], ce qui parait justifié, tant il est vrai qu'on peut défendre l'idée d'une différence d'approche entre les travaux sur la diffusion et ceux sur le transfert.

Les tenants de la diffusion définissent le phénomène de leur étude comme étant un processus d'« interdépendance », au sein duquel les décisions prises dans un système politique sont nécessairement liées à des décisions prises au sein d'un autre système politique[6]. Si l'idée d'un processus d'interdépendance est au cœur des travaux sur la diffusion, la définition employée peut varier d'un auteur à l'autre. En revanche, les études sur le transfert[7] semblent s'être ralliées à la définition proposée en 1996 par David Dolowitz et David Marsh[8]. Selon ces

---

[1] Les auteurs s'appuient sur 800 articles qui ont été écrits entre 1958 et 2008 dans des journaux de sciences politiques. Voir Graham, Erin R. et al., *op. cit*.

[2] *Ibid*. , p.18.

[3] Dwyer, Peter et Nick Ellison, «'We nicked stuff from all over the place': policy transfer or muddling through?», *Policy & Politics* 37, no. 3 (2009), 389-407. ; Marsh, David et Jason C. Sharman, «Policy diffusion and policy transfer», *Policy Studies* 30, no. 3 (2009), 269-88. ; Karch, Andrew, «Emerging Issues and Future Directions in State Policy Diffusion Research», *State Politics & Policy Quarterly* 7, no. 1 (2007), 54-80. ; Meseguer, Covadonga et Fabrizio Gilardi, «What is new in the study of policy diffusion?», *Review of International Political Economy* 16, no. 3 (2009), 527-43.

[4] Fabrizio Gilardi souligne qu'en dépit de la diversité des termes, ces différents travaux portent en définitive sur le phénomène de diffusion en tant qu'interdépendance (« *policy interdependence* ») : Gilardi, Fabrizio, *op. cit*.; Gilardi, Fabrizio, «Transnational diffusion: Norms, ideas, and policies» dans Carlsnaes, Walter E., et al., dir., *Handbook of International Relations* (London: SAGE Publications, 2010).

[5] David Marsh et Jason C. Sharman affirment explicitement que les littératures du transfert et de la diffusion sont complémentaires. Celle du transfert apporte des informations plus approfondies sur le processus, alors que celle sur la diffusion permet d'établir des généralisations plus importantes : Marsh, David et Jason C. Sharman, *op. cit*., p. 277. Dans cet article, les auteurs tentent de valoriser les apports des deux littératures.

[6] Simmons, Beth A. et al., «Introduction: the diffusion of liberalization» dans Simmons, Beth A., et al., dir., *The Global Diffusion of Markets and Democracy* (New York: Cambridge University Press, 2008), 1-63., p. 7.

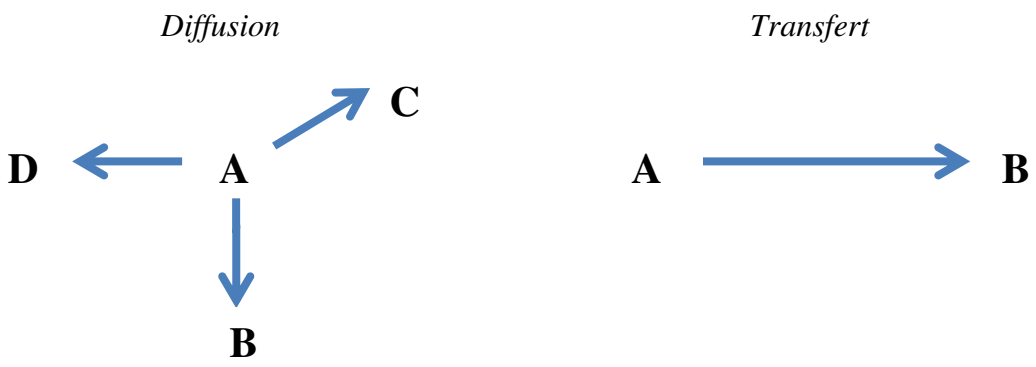
[7] Thierry Delpeuch note que depuis les années 1990, les travaux sur le transfert ont commencé à être identifiés sous l'appellation commune de « policy transfer studies » (PTS), Delpeuch, Thierry, *op. cit*., p.5.

[8] Mauricio Dussauge-Laguna note que les articles de David Dolowitz et David Marsh, qui proposent une définition et un schéma conceptuel du transfert, ont bénéficié de plus de 2,000 citations, Dussauge-Laguna,

auteurs, le transfert de politiques publiques est le processus par lequel « les connaissances sur les politiques publiques, les arrangements administratifs, les institutions et les idées d'un système politique (présent ou passé) sont utilisées pour le développement de politiques, arrangements administratifs, institutions et idées d'un autre système politique »[1].

De par leurs définitions, nous observons que la diffusion souligne la propagation d'éléments à partir d'un système politiques vers d'autres systèmes politiques, alors que le transfert pose un cadre plus précis des échanges entre deux systèmes politiques seulement. Autrement dit, si le concept de diffusion décrit un mouvement d'influence d'un système A vers de multiples autres systèmes B, C, D, etc.[2], selon une logique de contagion[3], le concept de transfert délimite l'échange dans le cadre d'une relation bilatérale d'un système A vers un système B[4] (Fig. 9).

Fig. 9 : Les concepts de diffusion et de transfert



Mauricio I., «On The Past and Future of Policy Transfer Research: Benson and Jordan Revisited», *Political Studies Review* 10, no. 3 (2012), 313-24. Voir également le récent débat sur cette question : Benson, David et Andrew Jordan, «What Have We Learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited», ibid.9(2011), 366-78., p. 368; Dolowitz, David P. et David Marsh, «The Future of Policy Transfer Research», ibid.10(2012), 339-45.; Benson, David et Andrew Jordan, «Policy Transfer Research: Still Evolving, Not Yet Through?», ibid., 333-8.

[1] Dolowitz, David P. et David Marsh, «Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature», *Political Studies* 44, no. 2 (1996), 343-57.

[2]Stone, Diane, «Transfer and Translation of Policy», *Policy Studies* 33, no. 4 (2012), 1-17., p.4.

[3] Graeme Boushey fait par exemple le parallèle entre les phénomènes d'épidémie et de diffusion, afin de souligner le caractère diffus et « contagieux » de cette dernière. Boushey, Graeme, *Policy Diffusion Dynamics in America* (New York: Cambridge University Press, 2010)., p.6.

[4] Le travail de David Dolowitz sur le transfert de politiques des Etats-Unis vers la Grande Bretagne en constitue un exemple : Dolowitz, David P., *Learning from America: policy transfer and the development of the British workfare state* (Brighton: Sussex Academic Press, 1998). Il ne s'agit pas ici d'envisager un mouvement unidirectionnel d'un point A vers un point B, sans évolutions et complexités, mais de pointer vers une différence avec le processus de diffusion, partant d'un point A vers de multiples points d'arrivée (A, B, C, D).

Une autre différence entre la diffusion et le transfert porte sur la focale, puisque les travaux sur le transfert s'intéressent davantage aux rôles des acteurs (Etats, organisations) en tant que « médiateurs » des dynamiques d'interdépendance. Nous rejoignons ainsi David Marsh et Jason C. Sharman sur le fait que les travaux sur la diffusion ont tendance à privilégier l'institution (« *structure* »), alors que la littérature sur le transfert met davantage l'accent sur l'action (« *agency* »)[1]. Il s'agit aussi d'un constat partagé par Thierry Delpeuch lorsqu'il affirme que « les études de diffusion s'attachent davantage à repérer les phénomènes de propagation d'innovations et à en spécifier le déroulement qu'à appréhender les interactions et les mécanismes sociaux engagés dans les transferts »[2]. Comme le remarque également Sarah Russeil, « démontrer que des informations et des éléments sont disponibles, puisque les acteurs de l'import-export les ont utilisés, constitue la clé d'une analyse en termes de transfert »[3].

S'agissant de notre étude, la notion de transfert convient davantage que celle de diffusion pour deux raisons. Tout d'abord, elle permet d'étudier les mouvements d'arrangements institutionnels au sein d'un cadre précis car bilatéral (depuis les acteurs d'un pays vers ceux d'un autre pays). Par ailleurs, la place centrale accordée dans notre étude aux acteurs nous amène à privilégier une approche en termes de transfert plutôt que de diffusion.

B) Les acteurs du transfert

Un large nombre d'acteurs sont au centre des études sur le transfert (Etats, organisations internationales, organisations non-gouvernementales, communautés épistémiques, acteurs non-étatiques)[4].

---

[1] Marsh, David et Jason C. Sharman, *op. cit*., p.274.
[2] Delpeuch, Thierry, *op. cit*., p.9.
[3] Russeil, Sarah, «Transfert de politiques publiques» dans Boussaguet, Laurie, et al., dir., *Dictionnaire des politiques publiques* (Paris: Presses de Sciences Po, 2010), 640-50., p. 647. Cependant, nous n'adhérons pas à la définition du transfert proposée par cet auteur, en raison de sa limitation au processus d'import-export entre « système modèle » et « système client ». D'une part, une analyse en termes d'import-export serait trop fonctionnaliste et réductrice de la complexité du processus. D'autre part, comme le démontrent des travaux plus récents, les transferts peuvent avoir lieu également par lorsqu'un acteur extérieur impose l'exportation (coercition) et non pas nécessairement parce qu'il constitue un modèle (mimétisme). Voir par exemple les travaux sur la conditionnalité de l'UE ou de la Banque mondiale : Schimmelfennig, Frank et al., «Costs, Commitment and Compliance: The Impact of EU Democratic Conditionality on Latvia, Slovakia and Turkey», *Journal of Common Market Studies* 41, no. 3 (2003), 495-518. ; Mosley, Paul et al., *Aid and power: The World Bank and Policy-Based Lending* (London: Routledge, 1991).
[4] Voir l'article de référence de Thierry Delpeuch et notamment la partie sur « Les acteurs du transfert » : Delpeuch, Thierry, *op. cit*., p. 40-47. Egalement, Dolowitz et Marsh élaborent une typologie des acteurs, en

Le rôle des organisations internationales est le plus souvent envisagé dans la perspective d'un transfert contraignant (par coercition). La conditionnalité et les sanctions des organisations telles que le FMI ou la Banque mondiale ont été souvent critiquées pour leur inefficacité dans les pays où elles agissaient[1]. Mais des études ont également mis en avant le fait que ces organisations peuvent transférer des éléments de manière plus subtile, à travers la dissémination d'idées, de normes, dans le cadre de rapports ou de conférences. Comme le remarquent Sabine Saurugger et Yves Surel, ces acteurs peuvent être à la fois des promoteurs et des acteurs des transferts institutionnels[2]. Dans un article sur la diffusion d'idées par les organisations internationales, Olivier Nay synthétise trois sources de leur influence : l'influence prescriptive, l'influence technique et l'influence cognitive[3]. La première concerne la capacité de l'organisation d'élaborer des normes qui soient adoptées par d'autres acteurs. En se basant sur la thèse de Paul J. DiMaggio et Walter W. Powell[4], l'auteur souligne que l'application de ces normes ne s'appuie pas sur la contrainte, mais sur la légitimité de l'organisation. L'influence technique découle de la capacité de l'organisation de développer des instruments techniques dans le cadre d'une assistance à la mise en œuvre de programmes, d'accords, ou de politiques publiques. L'influence s'appuie ici sur son expertise dans divers domaines et pour un large nombre de destinataires (administrations, acteurs politiques, acteurs non-étatiques). Olivier Nay le précise très clairement : la capacité d'action des organisations internationales dans les pays en développement repose à la fois sur le contrôle exercé sur les financements, ainsi sur les nombreux experts qui fournissent une aide technique aux pays en question[5]. Le cas moldave étudié dans cette thèse permet d'illustrer comment le soutien technique de la Banque mondiale a joué un rôle dans le transfert de normes de construction d'hôpitaux de l'étranger (cf. chapitre 5). Enfin, pour reprendre les termes de l'auteur, le dernier type d'influence – cognitive – se réfère à l'activité « intellectuelle » des organisations

---

identifiant six types principaux : les élus, les partis, les fonctionnaires, les groupes de pression, les entrepreneurs politiques/les experts et les institutions supranationales, voir : Dolowitz, David P. et David Marsh, «Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature», *op. cit*., p. 345. Voir aussi Evans, Mark, «Policy transfer in critical perspective», *Policy Studies* 30, no. 3 (2009), 243-68.

[1] Stone, Diane, «Transfer and Translation of Policy», ibid.33, no. 4 (2012), 1-17., p. 12.

[2] Les auteurs se réfèrent en particulier aux acteurs publics et privés non-communautaires qui participent aux réformes des pays de l'Europe Centrale et Orientale (institutions internationales, mais aussi organisations non-gouvernementales, think tanks ou firmes). Saurugger, Sabine et Yves Surel, «L'européanisation comme processus de transfert de politique publique», *op. cit*., p.3.

[3] Nay, Oliver, «How Do Policy Ideas Spread among International Administrations? Policy Entrepreneurs and Bureaucratic Influence in the UN Response to AIDS», *Journal of Public Policy* 32, no. 1 (2012), 53-76., p. 56-58.

[4] Il s'agit de l'idée d'isomorphisme, présentée dans la première section du chapitre.

[5] Nay, Oliver, *op. cit*., p. 57.

internationale. Elle consiste dans la dissémination d'idées à travers des rapports ou des conférences[1].

La conceptualisation de l'intervention des acteurs non-étatiques dans les processus de transferts doit beaucoup aux travaux de Diane Stone[2]. En questionnant le rôle des acteurs internationaux, cette auteure insiste sur la prise en compte d'autres acteurs que les organisations internationales, tels que les fondations privées[3], les think tanks[4], ou les organisations non-gouvernementales[5]. Elle souligne également l'importance d'observer les acteurs non-étatiques, tels que consultants, universitaires ou autres spécialistes engagés auprès de ces organisations. Diane Stone nous dit que l'action de ces acteurs permet de mettre en lumière une dynamique « soft » du transfert, à travers laquelle sont diffusées des normes et des connaissances par des acteurs non-étatiques[6]. Ceci permet de compléter les formes plus « classiques » de transfert d'instruments et de politiques, poursuivies par des acteurs étatiques et des organisations internationales. En approfondissant le rôle des acteurs privés (entreprises d'architecture et de construction), notre étude élargit l'éventail des acteurs du processus de transfert. Comme l'affirment David Benson et Andrew Jordan, ces derniers sont toujours « beaucoup plus nombreux que ce que nous l'envisagions au départ »[7].

---

[1] Olivier Nay démontre par exemple comment une structure de l'organisation ONUSIDA (le Secrétariat) peut acquérir de l'influence et du pouvoir à travers sa capacité de dissémination d'idées : Nay, Oliver, «Policy Transfer and Bureaucratic Influence in the United Nations: the Case of AIDS», *Questions de recherche*, no. 33 (2010), 1-28. L'OCDE (l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques) propose par exemple des guides de bonnes pratiques, des principes de « bonne gouvernance », Stone, Diane, *op. cit*.

[2] Nous avons retenu les travaux de Diane Stone en raison de la diversité des acteurs abordés (consultants, fondations, think tanks). David Dolowitz et David Marsh abordent plus spécifiquement le rôle des consultants politiques et des institutions non-gouvernementales : Dolowitz, David P. et David Marsh, «Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making», *op. cit*. Claire Dunlop se focalise sur le rôle des communautés épistémiques (conceptualisées initialement par Peter Haas, Haas, Peter M., «Introduction: epistemic communities and international policy coordination», *International Organization* 46, no. 01 (1992), 1-35.) au sein des processus de transfert : Dunlop, Claire, «Policy transfer as learning: capturing variation in what decision-makers learn from epistemic communities», *Policy Studies* 30, no. 3 (2009), 289-311.

[3] Voir en particulier l'article sur la Fondation SOROS et son rôle dans les pays de l'Europe Centrale et Orientale, ainsi que dans les anciens pays soviétiques. Stone, Diane, «Private philanthropy or policy transfer? The transnational norms of the Open Society Institute», *Policy & Politics* 38, no. 2 (2010), 269-87.

[4] Stone, Diane, «Non-Governmental Policy Transfer: The Strategies of Independent Policy Institutes», *Governance* 13, no. 1 (2000), 45-70.

[5] Stone, Diane, «Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas», *University of Warwick. Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation* Working papers(2001).

[6] Stone, Diane, «Private philanthropy or policy transfer? The transnational norms of the Open Society Institute», *op. cit*., p.270.

[7] Benson, David et Andrew Jordan, «What Have We Learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited», *op. cit*., p. 369.

Les acteurs que nous étudions n'ont pas tous la même capacité d'influence. Dans un panorama des études sur le transfert, Thierry Delpeuch mentionne que les différents acteurs « disposent de ressources inégales et n'interviennent pas nécessairement à toutes les étapes du processus »[1]. Lors de la comparaison entre le cas ukrainien et moldave, nous avons observé que les entreprises d'architecture et l'organisation internationale n'ont pas transféré des normes techniques de la même façon. En effet, si les architectes étrangers ont dû négocier et convaincre de l'introduction de leur expérience internationale, la Banque mondiale a disposé de moyens coercitifs plus convaincants pour faire adopter aux acteurs nationaux des normes étrangères (cf. chapitre 6).

Les acteurs du transfert peuvent être différenciés selon leur rôle dans ce processus. Thierry Delpeuch distingue ceux qui représentent « les sources d'inspiration », des « opérateurs du transfert », des « facilitateurs » et au final, des « récepteurs »[2]. En étudiant le rôle des agences d'architectures étrangères en Ukraine et en Moldavie, nous focalisons notre attention sur le rôle des « opérateurs du transfert », que nous appelons aussi « transporteurs », dans le sens où ils ont transporté des normes techniques de leur pays vers l'Ukraine et la Moldavie[3]. En modernisant des hôpitaux, les architectes étrangers ont appliqué des normes techniques informelles (liées à leur pratique et savoir-faire) qu'ils avaient pour habitude d'employer au sein de leur pays. Ils représentent donc des « transporteurs » de normes techniques de construction d'hôpitaux apprises et intériorisées dans leurs pays vers les pays où ils exercent des activités. L'analyse des acteurs « opérateurs » met en évidence des éléments non pas sur le résultat du transfert, mais sur les mécanismes de sa mise en œuvre. Elle permet de montrer

---

[1] Delpeuch, Thierry, *op. cit*., p.40.
[2] *Ibid*.
[3] Il existe également la notion d'entrepreneur politique (« policy entrepreneur ») développée par les travaux de John Kingdom et plus récemment, Michael Mintrom. Mais elle ne convient pas tout à fait pour caractériser l'action des architectes étrangers observés au sein de la thèse. Les entrepreneurs politiques sont des acteurs politiques qui promeuvent des idées politiques. Qu'ils soient de la sphère publique ou privée, ce qui les caractérise c'est le fait qu'ils saisissent des opportunités, qu'ils prennent des risques en s'engageant à les réaliser et qu'ils mobilisent d'autres acteurs pour poursuivre leurs objectifs. Les architectes étrangers agissant en Ukraine et en Moldavie ne peuvent être considérés des entrepreneurs politiques dans le sens où ils ne se sont pas mobilisés pour le changement de normes techniques. Ils n'ont pas cherché à convaincre des représentants nationaux de la nécessité de modifier les normes héritées de la période soviétique. Dans ce sens, ils ne se sont pas engagés dans un processus de changement institutionnel. Ce dernier est un effet de leurs actions de transfert de normes techniques informelles étrangères. Pour des caractéristiques plus approfondies sur le rôle des entrepreneurs, voir : Schneider, Mark et al., *Public entrepreneurs : agents for change in American government* (Princeton: Princeton University Press, 1995). ; Kingdon, John, *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (Boston: Little Brown & Co, 1984).

que des arrangements institutionnels sont transférés de façon informelle d'un pays à l'autre, avant qu'ils ne soient repris ou rejetés.

Parmi les acteurs receveurs du transfert, trois types d'acteurs nationaux sont étudiés : les responsables politiques, les professionnels du bâtiment et les administrations publiques. Si les responsables politiques sont ceux qui initient l'importation de l'expérience internationale (en allouant des ressources), les professionnels du bâtiment interviennent lors de sa mise en œuvre. Ils sont les receveurs directs des normes techniques étrangères, étant donné qu'ils sont au cœur des débats sur les solutions de construction hospitalière proposées par les architectes étrangers. Cependant, ces acteurs nationaux sont à la fois receveurs et opérateurs du transfert, car ils peuvent également intervenir sur les propositions transférées[1]. Les derniers « receveurs » du transfert sont les administrations de contrôle nationales qui valident ou invalident les plans réalisés avec le concours d'acteurs internationaux. Ces divers acteurs nationaux interviennent donc à différentes étapes d'un projet hospitalier, leur rôle dépendant de leurs ressources. Comme le souligne Thierry Delpeuch en se référant aux responsables politiques, la mise en œuvre du transfert « dépend à la fois de leur volonté de mettre effectivement en œuvre les solutions importées et des ressources dont ils disposent pour ajuster le modèle aux conditions locales »[2].

Au final, le concept de transfert permet d'identifier les acteurs « sources » ainsi que les acteurs « destinataires » des normes transférées, tout en précisant ainsi l'origine de ces dernières.

II) Les mécanismes de transfert de l'expérience internationale en Ukraine et en Moldavie

La littérature sur le transfert n'approfondit pas les mécanismes à travers lesquels des éléments d'un système politique sont utilisés au sein d'un autre système politique[3], au contraire de la

[1] Comme le souligne Thierry Delpeuch, « un même acteur peut remplir simultanément plusieurs rôles ». Delpeuch, Thierry, *op. cit*.
[2] *Ibid.* , p.41.
[3] Les travaux de Dolowitz et Marsh, par exemple, détaillent seulement le mécanisme d'apprentissage. Comme le remarquent Benson et Jordan, Dolowitz et Marsh ont développé leur caractérisation du transfert en s'appuyant sur les travaux sur l'apprentissage de Richard Rose. Les différentes forme de transfert présentées se rapprochent, en effet, de celle de l'apprentissage (copie, mimétisme, hybridation, synthèse, inspiration) : Benson, David et Andrew Jordan, «What Have We Learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited», *op.*

littérature sur la diffusion. Présentés par Beth A. Simmons, Frank Dobbin et Geoffrey Garrett, dans leur ouvrage « The Global Diffusion of Markets and Democracy »[1], quatre mécanismes principaux sont généralement retenus dans la littérature sur la diffusion[2] : l'apprentissage, la coercition, la compétition et le mimétisme. Bien que notre thèse utilise le concept de transfert plutôt que celui de diffusion, il nous apparait pertinent de retenir ces différents mécanismes pour caractériser la façon dont se met en place le transfert entre les acteurs internationaux et nationaux agissant en Ukraine et en Moldavie.

A) Coercition

La coercition est un mécanisme à travers lequel un acteur exerce un pouvoir coercitif sur un acteur plus faible, en lui imposant ses préférences. Il existe de ce point de vue une asymétrie de pouvoir entre les deux acteurs[3]. Les acteurs potentiellement coercitifs sont généralement les organisations internationales, mais peuvent être aussi des Etats ou des banques. Pour que la coercition soit établie, il est nécessaire d'observer d'abord une relation d'asymétrie entre l'acteur international et les acteurs nationaux. Ensuite, il faut pouvoir démontrer que les changements entrepris au niveau national incombent aux actions de l'acteur international. Ainsi, lorsque des organisations internationales et des pays puissants exercent une pression pour que des Etats adoptent certaines politiques, il s'agit d'une action coercitive[4].

Nous étudions cette forme de transfert dans le cadre de la thèse, à travers le cas des Centres de santé en Moldavie. Dans ce projet réalisé avec les financements de la Banque mondiale, nous étudions en quoi l'organisation internationale a imposé des conditions à la partie moldave et en quoi les actions nationales entreprises ont été liées à l'obtention des financements de cette dernière.

---

cit., p. 370-371. Plus récemment, Rose inclut dans ces catégories des nouvelles formes telles que la photocopie, la copie, l'adaptation, l'hybride, la synthèse, l'inspiration et l'imitation : Rose, Richard, *Learning from comparative public policy: a practical guide* (New York: Routledge 2005).

[1] Simmons, Beth A. et al., *The Global Diffusion of Markets and Democracy, op. cit*.

[2] Gilardi, Fabrizio, «Who Learns From What in Policy Diffusion Processes?», *American Journal of Political Science* 54, no. 3 (2010), 650-66, Marsh, David et Jason C. Sharman, *op. cit*.; Braun, Dietmar et al., «Ex Pluribus Unum: Integrating the Different Strands of Policy Diffusion Theory» dans Holzinger, Katharina, et al., dir., *Transfer, Diffusion und Konvergenz von Politiken* (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007), 39-55.

[3] Simmons, Beth A. et al., «Introduction: the diffusion of liberalization», *op. cit*., p. 11.

[4]Gilardi, Fabrizio, «Transnational diffusion: Norms, ideas, and policies», *op. cit*., p. 13

B) Compétition

La compétition est un mécanisme moins hiérarchique que la coercition et qui prend essor dans le contexte d'une économie mondiale de plus en plus intégrée. Cette forme de transfert est présente surtout au niveau des politiques économiques, car elle explique bien les choix des Etats en matière d'investissement ou de réduction des coûts afin de rester compétitifs par rapports à d'autres Etats. Simmons et ses collègues prennent l'exemple de la diffusion du libéralisme économique par compétition, lorsqu'un Etat est incité à libéraliser une fois que des acteurs extérieurs « clés » ont ouvert leurs marchés[1]. Ce qui permet de caractériser ce mécanisme, c'est le fait que l'Etat en question ait pris la décision de libéraliser un domaine d'action publique alors qu'il ne l'aurait pas fait selon des considérations d'ordre national (ces dernières auraient au contraire incité à plus de protection, d'impôts, ou de régulation). Il y a également l'idée que cette décision est liée à des actions similaires d'un autre Etat avec qui il est en concurrence.

La compétition n'est pas un mécanisme du phénomène de transfert étudié au sein de cette thèse. L'analyse de notre terrain de recherche n'a pas identifié des actions nationales prises dans un « esprit de concurrence » avec d'autres Etats.

C) Apprentissage

A la différence du mécanisme de compétition, le transfert par apprentissage suppose qu'un Etat adopte une politique expérimentée au sein d'un autre Etat, non pas pour mieux se positionner vis-à-vis de ce dernier (concurrence), parce que cette expérience lui permet d'évaluer comment fonctionne cette politique. L'apprentissage est donc défini comme étant le processus par lequel les acteurs nationaux utilisent l'expérience d'autres pays[2]. Les auteurs privilégient l'analyse des acteurs politiques qui cherchent à apprendre d'autres pays avant de mettre en œuvre des solutions au niveau national[1]. La recherche de solutions à l'étranger pour la mise en place de politiques publiques, de programmes, ou d'instruments est expliquée selon ces travaux par l'intérêt des représentants politiques à évaluer les conséquences d'un changement au niveau national avant la mise en place de réformes. L'apprentissage peut

[1] Simmons, Beth A. et al., «Introduction: the diffusion of liberalization», *op. cit*., p. 17.
[2] Füglister, Katharina, «Where does learning take place? The role of intergovernmental cooperation in policy diffusion», *European Journal of Political Research* 51, no. 3 (2012), 316-49., p. 319.

prendre deux formes : il peut être rationnel ou sociologique. Le premier entend une connaissance rationnelle des solutions d'un autre système politique lors de leur transfert au niveau national. Il est surtout utilisé dans une approche économique et ne sera pas retenu pour notre étude. Le deuxième suppose que les acteurs possèdent une rationalité limitée (« *bounded rationality* ») et qu'ils accumulent les informations en privilégiant certaines sources plutôt que d'autres, par des raccourcis cognitifs (« *cognitive shortcuts* »). C'est cette forme d'apprentissage que nous privilégions.

Les responsables politiques analysés au sein de notre thèse n'interviennent pas directement dans le transfert de normes depuis l'étranger. Cependant, ils prennent des décisions qui favorisent l'introduction de l'expérience internationale à la suite d'un constat d'absence d'expérience au niveau national. La recherche d'expérience internationale dans le domaine de la construction des hôpitaux cherche ainsi à pallier un manque de ressources au niveau national. En revanche, les architectes nationaux participent d'une manière plus directe au transfert de normes étrangères. En étant au cœur des échanges avec les architectes étrangers, ils « apprennent » de solutions et de façons de faire nouvelles. En nous référant à Thierry Delpeuch, nous considérons qu'il y a apprentissage lorsque ces acteurs locaux « s'approprient et mettent en œuvre (…) des savoir-faire tenus pour « modernes »[2] par les agents de transfert »[3]. Dans ce contexte, la notion d'apprentissage convient pour analyser les mécanismes par lesquels l'expérience des acteurs internationaux a été mise en œuvre en Ukraine et en Moldavie. Elle accentue notamment le caractère volontaire du transfert de normes étrangères, à la différence d'une coercition exercée par les organisations internationales.

D) Le mimétisme

Connue également sous le terme d'isomorphisme, d'émulation ou de socialisation, le mécanisme de mimétisme est lié au courant constructiviste et à l'idée que l'action sociale est

---

[1] Gilardi, Fabrizio, «Transnational diffusion: Norms, ideas, and policies», *op. cit*., p. 17.
[2] Il ne s'agit ici d'aucun jugement de la part de l'auteur quant aux avantages ou inconvénients des éléments transférés.
[3] Delpeuch, Thierry et Margarita Vassileva, «Des transferts aux apprentissages : réflexions à partir des nouveaux modes de gestion du développement économique local en Bulgarie», *Critique internationale* 48, no. 3 (2010), 25-52., p. 28.

liée à la compréhension qu'ont les acteurs de cette dernière[1]. Nous nous fondons également sur la notion d'isormorphisme institutionnel, développée par DiMaggio et Powell et présentée dans la première section de ce chapitre. En effet, l'approche de ces auteurs concernant l'imitation des formes institutionnels entre les différents systèmes politiques, la rend particulièrement utile pour caractériser une forme sociologique du transfert. Car si l'apprentissage, tel que défini précédemment, suppose une connaissance limitée par les acteurs nationaux des solutions expérimentées au sein d'un autre système politique, le mimétisme renforce l'absence de calcul rationnel à leurs décisions. Dans cette configuration, les acteurs prennent des décisions sans connaître leur efficacité, pour des raisons essentiellement subjectives. Dans ce sens, ils supposent seulement les bienfaits d'une politique plutôt que d'en évaluer véritablement ses conséquences au niveau national. Comme le mentionnent Simmons et ses collègues, c'est le pouvoir rhétorique qui incite l'application d'une politique expérimentée ailleurs et non pas la preuve de son efficacité[2]. En abordant la question de la sélection du modèle à importer, Thierry Delpeuch souligne que « les choix des acteurs en matière d'emprunts extérieurs dépendent de la façon dont ils perçoivent à la fois le problème qu'ils cherchent à résoudre et les solutions possibles à leur connaissance »[3]. Sabine Saurugger et Yves Surel insistent sur cet aspect en mentionnant que « ce n'est pas tant le problème en soi que la représentation du problème qui se développe parmi un groupe d'acteurs (…) qui permet le déclenchement d'un transfert »[4]. Contrairement à la coercition, le mimétisme recouvre une situation où les acteurs nationaux adoptent de manière volontaire les conditions imposées par l'acteur extérieur, en étant convaincus de « faire de leur mieux » ainsi.

S'agissant de la différenciation entre les mécanismes d'apprentissage et ceux de mimétisme, nous prenons en compte la critique de Marsh et Sharman, qui s'interrogent sur le niveau de rationalité minimal où s'effectue la bascule entre suivisme réfléchi et suivisme irréfléchi. Pour dépasser cette limite, nous nous appuyons sur le concept d'isomorphisme institutionnel développé par DiMaggio et Powell et qui centre toute l'analyse sur la question de la légitimité

---

[1] Simmons, Beth A. et al., «Introduction: the diffusion of liberalization», *op. cit*., p. 32.
[2] *Ibid*.
[3] Delpeuch, Thierry, «L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art», *op. cit*., p. 47.
[4] Saurugger, Sabine et Yves Surel, «L'élargissement de l'Union européenne : un processus de transfert institutionnel ?», *Introduction* 13, no. 2 (2006), 177-8., p. 204.

des solutions extérieures (en dehors de tout calcul coût/bénéfice)[1]. Nous prenons donc en compte les facteurs symboliques et normatifs, plutôt que techniques et rationnels[1], pour mettre en évidence un mécanisme de mimétisme et non d'apprentissage.

Au final, notre travail sur les transferts de normes techniques vers l'Ukraine et la Moldavie étudie principalement des mécanismes de coercition, d'apprentissage et de mimétisme.

III) Schéma d'analyse et hypothèses

Dans le cadre de notre thèse, nous découpons le processus de transfert en fonction des différentes étapes présidant à la construction d'un hôpital afin de mieux analyser les acteurs impliqués, les éléments transférés, ainsi que le caractère contraignant ou volontaire du processus. Un rappel des hypothèses principales de notre recherche, et une présentation de la façon dont elles s'insèrent dans notre cadre théorique, viennent ensuite compléter ce schéma d'analyse.

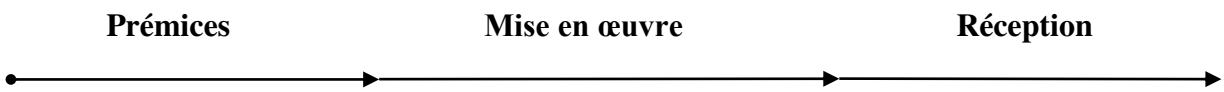
A) Une analyse « séquentielle » du transfert

Il s'écoule toujours un certain lapse de temps entre le moment où des responsables politiques nationaux décident de s'inspirer de l'étranger et le moment où l'élément en question est transféré au sein de leur pays. Cette période, que nous imaginons sur un continuum, se caractérise par plusieurs phases, au sein desquelles tant les acteurs que les éléments transférés peuvent évoluer. Selon nous, la complexité du processus de transfert tient précisément à son déroulement et aux modifications qui interviennent en cours de route. Nous proposons de découper ce processus en plusieurs phases, afin de de mieux analyser les acteurs et le contenu du transfert.

Nous associons le transfert à un continuum dans la durée (Fig. 10), au sein duquel on peut distinguer plusieurs étapes, plusieurs acteurs et plusieurs éléments transférés. Cependant, nous n'envisageons pas le transfert comme étant un processus linéaire. Au contraire, on suppose qu'il y a de nombreux allers-retours entre les acteurs participant à des transferts internationaux, ce qui brouille souvent les pistes de l'origine et de la réception des éléments transférés. C'est aussi ce qui rend parfois son analyse difficile.

[1] Sur cet aspect, se référer à la section I de ce chapitre.

Fig. 10 : Séquençage d'un processus de transfert par étapes



Découper le processus de transfert permet de mieux saisir les acteurs nationaux et internationaux impliqués et d'interroger leur rôle sur l'introduction de solutions étrangères. Comme l'affirment Dolowitz et Marsh, à l'apparition de chaque nouvel acteur, le processus de transfert peut modifier ses caractéristiques[2]. Nous considérons dans ce contexte qu'il convient d'allouer une attention toute particulière au déroulement du transfert dans le temps, en séparant les phases selon l'intervention des acteurs et en analysant à chaque fois les éléments transférés. Cette décomposition du processus permet de mieux caractériser la nature coercitive ou volontaire des actions entreprises, ainsi que les éléments transférés. Dans le cadre de notre étude, cela permet de préciser par exemple, si l'intervention de la Banque mondiale dans le cas moldave, a été coercitive ou souhaitée par les acteurs nationaux, ou bien de déterminer si le degré d'implication de l'organisation a été le même tout au long de la réalisation du projet ou s'il a évolué durant les différentes phases. On note également que le découpage en plusieurs phases du transfert permet de mieux identifier son contenu. Ainsi, selon qu'il s'agisse du début ou de la fin d'un transfert, les éléments transférés peuvent être plus ou moins concrets (idées ou modèles au départ, se concrétisant par des politiques ou des instruments précis).

---

[1] Marsh, David et Jason C. Sharman, *op. cit*., p. 272.

[2] Les auteurs donnent l'exemple de l'intervention de l'OCDE dans la préparation d'un rapport sur les programmes d'assistance de 18 pays par le Département britannique de sécurité sociale. L'OCDE a par la suite fait également appel à un universitaire travaillant sur cette question. Les informations collectées dans le rapport ont ainsi été le résultat de la participation de l'institution nationale, de l'organisation internationale et d'un consultant sollicité par cette dernière. Dolowitz, David P. et David Marsh, «Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making», *op. cit*., p. 11.

B) Un séquençage du transfert selon les étapes d'un projet de construction hospitalière

Un projet de construction hospitalière peut être fractionné en plusieurs phases (voir Fig. 11)[1]. Une première étape correspond à l'organisation de l'appel d'offre international. Cette étape de recherche d'une compétence internationale en matière de modernisation hospitalière par les décideurs politiques nationaux, est également le moment de la collecte de ressources pour la réalisation du projet. Cette phase se finalise par le lancement d'un appel d'offre et la sélection des consultants étrangers.

Cette première phase d'un projet hospitalier correspond aux prémices du transfert, dans la mesure où les acteurs nationaux entament la recherche de solutions extérieures aux problèmes rencontrés. Richard Rose mentionne que le transfert commence déjà lors des premières actions de « balayage » (« scanning ») des options disponibles au niveau international et de collecte des ressources nécessaires à son ultérieure adoption[2]. Dans le cadre de notre thèse, nous analysons l'organisation des appels d'offre internationaux par les décideurs politiques ukrainiens et moldaves. Cette première phase du transfert fait l'objet du chapitre 5.

La deuxième phase d'un projet hospitalier correspond à la réalisation des missions architecturales. Il s'agit de l'élaboration des plans architecturaux par les participants internationaux et nationaux. La nature de la mission architecturale peut être diversifiée et contenir des éléments d'étude de faisabilité ou de programmation ou de conception architecturale (selon le contrat signé entre la maitrise d'ouvrage et la maitrise d'œuvre). Cette phase se caractérise par des nombreux échanges entre les acteurs nationaux et internationaux au sujet de la réalisation du futur bâtiment.

La réalisation de missions architecturales correspond à l'étape de mise en œuvre du transfert. De par l'intensité des échanges entre les acteurs nationaux et internationaux, nous estimons que cette deuxième phase constitue le cœur du processus de transfert. Il s'agit de l'étape durant laquelle sont transférées des pratiques, des façons de faire et des solutions de

---

[1] Comme mentionné dans le chapitre 1, le processus de construction d'un bâtiment est assez complexe et se déroule en plusieurs étapes. Nous ne nous intéressons pas à l'ensemble des étapes qui structurent l'interaction des acteurs participant à la modernisation d'un hôpital. Nous abordons seulement les moments qui permettent de caractériser le phénomène du transfert de normes techniques depuis l'étranger, tel que conceptualisé sur la base du terrain de recherche étudié.

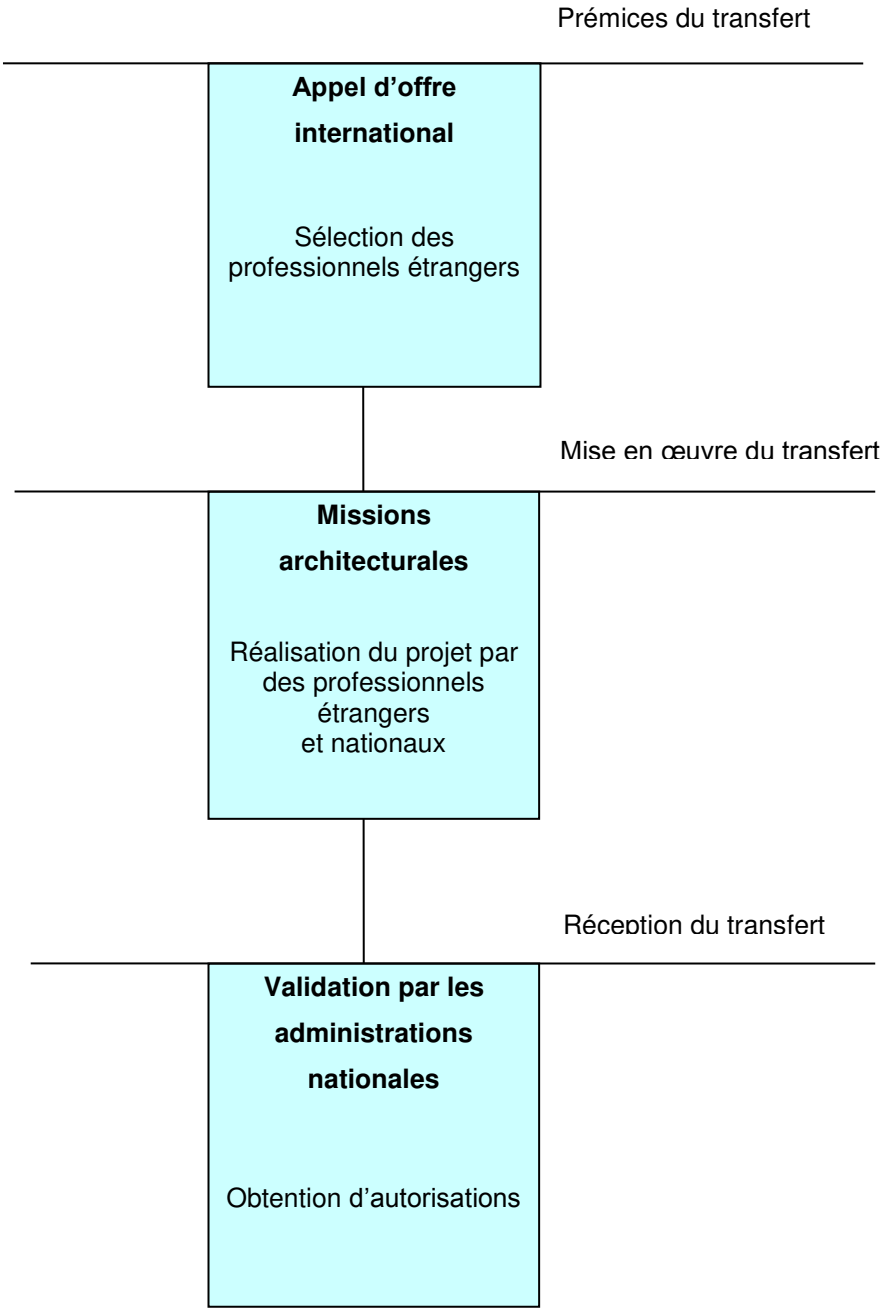
[2] Rose, Richard, «What is Lesson-drawing?», *Journal of Public Policy* 11, no. 1 (1991).

construction hospitalière depuis l'étranger. Cette phase de mise en œuvre du transfert fait l'objet du chapitre 6.

Enfin, la troisième phase d'un projet hospitalier se réfère à la validation de la mission architecturale par les administrations nationales. Une fois que les plans architecturaux ont été élaborés par les architectes étrangers, le maître d'ouvrage les soumet aux administrations de contrôle. Ces dernières vérifient la conformité des plans aux normes techniques règlementaires. L'obtention de certificats permet la construction de l'ouvrage.

La validation du projet par les administrations nationales correspond, selon nous, à la réception du transfert. Il s'agit de l'acceptation de la solution transférée depuis l'étranger par les instances administratives nationales. Etant donné que chaque pays comporte une configuration institutionnelle spécifique, la réception du transfert rencontre un accueil plus ou moins favorable. Nous étudions, en particulier, les points de résistance représentés par l'héritage d'arrangements institutionnels de la période soviétique (des normes formelles et informelles). Cette dernière phase du transfert fait l'objet du chapitre 7.

Fig. 11 : Le processus de transfert au sein d'un projet de construction hospitalière



Par conséquent, nous nous proposons d'analyser le déroulement des projets de modernisation hospitalière en Ukraine et en Moldavie selon un séquençage du transfert, en fonction des

principales étapes de la construction d'un bâtiment. Lors de l'analyse de chacune des phases identifiées (prémices, mise en œuvre et réception), nous interrogeons les acteurs impliqués, les éléments transférés, ainsi que le degré coercitif ou volontaire du transfert.

C) Retour sur les hypothèses de recherche principales

Nous avons présenté nos deux hypothèses principales de recherche dans l'introduction de cette thèse. La première avance que les acteurs internationaux ont changé la façon de construire les hôpitaux dans les anciens pays soviétiques. La seconde hypothèse avance que l'introduction de l'expérience internationale en Ukraine et en Moldavie ne s'est pas réalisée sur une « tabula rasa » du passé, mais a rencontré des résistances au niveau national, du fait de l'héritage de la période soviétique. Le cadre théorique de l'institutionnalisme et le concept de transfert permettent de détailler ces hypothèses.

L'hypothèse n°1 dans la lignée des travaux sur le transfert :

L'approche du transfert s'intéresse aux changements institutionnels qui ne peuvent pas être expliqué uniquement en termes nationaux. Cette approche conceptuelle permet dans notre étude d'accorder une place privilégiée au rôle des acteurs internationaux dans la transformation de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie. Mais elle permet également de préciser les mécanismes à l'œuvre (coercition, apprentissage ou mimétisme).

Dans un premier temps, nous supposons que l'Ukraine et la Moldavie ont adopté l'expérience des pays avancés en matière de construction hospitalière, pour une bonne part par un mécanisme de mimétisme. Dans cette optique, les entreprises nationales auraient été écartées au profit des entreprises internationales, au motif que seules ces dernières auraient été capables de construire un véritable hôpital moderne « à l'occidentale ». D'autre part, le mécanisme de mimétisme aurait aussi été à l'œuvre lorsque certaines solutions étrangères ont pu être adoptées sans études de leur pertinence, simplement en raison de la légitimité de leurs auteurs.

Dans un deuxième temps, nous supposons que le mécanisme de transfert n'a pas été le même selon les acteurs internationaux participant à la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie. Ainsi, le transfert opéré par la Banque mondiale en Moldavie se serait mis en place selon un mécanisme de coercition, en raison des moyens de pression importants, notamment

sur le plan financier, dont dispose cette organisation internationale. A l'inverse, les transferts opérés par les acteurs privés de la construction auraient pris la forme d'une « négociation » avec les acteurs nationaux, selon un processus d'apprentissage.

L'hypothèse n°2 dans la lignée des approches néo-institutionnalistes :

Si le cadre conceptuel du transfert permet d'approfondir la manière dont l'action extérieure a été mise en place en Ukraine et en Moldavie, les approches néo-institutionnalistes permettent de souligner l'impact des arrangements institutionnels nationaux.

Dans la lignée des approches historique et sociologique de l'institutionnalisme, nous émettons l'hypothèse que le transfert de normes de construction de l'étranger, en Ukraine et en Moldavie, a connu des points de résistance, liés à l'héritage des normes formelles et informelles de la période soviétique. Etant donné que les normes règlementaires, ainsi que les pratiques et habitudes de construire des hôpitaux ont été similaires durant la période soviétique dans les deux pays, nous supposons que les points de résistances aux transferts internationaux et la réalisation de ces derniers présentent de fortes similitudes entre l'Ukraine et la Moldavie.

Par conséquent, notre schéma d'analyse combine des éléments du courant néo-institutionnaliste et des approches du transfert. L'institutionnalisme historique et sociologique sert à expliquer quels ont été les points de résistance à l'action des acteurs internationaux en Ukraine et en Moldavie. Les mécanismes du transfert détaillent la manière dont les actions extérieures ont été mises en place au sein de ces pays. Les hypothèses du changement et des points de résistance de ce processus sont vérifiées dans les chapitres 4, 5, 6 et 7.

Conclusion

Ce chapitre a présenté le cadre théorique utilisé pour l'étude du changement des normes techniques en Ukraine et en Moldavie. Il a approfondi les hypothèses principales de la recherche en fonction des fondements théoriques de l'institutionnalisme et de l'approche conceptuelle du transfert de politiques publiques.

Dans une première section, nous avons présenté les apports du courant institutionnaliste pour notre thèse. Nous avons écarté l'approche du choix rationnel pour l'étude de la transition des anciens pays soviétiques. En revanche, nous avons retenu les formes historiques et sociologiques de l'institutionnalisme pour étudier la continuité des normes techniques formelles (textes règlementaires) et informelles (représentations et pratiques intériorisées) après l'effondrement de l'URSS en Ukraine et en Moldavie. Le phénomène de dépendance au sentier est étudié tout au long de la thèse et souligne les points de résistance à l'introduction de l'expérience internationale.

C'est dans cette première section que nous avons également présenté les pistes d'explication du changement institutionnel par les différentes approches institutionnalistes. Si la perspective historique retient l'idée d'une transformation « endogène », dans un temps long et par des acteurs nationaux, nous considérons que le changement exogène, réalisé par des acteurs extérieurs, doit être également étudié dans cette perspective. Nous analysons donc l'action des acteurs internationaux en Ukraine et en Moldavie dans un temps long et non pas sous forme de choc abrupte. L'approche sociologique du courant institutionnaliste permet, de son côté, de mieux prendre en compte un changement réalisé par des acteurs extérieurs, plutôt que nationaux. Elle propose une explication en termes d'isomorphisme : les acteurs nationaux cherchent des solutions à l'étranger pour des problèmes intérieurs, lorsqu'ils ne possèdent pas de connaissances dans un domaine en particulier. Ils cherchent alors à suivre les développements les plus « en vogue » au niveau international. Le changement s'inscrit dans une recherche de légitimité, plus que de calculs rationnels. Nous adoptons l'hypothèse de ce type de changement, mais le caractérisons dans le cadre de la thèse non pas d'isomorphisme, mais de mimétisme, une notion davantage approfondie par le cadre conceptuel du transfert des politiques publiques.

La deuxième section du chapitre a permis d'approfondir le concept de transfert de politiques publiques et ses mécanismes de coercition, d'apprentissage et de mimétisme. Si

l'apprentissage suppose une étude préalable rationnelle des solutions extérieures importées, le mimétisme implique un « suivisme » non calculé, selon des facteurs subjectifs (de ce qui est « tendance », de ce qui est « la référence », de ce qui est le plus légitime). La coercition en revanche suppose que des acteurs internationaux plus puissants aient été en mesure d'exercer des pressions sur les acteurs nationaux pour l'adoption de solutions extérieures.

A la fin de ce chapitre, nous avons présenté un schéma d'analyse du processus de transfert. Ce dernier a été découpé en trois phases – prémices, mise en œuvre et réception – selon trois étapes d'un projet de construction : appel d'offre international, missions architecturales et validation par les administrations. Une analyse séquentielle du transfert permet d'interroger le rôle des acteurs nationaux et internationaux lors de chaque phase, les éléments transférés, ainsi que le caractère contraignant ou volontaire du processus.

Enfin, nous sommes revenus sur les hypothèses de départ de notre recherche, en les imbriquant davantage avec notre cadre théorique et conceptuel.

Chapitre III. La méthodologie de recherche

Parmi les méthodes qualitatives et quantitatives en sciences sociales, nous avons choisi la méthode de l'étude de cas comparée. Dans un ouvrage dédié aux particularités de cette méthode qualitative, George et Bennett précisent qu'il s'agit d'une étude de cas « structurée » et « ciblée » (« method of structured, focused comparison »)[1]. La méthode est « structurée » parce nous avons posé des questions générales à chaque cas et réalisé ensuite une comparaison des informations recueillies. Ainsi, nous avons interrogé le rôle des acteurs internationaux au sein de projets hospitaliers en Ukraine et en Moldavie. Nous avons cherché à comprendre comment ces derniers ont participé au changement de la manière de construire des hôpitaux dans ces pays. La méthode de l'étude de cas adoptée est également « ciblée » parce qu'elle porte précisément sur le changement de la construction des hôpitaux, entre 1991 et 2011, en Ukraine et en Moldavie. Nous avons considéré que ces deux caractéristiques principales permettaient d'atteindre l'objectif de recherche : comprendre et expliquer comment ont changé les normes de la construction des hôpitaux, ainsi que le rôle joué par les acteurs internationaux au sein de ce processus.

Dans ce chapitre, nous mentionnons dans un premier temps, les avantages de la méthode qualitative adoptée, dans le contexte des débats plus larges de la discipline. Nous spécifions également comment nous avons fait le lien entre la théorie et l'empirie tout au long de la recherche et en particulier, comment la littérature a nourri les hypothèses émises à partir des observations empiriques. La démarche comparative est également rappelée, en tant que stratégie qui a guidé la collecte et l'analyse des informations. C'est aussi dans cette première section du chapitre que nous expliquons comment ont été sélectionnés les projets hospitaliers, en donnant plus de détails que dans l'introduction de la thèse. Dans un deuxième temps, nous présentons les principaux moments du déroulement de l'enquête de terrain : l'observation participante et les entretiens.

---

[1] George, Alexander L. et Andrew Bennett, *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2005)., p.67.

Section I : L'approche de recherche : stratégie et choix d'enquête

Dans cette première section, nous détaillons la méthode qualitative et la démarche comparée adoptées. Dans un premier temps, nous expliquons pourquoi nous avons retenu une méthode par étude de cas et non pas des variables. Nous rappelons également les débats récents sur les méthodes quantitatives et qualitatives, en précisant notre positionnement au sein de ces dernières. Dans un deuxième temps, sera exposée la stratégie comparative adoptée, l'articulation entre la théorie et l'empirie, ainsi que la distance prise avec les méthodes de John Stuart Mill.

I) Une méthode qualitative « classique »

La division « traditionnelle » entre les méthodes quantitatives et qualitatives mérite qu'on s'y attarde un peu avant d'expliciter les choix adoptés au sein de notre thèse. La différence entre les deux types de méthode réside dans l'objectif et la portée de la recherche. Comme le résume Charles Ragin, il y a une tension entre le souhait d'élargir la question de recherche à un grand nombre de pays et la volonté d'approfondir et de focaliser le sujet sur quelques pays en particulier[1]. Ces deux objectifs orientent l'étude soit vers le choix d'un grand nombre de pays (« large-N »), soit d'un nombre de pays plus réduit (« small-N »). La méthode de collecte, d'analyse et de traitement de l'information n'est pas la même selon le choix adopté. Les recherches portant sur un grand nombre de pays et ayant pour objectif d'établir des généralisations sont, le plus souvent, réalisées à l'aide de techniques quantitatives. Elles adoptent, en règle générale, une approche méthodologique par variables, appelée aussi « variable-oriented ». En revanche, les études cherchant à approfondir un phénomène au sein de quelques pays en particulier, utilisent des méthodes qualitatives, qui s'appuient essentiellement sur la comparaison[2]. La méthode qualitative la plus communément adoptée est l'étude de cas, donnant à la recherche une orientation de type « case-study oriented ».

[1]Ragin, Charles C., *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies* (Berkley: University of California Press, 1989)., p. ix.

[2] En s'appuyant sur les travaux de Smelser (1976), Charles Ragin mentionne que la comparaison constitue le cœur de la méthode qualitative et de l'approche par étude de cas, à la différence des méthodes dites « corrélationnelles » qui caractérisent l'approche par variables., *ibid.* , p. 12. Et Smelser, Neil J., *Comparative methods in the social sciences* (Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1976).

Ainsi, les deux approches sont liées à des objectifs de recherche différents, selon que le chercheur souhaite établir des généralisations ou approfondir des aspects spécifiques.

Notre recherche s'inscrit dans la tradition méthodologique qualitative. En nous intéressant à la modernisation des anciens pays soviétiques, nous cherchons à déterminer quelles ont été les influences extérieures au sein de ce processus. Nous étudions la mise en place de l'expérience internationale lors de la modernisation des hôpitaux. L'objectif n'est pas nécessairement d'établir des généralisations pour l'ensemble des pays soviétiques qui font appel à des acteurs internationaux pour moderniser le secteur hospitalier, mais d'approfondir le déroulement de ce processus au sein des deux pays sélectionnés. Notre thèse cherche à mettre en avant les principaux obstacles et catalyseurs à l'introduction de l'expérience étrangère. Nous avons choisi des projets hospitaliers en Ukraine et en Moldavie, réalisés avec le concours d'acteurs internationaux, afin d'analyser leurs interactions avec les acteurs et institutions nationales. Notre approche est donc qualitative de par l'objectif de la recherche (approfondir et non pas généraliser), ainsi que de par la collecte des informations (étude de cas).

A) L'approche par méthode de cas

L'approche par étude de cas est une « méthode classique comparative »[1]. Elle permet d'analyser de manière approfondie les caractéristiques d'un phénomène à une période de temps spécifique. La dimension temporelle, ainsi que le contexte de déroulement du phénomène (la période et le pays) sont importants dans les éléments explicatifs de la recherche. La stratégie du chercheur s'appuie très fortement sur la partie empirique. En revanche, comme l'explique Charles Ragin, l'approche par les variables est centrée sur la théorie (« theory-centered »)[2]. Le chercheur ne vise pas forcément à comprendre un phénomène spécifique et ses caractéristiques au sein d'un pays en particulier ou à un moment donné de l'histoire, comme lorsqu'il entreprend une étude de cas. Il cherche plutôt à comprendre la corrélation entre des facteurs observables dans plusieurs pays et qui peuvent apporter une compréhension théorique générale du phénomène[3]. La mise en relation des différentes variables est un élément essentiel de cette méthode. En effet, le chercheur propose une explication du phénomène étudié par des variables identifiées à l'aide de la théorie. La

[1]Ragin, Charles C., *op. cit*., p. 53.
[2] *Ibid*.
[3] *Ibid*.

relation de causalité entre ces variables est centrale pour la compréhension de l'objet étudié. D'une manière plus concrète, dans une approche de cas, la théorie sert à comprendre et à interpréter le phénomène observé, ainsi qu'à pointer vers les facteurs causaux. Dans une approche par les variables, le chercheur teste des hypothèses issues de la théorie[1].

Dans le cadre de notre thèse, nous avons opté pour l'étude de cas afin d'analyser comment les acteurs nationaux et internationaux de la construction des hôpitaux ont modernisé les bâtiments hérités de la période soviétique, entre 1991 et 2011, en Ukraine et en Moldavie. Cette méthode permettait de collecter des informations précises sur les normes techniques utilisées par les architectes et les ingénieurs ukrainiens et moldaves. Nous avons donc accordé une place centrale au terrain de recherche. La collecte d'informations sur la manière de construire des hôpitaux dans ces pays et les changements opérés après 1989 devait permettre de répondre à nos questions.

D'une certaine manière, nous nous sommes inspirée de la méthode par variables, mais seulement pour structurer notre réflexion théorique et conceptuelle. A ce titre, la recherche a été structurée autour du changement des normes de construction des hôpitaux en tant que variable dépendante et le transfert de normes étrangères en tant que variable indépendante. Des variables intervenantes, telles que les normes de la période soviétique (dépendance au sentier) et le soutien politique ont également été identifiées, afin de mieux cibler les contours de l'objet étudié. Ces éléments ont été à la base de notre réflexion, sans constituer une méthode d'analyse. Ainsi, nous n'avons pas précisé le contenu de chaque variable (avec indicateurs) afin d'étudier l'impact de l'une sur l'autre et les variations enregistrées. Si les notions de variables apparaissent dans le cadre de notre thèse, c'est en tant qu'éléments de vocabulaire et non pas dans le sens de la méthode par variables.

L'étude de l'influence des acteurs internationaux sur les changements institutionnels en Ukraine et en Moldavie questionne la relation de causalité entre les deux. Toutefois, cet aspect ne constitue pas la caractéristique principale de la méthode utilisée, dans la mesure où nous n'étudions pas un phénomène en termes de causalité entre plusieurs variables. En adoptant les suggestions de Charles Rangin, nous considérons qu'il s'agit des « conditions » plutôt que des « causalités » du phénomène étudié. Nous analysons donc dans quelle mesure l'action des acteurs internationaux en Ukraine de en Moldavie a produit les changements

[1] *Ibid*. , p. 55.

observés dans la construction d'hôpitaux. La vérification d'une relation de causalité supposerait que l'on compare des projets hospitaliers réalisés par des acteurs internationaux avec d'autres où ils seraient absents. Or, nous avons choisi uniquement des études des cas réalisées avec le concours d'acteurs extérieurs. Nous analysons donc les conditions au sein desquelles ces derniers ont fait adopter des normes étrangères aux acteurs nationaux. L'objectif est ici de présenter de manière approfondie quels ont été les mécanismes, les résistances et obstacles à ce processus.

B) Les débats quali/quanti

La combinaison des éléments des deux approches (étude de cas et variables) fait écho aux débats méthodologiques actuels de la discipline. En effet, tant les méthodes quantitatives que celles qualitatives ont des limites[1]. De plus en plus de chercheurs suggèrent désormais de combiner des éléments des deux, certains proposant même des modèles mixtes « alternatifs »[2]. Par ailleurs, la recherche d'une voie médiane entre les méthodes quantitatives et qualitatives s'inscrit dans une « quête pour de normes communes de méthodologie » en sciences sociales[3]. Sans rentrer ici dans les détails de ces discussions, il s'agit de mentionner néanmoins deux points qui nous semblent importants. Il y a d'une part, l'ouvrage de King, Keoane et Verba « Designing social inquiry »[4] qui a suscité une vive réponse de la part de nombreux auteurs et d'autre part, la méthode proposée par Charles Ragin qui se veut comme une « troisième voie » au carrefour des approches quantitatives et qualitatives[5].

Dans un premier temps, King, Keohane et Verba proposent aux chercheurs qualitatifs d'intégrer des techniques quantitatives dans leurs recherches, afin de combler leurs lacunes

---

[1] Voir en particulier le tableau récapitulant les principales caractéristiques des méthodes qualitatives et quantitatives proposé par Charles Ragin dans Rihoux, Benoît et al., «Une troisième voie ? Entre approches qualitative et quantitative», *Revue Internationale de Politique Comparée* 11, no. 1 (2004), 117-53., p. 119-122.

[2] C'est le cas de Charles Ragin qui propose une « voie médiane » combinant des éléments des deux approches. Les méthodes AQQC et Fuzzy sets sont explicitées dans les ouvrages : Ragin, Charles C., *Redesigning Social Inquiry: Fuzzy Sets and Beyond* (Chicago: University of Chicago Press, 2009).; Ragin, Charles C., *Fuzzy-Set Social Science* (Chicago: University of Chicago Press, 2000).

[3] Brady, Henry E. et David Collier, dir. *Rethinking Social Inquiry: Diverse Tools, Shared Standards*. Oxford: Rowman and Littlefield, 2004)., p.3.

[4] King, Gary et al., *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1994).

[5] Ces deux moments sont également soulignés par Carsten Anckar, comme étant « les deux avancées méthodologiques notables de la dernière décennie » en sciences sociales, Anckar, Carsten, «On the Applicability of the Most Similar Systems Design and the Most Different Systems Design in Comparative Research», *International Journal of Social Research Methodology* 11, no. 5 (2008), 389-401., p. 390.

méthodologiques[1]. Bien que les auteurs reconnaissent la valeur de la méthode par étude de cas[2], leur suggestion était néanmoins de se rapprocher du modèle par variables et d'augmenter le nombre de cas afin de « gagner en poids analytique »[3]. Charles Ragin résume très simplement cette tentative de réconciliation méthodologique comme « une extension des principes de la recherche quantitative à la recherche qualitative »[4]. Cette recommandation a suscité par la suite la réponse des défenseurs des méthodes qualitatives[5]. Au-delà des critiques, l'ouvrage de King, Keohane et Verba de 1994 a lancé une réflexion approfondie sur le rapprochement des approches méthodologiques, en prenant en compte davantage, cette fois-ci, les atouts de la méthode par étude de cas. Comme le mentionnent ses plus fervents critiques, « Designing social inquiry » de King et al. a constitué, au final, une excellente opportunité pour les approches qualitatives de souligner leur spécificité et leurs apports aux recherches quantitatives[6]. Ces développements permettent d'attester de la place que continue d'occuper l'étude de cas en tant que méthode centrale d'analyse des phénomènes politiques. Comme le mentionnent Moses et al. dans un article de réflexion sur l'état de la méthodologie au sein de la discipline, les analyses d'un nombre réduit de cas (« small-N »), ancrées dans tradition méthodologique européenne, font même ces dernières années, l'objet d'une véritable « renaissance » dans la recherche outre-Atlantique[7]. Ainsi, c'est devenu communément accepté que l'analyse d'un nombre de cas limités puisse produire des « généralisations

---

[1] King, Gary et al., *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research, op. cit*.

[2] Même des auteurs tels que Ragin et George et Bennet qui font une forte critique de la DSI mentionnent le fait que King et al., à la différence de ceux qui critiquent l'approche par étude de cas dans son ensemble, lui reconnaissent ses avantages, bien qu'il lui suggère (à tort selon les tenant des approches qualitatives) d'intégrer des éléments de la méthode par variables : Ragin, Charles, «Turning the Tables: How Case-Oriented Research Challenges Variable-Oriented Research», *Comparative Social Research* 16(1997), 27-42. ; George, Alexander L. et Andrew Bennett, *op. cit*., p. 15.

[3] King, Gary et al., *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research, op. cit*., p. 3. Voir également la critique apportée par Charles Ragin à ce qu'il appelle « la voie médiane de King et al. », dans Rihoux, Benoît et al., *op. cit*., p. 122-124.

[4]Rihoux, Benoît et al., *op. cit*., p. 123.

[5] Parmi les critiques les plus aigües figurent l'ouvrage de Brady, Henry E. et David Collier, dir., *op. cit*., et en particulier les contributions de Brady, Collier et Seawirght, Brady, Collier et Munck, ainsi que George, Alexander L. et Andrew Bennett, *op. cit*., également Rihoux, Benoît et al., *op. cit*., p. 122-124.

[6] George et Bennet mentionnent à plusieurs reprises dans leur ouvrage sur l'étude de cas, la contribution de King et al. au débat méthodologique et notamment le fait qu'il a permis aux tenants des méthodes qualitatives de défendre leur point de vue et de mieux expliquer les apports de leurs méthodes, voir le chapitre 1 : George, Alexander L. et Andrew Bennett, *op. cit*., p. 3-36.

[7]Moses, Jonathon et al., «Mapping political methodology: reflections on a european perspective», *European Political Science* 4 (2005), 55-68., p.63.

modestes », et qu'elle permette notamment d'acquérir des connaissances générales à partir d'une étude approfondie[1].

Tout en défendant les approches qualitatives, certains chercheurs ont tenté de trouver de nouvelles modalités de rapprochement. Charles Ragin est parmi les auteurs qui ont proposé de combiner l'approche qualitative et quantitative, en développant l'Analyse Quali-Quantitative Comparée (AQQC) et les Ensembles Flous (« fuzzy-sets »)[2]. L'auteur ne souhaitait pas être le « réconciliateur » des approches quantitatives et qualitatives, mais voulait néanmoins proposer une « réelle alternative »[3]. Ses suggestions allaient dans le sens d'une utilisation d'un nombre de cas modéré, dans un contexte où « peu de chercheurs étudient 10 ou 20 pays, alors qu'un très grand nombre de chercheurs étudient un ou deux cas (étude de cas) ou plus de 50 cas » [4]. Ainsi, Ragin insistait sur la nécessité de mener des recherches approfondies, selon la méthode de l'étude de cas, tout en cherchant des régularités entre les cas[5]. La tentative de combiner les deux méthodes et de palier ainsi leurs limites est actuellement au cœur des discussions méthodologiques, tout en étant un des développements les plus récents dans ce domaine. Néanmoins, comme l'affirment Stephen E. Hanson et Jeffrey Kopstein, il n'est toujours pas tout à fait clair comment « cette réconciliation entre les approches méthodologiques quantitatives et qualitatives doit se faire en pratique »[6].

Malgré le contexte actuel des essais d'articulation des méthodes qualitatives et quantitatives, notre travail de recherche n'emprunte pas une voie médiane. Nous n'adoptons donc pas l'analyse configurationnelle proposée par Charles Rangin, étant donné que cette dernière implique un nombre de cas plus élevé que celui de notre étude[7].

---

[1] *Ibid*.

[2] Ragin, Charles C., *Fuzzy-Set Social Science, op. cit*. Voir aussi les explications sur ce modèle de : Rihoux, Benoît, «Six applications d'analyse quali-quantitative comparée (aqqc) et des ensembles flous (ef) : mode d'emploi et originalités», *Revue Internationale de Politique Comparée* 11, no. 1 (2004), 11-6.

[3] Discussion avec Charles Ragin dans Rihoux, Benoît et al., «Une troisième voie ? Entre approches qualitative et quantitative», *op. cit*., p.124.

[4] *Ibid*. , p.119.

[5] *Ibid*. , p. 124-129. Rangin, décrit la voie médiane qu'il propose comme combinant « les mérites de l'analyse intra-cas et de l'analyse inter-cas ».

[6] Hanson, Stephen E et Jeffrey S Kopstein, «Regime type and diffusion in comparative politics methodology», *Canadian Journal of Political Science* 38, no. 1 (2005), 69-99.

[7] La méthode de l'analyse configurationnelle de Rangin peut être appliquée pour des recherches de cinq à 50 cas, voire plus. L'auteur suggère de s'intéresser aux particularités de chaque cas, tout en examinant les cas « au regard de leurs similarités et différences globales ». Rangin convient lui-même que les chercheurs ont tendance à éviter l'analyse d'un nombre modéré de cas, en raison de la complexité engendrée. Cependant, l'auteur estime qu'il est possible « d'apprendre de chaque cas » lorsque leur nombre n'est pas trop élevé, Rihoux, Benoît et al., «Une troisième voie ? Entre approches qualitative et quantitative», *op. cit*., p. 125-126.

II) Une analyse comparée des études de cas

Dans notre analyse de l'évolution de la construction des hôpitaux, nous souhaitons expliquer la mise en place d'un processus de changement, identifier les éléments similaires et distincts au sein des deux pays étudiés et comparer ainsi les résultats obtenus. Pour reprendre les propos de Patrick Hassenteufel dans « Les déplacements de la construction d'objets comparatifs », nous utilisons la démarche comparative « de manière inductive », afin de mettre en valeur « des ressemblances et/ou des dissemblances » et « à formuler des hypothèses explicatives »[1]. Il ne s'agit pas seulement d'« une description », mais également d'une « tentative d'explication » de comment ont été transformées les institutions dans les anciens pays soviétiques et du rôle qu'ont joué les acteurs internationaux au sein de ce processus. Plus concrètement, nous souhaitons comprendre comment les acteurs internationaux ont influencé les acteurs nationaux et les normes techniques nationales lors de la mise en place de leur expérience de construction hospitalière. En étudiant trois projets concrets, nous approfondissons le déroulement de ce processus au sein des deux pays. L'objectif n'est pas ici, comme nous l'annoncions précédemment d'établir des généralisations pour l'ensemble des anciens pays soviétiques, mais d'insister sur les caractéristiques détaillées du phénomène observé, à travers la mise en comparaison de deux études de cas.

A) Une forte dimension empirique

En souhaitant comprendre comment des acteurs de la modernisation des hôpitaux ont choisi d'adopter de normes de l'étranger, au détriment des règlementations nationales, nous avons sélectionné trois projets de modernisation hospitalière. L'étude de cas a été ainsi envisagée afin de collecter un nombre significatifs d'informations sur le comportement et les interactions entre les acteurs. Cette façon de faire implique un fort appui sur la partie empirique, ce qui constitue un des éléments centraux des approches qualitatives. Là où les chercheurs quantitativistes voient les cas comme étant « empiriquement donnés »[2], les chercheurs qualitativistes envisagent un apprentissage et une compréhension par les cas étudiés. Nous avons cherché à comprendre comment les acteurs nationaux des anciens pays

[1]Hassenteufel, Patrick, «De la comparaison internationale à la comparaison transnationale», *Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques* 55, no. 1 (2005), 113-32., p. 114.
[2] Charles Ragin dans Rihoux, Benoît et al., «Une troisième voie ? Entre approches qualitative et quantitative», *op. cit.* , p. 123.

soviétiques ont changé leur façon de construire des hôpitaux, en empruntant des solutions extérieures, non pas en partant d'énoncés théoriques, mais en étudiant de manière approfondie leurs activités au sein des projets hospitaliers concrets, réalisés entre 1991 et 2011. Ainsi, notre démarche est essentiellement qualitative de par la collecte des données. Mais elle l'est également de par l'objectif de recherche poursuivi.

La dimension empirique d'une approche qualitative diffère de celle quantitative de par l'utilisation des éléments théoriques et conceptuels. Si dans une approche par les variables, le chercheur part d'une théorie et d'hypothèses bien établies pour les vérifier sur un terrain empirique, dans une approche par étude de cas, il accepte de construire des concepts et des relations causales à partir des éléments empiriques[1]. D'un côté, l'objectif de recherche est la vérification des énoncés théoriques (validation ou réfutation). De l'autre, il s'agit de contribuer à un développement théorique (affiner des théories et des concepts). L'approche qualitative n'implique pas l'absence de la théorie. Bien qu'elle occupe une place moins prépondérante que dans l'approche quantitative, elle « joue un rôle important d'orientation en apportant des précieuses indications et des concepts-guides pour la recherche empirique »[2].

Dans le cadre de notre thèse, nous avons exploré la littérature du courant institutionnaliste et en particulier ses approches historiques et sociologiques (cf. chapitre 2). L'hypothèse d'un développement institutionnel similaire en Ukraine et en Moldavie après 1989, en raison d'une dépendance au sentier a été émise en lien avec la littérature institutionnaliste. Nous avons également pu préciser notre analyse des normes techniques en tant qu'arrangements institutionnels et instruments d'action publique. Bien que ces considérations théoriques aient été partie intégrante de notre démarche de recherche, ils ont plutôt servi à donner un cadre général à l'empirie, plutôt que structurer son déroulement. Autrement dit, nous n'avons pas appliqué « à la lettre » les hypothèses découlant des travaux institutionnalistes sur notre terrain empirique. Nous avons utilisé les éléments théoriques pour élaborer initialement un cadre général de l'analyse, qui fut par la suite développé et approfondi sur la base des observations empiriques. Ainsi, tout en comparant si les résultats obtenus en Ukraine et en Moldavie sont semblables et si l'attachement aux institutions de la période soviétique constituait l'explication principale, nous avons focalisé notre attention sur les éléments

[1] Charles Ragin mentionne par exemple à ce titre que « L'étude approfondie d'un seul cas aboutit parfois au développement d'une catégorie conceptuelle totalement nouvelle, ce qui peut avoir des implications importantes pour les théories et typologies existantes », *ibid*. , p. 120.
[2] *Ibid*. p. 121.

recueillis sur le terrain. En particulier, nous avons intégré au fur et à mesure des recherches empiriques, des facteurs permettant d'expliquer l'utilisation par les acteurs « de terrain » de normes étrangères plutôt que des normes nationales. Lors de ces investigations, nous avons tenu compte de la théorie seulement en tant qu'« échafaudage », avec en arrière-pensée, l'hypothèse de développement institutionnel similaire. Par la suite, nous avons effectué des allers retours entre l'empirie et la théorie pour mieux analyser à la lumière de notre cadre conceptuel les informations collectés sur le terrain.

B) Des allers retours entre la théorie et l'empirie

Dans un ouvrage de référence sur la méthode comparative, Charles Ragin mentionne que généralement, la façon « classique » de mener une recherche consiste à émettre des hypothèses en lien avec une théorie et à les appliquer ensuite à un terrain empirique[1]. Cette façon de faire suppose que l'on établisse des hypothèses éloignées des données utilisées pour leur vérification. Une deuxième façon de faire est d'étudier de manière approfondie un terrain empirique, de conceptualiser ensuite des variables et des hypothèses et de contribuer ainsi à forger des théories. Pendant longtemps, la distinction entre les approches qualitatives et quantitatives a été faite selon la distinction entre la logique déductive et inductive[2]. Néanmoins, comme l'affirme Linda Hantrais dans son ouvrage sur la recherche comparée, les recherches qualitatives « ne rejettent pas toutes la méthode hypothético-déductive » [3]. Plus que cela, quelle que soit la stratégie de recherche adoptée, les allers-retours entre la théorie et l'empirie semblent incontournables.

Ainsi, la distinction d'ordre conceptuel sur ce qui constitue le point de départ d'une étude de recherche, la théorie ou l'empirie, n'est pas aussi nette dans la pratique. Comme le mentionnent de nombreux spécialistes, le chercheur ne connaît pas véritablement dans son travail pratique une séparation de ces deux façons de procéder. Quivi et Van Campenhoudt affirment à ce titre : « Tout modèle (d'analyse) comporte inévitablement des éléments de structuration déductive mais aussi inductive (par exemple dans le choix des dimensions et des

[1]Ragin, Charles C., *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies, op. cit*., p.164.
[2] Hantrais, Linda, *International comparative research : theory, methods and practice* (Basingstoke: Palgrave Macmillan 2009)., p. 101
[3] *Ibid*.

indicateurs ou dans la formulation d'hypothèses complémentaires) »[1]. Dans un ouvrage sur « La comparaison dans les sciences sociales », Cécile Vigour mentionne qu'il « est indispensable de s'armer de quelques hypothèses et d'une problématique, ne serait-ce que provisoire, dès le début de son enquête »[2]. Pour l'auteure, qui s'intéresse à la construction d'un cadre de la comparaison, celle-ci passe nécessairement par « l'aller-retour entre théorie et terrain, entre données et problématique de recherche »[3]. Par conséquent, il y a plutôt une combinaison de deux. Des lectures théoriques permettent d'esquisser des hypothèses, qui sont approfondies ensuite par le terrain étudié. En même temps, les recherches empiriques permettent d'identifier et/ou de reformuler des concepts et des hypothèses nouvelles ou préétablies. Il y a donc un va et vient permanent entre les recherches théoriques et empiriques.

Ces observations nous amènent à reconsidérer la façon dite « classique » de mener un travail de recherche. Finalement, partir de la théorie et l'appliquer ensuite à un terrain empirique n'est pas si « classique » que cela dans le quotidien des chercheurs. Autrement dit, la méthode la plus usuelle est de combiner les allers-retours constants entre les postulats théoriques et la collecte d'informations sur le terrain. Cécile Vigour l'affirme de façon très explicite : « De manière générale, le schéma ordonné selon lequel le chercheur construit théoriquement son objet, puis choisit la méthode adéquate et enfin produit une théorie du phénomène étudié est un leurre »[4]. Les allers-retours entre la théorie et l'empirie servent à affiner les concepts, à écarter certaines hypothèses ou encore à identifier de nouvelles variables[5]. L'organisation de notre thèse s'est inscrite au sein de cette configuration d'allers-retours permanents entre la théorie et le terrain de recherche.

L'analyse du changement des normes de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie a été menée en combinant des éléments de lectures théoriques et des recherches empiriques. Des lectures théoriques et des observations empiriques initiales ont permis

---

[1] Par ailleurs, les auteurs mentionnent que même dans le cadre d'une démarche inductive, « on ne se lance pas n'importe comment dans l'observation, on élabore au départ un schéma conceptuel minimum sans quoi on partirait dans le vide, sans même savoir ce qu'il y a lieu d'observer », Quivy, Raymond et Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales* (3ème ed: Dunod, 2006)., p. 134 et p. 20.

[2]Vigour, Cécile, *La comparaison dans les sciences sociales: Pratiques et méthodes* (Paris: La Découverte, 2005)., p. 189.

[3]*Ibid*.

[4] *Ibid*. , p. 189.

[5] Dans leur ouvrage « Case studies and theory development in social sciences », George et Bennett mentionnent ce point lors de l'énumération des avantages de la méthode par « étude de cas ». Selon les auteurs, cette dernière permet d'identifier de nouvelles variables, grâce aux indications des interviewés. Si le chercheur pense que c'est plutôt la variable « x » ou « y » qui ont influencé le phénomène étudié, l'interviewé peut lui indiquer un nouveau facteur « z », George, Alexander L. et Andrew Bennett, *op. cit*.p. 20.

d'établir des hypothèses et de rechercher ensuite un terrain propice à leur vérification. En même temps, l'exploration du terrain empirique a approfondi et parfois même réorienté les lectures théoriques entreprises initialement. Plus précisément, les premières recherches théoriques nous ont amenés à nous interroger sur le poids des institutions de la période soviétique dans les années suivant l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie. A ce moment de notre thèse, le terrain de la modernisation des hôpitaux n'était pas encore clairement délimité. Nous avons alors émis l'hypothèse d'un développement similaire de ces deux pays, quel que soit le domaine d'action publique : les institutions de la période soviétique ont dû influencer les développements ultérieurs. Les investigations de terrain devaient permettre d'observer des caractéristiques similaires en Ukraine et en Moldavie, liées à l'héritage des politiques et instruments d'action publique de l'URSS. De ce point de vue, la démarche de recherche était hypothético-inductive, dans le sens où les lectures théoriques ont nourri les premières actions.

Dans un second temps, l'observation des activités de modernisation hospitalière avec la participation d'acteurs internationaux a permis de focaliser l'objet de recherche sur la construction des hôpitaux. En particulier, les échanges entre les architectes français et ukrainiens autour de la réalisation d'un hôpital en Ukraine ont permis de saisir la question de l'incompatibilité entre les normes techniques règlementaires et les solutions architecturales étrangères. Nous avons observé que les ukrainiens ont adopté les plans des architectes étrangers. A partir de ce moment, nous avons souhaité comprendre ce qui a incité les acteurs nationaux de cet ancien pays soviétique à s'écarter des normes techniques nationales et pourtant obligatoires et d'adopter celles de leurs homologues étrangers. Nous supposions que les acteurs internationaux ont convaincu les acteurs nationaux à utiliser des normes de l'étranger. L'observation de ce phénomène et sa démonstration aurait permis de souligner que l'utilisation de normes de l'étranger, et donc le changement dans l'utilisation de normes techniques lors de la construction d'un hôpital, serait produit par des facteurs exogènes. Cette hypothèse est donc liée aux observations du terrain de recherche et non pas aux lectures théoriques effectuées. Par la suite, nous avons exploré les travaux sur les questions de la diffusion et du transfert afin d'affiner les hypothèses émises. Les différents allers-retours « théoriques » et « empiriques » ne correspondent pas à des étapes délimitées et « fractionnées » durant le déroulement de la recherche. Il s'agit d'actions menées en parallèle sur les deux terrains.

C) La comparaison en tant que stratégie de recherche

Quelle que soit la méthode adoptée, la comparaison constitue une caractéristique fondamentale d'une recherche en sciences sociales. Il ne s'agit pas d'une comparaison au sens commun, en tant que procédé délimitant les points communs et distinctifs d'un phénomène. Elle représente un « objet de construction » du chercheur »[1]. Selon Cécile Vigour, la comparaison doit être comprise comme « la mise en regard systématique, la confrontation d'au moins deux cas sous un angle particulier, défini par le chercheur »[2]. La comparaison n'est pas seulement une méthode, elle est « une manière de voir » et donc d'envisager un travail de recherche dans une mise en comparaison permanente[3]. Comme l'affirme Charles Ragin : « La quasi-majorité des recherches empiriques en sciences sociales impliquent un certain degré de comparaison »[4]. Aujourd'hui intrinsèque à la recherche, la comparaison n'y est pas un élément nouveau. Emile Durkheim considérait déjà qu'elle était le fondement même à travers lequel devait se constituer une science sociale. En se référant plus spécifiquement à la sociologie comparée, il affirmait que celle-ci « n'est pas une branche particulière de la sociologie, c'est la sociologie même »[5]. C'est en s'appuyant sur ses propos que Cécile Vigour conclut que la comparaison n'est pas véritablement une méthode spécifique de recherche, mais une « stratégie d'enquête incontournable en sciences sociales »[6]. Elle constitue par conséquent un point de départ méthodologique, qui structure les méthodes utilisées par la suite[1].

La logique comparative adoptée pour notre thèse a constitué une approche d'ensemble, intégrant et structurant les choix méthodologiques réalisés par la suite. Nous n'avons pas délimité la comparaison comme étant une méthode spécifique. Elle a constitué en effet plutôt une « stratégie », au sens que lui donne Cécile Vigour et une partie intégrante de la méthode de l'étude de cas. En nous intéressant à la transformation de normes techniques dans deux anciens pays soviétiques, nous avons cherché à établir une comparaison dès le départ, afin d'apporter plus de précision sur le phénomène observé. Une étude sur la Moldavie ou

---

[1] Vigour, Cécile, *op. cit.* , p. 12.
[2] *Ibid.* , p. 10.
[3] *Ibid.*
[4] Ragin, Charles C., *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies, op. cit.*, p. 1.
[5] Durkheim, Emile, *Les Règles de la méthode sociologique* (Paris: Flammarion, 2010 (1894))., p. 169.
[6] Vigour, Cécile, *op. cit.*, p. 18.

l'Ukraine aurait certainement apporté des informations approfondies sur l'un des deux pays. Cependant, les observations sur les deux pays représentent une occasion supplémentaire de remettre en question les résultats obtenus et d'approfondir ainsi, par le biais d'une comparaison permanente, les informations recueillies.

La perspective de la comparaison a été adoptée dès le début de la recherche et a caractérisé l'ensemble des phases : l'élaboration de la question de recherche, la collecte d'informations, leur traitement et leur analyse. Lors de ces différents moments, nous avons tenu compte des résultats obtenus en Ukraine et de ceux obtenus en Moldavie. Ainsi, lorsque nous trouvions des informations sur la construction des hôpitaux en Moldavie, sur un aspect précis par exemple, tel que la « *priveazka* », nous interrogions obligatoirement l'existence de ce dispositif du côté ukrainien. Cette façon de faire permettait d'une part de comparer la situation entre les deux pays (l'existence ou l'absence d'un dispositif durant la période soviétique) et d'autre part, d'approfondir les informations en augmentant les sources. La comparaison fut également employée lors de l'analyse des informations collectées, afin de présenter les principales similitudes et différences. Par ailleurs, nous avons constamment comparé les données collectées par entretiens (entre les pays, entre les cas d'étude, entre les catégories d'acteurs). L'objectif était ici de recouper les différentes informations obtenues afin d'augmenter leur fiabilité. Ces éléments permettent de notifier que l'approche comparative adoptée dans le cadre de la thèse a été une partie intégrante tout au long de la recherche.

Une dernière remarque concerne l'utilisation des méthodes de John Stuart Mill[2]. Nous n'avons pas adopté ces méthodes au sein de notre thèse, bien qu'elles demeurent la référence méthodologique lorsque l'on établit une analyse comparative[3]. Les modèles de Mill proposent de comparer les cas en mettant en évidence soit les similitudes, soit les différences. Dans la méthode de la concordance, le chercheur analyse le même phénomène dans plusieurs études de cas (pays, régions, autre unité). Dans la méthode de la différence en revanche, l'analyse porte sur des cas où le phénomène a lieu avec d'autres où il est absent. Présenté ainsi, on pourrait inscrire notre étude dans la première configuration, dans la mesure où nous analysons un seul phénomène au sein de deux pays (donc deux études de cas). Néanmoins, la méthode

---

[1] Un débat subsiste au niveau méthodologique sur la place de la comparaison au sein d'une recherche en sciences sociales. Linda Hantrais, mentionne par exemple que « le débat va surement se poursuivre quant à l'existence d'une méthode et/ou méthodologie comparative à part entière », Hantrais, Linda, *op. cit*.p. 9.

[2] Mill, John Stuart, *System of Logic Ratiocinative and Inductive* (New York: Cosimo Classics, 2009 (1886)).

[3] Pour une discussion des méthodes de Mill, voir le chapitre 11 de George, Alexander L. et Andrew Bennett, *op. cit*..

de Mill suppose une forte utilisation des variables. C'est même notamment lorsqu'elle s'appuie sur une identification des variables influençant un phénomène qu'elle atteint un fort degré d'efficacité[1]. Si on prend la méthode de la concordance, on devrait identifier les causes qui produisent le phénomène analysé. Dans le cadre de notre thèse, nous devrions établir les facteurs (les variables explicatives) qui produisent le changement des normes de la construction des hôpitaux dans les anciens pays soviétiques. Ensuite, on analyserait plusieurs pays où les normes de ce domaine ont changé, en observant si les facteurs identifiés initialement sont présents ou absents[2]. L'analyse comparative de la méthode de la concordance procède par élimination : on a identifié les variables x, y, z comme facteurs causaux d'un phénomène ; on compare plusieurs cas et si le phénomène est présent en dépit de l'absence d'un de ces trois facteurs, ce dernier est éliminé. Le phénomène analysé est ainsi expliqué par les facteurs causaux qui restent à la suite de l'élimination de ceux absents dans les autres cas. Comme l'affirme Charles Ragin dans son ouvrage sur la méthode comparée, la méthode de la concordance de Mill est finalement à la recherche de l'invariance, autrement dit, de variables constantes à travers les cas[3].

L'analyse comparative menée au sein de la thèse se rapproche de la méthode de la concordance de Mill. Néanmoins, il y a plusieurs points qui posent problème. Tout d'abord, il faut mentionner les limites de cette méthode. Comme le remarquait Mill lui-même, cette méthode ne permet pas véritablement d'établir le lien de cause à effet entre les variables identifiées et le phénomène analysé. Le fait qu'un facteur soit présent lorsqu'un phénomène se produit n'est pas suffisant pour établir qu'il en soit la cause explicite. Il peut y avoir notamment un troisième facteur qui produit les deux et qui n'a pas été observé[1]. Deuxièmement, cette méthode permet de répondre à une question de recherche formulée sous la forme : « qu'est-ce qui explique le phénomène X ? ». Dans cette situation, on devrait établir plusieurs facteurs explicatifs et les rechercher ensuite à travers plusieurs cas. Dans le cadre de notre thèse, la question de recherche est formulée ainsi : « comment le facteur Y agit sur le phénomène X ? ». En reprenant l'idée de Carsten Anckar dans son article sur l'application des modèles de comparaison, la question de recherche peut porter sur la variable dépendante, comme dans la première formulation ou sur la variable indépendante, comme dans la

[1] *Ibid*.
[2] Voir les explications de Charles Ragin à ce sujet, dans Ragin, Charles C., *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies, op. cit*., p.36-39.
[3] En anglais, « a search for patterns of invariance », *ibid*. , p.37.

seconde[2]. Tout dépend de l'objectif de la recherche : soit on cherche à expliquer un phénomène et les causes qui peuvent le provoquer, soit on se focalise sur les effets d'une des causes de ce phénomène. Dans notre cas, nous souhaitons plutôt expliquer comment les acteurs internationaux ont produit le changement de normes techniques de la construction des hôpitaux dans les anciens pays soviétiques. Nous n'avons donc pas cherché à identifier d'autres facteurs qui expliqueraient le changement des normes, en plus des actions des acteurs étrangers. Nous avons centré l'analyse sur le déroulement du processus de changement institutionnel, en choisissant deux pays en tant qu'études de cas. L'approche comparative a été utilisée pour mettre en évidence les différences et similitudes des conditions au sein desquelles s'est réalisé le changement de normes de construction des hôpitaux, en relativisant l'ambition de dévoiler l'ensemble des facteurs causaux ayant produit ce phénomène[3].

Notre thèse aborde également le lien de causalité entre l'action des acteurs internationaux (qui est la variable indépendante principale de la thèse) et le changement des normes techniques (la variable dépendante à expliquer). Cependant, le lien de cause à effet entre l'action des acteurs internationaux et le changement des normes de la construction des hôpitaux ne constitue pas en soi ce que nous souhaitons expliquer. Il s'agit surtout d'analyser les conditions au sein desquelles ce phénomène s'est mis en place au sein de deux pays, en dévoilant les mécanismes de ce processus. En particulier, nous notons la faiblesse de notre méthode si nous devions établir la relation de causalité entre l'action des acteurs internationaux et le changement des normes techniques dans les anciens pays de l'URSS. Si tel avait était notre objectif, nous aurions dû compléter la méthode de la concordance de Mill avec des cas négatifs. Autrement dit, nous aurions dû analyser des cas où les acteurs internationaux sont présents et des cas où ils sont absents, afin de déterminer plus précisément l'impact de leur action sur la variable dépendante (le changement des normes). De cette manière, nous aurions renforcé les conclusions tirées de nos cas positifs[4].

---

[1]*Ibid*.
[2]Anckar, Carsten, *op. cit*., p. 392.
[3] Une argumentation causale défendrait « l'intersection d'une série de conditions en temps et espace » qui produisent le changement ou l'évènement analysé (Ragin, Charles C., *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies, op. cit*., p.25). Il convient une nouvelle fois de préciser que nous n'avons pas cherché à identifier les causes qui ont pu produire le changement de normes techniques, mais plutôt les conditions au sein desquelles s'est déroulé ce changement lorsque les acteurs internationaux y ont participé.
[4]*Ibid*. , p.41.

Nous n'avons pas donc pas adopté les méthodes « classiques « de Mill. En revanche, nous avons adopté une analyse par étude de cas approfondie, permettant ainsi de renforcer les résultats obtenus, tout en révélant les différences et similitudes entre les deux pays.

Section II : L'expérience empirique

Dans cette deuxième section, nous présentons les méthodes de collecte et d'analyse des informations. Parmi les méthodes qualitatives, nous avons fait le choix de l'observation, de l'entretien et de l'analyse documentaire. Ces différents procédés constituent le fondement de l'expérience empirique menée au sein de cette étude.

I) L'observation

La collecte d'informations par observation a constitué une partie importante de notre expérience empirique. Nous l'avons appliquée essentiellement dans le cas ukrainien et dans une moindre mesure, dans le cas moldave.

En choisissant les projets de l'HDF de Kiev et de l'HCR de Chisinau en tant qu'études de cas, nous avons cherché à observer les interactions entre les participants à ces opérations, afin de comprendre s'il y avait un transfert, comment il se déroulait et quel était son contenu. Nous aurions souhaité pouvoir mener cette observation sur les l'ensemble des cas sélectionnés. Notre observation a été complète pour l'HDF de Kiev, en Ukraine. Cependant, en Moldavie, les projets HCR de Chisinau et les Centres de santé, étaient déjà finalisés lors de notre enquête[1]. Nous n'avons donc pas pu suivre leur déroulement. Néanmoins, nous avons effectué un stage au sein du ministère de la Santé de Moldavie, où nous avons observé au plus près les rouages de l'institution s'agissant des dossiers hospitaliers.

A) L'observation participante et non participante dans le cadre de l'HDF de Kiev

L'observation peut être soit participante, soit non-participante. Lors de l'observation participante, le chercheur ne collecte pas ses informations de manière passive, mais peut s'adresser directement aux sujets observés pour obtenir les réponses nécessaires[2]. Ce type d'observation permet une immersion dans l'environnement d'analyse. Lors de l'observation

[1] Le projet des Centres de santé était entièrement finalisé, alors que l'HDF terminait la première phase de sa restructuration : l'étude de faisabilité (étudiée ici).
[2]Quivy, Raymond et Luc Van Campenhoudt, *op. cit*., p. 152.

non-participante le chercheur n'intervient pas sur son objet d'étude. L'observation des employés dans une usine pour voir leurs comportements[1] est analogue à ce type de méthode.

Comme nous le mentionnions, l'observation a été essentiellement appliquée dans le projet ukrainien. La collecte d'informations s'est faite selon une observation non-participante et une observation participante, menées en parallèle.

Entre 2007 et 2008, lors des deux premières années de thèse, nous avons suivi les débuts du projet de Kiev en tant que salarié de Groupe-6. L'agence d'architecture française avait répondu à l'appel d'offre international lancé par les ukrainiens et avait été sélectionnée aux côtés de l'agence britannique BDP. A ce moment, nous n'avions pas encore construit notre objet d'étude autour de la construction des hôpitaux. Nous n'étions pas non plus liée à Groupe-6 en tant que doctorante[2]. Nous étions tout simplement au courant des actions initiales de l'agence en Ukraine. Toujours durant cette période, nous avons été sollicitée lors de la recherche d'un architecte local en Ukraine (des discussions téléphoniques et des négociations ponctuelles).

Vers la fin de la deuxième année de thèse, nous avons signé la convention CIFRE avec Groupe-6 et commencé à articuler nos observations au questionnement de recherche. Ainsi, à partir de 2008 et jusqu'à la fin du projet en 2010, nous avons mené en parallèle une observation participante et non-participante au sein de l'équipe d'architectes français. Durant ces trois années, nous avons assisté à l'ensemble de réunions sur l'hôpital de Kiev. Lors des réunions entre les participants étrangers et ukrainiens, nous avons exercé la fonction d'interprétariat anglais-français-russe. Mais nous avons également assisté à des réunions en interne à Groupe-6, entre les architectes français, sans intervenir, en prenant simplement des notes.

La participation aux réunions entre les membres étrangers et ukrainiens a permis de collecter un nombre significatif d'informations sur les actions des différents intervenants, leurs comportements (points de discorde, négociations), ainsi que sur leurs intérêts et motivations. Les discussions portaient sur l'avancement des plans architecturaux et sur les suggestions et remarques des membres du projet (français, anglais, ukrainiens). Nous avons observé comment les architectes français et les ingénieurs anglais défendaient leurs solutions

---

[1] Dépelteau, François, *La démarche d'une recherche en sciences humaines: de la question de départ à la communication des résultats* (Bruxelles: De Boeck Université, 2000)., p. 345.
[2] La convention CIFRE a été signée à la fin de la deuxième année de thèse.

architecturales, comment ils négociaient avec les ukrainiens et comment ils intégraient aussi les remarques de ces derniers. Nous avons pu voir comment ces différentes positions s'exprimaient sur les plans architecturaux. Les données ont été recueillies par des comptes rendus immédiats à la suite de chaque réunion (où de prise de notes pendant la réunion lorsque cela était possible) et des documents de travail (plans architecturaux, tableaux d'équipements médicaux, courriers officiels, mails). Des enregistrements de ces échanges ont également été effectués (sauf certaines réunions parmi les plus longues[1]), afin de pouvoir revenir sur certains aspects si nécessaire[2]. Au-delà de l'identification du contenu du transfert, l'observation participante a servi à compléter les informations recueillies lors des entretiens. Nous disposions ainsi d'informations sur les actions des participants (grâce à l'observation), ainsi que sur le sens que ces derniers accordaient à leurs propres actions (exprimé lors des entretiens).

Nous souhaitons accentuer ici le fait que la mise en œuvre de cette observation participante pour notre recherche (et l'exercice de la fonction d'interprétariat pour le compte de l'entreprise Groupe-6) a été également possible grâce aux observations initiales. Le fait d'avoir été familiarisée avec l'activité de construction hospitalière de par notre expérience antérieure au sein de Groupe-6[3], nous a permis de comprendre le « langage architectural » - le vocabulaire des professionnels de ce domaine, ainsi que le contenu de leurs activités.

Comme le soulignent certains auteurs, l'observation participante peut induire une part de subjectivité, du fait de la participation du chercheur au phénomène observé. Nous avons tenu compte de cet aspect durant la collecte d'informations. Premièrement, en tant qu'interprète, nous ne sommes pas impliquée dans les échanges entre les participants. Nous n'avons donc pas participé au projet de Kiev au même titre que les architectes que nous étudions. Deuxièmement, les informations collectées par voie participante ont été complétées par une observation non-participante et des entretiens ultérieurs.

---

[1] Les « journées de réunion » se déroulaient de 9H à 22H, mais quelques-unes, portant sur des sujets difficiles sont allées au-delà. Ce fut notamment le cas de la réunion entre les membres du consortium et la Fondation, du 9 avril 2009, à Kiev, qui a duré jusqu'à minuit.

[2] Nous n'avons pas retranscrit les réunions lors du traitement des informations collectées. Nous avons néanmoins utilisés certains enregistrements afin de revenir sur la position des acteurs et la vérifier ainsi par rapport aux déclarations qu'ils ont faites lors des entretiens ultérieurs. Nous avons, par exemple, pu confronter les propos d'un architecte tenus lors d'un entretien avec son action effective durant une des réunions.

[3] Nous avons notamment assisté Alan Hennessy, président de Groupe-6, dans la mise en place (partie opérationnelle) de bdpgroupe6 (groupement d'intérêt économique) à partir de février-mars 2007. Crée en décembre 2006, la structure réunissait Groupe-6, cabinet d'architecture français et BDP, cabinet d'ingénierie

En plus des échanges entre les participants étrangers et ukrainiens, nous avons assisté à des réunions internes de l'équipe française de Groupe-6. Cette fois-ci, nous ne participions plus, mais observions le déroulement des activités des acteurs[1]. Les informations collectées ont porté sur l'approfondissement des plans de conception architecturale et sur la précision des échanges entre les différents participants (français, anglais et ukrainiens). Les réunions en interne de Groupe-6 étaient une occasion pour le directeur et/ou le chef de projet de faire le point avec son équipe et de transmettre les décisions prises lors des réunions précédentes avec les ukrainiens. Nous avions également la possibilité d'observer comment étaient modifiées les plans de conception architecturale et si l'on tenait compte de l'avis de la partie ukrainienne.

Nous avons par conséquent combiné l'observation participante et non-participante dans le cadre de la collecte d'informations pour le projet de Kiev, depuis les coulisses de Groupe-6.

B) L'observation en tant que stagiaire doctorante au ministère de la Santé de Moldavie

Nous avons réalisé un stage de deux mois (avril-mai 2010) au sein de la Direction d'assistance médicale du ministère de la Santé de Moldavie, afin de collecter des informations relatives à l'HCR de Chisinau depuis l'intérieur de l'administration. Durant le séjour, nous avons eu l'opportunité de faire connaissance avec le personnel technique du ministère, en charge des questions hospitalières. Il est à noter tout de même que du fait de l'alternance politique (le Parti communiste ayant perdu les élections au printemps 2009, l'Alliance d'Intégration Européenne avait formé un nouveau gouvernement), les membres de la Direction en question étaient pour la plupart nouveaux. Néanmoins, nous avons eu les noms d'anciens fonctionnaires du ministère et avons pu les contacter pour des entretiens enrichissants.

Durant le stage, nous avons collecté des informations au sujet de plusieurs projets de modernisation, consulté divers documents de travail du ministère, assisté à diverses réunions. En particulier, nous avons recueillies des éléments concernant l'HCR (les phases d'étude de faisabilité et l'appel d'offres international). Complétés par des entretiens avec les différents techniciens du ministère, ces informations nous ont permis de connaître les caractéristiques principales de la restructuration de l'HCR.

---

britannique, dans leur développement dans le domaine de la santé à l'international. Le projet de l'HDF de Kiev, en Ukraine, a été la première opération gagnée par le consortium.

Par ailleurs, nous avons eu l'opportunité de participer aux réunions entre le ministère de la Santé et les partenaires étrangers. Mensuelles ou bimensuelles, ces manifestations avaient pour objectif de faire un état des lieux des projets soutenus par les organisations internationales (telles que la Banque mondiale, l'Union européenne). Nous avons ainsi eu l'occasion d'observer les échanges entre le ministère de la Santé et les organisations internationales finançant des projets dans le domaine hospitalier. Nous avons pu rentrer dans les détails de certains d'entre eux, comme par exemple, celui de la restructuration de l'hôpital Clinique Républicain ou du Centres de santé, étudiés dans le cadre de la thèse.

Le stage au ministère nous a permis à la fois d'observer les actions des différents représentants et de réaliser des entretiens avec eux (le vice-ministre de la santé, les responsables des projets de la Banque mondiale au ministère, les fonctionnaires en charge de projets hospitaliers). Par ailleurs, grâce à ce séjour d'étude, nous avons pu établir des contacts supplémentaires, élargissant ainsi notre liste initiale. Nous avons notamment pu discuter avec des directeurs d'hôpitaux, des responsables du Service Sanitaire et d'épidémiologie et autres.

II) L'entretien

En plus de la méthode de l'observation, nous avons également réalisé des entretiens avec les acteurs de la construction des hôpitaux d'Ukraine et de Moldavie, de France et du Royaume-Uni. Ces entretiens ont permis de compléter et d'approfondir les éléments collectés à travers l'observation.

Nous avons réalisé au total 93 entretiens semi-directifs dans le cadre de notre thèse. Etant donné la particularité du sujet, nous avons été amenés à interviewer des acteurs de différents pays : France, Royaume-Uni, Ukraine et Moldavie. Les langues de travail utilisées ont donc été le français, l'anglais, le russe et le roumain. Dans un premier temps, nous avons réalisé des entretiens exploratoires. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé des entretiens approfondis avec les acteurs des projets sélectionnés.

[1] Les réunions de l'équipe de Groupe-6 se déroulaient le plus souvent à Grenoble (parfois à Paris) et la langue de travail était le français.

A) Type et caractéristiques des entretiens

La première série d'entretiens a été réalisée lors d'un premier voyage d'étude en Ukraine et en Moldavie en mars-avril 2009. Ces entretiens avaient pour objectif de déterminer quelles étaient les modernisations hospitalières en cours depuis 1991 et qui pourraient servir d'exemple pour tester notre hypothèse principale (l'influence des acteurs extérieurs dans la transformation du processus de construction hospitalière). La dizaine d'entretiens exploratoires a permis de collecter des informations sur la situation du parc hospitalier en Moldavie et en Ukraine, sur les modernisations effectuées dans ce secteur depuis l'effondrement de l'URSS et sur la participation d'acteurs internationaux (organisations internationales et entreprises d'architecture). Plus concrètement, nous avons porté de discussions avec divers architectes, ingénieurs, programmistes, économistes, mais aussi représentants des institutions de la santé.

Les discussions avec les professionnels du bâtiment de ces pays nous ont familiarisés avec le travail de conception architecturale, les aspects de la règlementation, ainsi que l'implication de nombreux acteurs institutionnels (administrations publiques, mais également responsables politiques) au sein de ce processus. Les informations collectées nous ont permis d'approfondir les principaux développements hospitaliers entre 1991 et 2011. Par ailleurs, les différentes prises de contact nous ont ouvert des pistes pour des entretiens ultérieurs.

Une deuxième série d'entretiens plus détaillés a été menée en 2010, lors de la réalisation de stages au sein d'organismes impliqués dans les modernisations hospitalières en Ukraine et en Moldavie. En Ukraine, nous nous sommes rapprochée de la Fondation de l'HDF. Nous avons été accueillis par les représentants de cette institution, afin de collecter les informations nécessaires auprès des différents participants au projet[1]. Nous avons également été accueillis par le cabinet d'architecture ukrainien Budova Centre-1, participant au projet de Kiev, où nous avons pu réaliser des entretiens avec ses collaborateurs. L'objectif de la deuxième série d'entretiens était de recueillir les données permettant la vérification des hypothèses de recherche principales. Nous avons donc centré nos questions autour du sujet de thèse (les normes utilisées par les acteurs internationaux, celles utilisées par les acteurs nationaux, l'influence des normes héritées de la période soviétique). A la différence des premiers

[1] La prise de contact avec les membres de la Fondation et l'acceptation de demande de séjour au sein de l'organisation a été facilitée par la position d'interprète que nous occupions à Groupe-6 dans le cadre de la réalisation du projet de l'HDF de Kiev.

entretiens exploratoires où les questions étaient larges et donnaient la possibilité à l'interlocuteur d'ouvrir le sujet sur de nouveaux aspects, les questions des entretiens approfondis étaient focalisées sur le déroulement des projets de construction hospitalière choisies comme étude de cas.

Nous avons mené des entretiens semi-directifs et « centrés ». L'entretien semi-directif a permis de collecter des informations relatives au comportement des participants aux projets hospitaliers étudiés, à leur prise de position, à leur interprétation des conflits et des négociations auxquelles ils ont été partie prenante. Autrement dit, ces entretiens ont représenté l'occasion d'obtenir des éléments sur la manière dont les acteurs que nous avons observés interprétaient leurs actions et celles des autres.

B) Déroulement des entretiens

La réalisation des entretiens a nécessité l'élaboration préalable d'une liste de questions-type (grille d'entretiens), l'identification des acteurs et la prise de contact en vue de sa réalisation. La grille d'entretien préparée a été adaptée à chacune des études de cas analysées. Des questions plus générales ont été adressées à l'ensemble de nos interlocuteurs (portant par exemple sur leur fonction, leur expérience dans le domaine hospitalier, leurs actions depuis l'effondrement de l'Union soviétique, leurs échanges avec les acteurs internationaux) et d'autres, plus spécifiques, ont concerné leur implication dans les projets étudiés. Ainsi, dans le cas de l'HDF de Kiev, nous avons complété la grille d'entretiens initiale avec des questions relatives à l'implication de chacun des acteurs (les architectes français de Groupe-6, les architectes ukrainiens de Budova Centre-1, les ingénieurs anglais de BDP)[1]. Dans le cas de l'HCR de Chisinau, en Moldavie, nous avons dû préciser notre grille d'entretiens par rapport à l'activité du cabinet d'ingénierie allemand Top Konsult au sein de cette opération[2]. Cependant, bien que des questions spécifiques concernant le projet analysé dans chaque pays soient venues compléter la grille d'entretien initiale, un fil rouge central a été gardé tout au long des entretiens réalisés. Ce dernier s'est axé sur l'implication des acteurs nationaux et

[1] Voir l'exemple de cette Grille en Annexe.
[2] Il s'agit ici du fait que les questions ont été personnalisées par rapport au déroulement du projet de l'HCR et du rôle de l'entreprise allemande Top Konsult, qui n'avait pas la même mission que le cabinet bdpgroupe6 dans le projet ukrainien. En nous renseignant au préalable sur le contenu du projet et la mission attribuée aux consultants internationaux, nous avons précisé les questions de l'entretien.

internationaux dans les projets, sur le transfert des normes étrangères, ainsi que sur le poids des normes héritées de la période soviétique.

L'identification des interlocuteurs susceptibles de répondre à nos questions a été faite sur la base des résultats des recherches exploratoires. En effet, à la suite des premiers voyages d'étude réalisés en 2008 et 2009, ainsi que grâce à l'observation participante menée au sein du cabinet d'architecture Groupe-6, nous avons pu identifier les acteurs impliqués dans les projets hospitaliers analysés. Généralement, nous avons pris contact avec nos interlocuteurs par courrier électronique, en leur expliquant notre démarche de recherche et les objectifs de l'entretien. L'échange par mail a fonctionné pour les représentants des sociétés britanniques BDP et EC Harris, participant au projet de l'HDF de Kiev. En revanche, les professionnels ukrainiens et moldaves, ainsi que les représentants des institutions nationales (ministère de la Santé, ministère de la Construction) ont dû être contactés par téléphone. Ces derniers n'ont quasiment pas répondu à nos courriers électroniques, mais ont accepté notre proposition d'entretien lorsque nous les contactions par téléphone. Par ailleurs, lors des actions d'identification et de prise de contact avec les acteurs susceptibles de répondre à nos questions, nous avons mis au point une base de données[1] permettant une meilleure lecture des informations disponibles (contenant les informations de contact des interviewés).

Nous n'avons pas rencontré des difficultés particulières à réaliser les entretiens liés à notre thèse. La connaissance du roumain, du français, de l'anglais et du russe a constitué un atout non négligeable durant cette étape de notre recherche. Cependant, la spécificité de la terminologie en architecture et en construction hospitalière a nécessité l'apprentissage de nouveaux termes et notions de vocabulaire. Nous avons les avons acquis au fur et à mesure de l'avancement sur le terrain d'étude, grâce à la lecture d'ouvrages spécialisés en architecture et construction, ainsi qu'aux précisions demandées auprès des professionnels de ce domaine.

Les entretiens ont été enregistrés (et par la suite retranscrits) afin de permettre une reconstitution exacte des propos tenus. Sur les 93 entretiens réalisés, un a été effectué par téléphone et huit ont été sous une forme écrite. Ces derniers ont concerné les architectes britanniques de l'entreprise BDP. L'entretien par forme écrite, envoyé par mail, a été privilégié en raison de l'éloignement géographique de ces interlocuteurs[2]. Afin d'éviter le

[1] Voir la « Liste des entretiens » en Annexe, la base de données complète est disponible sous format Excel. Ces informations ont été mises à disposition de l'entreprise Groupe-6.
[2] Ces interlocuteurs étaient dans différentes villes au Royaume-Uni : Londres, Belfast et autres.

biais éventuels de ces entretiens par rapport à ceux réalisés à l'oral, nous spécifions leur format dans le Tableau des Entretiens annexé à la thèse[1], ainsi que lors de chaque citation dans le corps de la thèse. De manière générale, nous n'avons pas eu de difficultés à faire accepter l'enregistrement des discussions par nos interlocuteurs. Néanmoins, nous avons notifié plusieurs refus de la part des administrations ukrainiennes quant à la réalisation d'entretiens, notamment lorsqu'il s'agissait d'effectuer un enregistrement[2]. L'accès aux fonctionnaires en charge des questions hospitalières dans les administrations ukrainiennes a été problématique et ce dès le début de notre demande d'informations. Ainsi, nous avons dû mettre en place plusieurs démarches laborieuses afin d'obtenir des réponses (le plus souvent négatives)[3]. Tel qu'il nous a été expliqué, malgré le fait que notre demande soit explicitée en russe, langue largement parlée dans le pays, notre nationalité étrangère demandait la mise en place d'un contrôle de la nature de l'information qu'allait nous être diffusée ce qui justifiait les délais[4]. Vers la fin de notre séjour en Ukraine, nous avons ainsi pu parler à quelques responsables du ministère de la Santé, du ministère de la Construction et du ministère de l'Ecologie[5]. Certains de nos interlocuteurs ukrainiens nous ont suggéré que le caractère corrompu de certaines administrations expliquaient très probablement leur méfiance vis-à-vis des entretiens avec enregistrement[6]. A l'exception de cinq entretiens avec les fonctionnaires

---

[1] Voir la « Liste des entretiens » en Annexe, format écrit spécifié par « * ».

[2] Un mois et demi avant notre visite d'étude en Ukraine, nous avons contacté (par téléphone et par mail) les différents ministères susceptibles de nous fournir des informations sur le développement des hôpitaux en Ukraine depuis 1991. Malgré les réponses positives de certains représentants du ministère de la Santé et du ministère de la Construction, une fois sur place à Kiev, nous avons été surpris de constater une réticence de la plupart des contacts lors des demandes d'entretien et notamment avec enregistrement. L'idée de l'enregistrement de l'entretien et parfois uniquement la demande d'information inspirait de la méfiance.

[3] Nous n'avons pu joindre des fonctionnaires de divers ministères de l'Ukraine qu'après l'envoi de courriers officiels, après l'attente d'un délai de deux semaines et après une dizaine d'appels téléphoniques par jour dans divers services et directions.

[4] A la suite d'un délai de trois semaines pour une demande d'information sur les normes et règlementations dans le domaine de la construction en vigueur depuis 1991 en Ukraine, on nous a fourni une liste sommaire des documents consultables en bibliothèque ou chez les architectes et ingénieurs travaillant dans le domaine hospitalier (et ayant à disposition les textes règlementaires).

[5] Cependant, nous n'avons pu obtenir aucun entretien auprès des fonctionnaires du ministère de la Construction. Le Directeur de la Direction en charge des règlementations affirmait connaitre bien les responsables de la Fondation de l'HDF. Il refusait pourtant de nous donner des informations sur la validation de ce projet par le ministère sous motif qu'il allait être à la retraite d'ici peu. Une autre raison invoquée tenait au fait que les fonctionnaires du ministère avaient beaucoup de travail et que malgré l'autorisation de nous fournir des informations, ils n'étaient pas obligés de le faire. Ils ont ainsi insisté sur le fait qu'ils n'accorderaient pas d'informations sur une simple demande.

[6] L'idée de la corruption des fonctionnaires des administrations en Ukraine ressortira lors de la présentation des éléments de terrain dans le cadre de notre thèse. De nombreux de nos interlocuteurs l'ont mentionnée comme étant un obstacle à la mise en œuvre de changements de la règlementation en matière de construction héritée de la période soviétique. Ainsi, les dérogations nécessaires lors de la validation de projets de modernisation comportent à la fois un prix officiel et non-officiel, pour lequel certains fonctionnaires trouvent un intérêt.

du ministère de la Santé, de l'Institut A. M. Morzeev, du Service Sanitaire et d'Epidémiologie et de la Direction municipale de la Santé, les entretiens auprès des administrations centrales en Ukraine ont été majoritairement infructueux du fait d'un refus de diffusion d'information à l'extérieur du pays. Malgré notre volonté, les explications sur le caractère confidentiel de la recherche, ainsi que l'appui de quelques connaissances à Kiev, nous n'avons pas pu obtenir plus d'informations de leur part. Nous pouvons toutefois relativiser l'importance de ces éléments pour notre thèse, car l'objectif majeur des entretiens auprès des administrations étaient de connaître la mise en place des réformes dans le domaine de la règlementation de la construction des hôpitaux, informations que avons pu obtenir par ailleurs.

L'analyse des entretiens réalisés en quatre langues différentes a été un travail laborieux et minutieux. Nous avons tout d'abord procédé à une retranscription de l'ensemble des entretiens effectués. Une partie des entretiens en roumain réalisés en Moldavie ont été retranscrits tels quels, une autre ayant été traduite en français[1]. La plus grande partie des entretiens réalisés en russe, en Ukraine, a été retranscrite en français également[2]. Les entretiens réalisés avec les interlocuteurs anglais ont été laissés tels quels, étant donné que la majorité d'entre eux ont été réalisés sous forme écrite (questionnaires complétés par retour de mails). Etant donné la quantité importante d'entretiens disponibles, nous avons utilisé un logiciel de traitement de données qualitatives – Nvivo – afin de sélectionner les passages contenant les variables de notre étude. Les principales catégories de classification de l'information des entretiens ont été : « normes nationales » de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie, « normes de l'étranger » et « normes URSS ». Les informations des différents entretiens regroupées à l'aide du logiciel Nvivo autour des facteurs et indicateurs qui nous intéressaient précisément, ont fait ensuite l'objet d'une analyse de contenu approfondie.

[1] Les entretiens retranscrits lors de notre séjour d'étude en Moldavie, l'ont été en roumain. Lors de notre retour en France, il a été plus aisé pour nous de procéder à une retranscription en français (nous écoutions l'entretien en roumain et le retranscrivions directement en français).

[2] Lors de notre séjour en Ukraine, nous avons retranscrit une partie des entretiens réalisés. De retour en France, il a été plus aisé de le faire en français, d'autant plus que nous ne disposions pas du clavier contenant les caractères de l'alphabet cyrillique.

Conclusion

Le chapitre méthodologique a eu pour objectif d'introduire les actions mises en place pour l'étude de notre sujet de recherche, à partir de la démarche adoptée et jusqu'à la collecte d'informations.

Dans une première section, nous avons mentionné l'utilisation de la méthode de l'étude de cas dans une approche comparée. Le raisonnement adopté dans le cadre de notre thèse est articulé autour de la démarche de recherche hypothético-inductive et hypothético-déductive. L'objet d'étude fut construit à la fois en consultant la littérature sur les transformations institutionnelles des anciens pays soviétiques et en observant des échanges entre les acteurs internationaux et nationaux au sein de la modernisation des hôpitaux. Par ailleurs, des variables ont été mobilisées afin de structurer la réflexion conceptuelle et non pas en tant que méthode de recherche. Ainsi, le changement de normes de la construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie a été posé en tant que variable dépendante, pendant que l'action des acteurs internationaux a été considérée comme étant la variable indépendante. A la différence des recherches portant sur des généralisations et sur un large nombre de cas, nous nous sommes donnée comme objectif de déterminer les conditions dans lesquelles s'est déroulé le processus de changement de normes techniques sous l'influence des acteurs internationaux. C'est dans ce contexte que nous avons adopté la méthode de l'étude de cas, en identifiant par la suite des projets hospitaliers réalisés avec le concours d'acteurs étrangers et en étudiant de manière approfondie leur mise en œuvre.

Dans une seconde section, nous avons expliqué la manière dont nous avons collecté les informations empiriques. Nous avons ainsi décrit les principales caractéristiques des méthodes de l'observation et de l'entretien. En tant que doctorante CIFRE au sein de Groupe-6, nous avons combiné des méthodes d'observation participante et non-participante. Nous avons ainsi suivi de près le déroulement du projet de l'HDF de Kiev depuis cette agence d'architecture française, participant au projet ukrainien. En Moldavie, nous avons réalisé un stage au sein du ministère de la Santé qui nous a permis d'approfondir nos informations sur une étude de cas présélectionnée (l'HCR de Chisinau) et d'en choisir une nouvelle (le projet des Centres de santé).

Partie 2 : L’analyse de terrain : les normes techniques des projets hospitaliers en Ukraine et en Moldavie entre 1991 et 2011

Chapitre IV. La construction des hôpitaux après 1991 : de nouvelles normes avec des anciens habits

Dans ce chapitre, nous mentionnons les caractéristiques des politiques de santé et de la construction des bâtiments, tant durant la période soviétique, qu'entre 1991 et 2000, en Ukraine et en Moldavie. Nous nous focalisons sur la première décennie à la suite de l'indépendance, en raison du peu de changements qu'elle a connue. Cette période permet ainsi de saisir de manière détaillée la continuité des anciennes normes formelles et informelles.

Ce chapitre est structuré en deux grandes sections. La première section présente les politiques hospitalières et de construction de l'URSS. Nous mentionnons les développements institutionnels communs qu'ont connus l'Ukraine et la Moldavie durant la période soviétique : une action publique unifiée et centralisée, une « mégalomanie » du développement des établissements de santé, un marché commun de la construction et un corpus de normes techniques de construction des bâtiments édifiant. Cette section détaille également quelques instruments d'action publique, tels que les normes techniques de l'URSS (les SNIP et les GOST), les projets-types (« *tipovyie proekti* ») et la formation des professionnels.

Dans la seconde section, nous nous interrogeons sur le sort des normes techniques durant la première décennie après l'indépendance : ont-elles été sauvegardées ou modifiées par les pouvoirs publics ? En ligne avec l'institutionnalisme historique et sociologique, nous supposons que la plupart des anciennes normes techniques (tant formelles qu'informelles) ont perduré, en raison d'une dépendance au sentier. Dans un premier temps, nous verrons que s'il y a des changements de la politique de santé, la construction des hôpitaux ne bénéficie pas d'une attention des pouvoirs publics. Dans un deuxième temps, nous verrons que dans le domaine de la construction des bâtiments, certains arrangements institutionnels ont été sauvegardés (comme les normes techniques), d'autres ont été supprimés (comme les projets-types). Cette section montre qu'il y a une continuité des arrangements, notamment informels, de la période soviétique après 1991. En même temps, cet « héritage » n'est pas tout à fait similaire : l'Ukraine compte un nombre d'architectes hospitaliers plus grand qu'en Moldavie ;

le pays dispose également du Statut Expérimental, permettant de déroger à certaines normes en vigueur.

Ces éléments ont pour objectif d'introduire la configuration institutionnelle au sein de laquelle ont été lancés, vers la fin des années 2000, des projets de modernisations hospitalière avec le concours d'acteurs internationaux.

Section I : La construction des hôpitaux dans l'Ukraine et la Moldavie soviétiques : une action publique centralisée et unifiée

Cette section présente les orientations des politiques publiques de la santé et de la construction des bâtiments en Ukraine et en Moldavie durant l'Union soviétique. Les orientations de la politique de santé de l'URSS ont généré des caractéristiques similaires de l'institution médicale dans l'ensemble des républiques soviétiques. La politique en matière de construction des bâtiments a contribué à créer une activité de construire les hôpitaux identique sur le territoire de l'Union. Ensemble, ces deux politiques publiques ont encadré le domaine de la construction hospitalière. Quelle fut l'influence de ces politiques et instruments d'action publique, dont les normes techniques furent un des plus importants, sur l'activité des architectes des pays soviétiques ? Nous cherchons à répondre à cette question avant de nous intéresser, lors d'une seconde section, à l'héritage et au poids de ces éléments dans la première décennie à la suite de l'indépendance.

I) Les politiques publiques de la construction des hôpitaux : une organisation centralisée

Les études dans le domaine de la santé et en particulier de la construction des hôpitaux au sein des anciens pays soviétiques sont assez rares. Ceci s'explique par un manque de ressources pour le développement de la recherche au sein de ces pays, ainsi que par la barrière linguistique des chercheurs locaux[1]. Quelques travaux ont été néanmoins réalisés par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Ecrits sous forme de rapports et souvent dans une perspective économique, ces études présentent des informations enrichissantes sur le secteur de la santé des pays de l'ex-URSS[2]. Nous nous appuierons sur cette littérature pour révéler les caractéristiques du système de santé durant la période soviétique en Ukraine et en Moldavie. L'essentiel des informations qui portent plus

[1] Fister, Kristina et Martin McKee, «Post-communist transition and health in Europe», *British Medical Journal* Editorial, no. 329 (2005), 1355.

[2] Voir notamment *ibid*. ; McKee, Martin et Ellen Nolte, «Lessons from health during the transition from communism», ibid.329, no. 7480 (2004), 1428-9.; Figueras, Josep et al., *Health systems in transition: learning from experience* (Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 2004).

spécifiquement sur la construction des hôpitaux sous l'URSS a été collecté durant l'enquête de terrain réalisée dans la cadre de notre thèse.

A) La politique hospitalière de l'URSS

La politique hospitalière dans le cadre du système de santé de l'Union soviétique a engendré une croissance, pratiquement continue, des institutions médicales sur son territoire à partir des années 1950. Les nombreux hôpitaux construits en Ukraine et Moldavie durant cette période correspondaient à l'application de normes en lits, équipements et personnel médical calculés et indiqués par le ministère de la Santé de l'URSS. Plusieurs actions au sein du système de santé ont conduit à ces développements hospitaliers. Nous en retraçons quelques-unes dans les lignes suivantes.

A la suite des conflits militaires du début du 20ème siècle, les pouvoirs soviétiques ont entrepris des mesures dans le domaine de la santé afin d'améliorer les conditions de vie de la population de son territoire. Un système de santé a été développé – sous le nom de Semashko, le premier Commissaire au Plan de l'URSS – afin d'être appliqué dans toutes les républiques soviétiques, dont l'Ukraine et la Moldavie (voir Fig. 12). Les principes de base de ce système ont été la responsabilité de l'Etat en matière de santé, l'accès gratuit et universel pour tous, une offre de soins visant le traitement, la réhabilitation et la prévention des maladies, ainsi que la consolidation des rapports entre les sciences médicales et la pratique[1]. Dans ce système centralisé, la plupart des décisions étaient prises par le gouvernement de Moscou et plus précisément par le parti communiste de l'URSS[2]. Des plans de cinq ans déterminaient dans le cadre de la politique de santé : la politique hospitalière, les normes d'hygiène, d'équipement et de personnel, ainsi que les ressources financières qui s'appliquaient dans toutes les républiques soviétiques. Selon cette organisation, les institutions nationales étaient sous la tutelle des administrations centrales de l'URSS et avaient un pouvoir de décision limité[3]. Une des caractéristiques principales de la période soviétique fut l'augmentation des structures

[1] Figueras, Josep et al., *op. cit*.
[2] Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. 12.
[3] On a souvent reproché à cette forme de planification centralisée de ne pas suffisamment prendre en compte les besoins locaux. Par exemple, le nombre d'institutions médicales (centres de santé, hôpitaux) et leurs équipements étaient calculés en fonction du nombre de la population et non pas en fonction des besoins de santé de chaque pays. *Ibid.* , p. 14-15.

hospitalière sur l'ensemble de son territoire[1]. Celle-ci commença dans les années 1950 et se poursuivit jusqu'à l'effondrement de l'URSS en 1991[2]. Le nombre considérable de services de santé disponibles durant l'Union soviétique était dû à l'existence de normes prévues par le système de santé Semashko qui mettait l'accent sur un nombre important de docteurs et de lits d'hôpitaux plutôt que sur les résultats et la qualité[3]. Cette politique hospitalière a eu comme conséquence une augmentation significative des hôpitaux tant en Ukraine qu'en Moldavie durant la période soviétique.

Fig. 12 : Les principes de la politique de santé de l'Union soviétique[4]

1	La santé est une responsabilité de l'Etat[5]
2	La santé doit être accessible et gratuite pour tous les citoyens
3	Le prolétariat occupe une position privilégiée dans la société soviétique, y compris au sein de l'offre du système de santé
4	La politique de santé devrait être administrée de manière centralisée et unifiée
5	La santé « publique » dépend de l'implication active des citoyens
6	La priorité première dans le système de santé soviétique est la médecine prophylactique ou préventive

[1] A titre d'exemple, en Moldavie les investissements capitaux dans la construction d'institutions médicales ont augmenté de 3.5 millions de roubles en 1955 à 40 millions de roubles en 1978. Comme le montre certains auteurs, tous les indicateurs liés aux services hospitaliers ont augmenté durant la période comprise en 1950 et 1994 (nombre d'hôpitaux, de médecins, d'infirmières, de lits par habitant). Voir "Tableau 1: Development of the health care system in the Republic of Moldova, 1950-1994", dans MacLehose, Laura, *op. cit*., p. 11.

[2] Dans la segmentation de l'assistance médicale, on peut noter que 80% des ressources étaient absorbées par l'assistance secondaire, environ 15% par l'assistance ambulatoire et seulement 5% pour l'assistance primaire. Comme le mentionnent certains auteurs, l'augmentation de la quantité se faisait au détriment de la qualité et dans de nombreux cas cela encourageait des pratiques néfastes sur la santé comme les hospitalisations pour des dérangements mineurs. Voir Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. 15.

[3] MacLehose, Laura, *op. cit*., p. 10.

[4] Le tableau reprend les principes de base du système de santé soviétique, exposés par Howard M. Leichter, dans son ouvrage comparatif sur les politiques de santé. Le chapitre 7 en particulier est dédié à l'Union soviétique où l'auteur présente des informations essentielles sur l'organisation du système de santé de l'URSS, voir Leichter, Howard M., *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations* (Cambridge: Cambridge University Press, 1979), 326., p.211.

[5] Certains de ces principes ont été affirmés dès le 5ème Congrès de Tous les Soviets de juin-juillet 1918, *ibid*.

La politique hospitalière de l'URSS a privilégié le développement de l'hôpital en tant qu'élément central de l'assistance médicale. Les pouvoirs soviétiques ont mis l'accent sur l'offre de soins secondaire – dont l'hôpital était le principal maillon, au détriment de l'assistance primaire exercée dans les policliniques[1] et les points médicaux. Si en théorie, le patient ne pouvait être admis à l'hôpital qu'à la suite d'une recommandation du médecin référent en policlinique, dans la pratique, de nombreux patients s'y adressaient directement. Du fait de son rôle durant la période soviétique, l'hôpital avait acquis une image forte auprès de la population, ce qui explique la confiance des patients d'y recevoir de meilleurs soins que dans les policliniques.

L'ensemble des hôpitaux était public et géré par l'Etat durant la période soviétique[2]. Leur organisation au sein du système de santé s'inscrivait dans les lignes d'une administration centralisée et unifiée. La centralisation implique que l'élaboration de la politique de santé, sa planification, sa mise en œuvre et plus généralement son développement dépendaient d'une seule administration d'Etat – le ministère de la Santé de l'URSS[3]. Comme nous le mentionnions, les ministères de la Santé de chaque république soviétique, dont l'Ukraine et la Moldavie, étaient subordonnés au ministère central de l'URSS. Il est important de noter qu'en tant qu'institutions nationales, ces ministères « étaient en charge de l'exécution, non pas la formulation de la politique de santé »[4]. A ce titre, le ministre de la santé était nommé par le Soviet Central de chaque République (organe élu), mais nécessitait la validation du ministère de la Santé de l'URSS. Le rôle des ministères nationaux était de mettre en œuvre la politique de santé, ainsi que d'élaborer et d'administrer les ressources budgétaires de leur république[5]. Leur rôle concernait ainsi davantage la gestion, tandis que le ministère central gardait la compétence en matière de planification. Par ailleurs, les recettes qui constituaient le budget de chaque république provenaient du gouvernement central de l'Union. Par conséquent, les

[1] Il s'agit de « policlinique », établissement non hospitalier, offrant des services de consultation externe et non pas de « polyclinique », établissement d'hospitalisation où l'on dispense des soins relevant de plusieurs spécialités médicales. En URSS, les policliniques étaient des établissements sanitaires de soins primaire. Une policlinique était organisée comme un centre de santé, avec des bureaux pour le personnel médical, des salles d'examen et de diagnostic, et quelques équipements. L'offre de soins primaire comprenait les consultations générales, mais également quelques soins ambulatoires (dentaires, ophtalmologiques, de chirurgie mineure etc.). Certains auteurs considèrent que l'organisation des soins de santé au sein de policliniques dans l'Union soviétique a constitué « un facteur majeur d'amélioration des conditions de santé », voire un modèle pour d'autre pays, moins développés, notamment parce qu'elles regroupaient en leur sein plusieurs services, voir *ibid*.
[2] *Ibid*. , p.220.
[3] Pour plus de détails, voir *ibid*. , p.215.
[4] *Ibid*. , p.216.
[5] *Ibid*. , p.222.

institutions nationales des républiques soviétiques, telles que les ministères de la Santé de l'Ukraine et de la Moldavie, avaient une marge de manœuvre limitée au sein de la politique de santé et celle hospitalière en particulier. Ce schéma d'organisation et de fonctionnement peut être décliné à d'autres institutions nationales et à d'autres politiques publiques, comme le serait par exemple la politique de construction des bâtiments (que nous présentons lors d'un second point).

La deuxième caractéristique de l'organisation du système de santé de l'URSS, l'unification, signifie que l'ensemble des éléments du système de santé était regroupé dans un seul service de santé sous le contrôle central du ministère de la Santé[1]. L'ensemble des institutions médicales (dont les hôpitaux), du personnel médical, des départements de santé et leurs activités, ainsi que de la formation et de la recherche dans le domaine médical faisait partie des services unifiés de l'Union soviétique. Les principes de base de cette organisation s'inscrivaient à leur tour dans l'économie centralisée et dirigée par le parti communiste de l'URSS.

Au niveau territorial, les hôpitaux étaient organisés selon le type d'offre de soins délivrée (voir Fig. 13). Le premier type d'hôpital était celui du département (dit « rayon » en langue russe) et pouvait accueillir entre 300 et 1250 lits[2]. L'offre de soins proposée était assez générale, mais concernait plutôt les interventions chirurgicales simples dans un large nombre de domaines. Lorsqu'il s'agissait de soins plus spécialisés, les patients étaient dirigés vers les hôpitaux régionaux (dit « oblast »). Enfin, l'équivalent des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) en France, étaient les hôpitaux de type « républicain » dans le sens de la décomposition territoriale – au niveau de chaque république soviétique. Ce dernier type d'institutions médicales délivrait les services de soins les plus complexes (soins de diagnostic et de traitement, interventions chirurgicales avancées) et détenait les moyens de technologie médicale les plus modernes (personnel médical, équipements médicaux, centre de recherche). Dans chacune des quinze républiques soviétiques, se trouvait un hôpital de type « républicain » qui représentait l'institution médicale de référence du pays. L'Hôpital Clinique Républicain de Moldavie, analysé dans le cadre de notre thèse est, par exemple, l'héritier de ce type d'institution.

---

[1] Les deux notions caractérisant le système de santé de l'URSS sont définies sur la base des explications de Howard M. Leichter, dans l'ouvrage *ibid.* , p. 215-216.
[2] *Ibid.* , p. 221.

En dehors de cette typologie « classique » des hôpitaux, il existait également des établissements hospitaliers réservés à certaines catégories de la société. Il s'agit par exemple des hôpitaux pour les ouvriers. L'existence de ces derniers découlait d'un des principes du système de santé de l'Union soviétique précédemment mentionnés – la position privilégiée accordée au prolétariat. Howard Leichter note le cas d'une usine automobile de Moscou qui avait fait construire, avec les profits réalisés, son propre hôpital de 1000 lits, pour ses 60.000 ouvriers[1]. Les informations collectées durant notre enquête de terrain permettent également de noter l'existence d'établissements hospitaliers pour les cadres et les hauts-dirigeants du parti communiste de l'Union soviétique, un élément que la littérature de cette période mentionne moins.

Fig. 13 : Type d'hôpitaux durant la période soviétique

Type hôpital	*Niveau offre de soins*	*Offre de soins délivrée*
Hôpital départemental (dit de « rayon »)	Secondaire	Général
Hôpital régional (dit de « oblast »)	Secondaire	Spécialisée (chirurgie complexe)
Hôpital républicain (dit « republikanskii »)	Tertiaire	Hautement spécialisée et recherche

Vers la fin des années 1980, des mesures de prévention supplémentaires ont été mises en place afin d'améliorer les indicateurs de santé de la population[2]. L'obligation de passer des examens médicaux annuels ont eu pour effet une augmentation des services de soins à l'hôpital, parfois se traduisant par des hospitalisations non justifiées. Ces actions ont alourdi

[1] *Ibid*.

[2] En vue de réduire les indicateurs de santé, le parti communiste de l'Union soviétique a décidé en 1986 d'introduire des contrôles de santé annuels pour l'ensemble de la population. Ces contrôles se réalisaient à tous les niveaux d'assistance médicale: dans les policliniques, les hôpitaux et les cliniques spécialisées. L'introduction de ce programme a dépassé les limites du système ambulatoire (policliniques) et a eu comme conséquence un nombre d'hospitalisations accru, Lekhan, Valeria et al., *op. cit*.

les services hospitaliers, se traduisant par un accroissement d'actes médicaux à l'hôpital, qui en temps normal auraient pu être réalisés au sein des institutions de soins primaires telles que les policliniques. Bien que l'initiative du développement de l'hôpital au sein du système de santé semble avoir été salutaire dans les premières années d'existence de l'URSS[1], notamment par sa multiplication dans les zones rurales, elle s'est traduite dès la fin des années 1970 par un excès d'infrastructures dans la plupart des républiques soviétiques. Ainsi, à partir des années 1980, l'hôpital au sein du système de santé de l'URSS est entré en crise. Les nombreuses institutions médicales construites dans les années 1960 et 1970 sont devenues des sources de dépenses de plus en plus importantes. Les difficultés économiques de l'URSS ont freiné les restructurations hospitalières et l'intégration de nouveaux équipements développés à l'époque. C'est dans ce contexte que l'Union soviétique a pris du retard par rapport aux pays occidentaux concernant la capacité de délivrer des interventions médicales complexes, des produits pharmaceutiques innovants et des méthodes de gestion de la santé basées sur la qualité plutôt que sur la quantité[2]. Notamment, l'URSS a pris du retard sur les développements de la médicine factuelle (basée sur des faits critiques)[3] qui a commencé à se mettre en place dans l'Ouest à partir des années 1970.

Par conséquent, l'hôpital détenait le même rôle au sein des systèmes de santé de l'Ukraine et de la Moldavie durant l'Union soviétique étant donné que des principes similaires de développement de cette institution médicale étaient appliqués au sein des deux républiques. La croissance du nombre d'infrastructures et plus particulièrement des hôpitaux au détriment d'autres types d'institution médicale a eu pour conséquence un renforcement de la place de l'institution hospitalière. L'hôpital s'est ainsi imposé dans l'ensemble de l'Union soviétique comme étant l'institution centrale des soins médicaux, pour laquelle les pouvoirs publics n'hésitaient pas à dépenser des ressources conséquentes. Néanmoins, ces développements doivent être nuancés dans un contexte des retards accumulés dans le domaine de la santé

---

[1] Un des auteurs qui l'explique le mieux est à notre avis Howard M. Leichter, notamment parce qu'il compare les évolutions dans le domaine de la santé durant la période soviétique avec la situation durant la période tsariste et à la veille de la Révolution russe. Ainsi, l'auteur examine les progrès entre 1913 et 1973 en matière de réduction de la mortalité (réduite de 71%), d'espérance de vie (doublée) et de l'offre de soins (il y avait par exemple en 1913 – 1.3 lits d'hôpitaux/1,000 personnes et en 1971 – 11.1 lits/1,000 personnes), voir Leichter, Howard M., *op. cit*., p. 226-227. Néanmoins, nous devons noter le fait qu'il est difficile d'imputer l'amélioration des conditions de santé durant la période soviétique au système de santé mis en place par l'URSS, étant donné que durant la période antécédente, l'intervention étatique dans ce domaine était très faible (que ce soit sur le territoire de l'Ukraine, de la Moldavie ou des pays de l'Europe de l'Ouest…).

[2] Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. 14.

[3]Traduction en français de la notion "evidence-based medicine".

(science et technologie) à partir des années 1980, ainsi que d'orientations restrictives de la politique de construction des bâtiments.

B) La politique de construction de l'URSS

La politique en matière de construction des bâtiments en Ukraine et en Moldavie du temps de l'URSS était centralisée au niveau de Moscou. Des lignes directrices étaient émises au niveau de l'Union pour l'ensemble des républiques soviétiques et appliquées ensuite au sein des ministères nationaux. Le même schéma d'action publique dans le domaine de la santé s'appliquait également dans le domaine de la construction des bâtiments. Le ministère de la Construction de l'URSS était en charge de la planification de la politique de construction des bâtiments, tandis que les ministères nationaux des républiques, dont l'Ukraine et la Moldavie, étaient en charge de sa mise en œuvre. Cependant, le ministère de la Construction n'était pas la seule institution intervenant dans la politique de construction, ni même celle ayant le rôle principal. Durant l'URSS, il y avait un autre organe exécutif en matière de politique de construction des bâtiments – le Gosstroy (du russe « *Gossudarstvenyi Komitet po delam stroitelstva* », « *Государственный комитет СССР по делам строительства* »). Il s'agit du Comité d'Etat pour les affaires de construction qui avait pour mission d'élaborer la politique de construction des bâtiments de l'URSS, afin qu'elle soit similaire dans l'ensemble des républiques soviétiques. Le rôle de cette institution était par conséquent de rédiger les lignes directrices d'une politique centralisée et unifiée en matière de construction des bâtiments sur l'ensemble du territoire de l'Union soviétique. Parmi ses objectifs, il y avait par exemple l'amélioration de la qualité en construction, le développement de l'industrie de construction, l'amélioration de la qualité de l'urbanisme et de l'architecture.

En plus de l'élaboration de la politique de construction des bâtiments, le Gosstroy développait également des mesures concrètes de mise en œuvre, ainsi que de contrôle de cette dernière. Il s'agit par exemple de la mise au point de la normalisation technique en matière de construction (l'encadrement du processus de construction par des textes législatifs et des normes techniques), de projets-types (des modèles de construction à appliquer sur l'ensemble du territoire), de même que la mise au point du budget des projets de construction[1]. Le Gosstroy disposait également d'instruments de contrôle du respect de ces principes et normes,

[1] Plus concrètement, le Gosstroy mettait au point des exemples de budget pour différents types de construction : une école, un hôpital, un aéroport etc. qui devaient être respectés par ceux qui réalisaient ce type de bâtiment.

comme l'était par exemple l'Expertyza[1]. Cette institution se présentait sous la forme d'une Commission d'experts d'Etat qui vérifiaient la conformité de chaque projet de construction aux normes techniques de l'Union soviétique. En plus du Gosstroy central de l'URSS, il existait dans chaque république des antennes de cette institution – les Gosstroys locaux. Leur pouvoir réel était limité, étant donné qu'elles appliquaient et diffusaient au niveau des républiques soviétiques les lignes directrices émises au niveau central. D'autres institutions étaient associées à la politique en matière de construction de bâtiments, comme le ministère des matériaux de construction, le ministère des Transports ou encore l'Académie de l'architecture de l'URSS. Ce vaste réseau d'institutions centrales, ayant le plus souvent également des antennes locales, permet de rendre compte de l'appareil d'Etat fortifié de l'Union soviétique à travers lequel se mettaient en place les lignes des politiques unifiées et centralisées sur son territoire.

A la différence de Gosstroy, le rôle du ministère de la Construction était de planifier la réalisation de constructions dans différentes républiques. C'est ici qu'on recensait les besoins en infrastructures, en matériaux de construction qui étaient ensuite transmis à Gosstroy et selon la politique duquel on procédait ensuite à leur réalisation effective. Les ministères de la Construction nationaux participaient ainsi à ces actions de collecte d'informations (de la demande locale) au niveau des républiques soviétiques qui étaient ensuite transmises au ministère de la Construction de l'URSS. Le rôle de cette institution consistait ainsi davantage en la planification des constructions à réaliser sur le territoire de l'URSS, qu'en l'élaboration de la politique selon laquelle se faisait ce processus (cette dernière étant précisément la compétence principale de Gosstroy).

Par conséquent, l'application des politiques publiques de la période soviétique se faisait premièrement, à travers leur mise en œuvre par les institutions nationales de chaque république et deuxièmement, à travers un vaste réseau de fonctionnaires d'administrations publiques, en charge de veiller au bon respect des éléments de ces dernières.

L'orientation principale de la politique en matière de construction des bâtiments durant l'URSS concernait la réduction des dépenses publiques. L'ensemble de l'activité de la construction des bâtiments était organisé de manière à ce que les dépenses soient encadrées et

[1] Cette instance était en charge de délivrer les permis de construire après une vérification minutieuse de la

limitées au sein de l'Union. Des cahiers des charges, des programmations et des projets de construction de bâtiments étaient établis en avance selon des calculs de dépenses maitrisés afin de pouvoir être calqués ensuite sur l'ensemble du territoire. Dans cette configuration, tant les administrations nationales qui commandaient l'œuvre publique que les professionnels du bâtiment devaient suivre les normes, les règlements et les dispositions mises en place par le pouvoir central.

La volonté politique de l'URSS de développer des infrastructures dans le domaine de la santé entre les années 1960 et 1970 s'est traduite par l'allocation de ressources pour de nombreux hôpitaux tant en Ukraine qu'en Moldavie. Cependant, la construction des hôpitaux s'est déroulée selon des critères économiques stricts, visant un contrôle exigeant des dépenses (rationalisation des besoins en hôpitaux par pays). Les deux politiques publiques, dans le domaine de la santé et dans le domaine de la construction, étaient interdépendantes et se coordonnaient plus ou moins. La politique de santé prévoyait l'accès de l'ensemble de citoyens à une offre de soins gratuite et a incité la construction de nombreuses institutions médicales. En même temps, la construction des établissements de santé devaient s'inscrire dans les lignes budgétaires de l'Union, respectant ainsi les principes de l'économie planifiée. L'allocation de ressources pour les hôpitaux se faisait sur une période de cinq ans, en tenant compte des ressources budgétaires disponibles, ainsi que de la production (matériaux de construction, équipements) planifiée pour cette période. Les principes de développement de l'offre de soins hospitalière, ainsi que ceux de la planification et de la réduction des dépenses publiques ne doivent pas être nécessairement considérés ici comme étant contradictoires ou paradoxaux. Cela ne veut donc pas dire que l'on construisait moins d'hôpitaux, mais plutôt que la construction de ces derniers se réalisait dans le cadre des orientations de la politique de construction des bâtiments, dont la planification et la réduction de dépenses publiques étaient des traits majeurs. Par conséquent, les deux orientations des politiques publiques – de développement quantitatif des institutions médicales au niveau de la santé et du contrôle des dépenses au niveau de la construction des bâtiments – ont caractérisé le domaine de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie durant la période soviétique.

---

conformité du projet architectural aux normes règlementaires en vigueur.

II) Caractéristiques communes de la construction des hôpitaux durant la période soviétique

Les orientations politiques dans le domaine de la santé et de la construction des bâtiments ont influencé la construction des hôpitaux durant la période soviétique, permettant de dégager quelques caractéristiques générales. La compétence des institutions nationales des républiques soviétiques en matière de construction des hôpitaux était limitée. En particulier, les ministères de la Santé et de la Construction d'Ukraine et de Moldavie devaient suivre une procédure administrative complexe avant d'obtenir les financements et la validation de la part des organes centraux de l'URSS pour la construction d'institutions médicales. Les orientations des politiques publiques ont produit également une façon spécifique de construire les hôpitaux d'un point de vue architectural : des édifices imposants (donnant une image forte de l'institution médicale auprès de la population), avec un nombre de lits significatif (imposé par la norme de la politique de santé) et des façades plutôt utilitaires (liées à la réduction de dépenses et l'utilisation au minima des matériaux nécessaires). Ces développements s'inscrivaient dans les lignes plus générales de l'économie planifiée de l'URSS. Dans le cadre de celle-ci, il existait un marché commun à l'intérieur de ses frontières. Cet aspect présente deux liens avec la construction des hôpitaux : le premier concerne la commande publique en matière d'architecture et de construction ; le deuxième permet de souligner l'utilisation des équipements, technologies médicales et matériaux de construction similaires dans l'ensemble des républiques de l'URSS, en fonction de l'offre et de la demande planifiées.

A) Une compétence nationale limitée

Durant l'URSS, les ministères nationaux recensaient les besoins en établissement de santé au niveau national (tout en tenant compte des objectifs de la politique de santé qui mettait l'accent sur le nombre de lits relatif à la population) et demandaient par la suite des financements des ressources centrales de l'Union. En fonction de lignes budgétaires allouées à la construction des bâtiments (planifiées sous cinq ans), les demandes en financement des administrations ukrainiennes et moldaves étaient acceptés, réexaminées ou retardées.

La demande de financement pour la construction des hôpitaux se présentait sous la forme d'une procédure administrative complexe. Chaque république présentait un budget général en conformité avec les normes sur le nombre d'hôpitaux, de lits, d'équipements, de personnel

médical et de leurs salaires. Ce budget était approuvé ou amendé après vérification par le pouvoir central. Dans une section d'ouvrage dédiée aux caractéristiques des hôpitaux de l'URSS, Maurice Le Mandat note quelques éléments sur le financement de ces derniers :

« Les hôpitaux de rayon établissent un budget annuel tenant compte des variations de population, du niveau des soins, des dépenses pour l'alimentation, les médicaments et les salaires du personnel. L'administration du rayon dresse le budget sanitaire de sa zone en réunissant l'ensemble des budgets des établissements sanitaires qui en dépendent. Après examen par le soviet local, ce budget est intégré au budget général de rayon qui est transmis à la région puis à la république. Le budget total de la république est alors remis au gouvernement central. L'administration centrale contrôle la conformité des prévisions aux dispositions et normes arrêtées en matière de santé. Après amendement et approbation, le budget revient au niveau de la république qui gère l'emploi des fonds d'Etat qui sont délégués à la région. La région répartit ces sommes aux rayons où les comités exécutifs des soviets les ventilent auprès des différents hôpitaux du secteur »[1].

Par conséquent, une procédure administrative longue et compliquée était nécessaire pour qu'une institution médicale d'Ukraine ou de Moldavie obtienne les ressources nécessaires à sa construction, extension ou restructuration. Cette procédure complexe de financement centralisé des besoins en matière de santé a caractérisé la construction des hôpitaux en Ukraine et Moldavie durant toute la période soviétique. Elle permet d'expliquer les difficultés des administrations nationales en Ukraine et en Moldavie d'intervention dans le cadre de l'identification des besoins nationaux en matière de planification hospitalière. En 1991, l'Ukraine et la Moldavie ont cherché à réorganiser l'offre hospitalière sur leur territoire, notamment du fait des inégalités produites sous les développements de la période soviétique. Etant donné que la réflexion en termes d'organisation hospitalière fut essentiellement portée par les organes centraux de l'URSS, les administrations moldaves et ukrainiennes ont développé moins de compétences dans ce domaine durant la période soviétique[2].

[1] Le Mandat, Maurice, *op. cit*., p. 57.

[2] A la suite de l'indépendance en 1991, les réformes de la santé ont concerné la réorganisation de l'offre hospitalière, la réduction du nombre de lits et la modernisation des hôpitaux hérités de la période soviétique. Du fait de leur manque d'expérience nationale, les administrations ukrainiennes et moldaves ont cherché des compétences internationales dans ce domaine.

B) Une tendance à la croissance hospitalière

La complexité administrative des demandes de réalisation de projets de construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie durant l'Union soviétique n'était pas la seule contrainte des administrations nationales. En plus de devoir respecter les ressources disponibles au niveau de l'Union et échelonnées sur un délai de cinq ans pour l'ensemble des besoins des républiques soviétiques, la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie devait s'inscrire dans les orientations politiques affichées par l'URSS. Ainsi, il fallait construire un large nombre d'hôpitaux, en privilégiant le nombre de lits par rapport au nombre de la population de chaque république. Cette orientation a généré une tendance à une croissance exponentielle des institutions médicales, à la fois dans les zones urbaines et rurales. Dans les années 1970, un nombre élevé d'hôpitaux a été construit en Ukraine et en Moldavie[1]. Si au départ cette mesure devait pallier le manque en services de santé sur le territoire de l'URSS, le fait qu'elle fut poursuivie par la suite sans tenir compte des évolutions nationales, a généré une surcapacité en hôpitaux dans la plupart des républiques soviétiques. Cette orientation de la politique de santé s'est donc matérialisée par la construction d'hôpitaux de taille importante, avec un large nombre de lits, des équipements et des services multiples. Ces éléments ont participé à créer l'image d'un hôpital imposant (du point de vue architectural, mais aussi en tant qu'institution médicale) au sein des républiques de l'URSS, nécessitant des ressources importantes pour sa construction et confortant ainsi sa place centrale au sein du système de santé.

Au-delà de l'aspect symbolique d'un hôpital « grand » aux yeux de la population, la construction de cette institution a également influencé les architectes et les ingénieurs en charge de sa conception. Etant donné que les besoins d'une institution médicale étaient identifiés et calculés en fonction des orientations de la politique de santé, les cahiers des charges de l'institution hospitalière comportaient de façon précise un nombre important de

[1] Un ouvrage datant de l'époque soviétique, exemplifie le nombre croissant d'institutions médicales sur le territoire de l'Ukraine, en énumérant les institutions médicales du département de Darnitski vers la fin des années 1950: un hôpital de 50 lits, deux policliniques, deux laboratoires, un second hôpital de 100 lits auquel deux autres policliniques y étaient associées, deux laboratoires indépendants, une clinique de traitement de la tuberculose de 25 lits, un centre hospitalier de 100 lits avec une policlinique, un centre de chirurgie de 200 lits, une policlinique individuelle et de nombreux points médicaux des sites industriels de la région (Suprunenco N. I. et al., *L'histoire de Kiev: le Kiev socialiste* (Kiev: Naukova Dumka, Académie des Sciences de l'Ukraine, 1986).
En Moldavie, la construction des plus grands hôpitaux s'est réalisée entre les années 1970 et 1980. Il s'agit par exemple de l'Hôpital Républicain pour enfants (1970), l'Hôpital Clinique Républicain (1977), du Centre de la protection de la mère et l'enfant (1983), de l'extension de l'Hôpital Municipal de Balti (construit dans les années 1980).

lits, équipements et services médicaux. Ces éléments étaient devenus en quelque sorte des caractéristiques génériques pour la construction de tout hôpital. Les acteurs en charge de la construction des hôpitaux ont ainsi structuré leur travail en fonction des besoins découlant de la politique de santé de l'URSS, dont la « mégalomanie » était une caractéristique spécifique.

C) Un marché commun de la construction des bâtiments

La majorité de la commande publique dans le domaine de la construction des bâtiments durant l'Union soviétique était de type direct. Il existait également des procédures d'appels d'offres, mettant en concurrence les différents cabinets d'architecture des républiques socialistes, mais celles-ci étaient ni obligatoires, ni réglementées, comme cela est le cas pour les appels d'offres des marchés publics en France ou plus généralement dans l'Union européenne d'aujourd'hui. Très souvent, durant l'Union soviétique, une autorité publique (ministère de la Santé généralement pour les hôpitaux) passait la commande de projets d'établissements de santé, d'enseignement ou autres directement auprès des cabinets d'architecture spécialisés dans ces domaines. D'autres fois, elle lançait des concours d'architecture auxquels des instituts publics de diverses républiques soviétiques pouvaient répondre.

Le marché commun dans le domaine de la construction des bâtiments permettait aux différents cabinets d'architecture de l'Union soviétique de réaliser des bâtiments dans n'importe quelle république de l'Union. L'existence de cette interchangeabilité des activités de construction au sein des différentes républiques soviétiques a contribué également à une uniformisation des activités des professionnels dans ce domaine, au travers des échanges au sein des projets réalisés.

D) Une production centralisée des équipements hospitaliers

La construction des hôpitaux dépend en large mesure des évolutions de la technologie et de la science dans le domaine médical. Ainsi, la structure de l'hôpital, la disposition des départements médicaux, les accès des patients et des visiteurs, les flux de ces derniers, mais également l'offre de soins, sont en effet largement dépendants des équipements médicaux qui y seront utilisés. Ces derniers évoluent constamment avec les progrès de la médecine et de la technologie. Cet aspect n'est pas anodin dans l'étude de la construction des hôpitaux durant l'Union soviétique en Ukraine et en Moldavie. Premièrement, les équipements hospitaliers

étaient un élément de la production industrielle de l'URSS. Ils étaient produits par des usines spécifiques et cette production était planifiée, tout comme l'ensemble de l'économie de l'Union. Les architectes et ingénieurs pouvaient choisir uniquement les équipements (et par ailleurs les matériaux de construction) disponibles sur le marché intérieur. Souvent, ils n'étaient pas libres dans ce choix et devaient employer les équipements « conseillés » pour s'inscrire dans les lignes de l'économie planifiée. A titre d'exemple, durant la période soviétique, un architecte ne pouvait pas choisir le type de matériau de construction qu'il souhaitait attribuer à son bâtiment. Il était obligé d'employer celui qui convenait le mieux en termes de prix. De ce fait, de nombreux professionnels avaient l'impression de dessiner un bâtiment et de voir construire dans la réalité un édifice totalement différent[1]. Ceci s'expliquait par le souci des pouvoirs soviétiques d'économiser et de rationaliser les dépenses en matière de construction des bâtiments.

Deuxièmement, la crise économique qu'a connue l'URSS à partir des années 1980 a eu des effets négatifs sur l'innovation des équipements médicaux, affectant également la construction des hôpitaux durant cette période. Si dans les années 1980, on note un essor des techniques et sciences médicales dans les pays occidentaux (nouvelles interventions médicales en termes de traitement et de diagnostic), les républiques soviétiques restent à l'écart de ces développements. Ici, les architectes ont continué à réaliser des hôpitaux selon les paramètres des équipements médicaux disponibles sur le marché intérieur, en retard par rapport aux progrès de la science et de la technologie de l'époque. Cet écart fut accentué dans les années qui ont suivi l'indépendance. Les professionnels ukrainiens et moldaves, ayant été habitués à concevoir des hôpitaux selon la configuration des anciens équipements médicaux (et en l'absence de connaissance sur les nouvelles technologies), ont rencontré des difficultés à moderniser leurs hôpitaux (comme nous le verrons plus spécifiquement lors des chapitres ultérieurs).

Ainsi, l'utilisation d'équipements médicaux similaires dans l'ensemble des hôpitaux de l'URSS s'inscrivait dans les développements de l'économie centralisée, tout en étant une composante de la politique de santé (programmation et fonctionnement de l'hôpital) et de construction des bâtiments (choix des équipements et des matériaux limités). Au sein des lignes directrices des politiques publiques de l'ancienne Union soviétique, les professionnels de l'architecture et de la construction en Ukraine et en Moldavie ont développé des façons

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, architecte, Budova Centre-1, Kiev, Ukraine, mai 2010,traduit du russe.

communes de concevoir les hôpitaux, découlant des critères de la planification. Bien que ce ne soit qu'un des aspects qui expliquent la similarité du travail durant la période soviétique, l'utilisation d'équipements médicaux similaires a influencé à la fois la vision architecturale des hôpitaux (disposition et arrangement des départements, des pièces), leur structure (système d'ingénierie) et leur fonctionnement (en termes de diagnostic et de traitement).

E) Des étapes réglementées de la construction des hôpitaux

Réglementée par des lois de la construction des bâtiments, la réalisation d'un établissement en Ukraine et en Moldavie se déroulait selon les étapes suivantes : Identification des besoins (étude de faisabilité, programme), Conception (études architecturales), Construction (réalisation en pierre du bâtiment) et Mise en Exploitation (cf. chapitre 1). Le contenu de chacune de ces étapes était similaire partout dans l'Union soviétique, qu'il s'agisse de la préparation des plans architecturaux, des autorisations à obtenir ou des responsabilités des acteurs participant au projet de construction. Ces éléments communs, appuyés par des règlementations en vigueur, permettaient aux professionnels d'une république soviétique de répondre aux appels d'offres d'une autre république et d'y réaliser des projets sans s'interroger sur les conditions de déroulement d'un projet de construction. Les caractéristiques similaires de la construction hospitalière ont ainsi contribué à uniformiser cette activité dans l'ensemble des républiques soviétiques, tant de point du vue des échanges d'un pays à l'autre au sein de l'Union (marché commun de la construction), que du développement de connaissances et de compétences communes des acteurs. Le fait que l'on réalisait des projets hospitaliers selon des étapes similaires, avec un contenu semblable et selon les mêmes SNIP et GOST a également permis de créer des similarités dans la manière d'exercer leur métier. Ces éléments ont constitué un facteur significatif d'uniformisation de la compréhension des acteurs de leurs rôles et missions au sein d'un projet. Cela a également contribué à ce qu'ils aient une vision identique de la manière de construire un hôpital.

F) Une procédure administrative complexe

Au long de leur expérience dans le domaine de la construction des bâtiments durant la période soviétique, les architectes ukrainiens et moldaves se sont habitués à mener leur projet selon les procédures administratives mises en place par l'URSS, tout en apprenant leurs subtilités (privilégier certaines administrations plutôt que d'autres, rédiger les documents de travail

d'une certaine manière). Le mode d'action des acteurs de la construction, aménagé et structuré selon des procédures administratives complexes imposées par les administrations étatiques, était similaire au sein des deux pays.

Par ailleurs, les caractéristiques des administrations nationales délivrant les autorisations nécessaires à la construction d'un hôpital étaient similaires également. Durant l'Union soviétique, l'Expertyza contrôlait l'ensemble des départements de la future construction (partie architecture, système ingénierie, équipements médicaux ou prix des matériaux) par rapport à la conformité aux normes règlementaires. Ce processus de vérification était semblable en Ukraine et en Moldavie. Une nouvelle fois, la mise en place d'une procédure administrative institutionnelle identique dans l'ensemble des républiques soviétiques, qui a contribué à uniformiser le processus de construction des bâtiments.

Les procédures administratives ont contribué à développer des pratiques de travail similaires, étant donné que les professionnels du bâtiment entreprenaient les mêmes démarches administratives. La préparation des dossiers de demandes de certificats, leur nombre (certificats d'urbanisme, permis de construire), les étapes auxquelles il fallait les présenter aux administrations, les caractéristiques de ces dernières (composition d'experts agrées par l'Etat) et plus généralement le déroulement complexe de ce processus (des allers-retours multiples) ont accentué la similarité de l'activité. Par conséquent, le mode opératoire de la construction d'un bâtiment (étapes, règlementations et autorisations administratives nécessaires) développé par les organes centraux de l'URSS, diffusé dans l'ensemble des républiques et maintenu au travers des procédures de contrôle a permis de développer, au long de cinquante années d'application, des pratiques de travail, des compréhensions du fonctionnement du processus de construction d'un établissement et des façons de construire les bâtiments, similaires, en Ukraine et en Moldavie.

Les orientations de la politique hospitalière (« mégalomanie » des hôpitaux) et de la politique de construction des bâtiments (restrictions budgétaires) de l'URSS ont structuré la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie durant plus de cinquante ans. Les lignes directrices émises au niveau du centre de l'Union ont influencé cette activité dans l'ensemble des républiques soviétiques. Les acteurs de la construction des hôpitaux, qu'ils soient moldaves ou ukrainiens, ont utilisé des cahiers des charges communs quant aux besoins des hôpitaux de leurs pays (nombre de lits, équipements et technologies médicales, matériaux de

construction définis par la règlementation). Ces éléments communs de leur travail ont généré des pratiques et des façons de faire similaires.

Nous retrouvons des aspects de la construction hospitalière présentant des traits communs dans les critiques apportées au contrôle et à la limitation des ressources destinées aux équipements hospitaliers au sein de l'URSS. La première concerne le fait que l'utilisation de ressources limitées a conduit à une architecture utilitaire au sein de laquelle les concepteurs ont perdu de leur pouvoir de création. A l'utilité exigée de la forme de l'établissement, s'ajoutait la limitation du choix des matériaux en fonction du prix et des productions existantes en URSS. Cette façon de procéder encadrait tant le travail de l'architecte que le processus de construction lui-même : tous les deux dépendaient de l'économie centralisée de l'URSS. La deuxième critique concerne le fait que la limitation de ressources et de choix en matière de conception d'établissements hospitaliers n'était réservée qu'aux hôpitaux « populaires ». Il s'agit ici du fait que les cadres du parti communiste disposaient d'établissements de soins réservés pour la conception desquels « tout était permis » tant en termes de ressources, que des choix des matériaux, d'équipements et de technologies avancées. L'existence de cette double assistance médicale, pour le peuple d'un côté et pour les dirigeants de ce dernier de l'autre, a contribué à fausser la perception de la population des principes sur lesquels s'appuyait le système de santé de l'URSS[1]. De plus, les hôpitaux destinés aux fonctionnaires des différents ministères, hérités de la période soviétique, représentent encore aujourd'hui des doublons dans l'assistance médicale de l'Ukraine et de la Moldavie[2].

Au-delà des orientations générales de développement, les politiques publiques de l'URSS ont été implantées en Ukraine et en Moldavie à travers de nombreux instruments d'action publique. Nous en présentons plus loin quelques-uns.

III) Des Instruments d'action publique (IAP) similaires durant l'Union soviétique

Dans les paragraphes suivants, nous abordons les IAP développés par l'Union soviétique et qui ont été appliqués à la fois en Ukraine et en Moldavie au titre de leur appartenance à cette

[1] Entretien avec Volodimir Pidgirniac, architecte, Budova Centre-1, Kiev, Ukraine, mai 2010, traduit du russe.
[2] Rapport de la Direction municipale de la Ville de Chisinau, Moldavie.

dernière. Nous verrons qu'il y a eu un ensemble de dispositifs similaires dans les deux pays, avant de mentionner les caractéristiques communes de la construction des hôpitaux qu'ils ont générées. Les normes techniques de la construction des hôpitaux ont constitué l'instrument le plus important dans la régulation et l'encadrement du domaine de la construction des hôpitaux par les pouvoirs soviétiques. Le projet-type a également représenté un instrument clé. Ce dernier consistait en un modèle d'hôpital élaboré par les institutions centrales et qui devait par la suite être dupliqué dans l'ensemble des républiques soviétiques. Bien qu'il ne fasse pas l'objet de notre analyse, cet instrument sera mentionné aux côtés des normes techniques, afin de détailler la manière dont était construit l'hôpital soviétique. D'autres caractéristiques seront également mentionnées, concernant les étapes de la construction d'un hôpital, l'offre de formation en matière d'architecture et les procédures administratives. La panoplie de ces divers instruments permet de souligner le fort encadrement étatique de l'activité de construction des bâtiments et en contrepartie, la marge d'action limitée des professionnels du bâtiment.

A) Les normes et règlementations de l'URSS - les SNIP et les GOST

L'URSS a développé et mis en place un corpus de normes considérable dans le domaine de la construction des bâtiments. Leur réalisation incombait à plusieurs institutions de l'Union, en fonction du domaine concerné. Le Gosstroy émettait les normes de construction, alors que le ministère de la Santé de l'URSS et le Ghiproniyzdrav formulaient celles concernant l'hygiène. Jusqu'aux années 1980, il y avait une mise à jour régulière des normes en vigueur. Des commissions réunissaient généralement à Moscou des spécialistes de divers domaines qui proposaient les modifications nécessaires. Les représentants des républiques soviétiques ne pouvaient pas modifier directement les normes en matière de conception et de construction. S'ils avaient la possibilité de soumettre des propositions, ces dernières n'aboutissaient à une modification de la norme en vigueur que très rarement[1].

Comme tous les établissements publics, l'hôpital a été le destinataire de nombreuses normes et règlements encadrant sa conception et sa construction. Ces normes ont été développées relativement tôt durant la période soviétique, à partir des années 1950. Les normes et règlementations en la matière s'appliquaient uniformément à toutes les républiques de l'URSS.

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.

De manière générale, la construction de l'ensemble des établissements publics (dont l'hôpital) était réglementée par deux corpus de normes techniques essentiels. Il s'agit des SNIP[1] – des normes techniques relatives à la construction et au fonctionnement des bâtiments, ainsi que des GOST[2] – contenant des indices de références pour les matériaux de construction, leur qualité et leur coût. En plus de ces corpus de normes très volumineux, des documents complémentaires pouvaient être émis à destination de la construction de bâtiments spécifiques (hôpitaux, écoles ou aéroports). A titre d'exemple, les « SANPIN »[3] comportaient de normes techniques spécifiques aux conditions de fonctionnement et de construction des hôpitaux (sur les équipements médicaux, les risques sanitaires etc.). A la différence des autres normes de construction, les normes sanitaires étaient élaborées par des institutions spécialisées dans le domaine de la santé, comme le Ghipronyizdrav. Ce dernier était basé à Moscou, mais avait également deux filiales – une à Kiev, en Ukraine et une autre – à Tachkent, en Ouzbékistan. Ces filiales devaient chacune desservir les zones géographiques de leur proximité. Les normes sanitaires étaient élaborées également en collaboration avec le ministère de la Santé, étant donné qu'elles devaient s'inscrire dans les lignes de la politique de santé (nombre de lits d'hôpital élevé, offre de soins selon les différents niveaux d'établissement hospitalier).

Les normes techniques de l'URSS avaient pour objectif d'encadrer l'activité des acteurs, tout en assurant le respect des critères de sécurité des bâtiments réalisées sur son territoire. Certains spécialistes mentionnaient que l'arsenal de normes techniques de l'URSS représentait une des fiertés de cette période, et que les SNIP et les GOST auraient bénéficié d'une popularité au-delà des frontières de l'Union en se retrouvant parfois au cœur des sujets de rivalité de la guerre froide[4]. Il semblerait donc que durant la période soviétique, ces normes aient été appréciées par les acteurs de ce domaine. La grande majorité de nos interlocuteurs ont mentionné leur utilité. Ceci expliquerait en partie, l'attachement de certains d'entre eux à ces textes, après 1991, en dépit de leur obsolescence. Cependant, certains professionnels nous ont confié que les normes techniques étaient trop exigeantes et ne laissaient que peu de liberté de création sur le plan architectural[5]. Le fait que le travail des architectes durant l'Union

---

[1] SNIP est l'acronyme de « *stroytelinyie normi i pravila* », en langue russe « Строительные нормы и правила », qui signifie « Normes et principes de la construction ».
[2] GOST est l'acronyme de « gosudarstvennyy standart », en russe « государственный стандарт », qui signifie « standard d'Etat ».
[3] SANPIN est l'acronyme de « sanitarnyie pravila i normi », en russe « Санитарные правила и нормы », qui signifie « Les normes et principes sanitaires ».
[4] Entretien anonyme au ministère de la Construction, avril 2010, Chisinau, Moldavie.
[5] Entretien avec Volodimir Pidgirniac, Budova, *op. cit.*

soviétique ait été largement encadré par les règlementations, permet de constater l'importance et le poids des normes techniques soviétiques dans la conception et la construction des hôpitaux. Ainsi, les professionnels de l'architecture et de l'ingénierie devaient tenir compte à la fois des orientations de la politique de santé et de construction des bâtiments (qui s'exprimaient dans les cahiers des charges et les programmes des futurs établissements) et des exigences techniques émises par les normes SNIP et GOST concernant l'organisation, la disposition, le fonctionnement et la structure du futur hôpital. C'est dans ce contexte que les normes techniques en matière de construction de l'URSS ont représenté un instrument d'action publique encadrant fortement l'activité de construction dans l'ensemble des républiques soviétiques.

Le fort impact des règlementations du domaine de la construction sur le travail de conception architecturale, d'ingénierie et de construction durant l'Union soviétique n'est pas l'aspect principal que nous souhaitons souligner. Il s'agit de partir du constat de l'utilisation et de l'application uniformisée et contraignante des normes techniques de la construction en Ukraine et en Moldavie pour appuyer le développement de pratiques de travail similaires dans ces deux pays. Etant donné que les professionnels réalisaient leur plans sur la base de paramètres déterminés par des normes techniques (nombre de lits par chambre, nombre de chambres par département, nombre de points électriques ou d'issues de secours), cela a également produit des façons de concevoir les hôpitaux similaires. Prenons l'exemple de l'application d'une norme SNIP en matière de sécurité incendie. La règlementation soviétique prévoyait des sorties de secours avec accès extérieur obligatoire sur la voie principale d'un département hospitalier. Cette norme technique a exigé et entrainé la conception architecturale de l'hôpital (en termes de disposition des départements, des chambres, des couloirs et des façades) en tenant compte de la présence obligatoire de ces issues de secours. L'application de cette règle en matière de sécurité incendie a généré des solutions de conception architecturale similaires en Ukraine et en Moldavie. Bien que la règlementation en matière de sécurité incendie encadre le travail de conception des architectes dans la plupart des pays, les caractéristiques des exigences techniques peuvent être différentes. Ainsi, en France on utilisera des désenfumages[1] et au Royaume-Uni un système de sprinklages[1], qui

[1] Le désenfumage « a pour objet d'extraire des locaux incendiés une partie des fumées et gaz de combustion. Le désenfumage se réalise naturellement (exutoires) en partie haute des escaliers ou mécaniquement (extracteurs) », Document en ligne « Aides pour les travaux de sécurité urgents – Domaines limitatifs de la mise en sécurité

permettront d'éviter des sorties de secours avec un accès extérieur obligatoire, comme l'exigeait l'ancienne norme soviétique.

Ainsi, le fait que des architectes et des ingénieurs d'Ukraine et de Moldavie répondaient aux mêmes contraintes en termes de normes techniques lors de l'élaboration des plans, a permis de développer des pratiques de travail de conception et de construction semblables durant la période soviétique. Lors des chapitres suivants, nous observons si les professionnels de ces pays ont conservé ou renoncé à ces habitudes de travail.

B) Les projets-types – « typovyie proekti »

D'une manière générale, la construction des établissements publics durant l'Union soviétique se caractérisait par l'existence de projets-types appelés en russe « typovyie proekti ». Il s'agit de projets de conception prédéfinis pour un type d'établissement (hôpital, école, magasin) qui pouvaient être dupliqués sur un cahier des charges similaire dans n'importe quelle république soviétique. Dans les années 1980, il y avait des projets-types dans la plupart des domaines. Lorsqu'il n'existait pas de projet-type pour l'établissement souhaité, soit parce qu'il était plus complexe ou plus spécialisé, les maîtres d'ouvrages pouvaient réaliser un "projet individuel"[2]. En même temps, il existait un quota des projets-types à réaliser par chaque république de l'URSS, ce qui limitait la réalisation de projets individuels.

Les projets-types étaient réalisés par des cabinets d'architectes spécialisés au sein de l'URSS. Ils étaient le fruit d'une réflexion approfondie de nombreux spécialistes de divers domaines. Des groupes de travail étaient organisés pour déterminer les meilleures solutions pour la construction d'un établissement en conformité avec les règles dans le domaine concerné. S'il s'agissait d'un hôpital, les normes en matière de santé, normes de sécurité incendie et normes de construction étaient respectées de façon à produire le bâtiment le plus efficace en termes de coûts et de fonctionnalités. Tout en respectant les normes en vigueur, le rôle de ces cabinets était donc d'étudier l'ensemble de paramètres en architecture, construction, équipement et technologie médicale qui permettrait de construire un hôpital au coût le plus bas.

---

incendie », http://www.paysdelaloire.fr/uploads/tx_pdlaides/Aides_pour_les_travaux_de_s_curit__urgents_-_Domaines_limitatifs_de_la_mise_en_s_curit__incendie_01.pdf.

[1] Le sprinklage correspond à une installation anti-incendie automatique prévoyant des projections d'eau sous pression.

[2] Le projet individuel était élaboré pour des établissements particuliers, dont les caractéristiques ne correspondaient pas aux « projets-types » déjà établis par les organes centraux.

Les cabinets d'architecture en charge de projets-types étaient spécialisés par domaine (santé, industrie, ouvrage d'art…) et se trouvaient dans les grands centres urbains de l'Union : Moscou, Kiev, Tachkent. De manière générale, les cabinets d'architecture s'appelaient des « instituts ». Les instituts de projet-type étaient donc disposés conformément à un partage régional. En Moldavie, il n'y avait pas d'institut spécialisé dans les projets-types dans le domaine de la santé. En revanche, l'institut spécialisé dans les projets hospitaliers de Kiev, en Ukraine, établissait des projets-types pour la plupart des institutions médicales de la région sud-ouest de l'URSS. L'institution disposait de catalogues avec les projets de conception de différents types d'hôpitaux (secondaires ou tertiaires, spécialisés ou pas, grands ou petits). Les maîtres d'ouvrages de l'ensemble de l'Union pouvaient les consulter et passer ensuite la commande du projet-type dont ils avaient besoin. La réalisation de projet d'établissement prédéfini permettait ainsi de baisser le coût de la conception d'ouvrages dans l'espace soviétique, d'un côté au travers de l'étude des meilleures solutions qualité-prix par les cabinets spécialisés et de l'autre, par l'application du même projet-type dans plusieurs Etats.

Dans le cadre des projets-types, les cabinets d'architecture nationaux devaient reproduire au niveau local les modèles élaborés au niveau de l'Union. Cette adaptation du projet-type sur le lieu de construction de l'objet s'appelait en russe « *priveazka* » – ce qui veut dire « liaison »[1]. La « *priveazka* » correspondait à une adaptation du projet-type au site, terrain, milieu et plus généralement au pays où il était implanté. Le rôle des cabinets d'architecture nationaux qui réalisaient des projets-types se réduisait ainsi à une adaptation de projets de conception élaborés au niveau de l'Union.

Au-delà du contrôle des dépenses en matière de construction et d'une généralisation de modèles uniques de bâtiments hospitaliers sur l'ensemble du territoire soviétique, la diffusion des projets-types a influencé la représentation des professionnels de l'architecture de la conception et la construction d'un hôpital. Les modèles d'hôpital véhiculés par les projets-types comportaient des solutions architecturales et d'ingénierie très précises (disposition des départements, des équipements, fonctionnement et organisation intérieure) et leur application récurrente a engendré des habitudes de concevoir l'hôpital selon les critères spécifiés. Ainsi, les architectes et ingénieurs de l'ancienne Union soviétique ont développé leur expérience dans le domaine de la construction des hôpitaux au travers l'application extensive des projets-

[1] Notion utilisée dans le langage des professionnels de l'architecture. La traduction mot à mot de ce terme nous appartient.

types. Leurs façons de concevoir et de construire des hôpitaux ont été structurées par les schémas architecturaux des projets-types largement utilisés dans leur activité professionnelle.

L'existence et l'application de « typovyie proekti » durant la période soviétique a eu plusieurs effets. Tout d'abord, le travail des architectes dans les républiques de l'URSS se voyait encadré par des projets "préétablis" qui devaient être seulement adaptés selon le lieu et le site de destination. L'extension de ces projets-types dans les années 1980 a réduit les capacités d'action et de création des architectes locaux en Ukraine et Moldavie. Deuxièmement, l'élaboration de projets de conception et de construction pour divers types d'établissement permettait aux pouvoirs centraux de contrôler les dépenses en matière de construction. Cet exercice se justifiait dans le cadre d'une économie centralisée où les calculs se réalisaient en fonction des ressources disponibles et de la demande existante. Troisièmement, la diffusion de projets-types dans l'ensemble de l'URSS a contribué à réaliser des bâtiments semblables sur son territoire. Ceci explique pourquoi les hôpitaux en Ukraine se ressemblaient du point de vue architectural avec ceux de Moldavie, de Russie ou de Géorgie. Ce fait a mené à une uniformisation architecturale entre les républiques de l'Union. Certains ont critiqué la volonté de l'URSS de réduire l'élément national par le contrôle de la politique architecturale au sein de l'Union.

Les projets-types sont analysés comme un instrument d'action publique dans le cadre de notre thèse, étant donné leur fonction d'encadrement des dépenses de la construction des bâtiments sur le territoire de l'Union soviétique. Au même titre que les normes techniques SNIP et GOST, les projets-types ont contribué à développer des caractéristiques de la conception architecturale, des systèmes d'ingénierie, de la disposition des équipements médicaux, du fonctionnement de l'hôpital, semblables dans l'ensemble des républiques soviétiques. En identifiant « les critères à avoir » en termes d'architecture et de construction pour un bâtiment hospitalier, le projet-type définissait la ligne de conduite pour les professionnels en charge de sa réalisation. Bien que les projets-types ne soient pas employés de manière exclusive, des projets de création architecturale individuels étant également possibles, ils représentaient néanmoins un étalon – un modèle de construction qui était systématiquement pris comme référence par les architectes pour la réalisation d'un projet. Ainsi, avant le commencement d'un travail, on consultait en premier lieu le catalogue des projets-types pour voir s'il y avait un modèle disponible pour l'hôpital souhaité et s'il n'existait pas, on prenait tout de même

comme référence un projet-type d'un autre hôpital pour s'en inspirer[1]. L'utilisation des projets-types était donc devenue une constante du travail des architectes et des constructeurs durant la période soviétique en Ukraine et en Moldavie. Nous sommes ici en présence d'un instrument, qui en appliquant des principes de la politique de santé et de la construction des hôpitaux, déterminait des paramètres de base pour un grand nombre de constructions sur le territoire de l'URSS. Son utilisation extensive dans les anciennes républiques soviétiques s'est réalisée de manière contraignante (il fallait adopter un projet-type s'il y en avait un), mais également de manière plus informelle (habitués à s'en servir comme modèle, les professionnels l'utilisaient comme référence même lorsqu'il n'était pas obligatoire).

C) La formation des professionnels du bâtiment

Durant la période soviétique, les architectes étaient formés dans des grands instituts d'architecture au sein de l'Union. Ces instituts se trouvaient le plus souvent dans des grandes villes, telles que Moscou, Kiev, Tachkent. Les enseignements se faisaient essentiellement dans la langue russe, largement parlée et utilisée dans toutes les républiques de l'Union. La formation des architectes dans les institutions d'enseignement supérieur de l'URSS assurait une uniformisation de l'exercice des activités liées à la construction des bâtiments sur le territoire de l'Union. Les institutions centrales formaient des spécialistes pour l'ensemble des métiers de la construction (architecture, ingénierie, programmation). Les futurs professionnels de ces domaines étudiaient dans un institut à Moscou ou à Kiev et exerçaient ensuite dans leurs pays d'origine[2].

Au départ, il n'y avait pas en Moldavie d'offre de formation universitaire pour les architectes et les ingénieurs[1]. A partir des années 1970, l'Institut d'architecture de Moldavie a ouvert ses portes, ainsi que le département ingénierie de l'Université Technique de Chisinau. Il y avait dans ces premières années de mise en place des institutions de formation un manque de cadres universitaires. Certains professeurs étaient des spécialistes formés dans les instituts centraux de l'Union soviétique. C'est également dans ce contexte, que de nombreux architectes et ingénieurs se sont établis de Russie en Moldavie à partir des années 1960. Ils sont venus pour

[1] Entretien avec Valea Novic, architecte, Chisinau Proiect, avril 2009, Chisinau, Moldavie, traduit du russe.
[2] Ce fut notamment le cas de nombreux architectes et ingénieurs moldaves (avant la mise en place d'une offre de formation en Moldavie dans les années 1970), mais également des programmistes dont la formation a toujours été centralisée dans quelques centres universitaires de l'URSS. Entretien avec Ion Moldovanu, ancien fonctionnaire du ministère de la Santé de Moldavie, avril 2010.

répondre à une demande croissante de projets de construction. Les nouveaux arrivants qui avaient une formation dans un institut central, ne connaissait ni le pays, ni sa langue[2]. Dans un souci de compréhension avec leurs nouveaux collègues, les moldaves ont adopté le russe comme langue de travail. Son utilisation extensive durant la période soviétique au sein de l'activité de construction des bâtiments a été également appuyée par l'existence de l'offre de formation et des règlementations techniques de la construction uniquement en langue russe. Ainsi, l'utilisation généralisée du russe comme langue de travail dans le domaine de la construction durant l'Union soviétique s'est fait au détriment de l'utilisation de la langue nationale des anciennes républiques soviétiques.

En Ukraine, l'offre de formation pour les métiers de la conception fut plus complète qu'en Moldavie durant l'Union soviétique. Il y avait des instituts de formation tant pour les architectes, ingénieurs et programmistes, que pour les cadres enseignants. Il y avait également des cabinets d'architecture importants, comme Ghipronyizdrav, spécialisé dans la conception des hôpitaux. Comme en Moldavie, le russe était utilisé comme langue de travail. Dans la partie ouest de l'Ukraine, à Lvov, les architectes suivaient des cours en ukrainien. Lors de l'exercice de leur activité professionnelle, ils devaient néanmoins adopter le russe, étant donné que la majorité des leurs collègues l'utilisait[3]. Nous pouvons ainsi observer une similitude forte au sein des deux pays durant l'URSS concernant l'utilisation de la langue russe à la fois durant la formation et l'exercice des métiers de la construction.

Par conséquent, l'Union soviétique a mis en place une offre de formation centralisée dans quelques établissements centraux sur son territoire afin de mieux encadrer les professionnels du bâtiment. De plus, l'utilisation du russe comme langue commune à la formation universitaire a accentué la « soviétisation » de ces métiers en contribuant à l'exercice de la profession dans une seule langue sur l'ensemble du territoire de l'Union. Cela a facilité l'activité de la population russe au sein de tous les pays soviétiques, en privilégiant leur implantation dans les autres républiques de l'URSS. Mais cela a également contribué à une uniformisation des activités de la construction, en mettant en place un vocabulaire commun pour l'ensemble des acteurs de ce domaine. Etant donné que les spécialistes de la construction

---

[1] Les spécialistes étaient formés dans d'autres républiques de l'URSS (le plus souvent Kiev, Moscou).

[2] En Moldavie plus particulièrement du fait de la différence de langue entre le russe, d'origine slave et le roumain, d'origine latine, l'utilisation de la langue du pays fut négligée par les architectes étrangers établis dans les années 1960. Entretien avec Mihai Eremciuc, architecte, mars 2010, Chisinau, Moldavie.

[3] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.

des hôpitaux avaient été formés au sein des mêmes institutions, selon une offre de formation similaire, tout en partageant la même langue de travail, une conception commune de ce que représente la construction d'un hôpital s'est développée. L'activité professionnelle des acteurs de la construction était donc structurée par un ensemble de représentations communes du fonctionnement de l'activité de construction, issue d'une règlementation similaire dans l'ensemble des républiques soviétiques. L'exercice des métiers de la construction selon cette configuration durant la période soviétique a créé des habitudes de travail, des façons de construire et de mettre en œuvre les projets de construction semblables. L'offre de formation centralisée et l'utilisation du russe ont contribué de manière significative au développement de ces schémas cognitifs communs (sur ce que représente le métier d'architecte, d'ingénieur, sur ce qui représente la construction d'un hôpital) en Ukraine et en Moldavie durant la période soviétique.

Nous avons présenté les caractéristiques de la construction des hôpitaux durant l'époque soviétique au travers des projets-types, de la formation des architectes, ainsi que de la règlementation dans ce domaine. Nous avons souligné que les nombreux instruments d'action publique de l'URSS ont contribué à développer des façons de faire, des méthodes de travail et des conceptions communes de la construction d'un hôpital. Le rôle des instruments d'action publique tels que les normes techniques règlementaires (SNIP, GOST, SANPIN), les projets-types, mais également la formation des professionnels et l'utilisation du russe comme langue de formation et de travail, a été significatif dans le développement des schémas cognitifs et de pratiques similaires en Ukraine et en Moldavie. Nous avons notamment pointé que les similitudes étaient liées non pas seulement aux normes formelles, mais également (et notamment) aux normes informelles.

La première section de ce chapitre a également présenté l'encadrement étatique du domaine de la construction des hôpitaux durant l'Union soviétique en Ukraine et en Moldavie. Nous avons pointé les politiques publiques (de la santé et de la construction des bâtiments), ainsi que les instruments d'action publique qui ont structuré de manière significative cette activité. Les normes techniques règlementaires ont été aux côtés des projets-types, et de la formation universitaire, un des instruments les plus puissants de l'uniformisation de l'exercice de l'activité de construction hospitalière. Nous avons également appuyé le fait que la mise en place de ces arrangements institutionnels a contribué à développer dans le temps des caractéristiques similaires de la construction des hôpitaux dans l'ensemble des républiques

soviétiques. Ainsi, les acteurs de la construction des établissements de santé en Ukraine et en Moldavie, tout en s'appuyant sur des règlementations et des procédures administratives contraignantes en vigueur, ont développé de très fortes similarités dans la façon d'exercer leur métier (rôle de l'architecte, de l'ingénieur, du programmiste lors des différentes étapes d'un projet), d'envisager la construction d'un hôpital (en tant que processus administratif complexe), mais également de concevoir l'hôpital en tant que bâtiment (avec des dimensions architecturales importantes, des équipements médicaux spécifiques au marché commun de l'URSS). Ce sont précisément ces aspects formels et informels de la configuration institutionnelle de la période soviétique que nous avons souhaité souligner dans cette première section du chapitre. Dans une deuxième section, nous observons quel fut le sort de ces éléments à la suite de l'effondrement de l'URSS.

Section II : Quelles politiques et instruments d'action publique de l'Ukraine et la Moldavie indépendantes ?

L'objectif de cette seconde section est d'observer l'héritage des orientations politiques et des instruments développés par l'URSS durant la première décennie après l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie. Notre hypothèse est qu'un large ensemble de normes de la construction des hôpitaux a été conservé, malgré la dissolution des anciennes politiques et instruments d'action publique. La vérification de cette hypothèse permet de déterminer les contours de l'inertie institutionnelle – de la dépendance au sentier. Dans un premier temps, nous observons les conséquences des orientations politiques de la période soviétique sur les mesures entreprises dans les domaines de la santé et de la construction lors des premières années postindépendance, avant de nous pencher sur les effets des instruments d'action publique de l'URSS durant cette même période.

I) Vers une nouvelle politique hospitalière ?

Le domaine de la santé, ayant bénéficié d'une attention particulière des pouvoirs publics durant l'URSS, a connu des développements difficiles à la suite de l'indépendance des anciennes républiques soviétiques. Jusqu'aux années 2000, les observateurs notent une période de « point mort » lors de laquelle le manque de ressources dans le domaine de la santé a pesé de manière significative sur le redressement du secteur. Les indicateurs de santé de la population de l'OMS et de la Banque mondiale montrent des développements mineurs dans le domaine de la santé pendant cette période. Au sein de la santé, le secteur hospitalier n'a pas fait exception et a bénéficié de peu d'attention de la part des pouvoirs publics. Les professionnels du bâtiment des deux pays mentionnent la quasi-inexistence de projets de modernisation hospitalière entre 1991 et 2000. De nombreuses opérations débutées à la fin des années de l'URSS, ont été arrêtées en raison du manque de ressources financières de l'Etat.

L'Ukraine a déclaré la réforme de la santé comme étant une priorité de son agenda politique en 1992, alors que la Moldavie ne le fait qu'en 1998. Les observateurs internationaux accordent à la Moldavie, une légère avance en matière de réforme de santé notamment parce qu'elle a attendu quelques années avant de mettre en place des mesures. Ce délai lui aurait

permis d'évaluer les difficultés et avantages de certaines actions, expérimentées déjà chez ses voisins[1]. Les principales actions dans les deux pays ont concerné la réduction du nombre de lits hospitaliers, la mise en place d'un système de financement de la santé, la planification hospitalière ainsi que la réorganisation de l'offre de soins. Ces différentes mesures n'ont pas concerné cependant la modernisation du parc hospitalier.

A) Des nouvelles compétences en matière de planification

La planification hospitalière a constitué une des actions les plus importantes dans la réorganisation du système de santé à la suite de l'indépendance. Les deux pays ayant hérité d'un nombre significatif d'infrastructures médicales, ainsi que de lits hospitaliers, une réorganisation de l'ensemble de ce patrimoine s'est imposée.

Les administrations nationales de santé ne possédaient que peu de compétences du temps de la période soviétique. Les ministères de la Santé de l'Ukraine et de la Moldavie indépendantes, sont devenus les administrations centrales du système de santé, en charge de l'élaboration des principales orientations de la politique nationale dans ce domaine. Dans ce contexte, ils ont développé et élargi leurs compétences en matière de planification hospitalière. Si durant l'URSS, il y avait besoin d'une validation permanente des décisions par le ministère de la Santé de l'URSS, d'une inscription dans les lignes de l'économie planifiée quinquennale, à partir de 1991, les ministères de la Santé des anciennes républiques sont devenus entièrement responsables de l'organisation de l'offre de soins sur leur territoire, de la quantité des équipements hospitaliers, des ressources et des investissements à effectuer dans ce domaine. Bien que ces caractéristiques générales soient partagées à la fois par l'Ukraine et la Moldavie, les rôles des ministères de la Santé des deux pays ne sont pas tout à fait les mêmes. Ceci s'explique par le fait que l'organisation du système de santé dans son ensemble comporte des différences. En Ukraine, il existe une décentralisation plus forte qu'en Moldavie. De ce fait, le ministère de la Santé établit les lignes générales de la politique de santé, tout en laissant aux administrations régionales et locales un pouvoir important dans l'organisation de l'offre de soins[2]. Le ministère de la Santé en Ukraine possède ainsi plutôt un

[1] Atun, Rifat et al., *op. cit*.

[2] Les institutions médicales des régions d'Ukraine, dépendent et sont financées par les budgets des administrations régionales qui reçoivent ces ressources du budget central selon un calcul approuvé par le Cabinet des ministres de l'Ukraine. Bien que les administrations régionales et locales dépendent formellement du ministère de la Santé de l'Ukraine, elles demeurent responsables de l'offre de soins délivrée sur leur territoire.

rôle de coordination et son influence dans l'ensemble du pays est assez nuancée, notamment en ce qui concerne les actions sur les établissements médicaux et les services de santé dans les régions ukrainiennes[1]. En Moldavie, le ministère de la Santé émet les grandes lignes de développement de l'offre de soins nationales et met en place des services de santé nationaux[2]. Les administrations régionales sont responsables de l'offre de soins de leur territoire, mais elles doivent rendre des comptes au ministère de la Santé. Ainsi, le rôle de l'institution centrale de la santé est plus appuyé et centralisé en Moldavie qu'en Ukraine. Malgré ces différences entre les deux pays, leurs institutions nationales ont reçu de façon similaire après 1991 une nouvelle compétence – celle de l'élaboration de la politique de santé, autrefois ayant été une compétence des institutions centrales de l'URSS.

B) Une redéfinition du rôle de l'hôpital au sein du système de santé

L'hôpital en tant qu'institution médicale est le destinataire de l'offre de soins secondaire et tertiaire. Ces deux types d'assistance médicale sont organisés de manière relativement similaire en Ukraine et en Moldavie à la suite de leur indépendance. En Ukraine, l'assistance secondaire est délivrée uniquement au niveau des régions et des municipalités. Ce sont ainsi les hôpitaux ruraux, départementaux et municipaux (souvent avec plusieurs spécialisations) qui couvrent l'ensemble de l'assistance secondaire du pays. L'assistance tertiaire concerne une offre de soins plus spécialisée et de plus haut niveau. Si elle est délivrée aussi par des hôpitaux régionaux, ces derniers diffèrent des hôpitaux de type secondaire, en traitant des maladies plus complexes. De manière générale, il s'agit d'hôpitaux, ainsi que de centres de diagnostic et des cliniques spécialisées rattachées aux instituts de recherches nationaux du ministère de la Santé et de l'Académie de Médecine[1].

En Moldavie, comme en Ukraine, il y a trois niveaux d'assistance médicale. L'assistance primaire et secondaire est délivrée au niveau des institutions départementales et municipales. Les services tertiaires, hautement spécialisés, sont délivrés dans des hôpitaux et des instituts publics de santé sous la responsabilité du ministère de la Santé. Les institutions médicales de type tertiaire sont censées apporter des services de soins hautement spécialisés à des patients atteints de maladies les plus complexes. On note cependant une ligne floue de démarcation

[1] Voir organigramme organisation système de santé, Lekhan, Valeria et al., *op. cit*.
[2] Il s'agit par exemple du Programme national de contrôle et d'immunisation contre la tuberculose, MacLehose, Laura, *op. cit*., p. 15.

entre le niveau secondaire et tertiaire en Ukraine et en Moldavie. Cela s'explique par le fait que durant la période soviétique, les principes du système de santé Semashko avaient incité le développement de nombreux hôpitaux. Leur nombre significatif n'a pu être réduit que partiellement à la suite de l'indépendance en 1991 et les bâtiments hérités de l'URSS ont de par leur existence contribué à faire perdurer une offre de soins secondaire plus appuyée en Ukraine et en Moldavie. En plus de cela, on note au sein des deux pays, un doublement de l'offre de soins, étant donné que les ministères qui possédaient des hôpitaux à destination de leurs fonctionnaires les ont sauvegardés.

Si l'hôpital a bénéficié d'une forte politique volontariste de développement durant l'URSS, dans les premières années qui suivirent son effondrement, les anciennes républiques soviétiques ont concentré leur attention sur l'assistance médicale primaire. La réorganisation de l'assistance médicale s'est imposée à la suite de l'effondrement de l'ancien régime soviétique dans des conditions de déséquilibre entre l'assistance primaire et celle secondaire et tertiaire[2]. Cet aspect a constitué la priorité en matière de réforme de santé à la fois en Ukraine et en Moldavie. La principale mesure en vue de rééquilibrer l'offre de soins de santé a été l'introduction du médecin de famille, en tant qu'élément central de l'assistance médicale primaire. L'introduction de cet échelon dans l'offre de soins existante devait permettre l'institution d'une « porte d'entrée » aux services de diagnostic et de traitement plus complexes de l'hôpital. Les indicateurs de l'OMS de l'année 2011 notent un nombre croissant des médecins généralistes (32,9% de l'ensemble du personnel médical de l'assistance primaire) attestant ainsi la mise en œuvre de la réorganisation de l'offre de soins en faveur du développement de l'assistance primaire[3]. En Moldavie, le médecin de famille a été introduit au sein du système de santé en 1997 par le Décret du gouvernement N°1134 relatif au Développement de l'assistance médicale primaire[1]. Le secteur primaire a été développé par un vaste réseau d'infrastructures : des centres de médecine de famille (basés sur les anciennes policliniques), les centres de santé (les anciens points médicaux en zone rurale), les cabinets de médecins de famille (les anciens points médicaux avec un seul médecin) et des points de santé avec des assistants des médecins de famille, existants encore dans des zones rurales

---

[1]Atun, Rifat et al., *op. cit*., p. 21.

[2] Dans l'Ukraine de l'après URSS, 80% des ressources étaient affectées au secteur hospitalier, 15% au secteur ambulatoire et seulement 5% à l'assistance primaire, Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p.15.

[3] Les médecins généralistes représentent environ un tiers (32,9%) de l'ensemble du personnel médical de l'assistance primaire. Ils exercent généralement dans des policliniques et la plus grande majorité des institutions de médecine de famille est localisée dans les zones rurales (70%), *ibid.* , p. XVIII.

ayant une population de moins de 1000 habitants[2]. Les établissements de santé primaires de la capitale dépendent du ministère de la Santé et ceux du territoire des administrations locales sous l'égide de ce dernier.

Par conséquent, les effets de l'organisation hospitalière durant l'URSS ont rendu nécessaire la redéfinition de la place de l'hôpital en Ukraine et en Moldavie après 1991. Alors que les ressources étaient gérées de façon centralisée durant l'Union soviétique, après leur indépendance, les deux Etats ont dû repenser l'offre de services de soins nationale, tout en renforçant l'assistance primaire et secondaire, moins développées durant la période soviétique. Tant en Ukraine, qu'en Moldavie, les ministères de la Santé ont entrepris des réformes visant à développer les centres de santé primaires et le médecin de famille. Ces mesures semblent avoir été plus effectives en Moldavie, du fait de la mise en place d'un système d'assurance maladie en 2004 comme mécanisme de financement, ainsi que de l'aide apportée par des organismes internationaux dans le cadre de la réforme (financements de la Banque mondiale). En Ukraine, bien que la réforme du système de santé ait accentué le développement de l'assistance primaire, le manque de ressources dans ce domaine peine à restructurer les centres de santé sur l'ensemble de son territoire[3].

Ce que l'on peut constater ici concernant les deux pays, c'est la rupture avec l'orientation politique durant la période soviétique visant à privilégier l'hôpital au sein du système de santé et la volonté de développer l'offre de soins secondaire pour établir une véritable porte d'entrée pour les patients (passer par le médecin de famille avant de s'adresser à l'hôpital). Ces orientations de réforme rappellent les développements hospitaliers apparus au sein des pays industrialisés, où l'hôpital est l'institution médicale offrant des soins médicaux complexes (les soins primaires étant traités par les échelons inférieurs d'assistance médicale). Les différents représentants des ministères de la Santé de l'Ukraine et de la Moldavie nous ont confirmé cette orientation politique de développer l'hôpital au sein du système de santé dans le sens d'un rééquilibrage des offres de soins primaires, secondaires et tertiaires[4].

---

[1]Atun, Rifat et al., *op. cit*., p. 92.
[2]*Ibid*. , p. 93.
[3] Ainsi, en Ukraine, les investissements dans la restructuration des hôpitaux et des policliniques au niveau régional dépendent largement des Oblasti (administrations régionales). Le ministère de la Santé s'investit davantage dans la modernisation de l'offre médicale municipale. Entretien avec Olena Efimenko, Département Programmes gouvernementaux en matière de santé, ministère de la Santé, mai 2010, Kiev, Ukraine, traduit du russe.
[4] Entretien avec Gheorghe Turcanu, Vice-ministre de la santé, avril 2010, Chisinau, Moldavie. Entretien avec Olena Efimenko, ministère de la Santé, Ukraine, *op. cit.*

Cependant, les mesures de renforcement de l'assistance primaire (dans les centres de santé) et de désengorgement de l'assistance secondaire et tertiaire (dans les hôpitaux) ont rencontré parfois des difficultés. Malgré la modernisation des centres de santé (anciennes policliniques) et la mise en place du médecin de famille en Moldavie, l'hôpital a continué à représenter l'institution médicale de référence aux yeux des usagers. Ainsi, les habitudes des patients de consulter directement les spécialistes de l'hôpital, largement pratiquées durant la période soviétique, sont restées visibles à la suite de l'effondrement de l'URSS et ce malgré la mise en place de la nouvelle réforme. De ce fait, l'hôpital continue de remplir parfois une fonction hôtelière, en acceptant des patients destinés aux soins primaires[1].

Par conséquent, l'absence de financements et de gestion centralisée subitement engendrée par la dissolution de l'Union soviétique a nécessité la réorganisation de l'offre de soins nationale en Ukraine et Moldavie et la redéfinition du rôle de l'hôpital au sein de cette dernière. Ce processus s'est concrétisé, entre autres, par la fermeture de nombreux hôpitaux excédentaires.

C) La réduction d'équipements hospitaliers

La réduction du nombre de lits a été une autre mesure prioritaire de la réforme de la santé en Ukraine et en Moldavie durant la première décennie qui a suivi l'indépendance. Cette mesure s'est imposée très rapidement dans le contexte d'un héritage conséquent d'institutions médicales et de nombre de lits. Durant la période soviétique, la croissance du nombre de lits avait dépassé les besoins de la population en termes de santé, produisant des excédents importants. L'incohérence de cette offre surévaluée par rapport au territoire et à la population de chacune des républiques a été accentuée par l'effondrement de l'URSS et la coupure du budget central qui a suivi. En absence de ressources financières suffisantes, l'Ukraine et la Moldavie ont procédé à une réduction du nombre de lits dans leurs hôpitaux assez rapidement à la suite de leur indépendance. L'Ukraine est passée de 7.3 lits pour 100.000 habitants en 1991 à 5.9 en 2002. Ce chiffre reste néanmoins au-dessus de la moyenne de l'UE (4,39). Ce progrès a été réalisé grâce à la norme du ministère de la Santé imposant 8 lits pour 1000 habitants[1]. Le nombre d'hôpitaux a également été réduit de 36%. La réduction du nombre de lits a commencé immédiatement à la suite de l'indépendance, mais les plus grandes avancées

[1] En Moldavie la situation semble pourtant changer depuis les années 2000, avec l'introduction du médecin de famille. Le décret sur le Développement de l'Assistance Primaire paru en 1997 a mis en place le médecin de famille et a introduit le principe de son libre choix par les patients. Atun, Rifat et al., *op. cit*.

ont eu lieu entre 1995 et 1997 lorsque plus de 20% de lits d'hôpitaux furent liquidés. La Moldavie a également hérité de nombreuses structures à la fin de l'URSS : plus de 305 hôpitaux, 1011 points médicaux et 189 centres médicaux, pour seulement 4 millions d'habitants[2]. L'hôpital a souffert des retards de la réforme du système de santé, sans connaître de changement durant la première décennie qui a suivi l'indépendance. La crise économique qui a frappé le pays en 1998 a contraint le gouvernement à réduire considérablement le nombre d'établissements de santé, de lits d'hôpitaux et de personnel médical[3]. Une partie des établissements ruraux a été fermée, alors que les hôpitaux régionaux ont été consolidés.

En réalité, de nombreuses institutions médicales continuent à maintenir une activité partielle au sein des deux pays, sans qu'elles puissent être complètement clôturées. La réduction du nombre de lits a rencontré l'opposition de la population. Dans la plupart des cas, les structures existantes ont été préservées, mais leur mission fut redéfinie. En Ukraine, les hôpitaux municipaux, réduits de 14%, ont été transformés majoritairement en policliniques, alors que 36% des hôpitaux ruraux ont été convertis en centres ambulatoires[4]. En Moldavie également, bien que les principes de la politique hospitalière imposent une réduction et réorganisation des établissements de santé, la fermeture complète des bâtiments hérités a été compliquée. Si le nombre d'hôpitaux ruraux a été réduit, les établissements spécialisés de type municipal ou républicain sont restés en place, assurant souvent un doublement des services de soins[5].

La réduction des équipements hospitaliers a été ainsi une priorité de la réforme de santé en Ukraine et en Moldavie à la suite de leur indépendance en 1991. Cette mesure s'est inscrite dans le cadre de la réorganisation de l'assistance médicale. Les pouvoirs publics ont cherché d'un côté à fermer les hôpitaux en surplus et à réduire le nombre de lits excédentaire, hérité de la période soviétique, et de l'autre, à développer l'offre de soins primaires dans les policliniques et les centres de santé. Ces nouvelles orientations ont caractérisé la politique hospitalière de l'Ukraine et de la Moldavie tout au long des premières années post-indépendance.

---

[1] Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. 72.
[2] Swertz, Paul, *Éléments de sociologie hospitalière* (Traduit par André Metzger ed. Paris: Le Centurion, 1974).
[3] Entre 1995 et 2002, le nombre d'hôpitaux a été réduit de 335 à 110 et le nombre de lits de 53 000 à 24 000. En 2006, on constate que le nombre d'hôpitaux a été réduit à 84 et le nombre de lits à 22 000, Atun, Rifat et al., *op. cit.* , p. 76.
[4] Ce processus s'explique par le fait qu'en Ukraine, l'Art. 49 de la Constitution, ne permet pas la clôture, voir la réorganisation des hôpitaux publics, ce qui rend la fermeture des établissements existants très difficile.
[5] Entretien avec Mihai Moldovanu, Direction municipale de la Santé, Mairie de Chisinau, 2009.

D) Le système de financement

L'action la plus importante en matière de financement du système de santé en Ukraine et en Moldavie à la suite de leur indépendance concerne la mise en place de l'assurance maladie. Durant la période soviétique le système de santé était public et gratuit pour l'ensemble de la population. L'effondrement de l'URSS et en particulier la réduction des ressources provenant du budget central a engendré des difficultés de financement du système de santé. Nous retrouvons au sein de deux pays des réflexions au sujet du mécanisme de financement à mettre en place dans les années après l'indépendance. Les pouvoirs publics ont en effet cherché à évaluer le système d'assurance maladie de différents pays avant d'adopter celui qui conviendrait à leur contexte national. Si en Moldavie, un consensus a été trouvé par l'adoption de la loi de 1998 portant sur l'assurance médicale obligatoire (mise en œuvre à partir du 1er janvier 2004)[1], l'Ukraine n'a toujours pas trouvé de mécanisme de financement de son système de santé. Plusieurs éléments ont contribué à cette situation, tels que le lobbying de divers groupes d'intérêt souhaitant préserver le statu quo (groupes pharmaceutiques, médecins intéressés de garder leurs sources de revenu extérieur), mais également les crises et changements politiques qui n'ont pas permis d'établir un consensus sur la question du financement du système de santé. Il y a également eu des contraintes d'ordre économique, liées à l'augmentation des impôts des employeurs (taxe sociale constituant déjà 39% du salaire), ainsi qu'aux possibles difficultés qu'engendrerait l'introduction d'une nouvelle taxe[2]. Néanmoins, cet aspect a eu un impact sur le financement des hôpitaux, étant donné qu'en l'absence de ressources dans le domaine de la santé, leur modernisation a peiné à se mettre en place.

Les évolutions dans le domaine de la santé durant la première décennie après l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie permettent de constater que l'hôpital n'a pas bénéficié d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics, du moins en ce qui concerne sa modernisation en tant que bâtiment. Si l'on peut observer une redéfinition de son rôle au sein du système de santé, ainsi qu'une réduction du nombre de lits d'hôpitaux et de la fermeture de certains établissements excédentaires, il n'y a quasiment pas eu de projet de construction

[1] L'organisme financeur principal du système de santé en Moldavie est la CNAM (Cassie nationale d'assurance maladie). Elle a un statut public, mais possède beaucoup d'autonomie. Elle fut fondée en 2001 en tant que premier pas dans l'introduction de l'assurance sociale de la santé obligatoire, Atun, Rifat et al., *op. cit*., p. 65.
[2]Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. 42.

hospitalière en Ukraine et en Moldavie dans la première décennie suivant l'effondrement de l'Union soviétique.

II) La construction des bâtiments : un statut-quo

La première décennie qui a suivi l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie fut également une période relativement calme pour le domaine de construction des bâtiments. Comme dans le secteur de la santé, certaines actions de réorganisation de la compétence nationale peuvent être notées, mais il n'y pas eu de réforme de la règlementation technique en général et à destination des établissements de santé en particulier. On note des changements dans un contexte plus global de passage d'une économie planifiée par l'Etat à une économie de marché. Ainsi, après 1991, il n'y a plus eu d'institution centrale de normalisation technique, les ministères de la Construction nationaux devenant les seuls responsables en la matière. Le processus de démantèlement des institutions centrales de l'URSS s'est également accompagné d'une coupure de ressources financières et matérielles, dont l'Ukraine semble avoir davantage bénéficié que la Moldavie. On note également la disparition de certains instruments d'action publique ayant été à la base de la politique de construction des bâtiments, comme les projets-types. Dans le même temps, certains ont été conservés dans les deux pays, comme les normes techniques de construction. La continuité de ces derniers peut être notée dans les éléments formels – les textes législatifs reprenant les anciennes règlementations, ainsi que dans le maintien des administrations publiques en charge de contrôle leur application. Mais cette continuité s'exprime aussi par des éléments informels, tels que l'utilisation par les professionnels du bâtiment des anciennes normes par habitude et en raison de l'absence de toute autre règlementation nationale. On présente ici les éléments d'une première décennie hésitante quant à l'annonce de réforme fondamentale dans le domaine de la construction des hôpitaux, se caractérisant à la fois par un début de réorganisation institutionnelle et par une reprise des anciennes « valeurs sûres » du temps soviétique.

A) De nouveaux acteurs économiques

Comme nous l'avons mentionné en première partie de ce chapitre, l'Union soviétique avait développé un marché commun de la construction des bâtiments. Ce marché s'est dissout en 1991. A la suite de leur indépendance, l'Ukraine et la Moldavie ont donc eu à (ré)organiser la configuration institutionnelle du marché de la construction des bâtiments. Un des

changements les plus importants a été l'autorisation de la propriété et de l'activité privée à la suite du passage d'une économie planifiée à une économie de marché. Pendant la période soviétique, les acteurs de la construction étaient publics, tant du côté de ceux qui passaient la commande de projets hospitaliers (les institutions étatiques, comme le ministère de la Santé, un hôpital) que du côté de ceux qui la réalisaient (les agences d'architecture). Il n'existait pas vraiment de notion d'acteur économique en tant que telle. On distinguait néanmoins les institutions étatiques, des organisations et des entreprises. Ainsi, si les structures d'état, comme le ministère de la Construction, le Gosstroy ou même le parti étaient considérées comme des institutions, les cabinets d'architecture étaient des organisations. En revanche, les fabriques et les usines étaient des entreprises.

Au sein de l'économie planifiée, le statut des agents économiques était différent de ceux d'une économie de marché. Dans ce contexte, les entreprises appartenaient à l'Etat, mais fonctionnaient sur le principe de l'autogestion[1] et de l'autofinancement[2] (elles pouvaient bénéficier d'aides publiques en cas de difficulté). L'action des agents économiques était restreinte par les mécanismes de l'économie planifiée, étant donné par exemple que l'Etat plafonnait d'une part les salaires (de l'ensemble de ses sujets, que ce soit des institutions publiques, organisations ou entreprises) et d'autre part, les prix (ces derniers n'étaient pas donc assujettis à l'offre et à la demande, comme cela est le cas dans une économie de marché). Il n'était pas possible durant l'Union soviétique qu'une entreprise fixe à un niveau plus élevé le prix de vente d'un de ses produits par rapport au coût fixé par les administrations centrales. En ce qui concerne plus spécifiquement le domaine de la construction, les professionnels faisaient partie d'organisations publiques d'architecture et d'ingénierie, appelées des « instituts de conception et de construction » (ce serait l'équivalent de « cabinets d'architecture et d'ingénierie» en langue française). Il ne s'agissait pas vraiment d'entreprises, étant donné qu'ils produisaient des services et non des produits. Les entreprises dans ce domaine étaient celles qui produisaient des matériaux de construction (fabriques de béton, carrelage, verre), des équipements médicaux (divers appareils de diagnostic et de traitement). Les « instituts » publics d'architecture et de construction répondaient

[1] Par autogestion nous entendons ici que l'entreprise gérait elle-même son personnel, son fonctionnement intérieur etc. Son directeur était néanmoins nommé par les représentants du Parti.
[2] Par autofinancement nous entendons que l'entreprise établissait des calculs au sujet des bénéfices à produire (surveillait son niveau de production et des dépenses etc.). Son bénéfice était versé à l'Etat.

essentiellement à la commande publique et comme les entreprises, ne percevaient pas de bénéfices qui leurs étaient propres.

Vers la fin des années 1980, la législation a commencé à permettre l'établissement de cabinets d'architecture privés, mais ces développements ponctuels ne vont s'approfondir qu'à la suite de l'effondrement de l'URSS et plus particulièrement après la fermeture de nombreux « instituts » d'architecture publics. D'un côté, la législation a autorisé l'activité dans le secteur privé et de l'autre, l'effondrement de l'Union fut suivi d'une coupure des ressources budgétaires qui a eu un impact néfaste sur le financement des cabinets d'architecture publics. Tant en Ukraine, qu'en Moldavie, les cabinets d'architectes qui comptaient autour de 500 à 1000 personnes durant l'Union soviétique ont réduit leurs effectifs de moitié voire davantage dans les premières années qui ont suivi l'indépendance. Certains de ces cabinets ont fermé, d'autres existent encore aujourd'hui, mais n'ont plus retrouvé l'importance des ressources dont ils disposaient durant l'époque soviétique. Dans les conditions d'une baisse de la commande dans le domaine de la construction et d'une réduction considérable des effectifs durant les années 1990, de nombreux architectes se sont reconvertis vers d'autres métiers[1]. Certains d'entre eux, toujours employés au sein des cabinets publics d'autrefois, ont établi en parallèle des entreprises individuelles, leur permettant de répondre à des projets de petite taille, afin de compléter leurs ressources[2].

Durant la période soviétique, la majorité de la commande en matière de construction des bâtiments publics était distribuée directement. A la suite de l'effondrement de l'URSS, bien que la plupart des cabinets d'architecture soient devenus privés, le système d'appels d'offres ne s'est pas énormément développé. Les Etats ukrainien et moldave n'ont pas réglementé la procédure des marchés publics dans le sens d'une mise en concurrence systématique. Aujourd'hui encore, l'Etat peut passer des commandes directement aux architectes de son choix (comme ce fut le cas en Moldavie par exemple pour la restructuration des hôpitaux de Glodeni, Calarasi et Ciadir-Lunga). Toutefois, la mise en concurrence sur le marché de la commande publique architecturale se développe peu à peu. En Ukraine, on note l'organisation de la compétition internationale pour la réalisation de l'hôpital du Futur à Kiev dans un souhait de transparence des procédures de sélection des entreprises. En Moldavie, sous

[1] Entretien avec Ghenadii Jinkin, architecte indépendant, mars 2010, Chisinau, Moldavie.
[2] Entretien avec Mihai Karetki, architecte, Chisinau Proiect, avril 2010, Chisinau, Moldavie.

l'impulsion des organisations internationales qui financent les projets, le ministère de la Santé organise régulièrement des appels d'offre pour le choix du maître d'œuvre de ces projets.

L'apparition après 1991 d'acteurs économiques nationaux, mais également internationaux permet de s'interroger sur leur marge de manœuvre. En sachant que durant la période soviétique, les professionnels du bâtiment n'avaient qu'une capacité d'action limitée en matière de construction, il s'agit de questionner, entre autres, leurs nouvelles possibilités après l'effondrement de l'URSS. Dans les chapitres ultérieurs, une analyse approfondie présentera leur intervention dans la modernisation des hôpitaux entre 1991 et 2011, du point de vue de l'utilisation des normes techniques.

B) Encadrement étatique dans une nouvelle économie de marché

Les ministères de la Construction de l'Ukraine et de la Moldavie ont repris les compétences principales en matière de normalisation technique, notamment en ce qui concerne l'encadrement de l'exercice de l'activité de construction (textes législatifs sur le déroulement d'un processus de construction, le rôle des acteurs concernés, les certificats administratifs nécessaires). En plus des ministères, d'autres institutions furent associées au processus de normalisation. En Moldavie, le Centre de médecine préventive auprès du ministère de la Santé (l'ancien Sanepid[1]) a été en chargé non seulement de la vérification des normes sanitaires, mais également de leur élaboration. L'Institut Incercom de Moldavie est devenu en 1995, à la suite de plusieurs réorganisations, une institution publique en charge de l'élaboration des normes de la construction (auprès du ministère de la Construction) et en particulier de leur diffusion auprès des professionnels du bâtiment[2]. En Ukraine, le Sanepid, dépendant du ministère de la Santé ukrainien (qui n'était ainsi pas autonome contrairement à celui de

[1] SANEPID est l'acronyme de « Sanitarno-epidemiologhicheskaya slujba » de l'URSS, en russe « Санитарно-эпидемилогическая служба ». Il s'agit du Service sanitaire et d'épidémiologie de l'URSS, mis en place en 1924, afin de lutter contre les nombreuses épidémies de l'époque. La mission principale était de développer des mesures de santé pour la prévention des maladies infectieuses. A ce titre, des postes SANEPID (en russe « Санэпид станция ») ont été créés dans chaque république soviétique. Ces institutions sont devenues la « référence » de la médecine préventive en URSS. Pour des informations plus détaillées (histoire du Service et ses actions), voir un article disponible en anglais : Glass, R. I., «The SANEPID Service in the USSR», *Public Health Reports* 91, no. 2 (1976), 154-8.

[2] L'Institut Incercom est en charge de l'élaboration et la diffusion de normes techniques de la construction des hôpitaux. Il publie également le Moniteur de la construction (en original « Monitorul constructiilor ») qui comprend la règlementation technique dans le domaine de la construction des bâtiments. Site web officiel : http://www.incercom.md. Durant notre enquête de terrain, nous nous sommes également entretenue avec le Directeur du Département de règlementations techniques, Gheorghe Croitoru au sujet de l'activité de cette institution.

Moldavie) est devenu en charge de l'élaboration des normes techniques sanitaires, donc à destination de la construction des hôpitaux. L'Institut Morzeev[1], qui existait déjà durant la période soviétique, a continué à s'élaborer et contrôler les normes techniques liées à l'hygiène et à l'environnement. Ces différentes institutions associées au processus de normalisation technique rendent compte de la réorganisation des Etats ukrainien et moldave en matière de normalisation technique, une nouvelle compétence qui leur revenait entièrement après l'effondrement de l'URSS.

Dans le contexte de cette réorganisation étatique, où l'on observe que la compétence en matière de normalisation a été départagée entre plusieurs institutions nationales, on peut s'interroger sur le rôle des acteurs économiques privés. Leur participation au processus de normalisation technique était quasi-nulle durant la période soviétique, étant donné l'emprise totale par l'Etat dans ce domaine. Dans les pays occidentaux, la compétence en matière de normalisation n'appartient pas toujours aux institutions étatiques, bien qu'elles gardent un certain contrôle, notamment lorsqu'il s'agit de questions de sécurité. La plupart du temps, ce sont des organismes privés qui élaborent des normes. Certains auteurs mentionnent même un certain retrait de l'Etat dans ce domaine au profit du secteur privé[2]. Comme mentionné dans le chapitre 1, dans la conception occidentale de la normalisation technique, les acteurs économiques sont étroitement associés. Or, ce n'était pas le cas en URSS. A la suite de son effondrement, on peut noter que des pays comme l'Ukraine et la Moldavie, ont embrassé les principes de l'économie de marché et permis dans ce contexte l'apparition d'acteurs économiques privés. Cependant, l'association de ces derniers à la normalisation technique n'est pas très explicite. En Moldavie par exemple, l'Incercom, qui est une institution publique dépendant du ministère de la Santé, émet des appels d'offres pour l'élaboration de diverses normes techniques. Des acteurs économiques, comme des consultants nationaux en matière de normalisation peuvent répondre à ces appels d'offres et élaborer ainsi des normes nationales. Cependant, le ministère de la Construction qui émet les caractéristiques des appels d'offre en question et donc des normes techniques à élaborer, n'associe quasiment pas les acteurs économiques à ce processus[3]. Sur ce dernier point, les acteurs économiques ne semblent pas

[1] L'Institut Morzeev, également appelé l'Institut de l'Ecologie médicale et de l'hygiène, est un organisme de recherche en matière de normes sanitaires et d'environnement. Il dépend du ministère de la Santé de l'Ukraine. Site officiel http://www.health.gov.ua/.
[2] Borraz, Olivier, «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique», *op. cit*.
[3] Cet aspect a été confirmé par plusieurs architectes en Moldavie, entretiens mars-avril 2010, Chisinau, Moldavie.

étroitement associés. Certains architectes et ingénieurs moldaves remarquent l'absence de suivi de leurs recommandations en matière d'élaboration des normes. Par conséquent, dans les premières années à la suite de leur indépendance, on peut observer que l'Etat a conservé sa compétence dans ce domaine, en mettant en place un réseau d'institutions intervenant dans l'élaboration de normes techniques. De cette manière, l'Etat continue d'encadrer fortement les activités de construction des bâtiments. Bien que cette configuration institutionnelle ne soit pas tout à fait similaire à celle de la période soviétique – il y a eu une réorganisation suite à la disparition des institutions centrales – les pouvoirs publics restent les principaux acteurs de la normalisation technique.

Le fait que les normes techniques soient élaborées par des institutions publiques ne constitue pas en soi un élément suffisant pour accentuer la continuité de l'encadrement étatique de ce domaine. Deux autres éléments, liés à celui-ci, permettent de le constater. Premièrement, les normes techniques sont restées aussi détaillées que du temps de l'URSS. Nous avons mentionné brièvement au sein du chapitre 1 qu'il existe des normes techniques de « résultat » et de « moyens ». Si les premières émettent l'objectif à atteindre (toute construction doit répondre aux exigences de sécurité incendie), les secondes mentionnent également les moyens qui doivent être mis en œuvre pour atteindre l'objectif en question (toute construction doit contenir des issues de secours vers l'extérieur). En France, l'Etat a rendu obligatoires seulement les normes techniques de résultat, les moyens à mettre en œuvre étant laissés aux libres choix des acteurs économiques (on mettra aujourd'hui par exemple des désenfumages et demain un nouveau produit qui serait entre temps apparu sur le marché). L'URSS, en revanche, avait rendues obligatoires et les normes de résultat, et les normes de moyens. De cette manière, l'Etat encadrait sensiblement l'activité des professionnels du bâtiment, qui n'avaient que peu de marge de manœuvre sur les choix de conception architecturale. A la suite de l'indépendance, ni l'Ukraine, ni la Moldavie ne semblent avoir changé leur politique de normalisation technique concernant cet aspect. Ainsi, nous n'avons noté ni de mesure institutionnelle, ni de discours formel de la part des représentants politiques au sujet du retrait de l'Etat dans le domaine des normes techniques dites de « moyens ». A titre d'exemple, la Loi sur la qualité des constructions, adoptée en 1996 en Moldavie mentionnait : « Les documents normatifs en construction, élaborés par l'Organe national de direction en construction, ont comme objet l'élaboration, le calcul, la conception, l'exécution et l'exploitation des constructions. Les documents normatifs établissent, principalement, les conditions minimes de qualité demandées en construction, des produits et procédures utilisées

en construction, ainsi que les modalités de détermination et de vérification de ces dernières »[1]. On comprend ici que l'institution nationale (ministère de la Construction, ministère de la Santé, ministère de l'Ecologie) est la seule en charge de l'élaboration de normes techniques et que ces dernières concernent les objectifs et les moyens concrets de leur mise en œuvre. En conséquence, les normes règlementaires valables après 1991 en Ukraine et en Moldavie ont concerné à la fois les « résultats » et les « moyens » à mettre en œuvre pour la construction des hôpitaux, en continuant d'encadrer l'activité des professionnels de ce domaine.

Deuxièmement, l'encadrement étatique d'après 1991 en Ukraine et en Moldavie est perceptible également à travers les institutions de contrôle des normes en vigueur. Il s'agit ici du fait que le parcours administratif d'une opération de construction est resté très similaire à celui de la période soviétique. Les professionnels du bâtiment en charge de la réalisation de projets de construction ont dû parcourir les mêmes étapes administratives, demander les mêmes certificats et autorisations de la part des administrations publiques. Certains d'entre eux ont même mentionné l'augmentation du nombre d'autorisations administratives nécessaires. Parmi les différentes administrations publiques en charge de délivrer des autorisations, on peut énumérer ici le Conseil municipal en architecture (pour la délivrance du certificat d'urbanisme et l'autorisation de construction), le Sanepid (pour la vérification du respect des normes sanitaires) ou encore le ministère de l'Ecologie (pour les autorisations de l'utilisation de l'eau). Cependant, l'organe principal dans le domaine de la construction des bâtiments reste celui en charge de délivrer l'autorisation de construction. En Moldavie, il s'agit de la Direction de contrôle et d'expertise des projets[2]. Comme en Ukraine, cette autorité publique dépend du ministère de la Construction. Son rôle est de vérifier les projets de construction par rapport au respect des normes en vigueur et de délivrer ensuite un permis de construire[3]. La procédure d'obtention de l'autorisation de construction s'intitule à la fois en Ukraine et en Moldavie – l'Expertyza, comme du temps de l'Union soviétique. La composition de cet organe d'Etat n'a pas vraiment changé depuis. Il s'agit toujours d'une

---

[1] Traduit du roumain « Documentele normative in constructii, elaborate de Organul national de dirijare in constructii, au ca obiect conceptia, calculul, proiectarea, executia si exploatarea constructiilor. Prin documentele normative se stabilesc, in principal, conditiile minime de calitate cerute constructiilor, produselor si procedeelor utilizate in constructii, precum si modul de determinare si verificare a acestora », Loi de la qualité en construction, Art.10, 2006.

[2] En roumain : « Directia de control si de expertiza a proiectelor ».

[3] En plus de la Direction d'expertise auprès du ministère de la Construction, il existe une autorité qui vérifie l'état et le fonctionnement des bâtiments construits, toujours du point de vue du respect des normes en vigueur, tout en indiquant les éventuels manquements. Il s'agit de l'Inspection d'Etat en construction.

commission d'experts d'Etat dans divers domaines de la construction des bâtiments (architecture, ingénierie, programmation, économie de la construction) qui vérifient (chacun selon le compartiment dont il est spécialiste) la conformité du projet aux normes règlementaires en vigueur.

Si l'intitulé de ces différentes administrations publiques peut varier en Ukraine et en Moldavie, leur organisation et leur rôle est similaire. La majorité d'entre elles étaient également en place durant la période soviétique, ce qui fait que le déroulement du processus de construction d'un bâtiment n'a pas véritablement changé (du point de vue des étapes à suivre et des procédures administratives). Le parcours administratif était laborieux du temps de l'URSS et il l'est resté à la suite de l'indépendance des anciens pays soviétiques. De nombreux professionnels ukrainiens et moldaves dénoncent des délais trop longs pour l'obtention d'autorisations nécessaires à la réalisation d'une construction. A titre d'exemple, il faut compter environ six mois en Moldavie pour l'obtention d'un permis de construire et environ un an en Ukraine, période durant laquelle plus d'une centaine de documents doivent être présentés aux administrations. Sous la pression des acteurs économiques de ce domaine, les ministères de la Construction de l'Ukraine et de la Moldavie ont déclaré vouloir réduire les délais et le nombre d'autorisations nécessaires pour un projet de construction. Néanmoins, ces déclarations politiques n'apparaissent pas durant la première décennie après l'indépendance, mais plus tard, à la fin des années 2000 et de plus, ne sont pas suivies de mesures concrètes[1].

Un dernier aspect au sujet de l'encadrement étatique de la construction des hôpitaux concerne le rôle des fonctionnaires après la dissolution de l'Union soviétique. On peut ainsi s'interroger sur la structure bureaucratique après 1991, sa composition et son organisation dans le contexte des changements postsoviétiques. Certains auteurs ont mentionné au sujet des Etats de l'Europe centrale et de l'Est qu'il n'y a eu que très peu de changement des fonctionnaires de l'appareil étatique soviétique dans les années postcommunistes[2]. Ceci s'explique par la nécessité pour l'Etat de garder un appareil étatique, qui bien qu'hérité de la période soviétique (avec tous ses défauts et notamment une bureaucratie politisée, lente, trop centralisée) était la seule dont il disposait. Rien que pour la politique de « démantèlement de l'Etat » adoptée par la plupart des anciens pays soviétiques après leur indépendance, il a fallu des structures et du

[1] Ce point fait par exemple l'objet du projet de la Loi en construction de 2011 en Ukraine et a pu être noté dans le discours d'Andrei Turcan, Ministre de la construction de Moldavie (note à la suite du Collège du ministère le 16.02.2009).
[2] Voir Suleiman, Ezra N., *Le Démantèlement de l'État démocratique* (Paris: Le Seuil, 2005)., p.355.

personnel étatique en charge de sa mise en œuvre[1]. Comme le souligne de façon très nette Ezra Suleiman, « s'il veut être efficace, un Etat doit impérativement se doter d'un appareil bureaucratique compétent ; et pour y parvenir, la première chose à faire est de reconnaître la nécessité de former des fonctionnaires professionnels »[2]. La réduction du pouvoir de l'Etat a constitué le trait principal de l'orientation de nombreuses politiques publiques dans l'ère postcommuniste. Le cas de la politique de santé et de la construction des bâtiments en Ukraine et en Moldavie étudié ici témoigne de cette tendance à travers la mise en place de privatisations (des entreprises étatiques de la période soviétique) et du démantèlement de l'organisation centralisée intervenant dans le cadre de ces politiques. Sur ce dernier point, bien que les ministères de la Santé et de la Construction reprennent des compétences nationales autrefois détenues par des organismes centraux de l'URSS, il ne s'agit plus de la même configuration centralisée et unifiée de la période soviétique (comme en témoigne la disparition des projets-types, instrument de la politique de construction unifiée soviétique). En même temps, le cas de la construction des hôpitaux indique que la réduction du rôle de l'Etat n'a pas engendré un démantèlement total de son appareil. Au contraire, comme permettent de l'attester les évolutions de la première décennie à la suite de l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie, de nouvelles institutions ont été créées afin de soutenir l'encadrement étatique tel qu'il était durant la période soviétique. La raison principale tient au fait que ces pays ne disposaient pas d'un nouveau cadre règlementaire, ce qui signifie que l'existence d'instruments d'action publique, d'institutions complètement nouvelles, ainsi que de fonctionnaires professionnels et nouvellement formés faisait défaut après 1991. Par conséquent, il n'était pas envisageable dans ces premières années après l'indépendance de s'interroger sur la réforme de l'appareil bureaucratique, du fait de l'absence d'une configuration institutionnelle nouvellement et rapidement construite. Dans ce contexte, l'ancien appareil bureaucratique (fonctionnaires et structures bureaucratiques) fut sauvegardé. Il est plus judicieux de parler dans le cas de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie de réduction du rôle de l'Etat, plutôt que de son démantèlement. La dépendance au sentier s'inscrit dans ce contexte dans un choix de raison, plutôt que dans un attachement des représentants politiques à l'ancien ordre institutionnel.

---

[1] Ezra Suleiman souligne l'exemple de la privatisation qui a engendré la suppression d'un grand nombre de fonctionnaires dans différents secteurs économiques, mais qui a suscité également la création de « nouvelle structure pour gérer le processus », *ibid.* , p. 349.
[2] *Ibid.* , p. 348.

C) Le sort des projets-types

Les projets-types de l'URSS ont représenté un instrument d'action publique efficace dans la mise en place d'un contrôle des dépenses en matière de conception architecturale dans les républiques soviétiques. Au travers des cabinets d'architectes spécialisés qui réalisaient l'exemple type du projet pour la création d'un bâtiment donné, l'URSS avait mis en place un contrôle des normes techniques de la construction des bâtiments sur l'ensemble de son territoire. Les projets-types ont disparu à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. Les cabinets spécialisés dans la réalisation de projets-types étaient financés par l'URSS et le système tout entier se basait sur les relations entre les républiques soviétiques au sein d'une économie centralisée. L'effondrement du système a donc entraîné la disparition des projets-types en tant qu'instrument de la construction des bâtiments. Ainsi, à partir de 1991, tous les projets de construction d'établissements en Ukraine et Moldavie ne pouvaient être que des projets individuels.

Ce n'est pas tellement la disparition des projets-types en tant que telle mais davantage leur application comme instrument d'action publique durant cinquante ans et les effets qu'ils ont produits qui a eu un impact sur la construction des hôpitaux à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. En effet, l'existence des projets-types avait diminué le rôle des acteurs nationaux dans les républiques soviétiques, au profit des institutions centrales. Ainsi, le fait que les architectes de Moldavie ne réalisaient que très peu d'hôpitaux individuels durant la période soviétique, s'est soldé par un manque d'expérience dans la conception d'établissements de santé. Leur nombre était moins important qu'en Ukraine, en raison notamment de l'existence à Kiev de Ghipronyizdrav.

Un deuxième aspect lié à l'utilisation des projets-types dans la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie durant l'Union soviétique se trouve dans l'habitude des professionnels à s'y référer en tant que modèle pour les projets à réaliser, et ce même après 1991. Ainsi, les architectes et les ingénieurs en Ukraine ont mentionné le fait qu'ils avaient intégrés, en quelque sorte par défaut, les lignes générales de la construction d'un hôpital (du point de vue de l'architecture, mais aussi du système d'ingénierie, des équipements médicaux et du fonctionnement) telles qu'elles étaient décrites par les projets-types utilisés durant leur expérience de travail précédente[1]. L'utilisation des façons de faire et de construire les

[1] Entretien avec Valea Novic, architecte, Moldavie, *op. cit.*

hôpitaux, appliquées durant la période soviétique, s'explique également par l'absence d'une règlementation nouvelle dans les premières années qui ont suivi l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie en 1991. Comme l'ont affirmé de nombreux interviewés, l'ancien cadre a fait figure d'office en absence de nouvelles dispositions règlementaires[1].

D) La continuité des anciennes normes techniques : dans les textes et dans les habitudes

L'effondrement de l'Union soviétique ne s'est pas traduit par une dissolution totale des anciennes institutions. Si de nombreuses institutions formelles ont disparu (des politiques centrales et leurs instruments), d'autres ont été sauvegardées. C'est notamment le cas des normes techniques. Celles-ci ont été reprises sous la forme des textes règlementaires, en absence de tout autre dispositif de normalisation. De plus, elles ont continué à être appliquées par les professionnels du bâtiment, même lorsque cela ne leurs était pas imposé. Comme le mentionne François Bafoil, on ne pourrait faire « l'impasse sur les habitudes et les comportements » des acteurs qui ont perduré à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique[1].

a) <u>La ré-adoption des anciennes règlementations soviétiques en tant que normes nationales</u>

Dans les premières années à la suite de l'effondrement de l'URSS, les deux anciennes républiques soviétiques ont mis en place un cadre législatif permettant l'exercice des activités de construction. On ne peut pas parler ici véritablement de réforme, car la situation durant cette période se caractérisait plutôt par un chaos général que par une réflexion approfondie au sujet de la transformation de l'ancien système. Comme nous l'avons expliqué, l'URSS avait développé de nombreux instruments d'action publique qui encadraient fortement l'exercice de l'activité de construction des bâtiments sur l'ensemble de son territoire. A la suite de son effondrement, le corpus de règlementations régissant jusqu'alors la construction des hôpitaux n'était plus en vigueur en Ukraine et en Moldavie du point de vue juridique. Dans ce contexte, les premières actions des administrations moldaves et ukrainiennes ont cherché à rétablir la

[1] Entretien avec Ana Covalciuc, Rural Proiect, avril 2010, Chisinau, Moldavie, traduit du russe. Entretien avec Olga Mahniova, Ingineer Centre, mai 2010, Kiev, Ukraine, traduit du russe.

portée juridique des anciennes règlementations, afin de permettre la continuité de l'exercice des activités de construction. Ces mesures étaient justifiées en l'absence d'instruments d'action publique nationaux, propres à l'Ukraine et à la Moldavie. Par ailleurs, il était envisagé de remplacer les dispositions héritées de la période soviétique avec de nouvelles, élaborées au niveau national.

L'adoption de normes et de standards de l'URSS en tant qu'actes officiels fut approuvée en Moldavie par le Décret N°03-05/340 du 01.04.1993[2]. Sur la base de ce document, environ 1000 normes et 1000 standards de construction de l'ancienne Union soviétique ont été rétablis lors des premières années à la suite de l'indépendance de la Moldavie. En Ukraine, la loi sur « Les principes fondateurs de la planification urbaine » fut adoptée le 16 novembre 1992. Ce texte législatif de 28 articles contenait des dispositions générales sur l'activité de construction et laissait le contrôle et l'exécution des actes normatifs aux conseils locaux, ainsi qu'aux inspections de vérification en architecture et en construction. Etant donné que les représentants de ces derniers continuaient à faire appliquer les anciennes règlementations, les normes et les standards de l'Union soviétique ont continué à perdurer dans les premières années à la suite de l'indépendance en Ukraine également.

En parallèle de l'officialisation des anciennes règlementations soviétiques, les administrations ukrainiennes et moldaves ont cherché à élaborer de nouvelles normes et standards de la construction. La Moldavie a adopté en 1996 la Loi N° 721-XIII sur la qualité en construction qui constitue jusqu'à présent le document principal régissant l'activité de construction[3]. Ce texte législatif, ainsi que ses modifications ultérieures et les documents normatifs en construction avaient posé les fondements de ce que l'on appelle en Moldavie « le système de la qualité en construction ». Le respect et l'application des exigences prévues par ces actes législatifs avaient comme objectif d'assurer une bonne exécution, utilisation et fonctionnement des bâtiments, constructions et travaux publics[4].

---

[1] Bafoil, François, *Europe centrale et orientale. Mondialisation, européanisation et changement social 1989-2006, op. cit*., p. 201.

[2] « Le système de règlementation technique en construction : la situation actuelle et les perspectives de développement », document de synthèse du ministère de la Construction, collecté durant les entretiens réalisés en avril 2010, Chisinau, Moldavie.

[3] Loi N°721-XIII du 02 février 1996, Journal Officiel de la République de Moldavie, 1996, N°25, art. 259.

[4] L'Ordre du ministère de la Construction de Moldavie N°7, « *Ordinul Ministerului de constructii Nr.7 din 11 februarie 2011* » du 11 février 2011.

En plus de l'établissement du cadre législatif de l'exercice de l'activité de construction, la Loi de 1996 prévoyait la création d'un Fonds spécial pour la réalisation de nouvelles normes et standards de la construction. La mise en place de cette mesure était censée débuter le travail de modification et révision des normes et règlementations héritées de la période soviétique. Ce processus s'imposait étant donné que les nouveaux développements technologiques (matériaux et procédés de construction de bâtiments) comportaient des exigences différentes de celles spécifiées par les normes soviétiques (basées sur les équipements et technologies de l'URSS de l'époque). Bien qu'elle rende compte de la prise de conscience des pouvoirs publics à réaliser ce travail de révision des anciennes règlementations, la mesure de financement des travaux de l'élaboration de nouvelles normes n'est restée que théorique jusqu'aux années 2000. Ainsi, entre 1996 et 2001 il n'y pas eu d'allocation de ressources financières prévues pour l'élaboration de documents règlementaires. C'est la raison pour laquelle, seulement seize des textes normatifs ont été élaborés durant cette première décennie après l'indépendance (portant essentiellement sur des documents de méthode et d'organisation)[1].

En Ukraine, la loi sur « Les principes fondateurs de la planification urbaine » de 1992 a constitué le texte le plus important de régulation du secteur de la construction jusqu'aux années 2000. Comme dans le cas moldave (et la Loi de la qualité de 1996), cet acte législatif adopté à la suite de l'indépendance du pays, a permis de poser les fondements de l'activité de construction en l'absence de cadre juridique national. De façon similaire à la Moldavie, on note l'élaboration de nouvelles normes et leur coexistence avec des anciennes règlementations soviétiques. Durant la première décennie après l'indépendance, les normes règlementaires de la période soviétique ont été reprises en tant que cadre règlementaire national. La Moldavie a changé l'intitulé de ces dernières, en les traduisant dans la langue nationale du pays. De cette manière, les anciens SNIP sont devenus des NCM (« *Normele in constructii ale Republicii Moldova* »). De même, l'Ukraine a adopté en 1993 les DBN (« *Derjavny Budiveliny Normy* ») dont le contenu reprenait la quasi-totalité des anciennes normes techniques soviétiques[2]. Les DBN constituent néanmoins la référence en matière de règlementation du domaine de la construction et leur portée juridique contraignante impose leur application. Les anciens SNIP

[1] Document de synthèse du ministère de la Construction, avril 2010.
[2] Les professionnels du bâtiment considèrent que ces règlementations, bien qu'elles soient adoptées comme étant nationales par les administrations ukrainiennes, reprennent les anciennes normes soviétiques des SNIP, sous une dénomination nouvelle. Entretiens avec Volodimir et Kvitana Pidgirniac, Budova Centre-1, Kiev, Ukraine, 2010.

soviétiques continuent à être en vigueur (sous leur forme originale, celle de la période soviétique) pour les aspects non règlementés par les DBN. Par conséquent, comme en Moldavie, les anciennes normes règlementaires de l'URSS continuent à être appliquées à la suite de l'effondrement de cette dernière en Ukraine également.

En plus des DBN qui posent le cadre général organisant l'activité de construction des bâtiments et constituent l'équivalent ukrainien des anciens SNIP soviétiques, l'Ukraine a également adopté les DSTU – l'équivalent des anciens GOST – standards de construction soviétiques. Les DSTU[1] (« *Derjavni standarti Ukraini* ») – les standards en construction de l'Ukraine, sont entrés en vigueur à partir de 1993. Ces documents émettent des caractéristiques et principes de mise en œuvre ou des résultats à atteindre dans le cadre des activités de construction[2]. Leur adoption était censée permettre l'élaboration de nouvelles normes nationales ukrainiennes et remplacer les anciens GOST de l'URSS. Cependant, ces derniers ont continué à être appliqués sur le territoire de l'Ukraine, étant donné que les DSTU couvraient un domaine d'activité plus restreint et n'arrivaient pas à règlementer l'ensemble de l'activité de construction.

Par conséquent, on observe à la fois en Ukraine et en Moldavie, que les anciennes normes soviétiques ont demeuré en vigueur, tant sous l'ancienne forme valide durant l'époque de l'URSS que sous celle des nouvelles dispositions. Parallèlement, les Etats ukrainien et moldave ont commencé à élaborer de nouvelles règlementations, censées remplacer les anciens textes soviétiques. En Moldavie, ce processus semble être davantage visible à partir des années 2000, avec l'opérationnalisation du Fonds spécial du ministère de la Construction. Quant à l'Ukraine, cela apparaît de façon moins transparente durant les deux premières décennies après l'indépendance, mais commence à se concrétiser néanmoins vers la fin des années 2000.

---

[1] Les DSTU du domaine de la construction classifient et codifient l'information sur la construction, la documentation industrielle, organisent le processus de régulation, contiennent une information très large sur la composition, les éléments et les paramètres des matières premières et des substances utilisables dans la construction. Les DSTU contiennent des exigences obligatoires et à titre de recommandation relatives à la sécurité de la construction et des travaux de construction, de la protection de l'environnement durant le processus de mise en œuvre des travaux de construction. Les DSTU du domaine de la construction sont élaborés par des institutions de construction spécialisées et sont approuvées et adoptées (mis en vigueur) par des agences spécialisées sur les questions de régulation du secteur de la construction.

[2] Site officiel (en ukrainien) : www.gost.kiev.ua, consulté le 27 mai 2011.

b) L'utilisation des anciennes normes soviétiques en absence de toute autre règlementation

Nous analysons ici l'utilisation de ces anciennes normes techniques par les professionnels du bâtiment en révélant les motivations et intérêts de ces derniers. Nous verrons ainsi que les anciennes règlementations servent de référence en l'absence de nouveaux textes. Les représentants du ce domaine, accentuent l'importance de la prise en compte de la règlementation technique lors de la réalisation de projets de construction. Dans un contexte de manque de modification et de mise à jour des normes héritées de la période soviétique, les architectes ukrainiens et moldaves continuent de s'appuyer sur les anciennes normes techniques de la période soviétique.

L'analyse des entretiens réalisés en Ukraine et en Moldavie a permis de révéler l'importance de l'accompagnement technique des normes de la période soviétique en l'absence de toute autre règlementation. Nous aurions pu supposer que l'absence de règlementation technique dans certains domaines (puisque les normes techniques soviétiques reprises ne couvraient pas l'ensemble) à la suite de l'effondrement de l'ancien système ait laissé davantage de marge de manœuvre aux professionnels du bâtiment. Néanmoins, comme ils l'affirment eux-mêmes, le rôle des normes techniques est essentiel pour la construction des bâtiments et nombreux sont ceux qui demandent plus d'informations détaillées dans les nouvelles normes. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. D'une part, les architectes ont besoin des règlementations pour appuyer leur conception architecturale sur des exigences techniques, sans quoi ils ne pourraient pas faire valider leurs plans d'un point de vue technique. Les administrations de contrôle des projets de construction sont restées celles de la période soviétique. Leurs fonctionnaires n'ont pas changé les procédures de vérification des projets et même si certaines normes soviétiques n'ont pas été reprises dans les textes nationaux, il y a une sorte d'attente à ce qu'elles se retrouvent « naturellement » sur les plans architecturaux. Cette nécessité de s'appuyer sur des normes techniques est liée également à l'habitude prise durant la période soviétique d'avoir un niveau de détail technique très élevé pour l'élaboration des plans architecturaux. Elle est présente à la fois chez les architectes en charge de la réalisation des plans et chez les fonctionnaires en charge de contrôler leur conformité technique.

Le respect des anciennes normes soviétiques en l'absence de nouvelles règlementations dans le contexte d'un besoin d'appuyer leur travail sur des exigences techniques ne constitue pas la seule raison invoquée par les professionnels. Une deuxième motivation à appliquer les normes

de la période soviétique tient à des aspects structurels. Le fait que les normes règlementaires en vigueur soient celles héritées de l'Union soviétique les obligent à les respecter. Néanmoins, nombre d'entre eux ont mentionné l'obsolescence de ces normes techniques face aux progrès de la science et de la technologie.

Enfin, un troisième point soulevé est lié aux intérêts des architectes locaux à préserver leurs compétences nationales en matière de construction des hôpitaux. Ici, le respect des normes en vigueur est invoqué face à l'apparition de nouveaux architectes de l'étranger. Les représentants nationaux mentionnent la particularité des normes locales et la nécessité de l'adaptation de tout projet venant de l'extérieur.

Dans les lignes suivantes nous approfondissons les trois aspects identifiés dans le corpus de nos entretiens au sujet de l'application des normes héritées de la période soviétique après l'indépendance. Nous détaillons nos propos sur la base entretiens réalisés lors des voyages d'étude en 2009 et en 2010. Nous nous demandons par ailleurs si l'application des normes techniques datant de la période soviétique s'est faite pour les mêmes raisons en Ukraine et en Moldavie. Nous faisons donc une mise en comparaison systématique des aspects relevés lors des entretiens collectés.

La principale raison quant à l'utilisation de normes techniques héritées de la période soviétique par les professionnels du bâtiment en Ukraine et en Moldavie tient à leur habitude de les appliquer depuis plusieurs années. Etant donné que leur savoir-faire et pratique de travail s'est appuyé sur l'emploi de normes techniques de l'URSS durant de nombreuses années, ils ont continué à l'exercer de la même façon même à la suite de son effondrement. En abordant la complexité des normes de la période soviétique, l'architecte Igor Apostolov mentionne que durant l'Union soviétique il y existait plusieurs SNIP à destination des établissements de santé. Bien que vers la fin de l'URSS ces documents aient été regroupés au sein d'un seul SNIP pour les établissements publics, la construction des hôpitaux a continué à être régie par des annexes complémentaires au SNIP principal, plus généraliste :

« Dans ces normes d'établissements publics, il est spécifié que pour les établissements de santé, il faut aller consulter des annexes qui représentent cinq grandes tommes comme ça ! Ces cinq volumes contiennent des notices explicatives dans les détails les plus minutieux, tout : comment, où, de quelle façon. Et ces cinq volumes de normes appliquées aux établissements de santé perdurent jusqu'à aujourd'hui et nous nous en servons. Ils sont très

utiles. Nous les employons maintenant depuis plusieurs années. Mais ils sont encore ceux de l'époque soviétique »[1].

Les architectes et ingénieurs moldaves interviewés ont donc mentionné l'utilisation des normes datant de la période soviétique dans leur travail de conception architecturale, en l'absence d'un nouveau cadre règlementaire en Moldavie. En attendant la modification des normes en vigueur, ils ont employé les anciennes normes comme les seules règlementations disponibles pour la construction de nouveaux établissements de santé. Les normes datant de la période soviétique leurs servent en quelque sorte de « pompe »[2] lors de la réalisation d'un projet de construction. Dans ce contexte, les annexes de l'ancien SNIP pour les établissements publics ont constitué le cadre règlementaire de référence en Moldavie, en l'absence de toute règlementation nationale dans ce domaine.

Les professionnels de l'architecture et de la construction des hôpitaux en Ukraine exercent dans des conditions règlementaires semblables à leurs confrères moldaves. Les normes techniques en vigueur à la suite de l'indépendance du pays en 1991 ont été en large partie reprises de la période soviétique.

Valentin Isac, architecte ukrainien, affirme par exemple qu'à la suite de l'effondrement de l'URSS, il a commencé très tôt à construire de nouveaux projets immobiliers et qu'il a dû intégrer de nouveaux paramètres. Il a cependant continué de respecter les normes sanitaires et anti-incendie datant de l'URSS. Selon lui, ce sont les normes liées « au confort » qui ont changé sous l'impulsion des évolutions de la science et de la technologie ayant influencé les attentes des gens. Quant aux autres normes techniques de la construction qui sont restées inchangées, l'architecte continue à les appliquer. On observe ainsi une adaptation du professionnel en fonction de la situation qu'il rencontre : lorsque les normes en vigueur ne correspondent pas à ce qu'il souhaite mettre en place, il se permet d'y déroger et lorsque les normes nationales lui conviennent, bien qu'elles restent inchangées après la période soviétique, il continue de les appliquer au sein de ses projets de construction. Dans cette situation, nous pouvons constater que l'architecte intègre de nouveaux paramètres, différents des normes en vigueur, lorsqu'il possède une demande nouvelle de la part de ses utilisateurs.

---

[1] Entretien avec Igor Apostlov, architecte directeur chez Rural Proiect, avril 2010, Chisinau, Moldavie, traduit du russe.

[2] Expression utilisée par Maria Panfili, terme exact en russe « shpargalka », qui signifie une « antisèche ». Entretien Chisinau, Moldavie, 2010.

En revanche, en l'absence de cet élément nouveau, il continue à utiliser les anciennes normes, sans rechercher véritablement leur modification. L'impulsion de déroger aux normes nationales vient ainsi de l'extérieur et non de la réflexion personnelle de l'architecte de chercher une mise à jour des anciennes normes.

L'habitude de consulter les anciennes règlementations est appuyée par le fait que les normes nationales en vigueur ont repris les anciens textes sans effectuer de modifications. Ainsi, l'application des anciennes normes est officiellement soutenue par les administrations publiques de ces pays. Kvitana Pidgirniac, architecte principal chez Budova Centre-1 mentionne le faible degré d'information contenue dans les nouvelles normes ukrainiennes – les DBN crées à la suite de l'indépendance :

« Si l'on compare les normes datant des années 1970 ou celles qui ont suivies de 1980 avec les nouveaux DBN ukrainiens, alors les premières contiennent l'information la plus complète. Durant l'Union soviétique, il y avait plus d'informations règlementaires disponibles qu'actuellement. Si aujourd'hui un architecte devait commencer à travailler dans le domaine de la conception des hôpitaux, il devrait apprendre de quelqu'un. Auparavant, ce n'était pas comme ça. Lorsque nous sommes arrivés à l'institut, on nous a mis sur des projets, il y avait des normes, des normales avec des solutions architecturales, il y avait des projets-types que l'on pouvait analyser pour apprendre. Maintenant, les projets-types ont vieilli, personne n'élabore de normes. Le DBN qui existe actuellement a été élaboré par MedInvestProekt dans ses dernières années, au moment où la plus grande partie des spécialistes sont partis. Ils ont fait ce qu'ils ont pu. Ces documents spécifient les listes des surfaces, mais comment il faut les planifier ces surface c'est noté sur une demie-page. C'est très peu. C'est pour cela que ces particularités doivent être apprises de chez quelqu'un qui possède de l'expérience »[1].

Le manque d'information en ce qui concerne la règlementation du domaine de la construction est ainsi déploré par les professionnels ukrainiens également. Les architectes mentionnent la nécessité de s'appuyer sur des normes techniques lors de l'élaboration de leurs plans architecturaux, étant donné qu'ils fournissent des éléments clé sur la surface du bâtiment, de la disposition des différents départements, des paramètres structurels de l'hôpital (largeur des couloirs, des pièces, des fenêtres, des façades). Le fait que les nouveaux DBN ukrainiens ne

[1] Entretien Kvitana Pidgirniac, architecte, Budova, Ukrainee, 2010.

contiennent que peu d'informations détaillées sur ce sujet est perçu comme un manque d'encadrement. Nous aurions pu supposer que moins de normes techniques auraient laissé plus de liberté aux architectes. Cependant, nous observons que ces derniers sont restés attachés à l'encadrement fort de la période soviétique. En même temps, les architectes ukrainiens mentionnent le caractère fondamental (de base) de ces normes et ne le perçoivent pas comme un encadrement fort, mais plutôt comme quelque chose sur quoi s'appuyer, comme un schéma minimaliste à partir duquel ils peuvent élaborer leur conception architecturale par la suite. Comme en Moldavie, en l'absence d'autres règlementations et lorsque les nouvelles en vigueur ne semblent pas suffisantes, ils se réfèrent aux normes techniques de la période soviétique.

Le fait que les nouvelles normes DBN de l'Ukraine reprennent en grande partie les normes soviétiques d'autrefois a été mentionné à plusieurs reprises durant les entretiens que nous avons réalisés avec les architectes de ces pays. Ainsi, Kvitana Pidgirniac, qui a été un des membres de l'ancien Ghipronyizdrav, s'exprime au sujet du contenu des nouvelles règlementations :

« Les normes qui sont apparues après 1990 sont en partie réécrites sur la base de celles d'autrefois. Il n'y a de facto rien de nouveau en ce qui les concerne. Dans les années 1980, nous avons fait la rédaction des SNIP et de ses annexes, où il était spécifié de manière très approfondie les exigences en matière de surfaces, pièces, ainsi que de leur disposition. Le dernier DBN de 2001 a été élaboré sur la base d'une partie des informations de ces annexes. Mais il contient beaucoup moins d'informations. Avant, en plus des SNIP, il y avait encore des Annexes à la conception, des Recommandations à la conception qui spécifiaient de manière très approfondie comment il fallait concevoir et construire. On n'élabore plus du tout de tels documents aujourd'hui » [1].

Les avis des professionnels ukrainiens rejoignent ceux de leurs confrères de Moldavie. Cela concerne notamment ces Annexes aux SNIP des établissements publics émis sous l'URSS et qui n'ont pas subi de modification à la suite de sa dissolution. Que ce soit en Ukraine ou en Moldavie, les pouvoirs publics n'ont pas modifié les normes techniques contenues dans ces Annexes et devenues entre temps obsolètes. Ils n'ont pas non plus émis de nouvelles dispositions règlementaires sur lesquelles les architectes et les ingénieurs auraient pu

[1] Entretien Kvitana Pidgirniac, architecte, Budova, Ukrainee, 2010.

s’appuyer pour la construction de nouveaux hôpitaux. Dans ces conditions, les professionnels des deux anciennes républiques soviétiques ont continué à utiliser les anciennes règlementations soviétiques.

Nous retrouvons une caractéristique similaire en Ukraine également concernant les normes sanitaires. Ici non plus, elles n’ont pas fait l’objet de modifications essentielles à la suite de l’indépendance du pays en 1991. Les représentants du ministère de la Santé de l’Ukraine affirment employer encore aujourd’hui les normes sanitaires SANPIN datant de la période soviétique en attendant leur modification progressive. En même temps, le processus de révision des normes sanitaires en Ukraine est perçu comme étant extrêmement laborieux, comme l’affirme Ludmila Muharska, l’adjoint du Médecin sanitaire principal de l’Ukraine :

« Il existe certains SANPIN élaborés après les années 1990. Mais cet aspect rencontre des difficultés, étant donné que l’élaboration d’un SANPIN solide nécessite des ressources conséquentes, car il faut introduire de nouvelles normes, ces normes doivent être démontrées, argumentées, approuvées, testées scientifiquement etc. En raison d’un manque de ressources financières, ce travail prend beaucoup de temps. C’est pour cela que nous utilisons les normes de l’Union soviétique. Mais nous changeons petit à petit cette situation »[1].

Une raison particulière exprimée par les architectes ukrainiens et moldaves quant à l'application des normes nationales de leur pays tient à l’intérêt de protéger leur marché. Dans ce contexte, ils ne font plus tellement attention au fait que les normes nationales en vigueur ne correspondent pas aux avancées de la science et de la technologie, qu'elles soient restées quasiment inchangées à la suite de la dissolution de l'URSS. Face à l'arrivée d'architectes de l'étranger, les professionnels ukrainiens et moldaves insistent sur la particularité de leurs normes nationales en insistant sur la nécessité de les respecter. Ils appuient notamment l’importance de l'adaptation qui doit s’appliquer à tout projet venant de l'extérieur afin de prendre en compte les normes techniques du pays. Dans ce contexte, l'héritage de la période soviétique constitue un poids qui devient un atout, dans le sens où son empreinte sur les normes en vigueur accorde aux professionnels locaux un avantage face aux architectes extérieurs. Cet aspect a été révélé lors de nos entretiens en Ukraine qu'en Moldavie.

Comme chez les professionnels moldaves, nous retrouvons chez les architectes ukrainiens l’intérêt de préserver les normes nationales face à l’arrivée de spécialistes de l’étranger. Dans

cette situation, ils accentuent la nécessité de prendre en compte les normes en vigueur ainsi que leurs particularités. Olga Mahneuva, directrice de l'organisation Ingeneer Centre à Kiev explique que les normes nationales ukrainiennes représentent « des obstacles pour les architectes et constructeurs d'autres pays »[1]. Les normes ukrainiennes sont ainsi spécifiques à l'Ukraine et différentes de celles d'autres pays. Dans cet ordre d'idées, les architectes étrangers devraient adapter les projets qu'ils réaliseraient en Ukraine aux normes en vigueur. Ici, les architectes nationaux sont des garants des normes nationales et accompagnent des projets réalisés avec le concours d'acteurs étrangers dans le pays.

Par conséquent, dans la première décennie à la suite de l'indépendance, les professionnels du bâtiment spécialisés dans la construction des hôpitaux ont continué d'appliquer, en Ukraine et en Moldavie, les normes techniques de l'URSS (SNIP relatif à la santé, suivi de ses Annexes, ainsi que les normes sanitaires SANPIN). Ils ont agi de cette façon à la fois parce que les pouvoirs publics ont rendu ces normes obligatoires également à la suite de l'indépendance, mais surtout en raison d'un attachement à ces dernières. Les cas dans lesquels il n'existe pas de règlementation nationale dans certains aspects de la construction des établissements de santé (les normes techniques de l'URSS n'ont été reprises que pour l'essentiel, certaines ont été laissées de côté) permettent de souligner le fait que les architectes ukrainiens et moldaves continuent de s'appuyer sur les règlementations qu'ils ont toujours connu. En l'absence de règlementation nationale, ces derniers travaillent avec les textes normatifs de la période soviétique, qu'ils ont utilisé durant de nombreuses années et qu'ils connaissent. Ces éléments appuient une dépendance au sentier des professionnels du bâtiment en matière d'utilisation des normes techniques de la période soviétique. Et il s'agit en particulier de souligner ici le fait qu'elle va au-delà de la nécessité de respecter des normes techniques règlementaires (dont l'application est obligatoire et vérifiée par les administrations publiques), en s'exprimant par l'habitude de « faire toujours ainsi ».

La deuxième section du chapitre a permis de présenter quelle fut la situation des normes techniques et plus généralement de l'activité de construction des hôpitaux à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique en Ukraine et en Moldavie. On a pu ainsi noter que durant la première décennie, ce processus a gardé dans l'ensemble les mêmes caractéristiques

[1] Entretien avec Ludmila Muharska, Sanepid, Ministère de la santé, Ukraine, mai 2010, traduit du russe.

que celles de la période soviétique. Certaines orientations de la politique de santé et de construction des bâtiments ont changé, comme la réduction des équipements hospitaliers et la disparition d'une normalisation technique centralisée par l'URSS. Néanmoins, il n'y a pas eu de réforme concernant les hôpitaux au sein de ces deux politiques publiques. La modernisation des bâtiments hospitaliers n'a pas bénéficié d'investissement entre 1991 et 2000 en Ukraine et en Moldavie. La politique de normalisation technique a gardé les caractéristiques d'un encadrement étatique fort, comme du temps de la période soviétique, notamment à travers la reprise des anciennes règlementations et la sauvegarde des administrations de contrôle de leur application. De plus, la construction des établissements de santé a conservé des lacunes, puisque seulement une partie des normes techniques de la période soviétique a été reprise, laissant parfois une absence de règlementation nationale. Dans ce contexte, les professionnels du bâtiment ont continué à appliquer les normes techniques de la période soviétique, lorsqu'ils ont eu à effectuer les quelques projets de modernisation qui sont survenus durant cette première décennie après l'indépendance. Nous avons pu noter qu'aussi bien les architectes ukrainiens que moldaves, ont continué d'employer des normes techniques de la période soviétique non seulement parce qu'elles furent reprises par les règlementations nationales, mais aussi parce qu'ils ont été habitués à le faire lors des divers projets réalisés durant la période soviétique. Autrement dit, leur savoir-faire et leur façon de construire des établissements de santé ont été structurés par les normes techniques de l'URSS et ne se sont pas transformés au lendemain de sa dissolution. Les professionnels du bâtiment ont gardé les mêmes caractéristiques quant à la manière d'exercer leur métier (les mêmes étapes d'un processus de construction, les mêmes autorisations administratives, les mêmes règlementations techniques). Nous avons également pu noter l'utilisation des anciennes normes techniques dans un but stratégique, face à la concurrence des acteurs extérieurs.

Il peut être observé ici une visible dépendance au sentier dans le domaine de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie dans les premières années à la suite de leur indépendance. Ce phénomène s'est exprimé par la reprise de certains instruments d'action publique (dans l'attente de l'élaboration d'instruments nationaux) et ce malgré des orientations de politiques publiques se voulant différentes de la période soviétique (nouveau rôle de l'hôpital au sein de la politique de santé et une politique de construction dissociée de

[1] Entretien avec Olga Mahneuva, Ingineer Centre, Ukraine, *op. cit.*

l'économie planifiée et étatique d'autrefois). La dépendance au sentier peut être notée à la fois dans les dispositifs formels qu'informels. Ainsi, les normes techniques formelles – émises par les administrations étatiques et rendues règlementaires, ont été en majorité reprises par l'Ukraine et la Moldavie après 1991. La sauvegarde des normes techniques en tant qu'instrument d'action publique régulant le domaine de la construction des hôpitaux est allée de pair avec la conservation des structures bureaucratiques en charge de la vérification de leur application. Deuxièmement, des normes informelles – liées aux habitudes des acteurs à utiliser pendant une longue période de temps des normes formelles – ont également subsisté. On peut le notifier lorsque des architectes ukrainiens et moldaves déclarent continuer d'utiliser les textes normatifs de la période soviétique. Les normes techniques de la période soviétique sont les seules qu'ils connaissent et par conséquent, leur manière de construire des hôpitaux est étroitement liée à l'application de ces dernières.

E) Des différences au sein d'un héritage institutionnel commun

Bien que l'Ukraine et la Moldavie aient connu des caractéristiques similaires de l'héritage des anciennes normes de construction des hôpitaux, quelques différences doivent néanmoins être soulignées. Il s'agit tout d'abord du fait que l'Ukraine bénéficiait d'une compétence nationale en matière de normalisation et de construction des hôpitaux plus élevée que celle de la Moldavie. On retrouve ce paramètre à la suite de l'indépendance du pays également. Ensuite, l'Ukraine a sauvegardé un dispositif institutionnel permettant la dérogation à certaines normes en vigueur. Il s'agit du Statut Expérimental, absent en Moldavie.

a) <u>Des compétences nationales différentes en matière de normalisation technique</u>

A la suite de l'effondrement de l'URSS, le ministère de la Construction, à la fois en Ukraine et en Moldavie est devenue l'institution principale responsable de la politique de construction des bâtiments. Ce ministère au sein des deux pays, n'avait pratiquement pas de compétence en matière de normalisation technique durant la période soviétique, étant donné que les normes étaient élaborées par les organismes centraux au niveau de l'URSS. Ces institutions centrales n'étaient pas uniquement basées à Moscou. Cela était certes le cas du Gosstroy de l'URSS qui émettait les normes techniques en matière de construction des bâtiments. En revanche, Ghipronyizdrav, qui élaborait les normes sanitaires et était spécialisé dans la construction des hôpitaux pour la zone sud-ouest de l'URSS, se trouvait à Kiev. A la différence de la Moldavie

qui ne disposait d'aucune institution de ce type, l'Ukraine a donc hérité de quelques ressources en matière de normalisation. Ceci concerne plus particulièrement la construction des hôpitaux, étant donné que le Ghipronyizdrav était spécialisé dans ce domaine.

La dissolution de l'Union soviétique s'est accompagnée de la disparition des institutions centrales, ainsi que de leurs filiales. Cependant, certains des anciens pays soviétiques gardent une empreinte de ces institutions. Ainsi, l'Ukraine a hérité de spécialistes nationaux dans le domaine de la normalisation des établissements de santé, qui ont été formés et ont exercé des compétences au sein de ces dernières. En revanche, on note un nombre moins important de spécialistes dans le domaine de la construction des hôpitaux en Moldavie, à la fois dans la normalisation technique, qu'au sein de l'activité de construction. Pendant l'Union soviétique, l'existence des projets-types, élaborés dans des institutions centrales comme le Gosstroy ou le Ghipronyizdrav, explique que les architectes des républiques soviétiques sont très peu intervenus dans la conception architecturale de ces derniers. Les architectes se contentaient de faire la « *priveazka* » qui servait à adapter le projet envoyé par une institution centrale aux conditions géographiques du pays. Cela a cependant concerné davantage les architectes en Moldavie, que leurs confrères ukrainiens, où se trouvait l'institution de normalisation Ghipronyizdrav. Les spécialistes qu'elle ressemblait élaboraient des projets de conception architecturale dans le domaine de la santé. D'ailleurs, certains hôpitaux de Moldavie, y ont été élaborés (comme l'HCR de Chisinau par exemple). Par conséquent, l'Ukraine a hérité d'une compétence plus développée en matière de normalisation technique, d'une part et d'autre part, de conception architecturale des hôpitaux. Autrement dit, elle possède encore aujourd'hui davantage de spécialistes de la construction des hôpitaux que la Moldavie, où les architectes et les programmistes spécialisés manquent dans ce domaine.

Bien que l'Ukraine possède plus de compétences en matière de normalisation technique que la Moldavie, ceci concerne plus spécifiquement le domaine de la construction des établissements de santé. Pour ce qui est d'autres établissements publics, tant l'Ukraine que la Moldavie ont manqué de compétence nationale à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. La dissolution de l'Union soviétique a notamment entrainé la dissolution de Gosstroy. Les organes locaux de Gosstroy ont été également dissous et la compétence de l'institution centrale est passée, sous l'égide des ministères de la Construction ukrainien et moldave. En tant qu'institution nationale, devenue également centrale, le ministère ne dépendait plus d'une autre institution et pouvait alors élaborer sa propre politique en matière de normalisation

technique. L'avantage immédiat fut que les institutions nationales en Ukraine et en Moldavie ont pu décider de manière souveraine de la politique de leur pays. Mais le fait que les normes techniques furent élaborées au niveau central durant la période soviétique plutôt que dans le cadre national a posé des difficultés quant aux connaissances et aux compétences nationales dans ce domaine d'action publique. On peut ainsi souligner ici que de manière globale, l'Ukraine et la Moldavie ont été confrontées à la suite de leur indépendance en 1991, à un manque de compétences en matière d'élaboration de politiques publiques. Bien que la première ait gardé certaines institutions en matière de normalisation technique (notamment pour la construction des établissements de santé), ceci ne couvrait pas l'ensemble des dispositifs et de ressources disponibles durant la période soviétique et administrées depuis les institutions centrales de l'URSS.

b) Le Statut Expérimental en Ukraine, en faveur du changement des normes techniques

Le Statut Expérimental, permettant l'introduction de nouvelles normes techniques a été introduit en Ukraine en 1993 et a été utilisé à partir des années 2000, lors de la construction de nombreux immeubles de grande hauteur. Cette disposition institutionnelle ne constitue pas une innovation en soi, élaborée afin de permettre la modification des normes techniques héritées de la période soviétique. Il s'agit d'un élément institutionnel hérité de la période soviétique, que l'Ukraine aurait sauvegardé, pendant que la Moldavie l'aurait supprimé.

En effet, la construction de type « expérimental » existait durant l'Union soviétique. Elle s'inscrivait dans la politique des projets-types, qui étaient élaborés par des institutions centrales et appliqués ensuite sur l'ensemble du territoire de l'Union. La majorité des constructions devait être réalisée selon des projets-types du temps de l'URSS, qui devaient être des modèles du meilleur rapport qualité-prix pour un bâtiment. C'était l'objectif de Gosstroy (organe exécutif central de la politique de construction des bâtiments) que d'étudier les meilleurs paramètres de différents types de constructions (hôpital, école, immeubles d'habitation) du point de vue de l'architecture, des matériaux, des équipements, mais également du coût total de l'opération, en élaborant ensuite un projet-type. Ce dernier contenait donc la solution la plus optimale pour la construction d'un bâtiment. C'est précisément pour l'étude d'un projet-type que le Gosstroy lançait initialement un projet de construction expérimentale. A la suite de la construction et de la mise en exploitation du

bâtiment, on décidait de lui accorder le statut de projet-type – il était ainsi prêt pour être diffusé dans l'ensemble des républiques.

Les architectes ukrainiens et moldaves ont mentionné que le lancement des projets de construction expérimentale durant l'URSS était une procédure fréquente, étant donné que les organes centraux étaient constamment à la recherche de meilleurs rapports qualité-prix pour la construction des bâtiments. Plus généralement, les évolutions de la technique et de la science (nouveaux matériaux de construction, nouvelles technologies) pouvaient également inciter au lancement de projets expérimentaux afin de tester leur utilisation. La spécificité d'une construction expérimentale consistait en la possibilité de déroger aux normes techniques règlementaires, dont nous avons mentionné précédemment le niveau de détail, tout en testant de nouveaux matériaux de construction (pour lesquels on élaborait donc des certificats), de nouvelles technologies médicales ou de nouveaux équipements. Si le cadre règlementaire minutieux de l'URSS encadrait fortement l'activité des professionnels du bâtiment et ne permettait aucune dérogation, les constructions de type expérimental bénéficiaient d'une « fenêtre d'opportunité » dans ce domaine.

Un exemple probant de projet-type durant l'Union soviétique est la « *hroushchiovka* », un modèle de construction de logement, élaboré du temps du dirigeant Nikita Hroushciov et qui s'est caractérisé par des paramètres extrêmement utilitaires et rudimentaires. Avant sa diffusion dans l'ensemble des républiques soviétiques, ce type de bâtiment avait été étudié en tant que projet expérimental. Par la suite, le projet-type a suscité de nombreuses critiques, de la part des usagers et des architectes eux-mêmes, menant finalement à son retrait du catalogue des projets-types. Néanmoins, la « *hroushciovka* » reste exemplificateur de la recherche exagérée de réduction des dépenses des constructions par les pouvoirs soviétiques, amenant à des projets extrêmement rudimentaires.

Une dernière remarque doit être faite concernant la construction expérimentale de la période soviétique. En plus de l'utilisation du dispositif pour la vérification de nouvelles technologies et matériaux de construction et du lancement des projets-types, le projet expérimental était utilisé pour la construction des bâtiments destinés à une catégorie particulière d'usagers – les hauts cadres du parti communiste de l'URSS. La principale raison tient au fait que les constructions pour les responsables du parti, que ce soit des établissements de santé ou des logements, contenaient des matériaux, des équipements et des technologies souvent de meilleure qualité à ceux des projets-types. Les exigences techniques de ces bâtiments ne

correspondaient pas par conséquent aux normes techniques en vigueur. Le projet Expérimental était donc un moyen efficace pour réaliser des constructions, tout en dérogeant aux règlementations techniques soviétiques et en adoptant les meilleures solutions de conception et de construction architecturale.

L'introduction du Statut Expérimental en Ukraine après 1991 s'est finalement inscrite dans la reprise d'une disposition institutionnelle de la période soviétique. Si les projets-types ont disparu avec la politique de construction centralisée et unifiée de l'URSS, la procédure des constructions expérimentale a été conservée. Dans le même temps, l'objectif de ce dispositif était d'autoriser l'écart aux normes techniques règlementaires. Il a été introduit en Ukraine pour les bâtiments nouveaux pour lesquels il n'y avait pas de règlementation technique. Il s'agit par exemple des bâtiments de culte, pour lesquels l'URSS n'avait pas émis de règlementation[1], mais également des bâtiments avec des paramètres spécifiques, qui ne rentraient pas dans les règlementations techniques destinées à l'ensemble des constructions. Ce fut par exemple le cas de nombreux immeubles de grande hauteur, construits à Kiev dans les années 2000 et pour lesquels il n'y avait pas durant l'Union soviétique de règlementation et qui contenaient de nouvelles exigences techniques (en termes de sécurité incendie, séismologie ou autres). L'Hôpital du Futur à Kiev, étudié au sein de cette thèse s'est inscrit également dans ce cadre, étant donné qu'il n'y a pas eu auparavant dans le pays de bâtiment hospitalier avec des caractéristiques semblables.

Afin qu'une construction obtienne le Statut Expérimental, elle doit passer par une commission au ministère de la Construction de l'Ukraine afin que celle-ci puisse la déclarer comme étant « expérimentale ». Plus concrètement, cela veut dire que le bâtiment en question pourra bénéficier d'une dérogation aux normes techniques règlementaires en vigueur, du fait de ses spécificités. Lors de la présentation des plans de conception architecturale pour l'obtention de certificats et autorisations administratives (comme le permis de construire par exemple), les administrations publiques tiennent compte du Statut Expérimental et doivent, en principe, accepter l'écart aux règlementations nationales. La contrepartie à cette dérogation aux normes en vigueur consiste en la justification technique et scientifique des normes techniques adoptées par le projet Expérimental. Ainsi, le maître d'ouvrage en charge de la réalisation du bâtiment doit présenter une argumentation quant aux dérogations entreprises, compte tenu des

[1] Anatolyi Franivskii, responsable du Département Hautes Constructions au ministère de la Construction de l'Ukraine, interview sur le site: http://www.sobor.in.ua/node/228, consulté le 10 septembre 2012.

exigences techniques spécifiques. Il peut également présenter l'existence de normes techniques similaires dans d'autres pays afin d'appuyer leur utilisation dans le cadre du projet Expérimental.

L'objectif de l'introduction du Statut Expérimental en Ukraine fut de permettre des modifications ultérieures des normes techniques règlementaires, à la suite de l'étude du fonctionnement du bâtiment une fois réalisé. Si ce dernier ne comportait pas de problème, le Statut Expérimental pouvait déboucher sur l'élaboration d'une nouvelle règlementation, soit pour palier une lacune du cadre règlementaire, soit pour remplacer des obsolescences de ce dernier.

Nous n'avons pas notifié l'existence d'un tel dispositif en Moldavie. Il se peut que le manque de compétence nationale en matière de construction et de normalisation technique dans ce domaine (le Statut Expérimental demande une étude approfondie des nouvelles normes présentées et une comparaison avec celles en vigueur) explique en partie son absence. Une nouvelle fois, en plus des compétences supplémentaires en matière de normalisation technique, l'Ukraine semble être avantagée par rapport à la Moldavie en ce qui concerne la possibilité de modification des normes techniques. Ces aspects seront vérifiés lors de l'analyse des projets hospitaliers. Il s'agit de voir si l'existence du Statut Expérimental a permis à l'Ukraine de modifier les normes héritées de la période soviétique, et d'adopter de normes techniques étrangères, plus facilement.

III) Un sentier commun et des variations à la marge

L'analyse des évolutions des politiques publiques dans le domaine de la santé et de la construction des bâtiments en Ukraine et en Moldavie permet de souligner plusieurs éléments. Tout d'abord, on note une période de « point mort » durant la première décennie à la suite de l'indépendance, où tant du côté des pouvoirs publics que des acteurs économiques (nouvellement apparus dans le contexte de l'économie de marché) il n'y a pas de changement significatif par rapport à la période soviétique. Ces caractéristiques ont été observées à la fois en Ukraine et en Moldavie. Dans le domaine de la santé, l'hôpital n'a quasiment pas bénéficié d'attention, à l'exception de la réduction des bâtiments et du nombre de lits excédentaires (processus lent et ayant rencontré des oppositions au sein des deux pays). Dans le domaine de la construction, l'Etat a continué d'encadrer l'activité des acteurs agissant au sein de ce domaine, bien que l'économie de marché dicte plutôt son retrait au profit de ce dernier. Les

principes de la libéralisation économiques touchent également le secteur de la construction, dans le sens où l'on peut noter l'apparition d'agents économiques (entreprises d'architecture, d'ingénierie, de construction), l'autorisation d'investissements privés dans ce domaine là où subsistait autrefois uniquement la commande publique.

Dans un contexte plus global de passage de l'économie planifiée à l'économie de marché, les orientations politiques des années 1990 sont allées dans le sens d'un retrait de l'Etat dans des domaines d'activité où il était prédominant. En se référant plutôt aux pays de l'Europe centrale et orientale qui ont intégrés l'Union européenne, François Bafoil mentionne le souci des réformateurs des années 1990 « de rétablir l'autonomie de chaque champ, en laissant à chacun d'entre eux le soin de fixer sa propre règle »[1]. Si l'ensemble des activités des acteurs était encadré durant l'Union soviétique par un seul acteur – le parti communiste, à travers un vaste appareil d'Etat, sous une forme de « bureaucratie patrimoniale », il était question dans les premières années à la suite de l'indépendance des anciens pays communistes, d'opérer un passage vers l'économie de marché et d'introduire ainsi les principes de libéralisation économique dans le maximum de secteurs. Le domaine de la construction des bâtiments dont nous analysons les évolutions en Ukraine et en Moldavie permet d'entrevoir que l'Etat s'est en partie retiré, au profit de l'établissement d'acteurs économiques, mais que d'autre part, il a sauvegardé certains des anciens instruments (dont les normes techniques) et notamment ceux de contrôle de l'activité économique. Autrement dit, l'Etat n'a pas libéralisé complètement ce secteur et le cas des normes techniques de la construction des hôpitaux permet d'appuyer la continuité de son encadrement même après l'effondrement de l'Union soviétique. Ceci s'est produit dans les conditions d'une coupure des ressources du budget central d'autrefois, de la dissolution d'institutions centrales en charge de la mise en œuvre de l'encadrement étatique de la construction, ainsi qu'en absence d'une règlementation nouvelle de ce domaine. Par conséquent, la première décennie à la suite de l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie a été une période d'inventaire de tout ce qui a été fait précédemment, sans l'ouverture de pistes concrètes de changement.

Cependant, la première décennie ne doit pas être considérée comme exempte de tout changement, car l'effondrement de l'URSS a entrainé la disparition d'une partie de ses politiques et instruments. A travers le concept de dépendance au sentier, il s'agit de souligner

---

[1] Bafoil, François, *Europe centrale et orientale. Mondialisation, européanisation et changement social 1989-2006, op. cit*., p. 37.

le poids des anciennes politiques et institutions après 1991. Mais le phénomène concerne une réalité plus compliquée, où certains éléments ont été sauvegardés et d'autres supprimés. A ce titre, on note la disparition des projets-types, un des instruments principaux de la politique de construction de l'URSS à travers lesquels on cherchait à uniformiser la construction des bâtiments. On note également la coupure nette de ressources provenant de l'appareil central de l'URSS et qui alimentait autrefois les républiques soviétiques selon les programmes d'économie planifiée. Cette dernière a entraîné une réduction de ressources financières (allocations budgétaires pour la construction des hôpitaux) ainsi que matérielles (dissolution des institutions centrales en charge de l'élaboration de la politique de construction et des normes techniques). La réduction des ressources s'est accompagnée d'une réduction de l'appareil étatique de cette période, ainsi que du nombre de fonctionnaires.

L'héritage des arrangements institutionnels de la période soviétique dans le domaine de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie permet de souligner de fortes similarités, ainsi que quelques différences (voir Fig. 14). Ainsi, la dépendance au sentier décrite dans ce chapitre se compose de trois éléments principaux. Il s'agit d'une part, de la reprise de l'ancien corpus de normes règlementaires par les deux pays. C'est un indicateur fort de la continuité d'un instrument d'action publique de l'URSS. S'ajoute à cela, l'habitude des acteurs de la construction de les utiliser. Cet élément est commun dans les développements institutionnels d'après 1991 en Ukraine et en Moldavie. D'autre part, il y a les ressources de la construction des hôpitaux (organismes de normalisation et professionnels du bâtiment) et le Statut Expérimental. Ces deux éléments de la période soviétique sont présents en Ukraine, mais pas en Moldavie. Ce qui nous amène à différencier le poids de la dépendance au sentier au sein des deux pays. Dans une certaine mesure, on serait tentés de croire que l'Ukraine a hérité d'un nombre plus large d'institutions de la période soviétique, ce qui poserait plus de difficulté à un changement des normes techniques. En même temps, le Statut Expérimental présente un cas intéressant, car tout en marquant une dépendance de l'ancien système soviétique, il permet de déroger aux normes en vigueur et de faciliter ainsi leur changement. Par conséquent, la dépendance au sentier sera envisagée au sein de la thèse comme étant le signe de la continuité des éléments « du passé » sans que l'on établisse un lien « automatique » avec l'impossibilité de changement. L'analyse de chacun des éléments de ce facteur est nécessaire pour déterminer ceux qui représenteraient un obstacle à la transformation des institutions.

Fig. 14 : Eléments de dépendance au sentier en Ukraine et en Moldavie

Elément de dépendance au sentier	**Ukraine**	**Moldavie**
Normes techniques de l'URSS	+	+
Statut Expérimental	+	-
Ressources construction des hôpitaux (organismes de normalisation et professionnels du bâtiment)	+	-

L'évolution des normes techniques de la construction des hôpitaux durant la première décennie à la suite de l'indépendance de l'Ukraine et de la Moldavie correspondent aux éléments de l'approche historique de l'institutionnalisme. En effet, nous pouvons noter que les deux pays développent ou plus précisément, ne développent pas, les normes de construction. Il n'y a pas de réforme structurelle ni des normes techniques régulant l'activité de construction des bâtiments, ni du secteur hospitalier. Même au contraire, au lieu de voir un changement, un héritage de l'ancien système soviétique peut être révélé. Ainsi, les deux Etats reprennent le cadre règlementaire de l'URSS, en modifiant parfois son intitulé. Cette action marque la continuité d'une part de l'encadrement étatique du domaine de la construction des hôpitaux (et non pas son retrait en faveur du marché) et d'autre part, des anciens textes normatifs, en tant qu'instrument d'action publique. Conformément aux attentes de l'institutionnalisme historique qui souligne la prolongation d'une institution dans le temps, la Moldavie et l'Ukraine semblent avoir pris durant la première décennie après l'indépendance le même sentier de développement institutionnel. Cette orientation commune marque les contours d'un phénomène de dépendance au sentier au sein des deux pays.

En même temps, au sein de l'héritage des anciennes normes soviétiques qui semble être une caractéristique fondamentale et commune aux deux pays, on peut observer des légères différences. A la suite de l'effondrement de l'URSS, ces distinctions au niveau institutionnel doivent être prises en compte. Ainsi, l'on observe par exemple que l'Ukraine a hérité d'un nombre plus important de spécialistes du domaine de la construction des hôpitaux. Leur nombre était déjà plus élevé qu'en Moldavie durant la période soviétique et il en a été ainsi également à la suite de l'indépendance du pays. La même chose est valable pour les organismes de normalisation technique : il y en a plus en Ukraine qu'en Moldavie à la fin de

l'URSS. Ces deux caractéristiques permettent de souligner une dépendance au sentier plus forte en Ukraine, du fait d'un héritage plus conséquent d'éléments institutionnels de la période soviétique. Il conviendra d'interroger le degré de ce phénomène, plus appuyé en Ukraine, lors de l'analyse du transfert de normes de l'étranger. Nous verrons notamment si l'existence de plus d'architectes de l'hospitalier et d'organismes de normalisation n'a pas représenté un obstacle plus important qu'en Moldavie au transfert.

Un autre élément marque une différence du développement des normes de la construction en Ukraine par rapport à la Moldavie. Il s'agit du Statut Expérimental, une disposition institutionnelle qui permet de s'affranchir des normes règlementaires en vigueur et de présenter des projets avec de normes de l'étranger. Cet élément est central pour l'analyse de l'évolution de normes de la construction des hôpitaux. Il provient de l'ancien système soviétique et se présente à la fois comme un héritage « du passé » et un moteur éventuel « du changement ». La sauvegarde de ce dispositif en Ukraine et son absence en Moldavie permet de souligner qu'à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique, les deux pays n'ont pas effectué tout à fait les mêmes choix en matière de reprise de l'ancien cadre règlementaire. Certains éléments ont été sauvegardés au sein de deux pays, comme l'ensemble du corpus des normes techniques (les SNIP et les GOST). D'autres ont été supprimés par les deux pays également, comme par exemple les « projets-types ». En même temps, dans le contexte de ces caractéristiques similaires, le Statut Expérimental démontre un choix différent dans la reprise des éléments du passé. Il n'y a donc pas eu un héritage « automatique » des institutions de la période soviétique.

Dans l'analyse de la dépendance au sentier, un phénomène plutôt commun aux deux pays, nous tiendrons donc compte de ces différences, qui ont pu affecter l'introduction de normes étrangères de construction d'hôpitaux.

Conclusion

Nous avons présenté, au sein de ce chapitre, les éléments de dépendance au sentier dans le domaine de construction d'hôpitaux.

Dans une première section, nous avons présenté les politiques publiques de l'URSS ayant encadré la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie pendant plus de cinquante ans. Il s'agit des caractéristiques de la politique hospitalière et de celle de construction des bâtiments. Les évolutions de l'hôpital et des normes techniques (SNIP et GOST) ont révélé un fort encadrement étatique, ainsi qu'une centralisation et unification de la manière de construire les hôpitaux durant l'URSS.

Dans une seconde section, nous avons mentionné les principales orientations de la construction des hôpitaux dans la première décennie à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. L'objectif était de déterminer les contours de l'héritage des anciennes politiques et instruments d'action publique. Nous avons constaté qu'il n'y pas eu une véritable transformation des normes techniques de la période soviétique. Ces dernières ont été reprises sous une nouvelle forme à la fois en Ukraine et en Moldavie. Tant les professionnels du bâtiment, que les administrations en charge de la vérification du respect des normes nationales, ont continué de les appliquer. On note donc un phénomène de dépendance au sentier commun aux deux pays, s'exprimant à la fois dans les normes formelles (textes règlementaires) et informelles (représentations et façons de construire) de la période soviétique.

Si la dépendance au sentier est un phénomène commun aux deux pays, les ressources institutionnelles, financières et matérielles dont ils disposent diffèrent. Ainsi, l'Ukraine possède davantage de spécialistes nationaux en matière de construction hospitalière (et normalisation technique de ce domaine). Le pays a également mis en place un dispositif institutionnel permettant la modification de normes techniques de la période soviétique – le Statut Expérimental – qui est absent en Moldavie. Par conséquent, au sein d'une configuration institutionnelle semblable après l'effondrement de l'Union soviétique, nous notons l'existence de quelques différences au niveau national. Elles seront prises en compte dans les développements ultérieurs de la construction des hôpitaux.

Chapitre V. Le tournant des années 2000 : l'appel à des compétences internationales en matière de modernisation hospitalière

Dans le chapitre précédent, nous avons pu constater que les normes techniques de la construction des hôpitaux en vigueur en Ukraine et en Moldavie sont restées quasi-inchangées depuis l'effondrement de l'Union soviétique. Dans ce chapitre, nous abordons les changements observés au sein de la construction des hôpitaux à partir des années 2000.

Dans la première section, nous présentons les actions des pouvoirs publics au sein de la politique de santé et de construction des bâtiments. Bien que les normes techniques ne fassent pas l'objet d'une réforme au sein de la politique de construction des bâtiments, on observe plusieurs développements dans le domaine de la santé à partir des années 2000.

Dans la seconde section, sont étudiées les raisons des décideurs nationaux à faire appel à l'expérience internationale. Il s'agit de comprendre pourquoi l'Ukraine et la Moldavie ont fait appel, toutes les deux, vers la fin des années 2000, à une consultance internationale pour la modernisation de leurs hôpitaux ? Durant la période soviétique, les deux pays ont connu des caractéristiques similaires de la construction des hôpitaux, en raison des politiques publiques communes. Est-ce en raison de cet héritage institutionnel semblable après 1991 que les deux anciens pays soviétiques ont recherché des solutions semblables également ? Nous suggérons que les décisions nationales s'appuient sur la recherche de solutions extérieures, dans le cadre d'un phénomène plus large de transferts de politiques et instruments d'action publique au niveau international, plutôt que sur des facteurs d'ordre national (tel que l'héritage institutionnel de la période soviétique).

Nous émettons l'hypothèse que les deux pays ont cherché à s'inspirer des pays étrangers par un mécanisme de mimétisme, afin de suivre les développements hospitaliers récents. Cette hypothèse sera vérifiée sur la base de l'étude l'étape de lancement d'appels d'offres internationaux de deux projets hospitaliers : l'HDF de Kiev et l'HCR de Chisinau.

Section I : La modernisation des hôpitaux : un changement en entraine un autre

I) Les normes techniques de construction : à quand le changement ?

A partir des années 2000, on note une revigoration des pouvoirs publics en Ukraine et en Moldavie dans le domaine de la construction des bâtiments. L'Ukraine adopte vers la fin des années 2000 une réforme fondamentale dans le secteur de la construction. Elle porte sur l'élaboration de nouvelles règlementations, à partir d'un socle nouveau, en écartant de manière tranchante les anciennes normes techniques soviétiques. En Moldavie, l'opérationnalisation du Fonds spécial pour le financement des instruments de normalisation permet vers la fin des années 2000 de réaliser davantage de modifications des anciennes normes héritées de la période soviétique. De plus, les tentatives du ministère de la Construction moldave d'adoption des Eurocodes au travers de son voisin la Roumanie, permet d'envisager le passage vers une règlementation technique nouvelle. Mais comme nous avons pu le constater, ces actions font partie d'une décennie de tâtonnements institutionnels dans le domaine de la réforme de la règlementation des bâtiments publics, dont le résultat apparaît, à l'heure où nous écrivons ces lignes, encore incertain.

Afin de présenter les avancées de réforme en Moldavie en matière de normalisation de la construction des hôpitaux, nous devons revenir aux débuts des années 2000. C'est alors que le Décret gouvernemental N°216 du 20.03.2001 a relancé le travail d'élaboration de nouvelles normes et règlementations. En approuvant en 2002 « Le Règlement des modalités de création et de distribution des moyens du Fonds spécial pour le financement des travaux de constitution de la base normative en construction », les ressources financières accumulées dans le Fonds spécial ont pu être débloquées. Cela a permis la création de nouvelles normes et règlementations nationales. Les administrations publiques ont élaboré entre 2002 et 2009 plus de 90 documents normatifs nationaux, plus précisément des NCM – des « normes en construction de Moldavie », ainsi que 25 standards SM « standards de Moldavie », 56 actes normatifs et 32 codes pratiques relatifs à la construction des bâtiments. Par conséquent, on peut observer deux directions de la politique en matière de construction des bâtiments en

Moldavie à la suite de son indépendance en 1991 : d'un côté, il y a un processus d'élaboration de nouvelles normes et règlementations, en cours depuis le début des années 2000 et de l'autre, coexistent et sont appliquées des normes et standards en construction de l'ancienne URSS, en attendant leur remplacement ou modification effective.

En Ukraine, en 1999 est adoptée la loi sur « L'activité de la construction », suivie en 2000 de la loi sur « La planification et la construction du territoire ». L'adoption de ces textes législatifs a permis d'encadrer davantage le secteur de la construction. L'Etat ukrainien a complété le cadre législatif avec l'émission de documents sur les conditions architecturales, le permis de construire, la mise en exploitation des constructions durant cette période. C'est plus particulièrement à partir des années 2000 que l'on note un « saut institutionnel » significatif dans le domaine de la construction des bâtiments. Certains professionnels ukrainiens du bâtiment considèrent que la modification des textes législatifs est liée aux évolutions du secteur de la construction des bâtiments. Ainsi, entre les années 2000 et 2006 il y a eu une hausse des prix de l'immobilier, due à une croissance de l'activité et du prix des travaux de construction[1]. Les pouvoirs publics ont engagé à partir des années 2000 une action plus soutenue du côté des réformes du domaine de la construction. L'essor des activités de la construction a nécessité un encadrement règlementaire plus fort afin d'assurer des conditions de sécurité et de qualité des bâtiments construits sur le territoire du pays. Dans ce contexte, plusieurs modifications ont été apportées aux textes législatifs en vigueur depuis l'indépendance. La loi sur « La planification et la construction du territoire », adoptée en 2000, a subi cinq modifications dans la période comprise entre 2006 et 2008 et dix autres entre 2008 et 2010.

La deuxième décennie, à la suite de l'indépendance de l'Ukraine, a ainsi vu s'accélérer le rythme des actions de réforme dans le domaine de la construction des bâtiments. Cette période de modifications législatives s'est enrichie en 2011 avec l'adoption du projet de loi sur « La régulation de l'activité de construction » par le gouvernement. Selon les déclarations des représentants du Cabinet des ministres, relayées par la presse ukrainienne, à travers ce texte législatif, l'on a cherché à donner une nouvelle configuration au cadre règlementaire en vigueur. Il s'agit plus précisément de procéder à l'élaboration de nouvelles normes et

[1] Si en 1998 le prix de 1m² dans les nouvelles constructions en Ukraine ne dépassait pas 200$ USD, alors en l'an 2000 la somme atteignait 300$USD pour 1m² et en 2003 pour certaines constructions elle dépassait 700$USD pour 1m². www.blog.liga.net, Vitalyi Pravdiuk, partenaire juridique de la société « Business force », le billet « La révolution ininterrompue de la construction », consulté le 26 mai 2011.

règlementations, sans se baser sur les anciennes dispositions héritées de la période soviétique, comme ce fut le cas auparavant. La nouvelle loi est présentée comme une véritable réforme du domaine de la construction, réalisée depuis l'indépendance de l'Ukraine en 1991[1]. Elle prévoit l'assouplissement des procédures administratives, en réduisant leur nombre de 93 à 23. En plus de cela, elle réduirait le délai de réception des autorisations nécessaires à la réalisation d'un projet de construction de 415 jours actuellement à 60 jours seulement. Ces mesures sont décrites par certains professionnels du bâtiment comme étant « révolutionnaires », tant l'activité de construction en Ukraine est encadrée et ralentie par le processus bureaucratique s'appuyant sur les anciennes pratiques administratives soviétiques. Cependant, elles ne concernent pas l'ensemble des constructions, en excluant par exemple les bâtiments complexes, tels que les hôpitaux.

Néanmoins, le projet de loi de 2011 et la réforme engagée ont pour objectif le développement du secteur de la construction, au travers notamment de la suppression de la corruption, la réduction des délais, autorisations, étapes et documents nécessaires à la réalisation de projets. Les responsables politiques ukrainiens souhaitent également attirer des investissements étrangers dans ce domaine. Serghey Tighipko, le vice-premier ministre de l'Ukraine affirmait en 2011 :

« Ce qui est vraiment important, c'est que dans ce secteur, viendra une concurrence supplémentaire. Aujourd'hui ce secteur fait peur aux investisseurs étrangers, qui craignent la corruption et les procédures administratives »[2].

La réforme amorcée en 2011 en matière de construction des bâtiments en Ukraine est le résultat de plusieurs années de tâtonnements sur ce terrain d'activité, comme l'attestent les nombreuses modifications législatives entreprises entre 2000 et 2006. Les administrations la présentent comme étant « une opportunité pour la simplification des étapes de l'activité de

[1] Le projet de loi sur « La régulation de l'activité de construction », élaboré par le gouvernement, a été reçu par la Verkhovnya Rada – le Parlement ukrainien, le 13 janvier 2011. Le texte législatif fut préparé par un groupe de travail sous la responsabilité du vice-premier ministre de l'Ukraine – Serghey Tighipko, avec la participation du ministère de la Construction de l'Ukraine et des organisations professionnelles, des sociétés du secteur de la construction. Voir les articles de la presse ukrainienne : www.obozrevatl.com, et « La réforme de la construction en Ukraine a commencé », de la Ligue de la Construction de l'Ukraine, disponible sur http//ukrbuild.dp.ua datant du 04 février 2011, consulté le 25 mai 2011.

[2] La Ligue de la Construction de l'Ukraine, http//ukrbuild.dp.ua datant du 04 février 2011, « La réforme de la construction en Ukraine a commencé » consulté le 25 mai 2011.

construction et pour la réduction (d'au moins un tiers) des dépenses de la construction »[1]. Les ukrainiens espèrent également que la réforme sera bénéfique aux investisseurs étrangers. Comme le note Milan Paevich, de la société de construction de développement "Slav-Invest" :

« La simplification des procédures d'autorisations administratives est très importante pour les étrangers, qui refusaient auparavant d'effectuer des investissements dans le domaine de la construction en Ukraine à cause du plus corrompu et du plus compliqué des systèmes bureaucratiques d'Europe »[2].

La réduction de la corruption est une des attentes les plus exprimées vis-à-vis de l'adoption des textes législatifs des dernières années. Du fait des nombreuses procédures administratives qui étaient nécessaires à la réalisation d'un projet, les contacts avec les fonctionnaires en charge de délivrer les autorisations avaient permis le développement de nombreux détournements[3]. La Loi de 2011 prévoit une simplification des procédures et la présentation de documents sous forme électronique, ce qui évitera à ce que certains d'entre eux se « perdent ». Comme le mentionne Lev Partshaladze, dirigeant de l'association de construction en Ukraine, l'absence de contact direct entre les entrepreneurs et les fonctionnaires « veut dire qu'il y aura beaucoup moins de corruption »[4]. L'influence significative des fonctionnaires dans le cadre des procédures administratives du processus de construction des bâtiments en Ukraine fut considérée comme un obstacle majeur au développement du secteur de la construction. La corruption à laquelle devaient faire face les constructeurs pour pouvoir valider leurs projets a généré un mécontentement de ces derniers. L'adoption de la loi de 2011 et la simplification des procédures administratives ont provoqué des réactions positives et salutaires la concernant. Le directeur de la société « Ghertz », Igor Denisenko mentionne :

---

[1]www.obozrevatl.com/politics, « Ianoukovich a posé son veto sur la réforme de Tighipko », , datant du 4 février 2011, consulté le 26 mai 2011.

[2] La Ligue de la Construction de l'Ukraine, http//ukrbuild.dp.ua datant du 04 février 2011, « La réforme de la construction en Ukraine a commencé » consulté le 25 mai 2011.

[3] Lors de notre enquête de terrain réalisée en 2010 en Ukraine, des interlocuteurs souhaitant rester anonymes ont mentionné les pratiques de corruption généralisées en ce qui concerne l'obtention d'autorisations. A titre d'exemple, après nous avoir expliqué comment il obtenait des certificats pour son projet, un interlocuteur affirme en dehors de l'entretien enregistré : « Mais en fait, oubliez ce que je viens de vous dire. Ils attendent de l'argent. Soit on leur donne et notre dossier est traité dans les délais, soit non et il peut passer le dernier de la pile de dossiers sur sa table », entretien avec un architecte, Kiev, Ukraine, mai 2010. Nous y reviendrons dans le chapitre 7.

[4] La Ligue de la Construction de l'Ukraine, *op. cit.*

« Cette réforme me permettra réellement de ne plus dépendre du volontarisme du maire et je n'attendrai plus maintenant des décisions et des autorisations avec les années, comme ce fut le cas auparavant et comme c'est le cas jusqu'à maintenant »[1].

A la suite de la Loi de construction de février 2011, le Cabinet des ministres de l'Ukraine a adopté le Programme de révision des normes et règlementations de construction[2]. La mise en œuvre de ce programme aurait lieu de 2011 à 2015. Selon Viktor Tihonov, le vice-premier ministre de l'Ukraine, l'objectif de ce programme est de permettre le développement du système national de normalisation dans le domaine de la construction. Cela comprend la révision des normes et règlementations en vigueur afin de les modifier, abroger ou élaborer à nouveau. Le représentant politique déclare :

« La plupart des documents sont des documents de l'ancienne URSS sous la dénomination de SN, adoptés dans les années 1970-90 du siècle passé et qui nécessitent une révision indispensable »[3].

Le perfectionnement de la base normative actuelle est censé se réaliser, comme en Moldavie, dans le sens d'un rapprochement des normes en construction de l'Union européenne. C'est du moins ce que déclarent les responsables politiques de deux anciennes républiques soviétiques, sans qu'il n'y ait pour l'instant une modification effective des normes techniques de la construction des hôpitaux.

Par conséquent, on n'observe pas de réforme structurelle des normes techniques de la construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie. En même temps, de nouveaux éléments permettent de noter une évolution par rapport à la décennie précédente. Au sein de la politique de santé, on note une allocation de ressources à destination de la modernisation des hôpitaux.

---

[1] La Ligue de la Construction de l'Ukraine, http//ukrbuild.dp.ua datant du 04 février 2011, « La réforme de la construction en Ukraine a commencé » consulté le 25 mai 2011, *op. cit*., p. 21.
[2] Article « Le CabMin a entériné la révision des normes en construction », RBK-Ukraina, notre traduction, consulté le 27 mai 2011.
[3] *Ibid.*

II) Politique hospitalière et nouvelles orientations

Si dans la première décennie après l'indépendance, la réforme de la santé en Ukraine et en Moldavie a mis l'accent sur le rééquilibrage de l'offre de soins au profit de l'assistance primaire, laissant au second plan le développement des structures hospitalières, à partir des années 2000, les pouvoirs publics sont revenus vers la situation des hôpitaux. Une forte prise en compte de l'obsolescence des bâtiments hérités de la période soviétique, ainsi que de l'absence d'équipements et technologies médicales modernes a incité les ministères de la Santé de l'Ukraine et de la Moldavie dans les années 2000 à engager une réflexion autour du développement du secteur hospitalier.

Les entretiens réalisés, ainsi que la visite de plusieurs hôpitaux en Ukraine et en Moldavie durant les voyages d'études en 2009 et 2010, nous ont permis de constater l'état déplorable, tant du point de vue de la structure du bâtiment, que de l'organisation et du fonctionnement intérieur de la majorité des hôpitaux hérités de la période soviétique[1]. A titre d'exemple, en Ukraine, les inspections du Service Epidémiologique d'Etat ont constaté en 2007 que seulement 29,6% des institutions médicales étaient connectées au réseau central de la distribution d'eau et seulement 21,1% disposaient d'un système principal de canalisation[2]. De plus, les ressources financières limitées ne permettaient pas non plus la restructuration de ces institutions médicales, prévoyant dans certains cas uniquement des réparations mineures[3]. C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics en Ukraine et en Moldavie ont mis en place des Plans nationaux hospitaliers. Il s'agit de lignes directrices du développement hospitalier permettant de saisir les principales actions de réforme dans ce domaine.

L'élaboration des Plan nationaux du développement hospitalier ne s'est pas faite sans difficultés. Les deux pays ne disposaient pas d'une agence nationale en matière de planification de l'offre de soins ce qui a généré des problèmes dans la gestion du parc hospitalier en termes d'infrastructures et de ressources humaines disponibles. Durant la période soviétique, la planification de l'ensemble de l'offre de soins se réalisait sur la base des principes du système de santé Semashko. Ce dernier avait privilégié le développement d'un

---

[1] Lors de notre voyage d'étude de 2009, nous avons visité trois hôpitaux et une policlinique (établissement non hospitalier) à Kiev, en Ukraine, ainsi que cinq établissements de santé à Chisinau, en Moldavie. Nous avons réalisé quelques centaines de photographies illustrant les conditions déplorables des bâtiments hospitaliers hérités de la période soviétique. Ces matériaux sont archivés et disponibles.

[2] Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. XVIII

[3] Entretien avec Gheorghe Grosu, hôpital E. Cotaga, 2009, Chisinau, Moldavie.

nombre croissant d'infrastructures médicales. Les difficultés de sortir de ce système de planification « quantitative » ont été ainsi appuyées également par l'absence d'expérience nationale dans ce domaine.

A la suite de l'indépendance, la planification de l'offre de soins est revenue aux ministères de Santé de l'Ukraine et de la Moldavie. D'autres institutions nationales, telles que l'Académie des sciences de la médecine en Ukraine ou le Centre national du management en Moldavie ont également été associées. Le fait que les deux pays tardent à élaborer des Plans nationaux hospitaliers s'explique ainsi à la fois par la moindre attention accordée au secteur hospitalier dans les premières années à la suite de l'indépendance, mais également par le manque de compétences des institutions nationales dans ce domaine[1].

En 2008, le ministère de la Santé de Moldavie a réalisé une étude du développement du secteur hospitalier. Cette action s'inscrivait dans une politique plus générale d'amélioration des services de santé dans le pays, pour laquelle le gouvernement moldave avait obtenu des ressources financières de la part de la Banque mondiale. Les conclusions de cette étude ont montré qu'aucun investissement significatif n'a été effectué dans le domaine des hôpitaux depuis 1991. L'infrastructure hospitalière se trouvait dans un état déplorable, l'âge moyen d'une institution médicale publique étant de 45 ans. Afin d'améliorer cette situation, un cadre législatif a été adopté sous le nom de « La stratégie nationale de développement hospitalier pour 2008-2011 ». Ce document, complété par un Plan d'Actions et suivi par la « Stratégie pour le développement du système de santé 2008-2017 », atteste de l'importance accordée par les pouvoirs publics au secteur hospitalier, ainsi qu'aux améliorations souhaitées dans ce domaine[2]. Il a été à la base de la réflexion du ministère de la Santé en matière de planification hospitalière. Cette dernière fut concrétisée par le Plan National des Hôpitaux en juin 2010, élaboré avec le concours de consultants internationaux et dans le cadre du programme national d'assistance médicale et sociale financé par la Banque mondiale. L'octroi de financements de la part des « donneurs internationaux », comme a l'habitude d'appeler le ministère de la Santé de Moldavie les organisations internationales lui accordant des

[1] En 2007, la Moldavie a adopté la Politique Nationale de santé pour les années 2007-2021. Bien que ce document soit un premier pas vers le développement d'une planification nationale en matière d'offre de soins, il continuait à prendre en compte une organisation de l'assistance médicale selon « des formules, plutôt que des besoins », Atun, Rifat et al., *op. cit*., p. 68.

[2] La volonté du ministère et des professionnels de la santé de Moldavie était de réaliser quatre Centres Hospitaliers d'Excellence, afin de combiner les technologies médicales de pointe, l'équipement médical sophistiqué, le système de gestion et la mise en œuvre des mécanismes de partenariat public-privé.

financements, a incité les pouvoirs publics à faire des rapports d'évaluation du domaine de la santé. Si au départ, l'attention fut portée à l'assistance médicale primaire, vers la fin des années 2000, elle fut orientée vers le secteur hospitalier.

L'Ukraine a adopté le Plan National pour le développement de la santé en 2010, par le Décret N°815 du Cabinet des ministres. Comme pour la Stratégie de développement de la santé en Moldavie, le Plan National de l'Ukraine a visé la mise en place de lignes directrices des actions à mener dans le domaine de la santé[1]. Il s'agit ici des premières avancées en termes de planification du développement de l'offre de soins, de sa réorganisation sur le territoire, ainsi que du financement du système de santé dans son ensemble. Cependant, si la Moldavie est allée plus loin, en élaborant le Plan National des Hôpitaux, l'Ukraine poursuit en 2011 la réflexion sur le mécanisme d'assurance maladie à adopter. Ainsi, bien que les deux pays soient confrontés à des problèmes similaires de la réorganisation de l'offre hospitalière, ils n'ont pas procédé aux mêmes actions au même moment, ce qui laisse constater un léger décalage dans le domaine du développement du secteur hospitalier. La Moldavie a adopté le Plan National des Hôpitaux en 2010, réorganisant l'ensemble de l'offre hospitalière sur son territoire. Le ministère de la Santé a engagé depuis une réflexion autour de la modernisation des principales institutions hospitalières du pays. L'Ukraine peine en revanche à développer une conception du développement du secteur hospitalier sur son territoire, le ministère de la Santé laissant aux régions le soin d'effectuer des modernisations hospitalières en fonction de leurs ressources.

Le fait qu'il n'y ait pas d'action majeure en termes de politique publique de développement hospitalier (comme un plan ou une stratégie nationale de modernisation de l'ensemble des hôpitaux hérités de la période soviétique ou une réforme de la politique hospitalière dans son ensemble) ne suffit pas à établir une absence de modernisations hospitalières en Ukraine et en Moldavie à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. Un regard plus approfondi permet de déceler des actions, éventuellement ponctuelles, des pouvoirs publics dans le secteur hospitalier. En Ukraine, le président Viktor Iouchtchenko et sa Fondation Ukraine 3000 dirigée par son épouse Ekateryna Iouchtchenko ont été à l'origine de l'opération de modernisation hospitalière la plus importante depuis la déclaration de l'indépendance en 1991. En Moldavie, les actions d'amélioration du parc hospitalier, au sein du projet d'assistance financé par la Banque mondiale, ont mené à la restructuration de plusieurs

Centres de santé d'assistance primaire, ainsi que de l'HCR, l'institution hospitalière la plus importante du pays (en termes de taille et d'offre de soins proposée). On note ainsi dans les deux Etats des allocations de ressources publiques en faveur de la modernisation des hôpitaux vers la fin des années 2000.

Comme nous l'ont confirmé les responsables du ministère de la Santé en Ukraine, il n'y a pas d'action politique majeure en matière de développement des hôpitaux depuis l'effondrement de l'Union soviétique. On observe cependant des constructions et/ou de modernisations d'institutions médicales à partir des années 2000. Les professionnels du bâtiment avec lesquels nous nous sommes entretenue durant la thèse, ont mentionné la croissance de projets hospitaliers, dont certains avec la participation d'acteurs internationaux (organisations internationales, entreprises d'architecture et d'ingénierie).

A partir des années 2000, on note quelques pas hésitants des pouvoirs publics en Ukraine en vue de l'évaluation du secteur hospitalier, comme l'adoption du Plan national des hôpitaux en juin 2010. Cependant, comme nous l'ont confirmé les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé lors de notre enquête, il n'y a pas pour le moment de réflexion ou de réforme des équipements hospitaliers, en absence d'un mécanisme de financement du système de santé. En Moldavie, une orientation de réforme du secteur hospitalier semble se dessiner depuis la fin des années 2000, dans le cadre d'actions de modernisation du secteur de la santé soutenues par des financements de la Banque mondiale. Nous pouvons également noter qu'à la différence de l'Ukraine, la Moldavie a mis en place un système d'assurance maladie depuis 2004, ce qui lui donne davantage de marge de manœuvre dans la modernisation de ses institutions médicales[2].

Dans ce contexte, les actions en faveur de la modernisation des hôpitaux ne semblent pas tellement « prisonnières » de la dépendance au sentier, qui renverrait aux attachements à la configuration institutionnelle de la période soviétique. Nous avons pu le constater avec les décisions des ministères de la Santé en Ukraine et en Moldavie de réduire le nombre de lits hospitaliers et par là, même des hôpitaux, ce qui se détache nettement de la politique hospitalière de l'URSS les ayant, au contraire, augmentés. Cet exemple doit être bien entendu relativisé, dans la mesure où les choses sont plus compliquées que cela : la réduction des

---

[1]Lekhan, Valeria et al., *op. cit*., p. 42.

[2] Des ressources, bien que considérées toujours insuffisantes, peuvent néanmoins être allouées du budget public aux travaux de restructuration des établissements de santé.

hôpitaux a rencontré parfois des résistances de la population, habituée, elle, d'avoir un accès très large à l'offre de soins[1] ; en Ukraine, la Constitution a sauvegardé le principe d'accès gratuit à la santé, hérité de la période soviétique, ce qui a posé davantage de problème à la fermeture des hôpitaux, ainsi qu'à la mise en place d'un mécanisme de financement du système de santé. Mais malgré cela, l'orientation politique immédiate à la suite de l'indépendance dans le domaine de la santé a été de réduire le nombre de lits excédentaires dans le secteur de la santé, allant de manière explicite dans le sens d'une réforme et d'un détachement des normes du système Semashko d'autrefois.

Bien qu'il soit souvent mentionné dans la littérature que les anciens pays soviétiques peinent à rompre avec les arrangements institutionnels hérités de l'URSS (ce que nous faisons, par moment, au sein de cette thèse également), il semble qu'en ce qui concerne la modernisation du parc hospitalier, les actions de réforme sont retardées non pas en raison d'un attachement au passé, mais par l'absence d'expérience et notamment de ressources financières. En Moldavie, lorsque les actions du ministère de la Santé ont été accompagnées par les financements de la Banque mondiale, des modernisations hospitalières furent lancées. On peut en quelque sorte suivre le fil des actions réalisées avec le soutien de cette dernière : à partir des premières mesures de réduction de lits, en passant par la mise en place d'un mécanisme de financement du système de santé, ensuite par le développement du secteur d'assistance primaire et jusqu'à l'évaluation du secteur hospitalier (Plan général des hôpitaux, Stratégie nationale du développement hospitalier) et le lancement de projets de modernisation hospitalière. Ce point n'est pas censé diminuer l'action des acteurs nationaux en Moldavie au profit de l'intervention de l'organisation internationale. Il s'agit au contraire, de souligner que les deux semblent être allées de pair pour le développement du secteur de la santé dans ce pays. On peut à l'inverse s'interroger sur l'absence des financements internationaux en Ukraine au sein du système de santé, car leur attrait (élaboration de programmes de réforme, comme celui de l'amélioration des conditions de santé du gouvernement moldave) dépend au final d'actions indubitablement politiques.

Au sein de ces orientations politiques et de cette configuration institutionnelle, on observe la réalisation de projets hospitaliers à la fois en Ukraine et en Moldavie, notamment à partir des années 2000. Si en Ukraine on a identifié un projet hospitalier de type tertiaire réalisé sous

[1] Il y avait par exemple des policliniques presque dans chaque village, les gens s'y attachant à l'idée de pouvoir aller se soigner à proximité.

l'impulsion du président de la république et soutenu par des financements provenant de l'Etat et des citoyens (l'HDF de Kiev), en Moldavie on note la modernisation de Centres de santé et de l'HCR, soutenus par la Banque mondiale. On voit ainsi qu'en Ukraine, même en absence d'un cadre d'action publique pour la modernisation des hôpitaux, le lancement d'un projet hospitalier a été possible sous l'impulsion d'un haut représentant politique.

Dans ce contexte, le lancement de projets de modernisation hospitalière ne s'est pas fait dans la même configuration institutionnelle en Ukraine et en Moldavie. Ce qui nous importe ici c'est notamment le soutien politique pour les deux projets identifiés. Sauf que ce soutien ne s'exprime pas de la même façon et, de plus, est plus important en Ukraine qu'en Moldavie. Dans le cas ukrainien, le soutien politique est plus directement exprimé à travers l'implication du président de la République (décision législative en vue de la création du projet hospitalier, allocation de ressources financières et matérielles, surveillance lors de différentes étapes de conception architecturale). En Moldavie, le soutien politique s'exprime de manière plus indirecte, à travers la relation entre le gouvernement (et plus spécifiquement le ministère de la Santé) et la Banque mondiale (imposant une conditionnalité aux ressources allouées). Il y a un intérêt politique à mettre en œuvre le projet hospitalier selon les contraintes exigées, afin de continuer d'avoir le soutien financier de l'organisation internationale pour la réforme en cours ou d'autres à venir. L'analyse des deux cas s'appuie donc sur la présence d'un facteur politique plus marqué en Ukraine et la présence d'une organisation internationale en Moldavie.

III) Le lancement de projets hospitaliers

Afin de comprendre les raisons des décideurs politiques ukrainiens et moldaves à faire appel à des consultants internationaux en matière de modernisation hospitalière, nous analysons au sein de ce chapitre deux projets. En Ukraine, l'Hôpital du Futur permet d'évaluer le rôle du soutien politique du président Viktor Iouchtchenko. En Moldavie, l'HCR permet d'étudier le rôle de la Banque mondiale dans l'appel à des entreprises d'architecture de l'étranger. Ces deux projets ont été sélectionnés parce qu'ils permettent d'analyser l'organisation d'appels d'offres internationaux. En Moldavie, nous avons le choix entre deux projets : les Centres de santé et l'HCR de Chisinau. Les deux ont été soutenus financièrement par la Banque mondiale. Mais ils ne permettent pas d'analyser les mêmes étapes de modernisation hospitalière. L'HCR a été privilégié au sein de ce chapitre parce qu'il permet d'étudier

l'organisation d'un appel d'offre international, selon les critères de la Banque mondiale. Le projet des Centres de santé est abordé dans les chapitres suivants, parce qu'il permet d'analyser l'implication de l'organisation internationale dans la mission architecturale.

A) L'Hôpital du Futur en Ukraine

Le projet de l'HDF de Kiev est la modernisation hospitalière la plus importante, selon la taille et les ressources, réalisée en Ukraine depuis l'effondrement de l'Union soviétique. Il s'agit de la création d'un établissement de santé de 250 lits, 53000m² et d'un coût total estimé de 120 millions dollars USD, pour le traitement des maladies du cancer chez la mère et l'enfant. L'institution doit comporter plusieurs départements de diagnostic et de traitement (oncologie-110 lits, pédiatrie générale-45 lits, chirurgie pédiatrique-35 lits et périnatal-60 lits), avec des équipements et des technologies médicales de pointe. L'opération fut lancée selon une idée de l'épouse du président, Kateryna Iouchtchenko et de son association, la Fondation Ukraine 3000. Appuyé par l'Administration[1] auprès de la Présidence de l'Ukraine (dorénavant « Administration du président »), le projet de l'HDF fut lancé en 2006. Plus précisément, la Décision du Cabinet des ministres N°722 du 25 mai 2006 a entériné la construction du « Centre de la Protection de toute l'Ukraine pour la mère et l'enfant » (l'Hôpital du Futur). Par là même, il a été décidé de confier à la Fondation Ukraine 3000 – les travaux de conception architecturale, et à l'Administration du président – les travaux de construction ultérieure du bâtiment[2]. En plus de la décision politique, les responsables de la Fondation ont posé le 16 mars 2006 une capsule sur le terrain de construction du futur hôpital, marquant ainsi de manière symbolique l'importance de la réalisation du projet pour l'Ukraine. Les actions initiales, ainsi que le déroulement ultérieur du projet de l'HDF de Kiev ont été largement médiatisées, comme nous avons pu le constater durant notre enquête de terrain. Ceci fut essentiellement lié au soutien politique accordé par le président de l'Ukraine, Viktor Iouchtchenko, mais également à l'action de la Fondation Ukraine 3000.

Comme nous le mentionnions précédemment, la construction de l'HDF de Kiev ne s'est pas inscrite dans un vaste programme de réforme de la santé. Nous avons vu que l'Ukraine a eu

[1] Nous gardons ici l'intitulé avec un « A » majuscule, étant donné qu'il s'agit du nom de cette institution étatique en Ukraine.

[2] Bien que dans la théorie la séparation de ces deux missions ait été nette, nous avons pu observer que l'Administration présidentielle est intervenue à de nombreuses reprises lors des premières phases de la conception du bâtiment, apportant ainsi un soutien politique au projet de modernisation hospitalière.

des difficultés à mettre en place un mécanisme de financement de son système de santé. De ce fait, les investissements dans le domaine hospitalier étaient également freinés (en l'absence de ressources publiques suffisantes). L'HDF fut lancé par un haut représentant politique – le président du pays – à la suite d'actions menées par la Fondation dirigée par son épouse dans le domaine de la santé. La réalisation du projet partait du constat de cette dernière d'un manque d'offre de soins dans le domaine hospitalier, qui obligeait de nombreux patients à partir dans des établissements à l'étranger. L'idée commune de la Fondation et du président a pris les contours en consultant les administrations en charge des questions de santé, comme le ministère de la Santé. C'est ainsi qu'en raison des chiffres de mortalité élevés, il a été décidé d'investir plutôt dans le traitement du cancer chez l'enfant. Le traitement de cette maladie était considéré une des priorités nationales.

Le fait que la construction de l'hôpital ne fasse pas partie d'une réforme hospitalière, pour laquelle des ressources auraient pu être octroyées, a posé la question du financement du projet. Il fut imparti que la Fondation Ukraine 3000 administre la partie architecturale (et trouve donc la somme nécessaire) et que l'Etat alloue en revanche des ressources publiques pour la construction ultérieure du projet. Il convient également de noter que les membres de la Fondation Ukraine 3000 espéraient qu'à travers la réalisation de cette modernisation hospitalière, de nombreuses autres allaient suivre dans le pays. Ils n'ont pas hésité à caractériser l'HDF de Kiev comme étant un « projet-pilote » qui devait créer « un effet domino » dans le secteur hospitalier en Ukraine[1].

Afin de trouver les ressources financières nécessaires à la conception architecturale de l'HDF de Kiev, la Fondation Ukraine 3000 a organisé une vaste opération de collecte d'argent à travers le pays. S'étant déroulée entre le 29 septembre et le 15 décembre 2006, la collecte a pris la forme d'une tournée nationale, mais également internationale, lors de laquelle la Fondation a présenté le projet et sensibilisé la population ukrainienne à son importance pour le pays[2]. De nombreux hommes d'affaires ukrainiens, organisations, représentants de la diaspora ukrainienne de l'étranger, mais également simples citoyens ont participé à cette opération, considérée comme étant la plus importante action charitable qu'ait connue l'Ukraine. Au total, environ 29 millions dollars USD ont été collectés par la Fondation pour la

[1] Entretien avec Vira Pavliuc, Fondatin de l'HDF de Kiev, Ukraine, 2010, traduit du russe.
[2] Bien que l'opération téléthon se soit déroulée entre ces dates, les donations de la part de divers entrepreneurs ukrainiens ont continué tout au long du projet, sous la forme de financements d'équipements médicaux, technologies médicales ou encore de formation (stages) du personnel médical de la future institution.

réalisation de l'Hôpital du Futur durant l'opération de téléthon initiale et environ 44 millions dollars USD selon des donations ultérieures, tout en sachant que la Fondation déclare avoir reçu jusqu'en 2010 un peu moins d'un millions de dollars USD (certaines promesses n'ayant pas abouti, d'autres étant en cours de négociation ou se traduisant par des donations d'équipements)[1]. L'opération de charité organisée pour l'hôpital de Kiev permet de souligner la popularité et la médiatisation du projet. L'ampleur de l'opération fut également liée au soutien politique affiché par le président Viktor Youshchnko, qui n'a pas hésité à être présent lors du téléthon par exemple et à faire des déclarations quant à l'importance du projet pour l'ensemble du peuple ukrainien. Mais le soutien politique que nous analysons en tant que facteur ayant influencé la conception architecturale de l'hôpital et notamment le transfert de normes depuis l'étranger, va au-delà des déclarations politiques.

Le soutien politique pour l'hôpital de Kiev auquel nous faisons référence concerne l'implication du président dans la réalisation du projet. L'implication au sein d'un projet de construction peut être directe (participation à des réunions, des visites de chantier), mais également indirecte (suivi des opérations de construction, réunions avec les responsables du projet). Dans le cas de l'HDF de Kiev il s'agit plutôt d'une implication indirecte du président Viktor Iouchtchenko, notamment à travers l'Administration du président (institution présidentielle) et la Fondation Ukraine 3000 dont il était fondateur et que son épouse dirigeait durant le projet.

L'action du président de l'Ukraine a concerné la décision de la création de l'Hôpital du Futur. Il est également intervenu, lors du déroulement du projet, pour solliciter les administrations (cf. chapitre 6). En plus de cela, les moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette opération de modernisation hospitalière ont été accordés. Selon la disposition ministérielle, deux organisations principales ont été nommées pour effectuer les missions de réalisation du projet : la Fondation Ukraine 3000 fut en charge de mener à bien la conception architecturale de l'hôpital et l'Administration du président devait se charger par la suite de la construction du bâtiment. Des moyens financiers et matériels furent ainsi mobilisés, comme par exemple la création d'une sous-structure au sein de la Fondation Ukraine 3000 – la Fondation de l'Hôpital du Futur (dorénavant la FHDF ou la Fondation de l'hôpital), avec des locaux et un

[1] Voir le Tableau des principaux donateurs sur la page web du site web de l'HDF de Kiev (version en langue ukrainienne) : http://www.likarnya.org.ua/img/forall/Fundrise_Info_DLM_www.pdf. Selon ces informations, les déclarations initiales de donation s'élevaient à 44 500 000 dollars USD, étaient de 28 300 000 dollars USD à la suite des négociations et de 999 985 dollars USD reçus au 01.05.2010.

personnel dédié uniquement au projet. Mais de plus, l'Administration du président fut sollicitée également durant la mission de conception architecturale, lors de réunions importantes de la Fondation de l'HDF (comme par exemple le contrat avec les entreprises étrangères). Ceci laisse penser que le président avait à travers cette administration qui lui était proche, « un œil » sur le déroulement du projet de Kiev.

L'intérêt du président ukrainien pour l'HDF pourrait s'expliquer par le fait que la construction de l'hôpital devait être réalisée par la suite par l'Etat et que l'Administration du président, en tant qu'institution étatique, était aussi concernée par les missions initiales. Mais le projet avait également une forte connotation politique, de par l'implication de la Fondation Ukraine 3000 dirigée par l'épouse du président. A ce titre, de nombreux commentaires dans les médias ukrainiens ont visé le président à travers l'HDF, notamment à l'approche de la période électorale. Sans rentrer ici dans les débats sur la réalisation de cette opération et de son rôle dans la communication politique du président Viktor Iouchtchenko, il s'agit de souligner le fait que les conditions de lancement de ce projet en Ukraine l'y ont fortement associé et qu'il a donc été d'autant plus concerné et intéressé quant à sa réussite. Un autre aspect du soutien politique du président a été par exemple la convocation d'une réunion interministérielle en vue d'appeler les administrations (ministère de la Santé, ministère de la Construction, ministère de l'Ecologie) pour aider à la réalisation de l'hôpital de Kiev. Par ailleurs, son soutien a pu également être mentionné pour l'obtention du Statut Expérimental du projet, point qui sera abordé dans le chapitre 6.

L'Administration du président avait une relation de collaboration étroite avec la Fondation de l'HDF non pas seulement parce que cela permettait au président d'être au courant et de suivre le déroulement du projet, mais parce que la construction du futur bâtiment devait se faire sur le territoire de Feofania, ancien hôpital des hauts cadres du Parti communiste de l'Ukraine et qui dépendait de cette institution étatique. Dans ce contexte, de nombreuses actions (l'octroi du terrain pour la future construction, le déplacement du site qui a dû s'effectuer en cours du projet, les négociations au sujet de l'obtention de l'autorisation des voisins du terrain, ainsi que plus généralement la signature de différents documents) devaient être réalisées avec l'accord ou directement par l'Administration du président. Par conséquent, le soutien politique pour la réalisation du projet de l'HDF en Ukraine s'exprimait également à travers l'activité de l'Administration du président, une institution étatique sous sa direction et qui fut

étroitement associée à la réalisation du projet, non seulement pour la mission de construction (stipulée par la décision politique) mais également pour celle de conception architecturale.

La présentation de l'Hôpital du Futur à Kiev permet de retenir que ce projet, bien qu'il ne fût pas lancé dans le cadre d'une réforme du secteur hospitalier, a bénéficié d'un soutien politique fort de la part du président Viktor Iouchtchenko, à travers la Fondation Ukraine 3000 dirigée par son épouse, ainsi qu'à travers l'Administration du président, institution étatique sous son autorité. Ces deux entités ont collaboré de manière étroite durant la réalisation du projet et ont pu, à différents moments, demander une implication plus directe du président lui-même (comme la convocation de réunions interministérielles ou les consultations avec des conseillers proches du président ont pu l'attester). Nous étudions par la suite les raisons qui ont incité les acteurs nationaux à chercher des compétences internationales en matière de conception architecturale. Après avoir introduit les lignes générales de l'étude de cas qui sera analysée en Ukraine et de la variable principale la caractérisant – le soutien politique du président de la république, il s'agit à présent de mentionner le cas de l'HCR de Chisinau en Moldavie et les paramètres retenus pour notre étude.

B) L'Hôpital Clinique Républicain en Moldavie

L'Hôpital Clinique Républicain est une des plus anciennes institutions médicales de la Moldavie. Il a été fondé le 26 décembre 1817, dans l'objectif de créer un établissement hospitalier municipal[1]. Avec seulement 36 lits au départ, l'hôpital va peu à peu se développer, pour se doter dans les années 1870 de davantage de personnel médical, de ressources, d'une école d'infirmières, d'un laboratoire, d'un point de vaccination (contre la variole). Dans les années d'après-guerre, l'hôpital devient rapidement l'institution médicale la plus importante du pays, avec une offre de soins élaborée, des équipements et des technologies avancées. C'est à partir de cette période qu'il devient également un centre de recherche scientifique. L'édifice actuel de l'HCR fut construit dans les années 1977 et était considéré à l'époque parmi les institutions médicales les plus avancées de l'Union soviétique[2]. A la suite de

[1] Ous, Mihai, ancien directeur de l'Hôpital Clinique Républicain, dans « L'hôpital Clinique Républicain, trois dimensions du temps : 190 ans depuis sa fondation », traduit du roumain « Spitalul Clinic Republican in trei dimensiuni ale timpului :190 de ani de la fondare », publié dans le journal « Moldova Suverana », édition N° 195 du 25.12.07, disponible en ligne http://www.moldova-suverana.md/old_site/index.php?subaction=showcomments&id=1198506161&archive=1198586664&start_from=&ucat=9&, consulté le 15 avril 2011.

[2] Entretien avec Mihai Ous, directeur de l'HCR, Chisinau, Moldavie, 2009, traduit du roumain.

l'indépendance de la Moldavie, l'HCR est resté l'institution hospitalière de type tertiaire la plus importante du pays. D'une capacité de 740 lits et 18 départements médicaux (11 de chirurgie et 7 thérapeutiques), avec environ 22 salles d'opération pour 80 à 100 interventions chirurgicales quotidiennement, l'HCR est de loin l'établissement hospitalier avec l'offre de soins de diagnostic et de traitement les plus complexes.

L'idée de sa modernisation est apparue dans le contexte de l'évolution de la technique et de la science et de la nécessité d'introduire de nouveaux équipements et technologies médicales. Entre 2003 et 2007 quelques travaux de modernisation sont réalisés après trente ans de mise en exploitation, avec le soutien du gouvernement (à travers le Fonds d'investissements dans le domaine de la santé), le soutien du président (la rénovation du département de Réanimation Générale), mais également des fonds propres de l'hôpital (à la suite de la mise en place du système d'assurance maladie en 2004 et de l'augmentation des financements reçus[1]). Il s'agit néanmoins de réparations de divers départements, en vue notamment d'accueillir de nouveaux appareils médicaux et d'améliorer l'offre de soins. Mais ces réparations n'étaient pas suffisantes, essentiellement parce que la structure du bâtiment ne correspondait plus aux exigences techniques de nouveaux appareils médicaux[2]. Bénéficiant de l'attention de représentants politiques, l'HCR fut inclus dans le cadre du projet de réforme du système de santé, financé par la Banque mondiale, afin de finaliser les réparations commencées et construire également un nouveau département chirurgical. Selon les officiels du ministère de la Santé et le directeur de l'hôpital, l'HCR est censé devenir un « Centre d'excellence », offrant des services de diagnostic et de traitement de pointe et se dotant des équipements et technologies médicales les plus avancées[3].

La restructuration de l'HCR de Chisinau en Moldavie a été lancé dans le cadre de l'Axe I « Services de santé » du projet « Services de santé et assistance sociale » (SSAS) développé par le ministère de la Santé et soutenu financièrement par la Banque mondiale[4]. A la suite de la mise en place de la réforme de la santé dans les années 1998 et de l'appui accordé à

---

[1] Ous, Mihai, ancien directeur de l'Hôpital Clinique Républicain, article dans « Moldova Suverana », décembre 2007.
[2] *Ibid.*
[3] Entretien avec Oleg Hincu, Direction Assistance médicale, ministère de la Santé, Chisinau, Moldavie, 2009 et Andrei Usatii, directeur de l'HCR, Chisinau, Moldavie, 2010, traduit du roumain.
[4] Il s'agit d'un projet de réforme du système de santé en Moldavie, soutenu par la Banque mondiale. La première phase de ce projet a concerné la modernisation des institutions médicales de type primaire (2000-2006). A partir de la fin des années 2000, le ministère de la Santé s'intéresse à la situation du parc hospitalier. Le chapitre 4 précédent présente des informations plus amples à ce sujet.

l'assistance médicale primaire, les administrations moldaves se sont tournées à partir des années 2000 vers le développement des hôpitaux (comme nous avons pu le voir plus amplement dans le chapitre précédent de la thèse). La restructuration de l'HCR de Chisinau a été une des mesures clé de la modernisation du parc hospitalier décidée par les administrations moldaves vers la fin des années 2000, dans la continuité de la réforme du système de santé. L'objectif était d'introduire de nouveaux équipements et technologies médicales, en vue d'améliorer l'offre de soins disponible au sein de l'assistance médicale hospitalière. Nous avons vu qu'en Ukraine, l'HDF ne s'inscrivait pas dans une initiative globale des pouvoirs publics de modernisation du parc hospitalier, mais découlait plutôt d'une action singulière du président de la République, qui a saisi ensuite d'autres institutions nationales pour la réalisation de ce projet. En revanche, on observe en Moldavie que la restructuration de l'HCR de Chisinau s'est inscrite dans un Plan National Hospitalier, découlant ainsi d'une action de réforme du secteur de la santé au niveau national. Si pour la recherche du financement de ces actions publiques, la Moldavie a fait appel à une organisation internationale (la Banque mondiale), l'Ukraine a mis en place la collecte de ressources nationales intérieures (auprès de ses citoyens). On note ainsi, en Moldavie, la présence d'un acteur absent en Ukraine – une organisation internationale. Cette variable sera étudiée en tant que « organisation internationale », afin de la différencier de la variable « soutien politique » présente en Ukraine.

Comme le président de l'Ukraine et la Fondation Ukraine 3000 dirigée par son épouse, des responsables politiques moldaves (président, premier-ministre, ministre de la santé) ont déclaré à plusieurs reprises l'importance de la modernisation de l'HCR, de l'intégration d'équipements et de technologies médicales de pointe, le tout selon « des standards européens et internationaux ». Cependant, l'implication des élus dans la réalisation du projet moldave ne fut pas aussi soutenue que dans le cas ukrainien. En effet, nous n'avons pas identifié de participation d'élus à des réunions de travail sur le projet, ni de convocation de réunions interministérielles, ni de mise en place de ressources financières et matérielles (personnel dédié à la réalisation du projet) comme ce fut le cas en Ukraine. Ces éléments permettent de souligner une différence quant à la variable « soutien politique » retenue : elle demeure plus présente au sein de l'étude de cas en Ukraine qu'en Moldavie. La comparaison entre les deux cas permet donc de mettre en perspective le rôle de ce facteur dans le transfert d'expérience internationale.

Ce que nous appelons la variable « organisation internationale » fait référence au soutien financier de la Banque mondiale au projet de restructuration de l'HCR de Chisinau, en Moldavie. Dans le cadre du projet SSAS et plus particulièrement de l'axe I « Services de santé », le ministère de la Santé de Moldavie a reçu la somme de 3,7 millions de dollars USD, dont 3 millions ont été utilisés pour la restructuration de l'HCR (soit environ 82% de la somme totale accordée au développement du secteur hospitalier). Comme nous le verrons plus en détails ultérieurement, le financement de la Banque mondiale fut accompagné de conditions de sa mise en œuvre. Nous nous intéressons en particulier aux exigences techniques relatives à la procédure d'appels d'offre exigée par la Banque mondiale pour la sélection de l'entreprise de construction en charge de la modernisation de l'hôpital. A ce titre, il y a eu par exemple la mise à disposition de documents techniques pour l'élaboration du cahier des charges de la future institution médicale, ainsi que de consultants de la Banque (il s'agit ici de consultants nationaux) en charge d'aider les représentants de la maîtrise d'ouvrage (les fonctionnaires du ministère de la Santé) à mettre en œuvre l'opération.

Les actions de l'organisation internationale ont pu avoir une incidence sur le transfert de normes depuis l'étranger ou du moins, sur la participation des entreprises internationales de construction. Dans les lignes suivantes, nous questionnons le rôle de cet acteur extérieur dans la demande de compétence internationale des décideurs moldaves pour la modernisation des hôpitaux : est-ce que c'était une condition imposée par la Banque mondiale ? Ou est-ce que des raisons proprement nationales les ont incitées à s'orienter vers des entreprises de construction étrangères ? La présence de la Banque mondiale dans le cadre du projet en Moldavie permettra de vérifier l'hypothèse de la coercition exercée sur les acteurs nationaux en matière d'introduction de l'expérience internationale. D'autant plus que cet élément est absent dans l'étude de cas en Ukraine. En même temps, la comparaison des deux projets de modernisation hospitalière permettra de mieux approfondir les raisons qui ont incité les acteurs nationaux en charge de la modernisation des hôpitaux (le ministère de la Santé en Moldavie et la Fondation de l'HDF en Ukraine) à se tourner vers les entreprises de construction de l'étranger plutôt que vers des spécialistes nationaux.

C) Similarités et différences entre les deux projets hospitaliers

Ainsi, le contexte de mise en place des deux projets hospitaliers a été relativement différent en Ukraine et en Moldavie. L'HDF fut appuyé politiquement par l'implication de

l'Administration du président, ainsi que par le fait que la Fondation en charge de l'opération de conception architecturale était dirigée par l'épouse du président du pays. En Moldavie, le projet de l'HCR a été mis en place par le ministère de la Santé, en tant qu'administration centrale en charge du développement du secteur hospitalier, sans que l'on note l'implication directe d'élus. A la différence de l'Ukraine, un acteur international est présent dès le début du projet de modernisation hospitalière – la Banque mondiale. Nous notons néanmoins que les deux projets ont été mentionnés dans le discours politique des élus, démontrant ainsi l'intérêt de ces opérations de modernisation hospitalière dans le cadre de la réforme de la santé, ainsi que leur souhait de les moderniser selon une expérience internationale.

La similarité la plus importante des deux projets et qui a été déterminante dans leur sélection tient à la présence d'acteurs internationaux. Ainsi, tant pour la conception architecturale de l'HDF de Kiev, que pour la modernisation de l'HCR de Chisinau, un appel d'offres international a été lancé. A la suite de cette procédure, des entreprises d'architecture et d'ingénierie de l'étranger ont été choisies.

En dépit de ces fortes similarités, deux différences principales peuvent être notées. Le soutien politique, se référant aux actions de soutien (politique, financier) de hauts représentants politiques est présent davantage dans le cas ukrainien que celui moldave. L'assistance financière d'une organisation internationale n'est présente en revanche que dans le cas de la Moldavie. Ces deux éléments constituent donc les principales différences entre les deux projets hospitaliers analysés. Si on peut encore considérer que le soutien politique est aussi présent dans une certaine mesure dans le cas moldave (par un discours politique en faveur de la modernisation des hôpitaux et le lancement de réforme dans ce domaine), la présence de l'organisation internationale reste désormais le principal facteur de différence entre les deux études de cas. La comparaison des deux projets permet d'évaluer dans quelle mesure ces deux variables ont pesé sur le transfert de normes depuis l'étranger, ainsi que plus généralement sur leur transformation.

L'étude concomitante des deux projets hospitaliers permettra d'identifier les raisons de l'appel à une consultance internationale en matière de construction hospitalière. On verra si ce fut à cause d'une contrainte imposée de l'extérieur (le cas de la Moldavie permettra de le vérifier), si c'était un souhait d'imiter les actions dans ce domaine d'autres pays étrangers (mimétisme) ou si c'était une forme d'apprentissage (connaissance, plus ou moins précise, de la solution extérieure). Par ailleurs, nous souhaitons comprendre si l'Ukraine et la Moldavie

ont recherché les mêmes solutions de modernisation hospitalière, en raison des caractéristiques institutionnelles communes partagées pendant la période soviétique. Plus précisément, est-ce que ce n'est pas parce que l'Ukraine et la Moldavie ont connu les mêmes politiques et instruments d'action publique dans le domaine de la construction des hôpitaux durant la période soviétique, qu'ils ont été confrontés aux mêmes problèmes à la suite de leur indépendance et qui a fait aussi qu'ils se sont orientés vers des solutions similaires (l'attrait de l'expérience internationale) ? Autrement dit, est-ce que l'on peut observer dans la modernisation des hôpitaux de ces deux anciens pays soviétiques le poids des arrangements institutionnels et surtout, est-ce qu'il fut déterminant dans les changements engagés? L'hypothèse du transfert extérieur cherchera d'une part à relativiser l'attachement des décideurs politiques aux développements institutionnels de la période soviétique (dépendance au sentier), tout en offrant une piste du changement institutionnel (les décisions nationales sont liées aux facteurs extérieurs).

Section II : Les appels d'offres internationaux, porte d'entrée des acteurs étrangers

Tant pour la modernisation de l'hôpital de Kiev que pour celui de Chisinau, des appels d'offres internationaux ont été organisés. Les maîtres d'ouvrages nationaux (la Fondation ukrainienne et le ministère de la Santé de Moldavie) ont cherché à attirer des compétences internationales au sein de leur pays. Pourquoi est-ce que les décideurs ukrainiens et moldaves ont-ils cherché, vers la fin des années 2000, à attirer des compétences internationales dans le domaine de la modernisation des hôpitaux ? Nous avons souhaité connaitre les raisons qui les ont incités à vouloir s'orienter vers l'extérieur. Selon les mécanismes du transfert d'expérience internationale présentés dans le chapitre 2, ont-ils cherché à se rapprocher d'un Etat quelconque (mimétisme), ont-ils étudié l'expérience d'un pays en particulier en évaluant son efficacité avant de l'introduire chez eux (apprentissage) ou ont-ils été contraints de le faire par des acteurs extérieurs (coercition) ?

Ces questions renvoient au phénomène de transfert de politiques, d'institutions, de normes, d'idées à travers le monde. Les mécanismes de mimétisme, d'apprentissage et de coercition permettent de caractériser les motivations des acteurs nationaux à chercher des compétences extérieures. Mais si ces concepts aident à comprendre comment l'Ukraine et la Moldavie ont choisi d'introduire l'expérience au sein de leur pays (en voulant se rapprocher d'un pays en particulier ou par contrainte extérieure), ils n'expliquent pas pourquoi, à la base, ont-ils cherché à le faire ? Pourquoi par exemple, n'ont-ils pas cherché à moderniser leurs hôpitaux avec les compétences des entreprises locales, en introduisant tout simplement les équipements et technologies médicales de pointe disponibles sur le marché international ? En décidant d'ouvrir les appels d'offres à l'international, l'Ukraine et la Moldavie ont encouragé la venue d'entreprises étrangères.

Le souhait d'attirer l'expérience internationale était lié à la recherche de solutions à un problème similaire dans les deux pays. Le fait que l'Ukraine et la Moldavie soient confrontées à des problèmes similaires découle essentiellement des arrangements institutionnels de la période soviétique (nous y reviendrons). En revanche, le fait que les deux pays aient recherché des solutions similaires à ce problème n'est pas nécessairement lié à leur passé semblable. En ligne avec le phénomène du transfert de politiques publiques, nous avançons l'hypothèse que les décideurs nationaux de l'Ukraine et de la Moldavie ont souhaité adopter

l’expérience internationale par mimétisme. A ce titre, ils n’ont pas privilégié les compétences nationales lors de la prise de décision de modernisation du parc hospitalier, mais ont recherché au contraire, à s’appuyer sur ce qui se faisait au niveau international dans ce domaine. Dans cette explication, c’est le facteur international, plus que celui national, qui rentre en jeu pour expliquer les actions des décideurs ukrainiens et moldaves.

L’hypothèse annoncée sera vérifiée en deux temps. D’abord, nous nous interrogeons sur le poids des arrangements institutionnels hérités de la période soviétique dans la recherche d’une compétence étrangère en matière de modernisation hospitalière. Est-ce que l’héritage (les résultats) des politiques et instruments d’action publique de l’URSS en Ukraine et en Moldavie ont influencé leur choix de s’orienter vers l’extérieur ? En sachant que l’Ukraine a hérité d’un plus large nombre de spécialistes de la construction des hôpitaux (Cf. chapitre 4), est-ce que la recherche de solutions étrangères a été moindre que celle de la Moldavie (qui en avait beaucoup moins) ? Ensuite, seront explorées les conditions dans lesquelles les acteurs nationaux ont recherché l’expérience internationale, à travers l’analyse des procédures d’appels d’offres internationaux, en révélant les mécanismes de transfert (apprentissage, mimétisme ou coercition).

I) Pourquoi faire appel à une consultance internationale ?

Le souhait de faire appel à des professionnels étrangers dans le domaine de la construction des hôpitaux est essentiellement lié dans les anciens pays soviétiques à leur manque d'expérience nationale dans ce domaine. Cet aspect a été souligné à plusieurs reprises durant les entretiens réalisés tant en Ukraine qu'en Moldavie. Dans cette dernière, le manque de spécialistes dans le domaine de la construction hospitalière au niveau local était plus significatif qu'en Ukraine. Ceci s'explique par des données structurelles. Il y avait peu d’architectes hospitaliers en Moldavie, initialement en raison d'un manque de formation, renforcé ensuite par l'absence de cabinets d'architecture spécialisés dans le domaine de la santé. Or, en Ukraine, non seulement la formation des architectes était plus développée qu'en Moldavie, mais on y notait l'existence de l'Institut Ghyipronizdrav, spécialisé dans la conception de projets hospitaliers et émetteur de normes de construction architecturale pour les établissements de santé de l'ensemble de l'Union. Ces éléments d'ordre structurels ont influencé le développement de la profession d'architecte durant la période soviétique, mais également à la suite de l'indépendance de ces deux pays en 1991. Ainsi, les représentants du ministère de la Santé de Moldavie, souhaitant

procéder à la modernisation du parc hospitalier n'ont pas hésité à souligner le manque d'expérience des spécialistes locaux, tout en justifiant l'appel à une consultance internationale :

« Nous n'avons pratiquement pas d'architectes capables de réaliser des hôpitaux de pointe en Moldavie ou du moins qui soient spécialisés dans ce domaine. Sans mentionner le fait que ceux que nous avons, ont une expérience basée sur les normes techniques de l'Union soviétique. Ils ne possèdent donc pas les compétences nécessaires pour la modernisation d'un hôpital selon les standards européens, selon ce qui se fait dans les pays plus avancés. C'est pour cette raison que nous avons tout intérêt à faire appel à des professionnels de l'étranger »[1].

En mentionnant les développements dans le secteur hospitalier, Oleg Hincu, consultant à la Direction d'assistance médicale du ministère de la Santé affirme que c'est en particulier depuis les années 2003 qu'il y a de plus en plus de spécialistes étrangers en Moldavie. Les raisons invoquées par le représentant du ministère de la Santé, sont liées à la perception d'un manque de compétence nationale qui incite l'appel à des spécialistes de l'étranger :

- « *Pourquoi a-t-on fait appel à des consultants internationaux en matière de développement hospitalier, plutôt qu'à des spécialistes locaux ?*

Plutôt depuis 2003, parce que c'est depuis cette période qu'il y a plus de consultants internationaux dans le domaine hospitalier. On y a fait appel parce que n'ayant pas ou considérant que nous n'avons pas des experts locaux, et les institutions locales ont considéré qu'il sera mieux s'ils sont internationaux, parce qu'ils savent mieux ce qu'ils ont là-bas. Je sais que pendant les négociations il n'y a pas eu de restrictions au rôle des consultants locaux…mais les méthodes de sélection en elles-mêmes…Lorsque le service de consultance propose une société qui a déjà réalisé 20 projets de la sorte à l'extérieur du pays et on propose un service de consultance de la République de Moldavie qui n'a pas activé dans le cadre des système de santé d'autres pays, bien sûr que sera sélectionnée la société avec plus d'expérience. Et ce que l'on attend de ces consultants internationaux…On n'attend pas seulement le constat des problèmes ou des recommandations générales, mais la proposition

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

de solutions concrètes, à commencer par la description des entrées, du mécanisme et des résultats…. »[1].

Le représentant du ministère mentionne très clairement la volonté de moderniser les hôpitaux de Moldavie selon le modèle des pays plus avancées. L'attrait des consultants internationaux est lié précisément au fait qu'ils connaissent les conditions selon lesquelles fonctionnent ces hôpitaux. Leur expertise se traduit par l'expérience qu'ils possèdent et par leur action au sein des systèmes de santé de l'étranger qui sont davantage appréciés face aux compétences des spécialistes locaux.

La volonté du ministère de la Santé de restructurer l'HCR afin qu'il devienne une institution médicale de pointe a été soulignée même avant le lancement de l'appel d'offre international. Nous avons ainsi identifié plusieurs articles de presse mentionnant le souhait des pouvoirs publics moldaves d'adopter l'expérience internationale pour la modernisation de l'hôpital de Chisinau :

« Le président Vladimir Voronin a souligné l'importance de la réalisation du projet de modernisation de l'Hôpital Clinique Républicain, institution spécialisée avec des traditions de valeur en République de Moldavie, dans le sens du renforcement de l'ensemble du système hospitalier du pays (…). Par ailleurs, étant donné les particularités du projet et la nécessité de respecter entièrement l'ensemble des standards contemporains dans le domaine, Vladimir Voronin a fait référence à l'opportunité d'attirer dans la réalisation des travaux de conception et de construction, au travers de la sélection par un appel d'offre international, des sociétés étrangères possédant de l'expérience dans le domaine de la modernisation d'institutions médicales de tel genre »[2].

Le projet moldave était la composante d'un processus de réforme de l'ensemble du système hospitalier. Déclamé par le président de la Moldavie de l'époque, il devait servir d'exemple pour la modernisation des autres institutions médicales. Dans ce contexte, l'apport des consultants internationaux était censé permettre l'introduction d'un modèle de modernisation hospitalière qui pouvait être reproduit par la suite à l'ensemble du pays. En plus des

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*
[2] Communiqué de la Présidence de la République de Moldavie, 22 janvier 2009, http://www.presedinte.md/press/.

responsables politiques, les représentants de la Direction de l'hôpital avaient également des attentes élevées :

« La reconstruction de l'hôpital n'est pas un projet « en aparté », la reconstruction de l'hôpital va influencer l'ensemble du système hospitalier du pays : avec le temps, on va revoir également les capacités des hôpitaux régionaux, il y aura l'échelonnement des patients, ce sera différent, car on ne peut pas continuer ainsi. Car actuellement, un patient opéré au niveau régional, par un chirurgien moins expérimenté, est transféré à l'Hôpital Clinique Républicain avec des complications… »[1].

On peut observer que le projet de modernisation de l'HCR de Moldavie était envisagé par les pouvoirs publics comme une opportunité de réformer par la suite les autres institutions médicales du pays. Comme dans le cas de l'hôpital de Kiev, l'hôpital de Chisinau représente la plus importante modernisation hospitalière réalisée depuis l'effondrement de l'Union soviétique :

« Nous sommes impatients, car la rénovation de cet hôpital sera historique. Déjà, la mise en exploitation de cet hôpital durant l'Union soviétique a été un événement, car c'était un des plus modernes de toute l'URSS. Car un tel hôpital, un tel type de projet hospitalier, il y en a seulement chez nous, à Tbilissi et en Finlande. Sans parler de tous les membres du personnel médical qui attendent la reconstruction de cet hôpital »[2].

L'expérience des professionnels étrangers était d'autant plus sollicitée que les professionnels locaux du domaine de la construction ne possédaient pas suffisamment de compétences pour la modernisation des institutions médicales de pointe, du type de celles des pays avancés :

« En effet, chez nous, en Moldavie, mais aussi en Ukraine, les pays voisins, il n'y a pas de tels cabinets d'architecture qui puissent concevoir un hôpital contemporain moderne, car à l'heure actuelle, les exigences sont toutes autres par rapport à ce qui a été durant l'Union Soviétique.

[1] Entretien avec Mihai Ous, directeur de l'HCR, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

C'est différent ici. Nous n'avons pas de telles sociétés d'architecture, nous n'en avons pas. J'ai été également en Estonie, mais également à Prague et de ce que j'ai pu voir, j'ai pu comprendre que chez eux c'est une toute autre expérience… »[1].

L'ancien directeur de l'hôpital mentionne également que ce qui était attendu de la part des professionnels étrangers était surtout la partie architecturale, la construction "en dur" du futur bâtiment pouvant être réalisée par les firmes de construction locales :

« L'idée principale est qu'ils nous conçoivent le projet, car en effet, une fois que nous avons le projet, nous disposons ici, dans notre pays, des sociétés de construction. Donc c'est précisément concernant la conception que nous avons besoin d'eux. Pour le reste, notre main d'œuvre travaillera ici, nos entreprises de construction. Tu as le projet, tu as des matériaux, tu as la main d'œuvre – tu construis!»[2].

L'orientation vers l'expérience internationale semble donc s'inscrire dans un raisonnement rationnel d'obtention de services de consultance hospitalière plus performants. Il y a également une attente des représentants du ministère de la Santé vis-à-vis des spécialistes étrangers à trouver des solutions aux problèmes rencontrés et non pas seulement à les signaler. Lors de différentes discussions, cet aspect fut très souvent mentionné. Comme l'affirmaient certains d'entre eux : « Les problèmes, on les connait nous-mêmes. C'est des solutions qu'on veut »[1]. Un autre point soulevé concerne le fait qu'il n'y a pas au départ une restriction quant à la participation des spécialistes nationaux. Ces derniers sont écartés parce qu'ils ont moins d'atouts que leurs concurrents étrangers. Les consultants internationaux se positionnent mieux par rapport aux spécialistes locaux parce qu'ils répondent mieux aux nouvelles exigences en matière de développement hospitalier et qui, elles, sont plus élevées que celles datant de la période soviétique. Les architectes moldaves attestent eux-mêmes de l'évolution de la technique et de la science qui a influencé la conception architecturale des bâtiments :

« Avant comment faisait-on? On prenait un grand volume de peinture et on peignait bien partout. Et cela convenait. Aujourd'hui ce n'est plus comme ça. C'est beaucoup plus sévère. Les murs doivent correspondre à certains critères, ainsi que le plancher et le plafond. Avant, seulement le plancher des salles d'opérations devait être aseptisé. Aujourd'hui c'est

---

[1] Entretien avec Mihai Ous, directeur de l'HCR, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

nécessaire également pour d'autres pièces qui se trouvent en amont de la salle d'opération, telles que la salle pré-opération et la pièce de stérilisation. Ou encore : de nouveaux besoins pour le lavabo. Si avant on pouvait prendre le lavabo directement depuis l'entrepôt, aujourd'hui tout cela doit être fermé.

Donc nous allons toujours de l'avant. En effet, nous sommes rentrés dans le XXI^{ème} siècle. Les exigences sont aujourd'hui plus élevées. Si autrefois on pouvait encore laisser passer des choses et on acceptait, pourvu que les gens se soignent, alors aujourd'hui ce n'est plus comme ça. Et tout ceci se voit dans notre projet architectural. C'est valable pour la partie architecturale, mais également électrique, technologique, toutes les parties d'un projet»[2].

Comme le mentionne aussi Andrei Usatii, ancien directeur de l'Hôpital Clinique Républicain de Chisinau et ministre de la santé, la période qui a suivi l'effondrement de l'URSS a appuyé les écarts entre les anciens pays soviétiques et les pays avancés en matière de développement hospitalier :

« Ce que l'on construisait ici (du temps de l'Union soviétique) était considéré de la plus haute performance. Cela a été en 1977, donc il y a 31 ans. Ça a commencé en 1967 et la construction a duré 11 ans[3]*. Si vous me demandez si l'Union soviétique durait jusqu'à présent…(rire). Durant cette période, je pense qu'ils ne s'imaginaient même pas…Même pas en Europe il n'y avait des institutions médicales comme maintenant. De toute manière, elles étaient plus développées que les nôtres, mais pas de beaucoup. Nous n'étions pas inférieurs à eux de beaucoup. Peut-être qu'ils avaient un demi-pas d'avance. Mais maintenant nous sommes beaucoup inférieurs à eux. La période de transition a stoppé beaucoup de choses. Depuis 1988 on a arrêté de nous développer. Beaucoup a été détruit »*[4].

Par conséquent, les représentants moldaves ont tenu compte du retard du pays en matière de développement hospitalier à la fois du point de vue des institutions médicales, que des spécialistes nationaux en charge de la réalisation de ces dernières. Ces raisons les ont incités à rechercher des solutions de modernisation du parc hospitalier à l'étranger :

---

[1] Discussions informelles avec plusieurs représentants du ministère de la Santé de Moldavie, durant notre stage de deux mois, mars-avril 2010, Chisinau, Moldavie.
[2] Entretien avec Igor Apostolov, Rural Proiect, *op. cit.*
[3] Il s'agit ici de la construction de l'Hôpital Clinique de Chisinau, Moldavie.
[4] Entretien avec Andrei Usatii, directeur de l'Hôpital Clinique Républicain, Chisinau, Moldavie, 2010.

« Nous souhaitons une conception architecturale faite par des experts étrangers parce que nos normes ont vieilli. Nous devons reconnaître cela. Et quand on veut quelque chose de nouveau et de performant, alors ce n'est pas un architecte qui se conduit d'après les normes de notre pays qui peut le réaliser. Autrement, nous aurions au final un produit qui ne sera pas très différent de ce qui est en réalité »[1].

La grande majorité des entretiens réalisés avec les acteurs du domaine hospitalier en Moldavie (et dont nous avons reproduit ici seulement quelques passages), ont souligné le souhait de s'écarter des caractéristiques des hôpitaux hérités de la période soviétique et d'en construire de nouveaux, plus performants, à l'image de ceux des pays occidentaux. L'appel à des compétences internationales est dans ce cas lié à la prise de conscience de l'obsolescence des établissements hospitaliers de la période soviétique, mais également du manque de compétence nationale dans ce domaine. La volonté de faire appel à des spécialistes étrangers plutôt que locaux en raison notamment de l'attachement de ces derniers à la façon de faire (aux normes informelles) de la période soviétique permet de l'accentuer. Les représentants des institutions nationales ont donc préféré la compétence internationale, afin d'introduire un nouveau savoir-faire, différent de celui des spécialistes locaux.

En Moldavie, en plus du fait que les architectes hospitaliers ont une expérience de travail basée sur les normes de la période soviétique, leur nombre est plus restreint qu'en Ukraine. La majorité des projets architecturaux étaient réalisés dans des organes centraux de l'URSS (Gosstroy, GhyipronyZdrav, cf. chapitre 4) et les professionnels du bâtiment moldaves ne faisaient qu'une adaptation (la « *priveazka* » aux conditions locales). Lors de notre enquête de terrain, nous avons eu des difficultés à trouver des architectes spécialisés dans la construction des hôpitaux en Moldavie. Nous avons identifié moins de cinq spécialistes de ce domaine dans tout le pays, dont certains étaient partis à l'étranger et d'autres n'étaient plus en vie. Ceux avec qui nous avons discuté, ont souligné le manque d'architectes moldaves dans le domaine hospitalier, mais également dans d'autres domaines. Ceci serait un facteur d'explication de l'appel à des spécialistes de l'étranger :

« Au fond, des spécialistes qui peuvent construire des hôpitaux à Chisinau sont restés trop peu. Certains n'ont pas été sollicités, d'autres sont décédés. Les spécialistes

[1]Entretien avec Ludmila Topchin, Directrice Direction Politiques dans le domaine des médicaments et dispositifs médicaux, ministère de la Santé, Chisinau, Moldavie, 2010, traduit du roumain.

technologues, donc fonctionnaires, sont restés à nouveau, qu'un ou deux. Mais ici il y a besoin et de connaissances, pas seulement de l'art de l'architecte qui dit que l'hôpital doit ressembler à ça. Cela peut être ainsi, mais il ne peut pas alors fonctionner, parce que la carcasse n'est pas bonne ».

L'architecte moldave lui-même reconnait que les spécialistes locaux auraient besoin d'être formés par des spécialistes étrangers afin de pouvoir concevoir et construire des hôpitaux selon les exigences actuelles :

« Je pense qu'on pourrait concevoir des hôpitaux. Il y a un spécialiste marquant sur les hôpitaux, l'architecte Ghenadie Jinkin et il y a encore quelques collègues à l'Institut Urban Proiect. On engagerait dans les entreprises des spécialistes de l'étranger, comme on fait pour tous les nouveaux projets. Par exemple, le Sky Tower, qui est construit ici vis à vis, est un édifice de bureaux de catégoorie 1A qu'on n'a jamais construit chez nous. Donc cette carcasse qui doit correspondre à la catégorie 1A qu'on a empruntée chez les étrangers...Des spécialistes de là bas ont été invités pour nous expliquer en quoi cela consistait. Bien sûr que nous ne vivons pas en fôret. Et avec les hôpitaux, il se passera la même chose »[1].

Surtout, l'architecte moldave souligne qu'il y a une différence dans la manière de construire le même type de bâtiment entre des spécialistes locaux et ceux de l'étranger. En prenant l'exemple d'un centre commercial construit récemment à Chisinau, il mentionne :

« Même lorsque a été construit le Mall, nous avons aussi invité des spécialistes, parce que nous n'avons pas conçu auparavant de telles choses. Nous avons conçu par exemple le magasin Unic[2]*. Mais cela est tout autre chose. Les deux sont grands. Mais la différence est très grandes entre eux »*[1].

Par conséquent, au-delà du fait qu'il n'y a pas beaucoup d'architectes spécialisés dans la construction des hôpitaux en Moldavie, il s'agit du fait que leur savoir-faire s'appuie sur les normes techniques de la période soviétique et qu'ils ne possèdent pas de connaissances et de compétences pour concevoir et construire des bâtiments modernes (que ce soit des hôpitaux ou des centres commerciaux). Autrement dit, les architectes de Moldavie ne savent construire les hôpitaux que selon ce qu'ils ont appris durant la période soviétique et eux-mêmes

[1] Entretien avec Vlad Modirca, architecte chef de la Ville de Chisinau, Moldavie, 2010.
[2] Il s'agit du principal centre commercial de Chisinau durant la période soviétique.

reconnaissent qu'ils ont besoin de connaître l'expérience internationale afin de construire des bâtiments modernes. La raison pour laquelle les représentants du ministère de la Santé ont cherché des compétences internationales pour la restructuration de l'hôpital repose sur ces aspects.

Face à l'héritage de la période soviétique – un nombre réduit de spécialistes de la construction hospitalière et un attachement de ces derniers à la façon de construire de la période soviétique – les décideurs moldaves se sont tournés vers l'extérieur pour résoudre le problème de la modernisation des hôpitaux. Ce sont donc les arrangements institutionnels de la période soviétique qui expliquent pourquoi la Moldavie a été confrontée à un problème de manque de spécialistes locaux et pourquoi aussi elle s'est orientée vers l'expérience internationale. Nous reviendrons vers cette idée, en nous intéressant plus spécifiquement à la manière dont les acteurs nationaux ont fait le choix d'adopter l'expérience de l'étranger. Il s'agit à présent de s'intéresser aux raisons qui ont incité la maîtrise d'ouvrage ukrainienne, la Fondation de l'Hôpital du Futur, à organiser un appel d'offres international. A la différence de la Moldavie, l'Ukraine possède davantage de spécialistes de la construction des hôpitaux, notamment en raison de l'existence de Ghiypronyizdrav, organisation en charge de l'élaboration de normes sanitaires et de la conception des projets-types hospitaliers. Au vue de cette compétence nationale, plus visible qu'en Moldavie, est-ce que les représentants ukrainiens ont moins cherché à s'inspirer de l'étranger ?

Dans le cas de l'hôpital de Kiev, la Fondation avait entrepris de nombreux voyages à l'étranger (notamment aux Etats-Unis, au Canada, mais aussi dans des pays de l'Union européenne) et était au courant des derniers développements hospitaliers. Elle souhaitait construire un établissement hospitalier à l'image de ceux des pays visités : « Nous avons pris naturellement cette décision. Nous avions à ce moment des spécialistes qui possédaient des connaissances sur la façon dont un hôpital présentait et fonctionnait à l'étranger. Il était évident que chez nous il n'y avait pas malheureusement la possibilité de réaliser un tel hôpital par nos propres moyens »[1]. La position très « ouverte à l'international » de la Fondation Ukraine 3000 doit être néanmoins différenciée d'autres représentants des institutions ukrainiennes. Ainsi, nous avons pu noter que la recherche d'une expérience internationale n'a pas été initialement le souhait des fonctionnaires du ministère de la Santé :

---

[1] Entretien avec Vlad Modirca, Ville de Chisinau, *op. cit*.

« Il y a eu des débats liés au choix du projet car certains ne voulaient pas organiser un concours d'architecture international, mais plutôt se baser sur les architectes ukrainiens. C'était au début de l'opération, à l'étape de l'organisation du concours.

- Qui fut de cet avis?

- Une partie des fonctionnaires du ministère de la Santé et du DUS[2]*. C'était, en partie, justifié : en effet, ils affirmaient et nous l'avons vu par la suite, que nous aurions des problèmes liés aux différences de travail entre les architectes locaux et les architectes étrangers. Ils craignaient qu'on se retrouve bloqué dans une impasse. De plus, le DUS avait eu une expérience avec des archis étrangers sur d'autres objets et ils avaient eu des problèmes liés au fait que le processus de conception durait trop longtemps »* [3].

Donc à la différence de la Moldavie, où les représentants nationaux n'avaient pas tellement le choix, car les architectes spécialisés sur l'hospitalier étaient très peu nombreux, en Ukraine, certains acteurs ont souhaité s'appuyer sur leur expérience nationale. On peut constater ici que les politiques publiques de l'URSS ont eu un développement similaire dans l'ensemble des pays soviétiques, comme nous l'avons précédemment mentionné, mais qu'en même temps, l'héritage structurel de ces dernières a été parfois inégal. L'Ukraine a hérité ainsi davantage de spécialistes de la construction des hôpitaux que la Moldavie, bien que nombre d'entre eux ont aussi adapté des projets-types élaborés au niveau des organismes centraux. Pourquoi alors la Fondation a-t-elle tout de même fait appel à une consultance internationale ? Le cas ukrainien permet de saisir les raisons qui ont compté pour les décideurs politiques de manière plus fine que celui de la Moldavie, qui révèle que le manque de compétence nationale a été l'argument principal de recherche de consultance extérieure.

Ainsi, bien que l'Ukraine possède plus de spécialistes de la construction des hôpitaux que la Moldavie, les investisseurs souhaitant des institutions médicales de pointe considéraient que la compétence nationale était insuffisante. Olena Kovalenko, directrice exécutive de la Fondation affirme à ce sujet :

---

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, membre du Comité de Direction, Conseiller auprès de la présidence de la Fondation Ukraine et membre de la Fondation de l'HDF, mai 2010, Kiev, Ukraine, traduit du russe.
[2] L'Administration du président (DUS, en ukrainien).
[3] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

« Lorsque des architectes d'ici en Ukraine, des amis à moi d'ailleurs, ont regardé le projet proposé par les architectes étrangers, sans le savoir au départ, ils ont tout de suite dit : "Dit, ce ne sont pas les nôtres qui l'ont fait, n'est-ce pas?". Je leur ai dit oui et je leur ai demandé comment ils l'ont compris. Ils m'ont dit : "Chez nous, c'est une autre école. Chez nous, c'est un peu différent. Chez nous, il y a d'autres édifices, pas comme ceux qui sont proposés par cette équipe étrangère". Vous voyez, c'est donc évident pour les gens qui travaillent dans ce domaine »[1].

Pour Olena Kovalenko, aucun des architectes ukrainiens, aussi expérimenté dans le domaine de l'hospitalier soit-il, n'aurait pu concevoir un hôpital aussi moderne et aussi performant que l'ont fait les architectes étrangers. Il y a, comme chez la maîtrise d'ouvrage moldave, l'idée que les consultants internationaux connaissent mieux les caractéristiques et exigences techniques des hôpitaux de leurs pays et que les spécialistes locaux ne sauraient faire aussi bien, parce qu'ils n'ont pas exercé à l'étranger. Comme en Moldavie aussi, les architectes ukrainiens reconnaissent eux-mêmes qu'ils ne construisent pas les hôpitaux de la même façon que les architectes étrangers (aspect architectural, mais aussi technique du bâtiment).

L'appel à une compétence internationale pour la construction de l'hôpital de Kiev a été demandé avec insistance par la Fondation, dont les membres avaient visité de nombreux hôpitaux à l'étranger, plutôt que par les fonctionnaires du ministère de la Santé, qui auraient préféré laisser faire les spécialistes locaux. C'est donc en particulier la position de cet acteur, proche de la Présidence de l'Ukraine et ouvert à l'international, qui a compté dans l'organisation d'un appel d'offres international :

« C'était notre position de principe – il devait y avoir une expérience internationale dans le domaine. Il s'agit de l'expérience des architectes étrangers qui construisent des hôpitaux modernes et pas seulement sur le territoire de l'ancienne Union soviétique. Nous n'avions pas au sein de notre équipe de spécialistes pour évaluer cela. Il est clair que si une telle compagnie étrangère devait être choisie, la Commission d'évaluation[2] *devait être du même type »* [3].

---

[1] Entretien avec Olena Kovalenko, directrice exécutive de la Fondation de l'HDF, Kiev, Ukraine, avril 2009, traduit du russe.
[2] La commission d'évaluation des projets présentés lors de la compétition architecturale de l'HDF de Kiev était également composée de d'architectes étrangers.
[3] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

Par conséquent, ce qui a compté dans la prise de décision des décideurs ukrainiens et moldaves ce n'était pas tellement l'héritage des arrangements institutionnels de la période soviétique (il y a ou non une compétence nationale en matière de construction hospitalière), mais l'héritage des normes informelles, qui a été sauvegardé dans le savoir-faire et l'expérience des architectes locaux. Ces acteurs nationaux ont souhaité s'en éloigner afin de privilégier la manière de construire un hôpital des pays avancés. Le cas de l'Ukraine permet ainsi de voir que le manque de compétence nationale dû aux politiques publiques de la construction des hôpitaux (et de leurs instruments) développées durant l'URSS ne constitue pas la raison principale dans le choix de s'orienter vers une consultance internationale. C'est la prise de conscience de l'héritage plus approfondi de ces politiques publiques sur le comportement des acteurs nationaux qui a incité les décideurs politiques à s'en écarter, afin de dépasser le retard en matière de développement hospitalier.

II) Comment faire venir les consultants internationaux ?

L'analyse des compétitions internationales organisées pour la sélection des entreprises de construction en Moldavie et en Ukraine questionne plus particulièrement les conditions dans lesquelles les acteurs nationaux ont fait appel à des compétences extérieures. Si nous avons vu que les décideurs ukrainiens et moldaves, ont souhaité attirer des consultants étrangers afin de s'éloigner de la façon de construire des hôpitaux de la période soviétique, il convient à présent de voir s'ils ont cherché à imiter un pays en particulier (mimétisme) ou s'inspirer des pays avancés en étudiant différentes solutions et leurs effets (apprentissage) ou si un acteur extérieur les a contraints à sélectionner des entreprises étrangères (coercition).

L'hypothèse principale de la thèse, que nous vérifions ici (tout comme dans les chapitres ultérieurs) postule que les acteurs internationaux ont effectué le changement institutionnel au sein des anciens pays soviétiques. Cette hypothèse s'inscrit dans la lignée des phénomènes de transferts internationaux selon laquelle tout changement national comporte une part d'influence extérieure[1]. Si la forme la plus contraignante du facteur extérieur s'exprime par la coercition, la forme la plus volontaire concerne l'apprentissage que ferait un pays en s'inspirant des solutions de l'étranger. Appliquée à notre terrain de recherche, cette hypothèse sera vérifiée en étudiant comment les acteurs nationaux en Ukraine et en Moldavie ont intégré

[1] Simmons, Beth A. et al., «Introduction: the diffusion of liberalization», *op. cit*.

une expérience internationale. Nous partons ainsi du constat d'une prise de conscience des décideurs politiques de l'obsolescence des bâtiments hérités de la période soviétique, ainsi que de leur souhait de s'en éloigner, en adoptant des solutions plus performantes des pays avancés. Nous étudions à présent la manière dont ils ont procédé pour mettre en œuvre ces solutions.

Comme mentionné, les cas étudiés comportent des différences. En Ukraine, il n'y a pas d'acteur international, mais le projet bénéficie d'un soutien politique. En Moldavie en revanche, le projet de l'HCR fut dès le départ accompagné par la Banque mondiale. L'analyse de l'organisation d'appels d'offre internationaux pour ces deux projets permettra de dire si la présence d'un acteur extérieur a influencé – non pas la recherche d'une compétence internationale, car nous avons vu qu'il y a une prise de conscience propre aux décideurs nationaux – mais la manière dont cette dernière fut importée dans le pays.

A) L'intervention de la Banque mondiale : une action coercitive « souhaitée » ?

L'expérience internationale en matière de modernisation hospitalière peut être intégrée en faisant directement appel à des sociétés d'architecture de l'étranger ou en organisant des compétitions internationales. Le choix fait par les maîtres d'ouvrage des projets analysés en Ukraine et en Moldavie a été d'organiser des procédures d'appels d'offre internationaux. Dans le cas moldave, le ministère de la Santé a été tenu contractuellement par les conditions de financement de la Banque mondiale d'organiser un appel d'offres international, selon les critères de cette dernière[1]. Les représentants de la Fondation ukrainienne, ont élaboré eux-mêmes les critères de la procédure de sélection des architectes du futur hôpital[1]. Dans les deux cas, il ne s'agit pas de concours destinés exclusivement aux acteurs internationaux. Cependant, du fait des conditions rigoureuses des appels d'offres (notamment dans le cas moldave) ainsi que de la complexité du cahier des charges, les consultants internationaux ont été, indirectement, privilégiés.

Ainsi, lors du concours pour la modernisation de l'hôpital moldave, aucune société locale n'a répondu. Deux raisons peuvent être avancées. La première est qu'ils n'ont pas été au courant de l'appel d'offre pour ce projet. L'annonce n'a été diffusée que dans le réseau des appels

[1] Entretien avec Silvia Morgoci, chargée du projet de la Banque mondiale au sein du ministère de la Santé de Moldavie, Chisinau, Moldavie, avril 2010.

d'offres de la Banque mondiale. Le site web de l'organisation internationale « DG market »[2] qui regroupe l'ensemble des appels d'offres pour les projets financés par cette dernière, est accessible au public, mais nécessite un abonnement payant pour la consultation de la version complète des annonces. Autrement, dans le cadre d'une recherche en tant que non abonné, seulement la liste des appels d'offres est disponible et non pas le contenu complet[3]. Comme nous l'avons observé durant notre enquête de terrain, les professionnels du bâtiment de Moldavie ne sont pas familiarisés avec les outils de veille commerciale. Ils ne disposent donc pas d'abonnements à des listes d'appels d'offres internationaux[4]. Le ministère de la Santé de Moldavie a publié l'annonce de la restructuration de l'HCR uniquement sur la liste de diffusion de DG Market et non pas également sur son site officiel (où une section est pourtant dédiée aux appels d'offres). Cela a restreint les possibilités des sociétés locales de répondre au projet, tout en marquant clairement la volonté d'attirer les entreprises internationales.

Cependant, les architectes moldaves (mais également ceux d'Ukraine, tel que nous l'avons constaté lors de nombreuses discussions avec les professionnels du bâtiment) disposent d'un vaste réseau local de « bouche à l'oreille », qui leur permet d'être au courant de la majorité des modernisations hospitalières au sein du pays. En relativisant, par conséquent, le manque de diffusion de l'information, un deuxième aspect explique le peu d'intérêt des entreprises locales. Il s'agit de la complexité du cahier des charges. Ce dernier comportait des éléments d'architecture, de programmation et d'ingénierie complexes, pour lesquels les architectes moldaves semblaient avoir peu de compétences. En spécifiant dans l'annonce, par exemple, la nécessité d'intégrer des équipements et des technologies médicales de pointe, et qui doivent répondre aux exigences de développement hospitalier des pays européens[5], le ministère de la Santé accentuait le souhait d'intégrer l'expérience étrangère. Dans ce contexte, les architectes locaux, s'ils n'étaient pas exclus de l'appel d'offre, disposaient du moins et pour la très grande

---

[1] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, directeur financier de la Fondation de l'HDF de Kiev, Ukraine, mai 2010, traduit du russe.

[2] Il s'agit du site d'appels d'offre de la Banque mondiale: www.dgmarket.com.

[3] Nous avons eu accès à ces informations grâce à notre fonction de coordinatrice de projets internationaux au sein de Groupe-6. En charge de la veille commerciale à l'international, nous étions amenés à consulter régulièrement les appels d'offres internationaux, tant sur le site de DG Market, que sur le Journal Officiel de l'Union européenne (voir le lien : www.ted.eu). En étant informés de la procédure de lancement d'appels d'offres internationaux, nous approfondir la liste des questions adressée aux organisateurs des projets en Ukraine et en Moldavie.

[4] Nous avons posé la question à la plupart des architectes interviewés en Moldavie et aucun ne connaissait des outils de veille commerciale sur Internet. Comme l'a affirmé l'un d'entre eux, c'est plutôt le « bouche à l'oreille » qui fonctionne dans ce domaine.

[5] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

majorité d'entre eux, de peu de compétences pour la construction d'un hôpital à l'image de ceux des pays de l'Europe occidentale. Dans la situation où ils auraient répondu à l'appel d'offre et afin de respecter le cahier des charges imposé, les architectes moldaves auraient été contraints d'intégrer dans leur équipe des consultants étrangers. Par conséquent, ce n'est pas tellement la procédure d'organisation de l'appel d'offre de l'HCR de Moldavie (essentiellement orientée à l'international) que les exigences contenues dans le cahier des charges qui ont privilégié la sélection des consultants internationaux. Oleg Hincu, consultant de la Banque mondiale pour le ministère de la Santé de Moldavie et ancien fonctionnaire de l'institution confirme cet aspect :

« On ne nous impose pas vraiment de conditions de l'étranger (pour l'organisation de l'appel d'offres). On nous impose par contre les procédures d'appel d'offre, de la Banque mondiale, étant donné qu'elle est le financeur principal de l'opération. Et ces procédures sont tellement sévères qu'aucune société locale ne pourrait y répondre. Nous n'avons pas aujourd'hui en Moldavie une entreprise de construction capable de réaliser une institution médicale de ce niveau. Pour ce qui est des institutions de type primaire, ça oui, les nôtres peuvent le faire. Mais en ce qui concerne la conception d'un bloc chirurgical de sept étages et de 7000m² avec des équipements médicaux de pointe – il est peu probable qu'une société moldave soit capable de le faire. C'est ce qui a été démontré d'ailleurs. L'annonce a été publique et aucune entreprise moldave ne s'est présentée »[1].

Par conséquent, le manque d'expérience des architectes moldaves, que nous mentionnions déjà comme une des raisons ayant influencé l'appel à des consultants internationaux, s'est également exprimé lors du lancement de l'appel d'offre. La modernisation hospitalière nécessitait des compétences spécifiques en termes de programmation, d'architecture et d'ingénierie, basées sur les exigences en matière de développement des pays avancés (tel qu'il fut stipulé dans le cahier de charges) et dont les professionnels locaux ne disposaient pratiquement pas. Ces derniers n'ont pas été officiellement exclus de la procédure d'appel d'offre (même si la diffusion de l'information comme nous l'avons vu, a été orientée vers le marché international) mais ils se sont trouvés sous-qualifiés par rapport aux conditions rigoureuses requises par la maîtrise d'ouvrage pour la réalisation du projet. Le résultat a été

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

qu'aucune entreprise moldave d'architecture n'a répondu à l'appel d'offre de la restructuration de l'HCR de Chisinau :

- *« Combien de sociétés ont répondu à l'appel d'offres?*

- *Sept compagnies. Et elles étaient toutes de l'étranger »*[1].

De ce fait, la procédure de sélection des architectes pour la modernisation d'un hôpital de pointe en Moldavie a constitué un pas de plus vers le transfert de normes depuis l'étranger, étant donné que les conditions d'organisation de celles-ci soulignaient la nécessité d'intégrer l'expérience internationale.

Qu'en était alors des auteurs de la procédure d'appel d'offre ? Les représentants de la maîtrise d'ouvrage moldave semblent mentionner le rôle primordial de la Banque mondiale. En tant que financeur du projet, l'organisation internationale a imposé des conditions techniques quant à la procédure de sélection de la maîtrise d'œuvre du projet. Cette conditionnalité technique a porté sur les conditions de transparence de la gestion des ressources allouées, plutôt que sur le choix d'une consultance extérieure. Les conditions techniques de la Banque mondiale ont ainsi concerné en particulier le déroulement de l'appel d'offre (annonce publique, respect des critères préalablement sélectionnés pour le choix du gagnant, participation des entreprises strictement selon les critères annoncés, liste complète des documents fournis, respect des délais). Un des consultants de la Banque mondiale activant au sein du ministère de la Santé affirmait que dès que l'organisation internationale finançait un projet, que ce soit concernant des produits ou des services, le ministère devait mettre en place une procédure d'acquisition conformément aux critères de cette dernière :

« Et parce que c'est le projet de la Banque mondiale, du crédit de la Banque mondiale, tout se fait selon les procédures de la Banque mondiale, qui sont plus spécifiques que…Il y a par exemple, le règlement d'acquisitions publiques ici, en Moldavie. Il diffère des acquisitions du guide de la Banque mondiale. Même si, tel que je le comprends, beaucoup de projets vont d'après les procédures d'acquisitions de la Banque mondiale. Elles sont plus commodes. Certains projets Tacis suivent certaines procédures. Donc ils préfèrent…C'est

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

quelque chose de non officiel. Il est considéré que les procédures de la Banque mondiale sont les mieux pensées en ce qui concerne les acquisitions »[1].

On note donc que la procédure d'appel d'offre de la Banque mondiale est largement utilisée par les représentants du ministère de la Santé de Moldavie pour de nombreux projets, même en dehors de ceux financés par l'organisation internationale. Ce point permet de souligner le fait que la Banque mondiale bénéficiait d'une légitimité face aux acteurs nationaux, en plus de la conditionnalité technique qu'elle a mis en place. L'influence de l'organisation tient ainsi à la fois aux exigences de la procédure d'appel d'offre imposée pour le projet de l'HCR et à l'expertise que lui reconnaissait les acteurs nationaux. Comme le souligne Olivier Nay dans un article sur le rôle de certaines organisations au sein des Nations Unies, ce type d'influence, appuyée sur la légitimité, est d'autant plus important pour une organisation qui ne peut émettre des décisions contraignantes[2]. On note donc que dans le cas moldave, la Banque mondiale bénéficiait d'une « légitimité bureaucratique » qui lui permettait de renforcer son autorité face aux acteurs nationaux.

En revenant à l'appel d'offre pour l'hôpital moldave, il convient de noter qu'en fonction de la somme du projet, la Banque mondiale a des procédures d'acquisitions spécifiques. S'il s'agit de moins de 100.000 dollars, une procédure plus simple, appelée « shopping », est recommandée. Si le projet dépasse cette somme, la procédure ICB (« International Competitive Bidding »[3]) est mise en œuvre. Si la première procédure est utilisée, selon les consultants du ministère, pour l'achat de fournitures, de produits informatiques et ne comporte pas la nécessité de faire appel à de grandes entreprises, la seconde nécessite en revanche la mise en place d'un appel d'offres.

« Il s'agit de petites sommes pour des produits qui peuvent être procurés localement. Et les consultants internationaux ne méritent pas être dérangés pour un petit contrat. Lorsque l'on fait appel à des consultants locaux, on prend ceux qui sont sur le marché et on lance au moins 6 sociétés et ces sociétés présentent leurs offres. Lorsqu'il s'agit d'un ICB, c'est le plus grand appel d'offres pour des biens, on publie sur le site des Nations Unies, il s'appelle

[1] Entretien avec Ana Sura, consultant de la Banque mondiale au ministère de la Santé, Chisinau, Moldavie, 2010, traduit du roumain.
[2] Nay, Oliver, «Policy Transfer and Bureaucratic Influence in the United Nations: the Case of AIDS», *op. cit*., p.10.
[3] Appel d'offre international, traduit de l'anglais.

UNDB – United Nations Development Business[1]. Absolument toutes les grandes entreprises qui se respectent ont accès à ce site[2]. Elles s'abonnent contre paiement. Les grandes entreprises ont un département spécialisé pour ces appels d'offres. Lorsqu'il s'agit d'acquisition de biens, une autre procédure est mise en place – la QSBS (« quality and cost based selection »), concernant la qualité et le prix. C'est la procédure la plus complexe. Tout comme l'ICB est pour les biens, la QSBS est pour les biens et services »[3].

Le financement du projet de l'HCR par la Banque mondiale s'est ainsi accompagné de la mise en place d'une procédure spécifique, relative à la sélection d'entreprises en charge de réaliser le type de services demandé. Cette procédure comporte l'obligation de publication de l'appel d'offre dans une base de données internationale, accessible à des entreprises internationales. L'obligation de publication ouvre ainsi le marché national aux entreprises extérieures. Or, cette action ne serait pas nécessairement prise par les acteurs nationaux. Il y a ainsi un degré d'ouverture économique imposée par la Banque mondiale aux acteurs nationaux lors du financement de leurs projets. Dans cette configuration, l'organisation exerce une forme de coercition sur les décideurs nationaux. Si l'on se réfère aux caractéristiques du mécanisme de coercition détaillées par Simmons et al. dans leur ouvrage sur la diffusion du libéralisme, l'on notifie explicitement une relation d'asymétrie de pouvoir entre l'acteur extérieur et l'acteur national. Nous complétons que dans le cadre de cette relation asymétrique, les acteurs nationaux prennent des décisions qu'ils n'auraient pas nécessairement prises en l'absence des acteurs internationaux[1].

Nous avons souhaité en savoir plus sur la possibilité de l'organisation internationale d'influencer la sélection de consultants internationaux. En particulier, nous avions des informations officieuses sur l'existence de « listes » d'entreprises recommandées par la Banque mondiale. La consultante du ministère de la Santé, bien qu'elle ait confirmé l'existence de telles listes et notamment d'une « liste noire » excluant certaines entreprises

---

[1] Le « Développement des Entreprises » est publié par le Département des Nations Unies et fournit des informations sur « les contrats internationaux financés et / ou mis en œuvre par les fournisseurs de contenu tels que les Nations Unies, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement et d'autres banques multilatérales, la Millenium Challenge Corporation et les gouvernements nationaux », [en ligne] http://www.devbusiness.com, consulté le 17 septembre 2012.

[2] Comme pour le site de la Banque mondiale DG Market, il faut être abonné à l'UNDB pour un accès aux annonces d'appel d'offre.

[3] Entretien avec Ana Sura, consultante Banque mondiale, Moldavie, *op. cit.*

jugées « défaillantes », l'a mentionné seulement pour le domaine de l'audit et des technologies informationnelles :

« Par exemple, nous avons une sorte de sélection d'audit. Il s'agit de l'audit financier du projet. Ici, un certain nombre de sociétés sont accréditées. Donc 1, 2, 3, 4…Il y en a bien sûr plusieurs. En font partie le Big Four2, PriceWaterHouse, Deloitte&Touche, KPMG, Ernst&Young, et encore quelques nouvelles apparues récemment, mais elles sont toutes accréditées par la Banque mondiale. Donc leur situation économique a été déjà analysée, leur personnel aussi a déjà été analysé et elles ont été introduites dans cette liste de la Banque mondiale. Ils ont une liste seulement dans le cas de l'audit et de l'acquisition de l'IT3. C'est une liste à laquelle nous pouvons faire appel. Donc pour nous procurer non pas de chez « x ou y », mais de chez Hewlett Packard etc.

Il existe aussi une liste noire, d'entreprises qu'il ne faut pas accepter. La société Siemens, de ce que je sais, a très mal agi à Moscou. Il était question d'une somme de 7 millions de dollars. Et elle est entrée sur liste noire pendant sept ans. De telles sociétés comme Siemens ou IBM n'ont aucun intérêt de ne pas participer à des appels d'offres durant sept ans, parce qu'ils perdent énormément. La Banque mondiale est partout dans le monde. Elle a payé une très grande amende. Nous, ils nous ont annoncé qu'au cas où Siemens participait, de ne pas les accepter. La Banque est très rigide dans certains cas. Très souvent, ils viennent à la rencontre. Mais s'ils ne sont pas entendus, ou si on fait quelque chose intentionnellement, alors c'est « sorry guys »1.

Selon les informations disponibles, la Banque n'aurait pas suggéré aux décideurs moldaves de liste de sociétés internationales, bien que cela puisse être le cas lors des projets des domaines de l'audit ou de la communication. Néanmoins, il y avait l'exigence de publication de l'annonce sur le site de la Banque mondiale – le DG Market – étant donné que la somme du projet dépassait les 100.000 dollars, comme stipulé dans les conditions de la procédure d'acquisition de l'organisation. Ceci a permis aux entreprises étrangères de répondre à l'appel de restructuration de l'HCR de Chisinau.

---

[1] Voir en particulier la partie sur la coercition, dans l'introduction de leur ouvrage , Simmons, Beth A. et al., «Introduction: the diffusion of liberalization», *op. cit*., p. 10-17.
[2] Il s'agit du groupe des quatre plus grandes entreprises d'audit financier : Deloitte, Ernst&Young, KPMG et PricewaterhouseCoopers (PwC).
[3] TIC : sigle anglais des technologies de l'information et de la communication.

Nous avons par la suite souhaité préciser l'intervention de la Banque mondiale dans l'élaboration du cahier des charges du projet. Si la Banque a pu exiger l'organisation de la procédure d'appel d'offre selon ses critères, est-ce que cela a également eu un impact sur les services de modernisation hospitalière demandés ? Ou est-ce que seulement les acteurs nationaux – le ministère de la Santé en tant que maître d'ouvrage – en ont décidé ?

Il y a eu également un aller-retour entre les fonctionnaires nationaux et les représentants de la Banque mondiale concernant le cahier des charges. En effet, La Banque mondiale peut mettre à disposition dans le cadre du ministère de la Santé des consultants qui accompagnent la mise en place des procédures d'appels d'offre pour les projets financés. Certains projets sont mis en œuvre par des unités internes de l'organisation internationale. Mais dans le cas où c'est l'administration nationale qui en est en charge, la Banque met en place des moyens pour l'accompagner : « Quand c'est le ministère qui doit faire tout, absolument, évidemment qu'ils veulent s'assurer que le ministère ne va pas faire d'erreur quelque part. C'est pour ça qu'à chaque étape, l'on consulte la banque et on sollicite un « no objection[2] » de la part de la Banque » [3]. Le consultant de la Banque mondiale représente dans ce cas un intermédiaire entre les deux institutions, dans le sens où son rôle est de faire les allers-retours entre les deux entités, tout en s'assurant du bon respect des conditions de la Banque mondiale :

« - Vous êtes l'intermédiaire ?

- *Oui. Je suis la personne qui transmet en général toute la correspondance pour les acquisitions. Cela se fait à travers moi. Il y a certaines parties qui contiennent ces termes de référence. Je ne peux pas rentrer dans le contenu. Je ne peux voir que la forme. Donc je peux dire « ici, on pourrait rajouter », « ici, les objectifs doivent être mieux définis ». Cela se fait pour qu'ultérieurement, lorsqu'arrivent les offres, on puisse calculer plus facilement. Plus que ça – pour qu'après le contrat, ce soit plus facile pour le paiement (…). Donc il s'agit de clarté et de transparence à la fois »* [4].

Selon ses affirmations, les observations du consultant de la Banque mondiale ont plutôt porté sur la forme que sur le contenu du cahier des charges. D'une part, les acquisitions pourraient

---

[1] « Désolé, les gars », traduit de l'anglais.
[2] « Pas d'objection », traduit de l'anglais.
[3] Entretien avec Ana Sura, consultante Banque mondiale, Moldavie, *op. cit.*
[4] *Ibid.*

être très diversifiées et d'autre part, les services de la santé tiendraient à un domaine spécifique. Pour ces raisons, les consultants de la Banque mondiale ne rentreraient pas dans les détails du cahier des charges :

« - Si je comprends bien, le spectre de services est très large. Il peut y avoir des procurations de toutes sortes…Donc, est-ce que vous offrez de l'assistance seulement pour ce projet ou pour toute sorte d'acquisitions ?

- *Oui, à commencer avec des ordinateurs, de la technique de bureau et en finissant avec des contrats de services plus spécifiques. C'est très spécifique dans le cas de la médecine. Par exemple, l'élaboration du système de paiement pour les cas mixtes. Moi, par exemple, je ne connais pas le sujet et les termes de références[1] sont élaborés par le ministère de la Santé. C'est une question spécifique »[2].*

Ludmila Topchin, fonctionnaire au ministère de la Santé, souligne que ce sont les spécialistes nationaux qui connaissent au mieux la situation du parc hospitalier de leur pays :

« Lorsque nous allons avec un projet de la Banque mondiale, nous savons quels hôpitaux il y a en République de Moldavie, quel sera leur profil, quels services prêteront-ils à la population, comment sera échelonnée l'assistance médicale, à quel niveau, et quels services il y aura, et le degré de complexité de ces services etc. »[3].

Mais si l'élaboration du cahier des charges de l'HCR semble avoir appartenu en large partie aux représentants du ministère de la Santé, on y note toutefois une participation de la Banque mondiale au-delà de la seule forme du cahier des charges. Cette fois-ci, ce ne sont pas les consultants en charge de la mise en œuvre de l'appel d'offre qui ont été sollicités. La Banque mondiale peut également faire appel à des consultants spécialisés dans le domaine de la santé, afin d'évaluer les besoins du projet financé. Cet aspect a été confirmé par les représentants du ministère :

« En même temps, la Banque mondiale a des spécialistes dans tous les domaines et en particulier, en médecine. Et la personne qui s'y connait dans les assurances maladie, peut

---

[1] Il s'agit ici du Cahier des charges, appelé également « Termes de références » dans les différents documents du ministère de la Santé de Moldavie (« Termenii de referinta », traduit du roumain).
[2] Entretien avec Ana Sura, consultante Banque mondiale, Moldavie, *op. cit.*
[3] Entretien avec Ludmila Topchin, ministère de la Santé de Moldavie, 2010, *op. cit*.

regarder les termes de référence et dire : « ici, il faut rajouter, ici, il faut encore enlever », etc. Donc il y a des commentaires qui viennent de la Banque mondiale. Parfois, lorsqu'il y a vraiment des moments principaux, eux, même s'ils n'ont pas le spécialiste en question, alors ils en embauchent un. Ils peuvent prendre un « short-term consultant[1] » par rapport à un domaine en particulier. Il donne de toute façon son avis.

D'habitude, ce sont des spécialistes de taille internationale et ils sont de l'étranger. Ils sont très durs dans la sélection des consultants. Bien que nous aussi, parfois on a des réserves. Et il y a des commentaires. S'il faut s'impliquer dans le contenu, alors ils s'impliquent dans le contenu » [2].

L'implication de la Banque mondiale devient également perceptible lorsque les fonctionnaires du ministère mentionnent devoir approuver chaque étape et chaque document concernant le déroulement du projet avec l'organisation internationale. Dans ce contexte, le cahier des charges de l'HCR a dû également être approuvé par cette dernière : « Il y a d'abord certaines étapes pour toute acquisition. S'il s'agit de la sélection de certains services, la première chose qui se fait est l'élaboration des termes de références et ça s'approuve avec la Banque »[1]. En mentionnant plus particulièrement le cahier des charges de l'HCR, la consultante de la Banque mondiale mentionne le fait que les termes de référence du projet ont été élaborés en commun par les deux entités. Le corps de ces échanges n'est pas exprimé très clairement, mais l'on retient plusieurs allers-retours entre le ministère et les membres de la Banque :

« Cela a duré longtemps parce qu'on a élaboré les termes de référence. C'est un contrat assez complexe qui a commencé en 2008. Les termes de référence ont été élaborés en commun avec la Banque mondiale. Mais chez eux aussi, cela a pas mal changé. L'un est venu avec deux avis différents. Une fois il dit ça. Une autre fois autre chose. La personne de la Banque mondiale s'est informée aussi. Ils ont refait une nouvelle fois. Les nôtres voulaient autrement. Les nôtres voulaient des termes de référence plus détaillés, mais la Banque recommandait de les faire plus généraux. Cela nous convenait moins (au ministère) parce que nous voulons tout de même du concret. D'un autre côté, ils disaient que si les termes de références sont trop détaillés, on peut omettre des choses et on ne peut pas revenir pour modifier. Au final, on est arrivé à des termes de références assez acceptables. C'était Mme

---

[1] Consultant employé à court terme (sur une mission de courte durée), traduit de l'anglais.
[2] Entretien avec Ana Sura, consultante Banque mondiale, Moldavie, *op. cit.*

Spac avec Veaceslav, ils ont travaillé beaucoup avec la personne de la Banque mondiale. Ils sont allés une fois à l'HCR. Nous avons déjà les termes de référence approuvés par la Banque. Nous avons passé l'étape de la publication et on attend les offres »[2].

Les informations et connaissances de la Banque mondiale relatives à l'organisation de la procédure d'appel d'offre et les caractéristiques du cahier des charges lui ont permis d'exercer son influence sur les représentants du ministère de la Santé. Il y a donc une « influence technique », pour reprendre ici une expression d'Olivier Nay, qui résulterait des techniques et instruments développées par l'organisation[3]. La capacité institutionnelle des organisations internationales est liée à la mise en œuvre de ses programmes et l'assistance fournie aux gouvernements. Mais cette assistance technique lui permet également d'encadrer les actions des acteurs nationaux, ainsi que de surveiller la mise en œuvre de ses accords, financements, programmes, selon les critères souhaités. A la différence de l'influence « cognitive » qui se réfère à l'activité de collecte et de dissémination de normes et d'idées au niveau mondial (à travers une communication orale et écrite), l'influence technique permet d'appuyer un caractère plus coercitif. Ainsi, le soutien technique apporté par la Banque mondiale à la mise en œuvre du projet de restructuration de l'HCR de Chisinau s'inscrit dans le cadre d'un transfert coercitif de l'expérience internationale en Moldavie. Le caractère non souhaité de cette coercition doit être néanmoins mis en perspective, dans la mesure où les conditions techniques exigées par la Banque mondiale ont renforcé le souhait des décideurs politiques moldaves de faire appel à une expérience internationale, comme nous l'avons expliqué précédemment.

Il en ressort que l'implication de la Banque mondiale dans le contenu du cahier des charges de l'HCR n'est pas facilement identifiable, mais néanmoins perceptible. Si l'organisation de l'appel d'offre doit s'inscrire dans des critères précis que la Banque applique à l'ensemble des acquisitions qu'elle finance, son influence sur le contenu des appels d'offre ne semble pas faire partie d'une règle explicite et généralement applicable. On peut penser ici qu'il s'agit d'une évaluation au cas par cas, en fonction de l'enjeu du projet, de sa gestion par les administrations nationales dans le pays en question, ainsi que de la clarté des besoins

---

[1] *Ibid.*
[2] Entretien avec Ana Sura, consultante Banque mondiale, Moldavie, *op. cit.*
[3] Nay, Oliver, «Policy Transfer and Bureaucratic Influence in the United Nations: the Case of AIDS», *op. cit*., p.11.

exprimés par la partie locale. Dans le cas de l'HCR, ce sont les représentants du ministère de la Santé qui ont émis les caractéristiques de la restructuration de l'hôpital. Mais ces dernières ont d'une part, fait l'objet de discussions avec un consultant de la Banque mondiale et d'autre part, ont dû être approuvées par cette dernière. Par conséquent, l'influence de l'organisation internationale peut être identifiée très concrètement lorsqu'il s'agit de la forme du document technique (le cahier des charges) et d'une manière plus indirecte lorsqu'il s'agit de son contenu. Nous n'avons pas noté d'exigence de l'organisation internationale concernant la sélection d'entreprises de construction étrangères. Néanmoins, les conditions du cahier des charges, élaboré de manière conjointe par le ministère de la Santé et la Banque mondiale, ont indirectement privilégié ces derniers.

Un autre aspect qui peut être mentionné concernant les interactions entre la Banque mondiale et les administrations nationales se réfère au degré de contrainte exercé par la première au sujet du respect des conditions de déroulement des projets qu'elle finance. Une nouvelle fois, mis à part la procédure d'appel d'offre en elle-même qui doit respecter une configuration-type (étapes, déroulement, documents associés), la Banque mondiale semble se garder d'employer un discours coercitif à l'encontre des représentants nationaux. Comme le souligne un de ses consultants, la Banque n'aime pas dire ce qu'il faut faire – elle recommande :

« - Est-ce que la Banque décide de la méthode d'acquisition qui sera appliqué pour chaque projet ?

- *La Banque recommande.*
- *C'est le bénéficiaire qui décide alors ?*
- *La Banque aime dire qu'elle recommande tout et elle ne dit rien.*
- *Mais est-ce qu'elle recommande à titre obligatoire ?*
- *Entre les lignes. Même dans les formules courantes de « no objection », ils ne disent jamais « we have no objection »*[1]*. Ils disent : "based on information provided, bank has no objection". Donc si après il apparaît encore quelque chose, ils se laissent la*

[1] « Nous n'avons aucune objection », traduit de l'anglais.

voie ouverte : "mais vous ne nous n'avez pas donné tout". Et cela est possible. Il peut y avoir de telles situations »[1].

L'implication de la Banque mondiale dans la procédure d'appel d'offre ayant abouti à la sélection d'une société de construction étrangère – l'entreprise Top Konsult, ne présente pas nécessairement une coercition « subie » par le ministère de la Santé. Il s'agit ici d'accentuer le fait que la forme de « recommandation à titre obligatoire » exprimée par l'organisation internationale n'enlève pas la volonté des acteurs nationaux d'adopter une expérience internationale. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les décideurs politiques moldaves sont partis du constat de l'obsolescence de leurs établissements hospitaliers et en souhaitant les moderniser, ont pris la décision de s'éloigner de l'expérience de la période soviétique. La mise en œuvre de cette décision est passée par la recherche de financements et s'est traduite par la demande de crédit auprès de la Banque mondiale. L'intervention de l'organisation internationale a renforcé davantage l'éloignement de l'expérience soviétique et l'appel à des compétences extérieures. Dans la lignée des idées de Dolowitz et Marsh, on peut souligner que la participation d'acteurs extérieurs, et notamment d'organisations internationales, au processus de transfert, semblent augmenter les chances de mise en place de ce dernier. L'intérêt de la Banque mondiale dans le cas de l'HCR de Moldavie a été de s'assurer de la transparence et l'utilisation efficiente des financements accordés. Néanmoins, les critères techniques stricts qu'elle a imposés aux acteurs nationaux ont indirectement privilégié les entreprises de construction étrangères. Les architectes moldaves reconnaissaient eux-mêmes ne pas avoir les compétences nécessaires à la restructuration de l'HCR telle que souhaitée par le ministère de la Santé. Les conditions imposées par la Banque mondiale ne sont pas dans ce contexte éloignées de ce que souhaitaient les décideurs nationaux. Il s'agit, dans ce cas, d'une action qui va dans le sens d'une volonté nationale d'attirer les entreprises étrangères de construction, plutôt que d'une action coercitive extérieure non désirée.

Les représentants du ministère ont confirmé également la collaboration avec la Banque mondiale lors de l'élaboration du cahier des charges du projet de l'HCR, sans toutefois rentrer dans les détails de son contenu :

« - Concernant la restructuration, vous avez fait appel à des acteurs de l'extérieur…

[1] Entretien avec Ana Sura, consultante Banque mondiale, Moldavie, *op. cit.*

- *Comme je l'ai dit, nous avons respecté la procédure de la Banque mondiale. Un appel d'offre a été organisé. Des offres ont été déposées. On a évalué les offres. Ensuite l'évaluation financière des offres.*

- *C'est la Banque mondiale qui vous a dit que vous aurez besoin d'acteurs internationaux pour cette opération ou ce sont les acteurs locaux qui ont dit qu'ils n'avaient pas les compétences nécessaires ? Autrement dit, pourquoi cette procédure précisément ?*

- *C'est un mix. Toutes ces discussions et actions se mélangent. Nous voulons une conception architecturale des acteurs étrangers parce que nos normes sont vieillies (...). C'est pour ça que nous souhaitons qu'une compagnie internationale vienne pour faire la conception, mais conformément au cahier des charges, attire également des acteurs nationaux, étant donné que le projet doit être très bien ajusté afin qu'il ne rentre pas en contradiction avec la législation nationale. D'un autre côté, il faudra faire des modifications et des ajustements à notre législation nationale. Ces choses sont prévues. Le transfert de technologies même dans la conception et même dans la construction, on le voit de cette façon. Donc, il y aura des sociétés internationales et seront intégrées dans cette actions aussi nos sociétés d'architecture, nos services qui fonctionnent dans le pays. Et cela pour que le projet ne soit pas « coupé ». Pour qu'il fonctionne. Je souhaite que cet hôpital s'élève aux modèles de ceux en Allemagne, au Japon, en Roumanie »*[1].

On peut ainsi noter le souhait des représentants du ministère de la Santé, exprimé tout au long du projet, d'intégrer des compétences internationales. Sans vouloir dire ici qu'ils ont utilisé les exigences de la Banque pour mettre en place des actions qui auraient rencontré des oppositions au niveau national, il s'agit de souligner le fait que la conditionnalité de l'organisation internationale n'a pas été perçue comme étant coercitive, du moins en ce qui concerne l'appel à une consultance internationale. Les représentants du ministère considéraient qu'ils ne disposaient pas au niveau national d'une compétence suffisante en matière de modernisation hospitalière. Le financement de la Banque mondiale et la

[1] Entretien avec Ludmila Topchin, ministère de la Santé, Moldavie, 2010, *op. cit*.

conditionnalité qui l'a accompagnée sont allés de pair avec les souhaits initiaux des acteurs nationaux :

> *« - Est-ce que le rôle des consultants internationaux est important dans ce projet ?*
>
> - *Oui. Très important, parce qu'ils viennent avec une expérience internationale de plusieurs années. Même dans les pays de l'UE, on n'est pas arrivé à cette situation d'un coup. Donc ce fut un processus long qui est actuellement abouti et qui est d'un très haut niveau. Pour nous, il est très important de ne pas commettre leurs erreurs du début. Ceci est très important pour nous et dans la planification des services, et dans la planification et dans la reconstruction des institutions hospitalières »*[1].

Certains auteurs attirent l'attention sur le fait que la conditionnalité d'une organisation internationale ne signifie pas un transfert systématique, notamment parce qu'il est difficile de suivre la mise en œuvre des actions au niveau national ou parce qu'il n'y pas de capacités institutionnelles suffisantes[2]. Mais dans le cas de l'HCR de Chisinau, en Moldavie, nous avons pu noter que la Banque mondiale a mis en place les conditions nécessaires pour encadrer le déroulement du projet (comme par exemple, les consultants nommés au ministère pour mettre en place les procédures d'appels d'offres, pour administrer le projet). Il existait par conséquent la possibilité concrète de suivre la mise en œuvre du projet et plus précisément le respect du cahier des charges, élaboré par les représentants du ministère et approuvé par la Banque, ainsi que le respect de la procédure d'appel d'offres (comportant des exigences strictes pour la sélection des entreprises de construction). Si ces mesures doivent être vues dans le cadre d'une conditionnalité technique exigée par la Banque vis-à-vis du ministère de la Santé et donc dans le cadre d'une action coercitive (d'un acteur plus puissant sur un autre), elles doivent néanmoins être liées à une demande initiale de modernisation du parc hospitalier émise par le gouvernement national. Des auteurs comme Dolowitz et Marsh soulignent que le degré de coercition exercé sur les gouvernements n'est pas facile à saisir. En effet, ces derniers possèdent une grande autonomie quant à la manière de répondre aux pressions, ainsi que dans la façon de rechercher des solutions extérieures (« d'où vont-ils s'inspirer pour

---

[1] Entretien avec Tatiana Zatic, chef de la Direction d'assistance médicale, ministère de la Santé de Moldavie, Chisinau, Moldavie, 2010, traduit du roumain.
[2] Simmons, Beth A. et al., *The Global Diffusion of Markets and Democracy, op. cit.*, p. 12.

apprendre ») [1]. S'ajoute à cela le fait qu'un gouvernement peut choisir la collaboration avec un acteur extérieur lui imposant des conditions, qu'il souhaite au fond mettre en place, mais qui rencontrent des oppositions nationales[2]. L'appel à un acteur extérieur et à sa conditionnalité est un choix politique en sa faveur. Autrement dit, la conditionnalité coercitive peut être souhaitée. On doit également prendre en compte les situations où un gouvernement ne met pas en pratique les actions coercitives de l'acteur extérieur. Un gouvernement peut se laisser une marge de manœuvre quant à la mise en place d'actions au sein de son pays. Dès lors, on ne peut pas considérer que dès l'implication d'un acteur extérieur plus puissant, comme c'est le cas de la Banque mondiale en Moldavie, il y a un transfert extérieur par le biais d'une conditionnalité imposée (à travers donc une action coercitive).

En analysant les motivations des acteurs nationaux dans la première phase du projet hospitalier (le lancement d'appel d'offre international), nous avons pu constater que la conditionnalité technique concernant la sélection d'entreprises de construction étrangères pour le projet de l'HCR s'inscrivait dans des souhaits initiaux des décideurs politiques de s'éloigner de leur expérience nationale et d'intégrer des compétences extérieures. L'action de la Banque mondiale peut être caractérisée comme étant coercitive, certes, étant donné qu'elle exprime la volonté d'un acteur plus puissant sur un autre, se traduisant également par des actions concrètes (mise à disposition de consultants, documents techniques, critères spécifiques). En même temps, on note également la volonté (et les intérêts) des acteurs nationaux à accepter cette action coercitive. Ceci permet au final de souligner que même une action coercitive d'un acteur extérieur doit s'appuyer sur une acceptation de la part des acteurs nationaux. Ceci doit nuancer le degré d'imposition unilatérale du transfert extérieur.

B) Des acteurs nationaux à la recherche de solutions étrangères ?

Après avoir analysé les éléments du transfert au début de la mise en place du projet de Moldavie, il s'agit à présent de s'intéresser au cas de l'HDF de l'Ukraine. La comparaison avec le projet ukrainien interroge les motivations des acteurs nationaux et internationaux engagés dans un processus de transfert. Si en Moldavie, c'est surtout le facteur « organisation

[1] Dolowitz, David P. et David Marsh, «Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making», *op. cit*., p.15.
[2] Voir par exemple James Vreeland « The IMF and economic development », New York, Cambridge University Press, 2003.

internationale » qui a été présente, en Ukraine, le « soutien politique » du président de la République constitue l'élément central. C'est aussi le facteur qui différencie les deux cas. Il convient donc de s'interroger si cette variable a eu un poids plus déterminant dans le souhait des acteurs nationaux d'intégrer des compétences extérieures. Cette variable n'est pas complètement absente du cas moldave. Elle est néanmoins plus prégnante dans le cas ukrainien. En Moldavie, les actions du ministère de la Santé se sont inscrites dans une réforme de la santé et du secteur hospitalier soutenue par le gouvernement. Nous n'avons pas noté par la suite d'intervention directe des hauts-représentants politiques (président, premier-ministre, ministre de la santé) dans le déroulement du projet. Or, l'hôpital ukrainien a été lancé par le président Viktor Iouchtchenko à travers l'association Ukraine 3000, dirigée par son épouse. Nous interrogeons le rôle et le pouvoir de cette dernière dans le lancement de la compétition internationale ayant abouti à la sélection d'une entreprise étrangère.

Si pour le projet moldave, les décideurs nationaux ont lancé une procédure d'appel d'offre privilégiant indirectement les acteurs internationaux, en Ukraine, le maître d'ouvrage de l'HDF de Kiev a directement fait appel à la consultance internationale. La Fondation a lancé directement des invitations de participation à un concours d'architecture international à quelques dizaines de sociétés étrangères spécialisées dans la construction des hôpitaux[1]. Mais comme dans le cas moldave, les professionnels nationaux ont été autorisés à y répondre également. Une deuxième similitude en ce qui concerne l'organisation de la sélection de l'architecte du futur bâtiment est liée à la mise en place de conditions rigoureuses. En Moldavie, les conditions d'appel d'offre ont été établies par la Banque mondiale en tant que financeur principal, soucieuse d'assurer la transparence de la sélection du futur maître d'œuvre. Les membres de la Fondation ont été ceux qui étaient soucieux de la transparence de l'organisation du concours international, en raison du financement du projet par l'ensemble des citoyens ukrainiens, ainsi que du fait de sa connotation politique. Lors des entretiens réalisés, la Fondation n'a cessé de souligner les conditions transparentes d'organisation de la compétition internationale.

Nous avons notamment cherché à comprendre si comme en Moldavie, la compétence internationale était de fait, expressément attendue pour la construction de l'hôpital ukrainien. Comme dans le cas moldave, le cahier des charges exigeait la réalisation d'une institution médicale de pointe, intégrant des équipements et technologies médicales avancées, tout en

respectant les standards internationaux. Comme leurs homologues moldaves, les membres de la Fondation souhaitaient attirer des consultants internationaux. L'envoi d'invitations à plusieurs entreprises de construction hospitalière de l'étranger l'atteste. En même temps, la Fondation a insisté sur le caractère transparent de l'organisation de la procédure de sélection qui n'a pas cherché à privilégier une équipe internationale par rapport à une locale, mais tout simplement à choisir la meilleure proposition architecturale. Dans ce contexte, Olena Kovalenko, directrice exécutive, rappelle les conditions rigoureuses d'organisation de la procédure de sélection du futur maître d'œuvre :

« Nous avons eu au concours proprement dit sept sociétés : deux ukrainiennes, de Kiev et cinq étrangères. Le concours a été en deux étapes. Un jury international a été nommé pour apprécier les projets architecturaux des candidats. Ce jury a été composé de représentants de nombreux pays du monde entier. Il y avait bien sûr des représentants de l'Ukraine, pas seulement de Kiev, mais aussi d'autres grandes villes du pays. C'étaient des architectes et des médecins. Ils venaient d'Allemagne, des Pays Baltes, d'Autriche, des Pays Bas etc. Ce concours a été diffusé en direct à la télévision. Tous les projets ont été exposés au public. Le jury a sélectionné trois sociétés du point de vue du projet architectural. Ensuite, nous avons choisi une parmi ces trois, selon la proposition financière qu'elles ont fait au sujet de la réalisation du projet »[2].

On constate dans le cas ukrainien, que les conditions de déroulement de l'appel d'offre se caractérisaient par la volonté de la maîtrise d'ouvrage d'attirer l'expérience internationale, par la mise en place de cahiers de charges comportant des exigences techniques élevées en termes d'architecture et d'ingénierie (supérieures aux compétences des architectes locaux) ainsi que par la déclamation de la transparence de la procédure de sélection de la maîtrise d'œuvre. Ces aspects sont similaires au projet de Moldavie. Au-delà de l'importance de ce moment pour le phénomène du transfert analysé, la mise en place d'une telle procédure de sélection de la maîtrise d'œuvre d'un projet constitue un démarquage notable de la commande publique directe qui était généralisée au sein des deux pays durant la période soviétique.

On peut noter que le rôle de la Fondation Ukraine 3000, bénéficiant du soutien du président, a été déterminant à la fois à ses débuts et durant son déroulement. Ce sont notamment ses

---

[1] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Entretien avec Olena Kovalenko, Fondation de l'HDF, *op. cit*.

représentants qui ont mis en place le cahier des charges, en commun avec les représentants du ministère de la Santé. Dans les caractéristiques souhaitées pour l'hôpital, les décideurs ukrainiens ont tenu compte des voyages qu'ils avaient entrepris à l'étranger. La connaissance des développements hospitaliers au niveau international leur a permis d'insister sur l'attrait d'une compétence internationale pour le projet de Kiev. Si nous mentionnions dans la première section de ce chapitre, que les fonctionnaires du ministère de la Santé ukrainien préféraient, eux, de faire construire l'hôpital par les entreprises locales d'architecture et d'ingénierie, les membres de la Fondation ont insisté sur la nécessité de prendre en compte l'expérience internationale dans ce domaine. Leur souhait était directement lié aux déplacements entrepris à l'étranger. Mais l'élément qui a fait que leurs idées ont pu être prises en compte, a été le soutien politique accordé par le président Viktor Iouchtchenko. On peut ainsi dire qu'en Ukraine, face à un élément de dépendance au sentier – la position des représentants du ministère de la Santé privilégiant l'expérience nationale en matière de construction des hôpitaux – c'est l'élément politique qui a compté pour pouvoir s'écarter des anciennes pratiques et introduire des solutions de l'étranger.

Andriy Miroshnichenko, conseiller auprès de Kateryna Iouchtchenko, souligne le rôle joué par la Fondation dans le lancement de l'hôpital de Kiev :

« - Etant donné que vous êtes un des participants les plus importants de ce processus, pourriez-vous me présenter l'action de la Fondation et du ministère de la Santé lors du commencement de ce projet? Comment est-on arrivé à un projet commun? Et comment s'est ensuite rajoutée l'Administration auprès du président? Ce furent deux actions parallèles ou une à la suite de l'autre?

- *C'était pratiquement la même action commune.*

- *Vos spécialistes ont travaillé avec ceux du ministère de la Santé?*

- *Nos spécialistes avec eux et eux avec nous. C'est à dire nos spécialistes avec ceux du ministère de la Santé. Nous avions à l'époque une très bonne expérience de coopération avec les hôpitaux à l'étranger. C'est à dire que nos spécialistes en réalité, Vira Petrovna Pavliuc, tous ceux du département médical en général, c'est à dire que nous voyions, nous passions, regardions, des dizaines de cliniques étrangères…*

- *En réalité nous possédions des connaissances sur les procédures techniques et technologiques des hôpitaux modernes. Elles se différencient sérieusement du niveau des hôpitaux en*

Ukraine, en général…Malgré le fait qu'à ce moment-là en Ukraine il y avait quelques institutions qui remplissaient complètement les conditions actuelles, par exemple le Centre Emtsev de Cardiologie pour enfants. Et c'est pour cela par exemple qu'au niveau des conditions médicales dans notre hôpital nous n'avons pas prévu de département cardiologique. Il y en a déjà un, il correspond vraiment de tous les points de vue, des paramètres, des services médicaux offerts, ainsi que du personnel médical, à une institution de pointe »[1].

L'expérience des membres de la Fondation dans le domaine hospitalier s'est appuyée sur de nombreux voyages à l'étranger et visites des établissements médicaux de pointe. La constitution du cahier des charges du futur hôpital par les représentants de la Fondation, avec les représentants du ministère, s'est en partie appuyée sur ces éléments. Nous pouvons donc noter qu'à la différence du cas moldave, où les représentants du ministère de la santé ont souhaité adopter une expérience internationale, sans vraiment identifier des solutions en particulier, dans le cas ukrainien, les membres de la Fondation avaient des idées plus précises quant au bâtiment hospitalier souhaité. Ces idées étaient issues de leurs voyages à l'international et de la visite de nombreux hôpitaux étrangers. Cet aspect permet d'inscrire le transfert observé dans le cadre d'une forme d'apprentissage, à travers laquelle les décideurs nationaux ont cherché à adopter des solutions de l'extérieur, tout en ayant une connaissance préalable de ces dernières. Cependant, l'exactitude et la précision des solutions souhaitées par les membres de la Fondation doit être relativisée, dans la mesure où elles ne portent pas sur un hôpital en particulier. Ces derniers voulaient construire dans leur pays un établissement à l'image de ceux visités dans les pays occidentaux (Etats-Unis, Canada, pays de l'Union européenne) afin de mettre en place des techniques de diagnostic et de traitement de pointe. Le degré d'apprentissage ou de mimétisme est ainsi difficile à évaluer lors de cette première étape de recherche des solutions de l'étranger. Ce qui peut être néanmoins noté avec plus de certitude c'est le fait que cet apprentissage est plus fort dans le cas ukrainien que dans le cas moldave, où les décideurs nationaux n'avaient pas effectué de visites d'hôpitaux étrangers.

Les membres de la Fondation ont également mentionné l'importance du facteur «politique » dans le lancement du projet de Kiev. Le fait que la présidente de la Fondation soit également l'épouse du président a été déterminant pour privilégier sa position face à celle des

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

fonctionnaires du ministère de la Santé. Certains l'affirment, le poids de ce facteur, apparemment « subjectif » ne doit pas être négligé :

« - Qu'est-ce qui a unifié tous ces participants précisément à ce moment, cette année?

- *Je pense que lorsque cela a eu lieu, c'était en 2005 quand cela a commencé, le projet proprement dit a commencé en 2006, mais une année a été consacrée à la naissance de l'idée, je pense que le statut de la Fondation, dirigée par la première dame, a eu un rôle. Ce fut un facteur principal pour que l'idée née au sein de la société soit soutenue par les pouvoirs publics.*

- *Il n'y a rien à cacher. Si c'était une autre Fondation, une telle action commune, aussi réciproquement fructueuse, n'aurait pas eu lieu. Disons, du point de vue de la structure institutionnelle, je pense qu'actuellement en Ukraine, il n'existe pas un mécanisme dédié, permettant une action commune fructueuse, sans la présence de ce facteur subjectif qui a permis en effet un tel projet. C'est à dire qu'ici le facteur subjectif, le facteur personnel, sont très importants, car ils ont permis de donner à cette idée un rang assez élevé »* [1].

Le soutien politique dont bénéficiait la Fondation lui a permis également d'insister sur la prise en compte de l'expérience internationale dans la construction du futur hôpital. C'est à cela que se réfère Andryi Miroshnichenko lorsque il dit que « C'était notre position de principe : il devait y avoir une expérience internationale dans le domaine »[2]. C'est cette position précisément qui a compté face aux représentants du ministère de la Santé souhaitant s'appuyer sur l'expérience nationale.

Le rôle de la Fondation et l'appui politique du président, semble avoir été le principal facteur ayant joué en faveur de l'introduction de l'expérience étrangère. Si au moment des discussions initiales sur la réalisation du projet (le choix de l'hôpital et l'élaboration du cahier des charges), il ne s'agissait que de l'adoption d'un modèle de bâtiment hospitalier selon ceux des pays avancés, dans les phases ultérieures, il fut plus précisément question de l'appel à des compétences extérieures en matière de construction architecturale. Etant donné que la Fondation s'est vue attribuer la mission de conception architecturale du futur hôpital, elle

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

s'est chargée de l'organisation d'un concours international pour la sélection d'une entreprise d'architecture. La décision de lancer un concours international s'est basé sur le souhait de la Fondation d'attirer des spécialistes internationaux dans le domaine de la construction, capables de réaliser une institution médicale de pointe, comme celles qu'ils ont observé lors des voyages à l'étranger. Mais elle était également liée au souci des membres de la Fondation d'assurer une transparence de la sélection de l'architecte de l'hôpital, en raison de la collecte de ressources auprès de la population :

« - Comment avez-vous justement dépassé ces obstacles et adopté la décision d'intégrer l'expérience internationale pour cet objet?

- *Nous avons pris naturellement cette décision. Nous avions à ce moment des spécialistes qui possédaient des connaissances sur la façon dont un hôpital présentait et fonctionnait à l'étranger. Il était évident que chez nous il n'y avait pas malheureusement la possibilité de réaliser un tel hôpital par nos propres moyens. Cela c'est en premier lieu. En deuxième, lié à l'organisation d'un concours ouvert, c'était évident également, car nous avions réalisé le projet dès le départ sous le signe de la transparence. Nous ne voulions pas qu'il y ait des avis sur le fait que l'argent ait été volé, que les architectes et les constructeurs ont été choisis on ne sait pas trop comment etc. En effet, la structure de l'argent collectée était assez controversée, car elle provenait de gens simples jusqu'à des oligarques très connus, d'autant plus qu'ils étaient d'orientations politiques différentes »*[1].

Si en Moldavie, c'est la Banque mondiale qui a contraint les acteurs nationaux à ce qu'ils organisent un appel d'offre international, pour le projet ukrainien, c'est un facteur d'ordre national – la pression de l'opinion publique – qui a été déterminant. Les membres de la Fondation ont tenu à organiser un concours international selon des critères et des étapes publiquement présentés à l'ensemble des citoyens, afin d'éviter les éventuels soupçons de détournement de l'argent collecté[2]. Dans le cadre de cette mission, ils furent assistés par la société UkrEvroIntegratsya, qui s'est chargée de la mise en place de la procédure d'appel d'offre. A ce titre, plusieurs entreprises internationales de construction hospitalière ont été

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Malgré le discours de la Fondation et la communication permanente sur les dépenses de l'argent collecté (tant dans les médias que sur son site internet officiel), à la suite de l'alternance politique de 2011, plusieurs de ses représentants ont fait l'objet d'enquêtes par les administrations publiques.

contactées et invitées à participer au concours. Plus concrètement, la société UkrEvroIntegratsya a proposé une liste de sociétés étrangères aux représentants de la Fondation et a ensuite mené des discussions, en vue de les inviter à concourir :

«- Nous avons donc proposé 36 sociétés à la Fondation, ils se sont arrêtés sur 15 il me semble. Cela s'est passé en 2006.

- *Comment avez-vous choisi ces sociétés?*

- *Très simplement : nous avons cherché sur Internet, secundo chez nos partenaires, tertio chez les membres du jury du concours. Ces derniers étaient de différents pays étrangers : Etats-Unis, de Géorgie, Europe etc. Je vais continuer donc à vous expliquer ce processus. Nous avons donné ces informations à la Fondation, ils ont fait leur choix et nous avons commencé les négociations pour connaître leur intérêt et motivations. Vers la fin, il restait environ 6 à 7 sociétés, donc BDP, Jonathan Bailey, une autre italienne etc. Nous sommes restés en contact avec eux »*[1].

La procédure d'appel d'offre pour l'hôpital de Kiev a été similaire du point de vue de la complexité à celle de l'hôpital moldave, mise en place par la Banque mondiale. Sauf que dans le cas ukrainien, ce sont les membres de la Fondation eux-mêmes, assistés par la société UkrEvroIntegratsya qui ont mis au point une procédure de sélection complexe. Rostyslav Zamlynsky, directeur financier de la Fondation, qui a participé à la mise en place du dispositif, se félicitait presque de son élaboration : « Nous avons, tous seuls, créé des critères de sélection des entreprises, réfléchi longuement aux meilleures modalités de mise en œuvre et permettant d'assurer une complète transparence de l'opération. Nous savons qu'il existe des sociétés spécialisées dans la mise au point de ces différentes procédures et sommes très fiers de l'avoir fait nous-mêmes. Nous avons même pensé à le vendre quelque part ! »[2]. Si la procédure d'appel d'offre fut dans le cas de la Moldavie, comme celui de l'Ukraine, différente de ce qui se faisait durant la période soviétique (la commande directe étant alors la règle), c'est la Banque mondiale qui en a été l'auteur dans le premier et la Fondation dans le second. On peut donc observer que même en absence d'un facteur extérieur tel qu'une organisation internationale, les décideurs nationaux ont trouvé les moyens pour faire appel à des

[1] Entretien avec Nazar Lisyi, consultant pour la Fondation de l'HDF, UkrEuroIntegratsya, Kiev, Ukraine, mai 2010, traduit du russe.
[2] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

compétences internationales. La comparaison entre les deux cas permet de souligner l'idée d'un transfert volontaire, puisque même en absence d'un élément extérieur et a priori contraignant, les acteurs nationaux de ces anciens pays soviétiques, ont cherché à introduire des solutions extérieures.

Nous avons déjà mentionné le fait que l'Ukraine possédait davantage de spécialistes de la construction des hôpitaux que la Moldavie à la fin de l'effondrement de l'Union soviétique. Cet aspect s'est également révélé durant l'appel d'offre des projets de modernisation hospitalière entre 1991 et 2011. Si pour l'HCR de Chisinau, le projet le plus important dans le domaine de la santé depuis l'indépendance de la Moldavie, aucune entreprise d'architecture et d'ingénierie locale ne s'est présentée, dans le cas de l'HDF de Kiev, une société ukrainienne a été retenue dans la dernière étape de l'appel d'offre. Néanmoins, elle ne fut pas première, en raison de l'absence d'expérience internationale, qui était une des conditions exigées par les membres de la Fondation :

« Nous avons effectué le concours. Ce ne fut pas une procédure simple : la partie économique fut mise sous pli et vue par personne, la partie esquisse dans le premier pli, tout cela a été affiché, montré etc. La Fondation a tenu son Conseil et analysé tout ceci et le Comité du Concours a sélectionné 3 sociétés : bdpgroupe6, Mario Cucinella et Budova Centre-1 (compagnie ukrainienne). A la suite de la deuxième étape – l'ouverture du pli financier – j'ai compris que Budova Centre n'a pas été pris parce qu'il n'avait pas d'expérience internationale. Il a donc été choisi de prendre BDP » [1].

La société d'architecture et d'ingénierie britannique BDP, associée au cabinet d'architecture français Groupe-6, fut ainsi sélectionnée à la suite de l'appel d'offre international. En Moldavie, la procédure mise en place par le ministère de la Santé selon les critères de la Banque mondiale, a permis de sélectionner le cabinet d'ingénierie allemande Top Konsult. Par conséquent, on note dans les deux pays, le souhait des décideurs nationaux d'attirer des compétences internationales en matière de construction hospitalière afin de s'éloigner de la façon de faire de la période soviétique et de réaliser des bâtiments à l'image de ceux des pays occidentaux. Si dans le cas de la Moldavie, la présence d'une organisation internationale doit être notée pour la mise en place de la procédure d'appel d'offre international, dans le cas de l'Ukraine, ce sont les acteurs nationaux qui ont trouvé les moyens d'y parvenir. On remarque

dans les deux cas des acteurs nationaux qui souhaitent rompre avec les pratiques et les façons de construire les hôpitaux de la période soviétique. Dans le cas de l'Ukraine, ceci est davantage perceptible, étant donné que le pays disposait d'une compétence nationale dans ce domaine et que certains représentants du ministère de la Santé souhaitaient continuer à l'adopter. En absence d'un facteur extérieur, comme la Banque mondiale, qui impose comme dans le cas de la Moldavie, des conditions d'appel d'offre favorisant l'introduction de l'expérience internationale, il a fallu à l'Ukraine, une structure comme la Fondation de l'HDF, donc les membres étaient particulièrement soucieux de s'inspirer de l'étranger, ainsi qu'un soutien politique lui permettant de mettre en œuvre ses actions.

[1] Entretien avec Nazar Lisyi, consultant pour l'HDF, *op. cit*.

Conclusion

Ce chapitre a questionné les conditions et les raisons pour lesquelles les acteurs nationaux en Ukraine et en Moldavie ont décidé d'adopter une expérience internationale en matière de modernisation hospitalière. En analysant de manière approfondie deux études de cas – l'HDF de Kiev et l'HCR de Chisinau – nous avons cherché à comprendre si les facteurs nationaux ou internationaux ont été à la base des décisions adoptées. Dans la lignée des travaux sur le transfert de politiques, notre hypothèse avançait que l'Ukraine et la Moldavie ont cherché à adopter l'expérience des pays étrangers par un mécanisme de mimétisme. Les décideurs nationaux auraient ainsi préféré les compétences internationales en matière de modernisation, pour la « référence » qu'elles représentaient, plutôt que pour leur contenu précis.

La première section présente le contexte du lancement des projets de modernisation dans les années 2000. Si du côté des normes règlementaires de construction, il n'y a pas de réforme des textes hérités de la période soviétique, du côté de la santé, on observe l'octroi de ressources pour la modernisation des bâtiments hospitaliers. Cette section a également introduit les deux projets hospitaliers étudiés lors de l'étape d'appels d'offres internationaux. Si l'HDF de Kiev et l'HCR de Chisinau sont similaires en de nombreux points (taille du projet, ressources allouées, appel d'offre international…), ils comportent deux différences majeures. L'un bénéficie du soutien d'une organisation internationale (la Banque mondiale dans le cas moldave) et l'autre du soutien politique (celui du président dans le cas ukrainien).

Lors de la seconde section de ce chapitre, nous avons étudié les motivations des acteurs nationaux ukrainiens et moldaves quant à l'adoption d'une expérience internationale dans la modernisation des hôpitaux. Nous avons cherché à distinguer le caractère volontaire et/ou contraignant du transfert observé lors des premières phases du déroulement des projets hospitaliers : s'agissait-il d'un mimétisme (volonté de faire comme les pays avancés, sans une étude approfondie des solutions empruntées), d'un apprentissage (adoption d'une solution précise de l'étranger dont les effets ont été évalués) ou d'une forme de coercition (conditions imposées par un acteur extérieur, dans le cadre d'une relation de pouvoir asymétrique) ? L'analyse des entretiens de la recherche a permis de donner des éléments de réponse à ces questionnements.

Tout d'abord, nous avons pu noter que dans les deux pays, les décideurs politiques nationaux ont cherché à rompre avec la façon de construire des hôpitaux de la période soviétique. Dans le cadre de l'allocation de ressources pour le secteur hospitalier (contexte de réforme de la

santé en Moldavie et action du président de l'Ukraine et de la Fondation dirigée par son épouse), les acteurs nationaux ont souhaité écarter la pratique et le savoir-faire des architectes nationaux et attirer plutôt des entreprises étrangères. Ces premiers éléments ont permis de notifier que les politiques publiques connues durant la période soviétique ont eu des effets similaires dans les deux pays, dans le sens d'une confrontation à des problèmes identiques : des bâtiments hospitaliers obsolètes, des architectes et ingénieurs sans expérience internationale. Ces éléments d'ordre national, communs aux deux pays, ont sûrement compté dans la décision de s'orienter vers des compétences à l'international, notamment en Moldavie où l'on a pu constater un manque d'architectes spécialisés dans le domaine hospitalier. Mais ces aspects institutionnels n'expliquent pas à eux tout seuls pourquoi et surtout comment l'Ukraine et la Moldavie ont décidé d'attirer des entreprises de construction de l'étranger. Le cas de l'HDF de l'Ukraine permet notamment d'apercevoir que même lorsque des compétences nationales ont été disponibles dans le domaine de la construction, les acteurs nationaux ont tout de même choisi d'organiser un appel d'offre international. Il s'agit donc dans les deux pays, d'une perception des décideurs nationaux d'un manque de compétence au niveau national, qui a été le point de départ dans la recherche de l'expérience d'autres pays, plus avancés, dans ce domaine. La décision de moderniser les bâtiments hospitaliers dans les deux anciennes républiques soviétiques ne s'est pas par conséquent appuyée sur des seuls facteurs nationaux, tels que l'absence d'expérience des architectes locaux. Les décideurs politiques des deux pays ont tenu compte des développements internationaux en matière de construction hospitalière. Cet aspect est davantage explicite en Ukraine, où les membres de la Fondation ont effectué des visites d'hôpitaux dans les pays occidentaux et ont souhaité introduire des caractéristiques similaires au sein de leur pays. Mais il peut également être noté en Moldavie, où les représentants du ministère de la Santé ont accepté de mettre en place un appel d'offre selon les critères de la Banque mondiale, favorisant « de facto » la participation des entreprises avec une expérience internationale.

Deuxièmement, l'analyse des éléments de la première étape des modernisations étudiées – le lancement des appels d'offres internationaux – a permis de révéler les principaux acteurs participant au processus de transfert, les éléments transférés, ainsi que le caractère volontaire ou contraignant des actions engagées. On a pu noter que l'implication de certains acteurs au fur et à mesure des phases initiales des projets, a eu des effets sur l'adoption de l'expérience internationale. Dans le cas moldave, la participation de la Banque mondiale à la procédure d'appel d'offre internationale a renforcé les souhaits initiaux des représentants du ministère de

recherche des solutionsextérieures. En particulier, la sélection de l'entreprise de construction selon les critères de la Banque mondiale, ainsi que l'implication de cette dernière dans l'élaboration du cahier des charges a favorisé davantage la participation de sociétés étrangères. Bien que les représentants du ministère souhaitent au départ eux-mêmes moderniser leurs hôpitaux selon l'expérience internationale, la participation de la Banque mondiale au projet de l'HCR a accentué cette volonté, en opérant presque une sorte de « verrouillage » de ce choix. En Ukraine, si il n'y pas d'acteur extérieur comme dans le cas moldave en amont de la sélection de l'entreprise de construction de l'étranger, on a pu observer que le soutien politique accordé par le président du pays à la Fondation Ukraine 3000 a permis à cette dernière d'avoir plus de poids face à certains fonctionnaires du ministère de la Santé plutôt attachés à l'expérience nationale. On est en présence d'un acteur politique fortement orienté vers l'introduction de l'expérience internationale et mettant en place les moyens nécessaires à la réalisation du transfert. La désignation de la Fondation en tant que maître d'ouvrage, la marge de manœuvre qu'elle a eu pour la visite d'hôpitaux à l'étranger, ensuite l'élaboration du cahier des charges, la collecte des ressources nationales et la mise en place de la procédure d'appel d'offre, permettent de rendre compte de l'importance du facteur « soutien politique » dans le cas ukrainien.

La comparaison des deux cas, analysés lors des phases initiales du transfert, permet de souligner le rôle des acteurs extérieurs (une organisation internationale – la Banque mondiale – en Moldavie) et des acteurs nationaux (des décideurs politiques, en Ukraine). Le cas ukrainien permet d'entrevoir que la participation d'un acteur extérieur n'est pas une condition indispensable, étant donné que même en l'absence d'une organisation internationale, les acteurs nationaux ont trouvé les moyens, certes, avec un fort soutien politique, de parvenir à attirer des entreprises internationales dans leur pays.

Troisièmement, nous pouvons constater que la première phase du transfert est plutôt une sorte de « préparation du terrain » qu'adoption d'éléments concrets de l'étranger. Ainsi, les premières actions de transfert engagées au début des projets hospitaliers analysés ont concerné la recherche d'une expérience internationale en matière de construction hospitalière. Il n'a pas encore été question à ce stade d'éléments transférés depuis l'extérieur, mais plutôt de la recherche d'une solution à un problème national – la modernisation des établissements hospitaliers – et la prospection des développements hospitaliers dans d'autres pays. Les décideurs politiques ukrainiens et moldaves se sont appuyés sur leur connaissance des

institutions médicales des pays occidentaux et ont souhaité la construction d'institutions semblables dans leurs pays. Il s'agit donc au départ de la recherche d'un modèle, d'un type d'établissement hospitalier (du point de vue de son fonctionnement et des services de soins dispensés) qui s'est concrétisé ultérieurement par la recherche de compétences internationales en matière de construction hospitalière.

Finalement, il a été également question ici de s'interroger sur le caractère du transfert lors des étapes initiales des modernisations hospitalières. Dans les deux pays, le lancement de compétitions internationales pour la sélection d'entreprises de construction de l'étranger s'est inscrit dans la volonté des décideurs nationaux d'adopter une expérience extérieure dans le domaine de la modernisation des hôpitaux. S'il s'agit dans les deux projets des éléments d'un processus volontaire lié aux souhaits des acteurs nationaux de faire comme dans les pays occidentaux, le mécanisme d'inspiration de l'étranger diffère. Le cas moldave s'inscrit tout d'abord dans une forme de coercition exercée par la Banque mondiale. Le fait que l'organisation internationale impose ses conditions quant au déroulement de l'appel d'offre a constitué une conditionnalité technique des financements accordés et s'est traduit par la mise en place d'une relation de pouvoir asymétrique. Cet aspect est fondamental dans le cadre d'un mécanisme de coercition et les entretiens étudiés ont permis d'établir un lien direct entre les ressources allouées par la Banque mondiale dans le cadre de son programme pour le secteur de la santé et l'organisation d'un appel d'offre international par le ministère de la Santé de Moldavie. Néanmoins, la forme de transfert par coercition qui se met en place dès lors que l'on note la participation de la Banque mondiale, ne doit pas dissimuler le souhait initial des décideurs politiques nationaux d'adopter l'expérience internationale en matière de modernisation hospitalière. Si les ressources de la Banque mondiale ont été utilisées pour l'hôpital de Chisinau, ce sont les représentants politiques moldaves (membres du gouvernement) qui ont préparé la réforme dans le domaine de la santé et plus précisément de la modernisation du parc hospitalier. Ils ont ensuite recherché des financements auprès de l'organisation internationale. Le cas de la Moldavie, bien qu'il ne se situe pas dans un des exemples de coercition d'une organisation internationale dont on est membre[1], permet d'attester de la difficulté de distinguer le caractère coercitif ou volontaire du transfert. Nous avons préféré le terme de « coercition souhaitée », afin de rendre compte à la fois de la

[1] Comme c'est le cas pour les pays de l'UE par exemple, qui doivent mettre en application le droit communautaire et qui sont indirectement associés (à travers les institutions européennes) à son élaboration.

conditionnalité imposée par l'organisation internationale et du souhait des acteurs nationaux d'y adhérer en vue d'atteindre leurs objectifs.

Au-delà de l'action coercitive exercée par la Banque mondiale dans le cas moldave et absente dans le cas ukrainien, on peut noter que le souhait des représentants du ministère de la Santé de Moldavie s'inscrit dans une forme de mimétisme. En reprenant l'idée des auteurs tels que DiMaggio et Powell, ainsi que Simmons et al, il s'agit ici d'une volonté des acteurs nationaux de s'inspirer de l'étranger, mais sans connaître de manière précise et approfondie les effets des solutions souhaitées. A ce titre, nous n'avons pas noté d'étude réalisée par le ministère en vue d'adopter le meilleur modèle de construction hospitalière et s'appuyant sur un pays en particulier. Il fut plutôt question de la volonté de faire comme dans les pays avancés, étant donné la performance de ces derniers en matière de diagnostic et de traitement hospitalier. Le cas ukrainien s'inscrit également dans cette perspective, sauf que les représentants nationaux semblaient plus informés sur les développements hospitaliers dans les pays occidentaux que leurs homologues moldaves. Ainsi, les membres de la Fondation ont réalisé de nombreux voyages d'étude à l'étranger, dans des pays comme les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Allemagne et ont visité des établissements hospitaliers, en vue de connaître les développements actuels dans le domaine médical et de les introduire en Ukraine. En comparant les deux cas, on peut constater que la forme de transfert observée au début du projet hospitalier en Ukraine se rapproche davantage de l'apprentissage que du mimétisme. Si la première comprend une connaissance précise des solutions adoptées, la seconde implique une volonté d'imitation des solutions ayant réussi dans d'autres contextes. Le processus observé en Moldavie est lié plutôt à des mécanismes de mimétisme, combiné à une forme de coercition lors de la participation d'une organisation internationale, alors qu'en Ukraine il s'agit d'un mécanisme d'apprentissage.

Chapitre VI. Comment est transférée l'expérience internationale ? Entre respect des normes nationales et mise en œuvre de solutions de l'étranger

Ce chapitre analyse l'étape de mise en œuvre du transfert. Le précédent a montré comment les acteurs nationaux ont cherché des solutions de modernisation de leurs hôpitaux depuis l'étranger, en organisant des appels d'offres internationaux. Nous mentionnons à présent l'action des acteurs internationaux lors de la réalisation des missions architecturales. Nous montrons qu'il y a un transfert de normes techniques informelles, qui a lieu par la transmission de connaissances et de savoir-faire des architectes étrangers, au sein de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie. Nous montrons également que les acteurs nationaux modernisent les hôpitaux non pas selon les normes techniques règlementaires en vigueur et qui sont obligatoires, mais en les contournant, et en adoptant de normes de l'étranger.

Le processus de transfert analysé au sein de l'étape de missions architecturales diffère-t-il de celui de l'étape des appels d'offre internationaux ? Dans le chapitre précédent, nous avons vu que les acteurs nationaux ont fait appel à l'expérience internationale par des mécanismes de coercition, mais également d'apprentissage et de mimétisme. Ils ont ainsi cherché à adopter des compétences extérieures sous l'influence de la Banque mondiale (en Moldavie), mais également à la suite de visites d'hôpitaux des pays étrangers (en Ukraine). Dans le chapitre ci-dessous, nous questionnons essentiellement l'action des acteurs internationaux : comment ont-ils mis en œuvre l'expérience internationale en Ukraine et en Moldavie ? Les mêmes mécanismes de coercition et d'apprentissage caractérisent-ils également l'étape de mission architecturale ? Plus concrètement, les acteurs nationaux ont-ils été contraints d'adopter des solutions architecturales par les acteurs internationaux (coercition), les ont-ils évaluées avant de les adopter (apprentissage) ou les ont-ils acceptées simplement parce qu'elles provenaient des pays occidentaux (mimétisme) ?

Comme le souligne Katharina Füglister dans l'article « Where does learning take place ? The role of intergovernmental cooperation in policy diffusion » [1], les mécanismes d'un processus de transfert peuvent évoluer non pas seulement d'une politique à l'autre, mais aussi dans le temps. Il convient donc de s'intéresser aux caractéristiques du transfert à la suite de l'organisation des appels d'offres internationaux et plus concrètement lors de la réalisation des missions architecturales.

Ce chapitre vérifie l'hypothèse d'un transfert de normes différent selon les acteurs internationaux qui y participent. Nous supposons que le transfert par une organisation internationale passe par un mécanisme de coercition, alors que celui réalisé par des acteurs économiques se déroule par un mécanisme d'apprentissage. Ainsi, l'organisation internationale dispose de moyens de pression pour imposer l'adoption de normes étrangères, alors que les entreprises d'architecture étrangères doivent convaincre et négocier l'adoption de leurs solutions par les acteurs locaux. Nous supposons également que la continuité des normes de la période soviétique a constitué le principal obstacle à l'introduction de l'expérience internationale. Nous devrions observer des points de résistance similaires au sein des deux pays.

Le chapitre est structuré en deux sections. La première étudie le rôle d'une organisation internationale, telle que la Banque mondiale, dans le cadre du transfert de normes de l'étranger (le cas des Centres de santé en Moldavie). La deuxième section présente le rôle des entreprises étrangères de construction dans le cadre des missions architecturales, en analysant de manière approfondie le cas de l'HDF en Ukraine. Cet exemple sera complété par le cas de l'HCR de Moldavie. Nous présentons les raisons pour lesquelles les entreprises d'architectures s'engagent dans un transfert de normes de leurs pays. Seront également illustrés les obstacles et les catalyseurs rencontrés lors de l'exercice des missions architecturales.

En fin de chapitre, nous comparons les éléments de transfert de normes de l'étranger en provenance des deux types d'acteurs internationaux étudiés : l'organisation internationale et les entreprises étrangères.

[1] Füglister, Katharina, *op. cit.*, p. 319.

Section I : Lorsque les acteurs internationaux s'engagent dans un transfert : intérêts financiers ou routines professionnelles ?

A la suite des compétitions internationales, des entreprises de construction ont été sélectionnées en Ukraine et en Moldavie pour l'élaboration des plans architecturaux. Le rôle de ces acteurs est étudié par le prisme de deux projets hospitaliers : l'HDF en Ukraine et l'HCR en Moldavie. Par ailleurs, nous analysons également le rôle des organisations internationales lors de l'étape de mission architecturale, en nous s'appuyant sur l'exemple des Centres de santé en Moldavie. Dans le cadre de ce projet, la Banque mondiale est intervenue dans la mise au point du cahier des charges de la conception architecturale. Si dans le chapitre précédent nous avons étudié le rôle de cette organisation au début d'un projet hospitalier (organisation d'un appel d'offre international), il s'agit ici de s'intéresser à son action lors de la mise en œuvre des missions architecturales. Etant donné que le projet de l'HCR de Moldavie n'était pas au moment de notre enquête à l'étape de mission architecturale, l'exemple du Centre de santé a été privilégié pour l'étude du transfert lors de cette phase. En étudiant trois projets hospitaliers (un en Ukraine et deux en Moldavie), nous évaluons le rôle de ces acteurs internationaux dans le cadre du transfert de normes de l'étranger.

Dans les projets analysés, le maître d'ouvrage est un acteur national : le ministère de la Santé, en Moldavie et la Fondation de l'HDF, en Ukraine. Le maître d'œuvre, quant à lui, est composé d'acteurs nationaux et internationaux. Pour le projet des Centres de santé, la MOE est représentée par différentes entreprises d'architecture locales, ainsi que par des consultants internationaux de la Banque mondiale. Le projet de l'HDF de l'Ukraine est réalisé par le consortium franco-britannique bdpgroupe6, qui s'est associé avec l'architecte ukrainien Budova Centre-1. Par ailleurs, le projet de l'HCR de Moldavie, mentionné dans la deuxième section, a été modernisé également à l'aide d'une entreprise étrangère, le cabinet allemand Top Konsult, et d'une société d'architecture moldave, l'entreprise Dolmen (voir Fig. 15).

Fig. 15 : Les participants aux projets hospitaliers étudiés selon le type d'acteur extérieur

Type acteur extérieur	Projet	Maîtrise d'ouvrage (MOA)	Maitrise d'œuvre (MOE)	Mission étudiée
Organisation internationale	Centre de santé Moldavie	Le ministère de la Santé	Architectes locaux Consultants de la Banque mondiale	Cahier des charges pour la mission architecturale
Entreprises étrangères de construction	HDF Ukraine	La Fondation de l'HDF	bdpgroupe6 (international) Budova (local)	Programmation Conception
	HCR Moldavie	Le ministère de la Santé	Top Konsult (international) Dolmen (local)	Etude de faisabilité

I) Le transfert par les organisations internationales : conditionné par des financements ?

En analysant le projet des Centres de médecine primaire en milieu rural, nous évaluons le rôle d'une organisation internationale telle que la Banque mondiale dans le cadre du transfert de normes depuis l'étranger.

A) La question de l'incompatibilité des normes techniques

Le projet des Centres de santé concerne la modernisation de structures de médecine primaire, sur l'ensemble du territoire de la Moldavie. Mis en place avec le soutien de la Banque

mondiale, ce projet a été réalisé par des professionnels locaux de la construction[1]. Cette dernière a également fait intervenir des consultants étrangers dans les premières phases de mise en place du projet, afin de mieux définir le cahier des charges des opérations financées. Les consultants étrangers sont intervenus en cours du projet en raison des discordances au sujet du nombre de Centres de santé à moderniser.

En effet, à la suite de la première étape du projet, 15 premiers centres de santé furent rénovés. Cependant, la Banque mondiale constata que les normes techniques selon lesquelles ces derniers furent restructurés ne correspondaient pas à ses estimations initiales. La partie moldave informa les représentants de l'organisation internationale que la somme allouée au projet n'avait permis la modernisation que d'un nombre réduit de Centres de santé. Dans ces conditions, la Banque mondiale a fait intervenir des consultants internationaux du bâtiment, afin de calculer le nombre d'institutions médicales qui pouvaient être modernisées par le financement accordé.

Les conseils des consultants internationaux ont porté sur les exigences techniques nécessaires à la modernisation des institutions médicales de type primaire. Il en a résulté que les normes techniques, appliquées par la partie moldave, prévoyaient la construction de centres de santé d'une superficie plus conséquente que celle suggérée par les consultants internationaux. Ainsi, la somme financière allouée permettait de moderniser moins d'institutions. La superficie estimée par les entreprises d'architecture moldaves respectait les normes techniques en vigueur, héritées de la période soviétique. Ces normes correspondent à des superficies et à des espaces plus spacieux, calculés par l'économie planifiée de l'époque (cf. chapitre 4). Or, les calculs des représentants de la Banque mondiale se sont appuyés sur les surfaces admises lors de la construction d'un centre de santé dans les pays occidentaux. Les entretiens réalisés avec les représentants du ministère de la Santé ont mentionné à plusieurs reprises l'incompatibilité des normes techniques moldaves et celles de l'étranger[1].

Valentina Spac, aujourd'hui Directrice du Service des Réparations Capitales de l'Université de médecine de Moldavie fut en charge de la mise en œuvre du projet des Centres de santé au sein du ministère de la Santé. Lors de trois entretiens, l'ancienne fonctionnaire a expliqué que

[1] Il s'agit de plusieurs entreprises moldaves d'architecture, qui n'ont pas fait l'objet de notre enquête de terrain. Nous nous sommes intéressée principalement aux actions de la Banque mondiale, en tant qu'acteur international prenant part à ce projet.

les normes techniques qui ont été appliquées pour la modernisation des centres de médecine primaire en Moldavie étaient celles datant de la période soviétique :

« Les normes de construction sont les normes des années 1982-1984 et nous les utilisons actuellement aussi. Elles prévoient les exigences concernant la maternité, la stomatologie, gynécologie etc. donc tous les profils médicaux. Elles établissaient la surface d'un cabinet de stomatologie, gynécologie etc. et ces surfaces étaient très grandes. La Banque mondiale nous a accordé un crédit pour la construction des centres de santé et des cabinets de médecins de familles dans les campagnes. Les experts de la Banque mondiale sont restés choqués lorsqu'ils ont vu nos normes. Un centre de santé doit avoir environ 100m². Les coordonnateurs de ces centres de santé dépendent hiérarchiquement du centre des médecins de famille régional. Donc les surfaces sont chez eux très limitées. Le laboratoire – fait comme une chambre. Les nôtres ont été très étonnés de ces choses-là »[2].

Si les normes techniques en vigueur en Moldavie, héritées de la période soviétique prévoyaient des espaces et des surfaces plus conséquentes des centres de médecine primaire, les consultants étrangers mobilisés par la Banque mondiale insistaient sur l'adaptation des dimensions au rôle de ces institutions médicales qui se subordonnaient aux centres régionaux. Selon eux, les centres de santé dans les villages ne devaient avoir qu'une surface réduite, afin d'apporter les services de soins primaires :

« Les experts internationaux ont insisté. Chez eux, un centre de santé fait 100 m². Chez nous, il peut aller jusqu'à 1000 m² »[3].

Etant donné le conditionnement des ressources financières de la Banque mondiale, les représentants du ministère de la Santé ont dû tenir compte des observations émises par les consultants internationaux :

« Il fallait soit accepter les paramètres dictés par la Banque mondiale, soit on ne construisait pas les centres de santé »[4].

---

[1] Nous n'avons pu obtenir d'entretien avec les représentants de la Banque mondiale. Néanmoins, nous avons menées des discussions avec les représentants du ministère de la Santé et en particulier avec les consultants de la Banque mondiale au sein du ministère.
[2] Entretien avec Valentina Spac, ancienne Directrice de la Direction de Services et Réparations Capitales, ministère de la Santé, Chisinau, Moldavie, avril 2010, traduit du roumain.
[3] *Ibid.*
[4] *Ibid.*

Les spécialistes étrangers ont été conviés par la Banque mondiale à préciser des éléments du cahier des charges du projet, notamment les caractéristiques techniques. Selon Valentina Spac, ces experts internationaux ont participé au projet de modernisation des institutions médicales en Moldavie :

« Il y avait des experts de la Banque mondiale qui imposaient leurs conditions. Ce sont eux qui ont écrit précisément toutes les remarques de la Banque mondiale. Ils donnaient des observations sur les projets de modernisation (…). Ils donnaient une somme pour un nombre fixe de centres. Nous devions nous encadrer dans celle-ci »[1].

L'objet principal de cette contradiction ne tenait pas tellement au fait que les normes soient différentes d'une part et d'autres, ni d'ailleurs au fait que celles de Moldavie soient obsolètes. En effet, les normes héritées de la période soviétique mettaient l'accent sur la « quantité » des constructions dans le domaine de la santé. Elles prévoyaient de superficies étendues, de grands volumes et de grands espaces pour la construction des établissements de santé. Les normes techniques en vigueur en Moldavie entre 1991 et 2011 avaient gardé les spécifications techniques de la période soviétique. Par conséquent, ces normes obligeaient le ministère de la Santé de construire un nombre de centres réduit, mais d'une superficie étendue. Or, les normes techniques des consultants étrangers permettaient la construction d'un nombre plus élevé de centres de santé, d'une superficie plus réduite. Les membres de la Banque mondiale n'étaient pas favorables à la construction d'un nombre inférieur d'institutions médicales à celui préconisé dans son projet. Ils comprenaient que les normes héritées de la période soviétique représentaient un blocage pour une utilisation plus « efficaces » de ses financements. Dans ce contexte, la Banque a insisté sur l'application des normes techniques étrangères, afin de permettre la modernisation d'un nombre plus significatif d'institutions médicales. La position de l'organisation était liée à la gestion des ressources financières octroyées. Ses représentants ont été d'autant plus satisfaits que la partie moldave a pris en compte les remarques concernant la réduction des surfaces des centres de santé, qu'ils craignaient une mauvaise utilisation des ressources financières : « Ils ont eu une expérience au Tadjikistan où l'argent a été « jeté par les fenêtres », car au final rien ne fut construit et l'argent fut perdu »[2].

---

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

Nous pouvons noter ici comment les intérêts d'ordre économique – la rationalisation des dépenses – ont constitué l'élément catalyseur du transfert de normes de l'étranger. Ce sont donc les considérations rationnelles et non pas subjectives qui ont incitées la Banque mondiale à faire intervenir des spécialistes étrangers de l'architecture hospitalière. Ces derniers ont présenté des options d'un coût inférieur à celles de la partie moldave. L'imposition de la Banque mondiale des solutions étrangères s'est donc traduite par l'introduction d'autres normes techniques que celles en vigueur en Moldavie.

B) La modification du cahier des charges de la mission architecturale sous la pression de l'organisation internationale

Lorsque les calculs faits par la partie moldave ont révélé que l'application des normes en vigueur ne permettrait pas de respecter les exigences de la Banque mondiale, les membres du ministère de la Santé ont décidé d'adresser des courriers au ministère de la Construction afin de trouver une solution :

« Nous avons écrit une lettre au ministère de la Construction lorsque nous avons commencé la construction de ces centres de santé…la Banque mondiale peut nous donner pour une surface de 100m² - 1 million de lei[1]. Nous, selon nos normes, nous sommes arrivés à 2 millions et demi. Nous aurions dû construire 35 centres, mais nous construisons 15 centres »[1].

Le courrier adressé au ministère de la Construction soulignait le fait que les normes en vigueur en Moldavie empêchaient la construction le nombre de centres de santé souhaité par le ministère de la Santé. Ce dernier demandait donc une dérogation aux normes règlementaires, afin de respecter les exigences de la Banque mondiale pour ce projet. Valentina Spac affirme avoir démontré aux responsables du ministère de la Construction l'inutilité de certaines normes technique et notamment l'augmentation de coût de construction qu'elles engendraient :

« Mais pourquoi, je vous explique. Dans la région de Glodeni, dans le village de Iabulohna, nous avons annexé une chaudronnerie. Il y a là-bas un gros chaudron qui fait de la chaleur pour un petit immeuble d'un étage, qui a un médecin, deux infirmières. Nous avons

[1] Il s'agit de la monnaie officielle en Moldavie : 1 leu équivaut à environ 16 euros, en fonction du cours monétaire.

construit une cabane avec des colonnes comme ça et de grandes poutres qui nous ont couté 130 000 lei. Nous avons soulevé ce problème auprès du ministère de la Construction. Nous leur avons montré les photos en question. L'expert fut très étonné. Mais il nous a dit que les normes le voulait ainsi »[2].

L'ancienne responsable du ministère de la Santé explique que la construction des centres de santé selon les normes en vigueur engendrait des dépenses supplémentaires pour divers éléments techniques qui n'étaient pas considérés comme étant nécessaires par la maîtrise d'ouvrage : « Un autre exemple. Dans une pièce comme celle-ci, il faut qu'il y ait huit lampes. C'est absolument inutile. Mais c'est ce qui dit la norme »[3].

Dans ces conditions, les membres du ministère de la Santé ont listé ces problèmes par courrier au ministère de la Construction, en espérant obtenir des dérogations. Si l'autorité centrale, chargée de l'élaboration des normes techniques, a refusé d'entreprendre des modifications des normes qui posaient problème, elle a néanmoins accepté d'examiner les demandes du ministère de la Santé :

« Nous avons écrit une lettre avec ces problèmes pour faire quelque chose pour diminuer quelque peu le coût de la construction. Ils nous ont répondu que cela doit correspondre aux normes en vigueur et que chaque décision qui sera prise par les architectes et qui sera en contradiction avec notre législation, héritée de la période soviétique, devra être coordonnée avec eux. Les architectes coordonnaient tout cela comme ils pouvaient et au final, obtenaient quelque chose, sur leur propre responsabilité »[4].

Interrogé sur le cas de la construction des Centres de santé et la demande de dérogation aux normes en vigueur du ministère de la Santé, Iurii Socol du ministère de la Construction convient de la nécessité d'accorder une exception dans ce cas :

« Avec regret, les normes soviétiques imposent que l'approvisionnement en énergie électrique soit du troisième degré ce qui signifie qu'en cas d'interruption de l'énergie électrique, une source autonome intervient. Cela veut dire qu'il y a un générateur qui se

---

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*
[2] *Ibid.*
[3] *Ibid.*
[4] *Ibid.*

connecte et qui alimente le centre de santé. Et cette chose implique aussi des couts supplémentaires. C'est inutile »[1].

Par conséquent, les représentants du ministère de la Construction ont trouvé justifiée la demande de dérogation, étant donné que les normes moldaves obligeaient la mise en place de dépenses supplémentaires et d'aucune utilité :

« Nous avons analysé la situation et nous avons vu que si l'eau et l'électricité sont interrompues, personne ne va souffrir, parce qu'on n'y fait pas des opérations où une absence de 3 secondes d'énergie électrique pourrait être fatale au patient. Mais cette norme était prévue pour n'importe quelle institution médicale. A l'époque, il n'y avait pas de tels centres. A l'époque, on construisait la policlinique en ville ou le centre médical régional qui desservait tout le monde. Voire plus, il y a l'exigence concernant l'existence de l'éclairage artificiel. Celles soviétiques demandent que l'éclairage soit d'une certaine intensité. Nous avons discuté avec plusieurs architectes qui disent qu'il n'y a aucun sens. Il peut mettre une ampoule sur la table et dans le cas où il examine la personne, il a de la lumière locale. Donc si nécessaire, il dispose d'une source d'éclairage »[2].

Cet exemple permet d'illustrer comment les membres du ministère de la Construction de Moldavie ont abordé les dérogations demandées par les maîtres d'ouvrage souhaitant s'écarter des normes en vigueur. Pour ce faire, ils ont étudié la pertinence des dérogations demandées par rapport aux conditions techniques actuelles. Les conseils des architectes et ingénieurs ont été également entendus en vue de comprendre les possibilités techniques permettant de ne pas tenir compte des normes en vigueur, notamment du point de vue du fonctionnement du bâtiment. Par ailleurs, les différences d'exercice de l'activité des usagers de la future construction ont été également prises en compte, du point de vue des changements qui s'y sont opérés depuis l'effondrement de l'Union soviétique. De cette manière, les représentants du ministère de la Construction ont pu voir que certains éléments exigés par la norme technique, toujours en vigueur, n'étaient plus nécessaires dans les conditions actuelles. Le fait que la norme ne soit pas modifiée à la suite de ces changements d'ordre technologique et social contraignait les professionnels à respecter des besoins qui étaient devenus obsolètes.

[1] Entretien avec Iurii Socol, Chef de la Direction de Règlementations technico-économiques, ministère de la Construction, Chisinau, Moldavie, avril 2010, traduit du roumain.
[2] *Ibid*.

Face à cette situation, il a été convenu d'accorder la possibilité d'entreprendre des dérogations pour permettre la réalisation du projet des Centres de santé :

« Le ministère de la Santé a émis un ordre qui a établi des exigences assez simples, mais générales, concernant les centres respectifs…comment nous pouvons aider pour ne pas stopper le processus de construction parce que les normes sont trop rigides. Le problème en fait ce n'est pas que les normes soient trop rigides, mais qu'elles soient destinées pour d'autres types de bâtiments »[1].

Il ressort que le ministère de la Construction a convenu que le ministère de la Santé, en tant que maître d'ouvrage, réalise un cahier des charges contenant moins d'exigences techniques que celles requises par les normes règlementaires. Sur la base de ces dernières, le ministère de la Santé a pu procéder à la construction d'un nombre de Centre de santé plus élevé. Comme l'explique notre interlocuteur, les exigences du ministère de la Santé s'appuyaient sur de nouveaux équipements, technologies et fonctionnements médicaux, alors que les normes en vigueur elles, héritées de la période soviétique, s'appuyaient sur des caractéristiques techniques valables à l'époque de l'URSS et devenues obsolètes depuis son effondrement.

C) Les « exceptions » confirment-elles la norme ?

Le fait que les institutions nationales ne modifient pas les normes en vigueur même sous la pression des professionnels du bâtiment, ne signifie pas qu'il n'y a pas de transformation. En effet, une analyse plus fine montre que les architectes entreprennent des changements. Dans le cadre de leur activité, ils emploient d'autres normes techniques que celles contenues dans les textes règlementaires. Ainsi, lorsqu'un projet de modernisation contient des exigences techniques incompatibles avec les normes règlementaires, ils cherchent à s'en écarter[2]. L'exemple des Centres de santé montre que le ministère de la Santé a demandé des dérogations au ministère de la Construction. Bien que ce dernier ne lance pas une procédure de modification des normes qui posent problème, certains éléments permettent de saisir une transformation.

---

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*

[2] Les nouveaux paramètres techniques concernent, par exemple, des équipements ou des technologies plus modernes, qui n'existaient pas du temps de l'Union soviétique. Les normes datant de cette période ne les contiennent pas non plus.

Premièrement, le ministère de la Construction comprend la demande de dérogation de la part du ministère de la Santé, en acquiesçant de l'obsolescence de certaines normes nationales face aux évolutions de la science et de la technologie dans le domaine médical. Dans ce contexte, il accepte que l'on s'écarte des normes en vigueur, tout en surveillant ce processus. Ainsi, le ministère de la Construction suggèrent au ministère de la Santé de présenter les projets architecturaux, au cas par cas, afin d'étudier à chaque fois la nécessité de déroger aux normes en vigueur. De cette façon, il ne s'agit pas d'une dérogation totale qui serait accordée à l'ensemble du projet des Centres de santé, mais plutôt de la mise en place de procédures de dérogations ponctuelles. La lettre de réponse du ministère de la Construction à la demande du ministère de la Santé constitue un premier pas dans la permission de s'écarter des normes en vigueur.

Un deuxième élément permet de saisir un changement dans l'utilisation des normes techniques par les professionnels du bâtiment en Moldavie. Il concerne la possibilité laissée au maître d'ouvrage de déroger aux normes nationales. A la suite du courrier officiel adressé au ministère de la Construction, le maître d'ouvrage a pu apporter des modifications au cahier des charges. Ce document envisageait au départ la construction de centres de santé selon les dimensions prévues par les normes en vigueur. Comme mentionné plus haut, cette première version permettait la construction de Centres de santé d'une surface plus importante que celle exigée par les experts de la Banque mondiale. A la suite de courriers officiels adressés au ministère de la Construction, les représentants du ministère de la Santé, bien qu'ils n'aient pas obtenu la modification des normes en vigueur, ont estimé pouvoir modifier le cahier des charges selon les besoins qu'ils avaient estimés et non pas ceux prévus par les normes nationales. Ils pouvaient par la suite présenter chaque projet de centre de santé pour vérification et acceptation des dérogations, sur la base du courrier officiel du ministère de la Construction, justifiant la nécessité de s'écarter des normes nationales.

La discussion avec Tatiana Zatic, responsable de la Direction de politiques d'assistance médicale au ministère de la Santé, a pointé les contours d'un changement de normes techniques au travers de la mise en place de ces deux actions en parallèle : d'une part, le maître d'ouvrage demande à obtenir des dérogations, tout en s'écartant déjà des normes en vigueur et d'autre part, les administrations nationales se prononcent sur l'acceptation ou le

refus de ces dérogations[1]. Entre temps, les entreprises élaborent les plans de conception architecturale selon les dimensions proposées par les experts internationaux de la Banque mondiale. Ainsi, la représentante du ministère de la Santé souligne la prise en compte de nouveaux besoins en matière de construction de centre d'assistance médicale primaire dans les zones rurales de Moldavie :

« Lorsque l'étude de faisabilité de l'assistance médicale primaire fut réalisée, il a été constaté que nous avons des bâtiments supra-dimensionnés, qui sont trop grands par rapports aux nécessités de l'institution, au nombre de la population desservie, au nombre de médecins qui exercent. Et il n'est pas normal de maintenir cette base. Et les mêmes experts qui ont fait cette étude nous ont recommandé la délimitation de ces bâtiments. Déjà à la conception architecturale, il a été tenu compte de ces recommandations et précisément dans le cadre de ce projet, des règlementations nouvelles ont été faites concernant les espaces qui étaient nécessaires, la surface des bureaux. Donc les besoins ont été formulés de manière claire et coordonnés avec le Centre de médecine préventive qui les a acceptés. Ils ont été coordonnés avec les architectes des cabinets d'architecture. Donc il y a un processus qui se déroule en parallèle »[2].

L'attestation du ministère de la Construction d'une incompatibilité entre les normes techniques nationales et les besoins du projet, permet au ministère de la Santé de modifier le cahier des charges. Cela lui permet également d'avoir plus de confiance quant à une validation des dérogations auprès des administrations. Par conséquent, les professionnels du bâtiment arrivent à réaliser des projets de modernisation selon des normes techniques différentes de celles en vigueur en Moldavie. Le cas des Centres de santé démontre de manière saisissante l'utilisation de normes techniques de l'étranger sous l'influence directe d'une organisation internationale.

[1] Entretien avec Tatiana Zatic, ministère de la Santé de Moldavie, *op. cit*.
[2] *Ibid*.

II) Le transfert par les acteurs économiques : les normes, un enjeu financier

A la différence de la Banque mondiale, les entreprises étrangères, étudiés dans notre thèse ne disposent pas de moyens de pression pour faire adopter leurs solutions architecturales. Dans ces conditions, elles ont dû négocier et convaincre les maîtres d'ouvrages nationaux.

A) Transfert de normes de l'étranger selon des intérêts économiques ? Le cas de l'HDF, en Ukraine

a) Intérêts et motivations des architectes étrangers

Constitué par plusieurs entreprises de construction franco-britanniques, le consortium bdpgroupe6 a été sélectionné pour réaliser la conception architecturale de l'HDF de Kiev, en Ukraine. Sa mission de maîtrise d'œuvre consistait à élaborer les plans architecturaux du futur établissement médical. En même temps, dès le début des négociations entre les deux parties, le contenu de la mission architecturale fit objet de débat. Il fut principalement lié aux différences du contenu de cette mission dans les différents pays. Ainsi, les architectes étrangers ont cherché à délimiter leurs obligations dans le cadre de la conception architecturale en Ukraine. Ils souhaitaient également comparer son contenu et son sens en Ukraine avec ce qu'elle représentait au sein de leurs propres pays (France et Royaume-Uni). Les deux parties devaient se mettre d'accord sur le contenu de la mission, alors que chacune avait une idée différente de ce qu'elle représentait.

A la suite de quelques mois de négociations[1] entre le consortium et la Fondation de l'HDF, les contours de la mission de conception architecturale furent délimités à l'élaboration des plans architecturaux approfondis, suivi de l'obtention du permis de construire permettant la construction de l'établissement médical. Le maître d'ouvrage ukrainien avait mentionné également son souhait d'obtenir l'expérience internationale dans la réalisation du futur projet par le consortium, tout en respectant les règlementations techniques ukrainiennes (nous y reviendrons).

[1] De longues négociations ont été portées entre la Fondation et bdpgroupe6, entre juillet et décembre 2007, comme nous l'avons noté durant notre observation participante au sein de Groupe-6.

Bien que la mission du consortium bdpgroupe6 fût initialement limitée au travail de conception architecturale, l'enquête de terrain a révélé des éléments complémentaires, venus se rajouter durant le projet. Ainsi, le consortium bdpgroupe6 s'est également vu attribuer la mission de programmation médicale, qui comprend la spécification de l'équipement médical pour le fonctionnement du futur établissement. La programmation est une étape du processus de construction d'un hôpital qui est réalisée en amont de la conception architecturale (cf. chapitre 4). Mais en raison d'un manque d'expérience de la Fondation en matière de construction hospitalière, la mission de programmation médicale fut attribuée au consortium et ce, non pas en amont de la conception architecturale, mais en parallèle du déroulement de celle-ci. Par conséquent, le travail de professionnels étrangers a concerné à la fois la conception (éléments d'architecture, d'ingénierie et d'économie du projet) et la programmation médicale (équipements et technologies médicales, activités et fonctionnement médical). Des éléments des deux missions apparaîtront dans le cadre de notre analyse.

Le consortium bdpgroupe6 a réuni en son sein plusieurs entreprises, chacune intervenant sur une partie différente du projet (voir Fig. 16). Les architectes français de Groupe-6 étaient en charge de la partie architecturale. Les ingénieurs britanniques de BDP étaient responsables de la partie ingénierie. Les spécialistes d'EC Harris, société britannique également, furent associés au consortium pour réaliser la mission de programmation et celle de l'économie du projet. Etant donné que la Fondation avait stipulé dans le contrat la nécessité d'obtenir les certificats nécessaires de la part des administrations nationales ukrainiennes, le consortium bdpgroupe6 a intégré un consultant local dans son équipe. Il s'agit du cabinet d'architecture ukrainien Budova Centre-1, possédant de l'expérience dans la construction des hôpitaux en Ukraine. Le rôle qu'on lui a attribué au sein de la maîtrise d'œuvre a été d'apporter un conseil en matière d'adaptation du projet au contexte local et de respect des règlementations en vigueur.

Fig.16 : Les entreprises du consortium bdpgroupe6 dans le cadre de l'HDF de Kiev

Entreprise	*Pays*	*Mission*
Groupe-6	France	Conception architecturale
BDP	Royaume-Uni	Ingénierie
EC Harris	Royaume-Uni	Programmation
Budova Centre-1	Ukraine	Conseil normes locales

Les débats autour des normes techniques furent lancés lors de la question du respect des normes et règlementations nationales en Ukraine par les professionnels étrangers. En effet, à la suite de la sélection du consortium franco-britannique bdpgroupe6, il fut question très rapidement du respect des normes et règlementations locales. Ce point a été abordé dès la signature du contrat entre les deux parties, se concrétisant par l'intégration de l'architecte ukrainien Budova dans le consortium étranger, en tant qu'expert local. Plus concrètement, la Fondation avait demandé aux professionnels étrangers de respecter les normes techniques locales afin d'obtenir les autorisations nécessaires à la réalisation du projet, dont le permis de construire. Tout au long de notre enquête de terrain, nous avons pu observer comment la question des normes techniques a été un sujet de négociations continues entre les représentants nationaux et internationaux.

Si bdpgroupe6 avait accepté contractuellement le fait que le projet devait obtenir les autorisations de la part des administrations publiques en Ukraine, ses représentants étrangers ne souhaitaient cependant pas se conformer aux normes règlementaires ukrainiennes. En effet, très rapidement, il est apparu que le modèle d'hôpital proposé lors de la compétition internationale, sur la base duquel ils furent déclarés gagnants, ne pouvait être conservé tel quel, s'il devait se conformer aux règlementations techniques ukrainiennes. En d'autres termes, l'adaptation aux normes en vigueur en Ukraine allait modifier essentiellement l'esquisse du projet hospitalier proposé par bdpgroupe6. Ce point fut confirmé tant par les professionnels étrangers (bien qu'ils ne connaissent pas de manière approfondie les règlementations ukrainiennes) que par les architectes ukrainiens, qui eux, affirmaient que le

respect des normes en vigueur, héritées de la période soviétique, allait sensiblement modifier le projet proposé par bdpgroupe6, en le transformant en un hôpital ordinaire « à la soviétique »[1].

Par ailleurs, les architectes étrangers ont cherché à se familiariser avec les normes ukrainiennes, en plus des conseils obtenus auprès de leur partenaire ukrainien. Comme nous avons pu l'observer lors de notre mission auprès de Groupe-6, leurs représentants se sont procuré l'ensemble des normes ukrainiennes DBN, ainsi que certains anciens SNIP. Tout en comptant sur l'aide de l'architecte local dans la compréhension de ces règlementations, les architectes français ont cherché à estimer le degré de contrainte de la norme technique ukrainienne par rapport aux solutions architecturales qu'ils pouvaient proposer. Selon leurs estimations, il apparaissait que les normes ukrainiennes ne leur permettraient pas de réaliser un hôpital tel qu'ils avaient l'habitude de le concevoir dans leur pays.

L'incompatibilité des normes ukrainiennes avec celles des architectes étrangers britanniques et français fut comprise au début du projet sur la base des dessins préliminaires. Ces derniers ne contenaient pas un niveau de détail assez élevé, mais ils pouvaient néanmoins saisir le fait que la contrainte règlementaire ukrainienne ne leur permettrait pas d'obtenir les représentations architecturales souhaitées. La connaissance de ce paramètre a motivé les acteurs étrangers à maintenir le modèle architectural de l'hôpital qu'ils avaient proposé initialement lors du concours. En souhaitant réaliser les plans architecturaux selon leur expérience de travail, comprenant des pratiques et des façons de faire apprises au sein de leurs pays d'origine, les professionnels étrangers souhaitaient travailler selon les normes techniques informelles qu'ils connaissaient. Les raisons de cette position étaient tant d'ordre architectural – souhait de réaliser un hôpital de référence, qu'économique – obtention d'une rémunération plus importante.

Du point de vue architectural, les professionnels bdpgroupe6 étaient attachés au modèle de conception proposé lors de la compétition internationale. Cet attachement s'explique par la volonté des architectes de continuer à réaliser le projet dont ils étaient les auteurs. Cette situation posait problème tant du point de vue donc de l'ambition architecturale des auteurs du projet, qu'en raison du fait que ces derniers ne souhaitaient pas que l'on se serve uniquement de leur nom pour afficher une construction hospitalière en Ukraine, qui ne les représenterait

[1] Nous avons assisté à plusieurs discussions entre l'architecte ukrainien Volodimir Pidgirniac et les représentants

pas. Les architectes français de Groupe-6 et en particulier Antoine Buisseret, auteur de l'esquisse de l'hôpital, ont lourdement insisté à ce que le modèle architectural proposé initialement soit conservé et ce d'autant plus que le maître d'ouvrage souhaitait un hôpital de pointe.

Une autre raison poussait les architectes étrangers à insister sur le maintien de leur modèle architectural et la mise en œuvre de leur savoir-faire. Il s'agit cette fois-ci d'une raison économique qui plaçait la question des normes techniques au centre des enjeux de pouvoir entre les architectes étrangers et ukrainiens. L'application des normes techniques était liée au fait qu'en fonction de celles qui devaient être appliquées, cela allait donner plus de travail et donc d'honoraires aux architectes : si les normes ukrainiennes devaient être respectées, les spécialistes ukrainiens auraient dû faire une part de travail plus importante que les architectes étrangers. Bdpgroupe6 considéraient qu'ils avaient répondu à l'appel d'offres parce que le maître d'ouvrage ukrainien avait pointé son souhait d'avoir un hôpital « aux standards européens » selon les dernières techniques et équipements médicaux. Le fait que la Fondation impose des conditions les empêchant de réaliser l'hôpital proposé initialement, impliquait que le travail entrepris en amont (et pour lequel il n'y a pas eu de rémunération) soit désormais laissé de côté ou du moins, subisse des modifications substantielles. Les architectes étrangers auraient donc perdu les investissements initiaux entrepris dans le cadre du projet.

Un deuxième aspect économique tient à l'importance de la mission des consultants internationaux face à celle de l'architecte local. C'est la raison financière qui a le plus appuyée la position du consortium bdpgroupe6 et leur attachement à faire valoir leur expérience au sein du projet. En effet, si l'équipe devait respecter les normes ukrainiennes, l'architecte local aurait dû avoir un rôle privilégié par rapport aux représentants étrangers. En revanche, si les architectes étrangers obtenaient le soutien de la Fondation à travailler le plus possible selon leur expérience internationale, le rôle de l'architecte local aurait été amoindri. La différence serait perceptible ici au niveau de la mission d'adaptation du projet par l'architecte ukrainien, plus fort dans le cas d'une traduction fidèle du projet proposé par les architectes étrangers aux normes ukrainiennes. Etant donné que les membres du consortium ont mené également de négociations en leur sein afin de départager les taches et mission de chacun, ainsi que la rémunération qui leur correspondrait, l'aspect des normes techniques à appliquer lors de la conception du projet a occupé une place significative dans les discussions. Par conséquent, les

---

de bdpgroupe6 abordant ce sujet.

membres de bdpgroupe6 étaient d'autant plus intéressés de pouvoir réaliser la conception architecturale du projet selon leur expérience, habitudes et pratiques de travail (normes informelles) que cela leur accordait une mission plus importante au sein du consortium. Cet aspect impliquait une rémunération plus conséquente[1]. La question des normes était donc un enjeu économique entre les architectes étrangers et nationaux participant au projet.

- Les normes techniques sur la « table des négociations »

Les responsables de la Fondation de l'HDF ne souhaitaient pas la modification du projet présenté au concours. Ils estimaient avoir sélectionné bdpgroupe6 sur la base d'une esquisse, parmi d'autres possibles et que les architectes étrangers devaient la respecter. Un des arguments rappelait également le coût d'un tel projet pour l'Ukraine en notant l'inutilité de payer des architectes étrangers pour réaliser un hôpital ordinaire qu'un architecte local aurait pu élaborer à un prix plus compétitif. La position de la Fondation dans les négociations était ainsi de défendre la sauvegarde de l'image du projet telle que présentée lors du concours, avec toutefois les adaptations nécessaires aux règlementations ukrainiennes.

Si l'aspect des normes techniques a été central pour les professionnels du bâtiment, il l'était moins pour les membres de la Fondation. Ceci s'explique notamment par le fait que les représentants de cette organisation n'étaient pas des spécialistes en architecture ou en construction et qu'ils ne possédaient pas non plus d'expérience dans le domaine de la réalisation de projets de construction[2]. Si la demande de la Fondation d'introduire l'expérience internationale tout en respectant les normes techniques ukrainiennes lui semblait pertinente, elle le semblait beaucoup moins pour les spécialistes étrangers. La méconnaissance des particularités d'un projet de construction est un aspect qui est apparu assez souvent dans les négociations avec la Fondation. Ceci était le plus souvent perçu comme un manque

[1] Nonobstant, à la suite des négociations entre les membres du consortium, l'architecte local Budova Centre-1 a su négocier une somme d'argent importante, en insistant sur sa connaissance du milieu de la construction hospitalière en Ukraine, sans laquelle les représentants étrangers ne pourraient pas réaliser leur projet. En insistant donc sur l'apport d'une « ressource rare » au sein du consortium, appuyé par le fait qu'aucune autre société d'architecture ukrainienne n'a souhaité joindre l'équipe étrangère, l'architecte local a pu obtenir une rémunération conséquente de sa mission (élément recueilli lors de notre observation participante, au travers des échanges mails et téléconférences organisées entre les participants).

[2] Les membres de la Fondation l'affirmaient eux-mêmes et les autres participants ont également mentionné le manque de compétence et d'expérience de cette dernière en matière de conception architecturale.

d'expérience, voire une certaine « naïveté » de ce que représente le processus de construction hospitalière.

A partir des constatations sur l'incompatibilité des normes techniques comme problème essentiel dans la poursuite du projet sur les bases commencées, l'équipe de maîtrise d'œuvre a débuté une période d'intenses négociations avec le maître d'ouvrage – la Fondation de l'HDF.

La participation aux négociations lors de diverses réunions, téléconférences téléphoniques, échanges mails entre les participants a permis de saisis l'intensité des débats au sujet des normes techniques. Lorsque ces réunions ont nécessité un interprétariat anglais-français-russe, nous avons exercé cette fonction. Ceci nous a donné l'opportunité de suivre les échanges entre les participants, tout en évitant une intervention directe. C'est dans ce contexte que nous avons pu noter les argumentations défendues par les deux parties impliquées dans le projet. La question de l'impossibilité pour les architectes étrangers de sauvegarder le projet soumis initialement au concours en l'adaptant aux normes ukrainiennes est apparue au moment de la négociation du contrat entre les deux parties. Elle a donc été traitée parmi d'autres aspects liés aux étapes de la mission de conception architecturale (différentes de celles en France ou au Royaume-Uni), au financement de la mission, ainsi qu'aux délais de rendu de la version finale du projet. L'aspect de la conformité aux normes ukrainiennes a néanmoins constitué un des points majeurs des négociations. Au-delà des aspects contractuels sur les délais et les financements, certes très importants pour la signature de l'accord, celui-ci était en mesure de remettre en cause la réalisation du projet dans son ensemble. En d'autres termes, le déroulement du projet par la suite dépendait du résultat trouvé autour de la question de l'application des normes techniques : devaient-elles être celles de l'expérience des architectes étrangers ou celles en vigueur en Ukraine ?

Chacune des parties avait ses propres arguments. Si les architectes étrangers insistaient sur la nécessité de s'écarter des normes en vigueur en Ukraine pour la livraison des services de conception hospitalière attendus, les représentants ukrainiens craignaient de leur côté recevoir un projet qui n'obtiendrait pas les autorisations nécessaires en Ukraine et qui de ce fait ne pourrait fonctionner en tant qu'institution médicale. A la suite de trois mois de longues négociations, les deux parties se sont mises d'accord pour deux choses. La Fondation s'engageait à soutenir le consortium bdpgroupe6 dans les démarches auprès des administrations ukrainiennes pour l'obtention des autorisations nationales. De son côté, le consortium bdpgroupe6 s'engageait à réaliser la conception architecturale du projet

hospitalier tel que proposé lors de la compétition internationale, tout en essayant de l'adapter le plus possible, avec les conseils de l'architecte local, aux normes techniques ukrainiennes. Ce dernier s'engageait également à réaliser un projet architectural moderne, intégrant les équipements et technologies médicales les plus avancées, sur la base de son expérience internationale dans le domaine hospitalier.

Comment est-on arrivé à un accord entre la partie ukrainienne et les représentants étrangers ? Il convient de s'intéresser ici à l'influence du soutien politique ainsi que du Statut Expérimental dans l'acceptation de la Fondation de la dérogation aux normes règlementaires ukrainiennes.

- Soutien politique et transfert de l'étranger

La connotation politique du projet ukrainien fut soulignée à plusieurs reprises par les membres de la Fondation de l'HDF. Ses membres ont notamment souligné l'importance de la signature du contrat, en raison notamment de la pression médiatique exercée sur l'entourage du président. Ainsi, le fait que le contrat entre les gagnants du concours et les représentants de la Fondation ne soit pas signé trois mois après la publication des résultats de sélection, était mal perçu et utilisé par les médias ukrainiens pour critiquer le président Viktor Iouchtchenko. La responsable de la Fondation, Vira Pavliuc, avait elle-même avoué aux représentants de bdpgroupe6 ses inquiétudes quant aux répercussions politiques des retards du projet. Elle mentionnait le fait d'avoir promis aux citoyens ukrainiens que l'hôpital sera construit avant 2013 et qu'elle devait faire une déclaration publique télévisée la veille de Noël de 2007. La Fondation souhaitait ainsi signer le contrat avec les architectes étrangers avant cette date précisément, assurant ainsi une communication politique positive autour du projet. Nous pouvons constater le fait que la Fondation a utilisé l'argument de la connotation politique du projet de l'HDF lors des négociations menées avec le consortium bdpgroupe6. Cet argument fut utilisé pour presser la signature de l'accord entre les deux parties.

Lors de la participation aux réunions de négociation, nous avons pu noter que les responsables financiers de bdpgroupe6 ont pris en compte l'aspect politique du projet en Ukraine, ainsi que l'importance pour la Fondation de respecter les délais annoncés aux citoyens. Si la Fondation insistait sur la nécessité de signer le contrat et d'avancer le projet en en espérant faire valoir sa volonté en tant que donneur d'ordre (ou Client), les membres de bdpgroupe6 ont pu retourner

cet argument à leur avantage. Ainsi, en sachant que la Fondation était pressée d'avancer le projet, les représentants financiers ont d'autant plus insisté sur la prise en compte de l'expérience internationale. Ils n'ont donc pas cédé à la signature d'un contrat qui était à leur désavantage et qui ne leur permettait pas d'avoir une marge de manœuvre assez prégnante. Autrement dit, ils n'acceptaient pas de souscrire à la réalisation d'un projet selon les normes règlementaires ukrainiennes qui aurait périclité le modèle architectural initialement proposé et qui leur enlevait par là même une part conséquente des honoraires.

Plusieurs réunions ont été menées à ce sujet. Selon les représentants étrangers, le fait que les membres de la Fondation subissaient une pression au niveau politique (le respect des délais de réalisation du projet annoncés) s'est souvent traduit par une position très ferme lors des négociations. Un exemple peut rappeler ici l'exaspération d'un des responsables de bdpgroupe6, à la suite de deux nuits blanches de négociations à Kiev au sujet de la signature du contrat, qui nous a avoué dans un texto envoyé depuis l'avion du retour que sans le sang-froid et la courtoisie qui le caractérisait, ils étaient à deux doigts de « s'entretuer » avec le représentant financier de la Fondation. Ces premières impressions reçues à vif au moment du déroulement du projet laissent constater la difficulté des négociations entre les participants nationaux et internationaux au projet de modernisation hospitalière et ce dès le début de sa mise en place.

Un autre moment de tension a été noté lorsque la Fondation a menacé de suspendre les négociations avec les consultants internationaux[1]. Même sous la pression d'interrompre les négociations et de s'orienter vers la sélection d'un cabinet d'architecture local, les représentants financiers de bdpgroupe6 n'ont pas cédé. L'argument de l'importance politique du projet en Ukraine leur a permis en effet d'estimer que les pertes en termes d'image et de ressources de la Fondation à la suite d'un arrêt des négociations seraient trop importantes pour elle et pour les responsables politiques qui soutenaient ce projet. Lors de cette dernière réunion de négociation du contrat, les représentants étrangers ont refusé la signature d'un contrat qui n'était pas à leur avantage, en prenant le risque d'interrompre le projet. La Fondation avait alors déclaré devoir saisir son Conseil d'Administration pour la prise d'une décision sur cette question. A la suite de cette réunion des hauts responsables de la Fondation Ukraine 3000 et des représentants de la Direction de l'Administration du président, il fut décidé de soutenir l'introduction de l'expérience internationale dans le cadre du projet de

l'HDF et de rechercher des solutions de dérogations aux normes règlementaires ukrainiennes empêchant ce processus[2].

Les débats entre les représentants ukrainiens et étrangers au sujet du contrat et du respect des normes règlementaires ukrainiennes a été une des questions « épineuses » du projet de l'HDF. Elle est apparue sur « la table des négociations » à la suite de la sélection de l'entreprise étrangère de construction, en pointant le fait que les décideurs politiques ukrainiens ne l'ont pas anticipé. Plus précisément, lors du lancement du projet, ni la Fondation, ni le président, ni le ministère de la Santé n'avait abordé l'incompatibilité de normes techniques ukrainiennes avec l'expérience de consultants internationaux. La question de l'incompatibilité des normes techniques ukrainiennes avec l'expérience des acteurs étrangers fut plutôt un effet « inattendu » de la décision initiale d'attirer une compétence internationale en matière de construction hospitalière. On peut noter que l'étape de négociations a été le moment d'une prise de conscience des acteurs nationaux de l'incompatibilité des normes techniques étrangères avec celles de leur pays.

Les décideurs politiques ukrainiens (le Conseil d'Administration de la Fondation et la Direction de l'Administration du président) ont décidé de soutenir les actions des entreprises étrangères, avec l'espoir que le projet aurait plus de chances d'être réalisé. Certains de leurs représentants ont affirmé même avoir pensé à l'époque cet hôpital comme une sorte de « projet-pilote », permettant par la suite une transformation essentielle du reste du parc hospitalier hérité de la période soviétique[3]. C'est pour cette raison qu'une fois sensibilisés à la question de l'incompatibilité des normes techniques, les représentants de la Fondation ont cherché à obtenir davantage le soutien du président pour l'introduction de l'expérience internationale au sein du projet. Le Statut Expérimental est une des actions qui a été entreprises dans ce sens, peu après la signature du contrat avec les entreprises étrangères en décembre 2007.

---

[1] Compte-rendu d'une réunion au mois d'octobre 2007.
[2] Affirmation des responsables de la Fondation de l'HDF lors d'une réunion de travail du mois de novembre 2007.
[3] Entretien avec Vira Pavliuc, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

- Le Statut Expérimental : porte d'entrée des normes étrangères ?

Le projet de Kiev a obtenu le Statut Expérimental en avril 2008, à la suite d'une réunion exceptionnelle organisée par l'Administration du président. Elle réunissait les représentants de plusieurs ministères en Ukraine et les membres du projet[1]. Cette manifestation avait pour objectif d'aider les professionnels à réaliser le projet dans les délais attribués afin de permettre la mise en exploitation au plus vite de l'hôpital tant attendu en Ukraine. Suite à des discussions en interne entre les membres de la Fondation Ukraine 3000, dont la Fondation de l'HDF – maître d'ouvrage du projet et les représentants de l'Administration du président, il fut constaté que l'obstacle majeur à l'avancement du projet était l'incompatibilité des normes appliquées par les professionnels étrangers et les normes en vigueur en Ukraine. Ces discussions ont fait suite aux nombreux échanges entre la Fondation et les représentants étrangers au sujet de la nécessité de déroger aux normes en vigueur en Ukraine afin de pouvoir introduire l'expérience internationale. La Fondation a fait part de ces difficultés au Conseil de la Fondation Ukraine 3000 présidé par Kateryna Iouchtchenko, l'épouse du président ukrainien. Ceci a permis à l'Administration de la Présidence de se saisir de cette question et de convoquer les principales administrations nationales concernées par la réalisation du projet de l'HDF de Kiev.

La réunion exceptionnelle organisée en 2008 au sujet de l'octroi du Statut Expérimental pour le projet de Kiev a réuni les représentants du ministère de la Santé, du ministère de la Construction, de l'Administration du président, de la Ville de Kiev, de la Fondation Ukraine 3000, de la Fondation de l'HDF, ainsi que de l'architecte ukrainien Budova Centre-1 (ce dernier représentant sur place le consortium bdpgroupe6)[2]. Le Ministre de la santé de l'époque avait expliqué aux autres administrations nationales l'importance du projet pour l'Ukraine, du point de vue de l'offre de soins et de diagnostic des maladies du cancer chez la mère et l'enfant qu'il allait proposer, ainsi que la nécessité de réaliser ce projet aussi rapidement que possible. L'ensemble des participants à la réunion ont décidé d'aider l'avancement de cette opération. La principale mesure adoptée lors de cette réunion a été le Statut Expérimental, qui permettait au projet de continuer son avancée selon l'expérience des professionnels étrangers, tout en étant

[1] Plus précisément, ont assisté à cette réunion les participants ukrainiens du projet : la Fondation et l'architecte local Budova.

[2] Les informations au sujet du déroulement de cette réunion proviennent d'une téléconférence téléphonique organisée par bdpgroupe6 avec l'architecte local Budova le 9 avril 2008, pour laquelle nous avons exercé la fonction d'interprète anglais-russe.

présenté aux administrations avec de nombreuses dérogations aux normes en vigueur. Le Statut Expérimental pour ce projet devait également permettre de créer un « précédant » en matière de conception hospitalière et inspirer la modification des normes en vigueur. Par ailleurs, les participants à la réunion ont décidé d'aider les concepteurs du projet ainsi que le maître d'ouvrage dans l'obtention des certificats auprès des différentes administrations de la Ville de Kiev. Un groupe de travail fut créé dans ce sens, réunissant les différents ministres et directeurs des administrations concernées, censés se rencontrer de manière hebdomadaire au sujet du déroulement du projet hospitalier[1].

Le deuxième moment concernant le Statut Expérimental concerne la préparation du programme expérimental par les représentants de la maîtrise d'ouvrage[2]. A la suite de l'obtention du statut et du programme Expérimental préparé à cet effet, le maître d'ouvrage devait élaborer une argumentation scientifique des dérogations aux normes en vigueur. Cette deuxième étape constitue l'acheminement du dossier du Statut Expérimental et permet en principe, de réaliser une construction en dérogeant aux normes techniques règlementaires.

Lors de la réalisation du projet de Kiev et plus particulièrement pour la demande du Statut Expérimental, les membres de la Fondation ont fait appel à une société ukrainienne. L'entreprise UkrEvroIntegratsya (UEI) a préparé le dossier du programme Expérimental, participé aux réunions à ce sujet et cherché à obtenir les signatures nécessaires de la part des administrations ukrainiennes. Les deux consultants de l'UEI ont souligné les difficultés liées au système bureaucratique en Ukraine, ainsi que l'importance du soutien politique lors des démarches auprès des administrations. En effet, à la suite de l'obtention du Statut Expérimental et de la demande de soutien formulée par l'Administration du président auprès des différents ministères du gouvernement, la Fondation pensait que le projet obtiendrait facilement les autorisations nécessaires. Or, comme nous le verrons par la suite, la Fondation a dû entreprendre un travail considérable auprès de nombreuses administrations en Ukraine afin d'obtenir leur validation. Par conséquent, le Statut Expérimental n'a pas exempté la Fondation de l'obtention de nombreuses autorisations en Ukraine. Ce statut lui a permis de

[1] Ce groupe de travail devait se réunir de manière hebdomadaire tous les lundis pour prendre connaissance du déroulement du projet, ainsi que des principaux obstacles qu'il rencontre. Si au début ces réunions ont gardé un certain rythme, elles cessèrent d'avoir lieu vers la fin du projet, en 2010, ainsi que plus particulièrement à la suite des élections présidentielles perdues par le président Viktor Iouchtchenko.

[2] Au travers de ce programme, le Client a élaboré les conditions techniques spécifiques à son projet et sur la base desquelles il a demandé des dérogations aux normes en vigueur. Le programme expérimental devait ensuite être

présenter le projet devant les administrations avec un large nombre de dérogations et avec la possibilité de les argumenter et de les défendre. Le choix de valider ou d'écarter les dérogations demandées appartenait encore aux administrations, même à la suite de l'obtention du Statut Expérimental.

Ainsi, les membres de la Fondation ont pu bénéficier du soutien du président de l'Ukraine pour l'obtention du Statut Expérimental, à la fois par l'organisation d'une réunion interministérielle exceptionnelle à ce sujet, ainsi que par la mobilisation de ressources nécessaires pour mener à bien cette opération.

b) La mission de programmation médicale : illustration d'un transfert de normes techniques étrangères

La mission de programmation comprend la réalisation d'un programme médical[1]. Ce document de travail « précise les caractéristiques générales et détaillées d'organisation, de fonctionnement, de surfaces, d'équipements, de dotation en personnel et de coût d'un hôpital »[1]. Dans le cadre du projet ukrainien, cette mission a été un sujet inlassablement présent sur les tables des réunions entre les professionnels étrangers et ukrainiens à partir du début du projet, en décembre 2007, et jusqu'à sa finalisation, en décembre 2009. A la suite du concours, les architectes ont attendu de la part du maître d'ouvrage le programme médical. Ce document devait leur permettre de développer les plans architecturaux. La Fondation, par un manque d'expérience, ne disposait pas de programme. A partir de ce moment et quasiment tout au long du projet, la mission de programmation a fait objet de débats quant à son contenu (les participants de chaque pays ayant chacun sa compréhension), ainsi que concernant l'entité qui devait se charger de sa réalisation.

- Les interprétations quant au contenu du programme médical

Dès le début de son travail, en janvier 2008, l'équipe de maîtrise d'œuvre attendait à ce que le maître d'ouvrage lui remette le programme médical, qui devait lui servir pour la conception

---

présenté aux différentes administrations concernées par la réalisation du projet, ainsi qu'au ministère de la Construction, pour validation.

[1] Comme mentionné dans le chapitre 4, les différentes étapes d'un projet hospitalier, dont la programmation, peuvent comporter des différences d'un pays à l'autre. Nous verrons d'ailleurs que cet aspect a posé problème dans le projet ukrainien.

architecturale. Très rapidement, les architectes se sont aperçus que la mission de programmation n'avait pas été réalisée :

« La grosse difficulté, on s'en est aperçu après avoir gagné. On a gagné sur l'image, sur un discours. Mais une fois que nous sommes rentrés dans le projet, on s'est rendu compte qu'il y avait un défaut de programmation. On avait fait un hôpital un peu comme on le sentait, en fonction des données qui nous ont été faites[2]*. Mais on s'est aperçu qu'ils n'avaient pas vraiment fait de programmation, comme on a aujourd'hui en France ou dans d'autres pays occidentaux où la programmation est une tâche en soi. Elle permet de définir de manière claire toutes les données en entrée. Dans le cas de ce projet, cela a fait l'objet d'un avenant. C'est pour ça que ça a été important que le contrat soit assez précis. Il a fallu reprendre des éléments de programmation »*[3].

Plusieurs réunions et discussions entre les représentants de deux parties ont été nécessaires afin d'établir ce que la maîtrise d'ouvrage souhaitait voir réaliser dans le programme médical. Bien qu'ils se soient adressés aux membres du consortium bdpgroupe6 pour l'élaboration de ce document, les professionnels étrangers avaient du mal à comprendre le contenu attendu :

« Ce fut jamais très clair. Ils nous ont dit que c'était à nous de faire le médical programme. Et encore une fois, avec la Fondation, ce n'était pas très clair ce que c'est un "medical programme »[4].

« En fait, ils ne savaient pas exactement ou de manière suffisamment précise ce qu'ils voulaient. Donc nous, on a dit comment on aurait fait si on avait une programmation de bonne qualité. Mais en fait, on avait aucun argument à faire valoir, en leur disant « là on a fait quelque chose, mais c'est ce que vous nous avez demandé ». On ne pouvait pas le dire car ce qu'ils avaient demandé était relativement flou. Donc il y a eu ce problème qui a donné lieu à un avenant par la suite »[5].

Si pour la Fondation ukrainienne, le document intitulé « Medical task » présenté lors du concours international devait servir de programme médical, selon les représentants du

---

[1] Le Mandat, Maurice, *op. cit*., p.4.
[2] Il s'agit ici de l'esquisse de l'hôpital présentée par bdpgroupe6 lors du concours international en Ukraine. Voir en Annexe.
[3] Entretien avec Rémy Vieillard, Secrétaire général Groupe-6, Grenoble, juillet 2010.
[4] Entretien avec Maeve Naessens, architecte Groupe-6, Grenoble, septembre 2010.
[5] Entretien avec Rémy Vieillard, Groupe-6, *op. cit.*

consortium bdpgroupe6 (que ce soit les architectes français de Groupe-6 ou les spécialistes britanniques de BDP ou EC Harris), le programme médical devait correspondre à un document beaucoup plus étoffé. L'architecte Maeve Naessens se rappelle qu'au début du projet, la Fondation ne savait pas très bien ce qu'elle voulait et que les membres du consortium avaient eux aussi, leur propre définition du programme médical :

« Cela dépend qu'est-ce que l'on interprète par le programme médical. Pour moi, je crois qu'un « medical programme » c'est ce que l'on appelle un programme en France ou le « brief » en Angleterre. Or, pour eux (lire ici – la Fondation ukrainienne), ils ont fait le « medical programme » où ils ont listé tous les services qu'ils veulent et le nombre de lits. Cela – c'est là base. Avec tout ça tu peux extrapoler plein de choses pour un projet. C'est vraiment une base. Soit nos économistes, soit les ingénieurs à Belfast, soit EC Harris, soit même un architecte – tu as un nombre de lits et la taille de tous les services qu'il faut et tout de suite – n'importe qui peut faire une esquisse du projet. C'est ce que la Fondation a produit au départ sous le nom de « Medical Task ». Après, ce fut jamais très clair. Ils nous ont dit que c'était à nous de faire le médical programme. Et encore une fois, avec la Fondation, ce n'était pas clair ce que c'est un « medical programme » »[1].

L'architecte français mentionne par la suite que le consultant ukrainien au sein de l'équipe du consortium n'avait pas tout à fait la même définition qu'eux d'un programme médical, ce qui a suscité des questionnements tant sur la forme que sur le contenu du document à produire :

« Budova nous a dit ensuite que le Programme médical était juste une liste avec des locaux et surfaces. En même temps, nous n'étions pas complètement d'accord avec lui, car selon nous, il fallait rajouter un descriptif de comment fonctionne les choses, tous les descriptifs techniques, tout ce dont on a besoin. Mais si on fait comme ça : est-ce que c'est ukrainien, c'est français ou anglais? C'est forcément anglais si c'est EC Harris qui l'écrit…La question a demeuré pendant longtemps »[1].

Ainsi, le premier aspect qui a suscité de nombreuses interrogations au sein de l'équipe du projet autour du programme médical a concerné son contenu. Etant donné que la Fondation n'avait pas réalisé d'autre projet de construction hospitalière auparavant, elle n'a pas su préciser ce point. Cela a donné lieu à plusieurs interprétations au sein des professionnels du

[1] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*

consortium. De plus, les représentants de la maîtrise d'œuvre ne savaient pas exactement comment répondre aux demandes de la maîtrise d'ouvrage étant donné que cette dernière avait du mal à formuler ses propres besoins.

Durant les premiers mois de réalisation du projet (de janvier à juin 2008), les membres du consortium ont réussi à convaincre la Fondation de la nécessité d'établir un programme, sur la base des demandes des utilisateurs du futur hôpital en Ukraine. L'architecte local Budova, membre du consortium, a appuyé les professionnels étrangers lors de ces négociations, en apportant des informations sur la réalisation d'un programme médical en Ukraine[2]. Il a notamment mentionné le fait que ce document devait être, comme en France et au Royaume Uni, préparé en amont de la conception architecturale et fourni par le maître d'ouvrage[3]. Or, la Fondation estimait au départ que l'élaboration du programme médical faisait partie de la mission de conception architecturale et ne constituait pas une mission à part entière. Une fois que le besoin d'un programme pour le projet fut clairement établi, la Fondation demanda aux professionnels étrangers de réaliser cette mission. Néanmoins, elle ne souhaitait pas dépenser une somme supplémentaire pour son exécution : du fait de son manque de connaissance sur la nécessité d'une programmation, elle ne l'avait pas intégrée dans son budget initial.

Dans ce contexte, la Fondation a exprimé auprès des représentants étrangers du consortium bdpgroupe6 sa volonté d'intégrer dans le futur hôpital les équipements médicaux qui seraient caractéristiques aux institutions médicales des pays occidentaux. Elle ne souhaitait pas associer des utilisateurs ou des programmistes ukrainiens, afin d'éviter une influence des normes de la période soviétique. A ce titre, elle appelait les professionnels à réaliser la programmation médicale sur la base de leur expérience dans le domaine hospitalier :

« Nous vous demandons de faire cet hôpital comme si vous en faites un chez vous, en France ou au Royaume Uni. Mettez-y les équipements que vous avez l'habitude de voir sur les plans architecturaux dans vos projets, avec les configurations nécessaires et le

---

[1] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*
[2] A la demande de ses collègues du consortium étrangers, l'architecte local Budova a transmis un modèle de programme médical en Ukraine, dans un mail datant du 3 juin 2008.
[3] Conférence téléphonique entre les membres du consortium : Groupe-6, BDP et Budova, avril 2008.

fonctionnement qui s'ensuit. Nous ne souhaitons pas que vous regardiez les normes ukrainiennes pour cela, elles sont dépassées. Faites comme vous savez faire »[1].

Le souhait de la Fondation de laisser faire les professionnels étrangers en matière de programmation médicale est lié à deux raisons. D'une part, ses représentants ne voulaient pas réaliser un programme médical selon les normes techniques en vigueur en Ukraine, car ils considéraient que cela ne permettrait pas d'introduire les équipements médicaux modernes. D'autre part, ils ne possédaient pas les connaissances et les compétences nécessaires pour élaborer ce programme. Des raisons d'ordre politique les incitaient également à ne pas prolonger le délai de réalisation de l'hôpital.

En même temps, d'un côté, la Fondation semblait souhaiter laisser agir les professionnels étrangers selon leur expérience et de l'autre, elle peinait à engager les ressources nécessaires pour la réalisation de la programmation. Si nous avons pu observer dans le discours des représentants ukrainiens des demandes répétées auprès du consortium bdpgroupe6 pour l'élaboration du programme médical, nous avons également pu saisir le climat de tension des négociations portant sur les honoraires supplémentaires. Rémy Vieillard, responsable financier au sein de Groupe-6, se rappelle :

« Dans la mesure où ça donnait lieu à un avenant et donc à des honoraires supplémentaires, le client évidemment n'était pas enclin à redonner de l'argent. Donc cela a fait l'objet effectivement de discussions. Et c'est pour ça qu'il était très important que le contrat initial soit bien rédigé puisque dans le contrat initial, on définit toujours les données en entrée. Or, le problème c'était que les données en entrée qui étaient insuffisantes. Donc, on lui a fait comprendre que dans notre contrat on était supposé travailler sur un programme et que ce programme n'avait pas la qualité qu'on attendait d'un vrai programme »[2].

Par conséquent, la Fondation ne souhaitait pas engager des ressources financières supplémentaires pour la réalisation de la programmation médicale. Mais elle ne souhaitait pas non plus accorder le délai demandé par bdpgroupe6, pour la réalisation d'une mission de programmation médicale à part entière :

---

[1] Réunions sur le programme médical, entre les membres de bdpgroupe6 et les représentants de la Fondation de l'HDF de Kiev, Paris, juillet 2008.
[2] Entretien avec Rémy Vieillard, Groupe-6, *op. cit.*

« Comme l'ont dit les spécialistes d'EC Harris, pour produire un vrai « medical programme », ils ont besoin de six mois, rencontrer les usagers etc., parce qu'après il y a la responsabilité »[1].

En raison des couleurs visiblement politiques du projet (l'implication de la Présidence), la Fondation était soumise à des contraintes de calendrier pour la construction de l'hôpital. Les membres du consortium ont mentionné la pression constante qu'exprimaient les représentants de la Fondation vis-à-vis de l'avancement de leurs travaux :

« Je pense que Rostyslav[2] *a exprimé continuellement sa frustration quant au fait que le processus ne va pas assez vite, que tout n'est pas parfait dès le premier jour etc. En encore une fois, cela c'est de la naïveté, car il n'est jamais passé par là, par un processus de conception architecturale. Je pense qu'il croyait que c'était comme acheter une voiture : l'architecte est venu, t'a donné les plans et le tour est joué. Or, en réalité, il y a bien plus d'interactions que cela dans ce processus. Ma suspicion est que Rostyslav avait beaucoup de pression d'en haut. Il y avait un intérêt politique à ce que le projet avance plus vite. Les services de la Présidence et Monsieur Panko le poussait, sa propre Fondation ainsi que la Fondation Ukraine 3000*[3] *le poussait aussi. Donc je pense que ce que Rostyslav exprimait était en fait sa réaction face aux pressions d'au-dessus de lui »*[4].

Dans ce contexte, la préparation d'un programme médical durant trois mois aurait décalé la conception architecturale d'un délai supplémentaire. Les négociations du début du projet, ont permis aux deux parties de se mettre d'accord sur l'élaboration d'un programme simplifié, sur la base de l'expérience des professionnels étrangers. Le discours de la Fondation appuyant l'introduction de l'expérience des architectes étrangers dénote la pression du facteur « politique ». Le fait que le projet soit associé à l'action du président Viktor Iouchtchenko et que la Fondation ait pris des engagements sur les délais de réalisation, représentait une pression pour les respecter. C'est parce qu'elle ne disposait pas de ressources supplémentaires, mais également parce qu'elle subissait une pression politique, que la

---

[1] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*
[2] Rostyslav Zamlynsky, Directeur financier de la Fondation de l'HDF de Kiev.
[3] Nous rappelons qu'au sein de la Fondation Ukraine 3000, la Fondation de l'HDF de Kiev fut crée pour la gestion du projet de l'hôpital. Rostyslav Zamlynsky était le Directeur financier de la Fondation de l'HDF de Kiev et hiérarchiquement, la Fondation Ukraine 3000 lui était supérieure.
[4] Entretien (téléphonique) avec Neil Cadenhead, Manageur du projet, Directeur bdpgroupe6, septembre 2010, Grenoble, France, traduit de l'anglais.

Fondation avait demandé aux architectes étrangers de faire la mission de programmation selon leur savoir-faire.

Comme nous le verrons ultérieurement, la version abrégée fit par la suite l'objet de nombreux débats entre la partie ukrainienne, demandant davantage de détails et la partie étrangère, estimant que la mission rémunérée fut remplie. Mais au moment de sa mise au point, la Fondation s'était contenté de demander aux sociétés étrangères un programme « raccourci », sans vouloir interrompre la conception architecturale qui était déjà en cours :

« EC Harris devait produire une liste de surfaces que nous devions mettre sur les plans, mais on n'a jamais parlé de toutes les autres choses qui doivent être dans un programme. Et puis c'était clair à l'époque, car tout au début on avait parlé de la nécessité d'avoir un programme et du fait que si on payait EC Harris et ont leur donnait trois ou quatre mois pour faire le programme, on aurait dû arrêter la conception architecturale de notre projet. Donc tu vois, on a continué en disant que les choses s'éclaireront par la suite »[1].

La mission « simplifiée » de programmation fut réalisée par la société britannique EC Harris, membre du consortium sous la dénomination de « Liste de surfaces ». Nous avons pu voir que le transfert de normes n'a pas concerné cette fois-ci les différences entre les acteurs nationaux et internationaux. C'est plutôt au sein de ces derniers qu'il y a eu des différences sur la « meilleure solution » à adopter en matière de fonctionnement hospitalier.

- La position dominante des architectes étrangers

La « Liste des surfaces »[2] – premier élément du programme médical a été élaboré par le consortium bdpgroupe6 entre les mois de mars et juillet 2008. Cette liste avait pour objectif de définir les départements médicaux du futur hôpital, le nombre de pièces et les surfaces attribuées, en fonction des équipements et technologies médicales du futur hôpital. En absence d'information de la part de la Fondation et en raison de sa demande d'intégrer l'expérience internationale, les professionnels étrangers ont appliqué leurs connaissances et savoir-faire pour l'élaboration de ce document. L'analyse des comptes-rendus des réunions

[1] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*
[2] Intitulé exact du document de travail préparé : « Schedule of accomodation » (engl).

entre les différents participants, montre que les représentants de l'entreprise EC Harris ont élaboré la « Liste des surfaces », en s'appuyant sur les plans architecturaux dessinés par le cabinet français Groupe-6. Plus précisément, ce travail fut réalisé comme suit :

- les architectes français de Groupe-6 ont préparé le premier jet des plans architecturaux sur la base de l'esquisse du projet présentée au concours
- les programmistes britanniques d'EC Harris ont analysé les plans de Groupe-6 et ont émis de commentaires concernant le fonctionnement du futur hôpital, de la disposition des départements et de l'emplacement de différentes pièces. Ils ont cherché à respecter le plus possible la conception architecturale élaborée par Groupe-6.
- Groupe-6 a ensuite intégré les commentaires d'EC Harris en modifiant les plans dessinés auparavant.

L'implication des architectes étrangers dans la mission de programmation ne s'est pas faite sans négociations. Comme pour la mission de conception architecturale, ces derniers ont cherché à obtenir davantage de part de travail que leur homologue ukrainien. C'est pour cette raison qu'ils ont insisté sur la prise en compte de l'expérience internationale. En adoptant cet argument face à la Fondation, le consortium bdpgroupe6 souhaitait effectuer la mission de programmation, avec le moins d'intervention possible de la part de l'architecte ukrainien. Car le partage des tâches entre les différents membres de l'équipe du projet correspondait également à une rémunération. S'ils obtenaient l'accord de la Fondation sur la réalisation du programme médical selon l'expérience étrangère, les membres étrangers de l'équipe du projet obtenaient un avantage par rapport à leur collègue ukrainien. Nous pouvons donc observer comment la question des normes techniques s'est retrouvée être un enjeu financier entre les différents participants.

Au moment des discussions sur le rôle de chacun dans le cadre de la mission de programmation médicale, les représentants étrangers ont cherché à mettre en application leur expérience, alors que l'architecte local insistait sur l'importance du respect des normes locales. L'implication de chacun des acteurs était assujettie à une rémunération, étant donné que la Fondation avait accepté d'octroyer une somme supplémentaire à la mission de conception architecturale initiale. L'architecte local cherchait alors à obtenir la mission de programmation médicale, en argumentant la nécessité d'appliquer les normes techniques ukrainiennes. En

même temps, les professionnels étrangers soulignaient l'importance de faire correspondre le programme médical aux plans architecturaux déjà élaborés et qui auraient été, selon eux, en contradiction avec de nombreuses règlementations ukrainiennes. Dans ce contexte, ils ont insisté auprès de la Fondation pour réaliser cette mission selon leur expérience internationale. Nous retrouvons la trace de ces échanges dans les mails envoyés entre les représentants de Groupe-6 et BDP :

> *« Neil,*
>
> *J'ai compris que tu ne pourras pas donner une réponse officielle avant la semaine prochaine.*
>
> *Concernant le programme médical et l'urgence de la situation (tel que confirmé par la Fondation) ce sera trop tard.*
>
> *Pour ton information, Budova nous a laissés comprendre qu'il a été approché par la Fondation pour signer un contrat direct entre les deux.*
>
> *Lorsque nous avons rencontré la Fondation la semaine dernière à Kiev, nous lui avons expliqué et nous l'avons convaincue que l'expertise européenne d'EC Harris et de Groupe-6, soutenue par Budova, est nécessaire pour délivrer un programme médical qui correspond aux attentes du concours initial »*[1].

La Fondation de l'HDF a été celle qui a permis aux professionnels étrangers de réaliser la « Liste des surfaces » du programme médical selon leur expérience dans le domaine du développement hospitalier, tout en respectant les contours de l'esquisse architecturale présentée lors de la compétition internationale. Ainsi, les interactions qui ont suivi entre les professionnels étrangers et les professionnels ukrainiens se sont caractérisées par une position dominante des premiers, sous l'acceptation du maître d'ouvrage. La position dominante à laquelle nous faisons référence concerne l'implication des professionnels dans la réalisation du programme médical. A la suite des négociations entre les membres du consortium

[1] Mail d'Antoine Buisseret, architecte directeur chez Groupe-6 à Neil Cadenhead, manageur du projet chez BDP, « RE: MEDICAL PROGRAMME…suite », envoyé le 3 mars 2008, 12:02, traduit de l'anglais.

(étrangers et ukrainiens) sur l'élaboration de la « Liste des surfaces », il fut convenu que celle-ci soit préparée par EC Harris sur la base des plans réalisés par Groupe-6.

La réalisation de la «Liste des surfaces» du programme médical a également fait l'objet de débats entre les spécialistes étrangers. Les programmistes britanniques ont cherché à respecter le travail effectué par les architectes français, mais ont toutefois fait des remarques sur quelques points jugés "critiques". Dans un mail adressé à l'équipe du projet, Paul Mills, mentionne la façon dont EC Harris envisageait le travail de programmation :

« Si Groupe-6 peut nous envoyer sa dernière version des plans, EC Harris va produire une comparaison « pièce par pièce » entre les surfaces indiquées dans la Liste et celles indiquées sur les plans architecturaux. A la suite de cela, EC Harris et Groupe-6 devront analyser la Liste établie d'un commun accord, en précisant et en s'accordant sur les dimensions de chaque pièce (dont nous prenons acte que Groupe-6 voudra garder au plus près de celles indiques sur leurs dessins) »[1].

Les programmistes d'EC Harris ont pris en compte les dimensions dessinées par les architectes français lors de la préparation de la «Liste des surfaces». Si en règle générale, c'est le programme qui contraint la conception architecturale, ici, ce sont les plans architecturaux qui ont servi de base à la préparation du programme. Cependant, les programmistes britanniques ont émis des réserves lorsqu'il y avait des différences trop importantes entre ce qu'ils connaissaient en matière de fonctionnement hospitalier et ce qui était dessiné par les architectes français. Nous avons notamment noté la différence concernant la façon de concevoir les blocs opératoires. Ainsi, les programmistes britanniques ont exprimé leur opposition quant à la disposition des salles d'opérations « à la française » :

« Selon la révision que j'ai effectuée en mars dernier, les surfaces qui m'inquiètent concernent les Blocs Opératoires. Il est clair que les Français et les Anglais ont des modèles cliniques différents. La disposition telle qu'elle est dessinée est une chose que je ne peux accepter ou signer »[2].

---

[1] Mail de Paul Mills, programmiste EC Harris à Antoine Buisseret, directeur du projet chez Groupe-6 et au reste de l'équipe, « RE: Mother Child Hospital, Kiev_feed back from Volodymyr », envoyé le 18 avril 2008, 13:15, traduit de l'anglais.

[2] Mail de Toby Banfield, programmiste chez EC Harris à Paul Mills, programmiste chez EC Harris « my thoughts », envoyé le 18 avril 2008, 16:30, traduit de l'anglais.

Bien qu'ils aient été d'accord avec la plus grande partie de la conception architecturale élaborée par les architectes français, les responsables d'EC Harris n'ont pas accepté ce qui était trop différent de ce qu'ils connaissaient dans le domaine hospitalier. Ils ont ainsi défendue leur « vision des choses » auprès de la Fondation, étant donné qu'ils étaient désignés les spécialistes en charge de l'élaboration de la «Liste des surfaces». Par conséquent, au sein même de l'équipe de professionnels étrangers, ont existé des différences entre la façon de concevoir et/ou de construire un hôpital. Au-delà des intérêts financiers à appliquer leur expérience de travail, les représentants étrangers étaient également attachés à leurs pratiques et façons de faire. C'est dans ce contexte que Toby Banfield, programmiste à EC Harris, tout en cherchant à sauvegarder la conception architecturale développée par les français, ne peut renoncer à sa propre représentation :

« En comparant les surfaces dessinées avec la Liste dont je dispose comme modèle, j'ai bien des chances de trouver des pièces manquantes, un contenu qui ne correspondrait pas. Il est possible que ces aspects aient déjà été relevés. Néanmoins, « la forme doit suivre la fonction ». La surface totale compte certainement, mais l'hôpital doit pouvoir fonctionner. La «Liste des surfaces»/Plan médical doit refléter non pas seulement les surfaces dessinées, mais également un contenu qui intègre des dispositifs cliniques satisfaisants »[1].

Les programmistes britanniques ont ainsi étudié les plans architecturaux élaborés par les architectes français en précisant la manière dont ils doivent s'articuler autour du fonctionnement de la future institution médicale. C'est tout l'intérêt du programme médical et de son élaboration en amont de la conception architecturale que de permettre aux architectes de concevoir les différentes surfaces, départements médicaux, pièces, couloirs, façades, en accord avec le fonctionnement de l'hôpital. Or, en absence de ce document au début du projet, la «Liste des surfaces» a été rédigée sur la base des plans réalisés par les architectes français (qui ont appliqué leur expérience). Le document a intégré ensuite les précisions des programmistes britanniques sur le fonctionnement de l'hôpital. Les points de discorde entre les différentes façons de concevoir la disposition des départements médicaux, tels que les blocs opératoires dont nous avons donné l'exemple précédemment, ont été réglés d'un commun accord avec la maîtrise d'ouvrage, en tant que dernier ressort de la mission de programmation médicale.

- Un architecte local « effacé »

Deux réunions essentielles ont porté sur la finalisation de la «Liste des surfaces», préparée tel que nous venons de l'expliquer, par les architectes et programmistes étrangers. Ces échanges ont eu pour objectif d'obtenir l'avis de la Fondation en tant que maître d'ouvrage, ainsi que les éventuelles remarques de l'architecte ukrainien Budova.

Les réunions des 2 et 3 juillet ainsi que celles des 10 et le 11 juillet 2008 à Paris[2] ont réunis les membres du consortium bdpgroupe6 (soit les représentants de Groupe-6, EC Harris, BDP et de l'architecte ukrainien Budova Centre-1) et les représentants de la Fondation. Bien qu'il ait eu un interprète pour la communication entre les différentes langues des participants, ces derniers ont utilisé la plupart du temps des supports graphiques pour illustrer les différentes propositions en termes de disposition des départements médicaux, arrangements des couloirs, ainsi que placement des futurs équipements médicaux. Les grandes lignes des documents rédigés à la suite de ces échanges, ont été élaborées par le représentant de la société EC Harris, avec les conseils ou plutôt, les acquiescements de l'architecte local Budova. L'architecte ukrainien n'a eu l'initiative d'aucune proposition en termes de programmation médicale.

Le peu d'intervention de l'architecte local durant ces réunions s'explique par le fait que la Fondation ukrainienne ne souhaitait pas conformer les propositions des professionnels étrangers à l'expérience de conception hospitalière en Ukraine. Ses représentants considéraient que les avis de l'architecte ukrainien étaient issus d'une vision de l'hôpital d'autrefois et qui les amènerait à avoir une institution médicale de type soviétique. Volodimir Pidgirniac estimait que dans la situation où la Fondation désirait construire un hôpital à l'image de ceux des pays avancés, les conseils des professionnels étrangers étaient nécessaires. Il n'hésitait pas à solliciter leur point de vue sur de nombreux aspects. Lors de ces réunions, lorsque les solutions proposées par le représentant d'EC Harris n'étaient pas connues de l'architecte ukrainien, il procédait à des démonstrations graphiques et à des

---

[1] Mail de Toby Banfield, programmiste à EC Harris, à Paul Mills, programmiste à EC Harris « my thoughts », envoyé le 18 avril 2008, 16:30, traduit de l'anglais.

[2] Nous avons effectué l'interprétariat anglais-russe lors de ces réunions. Nous avons collecté également les différentes versions du programme médical préparé par les intervenants (mail de Toby Banfield, programmiste à EC Harris, 15 juillet 2008).

explications afin de le convaincre du bien-fondé de ses propositions de l'étranger. Ajoutons que le représentant d'EC Harris était le seul programmiste parmi les participants lors de ces réunions et qu'il était donc le seul spécialiste dans ce domaine[1]. L'architecte ukrainien Budova n'hésitait pas à ce titre de mentionner sa légitimité lorsqu'une décision devait être adoptée :

« C'est Toby[2] qui décide, c'est lui le spécialiste. Nous ferons comme il le dira. C'est bien s'il nous explique pourquoi il adopte cette solution là ou une autre. Mais de toute manière, c'est lui qui sait… »[3].

Ainsi, le maître d'ouvrage a écouté et pris en compte les propositions faites par EC Harris et Groupe-6 plutôt que les commentaires de l'architecte local Budova. Les professionnels étrangers ont défendu la «Liste des surfaces» établie sur la base des plans architecturaux "français" et confortée par les principes de la programmation médicale « britannique ».

Les rencontres du mois de juillet 2008 ont été l'occasion pour les professionnels étrangers de valider auprès de la maîtrise d'ouvrage les documents de travail préparés, tout en intégrant ses commentaires éventuels. En effet, les remarques de la partie ukrainienne ont très peu concerné les normes techniques en Ukraine, étant donné que le rôle de l'architecte local fut diminué par la Fondation. Elles ont en revanche porté sur l'intégration d'éléments de fonctionnement hospitalier observés dans les pays occidentaux. Ainsi, la Fondation a par exemple demandé l'intégration d'un concierge dans l'hôpital, avec la chambre et le service qui lui correspondrait. Ses représentants avaient vu cela au sein d'un hôpital visité aux Etats-Unis et l'idée leur avait plu. Selon eux, le concierge s'occuperait de faire les courses personnelles ou de laver les voitures ou autres taches dont le personnel médical aurait besoin afin que celui-ci ne puisse se concentrer uniquement au travail[4]. Ni les architectes français de Groupe-6, ni le programmiste britannique d'EC Harris n'avaient "jamais entendu ou pensé à cela auparavant[5]", mais ils ont pris en compte la demande de la Fondation et ont réfléchi à l'intégration de cet élément dans leurs plans architecturaux et dans la «Liste des surfaces». Dans un document de travail ultérieur d'EC Harris nous pouvons constater la description de l'emplacement de cet élément :

---

[1] Les autres participants aux réunions étaient les architectes français de Groupe-6 et l'architecte ukrainien Budova Centre-1.
[2] Toby Banfield, programmiste à EC Harris.
[3] Notes de la réunion du 11 juillet 2008, Groupe-6, Paris, France.
[4] Prise de note lors de la réunion du 2 juillet 2008 à Paris.
[5] Expression de Toby Banfield, EC Harris, lors des réunions du mois de juillet 2008, à Paris.

« Concierge. Il y a une demande d'inclure un concierge dans l'enceinte du nouvel hôpital. Qu'il soit inclus sous la forme d'une petite pièce, plutôt au niveau de l'entrée principale. Prévoir également un petit espace de travail, avec un bureau, probablement pas plus de 9m² »[1].

Lors de ces réunions entre les professionnels étrangers et ukrainiens nous avons pu également saisir l'atmosphère de travail détendue et enthousiaste au sujet de l'application de la "meilleure" solution de programmation médicale et de conception architecturale. Que ce soit pour la disposition des blocs opératoires, pour le département des accouchements (avec l'autorisation ou l'interdiction des pères en salle lors des interventions césariennes) ou encore pour l'emplacement des vidéos caméras de sécurité, les différents professionnels français, britanniques et ukrainiens présents lors de ces réunions ont débattus longuement sur les normes techniques sur lesquelles s'appuient leurs façons de faire et leur expérience. Toby Banfield exprimait ainsi son enthousiasme :

« C'est pour la première fois, vraiment pour la première fois que je vois dans mon expérience dans le domaine hospitalier – un projet qui prend le meilleur de ce qui se fait au Royaume-Uni, en France et en Ukraine! J'ai assisté d'ailleurs il n'y a pas longtemps à une conférence internationale sur les équipements et les technologies médicales et tout le monde ne parle que de ça, tout le monde attend de voir ce que ça va donner! »[1].

Les professionnels étrangers ont réalisé les premières étapes du projet de Kiev selon leur expérience dans le domaine de la conception hospitalière. En absence de compétences et souhaitant obtenir un hôpital moderne, la maîtrise d'ouvrage ukrainienne a laissé faire davantage les professionnels étrangers, en s'appuyant sur leur expérience au sein des pays occidentaux. Nous avons vu qu'au sein des professionnels étrangers de plusieurs pays existaient également des différentes façons de concevoir les éléments d'un hôpital. Ces aspects ont permis de souligner le fait que la Fondation en tant que maître d'ouvrage a été l'acteur principal dans la distribution de marge de manœuvre aux professionnels étrangers, leur permettant de mettre en œuvre des solutions de conception architecturale et de programmation conformes à ce qui se faisait dans leur pays. Cette partie a également mentionné le rôle moins influent de l'architecte local, en raison de l'attachement au "passé"

[1] Document de travail de Toby Banfield, "Notes from Meeting Held on 02&03/07/2008 re Clarification and Changes to Brief & Design, held in Groupe-6 – Paris".

soviétique qu'il présentait aux yeux de la maîtrise d'ouvrage. Mais l'architecte local est tout de même intervenu dans le cadre du projet par la suite, comme nous le verrons lors de la seconde section du chapitre.

L'étude de l'expérience ukrainienne permet de souligner d'une part, les enjeux des normes techniques dans la distribution de ressources entre les acteurs nationaux et internationaux. D'autre part, elle permet d'identifier un élément essentiel dans la distribution du pouvoir entre les architectes étrangers et nationaux – le maître d'ouvrage. Si nous avions identifié au début de la recherche, le soutien politique et le Statut Expérimental comme étant des catalyseurs susceptibles d'augmenter le degré de transfert de normes de l'étranger, nous avons également pu noter lors de l'enquête de terrain, le rôle des maîtres d'ouvrage. Au-delà des actions des décideurs politiques, ces derniers sont intervenus directement lors de la réalisation des missions architecturales et ont pu écarter l'influence des architectes locaux au profit de l'expérience internationale. Cependant, il convient de souligner le fait que le soutien politique dont a bénéficié le projet ukrainien a eu un impact sur la position « favorable » de la Fondation quant à l'introduction de normes de l'étranger. Comme nous avons pu le voir, c'est à la suite d'une réunion avec les décideurs politiques ukrainiens que les membres de la Fondation ont donné leur accord aux architectes étrangers pour la mise en œuvre leur savoir-faire. C'est à partir de ce moment qu'ils se sont également engagés à aider la validation du projet international auprès des administrations nationales. L'obtention du Statut Expérimental est une des actions s'inscrivant dans ce contexte. Par conséquent, le cas ukrainien a permis de confirmer le fait que les variables « soutien politique » et « Statut Expérimental » ont eu des effets positifs sur le transfert de normes de l'étranger, notamment parce qu'elles ont amorcé les conditions nécessaires à la mise à l'écart de l'expérience de la période soviétique et l'introduction du savoir-faire des acteurs internationaux.

En comparant le cas ukrainien, avec participation des entreprises étrangères, et le cas moldave, avec participation d'une organisation internationale, il peut être notifié que les caractéristiques du transfert diffèrent. En Moldavie, l'implication de la Banque mondiale n'a quasiment pas laissé de place à une négociation entre les acteurs nationaux et étrangers au sujet de l'application des normes techniques. Une fois saisie la question de l'incompatibilité des normes et des enjeux économiques associés, les représentants de l'organisation ont fait intervenir des consultants étrangers. Ces derniers ont transmis leurs propositions à la partie

[1] Prise de note lors de la réunion du 2 juillet à Paris, déclaration de Toby Banfield, EC Harris.

moldave qui a dû les accepter pour percevoir les financements de la Banque mondiale. Par la suite, afin de s'inscrire dans les conditions imposées par l'organisation internationale, les représentants du ministère de la Santé de Moldavie ont fait pression sur le ministère de la Construction pour obtenir des dérogations aux normes en vigueur. Sous l'influence de l'acteur extérieur, il y a donc eu la mise en place d'autorisations « exceptionnelles » de dérogations aux normes règlementaires nationales et une application directe de normes de l'étranger. Si la Banque mondiale n'intervient pas elle-même dans la mission architecturale, elle engage néanmoins des architectes étrangers qui le font pour son compte. Elle se positionne à la fois comme financeur et comme « facilitateur » du transfert de normes de l'étranger. Les professionnels du bâtiment, comme les consultants qu'elle avait engagés, restent les « transporteurs » de ces normes d'un pays à l'autre. Notons également que la dérogation aux normes en vigueur – la possibilité du ministère de la Santé d'élaborer un cahier de charges selon les normes techniques de l'étranger – fut réalisable dans le cas moldave en dépit de l'absence d'un Statut Expérimental comme en Ukraine. Ceci permet d'accentuer le rôle catalyseur d'un acteur international tel que la Banque mondiale, par rapport à celui des décideurs politiques et du Statut Expérimental du projet ukrainien.

B) Quel transfert lorsque la norme n'est pas un enjeu économique ? Le cas de l'HCR, en Moldavie

Il s'agit à présent de s'intéresser à un projet de l'HCR en Moldavie, réalisé avec le concours d'entreprises de construction, sans l'implication de la Banque mondiale[1]. Ce cas complète les raisons pour lesquelles les acteurs étrangers s'engagent dans un transfert. Bien qu'il semble évident que les calculs économiques ont été prédominants, nous détaillons des raisons plus subjectives, telles que la croyance dans le bien-fondé des solutions proposées. Les architectes étrangers insistent sur l'adoption de leurs façons de faire, parce qu'ils pensent que « c'est ainsi qu'il faut procéder » dans la matière. Leurs actions s'inscrivent à la fois dans une logique du conséquentialisme et de l'appropriation. Nous avons observé des aspects subjectifs dans le cas ukrainien, mais le cas moldave permet de les accentuer. Pour Top Konsult, il n'y avait pas d'intérêt financier à insister sur le transfert de son expérience internationale, pourquoi l'a-t-il fait alors ?

L'analyse de l'HCR a révélé que contrairement au cas ukrainien, il n'y a pas eu de débat autour de l'incompatibilité des normes. Tout d'abord, l'étude de faisabilité n'implique pas la réalisation de plans architecturaux (à la différence de la conception architecturale dans le cas ukrainien). De ce point de vue, il n'était pas encore question de l'application de normes techniques lors de la modernisation de l'hôpital de Chisinau. Ceci explique, en partie, l'absence de négociations entre les acteurs nationaux et internationaux au sujet des normes techniques. Il s'agit également du fait que les architectes étrangers possédaient certaines connaissances du système hospitalier moldave et ne craignaient pas de perdre une partie de leur mission en faveur de l'architecte local. Dans le cas ukrainien, cet aspect a constitué la motivation principale du transfert de l'expérience étrangère. De plus, si la Fondation ukrainienne avait insisté sur la prise en compte de l'expérience internationale, allant jusqu'à écarter l'architecte local, le MOA moldave n'avait pas autant insisté sur l'introduction de l'expérience étrangère.

a) Un transfert qui ne soulève pas la question d'incompatibilité des normes

Top Konsult possédait déjà de l'expérience dans le domaine du développement hospitalier en Moldavie. En réalisant en 2005 une mission de réorganisation du système de santé, ses spécialistes ont visité de nombreux centres hospitaliers du pays. L'élaboration de l'étude de faisabilité de l'HCR de Chisinau devait prendre en compte les éléments recueillis lors de cette première mission.

Le rôle de Top Konsult dans le cadre de l'HCR de Chisinau a ainsi été de mettre en perspective leurs connaissances du secteur hospitalier en Moldavie, avec celles sur les développements hospitaliers des pays avancés. Le fait que le cabinet soit d'Allemagne, dont une partie fut sous l'emprise soviétique jusqu'en 1990, a été considéré un atout par la partie moldave dans la compréhension des besoins locaux.

L'objectif de la mission d'étude de faisabilité était de proposer le développement d'une nouvelle offre de soins au sein de l'hôpital existant, avec les aménagements intérieurs et extérieurs, nécessaires à la modernisation de l'institution médicale. Le fait que les professionnels étrangers possédaient des connaissances sur le développement hospitalier de la

[1] Cette dernière a participé au début du projet de l'hôpital de Chisinau, lors de l'organisation d'un appel d'offre international. Néanmoins, la Banque mondiale n'a plus été impliquée dans la réalisation de la mission d'étude de faisabilité par la suite.

Moldavie, en raison de la collecte d'information lors d'une mission précédente, ne les pas empêchés d'associer un consultant local dans leur équipe – le cabinet d'architecture moldave Dolmen. Le rôle attribué aux architectes moldaves a été, comme dans le cas de l'architecte ukrainien du projet de Kiev, d'apporter une consultance locale en matière de règlementation et d'adapter les solutions architecturales étrangères au contexte local.

L'étude de faisabilité présentée par le cabinet allemand envisageait la restructuration de l'ensemble du bâtiment existant de 12 étages, ainsi que la construction d'une nouvelle extension, avec de nouvelles technologies médicales et une nouvelle réorganisation hospitalière. Le directeur de l'hôpital, Adrei Usatii précise :

« Nous sommes dans la phase de modernisation de cet hôpital, avec la construction d'un bloc opératoire avec 12 salles d'opération, avec la dotation d'équipements nécessaires du département des Urgences : laboratoire, tous ce qui est appareil images, salles d'opérations, équipement moderne tel qu'endoscopie, mini-invasive, tout cela »[1].

L'extension de l'HCR devait permettre la création d'un département nouveau au sein de l'hôpital, avec une conception architecturale nouvelle, prévoyant une organisation hospitalière semblable à celle existante en Allemagne. Si le reste de l'hôpital devait être restructuré entièrement du point de vue des départements et des équipements devenus obsolètes, le nouveau bloc allait bénéficier des dernières dispositions et aménagements architecturaux en termes de développement hospitalier. Non seulement les équipements et technologies médicales allaient être plus modernes, mais de plus, la conception architecturale de ce nouveau bâtiment allait être envisagée selon une organisation et un fonctionnement basé sur ces derniers.

« Avec en plus, la création des conditions d'hygiène optimales pour le séjour des patients à l'hôpital. Il y aura des chambres qui respecteront les standards normaux pour les gens, avec 80m² brut pour une personne. Cela veut dire qu'une chambre sera pour une personne ou deux. Avec un groupe sanitaire dedans. Cela veut dire que les opérations se dérouleront dans des conditions absolument modernes, avec des services auxiliaires permettant la création d'une équipe entière pour la prestation des services médicaux. Nous

[1] Entretien avec Andrei Usatii, directeur de l'HCR, Chisinau, Moldavie, avril 2010, traduit du roumain.

espérons que d'ici 2017, notre hôpital sera une référence de gestion moderne pour la zone Sud-Est de l'Europe »[1].

La restructuration de l'HCR comprenait donc la réorganisation entière de l'ensemble du bâtiment existant ainsi que la proposition d'une construction nouvelle. La mission d'étude de faisabilité constituait le premier pas de cette vaste opération.

Le cahier des charges de la modernisation de l'hôpital contenait des demandes explicites d'application de l'expérience internationale. Cependant, les représentants du maître d'ouvrage n'ont pas insisté sur ce point aussi fortement que le firent les membres de la Fondation en Ukraine. Les responsables du ministère de la Santé ont souligné à plusieurs reprises la nécessité d'intégrer des « standards européens » dans le cadre de la restructuration de l'hôpital, mais ne l'ont pas fait de manière aussi directe et répétée auprès des représentants du cabinet Top Konsult que l'ont fait les membres de la Fondation auprès de bdpgroupe6. Nous avons retrouvé les exigences du maître d'ouvrage moldave concernant l'adoption des « meilleures techniques de développement hospitalier » au sein de documents de travail, ainsi que du cahier des charges. Donc, comme dans le cas ukrainien, la maîtrise d'ouvrage du projet moldave a demandé le respect des normes en vigueur. C'est dans ce contexte que le cabinet allemand a engagé l'entreprise moldave Dolmen. Cependant, les représentants de Top Konsult, à la différence du consortium bdpgroupe6 du projet de Kiev, n'ont pas mentionné l'incompatibilité des normes nationales moldaves avec celles qu'ils utilisaient pour l'élaboration de l'étude de faisabilité. Nous n'avons donc pas observé un moment aussi fort que dans le cadre du projet de Kiev qui aurait suscité de vives négociations entre les deux parties.

L'absence de débats sur l'incompatibilité des normes dans le cas moldave s'explique, en partie, par le fait que l'élaboration de l'étude de faisabilité n'a pas impliqué la réalisation de plans architecturaux, même du niveau de l'esquisse, comme pour l'hôpital de Kiev. Dans l'étude de faisabilité, les architectes allemands ont étudié le bâtiment hospitalier existant, avant de proposer au maître d'ouvrage plusieurs solutions de modernisation. La préparation de ce travail ne fut pas accompagnée de débats entre les différentes parties au sujet de l'incompatibilité des normes étrangères et moldaves. Andréas Mezey, directeur de projet à Top Konsult, a même mentionné la nécessité de faire respecter les normes locales. Il a

[1] *Ibid.*

souligné également le travail effectué avec les architectes moldaves pour adapter les solutions étrangères au contexte local.

b) Une proposition en rupture avec les normes locales

La position de Top Konsult vis-à-vis de l'étude de faisabilité a été pourtant ambivalente. D'un côté, les architectes étrangers ont mentionné l'importance de respecter et de s'inscrire dans les normes locales. D'un autre côté, ils ont fait une proposition en rupture avec les développements hospitaliers en Moldavie, en soulignant l'apport de leur expérience internationale.

L'élaboration de l'étude de faisabilité s'est faite depuis les locaux d'Allemagne de la société. Les architectes étrangers y ont travaillé selon l'expérience accumulée lors de la réalisation de projets au sein de leur pays. Par conséquent, la réflexion qui fut à la base de l'élaboration de l'étude de faisabilité de l'HCR de Chisinau a été menée par une équipe étrangère, sans l'intervention de consultants locaux. Bien que ces derniers soient intervenus par la suite, la première version du travail fut réalisée par des spécialistes extérieurs. Dans le cas de Kiev, les architectes étrangers ont également réalisé la première version des plans architecturaux depuis leurs locaux, puis se sont entretenus avec les spécialistes ukrainiens. Dans le cadre des deux projets, les professionnels étrangers ont rédigé le contenu initial de la mission, avant d'intégrer les conseils des spécialistes nationaux. Il n'y a donc pas eu un travail en commun autour des missions architecturales entre les acteurs nationaux et internationaux, ce qui aurait eu pour conséquence l'émergence de solutions architecturales communes. Le transfert avait pris la forme d'un apprentissage, où les acteurs nationaux ont pu évaluer les solutions de l'étranger avant de les adopter.

Top Konsult a mené dans un premier temps une réflexion sur le bâtiment existant et proposé par la suite plusieurs solutions en vue de sa restructuration[1], en laissant au ministère de la Santé le choix de choisir celle qui convenait le plus. Le travail de réflexion sur la réorganisation de l'hôpital a porté plus précisément sur son rôle en tant qu'institution centrale au sein du système hospitalier moldave (le HCR étant l'hôpital le plus important en termes de taille et d'offre de soins). Les représentants de Top Konsult ont collecté et analysés des informations au sujet de la place de l'hôpital au sein du système de santé en Moldavie durant la période soviétique, ainsi que sur ses développements dans les années 1990. Ils ont ensuite

proposé des pistes de son développement ultérieur. De plus, le cahier des charges, fixant la mission des consultants extérieurs, mentionnait également la prise en compte des particularités locales et l'adaptation des solutions proposées au contexte local. Les professionnels allemands avaient ainsi contractuellement l'obligation de se conformer au contexte moldave. Leur étude de l'existant du pays était un aspect important dans la proposition qu'ils allaient produire.

En abordant l'introduction des tendances de développement hospitalier dans les pays de l'Europe occidentale, Adréas Mezey de Top Konsult mentionne :

« En même temps, nous devons prendre en considération aussi le contexte national, la mentalité nationale. Parce qu'on ne peut pas catapulter un système très dur de l'époque de pierre à l'époque de la lumière. En Allemagne aussi, les hôpitaux des années 1950 étaient travaillés à un autre niveau que ceux des années 1980 ou 2000 »[1].

Le fait que Top Konsult ait travaillé en Allemagne de l'Est, a permis à ses représentants de comparer la situation rencontrée en Moldavie avec une partie de leur pays ayant connu une expérience similaire. Dans le cadre de nos discussions, cette comparaison est revenue de manière récurrente. Top Konsult a insisté sur la redéfinition de la mission de l'hôpital en Moldavie et l'intégration d'une dimension économique. Cette dernière devait permettre l'introduction de la notion de rentabilité dans le milieu hospitalier. L'attachement de la population aux pratiques hospitalières de la période soviétique, lorsqu'on allait à l'hôpital dès qu'on avait un problème de santé, a renforcé le rôle de cette institution aux yeux de la population. Selon Andréas Mezey, cette mentalité est semblable à celle de la population d'une partie de l'Allemagne dans les années 1950 :

« Dans le cadre d'une étude de réorganisation du système hospitalier en Moldavie, nous avons visité 35 hôpitaux régionaux (...). Nous y avons observé l'absence d'activité médicale. On n'a pas la sensation qu'on est dans un hôpital. Les patients sont assis sur des lits. Ils ne sont même pas habillés dans des pyjamas. Ils sont en jogging, en pantalon, chemise. Chacun comme il est arrivé depuis chez soi. Avec les chaussures de dehors. Donc on a l'a sensation qu'on est quelque part où les gens sont en attente de quelque chose (...). Les gens arrivent à l'hôpital avec une toux ou un peu de fièvre. Donc ce n'est pas justifié que ce

[1] Voir en Annexe.

patient soit admis. Mais c'est la mentalité. Ce fut ainsi aussi en Allemagne dans les années 1950. J'ai une toux, je vais à l'hôpital »[2].

En parlant de "mentalité", l'architecte du cabinet allemand Top Konsult fait référence à la représentation de l'hôpital, de son rôle et de sa fonction auprès de la population. Durant la période soviétique, tant en Ukraine, qu'en Moldavie, l'hôpital avait une place centrale au sein de l'offre de soins, de manière un peu déséquilibrante, dans le sens où il constituait la principale porte d'entrée de l'assistance médicale. Or, dans un système de santé équilibré, l'assistance médicale prend en charge les patients, de manière quelque peu hiérarchisée, d'abord par le secteur primaire (centre de santé, policliniques) et ensuite par le secteur secondaire (hôpitaux régionaux ou équivalents) et le secteur tertiaire (hôpitaux nationaux). Les patients ne vont pas à l'hôpital en premier, mais s'adressent au médecin de famille. Bien que depuis les années 2000, on note l'introduction du médecin de famille au sein des deux anciennes républiques soviétiques, les individus sont restés attachés à l'image d'un hôpital « soigne-tout ». Le nombre de lits importants d'autrefois a renforcé la fréquence des séjours à l'hôpital, sans que cela soit justifié du point de vue médical. Ces aspects ont été présentés de manière plus détaillée dans le chapitre 2, portant sur les caractéristiques de la construction des hôpitaux durant la période soviétique. Nous rappelons néanmoins ici l'importance de l'hôpital au sein de la société en Moldavie et en Ukraine afin d'accentuer le point de départ du changement proposé par les acteurs étrangers. Ainsi, en partant de ces constats du fonctionnement hospitalier en Moldavie, des traditions des usagers et des caractéristiques structurelles des bâtiments durant la période soviétique, les ingénieurs de Top Konsult ont cherché à élaborer de nouvelles orientations de développement de l'HCR.

Cependant, l'entreprise allemande a fait une proposition en rupture avec ce qui se faisait en Moldavie. Il s'agit de l'introduction de la notion de rentabilité au sein de l'hôpital. Andréas Mezey est d'avis que la dimension économique de l'hôpital constitue le point central de la modification des anciennes caractéristiques, plus adaptées au contexte économique actuel. L'hôpital « rentable » donnerait la possibilité d'un développement plus efficace de l'institution médicale, où les surplus de lits, de services médicaux et autres, seraient supprimés. Comme l'explique le représentant de Top Konsult, les caractéristiques de l'hôpital en Moldavie durant

---

[1] Entretien avec Andréas Mezey, manager principal du projet de l'HCR de Chisinau, Top-Konsult, Chisinau, Moldavie, avril 2010, traduit du roumain.
[2] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.

la période soviétique s'inscrivaient dans les lignes de l'économie centralisée. Or, à la suite de l'effondrement de celle-ci, les anciennes pratiques ne sont plus justifiées :

« A la suite de notre analyse, nous avons vu que cet hôpital a été conçu dans un autre contexte, lors de la période soviétique, où l'économie et le type de financement des hôpitaux était complètement différent de celui d'aujourd'hui. Aujourd'hui, nous devons considérer un hôpital comme une institution qui produit sur le libre marché. Cela ne sonne pas très humain, mais l'hôpital doit fonctionner d'une manière à ce qu'il soit rentable. Et de ce point de vue, nous avons eu de grands espoirs de changement. Car nos analyses ont montré que depuis la construction de cet hôpital, on n'est pas intervenu dans la modification des structures, des services offerts. Cela s'est vu également pour la dotation en technologie médicale. Cela implique que nos propositions ont concerné tout d'abord la structure de l'hôpital actuel »[1].

A partir de l'idée de rentabilité de l'hôpital, Top Konsult a envisagé le développement des activités médicales, de l'offre de soins et des équipements et technologies médicales en lien avec la perspective économique. Ses représentants ont ainsi proposé des solutions permettant d'optimiser les ressources disponibles. L'introduction de nouveaux éléments (technologies médicales, équipements, activités médicales et services de soins) a également été prévue dans une nouvelle configuration de l'hôpital, désormais en tant qu'acteur économique sur un libre marché. L'exemple de la restructuration intérieure du bâtiment actuel de 16 étages en offre une illustration.

Les allemands ont proposé de revoir l'ensemble de la disposition des départements médicaux et leur réorganisation selon une « tendance très forte en Europe »[2] : celle des centres. Il s'agit de prévoir divers départements médicaux, tels que le Centre de la « tête », le Centre « thoracique », le Centre « abdominal » etc., en fonction des maladies liées à ces parties de l'organisme humain :

« L'hôpital doit être construit, il doit fonctionner sur la base de quelques centres. Ce qui est une tendance très forte en Europe. Cela veut dire le Centre de la « tête » par exemple. Dans le cadre de l'hôpital, au travers de cette réorganisation nous créons le centre de la « tête », le centre « thoracique », le centre « abdominal ». De cette façon, on a dans le centre

[1] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.
[2] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.

de la « tête », les sections d'ophtalmologie, maxillo-faciale, ORL etc. Toutes ces activités sont liées à la « tête ». C'est en effet une tendance »[1].

Selon Adréas Mezey, cette nouvelle organisation par centres devait permettre de concentrer au sein d'un seul département l'ensemble des maladies liées aux parties identifiées, assurant ainsi une plus grande optimisation du fonctionnement hospitalier. En mentionnant les différentes tendances de développement hospitalier connu dans les pays de l'Europe occidentale, l'architecte insiste sur l'aspect économique de l'activité hospitalière, qui devrait être désormais envisagée en Moldavie, dans le cadre d'une économique de marché et de la fin du système planifié et centralisé de l'URSS :

« Une autre tendance ce serait de séparer les services chirurgicaux de ceux conventionnels, non chirurgicaux. Toutes ces tendances ont un aspect très fort économique. Si vous souhaitez vous organisez selon des centres ou des sections chirurgicales et des sections conservatives, alors vous pouvez influencer les investissements liés aux technologies médicales, vous pouvez influencer l'optimisation des processus, l'utilisation commune des ressources existantes, l'utilisation plus efficace des espaces à disposition etc.»[2].

Le consultant extérieur explique son analyse de la situation de l'hôpital moldave, hérité de la période soviétique, ainsi que la possibilité d'un fonctionnement nouveau :

« Par exemple, à l'Hôpital Clinique Républicain, ils avaient une à deux opérations par jour. Si moi je décide d'investir dans une salle d'opération avec toutes les technologies, de l'air conditionné, de l'électricité, du gaz narcotique, tout ce qui est nécessaire pour la réalisation d'une intervention chirurgicale avec tout l'équipement, j'en ai pour environ 800.000 Euros d'investissements. Et si vous, dans cette salle aussi chère, vous faites une à deux opérations par jour – vous ne serez jamais rentables. Donc il est question ici de la rapidité d'amortissement de cet investissement. Vous devez donc regarder ces aspects… » [1].

En même temps, Andréas Mezey s'inspire d'un fonctionnement hospitalier à l'étranger qui est différent de ce qui existe en Moldavie. Comme il l'affirme lui-même :

« Il existe une autre tendance en Europe que nous ne pouvons pas pour le moment mettre en œuvre ici. Il y a de nombreux chirurgiens qui savent qu'à la fin de la semaine,

---

[1] *Ibid.*
[2] *Ibid.*

presque chaque salle d'opération est libre. Alors, ils sous-louent ces salles pour la fin de la semaine, lorsqu'ils peuvent avoir à disposition tout le matériel stérile qu'ils souhaitent. Par exemple, un acte pour le réveil du patient, s'il est nécessaire etc. Et pour tout cela, il paie un loyer à l'hôpital »[2].

En partant de cette connaissance du fonctionnement hospitalier de son pays, le représentant du cabinet d'ingénierie allemand Top Konsult suggère une idée nouvelle du développement de l'hôpital de Chisinau. Dans l'étude de faisabilité présentée aux administrations moldaves, les départements médicaux sont réorganisés au sein de l'ancien bâtiment de 16 étages selon la configuration des hôpitaux allemands. Bien que l'architecte étranger mentionne le fait que certaines idées seraient trop abruptes pour une introduction immédiate dans la restructuration de l'hôpital moldave, nous pouvons néanmoins observer que les autres idées qu'il propose – de réorganisation de l'institution médicale selon des Centres – est issue d'une idée plus générale du fonctionnement de l'hôpital en tant qu'entité économique. Ce dernier aspect est ainsi présent dans l'étude de faisabilité de la restructuration de l'HCR, comme l'attestent également le discours de Top Konsult.

Par conséquent, les ingénieurs allemands ont présenté aux administrations de Moldavie des solutions de réorganisation structurelle du bâtiment hérité de la période soviétique, en se basant sur une nouvelle conception du fonctionnement de l'institution médicale. Cette dernière s'inspirait de leur activité précédente dans le domaine hospitalier, au sein de l'Allemagne, ainsi que de leurs connaissances des développements hospitaliers des pays de l'Europe occidentale. Ils ont notamment insisté sur l'introduction de la dimension économique de l'hôpital, dans un contexte de passage à une économie de marché, à la suite de la dissolution du système planifié et centralisé qu'a connu le pays sous l'Union soviétique.

Les éléments présentés dans cette partie permettent de confirmer l'hypothèse d'un transfert de normes de l'étranger par les entreprises étrangères, notamment lorsque la question de normes représente un enjeu financier. L'exemple des Centres de santé en Moldavie, ainsi que de l'HDF en Ukraine ont permis de révéler que lorsque les normes techniques sont un enjeu économique, les acteurs internationaux n'hésitent pas à insister sur la prise en compte de leur

---

[1] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.
[2] *Ibid*.

expérience et de leur savoir-faire. Ils deviennent alors des « agents » du transfert, en poursuivant la maximisation de leurs intérêts. En particulier, nous avons montré que si la Banque mondiale possède des moyens plutôt coercitifs pour exiger du ministère de la Santé l'adoption de normes techniques de l'étranger, les entreprises de construction en Ukraine doivent négocier avec le MOA la mise en œuvre de leur savoir-faire. Le cas de l'HCR de Moldavie qui complète le transfert par les acteurs économiques analysé au sein de la thèse, permet de révéler un aspect supplémentaire. Il s'agit du fait que même en absence d'intérêts financiers autour de la question des normes, les architectes étrangers ont transféré des normes de leurs pays, qui ont été en contradiction avec le fonctionnement et la construction d'un hôpital.

A travers ces aspects, nous avons exposé l'idée que lors de la mise en œuvre de leurs activités, les architectes étrangers ont transféré des normes techniques informelles (représentations), en lien avec leurs intérêts financiers, mais également parce qu'ils étaient convaincus et d'une certaine manière « attachés » à leurs solutions architecturales.

Section II : Lorsque les acteurs nationaux s'en mêlent : un obstacle au transfert ?

Nous questionnons à présent les actions des architectes locaux dans le cadre des projets hospitaliers. Quel fut le rôle des architectes ukrainiens et moldaves aux côtés des spécialistes étrangers ? Ont-ils insisté sur la prise en compte des normes nationales de leurs pays, afin de réaliser des hôpitaux comme ils avaient l'habitude de le faire ? Ou est-ce qu'au contraire, ont-ils facilité l'introduction de l'expérience étrangère ? Autrement dit, est-ce que les actions des architectes nationaux ont représenté un frein ou un catalyseur à l'introduction de l'expérience internationale lors de la modernisation des hôpitaux ? Selon la logique institutionnaliste, nous devrions observer des éléments de dépendance au sentier exprimant la continuité des normes de construction d'hôpitaux de la période soviétique. Ainsi, les professionnels du bâtiment ukrainiens et moldaves devraient être attachés aux normes techniques de leurs pays et qui sont celles héritées de la période soviétique. Cet attachement est lié à deux choses.

D'une part, les pouvoirs publics en Ukraine et en Moldavie ont repris les anciennes normes soviétiques, sans entreprendre de modification essentielle entre 1991 et 2011. Cela signifie que durant toute cette période à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique, les administrations publiques ont continué de demander l'application de ces normes héritées de la période soviétique. Les architectes ukrainiens et moldaves n'ont pas utilisé de nouvelles normes, mais ont continué d'appliquer celles de la période soviétique car elles étaient exigées par les administrations publiques.

D'autre part, le savoir-faire de ces architectes était structuré par les normes de la période soviétique, étant donné qu'ils les ont utilisées pendant une période de temps suffisamment longue pour créer des habitudes, des façons de faire et des représentations. Les normes de la période soviétique étaient donc les seules que les architectes ukrainiens et moldaves connaissaient et maitrisaient. Leur manière d'envisager la conception architecturale d'un hôpital (avec la disposition des départements, son fonctionnement en tant qu'institution médicale) était façonnée par leur expérience précédente et qui s'est forgée durant la période soviétique. Par conséquent, la continuité des normes techniques de la période soviétique (dépendance au sentier) était liée à la fois à l'action des pouvoirs publics et à l'attachement des utilisateurs.

Les approches sociologiques et historiques de l'institutionnalisme insistent sur le rôle des arrangements institutionnels sur le comportement des acteurs. C'est dans la lignée de ces approches que nous considérons que le savoir-faire des professionnels du bâtiment ukrainiens et moldaves a été structuré par les normes techniques de la période soviétique. Ces normes n'ont pas disparu avec l'effondrement de l'URSS et de ses politiques et instruments d'action publique. Dans la lignée de l'approche historique, les normes de la période soviétique ont perduré sur le plan institutionnel, comme l'a démontré d'ailleurs la reprise de l'ancien corpus de normes techniques par les pouvoirs publics des deux pays. Mais ces normes ont perduré également sur le plan sociologique, au sein de l'activité de construction hospitalière et plus précisément, chez les acteurs agissant au sein de ce domaine. L'hypothèse qui sera vérifiée au sein de ce chapitre est donc celle de la continuité des normes de construction d'hôpitaux chez les architectes ukrainiens et moldaves. Cette dépendance au sentier, s'exprimant par un attachement aux pratiques de construction de la période soviétique, sera considérée comme étant un obstacle à l'introduction de l'expérience internationale. Ces éléments seront étudiés comme précédemment, sur la base de projets hospitaliers concrets au sein desquels nous avons pu observer comment les architectes locaux ont interagi avec les spécialistes étrangers.

Dans la première section, nous avons abordé le cas des Centres de santé réalisé avec le soutien de la Banque mondiale en Moldavie. Le transfert de normes de l'étranger fut mis en place à travers un mécanisme de coercition, découlant de la conditionnalité financière imposée par l'organisation. Il n'y a pas eu, dans le cadre de ce projet, de négociations entre les acteurs nationaux et internationaux, au sujet de l'application des normes techniques. La partie moldave a dû inscrire, dans le cahier des charges, les normes conseillées par les consultants étrangers de la Banque mondiale, sans pouvoir intervenir sur leur contenu. Il n'y a donc pas eu, par la suite, d'adaptation de normes étrangères par les acteurs locaux. Ce projet ne fera donc pas l'objet de cette seconde partie du chapitre. En revanche, dans les cas de l'HDF de Kiev et de l'HCR de Chisinau, le travail réalisé par les spécialistes étrangers a fait l'objet d'une considération de la part des architectes locaux. Nous verrons dans les lignes ci-dessous quel a été l'impact de leur intervention : ont-ils radicalement changé les solutions venues de l'étranger ou les ont-ils reprises ?

I) Un maître d'ouvrage engagé et un architecte local faible : le projet en Ukraine

Suite à la préparation d'un document de programmation par les architectes étrangers, qui ont pu exprimer leur représentation de la conception et du fonctionnement d'un hôpital, il y a eu une intervention des acteurs locaux. Il s'agit de l'architecte local Budova et du maître d'ouvrage – la Fondation. L'architecte local s'est chargé de la mise en forme du programme médical selon le format valable en Ukraine, alors que la Fondation est intervenue pour exprimer le point de vue des utilisateurs locaux (non associés au projet)[1]. Au départ, la Fondation a insisté sur l'introduction de l'expérience internationale, à la fois parce qu'elle souhaitait obtenir un hôpital à l'image des pays occidentaux et parce qu'elle pensait réduire ses coûts. Néanmoins, lors de son implication ultérieure, la Fondation a semblé vouloir prendre en compte les normes ukrainiennes, s'éloignant ainsi de son discours initial.

A) L'action de l'architecte local : une reproduction « malgré-soi » des normes de la période soviétique

Le rôle de l'architecte local au sein du projet ukrainien n'a pas été facile à saisir. Une analyse minutieuse a comparé son discours lors des réunions avec les architectes étrangers (et auxquelles nous avons participé) et ses actions depuis son siège, en Ukraine. Ce sont notamment les entretiens réalisés en Ukraine qui ont permis de comprendre que l'architecte local Budova a eu un rôle plus important que la simple traduction ou mise en forme des plans. Ces informations n'apparaissaient pas durant notre observation participante au sein de l'entreprise française Groupe-6. C'est seulement à la suite de plusieurs discussions avec les participants ukrainiens, lors de notre voyage à Kiev en 2010, que nous avons pris connaissance de ces éléments[2].

---

[1] En règle générale, les utilisateurs sont associés lors de la réalisation des plans architecturaux d'un établissement hospitalier tant en France et au Royaume-Uni, qu'en Ukraine et en Moldavie. Cependant, dans le cas de l'hôpital de Kiev, les utilisateurs ont été quasiment absents. Nous n'avons pas pu déterminer clairement pourquoi la Fondation n'a pas associé les utilisateurs au projet de conception architecturale. Il semblerait que la mise en place de consultations avec les utilisateurs auraient retardé les délais de réalisation du projet, ce à quoi la Fondation était défavorable. Il se peut également qu'une absence de ressources financières pour ces activités supplémentaires ait compté.

[2] Lors de cette étape de l'enquête de terrain, nous avons pu saisir l'importance de confronter les différentes sources d'informations, ainsi que de la multiplication des modes de collecte de ces dernières. L'observation participante au sein des architectes étrangers avait permis de comprendre leur rôle au sein du projet et de

a) Des actions qui expriment un attachement aux normes de la période soviétique

Nous savions que l'architecte ukrainien fut chargé de traduire et de mettre en forme la « Liste des surfaces »[1] telle que développée par les professionnels étrangers[2]. Cependant, cette intervention a été plus approfondie que la simple traduction ou mise en forme aux formats acceptés en Ukraine. Ceci n'apparaissait pas dans les discussions de ce dernier avec ses collaborateurs français. Mais tant les architectes ukrainiens eux-mêmes, que les membres de la Fondation nous ont confirmé ces faits lors des entretiens réalisés en Ukraine. Ainsi, Volodimir Pidgirniac, directeur de Budova, explique avoir transformé le travail de ses collègues étrangers, étant donné qu'ils avaient chacun leur manière de travailler :

« Dans ce projet, il a été entendu à ce que BDP mette en pratique l'expérience qu'il possède dans le domaine de la technologie médicale. Et ils ont mis en application dans ce projet leur expérience, qui va en opposition avec l'expérience qui s'est constituée ici. EC Harris a proposé son expérience, qui possède sa logique…c'est comme une personne différente. Il n'est pas possible que tout le monde pense pareil. Donc ils ont leur expérience. Si on leur a permis de faire le projet selon leur expérience, ils l'ont fait, dans la manière dont ils l'ont compris. Si on regarde du côté de notre expérience, il ressort que nous sommes liés aux connaissances de nos normes à nous – les DBN. Et pour aller au-delà, ces DBN doivent être changés »[3].

L'intervention des architectes ukrainiens sur les travaux des architectes étrangers a eu pour conséquence la modification de ces derniers. En exprimant le fait qu'il est lié aux normes de son pays, l'architecte ukrainien se réfère également à son expérience dans le domaine de la construction hospitalière, calquée sur les normes héritées de la période soviétique (Cf. chapitre 4). En absence de connaissances sur de nouvelles techniques, pratiques ou savoir-faire de la conception architecturale, il a appliqué sa propre expérience, accumulée au travers

---

visualiser leur implication lors de l'élaboration des plans architecturaux. En revanche, l'implication de la partie ukrainienne a pu être approfondie seulement lors de nos déplacements en Ukraine. Les informations collectées sur place ont permis de compléter ce qui n'apparaissait que partiellement ou quasiment pas dans leurs déclarations précédentes. Par la suite, nous avons combiné systématiquement les deux modes de collecte d'informations (entretiens semi-directifs et observation participante) afin de saisir l'action des acteurs au-delà des discours.

[1] Nous rappelons que la « Liste des surfaces » est un document de programmation médicale qui indique les équipements médicaux et les surfaces associés à ces derniers.

[2] Ce document fut préparé lors des réunions du mois de juillet 2008, à Paris, en France, par les spécialistes français de Groupe-6 et les britanniques d'EC Harris.

[3] Entretien avec Volodimir Pidgirniac, Budova, *op. cit.*

des projets hospitaliers de la période soviétique. Il en a résulté que le document préparé par les spécialistes étrangers[1] fut adapté aux normes techniques ukrainiennes en matière de programmation médicale :

« Il se trouve que lorsque nous avons commencé la conception, on nous a demandé de donner le programme médical. Nous nous sommes entendus avec le Client que nous ferions ce travail. Nous prendrions BDP en tant que sous-contractant et le ferions. Nous avons fait ce travail. Ce travail s'est donc fait à travers nous. Nous avons donné une version qui correspondait au maximum à nos normes, mais qui prenait aussi en compte les propositions qui étaient dans le projet qui fut déjà élaboré au niveau de l'esquisse. Ce document tenait donc compte de certaines choses qui devaient être changées, d'autres noms des pièces, d'autres surfaces à choisir etc. »[2].

L'architecte ukrainien mentionne avoir sauvegardé les propositions des professionnels étrangers en matière de conception architecturale, élaborées au niveau de l'esquisse du projet[3]. En même temps, il affirme qu'un responsable de la Fondation aurait dû choisir parmi les différentes suggestions des architectes français :

« Ce qu'il y avait au niveau des plans de l'esquisse, c'était la vision des architectes de la disposition des départements médicaux et de l'hôpital tout entier. C'était une proposition – cela pouvait être ainsi. Mais il fallait par la suite décider : il fallait cette personne responsable qui travaille sur cela et qui décide ce qui l'arrange ».

« Mais ce qu'il fallait concevoir, c'est le médecin général qui peut dire, qui peut savoir. Personne ne peut le remplacer car en dernier ressort, c'est lui qui prend la responsabilité et qui signe. Toute notre vie nous avons travaillé ainsi. Le Client savait ce qu'il voulait et choisissait tout pour le futur hôpital. Si ce n'était pas le Client, il désignait un médecin principal qui assume ce rôle. C'est comme ça dans la pratique. Un Client intelligent procède ainsi ».

---

[1] Le document de programmation médicale « Liste des surfaces », fut préparé par le programmiste britannique EC Harris, sur la base des plans élaborés par les architectes français de Groupe-6.
[2] Entretien avec Volodimir Pidgirniac, Budova, *op. cit.*
[3] L'esquisse constitue la première phase de l'étape de conception architecturale du processus de construction d'un bâtiment. Voir le chapitre 1 pour plus de détails à ce sujet.

Les représentants de Budova reconnaissent ainsi n'avoir pas entièrement tenu compte des suggestions faites par les professionnels étrangers dans leur adaptation de la « Liste des surfaces ». Ils ont estimé que ceci n'était pas de leur responsabilité. Comme mentionné plus tôt, ils ont considéré que leur rôle était d'adapter les éléments de programmation au contexte local. Etant donné qu'ils étaient liés aux normes nationales en vigueur, cette adaptation s'est traduite par l'application de normes héritées de l'époque soviétique.

Le travail des architectes ukrainiens n'a pas consisté à uniquement modifier ce qui a été fait par les professionnels étrangers. Dans certains cas, en observant l'absence d'un élément par rapport à ce qu'ils avaient l'habitude de voir dans un projet, ils complétaient selon leur expérience. Ainsi, Kvitana Pidgirniac note qu'en Ukraine, la façon d'établir la programmation n'est pas tout à fait la même que dans les pays d'où étaient originaires les professionnels du consortium bdpgroupe6 :

« Certaines parties de ce programme ont été établis par nous (...). Cela s'est fini avec le fait que la partie basse du bâtiment a été faite par nos programmistes, selon notre façon de faire, par ce que personne ne l'avait fait. Il paraît qu'en Europe cela ne se fait pas ainsi. En Europe cela se fait comme les architectes de Groupe-6 l'ont fait : aux endroits où il y aurait les équipements, ils ont dessiné des espaces gris (des sortes de taches en gris) tout simplement. Ces endroits sont donc mis en évidence, ces surfaces oui, mais pour qu'on fasse à l'intérieur l'équipement de ces dernières, le Client engage une société qui mettra les appareils, les équipements qui conviennent. Chez nous ce n'est pas comme ça. Nous devons le faire déjà à la phase de conception. Nous devons expliquer quel type d'équipements sera sur les plans »[1].

Nous pouvons constater que les architectes de Budova n'ont pas seulement redéfini les éléments travaillés par les professionnels étrangers. Ils ont également complété là où ils observaient un manque d'informations. Dans la manière de compléter les éléments manquants, les consultants locaux ont donc appliqué leur expérience de travail. Ils ont rajouté des éléments pour que le projet ressemble à ce qu'ils avaient l'habitude de voir, donc en fonction de leur représentation de ce et de comment il doit « être ». En discutant de la « Liste des surfaces » préparée par les spécialistes étrangers, l'architecte ukrainienne Kvitana Pidgirniac mentionne que l'adaptation locale a concerné bien plus que la mise en forme :

« Mais nous l'avons changé tout de même. Parce que ce n'est pas du tout la même approche chez nous. Chez nous ce n'est pas du tout comme ça. Premièrement, même les noms…les intitulés devaient être comme écrits dans nos normes. Il fallait les rapprocher de nos normes. Et la forme aussi… »[2].

La « Liste des effectifs », est un autre document de programmation qui permet d'exemplifier l'application des normes de la période soviétique par les architectes locaux.

A la suite des discussions avec les différents consultants, locaux et étrangers, rencontrés par la Fondation, il a été question de fournir la « Liste des effectifs » – un des premiers éléments nécessaires à l'établissement du programme médical. Les architectes ukrainiens de Budova affirment avoir accepté de produire ce document, bien que ceci ne fasse pas partie de leur mission :

« Il fallait préparer la « Liste des effectifs ». Qui va l'écrire ? C'est aussi un travail à part. A la suite de la « Medical task », la « Liste des effectifs » est préparée et seulement ensuite est élaboré le « Programme médical ». Normalement, le Client doit préparer cette Liste, car s'il y a un médecin principal désigné, lui-même ou son adjoint, précise ceux qui vont travailler dans le futur hôpital. Il s'est avéré qu'il n'y avait personne pour l'écrire. Volodimir Petrovich[3] *m'a demandé alors de le faire. Et j'ai pu le faire seulement parce que j'ai travaillé dans le domaine scientifique et que j'ai mené un travail de recherche où j'étudiais le lien entre la structure du bâtiment et les effectifs. Etant donné que j'avais fait ce travail par le passé, j'avais donc l'expérience et la possibilité d'établir cette « Liste des effectifs » »*[4].

La préparation de cette Liste par les architectes ukrainiens permet d'illustrer comment ont été appliquées les normes techniques héritées de la période soviétique. Kvitana Pidgirniac mentionne les échanges avec les médecins ukrainiens, invités par la Fondation pour donner leur avis sur son travail :

« Etant donné que j'avais fait ce travail par le passé, j'avais l'expérience et la possibilité d'établir cette « Liste des effectifs ». J'ai donc compté ces effectifs et je suis arrivée

---

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[2] *Ibid.*
[3] Volodimir Petrovich Pidgirniac, Budova.
[4] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.

à un chiffre, je ne me souviens plus exactement de combien c'était. La Fondation a distribué cette liste aux médecins et a organisé ensuite une réunion où ils étaient tous invités. Lors de cette réunion, ils ont critiqué ma « Liste des effectifs », en exprimant plein de doléances : l'un voulait plus de docteurs, l'autre manquait d'infirmières, l'autre en général n'était pas satisfait du tout. Je leur ai demandé alors les documents sur la base desquels ils comptaient les effectifs de leurs départements. Ils m'ont alors répondu qu'ils ne se tenaient pas aux chiffres officiels, mais à d'autres – officieux. Je leur ai expliqué à mon tour que ma « Liste des effectifs » fut élaborée sur la base d'un ordre du ministère de la santé concernant les effectifs. Ils m'ont alors répondu que cet ordre avait vieilli et qu'il y avait déjà la proposition pour un nouveau. Je fus d'accord avec eux et j'ai demandé à recompter les effectifs pour ce projet sur la base de cette nouvelle proposition règlementaire. Ils m'ont alors dit que nous n'avions pas encore le droit, car officiellement il n'était pas encore sorti. D'accord, qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là ? Faut bien prendre une décision »[1].

L'architecte ukrainienne reconnaît avoir respecté les normes en vigueur, étant donné que son expérience de travail est basée sur ces dernières et qu'elle ne possède pas d'autres connaissances pour l'élaboration de ce document. Elle précise également avoir suivi les consignes officielles en matière de réglementation technique. En revanche, les médecins invités par la Fondation[2] semblaient exprimer des besoins, en termes d'effectifs et des départements médicaux, différents des règlementations techniques en vigueur. D'un côté, ils critiquaient le document de l'architecte ukrainienne qui avait appliqué les normes techniques en vigueur et de l'autre, ils exprimaient de nouveaux besoins, tout en reconnaissant l'absence de règlementation officielle pour les officialiser au sein du document. Les futurs utilisateurs de l'hôpital ont donc souligné leur souhait d'intégrer de nouveaux paramètres dans la construction de l'hôpital, tout en reconnaissant qu'ils ne correspondaient pas aux normes techniques règlementaires valables en Ukraine. Ils souhaitaient donc introduire des éléments nouveaux, allant dans le sens d'une modernisation hospitalière. Lors de cette réunion, les acteurs locaux étaient tous d'accord sur le fait qu'il n'y avait pas de règlementation technique en Ukraine qui puisse permettre l'introduction de nouveaux besoins hospitaliers (demandés

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[2] Les médecins invités par la Fondation étaient considérés des futurs utilisateurs de l'hôpital. Ils n'étaient pas officiellement nommés à des postes précis au sein du futur établissement, mais c'est ce qu'affirmait la Fondation de manière informelle.

par les utilisateurs) et que l'introduction de ces derniers dans le nouvel hôpital de Kiev impliquait de s'éloigner des normes techniques officielles.

Nous pouvons constater ici que l'architecte ukrainienne a appliqué les normes de son expérience de travail, formée et structurée par les normes de la période soviétique et qui étaient vers la fin des années 2000 toujours en vigueur en Ukraine. Il apparaît également qu'elle n'a pas insisté sur l'application des normes héritées de la période soviétique. Elle nous a expliqué les avoir appliquées, conformément aux textes règlementaires et à son expérience de travail. En même temps, Kvitana Pidgirniac a souligné comprendre les nouvelles demandes des utilisateurs. Mais l'architecte ukrainienne ne souhaitait pas prendre la responsabilité d'établir un document contrevenant aux règlementations en vigueur. Dans sa compréhension, la place des normes techniques lors de l'élaboration de la « Liste des effectifs » était significative. En effet, elle demandait aux médecins invités par la Fondation de présenter la règlementation sur laquelle étaient fondés les nouveaux besoins qu'ils exprimaient. Elle estimait, également, ne pas avoir le pouvoir de déroger aux normes règlementaires, alors que la Fondation de l'HDF aurait dû prendre cette responsabilité :

« Résultat, jusqu'à aujourd'hui, cet ordre n'est toujours pas en vigueur. Les effectifs sont restés ceux que j'avais préparés et que tout le monde a critiqués. Personne n'a pu mettre les points sur les "i". Moi, j'espérais en écoutant les avis de tous ces médecins, que quelqu'un parmi eux, en tant que médecin principal, prendrait la responsabilité, en disant ce qui pourrait être accepté comme solution, avec des arguments qu'il connaitrait sur ce qui pouvait être accepté et ce qui ne passerait pas. Mais il n'y a pas eu une telle personne. Il n'y a tout simplement pas eu de médecin principal pour cet hôpital »[1].

L'architecte ukrainienne regrette donc le fait que l'on ne soit pas allé davantage contre les normes en vigueur en Ukraine lors de la conception de l'hôpital du Futur. Elle reconnaît par ailleurs qu'elle ne possédait pas les connaissances nécessaires pour savoir ce qui pouvait être accepté ou non par les administrations de contrôle en termes de dérogation, mais qu'elle aurait attendu que les futurs utilisateurs de l'hôpital, plus conscients de leurs besoins, le fassent. Nous constatons que les connaissances nouvelles en termes de programmation médicale ne venaient pas de la part de l'architecte local, mais des médecins ukrainiens, au courant des évolutions en termes d'équipements et technologies médicales. Cependant, ni eux, ni les

membres de la maîtrise d'ouvrage ukrainienne n'ont exprimé la volonté de déroger aux normes règlementaires nationales.

L'exemple de la réalisation de la « Liste des effectifs » montre avant tout le fait que lorsque l'architecte local Budova intervient dans le projet de Kiev, il applique les normes héritées de la période soviétique. Il travaille selon son expérience de travail, accumulée durant la période soviétique, ainsi que selon les normes nationales en vigueur. Il n'est ainsi pas étonnant que des documents de travail (tels que la « Liste des effectifs » ou « Liste des surfaces » mentionnée plus tôt) furent modifiés par les architectes locaux selon les règlementations ukrainiennes. Du moment où on leur demandait d'intervenir, ils ne savaient faire autrement que selon leur expérience, autrement dit, selon les normes de la période soviétique.

b) Des conseils en faveur de l'introduction de l'expérience internationale

Le fait que les architectes ukrainiens modifient le travail de leurs collègues étrangers ne signifie pas qu'ils étaient contre l'introduction de l'expérience internationale au sein du projet. A ce titre, ils étaient opposés à l'idée d'associer un programmiste ukrainien, car cela aurait produit un hôpital de type soviétique :

« Non, dans ce cas, cela aurait été non pas l'hôpital du Futur, mais un hôpital soviétique ordinaire. Si la Fondation ou EC Harris avait associé un consultant extérieur qui ait assumé ces fonctions, alors on aurait eu sous sa direction un hôpital selon leurs normes, donc avec un fonctionnement complètement nouveau et moderne »[2].

Par conséquent, tout en étant conscient du fait que son action exprimait un attachement aux normes de la période soviétique, l'architecte ukrainien ne souhaitait pas que l'hôpital ressemble à ceux de cette époque. Il semble qu'il ait même demandé l'introduction de l'expérience internationale au sein du projet et notamment en matière de programmation médicale. Il estimait que le travail réalisé par le consortium bdpgroupe6 et lui-même (la préparation de la « Liste des surfaces » et son adaptation en Ukraine) était insuffisant et qu'il fallait développer une mission de programmation plus approfondie. Dans ce contexte, Budova a suggéré à la Fondation de rencontrer des représentants d'hôpitaux étrangers pour savoir

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[2] *Ibid.*

comment procéder en matière de programmation. C'est ainsi que la maîtrise d'ouvrage ukrainienne a rencontré des médecins des hôpitaux américains :

« Nous avons essayé de leur expliquer qu'ils devaient décider de ce qu'ils voulaient pour cet hôpital. Ils n'ont pas compris. Nous leur avons dit alors d'inviter des spécialistes qui leur expliquent. Nous leur avons conseillé des spécialistes étrangers. Ils ont invités des docteurs des Etats-Unis qui leur ont tout expliqué dans un langage familier. Ils n'ont toujours rien compris. Ils ont même déploré l'argent dépensé pour la venue de ce consultant. Alors que personne n'a même noté ce qu'a dit cette personne »[1].

« Nous leur avons dit qu'il fallait un consultant. Nous leur avons donné l'exemple de celui venu des Etats-Unis. Il était prêt à faire ce travail à leur place. Il a essayé de leur dire, de commencer à voir ce dont ils avaient besoin, du budget dont ils disposaient etc. En fonction des ressources déclarées, il leur a dit ce qu'il pouvait faire. Selon son expérience, il leur a dit le nombre de gens qui pouvait y travailler. La Fondation nous a demandé alors de leur préparer la « Liste du personnel » dont ils avaient besoin. Kvitana leur a fait cela. On a compté ce que l'on savait, quels étaient les effectifs nécessaires. Mais cela ne fut pas bien lié aux processus de l'hôpital »[2].

Si l'architecte local n'était pas opposé à l'introduction de l'expérience internationale, pourquoi avait-il alors modifié le travail des architectes étrangers ? Afin de comprendre sa position, il est nécessaire de revenir sur la réalisation du programme médical. Ce document devait être produit par le maître d'ouvrage. Or, la Fondation n'a pas souhaité dépenser des ressources supplémentaires (pour des raisons financières et de délais) pour la programmation. Elle n'a donc attribué cette mission à aucun des membres du projet. Elle espérait que les architectes étrangers et l'architecte local pourraient réaliser les plans sans documents de programmation détaillés[1]. Lors des premières étapes du projet, les architectes étrangers ont préparé la « Liste des surfaces ». C'est ce document qui a été ensuite adapté par Budova, selon les normes ukrainiennes. La Fondation était convaincue que la « Liste des surfaces » constituait le programme médical. Or, l'architecte local a essayé à plusieurs reprises de faire comprendre au maître d'ouvrage l'importance de la mission de programmation, ainsi que la

[1] Entretien avec Volodimir Pidgirniac, Budova, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

nécessité de l'approfondir au sein du projet. La suggestion de rencontrer des médecins de l'étranger s'inscrit dans le cadre de cette démarche. Selon Budova, son intervention sur la « Liste des surfaces » élaborée par les consultants étrangers, ainsi que la préparation de la « Liste des effectifs » devaient permettre de faire avancer le projet. L'architecte ukrainien considère avoir tenté d'apporter son aide au maître d'ouvrage, alors que ce dernier ne lui accordait pas de rémunération supplémentaire.

Cependant, Budova n'a pas souhaité aller plus loin sur la mission de programmation. Il a donc cherché à convaincre la Fondation de la nécessité d'octroyer des ressources supplémentaires aux professionnels étrangers pour qu'ils réalisent le programme médical. Plusieurs raisons peuvent être remarquées : l'architecte ukrainien avait compris que le Client souhaitait un hôpital selon l'expérience internationale ; il ne souhaitait pas prendre la responsabilité de déroger aux normes ukrainiennes ; il ne souhaitait pas non plus réaliser une mission sans rémunération supplémentaire. En effet, si Budova réalisait le programme médical approfondi « à l'ukrainienne », il n'aurait eu que très peu de chances d'être accepté par la Fondation. Lors de la préparation de la « Liste des effectifs », Budova a pu voir que les médecins ukrainiens souhaitaient des équipements et technologies modernes. L'architecte local ne possédait pas de connaissances dans ce domaine et comprenait que son intervention dans le projet se traduisait par l'application de normes hérités de la période soviétique. Au-delà du fait qu'il ne connaissait pas les nouveaux développements en matière de programmation, Budova ne souhaitait pas prendre la responsabilité d'intégrer des solutions étrangères. Cela explique sa demande auprès de la Fondation de prendre cette responsabilité en tant que maître d'ouvrage. Par ailleurs, l'architecte ukrainien avait reconnu ne pas vouloir réaliser cette mission sans rémunération supplémentaire. La Fondation attendait une implication plus significative de sa part, même au-delà de la mission contractuelle, étant donné qu'il percevait déjà une somme importante par rapport à d'autres projets en Ukraine. De plus, le fait de travailler au-delà de la mission contractuelle et de ne pas « compter ses sous » (comme l'observait un des ukrainiens au sujet des architectes étrangers de ce projet) était une pratique courante dans ce pays. Mais comme Volodimir Pidgirniac l'a lui-même fait remarquer, au fur et à mesure de côtoyer les

[1] A ce titre, les représentants de la Fondation étaient convaincus, au départ, que le document « Medical task » serait suffisant pour la mission de programmation (entretien avec Rostyslav Zamlynsky, *op. cit.*).

architectes étrangers : « nous sommes finalement devenus comme eux. Et les sous, ça compte »[1].

B) Le pouvoir du maître d'ouvrage : peut-il privilégier l'expérience internationale ?

Dès le départ du projet, la Fondation a été en faveur de l'introduction de l'expérience internationale. La mise en place de ressources nécessaires à l'organisation d'un concours international et la sélection d'un consortium étranger s'inscrivait dans cette démarche. Lors des premières phases du projet, le maître d'ouvrage ukrainien a soutenu constamment les architectes étrangers. Nous avons pu l'observer durant de nombreuses réunions entre les participants, où les membres de la Fondation ont écouté et pris les conseils des spécialistes étrangers. Leur discours était clairement en faveur de ces derniers. Ceci était d'autant plus visible que l'expérience internationale était privilégiée face à celle de l'architecte ukrainien. Il est arrivé lors des réunions que des membres de la Fondation lui demandent de se taire, car ils ne souhaitaient pas savoir comment on construisait un « vieil hôpital à la soviétique ». La Fondation affirmait vouloir un établissement moderne, à l'image de ceux qu'elle avait visité aux Etats-Unis, en France ou au Royaume-Uni. Le sujet de programmation médicale permet d'illustrer comment la Fondation a écarté l'architecte local, en demandant davantage d'intervention de la part des architectes étrangers.

a) <u>La décision d'écarter l'architecte local</u>

Selon les représentants de la Fondation ukrainienne, c'est lors d'une réunion en 2009[2], qu'ils ont eu conscience du fait que l'architecte local Budova n'avait pas pris en compte les remarques et commentaires du programmiste britannique EC Harris. Ils se seraient aperçus que la « Liste de surfaces », préparée par les professionnels étrangers en juillet 2008 et transmise à Budova pour seulement mise en forme et traduction, fut essentiellement modifiée par ce dernier. Cet aspect a été révélé par les membres de la Fondation durant les entretiens :

[1] Volodimir Pidgirniac, directeur de Budova Centre-1, discussion informelle, Kiev, Ukraine, mai 2010.
[2] Il s'agit d'une réunion de travail de l'équipe de projet à Paris, portant sur la finalisation du programme médical, février 2009.

« Comment ça s'est passé…Toby[1] a transmis le document à Pidgirniac[2]. Celui-ci l'a mis de côté et a commencé à faire quelque chose d'autre. Nous sommes allés ensuite à Paris et nous avons appris que ce qu'a fait Toby a été en réalité transformé, même pas, refait complètement, par Pidgirniac. Et c'est ensuite que sont restées à Paris, Vira[3], Olena[4]…C'était avant le « Room Data Sheets ». Elles sont donc restées jusqu'à minuit, les uns écrivaient en anglais et les autres en ukrainien. Alors que Volodimir Petrovich restait juste comme ça, sans rien faire. Mais bon, ce n'est pas important. Ils ont fait alors seulement la « Liste des pièces » et la « Liste des surfaces » de ces pièces. Ensuite le soir, lorsque Toby est resté terminer encore un bout, nous avons parcouru un autre bout du document. Il y avait alors Vira Petrovna, moi, Andrei Anatolievich et Olena[5] et nous tous ensemble, nous avons déterminés les équipements qui seront placés dans cet hôpital. Lorsque Toby a finalisé la partie qui lui restait, nous l'avions traduite, nous y avions mis en parallèle les équipements et voilà comment nous avions obtenu le programme médical. Un programme international »[6].

Les membres de la Fondation affirment ainsi avoir été très déçus du fait que l'architecte local n'ait pas tenu compte de l'expérience internationale pour l'élaboration du programme médical. En tant que maître d'ouvrage, ils ont affirmé à plusieurs reprises leur souhait de laisser faire les architectes étrangers, afin d'obtenir un hôpital moderne pour l'Ukraine. Ils avaient quitté les réunions du mois de juillet 2008, où les professionnels étrangers ont échangé au sujet de la « Liste des surfaces », en pensant que tout ce qu'ils avaient dit, avait été pris en compte par l'architecte Budova, avec seulement une traduction et mise en forme selon les documents ukrainiens. Rostyslav Zamlynsky, directeur financier de la Fondation affirme que les spécialistes ukrainiens, avec lesquels a travaillé Budova, ont complètement changé leur projet :

« Vous vous souvenez de qui a écrit le programme médical ? Toby[7] l'a écrit. Ensuite, il l'a transmis à Volodimir Petrovich[8]. Volodimir Petrovich l'a mis de côté et a invité un quelconque programmiste ukrainien. Et ce programmiste a commencé à nous raconter le

---

[1] Toby Banfield, programmiste EC Harris.
[2] Volodimir Pidgirniac, Budova.
[3] Vira Pavliuc, directrice de la Fondation de l'HDF.
[4] Olena Kovalenko, directrice exécutive de la Fondation de l'HDF.
[5] Il s'agit ici des membres de la Fondation de l'HDF.
[6] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[7] Toby Banfield, programmiste chez EC Harris, Royaume-Uni.
[8] Volodimir Pidgirniac, Budova.

programme médical qui se fait chez nous en Ukraine, selon nos normes DBN, en le proposant à notre projet. Lorsque cela a été question de laveries, de toute sorte de pièces pour des seaux, des serpillères et de tout cela, nous avons dit stop. Nous avons demandé où est-ce que l'on pouvait voir tout ça sur le projet ? Ben ça ne l'est pas encore dans le projet, mais ils vont le dessiner. « Comment ça ? », avons-nous demandé. Nous ne voulons pas qu'eux ils dessinent selon vos laveries, nous voulons que vous écrivez le programme sur la base du projet qu'ils ont fait, eux ! Et cela fut un conflit très sérieux »[1].

Ces explications permettent de notifier que ce moment fut le point de départ de la discorde qui s'est installée entre les membres de la Fondation et l'architecte local Budova. Cette mésentente a perduré jusqu'à la finalisation du projet. La conséquence principale a été la perte de confiance de la Fondation dans l'architecte local et le rapprochement significatif des architectes étrangers. De leur côté, les architectes ukrainiens estimaient qu'ils avaient affaire à un maître d'ouvrage orgueilleux qui avait du mal à accepter leurs conseils :

« Lorsque nous leur disions pendant les réunions « vous ne faites pas comme il faut, il faut faire ainsi et ainsi », cela les touchaient dans leur orgueil quelque part. Ils étaient…je me souviens même d'une phrase qu'ils ont dit « Qui apprend à qui? Qui paie l'argent à qui? ». Et nous avions alors compris que nous n'étions pas appréciés comme il le faudrait : nous n'étions pas là-bas pour leur apprendre, nous voulions tout simplement leur montrer comment on pouvait faire mieux. Mais ils sont ainsi. Ils n'ont pas besoin qu'on leur dise. Ils savent tous seuls comment faire. C'est pour cette raison que de nombreuses fois nous ne sommes tout simplement tus : si vous voulez procéder ainsi, faites le et vous verrez bien. Nous sommes déjà passé par là, mais si vous ne voulez pas nous écouter, faites »[2].

A la suite de ces événements, les membres de la Fondation ont essayé d'écarter l'architecte ukrainien du projet de Kiev, en sollicitant et en s'appuyant davantage sur l'expérience étrangère :

« Le Client a jeté en quelque sorte la charge de travail sur BDP et a dit « nous ferons ce programme avec BDP! » »[3].

---

[1] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[3] *Ibid.*

La Fondation a considéré que l'architecte local était trop attaché aux anciennes normes ukrainiennes et que son implication les amèneraient à obtenir un hôpital de type « soviétique ». Or, comme elle l'avait souvent exprimé lors des réunions avec l'ensemble de l'équipe du projet, ils souhaitaient avant tout intégrer l'expérience des professionnels étrangers dans le domaine de la construction des hôpitaux, afin de réaliser une institution médicale moderne et de pointe dans leur pays. Ainsi, durant nos entretiens, les représentants de la Fondation n'ont pas hésité à exprimer leur mécontentement au sujet de l'implication de l'architecte local dans le projet. En se rappelant du moment où ils comprirent que Budova a transformé le travail réalisé par les programmistes britanniques, Rostyslav Zamlynsky s'exclame :

« Ce fut la cerise sur le gâteau, car lorsque j'ai appris que l'information que Toby[1] a transmis à Pidgirniac[2] n'a pas été utilisée par ce dernier… ».

« Cela s'est observé à Paris. Quand Toby a dit « mais je vous ai envoyé tout ça » et quand Volodimir a répondu « oui, mais nous avons fait comme chez nous en Ukraine, comme ci et comme ça »…Cette nuance a été notée et a compté bien sûr. Demandez aussi à Olena[3] et à Vira[4]. Donc nous avons appris à Paris que Toby a transmis quelque chose et que cela n'a pas été utilisé ! » [5].

La matérialisation des différends entre la maîtrise d'ouvrage et l'architecte ukrainien au sujet de la mission de programmation médicale s'est traduite par le refus de la première de rémunérer entièrement le second :

« Et ensuite, puisque nous avions un contrat directement avec Pidgirniac[6], nous ne lui avons pas versé la totalité de la somme. Nous lui avions dit : Volodimir Petrovich, vous n'avez rien fait ! Et cela concernait le programme médical »[7].

La question financière a donc constitué un point épineux dans les relations de la maîtrise d'ouvrage avec la maîtrise d'œuvre en général et plus particulièrement avec l'architecte local.

---

[1] Toby Banfield, programmiste EC Harris.
[2] Volodimir Pidgirniac, Budova.
[3] Olena Kovalenko, directrice exécutive de la Fondation de l'HDF.
[4] Vira Pavliuc, directrice de la Fondation de l'HDF.
[5] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[6] Volodimir Pidgirniac, Budova.
[7] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

La Fondation pensait que Budova n'avait pas pris en compte sa volonté d'intégrer l'expérience étrangère dans le projet et lui en voulait pour avoir rédigé la « Liste des surfaces » selon les normes ukrainiennes. Mais en plus de cela, ses représentants lui ont reproché d'avoir voulu leur soustraire de l'argent. La Fondation a pensé que l'architecte local avait profité de son manque de connaissance dans le domaine de la construction des hôpitaux pour demander des ressources financières supplémentaires. Rostyslav Zamlynsky était ainsi convaincu que la mission de programmation médicale pour laquelle la Fondation avait accepté de verser une rémunération complémentaire au consortium bdpgroupe6, devait faire partie de leur mission initiale. Selon la Fondation, elle ne devait donc pas faire l'objet d'un paiement supplémentaire. Dans l'entretien qu'il nous a accordé, le directeur financier estime que l'architecte local l'a induit en erreur afin d'obtenir plus d'argent :

« En réalité, je l'ai appris par la suite, le programme médical est un des documents principaux qui doivent être fournis par le maître d'œuvre. Je ne savais pas cela à l'époque. Et Pidgirniac[1] avait convaincu Neil[2] que c'est une mission à part, qui ne rentre pas dans le contrat initial. Malgré le fait que selon les normes et selon la pratique, elle l'est. C'est par exemple la même chose que si vous faisiez l'étape de Projet (conception architecturale) et que vous diriez que vous ne voulez pas dessiner le Plan masse »[3].

Dans sa compréhension du déroulement du projet, le directeur financier a considéré que l'architecte local a été le principal responsable de la demande de ressources financières supplémentaires. En effet, les membres de la Fondation ont estimé que l'architecte local n'était pas assez « de leur côté », en leur apportant le soutien et les conseils nécessaires à la construction d'un hôpital de pointe très attendu en Ukraine. Selon eux, l'architecte local s'était plutôt positionné du côté des professionnels étrangers, en leur indiquant comment obtenir de rémunérations supplémentaires :

« Mais Volodimir Petrovich[4] a convaincu Neil[5] et je ne le savais pas à l'époque que cela ne fait pas partie de l'étape de Projet, mais c'est une mission à part! Et qu'il fallait pour cela prendre de l'argent supplémentaire. Nous avions eu de très forts différents à cause de

[1] Volodimir Pidgirniac, architecte chez Budova Centre-1, Ukraine.
[2] Neil Cadenhead, manageur du projet, BDP, Royaume-Uni.
[3] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[4] Volodimir Pidgirniac, architecte chez Budova Centre-1, Ukraine.
[5] Neil Cadenhead, manageur du projet, BDP, Royaume-Uni.

cela. Et nous sommes tombés finalement d'accord pour payer cet argent, bien que nous ayons eu tort. Maintenant, je ne paierai pas pour cela »[1].

Bien que le représentant de la Fondation ait été persuadé de la véridicité de ses affirmations, les recherches que nous avons menées sur les étapes de la construction des établissements hospitaliers en Ukraine ont révélé le fait que la mission de programmation médicale doit être réalisée en amont de la mission de conception architecturale. La maîtrise d'ouvrage a l'obligation de présenter le programme médical aux architectes du projet. L'incompréhension de ces aspects par les membres de la Fondation s'explique d'une part, par leur manque d'expérience dans le domaine de la construction des hôpitaux. Comme le souligne l'architecte ukrainien Kvitana Pidgirniac :

« Ce ne sont pas des concepteurs. Et à vrai dire, tous ceux qui se sont occupés de ce projet – c'était leur première fois. Ils apprenaient comment il faut faire »[2].

D'autre part, il est également possible que la Fondation ait pensé qu'en choisissant l'équipe de conception architecturale à la suite d'une compétition internationale, elle n'avait plus qu'à attendre la remise des clés du futur hôpital[3]. Alan Hennessy, président de Groupe-6 est de cet avis :

« Oui, je pense en effet que le Client de l'hôpital de Kiev s'est dit en nous choisissant en tant que maître d'œuvre de la conception que nous ferions tout ce qui est nécessaire pour la construction de l'hôpital et qu'il n'aura plus à s'occuper de quoi que ce soit. Mais ce n'est pas comme ça que ça marche… »[1].

Opposé à l'adaptation du projet aux normes ukrainiennes, la Fondation s'est tournée vers les professionnels étrangers. Sa demande concernait la réalisation d'une mission de programmation un peu de manière « intuitive », selon leur expérience dans les pays occidentaux. Ceci pouvait lui éviter de rémunérer une mission de programmation à part entière, qui en plus de dépenses supplémentaires, aurait eu un impact sur les délais du projet. Donc si la Fondation n'avait pas écarté l'architecte local, les plans initialement préparés par

---

[1] Entretien avec Rostyslav Zamlynsky, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[3] Une telle procédure existe dans le domaine de la construction des hôpitaux et porte d'ailleurs le nom d'"hôpital clés en main", signifiant que le Client choisit un maître d'œuvre responsable de l'ensemble du processus de conception et de construction du bâtiment.

les spécialistes étrangers, auraient été modifiés selon les normes héritées de la période soviétique.

b) « Carte blanche » aux architectes étrangers

Plus spécifiquement, les membres de la Fondation ont demandé aux architectes de Groupe-6 d'approfondir les plans selon leur expérience de travail en France. Ils souhaitaient notamment à ce que ces derniers décident eux-mêmes de la meilleure disposition architecturale du bâtiment et des départements qu'il contiendrait, en s'appuyant sur leur propre expérience de la conception d'hôpitaux. Bien que Groupe-6 ait sollicité de nombreuses fois la Fondation au sujet de spécifications plus détaillées sur la fonction de diagnostic et de traitement, ainsi que des équipements nécessaires, les membres de la Fondation ont insisté sur l'application de modèles qu'ils connaissaient d'autres hôpitaux en France ou au Royaume-Uni, sans donner d'autres indications. Nous nous souvenons de cette expression qu'un des conseillers de la Fondation a utilisée lors d'une réunion de l'équipe du projet en avril 2009 :

« Nous vous avons commandé une voiture, plus précisément une Mercedes. C'est à vous de savoir comment la concevoir, de savoir qu'elle doit avoir quatre roues, les sièges qu'il faut dedans etc. Nous vous faisons confiance étant donné qu'on sait que vous savez comment concevoir des Mercedes… »[2].

L'absence de spécialistes de la programmation médicale au sein de la Fondation et son manque de ressources pour rémunérer cette mission, a fait qu'elle a cherché davantage à s'appuyer sur l'expérience des professionnels étrangers. Ses représentants faisaient ainsi confiance aux architectes étrangers, plus d'ailleurs qu'à l'architecte local qu'ils estimaient trop attaché aux normes de la période soviétique. Cette relation de confiance stimulant le transfert de l'expérience extérieure ne correspondait pas à une évaluation approfondie des solutions proposées. L'argument du « c'est comme cela que l'on fait dans les pays occidentaux » était suffisant pour les acteurs ukrainiens. Dans ce contexte, il s'agit donc plutôt d'une compréhension subjective de la performance des solutions importées de l'extérieur, que d'une analyse parfaitement rationnelle de leurs effets sur le contexte national.

---

[1] Entretien avec Alan Hennessy, président de Groupe-6, Grenoble, juillet 2010.
[2] Intervention d'Igor Kuzmak, directeur du cabinet d'architecture « UkrDesignGrup », Lviv, en Ukraine et conseiller auprès de la Fondation de l'HDF, réunion de l'équipe du projet, Kiev, Ukraine, 29 avril 2009, traduit du russe.

La demande de transfert au début du projet ne correspond donc pas à un mécanisme d'apprentissage. La position de la Fondation était de laisser-faire les spécialistes étrangers selon leur expérience, sans approfondir les effets de leurs propositions.

En même temps, le fait de se rapprocher des architectes étrangers et de leur laisser le « champ libre » ne tenait pas seulement à des raisons d'ordre subjectif. Certes, la Fondation souhaitait obtenir un hôpital similaire à ceux des pays avancés. Mais elle voulait également que les architectes étrangers réalisent « indirectement » la mission de programmation. La Fondation était celle qui devait produire le programme médical, document qui permettait d'approfondir le niveau de détail des plans[1]. En sollicitant aux architectes étrangers de réaliser des plans détaillés sans ces éléments de programmation, la Fondation évitait donc de réaliser une partie du travail qui lui incombait. Le fait d'insister auprès des architectes étrangers d'appliquer leur expérience tenait à la fois aux souhaits d'obtenir un hôpital à l'image de ceux des pays occidentaux et aux considérations d'ordre économique évitant des dépenses supplémentaires. Le fait de laisser « carte blanche » aux architectes étrangers constituait également pour la Fondation une façon habile de négocier une implication supplémentaire de ces derniers, au-delà de leur mission contractuelle.

La décision d'écarter l'architecte local et de s'appuyer ainsi que l'expérience internationale est intervenue dans un contexte politique favorable à la Fondation. En effet, aux débuts du projet de l'hôpital de Kiev, la Fondation avait le soutien du président Viktor Iouchtchenko. Katérina Iouchtchenko, son épouse, dirigeait la Fondation Ukraine 3000, dont la Fondation de l'HDF en faisait partie. Son organisation avait été à l'origine de cette opération en Ukraine. Le président suivait le déroulement du projet à travers son cabinet – l'Administration des affaires de la Présidence – qui organisait des réunions régulières avec le maître d'ouvrage. Ce soutien politique était lié également à l'obtention du Statut Expérimental à la suite d'une réunion interministérielle organisée à la demande du président. Par ailleurs, des réunions régulières étaient organisées au ministère de la Santé, afin de suivre le déroulement du projet et faciliter sa réalisation. L'ensemble de ces actions, initiés au début de la mise en place du

[1] Les plans architecturaux ont plusieurs niveaux de détails (ils sont réalisés à plusieurs échelles). Ils sont approfondis au fur et à mesure du projet, en fonction d'éléments de programmation médicale (spécification des équipements et technologies, de l'offre de soins, des effectifs etc.) et des conseils des différents participants au projet (ingénieurs, économistes, utilisateurs etc.). Sur la base d'un cahier des charges initial de la Fondation, Groupe-6 avait réalisé les premiers plans architecturaux. Ils ont demandé ensuite le programme médical afin de

projet, ont donné confiance à la Fondation quant à sa capacité de le réaliser sans rencontrer de problèmes. En particulier, elle pensait pouvoir valider facilement les solutions des architectes étrangers auprès des administrations publiques. Par conséquent, la « carte blanche » laissée aux architectes étrangers durant les deux premières années du projet doit être liée au soutien politique dont bénéficiait la Fondation, tant que Viktor Iouchtchenko était au pouvoir.

c) Plus de transfert de l'étranger : les gagnants et les perdants

La « carte blanche » laissée par la Fondation aux architectes étrangers a crée de nouveaux rapports de force au sein des participants. La capacité d'action de l'architecte local Budova a été réduite. Tout en critiquant le manque d'investissement de la Fondation, ce dernier a laissé faire les architectes étrangers. Parmi les consultants étrangers, cette décision n'a pas nécessairement engendré de satisfaction. Les architectes français semblaient plutôt intéressés à obtenir plus de marge de manœuvre pour l'introduction de leurs solutions architecturales. Mais nous verrons que l'absence d'informations sur les normes ukrainiennes a donné lieu à des incertitudes également. Quant au programmiste, EC Harris, il a été privé d'une mission de programmation médicale à part entière. Finalement, le consortium bdpgroupe6 n'a pas obtenu de rémunération supplémentaire, bien qu'il ait gagné la possibilité de mettre en œuvre ses solutions architecturales plus facilement.

L'architecte ukrainien estimait que la Fondation avait fait une erreur à ne pas développer de « vrai » programme médical. Ainsi, Kvitana Pidgirniac considère que la Fondation aurait dû, tout de même, faire appel à un programmiste ukrainien par la suite ou à des utilisateurs (des médecins du futur hôpital) afin d'évaluer de manière plus détaillée les solutions proposées par les spécialistes étrangers. L'architecte ukrainienne estime ainsi que la Fondation avait laissé une responsabilité trop importante sur les membres du consortium du projet :

« Toby[1] n'est pas médecin, il est architecte, il n'aurait pas pu faire ce programme. Ce qu'il a pu, il l'a fait. Bien sûr, ce n'est pas tout à fait le programme attendu. Mais ici encore, je trouve que le maître d'ouvrage fut responsable. Le Client a jeté en quelque sorte la charge de travail sur BDP et a dit "nous ferons ce programme avec BDP". Car selon nos normes, ce programme médical est à part, c'est un document à part de la conception architecturale. Il est

---

les approfondir et y spécifier des éléments précis (comme par exemple, le nombre et l'intitulé de chaque salle au sein du département de chirurgie, les équipements qui y seront placés, les traitements prévus etc.).

préparé en amont du projet. Ce n'était pas à Olena[2] d'avoir fait ce programme. Il aurait fallu prendre les documents de travail de Toby et les donner à un médecin programmiste qui aurait fait correctement ce programme. Jusqu'à maintenant, ce programme n'est pas encore ce qu'il aurait dû être »[3].

L'architecte ukrainienne considère que la Fondation aurait dû d'une part, nommer en son sein une personne compétente pour s'impliquer dans la mission de programmation et d'autre part, celle-ci aurait dû travailler sur les éléments donnés par les professionnels étrangers. En même temps, elle souligne le fait que le programmiste d'EC Harris n'aurait pu compléter la mission de programmation médicale, étant donné qu'il n'était pas médecin et qu'il ne pouvait pas prendre la responsabilité des fonctions et traitements du futur hôpital. Selon Kvitana Pidgirniac, ce travail est assuré en Ukraine par des programmistes-médecins, une spécialité à part entière :

« Ce programme a été fait, bien que la conception ait commencé, car il devait rentrer dans la composition du projet. Mais il a été élaboré selon les contours du projet déjà conçu architecturalement. Normalement, il est rédigé par le Client avec le programmiste. Et seulement après s'ensuit la conception. Un programmiste intervient également par la suite lors de la conception. Chez nous c'est plus spécifiquement un médecin programmiste, nous avons ce type de spécialiste, il y a une université qui le prépare. En Ukraine, nous avons ce genre de spécialistes »[1].

L'architecte explique qu'en Ukraine, le programme médical est élaboré en amont par un programmiste qui travaille en étroite collaboration avec le maître d'ouvrage, mais qu'ensuite un deuxième programmiste (spécialisé dans le domaine médical) intervient dans le cadre de la conception architecturale. Ce point permet d'expliquer ici ce qu'attendaient les professionnels nationaux et étrangers : l'intervention d'un programmiste ou d'un médecin qui conseille les architectes sur le fonctionnement de l'hôpital et les équipements et technologies médicales. Nous pouvons également noter que l'existence de spécialistes nationaux en Ukraine, plus qu'en Moldavie où il en manquait après 1991, ne s'est pas traduit nécessairement par leur implication dans le cadre du projet de Kiev. Au contraire, la Fondation avait décidé de tenir

---

[1] Toby Banfield, programmiste chez EC Harris, Royaume-Uni.
[2] Olena Kovalenko, directrice exécutive de la Fondation de l'HDF, Kiev, Ukraine.
[3] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.

plutôt à l'écart les spécialistes nationaux, afin de s'éloigner des caractéristiques hospitalières de la période soviétique. Elle a donc privilégié l'action des consultants étrangers, du moins au début du projet, lorsqu'elle pensait « être couverte » par un soutien politique.

Du côté des professionnels étrangers, il faut noter qu'ils n'ont pas complètement accepté de réaliser une mission de programmation médicale, sans rémunération supplémentaire et un avenant au contrat qui leur aurait permis d'en assumer la responsabilité. Ils ont ainsi mis en œuvre leur savoir-faire pour des éléments du programme médical, tout en demandant des informations pour approfondir les dessins architecturaux :

« Après ça, il y a eu des décisions : BDP décide comme il pense. La Fondation nous a dit de dessiner tout le mobilier et l'équipement dans tous les locaux. Et nous on lui avait répondu que nous ne savions pas quels étaient tous les équipements… »[2].

On constate ici que les membres de la Fondation s'étaient adressés aux professionnels étrangers pour l'approfondissement de la conception architecturale sur la base de leur expérience, mais que ces derniers ne pouvaient pas avancer sans avoir des informations sur les équipements et technologies médicales de leur part. Maeve Naessens, architecte chez Groupe-6 explique également que le fait que la Fondation les laisse faire selon leur compétence en matière de conception architecturale pour une mission qui tient de la programmation, dont les architectes n'étaient pas spécialistes, impliquait une certaine responsabilité :

« Bon, nous on peut dessiner des plans avec des éléments, mais est-ce que ce sont nous qui décidons ou la Fondation ? Tu vois, on n'avait pas d'interlocuteur. Par exemple, ici en France, c'est en train de changer maintenant, mais jusqu'à très récemment, tu pouvais avoir un sanitaire qui ouvre dans la circulation publique. En Angleterre, il faut que tu passes par un lobby, en Ukraine c'était pareil. Mais nous, on n'a pas dessiné les choses comme ça. Tu vois…un cas concret »[3].

Par conséquent, les architectes français auraient souhaité avoir un interlocuteur au sein de la Fondation qui puisse prendre la responsabilité des propositions faites en termes de disposition des départements médicaux, d'arrangement des salles, des couloirs, ainsi que des flux de

---

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[2] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*
[3] *Ibid.*

personnes et de marchandises au sein du futur hôpital. Ces remarques sont similaires à celles de l'architecte ukrainien. Budova mentionnait également la nécessité pour la Fondation de désigner une personne responsable de la mission de programmation médicale et qui aurait travaillé avec les professionnels étrangers pour valider leurs solutions.

Si la maîtrise d'ouvrage ukrainienne considérait que sa demande auprès des architectes français était bien explicite, les professionnels étrangers, eux, ne semblaient pas tout à fait satisfaits de cette situation. On pourrait supposer qu'étant donné que la Fondation leur laissait « carte blanche », ils seraient contents de pouvoir mettre en œuvre leurs solutions. Nous avons vu dans la Section I que lors des négociations initiales, les professionnels étrangers ont largement insisté sur la nécessité de réaliser le projet selon leur expérience professionnelle en raison de l'incompatibilité de cette dernière avec les normes ukrainiennes. Or, tout au long de la mission de programmation, les professionnels étrangers ont cherché également à connaitre les contraintes règlementaires ukrainiennes. Ceci s'explique par la nécessité d'obtenir des informations locales pour réaliser leur travail, ainsi que par les obligations contractuelles qu'ils avaient à respecter les normes techniques du pays.

Le respect des normes techniques ukrainiennes était un sujet de préoccupation des architectes étrangers. Plus précisément, il s'agit ici du fait que la maîtrise d'ouvrage ukrainienne ne s'engageait à verser des financements au maître d'œuvre qu'après l'obtention du permis de construire en Ukraine. Ceci accentuait la crainte des professionnels étrangers à mettre en application leur expérience de manière unilatérale, sans se soucier de l'incompatibilité avec les normes ukrainiennes. Bdpgroupe6 souhaitait connaître le degré d'incompatibilité des solutions qu'il proposait afin d'estimer le risque de non-obtention des certificats de la part des administrations de contrôle en Ukraine. Autrement dit, lors de la réalisation de leur travail, les professionnels étrangers tenaient compte du fait que leur rémunération dépendait également de l'obtention des autorisations nationales. De ce point de vue, la liberté qui leur était laissée par la Fondation ne pouvait pas se traduire réellement en pratique. De plus, la volonté de la Fondation d'introduire la compétence internationale n'a pas été soutenue par un document contractuel. Etant donné que le contrat entre les deux parties mentionnait la nécessité pour les professionnels étrangers de respecter les normes nationales et d'obtenir les autorisations des organes de contrôle en Ukraine, ces derniers ont été sensibles à la question de leur rémunération tout au long de la réalisation de leur travail. Bien que la Fondation ait exprimé sa volonté de laisser agir les professionnels étrangers de nombreuses fois, cela n'a pas été

suffisant pour que les professionnels étrangers s'engagent dans un transfert "à l'aveugle" des normes informelles de leur pays, ces derniers se souciant en permanence de l'équivalent de leurs propositions architecturales en Ukraine.

En plus des obligations contractuelles quant au respect des normes ukrainiennes, les professionnels étrangers ont déploré le manque d'implication de la maîtrise d'ouvrage et des utilisateurs du futur hôpital. Les membres du consortium attendaient des informations de la part des médecins au sujet de l'utilisation des équipements et technologies médicales. Or, du fait de son manque de compétence, la Fondation n'a pas présenté des informations complètes à ce sujet. Maeve Naessens explique par exemple que la rédaction du programme médical aurait dû comprendre une étude plus approfondie des besoins des utilisateurs sur place, en Ukraine :

« Et puis il y a les gens qui créent le médical programme. Ce n'est pas créé dans l'abstrait. Un programmiste va venir, va interviewer les gens dans tous les services pour définir exactement ce qu'ils veulent et puis avec les gens de l'hôpital – parce que tout le monde veut tout et s'il prend tout ça, l'hôpital va être deux fois plus grand et ils ont quand même une idée au début de la taille de leur hôpital – ils vont travailler tous ensemble pour définir ce médical programme. Quelques fois il y a dans l'hôpital des gens bien compétents qui ont déjà construit, qui peuvent être nos interlocuteurs et d'autres fois si ce n'est pas des gens comme ça, ils engagent un programmiste ou un AMO[1] et lui il devient notre interlocuteur entre nous et le Client. Et ça je trouve que ça nous a manqué avec la Fondation »[2].

L'architecte de Groupe-6 note ainsi l'absence des informations détaillées sur les processus médicaux de l'hôpital qui auraient dû être présentées par la maîtrise d'ouvrage ukrainienne. Selon elle, le fait que la Fondation ait demandé aux architectes de faire selon leur expérience ne remplaçait pas la nécessité d'intégrer des éléments sur les futurs utilisateurs de l'institution médicale.

Finalement, les actions des architectes français sur l'approfondissement des plans sont venues compléter à la fois le manque d'information de la part de la Fondation, que celui

[1] AMO: assistant à la maîtrise d'ouvrage.
[2] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*

éventuellement du programmiste britannique EC Harris qui n'a pas souhaité s'impliquer davantage en absence de rémunération supplémentaire :

« Parce qu'ils n'étaient pas payé pour faire un medical programme. Ils ont été payés pour l'économie du projet et puis ils ont fait une chose de plus.

Mais je crois que pour eux c'était toujours autre chose que ce qu'il représente véritablement. La somme était trop petite pour faire un vrai programme »[1].

L'absence de ressources pour le financement d'une mission de programmation avait incité la Fondation à s'adresser aux architectes de Groupe-6 pour l'approfondissement des plans sur la base de leur expérience. Ces derniers ont néanmoins déploré le manque d'informations en matière de programmation médicale, un domaine dont ils n'étaient pas spécialistes. Ils ont également pointé l'importance de la question de responsabilité juridique au sein de cette mission.

Au terme de notre analyse, il apparaît que les professionnels étrangers, bien que contents de mettre en œuvre leur expérience, ont présenté toutefois des craintes à se lancer dans un transfert trop « direct ». D'une part, ils estimaient qu'ils ne pouvaient pas connaître les besoins de la partie ukrainienne[2]. D'autre part, ils n'avaient pas de support juridique (mission contractuelle) leur permettant de prendre la responsabilité de la dérogation aux normes réglementaires ukrainiennes.

Mais le projet de Kiev a connu un retournement de situation vers la fin de sa réalisation. Les éléments de programmation médicale, présentés par les spécialistes étrangers, paraissaient toujours insuffisants. Tout en sachant qu'elle ne pouvait demander davantage à l'équipe de consultants étrangers (sans proposer de rémunération supplémentaire), la Fondation avait décidé de s'impliquer elle-même dans la réalisation de cette mission. Ainsi, après avoir écarté l'architecte local, le maître d'ouvrage lui-même est intervenu au sein de la programmation médicale. Et au lieu de soutenir les actions des architectes étrangers, il a demandé le respect des normes ukrainiennes, tout comme l'architecte local l'avait fait plus tôt.

---

[1] Entretien avec Maeve Naessens, Groupe-6, *op. cit.*

[2] Le manque de connaissances sur le système hospitalier des anciennes républiques soviétiques est probablement une autre raison du fait que les spécialistes étrangers ne pouvaient intervenir dans la mission de programmation sans une définition plus précise de son contenu par les acteurs nationaux.

d) Retour aux normes ukrainiennes : volte-face de la Fondation

Si la mission de programmation médicale avait commencée avec l'élaboration de la « Liste des surfaces » en février 2008, les participants ont continué à la discuter jusqu'à fin de l'année 2009. Il y a deux moments au sein de cette période : de février 2008 à avril 2009, les professionnels étrangers ont travaillé sur la mission de programmation médicale, ainsi que de conception architecturale, selon l'expérience acquise de leur pays d'origine. A partir du mois d'avril 2009 et jusqu'à la fin de l'année, on note une implication plus forte de la Fondation, ainsi que des usagers. Ceci a engendré une application des normes ukrainiennes et un moindre transfert de l'expérience internationale.

En début de l'année 2009, Olena Kovalenko, directrice exécutive de la Fondation, fut désignée responsable de la partie programmation. Son travail consistait à vérifier les plans des architectes étrangers et d'y faire intégrer les équipements souhaités par la Fondation. Olena Kovalenko était économiste et n'avait pas de formation dans le domaine de la programmation. De ce fait, elle ne fut pas clairement identifiée en tant que responsable de la programmation par les participants au projet. La Fondation, non plus, ne l'avait pas présentée en tant que responsable de cette partie. Comme le souligne Alan Hennessy de Groupe-6, ce n'est qu'à la fin du projet qu'ils ont compris qu'il y avait une personne au sein de la Fondation qui pouvait fournir des informations sur la programmation médicale de l'hôpital :

« La personne qu'on a découvert au sein de la Fondation sur la fonctionnalité était Olena. Il nous semble qu'elle a pris un rôle très important à la fin. C'était elle qui a compris les surfaces de l'hôpital, les équipements nécessaires etc. »[1].

« Il y avait aussi des évolutions des rôles au sein du Client. Cette personne qui était responsable pour la fonctionnalité, les consultations avec des futurs utilisateurs qui n'existent pas, parce qu'ils n'y étaient pas…mais quand même elle a eu ce rôle. Mais elle n'a jamais été mise en valeur dans ce rôle – c'était Olena »[2].

Peut-être la Fondation a hésité de désigner officiellement Olena Kovalenko en tant que responsable de la programmation en raison du manque d'expérience de cette dernière.

[1] Entretien avec Alan Hennessy, Groupe-6, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

L'architecte ukrainien Budova s'est par exemple beaucoup interrogé sur le rôle d'Olena dans la partie de programmation médicale :

« En général, je me suis beaucoup étonnée du fait que la Fondation ait pris à sa charge ce travail. Ils ne connaissaient même pas nos normes DBN…Olena nous posait des questions, je lui ai montré que tout est écrit dans les DBN. Je ne comprends pas comment elle a pu s'occuper de cela étant donné qu'elle n'est pas spécialiste. Si c'est pour économiser de l'argent sur le projet, ce n'est pas ce que j'appelle faire "des économies intelligentes". Si ce n'est pas un produit professionnel, qui en a besoin? Je comprends qu'ils l'ont tous signé ce programme, mais qui l'a lu? Personne à part les concepteurs ne sait lire ce programme »[1].

Lorsqu'en septembre 2009, la Fondation a décidé enfin de s'impliquer dans le contenu du programme médical, une grande partie du travail avait déjà été réalisé par les professionnels étrangers[2]. Ainsi, elle est revenue sur les plans architecturaux réalisés par Groupe-6 et qu'elle avait validés auparavant. L'intervention de la Fondation était liée à deux choses. D'une part, le contexte politique avait subi des modifications et engendré des craintes quant à la validation du projet par les administrations publiques. D'autre part, les solutions architecturales proposées par les consultants internationaux furent remises en questions. Saisie par ces craintes, la Fondation revoit son enthousiasme de départ et décide de s'impliquer davantage dans le projet, afin de s'assurer qu'il obtiendra le permis de construire en Ukraine.

En ce qui concerne le contexte politique, il convient de mentionner qu'à l'approche des élections présidentielles de janvier 2010, la côté de popularité du président Viktor Iouchtchenko ne cessait de décroitre. La Fondation comprenait qu'un changement du pouvoir politique la priverait d'un soutien fort pour la réalisation de l'hôpital. Elle souhaitait donc faire avancer le projet le plus rapidement possible, tant qu'elle bénéficiait encore du soutien du président en exercice. En particulier, la Fondation commençait à s'apercevoir de la résistance des fonctionnaires face à la validation des solutions architecturales de l'étranger (cf. chapitre 7 suivant). Ces changements sur le plan politique en Ukraine, ont fait que la Fondation est devenue de plus en plus méfiante face aux solutions proposées par les architectes extérieurs. Durant les réunions, ses représentants ont commencé à poser de plus en

[1] Entretien avec Kvitana Pidgirniac, Budova, *op. cit*.
[2] Depuis le mois de juillet 2008, les architectes du cabinet Groupe-6 n'ont cessé d'approfondir les plans de conception sur la base de leur expérience.

plus de questions sur les plans de Groupe-6, en demandant d'explications et de justifications. L'architecte ukrainien Budova semblait comprendre la position de la Fondation, étant lui-même sceptique quant à la validité de certaines propositions architecturales de l'étranger.

Ainsi, des discussions controversées ont mobilisé les participants nationaux et étrangers dès le mois d'avril 2009. Une des questions principales portait sur les issues de secours. La partie ukrainienne ne comprenait pas la solution proposée par les architectes français et demandait des justifications. Pour Budova, ces explications de la part des consultants étrangers étaient nécessaires et ne pouvaient pas se réduire à « c'est ainsi que l'on fait chez nous, en France, au Royaume-Uni ». A la différence des premières phases du projet où de telles justifications pouvaient suffire à rendre les ukrainiens enthousiastes quant aux solutions étrangères, la fin du projet voit apparaître des demandes d'explications plus fournies et plus techniques. L'architecte local estimait que ces explications étaient attendues de la part des français afin de pouvoir les défendre ensuite devant les administrations. Il expliquait que le Statut Expérimental ouvrait, certes, la voie à l'introduction des solutions étrangères. Mais selon lui, les administrations ukrainiennes exigeaient de présenter une argumentation technique de ces dernières. A ce titre, Budova a demandé à plusieurs reprises aux architectes de Groupe-6 de présenter la norme technique française sur laquelle ils s'appuyaient lors de la réalisation des plans architecturaux. Ce type de document formel devait suffire aux administrations ukrainiennes pour les convaincre de la validité des plans architecturaux présentés. En absence de plus d'explication de la part des spécialistes étrangers, la Fondation a remis en question leurs solutions. Elle s'est entourée d'architectes ukrainiens pour avoir leurs avis[1]. Ces derniers l'ont conseillé d'appliquer les normes ukrainiennes si les professionnels étrangers ne pouvaient la convaincre de la validité de leurs propositions[2]. Dans ces conditions, à partir du mois d'avril 2009, les professionnels étrangers n'ont plus « onde verte » à l'introduction de leurs solutions architecturales. La Fondation ukrainienne fait « volte-face » par rapport à son enthousiasme du début du projet. Elle devient plus craintive et plus attentive à la possibilité de

[1] Igor Kuzmak, architecte ukrainien de la Ville de Lvov, a été le conseiller principal de la Fondation lors de ces échanges.

[2] Ces aspects ont pu être observés lors de réunions entre les participants ukrainiens et étrangers, à Kiev, en Ukraine, en avril 2009. La Fondation avait demandé aux architectes de Groupe-6 d'arrêter d'avancer sur le projet, tant qu'ils n'obtenaient pas l'aval des administrations ukrainiennes sur les premières phases de leur travail. Ce moment a constitué une rupture dans les relations entre le maître d'ouvrage et les consultants internationaux, en ce qui concerne la confiance dans ces derniers. La Fondation avait jusqu'alors, constamment privilégié l'expérience étrangère au détriment des avis des acteurs locaux. Or, à partir du mois d'avril 2009, elle

valider les solutions de l'étranger auprès des administrations. En absence d'argumentation convaincante de la part des architectes étrangers, elle décide d'attendre les commentaires des administrations publiques ukrainiennes et de s'impliquer elle-même dans la réalisation du projet.

Ainsi, vers la fin de la mission de programmation médicale, la Fondation a associé quelques utilisateurs ukrainiens. Les besoins exprimés par ces derniers ont fait que les plans des architectes étrangers ont dû être modifiés. Etant donné qu'Olena Kovalenko n'était ni spécialiste de la programmation médicale, ni médecin, elle a fait appel à des consultants ukrainiens pour la mission de programmation médicale. Ainsi, plusieurs réunions furent organisées entre les membres de la Fondation et des médecins ukrainiens. Ces échanges avaient pour objectif de revoir les plans architecturaux élaborés par les représentants de Groupe-6. Lors de la vérification des plans architecturaux, les spécialistes ukrainiens ont eu de nombreuses interrogations sur ce qu'avait été dessiné[1]. Etant donné qu'ils ne comprenaient pas les raisons des propositions faites par les architectes français et que ces derniers ne disposaient pas des arguments nécessaires pour convaincre la Fondation du bien-fondé de leurs solutions, les médecins ukrainiens ont insisté pour que les plans intègrent les règlementations ukrainiennes.

Par conséquent, si au départ la Fondation a demandé aux architectes français de faire selon leur expérience, étant donné leur manque de connaissances, mais aussi de ressources financières, tout en écartant l'architecte local considéré comme un frein à l'intégration de l'expérience internationale, elle décide au final de s'aligner aux normes ukrainiennes. Ces actions s'expliquent à la fois par le fait que les architectes étrangers n'ont pas eu les connaissances en matière de programmation et n'ont pu remplacer les programmistes nécessaires au développement des plans architecturaux. Ils n'ont pas eu non plus les arguments nécessaires pour convaincre la Fondation du fonctionnement de l'hôpital tel qu'ils le proposaient au sein de leur pays, dans le cadre d'autres projets qu'ils ont réalisés. Mais il s'agit aussi du fait que la Fondation a exprimé vers la fin du projet la crainte de ne pas

---

leur demande d'attendre les commentaires des administrations ukrainiennes et de les intégrer sur les plans architecturaux.

[1] Nous nous rappelons ici notamment des réunions du 3 au 4 avril 2009 à Kiev, Ukraine, entre les participants nationaux et internationaux au projet, où les membres de la Fondation se sont entourés de consultants locaux en matière de conception architecturale pour interroger des parties du projet réalisées par bdpgroupe6. Les questions

pouvoir valider le projet auprès des administrations de contrôle ukrainiennes si les écarts devaient être trop importants. Ce dernier aspect sera traité de manière plus approfondie au sein du chapitre suivant. Ce que nous avons souhaité accentuer ici c'est le fait que le travail des professionnels étrangers a été modifié à la fois par l'intervention de l'architecte local Budova et par la Fondation elle-même, pourtant engagée au départ à soutenir l'introduction de l'expérience internationale.

La réalisation du programme médical de l'HDF de Kiev, a permis d'exemplifier un processus de transfert de normes techniques informelles depuis l'étranger. En absence de connaissances de modernisation hospitalière au niveau national et motivés par le souhait d'introduire l'expérience internationale, la maîtrise d'ouvrage ukrainienne a préféré laisser agir les professionnels étrangers pour la réalisation du programme médical. Au début du projet, la Fondation ukrainienne a sans cesse demandé aux membres du consortium d'établir les éléments du programme médical selon leur expérience internationale dans ce domaine. Le contenu de cette mission a été assujetti à des interprétations, ce qui a donné lieu à de nombreux débats tout au long de son exécution. Par ailleurs, la volonté de la partie ukrainienne d'intégrer l'expérience internationale a été confrontée à la question de ressources : bien que la Fondation ait demandé aux professionnels étrangers de préparer le programme selon leurs connaissances dans ce domaine, le fait qu'elle n'ait pas mis en place les conditions nécessaires à la réalisation de cette mission a influencé l'action de ces derniers.

Le cas ukrainien a présenté les conditions favorables à la mise en place du transfert de l'expérience architecturale étrangère : lorsque la maîtrise d'ouvrage a insisté pour l'introduction de l'expérience internationale dans le cadre du projet (en absence de connaissance nationale dans ce domaine) et lorsque les consultants et/ou les utilisateurs nationaux n'ont pas été amenés à intervenir. C'est ainsi que nous avons pu assister à l'élaboration d'un programme médical par la société britannique EC Harris et le cabinet français Groupe-6. En revanche, lorsque les architectes nationaux sont intervenus, les plans architecturaux des spécialistes étrangers ont été modifiés. Ceci permet d'attester l'attachement des architectes ukrainiens aux façons de faire de la période soviétique. Ce qui est apparu ici c'est également la prise de conscience de ces mêmes architectes nationaux de l'impact de leur travail sur la modification des plans des spécialistes étrangers. On peut presqu'observer un

---

les plus fréquentes ont concerné le respect des mesures de sécurité incendie, ainsi que la disposition des

attachement aux normes de la période soviétique « malgré soi », car si leur souhait était d'intégrer l'expérience internationale, lorsqu'ils sont intervenus, ils ont reproduit les méthodes d'autrefois. Dans le contexte d'interactions vives entre les membres étrangers et ukrainiens, nous avons pu voir que c'est le maître d'ouvrage qui a le dernier mot. Il peut jouer sur les rapports de force entre les différents participants, en privilégiant l'expérience internationale et en écartant les normes locales.

II) Un maître d'ouvrage faible laissant place aux utilisateurs : le projet moldave

Le cas de l'hôpital en Moldavie permet lui-aussi de saisir l'influence des acteurs nationaux sur le transfert de l'expérience internationale. Comme dans le cas ukrainien, l'entreprise locale est intervenue sur le travail effectué par les consultants internationaux. A la différence du projet de Kiev, les utilisateurs ont été présents dès le départ. Ils ont ainsi pu jouer un rôle lors de la proposition de Top Konsult, qui était, comme présentée dans la première section, plutôt en rupture avec les normes locales.

L'architecte moldave a retravaillé les plans architecturaux de Top Konsult notamment pour le Centre de Diabète, où la question de normes techniques fut plus présente. Il est moins intervenu pour l'étude de faisabilité de l'HCR. Néanmoins, les deux opérations ont fait partie de la restructuration de l'HCR (il s'agit donc du même projet hospitalier). Nous nous appuierons sur les éléments de ces deux missions pour illustrer comment l'architecte local a transformé les plans des architectes étrangers.

A) Quand le maître d'ouvrage n'insiste pas sur le transfert

L'objet des interactions entre les architectes étrangers et moldaves a concerné plus spécifiquement l'adaptation des propositions étrangères aux normes techniques règlementaires en vigueur en Moldavie. Si dans le cas de l'hôpital de Kiev, les architectes étrangers de bdpgroupe6 ont insisté sur l'intégration de leur expérience internationale, dans le cadre de l'hôpital de Chisinau, Top Konsult n'a pas insisté sur l'introduction de normes de leurs pays. Les ingénieurs allemands affirment avoir essayé au contraire de respecter le plus possible la

---

équipements médicaux.

règlementation locale afin de s'assurer de l'obtention de certificats de la part des administrations moldaves. Mise à part la proposition de réduction des salles d'opération en vue de rendre l'hôpital plus rentable, les membres du cabinet d'ingénierie Top Konsult ont fait confiance à l'architecte local :

« Il y a certaines choses où nous ne souhaitons pas intervenir car il y a des règlementations très précises les concernant. Ce sont d'un côté, les évacuations en cas d'incendie et d'un autre, le problème de la structure en cas de séisme. Nous ne souhaitons pas traiter de ces choses de manière approfondie chez nous, en Allemagne, car l'expérience des locaux est dans ce domaine, plus importante. Donc dans une zone aussi séismique que la ville de Chisinau, il n'y a aucun sens à ce qu'on réalise un projet séismique. On pourrait le faire, ce n'est pas cela le problème. On n'en a fait un pour Shanghai par exemple, pour un hôpital là-bas de 1800 lits, qui a été construit. Mais au final, les normes et les règlementations obligent à ce que la proposition faite par nous soit revue et approuvé par des bureaux locaux. Dans ce cas, nous ferons les choses deux fois »[1].

Le directeur du cabinet d'architecture moldave Dolmen, Stefan Homa confirme le fait que les professionnels étrangers n'ont pas cherché à trop comprendre les règlementations locales, ni à éviter leur application pour le projet réalisé. Lors des échanges concernant l'adaptation des plans architecturaux aux conditions locales en Moldavie, les ingénieurs allemands n'étaient pas difficiles à convaincre pour effectuer des modifications :

« Ce fut sans difficulté. Lorsque leurs idées étaient différentes de nos normes techniques, elles se dissipaient rapidement étant donné que les conditions du contrat prévoyaient le respect de normes en vigueur. Il suffisait juste qu'on leur montre le document normatif, le paragraphe correspondant à la norme technique et c'était bon »[2].

Comme ce fut le cas pour le consortium bdpgroupe6 en Ukraine, les professionnels étrangers du projet moldave étaient liés contractuellement au respect des règlementations locales. En absence cette fois-ci d'un maître d'ouvrage qui insiste sur l'application de l'expérience internationale dans sa totalité, l'entreprise Top Konsult s'est davantage appuyé sur l'architecte moldave, en se souciant du respect des normes en vigueur. En procédant ainsi, les

[1] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.
[2] Entretien avec Stefan Homa, architecte directeur, Dolmen, Chisinau, Moldavie, avril 2010, traduit du russe.

professionnels étrangers ont avant tout cherché à protéger leurs intérêts financiers. Le respect des normes en vigueur étant une des conditions du contrat, leurs représentants ont souhaité agir au sein du cadre règlementaire imposé. Si dans le cas du projet de Kiev, les professionnels étrangers ont eu une marge de manœuvre étendue, dans le cas de l'hôpital moldave, la marge de manœuvre des professionnels étrangers fut plus réduite.

Le rôle du maître d'ouvrage moldave au sein des échanges entre les acteurs nationaux et internationaux n'a pas été similaire au cas ukrainien. Bien que le ministère de la Santé ait souhaité la modernisation de l'hôpital selon l'expérience internationale, il n'a pas cherché à privilégier l'action des consultants étrangers face à celle de l'architecte local. Premièrement, ses représentants se sont moins impliqués dans le projet de l'hôpital que les membres de la maitrise d'ouvrage ukrainienne. Malgré son manque de compétence en matière de construction d'hôpitaux, la Fondation a participé aux réunions de l'équipe de maîtrise d'œuvre, au moment des débats sur l'application de normes techniques (étrangères ou nationales). Les représentants du ministère de la Santé n'ont pas participé aux échanges entre les architectes étrangers et moldaves. Ces derniers mettaient au point ensemble les plans architecturaux et les lui soumettaient ensuite pour validation. En Ukraine, le MOA assistait aux réunions entre les participants au projet. Il avait la possibilité de voir les solutions proposées par les architectes étrangers et ukrainiens. Il pouvait retenir celles qui lui convenaient le plus. Il pouvait également décider d'écarter la proposition locale au profit de l'expérience internationale. Dans le cas moldave, les professionnels étrangers et locaux agissaient d'abord en leur sein et présentaient par la suite une position déjà commune au maître d'ouvrage. Par conséquent, le MOA n'a pas eu le même poids dans la distribution de pouvoir d'action aux professionnels extérieurs et nationaux que son homologue ukrainien. Deuxièmement, le ministère de la Santé de Moldavie a insisté sur le respect des normes en vigueur pour l'obtention des certificats de la part des administrations. Ces éléments font que la marge de manœuvre des professionnels étrangers participant au projet de Moldavie ne fut pas aussi ample que celle de leurs homologues ukrainiens. Dans ce contexte, Top Konsult a, pour la plupart du temps, écouté les conseils de l'architecte moldave Dolmen.

L'absence du soutien politique et du Statut Expérimental qui permettait à la Fondation ukrainienne d'être plus confiante quant à la validation de l'expérience internationale par les administrations nationales, peut expliquer la moindre intervention du MOA moldave. Pourtant, le ministère de la Santé de Moldavie avait eu une toute autre attitude dans le cadre

du projet des Centres de santé. La Banque mondiale l'avait alors incité à se mobiliser en faveur de l'expérience étrangère, afin de ne pas perdre ses financements (transfert associé à une conditionnalité financière). Il avait alors demandé des dérogations auprès du ministère de la Construction, afin de construire des institutions médicales selon de nouvelles normes techniques. Dans le cas de l'HCR, le ministère de la Santé était seul face aux entreprises de construction de l'étranger. Pour top Konsult, la question de normes techniques ne représentait pas en enjeu économique et de ce fait, l'entreprise n'a pas cherché à négocier une mise en œuvre de son expérience. Elle a donc accepté de travailler en Moldavie en respectant les normes techniques nationales. En absence d'un soutien politique et d'un Statut Expérimental comme dans le cas de l'Ukraine, ainsi que de la conditionnalité d'une organisation internationale, le ministère de la Santé de Moldavie n'a pas insisté sur la mise en œuvre d'un transfert « direct » de l'expérience des architectes étrangers. Au contraire, il a laissé travailler les architectes étrangers et locaux ensemble, afin que le « produit final » puisse être validé par les administrations nationales.

B) L'architecte local se réfère davantage aux normes nationales

La collaboration entre les entreprises Top Konsult et Dolmen s'est structurée autour d'un travail effectué initialement par les premiers et comportant ensuite les commentaires et les remarques des seconds. Top Konsult préparait au départ les premières versions des plans architecturaux, sur la base de l'expérience d'autres projets hospitaliers réalisés dans leur pays. Par la suite, les architectes moldaves de Dolmen, analysaient le travail effectué et présentaient des commentaires et des conseils concernant les spécificités locales. Les représentants de Top Konsult se déplaçaient alors en Moldavie pour recevoir les commentaires sur l'adaptation des plans qu'ils ont élaborés, les discutaient parfois avec l'architecte moldave, avant de les reprendre et de les modifier selon les normes locales. Cette méthode de travail peut être caractérisée par un va et vient permanent entre les deux parties. Lors de notre visite d'étude en Moldavie en 2010 Stefan Homa, le directeur de Dolmen, nous a expliqué comment il travaillait avec son collègue en Allemagne, tout en nous montrant ses plans architecturaux :

« Ils sont venus avec leur conception. Nous avons fait comme pour le plan masse. Ce dernier fut refait entièrement ici chez nous, dans nos bureaux, car il ne correspondait pas à nos normes en vigueur. Nous avons décidé de l'adapter donc. Nous avons corrigé leurs plans.

Venez, je vais vous montrer sur le plan. Ce que vous voyez, c'est élaboré par Top Konsult avec ma participation »[1].

L'architecte moldave estime qu'il a participé tout autant que les spécialistes allemands à la préparation des plans architecturaux du projet et en particulier à l'élaboration du plan masse – le plan général de disposition du bâtiment sur le site. Son travail a consisté à conseiller les représentants de Top Konsult sur la nécessité d'intégrer les normes nationales, en pointant les endroits sur le plan où il fallait y apporter des corrections :

« J'ai élaboré le plans masse avec les architectes de Top Konsult. Je leur ai donné des conseils sur les distances, l'orientation du bâtiment – il ne faut pas par exemple que du bâtiment central il y ait une vue sur la Morgue et ainsi de suite. Il fallait aussi suivre les normes de sécurité incendie, des sorties d'évacuation etc. Nous avons donc préparé avec eux le plan masse »[2].

Les représentants de Top Konsult étaient de leur côté convaincus de l'importance de prendre en compte les conseils du consultant local en matière de respect de la règlementation, notamment en ce qui concernait la sécurité incendie du bâtiment à construire. Andreas Mezey affirme ainsi que la bonne méthode de travail lui semble être celle où les plans réalisés à l'étranger sont vérifiés par des experts locaux, car ce sont ces derniers qui connaissent les éléments à compléter :

« Il nous semble mieux à ce que nous travaillons une première base du projet, en créant des espaces adéquats, avec une surface nécessaire au déroulement de l'activité envisagée et qu'ensuite, le consultant de Chisinau sois capable de décider s'il lui faut, disons, un tel mur, d'autant de large etc. C'est pareil pour les évacuations. En Allemagne, l'évacuation est basée sur des possibilités techniques. Ici, dans ce pays, les possibilités techniques et les conditions sont autres. Et les exigences en matière d'évacuation, les règlementations d'évacuation sont conformes à ces possibilités techniques. Donc il n'y a aucun sens à ce que l'on procède comme dans notre pays, si après ça ne marche pas ici. Si en Allemagne, je peux faire un escalier d'évacuation libre, ici, en Moldavie, il faut qu'il soit fermé. Donc je ne peux pas faire simplement une balustrade. Or en Allemagne, ceci est

[1] Entretien avec Stefan Homa, Dolmen, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

accepté. Je leur dit ça à ceux d'ici : en Allemagne on peut faire comme ça. Ils me répondent que le projet ne sera pas approuvé chez eux »[1].

Le consultant étranger mentionne que les normes techniques dans un pays s'appuient sur des configurations d'ordre technique et qu'en raison d'une différence de technologies, certaines solutions ne peuvent être adoptées en Moldavie. Les normes nationales de ce pays spécifient d'autres conditions techniques, moins avancées que celles disponibles en Allemagne. Nous pouvons constater ici l'action de l'architecte local en matière d'adaptation des plans réalisés à l'étranger aux normes en vigueur, ainsi que la difficulté de déroger à ces dernières en raison de la nécessité d'approuver le projet par les administrations du pays. Il convient d'observer également que le consultant étranger explique au consultant local la manière dont on procède dans son pays, en Allemagne, en soulignant le caractère plus avancé de la norme technique. Il essaie donc de le convaincre du bien-fondé de ses solutions architecturales. Cependant, l'architecte moldave refuse de les prendre en compte, afin de ne pas s'écarter des normes en vigueur. L'architecte moldave a ici un rôle plus important que l'architecte ukrainien dans le cas de Kiev. Il peut jouer sur la marge d'action des professionnels étrangers, en acceptant ou en refusant leurs solutions architecturales. On peut caractériser cette position comme étant un « filtre » au transfert de l'expérience internationale, avant même que celle-ci ne soit acheminée vers le maître d'ouvrage.

Nous avons vu qu'en Ukraine, l'architecte local a modifié la « Liste des surfaces » réalisée par les professionnels étrangers en considérant qu'il n'avait autre choix que celui de conformer aux normes en vigueur. Cependant, Budova avait demandé à la maîtrise d'ouvrage de prendre la responsabilité d'assumer les solutions proposées par les professionnels étrangers et qui dérogeaient aux normes en vigueur. Si telle fut l'initiative de l'architecte ukrainien, nous n'avons pas noté une action allant dans ce sens de la part de l'architecte moldave au sein du projet de Chisinau. Ce dernier a constitué le premier interlocuteur recevant les propositions des consultants étrangers, du moins en ce qui concerne la conception du Centre du Diabète (il n'est pratiquement pas intervenu dans l'élaboration de l'étude de faisabilité de l'HCR). Mais il n'a pas essayé de soutenir les solutions étrangères vis-à-vis de la maîtrise d'ouvrage, en lui demandant par exemple de prendre la responsabilité des dérogations aux normes nationales. Au lieu de cela, il a modifié le projet selon les normes qu'il connaissait. L'architecte local

[1] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.

moldave estimait que ceci était son rôle dans le cadre du partenariat établi avec les consultants internationaux :

« C'est même en cela que consiste notre collaboration : rendre leur plans conformes à nos normes à nous »[1].

Une des adaptations des plans architecturaux élaborés par les consultants extérieurs a concerné par exemple l'éclairage par voie naturelle :

« Un autre aspect : il y a ici des espaces de travail, pour le personnel etc. Beaucoup d'entre eux n'ont pas de lumière naturelle. Ils ont mis un vitrage vers le couloir. Aucune norme sanitaire ne permettrait cela chez nous. Mais chez eux c'est possible. Et voilà comment il a fallu remettre cela aux normes de chez nous »[2].

Les consultants locaux ont donc modifié les plans élaborés par les professionnels étrangers afin de les rendre conformes aux normes en vigueur et de permettre ainsi l'obtention d'autorisations locales. Leur expertise s'est précisément appuyée sur la connaissance du cadre règlementaire national.

La mission des architectes moldaves ne consistait pas uniquement à modifier les plans pour les rendre conformes aux normes en vigueur. Ils s'adressaient également aux administrations de contrôle pour être surs de l'obtention des autorisations nécessaires à la poursuite du projet. A titre d'exemple, lors de la conception du Centre du Diabète, les représentants de Dolmen ont d'abord transformé les plans initiaux des architectes étrangers et se sont ensuite adressés aux administrations de contrôle pour faire valider les modifications apportées :

« Ici nous avons fait une correction importante selon nos normes : nous avons dû d'abord réduire le corpus. Car les conditions du sol chez nous, ne permettent pas que le bâtiment s'étale sur toute cette surface. Nous avons donc ré-planifié tout, nous avons enlevé cet escalier et mis là-bas, pareil pour l'autre que vous voyez ici. Nous avons donné de la lumière naturelle à ces escaliers, comme ça, nombre des endroits qui étaient sombres dans leurs plans, sont devenus plus lumineux. De cette manière, nous avons refait les choses.

Ensuite, nous nous sommes allés au Département des situations exceptionnelles avec la demande de nous valider le projet et nous l'avons obtenu. Donc nous avons dû modifier

---

[1] Entretien avec Stefan Homa, Dolmen, *op. cit.*
[2] Entretien avec Stefan Homa, Dolmen, *op. cit.*

radicalement le projet qu'ils nous ont proposé pour qu'il corresponde à nos normes et exigences. Sinon, ça n'a pas de sens de continuer de travailler dessus, car nous n'obtiendrons pas les autorisations »[1].

Au-delà des commentaires concernant l'application des normes en vigueur en Moldavie, les consultants locaux ont également apporté des conseils basés sur leur connaissance du contexte local :

« Dans la version qu'ils ont amenée, le bâtiment était disposé autrement à ce que vous voyez ici, il était à l'horizontale. Nos normes techniques de la construction des établissements hospitaliers exigent que les patients n'aient pas de vue sur la Morgue. Or cela était possible dans leur conception des choses. Evidemment, le bloc chirurgical chez eux était disposé différemment aussi. Ils n'avaient pas par exemple cette voie d'accès à l'hôpital. Or, moi, je n'habite pas très loin de l'hôpital et je savais que l'accès prévu dans leur version des plans n'était pas suffisant, car il y a très souvent des bouchons de ce côté de l'hôpital et que le temps que les ambulances y accèdent, les patients mourront. Je leur ai proposé de faire donc cette entrée, de ce côté-là de l'hôpital, en organisant la disposition des autres blocs hospitaliers de manière à permettre l'accès et la sortie de ce côté-là »[2].

Par conséquent, les architectes de Moldavie sont intervenus directement sur les plans architecturaux développés par les consultants étrangers, en modifiant des aspects liés aux règlementations locales, ainsi qu'aux particularités de l'environnement local. L'influence de l'architecte local au sein du projet moldave a été plus saisissable que dans le cas ukrainien, analysé en première partie de ce chapitre. Si au sein de ce dernier, l'architecte local Budova fut écarté par le maître d'ouvrage souhaitant privilégier l'expérience internationale, nous n'avons pas noté d'intervention similaire de la part de la maîtrise d'ouvrage moldave. En absence d'insistance de la part du Client pour l'introduction des solutions de conception architecturale extérieures, les actions des professionnels étrangers et des professionnels locaux se sont déroulées dans les limites du contrat imposant le respect des normes techniques en vigueur.

---

[1] *Ibid*.
[2] Entretien avec Stefan Homa, Dolmen, *op. cit.*

C) L'intervention des médecins de l'hôpital

L'activité des professionnels étrangers participant à la modernisation de l'HCR de Moldavie n'a pas été influencée uniquement par l'architecte local, bien que ce dernier ait eu un mot important à dire sur les plans de conception architecturale élaborés par ces derniers. Un deuxième groupe d'acteurs a également pesé dans la transformation des propositions soumises par les consultants internationaux. Il s'agit cette fois-ci des représentants du corps médical – les utilisateurs de la future institution médicale. Etant donné qu'il s'agissait d'un projet de restructuration et non pas de la conception d'un nouvel hôpital comme en Ukraine, le personnel médical exerçant des activités au sein de l'HCR a pu s'impliquer afin de faire connaître ses besoins. Si dans le cas ukrainien, les futurs membres du personnel n'ont pas été associés au projet, dans le cas de l'hôpital moldave, l'équipe médicale de l'hôpital existant s'est mobilisée pour exprimer son avis sur le projet proposé par les professionnels étrangers. Les discussions avec Sergiu Ungureanu, adjoint à la Direction de l'HCR et représentant du personnel médical, ont révélé que les propositions de Top Konsult étaient en large partie appréciées, mais qu'elles soulevaient, également, des oppositions.

Comme mentionné précédemment, Top Konsult avait fait une proposition de fonctionnement de l'hôpital selon des critères économiques. Celle-ci devait modifier les caractéristiques d'organisation hospitalière héritées de la période soviétique. A ce titre, Andreas Mezey de Top Konsult souhaitait redéfinir le rôle de l'hôpital pour qu'il intègre la notion de performance aux côtés de celle d'assistance médicale, selon les tendances de développement hospitaliers des pays occidentaux. C'est dans ce sens qu'il avait insisté sur la réduction du nombre de salles d'opérations, ainsi que sur le fonctionnement en continu de ces dernières. L'activité non-stop devait rentabiliser les salles d'opération, désormais utilisées soit pour des interventions chirurgicales programmées par l'HCR, soit pour d'autres, programmées par des médecins extérieurs. Au travers de cette mesure, le consultant extérieur espérait marquer une rupture non pas seulement au sein du fonctionnement et de l'organisation médicale de l'HCR, mais également dans l'ensemble du système hospitalier moldave.

Cependant, les membres du personnel médical de l'hôpital moldave se sont fermement opposés aux propositions des professionnels étrangers. En effet, les médecins de l'HCR et notamment les chirurgiens, ne souhaitaient pas travailler dans des conditions moins satisfaisantes pour des critères de rentabilité de l'institution. D'autre part, ils considéraient que les suggestions des représentants de Top Konsult devaient être adaptées aux conditions de

fonctionnement local, au risque de compromettre le fonctionnement du futur hôpital. C'est dans ce contexte que Sergiu Ungureanu, caractérise la réduction des salles d'opérations comme étant une mesure contredisant les pratiques de travail locales des médecins moldaves et ne convenant pas à ces derniers :

« Il y a beaucoup de choses positives. Mais il y a tout de même quelque chose qui ne nous convenait pas tout à fait. Ce n'est pas une chose subjective ou qui tient de notre mentalité qui ne serait pas prête aux technologies contemporaines. Mais il est question de la réalité que nous vivons actuellement. Ainsi, si par exemple, on début on nous imposait sept salles d'opérations…Imaginez-vous, nous avons actuellement 11 services chirurgicaux et nous aurons encore quatre services qui seront commutés ici. Donc nous aurons 15 au total qui devraient opérer dans sept salles d'opérations. C'est pratiquement impossible pour nous. Pour eux, qui ont réalisé des projets à l'étranger, soi-disant c'est possible, car la salle d'opération doit fonctionner 24 heures sur 24. En effet, elle est très chère la salle d'opération : une seule salle coute environ 1mln d'euros, selon leur dires. Mais c'est impossible, car il y a le facteur humain, tant concernant le patient que le chirurgien qui y travaille, d'ailleurs pour tous ceux qui y travaillent. Car tous ceux qui travaillent dans la salle d'opération ne peuvent pas travailler en trois tournées pour assurer cette continuité de 24 heures sur 24. Donc il y a certains rythmes biologiques selon lesquels l'être humain peut faire des opérations dans des conditions optimales. Si c'est question d'une urgence, c'est une chose. Et c'en est tout une autre lorsqu'une opération programmée commence à 23 heures de la nuit, ça, personne peut le comprendre »[1].

Les représentants du corps médical de l'HCR considéraient que les salles d'opérations proposées par les consultants extérieurs ne tenaient pas compte du fonctionnement de l'hôpital et des activités du corps médical. De plus, ils estimaient que le changement du rythme de travail qui serait imposé aux chirurgiens à la suite de la transformation de l'hôpital empirerait leurs conditions au lieu de les améliorer :

« Vous imaginez maintenant, comment pouvons-nous faire? Comment obliger nos chirurgiens à travailler ainsi ? Les connecter à une prise électrique, leur mettre des petits

[1] Entretien avec Sergiu Ungureanu, médecin chef adjoint de l'HCR de Chisinau, Moldavie, mars 2010, traduit du roumain.

moteurs aux bras pour qu'ils recousent très vite? Comment vous imaginez-vous ? Je lui ai posé la question à Mezey, comment faut-il que je recouse dans ces conditions ?»[1].

Cependant, les médecins de l'hôpital reconnaissaient que les conditions actuelles du fonctionnement des salles d'opérations de l'HCR n'étaient pas satisfaisantes et que des optimisations étaient nécessaires. Sergiu Ungureanu est d'accord avec les consultants étrangers proposant une augmentation du temps de travail dans la salle d'opérations chirurgicales. En même temps, il mentionne la nécessité d'appliquer cette mesure aux conditions actuelles de fonctionnement de l'hôpital, ainsi que de l'activité des salariés en Moldavie plus généralement :

« En effet, moi je n'exclus pas le fait que chez nous, la salle d'opération n'est pas utilisée au maximum, comme elle le mériterait et comment cela devrait être véritablement. Par exemple, ce serait normal qu'un bloc opératoire fonctionne jusqu'à sept ou huit heures. Pour cela, il faut faire deux tournées, qui doivent être bien réfléchies, doivent être bien organisées. Nous avons besoins de cadres pour cela. Nous devons réfléchir au fait qu'une personne ne peut être gardée là à partir du huit heures du matin à huit heures dans la salle d'opération. Donc il faut qu'il y ait un roulement. Normalement, la personne doit travailler de huit à 14 heures et ensuite il y a un échange, et l'opération peut même continuer pendant ce temps-là, pendant qu'il y a le roulement, donc cela n'affecte pas. Mais ceci n'a rien à voir avec ce qu'ont imaginé les représentants de Top Konsult… »[2].

En plus de la prise en compte des conditions de travail actuelles des professions médicales en Moldavie, le représentant de l'hôpital clamait la prise en compte par les consultants étrangers des réalités économiques du pays qui ne permettrait pas un fonctionnement aussi sophistiqué que celui proposé ou du moins, pas dans l'immédiat :

« Oui, il y a des choses qui tiendraient peut-être, mais s'il y a encore quatre services qui viennent sur nous, nous devons réfléchir bien comment on va organiser tout cela. Car faire une réforme qui ressemble à un chaos – c'est mauvais comme tout, c'est vraiment du mauvais gout. Ces choses ne se font pas ainsi. Il faut les réfléchir – il s'agit de la salle d'opérations!

---

[1] *Ibid.*
[2] *Ibid.*

Je lui ai posé la question à Mezey[1], comment faut-il que je couse dans ces conditions? Il me répondait : "Mais vous ne comprenez pas, il y a aujourd'hui des nouvelles technologies qui…". "Quelles technologies?" je lui demandais, car il y a aujourd'hui des appareils de suture, oui, nous les connaissons. Et les mêmes appareils pour d'autres opérations. Oui, d'accord, mais ces dotations sont extra-sophistiquées. Pour lancer une chirurgie qu'avec ce qui existe actuellement en appareils de suture, on devrait disposer d'un budget de l'hôpital cent fois plus important que l'actuel.

Pour que vous me compreniez bien : une simple étape d'une opération, coute mille euros. La même chose chez nous et comprenant l'opération tout entière – coute quelques centaines d'euros. Donc il faut que nous disposions de sommes d'argent conséquentes…Pour que vous compreniez encore, il ne s'agit pas seulement d'élever le bâtiment et le mettre en fonction. Il faut qu'on dispose encore de consommable pour travailler dedans. Donc pour tendre vers le fait qu'on réalise les opérations non pas en deux heures mais en quinze minutes, il faut travailler très vite avec des technologies très, très modernes, qui coute vraiment très cher »[2].

Le médecin moldave explique les raisons de son opposition aux propositions de restructuration faites par Top Konsult, notamment en ce qui concerne la réduction des salles d'opérations. Les usagers ont demandé une application pratique des solutions suggérées par les spécialistes étrangers. Dans leur raisonnement, on observe qu'ils se soucient plutôt de leurs conditions de travail, que de l'efficacité de l'hôpital. Ils imaginent le fonctionnement de l'hôpital selon le modèle étranger dans les conditions actuelles du système de santé en Moldavie. Bien qu'ils prennent en compte les évolutions des équipements et technologies médicales et leur arrivée dans le pays, ils estiment tout de même que l'introduction de mesures "ultrasophistiquées" ne saurait être cohérente avec les réalités économiques, se soldant avec l'impossibilité de réaliser des opérations chirurgicales couteuses :

« Nous sommes réalistes avec les pieds sur terre. Donc une opération qui coute actuellement quelques centaines d'euros, ne peut couter demain – pour nous, ceux d'ici – par

[1] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.
[2] *Ibid*.

exemple 20 milles euros. Parce que dans ce cas, je fais deux opérations et tout le budget de l'hôpital est parti…vous comprenez ?»[1].

L'opposition des utilisateurs de l'HCR était renforcée par le fait qu'ils ne comprenaient pas de quelle expérience de l'étranger s'inspirait la proposition de Top Konsult. Les médecins de l'hôpital avaient eu l'opportunité de visiter des hôpitaux à l'étranger, de divers pays occidentaux et n'avaient nulle part entendu ou rencontré ce type d'organisation hospitalière. Ils étaient dans ces conditions sceptiques vis-à-vis de ce que leur était proposé :

« Je lui ai posé la question directement au représentant de Top Konsult qui s'est occupé de l'étude de faisabilité – Adreas Mezey, un roumain d'origine hongroise : « Monsieur Mezey, je suis allé un peu en Europe et j'ai vu un peu ces pays, mais je n'ai pas vu cela… ». J'ai été dernièrement en Norvège, dans leur hôpital clinique central, c'est comme ça qu'il s'appelait. Vers trois heures, trois heures et demie environ et seulement dans une seule salle on y opérait encore. Et c'était dans la journée! Le programme de fonctionnement était organisé ainsi.

Donc je ne sais vraiment pas d'où ont pris cela les représentants de Top Konsult. Ils ont peut-être vu cela au Japon ou en Chine ou quelque part ailleurs où l'on opère avec ce rythme, mais je lui ai dit que moi je ne connaissais pas ça. Je lui ai dit que de ce que j'ai vu, je ne connaissais pas ce fonctionnement et je lui ai dit aussi que je ne savais pas où il aurait pu le voir…Moi, en tout cas, je n'ai pas visité d'hôpitaux où l'on fonctionne comme ça. J'ai été en Allemagne, en France, même plusieurs fois en France, en Italie aussi, je n'ai pas entendu qu'une opération programmée commence à 23 heures du soir!

Eux ils disent que cela existe, qu'ils ont l'expérience. Je ne sais pas où il y a de telles expériences.»[2].

Par conséquent, le fait que les professionnels étrangers n'argumentent et n'expliquent pas suffisamment l'origine des solutions d'organisation hospitalière proposées a permis aux utilisateurs moldaves de les remettre d'autant plus en question. A la suite de nombreux débats entre les consultants étrangers, les utilisateurs, ainsi que les membres de la maîtrise d'ouvrage, Top Konsult a été d'accord pour effectuer des modifications dans l'étude de faisabilité initiale.

---

[1] Entretien avec Sergiu Ungureanu, l'HCR de Chisinau, *op. cit.*
[2] Entretien avec Sergiu Ungureanu, l'HCR de Chisinau, *op. cit.*

Les architectes étrangers ont augmenté le nombre de salles d'opérations à 14. Néanmoins, ils craignaient que la partie moldave continue les modifications une fois leur mission terminée :

« Les décisions que nous avons pris et qui sont initiales peuvent être influencées par la suite. Je veux dire par là que ceux qui vont continuer la conception architecturale de l'hôpital, s'ils ne sont pas d'accord avec les principes élaborés dans l'étude de faisabilité, ils pourront les changer, les influencer. Je sais par exemple que de très nombreux chirurgiens n'ont pas été d'accord avec la réduction des salles d'opérations de 20 à 14. Nous avons fait des calculs et nous avons démontré sur la base d'un horaire de travail bien coordonné qu'ils peuvent faire même plus d'interventions chirurgicales avec moins de salles d'opérations. Et même vers la fin, nous avions encore des discussions sur ce point et des demandes pour rajouter encore quelques salles. Donc il se peut dorénavant que l'architecte qui sera en charge par la suite de la conception de l'hôpital prenne en compte ces demandes et augmente par exemple le nombre de salles d'opérations de 14 à 18 »[1].

La position et les besoins des utilisateurs locaux ont influencé l'action des professionnels étrangers dans le cas de l'hôpital moldave. Cela les a contraints d'apporter des modifications conformes aux fonctionnements et aux réalités locales. Dans le cadre du projet de Kiev, la présence des utilisateurs fut déplorée par les professionnels étrangers lors des premières phases du projet. En même temps, l'absence de ces acteurs locaux a permis aux architectes étrangers de proposer librement leurs solutions. L'intervention des utilisateurs vers la fin du projet ukrainien s'est soldée par une modification des plans architecturaux élaborés par les consultants internationaux. Par conséquent, le rôle des utilisateurs nationaux doit être pris en compte dans l'analyse des facteurs ayant influencé les actions des professionnels étrangers en Ukraine et en Moldavie.

Cette partie a présenté les conditions au sein desquelles ont agi les professionnels étrangers au sein de la modernisation de l'HCR de Chisinau en Moldavie. L'analyse des informations collectées lors de l'enquête de terrain a permis d'établir que la marge de manœuvre des acteurs internationaux est d'autant plus importante que les acteurs nationaux interviennent peu. Si les ingénieurs allemands ont eu la possibilité de soumettre une proposition de développement de la fonction économique de l'hôpital, c'est parce que les architectes moldaves de Dolmen sont peu intervenus dans le cadre de l'étude de faisabilité. En revanche,

[1] Entretien avec Andréas Mezey, Top-Konsult, *op. cit*.

lors de la conception du Centre du Diabète, l'action du cabinet Dolmen s'est soldée par la modification des plans des architectes étrangers. Par ailleurs, l'influence des utilisateurs de l'hôpital a également eu un impact sur les solutions avancées par les membres de Top Konsult, nécessitant la prise en compte de l'environnement de travail et des réalités économiques du pays. Au sein des interactions entre les étrangers et les nationaux, le ministère de la Santé de la Moldavie en tant que maître d'ouvrage n'est pas intervenu pour appuyer l'intégration de l'expérience internationale comme le fit la Fondation de l'HDF en Ukraine.

La deuxième section de ce chapitre a porté sur les conditions de mise en œuvre du transfert de normes depuis l'étranger. Nous avancions que lorsque les acteurs nationaux sont amenés à intervenir dans le cadre des missions de construction hospitalières, ils appliquent les normes techniques de la période soviétique. Cette hypothèse souligne l'attachement aux normes « du passé » (dépendance au sentier). Cet aspect a souligné un obstacle au transfert de normes étrangères. En revanche, le soutien politique était avancé comme étant un facteur catalyseur, tout comme le Statut Expérimental.

Si nous avions identifiées en début de chapitre, le soutien politique et le Statut Expérimental comme étant les catalyseurs principaux du transfert de normes de l'étranger, nous avons pu noter que dans le cadre de l'équipe du projet, c'est le rôle du maître d'ouvrage qui a été essentiel. En même temps, son soutien aux architectes étrangers fut en effet lié au facteur politique et à la possibilité institutionnelle de dérogation aux normes en vigueur. La première section montre comment la Fondation passe d'un avis plus que favorable au transfert de l'expérience internationale à une opposition à ce dernier. Elle fut initialement opposée à l'application des normes ukrainiennes par les architectes étrangers, estimant qu'il fallait introduire l'expérience internationale. A partir de l'obtention du Statut Expérimental, grâce au soutien politique du président Viktor Iouchtchenko, tant les membres de la Fondation, que les architectes étrangers ont pensé avoir une « onde verte » en matière d'introduction de normes de l'étranger. Au-delà du discours des différents participants abordé dans la première section, la mission de programmation abordée dans la deuxième section du chapitre permet d'illustrer comment d'une part, les architectes étrangers ont proposé plus librement leurs solutions et comment la Fondation a décidé d'écarter l'architecte local, afin d'éviter toute référence aux normes techniques de la période soviétique. Par conséquent, l'hypothèse selon laquelle la

marge de manœuvre des acteurs étrangers est d'autant plus importante que le soutien politique est fort et que l'intervention des architectes nationaux est moindre, a pu être confirmée par les résultats du cas ukrainien.

Par rapport au projet ukrainien, l'HCR en Moldavie a mis en évidence l'influence des acteurs nationaux dans le cadre des missions architecturales. En absence de soutien politique et de Statut Expérimental, nous avons interrogé le rôle de l'architecte local et des utilisateurs associés aux travaux des ingénieurs allemands. Dans la première section du chapitre, nous avons pu voir que même en absence d'une implication des responsables politiques (ou du Statut Expérimental) comme dans le cas ukrainien, Top Konsult avait proposé une étude de faisabilité en rupture avec la façon de penser le fonctionnement d'un hôpital en Moldavie. Cette proposition a été possible tant que les architectes nationaux (ou les utilisateurs) ne sont intervenus dans son élaboration. Les représentants du ministère de la Santé en tant que maître d'ouvrage semblaient accepter et valider la proposition des consultants étrangers. Donc même en absence de catalyseurs aussi forts que ceux du cas ukrainien, le projet moldave permet de voir que le rôle du maître d'ouvrage est essentiel dans l'acceptation de normes de l'étranger. Il constitue en quelque sorte la première porte d'entrée du transfert extérieur.

En même temps, nous avons pu noter que dès que les acteurs nationaux, que ce soit l'architecte local ou les utilisateurs, interviennent dans le contenu des missions architecturales réalisées par les acteurs étrangers, il y a un « retour » aux normes de la période soviétique. Cet obstacle est donc similaire en Ukraine et en Moldavie : il est lié à l'héritage de normes informelles (des façons de faire des architectes) de la période soviétique. A la différence du projet en Ukraine, où la Fondation a soutenue l'intervention des architectes étrangers, sous le couvert du soutien politique et du Statut Expérimental, le ministère de la Santé a laissé faire l'architecte local et les utilisateurs, en obtenant finalement une proposition des ingénieurs allemands, beaucoup plus « adaptée » aux normes locales.

III) Les caractéristiques du transfert lors de l'étape des missions architecturales : éléments de comparaison

L'analyse des interactions entre les acteurs nationaux et internationaux et de leurs motivations lors de la réalisation de missions architecturales, permet de caractériser le processus de

transfert observé. En reprenant des idées d'auteurs tels que David Dolowitz et David Marsh[1], nous pouvons répondre de manière plus détaillée à ces quelques questions : Qui sont les acteurs ? Qu'est-ce qui est transféré ? Comment le transfert se met-il en place ? Et quel est son caractère (coercitif ou volontaire) ?

Si dans la phase d'appels d'offres internationaux, les acteurs engagés dans un processus de transfert étaient les décideurs politiques ukrainiens et moldaves (président de l'Ukraine, ministère de la Santé en Moldavie), ainsi que des organisations internationales (la Banque mondiale dans le cas moldave), l'étape de missions architecturales permet de faire découvrir de nouveaux acteurs – les architectes étrangers. Leur participation a modifié les caractéristiques du processus.

L'étape des missions architecturales correspond à la mise en œuvre du transfert par des entreprises étrangères. Cette phase a suivi l'organisation des appels d'offre internationaux présentée précédemment et ayant détaillé le rôle important des acteurs nationaux dans la mise en place de conditions initiales, favorables au transfert (collecte de ressources, organisation des compétitions internationales, élaboration du cahier des charges). Nous avions alors pu noter que les responsables politiques nationaux ont cherché à attirer des compétences internationales de modernisation hospitalière selon différents mécanismes. En Moldavie, dû notamment à la présence de la Banque mondiale, on retrouvait des éléments de coercition, mais également de mimétisme. Les décideurs nationaux souhaitaient construire des hôpitaux à l'image des pays occidentaux parce que « cela fonctionnait là-bas » et non pas parce qu'ils avaient analysé un modèle en particulier. En Ukraine, en revanche, le mécanisme employé semblait être plutôt de l'apprentissage. Les membres de la Fondation, dirigée par l'épouse du président, avaient réalisé de nombreux voyages à l'étranger, en prenant note des solutions qu'ils voulaient adopter dans leur pays. L'analyse de la phase suivante du transfert, correspondant à la mise en œuvre de l'expérience internationale et la réalisation de missions architecturales très concrètes (conception, programmation, étude de faisabilité) a permis de découvrir de nouveaux acteurs et de nouveaux éléments du transfert. Cette étape a également permis de préciser les éléments du transfert. Il ne s'agit plus cette fois-ci de l'importation d'un modèle de bâtiment hospitalier, comme celui recherché par les décideurs politiques lors des premières actions de modernisation hospitalière. Il s'agit d'un transfert de connaissances et de

[1] Dolowitz, David P. et David Marsh, «Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making», *op. cit*.

savoir-faire en matière de conception architecturale et de fonctionnement hospitalier, depuis l'étranger.

La vérification de l'hypothèse d'un transfert de normes techniques étrangères par les architectes étrangers a été vérifiée. Nous avons explicité les conditions au sein desquelles s'est déroulé ce processus. Lorsque les architectes et ingénieurs étrangers ont eu des conditions favorables pour mettre en place leurs solutions, ils ont réalisé des plans architecturaux, des documents de programmation et d'étude de faisabilité selon les habitudes de travail qu'ils avaient acquises dans leurs propres pays. Ces habitudes faisaient partie de leur expérience et leur savoir-faire, forgés durant des années de pratique de leur métier, tel qu'exercé au sein de leurs pays.

Les éléments de terrain analysés au sein de ce chapitre ont permis de déterminer les mécanismes à travers lesquels les acteurs nationaux de la construction des hôpitaux ont adopté des solutions de conception architecturale et de programmation médicale de l'étranger. Nous avons observé à la fois des éléments de coercition, d'apprentissage et de mimétisme.

Le cas des Centres de santé analysé dans la première section de ce chapitre permet d'exemplifier un cas de transfert par coercition, à travers la mise en place d'une conditionnalité par la Banque mondiale. Les acteurs nationaux sont contraints d'accepter les normes techniques des consultants étrangers, intégrés au projet par l'organisation internationale (et non pas par le ministère de la Santé de Moldavie) afin d'obtenir les financements de cette dernière. Ils procèdent ensuite à des négociations avec leurs propres institutions nationales (le ministère de la Construction), en vue de pouvoir moderniser des institutions médicales en s'écartant des normes règlementaires en vigueur. Si nous ne disposons pas de comparaison du transfert par ce type d'acteur en Ukraine, nous pouvons néanmoins retirer de ces informations le fait que les actions de transfert coercitif imposées par la Banque mondiale s'inscrivent dans une logique de maximisation d'intérêts et de calcul rationnels. En effet, l'organisation ne souhaite pas que les ressources allouées puissent être dépensées pour la modernisation de moins d'institutions médicales, en raison d'une obsolescence des normes moldaves. Elle incite ainsi les acteurs locaux à adopter une approche plus rationnelle de l'utilisation des ressources et à s'éloigner donc des normes techniques héritées de la période soviétique. Nous avons pu noter également que les représentants de la Banque mondiale ne sont pas des « agents » directs du transfert. Ils sont plutôt des « facilitateurs » de ce processus, dans le sens où l'organisation a fait appel à des architectes

étrangers qui eux, ont travaillé avec les spécialistes moldaves et leur ont montré de nouvelles solutions architecturales. Ces solutions se sont appuyées sur l'expérience de leurs pays et ont contenu donc des normes informelles – des façons de faire et des représentations – de la manière de concevoir et construire une institution médicale. Le cas des Centres de santé, permet d'appuyer le rôle d'une organisation internationale au sein du processus du transfert, tout en laissant ouverte la question de la mise en œuvre de ce processus. En revanche, le cas des entreprises étrangères de construction, abordé au sein de la seconde section, permet d'exemplifier de manière plus détaillée la mise en place du transfert extérieur par les acteurs internationaux.

En Ukraine, la Fondation de l'HDF semblait connaître de nombreuses solutions proposées par les architectes étrangers, du fait de leurs voyages précédents dans les pays occidentaux. Nous avons pu notifier lors des différentes réunions, que les représentants ukrainiens demandaient des informations complémentaires sur les solutions proposées par les architectes français et le programmiste britannique. En même temps, ce qui présente plutôt de l'intérêt pour le mécanisme de mimétisme, c'est le fait qu'il y a eu également des situations où les représentants ukrainiens (que ce soit la Fondation ou l'architecte local), ont accepté les solutions des spécialistes étrangers, même en absence de connaissance ou de compréhension de leur fonctionnement. Souvent, le seul argument du « c'est comme cela que l'on fait en France et/ou au Royaume-Uni) semblait suffire pour mettre d'accord la partie ukrainienne des solutions importées. Dans ce contexte, sans que l'on exagère le côté « naïf » des acteurs nationaux dans l'acceptation des solutions de l'étranger (car ils s'intéressaient à leurs caractéristiques), il s'agit de souligner l'importance du discours des acteurs étrangers et donc de la rhétorique ayant accompagné le transfert des éléments de leur savoir-faire. Les membres du consortium bdogroupe6 ont réussi, dans la majorité des situations observées, à convaincre sans grande difficulté les participants nationaux de l'efficacité des solutions qu'ils proposaient. Les représentants nationaux n'ont pas entrepris des études plus concrètes des effets de ces solutions dans les pays étrangers en question, mais ont fait confiance aux consultants internationaux. Il s'agit donc ici d'un mécanisme de transfert au croisement de l'apprentissage (canalisé par des acteurs économiques, experts dans le domaine de l'architecture hospitalière) et du mimétisme, où les acteurs nationaux adhèrent dans une logique de l'appropriation « à ce qui se fait généralement » en matière de modernisation hospitalière.

En Moldavie, les éléments disponibles permettent néanmoins de constater que les échanges entre les acteurs nationaux et internationaux se sont déroulés selon un mécanisme d'apprentissage plus prononcé que dans le cas ukrainien. En effet, les représentants du ministère de la Santé ont demandé de façon répétée aux ingénieurs de Top Konsult des justifications sur le fonctionnement et la performance des solutions proposées. Lors de l'intervention du personnel médical et des utilisateurs, les demandes de la partie moldave se sont intensifiées, jusqu'à remettre en question certains points de l'étude de faisabilité. La relation entre la maîtrise d'ouvrage et l'équipe de maîtrise d'œuvre différente du cas ukrainien a influencé le transfert. Si en Ukraine, la Fondation est intervenue dans la mission de programmation et avait écarté l'architecte local pour privilégier les solutions de fonctionnement hospitalier proposées par le consultant étranger, le ministère de la Santé de Moldavie ne s'est pas impliqué dans le déroulement des échanges entre les architectes nationaux et étrangers. Il a donc maintenu ce filtre au transfert, qui a fait que l'architecte local a joué son rôle d'application des normes locales. Là où en Ukraine l'architecte local, du fait de la pression du maître d'ouvrage s'est effacé volontairement et a accepté dans les réunions la plupart des solutions de l'étranger, sans s'intéresser à leur performance, l'on a pu noter en Moldavie, une modification plus forte de ces dernières. On peut donc dire que la maîtrise d'ouvrage moldave n'a pas eu la même relation de confiance et de « laisser-faire » les architectes étrangers que celle ukrainienne. Les différents entretiens avec les représentants du ministère de la Santé ont confirmé le souci d'évaluation des pratiques hospitalière venant de l'étranger par rapport aux spécificités nationales dans le pays. Le degré de rationalité des acteurs dans la prise de décision de l'acceptation du transfert de l'étranger semble ainsi plus développé en Moldavie qu'en Ukraine.

Au début du transfert et plus précisément lors de l'appel à une consultance internationale (Cf. chapitre 5), la situation était inversée : les décideurs politiques en Moldavie semblaient moins informés des solutions souhaitées de l'étranger (en termes de performance et effets), alors que ceux d'Ukraine avaient effectués des voyages à l'international leur permettant de se renseigner davantage avant d'importer un modèle hospitalier à leur convenance. Or, dans la seconde étape d'un projet hospitalier, lorsque les entreprises de construction de l'étranger investissent le terrain, les représentants ukrainiens semblent se laisser convaincre plus facilement que leurs homologues moldaves, de la nécessité d'adopter l'expérience internationale.

Conclusion

Ce chapitre a eu pour objectif de présenter les conditions du transfert des normes techniques de l'étranger en Ukraine et en Moldavie, en étudiant de manière approfondie les échanges entre les acteurs nationaux et internationaux.

Nous avons avancés deux hypothèses principales. La première avançait que le transfert de l'étranger diffère selon qu'il s'agit d'une organisation internationale ou d'agences d'architecture. Etant donné que la première dispose de moyens de pression (conditionnalité financière), le transfert prend la forme d'une coercition. En revanche, les firmes internationales doivent négocier et convaincre de l'utilité de leurs solutions, transférant ainsi par des mécanismes d'apprentissage. La deuxième portait sur le phénomène de dépendance au sentier et soulignait l'attachement des acteurs nationaux aux normes de la période soviétique, un obstacle qui devait être similaire au transfert extérieur. Ces deux hypothèses ont été partiellement confirmées par les cas étudiés.

Nous avons vu dans une première section que la Banque mondiale a réussi à imposer au ministère de la santé de Moldavie l'adoption de normes techniques étrangères, sous menace de retirer ses financements. Les transferts par les firmes étrangères, exposés dans la seconde section, montrent des mécanismes moins coercitifs. En effet, les architectes étrangers s'engagent dans un processus de transfert par apprentissage pour diverses raisons (intérêts économiques, conviction dans la qualité de leurs solutions). Ils doivent convaincre et négocier avec les acteurs nationaux pour pouvoir mettre en œuvre leur expérience et s'écarter des normes règlementaires. Ils ne disposent donc pas des moyens de pressions d'une organisation internationale pour insister sur la prise en compte de leurs solutions. Leur acceptation dépend alors de l'investissement du maître d'ouvrage.

Dans la deuxième section nous avons abordé les obstacles aux transferts. Nous avons vu que lorsque les acteurs nationaux interviennent dans le cadre des missions architecturales, ils reproduisent des normes de la période soviétique. On a pu voir que même lorsqu'ils étaient favorables à l'introduction de l'expérience internationale, leur façon de travailler se traduisait par une modification des solutions de l'étranger. L'attachement des architectes ukrainiens et moldaves (voire du maître d'ouvrage) aux normes informelles de construction d'hôpitaux de la période soviétique est à peu près similaire en Ukraine et en Moldavie.

Chapitre VII. La validation de l'expérience internationale : entre résistance et changement

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté la mise en œuvre du transfert d'expérience internationale lors de l'étape de mission architecturale. A présent, nous étudions la phase ultérieure des projets hospitaliers : la validation par les administrations nationales. Les administrations nationales représentent le dernier maillon du processus de transfert d'expérience internationale de construction hospitalière. En la validant ou en la rejetant, les fonctionnaires de ces instances de contrôle occupent des positions clés. Mais peuvent-ils réellement s'opposer à la modernisation des hôpitaux qui est en marche en Ukraine et en Moldavie depuis les années 2000 ? Ou sont-ils soumis à des pressions, comme le soutien politique, en Ukraine ou la conditionnalité de la Banque mondiale, en Moldavie ?

Ce chapitre répond à la question suivante : comment les administrations nationales valident-elles les projets hospitaliers réalisés par les acteurs internationaux ? Quels sont les facteurs qui les incitent à autoriser des normes étrangères ou au contraire, à s'y opposer ? Tant en Ukraine qu'en Moldavie, les projets étudiés ont été, finalement, validés par les administrations de contrôle. Mais est-ce que ce processus s'est déroulé dans les mêmes conditions ? Tout en y répondant, ce chapitre présente les interactions entre les maîtres d'ouvrages nationaux et les administrations nationales de leur pays lors de la validation de normes étrangères de construction d'hôpitaux.

Ce chapitre met en évidence une caractéristique institutionnelle commune en Ukraine et en Moldavie : l'héritage de normes de construction de l'URSS. A la suite de leur indépendance, l'Ukraine et la Moldavie ont sauvegardé les normes techniques formelles (règlementaires) de la période soviétique. Par conséquent, les administrations de contrôle ont dû exiger leur application. Comment ont réagi les fonctionnaires ukrainiens et moldaves lorsqu'on leur a présenté des projets contenant des normes différentes de celles en vigueur ? L'héritage de normes règlementaires de la période soviétique sera considéré comme étant un élément de dépendance au sentier et de résistance face à la validation de projets hospitaliers. Ce phénomène pourra notamment être observé à travers l'action des fonctionnaires, en charge de

faire respecter les normes en vigueur, et dont les connaissances et les compétences sont structurées par les normes techniques de la période soviétique.

En raison de cet héritage institutionnel similaire, nous émettons l'hypothèse que la validation des deux projets a dû rencontrer un obstacle identique – la résistance des structures bureaucratiques – au sein des deux pays. Que ce soit le projet réalisé par des architectes étrangers en Ukraine ou celui soutenu par la Banque mondiale en Moldavie, l'introduction de normes étrangères a dû se confronter, dans les deux cas, aux mêmes difficultés administratives.

Si nos études de cas ont comme point commun la résistance bureaucratique en tant qu'obstacle à la validation de normes de l'étranger, elles comportent des différences concernant les facteurs favorisant ce processus. Premièrement, l'Ukraine dispose du Statut Expérimental, qui permet de déroger aux normes en vigueur. Lors d'une première section, nous verrons que cette disposition institutionnelle ne suffit pas à dépasser la lourdeur administrative. Deuxièmement, le projet ukrainien bénéficie également du soutien du président. Lors d'une seconde section, nous nous interrogerons sur son rôle de catalyseur dans l'obtention d'autorisations administratives. Notre hypothèse est que ce facteur exerce une pression sur les administrations en faveur du changement des normes de construction d'hôpitaux. La baisse de la cote de popularité de Viktor Iouchtchenko vers la fin de son mandat, permettra de voir s'il est plus difficile de valider le projet sans le soutien du président. Un troisième élément peut intervenir en tant que catalyseur de la validation des normes de l'étranger : le soutien d'une organisation internationale. Le cas des Centres de santé en Moldavie interroge le rôle de ce facteur dans la pression exercée par le ministère de la Santé auprès des administrations moldaves. Par conséquent, nous présenterons les interactions entre des acteurs nationaux et leurs propres institutions nationales, dans un processus de résistance et de changement des normes techniques de construction d'hôpitaux.

Section I : Des normes techniques de la période soviétique toujours en vigueur

Comment sont validés les projets hospitaliers réalisés avec le concours d'acteurs internationaux par les administrations nationales en Ukraine et en Moldavie ? Les normes règlementaires de ces deux pays sont restées, entre 1991 et 2011, quasiment celles de l'URSS. Dans ce contexte, les fonctionnaires des administrations de contrôle ont, normalement, dû exiger leur application pour les projets de modernisation hospitalière. Nous avons vu que ces normes étaient très détaillées et qu'elles encadraient fortement l'activité des professionnels (cf. chapitre 4). Des architectes locaux mentionnaient que l'application de ces normes se traduirait nécessairement par la réalisation d'un bâtiment typique de l'Union soviétique. L'étude des projets de modernisation des hôpitaux de Kiev et de Chisinau, montre que des normes étrangères ont été appliquées, suite à un transfert par les acteurs internationaux (cf. chapitre 6). Ceux qui ont réalisé ces projets ont souhaité s'éloigner du modèle de bâtiment hospitalier connu durant la période soviétique, en s'inspirant de celui des pays avancés. En faisant cela, ces acteurs nationaux n'ont pas respecté les normes règlementaires nationales. Comment ont-ils procédé alors pour obtenir les autorisations de la part des administrations de contrôle ? A leur tour, comment les fonctionnaires de ces administrations, ont-ils réagi lorsqu'on leur a présenté des projets hospitaliers contenant des normes différentes de celles en vigueur ? Ont-ils exigé l'application des normes héritées de la période soviétique ou accepté celles venant de l'étranger ?

En ligne avec l'idée de dépendance au sentier, exprimant l'attachement aux normes de la période soviétique, nous émettons l'hypothèse que les fonctionnaires des administrations de contrôle ont empêché l'introduction de normes étrangères en Ukraine et en Moldavie. Ils représenteraient donc un obstacle au transfert, commun aux deux pays. Cette première section illustre la résistance bureaucratique face à l'introduction de normes étrangères.

L'Ukraine et la Moldavie ont connu le même corpus de normes techniques durant la période soviétique. Cependant, leur héritage après 1991 n'a pas été tout à fait similaire (Cf. chapitre 4). En particulier, l'Ukraine a maintenu, entre 1991 et 2011, le Statut Expérimental, un mécanisme institutionnel permettant de déroger aux normes règlementaires. Ce dernier est absent en Moldavie. Dans ce contexte, nous pouvons supposer que l'Ukraine a eu plus de facilité à adopter des normes étrangères que la Moldavie, grâce à l'existence du Statut

Expérimental. L'analyse du projet de Kiev donne des éléments sur l'impact de ce facteur dans la validation de normes de l'étranger.

I) Le cas de Kiev : le Statut Expérimental à l'épreuve du terrain bureaucratique

Le processus d'obtention des autorisations administratives pour le projet de l'HDF de Kiev s'est caractérisé par des délais relativement longs, ainsi que par la collecte d'un nombre édifiant de documents. Ces deux aspects ont été soulignés par une large majorité des interlocuteurs interviewés. La Fondation de l'HDF a insisté sur les difficultés à obtenir les autorisations nécessaires à la construction de l'hôpital et ce, malgré le Statut Expérimental dont bénéficiait son projet.

En effet, malgré le Statut Expérimental ouvrant la voie aux dérogations, le projet de l'HDF n'a pas bénéficié d'un parcours administratif plus simple que celui des Centres de santé en Moldavie (nous y reviendrons). Le Statut Expérimental permettait, certes, d'introduire plus librement les normes techniques étrangères. En même temps, cela ne dispensait pas du parcours administratif « classique » en Ukraine et qui comprenait de nombreuses demandes d'autorisations. Le Statut Expérimental signifiait simplement que le maître d'ouvrage, avait la possibilité de réaliser un projet selon d'autres normes que celles règlementaires, et qu'il avait la possibilité ensuite de les défendre devant les administrations. Ces dernières pouvaient accorder des dérogations ou demander, au contraire, l'application des normes ukrainiennes. Le Statut Expérimental permettait donc de présenter un projet non conforme aux normes en vigueur et d'ouvrir le débat avec les administrations au sujet de leur non-application. Cependant, la Fondation de l'HDF de Kiev a considéré que le Statut Expérimental lui ouvrait la voie à la validation de son projet par les administrations. Ses représentants se sont peu souciés de la complexité des démarches administratives en Ukraine. Ils pensaient que leur projet bénéficierait d'un traitement de « faveur » de la part des fonctionnaires, en raison de son Statut Expérimental, de son soutien politique, de sa médiatisation, de son importance au sein du pays. Lors de l'étape de validation du projet, la Fondation a eu l'occasion de découvrir les dessous d'un processus administratif long et laborieux, qu'elle ne pensait pas initialement devoir traverser.

La validation d'un projet de construction en Ukraine se caractérise par un nombre considérable de demandes d'autorisations. Andryi Miroshnichenko, conseiller de la

Fondation, se rappelle par exemple du fait qu'ils ont dû collecter 241 autorisations pour la conception de l'HDF de Kiev. En plus de ce nombre conséquent, chacune des autorisations représente à elle seule une démarche administrative complexe pour laquelle, très souvent, de nombreux autres documents ont été demandés :

« Nous avons reçu 241 autorisations dans l'espace de trois ans. 241 autorisations. Mais chacune d'entre elle représente une quantité innombrable et incompréhensible de signatures et de tampons…C'est à dire que c'est quelque chose d'invraisemblable! » [1].

Donc non seulement il a fallu obtenir de nombreuses autorisations pour le projet de l'HDF, mais les délais de leur octroi ont été assez longs, notamment en raison du fait que chaque démarche administrative nécessitait la mise en place de plusieurs actions supplémentaires :

« Non seulement que cela a pris beaucoup de temps, vraiment beaucoup, mais en plus, il y a un autre problème, ce n'est peut-être pas uniquement le nôtre, mais il existe. Le problème c'est qu'en réalité personne ne peut dire quelles permissions et combien de conditions techniques sont nécessaires. Il y a une liste qui mentionne "vous devez émettre les conditions techniques pour les pompiers". Il se trouve que pour les pompiers il est encore nécessaire de leur donner le projet complémentaire de la partie anti-incendie. Et pour réaliser cette dernière, il faut les conditions techniques du sol sur lequel on va construire. C'est-à-dire qu'en apparence ce n'est qu'un papier, mais en vérité il y en a plein d'autres derrière celui-ci »[2].

Les membres de la maîtrise d'ouvrage, ne connaissant pas forcément le parcours administratif à effectuer lors de la réalisation d'un projet hospitalier, ont ainsi découvert la complexité des démarches administratives au fur et à mesure de leur mise en place. Certaines de ces démarches étaient « classiques » à la réalisation d'un projet de construction, d'autres, tenaient, plus spécifiquement, à la conception de l'HDF de Kiev.

A) Les conditions techniques individuelles (CTI)

Comme mentionné précédemment, le Statut Expérimental consistait dans la préparation d'un dossier de demande de dérogations. Dans un premier temps, la Fondation devait demander des Conditions Techniques Individuelles (CTI) pour son projet. Les CTI concernaient les besoins

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

techniques (par exemple, en eau, énergie, gaz) du futur bâtiment. Ainsi, parce qu'il souhaitait construire un hôpital dérogeant aux normes en vigueur, le maître d'ouvrage devait demander des conditions techniques spécifiques à son projet. Cette demande était présentée aux administrations sur la base des plans architecturaux initiaux. Une fois les CTI obtenues, les architectes pouvaient continuer d'approfondir les plans de l'hôpital. Dans un deuxième temps, la Fondation devait produire une argumentation scientifique des dérogations demandées. Dans ce dossier, la Fondation devait indiquer chaque fois qu'elle omettait la norme ukrainienne, tout en apportant des justifications ou des mesures compensatoires. Le fait de présenter le fonctionnement d'un hôpital d'un pays avancé d'où elle s'était inspirée constituait un exemple de justification. Pour le projet de Kiev, la Fondation n'a fait que la demande de CTI auprès des administrations. Elle n'a pas élaboré d'argumentation scientifique, en pensant pouvoir s'exempter de cette partie du dossier. Nous présentons donc le parcours administratif couvert lors l'obtention des conditions spécifiques à son projet.

La préparation des conditions techniques du projet de l'HDF a été réalisée par la Fondation, avec l'aide de l'entreprise UkrEuroIntegratsya (UEI). La Fondation a également fait appel à plusieurs organisations en charge de l'étude et de la délivrance des paramètres d'approvisionnement en eau, énergie etc., nécessaire au fonctionnement du futur hôpital. Ainsi, la société KievIngProject a été sollicitée pour la réalisation des réseaux d'ingénierie pour le terrain attribué. Cette organisation fut engagée par la Fondation en tant que sous-traitant pour l'élaboration des sentiers d'ingénierie. Une autre société – la Société Communale Plesso – a donné les conditions techniques pour le rejet des eaux usées. Cependant, la demande des conditions techniques auprès de ces organisations a nécessité l'obtention de nombreux documents administratifs supplémentaires. Ainsi, Andryi nous explique par exemple que lorsque la société Plesso a accordé ses conditions pour le rejet des eaux usées, elle a demandé d'autres autorisations avant d'émettre la sienne :

« Il y a eu par exemple la Société Communale Plesso qui nous a donné les conditions techniques pour le rejet des eaux usées. Ensuite, cette même organisation qui nous les a données, nous a dit : d'accord, nous allons donc vous donner notre accord sur les propositions que nous vous avons faites, mais vous devez collecter l'autorisation de cinq autres organisations. Il s'agit par exemple : du Service Sanitaire, de la Direction Ecologique etc. Vous comprenez ? Voilà pourquoi le processus a été très long : parce pour un document,

il en fallait cinq autres et pour ces cinq encore quelques-uns ! Voilà le processus et voilà pourquoi cette structure est très bureaucratisée! » [1].

Nous avons constaté une certaine exaspération des membres de la société UEI en charge de l'obtention des autorisations administratives pour le projet de l'HDF de Kiev tout au long des entretiens réalisés. La demande de documents supplémentaires pour l'obtention d'une autorisation a concerné la préparation des conditions techniques pour la conception du bâtiment, mais également l'approbation de différents éléments de conception architecturale. A titre d'exemple, la présentation du Plan masse de l'HDF de Kiev devant les administrations nationales a nécessité la collecte de nombreux documents :

« Par exemple, pour approuver le Plan Masse. C'est un document sur lequel est représenté, dans les limites de ton terrain, l'emplacement de la future construction, quels seront les communications, les réseaux etc. Afin de l'approuver, nous avons approuvé ce plan masse durant trois mois environ : en commençant par le Client, l'architecte, l'exploitant du terrain, KievAvtoDor, la Direction de l'Architecture, l'Organisation Communale de l'Architecture, l'organisation communale KievZlinBud, la Direction Foncière etc. C'est-à-dire qu'il y en a tellement que je ne saurai même pas dire comme ça par cœur »[2].

Les représentants de la société UEI, nous ont montré, lors de l'entretien réalisé dans leurs locaux, le nombre de coups de tampons illustrant les autorisations de différentes administrations en Ukraine et qui ont été nécessaires pour la validation d'un seul élément de conception architecturale – le Plan masse :

« Voici ici le plan masse, regardez…Tous ces coups de tampons (une dizaine) proviennent des administrations que nous sommes allés voir. Vous voyez, chacune de ces approbations peut nécessiter des éléments supplémentaires. Par exemple, ceux-ci vont me dire : apporte nous encore l'approbation de tel et tel et ensuite je te donne la mienne. Et tout ce processus est extrêmement long »[3].

Andryi a insisté sur la signification des coups de tampons des documents iconographiques qu'il nous présentait lors de l'entretien :

---

[1] Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, consultant pour la Fondation de l'HDF, UkrEuroIntegratsya, Kiev, Ukraine, mai 2010, traduit du russe.
[2] *Ibid*.
[3] *Ibid*.

« Parce que chez nous…Qu'est-ce que ce sont ces coups de tampons ? Ce ne sont pas de simples coups de tampons. Ce sont des organisations spécialisées auxquelles on donne tous les documents, elles les analysent pour voir s'il n'y a pas de non-conformité aux règles en vigueur, regardent si on a tout bien fait et nous donnent ensuite leur approbation par leur coup de tampon »[1].

Le plan masse n'a été qu'une des composantes du projet de l'HDF de Kiev qui a été choisie par les membres de la société UEI pour argumenter la complexité des procédures administratives qu'ils ont passées durant la réalisation du projet. De nombreux autres éléments, tels que la Planification Verticale, le Plan des Espaces Verts, le Schéma des transports et des piétons ou encore le Passeport des Façades, ont nécessité la mise en place du même parcours administratif. Ce que nous souhaitons souligner ici, c'est à la fois le nombre significatif d'éléments du projet pour lesquels il a fallu demander des autorisations, ainsi que le fait qu'à chaque obtention de certificat, il fallait en demander quelques autres de plus :

« Même si certains, comme les façades, ont été approuvés lors de l'Esquisse du projet, ils nécessitent des approbations supplémentaires de la part de chacun des services concernés. Chacun de ces documents nécessite d'une dizaine à une centaine d'actions: de l'approbation au paiement, un peu de temps entre les deux… » [1].

Les délais d'obtention des autorisations pour le projet de l'HDF de Kiev ont été perçus comme étant particulièrement longs également par les professionnels étrangers, en charge de la conception architecturale du bâtiment. Antoine Buisseret, architecte directeur de Groupe-6, ayant dirigé l'ensemble de l'opération de conception au sein de l'équipe de maîtrise d'œuvre, insiste longuement dans l'entretien qu'il nous a accordé sur les délais longs des démarches administratives :

« Est-ce que la façon dont on réalise un projet de construction, de conception a été similaire par rapport à ce que vous connaissez en France? En termes d'étapes, de procédures?

Oui, c'était relativement équivalent. Ce qui était complètement différent quand même et d'ailleurs on n'y voit toujours pas super clair. Bon, là en plus, on vient d'avoir l'Expertyse, on voit quand même que ce qui était effarant c'est que les études devaient se faire en un an et que cela fait plus de deux ans et demi que le processus est engagé…Parce que l'on se rend

[1] Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, consultant, Ukraine, *op. cit.*

compte et que l'on a du mal à percevoir, heureusement que notre partenaire local fait face à cela, c'est tout le processus de décision administrative qui est extrêmement lourd. Donc de la paperasse, des tampons, cela a pris énormément de temps. Il est vrai qu'il y a aujourd'hui peu de lisibilité »[2].

L'architecte français estime ainsi que la lourdeur des procédures administratives apparaît comme étant une spécificité du déroulement d'un projet de construction hospitalière en Ukraine. Bien qu'ils aient essayé de comprendre le contenu des démarches administratives à entreprendre, afin de mieux anticiper leur incidence sur les plans qu'ils réalisaient, les architectes étrangers n'ont pu obtenir ces informations de la part de leurs collaborateurs ukrainiens :

« Il y a forcément eu l'obstacle de la langue. Peut-être l'obstacle de la clarté de notre partenaire local…Mais même que ce soit avec la Fondation, car avant d'avoir une idée très claire, même simplement au départ pour avoir la liste des éléments à remettre par rapport aux différentes autorisations qu'on devait obtenir, cela restait très, très flou. Donc je dirai, ça, c'est quand même…Mais bon, comme on n'est pas vraiment rentrés dans les détails, nous on a fait la prestation d'architecte à notre niveau, donc on n'a pas perçu toutes les subtilités, mais on a constaté quand même avec le recul, par rapport à une démarche et un process[3] *administratif, on va dire, tout de même, une longueur extrême du processus de décision »* [4].

Les affirmations, à la fois des représentants de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre du projet de Kiev au sujet de la longueur des démarches administratives en Ukraine, ont pu être saisies sur la base de l'exemple de l'obtention des conditions techniques pour le projet. Si ces dernières font partie du cheminement habituel des procédures à mettre en place lors de la réalisation d'une construction, il y en a eu d'autres en revanche qui étaient plus spécifiquement liées au projet de l'HDF. Le projet concernait la construction d'un hôpital et un nombre d'autorisations ont été nécessaires en raison de la fonction médicale du futur bâtiment.

---

[1] Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, consultant, Ukraine, *op. cit.*
[2] Entretien avec Antoine Buisseret, architecte directeur, Groupe-6, Grenoble, décembre 2010.
[3] Il s'agit ici d'un anglicisme, l'interlocuteur se référant à la notion de « processus ».
[4] Entretien avec Antoine Buisseret, Groupe-6, *op. cit*.

B) Les autorisations spécifiques

Bien que les représentants de la Fondation disposent d'informations au sujet des documents à présenter devant chaque autorité pour l'obtention de certificats, de nombreux « documents-surprises » ont été demandés en cours de route. Certains documents leur ont paru « inattendus », tels que l'opération de déminage du site :

« De la même façon, de manière très concrète, je ne l'aurais jamais deviné avant le début de ce processus, que nous aurions à passer comme procédure le déminage du site pour le futur hôpital. Voilà, vous pouvez le voir…ceci est un objet que nous avons trouvé – un des restes de la deuxième guerre mondiale. C'est une procédure spéciale effectuée par le ministère de Situations Exceptionnelles avant la construction de tout bâtiment. Ils ont trouvé 16 à 17 restes d'anciennes mines »[1].

En montrant fièrement la fraction de mine de la deuxième guerre mondiale récupérée sur le terrain où sera construit l'hôpital, Andryi Miroshnichenko soulignait la complexité des démarches administratives qu'ils ont dû effectuer pour le projet de Kiev. Les membres de la Fondation ont été surpris, non pas seulement des délais longs d'obtention des autorisations, mais également par des demandes auxquelles ils ne s'y attendaient pas. Dans le même ordre d'idées, la Fondation fut confrontée à un problème de voisinage au sein du terrain sur lequel devait se construire le futur hôpital. Un Observatoire d'astronomie, situé à proximité de l'hôpital, avait émis un avis défavorable à la réalisation du projet, sous motif que cela empêcherait ses activités :

« De la même façon, l'exemple du changement de territoire. A la suite du changement de site, tout avait l'air en règle. Sur le plan masse il se présentait bien et nous avons donc transféré l'hôpital. Ensuite il s'est avéré que sur le même territoire il se trouve un Observatoire qui a sa spécificité. Il paraît qu'ils ont une sorte de document, d'acte, datant de 1947 du Soviet des Ministres de l'URSS qui interdit toute construction, hors objets militaires, un kilomètre autour de leur bâtiment »[2].

La Fondation a mené des négociations avec l'Observatoire d'astronomie en vue d'obtenir son accord. Etant donné que l'Observatoire craignait que l'angle de leur fusée lumineuse ne touche le futur bâtiment, les représentants de la maîtrise d'œuvre ont envisagé même des

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

modifications de l'orientation de ce dernier. Au final, à la suite des négociations, l'Observatoire a donné son accord pour la construction de l'hôpital[1].

Un autre exemple de démarches administratives « inattendues » concerne un certain nombre de jardins potagers qui furent installés sur le terrain de l'hôpital. Situé un peu à l'extérieur de la ville de Kiev, le site s'étendait sur une zone forestière. Sans demande d'autorisation, quelques habitants de la ville ont établi, dans les années 1990, des jardins potagers sur ce territoire. Ces exploitations agricoles individuelles n'étaient pas légales et gênaient la construction de l'HDF. Dans ces conditions, les membres de la Fondation ont mené des actions pour que l'autorité régionale attribue des parcelles de terrain ailleurs, afin que les potagers puissent être déplacés. La Fondation avait décidé de ne pas communiquer sur ce problème, afin d'éviter des questionnements supplémentaires :

« Nous n'avons pas parlé de ces choses. Car par exemple déclarer que nous réglons le problème du site, en accordant du terrain ailleurs à des gens qui, sans autorisation, ont fait des potagers sur le territoire d'un parc national, aurait pu engendrer l'apparition d'une centaine de tels jardiniers, et cela dès le lendemain…Tous très désireux de recevoir une parcelle ailleurs…Personne n'avait d'acte sur ce terrain. Nous avons pu résoudre le problème en faisant les documents nécessaires, de manière paisible. Autrement, nous aurions pu avoir des centaines de personnes intéressées. Ils auraient tous pris une pelle et dit que cela faisait cents ans qu'ils la labouraient… » [1].

Au travers de ces exemples, nous soulignons que lors du déroulement du projet de l'HDF de Kiev, de nombreuses démarches administratives ont dû être mises en place par les membres de la maîtrise d'ouvrage. En plus du fait que chaque procédure administrative impliquait la collecte de plusieurs documents, des actions supplémentaires, voire parfois « inattendues » ont été nécessaires. Ces exemples dénotent d'un processus administratif laborieux en Ukraine, souligné à la fois par les participants nationaux et étrangers. Mais le cas de l'hôpital de Kiev met notamment en évidence le fait que ces démarches ont été nécessaires en dépit du Statut Expérimental dont il bénéficiait. Comme expliqué au départ, cette disposition institutionnelle donne une possibilité de déroger aux normes en vigueur, mais n'exempte pas un projet du

[1] Lors de réunions entre les professionnels étrangers et les représentants ukrainiens, nous avons entendu à plusieurs reprises la question politique comme étant invoquée à l'opposition de l'Observatoire au projet de l'HDF de Kiev. Cependant, nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments pour expliquer l'impact de ce facteur sur cette question, ni d'ailleurs la manière dont les négociations ont pu aboutir à un résultat favorable.

passage par les administrations nationales. Or, ce parcours administratif reste fidèle à ce qui se faisait durant la période soviétique, en termes de délais d'obtention des autorisations et de leur nombre significatif. De cette manière, la continuité des arrangements institutionnels de la période soviétique, persiste à s'exprimer en dépit du Statut Expérimental. Autrement dit, l'existence d'un parcours administratif similaire à ce qui se faisait durant la période soviétique, rend difficile l'introduction de normes techniques de l'étranger, autorisée par le Statut Expérimental. Cet obstacle s'exprime par la multiplication des échelles administratives que doit surpasser le maître d'ouvrage pour pouvoir valider son projet. Aussi, l'aspect des procédures administratives complexes permet de souligner le rôle des fonctionnaires, qui gardent toujours une position déterminante dans la validation de projets internationaux. La Fondation de l'HDF de Kiev avait pensé que le Statut Expérimental lui permettrait d'obtenir plus facilement des certificats de la part des administrations. Or, les fonctionnaires lui ont fait comprendre qu'elle devait passer par la « machine administrative » habituelle en Ukraine. Sans s'opposer directement au projet de Kiev, le fonctionnement même des structures bureaucratiques ukrainiennes peut, par ses délais et sa complexité, représenter un obstacle à la validation de normes transférées par les acteurs étrangers.

En Moldavie, en plus de la lourdeur administrative, les interlocuteurs ont souligné l'intransigeance des fonctionnaires des administrations à faire valider des normes différentes de celles en vigueur. En absence d'un Statut Expérimental comme en Ukraine, le maître d'ouvrage n'est pas autorisé à présenter des projets dérogeant aux normes nationales. La dépendance aux normes de la période soviétique s'exprime non seulement par la complexité administrative, mais également par l'attachement de certains fonctionnaires aux normes d'autrefois.

II) Le cas des Centres de santé en Moldavie : qui prend la responsabilité des dérogations ?

Dans le cadre du projet de construction des Centre de santé en Moldavie, le ministère de la Santé disposait d'un courrier officiel du ministère de la Construction lui permettant d'entreprendre des dérogations (cf. chapitre 6). Sur la base de cette autorisation, le ministère a modernisé les Centres de santé selon des normes techniques conseillées par des consultants de la Banque mondiale. Ces normes étaient différentes de celles en vigueur en Moldavie. Lors de

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

la conception de ces institutions médicales, les architectes ont volontairement dérogé aux normes nationales, en adoptant les solutions qui leurs semblaient plus efficaces. Les réalisateurs de ce projet ont pris la responsabilité de mettre en place des mesures contrevenant aux normes en vigueur :

« Par exemple, chez nous, les toits étaient tous en tuiles métalliques…Conformément aux normes, dans chaque cabinet médical la ventilation doit avoir une évacuation sur le toit. Dans un centre de santé, le toit devait être percé dans une quinzaine d'endroits. Et nous nous sommes rendu compte que si on faisait cela, on détruisait totalement la construction. Mais telle est la norme. Nous avons décidé de la faire sortir sur le toit et seulement dans le laboratoire nous avons sorti là où il fallait en effet mettre un ventilateur. C'était une décision non coordonnée avec personne. Donc le ministère de la Santé et les architectes sont allés de leurs propres risques…Ils se sont coordonnés pour qu'il n'y ait pas de désaccord lorsque les organes de contrôle viendront »[1].

Le projet moldave ne bénéficiait pas de Statut Expérimental, qui aurait permis de présenter aux administrations un projet avec des dérogations, comme en Ukraine. Les participants ont pourtant pris ce risque. Ils ont donc réalisé des plans architecturaux non conformes aux normes en vigueur, en espérant ensuite convaincre les administrations nationales de les accepter. Ils ont néanmoins rencontré des difficultés.

Un obstacle, souvent mentionné, concernait l'attachement des fonctionnaires aux normes règlementaires. Les normes nationales représentaient la seule base juridique valable. Pour les fonctionnaires des administrations de contrôle, valider des normes de l'étranger revenait à s'écarter du cadre légal. Mais il y avait également la conviction, de certains d'entre eux, du bien-fondé des normes de la période soviétique. Cet attachement des fonctionnaires exprime le phénomène de dépendance au sentier, qui fait perdurer les arrangements institutionnels précédents. Il est également lié aux habitudes des fonctionnaires à avoir sur les plans architecturaux les mêmes normes depuis les cinquante années de période soviétique. Etant donné qu'ils ont été habitués à envisager la construction d'institutions médicales selon ces normes, ces fonctionnaires semblent avoir du mal à se détacher de ce cadre cognitif. Les fonctionnaires des administrations ne connaissent pas d'autres normes techniques. Ils semblent, ainsi, réticents à vouloir accepter de nouvelles façons de faire dans ce domaine.

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

Leur attachement aux normes héritées de la période soviétique est conforté par le fait que nombre d'entre elles sont restées en vigueur entre 1991 et 2011. Par conséquent, l'opposition des fonctionnaires d'administrations de contrôle représente un élément de résistance à l'introduction de normes étrangères.

Dans le cadre du projet de construction des Centres de santé, le maître d'ouvrage souligne cet aspect. Valentina Spac mentionne que lors de la présentation de normes différentes de celles en vigueur, il n'y pas eu d'approbation de la part des administrations de contrôle :

« Lorsqu'il a fallu donner l'objet en exploitation, est venu le Centre de médecine préventive. Ils ont dit que cela contrevenait à toutes les instructions. Nous avons compris : ils ne voulaient pas signer. En particulier parce qu'ils étaient âgés. On leur explique que le toit coule. Ils répondent : « Telle est la norme. On ne peut pas faire autrement ». »[1].

L'intransigeance des fonctionnaires face à l'introduction de dérogations aux normes en vigueur fut soulignée par de nombreux professionnels du bâtiment. Ion Moldovanu a travaillé pendant une quarantaine d'années au sein de la Direction de la construction du ministère de la Santé. Il affirme que les administrations de contrôle refusaient de valider des projets avec des dérogations. Dans le cas des Centres de santé, le ministère de la Construction avait signé un courrier officiel indiquant aux administrations de contrôle de permettre un écart par rapport aux normes en vigueur. Mais cela n'a pas suffi pour les convaincre :

« Non. Cela n'a pas été accepté. Il y a des normes et puis c'est tout. Il y a un expert et lui, il a des normes. S'il ne respecte pas ces normes, cela veut dire qu'il n'est plus spécialiste »[1].

Les fonctionnaires des instances de contrôle continuent ainsi d'appliquer les normes en vigueur et semblent impassibles face à l'introduction de nouvelles normes. S'ils devaient accepter les propositions des professionnels du bâtiment, cela impliquerait le non-respect des textes juridiques existants et engagerait leur responsabilité. Dans ce contexte, les administrations nationales représentent des garants de la conformité aux normes techniques nationales. Dans le cas du projet des Centres de santé, bien que le ministère de la Construction ait attesté de la nécessité de s'écarter des normes règlementaires, les administrations de contrôle ont empêché la dérogation :

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

"Oui, nous par cette lettre, nous avons changé des choses…A la suite de cela, l'organe de contrôle nous demande : « De quel droit avez-vous changé ? ». Il n'est pas spécialiste en construction. Il opère strictement selon les normes…Donc moi, pour que je comprenne qu'il est bon de minimiser les dimensions prévues dans les normes ou qu'il est bon si je les modifie pour qu'elles aillent dans le sens d'une diminution, alors il faut que je sois convaincu que ce que je fais est bien. Mais pour cela, il faut que je voie beaucoup de choses…Chez nous il y a des spécialistes qui n'ont jamais vu une institution de pointe dans d'autres pays. D'habitude, c'est la Direction qui va en déplacements. Ce n'est pas le technicien. Il faut précisément que ce soit le technicien qui voit, qui apprenne de nouvelles normes, de nouveaux modèles. C'est une question de mentalité"[2].

Au-delà de l'attachement des fonctionnaires, peu ouverts aux nouvelles normes dans la matière, les normes techniques en vigueur représentent en elles-mêmes un obstacle institutionnel. La majorité des professionnels interviewés, lors de notre enquête, ont souligné leur difficulté à réaliser des bâtiments modernes, contenant des équipements et technologies médicales de pointe, tout en appliquant les normes règlementaires moldaves. Des opérations telles que les Centres de santé ou l'HCR de Chisinau illustrent le problème d'incompatibilité entre les nouveaux besoins et les normes techniques en vigueur, héritées de la période soviétique. En absence de modification substantielle des normes techniques par les pouvoirs publics, entre 1991 et 2011, les professionnels demandent la possibilité de déroger, au moins exceptionnellement, dans certains cas :

« Je vous montre le SNIP des années 1989…selon lequel on réalise actuellement la conception architecturale des institutions médicales. Je vous donne quelques documents normatifs d'après lesquels on se conduit. Le ministère de la Construction, nous a demandé de leur dire quels sont les documents normatifs d'après lesquels on se conduit lors de la conception d'institutions médicales. Ce sont les règlementations d'après lesquelles on se conduit jusqu'à aujourd'hui…La tragédie est que nous sommes en feu en permanence…nous n'avions aucune aide de personne. Même au ministre Ababii[3]*, on lui disait que nous n'avons pas d'architectes au ministère. L'architecte a la liste des normes. S'il fait quelque chose qui contrevient à la norme, alors il ne passe pas l'Expertise. Mais il est impossible de débattre*

---

[1] Entretien avec Ion Moldovanu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit*.
[2] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*
[3] Ion Ababii a été ministre de la santé de la Moldavie de 2005 à 2008.

avec quelqu'un de l'Expertise d'Etat. Dans cette institution, il y a des gens qui ont 70 ans. Eux, ils ont la norme et un point c'est tout. Autre chose, ils ne connaissent pas »[1].

Valentina Spac mentionne l'absence de ressources au sein du ministère de la Santé pour la révision des normes techniques obsolètes. Elle signale que les architectes, seuls, sont en mesure d'indiquer quelles modifications normatives doivent être entreprises. Etant donné que ces derniers appliquent des normes techniques lors de l'élaboration des plans architecturaux, ils sont également au courant des normes soviétiques devenues obsolètes. Cependant, les architectes ne possèdent pas la capacité d'infléchir les administrations de contrôle, qui continuent d'appliquer les normes héritées de l'URSS. Certains fonctionnaires, semblent même convaincus par ces normes héritées, car ils les ont validées tout au long des années précédentes. Leur manque de connaissances sur d'autres façons de construire un hôpital les rend réticents à toute dérogation aux normes règlementaires. Autrement dit, sans connaître de nouvelles normes techniques et sans être convaincus par de nouvelles normes que les architectes leur présentent, ils préfèrent s'en tenir aux normes héritées de la période soviétique, qu'ils connaissent et auxquelles ils font confiance. En plus du fait qu'ils font respecter le cadre règlementaire national, les fonctionnaires semblent également peu « ouverts » à des normes de l'étranger. Leur méfiance s'explique notamment par l'absence de connaissances sur ces normes. En nous référant au chapitre précédant, on peut remarquer que les architectes nationaux sont au courant des normes de l'étranger. En collaborant avec des architectes étrangers, ils apprennent de nouvelles techniques pour construire des bâtiments. En revanche, les fonctionnaires des administrations restent à l'écart de ces échanges. Ils ne participent pas aux processus de transferts internationaux. Ils ne font pas, par exemple, des échanges au sein d'administrations à l'étranger, pour connaître de nouvelles normes techniques. Il n'y a pas non plus, au moment où nous écrivons ces lignes, de transfert de normes règlementaires en Moldavie depuis l'étranger et qui imposerait aux fonctionnaires de nouvelles normes techniques. Par conséquent, lorsque les architectes nationaux tentent de les convaincre d'accepter de nouvelles solutions techniques et architecturales, ils s'y opposent, le plus souvent, par un manque de confiance dans le bien-fondé de ces dernières.

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

L'exemple de la modernisation de l'hôpital de Vorniceni peut être également cité pour illustrer l'absence de possibilité de négociation avec les fonctionnaires, en charge de la vérification des projets, en Moldavie :

« Dans le cas de Vorniceni, l'Inspection d'Etat en construction nous a contrôlé. Conformément aux normes en vigueur roumaines[1] *…les fondations en dessous des bâtiments…ce sont de grands bâtiments. Il y avait là-bas un grand bâtiment…Nous devions mettre 1 mm de mortier sur ce bâtiment et mettre un autre bloc par-dessus. Les constructeurs ont mis 3cm, ont mis le bloc et ont demandé de l'argent. Nous avons versé l'argent. Nous avons fait selon ce qui y a été mis. Nous avons coordonné avec les architectes. Les inspecteurs ont dit que c'est une contravention. Et ils ont dit que le mortier doit être enlevé et une amende doit être appliquée. Leur réponse à toute suggestion est « Cela ne m'intéresse pas. La norme est comme ça ». Je suis allée pendant trois jours au ministère de la Construction à errer d'un cabinet à un autre pour résoudre le problème. Ils me disaient que nous devions dire aux experts de revoir leurs solutions. Je pleurais pratiquement. Jusqu'à ce que j'obtienne cela, ce fut très difficile »*[2].

L'exaspération des professionnels du bâtiment face à l'inflexibilité des administrations nationales de contrôle des normes en vigueur a pu être constatée tout au long des entretiens réalisés durant notre enquête de terrain. Les exemples choisis ont permis de pointer les débats entre les professionnels du bâtiment et les fonctionnaires des administrations nationales au sujet de la validation de normes étrangères. En absence de modification des règlementations officielles, les fonctionnaires n'ont pas pris la responsabilité d'accorder des dérogations aux professionnels souhaitant réaliser des projets selon de normes techniques étrangères. Si les architectes et les maîtres d'ouvrage de différentes opérations de construction ont accepté des normes depuis l'étranger, les fonctionnaires des administrations de contrôle n'ont en revanche pas modifié leurs comportements et sont restés fidèles au respect des normes nationales. La sauvegarde des normes techniques telles que durant la période soviétique et leur non modification en absence de ressources constitue ainsi le principal obstacle à l'introduction de normes étrangères en Moldavie depuis l'effondrement de l'Union soviétique. Comme le souligne à ce titre cette ingénieure en construction :

---

[1] L'intervenant mentionnait la modernisation de l'hôpital de Vorniceni, où ils ont appliqués des normes techniques de Roumanie, selon les conseils des consultants roumains, participant au projet.
[2] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*.

« Si la norme n'est pas modifiée, il est impossible de chercher à lui donner (au fonctionnaire) des explications lors d'un contrôle. C'est très difficile. J'ai espéré que quelque chose allait changer. Mais c'est impossible. Du moins pour l'instant… »[1].

Par conséquent, les normes techniques en vigueur et plus précisément celles héritées de la période soviétique, représentent le principal obstacle face à l'introduction de normes techniques de l'étranger en Moldavie. Le refus des fonctionnaires des administrations nationales en charge de vérifier la conformité des projets à ces normes représente un deuxième frein à ce processus, découlant cependant du premier – de l'état actuel des normes règlementaires.

Les deux obstacles dénotent une dépendance au sentier de la part des institutions nationales. D'une part, les normes techniques règlementaires, héritées de la période soviétique, sont un instrument d'action publique régissant le domaine de la construction des bâtiments. La sauvegarde et la non-modification de cet instrument exprime une dépendance au sentier de la période soviétique. Mais la dépendance aux normes de la période soviétique s'exprime notamment au travers de ce qu'engendre l'utilisation de cet instrument : un déroulement de l'activité de construction des bâtiments selon les normes techniques d'autrefois. D'autre part, elle est visible dans le comportement des acteurs, et plus précisément des fonctionnaires des administrations de contrôle. Ces derniers restent attachés aux pratiques et façons de faire découlant de l'utilisation dans leur travail des normes techniques de la période soviétique.

Cette première section du chapitre a abordé le phénomène de dépendance au sentier, en tant qu'obstacle à la validation de normes de l'étranger. Il y a plusieurs aspects de la dépendance au sentier. Si en Moldavie, nous avons souligné l'attachement des fonctionnaires des administrations de contrôle aux normes de la période soviétique, en Ukraine, nous avons surtout développé la complexité et la lourdeur des démarches administratives. Néanmoins, il s'agit dans les deux cas d'une dépendance aux normes techniques formelles et informelles de la période soviétique.

Tout d'abord, les normes techniques en vigueur en Ukraine et en Moldavie représentent en elles-mêmes un élément de dépendance au sentier. Leur contenu n'est pas très différent des normes de la période soviétique. Deuxièmement, tant le cas de l'HDF de Kiev, avec ses

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

longues procédures administratives, que celui des Centres de santé de Moldavie, avec les demandes d'autorisations, montrent que les professionnels du bâtiment rencontrent de nombreux obstacles à la validation de projets contenant des normes étrangères. Et ce, malgré les moyens qu'ils ont trouvés pour pouvoir s'en écarter : Statut Expérimental en Ukraine et « exceptions » autorisées par le ministère de la Construction en Moldavie. Ces éléments permettent ainsi de souligner que les procédures administratives, semblables à celles de l'ère soviétique, ainsi que l'attachement des fonctionnaires aux normes techniques de cette période, constituent un frein à la validation de projets internationaux. Ces éléments de résistance s'expriment malgré les mécanismes identifiés par les professionnels du bâtiment nationaux pour contourner les règlementations en place. Ce frein, que nous caractérisons de phénomène de dépendance au sentier, est présent au sein des deux pays à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. Dans les lignes suivantes, nous étudions quels sont les facteurs permettant de le dépasser et de faire valider des projets contenant des normes techniques différentes de celles nationales.

Section II : Les catalyseurs du changement

Si dans les lignes précédentes nous avons focalisé notre attention sur les obstacles à l'introduction de normes étrangères, nous nous intéressons à présent aux facteurs qui ont pu favoriser ce processus. En partant du constat que certains bâtiments plus modernes ont été tout de même construits entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie, nous nous sommes interrogés sur la manière dont les administrations de contrôle ont fini par accorder des dérogations ainsi que les facteurs qui ont influencé ces permissions.

Nous avons vu que le Statut Expérimental en Ukraine n'a pas suffi à vaincre la résistance des structures bureaucratiques. Mais qu'en est-il du soutien politique ? Est-ce qu'avec le soutien du président, le projet a-t-il eu plus de facilité à obtenir des dérogations ? Le cas de l'HDF en Ukraine permettra d'évaluer l'impact de ce facteur, notamment vers la fin du projet, lorsque le président Viktor Iouchtchenko connait une baisse de sa cote de popularité. Si le soutien politique compte, nous devrions observer plus de difficultés à l'obtention d'autorisations vers la fin du projet. Le cas des Centres de santé de Moldavie interroge le rôle de la Banque mondiale dans la validation du projet par les administrations nationales : est-ce que cela a joué dans l'obtention de dérogations ?

I) Le soutien politique permet-il d'infléchir les administrations ukrainiennes ?

La Fondation de l'hôpital de Kiev s'est beaucoup appuyée sur le soutien politique du président Viktor Iouchtchenko et ce dès de le début de l'opération. Nous rappelons que son insistance auprès des architectes étrangers de réaliser l'hôpital selon l'expérience internationale s'explique par le soutien du président dans l'obtention du Statut Expérimental. A la suite de ce dernier, la Fondation pensait qu'elle n'aurait pas de difficultés à faire valider le projet auprès des administrations, bien qu'il contienne des normes techniques de l'étranger. Néanmoins, vers la fin de la conception architecturale, la situation politique en Ukraine n'était pas favorable au président Viktor Iouchtchenko. En novembre 2009, à la veille des élections de janvier 2010, un sondage d'opinion indiquait que 31,2% des Ukrainiens voteraient pour Viktor Ianoukovitch et 19,1% pour Ioulia Tymochenko lors du premier tour. Seulement 3,5%

des Ukrainiens affirmaient vouloir voter pour Viktor Iouchtchenko[1]. Dans ce contexte, la Fondation pressait l'équipe de maîtrise d'œuvre pour finaliser la conception architecturale avant que « le vent ne tourne » en sa défaveur. L'influence du contexte politique a ainsi pu être davantage saisie dans le cadre du projet de Kiev que l'image du président se détériorait.

A) Le soutien politique du début du projet

Le soutien politique, dont a bénéficié le projet de l'HDF de Kiev en Ukraine, a été exprimé très clairement par les divers participants. Ainsi, tant les membres ukrainiens, que les professionnels étrangers du consortium bdpgroupe6, ont souligné l'aspect politique de l'opération de modernisation hospitalière qu'ils réalisaient. En premier, les membres de la Fondation de l'HDF eux-mêmes ont affirmé le soutien politique dont bénéficiait le projet. Cela était lié au fait que Kateryna Iouchtchenko, l'épouse du président, dirigeait la Fondation Ukraine 3000, à l'origine de l'opération. Comme le mentionne Andryi Miroshnichenko, la dimension politique du projet fut présente dès le début de sa mise en œuvre :

« Je pense que le statut de la Fondation dirigée et représentée par la première dame, a eu un rôle dans ce projet. Ce fut un facteur principal pour que l'idée née au sein de la société soit soutenue par les pouvoirs publics. Il n'y a rien à cacher. Si c'était une autre Fondation, une telle action commune, aussi réciproquement fructueuse, n'aurait pas eu lieu. Disons, du point de vue de la structure institutionnelle, je pense qu'actuellement en Ukraine il n'existe pas un mécanisme dédié permettant une action commune fructueuse sans la présence de ce facteur subjectif qui a permis en effet un tel projet. C'est à dire qu'ici le facteur subjectif, le facteur personnel fut très important, car cela a permis de donner à cette idée un rang assez élevé »[1].

Le facteur politique, considéré ici comme étant « subjectif » par le représentant de la Fondation de l'HDF de Kiev, est rappelé pour accentuer le fait que l'association de nombreux acteurs institutionnels en Ukraine autour du projet de l'HDF a été possible notamment grâce au rôle joué par l'épouse du président, directrice de la Fondation Ukraine 3000. Il s'agit plus particulièrement du fait que l'idée de la création du Centre du traitement du cancer chez la mère et l'enfant a été soutenue à la fois par le ministère de la Santé, le Cabinet des ministres,

[1] Voir le rapport de l'IFES (Fondation internationale des systèmes électoraux) : « Change on the Horizon? Public Opinion in Ukraine before the 2010 Presidential Election », disponible également sur http://www.ifes.org/.

ainsi que par l'Administration auprès du président. Mais il s'agit également de l'obtention du Statut Expérimental par la suite, lors du déroulement du projet, en raison des difficultés de non-conformité aux normes en vigueur, identifiées par les participants. Le soutien politique pour l'HDF s'est ainsi traduit dans la pratique par le rassemblement de plusieurs acteurs institutionnels, économiques et sociaux autour de l'idée de la réalisation de l'hôpital du Futur à Kiev. L'initiative de la première dame du pays de créer un nouvel établissement de santé de pointe dans le pays fut rapidement reprise par les pouvoirs publics et mise en œuvre avec le soutien de ces derniers:

« Et en effet, l'idée du projet de l'hôpital du Futur des enfants est née chez Kateryna Mychaylovna[2] et moi-même à la suite de la visite de l'hôpital Okchmadet (…) où il est devenu très clair que les conditions telles qu'existantes aujourd'hui dans cet hôpital ne correspondent pas aux besoins actuels en santé.

A ce moment-là, ceci a été discuté par un large cercle de spécialistes. Il a été préparé une initiative du ministère de la Santé qui a été en effet une initiative du ministère de la Santé et de l'Administration auprès du président. Ils ont formulé cette initiative, sous forme officielle. Elle s'est ensuite reflétée dans un Décret du président[3], portant sur la création du Centre Ukrainien pour la protection de la mère et de l'enfant »[4].

C'est à ce moment qu'il fut également convenu que l'Administration du président soit le maître d'ouvrage du projet de l'HDF et que celui-ci soit construit sur le terrain appartenant à cette dernière[5]. La Fondation Ukraine 3000, dirigée par la première dame du pays et qui fut à l'origine de l'idée de création de l'institution médicale, fut désignée en tant que responsable de la conception architecturale du futur établissement médical:

---

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Kateryna Iouchtchenko, l'épouse du président ukrainien Viktor Iouchtchenko.
[3] Décret présidentiel portant sur « Les mesures expéditives de réforme du système de santé publique », datant du 6 décembre 2005 No. 1694\2005. Source : le cahier des charges de la compétition internationale pour la conception de l'HDF de Kiev, Kiev, Ukraine, 2007.
[4] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[5] Il s'agit d'une parcelle attribuée sur le site de l'hôpital existant Feofania, de l'Administration auprès du président de l'Ukraine. Durant la période soviétique, Feofania était l'institution médicale réservée aux plus hauts responsables d'Etat et membres du parti communiste. A la suite de la dissolution de l'URSS, l'hôpital est resté sous l'autorité de l'Administration auprès du président, ainsi que l'ensemble du terrain l'entourant. Information collectée durant les entretiens avec les membres de la Fondation de l'HDF de Kiev.

« Par la suite, il a suivi une décision du Cabinet du Ministre[1] qui indiquait que le maître d'ouvrage de la construction de l'hôpital de Kiev sera l'Administration auprès du président. L'hôpital devait être localisé sur le territoire de l'hôpital de Feofania. De cette manière il y aurait déjà une institution publique, au niveau du Cabinet des Ministres, qui s'en occuperait, sans nécessité d'en créer une autre. Par la suite, étant donné qu'elle a soutenu cette idée, la Fondation a exercé la fonction de recherche et de sélection du maître d'œuvre pour la réalisation du futur bâtiment »[2].

Ces informations permettent d'attester du soutien politique dont a bénéficié le projet de l'HDF dès le début de sa mise en œuvre. Par ailleurs, l'organisation par la Fondation, d'une tournée nationale et internationale, de collecte de ressources pour la réalisation de l'hôpital, a mobilisé de nombreux acteurs économiques et sociaux en Ukraine, ainsi qu'à l'extérieur du pays (comme ce fut le cas de la diaspora ukrainienne d'outre-Atlantique par exemple). Dans ce contexte, l'idée de la création d'un hôpital de pointe en Ukraine avait réuni des hommes politiques et des hommes d'affaires d'horizons différents. Comme le souligne Andryi Miroshnichenko, conseiller de la Fondation Ukraine 3000, le projet de l'HDF a réuni des représentants de différents bords politiques :

« En plus grande partie, à cette époque, en l'an 2006, ce projet représentait l'unique plateforme sur laquelle des hommes d'affaires ukrainiens de différents camps étaient réunis à table. C'était à ma connaissance la seule table à laquelle il y avait des businessmen du bloc politique de Iulia Timoshenko, le bloc des Régions etc. ».

« Je pense qu'une deuxième plateforme alternative était représentée par le foot dans le pays. Le plus intéressant c'est que le foot en lui-même est conflictuel. La plateforme de la préparation au championnat – les championnats internes sont eux même conflictuels. C'est à dire qu'ils s'assoient tous ensemble autour d'une table, mais qu'ils restent quand même en conflit. Alors que dans notre cas, la situation autour du projet était sans aucun conflit »[3].

---

[1] Résolution du Cabinet des ministres portant sur la mise en œuvre du Centre de diagnostic et de traitement du cancer chez la mère et l'enfant, datant du 25 mai 2006, No. 72, adoptée pour la mise en application du Décret présidentiel. Source: le cahier des charges de la compétition internationale pour la conception de l'HDF de Kiev, Kiev, Ukraine, 2007.
[2] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[3] *Ibid.*

Ainsi, le soutien politique du projet de l'HDF de Kiev apparaît également par le rassemblement des hommes politiques et des hommes d'affaires de blocs différents en Ukraine, autour de la collecte de ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Le projet de l'HDF était ainsi perçu comme étant important par l'ensemble de la société ukrainienne et la connotation politique qu'il avait ne faisait que renforcer son image:

« Oui, ce projet était important pour l'Ukraine et aussi parce que l'épouse du président le soutenait. Tout le monde a donné de l'argent pour ce projet et tout le monde comprenait que ce projet était tout d'abord une nécessité, car dans la vie, beaucoup de choses peuvent arriver. Or, en Ukraine il n'y a pratiquement pas d'institution médicale pour enfants qui soit bien…qui soit normale. Seulement des privés et encore, pas beaucoup »[1].

Si les données sur le lancement et la mise en place de l'opération de cette modernisation hospitalière en Ukraine sont détaillées au sein du chapitre 3 précédent, il s'agit ici de souligner le soutien politique dont cette dernière a bénéficié, et ce dès le départ:

« Vraiment au tout début, l'idée même, de la nécessité de créer une institution médicale, qui est apparue au sein de la Fondation, donc du côté de la société, fut soutenue par le gouvernement, le ministère, l'Administration du président au nom du président, ainsi que le Cabinet des Ministres. Et tout cela a eu lieu tout au début, quand il y avait seulement des discussions au niveau de l'Etat concernant la réalisation de cet hôpital »[1].

Le soutien politique pour l'HDF a également pu être noté lors du déroulement du projet par la suite. L'obtention du statut expérimental et la convocation de la réunion interministérielle exceptionnelle par l'Administration du président à ce sujet en constituent une démonstration. Dans un entretien avec un représentant d'une société contractée par la Fondation pour l'aider sur la réalisation du projet, on nous a suggéré très clairement que le fait qu'un des Ministres ait été l' « homme » du président a sensiblement augmenté les chances d'approbation du programme Expérimental:

« En effet, j'étais au Conseil Ministériel lors duquel le projet de l'HDF de Kiev a obtenu le titre d'Expérimental. A la suite des accords du ministère de la Santé, du ministère de la Construction, de l'Administration de Kiev etc., il s'agit en tout d'environ 7 à 8

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

autorisations de la part de ces institutions, le programme expérimental a été approuvé par le ministère de la Construction. Lors de cette session, nous avons montré les éléments du dossier, notamment concernant la façon dont sera réalisé le projet. Etant donné que le Ministre était une personne nommée par le président – il n'y a pas eu de problèmes »[2].

Ces affirmations, comme celles de la grande majorité des participants au projet interviewés, attestent des actions des représentants d'institutions politiques, et plus spécifiquement de la Présidence, au sujet de la mise en œuvre du projet de l'HDF de Kiev.

B) Est-il plus facile d'obtenir des autorisations administratives ?

Nous revenons ici sur l'influence politique dans le projet de l'HDF de Kiev et sa capacité à outrepasser les éléments de dépendance au sentier tels que la lourdeur des procédures administratives et l'attachement des fonctionnaires aux anciennes normes. Nous avons posé la question à nos interlocuteurs ukrainiens sur l'attitude des fonctionnaires vis-à-vis du rôle de ce projet en Ukraine et notamment du fait de son soutien par le président. Ils ont tout d'abord mentionné que les fonctionnaires semblaient très intéressés par le déroulement du projet, en raison de sa popularité dans le pays. Ensuite, s'ils n'ont pas spécifié que le facteur politique a aidé à obtenir plus facilement les autorisations nécessaires, ils ont néanmoins confirmé qu'il a compté dans la façon dont se sont déroulées les démarches administratives. A ce titre, les représentants du maître d'ouvrage ont mentionné l'importance du caractère public de l'opération qui a fait que le coût des démarches administratives a été moins important que cela aurait été pour une opération privée:

« La plupart de ces documents sont payants bien sûr, entre 70% et 90%, d'entre eux. Je ne me souviens pas exactement lesquels, on en a environ 2000 approbations. Le plan masse coûte par exemple quelques 78000 grivna »[1].

L'aspect financier des démarches administratives permet de présenter une caractéristique de plus du processus d'obtention des autorisations administratives dans le cadre de la réalisation de projet de modernisation hospitalière en Ukraine. Cet élément permet également de s'interroger sur les recours abusifs qui auraient pu être associés à ces procédures de paiements officiels. Le fait que l'HDF de Kiev soit une institution médicale publique a permis à la

---

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Entretien avec Nazar Lisyi, consultant pour l'HDF, *op. cit*.

Fondation de bénéficier d'un prix plus avantageux et en particulier, d'un délai plus court que ce qui est prévu pour les établissements de type privé :

« Nous avons eu de la chance que notre Client soit une structure d'Etat car ces administrations ont des coefficients: pour le particulier ce coefficient est de 1, alors que pour une structure d'Etat il peut être de 0,5-0,2. Cela concerne le prix et a donc un impact sur la somme à payer. Par exemple, pour 10.000 grivna que doit payer un particulier, nous payerons que 2000 ou 3000 grivna ce qui est une très grande réduction »[1].

Néanmoins, nous avons pu obtenir assez rapidement lors de notre enquête de terrain, des informations sur les coûts non officiels des certificats de construction. Que ce soit les membres de la maîtrise d'œuvre ou l'architecte local en Ukraine, tout comme différents professionnels du domaine de la construction dans ce pays, ils ont mentionné le fait que les démarches administratives pour la réalisation d'un projet de construction comportaient également des paiements non officiels. Certains interlocuteurs n'ont souhaité s'exprimer sur ce point que sous la couverture de l'anonymat. D'autres, n'ont pas directement affirmé les sommes versées en échange de l'obtention des autorisations, mais ont néanmoins suggéré avoir entrepris ces actions. C'est ainsi par exemple qu'à la suite d'un entretien, un maître d'ouvrage d'une modernisation hospitalière publique, nous a avoué hors enregistrement que ce qu'il hésitait à nous dire, c'est le fait que les fonctionnaires des administrations ukrainiennes percevaient des sommes d'argent en échange de la délivrance d'autorisations. La pression qu'ils pouvaient émettre était double: d'une part, les fonctionnaires appuyaient le respect des normes en vigueur, tout en sachant que nombre d'entre elles étaient obsolètes et d'autre part, ils signalaient la pile des dossiers à traiter sur leurs bureaux, en faisant référence aux délais longs d'obtention des autorisations. Dans ce contexte, les maîtres d'ouvrages souhaitant réaliser des projets hospitaliers en Ukraine devaient négocier avec les membres des administrations nationales l'obtention des autorisations nécessaires à la construction de leurs œuvres. S'ils voulaient obtenir les documents nécessaires dans les délais souhaités, ils devaient franchir également cet obstacle. Par conséquent, le parcours administratif en Ukraine était perçu comme étant complexe (en raison du nombre d'éléments à produire, ainsi que des délais longs d'obtention des autorisations), mais également assujetti à des phénomènes de corruption, en raison des intérêts financiers des fonctionnaires.

---

[1] Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, consultant, Ukraine, *op. cit.*

Le soutien politique du projet de l'HDF de Kiev a permis au maître d'ouvrage de dépasser à la fois les délais habituellement longs des démarches administratives et les coûts importants (voire supplémentaires) de ces dernières. La popularité du projet dans le pays a également joué un rôle. Comme l'affirme ici ce membre de la société UEI travaillant pour l'HDF:

> *« - En principe, tout le monde connaissait ce projet et ne voulait rien…ne voulait rien. Ils étaient tout simplement prêts à faire tout et même gratuitement.*
>
> - *Comment cela se fait-il? Car c'est déjà payant? Ou voulez-vous dire sans autres honoraires?*
>
> - *Oui, c'est cela.*
>
> - *Pensez-vous que c'était ainsi grâce à l'influence politique qu'il avait?*
>
> - *Non, parce que c'est un hôpital et beaucoup de gens ont encore de la conscience. Et un hôpital ce n'est pas comme un hôtel, un stade ou….un lieu où tu pourras gagner de l'argent. C'est un projet social.*
>
> - *C'est un projet très attendu en Ukraine?*
>
> - *Oui, oui. Je pense que cela a joué également un rôle très important. Et bien entendu le fait que le président suivait ce projet, c'est à dire que son épouse le suivait de près a aussi eu une influence, sans doute. Nier cela se serait un mensonge. Ce ne serait pas la vérité »*[2].

Notre enquête nous permet de dire que le soutien politique a compté dans la mesure où il a évité de payer des sommes supplémentaires, non-officielles, aux fonctionnaires en charge de délivrer les autorisations nécessaires à la conception de l'hôpital de Kiev. Nos interlocuteurs ont mentionné l'existence, en Ukraine, d'un phénomène de corruption autour des démarches administratives dans le domaine de la construction. Pour ce qui est du projet de Kiev, ils ont souligné le fait que le soutien politique a compté pour pouvoir dépasser ce schéma. Cela nous permet de constater que les membres de la Fondation étaient au courant de ces pratiques au

---

[1] Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, consultant, Ukraine, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

sein de leur pays, mais qu'ils ont eu en effet la possibilité de les dépasser grâce à l'implication de la Présidence dans leur projet.

Ainsi, les représentants de la Fondation de l'HDF de Kiev n'ont pas mentionné le fait qu'ils ont dû verser des sommes supplémentaires aux paiements officiels des démarches administratives. Ses membres se sont longuement exprimés au sujet des délais des démarches administratives, de leur complexité, de leurs coûts officiels et non officiels, sans toutefois indiquer leur façon de procéder dans ce projet. Au contraire, la Fondation n'a cessé de mettre l'accent sur son intégrité et la transparence des opérations qu'elle réalisait dans le cadre de la conception de l'HDF de Kiev. A titre d'exemple, nous avançons ici un extrait d'un entretien mené avec les consultants de la société UEI qui ont été en charge de la partie administrative du projet, pour le compte de la Fondation. On peut y saisir l'importance de l'argent dans l'obtention des autorisations pour la construction des bâtiments en Ukraine :

« *- Quel est votre avis sur ce processus administratif que vous avez dû réaliser? Est-il évident, long, difficile, facile?*

Andryi : La procédure est très, très bureaucratisée. Si tu es un simple citoyen et si tu veux construire un tel hôpital, alors il te faut alors environ 5 à 10 ans pour avoir les autorisations. Je suis très réaliste en disant cela.

Nazar: et un million de dollars. Ou alors un million de dollars et tu le fais dans deux ans.

Andryi : Même pas dans deux, en une seule année.

- *C'est à dire qu'on peut payer comme ça non-officiellement?*

Andryi : Oui, mais même officiellement, les prix pour les approbations aujourd'hui sont tels que peu importe officiellement ou non-officiellement »[1].

Par la suite, nos interlocuteurs ont dévié le sujet de la conversation portant sur les paiements non officiels, en développant davantage la partie sur les délais longs d'obtention des certificats administratifs. Les lignes précédentes permettent néanmoins de notifier le fait qu'ils estimaient qu'en ayant des ressources suffisantes en Ukraine, il est possible d'obtenir

[1] Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, consultant, Ukraine, *op. cit.*

des autorisations dans un délai beaucoup plus court qu'habituellement. Le versement de sommes d'argent supplémentaires, en tant que paiements non officiels, aux fonctionnaires en charge de traiter les dossiers des maîtres d'ouvrage nous semble être la piste la plus pertinente pour expliquer comment est-ce que cela peut arriver dans la pratique. Autrement dit, une demande d'autorisations pour un projet de construction peut se trouver en haut ou en bas de la pile de dossiers d'un fonctionnaire, en fonction des intérêts qu'aurait ce dernier à la préférer par rapport aux autres. L'intérêt financier serait ainsi bien perceptible dans les dessous des démarches administratives en Ukraine.

Andryi Miroshnichenko par exemple, membre de la Fondation et conseiller proche de Kateryna Iouchtchenko, l'épouse du président de l'époque, affirme de manière plus tranchante que les intérêts financiers des fonctionnaires représentent un des obstacles à une réforme approfondie des normes techniques de la construction des bâtiments en Ukraine. Car précisément, le fait que les normes en vigueur ne soient pas modifiées à la suite de l'effondrement de l'URSS, et soient devenues obsolètes dans le contexte de l'évolution des équipements et technologies médicales, a posé autant de problème à la conception de l'HDF de Kiev selon l'expérience internationale :

« - *Cela vous aurait facilité le travail pour votre projet?*

- *Tout à fait. Mais le plus important – cela aurait permis d'avancer davantage. Mais encore une fois, je pense, pour être vraiment objectif, qu'il est très difficile de faire cela aujourd'hui. Car retravailler les DBN tels qu'ils ont été constitués représente un volume de travail bien trop important. De plus, on doit compter un travail supplémentaire très important également. Il s'agit de l'analyse scientifique de cette base normative. Car en réalité, ces contraintes réglementaires qui existent, sont souvent nécessaires. Mais il y a…On ne peut pas dire tout simplement qu'elles sont mauvaises. Ils ne sont pas mauvais ces DBN, ils sont anciens, vieillis. Dans quelle mesure on doit décider de ce qui n'est plus d'actualité et de ce qui doit être sauvegardé ? C'est là un travail extrêmement fastidieux. En plus de cela, les structures qui auraient pu*

s'occuper de cela aujourd'hui sont remplies de gens qui ne savent pas comment tourne le monde à l'extérieur »[1].

Le représentant de la Fondation caractérise ainsi les fonctionnaires des administrations nationales en Ukraine comme étant trop enfermés dans leur environnement de travail et ne disposant pas forcément des ressources nécessaires à la modification de la base normative en matière de construction des bâtiments. Nous pouvons saisir dans cette description une nuance d'appartenance au passé de ces fonctionnaires qui ont été habitués de contrôler les projets de construction selon les normes soviétiques pendant plus de cinquante ans et qui ne seraient pas forcément disposés d'envisager leur changement. Si les maîtres d'ouvrages, comme ceux à l'image de la Fondation de l'HDF de Kiev, cherchent à construire des bâtiments contenant de nouvelles technologies, équipements, disposition architecturale, système d'ingénierie, transférés par les acteurs internationaux, les fonctionnaires des administrations nationales, eux, seraient toujours restés ancrés dans l'ancien système normatif. Le changement des normes techniques ne viendrait donc pas de l'intérieur de ces structures administratives et le manque de ressources pour entreprendre les actions de réforme ne ferait que renforcer cet état de fait.

Cependant, au vu des informations sur la présence du phénomène de corruption, l'attachement des fonctionnaires des administrations ukrainiennes aux normes héritées de la période soviétique comme principal obstacle à la validation de nouveaux projets doit être relativisé. D'une part, il ne s'agit pas forcément d'une nostalgie qu'ils éprouveraient pour les normes d'un système datant de la période soviétique qu'ils considéreraient « meilleur ». Mais plutôt de la continuité de leur activité telle qu'exercée auparavant, renforcée à la fois par l'habitude de travailler de cette façon et par l'absence de modification des normes techniques depuis les années 1991. Inscrits dans les rouages de l'administration, ces fonctionnaires ont continué de reproduire les mêmes activités, appuyées par la même base normative. D'autre part, cet aspect de la reproduction des anciennes habitudes, plus que le véritable attachement aux anciennes pratiques est également nourri par les intérêts financiers des fonctionnaires, comme l'ont mentionné de nombreux interviewés. Ainsi, ce représentant de la maîtrise d'ouvrage de l'HDF de Kiev explique l'opportunité qu'aurait été d'utiliser le Statut Expérimental de leur projet pour introduire de nouvelles normes en Ukraine :

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

« - *Pourquoi croyez-vous que vingt ans après la fin de l'URSS on ne fait pas ce travail en Ukraine? On y construit de nouveaux établissements, comme votre hôpital ou encore le Centre du Cœur, mais on ne revoit toujours pas ces normes?*

- *Parce que pour l'instant il est plus simple de faire des exceptions pour certains édifices. Bien évidemment, cela ne résout pas le problème pour tout le pays, mais c'est plus simple. Bien sûr, il aurait été idéal, voilà, comme nous finissons l'étape des autorisations, de prendre et transférer cela dans les DBN existants. C'est-à-dire, prendre ce Statut Expérimental et le transposer dans les DBN existants. Mais il apparaît le problème de la motivation: qui est motivé de le faire? Dans l'ensemble – personne. Car si je vais vers un Statut Expérimental, je suis obligé de demander et payer une argumentation scientifique à ces mêmes Instituts qui écrivent les DBN. Qu'est-ce qui se passe? Tous ces Instituts ont des commandes sur les projets Expérimentaux seulement parce que les DBN sont mauvais, anciens. C'est à dire, comment se supprimer à soi-même la somme qu'on gagne? »* [1].

Ces affirmations s'accordent avec celles d'autres interlocuteurs interviewés lors de nos séjours en Ukraine en 2009 et 2010. Il en ressort que les fonctionnaires des administrations, en charge de la vérification de nouveaux projets par rapport aux normes en vigueur, ne sont pas véritablement motivés ni à effectuer la transformation de ces dernières, ni vraiment intéressés à ce qu'elles soient modifiées. Les avantages financiers que ces derniers perçoivent en profitant de ce décalage entre les normes en vigueur et celles dans les nouveaux projets présentés pour vérification constituent la principale raison à la sauvegarde du « statut quo » - le cadre normatif en vigueur, malgré son obsolescence communément reconnue.

C) Les difficultés vers la fin du mandat de Viktor Iouchtchenko

Le Statut Expérimental ne constitue pas un mécanisme « automatique » de changement des normes en vigueur, mais sert à réaliser des bâtiments selon des normes techniques nouvelles, tout en sauvegardant les anciennes règlementations en vigueur. En même temps, nombre de professionnels en Ukraine (tout comme en Moldavie), considèrent que l'annulation des

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

normes techniques héritées de la période soviétique serait une erreur. D'une part, ces normes constituent la seule base normative existante et il nécessaire de s'appuyer sur quelques règlementations que ce soit lors de l'élaboration d'un projet de construction. Et d'autre part, certains professionnels estiment que les normes de la période soviétique représentent un cadre règlementaire solide qui n'est pas forcément « mauvais » et qu'il convient d'adapter aux évolutions actuelles de la science et de la technologie. C'est dans ce contexte par exemple que Nadia Smirnova, architecte d'origine russe au sein du cabinet français Groupe-6, dit qu'elle ne souhaite pas que l'on dise que les normes ukrainiennes sont mauvaises, mais qu'on comprenne qu'elles nécessitent des ajustements du fait de leur obsolescence depuis l'effondrement de la période soviétique[1]. De son côté, Andryi Miroshnichenko, considère qu'enlever le cadre règlementaire existant en Ukraine, même en sachant qu'il ne convient pas, serait un risque :

« Que représente l'Etat? Ce n'est pas nouveau pour l'Ukraine. Tout simplement dans d'autres pays il existe des mécanismes, des instruments, alors qu'ici il n'y en a pas. C'est la maladie d'un Etat jeune. De la même façon que par exemple en suivant les libéraux, je dirai oui, le schéma à suivre est de minimiser absolument la norme DBN. La minimaliser. Ne garder que la base. Et plus loin laisser le champ libre : ne pas fixer un cadre. Si tu veux laisser un couloir d'un mètre ou de deux mètres, sans problèmes, à condition que tu respectes la condition minimale, de base, qui est d'un mètre minimum. Mais, connaissant la mentalité qui existe chez nous, si tu ne mets pas un cadre strict, on va commencer à construire de telles choses…qu'elles ne dureront pas plus de six mois. Il y a malheureusement ces considérations de la réalité actuelle. D'un point de vue objectif, il faut restreindre les DBN. Mais d'un autre côté, aujourd'hui en faisant moins on peut faire pire »[2].

S'ils s'accordent pour dire que le cadre règlementaire du domaine de la construction des bâtiments est obsolète et qu'il doit être revu, les professionnels estiment néanmoins que c'est en quelque sorte un « mal nécessaire ». En même temps, ils soulignent les difficultés de transformations des normes techniques dans un contexte d'absence générale de motivation des acteurs institutionnels à s'engager dans ce processus. Les intérêts financiers des fonctionnaires font perdurer le schéma de corruption dans les structures administratives, sans qu'il y ait une réelle volonté de changement des normes en vigueur. Certains sont amenés à considérer que le

[1] Entretien avec Nadia Smirnova, architecte, Groupe-6, Grenoble, 2010.
[2] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

soutien politique fort serait un des vecteurs capables de réunir les ressources nécessaires à la transformation des normes techniques en vigueur. En prenant le cas de l'HDF de Kiev, les représentants de la maîtrise d'ouvrage estiment que leur projet présente une opportunité de changement aussi bien dans le domaine de la construction des bâtiments, que dans le système de santé plus généralement:

> *« - Qu'attendez-vous de l'hôpital que vous réalisez pour l'Ukraine? Vous me disiez lorsque je suis arrivée ici que ce projet pourrait changer des choses au sein de votre système de santé?*
>
> *- Sans aucun doute. C'est un processus intrinsèquement lié. Sans le changement du système de santé, cet hôpital aura beaucoup de mal à fonctionner. A l'inverse, cet hôpital peut servir de fil pour tirer le nœud actuellement existant dans notre système de santé. Il peut le changer sensiblement, car la question du financement, des protocoles, des salaires, de l'attitude peut se faire »*[1].

Tout en pointant quelques aspects du système de santé qui pourraient subir des changements à la suite de la réalisation de l'HDF de Kiev, notamment en ce qui concerne les mécanismes de paiement (en sachant que l'Ukraine n'a toujours pas à l'heure actuelle un système d'assurance maladie), Andryi Miroshnichenko espère que le projet de l'HDF de Kiev sera un projet pilote dans le pays, dans le sens où il entrainera d'autres changements:

> *« On peut construire l'hôpital et ne rien changer à la suite, mais cela représente une opportunité. C'est une chance. C'est un billet de loterie. Pourquoi ne pas le jouer? On peut voir si on gagne ou pas, n'est-ce pas? »* [2].

L'image de l'HDF de Kiev en tant que « billet de loterie » des changements institutionnels, dans le système de santé ou au sein des règlementations en matière de construction des bâtiments, présente finalement l'attitude des participants à ce projet en Ukraine, qui se sentaient à l'initiative de l'enclenchement de quelque chose, sans qu'ils puissent toutefois définir avec précision de quoi il s'agissait. De ce point de vue, en effet, les membres de la Fondation estimaient que leur projet sera "l'iceberg qui cassera la glace", comme ils le répétaient souvent dans les entretiens accordés, mais ils se gardaient toutefois de spécifier

---

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

concrètement tant les objets concrets de ce changement que la manière dont il se déroulerait. De plus, les représentants de la Fondation, ayant bénéficié du soutien de la Présidence pour leur projet, considéraient que l'élément politique était nécessaire pour que les choses changent:

> « - *Que doit-on rajouter pour que cela marche?*
>
> - *Il faut de la volonté politique et du savoir-faire. Cela fait cinq ans environ qu'il y a des discussions sur les changements qui doivent être opérés dans le système de santé et pourtant rien de très actif. A mon avis, les responsables du ministère de la Santé ont manqué de volonté politique. Beaucoup de tout cela aurait pu être fait. Est-ce que les suivants l'auront ? Attendons de voir. Je considère que la volonté politique a été insuffisante »*[1].

La nécessité, et en même temps l'absence de volonté politique pour réaliser des actions de réforme au sein du système de santé, a été mentionnée par les représentants de la Fondation de l'HDF de Kiev qui ont eu l'occasion de parcourir, en réalisant leur projet, l'ensemble des étapes de la construction d'un hôpital en Ukraine. Comme nous l'avons vu, ils ont bénéficié du soutien politique du président du pays de l'époque. Cet élément a influé, notamment pour que le projet de l'HDF obtienne le Statut Expérimental – une fenêtre institutionnelle permettant la dérogation aux normes en vigueur. Comme nous l'avons vu également, ils ont néanmoins été confrontés aux problèmes de la bureaucratie locale, en traversant les procédures administratives complexes, laborieuses et longues.

Finalement, ce que les membres de la Fondation de l'HDF constatent semble être une insuffisance de l'action politique en matière de changement des normes techniques. Nazar Lysyi disait dans un entretien, qu'au-delà de toutes les démarches administratives, de toute la partie officielle du déroulement d'un projet de construction :

> *« Il y a une autre partie – qui se résout avec l'aide soit des politiques, soit de l'argent »*[2].

---

[1] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*
[2] Entretien avec Nazar Lisyi, consultant pour l'HDF, *op. cit*.

Selon ce consultant qui s'est chargé de l'ensemble de la partie administrative de la conception de l'HDF de Kiev :

« Soit tu as une influence politique, soit tu paies »[1].

Nous avons pu voir que dans le cas de l'HDF de Kiev, les membres de la Fondation ont évité de payer des sommes supplémentaires aux paiements officiels des procédures administratives. Ses représentants ont suggéré que le soutien politique de ce projet a essentiellement influé sur le dépassement de cet obstacle dans le cadre du parcours administratif. Néanmoins, comme le dit Andryi Miroshnichenko en prenant comme exemple le cas du système de santé, pour l'HDF de Kiev également : « la volonté politique a été insuffisante »[2]. Ceci a été d'autant plus perceptible à l'approche des élections présidentielles et dans le contexte où le niveau de popularité du président Iouchtchenko, soutenant le projet, connaissait une baisse significative.

Ainsi, à l'approche des élections présidentielles de janvier 2010, les membres de la Fondation ont intensifié leurs échanges avec l'équipe du projet au sujet du déroulement de celui-ci, et notamment des délais de réalisation de la conception hospitalière. La directrice de la Fondation, avec le soutien du directeur financier, a évoqué à plusieurs reprises, durant les discussions avec les architectes étrangers, l'importance de finaliser l'étape de conception architecturale avant les élections présidentielles. En cas d'alternance, la Fondation craignait la perte du soutien politique accordé jusqu'à alors à son projet. L'analyse approfondie des entretiens réalisés en Ukraine à ce sujet a permis d'identifier deux impacts de la perte du soutien politique : la baisse des ressources nécessaires à la réalisation de l'opération hospitalière et la difficulté d'obtention des certificats de la part des administrations nationales.

La référence aux élections présidentielles de 2010 en Ukraine est apparue assez tôt dans les discussions entre les participants, et de manière relativement récurrente. A titre d'exemple, en août 2009, lors d'une réunion de travail entre les différents membres nationaux et internationaux du projet de Kiev, Rostyslav Zamlynsky de la Fondation de l'HDF mentionnait que si le projet ne pouvait être présenté devant l'Expertyza pour l'obtention du permis de construire avant le mois d'octobre 2009, « il n'y aurait plus d'argent et plus besoin d'un tel

[1]Entretien avec Nazar Lisyi, consultant pour l'HDF, *op. cit*.
[2] Entretien avec Andryi Miroshnichenko, Fondation de l'HDF, *op. cit.*

projet » en général[1]. Le directeur financier de l'organisation insistait pour que les membres de la maîtrise d'œuvre présentent le projet devant l'Expertyza pas plus tard que le dernier semestre de l'année 2009, afin qu'ils puissent bénéficier des ressources budgétaires de l'année en cours. Or, une présentation devant les administrations au-delà de ces délais aurait reporté l'inscription du projet dans le budget de l'année suivante. Tenant compte du fait, qu'à la suite des élections présidentielles, la Fondation pouvait perdre le soutien politique du président, ses représentants cherchaient à s'assurer de l'inscription du projet hospitalier dans les ressources budgétaires publiques, afin que sa construction se réalise, tel que cela fut prévu durant le quinquennat de Viktor Iouchtchenko.

Nous avons pu également saisir dans le discours des participants l'idée que lors de la diminution du soutien politique du projet, en raison de l'approche des élections présidentielles, les membres de la Fondation ont eu plus de difficultés à obtenir des autorisations de la part des administrations nationales. Dans ce contexte, si au début de la réalisation du projet, les professionnels étrangers de bdpgroupe6 étaient plutôt enthousiasmés par le soutien politique accordé par la Présidence du pays (attitude cumulée avec l'obtention du Statut Expérimental) durant la mise en œuvre et notamment vers la fin de l'opération de conception architecturale, lorsque les démarches administratives se sont intensifiées et complexifiées, les mêmes représentants étrangers ont émis des réserves sur la capacité politique de la Fondation à faire valider le projet, en pointant le phénomène de corruption répandu dans le pays:

« Effectivement, on a fait une belle étude, le projet – on voit qu'il y a un chantier qui a démarré, on ne sait pas du tout dans quel cadre s'est passée la consultation des entreprises…Aujourd'hui, c'est à mettre en cause l'intégrité de la Fondation. Cela peut laisser penser à toutes les imaginations possibles. Pourquoi la Fondation a choisi une entreprise sans appel d'offre? On voit quand même aujourd'hui, l'Ukraine comme un pays qui a la réputation d'être hyper corrompu, c'est clair. On se rend compte qu'il se passe des choses derrière. On n'a aucun élément pour dire, non, cela c'est vrai que ce n'est pas net. La Fondation a l'air d'une hyper intégrité, elle n'acceptait pas qu'on l'invite pour déjeuner »[2].

[1] Rostyslav Zamlynsky « If you don't present to Expertyza before October, there will be no money and no need for that project… », traduit de l'anglais. Prise de notes de la réunion du 3 août 2009, entre les membres de la maîtrise d'œuvre et ceux de la maîtrise d'ouvrage, Paris, France.
[2] Entretien avec Antoine Buisseret, Groupe-6, *op. cit*.

On peut constater que l'architecte directeur du projet du côté de l'équipe française avance l'argument de la corruption comme phénomène généralisé en Ukraine, afin d'expliquer les délais longs d'obtention des autorisations, ainsi que le manque d'information à ce sujet. En même temps, comme il le souligne, et comme l'ont mentionné nombreux de nos interlocuteurs, aucun élément concret du déroulement du projet ne permettait vraiment de remettre en cause la façon dont il était administré en Ukraine, que ce soit du côté de la Fondation qui insistait de manière récurrente sur son intégrité et la transparence de ses actions, ou que ce soit du côté des administrations ukrainiennes, qui ne laissaient pas apercevoir les maillons procéduriers de l'obtention des autorisations.

Notre propre expérience de terrain en Ukraine nous a laissé une impression similaire à celle des professionnels étrangers de l'HDF. En effet, lors de nombreux essais de prise de contact avec les différents ministères en charge de la délivrance des autorisations pour les projets de construction, nous avons été constamment renvoyés vers toujours plus de procédures administratives (lettres, appels téléphoniques, demandes de rendez-vous, renvoi d'une direction à une autre) sans véritablement pouvoir obtenir un seul entretien enregistré avec les fonctionnaires. Nous avons également eu l'impression qu'il se passait « quelque chose » dans les coulisses de ces administrations que l'on ne voulait pas dévoiler[1].

Bien que nous n'ayons pas obtenu d'informations de la part des administrations ukrainiennes, nous avons néanmoins pu nous entretenir avec les membres de la maîtrise d'ouvrage du projet de l'HDF, ainsi qu'avec l'architecte local ayant travaillé aux côtés des professionnels étrangers. Leurs affirmations, émises dans le contexte de la réalisation de l'HDF de Kiev, ont permis de renforcer les propos de l'ensemble des professionnels interviewés dans le cadre de notre thèse. Nous présentions déjà ces aspects au sein du chapitre 4 où les architectes ukrainiens révélaient les difficultés à faire adopter des normes techniques étrangères, en raison de l'opposition des fonctionnaires. Ce qu'ils pointaient notamment, c'était l'intérêt financier de ces derniers à obtenir des rémunérations supplémentaires en échange des

[1] Lors d'un premier contact avec les fonctionnaires du ministère de la Construction, nous avons obtenu un premier rendez-vous avec un Directeur de Services. En nous recevant dans son bureau, il avait au départ accepté de répondre à nos questions au sujet de l'HDF de Kiev, en mentionnant entre autre, ses bonnes relations avec les membres de la Fondation. C'est lorsque nous avons sorti l'appareil d'enregistrement de l'entretien que ce dernier a refusé de nous communiquer davantage d'informations, en s'excusant et en insistant sur le fait qu'il ne lui restait que quelques mois avant son départ à la retraite.

autorisations. Dans cette configuration, les normes techniques en vigueur, considérées comme obsolètes tant par les professionnels du bâtiment que par les fonctionnaires eux-mêmes, représentent pour ces derniers, un levier pour l'obtention des marges supplémentaires à leurs salaires officiels.

Cet élément explique, en partie, pourquoi le projet de l'HDF de Kiev a eu des difficultés à traverser le parcours administratif, tant du point de vue de délais conséquents, que de la complexité des démarches administratives. Une nouvelle fois, le fait que les structures administratives aient sauvegardé les mêmes rouages institutionnels que ceux de la période soviétique se rapproche ici d'un héritage de cette période, mais cela constitue néanmoins un élément qui est utilisé aujourd'hui en Ukraine pour tergiverser sur le changement institutionnel. Comme nous l'avons vu, les fonctionnaires de ces administrations représentent les acteurs principalement intéressés à ce que cet état de fait ne change pas.

Ces affirmations expriment l'importance du facteur politique pour les membres du projet, ayant eu un impact sur sa mise en œuvre et son déroulement. En même temps, le discours des acteurs n'est pas le seul indicateur. Les évènements qui ont suivi l'élection présidentielle de 2010, et qui ont mené à une alternance politique, ont permis de constater la perte d'influence de la Fondation et la diminution, effective, du soutien politique accordé au projet. En 2011, plusieurs membres de la Fondation ont fait l'objet de procédures de contrôle fiscal. Dès le début du projet, il était convenu que la Fondation se chargeait de la mission architecturale du projet et que les pouvoirs publics prenaient ensuite en charge sa construction. Or, il semble qu'il y a une absence de ressources financières pour la concrétisation immédiate de la construction de l'hôpital[1].

Nous nous intéressons, à présent, au cas des Centres de santé en Moldavie. Nous verrons si le fait que la Banque mondiale ait soutenu financièrement ce projet, a favorisé l'obtention de dérogations de la part des administrations.

[1] Suite à un échange de mails entre les représentants de la Fondation de l'HDF et les membres de Groupe-6, nous avons appris en aout 2011 que la Fondation faisait l'objet d'un contrôle fiscal concernant l'ensemble des opérations (voyages, échanges avec ses partenaires et autres activités) effectuées durant la conception de l'HDF. Par ailleurs, bien que le projet de l'HDF ne soit pas officiellement arrêté par les pouvoirs publics, nous n'avons pas pu saisir de manière très claire si les opérations de construction avaient été engagées, ni les raisons de ce « temps mort ».

II) Le ministère de la Santé de Moldavie : seul contre tous ?

Le projet des Centres de santé en Moldavie permet d'illustrer comment les acteurs de la santé arrivent à faire valider des projets hospitaliers contenant des normes techniques de l'étranger. Premièrement, ils exercent une pression sur leurs propres institutions nationales, en vue de modifier les normes règlementaires faisant obstruction à l'introduction de nouveaux équipements, technologies ou matériaux. Leur positionnement en faveur de la dérogation aux normes en vigueur est influencé par les acteurs internationaux qui leur présentent des normes techniques nouvelles, grâce auxquelles le coût de leur projet est diminué. Les pressions exercées par les professionnels du bâtiment en vue de la modification de normes héritées de la période soviétique s'appuient ainsi sur des considérations d'ordre économique. Deuxièmement, nous montrons comment les administrations nationales accordent des « exceptions » et des « dérogations » à la suite de multiples négociations. Nous questionnons également les raisons des fonctionnaires à valider des normes étrangères : qu'est-ce qui les fait changer d'avis ? Le projet en Moldavie ne bénéficie pas d'une implication directe de hauts représentants politiques, comme dans le cas ukrainien. En revanche, le ministère de la Santé défend un projet soutenu par la Banque mondiale, dont l'échec pourrait avoir des répercussions politiques. Nous verrons si ce facteur a compté dans les échanges avec les administrations nationales. Troisièmement, les demandes de dérogation aux normes en vigueur semblent être plutôt des actions « individuelles » menées par des acteurs « de terrain ». Ce sont les professionnels du bâtiment nationaux, et non pas les décideurs politiques, qui lancent des projets de modernisation hospitalière et qui cherchent à introduire ensuite des normes étrangères. En faisant cela, ils remettent en question les normes nationales, voire mieux – les contournent. L'orientation du changement viendrait non pas d'en haut (d'une modification des normes techniques règlementaires), mais d'en bas (d'acteurs de terrain en quête de modernisation).

A) Changer les normes pour réduire les coûts ?

Le projet des Centres de santé est la première modernisation hospitalière réalisée avec le soutien d'une organisation internationale en Moldavie. D'autres projets ont suivi, tels que la restructuration de l'Hôpital Clinique Républicain ou encore le Centre du Diabète. Si l'HCR a permis d'exemplifier le rôle de la Banque mondiale dans la première étape d'un projet – la sélection des entreprises étrangères de construction – il n'a pu être exploité par la suite étant donné que le projet n'a pas encore été mis en œuvre. Néanmoins, le ministère de la Santé

affirme que la question de l'incompatibilité des normes techniques apparaîtra forcément dans ce projet, tout comme cela fut le cas pour le projet des Centres de santé :

« Il faut faire des modifications ou élaborer de nouvelles normes concernant les systèmes d'ingénierie. Les systèmes d'ingénierie sont anciens. Et les normes sont anciennes aussi. Je pense ici au Centre national du Diabète qui sera construit ou l'Hôpital Clinique Républicain, qui sera reconstruit. Des systèmes d'ingénierie nouveaux seront appliqués. Sinon, cela n'a pas de sens de construire un bâtiment aussi gigantesque[1]*. C'est un hôpital très grand et qui fut de son temps très important au sein du pays. Mais quand il sera reconstruit, de ce que j'ai pu voir dans l'étude de faisabilité, on propose des systèmes absolument nouveaux pour lesquels nous n'avons pas de normes correspondantes.*

Ou pour le Centre national du Diabète : dans les propositions données par les consultants internationaux il y a des systèmes qui chauffent l'air, le rejettent et le chauffent en permanence, et il est à l'intérieur. On ne consomme pas beaucoup d'énergie électrique. L'énergie thermique est conservée. Je me réfère ici au système de ventilation. Ils ont de tels systèmes chez eux. Et ils ont des normes qui règlementent leur exploitation de façon appropriée. Nous n'avons pas de telles normes. Nos normes sont anti-incendie, sanitaires, nos normes d'exploitation ne permettent pas de réaliser une circulation de l'air chaud. Mais la norme est que l'architecte est obligé lors de l'élaboration du projet d'utiliser ces normes…l'air est rejeté dehors, il est refroidi, il revient et est chauffé à nouveau. Il y a de très grandes pertes d'énergie... ».

Ces affirmations révèlent les difficultés techniques auxquelles sont confrontés les acteurs de la modernisation des hôpitaux en Moldavie. L'introduction de nouveaux équipements et technologies médicales s'accompagne de nouvelles solutions de conception architecturale et d'ingénierie pour lesquelles il n'existe pas de normes règlementaires. En revanche, le fait que les normes techniques règlementaires aient conservé leur format détaillé, comme durant la période soviétique, rend difficile l'introduction de nouvelles modalités de construction hospitalière. Comme le mentionne Silvia Volosatii :

[1] L'HCR est un bâtiment d'environ vingt étages.

« La norme est que les professionnels du bâtiment appliquent les normes en vigueur, sans qu'ils puissent s'en écarter »[1].

D'une part, la difficulté vient donc de l'absence de règlementations dans certains domaines, assujettis à des évolutions de la technique et de la science depuis l'effondrement de l'Union soviétique. D'autre part, le fait que les normes techniques comportent un degré de détail élevé, comme du temps de l'URSS, représente un obstacle à l'introduction de toute nouveauté.

Nous avons mentionné dans le chapitre 4 le fait que, dans certains pays, comme la France par exemple, les normes techniques règlementaires spécifient uniquement les résultats à atteindre (assurer de bonnes conditions sanitaires, d'évacuation) et non pas les moyens pour y parvenir (les techniques, les matériaux utilisés). Ceci permet de laisser une marge de manœuvre aux acteurs du secteur privé : ils développent constamment des moyens nouveaux pour assurer le respect des normes règlementaires, en fonction des évolutions de la technique et de la science. L'Ukraine et la Moldavie ont fait le choix, à la suite de leur indépendance, de maintenir les anciennes normes techniques, ainsi que le format de la normalisation techniques (très détaillé) en l'absence de tout autre cadre règlementaire. Cet aspect constitue par conséquent une des difficultés principales à la modification de normes règlementaires obsolescentes. Un des responsables du ministère de la Construction de Moldavie mentionne ce problème dans le contexte d'une future modification du fort encadrement règlementaire du domaine de la construction des bâtiments :

« Nous étudions ce qu'il y a aux Etats-Unis, mais aussi en Angleterre. Nous tendons vers ça…pour avoir une règlementation seulement des choses qui doivent véritablement être règlementées. En Europe, on est déjà passé à une autre vision d'élaboration des normes en construction. Celle-ci doit permettre aux architectes, ingénieurs etc. de progresser au niveau professionnel, de travailler avec beaucoup d'imagination. De chercher de nouvelles solutions, technologies etc. Donc tout ce qui n'était pas durant la période soviétique. C'est l'essence de la réforme que nous souhaitons promouvoir »[2].

[1] Entretien avec Silvia Volosatii, Direction de la Construction et des Réparations capitales, ministère de la Santé, Moldavie, avril 2010, traduit du roumain.
[2] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*

Tout en mentionnant l'encadrement de la norme soviétique, le représentant du ministère de la Construction affirme que la réforme n'est pas encore amorcée, bien que les professionnels du bâtiment soient en attente. Il considère que ces derniers ont d'ailleurs également besoin d'une période d'adaptation, avant de se débarrasser des anciennes habitudes de travail et d'envisager de nouvelles façons de construire :

« Un seul exemple : si l'on prend un SNIP soviétique pour les toits ou tout ce qui est type de couverture, il est indiqué que « la couverture doit être exécutée avec tel matériel d'étanchéité, telle marque ». Mais dans les règlementations européennes ce n'est pas comme ça. Le processus technologique n'y est pas indiqué. Il est exclu que l'on dise quelle marque, quelle quantité etc. On indique là-bas seulement l'élément de construction : la couverture doit être conçue de telle manière qu'il n'y ait pas d'écoulement d'eau. Donc il y a beaucoup d'exigences, mais elles sont très générales. L'ingénieur est libre de choisir la marque qu'il veut etc., si par exemple une nouvelle vient d'apparaître sur le marché.

Nous étudions maintenant l'expérience de l'Australie et de la Nouvelle Zélande, où on est passé aussi à ce mode de fonctionnement des normes. Chez nous malheureusement les documents normatifs existants sont une barrière pour la flexibilité du travail. Mais nous ne nous dépêchons pas cependant de laisser tout entre les mains des architectes parce qu'eux aussi ont besoin d'une adaptation de leur mode de pensée, de dépasser le modèle soviétique, très prescrit. Le mode européen est le suivant : voilà comment cela doit être au final, comment tu fais ça – c'est ton affaire. Si nous passons à ce mode de travail également, nous n'aurons plus de problèmes pour construire les hôpitaux, en raison de normes trop dures etc. une période de minimum cinq, sept ans est nécessaire si nous travaillons rapidement, afin qu'on ait un système assez établi »[1].

Dans ces conditions, comment les acteurs du domaine de la santé arrivent-ils à faire valider des projets de modernisation, contredisant les normes règlementaires en vigueur ? Le cas des Centres de santé a permis de voir que le ministère de la Santé a pu obtenir des dérogations sous la forme d'exceptions de la part du ministère de la Construction. Ses représentants espèrent ensuite que d'autres modifications, plus conséquentes, s'ensuivront. Le projet des Centres de santé servira, selon eux, d'exemple pour la modernisation d'autres institutions médicales, telles que l'HCR ou le Centre du Diabète :

« Comment allez-vous faire ?

-…Comme cela s'est fait. Je me le suis noté. Je me suis mise d'accord avec l'architecte chef et l'ingénieur en chef du projet pour qu'ils construisent ce Centre national selon les normes souhaitées et non pas celles en vigueur…Pour que le projet soit approuvé par nos administrations de contrôle, il faut qu'il soit élaboré selon les normes existantes. Et nous avons alors eu un accord. Une fois que le projet sera élaboré selon les normes de la République de Moldavie, nous ferons une initiative pour modifier les normes précisément et conformément aux exigences des normes internationales. En faisant ce projet, nous voulons réussir cela…le calcul économique. Nous proposerons une initiative pour que les normes soient changées urgemment parce que par la suite, il le faudra pour la reconstruction de l'Hôpital Républicain, l'Institut d'Oncologie et j'espère qu'il y en aura bien d'autres. Avec les normes en place, cela ne sera pas possible. J'espère donc qu'il y aura une politique de l'Etat de modification de la base normative. Nous ne pouvons pas vivre isolés du reste du monde. Nous utilisons quelque chose qui est dépassé ».

Le « calcul économique » mentionné par notre interlocuteur concerne le fait que les normes héritées de la période soviétique prévoyaient des dépenses plus conséquentes que celles proposées par les consultants internationaux. Pour les professionnels du domaine du bâtiment, les normes techniques règlementaires doivent être modifiées en particulier de ce point de vue: leur obsolescence engendre des coûts supplémentaires qui pourraient être réduits si des équipements, des technologies et des matériaux de construction nouveaux, plus performants, étaient adoptés. Valentina Spac, ancienne responsable du ministère de la Construction se rappelle un projet, réalisé avec le concours des acteurs internationaux, qui avait soulevé également la question du coût lors du choix des normes à appliquer:

« Nous avons reconstruit, avec le Bureau militaire de coopération des Etats-Unis, le Centre des brûlés de l'hôpital de traumatologie. L'argent a été donné par les Américains. L'appel d'offres a été fait par les Américains. Nous étions bénéficiaires en tant que ministère de la Santé. On y a mis des appareils de ventilation modernes. Conformément aux normes internationales, parce que dans la chambre de ventilation il est permis...Il y a une chambre des brûlés, la personne est couchée et elle ne bouge pas...Il y a un département de réanimation et de thérapie intensive où il faut un silence total...Nous étions limités en espace.

---

[1] *Ibid.*

Chez nous, selon les exigences, les ventilateurs ou les appareils bruyants doivent être placés au sous-sol. Donc tout ça augmente le coût de la construction, parce que l'on prévoit de l'espace supplémentaire pour l'emplacement de ces appareils. En Europe, c'est différent. La salle de ventilation est placée à côté de la chambre du patient, chose absolument insupportable pour le patient qui peut avoir des brûlures de 70% à 80%. Nous avons accepté les normes européennes dans ce domaine. Ils ont ces appareils pour lesquels nous n'avons pas d'argent. Nous avons besoin d'appareils qui font un minimum de bruit. Mais nous sommes contraints d'acheter de ce que nous avons »[1].

Comme dans le projet des Centres de santé, le ministère a accepté les normes des consultants internationaux, car cela leur permettait d'introduire des équipements modernes, tout en baissant le coût de construction. Cet exemple permet également de notifier le fait que les normes héritées de la période soviétique sont restées calquées sur les équipements de cette période. L'évolution de ces mêmes équipements permet, par contre, la modification des espaces et des dimensions requises par ces normes, en baissant également le coût de construction du bâtiment.

Par conséquent, la question de l'obsolescence des normes de la période soviétique est également une question économique. Ceci explique aussi les motivations des professionnels du secteur du bâtiment à s'investir dans leur modification. En investissant des ressources dans la construction de bâtiments, les acteurs économiques sont intéressés de pouvoir réduire le coût de leur projet, surtout si de nouveaux équipements et technologies le permettent. Dans ce sens, les normes héritées de la période soviétique, et qui demeurent toujours obligatoires entre 1991 et 2011, représentent un obstacle à leurs souhaits de modernisation et de compétitivité. Dans le cas des organisations internationales, les intérêts de réduire les coûts du projet sont similaires. Les moyens de coercition dont elles disposent sont néanmoins plus forts que ceux des acteurs économiques nationaux. Si un investisseur privé peut seulement négocier la dérogation à certaines normes en vigueur, l'organisation internationale en fait une condition principale de l'octroi de ses financements. Les estimations du coût de projet s'appuient dès le départ sur des normes techniques internationales, impliquant des équipements et technologies modernes. Les consultants internationaux n'acceptent donc pas de dépenser plus de ressources parce que les normes en vigueur dans les anciens pays soviétiques s'appuient sur des besoins

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

estimés durant la période soviétique. Les entretiens réalisés en Moldavie ont permis de notifier l'influence des organisations internationales finançant des projets de modernisation hospitalière. Sous leur impulsion, le ministère de la Santé s'est investi dans des négociations avec le ministère de la Construction, en vue d'obtenir des dérogations aux normes règlementaires. On peut supposer que le poids de cette organisation, agissant sous l'impulsion d'un acteur extérieur, est autre que celui d'un investisseur privé, tant du point de vue des ressources engagées que de l'impact politique d'un échec des négociations.

En même temps, ce ne sont pas tous les acteurs du domaine de la construction qui sont engagés dans la modification des normes héritées de la période soviétique. Si les maîtres d'ouvrages et les architectes engagés par ces derniers, adoptent des solutions techniques nouvelles et espèrent une modification du cadre règlementaire existant, certains pensent que les entreprises de construction sont moins intéressées à ce que les normes changent. L'enjeu économique autour des normes techniques est tel qu'il y aurait des gagnants et des perdants à leur modification. Si les investisseurs dans de nouveaux projets de construction, gagnaient en réduisant le coût et donc les dépenses de leurs opérations, les constructeurs perdraient en revanche une partie de leurs bénéfices. Car la réduction des coûts d'une construction implique une moindre consommation de matériaux et produits de construction. Un des représentants du ministère de la Santé prend au sérieux la position des entrepreneurs du domaine de la construction comme un futur obstacle au changement des normes de la période soviétique :

« Je sais que les normes sanitaires et épidémiologiques sont très anciennes. Elles datent de l'ancien système Semashko de l'ancienne URSS, où tout était dicté du centre. Elles ne correspondent plus aux exigences modernes européennes. Pour l'instant, il n'y a pas de politique ou actions claires pour les adapter aux standards européens. Peut-être qu'il s'agit du lobbying des compagnies de construction, car lorsque tu construis selon les normes sanitaires et épidémiologiques anciennes, la somme de la construction est très grande. Donc c'est une chose quand tu construis un bâtiment de 60/60 comme indiqué dans le SNIP russe, et c'en est une autre quand tu construis selon 30/30 comme l'on pratique maintenant en Europe. Les compagnies de construction ne sont pas intéressées. Le coût des constructions baissera et donc la somme de leurs bénéfices aussi. Je dis ça de ce que j'ai observé autour. C'est pourquoi nous pourrions avoir des problèmes lors de la construction de l'hôpital clinique républicain conformément aux exigences internationales. Il se peut que ces

problèmes apparaissent lorsque les administrations publiques centrales devront approuver ce projet. Le ministère (de la Santé) a été informé de ces inconvénients »[1].

Par conséquent, parmi les acteurs du domaine du bâtiment, il y a des positionnements et des intérêts différents. Ceux qui semblent le plus en faveur de la modification des normes de la période soviétique, sont les investisseurs du domaine hospitalier. Les maîtres d'ouvrage, publics (comme le ministère de la Santé) ou privés (comme des entreprises, des investisseurs) sont en faveur du changement des normes. D'une part, cela leur permet de réaliser le bâtiment selon les exigences techniques souhaitées (et qui sont en contradiction avec les normes en vigueur) et d'autre part, cela réduit également le coût de la construction du projet. Les architectes et ingénieurs, en tant que maîtres d'œuvre, sont également en faveur du changement des normes techniques lorsqu'ils participent aux projets de modernisation contenant des normes nouvelles. Ils prennent la responsabilité de déroger aux normes en vigueur aux côtés du maître d'ouvrage. En revanche, les entreprises de construction des bâtiments, qui interviennent à la suite de la conception architecturale, peuvent être moins intéressées par une modification des normes, en raison d'une diminution de leurs bénéfices. Ce dernier aspect expliquerait, en partie, l'absence de réforme en matière de normalisation technique, en plus du manque de ressources dans ce domaine. Néanmoins, nous n'avons pas étudié cet élément de manière approfondie dans le cadre de la thèse. Nous nous sommes davantage focalisés sur les actions des acteurs de la santé en faveur du changement des normes techniques, et non pas sur les obstacles à la réalisation d'une réforme dans ce domaine. Il convient de retenir que les maîtres d'ouvrage des projets hospitaliers prennent en compte l'opposition de différents acteurs à la modification de normes techniques dans leur « bataille » pour la modification des normes héritées de la période soviétique.

B) Un ministère de la Santé « épaulé » par la Banque mondiale ?

Dans le projet des Centres de santé, nous avons également pu constater que les actions du ministère de la Santé et du ministère de la Construction étaient plutôt « individuelles » que coordonnées par une initiative politique du gouvernement. Etant donné qu'il n'y avait pas de réforme des normes techniques de la construction des hôpitaux, ces actions découlaient de la réforme du système hospitalier. Dans le cadre de celle-ci, on note un intérêt du gouvernement pour la modernisation des hôpitaux vers la fin des années 2000, suivi d'une allocation de

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

ressources. Nous avons vu plus amplement dans le chapitre 4 que le gouvernement moldave avait reçu le soutien financier de la Banque mondiale. Cette dernière a émis par la suite des conditions quant à la modernisation des institutions médicales, en insistant notamment sur l'introduction de normes techniques de l'étranger. Le ministère de la Santé, engagé en tant que maître d'ouvrage dans les projets hospitaliers réalisés avec le concours de la Banque mondiale, a cherché à les faire valider auprès des administrations nationales de normalisation. L'obtention de dérogation pour le projet des Centres de santé est un exemple permettant d'illustrer l'action du ministère de la Santé en faveur de la modification des normes techniques, effectuée sous l'impulsion d'une organisation internationale.

Ainsi, c'est sous l'impulsion de la Banque mondiale que le ministère de la Santé a fait pression sur le ministère de la Construction, pour l'adoption de normes de l'étranger. En pointant l'obsolescence des normes règlementaires en vigueur, le ministère demande la permission de s'en écarter :

« Nous avons proposé des modifications concernant les espaces, en fonction des normes internationales, pour la desserte des patients. Je me réfère ici aux Centres de santé. Cette initiative est venue du ministère de la Santé vers le ministère de la Construction, parce que c'est là-bas qu'il y a la base normative dans le domaine de la construction…Cela concernait précisément l'emplacement des pièces, les surfaces…Beaucoup de centres de santé conçus et construits durant la période soviétique étaient très grands, avec de très grands espaces qu'on n'utilisait presque pas. Le bâtiment était grand…on ne l'exploitait pas. On est arrivé à la conclusion qu'il fallait des centres plus petits, en fonction du nombre d'habitants de la localité »[1].

Malgré l'initiative du ministère de la Santé, les normes techniques considérées comme obsolètes n'ont pas été modifiées par le ministère de la Construction. Silvia Volosatii du ministère de la Santé, ancienne fonctionnaire du ministère de la Construction, mentionne que ce type d'action représente le début d'un long processus de transformation :

« Les normes officielles n'ont pas changé. Ce fut une initiative du ministère de la Santé. Mais la base normative n'a pas changé. Et dans les documents examinés, nous n'avons pas trouvé de réponse concernant l'acceptation du ministère de la Construction. A la suite de ces discussions avec le ministère de la Construction, on a demandé au ministère de la Santé

d'élaborer des modifications de la base normative existante et de les soumettre ensuite au ministère de la Construction. Il devrait les examiner et les accepter »[2].

S'il n'y a pas d'action coordonnée entre les deux administrations centrales et de modification concrète des normes règlementaires, c'est en raison de l'absence d'une politique de réforme dans le domaine des normes techniques de la construction. Pour la représentante du ministère de la Santé, il faudrait une action plus volontariste du gouvernement dans le domaine de la modification des normes obsolètes héritées de la période soviétique :

« Il est nécessaire de modifier la base normative au niveau de l'Etat. Et pour cela, il faut une politique claire de cette réforme. Chaque ministère peut apporter des propositions dans son domaine, selon les besoins qui existent actuellement. Mais cette démarche devrait être soutenue par le gouvernement. C'est énorme comme travail. Et cela seulement si on parle des normes qui seraient nécessaires pour se conformer aux exigences internationales. Il faudrait créer une agence au niveau étatique. Ou au ministère de la Construction il faudrait former tout un département qui modifie ou élabore une nouvelle base normative. Le domaine de la santé ne peut pas faire cela tout seul. Si aux côtés du ministère de la Santé, l'on associe le Centre de recherches scientifiques, qui s'occupe également de l'étude et de l'analyse des besoins…Le plus important est une politique d'Etat claire ».

Nous pouvons observer dans le discours de la représentante du ministère de la Santé, le souhait de voir se développer des actions plus concrètes au niveau politique pour la modification des normes en vigueur. Mais nous pouvons également saisir l'influence indirecte des organisations internationales dans les souhaits qu'elle exprime. En mentionnant la conformité des normes « aux exigences internationales », elle fait référence aux projets de modernisation du ministère de la Santé, réalisés avec le soutien de la Banque mondiale et qui ont nécessité l'introduction de nouvelles normes. En réalisant ces projets, le ministère de la Santé a d'abord accepté la condition imposée par la Banque mondiale d'introduction des normes étrangères. Ensuite, en souhaitant leur mise en œuvre, il a cherché à obtenir les autorisations nécessaires de la part d'autres administrations nationales. Durant le processus de modernisation hospitalière, le ministère de la Santé s'est engagé dans la modification des normes techniques, afin de pouvoir réaliser les projets initiés. Cette action n'était pas

---

[1] Entretien avec Silvia Volosatii, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

envisagée au départ par ses responsables et par le gouvernement lors de la mise au point de la réforme du secteur hospitalier. On peut donc saisir à travers ces développements au sein de l'action publique, les effets inattendus des opérations de modernisation hospitalière sur le changement des normes techniques. On note également que dans les demandes du ministère de la Santé auprès du ministère de la Construction, en vue de modifier les normes règlementaires, la Banque mondiale a eu une part d'influence. Elle a pu être notifiée lors de la réalisation de projets hospitaliers, lorsque l'introduction de normes techniques de l'étranger fut une condition intransigeante de la part de l'organisation internationale. Les demandes de dérogation du ministère de la Santé pour la validation de projets contenant des normes techniques de l'étranger s'inscrivent dans la continuité de ces premières actions soutenues par la Banque mondiale.

Les représentants du ministère de la Santé étaient convaincus que les normes techniques en vigueur et héritées de la période soviétique devaient être changées. Par ailleurs, ils estimaient que l'impulsion donnée par la Banque mondiale serait une occasion de créer des conditions nécessaires à la mise en œuvre de ce changement. Oleg Hincu, du ministère de la Santé de Moldavie considère que les demandes de modification des normes nationales, sous la pression des organisations internationales, ne pourront pas être traitées à la légère :

« - Donc on sait que les projets hospitaliers, étant réalisés par des sociétés de l'étranger, vont comporter des normes différentes de celles en vigueur en Moldavie. Est-ce que l'on attend des débats sur ce sujet ?

- *Exactement. Et ce sera aussi une impulsion pour le changement. Parce que si tu veux un changement, tu dois provoquer une crise artificielle. Si tout va bien, il n'y aura aucun changement.*

- *Pourquoi artificielle ?*

- *Parce que ce ne sera pas une vraie. Une fois qu'ils seront construits…Une fois qu'un consultant international présentera son projet et que ce dernier ne sera pas conforme à nos normes techniques, il y aura pratiquement une crise…Parce que le ministère de la Santé ne peut pas l'approuver. Par exemple, le ministère de la Construction ne l'approuve pas. Mais par ailleurs, le gouvernement a conclu un accord de financement avec la Banque mondiale qui indique très clairement : respecter les standards internationaux.*

Respectivement, le projet des Centres de performances que l'on prépare doit s'appuyer sur ces standards. En aucun cas, cela ne peut être ceux de la période soviétique. Donc dans la pratique, c'est une crise artificielle. Donc c'est une crise évidente. Et il y aura une impulsion… »[1].

Selon le représentant du ministère, l'impulsion donnée par la modernisation des hôpitaux avec le concours des organisations internationales, serait même un mécanisme qui permettrait de modifier les normes techniques de la construction des hôpitaux en Moldavie.

Le cas des Centres de santé est un exemple qui permet d'illustrer la conditionnalité financière imposée par l'organisation pour l'introduction de normes de l'étranger. Cette conditionnalité a nécessité la mise en place de nombreuses actions par le ministère de la Santé auprès des administrations nationales de contrôle des normes. On peut donc noter que l'impulsion des actions du ministère de la Santé, en vue de presser la modification des normes règlementaires en Moldavie, a été donnée par les organisations internationales participant à la modernisation des hôpitaux.

Le ministère de la Santé de Moldavie, en tant que maître d'ouvrage, fut ainsi entraîné dans la modification de normes techniques de son pays à la suite de l'introduction de nouvelles normes par des acteurs extérieurs. Le maître d'ouvrage en Ukraine, la Fondation de l'HDF, s'est retrouvé dans une position comparable lorsqu'il a cherché à obtenir dans un premier temps, le Statut Expérimental et dans un deuxième temps, la validation de normes par les administrations publiques de son pays. Les deux maîtres d'ouvrages ont effectués ces actions sous l'impulsion d'acteurs internationaux ayant transféré des normes techniques de l'étranger. Bien qu'au départ, ni le ministère de la Santé de Moldavie, ni la Fondation en Ukraine, ne se soient engagés dans la modification de normes techniques, ils ont été en quelque sorte « obligés » de le faire afin de pouvoir réaliser leurs projets hospitaliers.

C) La position officielle : dérogation, mais pas de modification

Le projet des Centres de santé et les dérogations demandées par les participants, souhaitant s'appuyer sur des normes techniques différentes, aurait pu susciter la modification des normes techniques concernées par la mise en œuvre de ce projet. Ainsi, à la suite de la demande adressée par le ministère de la Santé, le ministère de la Construction aurait pu entreprendre la

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

modification des normes qui posaient problème. Au lieu de cela, la lettre de réponse de l'institution acquiesçait sur l'obsolescence de certaines normes en vigueur, en autorisant une « exception » et en notifiant toutefois la nécessité de passer le contrôle des administrations nationales lors de la modernisation de chacun des centres de santé. Ainsi, le ministère de la Construction n'a pas procédé aux changements des normes nationales, en notifiant la complexité d'un tel processus ainsi que les délais importants que cela impliquerait.

Nous avons discuté avec les représentants du ministère de la Construction[1]. Iurii Socol, le Chef de la Direction des Règlementations technico-économiques a mentionné le problème de l'obsolescence des normes techniques pour la construction des bâtiments en Moldavie depuis l'effondrement de l'URSS ainsi que la nécessité de les modifier :

« Malheureusement, il n'y a pas de normes. C'est un problème actuel pas seulement dans le domaine de la santé. L'économie s'est développée et nous avons de très nombreuses activités qui ne correspondent plus aux normes déjà vieillies. Nous avons des entreprises de panification d'un niveau très petit. Il y a un besoin pour deux pièces…Nous n'avons pas aujourd'hui de normes pour la conception de ces unités existantes. Elle peut avoir des dimensions très réduites. Il y a un four. Il y a des appareils qui font la pâte. Il faut au maximum deux pièces. Durant la période soviétique, cela n'était pas ainsi. Une société comme Franzeluta[2] avait une conception pour assurer un pays entier. Il y avait d'autres besoins, d'autres processus technologiques et donc d'autres normes »[3].

Tout en prenant en compte cette dimension de la nécessité d'un changement, le responsable du département chargé de la modification des normes techniques explique les délais longs de mise en place de la transformation des normes héritées de la période soviétique, ainsi que le manque de ressources pour effectuer ce travail :

« Aujourd'hui nous n'avons pas de telles institutions qui se chargent des études, recherches et expérimentations etc. dans le domaine des normes en construction. Oui. Nous

[1] En plus d'Iurii Socol que nous citons ici, nous nous sommes entretenus avec Petru Eremeev, adjoint de la Direction des normes techniques en construction du ministère de la Construction de Moldavie. Ce dernier n'a pas souhaité que l'entretien réalisé soit enregistré. Néanmoins, nous avons pu collecter un large nombre d'informations au sujet de la transformation des normes techniques en vigueur en Moldavie entre 1991 et 2011, et plus spécifiquement dans le domaine de la construction d'institutions médicales.
[2] Franzeluta est l'une des grandes entreprises de panification de Moldavie.
[3] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*

avons un nombre de spécialistes qui se préoccupent de ce domaine et qui étudient les normes en Russie, Ukraine, Biélorussie, plus actuelles… » [1].

Il mentionne en particulier le fait que les spécialistes du ministère de la Construction souhaitent aborder les normes techniques qui existent dans d'autres pays, avant d'entreprendre des modifications majeures :

« Cette année, nous n'avons pas analysé le cas des Centres de santé parce que cela prend du temps pour voir ce qui existe au niveau européen et dans les pays de la CEI, pour voir quelle expérience on peut prendre pour que l'on fasse moins d'efforts et moins d'interventions dans le système que nous avons déjà. Voilà quel est le problème »[2].

Bien que les professionnels demandent des dérogations, le ministère de la Construction se laisse ainsi le temps d'explorer les différentes possibilités de modifications des normes règlementaires. La procédure actuelle n'inclut pas la possibilité de les changer à la suite de l'étude des dérogations demandées par les professionnels du bâtiment. Iurii Socol, en tant que responsable de la Direction en charge de l'élaboration des normes techniques en construction, souligne la complexité de cette procédure :

« Notre Direction est en charge en général de l'élaboration des normes en construction. C'est-à-dire du processus d'élaboration. Auprès du ministère fonctionnent des comités techniques. Et il y a des groupes de spécialistes qui ont pour fonction d'examiner et d'approuver des projets de normes. Nous travaillons de cette manière. Nous avons la nécessité d'élaborer une norme. Nous faisons appel à une institution de recherche ou une société qui a des spécialistes capables d'examiner ce qu'il y a dans l'espace européen et dans la CEI pour qu'ils fassent une généralisation, élaborent une norme que nous présentons aux spécialistes du comité. Là-bas il y a des architectes, des ingénieurs, des spécialistes de la protection anti-incendie, ventilation etc. Ces comités qu'il y a chez nous examinent et s'il le faut, introduisent certaines modifications et ensuite les proposent au ministère pour approbation. Ceci est le mécanisme »[1].

L'existence du mécanisme institutionnel de transformation des normes techniques de la construction en Moldavie n'empêche pas le fait, qu'en parallèle de ce processus, il y a eu

---

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

entre 1991 et 2011, de nombreuses demandes de dérogation. Une partie des acteurs nationaux exercent ainsi une pression sur leurs propres institutions nationales, en vue de la transformation des normes techniques de construction d'hôpitaux. Cela dénote également le fait que les normes règlementaires en vigueur ne conviennent pas à l'exercice de leurs activités. Les demandes de dérogation « pointent du doigt », en quelque sorte, le problème d'obsolescence des normes actuelles. Si le ministère de la Construction peine à accorder des dérogations, tout comme à entreprendre la modification des normes règlementaires, ses représentants affirment toutefois qu'il y a une prise en compte des demandes des professionnels du bâtiment.

D) Jusqu'au non-respect des normes nationales

Le projet des Centres de santé a obtenu des dérogations du ministère de la Construction à la suite de plusieurs actions du ministère de la Santé (courriers, discussions entre les hauts-fonctionnaires). Cependant, le fait que le ministère de la Construction accorde des dérogations, ne signifie pas qu'il entreprend immédiatement une modification du texte normatif qui pose problème. Par ailleurs, cela ne signifie pas non plus que le projet soit exempté de l'obtention d'autorisations de la part des organes de contrôle (permis de construire, certificat de conformité aux normes anti-incendie). L'obtention de dérogations de la part du ministère de la Construction peut être comparée au dispositif de Statut Expérimental existant en Ukraine. En effet, les maîtres d'ouvrages obtiennent la possibilité de réaliser un projet selon d'autres normes techniques que celles nationales. Dans le cas des Centres de santé, le ministère a pu établir un cahier des charges selon les normes techniques imposées par les consultants de la Banque mondiale. Par la suite, il a quand même été nécessaire de demander la validation du projet par les administrations de contrôle des normes. La lettre de dérogation du ministère de la Construction constitue un atout pour convaincre les fonctionnaires de valider un projet contenant des normes de l'étranger, mais elle n'est pas suffisante pour que les administrations de contrôle de normes valident le projet. Dans ces conditions, les maîtres d'ouvrage cherchent à convaincre les fonctionnaires de faire valider leur projets, ou sinon, prennent eux-mêmes la responsabilité de ne pas respecter la règlementation en vigueur.

Au sujet d'un projet hospitalier dans la localité de Vorniceni, Valentina Spac mentionne :

---

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*

« Nous avons écrit une lettre avec ce problème pour pouvoir réduire le coût de la construction. Ils nous ont répondu qu'il faut que cela corresponde aux normes en vigueur et que toute décision qui va à l'encontre de notre législation héritée de la période soviétique doit être coordonnée avec eux. Les architectes coordonnaient un peu et puis finalement, ils obtenaient des choses en assumant leur propre responsabilité »[1].

Les architectes en charge de la réalisation de projets hospitaliers ont donc souvent pris la responsabilité des solutions proposées, et contredisant les normes en vigueur, en étant convaincus de l'efficacité de ces dernières. Le travail de ces professionnels va ici dans le sens des maîtres d'ouvrage réalisant les projets de modernisation. Si ces derniers souhaitent des constructions plus performantes et d'un coût moins important que celui découlant des normes, les architectes respectent leurs souhaits, en prenant la responsabilité de s'écarter des normes en vigueur. Par la suite, comme nous l'ont affirmé certains d'entre eux, ils misent sur un manque de contrôle de la part des administrations :

« Nous faisions le projet comme nous le souhaitions et espérions que le contrôleur ne s'arrêterait pas forcément sur tous les points. S'il indiquait la non-conformité aux normes, nous essayions alors de le convaincre. S'il n'avait pas vu, nous ne disions rien et la solution passait »[2].

Un autre exemple montre la responsabilité des maîtres d'ouvrage de s'écarter des normes règlementaires obligatoires, lorsque celles-ci ne permettent pas de réaliser les solutions architecturales souhaitées :

« Par exemple, chez nous, les toits étaient tous en tuiles métalliques…conformément aux normes, dans chaque cabinet médical, la ventilation doit avoir une sortie par le toit. Dans un centre de santé, il aurait fallu faire environ 15 trous dans le toit. Et nous nous sommes rendus compte que si nous faisions ça, nous détruisions complètement la construction. Mais la norme l'exige. Nous avons décidé de la sortir dans le plafond et seulement dans le laboratoire nous l'avons sortie en effet là où il fallait mettre une ventilation. C'était une

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*
[2] Entretien anonyme, projet de construction hôpital privé, mars 2010, Chisinau, Moldavie.

décision non-coordonnée avec quiconque. Donc le ministère de la Santé et les architectes ont pris leurs propres risques… »[1].

Le changement de normes analysé se situe du côté des maîtres d'ouvrage du domaine de la santé, engagés dans la réalisation de modernisations hospitalières. A la suite de l'effondrement de l'Union soviétique, ces derniers n'appliquent plus les normes techniques héritées de cette période et devenues obsolètes avec les évolutions de la science et de la technique. Ces acteurs délaissent ainsi les normes développées par les pouvoirs publics nationaux au profit de normes de l'étranger. Ce changement s'opère en plusieurs temps. Dans un premier temps, ils adoptent des solutions architecturales, transférées comme nous l'avons vu par les acteurs internationaux. Dans un deuxième temps, ils cherchent à obtenir des dérogations aux normes qui font obstacles à l'introduction des solutions souhaitées. Ils font alors pression sur leurs propres institutions nationales de normalisation. Dans un troisième temps, s'ils n'obtiennent pas de permission, ils prennent leur propre responsabilité quant à la non-conformité des projets aux normes techniques étatiques.

Il convient également de noter que l'obtention de dérogations pour certains projets hospitaliers représente un pas en avant dans la transformation des normes techniques. Car les autorisations accordées, pourront servir à la réalisation d'autres projets, en lançant ainsi une sorte de « précédent » dans le domaine de la construction. A titre d'exemple, les dérogations obtenues par le projet des Centres de santé seront utilisées par le ministère de la Construction pour la modernisation d'autres établissements médicaux :

« - Les Centres de santé au sein du même projet c'est pareil…il y a des normes pour des centres de santé des années 1956, 1972…Mais par un ordre du Ministre, d'autres normes ont été adoptées en 2008 pour les institutions de santé d'assistance médicale primaire.

- *Est-ce qu'elles ont été adoptées en tant qu'exception ?*

- *Non. Elles ont été adoptées par un ordre du ministère et maintenant d'autres normes sanitaires et épidémiologiques sont en vigueur, d'après lesquelles l'on construit d'ailleurs ces centres de santé. Et tous les centres qui se construiront*

[1] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

s'appuieront dessus. Ce fut un changement en ce qui concerne les institutions médicales primaires »[1].

Par conséquent, le changement des normes techniques concerne les acteurs « de terrain », ceux qui œuvrent au sein de la construction des hôpitaux. En réalisant des projets selon de nouvelles exigences techniques, permettant à la fois d'introduire de nouveaux équipements et de réduire le coût de construction, les maîtres d'ouvrages développent ensuite des stratégies d'action en vue de s'écarter des normes officielles en vigueur. Dans certains cas, ils obtiennent des dérogations. Dans d'autres, ils prennent la responsabilité de ne pas respecter les normes règlementaires. Le projet des Centres de santé permet de voir que le ministère de la Santé a fait pression sur une autre institution centrale – le ministère de la Construction, en vue d'obtenir la modification des normes techniques obsolètes. Cependant, ces actions ont été « unilatérales » et ne se sont pas inscrites dans une action gouvernementale coordonnée de modification des textes normatifs hérités de la période soviétique.

E) L'absence d'action gouvernementale coordonnée

Le projet des Centres de santé en Moldavie permet également de souligner les actions unilatérales du ministère de la Santé en vue de la modification de normes de construction des hôpitaux. Ces démarches ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une politique de réforme des textes normatifs en matière de construction. Les demandes de modification des normes sont plutôt le résultat inattendu du lancement de modernisations hospitalières. La réalisation de projets hospitaliers avec la participation des acteurs internationaux a débouché par la suite sur la question de normes techniques et de leur révision. Comme en Ukraine, il y a la volonté des acteurs du domaine de la santé de moderniser le parc hospitalier et il y a la résistance d'un cadre règlementaire resté immuable depuis l'effondrement de l'Union soviétique. Nous constatons donc, d'un côté des représentants du ministère de la Santé souhaitant moderniser des institutions médicales selon les normes techniques proposées par les organisations internationales (et leurs consultants dans le domaine du bâtiment), et de l'autre des représentants du ministère de la Construction affirmant que les actions de réforme sont en cours. A ce titre, Iurii Socol, directeur du Département des normes techniques du ministère de la Construction de Moldavie, mentionne qu'une réflexion est menée sur les différentes possibilités de modification des normes techniques héritées de la période soviétique. Le

[1] Entretien avec Oleg Hincu, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

responsable reconnaît le rôle des maîtres d'ouvrages demandant des dérogations dans l'accélération de la révision de normes:

« Je peux vous dire qu'il n'y a pas eu chez nous de grandes modifications de normes et ce pour plusieurs raisons, mais surtout à cause de la période de réforme économique des années 1990. On ne construisait pas d'hôpitaux. Donc il n'y avait pas non plus la nécessité de faire des normes. La construction de logements qui est en règle générale la plus développée, stagnait aussi. Cette situation a duré jusqu'en 2001 quand ceux qui travaillaient à l'étranger ont envoyé de l'argent. Là le marché de la construction a commencé à se développer.

En lignes générales, la majorité des documents normatifs fondamentaux pour la construction des hôpitaux sont soviétiques, malheureusement ou peut-être pas. Malheureusement, parce qu'ils sont très anciens et ne correspondent plus aux technologies avancées et aux nouveaux appareils qui impliquent donc également d'autres conditions d'utilisation. Donc ça c'est la partie négative. La partie positive est que ces anciennes normes ont été élaborées par énormément d'institutions du domaine de la normalisation. Aujourd'hui, nous n'avons pas de telles institutions qui analysent, font des recherches, des expérimentations etc. dans le domaine des normes techniques de construction. Oui, nous avons un certain nombre de spécialistes qui sont préoccupés par ce domaine et qui étudient les normes de la Russie, de l'Ukraine, de la Biélorussie, qui sont plus actuelles...Nous avons même adopté plus récemment un objectif... »[1].

Le ministère de la Construction en Moldavie n'a donc pas lancé un programme de réforme des normes techniques et, en absence de tout autre cadre règlementaire, se contente de celui repris de la période soviétique. Il y a en effet des actions en vue d'étudier les normes d'autres pays et de modifier ainsi le cadre règlementaire national. Néanmoins, ces actions ont été amorcées par les pressions des professionnels du bâtiment. Les maîtres d'ouvrages réalisant de nouveaux projets demandent de plus en plus de dérogations aux normes en vigueur. Les Centres de santé sont un projet parmi d'autres qui contient des normes différentes de celles en vigueur :

« Nous avons eu l'année dernière une demande du ministère de la Santé comme quoi les normes soviétiques sont élaborées pour la construction des hôpitaux et des policliniques

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*

sous la forme qu'elles avaient durant l'Union soviétique. Par exemple, quatre niveaux. Une policlinique doit être multi-fonctionnelle : en commençant par le médecin de famille et en terminant par le chirurgien. C'est ce qui est encore le cas chez nous aujourd'hui. Le problème c'est que de nombreuses cliniques nouvelles sont apparues, comme les cliniques privées, semi-privées, même publiques, mais avec des dimensions beaucoup plus réduites. Donc les exigences sont plus simples aussi » [1].

Face à ces différentes demandes, le ministère de la Construction mentionne l'absence de normes nouvelles, et donc l'octroi de dérogations, à la suite de l'analyse de chaque projet. Le cas des Centre de santé présente l'incompatibilité des normes techniques avec les nouveaux besoins en matière de santé, attestée par le ministère de la Construction lui-même :

« Un exemple technique: le ministère de la Santé réalise un projet de construction de centres de santé en milieu rural. Ils sont très petits. Il y a seulement le médecin de famille. Le maximum qu'il puisse faire c'est écrire des ordonnances, quelques analyses, il peut y avoir un stomatologue tout au plus. Nous avons analysé la situation et avons vu que si la norme soviétique n'est pas respectée, cela ne posera pas problème.

Le ministère de la Santé a émis un ordre qui établit des exigences assez simples, mais générales, concernant ces Centres de santé...Comment pouvons-nous les aider pour ne pas arrêter leur construction en raison de normes trop dures? Le problème n'est pas en fait que les normes soient trop dures, mais qu'elles soient destinées pour d'autres types de bâtiments. Malheureusement, il n'y a pas de normes. C'est un problème actuel pas seulement pour le domaine de la santé. L'économie s'est développée et nous avons beaucoup d'activités qui ne correspondent pas aux normes vieillies » [1].

Les investissements dans la réalisation d'institutions médicales à partir des années 2000 en Moldavie font que le ministère de la Construction doit faire face à la pression des maîtres d'ouvrages pour la modification du cadre règlementaire. Bien que ce dernier admette la nécessité de revoir les normes en vigueur, il n'y a pas, à l'heure où nous écrivons ces lignes, de réforme du cadre règlementaire. Dans la limite des ressources dont elle dispose, l'administration centrale de normalisation technique modifie à son rythme des normes techniques, tout en autorisant des dérogations « au cas par cas » :

---

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*

« Le ministère détient l'activité d'élaboration des normes de construction et nous adoptons annuellement un plan thématique d'élaboration des normes en construction. Cette année nous n'avons pas approché les centres médicaux parce que cela nécessite du temps pour que nous voyions ce qu'il y a au niveau européen et dans les pays de la CEI, pour voir quelle expérience l'on suit, pour que l'on fasse moins d'efforts et moins d'interventions dans le système que nous avons. Voilà quel est le problème »[2].

Par conséquent, la pression exercée par les maîtres d'ouvrage, n'engendre pas une modification immédiate des normes en vigueur. Si les projets avec des difficultés pointent les normes techniques règlementaires qui posent problème à l'introduction de nouvelles solutions architecturales, le ministère de la Construction mène de son côté, ses propres recherches avant de les modifier. Ses représentants ont mentionné à plusieurs reprises l'étude de l'expérience d'autres pays, en vue d'apporter le moins de modifications possibles au cadre existant. La question des ressources nécessaires à la révision des normes règlementaires est un des aspects qui explique le souhait de sauvegarder une partie de l'ancien système normatif. En particulier pour le domaine de la santé, le ministère de la Construction semble vouloir éviter une action de réforme plus conséquente, en raison de l'absence de spécialistes des normes techniques dans la santé et de la quantité importante de normes à revoir. En matière de changement des normes techniques, plusieurs pistes de réflexion sont explorées à la fois : l'évaluation de l'expérience des pays occidentaux, mais également de celle des pays de la CEI. Dans ce contexte, la pression exercée par les maîtres d'ouvrage du domaine hospitalier oriente l'attention des responsables du ministère de la Construction vers la modification de certaines parties de l'ensemble du corpus règlementaire.

Un aspect qui a été révélé par les entretiens auprès des responsables du domaine de la construction concerne le souhait de rapprochement des normes techniques de l'Union européenne. Liée à l'action du gouvernement d'intégration à l'UE, elle est présente également dans le discours des hauts-fonctionnaires du ministère de la Construction :

« Je crois que dans l'optique du ministère, nous devons tout harmoniser et même réformer le système règlementaire existant, aujourd'hui basé sur les normes soviétiques, selon celui européen parce que là-bas, même la structure hiérarchique, le mode de

---

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*
[2] *Ibid.*

règlementer est différent de celui de la Moldavie et des pays de la CEI. Et nous devons tendre vers le modèle européen » [1].

Cependant, il n'y a pas aujourd'hui une action concrète de modification de l'ensemble des normes techniques selon les Euro Codes, les normes techniques de l'Union européenne. Les actions qu'il y a dans ce domaine sont, à l'heure où nous écrivons, encore ponctuelles et disparates. Il n'y a donc pas d'action politique « d'en haut » en vue du changement des normes techniques et de la mise en place d'un transfert de l'expérience internationale dans ce domaine. Les projets du Centres de santé, de l'HCR et bien d'autres doivent être compris comme étant des initiatives des acteurs du domaine de la santé qui, en souhaitant moderniser le parc hospitalier, ont débouché sur la question de l'obsolescence des normes techniques. Comme le montre le cas des Centres de santé, le maître d'ouvrage a ensuite exercé une pression sur le ministère de la Construction en vue d'obtenir des dérogations et pouvoir réaliser son projet. A la suite de ces échanges, l'administration centrale de normalisation n'a pas modifié les normes règlementaires qui posaient problème. Celle-ci a toutefois pris en compte les demandes des professionnels du bâtiment, comme des éléments utiles pour entreprendre ultérieurement des modifications. L'action des responsables du domaine de la santé a donc permis de pointer du doigt les normes techniques de la construction des hôpitaux qui étaient obsolescentes et qui nécessitaient une modification. Cela est allé également dans le sens d'une accélération de la prise de conscience des responsables politiques de la nécessité de modifier les textes normatifs hérités de la période soviétique.

« Nous n'avons pas une institution spécialisée qui élabore des normes. Peut-être qu'il y a des spécialistes, mais il n'y a pas une organisation pour le faire. Il y a besoin d'une décision au niveau de l'Etat pour changer toutes ces normes. Le ministère de la Construction doit élaborer ces normes. Regardez la différence entre les constructions en Roumanie et celles d'ici. Ici, les colonnes sont de 40, 45, et celles de Roumanie sont de 20. Ils ont d'autres normes, même s'ils ont aussi de la séismicité. A cause de ces normes, les dépenses sont de plus en plus grandes. Durant l'URSS, tous les matériaux de construction étaient moins chers, maintenant ils ont augmentés, mais les normes sont restées les mêmes »[2].

[1] Entretien avec Iurii Socol, ministère de la Construction, Moldavie, *op. cit.*
[2] Entretien avec Valentina Spac, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

Les responsables du domaine de la santé souhaitent qu'il y ait une action de réforme au niveau gouvernemental en vue de modifier les normes héritées de la période soviétique et devenues obsolètes depuis l'effondrement de l'URSS. Nous pouvons également constater dans ce discours, la référence aux développements d'autres pays, comme la Roumanie, pays voisin. L'observation des solutions techniques d'autres pays, tout comme leur transfert par des moyens d'apprentissage, de mimétisme ou de coercition par les acteurs internationaux, constitue des éléments centraux pour comprendre le positionnement des acteurs de la santé désireux de réformer les normes techniques de construction. La marge de manœuvre qu'ils possèdent ne permet pas d'effectuer des transformations immédiates, mais seulement d'obtenir des dérogations aux normes existantes. En sachant qu'ils ont d'autres projets de modernisation hospitalière, les responsables du ministère de la Santé déplorent l'absence d'une action gouvernementale structurée :

« Parce qu'il n'y a personne pour les élaborer. Par manque de ressources. Il faut une décision dans ce sens. L'Institut de recherche scientifique dans le domaine de la construction, Incercom, fait quelques petites choses. Mais c'est trop peu. Il n'y a pas une stratégie règlementée d'en haut. Une décision de niveau gouvernemental est nécessaire »[1].

D'autres membres du ministère de la Santé considèrent que ce n'est pas encore le moment d'entreprendre une modification essentielle de l'ensemble du cadre règlementaire et que ce qu'il faudrait changer en premier c'est la mentalité des gens :

« Je considère que nous ne sommes pas arrivés encore au moment de faire un bilan. Nous ne sommes pas encore à l'étape où nous aurions un système clair et bien défini, comme ce fut celui de l'Union soviétique ou comme l'est aujourd'hui celui de l'UE. Pour l'instant, ce ne sont que des visions. Dans le domaine de la construction, une série de modifications sont nécessaires, parmi lesquelles le changement de la mentalité des gens quant au respect de ces normes. Elles ne sont pas respectées et nous ne sommes pas conscients des accidents qui peuvent suivre dans ce cas »[2].

Silvia Volosatii souligne finalement une situation qui s'est largement développée en Moldavie et en Ukraine à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique : le non-respect des normes techniques nationales dans le domaine de la construction des bâtiments. Ainsi, comme le

---

[1] *Ibid*.
[2] Entretien avec Silvia Volosatii, ministère de la Santé, Moldavie, *op. cit.*

démontrent les projets analysés, les maîtres d'ouvrages réalisent des projets selon des exigences techniques nouvelles, qui se trouvent être en contradiction avec les normes techniques en vigueur. L'obsolescence de ces normes, héritées de la période soviétique et que les pouvoirs publics peinent à modifier en raison d'un manque de ressources, fait que de plus en plus de constructions sont réalisées selon des dérogations. Ces dernières représentent une autorisation de s'écarter des normes obligatoires, mais deviennent de plus en plus, des moyens officiels de les contourner. Car l'octroi des dérogations, compte tenu des nombreux projets, est devenu une chose courante dans le domaine de la construction des bâtiments en Ukraine et en Moldavie depuis les années 2000. La non modification de normes techniques héritées de la période soviétique et leur obsolescence semble donc conduire au fait que de nombreux acteurs du domaine de la construction ne les ont plus respectées. Ces derniers ont cherché des solutions à l'étranger et ont ensuite fait pression pour obtenir des dérogations aux normes règlementaires en vigueur. Qu'ils obtiennent ou non l'autorisation de s'écarter des normes règlementaires, de nombreux maîtres d'ouvrage ont, tout de même, décidé de réaliser des projets selon des normes techniques de l'étranger. Ceci permet de comprendre pourquoi de nombreux bâtiments modernes, dont des institutions médicales, ont tout de même été construits en Ukraine et en Moldavie après 1991, malgré le fait que les normes techniques officielles et en vigueur demeurent celles de la période soviétique. Selon les architectes de ces pays, si ces dernières avaient été suivies et appliquées « à la lettre », les constructions que l'on aurait vu émerger auraient été identiques aux établissements de cette période.

La deuxième section a démontré l'importance du facteur politique au sein du projet en Ukraine, tout en remettant en question le phénomène de dépendance au sentier comme principal obstacle à l'introduction de normes techniques étrangères. Nous avons pu voir que les actions des acteurs politiques, tels que le président en Ukraine ou le ministère de la Santé en Moldavie, ont permis d'obtenir plus facilement les autorisations de la part des administrations nationales. Ces éléments désignent la pression exercée par des institutions nationales (notamment politiques) sur d'autres institutions de leur propre pays, en faveur du changement des normes techniques de construction d'hôpitaux.

En même temps, lors de l'analyse de l'impact du soutien politique et de son action de catalyseur à l'introduction de normes depuis l'étranger, un facteur de frein sous-jacent fut identifié. Il s'agit de la corruption des fonctionnaires en charge de la vérification des projets de

construction par rapport aux normes en vigueur. C'est notamment l'analyse du cas de l'HDF de Kiev, en Ukraine et la baisse du soutien politique du président sortant Viktor Iouchtchenko qui a permis de déterminer l'importance des intérêts financiers des fonctionnaires lors de la délivrance des autorisations de construction. En revanche, nous ne disposons pratiquement pas de référence sur ce sujet dans les entretiens réalisés en Moldavie. Toutefois, nous n'avançons pas ici que le phénomène de la corruption n'est pas présent dans les sphères de l'administration en Moldavie. Certaines informations permettraient de l'attester. Nous souhaitons souligner cependant que nous avons noté cette différence dans le discours des participants interviewés au sein des deux pays. Il s'agit de part et d'autre de la construction d'institutions médicales de type public. Si les professionnels réalisant des opérations privées ont été moins hésitants quant à l'avancement de sommes d'argent supplémentaires aux fonctionnaires, ils ne l'ont pas abordé lors des discussions portant sur les projets publics. Or en Ukraine, bien qu'il s'agisse d'une institution publique comme l'HDF de Kiev, lors de la diminution de l'influence du président du pays, les participants au projet ont fait allusion à la réapparition des intérêts financiers des fonctionnaires sur le devant de la scène. Grâce aux éléments identifiés au sein du cas ukrainien, nous avons pu saisir le fait que ce n'est pas tant la dépendance au sentier qui constitue le principal frein à l'introduction de normes, que les intérêts financiers des fonctionnaires, « cachés » derrière le rideau des normes techniques héritées de la période soviétique.

Le cas des Centres de santé analysé en Moldavie a permis de voir qu'en absence de soutien politique comme dans le projet ukrainien, les maîtres d'ouvrages doivent trouver d'autres moyens d'obtenir la validation de normes de l'étranger. Le ministère de la Santé a fait pression sur le ministère de la Construction et obtenu des dérogations. En même temps, l'obtention de ces dernières ne signifie pas qu'il est exempté de présenter le projet aux organes de contrôle des normes techniques. Les responsables du ministère de la Santé ont utilisé les dérogations accordées par le ministère de la Construction pour convaincre les fonctionnaires de valider leur projet. Mais lorsqu'ils n'ont pas obtenu gain de cause, ils ont pris sous leur responsabilité la non-conformité aux normes en vigueur.

Dans ce processus, le rôle de la Banque mondiale, en tant que financeur du projet, n'apparaît pas beaucoup. Si le ministère de la Santé utilise l'argument de la conditionnalité financière et l'impact politique d'un échec du projet, nous avons pu voir que l'octroi de dérogations du ministère de la Construction n'est pas suffisant pour faire valider le projet. De plus,

l’obtention de ces dérogations n’engendre pas la modification de normes règlementaires qui sont pointées comme étant obsolètes par les acteurs de la santé.

Néanmoins, le changement que nous observons à la fois en Ukraine et en Moldavie est à deux niveaux. D’une part, les maîtres d’ouvrages réalisant de nouveaux projets ne respectent pas les normes en vigueur et trouvent des moyens de les faire valider par les administrations de contrôle. D’autre part, l’obtention de certaines dérogations leur permet de créer des « précédents » et de les mobiliser comme exemples lors de la réalisation de futurs projets de construction.

Conclusion

Ce chapitre a présenté les conditions dans lesquelles les acteurs de la construction des hôpitaux de Moldavie et de l'Ukraine introduisent des normes techniques étrangères lors de la construction de nouveaux bâtiments entre 1991 et 2011. L'hypothèse principale avançait l'existence d'obstacles similaires au sein des deux pays, étant donné leur expérience institutionnelle commune durant la période soviétique.

Lors d'une première section, nous avons vu que les fonctionnaires des administrations de contrôle des normes techniques représentent un obstacle pour la validation de projets contenant des normes de l'étranger. Même dans le cas de Kiev, où le projet a le Statut Expérimental, la longueur des démarches administratives et le nombre élevé de documents exigés représentent un frein pour la validation du projet. L'héritage de ces démarches administratives de la période soviétique complique ainsi les actions des maîtres d'ouvrages souhaitant réaliser des projets de construction selon des normes provenant de l'étranger. En Moldavie, on a pu également saisir l'attachement des fonctionnaires aux anciennes normes techniques. Même lorsque les représentants du ministère de la Santé insistent sur leur obsolescence, en démontrant des possibilités nouvelles de respecter les conditions de sécurité ou d'hygiène par exemple, ils n'acceptent pas de valider des projets non-conformes aux normes en vigueur. Les éléments présentés dans cette section ont permis ainsi de souligner le fait que les normes héritées de la période soviétique continuent d'être sauvegardées non pas seulement dans les textes législatifs repris après 1991, mais également au sein des structures bureaucratiques et de leurs fonctionnaires, qui en sont les garants.

Si la dépendance au sentier, s'exprimant par l'héritage des normes techniques de la période soviétique, est présente à la fois en Ukraine et en Moldavie, comment peut-on alors parler de changement ? Cet obstacle bloque-t-il l'introduction de normes de l'étranger ? Autrement dit, est-ce que les projets réalisés avec le concours d'acteurs internationaux et qui contiennent des normes de l'étranger, sont bloqués par les administrations nationales ? Nous avons constaté que les deux cas étudiés ont été validés par ces dernières. Comment cela a t-il été possible ?

La deuxième section du chapitre présente quelques catalyseurs du changement. Nous avons vérifié l'hypothèse d'un soutien politique en Ukraine facilitant la validation de normes de l'étranger. En effet, la Fondation pensait au départ qu'avec le soutien du président Viktor Iouchtchenko, elle validerait facilement son projet auprès des administrations. Néanmoins, la baisse de la cote de popularité du président à l'approche des élections de 2010 a fait que

l'obtention des certificats a été de plus en plus difficile. S'il n'y a pas eu de refus de la part des administrations, leurs procédures ont été longues et laborieuses. Il a également été possible de relativiser l'attachement des fonctionnaires aux normes de la période soviétique, car ces derniers semblent avoir un intérêt financier au maintien des normes.

Le projet moldave ne comporte pas une implication de hauts représentants politiques aussi forte que le projet ukrainien. Nous avons donc pu observer comment sont validées les normes de l'étranger lorsque ce facteur est moins présent. Cependant, ce projet était soutenu financièrement par la Banque mondiale et donc le gouvernement moldave y était indirectement associé. Comme mentionné précédemment, le ministère de la Santé a mené de très fortes négociations avec le ministère de la Construction, en vue de modifier les normes techniques qui ne permettaient pas la réalisation de ce projet. La pression exercée par cette administration centrale sur d'autres administrations de son pays a été impulsée par la Banque mondiale. C'est cette dernière qui imposa à l'origine l'adoption des normes étrangères. Malgré l'octroi de dérogations par le ministère de la Construction, il n'y a pas eu de réforme engagée pour les normes de construction. L'analyse de terrain a cependant révélé que les maîtres d'ouvrages continuent de réaliser des projets selon d'autres normes que celles en vigueur, soit en obtenant des dérogations, soit en prenant la responsabilité de cette non-conformité.

En conclusion, il convient de constater l'absence de réforme de normes de construction d'hôpitaux en Ukraine et en Moldavie entre 1991 et 2011. Les règlementations techniques sont, en large partie, celles héritées de la période soviétique. Peut-on affirmer pour autant qu'il n'y a pas eu de changement dans ce domaine dans les deux décennies qui se sont écoulées après l'indépendance ? La modernisation des hôpitaux, engagée dans ces pays, depuis les années 2000, a engendré une modification des normes techniques de construction. En effet, les décideurs nationaux qui ont lancé des projets hospitaliers se sont retrouvés au sein d'un processus de « spill-over » qui a mis la question du changement des normes techniques sur le devant de la scène de l'action publique. Bien qu'ils n'aient pas pensé au départ revoir le cadre règlementaire normatif, les décideurs du domaine de la santé ont été concernés par son obsolescence et ont cherché à accélérer le rythme de sa mise à jour. En réalisant des projets de construction, ils ont ouvert la voie aux dérogations et au non-respect des normes en vigueur, pointant du doigt l'inévitable et nécessaire changement de ces dernières.

Conclusion générale

Les anciens pays soviétiques, comme l'Ukraine et la Moldavie, ont connu pendant plus de cinquante ans un système politique, économique et social commun sous l'URSS. Leurs institutions, à la fois formelles (lois, règlementations) et informelles (habitudes et coutumes) ont été façonnées par les politiques et instruments d'action publique de l'Union soviétique. En 1991, ces Etats ont affirmé leur indépendance et déclaré une rupture avec l'ancien système. Vingt ans après cet évènement, l'on s'interroge encore sur la manière dont a eu lieu la « grande transformation » : comment a-t-on supprimé, modifié, élaboré les politiques publiques ? Comment ont changé les habitudes, les façons de faire et de penser marquées par cinquante ans de communisme « à la soviétique » ? Notre thèse s'inscrit au sein de ces questionnements et propose des pistes de réponse.

Nous avons sélectionné l'Ukraine et la Moldavie parce que ces deux pays sont dans le voisinage proche de l'Union européenne et qu'en même temps, ils n'y ont pas adhéré. Le changement de leur cadre national ne s'inscrit donc pas sous le signe d'une conditionnalité communautaire, comme ce fut le cas pour les PECO (pays d'Europe Centrale et Orientale). L'Ukraine et la Moldavie semblent ainsi avoir été plus « libres » de choisir la manière de transformer leurs politiques et institutions à la suite de la chute de l'URSS. Comment s'y sont-ils pris dans ce processus et quels sont les résultats que l'on peut observer vingt ans après leur indépendance ? Ont-ils fait « *tabula rasa* » du passé ou choisi de sauvegarder certains éléments de l'ancien système ? La question centrale qui nous a intéressée par-dessus toutes les autres, a été celle de l'influence extérieure : est-ce qu'ils se sont inspirés de l'étranger dans la transformation de leurs politiques et institutions et comment s'est opérée l'introduction de l'expérience internationale ?

Constatant la participation d'organisations internationales et d'architectes étrangers dans la modernisation des hôpitaux vers la fin des années 2000 en Ukraine et en Moldavie, nous avons cherché à étudier comment a été intégré l'expérience internationale dans ce domaine et qu'est-ce que cela a impliqué comme changement au niveau national. La construction des hôpitaux étant un domaine encadré par des normes techniques, nous nous sommes interrogée sur l'influence des acteurs internationaux sur l'évolution de ces dernières.

Afin de structurer notre recherche, nous avons initialement formulé deux hypothèses principales concernant l'action des acteurs internationaux. Tout d'abord, nous avons supposé que l'action des acteurs internationaux (organisations internationales et entreprises) a produit un changement des institutions à travers un transfert de normes étrangères. Ensuite, nous avons avancé que l'action des acteurs internationaux s'est heurtée à des contraintes similaires en Ukraine et en Moldavie du fait que ces deux pays ont partagé les mêmes arrangements institutionnels soviétiques par le passé.

Les hypothèses initiales ont été affinées sur la base du cadre conceptuel des approches institutionnalistes et de transfert de politiques publiques. Si le cadre conceptuel du transfert permet d'approfondir la manière dont l'action extérieure a été mise en place en Ukraine et en Moldavie, les approches néo-institutionnalistes permettent de souligner l'impact des arrangements institutionnels nationaux. Dans un premier temps, les acteurs internationaux auraient transféré des normes de construction d'hôpitaux essentiellement par un mécanisme de mimétisme, selon lequel l'Ukraine et la Moldavie auraient privilégié l'expérience internationale sans étudier de manière approfondie son contenu. Autrement dit, les décideurs nationaux auraient fait confiance aux architectes étrangers, en pensant qu'ils étaient les seuls capables de construire des hôpitaux « à l'occidentale ». Le transfert ne se serait par ailleurs pas réalisé de la même façon selon qu'il était le produit d'une organisation internationale (coercition) ou d'une entreprise privée (apprentissage). Dans un second temps, il conviendrait de prendre en compte les résistances au changement qui découlent du sentier de dépendance hérité de la période soviétique. Ce sentier s'exprimerait aussi bien au niveau des normes règlementaires (formelles) que des pratiques et habitudes de construire des hôpitaux (informelles).

Des projets de construction hospitalière réalisés avec le concours d'acteurs internationaux ont été sélectionnés pour vérifier les hypothèses annoncées. Dans une démarche qualitative, nous nous sommes donnée pour objectif non pas de généraliser à partir des cas étudiés à l'ensemble des anciens pays soviétiques, mais d'approfondir le processus de mise en œuvre d'un transfert international. C'est la raison pour laquelle nous avons privilégié la méthode de l'étude de cas et la démarche comparée. Cette dernière a consisté à mettre en perspective, systématiquement, les éléments des cas moldave et ukrainien. Les informations ont été collectées par le biais des techniques de l'observation (trois ans d'observation participante et non-participante au sein de Groupe-6) et de l'entretien (93 entretiens réalisés en français, anglais, russe et roumain).

Quels sont alors les résultats de l'évolution des normes de construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie ? Qu'est-ce qui a changé dans ce domaine en l'espace de vingt ans après l'effondrement de l'Union soviétique ? En revenant aux hypothèses principales, quel fut le rôle des acteurs internationaux et dans quelle mesure observe-t-on un changement similaire au sein des deux pays ? Dans un premier temps, nous rappelons les mécanismes à travers lesquels les acteurs internationaux ont transféré leur expérience (mimétisme, apprentissage et coercition). Dans un deuxième temps, nous revenons sur l'héritage des normes techniques règlementaires en tant que frein principal à l'introduction de solutions architecturales étrangères. Notre recherche a permis d'identifier également des facteurs favorisant ce processus : la conditionnalité de la Banque mondiale, en Moldavie et le soutien politique en Ukraine. Dans un troisième et dernier point, nous résumons les implications du phénomène de transfert observé sur la transformation des institutions dans les anciens pays soviétique étudiés.

Section I : Le transfert de normes de l'étranger : mécanismes d'apprentissage, de coercition et de mimétisme

L'influence des acteurs internationaux dans l'évolution des normes techniques de la construction des hôpitaux a été saisie à travers deux canaux, avec d'une part, les organisations internationales (la Banque mondiale a financé les projets des Centres de santé et de l'HCR de Moldavie), et d'autre part, les acteurs économiques de l'étranger, tels que les entreprises d'architecture (les projets de l'HDF et de l'HCR ont tous les deux impliqué des entreprises de pays occidentaux). Nous avons donc pu établir que l'influence des acteurs internationaux peut se diffuser à travers l'action de ces deux types d'acteurs. Les trois projets hospitaliers étudiés dans le cadre de la thèse ont permis de dévoiler les mécanismes du transfert de normes de l'étranger selon ces acteurs.

Afin de mieux saisir la mise en place du transfert, nous avons analysé les projets hospitaliers selon trois étapes : l'appel d'offre international, la mission architecturale et la validation par les administrations. Lors de chacune de ces phases, nous avons questionné les acteurs du transfert, le contenu de leurs actions, ainsi que le caractère contraignant ou volontaire de ce dernier. Grâce à cette analyse séquentielle, nous avons pu constater que les mécanismes du transfert peuvent varier au sein d'un même projet (mimétisme au départ, apprentissage ou coercition par la suite).

I) Le lancement des opérations de modernisation hospitalière

L'analyse de la première étape d'un projet hospitalier – l'appel d'offre international – a montré comment les décideurs politiques du domaine de la santé ont cherché des compétences étrangères de construction des hôpitaux. Ce choix a été similaire au sein des deux pays, en raison d'une perte de confiance dans les institutions héritées de la période soviétique. Mais au-delà d'une impression similaire dans les deux pays que les compétences nationales ne suffisent pas pour moderniser le parc hospitalier, l'appel à des consultants étrangers s'avère lié au phénomène des transferts internationaux. Les actions de la Fondation de l'HDF en Ukraine et du ministère de la Santé en Moldavie démontrent que les décideurs politiques de ces pays n'ont pas agi sans tenir compte de l'expérience d'autres Etats. Ainsi, ce ne sont pas seulement les facteurs d'ordre national qui expliquent la recherche des solutions extérieures,

mais bien un phénomène plus global de transfert de politiques publiques au niveau international.

Nous avons montré les mécanismes à travers lesquels les acteurs nationaux ont cherché à adopter l'expérience d'autres pays. En Ukraine, il s'agit plutôt d'une forme d'apprentissage, étant donné que les membres de la Fondation ont effectué des visites d'hôpitaux étrangers, en s'informant sur leurs caractéristiques. En Moldavie en revanche, il s'agit plutôt d'un mimétisme, étant donné que les représentants du ministère de la Santé ont été convaincus par les solutions de l'étranger avant même de les avoir évaluées. L'argument qui a compté pour ces acteurs nationaux était : « cela marche chez eux, donc ça va marcher chez nous aussi ».

En même temps, on peut noter que la présence de la Banque mondiale au sein du projet de l'HCR en Moldavie a eu une influence sur le transfert. Donc le type d'acteur extérieur participant au transfert a eu de l'importance. Si les acteurs nationaux étaient dès le départ orientés vers des solutions extérieures, la mise en place d'une compétition d'architecture selon les conditions de la Banque mondiale a renforcé cette position. Ainsi, les conditions techniques des financements accordés par l'organisation internationale ont attesté d'une forme de coercition « souhaitée ».

II) La mise en œuvre de l'expérience internationale

Les mécanismes du transfert ont évolué lors des phases suivantes des projets hospitaliers. Durant l'étape des missions architecturales, nous avons étudié les interactions entre les acteurs nationaux et étrangers lors de la réalisation des plans. En Ukraine, des entreprises étrangères ont participé à la conception architecturale de l'HDF de Kiev. En Moldavie, la Banque mondiale est intervenue dans la construction des Centres de santé. L'analyse minutieuse des échanges entre les acteurs a déterminé qu'en Ukraine, le transfert de normes de l'étranger s'est réalisé par des mécanismes d'apprentissage et de mimétisme, alors qu'en Moldavie ce fut pour l'essentiel de la coercition. Ceci s'explique notamment par la nature des acteurs internationaux impliqués. La comparaison entre les deux cas a permis de voir que la Banque mondiale dispose de moyens coercitifs pour imposer l'introduction de normes de l'étranger, alors que les entreprises étrangères en Ukraine ont dû négocier tout au long du projet.

Si la plupart du temps, on s'intéresse aux raisons qui incitent les acteurs nationaux à adopter l'expérience étrangère, nous avons également interrogé les motivations des acteurs internationaux : pourquoi se sont-ils engagés dans un transfert de leur savoir-faire ? Etait-ce

pour des raisons financières uniquement ? Ceci semblait être une évidence et pourtant, nous avons souhaité l'approfondir. De fait, les acteurs internationaux ont transféré des normes de l'étranger, pour des raisons essentiellement économiques, mais aussi en raison de l'incompatibilité des normes de l'Ukraine et de la Moldavie avec les développements hospitaliers les plus récents. Le projet réalisé avec la Banque mondiale souligne que le choix d'introduire des normes de l'étranger était lié à une réduction des coûts de construction. On ne saurait dire si l'attitude de l'organisation internationale aurait été tout autant en faveur d'un transfert si les normes techniques moldaves avaient permis de respecter ses estimations financières. Tel que nous l'avons observé, le mécanisme du transfert dans le cadre des Centres de santé en Moldavie a été celui d'une coercition par conditionnalité financière. Dans le cas de l'HDF de Kiev, les architectes étrangers ne disposaient pas de moyens de pression et ont dû argumenter, négocier et convaincre de l'utilité de leurs propositions. Les Ukrainiens ont décidé d'intégrer l'expérience internationale à la suite d'une évaluation de cette dernière, donc à travers un mécanisme d'apprentissage.

Nous avons également identifié des raisons plus subjectives à l'action des acteurs internationaux, notamment des entreprises d'architecture. Tout comme la Banque mondiale en Moldavie, les architectes étrangers du cas ukrainien ont insisté sur l'adoption de leurs solutions architecturales pour des raisons économiques. L'introduction de leur savoir-faire garantissait également une plus large part des honoraires. Mais les entreprises sont également des structures hétérogènes, composées d'individus avec des préférences et intérêts multiples. Ainsi, certains architectes étrangers ont insisté sur le transfert de leurs solutions architecturales non pas nécessairement pour des raisons financières, mais par attachement à leur modèle architectural. L'analyse du projet de l'HCR en Moldavie a montré que les architectes étrangers ont insisté sur la prise en compte de leurs solutions même lorsque les intérêts financiers n'étaient pas en jeu, par un attachement presque « involontaire » aux solutions proposées. Ces consultants internationaux étaient convaincus du bien-fondé de leurs propositions et insistaient sur leur adoption en Ukraine et en Moldavie parce que cela leur semblaient être « la bonne façon de faire ».

III) La validation de normes de l'étranger

La dernière étape des projets de modernisation – l'obtention de certificats de la part des administrations publiques nationales – a influencé à nouveau les mécanismes de transfert.

Cette fois-ci, les acteurs internationaux n'ont pas été directement impliqués. Ce sont les maîtres d'ouvrages du domaine de la santé qui ont négocié avec les administrations nationales la validation de normes de l'étranger. Si la coercition caractérise le transfert dans le cadre des deux premières étapes des projets analysés en Moldavie, elle est plus faible lors de la dernière. Néanmoins, les responsables du ministère de la Santé, bien qu'ils aient notifié la résistance des structures bureaucratiques et de leurs fonctionnaires, ont mentionné que le soutien de la Banque mondiale a indirectement influencé l'obtention des dérogations aux normes en vigueur. On note en particulier l'octroi par le ministère de la Construction de dérogations pour la construction des Centres de santé selon des normes différentes de celles nationales. Le fait que le projet fasse partie intégrante de la réforme de santé, pour laquelle le gouvernement a obtenu les financements de la Banque mondiale, a renforcé la position du ministère de la Santé face aux administrations nationales de normalisation.

En Ukraine, les entreprises étrangères n'ont pas eu la possibilité d'influencer l'adoption de leur projet par les administrations nationales. C'est la Fondation de l'HDF qui a cherché, comme le ministère de la Santé en Moldavie, à obtenir des dérogations. Durant l'obtention de divers certificats de la part des administrations publiques, de nombreuses questions ont été adressées au sujet des solutions étrangères. Il peut donc être noté que les normes de l'étranger n'ont pas été réceptionnées de façon « automatique » par les administrations nationales, et ce quel que soit l'acteur du transfert (une organisation internationale ou des entreprises étrangères). Même le pouvoir de coercition de la Banque mondiale a été affaibli durant la phase de validation des projets hospitaliers. Il s'agit ici davantage d'une forme d'apprentissage à travers laquelle les administrations de normalisation ont décidé au cas par cas, d'accepter ou non, des normes de l'étranger. Cette acceptation ne signifie pas qu'il y a une modification des normes règlementaires en vigueur. Il s'agit néanmoins dans les deux pays de dérogations qui marquent en quelque sorte une reconnaissance de la pertinence d'une norme technique différente que celle stipulée dans les textes normatifs nationaux.

La dernière étape des projets hospitaliers montre aussi que les acteurs du domaine de la santé ont été confrontés à l'obsolescence de normes techniques nationales, alors qu'ils n'étaient pas au départ concernés par cette question. En lançant des projets de modernisation et en faisant appel à des acteurs internationaux, ces derniers ont été entraînés dans un processus de changement des normes techniques qu'ils n'avaient pas « prémédité ».

Les acteurs de la santé n'ont pu qu'accepter les demandes de transfert de normes émanant des entreprises étrangères, étant donné qu'ils avaient eux-mêmes demandé la modernisation des hôpitaux selon des « standards internationaux ». Tant les membres de la Fondation en Ukraine, que les représentants du ministère de la Santé en Moldavie ont affirmé ne pas avoir étudié au départ la question des normes techniques et leur éventuelle incompatibilité lors des actions des acteurs internationaux. C'est ainsi que pour pouvoir construire les projets livrés par les acteurs étrangers et pour lesquels ils avaient engagés des financements, les acteurs du domaine de la santé ont fait pression sur les administrations nationales pour obtenir des dérogations. Ce faisant, ils ont « pointé du doigt » un problème d'obsolescence des normes règlementaires nationales et permis de montrer des pistes de modification. On retrouve sur ce dernier aspect le rôle des acteurs internationaux qui en transférant des normes informelles de leurs pays (représentations et façons de construire un hôpital) ont indiqué aux acteurs nationaux des solutions de changement.

L'étude approfondie des actions d'acteurs internationaux au sein de la modernisation des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie a permis de démontrer qu'il y a eu un transfert de l'étranger. Ce transfert a eu lieu lorsque des acteurs économiques ou des organisations internationales ont réalisé des missions architecturales (études de faisabilité, programmation, conception). Bien que les caractéristiques du transfert puissent évoluer durant les différentes étapes d'un projet hospitalier, nous pouvons noter que les principaux mécanismes d'introduction de normes de l'étranger sont l'apprentissage, le mimétisme et la coercition. Si les deux premiers sont surtout le fait des acteurs économiques, le dernier reste spécifique à l'organisation internationale.

Nous notons également que les normes techniques qui ont été transférées concernent les représentations et les façons de faire des architectes étrangers et non pas les textes législatifs de la normalisation technique. En ce sens, il ne s'agit pas d'un transfert direct d'un instrument d'action publique, comme le serait par exemple l'adoption des Eurocodes (les normes techniques de l'Union européenne). Il s'agit plutôt d'un transfert d'arrangements institutionnels informels. On peut estimer qu'il y a eu un transfert « indirect » d'éléments d'un instrument d'action publique – les normes techniques de construction des hôpitaux à travers l'action des acteurs économiques. Ces derniers représentent ainsi une des « voies » des phénomènes de transfert de politiques publiques entre les pays.

Section II : Les résistances au changement et l'impact du soutien politique

Les transferts de normes de l'étranger ont été freinés par un phénomène de dépendance au sentier, découlant de la persistance des arrangements institutionnels de la période soviétique. Cet héritage commun à l'Ukraine et à la Moldavie a limité le changement qui a pu par ailleurs être facilité par l'implication de hauts représentants politiques. Cet impact du soutien politique à la modernisation a joué un rôle majeur dans le projet de l'HDF en Ukraine.

I) La dépendance au sentier en tant qu'obstacle « surmontable »

L'évolution des normes de construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie après 1991 ne peut être comprise sans prendre en compte les facteurs de frein au niveau national. Il s'agit ici de synthétiser nos résultats quant à l'influence de l'héritage des arrangements institutionnels formels et informels de la période soviétique. Semblable à plus d'un titre en Ukraine et en Moldavie, cet héritage diffère sur deux points : d'une part, l'Ukraine a sauvegardé plus de ressources en matière de normalisation technique (spécialistes de la construction et organismes de normalisation) ; d'autre part, ce pays a repris le dispositif soviétique du « Statut Expérimental » qui permettait de déroger aux normes en vigueur.

Dans le cadre de notre étude, nous avons constaté que l'existence du Statut Expérimental en Ukraine a favorisé le transfert : tant les membres de la Fondation, que les architectes étrangers et l'architecte local ont mentionné avoir laissé la « voie libre » au transfert de normes de l'étranger du fait que ce statut permettait de présenter aux administrations un projet contenant des normes de l'étranger (à condition d'expliquer leur nécessité). Si l'absence de ce dispositif en Moldavie n'a pas empêché les acteurs de la modernisation hospitalière de présenter des projets avec des normes différentes de celles en vigueur, il doit être souligné que ceci a demandé plus d'efforts. Dans le cas de cet héritage soviétique particulier, la dépendance au sentier n'a pas été synonyme d'obstacle au changement, bien au contraire.

Les autres indicateurs du phénomène de dépendance au sentier sont communs aux deux pays, qu'il s'agisse de la reprise des normes règlementaires, des structures bureaucratiques en charge de leur vérification ou encore de l'attachement des acteurs nationaux aux anciennes façons de faire. Cet héritage soviétique commun à la Moldavie et à l'Ukraine, et non

spécifique à un seul de ces deux pays, a joué un rôle de frein lors de l'introduction de normes de l'étranger. Nous l'avons constaté par exemple, lorsque les architectes ukrainiens et moldaves sont intervenus dans le cadre des missions architecturales : ils ont réalisé les plans selon les normes techniques d'autrefois, parce que c'étaient les seules qu'ils connaissaient. La résistance des structures bureaucratiques a également été aperçue lors de l'obtention des autorisations administratives. Le parcours administratif d'obtention des certificats a représenté un obstacle majeur à l'introduction de normes de l'étranger dans le cas des trois projets étudiés. Le transfert a été accepté dans certains cas (obtention des dérogations). Dans d'autres, les maîtres d'ouvrages ont fait le choix de s'écarter délibérément, et à leurs propres risques, des normes règlementaires en vigueur.

II) Le soutien politique en tant que catalyseur du changement

Dans le cadre de cette thèse nous avons pu suivre de manière détaillée le déroulement du projet de l'HDF de Kiev. Ce projet a bénéficié dès le départ du soutien du président ukrainien qui a alloué des ressources pour sa réalisation. Le facteur « soutien politique » a été moins présente dans le cas moldave, où les représentants du ministère de la Santé n'ont pas participé à la réalisation de missions architecturales. Les membres de la Fondation ont en revanche eu des échanges avec les architectes étrangers tout au long du projet.

Nous avons constaté que le soutien politique a été un facteur qui a compté dans le cadre du transfert de normes de l'étranger, en agissant comme un catalyseur. Les actions d'obtention du Statut Expérimental, l'organisation d'une réunion interministérielle pour surveiller la mise en œuvre du projet et l'allocation de ressources ont favorisé la position de la Fondation de l'HDF. Cette dernière s'est appuyée sur ce soutien politique pour accepter les solutions architecturales de l'étranger, en misant sur leur validation par les administrations nationales. Nous avons également pu noter que tant que le président Viktor Iouchtchenko était au pouvoir, les acteurs nationaux impliqués dans le projet (la Fondation, l'architecte local) pensaient pouvoir introduire facilement des normes de l'étranger. En revanche, à l'approche des élections de 2010, la côté de popularité du président sortant ayant baissé, l'action de la Fondation en faveur du transfert était devenue plus modérée. En particulier, nous avons pu observer que les difficultés pour obtenir des autorisations administratives ont augmenté (délais et demandes de documents supplémentaires).

Par conséquent, l'étude du projet de l'HDF de Kiev a permis d'observer comment le soutien d'un responsable politique de (très) haut niveau a favorisé le transfert de normes de l'étranger. Sous son influence, tant les acteurs impliqués dans le projet (le maître d'ouvrage, les architectes) que les administrations nationales ont semblé agir dans le sens de la réalisation de l'hôpital selon l'expérience internationale. L'absence de cet élément a permis également de souligner son importance. En effet, à la suite de la défaite électorale de Viktor Iouchtchenko en 2010, les travaux de construction de l'HDF de Kiev ont été mis en suspens, et les membres de la Fondation de l'HDF ont fait l'objet d'une enquête des services de l'Etat au sujet du contrôle des dépenses de l'argent public investi dans le projet.

Aux côtés des bâtiments vétustes et déplorables de la période soviétique, l'on observe aujourd'hui en Ukraine et en Moldavie des constructions nouvelles, modernisées selon des « standards internationaux ». A travers ce travail de thèse, nous avons voulu comprendre ce que cette modernisation des bâtiments signifiait concrètement : en quoi le nouveau se distingue-t-il de l'ancien ? Quels ont été les modifications apportées ? Quels ont été les acteurs de cette transformation ? Quelles actions ont-ils entrepris ? Quelles résistances ont-ils rencontré ? Aux termes de notre recherche, nous avons découvert la complexité du processus de modernisation, lequel implique une multitude d'acteurs nationaux et internationaux. L'action de ces acteurs s'inscrit dans un cadre institutionnel donné qui exerce une contrainte constante, mais qu'ils contribuent à redéfinir progressivement. Contrairement à l'idée de *tabula rasa*, faisant abstraction de l'héritage soviétique, et concevant l'intervention extérieure sous forme de « choc », les changements observés correspondent à un processus graduel, long, mouvementé par des résistances et des catalyseurs, au sein duquel les acteurs internationaux et nationaux agissent par tâtonnements difficilement prévisibles. Si les transferts internationaux dans les anciens pays soviétiques produisent un changement de la manière de construire des hôpitaux, il n'y a pas de dessein politique explicite : les acteurs de base qui réalisent la modernisation des hôpitaux ne suivent aucun plan préétabli au niveau national par les autorités politiques, car il n'y en a tout simplement pas.

Bibliographie

Anckar, Carsten. 2008. «On the Applicability of the Most Similar Systems Design and the Most Different Systems Design in Comparative Research.» *International Journal of Social Research Methodology* 11 (5): 389-401.

Ansaloni, Matthieu 2011. «Contrôle politique et européanisation. La politique agro-environnementale francaise à l'épreuve des évaluations.» *Politique européenne* 33 (1): 63-88.

Antohi, Sorin et Vladimir Tismaneanu, dir. 1999. *Between Past and Future: The Revolutions of 1989 and Their Aftermath*. New York: Central European University Press.

Armbruster, Chris. 2008. «Discerning the Global in the European revolutions of 1989.» *Working Paper Series of the Research Network 1989* (12/2008).

Atten, Michel. 2000. «La négociation au cœur de la technique. Normalisation et innovation dans les télécommunications.» *Réseaux* 18 (102): 139-63.

Atun, Rifat, et al. 2008. «Moldova: health system review.» Dans *Health Systems in Transition*, ed. The European Observatory on Health Systems and Policies: Euro WHO.

Aurousseau, Paul et Roger Cheverry. 1964. *L'hôpital de demain: Principes d'organisation, normes architecturales, structures fonctionnelles.* Paris: Masson et Cie.

Bafoil, François. 2002. *Après le communisme*. Paris: Armand Colin.

———. 2006. *Europe centrale et orientale. Mondialisation, européanisation et changement social 1989-2006*. Paris: Presses de Sciences Po.

———. 1999. *Le post-communisme en Europe*. Paris: La Découverte.

Baudot, Pierre-Yves. 2011. «L'incertitude des instruments: L'informatique administrative et le changement dans l'action publique (1966-1975).» *Revue française de science politique* 61 (1): 79-103.

Beichelt, Timm et François Bafoil. 2008. *L'européanisation d'Ouest en Est*. Paris: L'Harmattan.

Béland, Daniel. 2010. «The Idea of Power and the Role of Ideas.» *Political Studies Review* 8 (2): 145-54.

Bendeddouch, Assya. 2000. *Le processus d'elaboration d' un projet d'architecture*. Paris: L'Harmattan.

Benson, David et Andrew Jordan. 2012. «Policy Transfer Research: Still Evolving, Not Yet Through?» *Political Studies Review* 10 (3): 333-8.

———. 2011. «What Have We Learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited.» *Political Studies Review* 9 (3): 366-78.

Bielawski, Martina et Nicu Popescu. 2007. «Human Rights and Frozen Conflicts in the Eastern Neighbourhood», European Parliament, Brussels, 7 November 2007.

Blankart, Charles B. et Günter Knieps. 1993. «State and Standards.» *Public Choice* 77 (1): 39-52.

Borraz, Olivier. 2007. «Governing Standards: The Rise of Standardization Processes in France and in the EU.» *Governance* 20 (1): 57-84.

———. 2004. «Les normes: instruments dépolitisés de l'action publique.» Dans Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès, dir. *Gouverner par les instruments*. Paris: Les Presses de Sciences Po.

———. 2008. *Les politiques du risque*. Paris: Presses de Sciences Po.
Borraz, Olivier et Claude Gilbert. 2008. «Quand l'Etat prend des risques.» Dans Borraz, Olivier et Virginie Guiraudon, dir. *Politiques publiques 1 : La France dans la gouvernance européenne*. Paris: Presses de Sciences Po.
Börzel, Tanja A. et Thomas Risse. 2000. «When Europe Hits Home: Europeanization and Domestic Change.» *European Integration online Papers (EIoP)* 4.
Boushey, Graeme. 2010. *Policy Diffusion Dynamics in America*. New York: Cambridge University Press.
Brady, Henry E. et David Collier, dir. 2004. *Rethinking Social Inquiry: Diverse Tools, Shared Standards*. Oxford: Rowman and Littlefield.
Braun, Dietmar, et al. 2007. «Ex Pluribus Unum: Integrating the Different Strands of Policy Diffusion Theory.» Dans Holzinger, Katharina, et al., dir. *Transfer, Diffusion und Konvergenz von Politiken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Brosset, Estelle et Ève Truilhé-Marengo. 2006. *Les enjeux de la normalisation technique internationale: Entre environnement, santé et commerce international*. Paris: La Documentation française.
Brunsson, Nils, et al., dir. 2000. *A world of standards*. New York: Oxford University Press Inc.
Bunce, Valerie. 1995. «Should Transitologists Be Grounded?» *Slavic Review* 54 (1): 111-27.
Bunce, Valerie J. et Sharon L. Wolchik. 2011. *Defeating Authoritarian Leaders in Postcommunist Countries*. Cambridge: Cambridge University Press.
Champy, Florent. 2010. «La culture professionnelle des architectes.» Dans Demazière, Didier et Charles Gadéa, dir. *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis*. Paris: La Découverte
———. 1998. *Les architectes et la commande publique*. 1ère ed. Paris: Presses Universitaires de France.
———. 2011. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris: Presses universitaires de France.
———. 2001. *Sociologie de l'architecture*. Paris: La Découverte.
Chantiri-Chaudemanche, Rouba et Anouar Kahloul. 2008. «Les acteurs de la normalisation comptable internationale : une communauté épistémique ?» *Comptabilité - Contrôle - Audit* 1 (Tome 18): 9-37.
Claveranne, Jean-Pierre et Mona Krichen. 1996. «Démarche de projet et ambiguité: le cas de la construction d'un syndicat interhospitalier.» Dans Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, dir. *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext.
Clément, Jean-Marie. 1993. «Hôpital, une rupture conceptuelle.» Dans Centre aquitain de recherche sur les problèmes de santé, dir. *L'hôpital en souffrance? Gestion, économie, droit, sociologie*. Talence: Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.
———. 1999. *La réforme hospitalière: l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*. Bordeaux: Les Etudes hospitalières.
———. 2007. *Mémento de droit hospitalier*. 12e ed. Paris: Berger-Levrault.
Cochoy, Franck. 2000. «De l'« AFNOR » à « NF », ou la progressive marchandisation de la normalisation industrielle.» *Réseaux* 102 (18): 63-89.
Code de la santé publique français. Version en vigueur du 22 juin 2000 au 5 mars 2002. «Article L6111-1.». En ligne. http://legifrance.gouv.fr/ (page consultée le 20 septembre 2010).
Cometti, Jean-Pierre. 2011. *Qu'est-ce qu'une règle?* Paris: Vrin.

Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand. 1996. «La construction de l'offre locale de soins.» Dans Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, dir. *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext.

Cormier, Maxence. 1998. «La notion d'établissement de santé » Dans Moquet-Anger, Marie-Laure, dir. *De l'hôpital à l'établissement public de santé*. Paris: L'Harmattan.

Courtois, Stéphane, dir. 2011. *Sortir du communisme, changer d'époque*. Paris: Presses Universitaires de France.

Crespin, Renaud. 2006 «Drogues et sécurité routière » *Revue française de science politique* 56 (5): 813-36.

Curtea de Conturi a Republicii Moldova. 2011. «Raportul auditului operational al Proiectului « Servicii de Sanatate si Asistenta Sociala » pentru perioada iunie 2007-2010.» Hotararea N°7. En ligne. http://www.ccrm.md/public/files/file/hotariri/2011/H7_rap.pdf (page consultée le 30 mars 2011).

Dawisha, Karen et Bruce Parrott, dir. 1997. *Democratic Changes and Authoritarian Reactions in Russia, Ukraine, Belarus and Moldova* Cambridge: Cambridge University Press.

De Kervasdoué, Jean. 2004. *L'hôpital*. Que sais-je? ed. Paris: Presses Universitaires de France.

Dehousse, Renaud, et al. 2006. *Élargissement: comment l'Europe s'adapte*. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Delhaye, Grégoire. 2009. «Comprendre la mondialisation des normes: les leçons d'échec de la liberté religieuse universelle.» Dans Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein, dir. *Normer le monde*. Paris: L'Harmattan.

Delpeuch, Thierry. 2008. «L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art.» *Questions de recherche* (27).

Delpeuch, Thierry et Margarita Vassileva. 2010. «Des transferts aux apprentissages : réflexions à partir des nouveaux modes de gestion du développement économique local en Bulgarie.» *Critique internationale* 48 (3): 25-52.

Demeulenaere, Pierre. 2003. *Les normes sociales : entre accords et désaccords*. Paris: Presses universitaires de France.

Demortain, David. 2009. «Rendre transférable plutôt que diffuser. Les experts scientifiques et l'histoire de la norme alimentaire Haccp.» Dans Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein, dir. *Normer le monde*. Paris: L'Harmattan.

Dépelteau, François. 2000. *La démarche d'une recherche en sciences humaines: de la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles: De Boeck Université.

Deshayes, Philippe. 1990. «De quoi la critique peut-elle être la critique? De Pessac à l'architecturologie, une histoire (critique) d'un objet de recherche.» *Espaces et sociétés* 60 (1): 161-74.

Desrosières, Alain 1993. *La politique des grands nombres*. Paris: La Découverte.

Dobry, Michel. 2000. «Les voies incertaines de la transitologie : choix stratégiques, séquences historiques, bifurcations et processus de path dependence.» *Revue française de science politique* 50 (4-5): 585-614.

Dolowitz, David P. 1998. *Learning from America: policy transfer and the development of the British workfare state*. Brighton: Sussex Academic Press.

Dolowitz, David P. et David Marsh. 2012. «The Future of Policy Transfer Research.» *Political Studies Review* 10 (3): 339-45.

———. 2000. «Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making.» *Governance* 13 (1): 5-23.

———. 1996. «Who Learns What from Whom: a Review of the Policy Transfer Literature.» *Political Studies* 44 (2): 343-57.
Dubois, Nicole. 2002. «Autour de la norme sociale.» *Les cahiers psychologie politique* (2). En ligne. http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1640 (page consultée le 25 mars 2012).
Dudouet, François-Xavier, et al. 2006. «Politiques internationales de normalisation.» *Quelques jalons pour la recherche empirique* 56 (3): 367-92.
Duguet, Anne-Marie. 2000. *La faute médicale à l'hôpital: analyse commentée de la jurisprudence par un médecin*. 2e ed. Paris: Berger-Levrault.
Dumoulin, Laurence et Sabine Saurugger. 2010. «Les policy transfer studies : analyse critique et perspectives.» *Critique internationale* 48 (3): 9-24.
Dungaciu, Dan. 2005. *Moldova ante portas*. Bucuresti: Tritonic.
Dunlop, Claire. 2009. «Policy transfer as learning: capturing variation in what decision-makers learn from epistemic communities.» *Policy Studies* 30 (3): 289-311.
Dunlop, Claire A., et al. 2012. «The many uses of regulatory impact assessment: A meta-analysis of EU and UK cases.» *Regulation & Governance* 6 (1): 23-45.
Dura, George. 2005. «Prospects for the establishment of an international monitoring mission on the Ukraine-Moldova border.» *Eurojournal.org* April.
Durkheim, Emile. 2010 (1894). *Les Règles de la méthode sociologique*. Paris: Flammarion.
Dussauge-Laguna, Mauricio I. 2012. «On The Past and Future of Policy Transfer Research: Benson and Jordan Revisited.» *Political Studies Review* 10 (3): 313-24.
Dwyer, Peter et Nick Ellison. 2009. «'We nicked stuff from all over the place': policy transfer or muddling through?» *Policy & Politics* 37 (3): 389-407.
Egan, Michelle. 2001. *Constructing a European Market: Standards, Regulation, and Governance*. Oxford: Oxford University Press.
Elliot, John E. et Abu F. Dowlah. 1993. «Transition crises in the post-soviet era.» *Journal of Economic issues* 27 (2): 527-36.
Elster, Jon. 1989. «Social Norms and Economic Theory.» *The Journal of Economic Perspectives* 3 (4): 99-117.
Elster, Jon, et al. 1998. *Institutional Design in Post-Communist Societies: Rebuilding the Ship at Sea*. Cambridge: Cambridge University Press.
Evans, Mark. 2009. «Policy transfer in critical perspective.» *Policy Studies* 30 (3): 243-68.
Falk, Barbara J. 2003. «Post-Communism's First Decade: A Primer for Non-Specialists.» *Canadian Journal of Political Science / Revue canadienne de science politique* 36 (2): 417-37.
Fermand, Catherine. 1999. *Les hôpitaux et les cliniques*. Paris: Le Moniteur.
Figueras, Josep, et al. 2004. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.
Finnemore, Martha et Kathryn Sikkink. 1998. «International Norm Dynamics and Political Change.» *International Organization* 52 (4): 887-917.
Fister, Kristina et Martin McKee. 2005. «Post-communist transition and health in Europe.» *British Medical Journal* Editorial (329): 1355.
Florini, Ann. 1996. «The Evolution of International Norms.» *International Studies Quarterly* 40 (3): 363-89.
Fouilleux, Ève. 2008. «Les politiques agricoles et alimentaires.» Dans Borraz, Olivier et Virginie Guiraudon, dir. *Politiques publiques 1*. Paris: Presses de Sciences Po.
Fowkes, Ben. 1999. *The Post-Communist Era: Change and Continuity in Eastern Europe*. Humpshire: Palgrave Macmillan.

Füglister, Katharina. 2012. «Where does learning take place? The role of intergovernmental cooperation in policy diffusion.» *European Journal of Political Research* 51 (3): 316-49.
Fuller, Linda. 2000. «Socialism and the Transition in East and Central Europe: The Homogeneity Paradigm, Class, and Economic Inefficiency.» *Annual Review of Sociology* 26: 585-609.
Genieys, William et Marc E. Smyrl. 2008. *Elites, ideas, and the evolution of public policy*. New York: Palgrave Macmillan.
George, Alexander L. et Andrew Bennett. 2005. «Case studies and theory development in the social sciences.». Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
Geremek, Bronislav et Robert Picht, dir. 2007. *Visions d'Europe*. Paris: Odile Jacob.
Gilardi, Fabrizio. 2013. «Policy interdependence: transfer, diffusion, convergence.» Dans Engeli, Isabelle et Christine Rothmayr, dir. *Comparative Policy Studies: Conceptual and Methodological Challenges*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
———. 2010. «Transnational diffusion: Norms, ideas, and policies.» Dans Carlsnaes, Walter E., et al., dir. *Handbook of International Relations*. London: SAGE Publications.
———. 2010. «Who Learns From What in Policy Diffusion Processes?» *American Journal of Political Science* 54 (3): 650-66.
Gilbert, Claude et Henry Emmanuel. 2009. *Comment se contruisent les problèmes de santé publique*. Paris: La Découverte.
Glass, R. I. 1976. «The SANEPID Service in the USSR.» *Public Health Reports* 91 (2): 154-8.
Graham, Erin R., et al. 2012. «The Diffusion of Policy Diffusion Research in Political Science.» *British Journal of Political Science* FirstView: 1-29.
Graz, Jean-Christophe. 2002. «Diplomatie et marché de la normalisation internationale.» *L'Économie politique* 1 (13): 52-66.
Haas, Peter M. 1992. «Introduction: epistemic communities and international policy coordination.» *International Organization* 46 (01): 1-35.
Hall, John A. 1994. «After the fall: an analysis of post-communism.» *The British Journal of Sociology* 45 (4): 525-42.
Hall, Peter A. et Rosemary C. R. Taylor. 1996. «Political Science and the Three New Institutionalisms.» *Political studies* XLIV: 936-57.
Hanson, Stephen E et Jeffrey S Kopstein. 2005. «Regime type and diffusion in comparative politics methodology.» *Canadian Journal of Political Science* 38 (1): 69-99.
Hantrais, Linda. 2009. *International comparative research : theory, methods and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
Hassenteufel, Patrick. 2005. «De la comparaison internationale à la comparaison transnationale.» *Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques* 55 (1): 113-32.
Haverland, Markus. 2005. «Does the EU cause domestic developments? The problem of case selection in Europeanization research.» *European Integration online Papers (EIoP)* 9 (2).
Healy, Judith et Martin McKee. 2002. «The evolution of hospital systems.» Dans Mckee, Martin et Judith Healy, dir. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
Holmes, Leslie. 1997. *Post-Communism : An Introduction*. Durham: Duke University Press.
Hood, Christopher. 2007. «Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades.» *Governance* 20 (1): 127-44.
Ihl, Olivier, et al. 2003 *Les sciences de gouvernement*. Paris: Economica.

Jacquot, Sophie. 2006. «L'instrumentation du gender mainstreaming à la commission européenne : entre ‘ ingénierie sociale ' et ‘ ingénierie instrumentale '.» *Politique européenne* 20 (3): 33-54.
Jas, Nathalie. 2000. «Les enjeux scientifiques, techniques et commerciaux du contrôle de la qualité des engrais au XIXe siècle.» *Réseaux* 18 (102): 165-94.
Jha, Raghbendra. 2005. «Complying with Standards.» *Economic and Political Weekly* 40 (10): 912-3.
Jobert, Bruno. 2003. «Le mythe de la gouvernance dépolitisée.» Dans Favre, Pierre , et al., dir. *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca*. Paris: Presses de Sciences Po.
Karch, Andrew. 2007. «Emerging Issues and Future Directions in State Policy Diffusion Research.» *State Politics & Policy Quarterly* 7 (1): 54-80.
Kassim, Hussein et Patrick Le Galès. 2010. «Exploring governance in a multi-level polity: A policyinstruments approach.» *West European Politics* 33 (1): 1-21.
Kessous, Emmanuel. 2000. «L'objectivation des qualités industrielles en discussion. Les acteurs du marché européen confrontés à l'élaboration de normes communes.» *Réseaux* 18 (102): 91-117.
King, Charles. 1994. «Moldovan identity and the politics of Pan-Romanianism.» *Slavic Review* 53 (2): 345-68.
King, Gary, et al. 1994. *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
Kingdon, John. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little Brown & Co.
Kopstein, Jeffrey S. et David A. Reilly. 2000. «Geographic Diffusion and the Transformation of the Postcommunist World.» *World Politics* 53 (1): 1-37.
Kuzio, Taras. 1994. *Russia-Crimea-Ukraine: Triangle of Conflict*. Uniersity of California: Research Institute for the Study of Conflict and Tertrrorism.
Laget, Pierre-Louis et Françoise Salaün. 2004. «Hôpital et Europe: aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne.» *Sève* été 2004: 19-28.
Lanfranchi, Marie-Pierre. 2006. «Les obligations de recourir à la norme technique dans le droit de l'OMC.» Dans dir. *Brosset, E. Truilhé-Marengo, È., ed., "Les enjeux de la normalisation internationale"*: La Documentation française.
Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès. 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris: Les Presses de Sciences Po.
———. 2010. «Instrument.» Dans Boussaguet, Laurie, et al., dir. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris: Presses de Sciences Po.
Lascoumes, Pierre et Louis Simard. 2011. «L'action publique au prisme de ses instruments.» *Revue française de science politique* 61 (1): 5-22.
Le Mandat, Maurice. 1989. *Prévoir l'espace hospitalier*. Paris: Berger-Levrault.
Le Moënne, Christian. 2005. «Normes.» Dans Commission francaise pour l'UNESCO, dir. *La "société de l'information" : glossaire critique*. Paris: La Documentation francaise.
Leichter, Howard M. 1979. *A Comparative Approach to Policy Analysis: Health Care Policy in Four Nations*. Cambridge: Cambridge University Press.
Lekhan, Valeria, et al. 2004. *Health care systems in transition: Ukraine*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
Lelong, Benoît et Alexandre Mallard. 2000. *Réseaux : communication, technologie, société*. Vol. 18. Paris: Hermès Science Publications.
Les Echos. 2011. «Frédéric Valletoux : La plupart des projets d'investissement seront reportés sine die.». En ligne.

http://archives.lesechos.fr/archives/2011/lesechos.fr/12/04/0201777434464.htm (page consultée le 20 novembre 2012).
Lieberman, Robert C. 2002. « Ideas, Institutions, and Political Order: Explaining Political Change.» *The American Political Science Review* 96 (4): 697-712.
Loi MOP. version consolidée au 22 février 2007. «Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.». En ligne. http://www.marche-public.fr/Marches-publics/Textes/Lois/loi-MOP.htm (page consultée le 15 octobre 2011).
Loi relative à l'autorisation de l'exécution des travaux de construction. 2010. «LEGE N°163 din 09.07.2010 privind autorizarea executării lucrărilor de construcţie.» *Parlamentul Republicii Moldova* Nr.155-158 En ligne. http://lex.justice.md/md/335823/ (page consultée le consulté le 20 octobre 2011).
Loukil, Faten. 2009. «Normalisation et développement durable.» *Innovations* 1 (29): 35-57.
Lynch, Dov. 2004. *Engaging Eurasia's Separatist States: Unresolved Conflicts and De Facto States*. Washington: US Institute of Peace Press.
———. 2002. «Separatist states and post-soviet conflicts.» *International Affairs* 78 (4): 831-48.
MacLehose, Laura. 2002. *Health care systems in transition: Republic of Moldova*. dir. McKee, Martin. Copenhagen: European Observatory on HealthCare Systems.
Mahoney, James et Kathleen Thelen. 2009. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press.
Mallard, Alexandre et Benoît Lelong. 2000. «Présentation.» *Réseaux* 18 (102): 9-34.
March, James G. et Johan P. Olsen. 2005. «Elaborating the "New Institutionalism".» *ARENA* Working Paper Series (11).
———. 1998. «The Institutional Dynamics of International Political Orders.» *International Organization* 52 (4): 943-69.
———. 1984. «The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life.» *American Political Science Review* 78.
Marsh, David et Jason C. Sharman. 2009. «Policy diffusion and policy transfer.» *Policy Studies* 30 (3): 269-88.
Mattei, Jean-François. 2007. «L'hôpital entre le médical et le social.» *Etudes* 7-8 (Tome 407): 29-39.
Mckee, Martin et Judith Healy, dir. 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
———. 2000. «Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation.» *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* Recueil d'articles (3): 176-83.
———. 2002. «The significance of hospitals: an introduction.» Dans McKee, Martin et Judith Healy, dir. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
McKee, Martin et Ellen Nolte. 2004. «Lessons from health during the transition from communism.» *British Medical Journal* 329 (7480): 1428-9.
Meseguer, Covadonga et Fabrizio Gilardi. 2009. «What is new in the study of policy diffusion?» *Review of International Political Economy* 16 (3): 527-43.
Mill, John Stuart. 2009 (1886). *System of Logic Ratiocinative and Inductive*. New York: Cosimo Classics.
Miller, T. S. 1997. *The birth of the hospital in the Byzantine empire*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Moquet-Anger, Marie-Laure. 2010. *Droit hospitalier*. Paris: LGDJ: Lextenso.

Moses, Jonathon, et al. 2005. «Mapping political methodology: reflections on a european perspective.» *European Political Science* 4 55-68.
Mosley, Paul, et al. 1991. *Aid and power: The World Bank and Policy-Based Lending*. London: Routledge.
Nay, Oliver. 2012. «How Do Policy Ideas Spread among International Administrations? Policy Entrepreneurs and Bureaucratic Influence in the UN Response to AIDS.» *Journal of Public Policy* 32 (1): 53-76.
———. 2010. «Policy Transfer and Bureaucratic Influence in the United Nations: the Case of AIDS.» *Questions de recherche* (33): 1-28.
Nee, Victor. 2005. «The New Institutionalism in Economics and Sociology.» Dans Smelser, Neil et Richard Swedberg, dir. *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press.
———. 2001. «Sources of the New Institutionalism.» Dans Brinton, Mary C., dir. *New Institutionalism in Sociology*. Palo Alto: Stanford University Press.
Neufert, Ernst. 1970. *Architects' data*. dir. Herz, Rudolf. London: Lockwood.
North, Douglass C. 1990. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
Olsen, Johan P. et James G. March. 2008. «The logic of appropriateness.» Dans Rein, Martin, et al., dir. *Handbook of Public Policy*. New York: Oxford University Press.
Olshan, Marc A. 1993. «Standards-Making Organizations and the Rationalization of American Life.» *The Sociological Quarterly* 34 (2): 319-35.
Pasquier, Romain. 2012. «Quand le local rencontre le global : contours et enjeux de l'action internationale des collectivités territoriales » *Revue française d'administration publique* 141 (1): 167-82.
Penneau, Anne. 1989. *Règles de l'art et normes techniques*. Paris: Librairie générale de droit et jurisprudence.
Peters, B. Guy. 2000. «Institutional Theory: Problems and Prospects.» *Political Science Series* (69).
Peters, B. Guy, et al. 2005. «The Politics of Path Dependency: Political Conflict in Historical Institutionalism.» *The Journal of Politics* 67 (4): 1275-300.
Peters, B. Guy. 2005. *Institutional Theory in Political Science : the 'New Institutionalism'*. 2e ed. London: Continuum.
Picard, Dominique. 2010. *Politesse, savoir-vivre et relations sociales*. 4e ed. Paris: Presses Universitaires de France.
Pierson, P. 2004. *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. New Jersey: Princeton University Press.
Pierson, Paul. 2000. «Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics.» *The American Political Science Review* 94 (2): 251-67.
Pinson, Gilles. 2006. «Projets de ville et gouvernance urbaine.» *Revue française de science politique* 56 (4): 619-51.
Pollack, Mark A. 2006. «Rational Choice and EU Politics.» Dans *Handbook of European Union Politics*, ed. K. Jørgensen, et al. London: SAGE Publications Ltd.
Popescu, Nicu. 2006. «'Outsourcing' de facto Statehood: Russia and the secessionist entities in Georgia and Moldova.» *Centre for European Policy Studies Policy brief* (109).
Posner, Eric A. 2002. *Law and Social Norms*: Harvard University Press.
Post, Diahanna L. 2005. «Standards and Regulatory Capitalism: The Diffusion of Food Safety Standards in Developing Countries.» *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 598: 168-83.

Powell, Walter W. et Paul J. DiMaggio. 1991. «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields.» Dans Powell, Walter W. et Paul J. DiMaggio, dir. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

———. 1991. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Quivy, Raymond et Luc Van Campenhoudt. 2006. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3ème ed: Dunod.

Radaelli, Claudio M. 2004. «Europeanisation: Solution or problem?» *European Integration online Papers (EIoP)* 8.

———. 2000. «Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change.» *European Integration online Papers (EIoP)* 4.

Ragin, Charles. 1997. «Turning the Tables: How Case-Oriented Research Challenges Variable-Oriented Research.» *Comparative Social Research* 16: 27-42.

Ragin, Charles C. 1989. *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkley: University of California Press.

———. 2000. *Fuzzy-Set Social Science*. Chicago: University of Chicago Press.

———. 2009. *Redesigning Social Inquiry: Fuzzy Sets and Beyond*. Chicago: University of Chicago Press.

Ravinet, Pauline. 2011. «La coordination européenne « à la bolognaise ». Réflexions sur l'instrumentation de l'espace européen d'enseignement supérieur.» *Revue française de science politique* 61 (1): 23-49.

Raynaud, Dominique. 2004. «Contrainte et liberté dans le travail de conception architecturale.» *Revue française de sociologie* 45 (2): 339-66.

Reisinger, William M., et al. 1995. «Public behaviour and political change in post-soviet states.» *The Journal of Politics* 57 (4): 941-70.

Rihoux, Benoît. 2004. «Six applications d'analyse quali-quantitative comparée (aqqc) et des ensembles flous (ef) : mode d'emploi et originalités.» *Revue Internationale de Politique Comparée* 11 (1): 11-6.

Rihoux, Benoît, et al. 2004. «Une troisième voie ? Entre approches qualitative et quantitative.» *Revue Internationale de Politique Comparée* 11 (1): 117-53.

Rose, Richard. 2005. *Learning from comparative public policy: a practical guide*. New York: Routledge

———. 1991. «What is Lesson-drawing?» *Journal of Public Policy* 11 (1).

Rupnik, Jacques. 1993. *L'autre Europe, crise et fin du communisme*. Paris: Editions Odile Jacob.

Russeil, Sarah. 2010. «Transfert de politiques publiques.» Dans Boussaguet, Laurie, et al., dir. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris: Presses de Sciences Po.

Sainsaulieu, Ivan. 2007. *L'hôpital et ses acteurs: appartenances et égalité*. Paris: Editions Belin.

Sakwa, Richard. 1999. *Postcommunism (Concepts in the Social Sciences)*. Buckingham: Open University Press.

Salamon, Lester M., dir. 2002. *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford: Oxford University Press.

Saurugger, Sabine. 2009. *Théories et concepts de l'intégration européenne*. Paris: Presses de Sciences Po.

Saurugger, Sabine et Yves Surel. 2006. «L'élargissement de l'Union européenne : un processus de transfert institutionnel ?» *Introduction* 13 (2): 177-8.

———. 2006. «L'européanisation comme processus de transfert de politique publique.» *Revue Internationale de Politique Comparée* 13 (2): 179-211.
Schaffer, Simon. 2000. «Modèles normatifs et architecture navale dans un Etat militaro-fiscal.» *Réseaux* 18 (102): 195-225.
Schemeil, Yves et Wolf-Dieter Eberwein. 2009. *Normer le monde*. Paris: L'Harmattan.
Schimmelfennig, Frank. 2009. «Europeanization beyond Europe.» *Living Reviews in European Governance* 4 (3).
Schimmelfennig, Frank, et al. 2003. «Costs, Commitment and Compliance: The Impact of EU Democratic Conditionality on Latvia, Slovakia and Turkey.» *Journal of Common Market Studies* 41 (3): 495-518.
Schmidt, Vivien A. 2008. «Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse.» *Annual Review of Political Science* 11 (1): 303-26.
———. 2008. «From historical institutionalism to discursive institutionalism: explaning change in comparative political economy.» Dans *American Political Science Association Meetings*. Boston.
———. 2011. «Give Peace a Chance: Reconciling Four (not Three) "New Institutionalisms".» Dans Béland, Daniel et Robert H. Cox, dir. *Ideas and Politics in Social Science Research*. New York: Oxford University Press.
Schmidtke, Oliver et Serhy Yekelchyk. 2008. *Europe's last frontier? Belarus, Moldova and Ukraine between Russia and the European Union*. New York: Palgrave Macmillan.
Schneider, Mark, et al. 1995. *Public entrepreneurs : agents for change in American government*. Princeton: Princeton University Press.
Simmons, Beth A., et al. 2008. *The Global Diffusion of Markets and Democracy*. New York: Cambridge University Press.
———. 2008. «Introduction: the diffusion of liberalization.» Dans Simmons, Beth A., et al., dir. *The Global Diffusion of Markets and Democracy*. New York: Cambridge University Press.
Smelser, Neil J. 1976. *Comparative methods in the social sciences*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
Smyrl, Marc, et al. 2005. «Vers un retour du politique dans le néo-institutionnalisme.» *Pôle Sud* 2005/2 (23): 115-30.
Solchanyk, Roman. 2001. *Ukraine and Russia: the post-Soviet transition*. Boston: Rowman & Littlefield Pub Incorporated.
Steinmo, Sven. 2001. «The New Institutionalism.» Dans Clark, Barry et Joe Foweraker, dir. *The Encyclopedia of Democratic Thought*. London: Routlege.
Stone, Diane. 2001. «Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas.» *University of Warwick. Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation* Working papers.
———. 2000. «Non-Governmental Policy Transfer: The Strategies of Independent Policy Institutes.» *Governance* 13 (1): 45-70.
———. 2010. «Private philanthropy or policy transfer? The transnational norms of the Open Society Institute.» *Policy & Politics* 38 (2): 269-87.
———. 2012 «Transfer and Translation of Policy.» *Policy Studies* 33 (4): 1-17.
Streeck, Wolfgang et Kathleen Thelen. 2005. *Beyond Continuity: institutional change in advanced political economies*. New York: Oxford University Press.
Suleiman, Ezra N. 2005. *Le Démantèlement de l'État démocratique*. Paris: Le Seuil.
Suprunenco N. I., et al. 1986. *L'histoire de Kiev: le Kiev socialiste*. Kiev: Naukova Dumka, Académie des Sciences de l'Ukraine.

Swertz, Paul. 1974. *Éléments de sociologie hospitalière*. Traduit par André Metzger ed. Paris: Le Centurion.
Terry, Sarah Meiklejohn. 1993. «Thinging about Post-Communist Transitions: How Different Are They?» *Slavic Review* 52 (2): 333-7.
Théret, Bruno. 2003. «Institutionnalisme et structuralisme : oppositions, substitutions ou affinités électives?» *Cahiers d'économie politique* 2003/1 (44): 51-78.
Thévenin, Étienne. 2005. *L'enjeu ukrainien: ce que révèle la Révolution orange*. Tours: CLD.
Treib, Oliver. 2008. «Implementing and complying with EU governance outputs.» *Living Reviews in European Governance* 3 (5).
Tsebelis, George. 1995. «Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism.» *British Journal of Political Science* 25 (3): 289-325.
Tulmets, Elsa, dir. 2012. *Identities and Solidarity in Foreign Policy: East Central Europe and the Eastern Neighbourhood*. Prague: IIR.
Vigour, Cécile. 2005. *La comparaison dans les sciences sociales: Pratiques et méthodes*. Paris: La Découverte.
White, Stephen, et al. 2002. «A European or a Slavic choice? Foreign policy and public attitudes in post-soviet Europe.» *Europe-Asia Studies* 54 (2): 181-202.
Wilson, Andrew. 2004. «Rival versions of the East Slavic Idea in Russia, Ukraine and Belarus.» Dans Slater, Wendy et Andrew Wilson, dir. *The legacy of the Soviet Union*: Palgrave Macmillan.
Wolff, Dominique 2010. «Economie de l'innovation : le rôle des normes techniques et des brevets.» *Vie & sciences de l'entreprise* 1-2 (183-184): 56-70.
Yekelchyk, Serhy 2008. «Out of Russia's long shadow: the making of modern Ukraine, Belarus and Moldova.» Dans Schmidtke, Oliver et Serhy Yekelchyk, dir. *Europe's last frontier?* New York: Palgrave Macmillan.

Table des figures

Fig. 1 : Etapes de la réalisation d'un bâtiment 48

Fig. 2 : Etapes de la conception architecturale dans différents pays 49

Fig. 3 : Acteurs étatiques et économiques autour des normes de la construction des hôpitaux 53

Fig. 4 : Acteurs nationaux et internationaux 60

Fig. 5 : La notion de norme en français et en anglais 69

Fig. 6 : Type de normes et caractéristiques 70

Fig. 7 : Exemples de normes techniques pour la construction des hôpitaux en France .. 72

Fig. 8 : deux conceptions de la production de la norme technique (schéma sommaire).. 91

Fig. 9 : Les concepts de diffusion et de transfert 120

Fig. 10 : Séquençage d'un processus de transfert par étapes 131

Fig. 11 : Le processus de transfert au sein d'un projet de construction hospitalière 134

Fig. 12 : Les principes de la politique de santé de l'Union soviétique 173

Fig. 13 : Type d'hôpitaux durant la période soviétique 176

Fig. 14 : Eléments de dépendance au sentier en Ukraine et en Moldavie 237

Fig. 15 : Les participants aux projets hospitaliers étudiés selon le type d'acteur extérieur 310

Fig.16 : Les entreprises du consortium bdpgroupe6 dans le cadre de l'HDF de Kiev .. 322

Annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens

Annexe 2 : Grilles d'entretien

Annexe 3 : Entretiens

Annexe 4 : Documents iconographiques

Annexe 1 : Liste des entretiens

N°	Date	Heure	Pays	Contact	Organisme	Fonction	Thème	Langue	Catégorie d'acteurs
1	**13/12/10**	14H	France	Antoine BUISSERET	Groupe-6	Directeur de projet de l'hôpital de Kiev	Conception de l'hôpital	Français	Architecte
2	**07/09/10**	14H	France	Maeve NAESSENS	Groupe-6	Chef de projet de l'hôpital de Kiev	Conception de l'hôpital	Français	Architecte
3	**08/07/10**	10H	France	Myriam DANA	Groupe-6	Architecte	Conception de l'hôpital	Français	Architecte
4	**14/06/10**	14H	France	Alan HENNESSY	Groupe-6	président	Rôle de Groupe-6 dans le projet	Français	Architecte
5	**07/06/10**	10H	France	Rémy VIEILLARD	Groupe-6	Secrétaire Général	Questions contractuelles et financières	Français	Architecte
6	**06/07/10**	10H	France	Nadia SMIRNOVA	Groupe-6	Architecte	Conception de l'hôpital	Français	Architecte
7	**05/07/10**	10H	France	Henry GUILLAUD-BEAUREGARD	Groupe-6	Architecte	Conception de l'hôpital	Français	Architecte
8	**10/06/10**	09H	France	Claire MALLASSI	Groupe-6	Assistante	Echanges administratifs	Français	Architecte
9	**15/03/11**	10H	France	Pierre HEJTMANEK	Groupe-7	Economiste	Normes techniques	Français	Economiste
10	**18/10/10**	10H	UK	Neil CADENHEAD	BDP	*Project manager*	Administration projet en Ukr	Anglais	Architecte

11	**10/03/10**	17H	UK	Stephen WOODROW*	BDP	Directeur financier	Questions contractuelles et financières	Anglais	Ingénieur
12	**10/08/10**	14H	UK	Toby BANFIELD*	EC Harris	Programmiste en chef	Programmation de l'hôpital - aspect fonctionnement	Anglais	Programmiste
13	**26/07/10**	14H	UK	Phil TIMMIS*	EC Harris	Programmiste Coûts	Programmation de l'hôpital - aspect coûts	Anglais	Programmiste
14	**21/07/10**	11H	UK	Conor ELLIS	EC Harris	Directeur	Le rôle de EC Harris - économiste et programmiste du projet	Anglais	Programmiste
15	**20/05/10**	15H	Ukraine	Vira PAVLIUC	Fondation HDF	Directeur	Conception de l'hôpital	Russe	Client
16	**12/05/10**	19H	Ukraine	Rostyslav ZAMLYNSKY	Fondation HDF	Directeur financier	Questions contractuelles et financières	Russe	Client
17	**14/05/10**	16H	Ukraine	Andriy MYROSHNICHENKO	Fondation HDF	Consultant de la présidence	Questions générales	Russe	Client
18	**19/05/10**	14H	Ukraine	Andryi VORONOVSKYI	Fondation HDF	Consultant	Administration projet en Ukr	Russe	Client
19	**19/05/10**	10H	Ukraine	Nazar LISYI	Fondation HDF	Consultant	Administration projet en Ukr	Russe	Client

20	**25/05/10**	15H	Ukraine	Taras TKACHUK	Fondation HDF	Expert *Medical Program Department*	Administration projet en Ukr	Russe	Client
21	**05/05/10**	15H	Ukraine	Valentin ISAC	Stolytsa	Directeur	Questions générales	Russe	Architecte
22	**07/05/10**	17H	Ukraine	Volodimir PIDGIRNIYAK	Budova Centre-1	Directeur	La conception de l'hôpital	Russe	Architecte
23	**17/05/10**	15H	Ukraine	Kvitana PIDGIRNIYAK	Budova Centre-1	Architecte	La conception de l'hôpital	Russe	Architecte
24	**21/05/10**	11H	Ukraine	Olga MAHNIOVA	Ingeneer Centre	Directeur	Refus de travailler avec bdpgroupe6	Russe	Architecte
25	**13/05/10**	9H	Ukraine	Valeryi KARPENKO	MedInvestProekt	Directeur	Conception de l'hôpital	Russe	Architecte
26	**19/05/10**	11H	Ukraine	Edvard ELFIMOV	MedInvestProekt	*Development Director*	Conception de l'hôpital	Russe	Architecte
27	**25/05/11**	11H	Ukraine	Galina MOSHNENKO	MedInvestProekt	Programmiste	Conception de l'hôpital	Russe	BET
28	**17/05/10**	10H30	Ukraine	Volodimir AKIMENKO	Institut Marzeev (expertise sanitaire écologique)	Consultant	Le projet de l'hôpital du Futur	Russe	Administration
29	**14/05/10**	13H30	Ukraine	Boris TODUROV	Centre du Cœur	Directeur	La construction du Centre du Cœur	Russe	Administration

30	**25/05/10**	19H30	Ukraine	Olena EFIMENKO	Ministère de la santé	*Head of Department of monitoring and tracking of government programs*	L'introduction d'équipements médicaux nouveaux en Ukraine	Russe	Administration
31	**21/05/10**	10H	Ukraine	Ludmila TIMOSHENKO	Ministère de la santé	Directrice Département Investissement et réparations capitales	Restructurations hospitalières après 1990	Russe	Administration
32	**26/05/10**	9H	Ukraine	Oleg KARTAVTE	Ministère de la protection de l'environnement	Directeur Expertise Ecologique	Le rôle de l'expertise écologique	Russe	Administration
33	**14/05/10**	9H	Ukraine	Olga GUBAR	Mairie de Kiev, Direction Centrale de la santé	Directrice Département Construction, investissement et location	Projets hospitaliers après 1990	Russe	Administration
34	**21/05/10**	10H	Ukraine	Larisa MUHARISKA	Ministère de la santé	Directrice Département sanitaire SANEPID	Normes sanitaires après 1990	Russe	Administration
35	**13/04/10**	9H	Moldavie	Oleg HINCU	Ministère de la santé	Consultant indépendant, Direction Politiques Assistance médicale	Le Plan Général des hôpitaux, le SCR	Roumain	Administration

36	**30/04/10**	8H30	Moldavie	Tatiana ZATIC	Ministère de la santé	Directrice Direction Assistance médicale	L'offre de soins tertiaire en Moldavie. Les projets internationaux.	Roumain	Administration
37	**23/03/10**	9H	Moldavie	Aliona ANDRONATII	Ministère de la santé	Consultante, spécialiste principal, Service assistance médicale de réhabilitation et *nursing*	L'offre de soins tertiaire en Moldavie. Les projets internationaux.	Roumain	Administration
38	**14/04/10**	18H	Moldavie	Gheorghe TURCANU	Ministère de la santé	Vice-ministre	Projets internationaux au MS (avec des acteurs extérieurs)	Roumain	Administration
39	**22/04/10**	8H	Moldavie	Ludmila TOPCHIN	Ministère de la santé	Directrice des Politiques dans le domaine des médicaments et dispositifs médicaux	Nouveautés après 1990 en termes d'équipements médicaux hospitaliers	Roumain	Administration
40	**15/04/10**	14H	Moldavie	Silvia MORGOCI	Ministère de la santé	Coordinatrice principale Projets Banque Mondiale	Procédure appel d'offre	Roumain	Administration

41	**29/04/10**	13H	Moldavie	Silvia VOLOSATII	Ministère de la santé	Directeur Département Construction et maintien des bâtiments	Ont modernisé un hôpital à Vorniceni, voir si ont eu d'autres projets	Roumain	Administration
42	**23/04/10**	10H	Moldavie	Ana SURA	Ministère de la santé	Département acquisitions publiques	Procédure appel d'offres Banque mondiale	Roumain	Administration
43	**29/04/10**	11H	Moldavie	Valeriu GONCEAR	Ministère de la santé	Consultant Direction Santé Publique	Règlementation sanitaire	Roumain	Administration
44	**22/03/10**	14H	Moldavie	Mihai CIOCANU	Hôpital privé	Directeur Hôpital	Conception de l'hôpital	Roumain	Hôpital privé
45	**20/03/10**	11H	Moldavie	Andrei USATII	Hôpital Clinique Républicain	Directeur	Restructuration HCR	Roumain	Hôpital public
46	**27/03/10**	8H	Moldavie	Serghei POPA	Hôpital Clinique Républicain	Vice-directeur Chef du service Rhumatologie	Restructuration HCR, structure de l'hôpital	Roumain	Hôpital public
47	**27/03/2010** **03/04/2010**	9H 12H30	Moldavie	Sergiu UNGUREANU	Hôpital Clinique Républicain	Médecin Chef Adjoint Chirurgie Professeur d'université	Restructuration HCR, partie technique	Roumain	Hôpital public
48	**25/03/10**	14H	Moldavie	Andreas MEZEY	Top-Konsult	Coordinateur	Restructuration HCR	Roumain	Architecte
49	**07/04/10**	14H	Moldavie	Ron SCHMIEDER	Centre for International Migration and Development	Economiste et expert CIM	Développement hôpitaux en Moldavie	Anglais	Consultant

50	**07/04/10**	16H	Moldavie	Ion BAHNAREL	Centre National de Médecine Préventive	Directeur		Roumain	Administration
51	**13/04/10**	14H30	Moldavie	Stefan GHEORGHITA	Centre National de Médecine Préventive	Directeur adjoint	Règlementation sanitaire	Roumain	Administration
52	**13/04/10**	15H	Moldavie	Ecaterina BUSUIOC	Centre National de Médecine Préventive	Directrice Département Expertise sanitaire	Règlementation sanitaire	Roumain	Administration
53	**13/04/10**	17H	Moldavie	Dumitru SERETANU	Centre National de Médecine Préventive	Directeur Département expertise sanitaire de l'environnement	Règlementation sanitaire	Roumain	Administration
54	**24/03/10**	8H	Moldavie	Valentina SPAC	Université de Médecine, Direction du Patrimoine	Ingénieur en construction	La conception hospitalière	Roumain	Administration
55	**01/02/10**	09H30	Moldavie	Victor VOLOVEI	UCIM, FIS: Fond d'investissements en santé	Directeur	Investissements dans l'hospitalier	Roumain	Organisation
56	**29/03/10**	14H	Moldavie	Stefan HOMA	DOLMEN	Architecte	La conception hospitalière	Russe	Architecte
57	**24/03/10**	15H	Moldavie	Mihai EREMCIUC	Archiconi-Grup	Architecte	La conception hospitalière	Roumain	Architecte
58	**07/04/10**	09H		Simeon TRIFAN	TAMKAR	Architecte	Conception hôpital privé	Roumain	Architecte

59	**26/03/10**	09H	Moldavie	Mihai PISLA	Centre médical des calamités auprès de l'Hôpital des Urgences	Directeur	Situation secteur hospitalier MD	Roumain	Administration
60	**24/03/10**	13H	Moldavie	Daniel CIUREA	Ecole politiques en santé publique de Bucarest, Roumanie *Scoala politici in sanatate publica*	Consultant extérieur Roumanie REPEMOL Directeur de programmes aux Centre de politiques et services de santé, Bucarest	Projet REPEMOL	Roumain	Administration
61	**08/04/10**	14H	Moldavie	Silviu DOMENTE	OMS Bureau Moldavie	Responsable Programme "Préparation aux calamités", évaluation de tous les hôpitaux de Moldavie	Rôle OMS	Roumain	Organisation internationale
62	**15/04/10**	09H	Moldavie	Pavel URSU	OMS Bureau Moldavie	Directeur	Rôle OMS	Roumain	Organisation internationale
63	**31/03/10**	15H	Moldavie	Valea NOVIC	Chisinau Proiect	Architecte	Conception hospitalière	Russe	Architecte
64	**09/04/10**	09H	Moldavie	Iurii POVAR	Urban Proeict	Directeur Général	Conception hospitalière	Roumain	Architecte
65	**14/04/10**	11H	Moldavie	Ana COVALCIUC	Urban Proiect	Architecte	Conception hospitalière	Russe	Architecte
66	**19/04/10**	11H	Moldavie	Gheorghe VLAS	Urban Proiect	Architecte	Conception hospitalière	Roumain	Architecte

67	**21/04/10**	15H	Moldavie	Igor APOSTOLOV	Rural Proiect	Architecte principal	Conception hospitalière	Russe	Architecte
68	**27/04/10**	08H	Moldavie	Maria PANFILI	Rural Proiect	Ingénieur principal construction	Conception hospitalière	Roumain	Ingénieur
69	**31/03/10**	16H	Moldavie	Ludmila VOLOSCIUC	Chisinau Proiect	Programmiste	Conception hospitalière	Russe	Architecte
70	**22/04/10**	11H30	Moldavie	Vladimir CIMBIR	Summa	Ingénieur construction	Projet hôpital privé Chisinau	Roumain	Ingénieur
71	**16/04/10**	14H30	Moldavie	Gheorghe CROITORU	Incercom	Directeur Département Elaboration règlements construction	Règlementation	Roumain	Ingénieur
72	**15/04/10**	10H30	Moldavie	Ludmila STREBITSKAIA	Tamkar	Programmiste	Conception hospitalière	Russe	
73	**09/04/10**	12H	Moldavie	Ghenadie JINKIN	Jinkin & co	Directeur	Architecte	Russe	Architecte
74	**26/04/10**	14H	Moldavie	Mihail KARETKI	Chisinau Proiect	Architecte principal	Conception hospitalière	Roumain	Architecte
75	**16/04/10**	9H	Moldavie	Alexandr SHEVCHENKO	Pompiers, Inspection anti-incendie	Chef du Service Expertise projets	Règlementation	Russe	Pompier
76	**15/04/10**	16H	Moldavie	Iurii SOCOL	Ministère de la construction	Chef de la Direction Réglementations technico-économiques	Règlementation	Roumain	Administration

77	**13/04/10**	18H30	Moldavie	Petru EREMEEV	Ministère de la construction	Direction Réglementations technico-économiques	Réglementation	Roumain	Administration
78	**05/04/10**	14H	Moldavie	Ion MOLDOVANU	Ministère de la santé	Département Construction et maintien des bâtiments	Conception hospitalière	Roumain	Administration
79	**19/04/10**	10H	Moldavie	Dumitru OSIPOV	Ministère de l'environnement	Directeur Inspectorat Ecologique d'Etat	Expertise écologique	Roumain	Administration
80	**19/04/10**	11H	Moldavie	Stefan STASIEV	Ministère de l'environnement	Spécialiste coordinateur Expertise écologique et autorisations environnement	Expertise écologique	Roumain	Administration
81	**19/04/10**	12H	Moldavie	Valeriu HOLBAN	Ministère de l'environnement	Spécialiste Expertise écologique	Expertise écologique	Roumain	Administration
82	**16/04/10**	08H	Moldavie	Vlad MODIRCA	Mairie de Chisinau	Architecte principal de la Ville	Développement hôpitaux en Moldavie	Roumain	Administration
83	**17/04/10**	13H	Moldavie	Aleksandr PASECHNIK	Pasechnik & Co	Directeur	Conception hospitalière	Russe	Architecte
84	**30/04/10**	9H30	Moldavie	Vitalie VOROBIOV	Industrial Proiect	Directeur	Conception hospitalière	Russe	Architecte

85	**28/04/10**	10H	Moldavie	Ana TURCAN	Agence nationale de standardisation	Chef-adjoint	Règlementation standards matériaux construction	Roumain	Administration
86	**22/03/09**	14H	Moldavie	Mihai CIOCANU	Centre National de Management en Santé	Directeur	Développement hôpitaux en Moldavie	Roumain	Administration
87	**21/04/09**	16H	Moldavie	Oleg HINCU	Ministère de la santé	Chef Adjoint Département Services Médicaux	Le Plan Général des hôpitaux, le SCR	Roumain	Administration
88	**23/04/09**	08H30	Moldavie	Mihai MOLDOVANU	Mairie de Chisinau	Directeur Service Municipal de Santé	Projets hospitalier dans la ville de Chisinau	Roumain	Administration
89	**23/04/09**	10H	Moldavie	Valea NOVIC	Chisinau Proiect	Architecte	Conception hospitalière : normes soviétiques	Roumain	Architecte
90	**22/04/09**	09H	Moldavie	Gheorghe GROSU	Hôpital Républicain pour enfants "E. Cotaga"	Directeur	Modernisation de l'hôpital	Roumain	Administration
91	**21/04/09**	08H	Moldavie	Vlad MODIRCA	Mairie de Chisinau	Architecte principal de la Ville	Développement hôpitaux en Moldavie	Roumain	Administration

92	**24/04/09**	09H	Moldavie	Mihai OUS	Hôpital Clinique Républicain	Directeur	Modernisation de l'hôpital	Roumain	Administration
93	**23/04/09**	11H	Moldavie	Ecaterina HADJIOGLO	Chisinau Proiect	Programmiste	Normes sanitaires après 1990	Russe	Architecte

Annexe 2 : Grilles d'entretien

La Grille d'entretien a été adaptée selon les acteurs de chaque pays (Ukraine, Moldavie, France, Royaume-Uni) et selon les spécificités de chaque étude de cas.

Grille d'entretien générale : les évolutions de la construction des hôpitaux en Ukraine et en Moldavie

Grilles d'entretien spécifiques : le cas de l'HDF de Kiev, en Ukraine ; le cas de l'HCR de Chisinau, en Moldavie

Grille d'entretien générale

Questions communes à l'Ukraine et à la Moldavie

Thèmes principaux : à utiliser en fonction de l'interlocuteur

Modernisations hospitalières

1. Quelle a été la situation des hôpitaux durant les années de l'Union soviétique ? Il s'agit ici de l'offre hospitalière: était-elle suffisante par rapport à la demande en matière de santé ? De l'infrastructure: comment étaient construits les hôpitaux ? Est-ce qu'il y avait une stratégie nationale par pays ou sur le territoire entier de l'Union ? Qui étaient les principaux acteurs de l'hospitalier durant cette période ? Quel était le rôle du Ministère de la santé ? D'où venaient les financements ?
2. Quelle a été la situation des hôpitaux au début de la période d'indépendance ?
3. A quel moment a-t-on commencé à discuter de la modernisation du parc hospitalier ?
4. Quelles ont été les premières actions entreprises dans le domaine de l'infrastructure hospitalière ?
5. Quelles sont les principales difficultés face à la restructuration du parc hospitalier ?
6. Quelles sont aujourd'hui les opérations de modernisation hospitalières en cours ?
7. Pourquoi est-ce nécessaire (ou pas) d'entreprendre des modifications dans le secteur hospitalier ? Quelles sont les priorités dans ce domaine ?
8. Est-ce que la modernisation des hôpitaux fait l'objet d'une action publique ? Est-ce que ce domaine représente une priorité pour l'Etat ?
9. En quoi consiste exactement l'opération de modernisation des hôpitaux ? S'agit-il du cadre législatif, de la réglementation, de l'infrastructure, des équipements ? Lequel parmi ces points a subi des modifications après 1991 ?
10. Quelles ressources sont nécessaires pour les actions de modernisation prévues, des financements, des institutions, des acteurs compétents ? Quelles ont été les ressources allouées ? S'agit-il de financements publics ou privés (ou les deux) ?
11. Est-ce que les modernisations hospitalières mentionnées ont été appuyées politiquement ? Par qui précisément ? Est-ce que ce soutien a été bénéfique, nécessaire ?

Les acteurs

1. Qui ont été les acteurs ayant initié le processus de modernisation ?
2. Est-ce que des acteurs étrangers ont été amenés à intervenir et dans quelles conditions ?
3. Est-ce que des appels d'offres ou de procédures de type restreint ont été mises en place afin de sélectionner des acteurs de l'étranger ?
4. Comment ont-ils été choisis ? Selon quels critères ?

5. Quelle mission a-t-on confié aux acteurs étrangers ? Quelle a été la compétence complémentaire par rapport aux acteurs nationaux du même type ?
6. Quel a été le coût de la mission exécutée par des acteurs étrangers ? D'où viennent précisément ces financements ? Est-ce que c'était un financement prévu dans le projet de modernisation ou il a dû être recherché par la suite ?
7. Quel a été le rôle des acteurs nationaux dans les échanges avec les acteurs étrangers ?
8. Est-ce que les acteurs étrangers se sont associés avec des acteurs locaux dans l'exercice de leur mission ? Quelles ont été leurs raisons ?
9. En quoi ont consisté les échanges entre les acteurs nationaux et étrangers ? Comment ont-ils communiqué ? Dans la même langue ou avec des traducteurs ? Plutôt par mail/tel ou par des courriers officiels ?

Conception des hôpitaux

Durant la période soviétique

1. Quels ont été les principes de conception hospitalière durant l'URSS? Qui décidait quoi, où et comment?
2. Qui ont été les principaux acteurs de la conception hospitalière?
3. Qui était l'auteur de la commande en matière de conception d'hôpitaux?
4. Qui émettait la réglementation en matière de conception des hôpitaux?
5. Est-ce que les institutions des républiques de l'Unions soviétiques intervenaient dans la préparation, rédaction et modification éventuelle de la réglementation?
6. Quel fut le rôle du Ministère de Santé (de l'URSS et de la république) dans la conception des hôpitaux?
7. Quel été le rôle du Ministère de construction (de l'URSS et de la république) dans la conception des hôpitaux?
8. Quelle était l'organisation de la profession architecturale durant l'URSS (association professionnelle, institut national)?
9. Quelles autres professions intervenait dans la conception des hôpitaux à part les architectes: les ingénieurs, les programmistes, les bureaux d'étude?
10. Est-ce que des acteurs étrangers sont intervenus de quelque façon que ce soit dans la conception des hôpitaux?
11. Est-ce que les acteurs nationaux (soviétiques) de la conception hospitalière ont eu l'occasion d'aller à l'étranger et de s'inspirer des solutions pratiquées ailleurs? Si oui, de quels pays il s'agissait? Comment est-ce que ces idées se mettaient en place au sein de l'URSS? Comment ont-ils été choisis ce qui allait à l'étranger? Etait-ce un processus régulier? Etait-ce facile?
12. Quelles ont été les sources ayant servi à la base de la création de la réglementation en matière de conception hospitalière en URSS?
13. Quelles étaient les principales références pour la conception d'un hôpital? Il y avait-il un ouvrage incontournable? Un code de réglementation?
14. Est-ce qu'il vous est arrivé de déroger à la réglementation soviétique en matière de conception hospitalière ou avez-vous entendu de tels cas?

Entre 1991 et 2009

1. Comment caractérisez-vous la conception des hôpitaux aujourd'hui dans votre pays? Pouvez-vous la comparer avec celle de la période soviétique?
2. Est-ce que la réglementation en matière de conception héritée de la période soviétique est restée en vigueur après la déclaration de l'indépendance en 1991?
3. Il y a-t-il eu de nouvelles règles en matière de conception après 1991?
4. Pensez-vous que certaines des réglementations actuelles sont dépassées? Pourquoi?
5. Pensez-vous que de nouvelles dispositions devraient être intégrées dans la conception hospitalière d'aujourd'hui? Si oui, pourquoi?
6. Il y a-t-il eu de nouveaux acteurs? Institutionnels? Privés?
7. Avez-vous observé des changements au sein de votre corps de métier, au niveau de l'organisation de la profession? A partir de quand?
8. Avez-vous observé des changements au sein de votre métier, au niveau de l'exercice de votre profession? A partir de quand?
9. Comment est-elle organisée votre profession depuis 1991? Il y a-t-il une union, une association?
10. Faites-vous partie des nouvelles structures crées après 1991? Si oui, étais-ce difficile de vous structurer? Quels ont été les éléments nouveaux à prendre en compte? Combien de membres compte votre équipe? Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre métier aujourd'hui?
11. Avez-vous noté des changements dans la façon de concevoir un hôpital? Est-ce qu'on attend/exige de nouvelles choses à partir des années 1991? Quelles sont les raisons de ces changements selon vous? Pensez-vous à des pays en particulier?
12. Pensez-vous qu'il faudrait s'inspirer d'ailleurs dans la conception de bâtiments hospitaliers aujourd'hui? Pourquoi?
13. Pensez-vous l'intervention des acteurs étrangers dans le domaine de la conception d'hôpitaux (si tel est le cas) comme étant une bonne chose?
14. Avez-vous entrepris depuis 1991 des voyages d'études dans le but de voir les solutions hospitalières adoptés dans d'autres pays? Si oui, quels pays avez-vous privilégié? Quels aspects en avez-vous retenu?
15. Avez-vous eu des échanges avec des collègues de votre profession? Sont-ils venus dans votre pays ou êtes-vous allés leurs rendre visite?
16. Observez-vous la participation d'acteurs étrangers dans la conception des hôpitaux? De quelle manière interviennent-ils? Pensez-vous que ces échanges auraient été possibles durant l'URSS?

Grille d'entretien spécifique pour l'étude de cas en Moldavie (en roumain)

Lista de intrebari

Data

Ora

Locul

Intervievat

Functie

Organizatie

Postul ocupat

1. Care este functia dumneavoastra si de cind o ocupati?
2. In ce consta activitatea dumneavoastra principala?
3. Cine sunt actorii cu care lucrati de obicei (colegi din Directii, in afara institutiei, din strainatate)?
4. In ce priveste activitatea dvstra profesionala, ati putea compara perioada de inainte si de dupa anii 1991 (in cazul in care ati activat pe vremea sovietica)? Ati observat unele schimbari in lucrul de zi cu zi?

Dezvoltarea spitaliceasca: linii generale

5. Ce imi puteti spune despre dezvoltarea spitalelor din RM?
6. Ati putea face o scurta comparatie intre situatia spitalelor inainte si dupa anii 1991?
7. Care credeti ca este rolul spitalului astazi in RM?
8. Ati putea compara spitalele de la noi cu cele intilnite in strainatate (daca cunoasteti)? Daca da, care vi se par diferentele principale?
9. Exista o separare clara intre diferitele nivele de spitale din RM: primar, secundar, tertiar?
10. S-a modificat aceasta diviziune a spitalelor dupa anii 1991 sau a ramas cea de pe vremea sovietica?
11. Prin ce procedura s-au facut modificari? Cine le-a initiat? Cine le-a elaborat? Ce actori au participat la acest proces?
12. Au fost solicitati actori din strainatate in modelizarea sectorului spitalicesc din RM?
13. Ce misiune li s-a atribuit?
14. Din ce considerente s-au cautat modele din strainatate?
15. Experienta caror tari a fost studiata? Daca sunt tari din UE, puteti explica de ce s-a orientat spre acestea? Reprezinta apropierea de UE o explicatie a acestei alegeri? E o alegere politica?

Spitalul tertiar (a adresa doar specialistilor din domeniu)

16. Care sunt caracteristicile unui spital tertiar in RM?
17. Carui tip de spital ar corespunde cel tertiar pe vremea sovietica?
18. Care este rolul spitalului tertiar?
19. Cite exista de acest tip in tara?
20. Unde sunt amplasate ele?
21. Este o amplasare strategica sau ocazionala sau mostenita inca de pe timpuri ?
22. Cine se ocupa de proiectarea spitalelor de tip tertiar?
23. Cui ii revenea acest rol pe vremea sovietica?

Rolul institutiei/organizatiei dvstra in proiectarea spitalelor in RM

24. Cum se implica organizatia din care faceti parte in proiectarea de spitale dupa anii 1991? Este in pozitie de a decide de proiectarile noi? Participa la elaborararea proiectelor? La implementarea lor? Candideaza pentru proiecte? Realizeaza proiecte?
25. Cum se implica si care era rolul ei pe vremea sovietica?

Proiecte de modernizare spitaliceasca intre 1991 si 2009

26. Cind a inceput a se aborda chestiunea restructurarii sau construirii de noi institutii medicale in RM?
27. Din ce considerente s-a considerat necesar de a moderniza secorul spitalicesc?
28. Cine anume a ridicat problema? Ministerul, directorii de spitale, architectii si constructorii sau societatea civila (pacientii)?
29. Se poate identifica intre anii 1991 si 2009 un moment precis cind s-a inceput modernizarea de spitale sau e vorba despre un proces moderat, continuu din 1991 incoace?
30. Ce proiecte de modernizare a spitalelor exista astazi in RM, in special a celor de tip tertiar?
31. Cum s-au initiat aceste proiecte, de unde a aparut ideea?
32. In ce stadiu se afla astazi aceste proiecte: planificare, programare, proiectare, construire?
33. Care este calendarul de dezvoltare a acestor proiecte pe viitorii ani?
34. Ce scop urmaresc aceste proiecte?
35. Sunt destule proiecte de acest fel comaprativ cu numarul populatiei si a serviciilor medicale deservite sau numarul lor este insuficient?
36. Care sunt resursele financiare alocate proiectelor de modernizare in sectorul tertiar? Sunt din budgetul statului sau si din exterior?
37. Exista o sustinere politica in sensul dezvoltarii spitalicesti in RM intre 1991 si 2009?

Spitalul clinic republican – studiu de caz

38. Cind a inceput proiectul de modernizare a SCR? A cui a fost ideea?
39. In ce consta proiectul de modernizare a acestei institutii medicale?
40. Cine sunt actorii din RM implicati (de ex. Ministerul, alte institutii, personalul de conducere al spitalului, consultanti, arhitecti)?

41. S-a facut apel la actori din afara tarii? Cum argumentati aceasta orientare spre exterior?
42. Prin ce modalitate au fost alesi participantii straini (concurs international deschis, restrins, procedura tip a Bancii mondiale etc)?
43. In ce consta misiunea actorilor internationali?
44. Care este modul de conlucrare a celor implicati in acest proiect? Exista un grup de lucru comun sau fiecare lucreaza individual pe misiunea sa?
45. Care este limba de lucru in cadrul proiectului (in cazul in care sunt actori straini)?
46. Cum se lucreaza de obicei: prin mail, telefon, sedinte de lucru, rapoarte, scrisori oficiale intre participantii la proiect?
47. In cazul in care sunt actori straini, prezinta cunoasterea limbii straine un obstacol? Se lucreaza prin traduceri si interpretariat?
48. Au fost cazuri de diferenta de mentalitate, de interpretare a unui si aceluiasi obiect intre actorii locali si cei straini? Puteti da un exemplu ?
49. Care este costul actorilor straini angajati in proiect (daca nu este confidential)? Exista o diferenta cu costul celor locali? Din ce resurse au fost ei platiti (budget public sau surse private)?
50. S-au asociat actorii straini cu actori de aici din tara? De exemplu, cabinete de arhitecti sau ingineri care au facut partenariat cu cei de-aici?
51. Au existat obiectii ale MS referitor la activitatea actorilor internationali angajati in proiect? Care au fost cele principale?
52. Care vor fi caracteristicile noului bloc ? Se va diferentia de ce a fost construit pina acum in RM in domeniul spitalelor?

Variabila politica (a adresa conducerii Ministerului Sanatatii)

53. Cum caracterizati orientarea politica a Ministerului Sanatatii intre 1991 si 2009? Iar incepind cu noua guvernare din 2010? Se poate spune ca sunt unele schimbari? Se doresc unele schimbari?
54. Pe ce s-au axat principalele linii de actiuni intre anii 1991 si 2009?
55. Ce investitii s-au efectuat in sectorul spitalicesc din 1991 incoace? Ex. reconstruirea spitalelor actuale, construirea de institutii noi, introducerea utilajelor si echipamentelor de inalta tehnologie?
56. Se adopta standarde europene si internationale in domeniul spitalicesc?
57. Ce reprezinta aceste standarde: exigente in domeniul cladirilor, a echipamentelor medicale, a pregatirii personalului medical?
58. Exista actori externi in domeniul modernizarii spitalelor din Republica Moldova?
59. Credeti ca participarea actorilor externi produc schimbari in domeniul spitalicesc? De ce gen?
60. Poate fi caracterizata actiunea consultantilor, investitorilor si adoptarea de standarde europene ca o politica a MS de apropiere de UE? Sau vorba de adoptarea celor mai potrivite solutii din exterior?
61. Care sunt perspectivele pe viitor in Republica Moldova in domeniul modernizarii spitalelor?

Grille d'entretien spécifique pour l'étude de cas en Ukraine (en français)

Sélection d'architectes étrangers pour la conception du projet

1. Le cabinet bdpgroupe6 a été choisi pour réaliser la conception de l'hôpital du Futur. A votre avis, quelle compétence des acteurs étrangers a été privilégié (quelle valeur ajoutée) ?
2. Quelle mission a-t-on confié à Groupe-6 au sein du consortium crée ?
3. Quel a été le coût de la mission réalisée ? Quel fut le partage des honoraires ?

L'association d'un architecte local au projet

1. Malgré le fait que des acteurs étrangers ont gagné le concours pour la conception de l'hôpital du Futur, la Fondation a conseillé vivement l'intégration dans le projet d'un architecte local. Quel fut son rôle dans le consortium crée ?
2. Maintenant que la phase de conception est terminée, pouvez-vous évaluer le rôle de l'architecte local ? Pensez-vous avoir pu réaliser ce projet en Ukraine sans un architecte local ?

Votre mission

1. En quoi consistait votre travail pour le projet de Kiev ?
2. Pendant quelle période est-vous intervenu dans le projet ?
3. Quel a été l'objectif principal de votre mission ?
4. Avez-vous travaillé en équipe ou plutôt individuellement ? Si oui, combien de personnes de chez vous ont été mobilisées ?
5. Quelle a été votre rémunération (si ce n'est pas confidentiel) ? Pouvez-vous la comparer avec celle d'autres projets: est-elle supérieure, égale, inférieure ?
6. Observez-vous des caractéristiques différentes de cette mission par rapport à d'autres que vous avez eu à réaliser ? Si oui, lesquelles ?

Vos intérêts et préférences

1. Quel a été votre motivation pour intégrer ce projet: financière, de renommée ?
2. Quelles ont été les principales idées que vous avez voulu mettre en œuvre ?
3. Avez-vous eu des difficultés parfois à mettre en œuvre vos idées au sein de ce projet ?

Les échanges avec les autres

1. Qui ont été vos principaux interlocuteurs ?
2. Aviez-vous eu des relations privilégiées avec certains acteurs plus que d'autres ?
3. Avait-vous fait des stratégies d'alliance avec certains acteurs et dans quel objectif ?

4. Avec qui vous vous êtes conseillé le plus souvent avant de prendre une décision ?
5. Quel point de votre travail a été le plus débattu ? Quels ont été les raisons des différences ? Comment êtes-vous arrivé à une solution ? Est-ce que cela a pris longtemps à trouver un dénominateur commun ?
6. Quel a été l'acteur dominant dans cette opération selon vous ?
7. Pouvez-vous caractériser l'ambiance générale de travail sur ce projet en le comparant avec des expériences antérieures ? Est-ce que les conditions ont été inédites ou ordinaires ? Quels ont été les facteurs/acteurs/éléments différents/nouveaux ? A-t-il cela nécessité une adaptation de votre part (laquelle: linguistique, d'angle d'analyse) ?

Difficultés rencontrées

1. Avez-vous eu des difficultés durant ce projet ? Est-ce que c'était lié à des aspects de votre métier, des aspects contractuels, financiers, de communication ? Pensez-vous que la langue étrangère (anglais/français/ukrainien) a été un obstacle dans vos relations avec les autres ?
2. Pensez-vous qu'il y avait une différence de mentalité, de pratiques culturelles, façons de travailler et de percevoir les problèmes entre les différents acteurs du projet ?
3. Avez-vous observé une différence dans la façon d'exercer votre métier (d'architecte, d'ingénieur, de responsable financier etc.) par rapport à vos collègues étrangers ?

Finalisation du projet

1. Pourriez-vous spécifier quelques éléments clés qui ont permis d'obtenir les résultats d'aujourd'hui ? Il y a-t-il eu des acteurs ou des moments déterminants selon vous ?
2. Comment caractérisez-vous votre implication dans ce projet ?
3. Avez-vous réussi à accomplir tout ce que vous souhaitiez initialement ? Si non, qu'est-ce qui vous en a empêché ?
4. Pensez-vous que les résultats de ce projet correspondent à ses objectifs de base, initiaux ?
5. Quel rôle pensez-vous qu'il a joué le président de l'Ukraine, Viktor Iouchtchenko, dans le projet de construction d'un hôpital de type tertiaire dans le pays ?

Annexe 3 : Les entretiens

Présentation aléatoire d'entretiens réalisés pour chaque étude de cas. Certains entretiens ont été retranscrits dans la langue utilisée (roumain, russe, anglais), d'autres en français (notre traduction).

Entretien avec Antoine Buisseret, architecte, Groupe-6, France

Entretien avec Tatiana Zatic, Directrice de Service, Ministère de la santé de Moldavie

Entretien avec Andryi Vorojnevskyi, Fondation de l'HDF, Ukraine

Entretien avec Conor Ellis, programmiste, EC Harris, Royaume-Uni

L'ensemble des entretiens sont disponibles sous forme d'enregistrement numérique.

Entretien avec Antoine BUISSERET

Date et lieu : 13/12/2010, 14H30 et 14/12/2010 à 8H35, Grenoble, France
Fonction de l'interviewé : Architecte Directeur de projet
Institution : Groupe-6
Durée : 1H05'
Langue parlée : français
Langue de retranscription : français

RP: Antoine, dans le cadre de ma thèse, je t'adresserai une série de questions sur ton rôle dans le cadre du projet de l'hôpital de Kiev, en Ukraine.
AB: d'accord. Pour remettre un peu dans le contexte. La Fondation de l'Ukraine dirigée par la femme du président a lancé un concours international. Déjà, dès le point de départ, on voit que pour créer ce type d'institution, la dimension internationale était associée. Il y a eu des concurrents ukrainiens qui ont répondu. Mais visiblement quand même la Fondation avait une attente particulière en consultant des équipes internationales. Donc, forcément, dans l'idée c'était, et écrit très clairement dans le cahier des charges au départ du concours, d'avoir des standards on va dire internationaux. Cela veut dire que par défaut ils pensaient par le biais d'un concours et d'un consultant international – faire une mise au niveau. Donc on a gagné le concours, pour rappeler aussi, on était en partenariat avec BDP. Quand on a gagné le concours, un des éléments particuliers qui étaient aussi dans le cahier des charges c'était la volonté de solliciter une équipe internationale visiblement. En plus ils en ont choisi une en nous choisissant, donc une équipe franco-britannique et dans le cahier des charges il était stipulé aussi d'être en conformité avec la règlementation ukrainienne. Et là tout de suite, dès le point de départ, on s'est rendu compte quand même que par rapport à la conception générale de l'établissement il y avait un choc de cultures entre, on va dire, le format soviétique et le nouveau projet. On se rendait comte que petit à petit si on devait appliquer à la lettre la règlementation ukrainienne calquée sur la règlementation soviétique et qui est quand même très, très codée et très directive, on allait faire un hôpital version soviétique-ukrainienne de l'époque. C'est pour cela que le projet quand même, dès le départ, a été classifié expérimental, pour permettre justement de déroger à la règlementation en place. Cela ne veut pas dire qu'on n'était dans aucun cadre règlementaire. On a quand même utilisé les bases règlementaires qu'on avait dans nos pays respectifs: au Royaume-Uni et en France. Et avec notre partenaire local, Budova, il y a quand même eu tout un travail de respecter, de rentrer au mieux quand même dans le cadre de la règlementation locale, pour ne pas faire justement faire une révolution complète règlementaire, mais essayer de s'adapter au mieux. Mais quand c'était justifié, pour permettre d'apporter une organisation nouvelle, de déroger un petit peu à cette règlementation.

RP: on va revenir au cœur du projet dans quelques instants. Je vais revenir sur quelques questions plus en amont. Par rapport à d'autres expériences à l'international, comment est-ce qu'elle t'a semblée celle-ci en Ukraine ?

AB: écoute, aujourd'hui, pour être clair, c'est le premier hôpital qu'on a fait à l'international. Il y avait quand même l'expérience à Leicester, mais qui est entre la France et la Grande Bretagne. Déjà entre la France et le Royaume-Uni, on voit quand même qu'il y a des

différentes approches qui sont quand même assez significatives. On voit même à l'échelle européenne ou même à l'échelle…Je sais qu'en Espagne l'approche organisationnelle est assez différente…Chaque pays européen, chaque pays en général quand même a ses petites habitudes. Alors, certains pays, je le remarque justement au Moyen Orient, ou peut-être en Ukraine, où des fois il y a des influences extérieures par rapport à des pays dominants, on va dire des standards américains ou des choses comme ça…Et sur l'organisation hospitalière, il y a quand même…on remarque quand même des spécificités un peu françaises justement.

RP: à l'international ?

AB: par rapport à ce qu'on voit dans les formats, puisque le format britannique n'est quand même pas très éloigné du format américain. Et voit quand même qu'en France, on a des organisations des services et une pratique médicale, qui est un peu différente justement.

RP: et c'est cela qui influence la conception des hôpitaux ? Ou les architectes qui vont construire dans d'autres pays ?

AB: alors, cela influence notre conception à nous parce qu'on est dans cette culture là par rapport à la mise au point. Alors, la mise au point d'un hôpital c'est aussi énormément lié au cahier des charge, çàd au programme. Donc, je dirai, nous architectes, on ne fait que répondre à un programme quand même. Après il peut y avoir différentes solutions d'organisation, mais on répond à certain process médicaux et on s'en est rendus compte aussi sur l'hôpital de Kiev, c'est que le programmiste qui était anglais, on voit qu'on n'était pas vraiment dans les mêmes formats. Notamment, par rapport à l'organisation d'un bloc opératoire, c'est très différent d'organiser en France ou d'organiser au Royaume-Uni. Et là-dessus, bon, c'est pareil, sur place…on voit bien que dans la pratique médicale, il y a des éléments communs, bien sur, notamment l'hygiène au niveau de certains process. Mais on voit quand même des spécificités d'un pays à l'autre.

RP: comment fait-il alors le concepteur qui réalise un projet ailleurs ? En Ukraine ou en Angleterre ?

AB: Alors, le point de départ c'est la définition du cahier des charges. Dans le cadre de Kiev par exemple, il y a un étroit…Alors, des fois, le programmiste travaille en amont avec le maître d'ouvrage, fait la synthèse de besoins (en France, c'est plutôt une règle). Et là le cas est un peu différent: c'est qu'on a fait le programme en même temps qu'on a fait le projet. Sur ce projet, le cahier des charges du concours était quand même hyper simple, il y avait un besoin en capacités, tant de salles d'opérations, tant de patients à soigner, tant d'unités de tant de lits. Mais cela n'allait pas plus loin. Donc, après, pour organiser le détail, il a fallu qu'on travaille dans la conception, avec un programmiste, qui a permis justement de mettre au point le cahier des charges, pour que nous, ben on puisse avoir des contraintes. Pour pouvoir concevoir le projet.

RP: et la règlementation à l'international – vous êtes toujours contraint de respecter celle du pays où vous réaliser le projet ? A Leicester par exemple, celle du Royaume-Uni…

AB: là on était dans la règlementation anglaise. Il y a surtout deux grands cadres règlementaires quand on fait un projet hospitalier. Les deux grands cadres principaux: il y a le cadre on va dire hospitalier: avec des contraintes d'hygiène, de contrainte de process hospitalier médical. Cela puet aller jusqu'à justement, dès qu'on parle de médecine nucléaire, avec des équipements un petit peu dangereux, il y a donc des règlementations très, très

précises, par pays, qui des fois sont uniformisées internationalement ou pas. Cela c'est donc la partie contrainte médicale. Et l'autre partie règlementaire qui est très forte – c'est la contrainte en termes de sécurité…sécurité pompier, en termes d'incendie. Et d'un pays à l'autre, c'est vrai que c'est rare qu'il est les mêmes...D'un autre côté, sur des projets d'une manière globale, c'est ce qui nous permet quand même d'apporter des réponses pertinentes et qui ont l'air de coller à des besoins international, c'est que la sécurité incendie, je dirai, a une finalité commune de pouvoir évacuer des personnes et ne pas mettre en péril. Et pareil pour le process médical. Je dirais, il y a des subtilités par pays, mais enfin, il y a quand même, par type de programme, le projet hospitalier - il ne faut pas imaginer c'est des différences énormes d'un pays à l'autre. Donc cela veut dire que cela n'impacte par forcément la conception générale de départ. Cela veut donc dire qu'on peut avoir une conception, on va dire, relativement internationale et après l'adapter avec des contraintes spécifiques et on est dans le cadre d'une adaptation par rapport aux contraintes justement spécifiques médicales ou en termes de sécurité incendie.

RP: et on peut dire que c'est ce qui se passe la plupart du temps pour un projet à l'international ?

AB: exactement, oui. Au moment où on fait le concours, je dirais, on le pense d'une manière très générale, justement. On prend très peu en compte l'aspect règlementaire très spécifique. Et pendant la mise au point du projet…Soit des fois, il peut y avoir des choses lourdes qui remettent éventuellement en cause certains éléments de conception, mais ce sont quand même des ajustements.

RP: et à Kiev, comment est-ce que la conception de départ a été « adaptée » ?

AB: elle a été adaptée de manière quand même assez sommaire. Sur la règlementation sécurité par exemple, on a collé relativement près à la contrainte ukrainienne. Cela veut dire qu'on a localisé nos escaliers de secours, nos évacuations, vraiment en respectant la règlementation locale. Donc cela a été une adaptation du projet mais cela n'a pas remis en cause les fondamentaux. Et sur l'élément médical, là, on a plutôt…ce n'était pas vraiment une adaptation règlementaire, mais un cadre plutôt d'adaptation, de mise au point avec le programmiste et l'utilisateur, donc la Fondation, pour répondre exactement à leurs besoins.

RP: dans ce projet là, est-ce que tu penses avoir dérogé un peu à la pratique nationale dans le domaine de la conception des hôpitaux ?

AB: oui. Alors, notamment, l'élément le plus important, sur la conception générale, je dirai, on a adapté…On travaille toujours avec l'expérience qu'on a acquise en France sur les projets hospitaliers. Par contre, on s'est donné quelques libertés, surtout au niveau des surfaces, du côté polyvalent, du côté un peu flexible et évolutif du projet. C'est-à-dire qu'en France, on a quand même, éditées par le Ministère, des contraintes en dimensionnement qui sont quand même assez spécifiques et surtout des contraintes de dimensionnement en termes de ratio, entre la surface du projet, les circulations générales et la distribution. Et là comme on avait peu de ces contraintes là…ainsi qu'une contrainte financière un petit peu moins rigide, cela a permis d'explorer des solutions différentes justement.

RP: et par rapport à ce que se fait en Ukraine, car tu avais visité quelques hôpitaux, penses-tu avoir apporté des solutions différentes en termes de conception ?

AB: oui. Le peu qu'on a vu des hôpitaux ukrainiens, c'est vrai que…Je pense qu'aujourd'hui, le projet qu'on fait, qui est quand même le véritable premier hôpital, on va dire, nouvelle génération qui se met en place…En deux mots, les caractéristiques c'est qu'on a un plateau

technique qui est complètement dissocié des hébergements par exemple. Il est tourné vers une activité ambulatoire assez importante, donc gestion avec l'extérieur et puis surtout, un élément important qui est d'avoir introduit de l'architecture, mais dans le sens du terme, par rapport à la qualité d'accueil du patient, l'humanisation des espaces hospitaliers. Et cela on le voit dans beaucoup d'endroits dans le monde. Je dirais, cela reste avant tout des usines à soigner et le côté on va dire humain qui est vraiment au cœur en plus de ce projet spécifique, a vraiment été mis en avant. C'est vrai que dans d'autres hôpitaux, on voit que ce n'est pas forcément la première dimension qui est mise. On a plutôt la dimension sur l'efficience fonctionnelle qui est forcément intégrée, mais là on a pu pousser quand même très loin la valeur ajoutée par rapport à la prise en charge du patient.

RP: et en plus, on niveau de la programmation, il y a eu un échange avec l'équipe anglaise, donc des idées différentes de celles qui auraient été présentes en Ukraine.

AB: oui, exactement.

RP: en parlant de projets internationaux, tu mentionnes que chaque pays à ses spécificités. Je voudrais savoir au niveau des étapes: est-ce que cela a été différent en Ukraine ? Est-ce que la façon dont on réalise un projet de construction, de conception a été similaire par rapport à ce que tu connais en France ? En termes d'étapes, de procédures ?

AB: en termes d'étapes de projet, c'est relativement équivalent à ce que l'on fait en France. Il y a un schéma, je pense qu'en Russie c'est à peu près pareil. Il y avait la phase esquisse et projet. Nous on a d'autres noms de phases qui commencent à l'esquisse, l'avant projet sommaire, l'avant projet détaillé et les études de projet, mais finalement esquisse-études-projet aboutissent à termes à la fin de ce que l'on fait en mission de maîtrise d'œuvre avant d'aller au stade de consultation des entreprises, de la mise au point de détails d'exécution.

RP: donc vous n'étiez pas vraiment perdus…

AB: non, c'était relativement équivalent. Ce qui était complètement différent quad même et d'ailleurs on n'y voit toujours pas super clair…Bon, là en plus, on vient d'avoir l'Expertyse, on voit quand même que ce qui était effarant c'est que les études devaient se faire en un an et que cela fait plus deux ans et demi que le processus est engagé…Parce que l'on se rend compte et que l'on a du mal à percevoir, heureusement que notre partenaire local fait face à cela, c'est tout le processus de décision administrative qui est extrêmement lourd. Donc de la paperasse, des tampons, cela a pris énormément de temps. Il est vrai qu'il y a aujourd'hui peu de lisibilité. Il y a forcément eu l'obstacle de la langue. Peut-être l'obstacle de la clarté de notre partenaire local…Mais même que ce soit avec la Fondation, car avant d'avoir une idée très claire, même simplement au départ pour avoir la liste des éléments à remettre par rapport aux différentes autorisations qu'on devait obtenir, cela restait très, très flou. Donc je dirai, ça c'est quand même…Mais bon, comme on n'est pas vraiment rentrés dans les détails, nous on a fait la prestation d'architecte à notre niveau, donc on n'a pas perçu toutes les subtilités, mais on a constaté quand même avec le recul, par rapport à une démarche et un process administratif, on va dire, tout de même, une longueur extrême du processus de décision.

RP: en passant très rapidement sur les acteurs, que penses-tu du couples franco-anglais dans ce projet ?

AB: le couple franco-anglais, il y avait différents intérêts. Il y avait l'intérêt du programmiste, qui a quand même était souple, car finalement le programmiste n'a fait que s'adapter avec

l'expérience qu'on avait en France, pour justement optimiser le plateau technique ou des choses comme ça…

RP: car justement, tu as fait la conception de ce projet avant ?

AB: ben, on la fait en parallèle. Mais le programmiste a été très souple, parce que finalement, le programmiste…objectivement, n'a fait qu'acquiescer sur ce qu'on a proposé. Sur certaines petites mises au point de détail, il a pu faire l'interface entre les besoins du Client et le projet, mais enfin, cela a été un apport relativement mineur quand même. Et puis, c'est pareil, nous chez Groupe-6 on a quand même l'expérience de ce type d'établissement, donc je dirai, par expérience, finalement on a pu anticiper quand même sur un préprogramme qui tenait bien la route quand même.

RP: donc il est doublement français ce projet ? De par la conception et de par les idées de la programmation ?

AB: oui, c'est clair. Au niveau de la conception, oui, il est doublement français. Après, l'apport britannique là où il est intéressant, c'est au niveau de l'ingénierie, parce que l'ingénierie anglo-saxonne va quand même assez loin. Et là c'est pareil: par rapport à des projets hospitaliers, mais là toute est question de budget, c'est clair, là on a pu proposer des solutions assez innovantes justement. Sur des systèmes de rafraichissement naturel, sur des…on a pu pousser quand assez loin…et aujourd'hui d'ailleurs c'est pareil, pour la maitrise de l'économie du projet, c'est un paramètre duquel on est aujourd'hui complètement aveugle par rapport à cela. Puisqu'on saurait dire combien coute le projet en France, mais là bas, justement, pour avoir les autorisations, t'as des codes, on va dire un peu officiels, pour définir le prix d'un bâtiment qui ne sont pas forcément au prix du marché, donc je dirai, pareil, il y a un flou quand même…Donc on n'a pas une lisibilité après deux ans et demi, trois ans passés là-dessus, au niveau du processus administratif et économie sur le projet, aujourd'hui c'est vrai que ce n'est toujours pas très, très visible.

RP: si j'ai compris bien, les anglais ont proposé les prix par rapport aux matériaux et à la main d'œuvre qui étaient en Ukraine et selon les idées que tu voulais mettre en place, puisque c'est toi qui as choisi les matériaux pour les solutions architecturales etc…

AB: aujourd'hui, sur toute la conception on va dire (quand je dis conception architecturale: c'est l'organisation des locaux, le choix des matériaux etc) là où l'ingénierie a joué un rôle, c'est au niveau de la mise au point de la structure par exemple. Elle s'est vraiment adaptée aux performances qu'on voulait atteindre par rapport à l'identité du bâtiment. De leur côté, ils ont proposé des systèmes techniques par rapport au traitement d'air, par rapport à la gestion d'éclairage, pas mal, je dirai, des corps d'état technique. Comme on fait en France je dirai, en ce qui concerne la conception générale, au moment où on conçoit le bâtiment, c'est forcément une interaction entre les choix on va dire architecturaux et les choix techniques. Il faut distribuer techniquement les locaux, il y a pas mal de contraintes à intégrer au moment où on est en train de travailler la conception.

RP: si tu devais te soumettre à des procédés d'ingénierie technique d'Ukraine, crois-tu avoir pu mettre en œuvre la conception actuelle du bâtiment ?

AB: ce que l'on a cru comprendre, c'est que c'est pareil. Les ingénieurs britanniques (alors les ingénieurs français un petit peu), mais les ingénieurs britanniques ont une vraie qualité – c'est qu'ils sont quand même assez créatifs. On voit qu'en face, chaque qu'il y a eu des réunions techniques spécifiques avec des ingénieurs ukrainiens, ils sont complètement formatés par les

aspects règlementaires. Donc cela les empêche presque de réfléchir, parce qu'une chose doit se faire suivant telle procédure. Et en ingénierie, soit il y a une ingénierie qui est créative, soit est plutôt passive et elle applique la règlementation à la lettre. Et on était plutôt dans ce schéma là vis-à-vis des interlocuteurs ukrainiens. C'est ce que l'on a perçu en tout cas.

RP: donc les ingénieurs d'Angleterre vous paraissaient plus créatifs ?

AB: comme nous, ils connaissaient mal le cadre règlementaire ukrainien, mais connaissaient les techniques de pointe aujourd'hui sur certains types d'équipements qui sont utilisés en Angleterre, en France. Et par exemple, si ces ingénieurs là faisaient là pour un projet en France, ils butteraient aussi avec certains aspects règlementaires…

RP: c'est un frein parfois la règlementation ?

AB: ah oui, la règlementation est un frein, c'est clair. Elle aussi contraignante en Angleterre, pour une ingénierie française d'aller construire là bas c'est un vrai casse-tête aussi. Donc chaque pays est quand même un casse-tête règlementaire. Je dirai, sur la conception générale d'un établissement, ce n'est pas une grosse contrainte. Une fois qu'on a positionné les évacuations, les choses comme ça. La technique, c'est pareil, d'une manière générale il faut passer de l'air à certains endroits etc. Je dirai – les problématiques sont les mêmes. Par contre, après, pour définir des choses très précises, on parle d'une mise au point du projet beaucoup plus détaillée, là les ingénieurs peuvent s'arracher la tête au niveau règlementaire! Mais cela n'a pas un impact immédiat sur la conception architecturale.

RP: en tout cas, ce fut un succès le couple franco-britannique au niveau de l'ingénierie pour mettre au point les meilleures solutions ou en tout cas celles que tu souhaitais. Le fait qu'ils aient été quelque peu distancés du cadre règlementaire ukrainien a été un avantage…

AB: oui, cela nous a donné une certaine liberté aussi. Oui, forcément. Cela découle du fait que le projet soit expérimental.

RP: et le couple franco-ukrainien alors ?

AB: il y ici encore deux aspects: le côté Client et le côté partenaire local. Dans les deux cas on voit une sorte de…frontière un petit peu culturelle par rapport à…On l'a quand même observé, parce que…La langue est un obstacle qui est quand même très, très lourd. C'est l'obstacle majeur. Après, c'est vrai que les effets d'interprétation et de traduction laissent une part à l'interprétation entre les différents points de vue sur un même sujet. Donc c'est vrai que pour se comprendre cela n'a pas été facile justement. Vis-à-vis de la Fondation, on voit aussi qu'on avait un Client qui n'était pas expérimenté sur la démarche de mise au point d'un projet et de sa réalisation. Et un architecte local qui lui, était au courant mais qui malgré toute la bonne volonté, parce que je pense des deux côtés il y avait toute la bonne volonté pour essayer de se comprendre, cela restait quand même difficile. On a l'impression ou en tout cas, moi ce que j'ai constaté, c'est que finalement la Fondation et l'archi local ont eu à peu près les mêmes défauts. C'est-à-dire un manque quand même, parce que l'on perçoit nous depuis la France, une vrai difficulté à avoir une synthèse claire et une fiabilité dans les échanges. C'est qu'un coup on va avoir des échanges bouillonnants pendant une semaine, après, l'action suivante, ne serait-ce que par la clarté d'une décision d'un compte-rendu: c'est super flou. A chaque fois on a l'impression de s'épuiser à faire des dialogues de sourds parce que les choses avancent de manière hyper laborieuse. C'est-à-dire que pour bouger d'un millimètre cela demandait dix fois plus d'énergie que pour bouger d'un millimètre sur un projet en France,

avec une maîtrise d'ouvrage française, aussi compliquée soit-elle. Et on n'arrive pas à savoir s'il y avait des enjeux politiques derrière, pourquoi l'administration marchait aussi lentement…On voyait que la Fondation visiblement marchait un peu sur des œufs quand même…Donc c'était un petit peu…vu de l'extérieur un petit peu épuisant d'avoir l'impression que le projet n'avance pas. Parce que nous voulions simplement avancer et valider des choses. Et pour pouvoir valider quelque chose, on avait l'impression que cela dépendait de plein de paramètres, que la décision prenait du temps à se mettre en place. Là, le processus a mis deux ans et demi mais en un an on avait largement le temps de finir nos études et on les a finies pratiquement en deux ans et demi. Et là, cela commence à se régler simplement. Donc le rapport au temps: est-ce que c'est un obstacle administratif ou je ne sais quoi…cela paraît compétemment inefficace en tout cas puisque le processus a duré deux et demi le temps initialement prévu. Ce qui est quand même révélateur d'un certain dysfonctionnement, c'est clair.

RP: c'est aussi un projet expérimental qui devait convaincre en Ukraine pour se mettre en place ?

AB: alors est-ce que c'est parce qu'il était expérimental que cela a pris plus de temps ? Peut-être…

RP: vous n'étiez pas informé en tout cas sur cela ?

AB: objectivement, il y a plein de choses où on n'arrive pas à tout savoir. Franchement…Le maître d'ouvrage a l'air d'être d'excellente bonne volonté, mais c'est vrai qu'à mon avis il y a des tas aussi de jeux derrière le décor qu'on ne maitrise pas. Notre partenaire local aujourd'hui se fait pratiquement viré par le maître d'ouvrage, notre mission s'arrête, on voit qu'il y a un autre gugusse architecte qui va être missionné par rapport à ça. Au niveau cadre, je dirais, sur le côté administratif, par rapport simplement au respect de la propriété intellectuelle aussi. Là on est dans un terrain qui est super vaste et super flou. Et c'est vrai que cela paraît peu lisible quand même. Effectivement, on a fait une belle étude, le projet – on voit qu'il y a un chantier qui a démarré, on ne sait pas du tout dans quel cadre s'est passé la consultation des entreprises…Aujourd'hui, c'est à mettre en cause l'intégration de la Fondation. Cela peut laisser penser à toutes les imaginations possibles. Pourquoi la Fondation a choisi une entreprise sans appel d'offre? On voit quand même aujourd'hui, l'Ukraine, qui a la réputation d'être un pays hyper corrompu, c'est clair. On se rend compte qu'il se passe des choses derrière. On n'a aucun élément pour dire, non, cela c'est vrai que ce n'est pas net. La Fondation a l'air d'une hyper intégrité, elle n'acceptait pas qu'on l'invite pour déjeuner.

Ce que je veux dire c'est que la Fondation quand même…on a l'impression, que tout n'est pas si transparent que cela. Le fait que ce projet là soit géré par la femme de l'ancien président de l'Ukraine, les élections et tout ça…

RP: est-ce que tu crois que cela a joué un rôle ?

AB: oh, oui, je pense que cela a du avoir un rôle, parce que ne serait-ce que pour trouver un partenaire local quand on a gagné le concours, on n'a réussi à trouver personne au départ, tout le monde nous fuyait. Donc il y avait forcément…Il y a tout un envers du décor qu'on ne connaît pas, qu'on ne maîtrise pas et qui rend aujourd'hui quand même et pour rien te cacher, si jamais c'était à renouveler un autre type de projet comme ça, on voit que c'est quand même assez laborieux et assez compliqué.

RP: pour pouvoir avancer et mettre en œuvre ses solutions de conception…

AB: pour pouvoir avancer, c'est-à-dire faire un projet, valider, avoir un partenaire qui nous dit les choses clairement, parce que ce n'est jamais clair. On se noie en réunions et tout ça…C'est vrai que c'est un petit peu…On voit quand même un parcours où on a l'impression que culturellement les gens se comprennent assez bien, on répond aux mêmes aspirations. Mais où on voit que les choses n'avancent pas. Est-ce que c'est lié à cet héritage soviétique ? Mais on voit quand même que sur place les gens ont finalement l'air d'accepter un peu par fatalisme cet état de fait. Vu de l'extérieur on a l'impression que les choses n'avancent pas.

RP: alors qu'à la base il y avait une volonté de changement, non ? Tu l'as resentie chez le Client, tu le disais un peu au début ?

AB: Volonté de changement, oui, forcément, parce qu'ils ne démordent pas qu'ils veulent un design international. C'est pour cela qu'ils nous ont choisis et c'est pour cela qu'ils veulent nous garder. Sauf que maintenant sur la mission, par exemple, qui va suivre – c'est le flou total. Alors que s'ils veulent un projet tel qu'ils le rêvent, il faudrait peut-être qu'ils nous missionnent pour la suite. Sinon on va revenir avec des archis locaux, je ne sais pas quelle relation est entre l'archi local et les entreprises. On ne connaît pas le niveau d'indépendance de chacun. Nous on était clairement indépendants: on avait un projet à faire, entreprise x ou y – on n'en a rien à foutre. Alors que la Fondation, les architectes locaux tout ça, on ne sait pas trop comment cela se passe.

RP: donc l'avenir de la réalisation de ce projet en pierre n'est pas encore sur si je peux dire ?

AB: aujourd'hui, c'est encore incertain. On a l'impression que les choses veulent continuer. Et bon, après, il y a d'autres difficultés internes, entre BDP qui est mandataire du dossier et Groupe-6. Cela c'est un autre sujet, mais aujourd'hui on n'a pas une visibilité très claire de ce qui se passe.

RP: est-ce que tu as senti le désir de la partie ukrainienne de se rapprocher de ce qu'il y a dans l'Union européenne ou tout simplement de moderniser le parc hospitalier hérité d'autrefois ? Qu'est-ce que t'as pu percevoir dans leur discours ?

AB: aujourd'hui, ils voient qu'il y a eu un retard d'investissement assez phénoménal. Leurs installations sont dépassées. Au niveau compétence médicale, je dirai qu'au niveau de la formation des ukrainiens il n'y a pas de problèmes. Les gens, d'ailleurs praticiens, sont en Europe de l'Ouest, donc aujourd'hui on voit que le frein essentiel c'est…C'est ça, ils sont piégés par un environnement bureaucratique qui fait que les choses ne se font pas ou n'avancent pas.

RP: est-ce que tu crois que sans ce titre expérimental tu aurais pu mettre en œuvre l'idée de conception que tu as élaborée au départ ?

AB: Je dirais, on est dans un cadre expérimental, mais on déroge peu à la règlementation, à certains cadres règlementaires.

RP: elle où alors l'innovation et la valeur ajoutée dans ce projet ?

AB: la valeur ajoutée ? Je pense que c'est une valeur ajoutée de conception plus que de règlementation.

RP: qu'ils ne connaitraient pas là bas sur place ?

AB: que les architectes sur place n'ont pas proposé ce genre d'architecture et d'organisation. Mais ce n'est pas tant lié au cadre règlementaire, je ne pense pas. Aujourd'hui, je pense que les architectes ukrainiens sont dans un environnement particulier, le côté médical est très cadré. Donc aujourd'hui ils se posent peut-être moins de questions pour faire ce genre de projet là peut-être, tout simplement.

RP: et au niveau de l'ingénierie, tu parlais tout à l'heure des aspects techniques… ?

AB: indirectement, on fait ce projet avec les ingénieurs sur place. Je passe que l'innovation passe énormément au niveau de la programmation. Programmation et conception générale d'organisation – c'est qui est à mon avis particulier. Parce qu'après, le reste, on arrive à mettre les choses en place.

RP: en gros, dans tout ça, ce sont les idées de l'Ouest de tout ce qui est avancé en termes de technologie médicale, process et organisation hospitalière qui est propre à des spécialiste comme toi, en ayant eu le schéma cognitif, la formation, l'expérience et tout…

AB: exactement, l'expérience qu'on a d'ici, forcément, on a pu la transposer assez rapidement et c'est vrai qu'aujourd'hui, la mise à niveau sur ce type de projet là n'est pas complètement en place. Il n'y a pas eu beaucoup de projet d'envergure, innovant dans ce domaine là. Donc effectivement, aujourd'hui, tout est à faire. Je pense qu'en allant chercher la compétence à l'international, ils savent justement qu'il y a déjà une expérience acquise en dehors de l'Ukraine et donc ils veulent la mise à niveau en l'intégrant.

RP: crois-tu qu'il y a un modèle d'hôpital en Europe de l'Ouest ?

AB: non, de modèle, non, je ne pense pas. Il n'y pas de modèle non, c'est au cas par cas.

Fin première partie 30:33'

Deuxième partie: 14/10/2010 à 8h30

RP: on s'était arrêté hier sur les acteurs, la relation entre le couple franco-anglais et franco-ukrainien. On avait évoqué le rôle de l'architecte local Budova et j'aimerais qu'on y revienne ici. Quel est, à ton avis, le rôle d'un architecte local dans un projet international ?

AB: alors, tout dépend des contextes et des situations, des accords qu'on peut avoir avec certains partenaires. Là, on fait un concours au Maroc avec des architectes marocains mais qui vont avoir une implication dès la conception car on a décidé de travailler ensemble dès le départ. Là en occurrence c'est un peu différent parce qu'on a gagné le concours et ce concours on l'a fait seuls. Et une fois qu'on a gagné le concours, on a été obligé de chercher un partenaire local pour une mission qui est quand même assez particulière, puisqu'à chaque fois qu'on travaille à l'international on a besoin d'avoir un support et une expertise d'un architecte local. Déjà pour des questions simplement d'ordre professionnel et au niveau des assurances et juridiques. En général, il faut être inscrit à l'Ordre dans le pays. Il faut être enregistré, il faut avoir une licence d'exercice du métier d'architecte ou d'ingénieur sur place. Donc bien évidemment on est obligé de trouver un partenariat comme ça. Alors cela pose une question aujourd'hui qui n'est pas très clarifiée qui concerne la propriété intellectuelle et les droits d'auteur. C'est un terrain qui est assez flou, puisque selon la loi ukrainienne on comprend que

c'est le signataire du permis qui devient l'auteur, alors qu'il y a d'autres règles qui permettent éventuellement de protéger la propriété intellectuelle sous d'autres formes. On peut être le concepteur d'un projet et quelqu'un d'autre peut déposer le permis. Donc il y a un petit flou juridique là-dessus. On est obligé de toute façon et là c'était le cas pour Kiev, d'avoir un architecte partenaire enregistré sur place, qui puisse exercer son métier d'architecte et d'ingénieur sur place, avec lequel on avait une mission assez précisément distincte. C'est-à-dire que, nous ayant fait déjà la conception initiale, c'est d'avoir une revue de projet de sa part, pour une mise au format du projet, pour que cela puisse être accepté dans le parcours administratif, avec les dérogations, mais c'est lui qui porte quand même la négociation sur les dérogations à la règlementation que l'on a fait. Donc grosso-modo, il fait une revue de projet régulière et par rapport à son expertise du contexte local, il va nous permettre d'ajuster le projet en fonction du cadre règlementaire local. Et après, aussi, il va finalement porter et représenter l'équipe de maîtrise d'œuvre dans le cadre institutionnel et juridique ukrainien pour ce projet.

RP: est-ce que cet architecte local a été parfois un frein pour les idées de conception que tu lui présentais ?

AB: pour être objectif, vraiment là-dessus, je ne pense pas qu'entre l'Ukraine et la France, je ne pense pas qu'il y est une vraie barrière culturelle ou conceptuelle sur le projet. Dans notre métier, aujourd'hui, les architectes de tous les pays, je dirai, sont forces de propositions, ont des idées. Le projet de Budova, il faut le rappeler, était concurrent pendant le concours. Il avait un projet complètement très audacieux. Autant il y avait d'autres architectes qui avaient fait des projets très soviétiques, Budova avec une dimension un peu plus poétique et artistique avait fait un projet très audacieux aussi. Je dirais, là-dessus…c'est sur que, bon, après, dans chaque pays, il y a des architectes avec qui Groupe-6 n'aimerait pas travailler, parce qu'on n'a pas forcément les mêmes affinités. Je dirais, la frontière – territoire géographique n'est pas une barrière. On fait un métier quand même où heureusement il n'y a pas que les mots pour comprendre. On a des éléments graphiques qui aident à se comprendre. Donc objectivement, lui, avait son expérience locale, qui a permis, des fois, par nos méconnaissances du vrai cadre règlementaire local et des difficultés de traduction, des fois c'est un petit laborieux pour aboutir aux choses, mais aujourd'hui, il a tout a fait adhéré au projet et a fait tout ce qui était possible pour lui pour justement faire adapter ses idées avec un cadre règlementaire. Ce que je redis, c'st qu'aujourd'hui, le cadre règlementaire, je le vois pour d'autres pays, mais je ne l'ai pas du tout ressenti en Ukraine, ce n'est pas un obstacle réel. Ce qui était vraiment un obstacle, c'était la lenteur de la décision. Chaque projet peut quand même s'adapter à des contraintes règlementaires locales. Il n'y a pas eu beaucoup plus de différences pour une agence française de faire un projet en Angleterre ou en Ukraine. Il n'y a pas plus d'obstacles.

RP: est-ce que tu ne pense pas que la lourdeur administrative de ce projet était liée au fait qu'un bon nombre de solutions de conception architecturale et d'ingénierie étaient différentes de la règlementation ?

AB: cela oui, forcément. Mais cela veut dire que ce n'est pas tant au niveau des architectes locaux que c'était dur. C'était au niveau justement de ceux qui y avait en face d'eux: des grands bureaux avec des spécialistes aussi, il y a donc des ingénieurs, des architectes, qui vont valider le dossier qu'on fait au niveau administratif et qui eux, sont peut-être beaucoup mieux conservateur et peut-être mettre un frein pour les choses qui sortent des cases très bien

structurées. Donc le frein est encore de l'autre côté: du côté des ingénieurs et architectes qui eux vont juger le projet. Cela est certain.

RP: est-ce que tu penses que le métier d'architecte, de ce que tu as pu voir, est le même en Ukraine ?

AB: relativement. Sauf que je vois qu'il y a un champ de compétence qui est plus élargi en Ukraine qu'en France, puisque l'architecte, déjà on l'a vu pour Budova, il a une mission qui est plus large. C'est-à-dire qu'il couvre l'architecture et l'ingénierie. Il embauche après des ingénieurs, mais il a une double licence. En général, en France, il y a les architectes d'un côté et les ingénieurs de l'autre. Alors il y a des pays, cela peut être différent. En Angleterre, BDP est architecte et ingénieur. Mais en France, notre structure est beaucoup plus orientée sur notre mission d'architecte et on s'adjoint en co-traitance les compétences d'un bureau d'études. Là, Budova, de ce que l'on a pu voir, lui finalement abordé tous les aspects du projet et il en était responsable – lui. Je dirais, il y a une mission qui me semble de l'extérieur, un petit peu plus élargie en Ukraine qu'en France.

RP: en France, l'architecte reste le maître d'œuvre et le seul interlocuteur du maître d'ouvrage…

AB: oui, c'est vrai. En France, l'architecte reste le mandataire de la maîtrise d'œuvre. Lorsqu'on est mandataire, on est responsable, mais on a des cotraitants qui prennent leur part de responsabilité. Au niveau de la réelle part de responsabilité en Ukraine, cela je ne saurai le dire exactement. Mais c'est vrai qu'aujourd'hui c'est l'architecte qui était l'unique interlocuteur pour la totalité de missions, y compris les missions techniques. On voit donc qu'il a une mission assez élargie.

RP: une brève comparaison par rapport à l'Angleterre également ?

AB: cela reste bien distinct quand même. Il y a des entités qui peuvent faire les deux: architectes et ingénieurs, mais la mission de l'ingénierie est quand même différente de la mission de l'architecte. Avec un architecte qui est mandataire en général aussi.

RP: est-ce que t'as l'impression que la façon d'exercer le métier d'architecte est la même qu'en France ? Serait-il facile pour toi en tant qu'architecte d'exercer là bas, avec ta formation et ton expérience en France ?

AB: c'est relativement équivalent quand même. C'est vrai qu'en Ukraine, je pense que l'architecte a l'air d'aller plus loin dans sa responsabilité. Et ce que j'ai cru comprendre aussi que par exemple Budova, avait lui-même, sa propre entreprise de construction. En France, ce sont des choses complètement dissociés, même interdites par notre statut de profession: on ne peut pas être architecte et constructeur. Visiblement, en Ukraine, l'architecte peut aussi avoir des liens avec le métier de la construction, de la promotion immobilière. En général, en France, on dissocie très clairement les deux compétences pour pas qu'il y ait de conflit d'intérêt. Visiblement en Ukraine, l'architecte peut avoir sa propre entreprise.

RP: quelques considérations sur la règlementation. Tout d'abord, qu'est-ce que tu pense de la place de la règlementation dans un projet de construction plus largement ?

AB: de toute façon, dans notre métier, d'une manière générale, le cadre règlementaire est fondamental. On gère milles contraintes règlementaires. On parlait de la sécurité incendie, dans un hôpital des contraintes d'hygiène, des contraintes de calcul pour les structures, des contraintes de calcul pour la qualité de l'air, toute la démarche développement durable rajoute

d'autres cadres règlementaires. C'est un métier qui est complètement…on ne fait que gérer des contraintes règlementaires finalement.

RP: et la créativité dans tout ça ?

AB: c'est justement de composer avec ces contraintes. On voit qu'en général, les projets ne se ressemblent pas les uns aux autres. Ce sont des contraintes, mais on peut résumer la contrainte simplement des lois de la physique de base. Pour qu'un mur tienne, il y a un minimum de contrainte des lois statiques à respecter pour pas que le mur s'écroule. Mais cela fait partie de n'importe quelle démarche artistique. Un sculpteur, pour une sculpture, s'il veut qu'elle agisse dans l'espace, il répond à des contraintes physiques aussi, par rapport à la matière qu'il veut utiliser. On fait un métier où il y a peut-être, beaucoup de contraintes à gérer en parallèle, mais cela n'altère pas forcément la dimension créative.

RP: est-ce qu'un hôpital est plus réglementé qu'un autre projet de construction ?

AB: forcément, il y un côté un peu plus pointu sur ce qui concerne l'hygiène, puisqu'on touche à des choses vitales, donc forcément…Comme cela peut être le cas dans des laboratoires très spécialisés, quand on fait Minatec ou quand on fait une salle blanche, il y a forcément des usages qui nécessitent des niveaux de contraintes très pointus, très élevés sur en général la qualité de l'air, la gestion des ondes électromagnétiques, pas mal d'aspect techniques. On fait un musée, il y a d'autres types de contraintes aussi. Mais c'est sur que tous les projets qui touchent à la santé, forcément, il y a un niveau d'exigence qui est très élevé.

RP: quand tu fais ta conception Antoine, est-ce tu intègre ces contraintes dès le départ ou c'est un travail qui se fait au fur au mesure avec les ingénieurs et les programmistes ?

AB: c'est une sorte de globalité. C'est qu'on fait un métier un peu curieux effectivement. C'est qu'on est obligés de jongler un petit peu avec toutes contraintes là, parce que si on conçoit le projet sans en tenir compte, le projet n'est pas viable, on n'arrive pas à le développer. Pourtant, on n'est expert dans rien finalement. On a une connaissance de plein de sujets différents. Parce que c'est vrai qu'il y a énormément de compétences variées au niveau administratif par rapport aux contraintes d'urbanisme par exemple, au niveau technique pour la sécurité, le traitement d'air, la structure. Donc il y a une multitude de paramètres. On a une connaissance globale de ces paramètres là. On n'est pas experts. On est plus experts c'est vrai sur la sécurité incendie, sur des contraintes d'urbanisme, c'est le point de départ quand même. On fait une certaine hiérarchie dans les contraintes quand même, mais après on s'appuyer avec des spécialistes. Donc il faut qu'une sache avec une appréciation de toutes les contraintes que l'on a, et notre métier est justement assez particulier et passionnant pour ça, c'est qu'on est obligé de faire une synthèse de l'ensemble de ces contraintes là. On constate aussi que chaque contrainte génère de spécialités, mais si on met les spécialistes tous ensemble – rien ne sort. Donc l'architecte justement est au cœur du dispositif pour faire une synthèse. On est obligé de faire une synthèse qui soit suffisamment précise pour définir un cadre et en même temps qui puisse avoir la souplesse pour intégrer les contraintes. Parce que sinon, après, le projet n'est pas viable, s'il ne tient pas, si…Mais il y a un côté très précis de toutes ces contraintes là, c'est le cadre très spécialisé. Finalement, nous on a une approche qui est un petit peu intuitive quand même, par rapport à une expérience acquise générale, donc une sorte d'intuition générale. Mais cette intuition là, toutes ces hypothèses, seront validées ou invalidées par les spécialistes, par des simulations. Parce que maintenant, par rapport à la maitrise de l'énergie ou l'éclairement des locaux, avant on avait une perception de l'éclairement d'un local en

faisant une ouverture dans un mur, maintenant on peut on plus faire des simulations pour valider ces hypothèses là. Mais il reste un côté très artisanal et un petit peu intuitif quand même. Je dirais, on travaille quand même avec méthode. On hiérarchise les contraintes: il y a des données de site, il y a des données de programmes, il y a des données règlementaires, on sait les trois grandes familles. Mais c'est vrai que quelque part quand on part de la feuille blanche, il faut quand même faire une synthèse de tout ça.

RP: et tous les architectes font ça ou c'est l'expérience qui leur apprend ?

AB: oui, à peu près. Je dirais, de l'Ecole d'archi, en sortant de l'Ecole, les architectes savent sortir des projets. Ils ont peut-être moins de connaissance des contraintes, mais d'un autre côté cela peut donner aussi une certaine fraicheur, parce que si on n'écoute que les ingénieurs, qui connaissent parfaitement les contraintes, ils feraient des bâtiments emmerdants, enfin, je dirais…Donc, il y a cette certaine un petit peu inconscience et de pousser certaines limites, le fait que l'on ne soit pas experts et qu'on n'est pas forcément…On sait où on va quelque part, mais il faut quand même, et c'est cela qui pousse l'architecture dans certaines innovations, et cela pousse aussi les ingénieurs à innover, puisqu'aujourd'hui ils sont obligés de résoudre de problèmes qu'ils s'étaient pas posés avant et c'est cela qui permet un petit peu d'avancer aussi. Parce que si par défaut, et c'est un peu le cas justement des ingénieurs ukrainiens un peu formatés, c'est qu'ils ont la réponse avant de se poser la question! C'est-à-dire qu'ils sont prisonniers de la contrainte. C'est-à-dire que comme on le sait que cela on ne peut pas le faire, cela ne marche pas, c'est comme ça, cela réduit un peu le champ des possibles pour concevoir le projet. Donc il faut en même temps…il faut avoir les pieds sur terre, puisqu'il faut quand même réussir à concevoir le projet, mais en même temps, avoir une dimension qui puisse aller un peu au delà.

RP: une question importante concernant la règlementation, c'est de savoir quelle était celle qui a été appliquée lors de ce projet à Kiev ? Est-ce que tu appliquerais la même pour un projet en France ?

AB: non, pas du tout. C'est un peu flou, parce qu'à un moment le projet a été classé expérimental. C'était bien et pas bien à la fois. Il y a eu un flou sur quel cadre règlementaire on intervenait. Par qu'il y des pays au Moyen Orient où on nous dit c'est le British standards ou les American standards, c'est très clair. Quand BDP a fait un projet en Géorgie, c'était les standards allemands, donc c'était très clair: on prend le cadre règlementaire d'un pays pour l'appliquer dans un autre. En Ukraine, c'était complètement exclu, même si pour nous cela aurait été dix fois plus simple de dire: on a pris le cadre règlementaire français ou britannique et on le fait, c'est-à-dire qu'on a un cadre règlementaire qui est bien défini. Là le fait qu'on soit dérogatoire, cela ouvrait la porte. Les anglais, côté technique, ils faisaient par rapport à ce qu'ils connaissaient de leur cadre règlementaire. Nous, intuitivement, forcément, on faisait par rapport au cadre règlementaire qu'on connaissait. Et le local, en corrigeant notre projet, lui était imprégné de son cadre règlementaire. Donc il y avait un certain flou. Mais à la fin cela s'est centré sur dire: on respecte la règlementation ukrainienne et quand on ne peut pas faire autrement pour des rejets, on explique et on justifie. Donc c'est comme ça finalement, qu'on a pu faire la mise au point du projet. Donc c'était la base règlementaire ukrainienne avec une liberté de pouvoir déroger et quand on déroge il y a tout un travail de justification à faire pour convaincre et que cela devienne acceptable. Mais cela n'a pas été un transfert règlementaire d'un autre pays vers l'Ukraine.

RP: tu crois qu'il est possible un tel transfert ?

AB: cela dépend de ce que demande le pays. Mais visiblement en Ukraine, ils souhaitaient quand même respecter leur cadre règlementaire.

RP: pour obtenir les autorisations nécessaires, n'est-ce pas ?

AB: oui, mais en Géorgie ou d'autres pays il n'y a pas forcément de cadre règlementaire très structuré comme au Moyen Orient, ce sont les standards américains, les standards anglais qui font la norme finalement d'un cadre règlementaire. Je pense que ce sont plutôt les standards américains d'ailleurs.

RP: certains architectes me disaient qu'au Moyen Orient, certains des hôpitaux construits selon des standards américains ne conviennent pas forcément aux utilisations locales. Cela te dit quelque chose ?

AB: cela concerne peut-être les techniques. Il y a deux choses différentes. Il y a le cadre règlementaire par rapport à la construction du bâtiment, la sécurité incendie, l'accessibilité handicapé etc. Et après il y a le process médical qui lui, est relativement internationalisé puisque les équipements médicaux sont les mêmes partout. Quand on parle d'imagerie médicale ou toutes les technologies médicales, les équipementiers finalement sont internationaux. Donc c'st déjà globalisé cela.

RP: donc tu parle du cadre règlementaire au niveau de la construction.

AB: oui, exactement. Parce qu'au niveau médical, cela reste relativement standardisé. C'est pour cela que des médecins formés dans un pays peuvent exercer en général ailleurs. Enfin, il y a quand même pas mal de transfert de compétence si on parle d'un cadre médical pur. Quand on visité justement en Ukraine un nouvel hôpital de cardiologie, il y avait l'équipement. Bon, l'hôpital n'était pas forcément bien conçu dans son organisation. Mais la salle d'imagerie fonctionne comme celle d'un autre ailleurs et le praticien utilise le même matériel qu'en France ou ailleurs. Je dirais, lorsqu'on parle purement de process médical, il y a une relative uniformisation. Après, il peut y avoir des différences entre certaines procédures, sur l'hygiène, sur la stérilisation, mais cela reste quand même…On pourra faire l'équivalent sur l'aéronautique : chaque pays a sa réglementation, mais finalement il y a quand même un cadre général. Tous les avions volent avec plutôt les mêmes procédures. Une automobile c'est pareil, à part les anglais qui roulent à gauche, en général on roule à droite et on s'arrête au feu rouge. Donc, il y a quand même des cadres règlementaires, on va dire, un peu universels quand même.

RP : justement, au niveau de la construction, est-ce que tu crois qu'il pourrait y en avoir un cadre règlementaire plus uniformisé ?

AB : déjà en Europe, ce n'est pas uniformisé. C'est ça qui est quand même…

RP : tu es étonné. Tu penses que cela pourrait l'être ?

AB : cela pourrait, mais ce sera très, très difficile. Il y a déjà des harmonisations. On parlait de normes françaises, de plus en plus il y a des normes européennes sur la qualité des matériaux par exemple. Donc on va vers une certaine uniformisation. Notamment, un sujet qui sera très difficile à résoudre par exemple, c'est le cadre règlementaire sur la sécurité incendie. EN France, on fait du désenfumage. En Angleterre on préfère faire du sprinklage : on arrose

plutôt que désenfumer. Il y en a qui privilégie l'évacuation des personnes, d'autres plutôt le regroupement et la protection…Il y a donc de plein de solutions et c'est plus d'impactantes.

RP : ce sont toutes des solutions qui vont dans un même objectif ?

AB : elles ont le même objectif, mais il y a plusieurs solutions. Le désenfumage est par exemple une solution obligatoire. Et ce cadre là c'est quand même le plus lourd et le plus impactant par rapport au dimensionnement et la conception des ouvrages. Et cela, d'un pays à l'autre, déjà en Europe, ce n'est pas du tout uniformisé. Cela devient plus finalement au Moyen Orient quand on applique de manière généralisée les standards américains. Cela est une vraie question.

RP : est-ce que l'existence d'un cadre règlementaire de la construction des bâtiments uniformisé dans le monde et notamment en Europe aiderait les architectes à faire des projets internationaux ?

AB : cela fluidifierait le travail d'un pays à l'autre.

RP : et ce serait plus sur d'obtenir les autorisations nécessaires à la construction dans chaque pays ?

AB : être sur d'obtenir l'autorisation, je te dis une fois de plus, ce n'est pas vraiment un obstacle. Quand tu travaille dans un pays, tu es obligé quand même de t'associer avec un archi qui connaît ce cadre là et on y arrive. Il n'y a pas un problème ou obstacle particulier. On sait concevoir un projet et l'adapter…

RP : donc si on enlèverait finalement ce cadre règlementaire, on enlèverait aussi du travail des architectes locaux ?

AB : oui, forcément. Aussi, on remet en cause certains corporatismes locaux et tout ça, parce que forcément, si tu ouvre beaucoup plus facilement les choses…Les gens l'ont vu dans les appels d'offre sur le marché européen. Forcément, cela bouscule et cela remet en cause la compétence locale. Mais la compétence locale…On fait un métier qui est quand même très complexe, il y a énormément d'acteurs…De toute façon, même si jamais il y a un cadre règlementaire général…Puisque des fois en France, par rapport à un contexte régional particulier on s'associe des fois avec des architectes, parce qu'ils connaissent bien justement, tous les acteurs locaux, pour la mise au point du projet, au niveau de la ville. Parce que je dirai, on évolue aussi dans un cadre règlementaire qui est assez précis et qui est quand même assez flou. Il n'y a pas deux bâtiments qui se ressemblent. A chaque fois on fait des prototypes quelque part. On n'est pas dans un processus industriel où une fois que le cadre règlementaire est bien défini, le produit est agrée. Ben, après, une voiture elle va rouler en France, elle va rouler en Ukraine, peut-être sous un cadre règlementaire un peu différent. Il y a quelques ajustements sur ces produits là, mais après on construit cinq cent milles et puis ça marche. Chaque bâtiment est quand même un prototype. Donc il y a toujours ce côté spécifique de bâtiment prototype qui est unique, pour chaque bâtiment, à chaque endroit.

RP: d'accord. Est-ce qu'il y a un peu des coutumes et des traditions locales de la culture dans tout ça ? Que vous devez intégrer dans la conception je veux dire ?

AB: ben oui, forcément. Dans la conception et dans les usages par exemple. Au Moyen Orient, le rapport à l'espace est différent, le rapport à la femme est différent. Dans chaque pays forcément il y a des pratiques et des usages. En Ukraine on voit par exemple qu'ils sont assez, voir plus proches finalement de l'approche qu'on pourrait avoir en France. Par exemple,

en Angleterre la chambre à quatre lits ne les choque pas. L'hôpital de Kiev ce sont des chambres à un lit uniquement. En France, cela nous paraîtrait inconcevable d'avoir des chambres à quatre lits, mais en Angleterre quand on te met dans une chambre individuelle c'est plutôt que tu ne vas pas bien et que tu vas crever. Ils préfèrent avoir finalement une veille et les patients préfèrent ne se sentir pas tous seuls. En France, on a l'impression qu'on rentre dans une sphère intime qui n'est pas du tout supportable et on préfère avoir notre chambre individuelle. Donc, il y a des pratiques et des usages qui ressortent dans la conception. Mais pour être très clair, même par rapport au Moyen Orient et tout ça, l'Ukraine, on voit quand même, en discutant avec la Fondation, avec Budova indépendamment, on est quand même dans un berceau culturel complètement commun. Je dirais, il y a une base culturelle qui est en un socle commun. C'est évident. La vraie différence qu'il y a eu c'est qu'il y a eu cinquante ans de communisme qui a fait une rupture sur un certain cadre administratif. Mais je dirais, fondamentalement, on sent quand même…Enfin, chaque pays, chaque région a ses spécificités, mais on enfin on reste quand même…comparé justement à l'Asie, au Moyen Orient, cela reste quand même très, très proche.

RP: la dernière question habituelle, malgré le fait que tu m'as répondu plus ou moins dans tout ce que tu m'as dit tout au long, qu'est ce que cela représente la conception d'un hôpital ?

AB: qu'es-ce que cela représente ? Alors, sous quel aspect…

RP: c'est toi qui choisis, en deux mots ou deux phrases…

AB: il y a deux choses. Si on reprend sur les fondamentaux, parce que c'est vrai quand on parle d'un hôpital, on parle malheureusement, il y a des contraintes fonctionnelles et des contraintes règlementaires. Ce qui est surtout passionnant dans l'approche d'un projet hospitalier c'est justement la valeur ajoutée humaine sur ce type de projet. Puisque quand on disait qu'on touche à la santé de la personne: ce sont des lieux qui sont quand même assez majeurs, parce que tout le monde dans sa vie passera dans un moment ou à un autre à l'hôpital, que ce soit pour y naitre, pour y mourir ou pour y être soigné. Donc forcément, on a toujours des images fortes de moments de sa vie où il y a des événements importants qui sont passées à l'hôpital, des événements heureux, des événements malheureux. Je dirais, cela reste un lieu émotionnellement très, très fort. Donc il y a certains équipements publics comme ça dans la vie de la société – l'hôpital est un espace important de la vie de la société justement. Cette dimension sociale et humaine de l'hôpital qui est assez passionnante. Et c'est programme aussi qui…On va dire, les techniques hospitalières et les *process*, par exemple le développement de l'activité ambulatoire – l'idée ce que l'on passe de moins en moins de temps à l'hôpital – en plus ce sont des projets qui sont en perpétuelle mutation et qui se renouvèlent quand même de manière assez générale. Mais c'est surtout…à part le côté technique, qu'on peut maîtriser, car on sait faire des *process* industriels, on sait faire des usines, c'est justement que, comme on touche à l'homme, forcément, ce sont des lieux où le sens et ce que peut apporter l'architecte est fondamental. Et c'est cette dimension-là qui est passionnante.

RP: merci beaucoup.

Entretien avec Mme Tatiana ZATIC

Date et lieu : 30/04/2010, 8H00, Chisinau, Moldavie
Fonction de l'interviewé : Directrice Direction Assistance Médicale
Institution : Ministère de la santé de Moldavie
Durée : 40'
Langue parlée : roumain
Langue de retranscription : roumain

RP: Dna Zatic, din câte am înţeles, pe vremea Uniunii Sovietice erau o politică clară de dezvoltare a spitalelor caracterizată printr-o reţea extensivă de instituţii medicale (trebuia să fie atâtea pe cap de locuitor). Ce îmi puteţi spune despre politica în domeniul dezvoltării spitaliceşti după anii 1990?

TZ: Aşa este. În anii Uniunii Sovietice erau institute care se ocupau anume de reglementarea activităţii de sănătate precum Institutul Semaşco de la Moscova, care se ocupa anume de elaborarea actelor normative în domeniul activităţii sistemului de sănătate. Atunci ministerul sănătăţii din RM primea instrucţiuni clare privind activitatea instituţiilor medico-sanitare spitaliceşti şi era inclusiv toate deciziile privind construcţiile şi planificarea venea de la structurile respective de la Moscova. Odată cu declararea independenţei RM, atunci când deja ministerul sănătăţii este independent şi este o ţară suverană s-a confruntat cu mai multe probleme inclusiv şi sub aspect de reglementare deoarece experienţa şi capacităţile ministerului se dezvoltă continuu. La etapa respectivă a trebuit timp pentru a se pune pe roate toată activitatea. Dar şi acum nu negăm importanţa actelor normative elaborate în acele vremuri pentru că şi acum sunt multe domenii reglementate de actele acelea, şi sunt destul de bune.

Dar sub aspect de planificare, adică această grandomanie care exista în ţările Uniunii Sovietice s-a păstrat la noi. Avem spitale care sunt prea mari şi ineficiente. Dacă ne referim la cerinţele europene faţă de spitale atunci nici un spital nu corespunde acestora. Poate să existe o secţie care este adaptată la aceste cerinţe, dar ea nu este integrată în sistemul spitalicesc aşa cum cer exigenţele europene. Avem în spitalul republican o secţie de terapie intensivă care a fost cât de cât ajustată la aceste cerinţe, dar oricum în întregul sistem al spitalului republican nu corespunde cerinţelor necesare. Spitalul de pe Eugen Doga va fi într-adevăr un model care (dar este un spital privat unde vin investiţii solide din exterior) va corespunde acelor cerinţe de planificare a unui spital şi de construcţie.

Am fost ieri la un centru medical Extra Med. Acolo vor avea 12 paturi spitaliceşti. Au fost utilizate tehnologii germane iar sistemul de ventilare şi sistemul de conservare a căldurii a fost proiectat de germani. Iar o firmă germană va suporta şi cheltuielile de întreţinere a acestei instituţii. Chiar ne-a demonstrat care sunt cheltuielile pentru o astfel de clădire (nu este foarte mare. Este destul de compactă.). Dar asta constituie un exemplu de rezultate şi de eficientizare a sistemului spitalicesc. Ventilaţia asigură circuitul aerului astfel ca în această instituţie să fie asigurate toate serviciile de funcţionare şi contaminare minimală a sălilor de tratamente şi a sălilor de operaţii. Este un lucru foarte bun. Dar aici sunt investiţii private, iar atunci când sunt investiţii private este un risc pentru cel care investeşte. Dar în aceste cazuri

se pot introduce schimbări mai repede decât în instituţiile publice. Dar accesul populaţiei la serviciile medicale din instituţiile medicale private este totuşi mai limitat. Instituţiile noastre publice sunt totuşi pentru toată populaţia şi nu toate profilurile care sunt în instituţiile publice nu pot fi în cele private. Instituţiile publice au nişte servicii mult mai costisitoare pe care cele private nu le pot prelua cum ar fi cardio-chirurgia, cel puţin la etapa actuală.

RP: Credeţi că restructurarea instituţiilor medicale este neapărat legată de investiţiile, finanţările care se fac în acest domeniu, adică este strict dependentă?

TZ: Este desigur dependentă şi de sursele financiare care vin în sistemul spitalicesc, dar este importantă şi gestionarea corectă a acestor instituţii. Deoarece în instituţiile noastre simţim lipsa paturilor medico-sociale pentru că anume plasarea de lungă durată a pacienţilor este mai solicitată. Pacienţii care necesită îngrijiri medicale de obicei spitalele nu-şi orientează activitatea spre pacienţi acuţi care în plan diagnostic necesită rezolvarea problemei în cel mai scurt timp, dar sunt ocupate paturile de pacienţi care necesită o îngrijire, care, cu toate că actele normative şi se încearcă dirijarea fluxurilor de pacienţi, dar oricum există această problemă.

De asemenea paturile spitaliceşti necesită reprofilare în funcţie de morbiditatea maladiilor înregistrate în teritoriul dat, de capacitatea instituţiei. Avem raioane în care numărul de naşteri este 200, iar atunci evident scade capacităţile medicului. Iar în acest context, ceea ce s-a prezentat ieri la şedinţa ministerului sănătăţii, că anume recomandările de bună practică ar trebui să fie pe primul plan în activitatea şi gestionarea spitalelor. pentru că atunci când este un număr mai mic de 500 de naşteri pe an nu mai este necesar de a avea acest profil în instituţia dată. Şi cred că pentru a realiza aceste sarcini ale guvernului (ieri la guvern a fost aprobat programul şi va fi ca o recomandare şi ca un instrument de gestionare a spitalelor)... sper că vom reuşi o schimbare pozitivă anume în gestionarea spitalelor şi celelalte recomandări care sunt pentru gestionarea spitalelor.

RP: Anume la acest punct vreau să ne oprim în detaliu. Din câte am înţeles, ceea ce s-a spus ieri la colegiul sănătăţii din cadrul Ministerului şi din ce-aţi prezentat dvs este fructul unui lucru îndelungat care s-a produs în cadrul ministerului şi care este aşteptat pe plan naţional. Această planificare spitalicească în RM. De cât timp se aşteaptă această planificare? Care sunt aşteptările şi cum aţi trecut prin acest proces până a-l prezenta ieri.

TZ: A fost o cale lungă şi nu s-a început anul acesta sau ieri. A fost un început încă din 1990 când s-a început de la declaraţia de independenţă a RM. Chiar şi atunci, dacă aţi văzut în prezentarea de ieri, numărul de spitale a început să scadă din 1998, atunci când erau spitale şi în localităţile rurale (276 spitale) a fost apreciată ca ineficientă activitatea acestor spitale şi timp de 2 ani numărul de spitale s-a micşorat de la 276 la 97. Adică a fost o micşorare radicală. S-a concentrat anume la menţinerea spitalelor la nivel de centre raionale, municipiu şi nivel terţiar de nivel republican. A fost o decizie corectă la etapa aceea deoarece ne demonstrează...şi acum avem câteva secţii în unele localităţi rurale, iar experienţa actuală ne demonstrează că ele sunt absolut ineficiente.

Dar există o problemă de rezistenţă a populaţiei, este implicat politicul, şi atât timp cât politicul decide în unele momente avem ceea ce avem. Dar sper că până la urmă populaţia va înţelege că este important să avem servicii de calitate şi că siguranţa pacientului trebuie să fie pe primul plan, deoarece un spital dintr-o localitate care nu corespunde cerinţelor sanitar-igienice şi nu dispune de tehnologii, practic nu este spital. Pot fi create servicii de alternativă, servicii de îngrijire medico-sociale care ar fi o competenţă a administraţiei publice locale.

Sistemul nostru nu poate să preia toate funcţiile şi toate necesităţile populaţiei care sunt în mare parte o prerogativă a administraţiei publice locale. În toate ţările europene îngrijirile medico-sociale sunt plătite de fondator, adică de autorităţile locale şi co-finanţate de în parte din fondurile de asigură şi de fondurile de beneficiari, adică este un sistem bine gândit.

Anume prin acest program de dezvoltare a asistenţei spitaliceşti prevede crearea mecanismului de creare a acestor servicii de alternativă, de apreciere a costurilor, care este cota parte a fiecărui actor din acest sistem. Este un lucru enorm care trebuie făcut. Iar programul are un plan de acţiuni care în primul rând necesită elaborarea de reglementări foarte clare a ceea ce vrea ministerul ca organ central de politici în sistemul de sănătate. Acel registru al spitalelor car se elaborează va stabili clar care va fi structura spitalelor din RM. De asemenea cerinţe clare a acestor instituţii spitaliceşti în funcţie de profilul de paturi care îl va avea instituţia şi în funcţie de nivelul de acordare a serviciilor spitaliceşti pentru că nu poate fi un spital primar dintr-un raion cu 60000 de locuitori dotat cu acelaşi echipament la acelaşi nivel cu un spital municipal sau terţiar. Adică vor fi stabilite clar cerinţele faţă de fiecare spital şi fiecare conducător al spitalului va tinde anume spre dotarea acestuia conform cerinţelor aprobate.

RP: Am înţeles de la dvs că acest plan este fructul unui lucru care este dus de mulţi ani şi acţiuni precedente ale ministerului sănătăţii în domeniul dezvoltării spitaliceşti şi pe parcurs este mult de lucru şi poate fi considerat un proces?

TZ: acţiunile au început în 98. Au fost discuţii în cadrul ministerului. Eu activez în minister din 2001, şi încă de atunci au fost mai multe propuneri de creare a centrelor de excelenţă... Dar şi aici politicul are o influenţă deoarece nu a fost decizia finală anume pentru acceptarea acestor schimbări.

Am avut mai multe studii ale experţilor internaţionali. Menţionez ultimul studiu în cadrul proiectului Băncii Mondiale Servicii de Sănătate şi Asistenţă Socială care a efectuat studiul de fezabilitate a spitalului republican şi a întregului sistem spitalicesc din RM, care a venit cu propuneri şi recomandări clare anume de restructurare a spitalelor în RM. Iar în baza acestui program a stat anume experienţa ţărilor UE, recomandările experţilor de la Top Consulting care au lucrat în cadrul acestui proiect şi au realizat acest studiu şi care este un rod al...

Şi de asemenea s-a ţinut cont şi de realităţile RM pentru că la fiecare act normativ se ia oricum în calcul şi realitatea RM, dar tendinţele de tehnologii şi de planificare a spitalelor, aceasta este într-adevăr experienţa ţărilor străine care trebuie s-o preluăm la noi în ţară.

RP: Este important rolul consultanţilor internaţionali în acest proces?

TZ: Da. Foarte important pentru că ei vin cu o experienţă internaţională de mai mulţi ani. Chiar şi în ţările UE nu s-a ajuns la această situaţie dintr-o dată. Adică a fost un proces îndelungat care a fost atins acum şi este la cel mai înalt nivel. Pentru noi este foarte important să nu comitem greşelile lor de la început. Aceasta este foarte important pentru noi şi în planificarea serviciilor, şi în planificarea şi reconstrucţia instituţiilor spitaliceşti.

Ceea ce se planifică în cadrul acestui proiect al Băncii Mondiale acum şi cu suportul altor donatori externi în construcţia blocului chirurgical a spitalului clinic republican va fi un exemplu de transfer de idei din exterior de planificare a unui spital şi corespunderea lui cerinţelor europene precum dotarea acestuia, sistemele de ventilaţie (care este foarte importantă pentru un spital). Prin care se asigură condiţiile optimale sanitar-igienice.

RP: Eu am înţeles că prin acest plan ministerul sănătăţii exprimă ceea ce doreşte, acţiunile cum le vede el ca instituţie, cum trebuie să fie sistemul spitalicesc, cum trebuie să funcţioneze aceste instituţii şi să fie gestionate şi să fie cu echipamente. Deci, respectiv, dacă se vor restructura, ele va trebui să corespundă cerinţelor aprobate. Acum este altă parte care ţine de proiectare, iar aici intră norme sanitare şi norme în construcţii. Asta înseamnă că vor fi şi alte autorităţi centrale precum ministerul de construcţii care emite normative în vigoare şi Centrul de medicină ştiinţifică care emite normative sanitare car va trebui să lucreze mai departe pentru a permite restructurarea instituţiilor medicale din RM aşa cum vă doriţi. Am înţeles corect?

TZ: Aşa este, Rodica. Dar în toate procesele de proiectare, toate activităţile care se fac conform legislaţiei în vigoare şi toate lucrările se coordonează cu instituţiile competente în domeniul dat. Iar de fiecare dată se cere aprobarea de către ei. De fiecare dată ce se va face va fi coordonat şi aprobat de instituţiile noastre anume în concordanţă cu cerinţele legislaţiei din RM. Dar vreau să spun că SNIP-urile, regulile de construcţie nu conţin anume cerinţele faţă de spitale care urmează să fie adoptate. Acestea vor fi adaptate pe parcurs. Adică paralel cu ceea ce se va face va fi schimbat şi cerinţele faţă de spitale. Atunci când va fi proiectat vor fi incluşi toţi parametrii necesari anume pentru proiectarea conform cerinţelor actuale şi se va lua ca bază, deja ca acţiuni, care trebuie aprobate.

Acelaşi lucru s-a întâmplat şi cu reconstrucţia centrului de asistenţă medicală primară. Atunci când s-a făcut studiul de fezabilitate în asistenţa medicală primară s-a constat că avem nişte clădiri supra-dimensionale care sunt prea mari faţă de necesităţile instituţiei faţă de numărul populaţiei deservite, faţă de numărul de medici care activează. Şi nu este normal de a menţine această bază. Şi tot experţii care au făcut acest studiu ne-au recomandat delimitarea acestor clădiri. Deja la proiectare s-a ţinut cont de aceste recomandări, şi anume în cadrul acestui proiect s-au făcut nişte reglementări noi privind spaţiile care sunt necesare, suprafaţa birourilor. Deci cerinţele au fost formulate clar şi coordonate cu centrul de medicină preventivă care le-a acceptat. Au fost coordonate cu proiectanţii din institutele de proiectare. Adică se derulează un proces în paralel.

Spitalele sunt mult mai complicate, şi atunci toate cerinţele sunt înaintate de proiectanţii din exterior care vin cu ideile moderne. Atunci va merge paralel aprobarea acestor standarde. Să zicem că trebuie să elaborăm mai întâi standardele, iar pe urmă...nici nu avem capacităţi şi nici nu este real. Atunci când vine un consultant din exterior el aduce cu toate tehnologiile şi

ideile necesare pentru cerinţele unui bloc chirurgical anume la cele mai înalte standarde. Şi vor fi aprobate. Ele nu există. Şi avem şi specialiştii noştri care ştiu ce vor. Când sunt specialiştii care vor, care ştiu, care au văzut... Deci această experienţă va servi un model şi pentru celelalte spitale. Este o diferenţă între medicina primară şi spitale, dar oricum, mecanismul va fi cam acelaşi.

RP: A fost să greu să-i convingeţi pe cei de la ministerul de construcţii să vă permită să faceţi după cerinţele acestea?

TZ: Mai mult cu cei de la medicina preventivă.

RP: De ce? Ei voiau spaţii mai mari?

TZ: Da. Spaţii mai mari. Dna Busuioc. Ei nici până acum nu sunt de acord...

RP: Dvs nu puteţi în cadrul ministerului să faceţi presiuni mai mari pe ei?

TZ: N-a fost o presiune, ci mai mult o conlucrare bazată pe argumente, explicaţii.

RP: Iar ei argumentează puternic. Da?

TZ: Da. Dar asta este mai mult legat de situaţia în care se află RM. Atunci când o instituţie medicală primară într-o localitate rurală nu are condiţiile necesare de bază precum apă, încălzire, este într-adevăr este nevoie de un spaţiu mai mare pentru a pune „vanacichi scleanacichi". Dar ceea ce este la Bucureşti şi prin alte părţi laboratorul lor practic...nu au spaţii mari. Sunt multe echipamente...şi lucrează conveier[1]. În instituţiile noastre într-un spaţiu mare într-un ungher stă...şi atât (râde). Dar în schimb căldări cu apă, sticle etc. sunt destule. Sunt inutile spaţiile mari. Este important să fie tehnologiile necesare şi anume aplicarea lor. Asta trebuie să meargă cu toată dezvoltarea sistemului din ţară şi este nevoie şi ca mentalitatea noastră să se schimbe.

RP: V-a fost greu anume pentru a implementa unele idei care într-adevăr credeţi că sunt mai avansate, anume în contextul mentalităţii partenerilor pe care-i aveţi în faţă?

TZ: Din ce a fost aşa...Discuţiile cu medicina preventivă a fost...aşa...Dar în rest fiecare înţelege că noi mergem înainte.

RP: Vreau să ştiu dacă a fost greu să-i convingeţi pe actorii care de 50 de ani au învăţat şi ştiu că trebuie să facă aşa, cât de greu este să încerci să le schimbi opinia sau să adopte idei noi? Bineînţeles este o generalizare. Nu întotdeauna este aşa.

TZ: Eu mi-am aminti de o situaţie care este o experienţă foarte bună atunci când a început perioada de reconstrucţie a instituţiilor de asistenţă medicală primară. Dl ministru Ababii era actualul rector al universităţii de stat, a făcut foarte multe argumentări anume pentru schimbare în asistenţa medicală primară. Şi îmi amintesc de toate întâlnirile făcute cu toţi

[1] Nota: probabil se referă la automatizarea lucrărilor.

actorii anume pentru a explica de ce avem nevoie de a schimba anume dimensiunile. Au fost invitaţi cei care au lucrat la ministerul construcţiei anume în anii aceia când s-a construit mult, pe timpul ministrului Testimiţeanu, deoarece a fost o personalitate care rămâne şi acum foarte importantă pentru sistemul de sănătate. Şi anume în perioada când a fost d-lui ministru au fost construite centre de sănătate tip „Tetimiţeanu". Iar aceste clădiri care au aproximativ 2000 m2 care sunt din etapa precedentă. Şi au fost invitaţi anume aceia care au lucrat în perioada aceia de la ministerul sănătăţii, de la ministerul construcţiilor, ministerul economiei, de la facultatea de arhitectură a universităţii tehnice şi li s-a explicat anume lor ca să înţeleagă cu nu se neagă ce au făcut ei, dar că ţara necesită o schimbare şi că sistemul de sănătate nu poate continua astfel. A fost în primul rând omeneşte ce s-a făcut. Pentru că fiecare care a construit ceva cândva i se pare că la etapa sa s-a făcut atât de bine, dar acum se distruge tot ce s-a făcut. Cred că a fost destul de important că s-a discutat cu opinia publică şi specialiştii din domeniu care au fost şi care...

RP: Foarte interesantă idee...Deci cel mai uşor este sau cel mai bine este să fie asociaţi toţi aceşti actori spre schimbare, şi nu negarea a tot ce s-a făcut mai înainte.

TZ: Nu poţi distruge complet ce a fost, dar să menţii aceste instituţii...ele pot fi utilizate în alte scopuri precum servicii de alternativă, îngrijiri medico-socială de care populaţia are nevoie.

RP: Păi aşa ar trebui să faceţi şi pentru spitale. Să-i chemaţi pe toţi proiectanţii... toate SNIP-urile în faţă, câte 800 de pagini cu prilojenii cu SNIP-uri?

TZ: Asta urmează să fie.

RP: Ultima întrebare este legată de dimensiunea europeană. De foarte multe ori acolo când mai scriu articole şi mai prezint despre Ucraina şi despre RM în tema mea despre tema proiectări de spitale şi transferul de idei prin ţările UE, prin consultanţi internaţionali şi prin proiectanţii noştri, se pune întrebarea de ce RM vrea să ceva din UE, că ei vor ceva avansat şi poate să fie o companie din SUA, alta din Australia şi că nu-i interesează anume dimensiunea europeană. Atunci întrebarea mea este următoarea: aţi coordonat de mai multe ori să corespundă cerinţelor europene instituţiile medicale care sunt la noi. Cerinţele acestea care au fost aprobate au fost în baza experienţei UE care a fost studiată de către diferiţi consultanţi locali din cadrul ministerului sau funcţionari ai ministerului. Cât de importantă această dimensiune şi anume cât de importantă este prin faptul că ea este europeană pentru RM şi pentru orientarea care se...?

TZ: În primul rând avem aceleaşi tradiţii care sunt mult mai comparabile pentru RM şi ţările europene. Avem aceeaşi situaţie geografică, dar aceasta este şi în contextul RM şi guvernării pentru integrarea europeană pentru că o ţară poate fi integrată în UE doar atunci când corespunde cerinţelor acesteia. RM tinde spre o integrare cu UE sau Asia şi alte ţări.

RP: Această integrare de când o simţiţi?

TZ: Este o perioadă...Nu pot spune că a început acum din septembrie sau...A început practic de vreo câţiva ani şi anume din 2007 se pune mai mult accent pe corespunderea cerinţelor

europene. Şi acele standarde de asemenea se iau ca bază experienţa europeană. Dar precum am spus, noi suntem mai aproape ca istorie şi tradiţie cu ţările europene decât cu celelalte.

RP: Deci nu este pur şi simplu o tindere către inclusiv ceva mai avansat, dar este în primul rând spre aceste cerinţe care vin din UE dat fiind faptul că actorii de aici se simt mai aproape de UE?

TZ: Desigur. Acolo există o dezvoltare mult mai înaltă. Nu vreau să neg Japonia şi alte ţări, dar pentru noi este mai aproape ceea ce este Europa.

RP: va multulmesc.

Entretien avec Andryi VOROJNEVSKYI

Interventions ponctuelles de Nazar LISIY, collègue consultant
Date et lieu : 19/05/2010, 16H, Kiev, Ukraine
Fonction de l'interviewé : consultant
Institution : Fondation de l'hôpital du Futur pour enfants
Durée : 1H20
Langue parlée : russe
Langue de retranscription : français

RP: Quel a été votre rôle au sein du projet de l'hôpital du Futur en Ukraine ?

AV: je me suis occupé de l'approbation de la documentation qui passait par le Conseil de Kiev et les organes exécutifs de cette structure. Il s'agit d'organisations communales, des entreprises communales qui nous donnaient les conditions techniques pour la construction et avec qui nous approuvions ensuite les projets et les nouveaux projets, ou des données concrètes ou simplement la documentation du projet. Voilà quelle était ma fonction et elle est resté telle quelle jusqu'à aujourd'hui en fait.

RP: de quel Conseil s'agit-il exactement ?

AV: c'est l'Administration de la Ville de Kiev (Kiev MDA, Kievskaya Gosudarstvenaya Administratsya ndlr). C'est l'organe exécutif de la Mairie. La structure est un peu compliquée chez nous, parce qu'à Kiev il y a le Maire qui est le chef de l'Administration de Kiev. L'Administration est un organe exécutif. Kiev Rada et le Maire de Kiev sont des postes à élection. Mais en Ukraine, à Kiev, le Mairie est directement Chef de l'Administration. En même temps donc. Il cumule deux fonctions. Toute cette structure sous le contrôle de l'Administration de la ville comprend tous les services communaux, toutes les Directions, toutes les structures d'importance locales qui donnent des autorisations, décisions etc.

RP: Et chaque projet doit leur être présenté ?

AV: Oui, chaque projet passe à une étape donnée par là, en fonction de sa taille, grand, petit, une maison, un hôtel, chacun selon ses caractéristiques. Nous avons pratiquement passé tous les Organes avec notre projet, car il est d'une importance particulière et il y avait de nombreuses questions le concernant. Nous avons donc passé pratiquement par toutes les structures de cette Administration.

RP: La première fois que vous y êtes allés, cela concernait quelle question ?

AV: La première fois nous nous sommes adressés pour la formalisation du terrain.

RP: J'avais compris qu'une multitude de documents ont été nécessaires pour passer cette étape ?

AV: Pour qu'on délimité une parcelle de terrain, il faut d'abord expliquer pourquoi on en a besoin dans un objectif déterminé et ensuite on passe par tous els services. Chaque service donne ses conclusions. On doit faire le projet d'assainissement du terrain par des organisations spéciales qui ont la licence pour ceci. Comment cela se passe-t-il ? D'abord, nous nous adressons au Conseil de la Ville de Kiev avec la demande de nous attribuer une parcelle de

terrain. Tout cela nous l'avons fait avec Féofania, parce que l'hôpital de Féofania est l'utilisateur du terrain, c'est à lui qu'on va le lui attribuer. Nous nous adressons donc avec la demande de nous donner pour exploitation telle parcelle de terrain dans le but de telle utilisation. La Direction de la Ville, la Maire donne son premier accord sur l'élaboration du projet d'assainissement du terrain. Ce projet d'assainissement du terrain comprend déjà toutes les autorisations qu'on doit collecter. Il s'agit d'un dossier volumineux. Une fois tous les documents collectés, nous les transmettons à une session d'analyse par les députés. Ces derniers regardent, analysent, discutent…on a eu également des sessions publiques etc. Ensuite ils prennent une décision concernant l'attribution de ce terrain pour la construction, dans notre cas, de cet hôpital. Nous avons reçu cette autorisation.

Nous devions ensuite faire l'enregistrement du terrain. Cela comprend la délimitation des limites du terrain grandeur nature, y placer des signes de démarcation, autrement dit le passage du terrain des papiers sur le sol, en nature. C'est tout. Ensuite on nous délivre le document. Ce fut notre première mission.

RP: Combien de temps cela vous a pris ?

AV: Il faut regarder…Je pense cela a pris environ six mois. Dans notre cas cela a pris autant.

RP: Le projet de conception n'avait pas encore commencé ? Cela fut réalisé avant ?

AV: Non, d'abord on enregistre le terrain et ensuite on commence la conception. Mais nous l'avons fait parallèlement. Car de facto nous savions que tout sera en ordre avec le terrain, nous l'espérions et nous avions déjà commencé la conception afin de ne pas trainer. Pour gagner du temps et aller plus vite. Tout cela s'est fait pour ça. Mais en principe, nous n'avons enfreint aucune règle. Ce fut fait sur nos propres risques.

RP: Mais normalement cela se fait auparavant ?

AV: D'habitude, d'abord on délimite la parcelle de terrain parce que ce n'est pas aussi simple qu'il parait. Et ensuite lorsque l'on sait exactement les limites de ce terrain on commence le travail de conception, en connaissant déjà quels sont les filets de communication, les réseaux d'ingénierie qui le traversent etc.

RP: Après cet acte, la conception a commencé…

AV: Ensuite, afin de commencer, c'est justement la deuxième autorisation du Conseil de la Ville de Kiev qui l'a permis. Un de ses points le spécifiait: par cette autorisation nous permettons de commencer la conception de cet objet avec toutes les autorisations nécessaires qui s'ensuivent. Ceci fut le document officiel qui permettait de débuter la conception et de collecter les conditions techniques. Pour cela, nous sommes allés vers tous les Services de la Mairie - en commençant par le Kiev VodaKanal et en terminant avec Kiev Energ (ndlr Régie des Eaux et EDF). Il y a eu également la radiofication et télécommunication, la canalisation etc. En deux mots – nous sommes allées voir tous les services qui répondent de l'approvisionnement énergétique de cet objet afin d'obtenir les conditions techniques. Il s'agit de documents représentant les conditions que posent ces organisations et sur lesquelles elles sont prêtes à nous donner leur accord pour notre construction d'hôpital. Par exemple: le volume d'eau, le volume d'énergie, le raccordement à la canalisation – combien allons nous en jeter etc.

Après tout cela – commence le processus de conception de l'objet. La conception par exemple…en principe, tous les réseaux d'ingénierie ont été conçus selon le terrain attribué par la société KievIngProject. C'était un des sous-traitants que la Fondation a pris. C'est une organisation spécialisée qui fait les dessins des sentiers d'ingénierie. Pareil en ce qui concerne les sentiers extérieurs au terrain. Ensuite on est allés plus dans le concret. Il y a eu par exemple l'organisation la Société Communale Plesso qui nous a donné les conditions techniques pour le rejet des eaux usées. Ensuite, cette même organisation qui nous les a données, nous a dit: d'accord, nous allons donc vous donner notre accord sur les propositions que nous vous avons faites, mais vous devez collecter l'autorisation de cinq autres organisations. Il s'agit par exemple: le Service Sanitaire, la Direction Ecologique etc. Vous comprenez ? Voilà pourquoi le processus a été très long: parce pour un document, il en fallait cinq autres et pour ces cinq encore quelques uns! Voilà le processus et voilà pourquoi cette structure est très bureaucratisée!

RP: Vous avez donc été très patients ?

AV: Oui, nous avons tout fait dans les règles. Nous n'avons sauté aucune étape.

Nazar: Rodica, si nous n'étions pas allés voir tous ces services, comme par exemple Plessa et n'aurions pas eu les autorisations, aujourd'hui à l'étape de l'Expértiza – c'est le Client qui aurait eu droit à aux interrogations les concernant: où sont les coups de tampons nécessaires ? Voilà pourquoi avons-nous fait tout dans les règles. La logique de l'Expertiza est de collecter tous les documents nécessaires selon les règles, selon la loi.

RP: Par patient, je voulais dire – que vous aviez eu le courage et la motivation d'aller voir tous ces Services d'Etat…

AV: Nous n'avions pas le choix.

RP: Aviez-vous pensé au début du projet qu'autant de documents devront être collectés ?

AV: Nous savions approximativement, mais nous ne connaissions des nuances telles que la radiologie, nous ne savons pas d'autres qui sont liés à l'hôpital. Car l'hôpital a ses spécificités. Dans le cas d'un objet ordinaire, cela aurait été plus simple. Or, l'hôpital et le statut Expérimental pour la conception et la construction c'est autre chose. Il faut en permanence expliquer aux services concernés etc.

RP: Vous deviez l'explique à chaque fois ?

AV: Chaque autorisation à l'étape de la conception se déroule ainsi: l'architecte vient avec toi et ils parlent dans leur langage sur les éléments adoptés pour prendre telle ou telle décision. Ceci est un processus permanent entre le Client, l'architecte et l'administration d'Etat.

RP: Les conditions techniques j'ai compris sont obligatoires, mais les autorisations nécessaires durant le processus de conception l'ont-elles été également ?

AV: Pas nécessairement. Il y a un moment dont je n'ai pas parlé. Après que nous avons reçu l'autorisation d'élaborer la conception, nous préparons avec une organisation spécialisée auprès de la Ville de Kiev – la Direction Architecturale de la Ville la mission d'architecture et planification. C'est un document contenant toutes l'information sur les structures d'Etat auxquelles on doit s'adresser, quelles conditions il faut remplir, comme par exemple l'espace vert, les réseaux ingénierie, les conditions techniques qu'on doit recevoir et de quelles

structure – il y a une liste complète,, ce que nous devons avoir comme autorisation etc. C'est un document assez important pour commencer la conception, car tu apprends ce dont tu as besoin, ce que la Ville te demande et où il faut aller ainsi que l'ordre de tout cela. C'est un document important. En nous basant sur cela, nous sommes allés ensuite voir tous les Services concernés. Nous savions déjà ce que la Ville veut de nous et ce qu'elle attend voir.

Ensuite, nous avons eu une conception en trois étapes. D'abord, il a été faite une présentation générale – il s'agit de l'esquisse du projet. Avec ce projet, nous sommes allés devant le Conseil en Architecture et Construction de la Ville, nous avons approuvé le projet là bas. Ensuite, la partie architecturale de l'esquisse a été présenté à des sessions ouvertes au public où les gens d'un secteur donné ont eu la possibilité de faire connaissance avec le projet et se prononcer en sa faveur ou sa défaveur. Et ce fut en principe tout concernant l'esquisse. C'est une exposition assez brève bien entendu, vous pouvez voir le programme détaillé de toutes les autorisations que nous avons obtenues.

RP: Très bien, je vous en remercie.

AV: Nous sommes ensuite allés au Conseil Municipal en Construction. Lorsqu'ils ont confirmé ce projet et la façon dont il doit se présenter, nous y avons laissé une partie de la documentation pour être archivée chez eux et avons commencé la conception de l'objet. Ici s'ensuit tout le travail de conception, vous voyez vous-même je crois, le début de toute la communication autour de cela, c'est la partie la plus importante et elle se prolonge en effet jusqu'au d'aujourd'hui. Le processus de conception se termine lorsque nous recevrons un avis positif de l'Expertiza. Ce dernier processus a pris plus d'une année environ.

RP: Durant la conception, quelle a été votre action ?

AV: Par exemple, pour approuver le Plan Masse. C'est un document sur lequel est représenté, dans les limites de ton terrain, l'emplacement de la future construction, quelles serons les communications, les réseaux etc. Afin de l'approuver, nous avons approuvé ce plan masse durant trois mois environ: en commençant par el Client, l'architecte, l'exploitant du terrain, KievAvtoDor, la Direction de l'Architecture, l'Organisation Communale de l'Architecture, l'organisation communale KievZlinBud, la Direction Foncière etc. C'est-à-dire qu'il en a tellement que je ne saurai même pas dire comme ça par cœur.

RP: Avant d'avoir l'approbation du plan masse, vous êtes allé voir toutes ces administrations ?

AV: Oui, exactement, c'est moi-même qui l'ai fait. Voici ici le plan masse, regardez…Tous ces coups de tampons (une dizaine) proviennent des autorités que nous sommes allées voir. Vous voyez, chacune de ces approbations peut nécessiter des éléments supplémentaires. Par exemple, ceux-ci vont me dire: apportes nous encore l'approbation de tel et tel et ensuite je te donne la mienne. Et tout ce processus est extrêmement long.

Nazar: ce document vous voyez, s'appelle Plan Masse. Vous pouvez voir dans le fichier que je vous ai donné, il y a la liste complète des approbations accordées.

RP: Je vous en remercie.

AV: De tels documents importants comme le Plan Masse est encore la Planification Verticale, le Plan des Espaces Verts don je m'occupe actuellement, le Schéma des transports et des piétons, le Passeport des Façades.

RP: Tous ceux-là ont été confirmés ?

AV: Oui, complètement. Même si certains, comme les façades, ont été approuvé lors de l'Esquisse du projet, ils nécessitent des approbations supplémentaires de la part de chacun des services concernés. Chacun de ces documents nécessite d'une dizaine à une centaine d'actions: de l'approbation au paiement, un peu de temps entre les deux…La plupart de ces documents sont payants bien sur, environ 90%, 70% d'entre eux. Je ne me souviens pas exactement lesquelles, on en a environ 2000 approbations. Le plan masse coûte par exemple quelques 78000 Euros.

RP: Toutes ces approbations en Ukraine ont couté cela ?

AV: Parce que chez nous…Qu'est-ce que ce sont ces coups de tampons? Ce ne sont pas de simples coups de tampons. Ce sont des organisations spécialisées auxquelles on donne tous les documents, elles les analysent s'il n'y a pas de non-conformité aux règles en vigueur, regardent si on a tout bien fait et nous donne ensuite son approbation par son coup de tampon.

RP: Quelles sont ces organisations ? Ce sont principalement des services de l'Etat ?

AV: Oui, principalement des fonctionnaires d'Etat.

RP: Ce ne sont pas d'organisations privées ?

AV: Non, tout est l'appareil de l'Etat: structure d'Etat et municipales.

RP: Vous avez fait les deux ?

AV: Oui. Par exemple, la Direction de l'Architecture est l'organe exécutif du Conseil de la Ville de Kiev. KMDA – l'administration de Kiev qui l'organe exécutif de la Mairie de Kiev. Tous les services sont sous le contrôle de cette Administration qui est l'exécutif du Conseil de la Ville également. Ceux-ci sont des structures communales, de la ville de Kiev. Mais il y avait également des administrations d'Etat, comme par exemple la Direction d'Etat de l'Ecologie et de la protection de l'environnement, le Ministère de la Construction et de la Régionalisation, le Ministère de la santé (concernant la partie médicale), Ministère du transport, Ministère des Affaires Intérieures – GosAvtoInspektsya (la Direction Police Routière, concernant le Schéma Transport-piéton, comment seront les rues, où seront placés les feux, les trottoirs, les arrêts etc). Ce dernier fut nécessaire car nous avons dans notre projet des arrêts de bus et un parking.

Nous avons déjà passé tous ces services en principe. Il nous reste que le Plan des Espaces Verts du territoire. Nous l'avons déjà confirmé par deux Services et il nous reste encore l'Architecture, car cela se réfère à cet aspect là aussi. C'est une ultime approbation qui nous reste. Et ensuite, en principe, tout est bon concernant la documentation des autorisations. Le Schéma Transport-piéton doit être confirmé par l'Inspection Routière, mais ce n'est qu'une chose élémentaire par rapport aux problèmes que nous avons eu initialement.

RP: Quel est votre avis sur ce processus administratif que vous avez du réalisé ? Est-il évident, long, difficile, facile ?

AV: La procédure est très, très bureaucratisée. Si tu es un simple citoyen et tu veux construire un tel hôpital, alors il te faut alors environ 5 à 10 ans pour avoir les autorisations. Je suis très réaliste en disant cela.

Nazar: et un million de dollar. Ou alors un million de dollars et tu le fais dans deux ans.

AV: Même pas dans deux, en une seule année.

RP: C'est à dire qu'on peut payer comme ça non-officiellement ?

AV: Oui, mais même officiellement, les prix pour les approbations aujourd'hui sont tels que peut importe officiellement ou non-officiellement. Nous avons eu de la chance que notre Client soir une structure d'Etat car ces administrations ont des coefficients: pour le particulier ce coefficient est de 1, alors que pour une structure d'Etat il peut être de 0,5-0,2. Cela concerne le prix et a donc un impact sur la somme à payer. Par exemple, pour 10.000 grivna que doit payer un particulier, nous payerons que 2000 ou 3000 grivna ce qui est une très grande réduction.

Donc même si on a de l'argent, ce sera quand même long, car il y a de nombreuses structures à voir. S'il s'agit d'un objet moins complexe du point de vue des réglementations et standards d'Etat, tout cela peut être fait beaucoup plus vite.

Nazar: si nous n'avions pas eu la place de l'hélicoptère, cela nous aurait enlevé une série d'autorisations, si nous n'avions pas eu le bunker de radiologie, une autre série d'autorisations, si nous n'avions pas les salles d'opérations – encore une autre série. Nous avons tout simplement une Solianka ici – vous connaissez, la soupe dans laquelle on y met tout! Voilà ce que c'est chez nous –une Solianka.

AV: Nous avons eu droit à tout dans ce projet: tout ce que pourrait y avoir, nous l'avons eu! Les autorisations avec l'aéroport Borispol et Juliana aussi. Tout ça c'est…cela semble juste si simple. Mais chaque autorisation implique que tu sortes, que tu communiques, que tu expliques et convainques que cela peut être réalisé et tout ça dans les meilleurs délais!

RP: Justement, dites-moi comment faisiez-vous d'habitude quand vous alliez chez les fonctionnaires de ces structures ? Comment se comportaient-ils vis-à-vis de ce projet ?

AV: Leur attitude était normale. Au début, lorsque j'y allais, je faisais connaissance avec tout le monde. Ensuite, j'y allais au bureau concerné, il en a toujours un où tu peux donner tous tes documents. Ils les prenaient et les distribuaient là où il fallait. J'avais alors deux possibilités: soit attendre jusqu'à eux-mêmes enverront les documents où alors prendre les documents et les donner aux exécuteurs. Au début ce fut un peu plus difficile, mais ensuite je savais déjà vers qui aller pour faire tout ça efficacement. Voilà comment cela s'est passé.

En principe, tout le monde connaissait ce projet et ne voulait rien…ne voulait rien. Ils étaient tout simplement prêts à faire tout et même gratuitement.

RP: Comment cela se fait-il ? Car c'est déjà payant ? Où voulez-vous dire sans autres honoraires ?

AV: Oui, c'est cela.

RP: Pensez-vous que c'était ainsi grâce à l'influence politique qu'il avait ?

AV: Non, parce que c'est un hôpital et beaucoup de gens ont encore de la conscience. Et un hôpital ce n'est pas comme un hôtel, un stade ou….un lieu où tu pourras gagner de l'argent. C'est un projet social.

RP: C'est un projet très attendu en Ukraine ?

AV: Oui, oui. Je pense que cela a joué également un rôle très important. Et bien entendu le fait que le président suivait ce projet, çàd que son épouse le suivait de près a aussi eu une influence, sans doute. Nier cela se serait un mensonge. Ce n'est serait pas la vérité.

Nazar: il y avait des cas où on oubliait Andrei. Il venait chercher les documents et on lui disait: qui êtes vous ? C'est la première fois qu'on vous voit. Alors lui il disait: mais moi je m'en souviens bien de vous. Oh, nous commençons à nous comprendre l'un l'autre. Vous comprenez ?

AV: De règle, j'avais les contacts des Directeurs de ces exécutants. J'appelais d'habitude les Directeurs, car avec eux ça allait plus vite. Les exécutants très souvent sont indifférents: hôpital, pas hôpital, hôtel, ils ont d'autres principes. Ils sont assis là ils pensent…qu'ils sont rois dans le pays. Mais ce n'est pas ainsi.

RP: En même temps, les Directeurs sont des fonctionnaires également ?

AV: Le Directeur ne faisait rien lui-même de règle. J'allais directement chez le Directeur, lui il me disait "oui, on va t'aider, voici celui qui va s'occuper de cela, je vais lui donner l'ordre à ce qu'il s'occupe efficacement de cela". Mais à certaines étapes ces exécutants ils commençaient en quelque sorte…Ce n'est pas qu'ils ne voulaient pas le faire, c'est qu'ils n'avaient pas trop d'initiative…

Nazar: c'était gratuit, personne ne le paie, pourquoi le ferait-il ?

RP: Alors que le Directeur a été d'accord ? Pour quelles raisons croyez-vous ?

AV: Rodica, je ne peux pas dire pourquoi. Je ne peux dire que c'était selon un principe fixe: que je suis allé, vu le Directeur, celui-ci appelé son subordonnée, lui a fait comprendre que cela doit être fait…Ce n'était pas comme ça, car chaque situation a été différente. Il y des subordonnés, des gens normaux, avec qui je m'entends normalement, qui font tout très bien et qui ne veulent rien. Tout simplement donnent leur accord, regardent si tout est en règle, apportent quelques modifications etc. Et il y a eu des cas où ce n'était pas comme ça. De manière générale, oui, en effet, les Directeurs ont eu des attitudes correctes. Et les autres situations, avec les camarades, elles n'arrivaient pas très souvent, mais cela est arrivé et cela est normal, car nous avons passé tellement de services…Je ne sais même pas combien d'administrations avions nous fait. Je pense que toutes les structures de la Ville nous les avons passées.

Nazar: non, vraiment, c'est fantastique! De pouvoir collecter tous ces documents dans l'espace d'une année…ce n'était pas simplement réaliste!

RP: Il y avait-il des fonctionnaires qui avaient une attitude négative envers ce projet ?

AV: Il y en a eu bien sur. J'essais de ne pas trop discuter avec ces personnes, car j'en avais déjà marre de convaincre tout le monde du fait que personne n'a volé l'argent, qu'il est là…J'étais fatigué de le raconter et expliquer à tout le monde. Ma fonction était autre: je venais chez lui pour avoir une autorisation donc j'avais besoin.

RP: Mais en général, vous avez quand même pu parler du projet ?

AV: C'est évident. Tout le monde était curieux. Lorsque j'arrivais chez ces Directeurs, ils me posaient la question: alors, raconte, comment ça se passe ? Quelle est la situation ? Car tout le monde en parle…Et tu commence à raconter. Ils comprennent. En général, les Directeurs de

Services d'Etat ne m'ont pas posé ce genre de questions car ils savent parfaitement ce qu'est c'est de passer tout ces cercles administratifs. Ils le comprennent tous très bien. Chez nous, la législation est loin d'être parfaite. Tu peux donner les documents pour approbation et ces documents vont reste une année, deux, trois ans. Même s'il y a des délais prévus, ils sauront très bien contourner ces délais et tu ne pourras rien leur faire.

RP: Comment avez-vous fait pour qu'ils regardent rapidement votre dossier ?

AV: Les gens comprennent normalement que cela doit être fait. Cela s'est déroulé normalement. En principe, c'est l'administration de la Ville nous a soutenu et cela a été le plus important. Nous avons eu le soutien du Maire et tout l'appareil administratif nous a soutenus également. Il y a eu également des nuances, des délais prolongés, ils voulaient un peu trop, mais nous avons tout fait.

RP: Pourquoi pensez-vous qu'ils vous ont soutenu ?

AV: Parce que j'ai vu l'attitude des gens. Croyez-moi, ce n'est pas si simple de passer la session et transférer la parcelle de terrain d'une surface de 10ha en forêt – ce n'est pas si simple, croyez-moi. Je pense qu'en Ukraine, un tel terrain, pour une action commerciale, couterait 1ha – 1 million environ.

RP: Parce que c'était un projet important en Ukraine…

AV: Oui et parce que l'épouse du président le soutenait. Tout le monde a donné de l'argent pour ce projet et tout le monde comprenait que ce projet est tout d'abord une nécessité, car dans la vie, beaucoup de choses peuvent arriver. Or, en Ukraine il n'y a pratiquement pas d'institution médicale pour enfants qui soit bien…qui soit normale. Seulement des privés et encore, pas beaucoup.

RP: Est-ce que les gens se sont montrés parfois étonnés des dessins que vous leur présentaient, comme d'un hôpital trop différent en Ukraine ?

AV: Oui, en quelque sorte. Si on parle des architectes ukrainiens, ils ne font pas toujours…Beaucoup de décisions de bdpgroupe6 ont été contestées par les architectes ukrainiens. Par exemple, les jardins botaniques à l'intérieur du bâtiment. C'est joli, mais c'est considéré prendre beaucoup d'argent pour l'entretien. On pense aux oiseaux, aux écureuils, à la pluie qui pourrait tomber ici et cela n'est pas compris chez nous. Surtout qu'il s'agit d'un hôpital. Voilà quels types de questions donnaient les architectes en Ukraine lors des Conseils Municipaux d'Architecture.

Nazar: ce fut une des questions que Leleko (ndlr l'architecte référent du projet dans le Jury du Conseil) suivait de près, en plus des cheminées et de l'Atrium. Tout ceci ont été des remarques et toutes les remarques ont du être argumentées pour expliquer que ce ne sont pas simplement des espaces fermés, qu'il y a des portes, qu'on peut y accéder, on peut nettoyer, laver les vitres. Tout cela a du être raconté, discuté et mis par écrit.

AV: Il fallait donner des informations non pas seulement sur la beauté et l'architecture très design du lieu, mais expliquer également la partie fonctionnelle: pourquoi est-ce que l'on fait cela, quelles avantages et désavantages ? Si ce projet est défendu par quelqu'un d'autre que son concepteur, c'est plus difficile. Je me réfère ici à Budova au lieu de BDP, les concepteurs. La conception fut réalisée par BDP: ce sont eux qui savaient ce qu'ils y avaient mis là ou là et

pourquoi. Alors que Budova peut-être qu'il ne comprenait même pas jusqu'au bout ces aspects. Voilà pourquoi il lui était plus difficile de répondre à ces questions.

Nazar: Antoine n'est pas venu pendant ces sessions. Budova répondait, mais à certaines questions il manquait les raisons, l'argumentation.

RP: Cela aurait été important que les architectes soient présents à ces sessions ?

AV: Oui, cela aurait été très important, oui. Ces moments ont représenté la finalisation des chacune des étapes de conception. Cela a également retardé un peu le processus, car Budova n'a pas pu expliquer et argumenter pourquoi on utilisait une option plutôt qu'une autre…Voilà.

RP: Parfois c'est mieux lorsque les architectes concepteurs sont plus proches du projet ?

AV: Oui, bien entendu. Il faut sentir un peu mieux le projet. Il faut comprendre la conception.

Nazar: Il faut vivre DANS le projet.

AV: Il faut comprendre la conception. C'est cela le plus important. L'argument le plus important des jardins a été qu'ils apporteront de la lumière. Mais cela était insuffisant: comment s'occuper des arbres ? Quels arbres peuvent pousser ici ? Comment vont-ils se développer ici ? Et tout el reste…on ne va pas simplement y mettre 3 mètres de terre et c'est tout. Il fallait tout expliquer, mais il n'a pas pu le faire. De toute manière, cela n'a pas beaucoup influencé sur le processus dans son ensemble. Mais si on n'avait pas eu le soutien de la Ville, on n'aurait pas passé ce Conseil Municipal avec ce projet. Budova n'aurait pas pu le défendre. N'aurait pas pu. Sans notre soutien. Je veux dire le soutien issu du fait que ce projet était cher à tous et qu'il était soutenu par les premières figures de l'Etat de ce pays. Je dis que si Budova aurait présenté ce projet comme un des ses hôtel ou autre, elle n'y serait jamais passé.

RP: Il y a eu au total 3 sessions du Conseils municipaux ?

AV: Non, deux seulement: d'abord pour l'esquisse du projet et à l'étape de la conception. Ils ont d'abord été d'accord avec la façon dont le projet se présentait dans l'esquisse et nous ont donné la permission de faire les plans. Dans la base de cela, nous avons fait la conception, mais il y a eu quelques changements: l'apparition des cheminées par exemple. C'est pour cela que l'on passe une seconde fois ce Conseil.

Le troisième dont vous parlez peut-être c'est le Conseil du Ministère de la Construction qui a donné le statut d'Expérimental au projet.

RP: Avez-vous été à celui là ?

Nazar: oui, j'y été. A la suite des accords du Ministère de la santé, du Ministère de la Construction, de l'Administration de Kiev etc., il s'agit en tout d'environ 7 à 8 autorisations, les conditions individuelles et techniques du projet d'esquisse et le programme expérimental a été approuvé par le Ministère de la Construction. Nous avons montré les éléments du dossier, comment sera réalisé le projet. Etant donné que Ministre était une personne nommée par le président – il n'y a pas eu de problèmes.

RP: Ils ont donné donc l'accord pour le statut d'expérimental ?

Nazar: Oui. Je vais lire la décision exacte qui fut adoptée: à la session de la Direction du d'Architecture et Construction pour les établissements publics de la Ville, la Rada Technico-scientifique du Ministère de la Construction Régionale de l'Ukraine qui a lieu le 15.10.2009 a analysé le programme de construction expérimentale et les conditions techniques individuelles. Cela a été analysé et approuvé.

RP: Il y a eu des gens du Ministère de la construction uniquement ?

Nazar: Oui.

RP: Ont-ils parlé d'une Commission qui travaillera par la suite ?

AV: Regardez quel est le schéma de tout cela. D'abord il y a eu une session – comme dit le compte-rendu où on a défendu ce statut. En grande lignes, on nous a permis, on nous a accordé le statut d'expérimental. Nous avons eu ensuite la possibilité d'élaborer ces conditions techniques, mais elles s'appelleront dorénavant des conditions techniques individuelles. Voici ici, pour que vous compreniez tout le processus d'approbations: ceci est le programme de construction expérimentale et ceux-ci sont les conditions techniques individuelles. Ce programme, comme on peut voir d'après les signatures posées ici, a été approuvé par le Ministre de la Construction Régionale, le Ministre de la santé, de l'Administration de Kiev – l'organe exécutif de KievGorSovet (le Conseil de Kiev), ainsi que par le Service d'Etat de sécurité incendie. Il a été ensuite confirmé par la Direction du DUS, la Direction de Féofania et nous, la Fondation. Ceci explique les normes que l'on va déroger, mais sans faire la démonstration scientifique de ces dérogations.

Nazar: Ce programme montre vers quelle direction on va. L'argumentation scientifique c'est de la recherche.

AV: C'est le Client qui a préparé ce programme pour demander au Ministère le statut d'expérimental.

Nazar: lorsque nous sommes arrivés à la Fondation, ces documents étaient déjà en cours de préparation. Comment ils s'y sont pris, nous en savons pas vraiment. Nous avons du y mettre les coups de tampons nécessaires et le faire passer au Ministère de la Construction.

RP: Ensuite le travail de conception a commencé, mais sans l'argumentation scientifique des dérogations aux normes en vigueur…

AV: Oui, en principe, oui. Ces argumentations scientifiques ne sont pas toujours…aujourd'hui, on doit faire déjà l'argumentation de leur utilisation. Mais d'après ce que je sais sur d'autres projets, en principe on peut le faire autrement: tu viens simplement pour un centre commercial par exemple, tu as des signets anti-incendie disons par 10.000m². Selon nos normes, le maximum peut être de 10, je ne me souviens pas exactement. Que pouvez-vous proposer pour ne pas respecter cette norme ? Quelle mesure compensatoire proposez-vous ? Vous êtes donc dans ce Département de protection anti-incendie et tu lui racontes: voilà, je propose ceci, cela. D'accord, oui, cela convient. Cela compense. C'est très bien alors.

Ce document représente quelque part la même chose, sauf que c'est écrit ici pour tout le projet, un programme entier: quelles sont les dérogations qu'il y a. Il faut ensuite élaborer les mesures de compensation.

RP: On peut donc parler de deux mécanismes: statut expérimental et compensation ?

AV: Non, ce ne sont pas deux mécanismes. Quelque soit la situation, il faut faire en sorte que les gens soient hors danger. Quelque soit la situation, nos normes sont des normatives d'Etat. Si tu déroges à certaines d'entre elles, tu dois compenser avec autre chose.

RP: En quoi consiste alors le statut d'expérimental ?

AV: S'il n'y avait pas eu ce statut expérimental, cela aurait été dix plus facile d'avoir les autorisations. Plus facile, bien sur. Car il nous a énormément retenus. Autrement, cela aurait été bien plus simple. Nous avons une norme, nous faisons selon la norme ukrainienne en vigueur, allons à l'Expertiza, on l'aurait passé, voilà, construisez.

RP: En même temps, ce projet comporte de nombreux écarts avec les normes en vigueur et il a été choisi pour être réalisé en Ukraine. Ce statut n'y était pas au départ, comment auraient vous fait ? En quoi a-t-il servi ?

AV: Il n'y était pas au début parce que personne ne savait ce qu'il y aura dans ce projet, c'est tout. Personne n'avait analysé. Nous ne l'avons pas eu jusqu'au moment de la signature du contrat et avons compris que nos normes vont rentrer en contradiction.

Nazar: ils ont signé le contrat, mais en gros, le Client n'a vu que les façades…

AV: oui, que savions-nous si cela contredira ou non…?! Nous voulions voilà un tel hôpital. Vous nous l'avez proposé. Mais votre mission est de nous livrer une Expertiza positive. Aa ah, positive…mais vous savez, d'après vos normes on ne peut pas construire comme ça. Oui, mais bon, vous nous l'avez proposé, donc construisez! Non, ce n'est pas comme ça ? Nous sommes le Client après tout…

RP: En même temps, vous savez que ce n'est pas possible de construire selon vos réglementations…

AV: C'est pour cela que nous avons procédé autrement. Nous avons décidé de donner à ce projet un statut expérimental. Pas beaucoup ne le font pour leur projet. Personne n'en a besoin, car tu jettes tout simplement de l'argent. Sans vraiment jeter, tu supra paies pour ta conception, disons ainsi. Si tu veux ce qui est sur tes plans, tu dois payer pour cela et c'est tout. Dans notre cas, il y a eu une situation similaire: vous devez construire ceci, mais nous ne pouvons pas dessiner cela. Quelles sont les possibilités ? Ceci devient un projet expérimental avec l'argumentation de toutes les dérogations effectuées. Voilà, c'est tout. Nous avons choisi cette option.

RP: Il y aurait eu une option plus rapide ou plus facile à celle-ci ?

AV: Non, je ne pense pas, je ne connais pas. C'est la première fois d'ailleurs que j'ai, qu'on a affaire au statut d'expérimental, mais je ne pense pas.

Nazar: une autre option aurait été que BDP propose quelque chose à eux, de complètement nouveau et que Budova Centre dise: comme ça ce n'est pas possible, mais on peut faire ainsi. Et de cette manière, quelque part il aurait fait des compromis, quelque part auraient fait autrement, mais en principe cela serait rentré dans les limites des normes.

AV: pour être honnête, tout ceux-ci sont des formalités. Tout cela s'est passé ainsi parce que nous n'avions pas le choix, nous n'aurions pas pu faire autrement. Nous avions deux possibilités: construire selon les DBN ou ne pas construire selon les DBN.

Nazar: qu'est dit le compte-rendu de la session: à la suite du concours d'architecture international du 26-27/07/2008, bdpgroupe6 a été choisi pour la conception de l'hôpital et Budova Centre-1 du côté ukrainien. La construction du centre se fera sur le territoire de l'hôpital Feofania etc. La conception de l'objet s'effectue avec le concours d'un partenaire étranger et l'introduction de technologies médicales avancées de diagnostic, comprenant un Centre de radiologie etc, etc, des schémas architecturaux et d'ingénierie. Du fait qu'un architecte international est associé au projet et qu'il introduira de nouveaux éléments, le projet rentre dans le statut d'expérimental. Ceci est mentionné dans le compte-rendu de la session de la réunion du Ministère de la construction.

RP: Vous m'expliquiez que sans le statut d'expérimental cela aurait été plus facile. En même temps, vous auriez eu un projet ukrainien ?

AV: Pas forcément ukrainien. Tout simplement, s'il y avait eu moins des dérogations aux normes dans ce projet, cela aurait été beaucoup plus facile. C'est d'autant plus difficile car il s'agit d'un hôpital. Nous avons eu beaucoup de problèmes car toutes les normes sanitaires et épidémiologiques sont très différentes chez nous par rapport à chez vous. Enfin, chez eux, oui.

RP: Nazar dit que les architectes ukrainiens auraient pu discuter avec les architectes étrangers de la question des normes afin de trouver des compromis et un milieu entre les deux…Pensez-vous que dans ce cas il y aurait-il eu un projet avec des idées de l'étranger ?

AV: C'est difficile de dire. C'est difficile de répondre à cette question, car je crois que de toute manière ils ont discuté de tout cela, ils n'auraient pas pu faire autrement. Ils n'auraient pas fait tout ce travail. Probablement que si l'attitude des architectes ukrainiens envers BDP…je veux dire l'attitude de Budova envers ce projet…aurait-elle été autre, avec une volonté plus forte de s'investir et faire quelque chose et ne pas simplement traduire en ukrainien (et pas tout le temps en plus), cela aurait été peut-être autrement. Mais si la personne ne fait que traduire en ukrainien et il pense avoir fait son travail – ce n'est pas correcte.

RP: Quel pensez-vous aurait du être le rôle de l'architecte ukrainien ?

AV: Son rôle aurait du être d'adapter. Comme dit Nazar – trouver un compromis. Ne faire pas comme si tout pouvait rentrer dans ce projet étant donné qu'il a un statut expérimental. Du genre, je vais redessiner le tout, y mettre mon coup de tampon, je vais traduire en partie les textes, parce que je vous dis, même pas tous les textes ont été traduits en Ukrainien…et c'est tout. Ce n'est pas correct de procéder ainsi. Il aurait du analyser, comprendre quelles sont els dérogations et faire en sorte que dans ce programme il y ait le moins de pages possible. Il n'a pas du tout fait cela. Il a pris tout ce qu'il y a et l'a donné tel quel.

RP: Pensez-vous que ce programme contient toutes les dérogations ou seulement celles qui ont été remarquées au début ?

AV: Probablement.

RP: Si vous regardez ce statut expérimental: a-t-il été fait pour le Client ou pour les architectes étrangers ?

AV: C'est que l'on n'avait pas d'autres options. Il n'est pour personne en particulier. Il est mauvais autant pour le Client que pour l'architecte. C'est encore un mécanisme bureaucratique

et un qui est très complexe. S'il n'existait pas, cela aurait été beaucoup plus simple, vraiment beaucoup.

RP: Oui, mais s'il n'existait pas, cela n'aurait pas été tellement le projet de bdpgroupe6, car comment introduire ces normes en Ukraine ?

AV: Les normes existantes doivent être changées. C'est là la question. En effet, c'est le seul mécanisme normal qui existe pour contourner ce problème. Mais ayant de l'expérience avec les architectes étrangers, il est toujours possible…

Nazar: Rodica, vous savez quelles sont les remarques en général concernant les dérogations? Je vous explique une chose toute simple: selon les normes ukrainiennes, le radiateur doit être placé sur le mur, comme vous pouvez le voir dans cette pièce. Tout le monde que ce radiateur doit être lisse, pour qu'il n'accumule pas la poussière, car cela serait anti-sanitaire. Ceci est la norme ukrainienne. La norme anglaise dit que le radiateur doit être au plafond, car il n'accumulera pas de poussière, celle-ci tombant en bas. Il sera ainsi plus efficace en termes de distribution de chaleur. Qu'est-ce qu'il fallait trouver? Il fallait trouver une solution de compromis. L'Expertiza ne peut accepter un radiateur sur le plafond, car cela ne correspond pas aux normes ukrainiennes. Il fallait inventer quelque chose ou écrire, décrire, expliquer pourquoi c'est mieux ainsi, soit faire une argumentation scientifique basée sur une expérimentation, je ne sais pas…Par exemple, j'ai vu en Europe des radiateurs sur le parquet, ils sont complètement par terre, le grillage peut se soulever, il y a un générateur, il se nettoie et il n'y a aucun problème. Peut-être que cette solution aurait du être adoptée? Peut-être qu'on aurait pu prendre la solution d'un appareil de climatisation, je ne sais pas…Mais il fallait chercher une solution.

RP: D'accord avec vous, mais dans ce cas: nous ne parlons plus vraiment d'un transfert d'idées de l'étranger en Ukraine, mais d'un compromis entre ce qui existe à l'étranger et ce qu'il y a sur place ? Pourquoi choisir alors une compagnie étrangère ?

AV: Je suis d'accord, mais il y a ici également le moment où BDP a pris Budova dans l'équipe. Comment cela s'appelle? Cela s'appelle de l'adaptation. Cela ne veut pas dire qu'il faut faire donc tout dans cette boîte, mais tout selon les normes ukrainiennes, les anciennes. Nazar dit juste. Il fallait trouver une solution. Il fallait trouver un compromis. Mais cette personne là ne s'est pas débattu à trouver une solution. Il a dit tout simplement que cela ne passera pas chez nous, seulement comme ça et puis c'est tout. Il n'a même pas essayé de réfléchir à d'autres possibilités.

RP: Le rôle donc de l'architecte local en Ukraine est très important.

AV: Oui, tout à fait. Son rôle a été très importante, car bdpgroupe6 ne connait pas et ne comprend pas les normes ukrainiennes. Or, le partenaire ukrainien aurait du leur dire et l'expliquer, faire des conclusions etc. Je ne sais pas, peut-être qu'ils ont en effet fait quelque chose dans ce sens, mais le résultat est là et vous le voyez…

RP: Si bdpgroupe6 avait laissé tout comme ils auraient dessiné et seulement préparé une argumentation scientifique conséquente est-ce que cela aurait pu marcher ?

AV: Ils ne l'auraient pas fait. Ce n'est pas possible.

Nazar: moi, en principe, pour être honnête, jusqu'au bout j'ai pensé que Kvitana écrivait quelque chose à ce sujet, car elle a le statut de docteur. Tout le monde savait qu'il y aurait un

problème la dessus et qu'il fallait écrire une argumentation. Vous comprenez que les papiers auraient tout soutenus (supporté, résisté à tout). Qu'est-ce qu'il fallait mettre par écrit ? Que nous savions que la norme ukrainienne stipule qu'il faut mettre sur le plancher par exemple. Mais nous avons dessiné pour qu'il soit sur le plafond. Ce qui est une expérimentation et sera analyse et estimé dans la base d'un travail scientifique lorsque le bâtiment sera donné en exploitation. Nous donnerons nos commentaires par la suite donc. Cela aurait beaucoup aidé.

RP: Mais vous Andrei ne semblez pas d'accord ?

AV: Pas vraiment, car cela aurait beaucoup ralenti le projet. Regardez, nous n'avons même pas ces technologies en Ukaine, par exemple, ces mêmes radiateurs qui se mettent au plafond. Cela devrait être certifié, on devrait chercher des partenaires en Europe qui placeront ces radiateurs et s'occuperont ensuite de leur mise en service etc. Il aurait fallu voir d'abord si cela existe en Ukraine, peut-être que oui, peut-être que non. Cela aurait été très long et très cher.

Sincèrement parlant, avec le statut expérimental, je ne peux dire que tout est idéal. Le programme expérimental a été écrit par une organisation spécialisée. Ce fut un sous-traitant qui l'a préparée. Ce fut un Institut académique. Le travail a été fait en commun avec les services sanitaires et anti-incendie de l'Ukraine. Càd que cet Institut a réuni plusieurs acteurs, dont l'Institut Morzeev et les pompiers pour réaliser ce programme. Ayant analysé le projet, plus précisément ce qu'il contiendrait, ont fait émis des prévisions, ont travaillé et ont présenté ce programme.

Nazar: pour dire vrai, ce programme a été mal fait dès le départ. Car Budova Centre-1 ne voulait pas lui-même la signer au départ.

RP: Il me semble qu'il voulait le faire lui-même ?

Nazar: nous étions déjà à un moment où il fallait le faire.

RP: Si j'ai bien compris donc, ce programme a été le premier pas dans l'obtention du statut expérimental tel qu'accordé par la Ministère de la Construction. Ensuite, un travail scientifique d'argumentation des dérogations devait être préparé…

AV: Oui, on doit le faire en ce moment. En tout cas, nous le faisons qu'à partir de maintenant.

RP: Est-ce qu'il devait être prêt avant l'Expertiza ?

AV: A cette étape là, on ne devait pas le faire en principe. Cela devra être fait par la suite. Mais nous devons néanmoins présenter maintenant les accords avec les différentes organisations qui vont faire ce travail.

Nazar: et également un programme d'accompagnement scientifique et technique du projet. C'est un autre document que le programme préparé pour obtenir le statut expérimental. Il est demandé par l'Expertiza et non pas le Ministère de Construction, mais il doit néanmoins être approuvé par ce dernier car c'est lui qui a posé les conditions initiales – les travaux scientifiques qui doivent être réalisés.

RP: Ceci se fera donc à l'étape de la construction ?

AV: En ce moment, nous devons présenter le programme général du travail scientifique qui sera entrepris. Il contiendra 3 autres programmes: sur la partie sanitaire et épidémiologique, sur la partie éléments de construction du bâtiment et sur la partie incendie. Ces trois

programmes seront compris dans un seul programme. A l'étape des dessins d'exécution, ce programme sera justement réalisé. On écrira les différences etc.

Nazar: on aurait pu tout de même préparer ce programme à l'étape du projet, à laquelle on est actuellement. Si on avait fait ainsi, on aurait eu aujourd'hui moins de questions à l'Expertiza.

AV: Tout simplement, lors des plans d'exécution, à l'étape PR (rus. rabochyi proekt), à la suite du passage à l'Expertiza, la partie anti-incendie, la partie sanitaire devra être à nouveau approuvée afin de pouvoir commencer la construction. S'il y a également des dérogations concernant la partie construction du bâtiment, nous devront également les expliquer et les défendre. Autrement dit, ce programme est le document spécifique qui nous permet d'argumenter ces dérogations. C'est ce que je comprends en tout cas. Peut-être que ce processus se modifiera encore, je ne sais pas. Car personne n'a fait cela auparavant en Ukraine.

Même ces organisations qui feront pour nous la supervision scientifique et technique du projet, elles doivent en plus contrôler la mise en œuvre des normes lors de la construction du bâtiment, malgré que notre contrat avec elles soient fait au moment de la phase projet. Je crois qu'elles doivent le faire également après cinq ans de mise en exploitation du bâtiment. Si on compte à partir d'aujourd'hui et si tout ce passe bien, cela prendra encore 7 ans…

RP: Est-ce que le Client devra suivre tout ceci ?

AV: C'est assez compliqué chez nous. A l'étape actuelle, selon les responsabilités que nous avons pris devant l'Administration d'Etat à la Présidence (DUS) et Féofania, c'est à nous de faire cela à l'étape du projet. A la suite de cela, lorsque nous, la Fondation, auront collecté toute la documentation nécessaire, selon le contrat, et la transmettrons au DUS, à ce moment là, les contrats futurs concernant la supervision scientifique de la mise en exploitation et de la construction – vont leur incomber, en tant que Client. Mais étant donné que le Client pour la phase Projet est la Fondation, actuellement c'est de notre responsabilité. Et nous payons pour cela.

RP: J'ai compris pourtant que le travail scientifique n'a pas été fait lors de cette phase Projet ?

AV: Il y en deux: un travail à cette étape et un autre à l'étape suivante. C'est écrit ainsi: à l'étape Conception (Projet) il y a la documentation Projet et des plans d'exécution. Tout cela est compris dans la phase de conception. C'est tout dans la même phase de conception, sauf que chez nous, elle comprend trois étapes: l'esquisse, le projet et l'exécution. Tout est compris dans la phase de conception[1]. C'est la Fondation qui est le Client durant cette période.

C'est pour cela que nous sommes en train de préparer ce programme, mais il se sera réalisé pendant le processus de conception, à l'étape des dessins d'exécution.

En effet, les dessins d'exécution font partie de la phase de conception et non pas de construction. Ils vont servir à réaliser la construction du bâtiment. A cette étape, il peut y avoir encore de la conception, dans le sens où si on s'aperçoit que d'autres choses sont nécessaires pour la construction, on les rajoutera sur les plans. Donc c'est encore de la conception. C'est ce que prévoit notre législation en Ukraine: la phase de conception est en

[1] Terme exact en russe : proektirovanyie.

trois étapes. En même temps, cela dépend de la complexité du projet. S'il est très simple, il ne fait qu'en deux étapes: l'esquisse et l'exécution[1].

RP: Au final pensez-vous qu'il y aura un transfert d'idées de l'étranger en Ukraine ?

AV: Je pense que oui.

RP: Est-ce que c'est important que ce soit précisément en provenance de pays européens ?

AV: Oui, c'est très important. Je pense, comme l'a dit hier en conférence de presse notre chef Andryi Myroshnichenko, que c'est un projet pilote en Ukraine, du point de vue de la mise en œuvre des normes de conception et de construction dans la législation ukrainienne. Je pense que ce sera la première hirondelle qui apportera le printemps.

RP: Est-ce que la référence à l'Europe est importante ?

AV: Pas forcément. C'est tout simplement un projet qui est intéressant tant aux architectes ukrainiens, qu'aux architectes étrangers. D'autant plus qu'il n'y pas énormément de projets réalisés par des architectes étrangers en Ukraine. D'habitude, ce sont des centres commerciaux et des hôpitaux, c'est tout. L'hôpital est une première.

RP: A la suite de votre participation dans ce projet, pourriez-vous me dire avec vos mots à vous, qu'est-ce que cela représente la conception d'un hôpital ?

AV:Ce que c'est la conception hospitalière ? Avec mes mots à moi je ne pourrai vous dire (sourires).

RP: Qu'es-ce que cela a représenté pour vous, de participer à ce projet, de voir son déroulement ?

Nazar: des étagères débordantes de documentation.

AV: Tout d'abord, ce fut pour nous, pour moi et Nazar je pense, un projet de référence (un projet image), car nous avons commencé à travailler pour la Fondation qui est dirigée par l'épouse du président. Cela fut en principe très longtemps après la révolution orange en Ukraine. Deuxièmement, cela m'a apporté de nombreux, nombreux contacts. J'ai élargi ma vision au-delà de l'Ukraine. Nous sommes sortis du cadre ukrainien, nous avons compris comment travaillent et comment on doit travailler selon les standards de travail européens. Cela a été parfaitement visible lors de nos réunions ici. Maintenant, c'est déjà…comment le dire correctement en russe ? On départ il y avait un énorme enthousiasme. Ensuite, à un moment donné, nous avons essayé de changer certaines choses, car bien trop de documents étaient nécessaires. Et maintenant c'est juste un principe – que nous devons arriver à remplir notre part du contrat. Et cela malgré le fait que la situation politique a changé, qu'il est devenu un peu plus difficile de travailler. Notre objectif est de mener ce projet au bout. Pour nous, en tant que société qui s'est engagé à recevoir toutes les autorisations nécessaires – c'est notre objectif en ce moment. Je pense aussi que d'ici un mois ou deux, ces objectifs vont à nouveau changer. Je pense qu'on voudra comprendre un peu plus comment est-ce que l'hôpital va se développer. Actuellement, nous ne comprenons pas tout à fait comment cet hôpital va se développer: serait-il construit, il ne le sera pas ? Je pense qu'il le sera tout de même, car c'est

[1] Terme exact en russe : étape P de « proektirovanyie » et R de « rabochyia documentatsya ».

tout de même un hôpital. Je vais encore me répéter: c'est tout simplement un hôpital et quelque soit les politiciens actuellement au pouvoir, ce sera dans l'intérêt de tous de le construire. Ce sera dans l'avantage de tous. Voilà tout. Je pense qu'uniquement parce que c'est un hôpital qu'il le sera construit.

RP: Sentez-vous que le pouvoir a changé dans l'obtention des autorisations ?

AV: Oui, bien sur qu'on le sent. Bien sur…

RP: Vous disiez que l'administration vous soutenait auparavant ?

AV: Maintenant aussi on dirait qu'elle nous soutient. Mais vous voyez, la situation a quand même changé et il y a de plus le problème que c'est projet est très cher pour l'Ukraine. C'est un projet très cher. Quand ils entendent tous le prix de la construction…

RP: Quel est ce prix ?

AV: 1 milliard 800 000 grivna = 120 millions de dollars, sans équipement il me semble.

RP: Ne s'étonnent-ils pas de la somme payée aux architectes étrangers ?

AV: Si, ils en parlent aussi. C'est la Direction qui essaie d'expliquer cela.

Nazar: c'est ce que je vous disais. Le Client pensait, en prenant bdpgroupe6, qu'il prendra un projet tout fait dans l'espace de quelques mois et le transférera tout simplement sur le territoire ukrainien. Et que c'est tout, tout sera prêt. Mais la réalité n'est pas celle-ci. Même pas du tout celle là.

RP: Je vous en remercie pour toutes ces informations.

AV: Avec plaisir.

Entretien avec Conor ELLIS

Date et lieu : 21/07/2010, Montpellier, France
Fonction de l'interviewé : Directeur de la santé
Institution : EC Harris
Durée : 1h45'
Langue parlée : anglais
Langue de retranscription : anglais

RP: Dear Conor, I have briefly explained to you the subject of my thesis. As you and your company took part at the project Children Hospital of the Future and I take analyse this case for my PhD, I would like to know the involvement of your team, your company in this project. So I have a list of general questions that I address to participants. But first of all, what is your position within EC Harris?

CE: Ok, at university I specialised in Social administration, my dissertation for my honest degree was on studies on health. From there I moved into hospital management, I did ten years of managing hospitals in UK, in Manchester, Salzburg and Preston and Crew. And then worked in consultancy, advising both UK hospitals and hospitals abroad on capacity managements in organising the layout of designs in hospitals and indeed in working with architect and clinical teams to achieve a sort of efficient hospital design.

RP: In order to present you correctly, your position in EC Harris is…?

CE: I'm sorry, I am Head of Health Department.

RP: Could you please tell me what was the role of ECH during the Kiev project?

CE: ECH had two roles. The first was a number of my colleagues including Toby Banfield worked with Groupe-6 and BDP looking at the efficient layouts of hospital structure, in working with the Kiev project team in analysing the layouts and insuring flexibility and international standards. A second part of our team, lead by Paul Mills, were doing of a sort of French economist role, the cost management role, in benchmarking the cost of the hospital, because of these standards that Groupe-6 and BDP were working to, which were significantly different to these that the Ukrainian produced previously. And actually then working with Rostyslav's team in looking to ensure that they meets an level of comprising prices materials, etc.

RP: Why did ECH accept this mission, was it for financial mission, because it was an international project with popularity also, because it will bring a new reference to the catalogue?

CE: I think a mixture of all those. A simple fact is that we like difficult projects, we like hospital that test asses staff that are little bit different to some of the things we are used to working with and we like taking part into international design competitions because it gives you the opportunity to work with new standards, or sometimes new bureaucratise but also working with a different calibre of staff that you work with in national areas and is that

collaboration is a transferability of knowledge…I like to thing that Groupe-6, some of your architects benefited from working with Toby and our time and likewise we benefited from working with your teams too.

RP: Is this project different of some others that you had worked on, national or international you might make?

CE: I think this project is fascinating for a number of reasons. Firstly, what Foundation 3000 attempted is to bring sort of international best standards in health care design to Eastern Europe. And to best of my knowledge, I have not seen that done before. Typically, when we work in Eastern Europe, we try to bring in some ideas, but often the bureaucracy stops you from actually achieving that. And a great example is when we worked in places like Slovakia, they have a standard sets for imaging, radiology that basically goes back to…worked probably thirty years ago, in a manual and you…And regardless of the discussions we had with Ministries of Health they always set back and said "well, actually, this is not compatible with the standards we use". What they tried to achieve in Kiev, was to reference the standards in room design, in equipment that we have internationally, and as well as we can show how they worked and what they achieved, it was far…they were amenable to that change. That is what made that scheme unique. I think we all felt as we were moving forward, that there were times when particularly, at sort of Council level, getting sign of from them to the changes has been pretty difficult. And we saw that recently with the layouts of certain departments, the layout of theatres, and the layouts of disinfection that's...In France, in the UK, in America, in Sweden we use to work with modern standards that we just use everyday. They there working with standards that they signed off very long time ago. And it makes it very hard to demonstrate how our standards work. So it's life…

RP: So it was a complex process, a complex project?

CE: It is a very complex project. The very fact that are latest work going back to refer three departments and is taking today at least three more months to get sign of those departments. Says how bureaucratic can be working in some of these countries.

RP: It is very bureaucratic, as in other Eastern Europe countries, but as you said, you have the possibility of introduce your ideas, by demonstrating and convincing to implement your ideas…

CE: Absolutely, I got the feeling that the Ukraine was almost at the edge of where Western Europe meets Eastern Europe. There is obviously a very pro-reform agenda. They wanted to achieve better standards in health care, which is why they had an international competition, they kept the spirit of that, but there are obviously still people in the City Councils who are looking to an old style communist agenda where they map out against a manual of hedge and you have to tick all the boxes.

RP: Did you felt that the desire of the Ukrainian part of integrating international standards was linked to their willingness to get closer to European Union or not necessarily, just a way to modernise their hospitals inherited from the Soviet Union?

CE: That's a very interesting question, I'm probably not the best to answer, but I think their team and Vira particularly, understood western medicine. They were fairly informed; they

wanted to achieve better standards. I think they wanted to achieve European standards, whether that's part of the culture of integrating into the European Community or not, I don't really know. What I would say though is that they shared a real willingness to look at ideas differently and that was pretty stimulating for all of us. And I can remember working in a sort of around a table in Kiev where they gave you the opportunity to take an idea, to tell them how it would work and then discuss how compliance it was, how it worked, but they always willing to listed. I though they were of a pretty good king, much more so than some of the jobs I've done in Eastern Europe, it was much harder.

RP: Can we mention here which are the other countries in Eastern Europe are?

CE: Romania, Poland, Czech Republic, Slovakia…

RP: As examples of difficulties to implement your ideas?

CE: Absolutely. They want a little bit of the sort of European understanding, but they will always revert back, eventually to the Ministry of Health sentence, which go back to the communist regime. And then it becomes very difficult to make change.

RP: Conor, when ECH accepted to do this project in Ukraine, what did you know about soviet hospital design and these Communists, as you say, health care standards.

CE: Ok, I think there were two or three things that we knew. The first was that they are functional. The second is that they're generally in 1970's buildings and outdated, they're very sparse on patient's environments and they generally have far too many patients for the area they are working in. I think that was a functional cost. So they worked but not to the sort of European standards that we would expect. And we see that all over the Soviet Union.

RP: And in terms of hospital design, when you visit these countries did you see something particular, is it expressed into the building design?

CE: I think that is all in the hospitals in the soviet era, of what I seen, is very sort of utilitarian. It is very much like any civic building. It does not tell you that it is a hospital. There are the same tiles, the same bathrooms, everything is replicated. Most of the wards are for example large, open wards with multiple areas. There was a shortage of single rooms, shortage of areas to put equipment away, it's all very minimal. And it's not particularly patiently reassuring.

RP: And this is very different of what you have in your own country in hospital design? It changed over the years and today is really different?

CE: I think the UK hospitals now are significantly better than say, even 20 years ago. English hospital design it got out of date in a very big way. It's now catching up again and we're looking at design from Scandinavia, design from France, design from North-America and that's being cooperated in a lot of English hospitals. But I think that the Ukrainian hospitals were literally were all designed many, many years ago. And it results, I think, they're really difficult to work within it.

RP: You see a real delay in terms of hospital design advancing?

CE: Absolutely. I think the vertical ways of clinical process changed. So for example, where in Western medicine we've linked a sort of ambulatory care, so we've linked endoscopy, we've linked short stay surgery, we've linked diagnostics and theatres together in hubs, making it easy for patients to move from the entrance into a chair, into a bed, into a diagnostic area, into a theatre and out, and back out, that design just do not happen in the Soviet areas. And you can end up walking miles. Because they just, that's how those facilities were thought of.

RP: This change of course, as I understand, the way the patient is welcomed in the hospital as a medical institution. The way he is treated as he stays in the hospital…

CE: Yes, absolutely, I think so. If you look into the research, at the work of someone as professor Ulrich, he noted that where patients are calm when they enter hospital, the lengths of stay are shorter. He also noted, and a number of studies have also replicated this, that where patients have a calm bed environment, they heal quicker and they feel happier. If you look at the design of soviet hospitals, none of that thing is applied. So you have very stuck edifices, walking to a very big ward, very noisy, very busy, you have very little space, you have the risk of contamination and then everything about your journey is about large movements. You have to go to diagnostics one way; you then come back to a bed you go to another area. It's not great.

RP: You can come sick all over this way?

CE: Absolutely, it's more like in shopping centres.

RP: You summarized very well the image I had myself about soviet hospitals. Conor, if we go back to the hospital project, I would like to know about the team it was dedicated by your company to this project. You mentioned two persons, were there some more and what was the interactions of this team with other design team members?

CE: I think the health planning scene worked with Groupe-6, BDP and Foundation 3000, actually interaction was very good. I think there was a number of fairly good exchanges of ideas, you know in some very fairly robust between Antoine and Toby between the difference between the French theatres, English theatres design, North-American theatre design for example and working with the Foundation to try and show how we can take these ideas on. That went I think very well. I think the times were very difficult for the economists, because the materials they knew your architects will be using and the cost of those materials sought from England, France, and Germany are significantly more expensive than what Rostyslav and his team are used to work with. But that makes the difference to the qualities of building we see here than the buildings they use to having, so the cost generally become minimal. And indeed that made life, that times pretty difficult, I think.

RP: How did you solve this question on materials? I remember a meeting when Rostyslav wanted the best materials but on Ukrainian prices? Is it a usual demand of a Client?

CE: I think, but again it goes back to the difference between this project and projects we normally do. Mostly when we're doing i.e. commercial buildings, or hospital buildings, the Client says an expectation very early about what they budget is and what they want deliver. If

you then compare it with what Antoine and his team used to working and with the use of copper and good quality fabrics and the glazing of the atrium, what he wanted was very different from our views on the expectations that Rostyslav and his team had in terms of fabric, materials. A lot of the areas of glazing and some of those materials would BDP engineering, where light to be sought from Germany, so the cost we know and I think this were the times when the difference of opinion had to work this with cost.

RP: This is an interesting point: you had to combine the expectations of the Client and the expectation of the designer, architect, who wanted his material from the visual point of view…

CE: The Vision and the Design quality, which is a European standard, not a Eastern European standard.

RP: In terms of standards, the Client wanted standards he knew about being absent in Ukraine…

CE: Absolutely, that becomes more difficult. The other issue, that I think is very legitimate is things like buildings raise themselves and costs of local materials fluctuates greatly in some of these European countries. Certainly, one of the advantages of working with Rostyslav that he was able to come back and say "actually you know, we can get this far cheaper, we can bring in this material from suppliers in the centre of Kiev" and the price will be a lot less than the ECH team would expected. And that is the advantage of using local labour. But that comes back to having an international design as opposed to having an Eastern European design, I think.

RP: So materials must follow, but the price of it should be put on local market?

CE: That's correct. When you can source from Eastern European, otherwise, you know, like the Atrium glazing, it will be from Germany.

RP: Some materials are not just on the local markets while they are necessary for the Western standards design.

CE: Absolutely, they will be then imported. Or you end up by changing the design.

RP: Ok, did this arrive during this project? Did you have to change sometimes the design of Antoine (laughs)?

CE: Yeah, we did. We've reached a point as you reach with every scheme where there is an affordability gap. And between Rostyslav team and Phil Timmis and Paul Mills, we came to a view that we were outside of the budget that have been set by the Client. What we then did is to have two day sessions of valuing engineering, the design down, so that we could get an affordability scheme. And that meant we looked at the structure, the materials, the levels, the plant's face, everything. And that's painful for design teams: architects don't like it, engineers don't like it. But that's the job of an economist. They're there to protect the Client, to make sure the Client gets the majority of what he wants and what he can afford.

RP: I'll put a straight question: do you think this is the added value of your mission as an international company? Of advising those materials for European designs that a local economist in Ukraine would not be capable of?

CE: I think, if you're building a hospital to Eastern European standards in Ukraine, I think it's far better than just to use a local economist. We're looking for a scheme in Albania, where we do not have an office so we are actually not doing the economist role. We will just do the health planning role. Because the local guys in Tirana will know the price of materials far better we would. Whereas in the case of the Kiev scheme, they were looking to use Western materials to get an international design. So we were able to use our databases of materials far better than a local economist ever could. If honestly, many of them have never even seen how some of these materials look like, or how they work or some of the issues in build ability.

RP: Economists in hospital design are specialised people, not just any economist?

CE: Absolutely. We got economists in our office who work out nothing else than hospitals and clinics. And that way you build up big databases of everything from superstructure right down to the cost of partitions, of different part of glazing, of roofs, of everything.

RP: All right, this is for economist part. I would like to underline now the medical program part. Was it a significant part of your mission and could please summarize the characteristics of this mission? Was it a usual mission or something unique again?

CE: I think to a large extent it was unique, for the reasons mentioned early, it was an international standard and that does not tend to happen in European Europe. Our documentation was very similar to that we had previously in terms of other schemes we've done in Europe, with understanding what the crime brief is, we've interpreted it to the point where Toby had written a sort of almost mini-design guide for Antoine's team: some of the areas, what they would like to achieve and the sort of schedule accommodation. And indeed double-diagrams of room's relationships and issues in terms of what we would normally plan in terms of the function groups. We build a diagram of how that area should work and that way as the building layouts firstly to 1:500 and then down to 1:200 and then to 1:50, we get consistency in the approach, which is important.

RP: So you gave the scheme, the outline of the layout of the functionality. Antoine had to make the design arrangements according to this scheme?

CE: Absolutely. And that I think it was similar to the way we work pretty much all over the world. We did exactly the same thing in Australia, Canada, anywhere across Europe.

RP: As I understood, this mission was proposed to you since the beginning of the project but during the project? Or since you entered the project of Kiev the Client told you you'll have the mission of medical program and economist? Was that obvious since the beginning?

CE: Absolutely. It was I think. There were times were the medical program was a little light in detail. But that's typical of most hospital schemes. We get the same issue in England, where a Client will ask for an area and will really tell what they are doing in there, how it's going to work, sometimes they might not know themselves, sometimes it is a new department which

they bring in the hospital and often we'll use our judgement and skill from other hospitals we've done with those departments to actually ensure that we have a full brief for the architects to work with. And that requires conversations with the Client. It is more difficult with this hospital because there are not doctors and nursing staff and therapy staff that we are used to working with. They are absent. They are not working in the children's hospital now. That makes life a little bit more difficult. Vira Pavliuc, I think, was extremely helpful, she is very knowledgeable, she understands children hospitals, the team have made the efforts to go out and see a large number of hospitals so they gave as much information as they could give.

RP: My question was related to the stages of the process. In France and in Ukraine, they explained to me that the stage of medical program is before the design stage. You say it is not something unusual from your experience?

CE: It is nothing extraordinary. To be honest, with exceptions with some of the rules around some departments, I think we found it relatively straight forward. I think I think many of debate tends to be between the English teams and the French teams in terms of the layout of the how typically Groupe-6 layouts certain areas and how possibly ECH and BDP would layout those departments possibly in a slightly different way. But I do not think is any Client we've worked with worldwide who is at the beginning of a project has been absolutely certain about everything they want. Hospitals are just too big.

RP: In any projects, we can say that designers look together with programmists at the medical program during the process and try to change things that arrange them more.

CE: Exactly. The difficulty is if the changes are too big and too late. And on this scheme we had one or two occasions where Antoine had already draw the departments and then either the Council or the Foundation 3000 will then say "we want these changes to be mad". And that's never really efficient. I think it's life. I think we all got views on how a department can be laid down. But unless you talking about a very small clinic, I think it's very hard to get a building of over 35000m² drawn perfectly first time. I have not seen that and I have been working in hospitals for 20 years.

RP: I will say thus that designers and programmists work together during all over the process, it is not just something fixed and rigid, it is a permanent exchange of ideas.

CE: I think that is very good presentation. I think that I would say is that to all settled the activity numbers are bed numbers, theatre numbers, diagnostics and accuracy of what the Client wants at the beginning, this easies the architect. And you lose time and you lose money if you reach the stage where you making constant change. We worked on a scheme where a Client in the UK required building 91.000m and then finding that he had money only for 65.000. You completely have to abort all the work and the hospital is fundamentally different and you just loose several months. No one wins.

RP: I will ask you very straight again, what was the EC Harris added value to the medical program part of the project comparing to local programists that could have done it?

CE: I think we've got a number of advantages, as medical planners, at any stage we probably working in 14 or 15 countries, so we work literally from North America to Australia. So we

are working with the Cleveland Clinic in the Middle East, we finish work on Melbourne Children Hospital in Australia, we working in Vancouver, in Sweden so we can bring in all these ideas. I'll say very honestly, I do not think whether you look at the English system or the French system, either is brilliant. I think there is no ideal hospital, I never seen an ideal hospital. I've seen ideal departments, I've this department in Boston that was fantastic, I've departments in London that were great, I've seen departments in France that were great, but I've never seen a perfect hospital. Is the answer is to try and play the best. It is the same with American architects. They believe that their hospitals are ahead than every one else's. They are not. You know, they take massive infection control risks in the States. The design of theatres in France I think is behind of that of other countries. I think the design of some of the areas in the UK is many years…outpatient ambulatory in UK is poor, really poor. But people should plan. And that's the added value in working with company like ECH. It is we do get to say all that ideas.

RP: as you mentioned, all these place you worked all over the world, when I was talking to the Client in Ukraine, they told me that for them it was very important that the design team member would have been on place. Was the distance important when you are working in a country or nowadays the process of working is so developed with the conference call, the technologies, that you don't need this physical presence in the country, what is your opinion?

CE: I think understanding culture is far more pertinent to a scheme than being on site all the time. The reason I say that is you need to understand what is acceptable, how medical staff and administration staff work in a hospital, to make it functional. I do not think you can impose a French design or an English design on a country anywhere. And building and hope it will work unless those doctors and nursing staff are agreeable to those moves. In terms of how we worked in Kiev, I think that the work we did there was very similar to how we work pretty much anywhere else. Unless you're in the town and you're there 361 days a year, I think that makes it convenience, but I think that it is the interactions you have in the meetings that's important. As long as you do some of work on site occasionally, which is what we did, some of them can occurred in Paris or in New Finland or Melbourne and it is irrelevant. The design process is the same. You need time to be setting in your desk, writing documents, drawing, engineers, providing room loaded drawings and that's irrelevant as to whether it's Kiev or anywhere else. I think the way we worked was actually ok. We go across for 3 or 4 days, we worked with Foundation, we worked with Rostyslav and his team which is work of sort of long days. And then we would come back and stand out minutes. You know you could be 20km outside the town and you'll still have that issue about not being next door to someone. Once you know a medium…I think it really doesn't matter how far you are.

RP: Do you think that was because the Ukrainian part need some more explanations, need to be more convinced?

CE: I think that's culture. I think Eastern Europe, particularly in terms of hospital design, needs to learn to trust the West. There are telling and unhappy of Clients when they said, you know, almost "why are recommending this"? You know, as though somehow in recommending a certain solution, we have a Western interest. So actually, this is the best way we see to make this work. And then I'll get out a rule book and say "this does not comply with the rules we've got". And that's the problem we had occasionally at Expertiza in Ukraine. And

also, as design teams, we need to understand the culture, to understand what is acceptable. We don't want to impose a Western practice on any country unless they can make it work.

RP: Can we say that in this project the Ukrainian part was rather receptive?

CE: I think they were pretty good. I'll give a really good example. If you look at Libya and hospital program there in the 1980s: the West design hospitals for Libya working to Western standards. And you go round those hospitals today and they are empty. Completely empty. They can't make them work, because that is not the way they work. And that is all about culture. And that's about Americans "here is how we work in East coast, West coasts and this is the best you can have".

RP: What you are telling me that this exchange can not be top-down, unidirectional, it should be an exchange?

CE: An interaction. I think that generally it was very good. I look at what it was has been created. I thin it is excited. I think you can put that hospital in France, you can put that hospital in England and it will look extremely good, it will function well, I think the plateau technique is an interesting one, I think it didn't look like a typical hospital, I think it looked welcoming, it did not look like an Eastern European scheme, it is a very good HYBRID.

RP: Do you think it would be possible to build such a hospital in the UK in terms of design and the economist part?

CE: I think that it is an interesting question. I think the area at the front of the hospital looked more like the Eden projects, the Garden projects in Como, in the South West of England, who was a project which looks very much like the Ukrainian hospital. It's whether the Department of Health in England, the Ministry of Health would accept the way it is planned, I do not know, I would like to think so. But I think also that it would be cultural reticence about well "this does not comply…we have health building notes, technical memorandums that…" Again, at times, sometimes is like Eastern Europe, people will keep to what they know".

RP: So it is hybrid, it is not completely Western, is has some local part?

CE: Absolutely, I think it is probably more French than anything else, I think so.

RP: Because of the design?

CE: I think yes, the design part.

RP: I understood sometimes, I am not a specialist in the same time, that the functionality of a hospital influences the design or not necessarily?

CE: Hospitals should work for the culture they are working in. I have a big believe in that. I think that what we've got with the Kiev scheme is UNIQUE. I think it is a pretty good blend. I said, I think it is exciting. I think it is for France of where hospitals need to go to. This is the idea of an exciting place, the idea of a place that should not be scary to patients, should be welcoming, should be functional, should be space efficient, should be well planned, should minimize travel distances, should be clinically desirable and should make it easier for that organization to recruit staff for the future. Certainly, if I was in Kiev, if I was a doctor in

many part of the Eastern Europe and that hospital is built as it is designed, I would probably like to go work there. And that would be selling point for them. As long as they keep with the design they got and they keep the materials…

RP: Are you sceptical on this?

CE: I am not sceptical, but with the change of Governments, we know in all parts of the world that there are cost pressures. We know that Governments sometimes take different directions. We know that Ministries as buildings get to go on sites can make legislation changes. I hope that does not happen. Because I think this is a great opportunity for Kiev. A really good opportunity, to get something that has anything to do with most I've seen in Europe.

RP: Do you think this a pilot project for Ukraine and maybe other post-soviet countries?

CE: I think it is a pilot project for post-soviet health architecture.

RP: You mentioned Government change, did you know before answering the project that it was politically supported in Ukraine and was this important for accepting the mission?

CE: It is. When we look at projects, as a health team, we are very careful to all projects we get involved in. We often talk to Councils, to Cities, to Ministries of Health and we look at the political situation, because you need a stable environment. A number of years ago there was the Orange revolution. That moved Ukraine away from its previous sort of Russian outlook much more to a European outlook which made it attractive to work in. The Foundation themselves were very clear that they wanted international standards and they seemed politically in line with what the President's team wants to achieve. We've worked on projects in Eastern Europe where politics wane very quickly, Ministry of Health exerts changes and it can become demoralising for all the design team.

RP: Do you think that political support had a role in this unique project and the receptiveness of Ukrainian part and also in putting away the bureaucracy obstacle?

CE: Absolutely, I think there was willingness, whether that was it because the President wife was uniquely interested, I am not sure about. But certainly there was a desire from the Kiev Council and through the Foundation team to work to achieve something very different from what has previously been achieved.

RP: I have some more questions about the team work during the project. Conor, what do you think about the English-French couple?

CE: (Laughing): I think it was lively. I think it was lively, I think we all have our ways of working. Certainly, we do a lot of work with American teams and they have their views on the world and we have interactions with them, the same with British architects. Working with French architects it was actually quite simulating. I think Antoine's team was fussy very dedicated. They had a very similar culture so that Toby and Paul have. I think that we all felt that there…not quite a philanthropic mission, but we all felt that it was a slightly different project that naturally we often work with. We all had a design at how it can work. And yeah, there were arguments, hitting arguments about we deal with things. And I think both parties

need to reflect on: if we were doing it today, do are things that we can both do differently and are there things we can do better? And that's from the administration, minutes and exchange of ideas right through to both parties reflecting and listening to what's the benefits and the disadvantages of some of the things that we think we know.

RP: That is the idea of consortium: an exchange between the French and the English part, it is about putting on paper of the best ideas each part has…

CE: Absolutely. We all like to think we're right. It's simple. And that does not matter if we talk about English and French. We have the same thing in Australia. We have the same thing in Canada. All first level design teams think they are correct. And I think that the trick, I've done it for long time now, I think we all need to reflect, and that myself included, is to say "well actually, you might have a point". Because that way, you do get the real, the energy, the integration and the synergy between different experiences. And it is those different experiences that move healthcare architecture on. None of us really know how hospitals will functions in fifty years. This is why we have to be really careful than the most of the people. Retails buildings or sort of hotel building or apartments, the change there is fairly minor. Hospitals change in five years, in sometimes in a major way. Because of pharmaceuticals, because of technology, because of the thing that may be possible. And therefore you have to design buildings very flexible, we need to design buildings that can move, that function, much more so than other buildings.

RP: What about the Ukrainian-English couple? You have two parts here, there is the Client so what's your opinion about the Client?

CE: I think we worked very well with the Client. I think the interaction, particularly during the medical program, between us and Vira was very good. I think that was a very, very good meeting in minds. I think we've recognized some of the issues that they were facing. They were very clear about what was possible and the same with Rostyslav, as to why some of the areas that we would look to do in UK or American way may not work. Excepting those, likewise, they were very happy thirst trying to ensure we kept an international standard, which was important. I think that worked well.

RP: And the local architect, he was part of the team. What is your opinion on his involvement?

CE: I think we had much less of input into that than say Antoine would. We found the interaction between the entire design team generally quite good. I think one note that I guess both ECH and Antoine's team will have is that we use to work in much greater speed than they are. So thus when Antoine wants a department plans or we want to put send our design brief across we do it in a matter of days. Sometimes, unfortunately, we were left waiting for information for a number of weeks when it's critical and you can not finish the design of. And that's a cultural aspect.

RP: Let me put it other way: what do you think should be the role of a local design team member in an international project?

CE: Clearly to ensure that they can advise on what standards, fire safety, engineering issues and build ability aspects that you may as a Western team have problems into integrating in a

building in Eastern Europe. I think they will also be a very good *Sounding Board*[1], an option which is to discuss how the ideas we as Western teams have will go through the City Council planners and there is where they will say "that is not possible", around a sort of a technical memorandum. And some to us, at times might look like bureaucracy, and sometimes we are just wrong. We had these big discussions on fire, on planning evacuation, about planning catering, about planning infection control and our ideas in working in France, in Britain and elsewhere have been tested, we know they were. For them its…and the Councils, I guess it's a little worry, because they have their manuals and they do not know that they work.

RP: So the local actor needs to know all this delicate points, it can pass; it can not, what is this about and explain all these parts?

CE: And also explain how we write a design brief so that we can get it passed! So if you know is there is an issue how they want to see infection control, we put in a paragraph that explains why we deviated from the Ukrainian position and how in a different design it will still meet the spirits of what the Ukrainian want to see, so it's risk free.

RP: As far I participated in meetings, I did not really see this exchange on paper, sometimes orally, but not on paper, as a demonstrating theoretical part…Do you think the English language for the local actors is an important factor?

CE: Sometimes. But also…I think it goes back to technical standards. Because whereas we had problems, I know that the engineers had probably bigger problems. I presume we are talking to BDP engineering and they face this dilemma with the Atrium, with Coaling etc. It is not so much the language, it's the rules.

RP: Why are you saying the rules, because the local actor is someone who sits on the national rules, national standards, put bluntly?

CE: Absolutely, and you have to remember that in places like Ukraine, they have not build hospitals since the 1970. We were both children, for most of the design team, when the last time and you sort of looking at how the things changes in 40 years and they're still holding a rule book that talks to a science and medical technologies that just moved on. When their rule book was build for diagnostics, there weren't T-machines, they weren't MRI, they weren't spiral CT, there wasn't Imaging and yet they want to impose in Eastern Europe the same rules as though medicine hasn't changed. It has!

RP: It's culture?

CE: It's culture!

RP: I have a question concerning the regulations. When I was in Ukraine and Moldova and talked to architects and engineers and they all talk about these regulations and standards they have since the Soviet Union, some say they are very good, some that it

---

[1] C'est une notion bien implantée outre Atlantique qui consiste à avoir un panel de personnes qualifiées à qui on soumet ses idées, ses projets afin de bénéficier de leur feedback et de leurs conseils. Source http://www.duperrin.com/2007/03/02/un-sounding-board-interne-pour-le-benchmark-de-vos-projets/ (consulté le 27/07/2010).

should be changed. My question is how it is in the UK when you work on hospitals, do you have a corpus of regulations that frames your activity or it is freer?

CE: It is certainly much easier working in Western Europe and Britain as well than working in Eastern Europe. Certainly in terms of how we work in a large hospitals scheme: we have the mandatory roles which sensible up to date around fire, evacuation, size of lifts etc. Most other things then become negotiable. You change every hospital slightly differently depending on the local circumstance. We have the NHS in UK standard and often come and bring in ideas from Sweden or Norway and America and we say "whilst this room is smaller or larger or does it function is compared to this room by this way working. And as long we can show how it works, the schemes gets signed of. As long as the hospital is happy. When you get to approval stage in England, the Department of Health have their state of assets who will ask you questions about the design, it might right you an inquiry list but as long you can prove science, it's achievable.

RP: You don't have a fixed norm that tells you here it should be like this, here like this way?

CE: No and interestingly we have a much more open system than say you have in France or we find in parts of Scandinavia. From what I see in France, the designs are very standard for 14m of bedroom for singles. In England we have a mix: the normal standard is 16m, but we have rooms designed from 12 to 25. And as long as they respond to the local need, people tend to be ok.

RP: But each time you need to convince?

CE: Absolutely, you need to convince. In Eastern Europe and going back to your first statement, I think the architecture rule book needs to be modernised. I slightly missing the point: the book needs to be started again! It is just too long to go…! You know 40 years ago we did not have videos! How do you design a hospital with a completely different set of clinical needs, of diseases, HIV wasn't around, infection control or MRSA, C. difficile[1]…they were not even existence, they were unknown about! So you have to…I think the latest rule book can exist is probably no more than ten years, maximum! And even in that time things move on. The design of pharmacy, the design of pathology is so fundamentally different from those that we were designing in 1990 because the technology is just fussy different!

RP: That's why I understood that the rules should not…

CE: Prohibit!

RP: Should not proscribe and fix the technology, but only the limits and then the technology can move on and evolve!

CE: Absolutely! Don't get me wrong, there are things in NHS that are barfly (completely out of date) and some of the State advisers really in sort of trying push you back to their rule and

[1] Le *Clostridium difficile*, également appelé *C. difficile*, est une bactérie qui vit en équilibre avec les autres types de bactéries normalement présentes dans l'intestin de l'être humain. Source: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/nosocomiales/index.php?cdifficile, consulté le 27/07/2010.

you know, we've seen it with pathology: now pathology laps are going much more automated, much fewer rooms, bigger rooms, more adaptable and sort of *Batch testing*.[1] But if I take a rule book from 1990 they will get you designing small laps. What's the point? But at least most of the time in England we can get change. We can in most of Europe. Eastern Europe has just…I think that post-soviet health has to almost write a new rule book or trust the West.

RP: Or rewrite it with the help of the West?

CE: Absolutely!

RP: As I understand in your own country your activity is also framed?

CE: It is a loose structure.

RP: You keep convincing each time…

CE: Absolutely.

RP: Is this structure modernised?

CE: All the time.

RP: An international project as this one in Ukraine is a real challenge to put in real new ideas that you can not realize in your own country?

CE: Absolutely. I think we all have to put ideas we think will work. I think we also have to avoid experimenting because the costs of experimentation are just too expensive. Almost what we want is provable experimentation. So that you looked and talked to the technology companies, the Siemens, the General Electric, Philips, all may sought of major organisation about what the next generation of equipment is doing. And you see how in a case of something like cardiac care, the technology is all making room smaller. That can save large amounts of space, it may enable you to build something in a hospital or affords something you could not possible done otherwise. And you make it more adaptive and that's fun! But it goes back to what I said earlier. I don't think any country because of the spending on healthcare could ever be in any new hospital absolutely at the leading edge. We spending…In 1960 most countries in Europe spent 4% of their GDP in health. In 2010 we spend 10% and by 2050 we'll spend probably 20%, minimum! You know that's 35% more in real terms between now and 2050 in France, Britain, Germany, Western countries. If you look at countries like Ukraine is and Romania and Poland, their spending it's just of a half. They outcomes are actually quite good, for what they're spending, but their advancement to get to where we are now will probably take them another 10 years.

RP: This advancement can be envisaged with the involvement of international companies? This an hypothesis of my research and from here comes my question: from

---

[1] The SeQuential execution more than one test case is called as Batch testing. Every test Batch is consists of mutiple dependent test cases. In those batches every end state is base state to next case .Test batch is also known as Test suit or Test belt. Source: http://www.allinterview.com/showanswers/26479.html, consulté le 26/07/2010.

everything you said to me during our discussion, we can say there was a transfer between the foreign actors as you ECH to Ukraine through this hospital project?

CE: Absolutely.

RP: What was about this transfer: ideas, knowledge, you said at one moment "transferability"?

CE: I think we had…we did get transfer of ideas, of ways of working. I think we got transfer of a different clinical delivery model. I also think we moved to when the hospital opens it will really be at the same standards that you or I would expect of a hospital in France or in England. And that's a massive leap forward, for anywhere in Eastern Europe. For the team who worked in ECH I think we were very proud to work on the hospital, I think the design is as good as anything we've seen in children hospitals in Europe.

RP: There is a main question in political science research, it is "how does the transfer takes place?". If you we take this hospital case, can we say that the transfer took place through the exchanges during the meeting or during concrete, technical items? During discussions, technical documents, during all this working process between the actors?

CE: I think because hospitals are all so complex, whereas you can get some knowledge transferred by simply sending documents across, the recipient has to understand how that department works, how departments relate to other departments, how the departments relate to the hospital and how the hospital relates to the site so you go all way in and out. I think what we managed to do was to not only to provide the technical back-up, to show physically how engineering drawings work in the West, how Groupe-6 draw the building and how we would plan for medicine and equipment for to work. But I think we also had discussions. The discussion was valuable. The discussion gave the confidence to the Foundation team that it could really work. I think it also gave us the knowledge back to say "well actually, we may out to make this change, to live within the spirits of how you want this hospital to work in the future". I think it was 90% Western and 10% Eastern.

RP: In terms of transferability?

CE: In terms of transferability. And that 10% is fundamental in getting it to work. So that they can make use of it. To avoid situations like in Libya. And that's a cultural transfer.

RP: Conor, what can you learnt from this project?

CE: I think we learn a number of things. I think we learned that even in Eastern Europe, if there is a willingness to engage structurally between the politicians, the project team, the Ministry and the design team, you can actually get best practice moving across. I've talked to American architects from the biggest world health practices who have all said what a great project Kiev is. And they said that without any stimulus. People are interested in the fact that Groupe-6, BDP and ourselves worked on it. We've seen how we have to adapt our behaviour between different nationalities, between different design codes, between different ways of working so that you can a team, rather than a collection of individuals.

RP: Comparing to your Libyan experience or other Eastern Central European countries, do you think is here the political factor that made this project unique, especially in terms of transfer of ideas?

CE: Of anything, it's being the most stimulating projects many of my colleagues worked on. Certainly for the lights of Toby or Paul, they are of the view that that hospital represents a unique meeting of Western and Eastern platforms. We have a French design, some British ideas, some American ideas, it is a world project. And that it was meant to be. I think it will look as good in Sweden, as it would in France or Ukraine.

RP: I get to my lasting questions of our discussion today. I retain from all you have said about this projects as being complex, unique, hybrid and world!

CE: Absolutely!

RP: I would also like to know your opinion on what this project will bring to Ukrainians?

CE: I think there are a number of things. It will make a massive difference to the healthcare delivery in Ukraine. I think for local children and their mother, I think it will give them an opportunity to have really good quality of local healthcare delivery. It will make it far easier to retain the best doctors they have. I think it will be easier to attract foreign doctors. Let's be honest: if you were a young doctor in Paris or London and you go out to the most parts of Eastern Europe, unless someone offers you a very large salary or you're very philanthropic, it is unlikely that you will go to these places to work. They are difficult to work in, they got a bureaucracy and the hospitals frankly are just…they're just poor. On a macro-level, I think it will give a really important space in Kiev. I think it could be used as part of the symbol of renew of the Ukraine. I think long side things like the 2012 European Championship it will give a Western feel…and an opportunity for some democracy.

RP: You think it is a broader operation? It is a project that will have broader implications than health care…

CE: Absolutely. I think what it will meant do is for the architects, design teams and constructors, once it is built, if it is built in the way it is planned and that's an "if" still, if it's built like that, I think it will be a stimulus for other front leading architects and design teams to actually say "well actually, if it can be done with a children hospital, we can do it with a Council building, a school, a Ministry, a cinema" and it will help move architecture one and design on.

RP: As you said, they should have more confidence in Western solutions and that project will contribute to that.

CE: Absolutely.

RP: Do you thin such a project could have been done during the Soviet Union?

CE: No. I think unquestionably in our experience, before the fall of communism, the rule book was just everything. There was no tolerance. At all. We tried doing a scheme a number

of years ago and it was…You looked at it and it was impossible. We left with a blank canvas[1] for where…a site that they wanted the new hospital on, but a rule book that just determined they just go do the old hospital again.

RP: So all the developments following the independence it is about putting away this book of rules?

CE: And rethinking. It re-energizing, it's about consideration of latest design, consideration of patient's needs which were so thinly particularly important in soviet times. In soviet times the important thing was to be treated as quickly as you could be to acceptable soviet standard. And actually the standards in soviet health weren't bad. But it just wasn't the way we in the West would look at that. I think that whether you are in Romania, Poland, Check Republic, Ukraine, Moldova, Bucharest, you would see virtually the same hospital, the same model.

RP: Can this be said about the Western countries, do you see a model?

CE: No, because I think when I go to see a hospital in Italy and when I look hospitals in France or Sweden or Norway, they all have, they all respond to their local environments. Much more so.

RP: And this is important…that 10%.

CE: Yes, this is important. Hospitals in Italy are very different to pretty much anywhere in Europe. And that's an Italian thing, you know…and it is fund to understand those nuances and to make sure that you can respond to that need. What post or pre-soviet era tried to do, was to impose a plan for healthcare that was the same in Moscow as it was the Caucus. I just don't think it ever did. I don't think it ever works. I'll tell you, you know, some of the hospitals I've being around are really frightening places, scary…They're like a prison! Lacks of windows, daylights, dark spaces, dark corridors, overcrowding…They are not places that will make you well.

RP: I was laughing seeing your face expression. It is almost like the one of a patient that needs to unfortunately go into that that kind of medical institution. Can we say from your experience now in Ukraine and in other countries, that you feel that the inherited part in these countries is present, not only by the buildings you see but also by the rule book they are referring to each time they build something?

CE: Absolutely. They all had similar rule books from a similar period, most haven't been updated since the late 1980's, so they are 25-30 years out of date. They all had small amounts of individuality. Ukraine is a good example. Ukraine is different of some of the other countries we worked in. But very much on the same thing.

RP: Do you think the actors there are keeping to these rules?

CE:Yeah, because it is all they know. It is all they know. And I think they also scared about being seen to challenge the political establishment. And interestingly, if you look at to what it

---

[1] Blank canvas, engl: toile/page blanche en français (le dictionnaire en ligne Word reference http://forum.wordreference.com/showthread.php?t=1340210, consulté le 27/07/10).

is happening now politically in Ukraine, in Georgia, there really is a big debate about how their societies will go and how the issue about energy, how the energy costs will do to post-soviet democracies.

RP: I see this is a question you are raising to yourself and it must be present when you work in these countries and while you observe the process…

CE: Absolutely. I've just finished a book about energy in Russia and Poutine's view point about how he wants to see Europe…ten-twenty years ahead. I think it is a very interesting time now in terms of how the Caucasus will respond to challenge of rising energy cost and what that will do influence, soviet influence, in terms of bringing back the rule book and the influence of soviet design and soviet thinking.

RP: During your exchanges with the Ukrainian part, you were on place, you have your opinions on their way of thinking, as you observed it…Didn't you feel that Ukrainian part is sometimes difficult to convince? Maybe because of feeling that what they know is good and they do not always need to receive lessons from the Westerns, did you have this impression sometimes?

CE: Yes. I think it's about the issue of convincing people which is always easier if the person on the other side of the table can understand and see the model you've got. I think there were massive advantages in the West…because we have very open press, we have access to journals, we have access to travel, very easy access to travel. We've all seen so many types of hospitals environment. If you're used to work in hospital that works in wrong way and you've been trained in that one way, it must be very frightening for someone else to tell you about something that understand but find it hard to relate it. And I actually have a great feel of sympathy for that. I actually thought broadly that Foundation 3000 were very good at trying to see it that way. No doubt in the wider Kiev village there are people that still would want to say "well, how does that infection control regime, why should you have a Western standard when my standard works? I know my standard works". Well it does and I think we can probably improve on it. And we've had 40 years of working on improving whereas I think it feels working in Eastern Europe sometimes times stood steel around 1985. Once that rule book finished, they just learned to live with the inadequacy. Possible you don't understand the inadequacy, because you don't know it. But you go into a French hospital or a UK hospital and your doctors and your nursing staff don't want this model, they want the model coming out in six months. They know! They know what's coming out. That it isn't a culture that exists in the Eastern Europe. I thought they were pretty good. I've worked in one or two hospitals environments in Eastern Europe who were really difficult where we suggested changes, we thought we've convinced people ad then we moved backwards. They said "no, no, this is the rule book. This room must be 24m" and you can not argue…

RP: Again, do you think that is the political touch that is needed in these cases of bureaucracy? You says politics are important…Do you think these rules can be changed only by institutions?

CE: Absolutely. In the case and this is where this hospital was different. What we were given the opportunity via Foundation 3000 was to suspend the rule book and to accept that if we could convince, those changes could go through Expertiza. Every other scheme we've done in

Europe would ended up at times working very closely with the Ministries of Health or through *intermediaries* to say "we can not do this differently and this how we do it" and you find the Ministry say "no, we want done this right". And you can not make progress.

RP: The political part is sometimes different to convince, it is part of the Institution. The reception of the influence should concern also the political part. Not everyone is open to that.

CE: Absolutely. And if you about the role of your officers in the City Council or the Ministry of Health, their view (and this is very risky) in five years if this hospital opens and it found to be unsafe, it is found it won't function well, they will get blamed. And the easiest thing for any of us to do, we do it in France, we do it in Britain, is to go back to what you know.

RP: You do it in your country sometimes when a model is not functioning the way you expected?

CE: Ah, it took me seven years to get full robotic technology into an English hospital. And I can show you them working in Germany, I can show you them working in France, but I could not convince a number of hospital organisations in England because they didn't see it. And there are always reasons: well, it is expensive, I'm not sure it will be reliable…And it is actually very reliable: come to Norway, come to Kiel, it works…At the end of the day, we just managed to get it done, because one hospital was brave enough to accept it would work. So it is just more endemic in Eastern Europe because the flow of ideas is slower. The culture, I guess the access to clinical change, clinical technology, money…it is slow.

RP: But in terms of process, that there are almost the same obstacles in the same countries in terms of implementing the change, it is still difficult. That's why the political scientists are so excited about: of understanding what is this?! Conor, can you say there is a European design?

CE: Well, I think there is a big difference between American hospitals and Europeans. I think American hospitals are much more…they're different structures. They have a similar ethos in terms of the consumer agenda. I think European hospitals are more designed around clinical specialists needs, much more so than patient needs. That's my big thing. I think we need in West, Western Europe, to get used to designing hospitals for patients and not for doctors. And I think the Americans are better to that! I think the Americans go to the other extreme where they're designing so much for patients they loose sight of any form of nice working environment for doctors or nursing staff or clinical staff. It's not great. I think most designs in Western Europe are similar.

RP: There is a touch?

CE: There is a European touch.

RP: And in the same time, you can see in post-soviet countries a touch given by the book rules they had previously?

CE: I think the biggest differences are between Spanish and Portuguese hospitals and Italian hospitals and the rest of Europe. I think they are different. I think France, Germany, England, Scandinavia broadly are pretty standard. They are homogeneous.

RP: …on the characteristics of hospital design. This is very interesting. My last question, Conor, is: how would describe what does a hospital design represent?

CE: Haaahhhaa. Hmmm, sure…

RP: With you own words…

CE: What we should be providing or what do provide?

RP: If you should explain to me, as a non specialist, what is hospital design, from a specialist's point of view, from your experience?

CE: I think…From my experience…I would like to work in a system where we design a perfect hospital, where we look very carefully at what activity is taking place, what the various processes are, that the patients starts and logistics go through and if can translate that then to provide somewhere that's welcoming, somewhere that's response to the local environment for those groups. Because hospitals are almost melting places of society. We have babies of premature to people of a 104 and all they need are very different. We have people with no eye sight, people that can't hear, people who are immobile. Designing a building for that wide collate is actually very stimulating. On the top of that, the needs of those groups now and what it will be in 5 or 10 or 15 years and that's exemplified by what's happening to the day surgery in the West where in 1980 it really happened, in 2010 most young people expect the most surgical procedures will be done on a day care base. So hospitals are becoming much more ambulatory, more short-state, they are becoming more consumer oriented, the whole nature of the google generation, the whole nature of being able to access better living accommodation, better café types facilities, better patient immunities and designing something that will continue to respond. And continue to respond in a way that's cost-effective, in a way it means the building doesn't have to be taken out of use, I think that's unique. I argue with my colleagues who design and work on sorts of environments that designing hospitals are probably are most complex buildings there are.

RP: So it is something specific, different of any other building design?

CE: Absolutely. I think it is the competent of the design teams to keep that to date. And it is now a world industry. I think that the good design teams can't work in one country anymore. You just can't keep that to date. You have to work worldwide to see what's happening.

RP: And to look for the forward technologies all the time…

CE: Absolutely! I think that whether you talk to French companies, English, American companies, Australian companies, you have to be able to synthesise the ideas that work and of the better of ideas you got and to be ultimate response to local needs. And that's the way everything evolves. And hospitals today: then years ago we learnt hopefully the schemes are opening now and the schemes are opening now, we need to learn what the mistakes are and what needs to change so that hospitals of 2020 and 2030 are just better. Because they are just

are mass of the expenses. You know, we build hospitals that 3500 Euros a meter, that's in the competent of design team to get it right. Whereas you can consider you can build you know apartments of 700 Euros a meter, if they go wrong, it is a completely different scenario than is a hospital goes wrong. Is that an answer to your question?

RP: Yes. From what you're saying, it is a complex process involving a multitude of actors that are trying to provide the best design solutions, or just the best solutions for the healthcare needs of the population. Or as you said, of many groups…

CE: Sure.

RP: from your very interesting definition, I would like to understand if you leave a place for the regulations or not necessarily? For you, hospital design it's not so much about regulation, about this framing corpus of regulations…?

CE: I think we all should work with the framework that enables the legal, judicial process to be undertaken. But I think that particularly when you look to Eastern European countries, there is being not only a response to those that are desirable, like fire, but a much wider group of regulations that frankly, don't need to be there. And even, you could, at its further position you could even argue how this responds to fire, because technologies, fire safety, fire regulations are so different and we moved on with sprinkles systems etc. That even make the regulations that some members of the East have got, there are out date as well. But I think it has to respond to local need.

RP: Ok, so I will put this in responding to the local needs part as well as with the aspects of continue research of better solutions: technology, fire safety and everything. You are including regulations in this part of the definition.

CE: That's right. That's why it is becoming a world basis. Because you get some technologies ideas that are massive equipment companies come out with, though within three years it will change the way those departments work right across Western medicine. Get pharmaceutical developments, they will change the way chronic diseases management works. Things like asthma maybe within 15 years dealt with by no more than a syringe…That's all possible in our life times. And you can't plan a hospital fixed on the basis that it will work the same way for the next 20 years, because it may not! And the technology inputs, the pharmaceutical inputs and the demographic change, besides, you know, young people when they arrive at the age of two don't really spend much time in hospitals. Very young children up to the age of two and very old people spend time in hospitals. And they are the groups that you increasingly got to look after.

RP: I really appreciate this point of my research when I discuss the hospital design characteristics with specialists. I have the impression that the economic actors are the ones who put forward the solutions in hospital design. Even if it is a much framed process by institutions, by State's involvement, there are companies that still research all

the time new technologies, new products, new methods, that keep changing the hospital design[1].

CE: Absolutely. And that goes back to the ideas that are coming from the US that are miles ahead of anything happing in Europe. There are one or two ideas that are coming from Austral-Asia and are a number of ideas coming out from Scandinavia. And it is a constant process. Health is one of world's biggest industries by any stretch of imagination. And the difficulty is: too many organisations and too many design companies live by a rule book from things they've seen. And it doesn't matter whether we talk about Kiev, Bratislava, London or Paris, each of these four – people look to just what they've done.

RP: So the rule of the hospital design is what you have seen, your experience?

CE: To a degree, it is what we've all seen. But that's why we have all to work harder to keep up to date, to talk to technology companies, to go out and see hospitals. One of the things we do as a team in EC Harris is outside the fact we are lucky enough to work in a number of countries, is we always go and see or study other forwards, to see anaesthesia changes in Germany, we've seen children technologies in Boston Massachusetts, we go out and see, you know, hearts changes etc.

RP: The secret of the transfer and of the change is it in that continue move which is included in globalisation process?

CE: Absolutely. And actually, globalisation is got an awful lot, to answer for social implicitly, but actually in health it's tremendously important, as a source of actually advantage – to advantage to all of us.

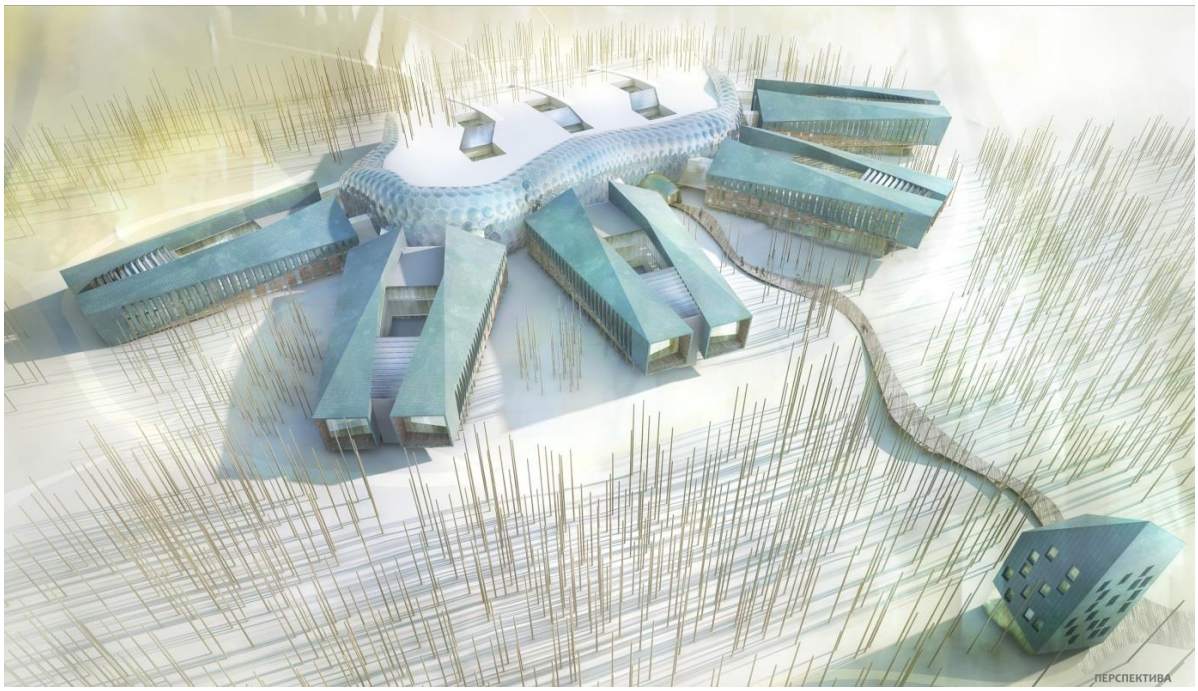
RP: This was a very fruitful exchange of ideas for me, I'm very grateful for all this information and especially that you took time for that during your holiday, thank you a lot.

CE: Great, no problem, that's fine.

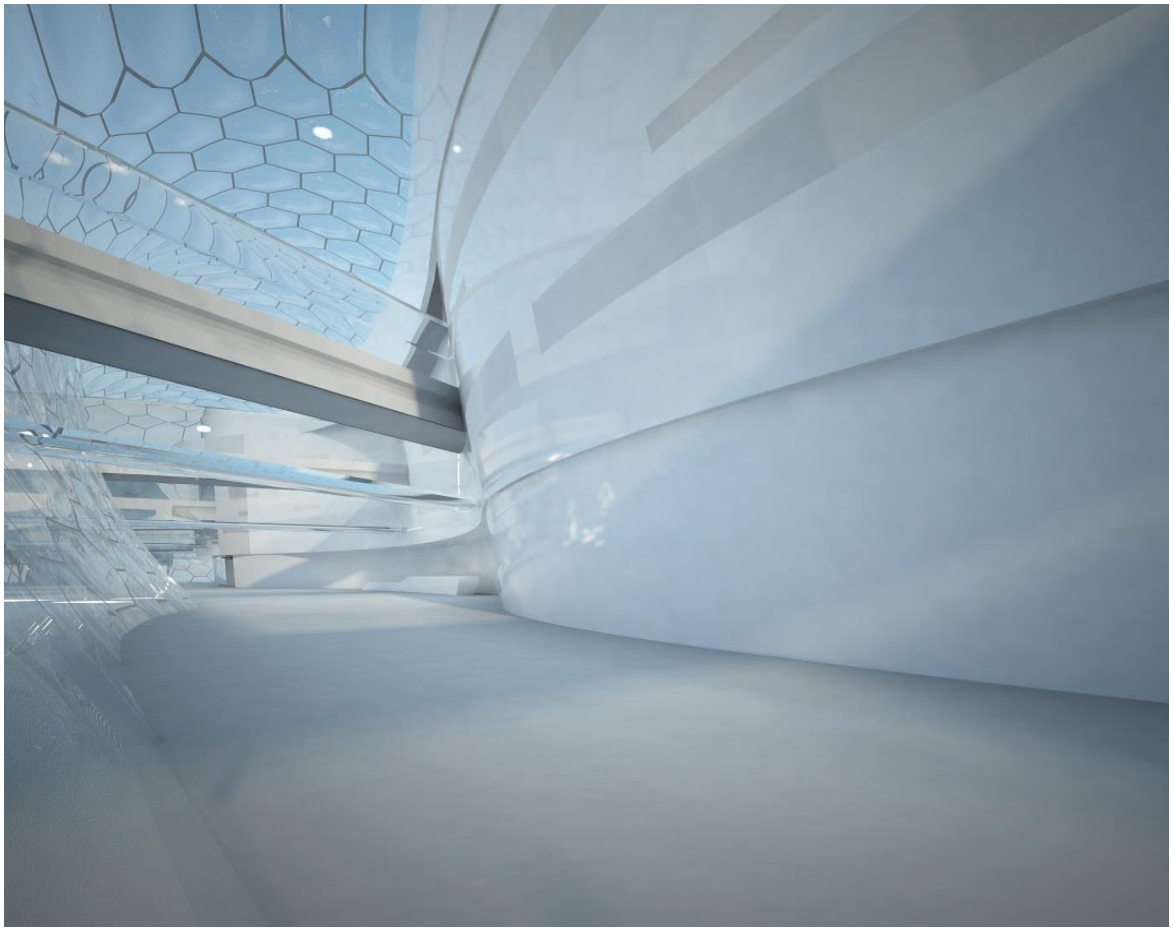
[1] On this point, raised after the interview recording, Conor Ellis insisted on the necessity of framing in order to control the private structures of doing their interests into the disadvantages of users.

Annexe 4 : Documents iconographiques

Esquisses de l'HDF de Kiev présentées lors de l'appel d'offre international, bdpgroupe6 :



Atrium de l’HDF de Kiev, matière TEFLON :



HCR de Chisinau, bâtiment existant, Moldavie

Esquisse de l'HCR de Chisinau, présentée lors de l'étude de faisabilité, Top Konsult

Table des matières

Introduction 13

Section I : Construction de l'objet de recherche 16

I) L'intérêt pour l'étude du changement des anciens pays soviétiques 16

II) Expliquer l'effet des influences extérieures sur les changements nationaux 19

Section II : Retour sur le choix de l'objet d'étude – la transformation des normes techniques de construction des hôpitaux entre 1991 et 2011 en Ukraine et en Moldavie ... 22

I) La construction des hôpitaux – une question d'intérêt public 22

II) Du discours politique aux professionnels de la construction des hôpitaux 24

III) Des professionnels de la modernisation des hôpitaux aux normes techniques de la construction hospitalière 26

IV) Les projets hospitaliers retenus 29

A) L'HDF de Kiev, en Ukraine 29

B) Les projets des Centres de santé et de l'HCR de Chisinau, en Moldavie 31

V) Annonce de plan 33

Partie 1 : Fondements théoriques : hypothèses et méthode 35

Chapitre I. Les normes et la construction des hôpitaux 37

Section I : Une étude sur l'hôpital et sa construction en tant que bâtiment 39

I) Le rôle de l'hôpital dans nos sociétés contemporaines 39

A) Une définition de l'hôpital 43

B) Pourquoi s'intéresser à la construction d'un hôpital? 45

C) La construction des hôpitaux au croisement de plusieurs politiques publiques ... 46

II) Les caractéristiques du processus de construction d'un hôpital : étapes et acteurs 47

A) Les étapes de la réalisation d'un bâtiment 47

B) Les acteurs de la construction des hôpitaux 50

a) Initiation au vocabulaire spécialisé de l'architecture et de la construction : notions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre 51

b) Les entreprises d'architecture et de construction (les professionnels du bâtiment) 54

c) Les responsables politiques 57

d) Les administrations 58

e) Les organisations internationales 59

f) Les utilisateurs 59

Section II : Le concept de norme 61

I) Qu'est-ce qu'une norme ? 61

A) Les norme sociales 61
B) Les normes techniques 65
C) Normes techniques obligatoires et volontaires 66
D) Normes formelles et informelles 70
E) L'exemple des normes règlementaires pour la construction des hôpitaux 72

II) Une analyse des normes techniques en tant qu'instruments d'action publique ... 76

A) La fonction de régulation des normes techniques 76
B) Les normes techniques en tant qu'instruments d'action publique 79
C) Les normes techniques, un instrument contraignant ou volontaire ? 85
D) La normalisation par l'Etat ou par le marché : deux conceptions différentes d'un instrument d'action publique 89

Chapitre II. Le néo-institutionnalisme et l'étude de la transformation des anciens pays soviétiques 95

Section I : Analyser les normes de la construction des hôpitaux en tant qu'arrangements institutionnels 97

I) Expliquer la transformation de normes de construction d'hôpitaux en Ukraine et en Moldavie 98

A) Les normes techniques – des arrangements institutionnels 98
B) Le comportement des acteurs au sein de l'institution : une explication par la logique du conséquentialisme et/ou de l'appropriation ? 100

II) Comment expliquer le changement des normes techniques ? Les pistes théoriques de l'institutionnalisme 103

A) Les limites d'une explication en termes de choix rationnel 104
B) Prendre en compte le « poids de l'histoire » 108
C) Les mécanismes de changement institutionnel 110
a) La « substitution » des institutions par les acteurs nationaux 110

b) L'isomorphisme institutionnel 116

Section II : Analyser l'action des acteurs internationaux : le concept de transfert des politiques publiques 118

I) Le transfert : définition et acteurs 118

A) La définition du transfert 118
B) Les acteurs du transfert 121

II) Les mécanismes de transfert de l'expérience internationale en Ukraine et en Moldavie 125
A) Coercition 126
B) Compétition 127
C) Apprentissage 127
D) Le mimétisme 128
III) Schéma d'analyse et hypothèses 130
A) Une analyse « séquentielle » du transfert 130
B) Un séquençage du transfert selon les étapes d'un projet de construction hospitalière 132
C) Retour sur les hypothèses de recherche principales 135
Chapitre III. La méthodologie de recherche 139
Section I : L'approche de recherche : stratégie et choix d'enquête 140
I) Une méthode qualitative « classique » 140
A) L'approche par méthode de cas 141
B) Les débats quali/quanti 143
II) Une analyse comparée des études de cas 146
A) Une forte dimension empirique 146
B) Des allers retours entre la théorie et l'empirie 148
C) La comparaison en tant que stratégie de recherche 151
Section II : L'expérience empirique 156
I) L'observation 156
A) L'observation participante et non participante dans le cadre de l'HDF de Kiev 156
B) L'observation en tant que stagiaire doctorante au ministère de la Santé de Moldavie 159
II) L'entretien 160
A) Type et caractéristiques des entretiens 161
B) Déroulement des entretiens 162
Partie 2 : L'analyse de terrain : les normes techniques des projets hospitaliers en Ukraine et en Moldavie entre 1991 et 2011 167
Chapitre IV. La construction des hôpitaux après 1991 : de nouvelles normes avec des anciens habits 169
Section I : La construction des hôpitaux dans l'Ukraine et la Moldavie soviétiques : une action publique centralisée et unifiée 171
I) Les politiques publiques de la construction des hôpitaux : une organisation centralisée 171
A) La politique hospitalière de l'URSS 172
B) La politique de construction de l'URSS 178

II) Caractéristiques communes de la construction des hôpitaux durant la période soviétique 181
A) Une compétence nationale limitée 181
B) Une tendance à la croissance hospitalière 183
C) Un marché commun de la construction des bâtiments 184
D) Une production centralisée des équipements hospitaliers 184
E) Des étapes réglementées de la construction des hôpitaux 186
F) Une procédure administrative complexe 186
III) Des Instruments d'action publique (IAP) similaires durant l'Union soviétique 188
A) Les normes et règlementations de l'URSS - les SNIP et les GOST 189
B) Les projets-types – « typovyie proekti » 192
C) La formation des professionnels du bâtiment 195
Section II : Quelles politiques et instruments d'action publique de l'Ukraine et la Moldavie indépendantes ? 199
I) Vers une nouvelle politique hospitalière ? 199
A) Des nouvelles compétences en matière de planification 200
B) Une redéfinition du rôle de l'hôpital au sein du système de santé 201
C) La réduction d'équipements hospitaliers 204
D) Le système de financement 206
II) La construction des bâtiments : un statut-quo 207
A) De nouveaux acteurs économiques 207
B) Encadrement étatique dans une nouvelle économie de marché 210
C) Le sort des projets-types 216
D) La continuité des anciennes normes techniques : dans les textes et dans les habitudes 217
a) La ré-adoption des anciennes règlementations soviétiques en tant que normes nationales 217
b) L'utilisation des anciennes normes soviétiques en absence de toute autre règlementation 221
E) Des différences au sein d'un héritage institutionnel commun 229
a) Des compétences nationales différentes en matière de normalisation technique. 229
b) Le Statut Expérimental en Ukraine, en faveur du changement des normes techniques 231
III) Un sentier commun et des variations à la marge 234
Chapitre V. Le tournant des années 2000 : l'appel à des compétences internationales en matière de modernisation hospitalière 241

Section I : La modernisation des hôpitaux : un changement en entraine un autre 242
I) Les normes techniques de construction : à quand le changement ? 242
II) Politique hospitalière et nouvelles orientations 247
III) Le lancement de projets hospitaliers 252
A) L'Hôpital du Futur en Ukraine 253
B) L'Hôpital Clinique Républicain en Moldavie 257
C) Similarités et différences entre les deux projets hospitaliers 260
Section II : Les appels d'offres internationaux, porte d'entrée des acteurs étrangers .. 263
I) Pourquoi faire appel à une consultance internationale ? 264
II) Comment faire venir les consultants internationaux ? 275
A) L'intervention de la Banque mondiale : une action coercitive « souhaitée » ?.. 276
B) Des acteurs nationaux à la recherche de solutions étrangères ? 291
Chapitre VI. Comment est transférée l'expérience internationale ? Entre respect des normes nationales et mise en œuvre de solutions de l'étranger 307
Section I : Lorsque les acteurs internationaux s'engagent dans un transfert : intérêts financiers ou routines professionnelles ? 309
I) Le transfert par les organisations internationales : conditionné par des financements ? 310
A) La question de l'incompatibilité des normes techniques 310
B) La modification du cahier des charges de la mission architecturale sous la pression de l'organisation internationale 314
C) Les « exceptions » confirment-elles la norme ? 317
II) Le transfert par les acteurs économiques : les normes, un enjeu financier 320
A) Transfert de normes de l'étranger selon des intérêts économiques ? Le cas de l'HDF, en Ukraine 320
a) Intérêts et motivations des architectes étrangers 320
b) La mission de programmation médicale : illustration d'un transfert de normes techniques étrangères 332
B) Quel transfert lorsque la norme n'est pas un enjeu économique ? Le cas de l'HCR, en Moldavie 347
a) Un transfert qui ne soulève pas la question d'incompatibilité des normes 348
b) Une proposition en rupture avec les normes locales 351
Section II : Lorsque les acteurs nationaux s'en mêlent : un obstacle au transfert ?..... 358
I) Un maître d'ouvrage engagé et un architecte local faible : le projet en Ukraine 360
A) L'action de l'architecte local : une reproduction « malgré-soi » des normes de la période soviétique 360

a) Des actions qui expriment un attachement aux normes de la période soviétique 361

b) Des conseils en faveur de l'introduction de l'expérience internationale 367

B) Le pouvoir du maître d'ouvrage : peut-il privilégier l'expérience internationale ? 370

a) La décision d'écarter l'architecte local 370

b) « Carte blanche » aux architectes étrangers 376

c) Plus de transfert de l'étranger : les gagnants et les perdants 378

d) Retour aux normes ukrainiennes : volte-face de la Fondation 384

II) Un maître d'ouvrage faible laissant place aux utilisateurs : le projet moldave.. 389

A) Quand le maître d'ouvrage n'insiste pas sur le transfert 389

B) L'architecte local se réfère davantage aux normes nationales 392

C) L'intervention des médecins de l'hôpital 397

III) Les caractéristiques du transfert lors de l'étape des missions architecturales : éléments de comparaison 404

Chapitre VII. La validation de l'expérience internationale : entre résistance et changement 411

Section I : Des normes techniques de la période soviétique toujours en vigueur..... 413

I) Le cas de Kiev : le Statut Expérimental à l'épreuve du terrain bureaucratique . 414

A) Les conditions techniques individuelles (CTI)..... 415

B) Les autorisations spécifiques..... 420

II) Le cas des Centres de santé en Moldavie : qui prend la responsabilité des dérogations ? 422

Section II : Les catalyseurs du changement 430

I) Le soutien politique permet-il d'infléchir les administrations ukrainiennes ? ... 430

A) Le soutien politique du début du projet..... 431

B) Est-il plus facile d'obtenir des autorisations administratives ? 435

C) Les difficultés vers la fin du mandat de Viktor Iouchtchenko 441

II) Le ministère de la Santé de Moldavie : seul contre tous ? 449

A) Changer les normes pour réduire les coûts ?..... 449

B) Un ministère de la Santé « épaulé » par la Banque mondiale ? 456

C) La position officielle : dérogation, mais pas de modification 460

D) Jusqu'au non-respect des normes nationales..... 463

E) L'absence d'action gouvernementale coordonnée 466

Conclusion générale 477

Section I : Le transfert de normes de l'étranger : mécanismes d'apprentissage, de coercition et de mimétisme 480
I) Le lancement des opérations de modernisation hospitalière 480
II) La mise en œuvre de l'expérience internationale 481
III) La validation de normes de l'étranger 482
Section II : Les résistances au changement et l'impact du soutien politique 485
I) La dépendance au sentier en tant qu'obstacle « surmontable » 485
II) Le soutien politique en tant que catalyseur du changement 486
Bibliographie 489
Table des figures 501
Annexes 503
Annexe 1 : Liste des entretiens 505
Annexe 2 : Grilles d'entretien 517
Annexe 3 : Les entretiens 527
Entretien avec Antoine BUISSERET 528
Entretien avec Mme Tatiana ZATIC 544
Entretien avec Andryi VOROJNEVSKYI 551
Entretien avec Conor ELLIS 568
Annexe 4 : Documents iconographiques 591