

tisser des liens

REGARDS CROISÉS SUR LES SEUILS
DANS L'ESPACE DE L'HÔPITAL

Mots clefs :

seuil, hôpital, ville, patient, soin,

corps, espace, parcours, regards

**TISSER DES LIENS,
REGARDS CROISÉS SUR LES SEUILS
DANS L'ESPACE DE L'HÔPITAL**

Mémoire d'architecture

Année 2021-2022

DE 5 : Production et usage de l'espace
école Nationale d'Architecture de Paris Val-de-Seine
Soutenu par la chaire partenariale Archides

Encadré par Antonella DI TRANI

Nina BUREL

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas été celui qu'il est sans le concours précieux de certaines personnes à qui je souhaite témoigner toute ma reconnaissance.

Je remercie mon encadrante, Antonella Di Trani, pour son suivi, son temps et ses encouragements. Merci pour tous les moments de bienveillance, d'écoute, et d'entrain qui m'ont portée au long de ce travail de recherche.

Je voudrais aussi remercier les enseignants du séminaire « Production et usages de l'espace » : Joséphine Bastard, Sabrina Bresson, Fanny Delaunay et Yankel Fijalkow; qui nous ont permis de poser les jalons de notre sujet de mémoire, et qui plus est, dans le contexte si particulier des cours à distance.

Ce mémoire repose sur celles qui m'ont accordée de leur temps pour mener les entretiens ainsi que ceux qui m'ont permis ces rencontres. Merci à Camille, Sarah et Frédérique pour les moments qu'elles ont bien voulu partager avec moi.

Je tiens aussi, évidemment, à remercier ma famille, et tout particulièrement Johanna, Frédéric et Max-Aengus pour leur soutien et leur confiance à toute épreuve. Merci pour le support sans faille que vous êtes.

Je souhaite remercier tous ceux avec qui j'ai la chance de partager mes études en architecture. Des mercis précieux à vous, Jade et Baptiste, pour la saveur et la douceur que vous avez donné à ces années d'études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
Avant propos	13
Fragments d'histoire sur la (re)naissance de l'hôpital en ville	15
Méthodologie et terrain, mener une enquête en milieu hospitalier	23
PREMIÈRE PARTIE :	
LE TROUBLE AUTOUR DE LA QUESTION DU SEUIL	29
La présence d'une institution hospitalière dans le tissu urbain, des sutures revisitées entre la ville et l'hôpital	32
La rue intérieure, un dispositif constitutif de la perméabilité de l'hôpital avec la ville	45
Vers une flexibilité et une connectivité des futurs hôpitaux : évolution des porosités	54
DEUXIÈME PARTIE :	
LE PARCOURS ARCHITECTURAL ET L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS DANS L'ESPACE DE L'HÔPITAL, LE CAS DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS ET CELUI DE L'HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES-POMPIDOU	77
Seuil mouvant, corps en mouvement, le parcours spatial du patient à travers le seuil	80

Le seuil, support de l'ambivalence dans le rapport à l'intimité du patient	93
TROISIÈME PARTIE :	
TRANSFORMATION DU REGARD PORTÉ SUR LE PATIENT: LE RÔLE DU SEUIL ET DE SON BROUILLAGE	105
Voir sans être vu	109
Regards contemporains sur le patient	118
CONCLUSION	129
BIBLIOGRAPHIE	137
ANNEXES	147

INTRODUCTION

AVANT-PROPOS

Le sujet de l'enfermement et celui de la dignité à travers le soin apporté aux populations vulnérables ont guidé mes réflexions dans un premier travail de recherche en troisième année. Pour le rapport de licence, j'avais choisi d'étudier les camps de réfugiés et de déplacés internes. L'enjeu de ce premier travail de recherche était de comprendre comment des individus, déracinés de leurs terres d'attache, pouvaient habiter les camps, ces lieux de vie transitoires. J'ai par la suite essayé d'analyser ce qui avait motivé ce choix de sujet, ce qu'il signifiait, sur un plan personnel, dans le cadre mes études d'architecture. Il me semble que j'étais portée par la dimension sociale de l'architecture dans ce sujet, à savoir le rôle de l'architecte pour rendre habitables ces espaces et leurs donner des qualités. Les différents concepts architecturaux qui étaient interrogés dans les camps de réfugiés avaient indéniablement orienté mon choix : la question de l'enfermement, du seuil, du franchissement, du corps dans l'espace. Finalement comprendre l'impact spatial et social du travail de l'architecte dans l'univers du reclus.

Les deux années qui viennent de s'écouler nous ont donné une nouvelle perception du corps, de l'espace, et du corps dans l'espace. Les années 2020 et 2021 ont été marquées par la répétition de temps de confinements, d'enfermements. Le confinement a été, à cette période, une des règles de vie de notre société. Il a été du devoir de chacun de rester enfermé pour limiter la propagation de la Covid-19. Ces longues périodes d'enfermement qui se sont succédées ont démontré le rôle central de la qualité de nos espaces de vies sur notre santé mentale et physique. Dans l'enfermement, nos qualités de vie ne reposent plus que sur les qualités spatiales de nos lieux de vie.

Cette période a aussi vu la réintroduction brutale du sujet des hôpitaux dans nos questionnements sociétaux. La pandémie a été un révélateur supplémentaire de la crise que traverse le système hospitalier. Les malades ont été accueillis dans des hôpitaux reflétant l'état des personnels soignants : usés, saturés, fatigués. Alors que le sujet continue à monopoliser les dernières actualités, j'ai souhaité m'interroger sur ces lieux de vies.

Les prémices du premier travail de recherche sur les camps de réfugiés et de déplacés internes m'ont, entre autres, amenée à interroger la dimension sociale et spatiale de l'expérience du reclus. Ce mémoire me permet de poursuivre cette réflexion, sous un angle différent, celui des hôpitaux.

FRAGMENT D'HISTOIRE SUR LA (RE)NAISSANCE DE L'HÔPITAL EN VILLE

L'histoire architecturale des hôpitaux révèle l'ambivalence entre inclusion et exclusion du corps malade dans la ville. Né au cœur de la cité, l'hôpital a ensuite été délocalisé hors des enceintes de la ville. La fin du XX^{ème} siècle marque une réintroduction progressive de nouveaux hôpitaux dans la ville, et avec elle les questions sous-jacentes des rapports sociaux et d'ordre spatial qui se nouent entre le patient et la ville.

Trois périodes successives ont établi les rapports entre la ville et l'hôpital. Elles sont décrites par Donato Severo dans le podcast « L'Hôpital et la Ville : une nouvelle condition urbaine ? »¹. Les principes d'implantation de l'hôpital héritent des évolutions de la ville et de la médecine. L'hôpital, en tant qu'institution, naît au Moyen Âge. Dans la ville préindustrielle, jusqu'à la première moitié du XVIII^{ème} siècle, l'hôpital était au cœur de la ville. Il répond à une fonction d'hospitalité : c'est un lieu d'accueil et un hospice. Il permet d'accueillir les personnes vulnérables : les malades, les pauvres, les vieillards, les infirmes et les orphelins. L'hôpital est régi par des autorités religieuses. A cette période quasiment tous les villages sont dotés d'un hôpital. Avec l'expansion de certaines villes, l'hôpital s'agrandit, et les premiers hôtel-Dieu sont créés. Au centre des grandes villes, ils sont administrés par des religieux et accueillent malades et pauvres. A partir du XI^{ème} siècle, des établissements permettent d'isoler les malades dangereux pour l'équilibre de la société : les fous et les contagieux. Pour endiguer les nombreuses épidémies qui se succèdent, des hôpitaux spécialisés sont créés : les lazarets (pour les malades de la peste) et les léproseries (pour les patients lépreux). Pour l'architecte et urbaniste Michel Cantal-Dupart², ces nouveaux édifices excluant marquent une fracture sociale « les grandes épidémies, la lèpre et la peste, rompent le

¹ LEMOINE B., SEVERO D. (invités)(2021, 12 janvier), *Conversation 10 - L'Hôpital et la Ville : une nouvelle condition urbaine ?* [podcast]. Groupe 6, Les conversations d'#hopitaldufutur, 75'.

² CANTAL DUPART M. (2012), « Un hôpital urbain, idéalement implanté dans la ville », *Les Tribunes de la santé*, n°37, p.77.

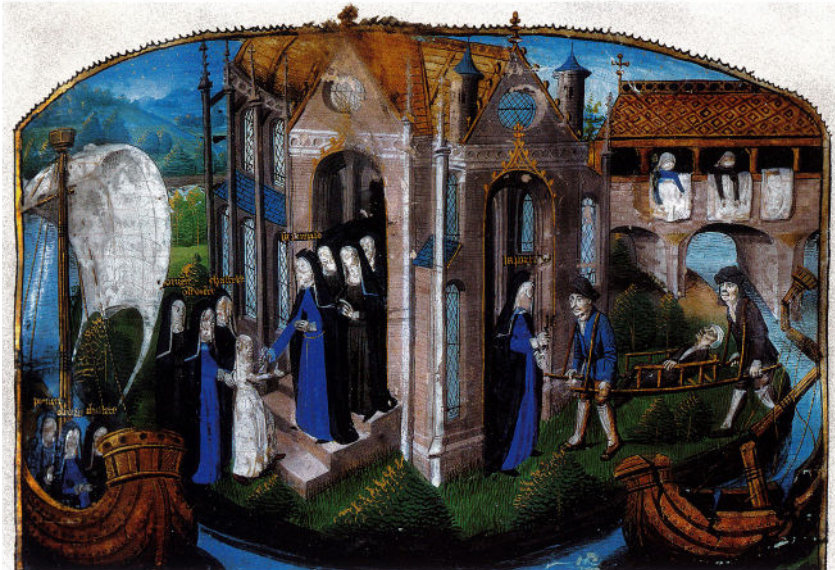


Fig.1 : miniature de l'arrivée d'un malade à l'Hôtel-Dieu de Paris vers 1482, l'hôpital au coeur de la cité

source : LAGET P-L., LAROCHE C., op. cit. p.37



Fig.2 : salle des malades de l'hôpital Saint-Jean en Belgique en 1778, la médicalisation progressive de l'hôpital

source : LAGET P-L., LAROCHE C., op. cit. p.17

lien social [...] les porteurs de maladies sont évincés, exclus hors les murs ». A partir du XVIII^{ème} siècle, l'hôpital se médicalise et se détache du pouvoir religieux. Dans « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », Foucault explique comment l'hôpital est devenu un instrument thérapeutique : « c'est autour de 1760 qu'est apparue l'idée que l'hôpital pouvait et devait être un instrument destiné à guérir le malade »³. L'hôpital n'est plus le refuge de l'homme « anormal »⁴, tel que considéré jusqu'alors, il devient un lieu thérapeutique et, à ce titre, il doit être éloigné de la ville. Les raisons de ce déplacement extra muros résident dans la médicalisation de l'hôpital, nourrie par les politiques hygiénistes. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, au lieu de soigner, l'hôpital, simple lieu d'accueil, était un foyer de propagation de maladies et de mauvaises conditions d'hygiène. La transformation de l'hôpital a été opérée non pas pour le malade mais pour annuler les « effets négatifs de l'hôpital »⁵ sur la ville. Le changement est engendré par un constat extérieur, celui des méfaits qu'apportaient l'hôpital pour la ville, en tant que foyer de contamination. L'exclusion de l'hôpital hors de la ville s'étend du XVIII^{ème} siècle au XX^{ème} siècle.

Depuis la fin du XX^{ème} siècle, après la période d'isolement de l'hôpital, l'institution réintègre la ville contemporaine. L'évolution de la pratique thérapeutique et l'évolution de la demande urbaine expliquent la réintroduction progressive de l'hôpital dans la ville. Entre autres, la loi Debré, en 1958, crée les CHU, centres hospitalo-universitaires et fait entrer l'enseignement et la recherche au sein de l'hôpital : « il s'agissait concrètement de rapprocher l'enseignement médical de l'hôpital, voire de l'y intégrer »⁶. Elle apporte une fonction nouvelle aux hôpitaux, qui nécessite de les rapprocher des villes. Les années 1960 font de l'hôpital un

³ FOUCAULT M. (1988), *L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne*, Paris, Hermès, p.1

⁴ *ibid.*, p.2

⁵ *ibid.*, p.4

⁶ LAGET P-L., LAROCHE C. (2012), *L'hôpital en France : du Moyen-Age à nos jours. Histoire & architecture*, Lyon, Lieux-Dits, p.490

lieu d'élection d'une médecine de pointe. De l'isolement à la réinsertion dans la ville contemporaine, un paradoxe naît en faisant de l'hôpital un élément intégré à la ville, entre garantir son ouverture et sa fermeture sur la ville. Depuis l'isolement total, historiquement ancré, de l'hôpital et de son écosystème jusqu'à sa réinsertion dans la ville contemporaine, un paradoxe naît. Certes, l'hôpital redevient un élément intégré à la ville, mais cette réintroduction tient malgré tout d'un équilibre ténu entre l'assurance de son ouverture et de son accessibilité, c'est-à-dire de la participation de l'hôpital à l'espace urbain, tout en garantissant sa fermeture doublement protectrice, protectrice des malades fragilisés, protectrice de tout risque de divulgation des maladies vers la cité ; une fermeture envers et pour la ville. Le seuil est le support de ce paradoxe.

« L'Homme naît malade » ⁷ annonce Richard Scoffier dans l'épisode « Soigner » des Actes fondamentaux diffusés par le Pavillon de l'Arsenal. Le rôle de la structure hospitalière est de soulager cette fragilité. L'hôpital agit comme une protection du corps malade, vulnérable. Il vient envelopper ces corps. Parmi les dispositifs constituant l'enveloppe hospitalière, nous pouvons retrouver la façade mais aussi le seuil. Le seuil, nous le définirons de façon plus approfondie dans la première partie, est une zone formée par un ensemble de dispositifs qui permet d'articuler la relation entre le corps hospitalier et la ville. Cette première enveloppe constitue une ambivalence : elle est la transition vers la protection du corps malade et installe aussi une distance entre la ville et le malade.

Parce qu'il était contagieux, mais aussi parce que le corps malade n'était pas un corps noble à voir, un ensemble de dispositifs sont destinés à l'éloigner, à l'enfermer ont été mis en place. Il s'est établi à la fois une distance géographique et spatiale entre le corps malade et la société, qui s'est manifestée

⁷ SCOFFIER R. (2021, février), *Les actes fondamentaux III - Soigner* [podcast]. Pavillon de l'Arsenal, Université Populaire, 73'

respectivement par l'hôpital hors de la ville, historiquement, mais aussi par des dispositifs marquant la rupture entre ville et l'hôpital. L'enveloppe protectrice venant soulager le patient a longtemps été imperméable. Elle a pris la forme de murs hauts, d'enceintes... Par ces dispositifs marquant un seuil imperméable entre hôpital et ville, le patient s'est retrouvé hors champ. L'histoire des hôpitaux nous démontre alors une volonté d'enclavement des patients au sein de ces institutions.

L'évolution de la médecine et les progrès médicaux ont déconstruit progressivement cette nécessité d'enclavement, cette distance. A partir des années 1970, l'hôpital a réintégré la ville. Dans le livre « L'hôpital en France : du Moyen-Age à nos jours », les auteurs expliquent cette évolution par la politique d'accès au soin : « la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière était en fait l'aboutissement d'une réflexion menée sur le système de santé depuis les années 1940. Elle mettait en place un service national et en outre sanctionnait l'abandon total de la vocation d'assistance traditionnelle de l'hôpital pour le transformer en centre de soins, de surcroît accessible à tous »⁸. Pour qu'il soit accessible à tous socialement, il faut qu'il le devienne géographiquement.

L'architecture des hôpitaux de ces cinquante dernières années redéfinit les frontières entre la ville et l'hôpital, entre la société et l'hôpital. Par un brouillage du seuil, le regard porté sur le patient est réinterrogé. Le regard engage un sens mais aussi un trait social, à savoir la perception de la société sur le patient. L'impact du travail de l'architecte sur le seuil est à la fois spatial et social. Il interroge l'univers du reclus, la vulnérabilité des individus, dont le rapport à l'intimité est confronté de la plus forte des manières. Ces différentes porosités viennent orienter, redéfinir le regard spatial et social porté sur le malade. Elles interrogent notre relation au corps malade.

Constatant la nouvelle mobilité du corps dans le soin au sein même de

⁸ LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.508

l'hôpital et, parallèlement, cette nouvelle place du soin dans nos sociétés, nous allons nous interroger sur la question du seuil et de son franchissement, de l'espace public vers le soin.

Il nous est apparu essentiel de nous interroger sur la question du seuil et de son franchissement. Le seuil dans sa présence physique autant que symbolique, s'impose en effet doublement depuis l'espace public jusqu'à celui du soin, depuis l'urbain jusqu'à l'intime.

Le sujet nous amène aussi à nous intéresser de facto donc au patient et à son rapport à la ville. Sa vulnérabilité, son intimité et sa place dans la société sont questionnés par une étude du regard porté sur le patient à travers la conception évolutive du seuil. Ce dernier est à la fois le lien entre la ville et l'hôpital et le début du parcours intime du corps fragilisé.

L'hôpital constitue un petit territoire, c'est une « ville dans la ville », tant dans la surface au sol qu'il occupe que dans le nombre de personnes qu'il emploie (personnel médical, personnels administratifs, techniques, ouvriers...) et les flux qu'il génère. A titre d'exemple, l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris est « l'équipement urbain le plus important de la région Parisienne avec celui du Stade de France à Saint Denis puisqu'il représente une surface de 120 000m² SHON et une surface totale de plancher de 172 000m² »⁹. Il est aussi un très grand employeur. D'après les données publiées par l'AP-HP¹⁰, en 2018, 4 195 professionnels étaient au service des patients à l'hôpital Georges Pompidou. Mais alors où commence ce territoire ? Quelles sont ses nouvelles spatialités ? Comment la relation spatiale établie entre le territoire de la ville et celui de l'hôpital joue-t-elle un rôle sur la relation sociale entre la ville et le patient ? Les dispositifs architecturaux mis en place entre ces territoires créent des liens d'une nouvelle nature. Je m'interrogerai sur l'échelle de cette transition assurée par le seuil entre la ville et l'hôpital et le rapport

⁹ BINET J.-L. (2000), *Actes de la journée d'étude Architecture et hôpital [texte imprimé] 14 octobre 1999 Centre hospitalier régional et universitaire Clermont-Ferrand*, Montpeller, Editions de l'Es-pérou, p.15

¹⁰ d'après une publication de l'AP-HP (cf. en annexes).

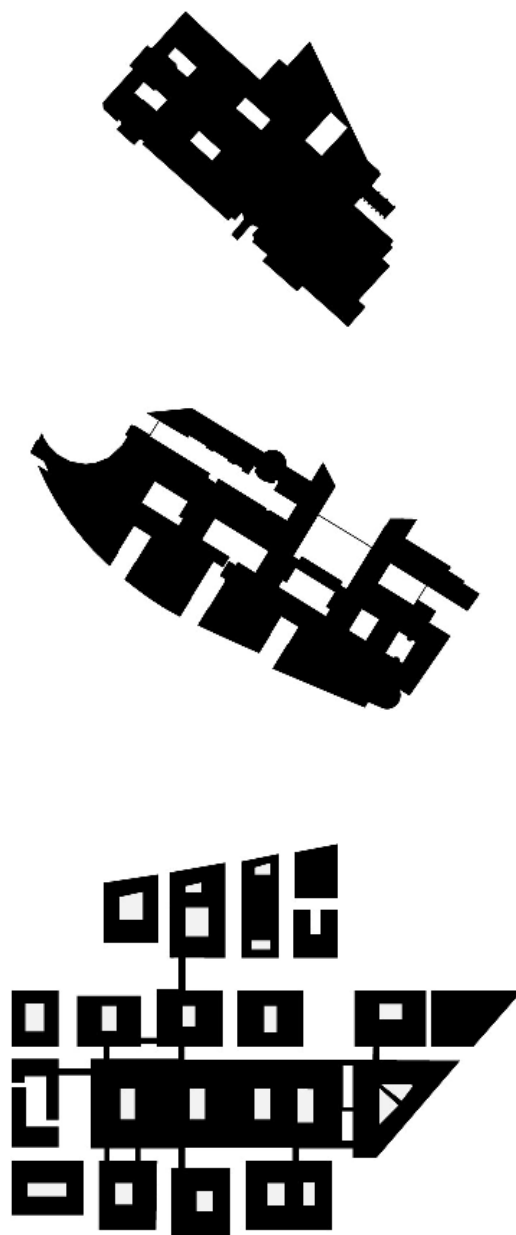
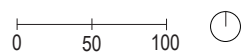


Fig.3 : les différentes empreintes au sol des édifices étudiés

De haut en bas : l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital européen Georges-Pompidou et le futur CHU de Nantes.

document personnel



qu'elle entretient avec l'environnement direct de l'hôpital. Concrètement, la transition ville-hôpital s'effectue à la fois par les systèmes de circulation mais aussi par les différentes séquences franchies de l'extérieur vers l'intérieur, de la ville vers l'intimité du patient. Par l'étude de ces porosités, nous chercherons à comprendre leur impact sur les usages et pratiques de l'hôpital.

A l'issue et sur la base de ces premiers repères historiques et théoriques, nous pourrons alors nous interroger sur la forme que prennent ces seuils et les regards qu'ils fabriquent sur et pour le patient. Comment l'architecte, par son travail sur le seuil, s'immisce-t-il dans la question du regard dans l'hôpital, en croisant celui porté sur le patient, mais aussi celui du patient sur l'espace de soin ? Socialement construit et, c'est à travers l'espace et les formes d'interactions qui s'y déploient que le regard circule et évolue. Ainsi la question de l'espace et les pratiques des acteurs qui y sont cantonnées impactent-elles directement le regard, impliquant de fait le geste de l'architecte sur ce regard. Dans un premier temps, j'aborderai cette problématique en cherchant comment le trouble autour du seuil conçu par l'architecte fabrique une nouvelle place pour l'hôpital. En second lieu, je traiterai du parcours architectural et de l'expérience spatiale des patients dans l'espace de l'hôpital, en m'appuyant sur le seuil des études de cas de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital européen Georges-Pompidou. La troisième partie me permettra de convoquer la transformation du regard porté sur le patient à travers le rôle du seuil et de son brouillage.

MÉTHODOLOGIE ET TERRAIN, MENER UNE ENQUÊTE EN MILIEU HOSPITALIER

Au regard de la problématique, la méthodologie employée prendra appui sur des ouvrages théoriques, des enquêtes de terrain et des entretiens semi directifs.

Le milieu hospitalier s'est avéré être un univers d'accès difficile. J'ai été confrontée aux limites de ce terrain ce qui a engendré quelques déceptions. Cette difficulté entre étonnamment en résonance avec le sujet. Elle révèle une ambivalence entre la protection du corps malade et la supposée «ouverture» du milieu hospitalier.

La crise actuelle du covid-19 a été une première barrière dans l'accès au terrain. Elle crée une protection accrue du milieu médical. Pour limiter la propagation du virus et éviter la contagion, nos rapports avec le monde médical sont restreints. L'institution hospitalière se referme en mettant en place des dispositifs de protection afin de limiter les contacts, rendant l'hôpital plus difficile à approcher.

Par ailleurs, la quête d'entretiens a été un jeu, parfois malheureux, de tâtonnements. Les deux postures, à la fois du patient et du personnel médical convoquent différentes problématiques ayant entravé des réponses favorables pour les entretiens.

Pour les patients, il s'est agi de se confronter à des expériences personnelles, des passages de vies où l'intimité et la vulnérabilité ont été mises à rude épreuve. Tous n'étaient pas prêts à me livrer leur ressenti et à évoquer à nouveau ces étapes de vies parfois douloureuses. Je me suis par exemple vue refuser un entretien car, pour l'amie de la patiente, « elle ne sembl[ait] pas décidée à parler de son expérience hospitalière »¹¹. L'ancienne patiente avec laquelle j'ai réussi à avoir un entretien est une patiente dont les soins s'étaient déroulés il y a plusieurs années. Ces étapes de vie avaient eu le temps de cicatriser et j'ai ressenti chez elle une envie, voire un besoin de communiquer

¹¹ échange SMS avec Sarah, ancienne patiente à l'hôpital Saint Louis et amie d'une patiente de l'hôpital européen Georges Pompidou, en novembre 2021, à la suite de notre entretien.

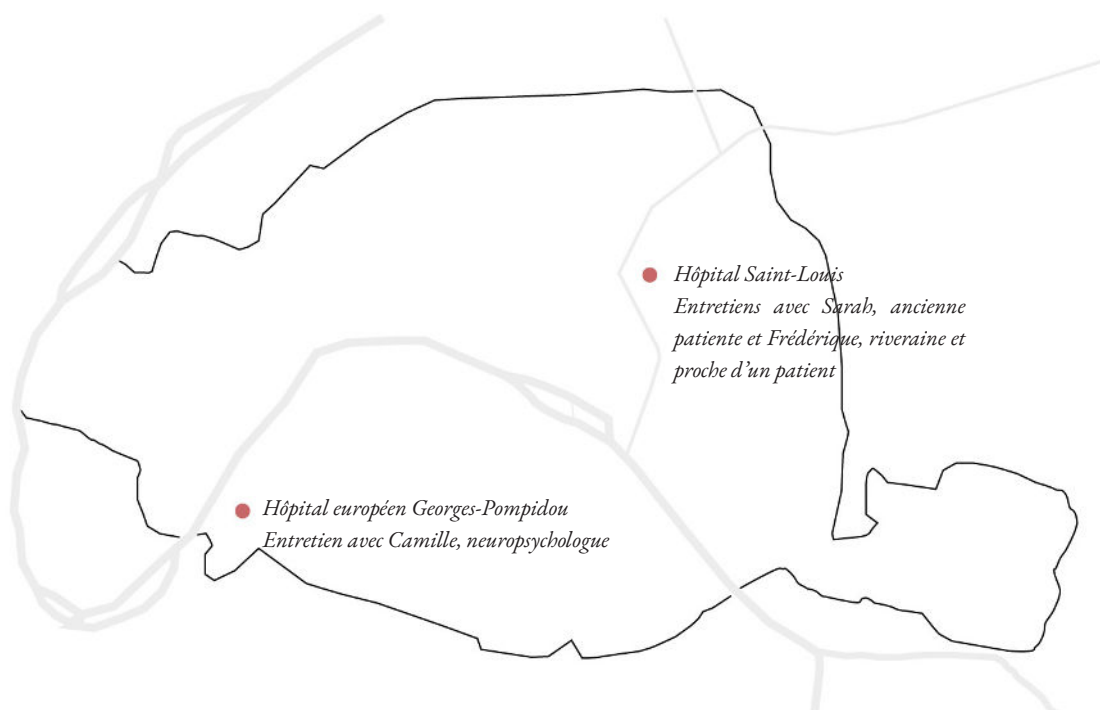
sur son expérience. L'entretien a été le moyen pour elle comme pour moi, de réinterroger les espaces dans lesquels elle avait été soignée et leur impact sur son expérience médicale. Quant au corps médical, il bénéficie d'une grande protection. C'est un microcosme dont l'approche est compliquée. Mis à rude épreuve ces derniers mois, le manque de temps mais aussi le risque de divulgation des informations, ont été les principaux freins à cette enquête. Au début de l'entretien mené avec Camille, neuropsychologue, je lui ai demandé si elle m'autorisait à l'enregistrer. Elle a accepté mais s'est restreinte en exprimant à haute voix « il faut que je fasse attention à ne pas dire de bêtises alors »¹². Malgré mes précisions lui expliquant que cet enregistrement ne serait pas diffusé, elle semblait vouloir contrôler sa parole. Son expérience professionnelle est récente, elle exerce à l'hôpital que depuis deux ans. J'ai eu l'impression que la maîtrise de son expression orale lui permettait d'affirmer, et de ne pas remettre en jeu son statut au sein de l'hôpital. Comme une quête de légitimité de sa posture par l'emploi d'un langage moins familier. A la fin de l'entretien, j'ai senti sa réticence lorsque je lui ai demandé si elle pouvait me permettre de mener d'autres entretiens avec des patient ou du personnel médical. L'ensemble de ces réflexions m'ont permis de saisir le poids qu'exercerait le secret médical sur les entretiens.

Le choix des études de cas spécifiques a aussi limité l'enquête de terrain : il s'agissait d'interroger des personnes ayant pratiqué les deux études de cas des hôpitaux parisiens choisis. En mobilisant des contacts, j'ai réussi à obtenir trois entretiens : le premier avec Camille¹³, neuropsychologue depuis deux ans à l'hôpital européen Georges-Pompidou, le second avec Sarah, patiente il y a neuf ans à l'hôpital Saint-Louis et le dernier avec Frédérique, riveraine et proche d'un ancien patient de l'hôpital Saint-Louis.

¹² entretien avec Camille, neuropsychologue à l'hôpital européen Georges Pompidou (cf. en annexes)

¹³ pour des raisons de confidentialité, l'ensemble des prénoms de personnes interrogées ont été modifiés

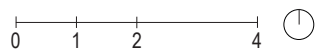
J'ai choisi de m'appuyer sur trois études de cas. Le choix s'est porté sur des hôpitaux construits depuis les années 1970, à partir desquelles l'hôpital a été de nouveau inclus dans la ville. Ce sont des hôpitaux conçus à trois temps différents de l'histoire. Ils sont le reflet de l'évolution de la conception du seuil et donnent lieu à différentes interrogations à travers le temps. Il s'agit d'étudier des hôpitaux citadins, le regard y étant directement confronté par sa proximité. Ils apportent chacun une relation nouvelle à la ville. Le premier hôpital étudié est le nouvel hôpital Saint-Louis construit en deux temps à partir de 1981 par Daniel Badani et Pierre Roux-Dorlut. Le premier bâtiment est construit en 1611 en dehors des remparts de Paris pour y juguler les maladies contagieuses. En 1981, il est décidé de construire le nouvel hôpital Saint-Louis dans lequel seront transférés tous les soins de l'ancien hôpital. Le nouveau bâtiment s'installe en face de l'ancien hôpital, dans les anciens jardins situés à l'est. Le nouveau bâtiment est conçu en relation avec l'hôpital et la ville existante. Les architectes dessinent un hôpital qui s'ouvre sur une nouvelle rue publique permettant une continuité du parcours urbain. La seconde étude de cas concerne l'hôpital européen Georges-Pompidou, construit en 2000 par Aymeric Zublena. L'architecte s'inscrit dans un héritage du travail de Pierre Riboulet à l'hôpital Robert Debré par la conception d'une rue interne traversant l'hôpital. A l'hôpital Georges-Pompidou, l'architecte cherche à faire pénétrer la ville dans l'hôpital par une galerie urbaine reliant deux pôles de la ville. Il est le marqueur d'une nouvelle perception de l'hôpital. La dernière étude de cas me permettra d'ouvrir sur l'évolution de la conception des hôpitaux. Elle porte sur le centre hospitalier universitaire de Nantes réalisé par l'agence ArtBuild, et dont la livraison est prévue pour 2026. L'hôpital satellitaire s'insère dans la ville. Ce n'est plus la ville dans l'hôpital mais l'hôpital dans la ville. Par cette conception les architectes semblent donner une solution à la pratique de plus en plus ambulatoire de l'hôpital. Elle sera aussi l'occasion de poursuivre la réflexion sur cette nouvelle pratique et son impact sur le malade et son lien à la ville.



*Fig. 4 : plan de Paris, situation de l'hôpital Saint-Louis européen Georges-Pompidou intramuros
document personnel*



*Fig.5 : plan de Nantes, situation du futur CHU
sur l'île de Nantes
document personnel*



PREMIÈRE PARTIE

LE TROUBLE AUTOUR DE LA
QUESTION DU SEUIL : REPENSER LA
PLACE DE L'HÔPITAL DANS LA VILLE

PRÉAMBULE

L'hôpital est le reflet des transformations de nos sociétés. Sa conception évolue au gré de la médecine et des politiques de santé publique. Ces dernières années, une nouvelle place pour le corps en souffrance se dessine dans nos sociétés, vers un dialogue plus fort, une résonance nouvelle. L'hôpital n'est plus un objet architectural distancé de nos villes. La quête d'une enveloppe protectrice pour le corps en souffrance se conjugue avec le redimensionnement de son lien avec la cité. Je m'attacherai dans cette partie à discerner comment l'évolution du lien entre la ville et l'hôpital a permis de repenser la place de l'hôpital dans la ville.

LA PRÉSENCE D'UNE INSTITUTION HOSPITALIÈRE DANS LE TISSU URBAIN, DES SUTURES REVISITÉES ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

Des sutures revisitées avec la ville à travers l'exemple de la conception à deux périodes de l'architecture hospitalière de l'hôpital Saint-Louis

L'hôpital Saint-Louis constitue un exemple de revisite des relations entre la ville et l'hôpital. Alors qu'une rupture avait été établie entre les deux territoires pendant des siècles, impliquant des pratiques distancées, fracturées, entre la ville et l'hôpital, l'évolution du soin tend des liens avec la ville. A la façon d'un acte chirurgical, la « réunion à l'aide de fils, de[s] deux parties divisées »¹⁴ a été mise en place. Ces points de sutures visent à rapprocher les territoires. Ils structurent la relation au seuil depuis les années 1970. Construit en deux temps, il révèle l'évolution de la conception du franchissement du seuil entre la ville et l'hôpital, depuis l'étanchéité à l'encontre de la ville, vers sa perméabilité.

En 1606, suite aux nombreuses épidémies successives de peste qui touchent la France, les capacités d'accueil de l'Hôtel Dieu de Paris sont insuffisantes. Henri IV, par l'édit du 16 mai 1607, ordonne la construction d'un nouvel hôpital : la maison de santé Saint-Louis. Son nom fait hommage à Louis IX, mort de la peste en 1270 lors d'une croisade. L'hôpital est construit à l'extérieur des enceintes de Paris, afin d'y contenir les malades contagieux. Il s'établit sur un terrain vierge appartenant à l'Hôtel Dieu, sur le chemin de la Porte du Temple, au milieu de champs. La construction est menée par Claude Vellefaux, maître maçon, selon les plans de Claude Chastillon, architecte, ingénieur et topographe du roi. La première pierre est posée en 1607 et la construction s'achève en 1612¹⁵.

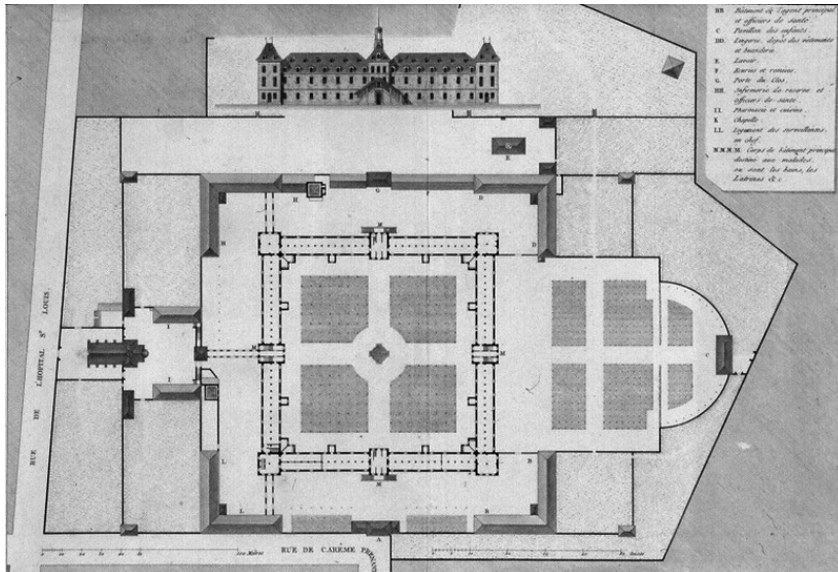
L'intention de construire un bâtiment pour contenir les malades contagieux se concrétise dans le plan de l'hôpital : les bâtiments forment une double

¹⁴ Le Petit Robert. (1989) Suture. Dans *Le Robert*

¹⁵ FAURE P. (1999) « L'histoire de l'hôpital Saint-Louis à travers l'histoire de ses bâtiments ». *Revue d'histoire de la pharmacie 87ème année*, n°324, pp. 443-448



*Fig.6 : au premier plan l'hôpital Saint-Louis, au loin de Paris au second plan, non daté
source : APHP*



*Fig.7 : plan historique de l'hôpital, non daté
source : APHP*

enceinte protégeant les champs environnant des contagieux. Un premier quadrilatère fermé se dessine autour d'une cour centrale. Le plan de ce premier bâtiment est semblable à celui d'un couvent, organisé autour d'une cour carrée de 120m². L'héritage architectural de la Réforme catholique y est lisible. Les façades des quatre pavillons encadrant la cour sont percées en leur milieu permettant le lien entre le jardin central et le « chemin de ronde »¹⁶ hors du quadrilatère. Ces passages sont refermés par des grilles assurant l'enfermement des malades. Le quadrilatère central est couronné par quatre bâtiments en équerres, doublant la protection. Ce premier hôpital est conçu pour mettre en quarantaine les malades contagieux, les isoler et ainsi protéger la ville de risques d'épidémies. La délimitation du site est clairement établie par de murs hauts en pierre. Au cours du XX^{ème}, plusieurs des bâtiments de cette partie ancienne de l'hôpital Saint-Louis sont protégés au titre de monuments historiques.

En 1974, l'hôpital n'a plus de surface suffisante pour accueillir les malades. Depuis sa construction, Paris s'est étendu et l'hôpital se trouve au cœur d'un tissu urbain dense. Les architectes Daniel Baldani et Pierre Roux-Dorlut sont en charge de construire le nouveau CHU dans lequel seront transférés tous les soins de l'ancien hôpital. Le bâtiment est construit en deux phases, terminées respectivement en 1984 et 1989. Le nouveau bâtiment s'installe en face de l'ancien hôpital, dans les anciens jardins situés à l'est du site. L'hôpital s'organise en deux blocs : une galette de deux étages sur laquelle sont posés six plots. Cette organisation permet de distinguer les services médico-techniques et administratifs, dans la galette, et les chambres, dans les plots.¹⁷ Le bâtiment est construit en dessous du niveau de la ville. Il s'encaisse dans le terrain pour ne pas s'imposer visuellement face à l'ancien hôpital. La galette d'accueil du rez-de-chaussée est encaissée alors que les plots des chambres sont en relation directe avec les rues environnantes. Pour desservir l'entrée du nouvel

¹⁶ FAURE P. *op. cit.*, p.445

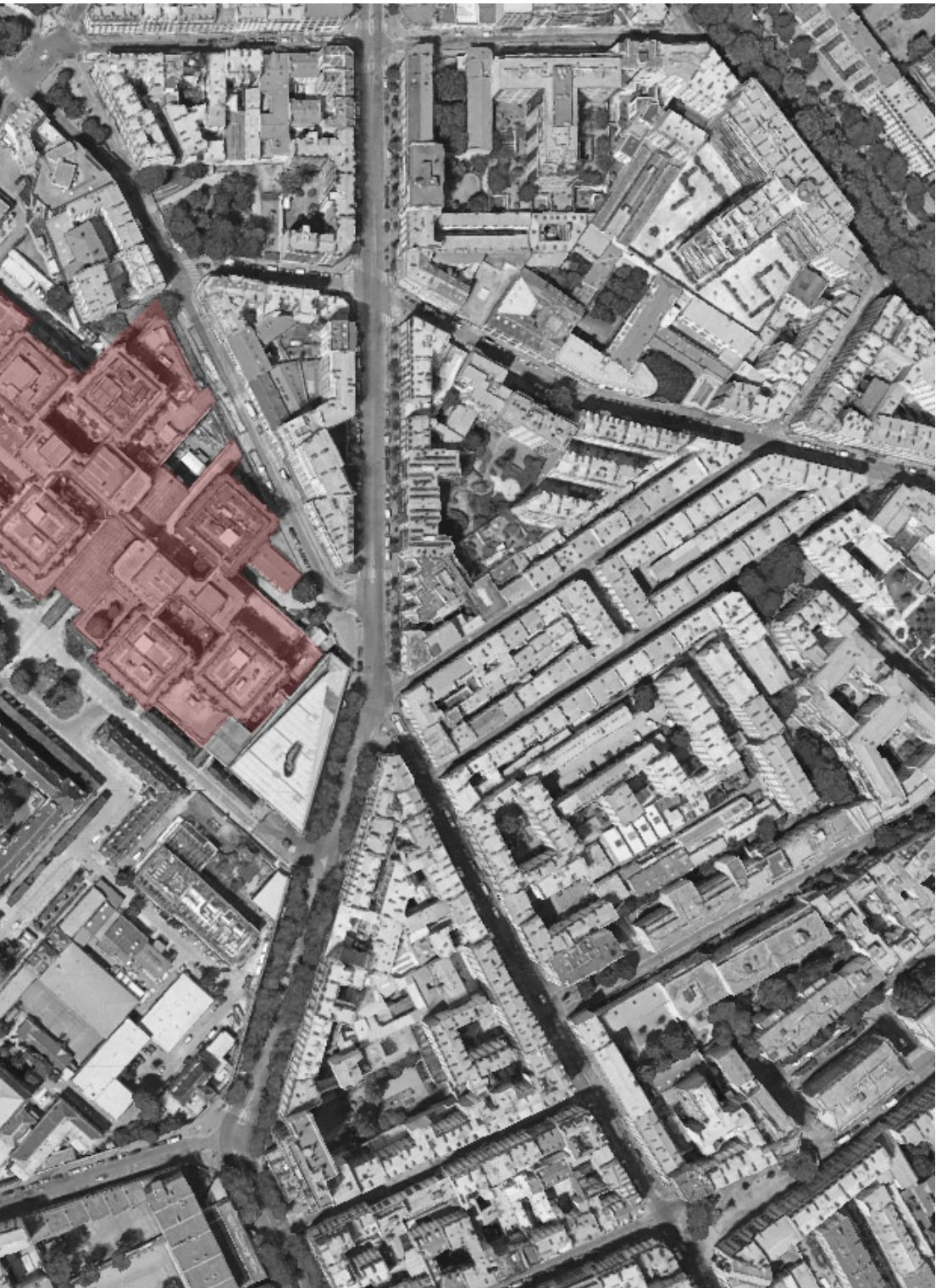
¹⁷ *ibid.*

hôpital, les architectes choisissent de créer un nouvel axe public venant séparer l'ancien hôpital du nouveau. Il répond aux nécessités fonctionnelles d'entrées et sorties des patients, mais son accessibilité publique permet aussi un nouveau rapport à l'urbain.

L'axe public démarre Avenue Claude Vellefaux, il s'étend le long de la façade ouest de l'hôpital moderne et abouti rue de la Grange aux Belles. L'entrée principale de l'hôpital se situe Claude Vellefaux, au début de la voie. Elle permet aux piétons et voiture d'accéder à l'hôpital. Elle est l'unique entrée pour les véhicules. La zone est très bruyante, noyée dans un flux continu de piétons et de véhicules. Au niveau de l'entrée, la végétation de la voirie est interrompue, venant mettre en évidence l'entrée pavée. Le premier franchissement distinguant l'hôpital de la ville est délimité par une succession de dispositifs architecturaux, matériels ou humains : grilles, portail, barrière automatique, travail du sol, agents de sécurité. Cette séquence s'étale sur une dizaine de mètres. Néanmoins aucun de ces dispositifs ne bloque totalement le regard. Ils permettent tous d'entrevoir et de saisir la suite de la perspective. Ils laissent la vue dégagée. Sur cet axe, le parcours est le même pour le personnel médical, les malades et les visiteurs. Tous sont confondus. L'entrée semble être filtrée par l'ensemble de ces systèmes qui renvoient à l'idée de protection, de sécurité, pourtant l'hôpital reste accessible à tous, hormis les véhicules filtrés par un agent de sécurité et une barrière automatique. Il s'agit donc de «filtres visuels», la limite dans le parcours est suggérée. Il y a un brouillage du franchissement par l'ensemble de ces dispositifs. Un paradoxe naît entre l'ensemble de ces éléments suggérant la protection, et par ailleurs l'ouverture sur cette grande percée traversant longitudinalement l'hôpital accessible à tous. La suite du parcours menant à l'hôpital suit une pente, la voie descendant vers l'entrée principale. Le parcours piéton est délimité de celui des véhicules par du mobilier urbain bas. Le parcours véhicule interfère quant à lui entre le parcours piéton et l'hôpital, créant une distance entre les usagers. La fin de la pente aboutie sur une petite place, face aux portes d'entrée de l'hôpital. L'entrée de l'hôpital est dans une cuve. Le regard depuis



*Fig.8 : l'hôpital Saint-Louis au sein du tissu urbain, ouverture d'un nouvel axe public
source : document personnel à partir de google Earth*



le premier seuil, celui de l'avenue, est guidé vers le fond de perspective. Au contraire les regards depuis la place de l'entrée sont orientés par la pente vers le haut. L'hôpital et ses usagers sont distancés de la ville par la pente. Le bâtiment de l'hôpital n'interfère pas dans cette perspective, il est hors champ, comme s'il n'existait pas. Ce sont les usagers qui le font exister par leur parcours. Ce nouvel axe public créé une proximité nouvelle proximité entre le patient et la ville.

Des situations quotidiennes à l'hôpital Saint-Louis révélatrices du brouillage du seuil

Lors de l'enquête de terrain à l'hôpital Saint-Louis, différentes situations ont interpellé mon attention. Elles me permettent de décrire cette nouvelle proximité qui s'est créée entre le patient et la ville, en partie autour de l'axe public urbain traversant le site de l'hôpital Saint-Louis. J'ai pu constater que certains usagers continuaient d'utiliser le matériel médical hors du bâtiment même de l'hôpital. Le matériel n'était plus uniquement dans le bâtiment de l'hôpital mais aussi à l'extérieur, sur le site public, accessible à tous. Par exemple des patients, équipés de leur pied à perfusion, s'étaient installés sur le parvis public devant l'hôpital. Sur un banc de la place, face à l'entrée, ils profitaient d'une pause à l'extérieur, alors visibles aux yeux des passants. Ensuite, en me dirigeant vers la sortie du site, en empruntant l'axe public, je suivais de près une femme. Nous croisons toutes deux une personne qui entrait. Elle interrompt la jeune femme et lui signale « vous avez oublié d'enlever vos sur-chaussures »¹⁸. Je ne m'en étais moi-même pas rendue compte, elle s'apprêtait à regagner la ville en sur-chaussures médicales. Le matériel propre à l'univers médical, se retrouvait « délocalisé », hors des

¹⁸ échange saisi lors de l'enquête de terrain



*Fig. 9 : le premier franchissement vers l'axe public, sous-entendant une transition
photo personnelle*

murs du bâtiment de l'hôpital.

Au cours de mon entretien avec Sarah, ancienne patiente à l'hôpital Saint-Louis pour des séances de radiothérapie, je lui demandais de me décrire le moment à partir duquel elle se sentait à l'hôpital. Elle m'expliquait : « moi j'avais l'impression de rentrer à l'hôpital quand je rentrais dans le pavillon neuf, pas quand j'étais aux barrières extérieures de cette enceinte. [...] Je rentrais vraiment dans l'hôpital quand je passais les portes vitrées du bâtiment récent. »¹⁹.

Je l'interrogeais ensuite sur les différentes séquences de son parcours à l'hôpital. Elle me dessine son parcours depuis la ville vers l'hôpital. Je repère qu'elle inscrit « entrée » au niveau des « barrières extérieures » de l'avenue Claude Vellefaux et non plus aux portes d'entrées de l'hôpital, comme elle me l'avait d'abord décrit. Je l'interroge alors : « pourtant sur votre dessin c'est devant l'Avenue Claude Vellefaux que vous avez écrit « entrée » ». Elle me répond : « oui [marque un temps d'arrêt] oui oui on est d'accord. C'est à dire que là, j'y suis retournée la semaine dernière pour mon mari et à ce niveau-là, il y a des agents qui vérifient vos pass sanitaires. Et je me souviens que quand je venais pour moi, il y avait déjà des vigiles qui étaient là, on devait être en risque attentat ou un truc comme ça. Donc il y avait quand même déjà une première barrière. »²⁰.

Alors que Sarah commençait par m'indiquer la zone de franchissement entre l'extérieur et l'intérieur, au niveau des portes d'entrée, comme l'entrée de l'hôpital, petit à petit son discours a évolué. En me retraçant l'ensemble de son parcours, la définition de la transition entre la ville et l'hôpital s'est étendue. Le début de l'axe public constitue un premier franchissement et le début de son parcours hospitalier. Ce brouillage offre une nouvelle relation avec la

¹⁹ lors de l'entretien avec Sarah (cf. entretien en annexes)

²⁰ *idem*.

ville, les frontières entre la ville et l'hôpital sont flottantes, l'univers médical s'étale. Ces anecdotes révèlent un brouillage du lien entre la ville et l'hôpital. Désormais le franchissement ne se définit plus par une jonction entre l'intérieur et l'extérieur. La disparition des murs d'enceinte encadrant l'hôpital définit de nouveaux rapports avec la ville. Il n'existe plus de limites clairement établies déterminant un franchissement précis. Cette séquence s'étend. Ainsi pourquoi est-ce que certains usagers sortent du bâtiment de l'hôpital encore équipés de matériels ? Quels sont les éléments qui permettent cette dilatation, ce brouillage ? Comment définir cet espace de transition ?

A travers le cas de l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu observer une revisite des sutures entre la ville et l'hôpital. Cette première évolution de la transition entre deux espaces m'amène à chercher à préciser cette zone constitutive du brouillage entre la ville et l'hôpital grâce à la définition du seuil.

Le seuil plutôt que la limite ? Définition des termes

Au cours de ce mémoire, je m'attache à utiliser le terme de « seuil » plutôt que de « limite » entre la ville et l'hôpital, une définition des termes me permet d'explicitier ce choix.

D'après le CNRTL, la limite est une « ligne qui détermine une étendue, une chose ayant un développement spatial ; ligne qui sépare deux étendues »²¹. La définition évoque une ligne. Le terme de « ligne » insinue une limite visible, déterminée à un endroit spécifique. En introduisant le terme de « séparation », le CNRTL définit la limite comme un élément distinguant deux espaces. La limite serait un franchissement précis.

²¹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). Limite. Dans *CNRTL*

Toujours selon le CNRTL le seuil signifie « entrer ou sortir. Début, commencement, entrée dans une période nouvelle. Limite marquant un passage vers un autre état, entrée dans une situation nouvelle »²². Ici la définition du seuil suggère l'idée de progression dans le franchissement, mais surtout le passage vers un autre état. Alors que la définition de la limite part du constat qu'elle serait visible, celle du seuil semble suggérer la transition d'un état vers l'autre. Le seuil laisse sous-entendre le passage entre deux territoires, le déplacement d'un monde à l'autre. Le seuil serait donc une forme de limite, mais une limite instable, flottante. Ou bien la limite serait une forme de seuil, plus statique.

Nous précisons cette notion en nous intéressant aux définitions de géographes, venant la spécifier spatialement. Selon le dictionnaire de la géographie, le seuil est un « espace d'étendue restreinte qui établit un lien entre deux espaces topographiquement contigus mais topologiquement disjoints »²³. Les géographes intègrent la notion d'espace et de son étendue à la définition du seuil. Ils font du seuil une zone de jonction et non de rupture. Ils poursuivent en précisant « bien que des progrès considérables rentent à faire pour rapprocher quantitatif et qualitatif, la notion de seuil est de celles qui permettent le passage »²⁴. Le seuil articule des espaces entre eux. Il fait naître une « interspatialité », c'est à dire l'« interaction entre des espaces ».

Il faut donc distinguer le seuil de la limite. Le seuil est une zone participant au passage d'un état à un autre par le flux qu'elle génère. Le seuil est l'entre deux, l'évolution entre deux territoires, une zone articulée par un ensemble de dispositifs. C'est une « zone formée par des tectoniques précises qui s'articulent » explicite Donato Severo dans le podcast « L'Hôpital et la

²² Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). Seuil. Dans CNRTL)

²³ LEVY J. et LUSSAULT M. (sous la direction de)(2013), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, p.836

²⁴ *idem*.

Ville : nouvelle condition urbaine ? »²⁵. Dans le cas de l'hôpital, ces tectoniques font la relation avec la ville. Le seuil suggère une transition. Il engage un ressenti physique et spatial.

Ce choix de terminologie raisonne avec l'évolution des rapports entre la ville et l'hôpital. L'idée d'une ligne spécifique limitant un champ et l'autre tend à disparaître. Le terme de « limite » viendrait cloisonner un hôpital qui l'est de moins en moins, comme nous l'avons vu à travers l'exemple de l'hôpital Saint-Louis. Les rapports entre la ville et l'hôpital cumulent une succession de franchissements définissant la transition entre ces espaces. Il s'agit de l'ensemble des porosités constituant le rapport entre ces deux territoires : l'hôpital et la ville.

A travers les termes utilisés dans les deux définitions du CNRTL et du Dictionnaire de l'architecture, l'ambivalence dans le principe du seuil est révélée, entre « limiter » et « lier » des espaces.

Un continuum spatial en contradiction avec le tissu urbain existant à l'hôpital Saint-Louis : vers la rue hospitalière ?

Pour la conception du nouvel hôpital Saint-Louis, les architectes choisissent de créer un axe public proposant un nouveau parcours urbain. L'axe suit longitudinalement l'hôpital. Il débouche de part et d'autre sur des perspectives fermées par l'implantation du bâti existant. Il permet d'accéder à l'entrée de l'hôpital, en deçà du niveau de la rue.

Le choix de cette topographie coupe l'entrée, lieu d'accueil et d'ultime

²⁵ LEMOINE B., SEVERO D., *op. cit.*

jonction intérieure/extérieure, de toute relation visuelle avec la ville. Le nouveau parcours qu'il propose s'insère en contradiction avec les parcours du tissu urbain existant. Créer un nouvel axe en rupture avec les parcours urbains existants vient créer une ambiguïté dans l'usage de cet axe. Pourtant public, il s'oppose à cet usage en le scindant de la logique de la ville. Alors que les architectes proposaient de lier l'hôpital à la ville, ils s'en distancent dans l'aboutissement de leur conception. La volonté initiale de l'architecte est contredite par l'usage qu'elle propose.

Cette fracture dans les parcours urbains donne-t-elle lieu à une fracture entre le patient et la ville ? Comment se manifeste cette fracture des parcours urbains dans la relation entre la ville et le patient ? Comment cette relation non aboutie avec la ville évolue dans de nouvelles conceptions ? L'axe public proposé à l'hôpital Saint-Louis ne suffit pas au continuum spatial et social entre la ville et l'hôpital. Le développement suivant propose une étude de l'évolution de cette conception du continuum entre la ville et l'hôpital, à travers le concept de la rue hospitalière.



*Fig.10 : plan schématique du nouvel axe public, aboutissant sur du bâti
source : document personnel à partir de carte cadmapper*



LA RUE INTÉRIEURE, UN DISPOSITIF CONSTITUTIF DE LA PERMÉABILITÉ DE L'HÔPITAL AVEC LA VILLE

L'histoire de l'architecture hospitalière comme modèle de la perméabilité de l'hôpital avec la ville

L'histoire de l'architecture hospitalière nous offre des modèles pour repenser le lien entre hôpital et ville. La pensée prégnante de la relation entre la ville et l'hôpital hérite de la conception des hôpitaux, notamment italiens, de la Renaissance. Au XV^{ème} siècle, l'Italie connaît un essor d'activités commerciales. Il engendre un développement florissant des villes. Les villes italiennes se font concurrence et se démarquent par la valorisation de leurs édifices publics. Les hospices s'agrandissent et prennent de l'ampleur. Ils deviennent des édifices publics importants, constitutifs de la ville ²⁶. A ce titre, John Henderson décrit cette nouvelle visibilité des hôpitaux : « De plus, un élément fondamental de ce système [urbain] était l'hôpital, dont le rôle devenait concret et visible à travers les impressionnantes nouvelles structures qui devinrent une part incroyablement visible du paysage urbain » ²⁷.

Dans le podcast « L'Hôpital et la Ville : une nouvelle condition urbaine ? » ²⁸ réalisé par Groupe 6, Donato Severo nous éclaire sur la façon dont les hôpitaux italiens de la Renaissance ont été un appui pour repenser le continuum spatial entre la ville et l'hôpital.

L'hôpital italien de la Renaissance caractérise son rapport à la ville selon trois éléments importants. Le premier est l'intégration des activités citadines

²⁶ LAFONT. (2017) *Du caractère thérapeutique de l'architecture : l'empathie esthétique dans le cadre hospitalier : Analyse de l'Hôpital des Innocents, Filippo Brunelleschi, Florence*, Paris, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine, p.35

²⁷ HENDERSON J. (2006), *The Renaissance Hospital, Healing the Body and Healing the Soul*, Yale University Press, p.71

Traduit de l'anglais : « Furthermore, a fundamental element of this system was the hospital, whose role was made concrete and visible through the impressive new structures that became an increasingly visible part of the urban landscape »

²⁸ LEMOINE B., SEVERO D., *op. cit.*

l'hôpital. L'hôpital, à la Renaissance, laisse place au soin et à l'assistance des nécessiteux, mais aussi aux commerces et au travail artistique. Le second élément est l'intégration de l'espace public de la ville à l'espace de soin. La pluralité de ces activités font de l'hôpital un lieu ouvert. Le troisième élément est constitué par l'ensemble des dispositifs permettant la transition entre la ville, c'est à dire entre l'espace de la rue, ou de la place publique, et l'hôpital. Un certain nombre de dispositifs permettent cette relation : les loggias urbaines, le patio, le cloître... Ce sont un ensemble de systèmes de seuil qui permettent la transition douce entre la ville et l'hôpital.

L'exemple de l'Hôpital des Innocents, à Florence, permet de saisir cette relation tissée par l'hôpital avec l'espace public. Commandé en 1419, il sera achevé en 1445 par Filippo Brunelleschi. A cette période, l'hôpital étant considéré comme un hospice, il permet de recueillir les démunis. Ici, l'Hôpital des Innocents est destiné à accueillir les orphelins. A ce titre, il est le premier orphelinat d'Europe. L'hôpital s'installe sur une place publique, la place de l'Annonciation. Il est composé de deux cloîtres : l'un pour les hommes et le second pour les femmes ²⁹. Je souhaite ici m'intéresser à l'enchaînement des dispositifs constitutifs du seuil de l'hôpital, de la transition douce évoquée précédemment. L'architecte s'inspire des places à portiques pour le dessin de la façade de l'hôpital. Il esquisse une loggia longue de plus de cinquante mètres s'ouvrant sur la place de l'Annonciation. La longue galerie se distingue de la place en étant soulevée par quelques marches longeant toute la loggia. Composée de neuf arcades, la loggia permet d'intégrer l'entrée de l'hôpital. C'est sous la cinquième arcade que se positionne l'entrée. Elle débouche ensuite sur la cour centrale de l'hôpital, qui dessert la chapelle de l'hôpital et le dortoir principal. Cette loggia urbaine permet l'évolution depuis la place publique vers la cour intérieure de l'hôpital. Le dessin ouvert de la loggia sur la place publique en fait un espace d'accueil, accessible à tous. Elle offre une

²⁹ LAFONT. (2017) *op. cit.*

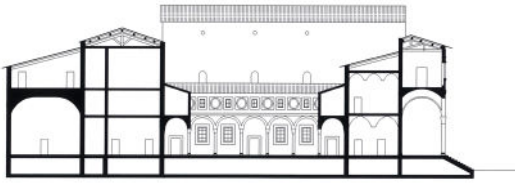


Fig.11 : coupe de la loggia urbaine ouverte sur la place publique
source : LAFONT. (2017) op. cit., p.50

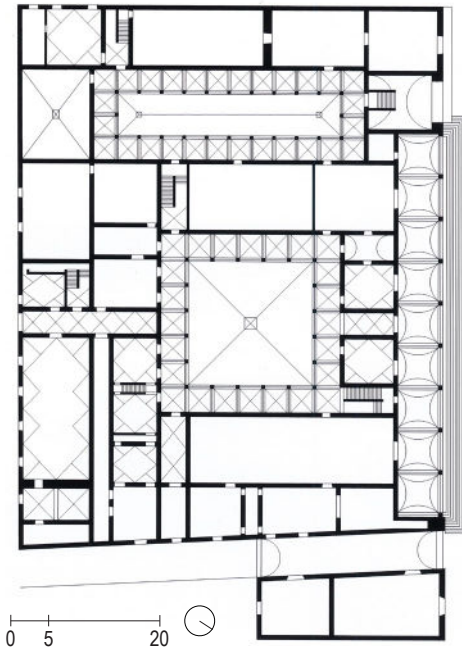


Fig.12 : plan de rez-de-cbaussée de l'orphalinat, succession d'espaces publics de transition
source : *ibid.*, p. 52

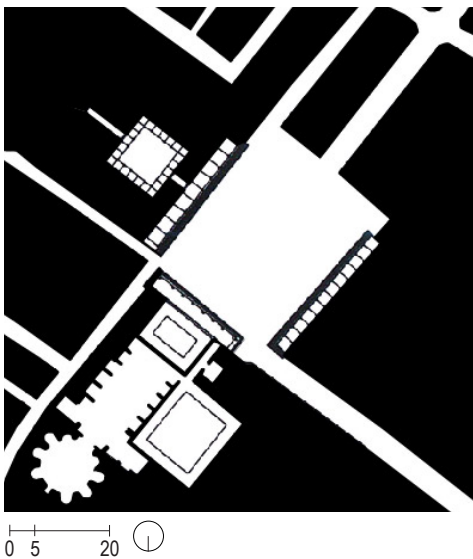


Fig.13 : plan de Nolly de la place de l'Annonciation, pleins et vides, l'hôpital comme espace public
source : adpatation personnelle d'un plan dans *ibid.*, p.70

relation privilégiée entre la ville et l'hôpital. Le système de seuil qui permet la transition douce entre la ville et l'hôpital est un symbole de l'espace public à la vulnérabilité de l'hôpital. Le bâtiment de l'hôpital propose un dispositif s'ouvrant sur la ville, il vient chercher, il accueille le public. Par ailleurs le style architectural de la façade de l'hôpital va inspirer le ton des autres édifices de la place publique. L'église de l'Annonciation puis la confrérie des Serviteurs de Marie, construits quelques années plus tard, adopteront le même système de loggia dessinée par Brunelleschi, proposant une continuité architecturale à la place. Ce dessin de la loggia, inspirant les prochains édifices publics de la place, donne un caractère d'autant plus public à l'hôpital. L'ensemble de ces éléments font de l'Hôpital des Innocents un bâtiment à la limite entre l'hospice religieux et l'édifice public.

L'hôpital islamique a lui aussi offert des modèles à l'architecture hospitalière. Reinier de Graaf, architecte associé au sein de l'agence OMA, développe : « dans le monde islamique, de nombreux hôpitaux étaient également des fermes. C'étaient aussi des lieux où l'on jouait de la musique, où toutes sortes d'activités avaient lieu. »³⁰. Ainsi présenté, l'hôpital, dans le monde islamique, n'est pas un élément isolé historiquement. Il participe à la ville, interfère avec elle. Il constitue une extension de la ville par l'offre programmatique qu'il propose.

L'intégration de l'hôpital à la ville est donc une pensée très forte dans l'histoire de l'architecture hospitalière. Elle prend racine à la Renaissance, en Italie. A cette époque l'hôpital interfère avec la ville, non seulement par les activités qu'il propose mais aussi par les dispositifs mis en place. Ils permettent de créer des porosités entre la ville et l'hôpital. L'hôpital et la ville se lient. Parallèlement, dans le monde islamique, l'hôpital nous offre d'autres

³⁰ REGNIER I. (2020, mai), « Quelle architecture pour l'hôpital de demain ? », *Le Monde* [en ligne], https://www.lemonde.fr/culture/article/2020/05/14/quelle-architecture-pour-l-hopital-de-demain_6039617_3246.html

modèles d'intégration des activités publiques à l'hôpital.

Ce point historique démontre le renouvellement de l'architecture hospitalière et de ses questionnements. Les problématiques de la relation entre la ville et l'hôpital s'inspirent de modèles anciens. L'intégration de la ville à l'hôpital se fait par un certain nombre de dispositifs offrant une possibilité de renouvellement de ce lien.

A partir des années 1980, Pierre Riboulet repense l'hôpital en mettant en place le dispositif la rue interne. Il poursuit et renouvelle la capacité d'intégration de l'hôpital à la ville.

Pierre Riboulet, pionnier du dispositif de la rue hospitalière à l'hôpital Robert Debré

En mai 1980, un concours est lancé pour la construction de l'hôpital universitaire Robert Debré pour la mère et l'enfant. Le terrain de 37 000m² se situe dans le 19^{ème} arrondissement, aux portes de Paris. Il est entouré au nord par le boulevard périphérique et au sud par le boulevard Serrurier. Le projet de Pierre Riboulet est retenu à l'unanimité. Il s'agit de son premier projet personnel. Le chantier démarre en 1982 et l'hôpital sera inauguré en 1988 ³¹.

Les années 1980 marquent un changement dans la conception des hôpitaux, vers l'abandon des hôpitaux standardisés. La typologie de socle tour des hôpitaux est peu à peu remplacée. Elle disparaît au profit d'hôpitaux

³¹ BLAIN C. (2004), « Hôpital pour enfants Robert-Debré », in Blain, *Pierre Riboulet, de la légitimité des formes*, Le Moniteur, Monographie d'architecture, 2004, pp. 29-37

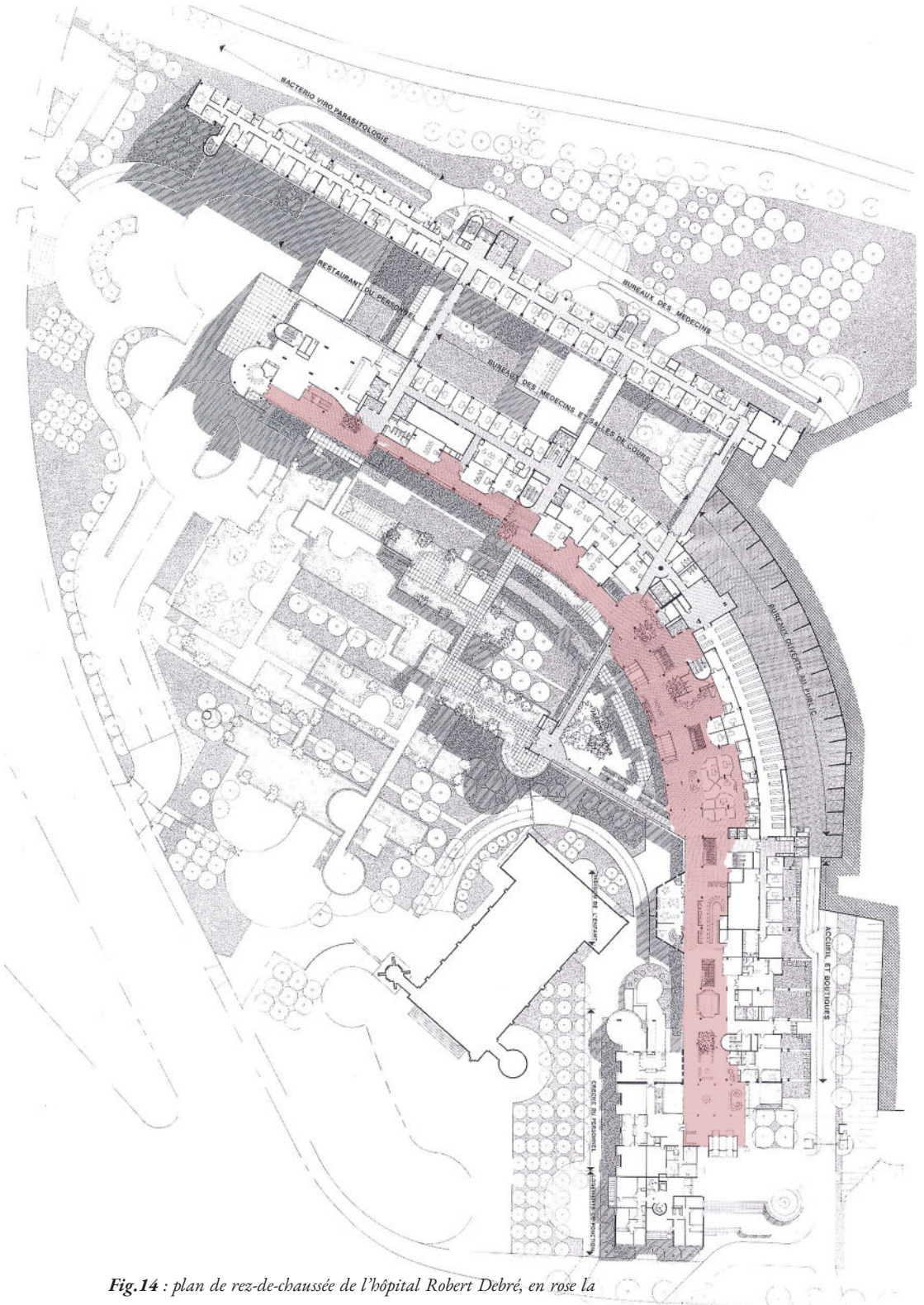
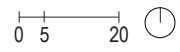


Fig.14 : plan de rez-de-chaussée de l'hôpital Robert Debré, en rose la rue intérieure

source : FERMAND C., op.cit. p.82



plus urbains. Désormais, l'architecte veille à adapter chaque site à son environnement. Il tente de concilier fonctionnalité et humanisation de l'hôpital. Sur un terrain avec une forte déclivité, Riboulet dessine un édifice horizontal qui suit doucement le dénivellement, et s'ouvre sur la ville. Un premier long bâtiment courbe, à étages en gradins, suit le terrain ; il est relié à un second bâtiment rectiligne. L'édifice de 80 000m² se glisse entre le périphérique et les boulevards des maréchaux.

A propos de l'intégration urbaine de l'hôpital, l'architecte Pierre Riboulet décrit dans la monographie que lui consacre *Le Moniteur* : « il y avait lieu de s'interroger sur les rapports de l'hôpital et de la ville aujourd'hui, de faire émerger sinon un nouveau type d'organisation, du moins une nouvelle façon de penser et de conduire le processus créateur d'un ensemble tel que celui-ci »³². De mai à octobre 1980, pendant la préparation du concours pour l'hôpital Robert Debré, l'architecte tient le journal de son travail. Il y décrit l'évolution du processus de conception de l'hôpital, le cheminement de sa pensée. Il publiera son journal de conception, « Naissance d'un hôpital », en 1989. L'ouvrage permet de découvrir sa proposition de prolonger la ville dans l'hôpital, en organisant tous les services le long d'une vaste rue intérieure, portant le nom de « rue hospitalière »³³. L'architecte narre cette transition douce qu'offre la rue hospitalière : « on doit entrer dans la galerie naturellement, sans s'en apercevoir [...] Il ne faut pas faire là un édifice »³⁴.

Traversant de part en part l'hôpital, la rue intérieure dessert l'ensemble de l'hôpital par les circulations verticales qu'elle intègre. Les noyaux de circulations verticales permettent ensuite d'aller vers les espaces de soin.

³² BLAIN C., *op. cit.*, p.29

³³ l'architecte lui-même utilise plusieurs terminologies synonymes pour la définir : rue hospitalière, galerie intérieure, galerie publique, rue interne... dans la suite de la rédaction plusieurs de ces termes sont susceptibles d'être utilisés, ils définissent tous les même concept

³⁴ RIBOULET P. (1994), *Naissance d'un hôpital : journal de travail*, Besançon, Les Editions de l'imprimeur, p.33

Au centre deux ascenseurs et un escalier relie l'accueil des polycliniques et de la radiologie vers le bas. Ensuite, à l'ouest, trois groupes d'ascenseurs et d'escaliers rejoignent les étages supérieurs abritant l'hospitalisation de la pédiatrie et les étages inférieurs, réservés aux services médico-techniques. Elle abrite un ensemble d'équipements publics : une cafétéria, des commerces, ainsi que des équipements comme une crèche, et une médiathèque. La galerie révèle son usage à la fois fonctionnel mais aussi relationnel et social. Elle constitue un espace d'accueil, ouvert sur la ville, mais aussi un espace public, un lieu de vie, de communication intérieure et extérieure. L'usage urbain de l'hôpital se confirme à travers les équipements publics qu'il propose.

L'architecte vise une fluidité des parcours des usagers en rendant perméable l'hôpital par la rue interne : « il faudrait entrer dans l'hôpital comme on passe dans une rue, une galerie où il y a beaucoup de choses à regarder, où l'on peut aller et venir sans obligation, courir et rêver. »³⁵ Pierre Riboulet aboutit cette intention dans le dessin architectural de la rue hospitalière. Il apporte un soin particulier à l'ambiance interne et à l'éclairage naturel de l'espace. A la manière d'un passage parisien, la rue intérieure est un espace couvert d'une verrière. Lumineuse, elle s'élargit et se resserre au fil du parcours, elle donne sur des places intérieures, un jardin d'hiver. Elle dessine un parcours agréable pour les usagers tout en conjuguant fonction d'accueil et d'information. L'ensemble de ces éléments font de la rue intérieure « un véritable lieu de vie sociale de l'hôpital »³⁶. Le patient y entre naturellement sans se rendre compte de la transition. Pierre Riboulet créé une interrelation entre la ville et l'hôpital. Il étale, brouille le seuil. L'espace de la rue interne permet à l'hôpital d'interférer avec la ville, en la faisant pénétrer dans le bâtiment.

A travers le dispositif de la rue interne, Pierre Riboulet décroïsonne l'hôpital. Il prolonge la ville dans l'hôpital. La rue hospitalière offre un continuum

³⁵ RIBOULET P., *op. cit.*, p.30

³⁶ RIBOULET P., *op. cit.*, p.31

spatial de la ville vers l'hôpital. La voie aériée permet une transition libre et fluide depuis l'espace public de la ville.

Bien après la construction de l'hôpital, en 1992, le réalisateur Jean-Louis Comolli choisit de mettre en image le journal « Naissance d'un hôpital ». Il filme l'architecte se prendre au jeu, nous dévoilant la fabrication du projet. Par l'image, le film nous révèle l'expérience de la conception de cet hôpital mais aussi l'expérience à venir des patients. A travers ses croquis et maquettes, Pierre Riboulet nous dévoile l'attention qu'il porte au site mais aussi aux futurs usagers, les enfants. Dans le film, il énonce à propos de la rue hospitalière: « cela nous fait parcourir plus du quart de la grande galerie, sans que l'on soit entré dans l'hôpital. C'est une ambiance très urbaine, remplie d'enfance, d'enfance joyeuse. C'est vraiment l'espace de transition douce. »³⁷. En tissant des liens entre le dedans et le dehors, il séquence la transition de l'espace public vers l'intimité des soins. Il travaille une porosité brouillant le seuil.

Cette rue intérieure fait l'identité du bâtiment. Elle est le concept majeur de l'hôpital, révélant l'intérêt grandissant pour la place de l'hôpital dans la ville. Avec ce nouveau dispositif, Riboulet repense l'hôpital. Il constitue un renouvellement de conceptions anciennes, vues précédemment, comme la présence d'équipements citadins au sein de l'hôpital, mais aussi le travail architectural de la jonction depuis l'espace public. En s'appuyant sur des modèles historiques, Riboulet propose un dispositif de rapport à l'urbain innovant et révolutionnaire. La terminologie de « rue », utilisée pour définir le concept, révèle un glissement de la ville vers l'hôpital. Normalement propre à l'urbain, ce langage apparaît à présent au sein de l'équipement.

Cette partie m'a permis d'introduire les origines de la rue hospitalière, mise en

³⁷ COMOLLI J-L (1992), *Naissance d'un hôpital*, INA, 67'



Fig.15 : la galerie publique couvert d'une verrière sur toute sa longueur

source : FERMAND C., op.cit. p.82

place par Pierre Riboulet dans les années 1980. Pour des raisons de faisabilité, choisir cet hôpital d'enfants comme terrain pour mener des enquêtes et des entretiens constituait un évènement trop complexe. Le terrain de l'hôpital, déjà sensible et compliqué d'accès, le devient d'autant plus en étant fréquenté par des enfants. Cependant ce dispositif de la rue interne est poursuivi par l'architecte Aymeric Zublena à l'hôpital européen Georges-Pompidou. La partie suivante permet de cerner de quelle manière le dispositif s'installe dans le temps en proposant des innovations supplémentaires.

Le continuum spatial offert par la rue hospitalière à l'hôpital européen Georges-Pompidou

L'hôpital européen Georges-Pompidou est considéré comme l'hôpital parisien le plus moderne car le dernier-né des hôpitaux publics de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Il est issu de la fermeture de trois hôpitaux parisiens : l'hôpital Laennec, l'hôpital Boucicaut et l'hôpital Broussais ; et de la reconversion de l'hôpital Rothschild. Les locaux des anciens hôpitaux parisiens devenant vétustes, il était nécessaire de construire un nouvel édifice. L'hôpital prend place dans le 15^{ème} arrondissement, sur le site des anciennes usines André-Citroën, tout près de la Seine, entre le parc André Citroën, au nord, et les boulevards des Maréchaux, au sud ³⁸.

Le concours pour la construction du nouvel hôpital est lancé en 1983. L'architecte et urbaniste Aymeric Zublena le remporte en 1984. Après avoir fait débat sur sa légitimité, le permis de construire de l'édifice est finalement accordé en 1993, les travaux démarrent en 1995, et, plus de quinze après le

³⁸ FERMAND C. (2000), *Les hôpitaux et les cliniques : architectures de la santé*, Paris, Le Moniteur, p.132

début du concours, l'hôpital ouvre en 1999. La journaliste Aude Dassonville décrit l'approche modeste et consciencieuse de l'architecte dans un article de Libération : « Je défie quiconque de deviner devant un bâtiment qu'il est de Zublena, propose un observateur. Ses ouvrages ne portent pas la trace d'une écriture particulière. » [...] S'il n'a pas à rougir de ses programmes, ils s'inscrivent trop bien dans le tissu urbain et le bon goût rangé fin XX^e siècle. Consensuel, raisonnable, Zublena n'est pas de ces casse-cous du plan qui se font plaisir au mépris de l'environnement. »³⁹. Le concept architectural de l'hôpital européen Georges-Pompidou s'appuie sur trois principes majeurs: confort, fonctionnalité et ouverture⁴⁰. En écho à l'approche évoquée précédemment par Aude Dassonville, dans Libération, l'architecte Aymeric Zublena veille à l'intégration visuelle du bâtiment dans le tissu urbain. Ainsi il construit un édifice en paliers, s'étalant progressivement vers le parc André Citroën. A ce titre, le livre du Moniteur « Les hôpitaux et les cliniques », développe cette quête qu'a l'architecte d'établir une relation forte entre le bâtiment et son contexte urbain. Il décrit comment l'environnement immédiat de l'hôpital a guidé les intentions de projet. Par l'étagement des volumes, l'hôpital s'ouvre au nord, en direction de Paris, sur le parc André Citroën. A l'inverse, du côté des boulevards extérieurs, la hauteur permet de s'en protéger⁴¹. Les bâtiments les plus élevés se trouvent donc, logiquement, du côté des boulevards de Maréchaux. Ils se développent sur neuf niveaux, puis cette hauteur diminue progressivement pour ne devenir qu'une simple hauteur, au niveau de l'entrée principale. Cet amoindrissement de la monumentalité de l'équipement, par sa composition en gradin, le rend accessible. L'échelle est porteuse du brouillage du seuil. L'hôpital n'est pas un équipement monumental, inaccessible, au contraire. Dans le livre de compte

³⁹ DASSONVILLE A. (1997, juin), « Aymeric Zublena, architecte de l'hôpital Pompidou et coauteur du Grand Stade, reste ignoré de ses confrères. Le passe-muraille. », Libération [en ligne], https://www.liberation.fr/portrait/1997/06/10/aymeric-zublena-architecte-de-l-hopital-pompidou-et-coauteur-du-grand-stade-reste-ignorer-de-ses-conf_207445/

⁴⁰ FERMAND C., *op. cit.*, p.139

⁴¹ *idem.*

rendu de la journée d'étude autour de l'architecture et l'hôpital tenue en 1999 au centre hospitalier régional et universitaire de Clermont-Ferrand, l'architecte Aymeric Zublena défend son approche : « une plus grande attention à la qualité des circulations tant médicales que publiques (visiteurs et consultants), une échelle moins monumentale, une préférence pour le développement horizontal plutôt que vertical et l'indifférenciation relative des secteurs d'hébergement et des autres secteurs médico-techniques »⁴².

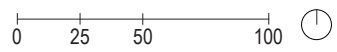
L'ensemble des bâtiments s'organise autour de trois typologies de vides, autour desquels s'organisent les parcours : les patios, la rue intérieure et des cours en U. Ils permettent de faire pénétrer la lumière au sein du bâtiment mais aussi de créer un jeu de regards, une relation continue entre les usagers de l'hôpital et leur environnement proche. Ces dispositifs articulent les quatre pôles principaux de l'hôpital. Aymeric Zublena choisit alors de poursuivre l'approche de Pierre Riboulet, établie à l'hôpital Robert Debré, en faisant pénétrer la ville dans l'hôpital grâce au concept de la rue hospitalière. La rue hospitalière de l'hôpital Pompidou, longue de 210 mètres, régit spatialement l'hôpital qui s'organise autour de celle-ci. Piétonne et couverte d'une verrière, elle relie les trois entrées de l'établissement : l'entrée principale face au parc André Citroën, donnant sur le hall de l'hôpital, la seconde rue Leblanc, face au jardin Noir et la dernière sur la place Albert Cohen. Les services se développent autour de la rue intérieure : elle dessert l'ensemble des noyaux de circulations verticales. Elle facilite alors l'organisation de l'espace en fluidifiant les parcours des usagers de l'hôpital.

C'est avec le positionnement urbain de la rue hospitalière qu'Aymeric Zublena fait évoluer la perception et l'usage de l'hôpital. La rue hospitalière propose de constituer et d'étendre des parcours urbains en leur apportant une vraie logique. Ainsi, son emplacement permet de connecter deux gares:

⁴² Aymeric ZUBLENA dans BINET J-L., *op. cit.*, p.15



*Fig.16 : l'hôpital européen Georges-Pompidou, en relation avec les espaces publics citadins
source : document personnel à partir de google Earth*





*Fig.17: lumière zénithale dans la rue intérieure dans l'hôpital européen Georges-Pompidou
photo personnelle*



*Fig.18: interrelation entre les usagers et le rue intérieure par les passerelles
photo personnelle*

celle du métro (station Lourmel et Balard) et celle du RER (station Pont du Garigliano - Hôpital Européen Georges-Pompidou). La disposition de la rue intérieure convient à l'idée de créer un réel espace urbain pénétrable, pouvant être traversé. L'usage urbain de la rue hospitalière est abouti dans le dessin de la volumétrie, proposant son ouverture. Ainsi, à chacune des entrées, la monumentalité de l'hôpital disparaît au profit de formes adoucies. Grâce à la figure en pallier de l'édifice, l'entrée principale de l'hôpital sur la rue intérieure est en compression. Quant aux entrées secondaires, elles sont précédées de volumes en pente, invitant l'utilisateur à s'engager dans les lieux. Le dessin des volumes engage le parcours, il adoucit l'entrée sur les lieux en ayant une hauteur diminuée. L'utilisateur est appelé à emprunter la rue hospitalière pour pénétrer dans l'hôpital. La perception des frontières est adoucie, profitant au ressenti et à la perception des usagers. Ainsi, la rue intérieure articule l'échelle monumentale et l'échelle piétonne.

Une fois engagé, la suite du parcours des usagers s'établit au sein de la rue hospitalière. En triple hauteur, elle est entièrement couverte d'une verrière, suivant la volumétrie en pallier de l'édifice. Ce choix génère une spatialité aérée et permet de faire pénétrer au maximum la lumière zénithale. Au sein de la rue, nous retrouvons une retranscription d'un environnement urbain : l'architecte transfère des éléments citadins au sein de l'édifice. Des commerces et une cafétéria viennent animer la rue hospitalière. Le sol minéral est ponctué par des zones de végétation, bordées par de longs bancs. La rue est vivante. Médecins, patients et visiteurs s'y côtoient. Il en émane de fortes sonorités. Un jeu de passerelles se déploie au-dessus de la rue intérieure, mettant en relation visuelle chacun des usagers. Ils interagissent avec l'ambiance de la rue intérieure.

L'architecte poursuit l'approche que défendait Pierre Riboulet dans « Naissance d'un hôpital » : « le bâtiment public accentue généralement l'effet de coupure ou de rejet (c'est vrai pour les bibliothèques, les musées,

les grandes salles, etc.) Ici l'hôpital doit être un espace intérieur. Un dedans dehors. »⁴³. Aymeric Zublena s'attache donc à enrichir le concept du "dedans dehors" à travers la rue hospitalière. Il appuie cette intention : « la rue hospitalière [...] constitue l'axe majeur de l'organisation spatiale et fonctionnelle et relie les entrées [...] l'hôpital européen Georges-Pompidou, bien inscrit dans le nouveau quartier, s'ouvre sur la ville. »⁴⁴. En offrant un intérêt et une inscription urbaine à la rue hospitalière, l'hôpital devient un équipement intégré à la ville. La rue peut être empruntée tant par les usagers de l'hôpital que par les habitants du quartier ou les passants. Elle constitue « l'épine dorsale de l'hôpital »⁴⁵ et du tissu urbain. La ville et ses usagers intègrent l'hôpital, c'est un déplacement des frontières amoindrissant « l'effet de coupure »⁴⁶ qu'évoquait Pierre Riboulet.

⁴³ RIBOULET P., *op. cit.*, p.33

⁴⁴ BINET J-L., *op. cit.*, p.16

⁴⁵ *ibid.*, p.19

⁴⁶ *idem.*

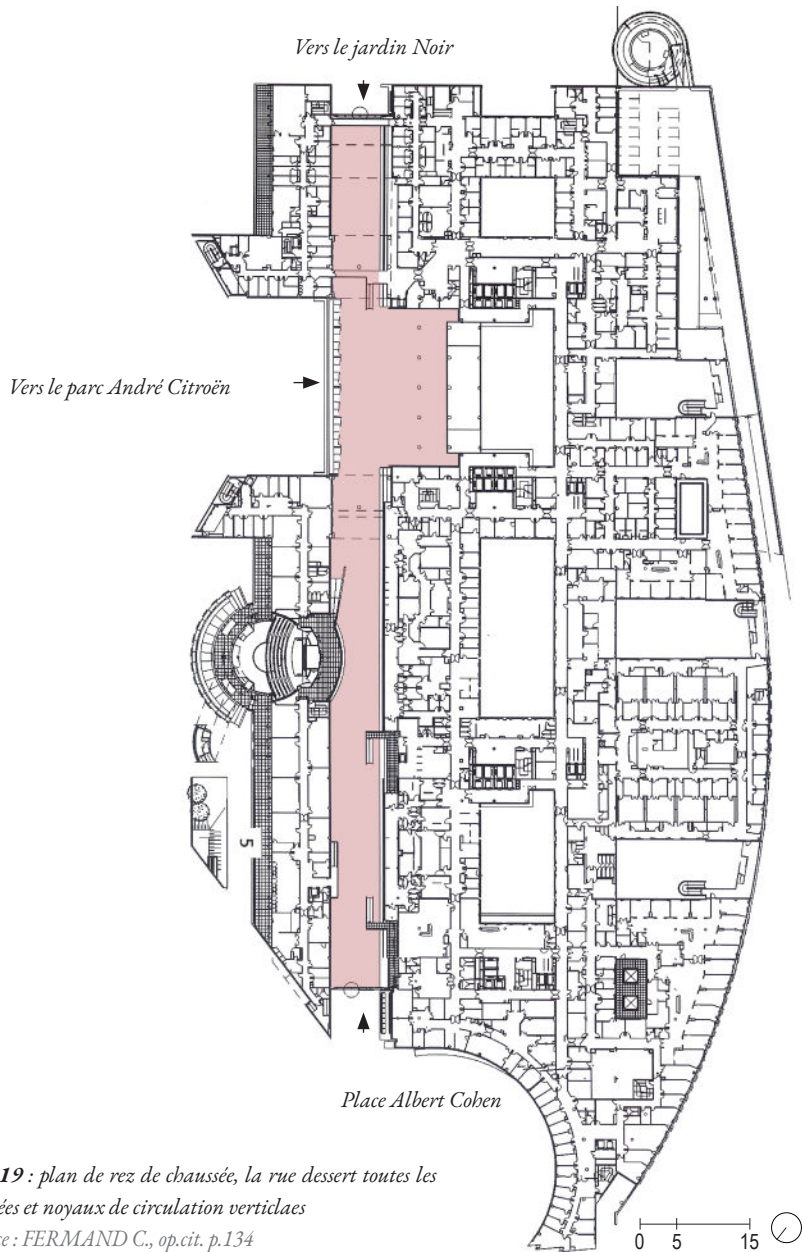


Fig.19 : plan de rez de chaussée, la rue dessert toutes les entrées et noyaux de circulation verticaux
 source : FERMAND C., op.cit. p.134

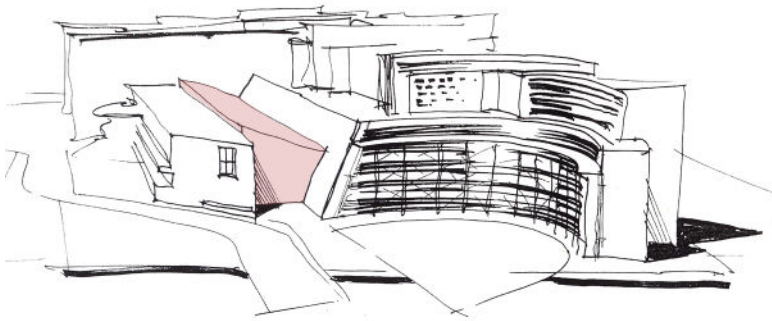


Fig.20 : la volumétrie accompagne l'utilisateur dans la rue intérieure
 source : VERMEIL J. (1995), Aymeric Zublena, Mardaga, p.79

VERS UNE FLEXIBILITÉ ET UNE CONNECTIVITÉ DES HÔPITAUX : ÉVOLUTION DES POROSITÉS

Les évolutions sociétales et médicales, fondatrices de nouvelles porosités

« L'hôpital est en totale refondation »⁴⁷ annonce Richard Scoffier dans l'article « Quel hôpital pour demain ? Concours pour l'hôpital universitaire Grand Paris Nord » publié par *D'Architecture* en novembre 2021. Nous l'avons vu, les transformations de l'hôpital ont toujours été, et sont, en corrélation avec les transformations sociétales et médicales qui se sont succédées. La croissance démographique, mais aussi le changement climatique, annoncent de nouveaux usages de l'hôpital. En parallèle, les progrès de la médecine, tout comme les limites budgétaires choisies pour par les politiques de santé tendent vers de nouvelles pratiques de l'hôpital.

La crise de la covid-19 nous a montré l'inattendu des crises de demain. Ces dernières années, les scientifiques s'accordent à alerter sur l'impact du changement climatique sur la santé humaine. Il précipite la violence et le nombre de catastrophes naturelles (vent violents, cyclones, feux, pluies diluviennes, etc.). En faisant de nombreux blessés et en impactant fortement les environnements et leur capacité de résilience, le dérèglement climatique a des conséquences directes sur les besoins de soins des populations. Ces catastrophes naturelles de plus en plus répétitives et graves imposent aux hôpitaux de faire face à cette urgence imprévisible. Mais le changement climatique a aussi des conséquences plus indirectes : les scientifiques établissent un lien évident entre les changements climatiques et l'apparition de nouvelles épidémies⁴⁸. Certaines catastrophes naturelles, comme les inondations ou les cyclones, ont pour conséquence les eaux souillées. Elles

⁴⁷ SCOFFIER R. (2021, novembre), « Quel hôpital pour demain ? Concours pour l'hôpital universitaire Grand Paris Nord », *D'Architectures*, n°294, p.51

⁴⁸ DURAND K. (2022, janvier), « Comment le changement climatique favorise-t-il le développement des épidémies ? », *Futura sciences* [en ligne], <https://www.futura-sciences.com/planete/questions-reponses/catastrophe-naturelle-changement-climatique-favorise-t-il-developpement-epidemies-16581/>

favoriseraient l'apparition de maladies comme la dengue, le choléra... A ce titre, l'ONU estime que l'eau souillée tue 10 fois plus que les guerres dans le monde ⁴⁹. Les déforestations et autres gestes humains sur la nature révèlent de nouvelles maladies ; le réchauffement climatique inquiète aussi de par la fonte du permafrost, susceptible de libérer des virus fulgurants datant de millions d'années. L'objet ici n'est pas de faire une démonstration scientifique, pour laquelle je n'ai pas les compétences. Néanmoins cet item est inévitable dans la démonstration des imprévisibles crises auxquelles l'hôpital risque de devoir pallier ces prochaines années.

Les évolutions démographiques prévues pour les années à venir engagent aussi de nouveaux besoins en termes de soins et une mobilisation accrue des hôpitaux. Les prévisions du vieillissement de la population s'accompagnent d'une plus forte demande en termes de santé ⁵⁰. L'hôpital s'évère aussi devenir une structure de plus en plus nécessaire à une ville se densifiant.

Ces dernières données démontrent que nous sommes tous susceptibles de vulnérabilité, nous amenant à devoir, un jour, pratiquer l'hôpital. La société fait l'hôpital de demain. Le lien entre la ville et l'hôpital est d'autant plus évident et net. Ce tableau, plutôt sombre, de l'évolution des besoins en santé, se joint aux évolutions médicales, impactant le dessin de l'hôpital. Le système médical est en refonte, vers moins de pratiques longues de l'hôpital et une pratique de plus en plus ambulatoire. La pratique ambulatoire consiste en la prise en charge d'un patient à l'hôpital sur une durée de quelques heures. La prise en charge ambulatoire s'applique à certains soins ⁵¹ mais aussi à des actes chirurgicaux. Le Ministère des solidarités et de la santé définit ainsi la chirurgie ambulatoire : « pratique avant tout centrée sur les patients, la

⁴⁹ DURAND K., *op. cit.*

⁵⁰ données publiées par les échos et l'agence PINEARQ (cf. en annexes)

⁵¹ par exemple Sarah, ancienne patiente de l'hôpital Saint-Louis, s'y rendait quotidiennement, sur des temps courts, pour ses séances de radiothérapie

chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission »⁵². Cette pratique, visant à réduire les coûts de santé, permet aussi au patient de ne passer qu'un court temps à l'hôpital et d'ensuite rentrer chez lui. La pratique hospitalière, avec une médecine de plus en plus précise et efficace, se joignant à des moyens économiques limités, s'oriente vers l'ambulatoire. Avec l'arrivée de la pratique ambulatoire, le soin est « externalisé » de l'hôpital. La convalescence est prise en charge en dehors de l'hôpital. La société s'oriente petit à petit vers une domestication du soin. Le soin gagne du terrain en dehors de l'hôpital en se diffusant ailleurs dans la ville. Cette évolution donne lieu à un brouillage de plus en plus fort du seuil entre le soin, à l'origine offert par l'hôpital, et la ville.

Dès lors, comment construire un système de santé à même de recevoir l'ensemble de ces évolutions ? Dans l'article « Quel hôpital pour demain...? » Richard Scoffier s'interroge sur le bousculement de notre système hospitalier: « comment inventer une machine à soigner des maux qui n'existent pas encore, engendrée par un monde incontrôlable en proie au réchauffement climatique, aux pandémies mondiales (sras, covid...), à de nouveaux accidents - notamment nucléaires - au terrorisme et peut être à de nouvelles guerres ? »⁵³. L'hôpital se retrouve face à la gestion de l'imprévisible, mais aussi face à une demande accrue d'une part de la population, pour laquelle l'hôpital est devenu le réflexe premier de santé, et mêlée aux évolutions de la pratique hospitalière. Susceptible d'être de plus en plus mobilisé, il affirme

⁵² Ministère des solidarités et de la santé, La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>)

⁵³ SCOFFIER R., *op. cit.*

sa nécessité et sa présence en ville. En parallèle, ce besoin se mêle à une transition, une évaporation, du soin. Comment l'architecture hospitalière répond-elle à cette contradiction ? Quels modèles hospitaliers se dessinent ? Comment ces évolutions impacte-t-elles la conception du seuil ? L'ensemble de ces annonces tracent un nouvel hôpital mais aussi de nouveaux seuils entre l'hôpital et la ville. Il en va d'une nouvelle flexibilité de l'hôpital, qui doit désormais être à même de recevoir ces mutations.

Entre flexibilité et connectivité, le continuum spatial et social entre la ville et l'hôpital de demain

Dans cette partie, je vais tenter de cerner les solutions visant à rendre l'hôpital disponible à l'incertain et aux mutations médicales et sociales. Elles s'orientent vers un continuum spatial et social plus fort entre l'institution et la ville.

Afin de prévenir les crises de demain, c'est l'espace même de l'hôpital qui est à revoir. « On a tous compris que la gestion de cette crise [sanitaire due à la covid-19] passait par la gestion de l'espace », résume Véronique Toussaint, responsable de l'agence d'architecture BBG, spécialisée dans le secteur hospitalier, dans l'article « Quelle architecture pour l'hôpital de demain ? »⁵⁴. Pour anticiper les maux à venir, architectes, personnels soignants et commanditaires⁵⁵ s'accordent à viser un modèle d'hôpital flexible. Cet hôpital flexible, non figé, pourrait évoluer en fonction des besoins

⁵⁴ REGNIER I., *op. cit.*

⁵⁵ De plus en plus, les projets d'hôpitaux sont réfléchis conjointement avec la maîtrise d'ouvrage, la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'usage. Ainsi, lors du séminaire doctoral « Continuum, habiter les parcours de santé », mené par la chaire de recherche et d'enseignement Archidès, soignants et architectes participaient à la réflexion.

médicaux, comme l'émergence de nouvelles techniques d'intervention, la réduction des durées d'hospitalisation, et l'apparition (et la disparition) de nouvelles maladies et/ou urgences. La flexibilité permet à l'hôpital de s'adapter aux évolutions de la médecine, de croître ou de décroître, et d'avoir des services interchangeables. Par des espaces non attribués, évolutifs, pouvant s'étendre ou se rétracter, la surface utile de l'hôpital s'agrandit ou diminue. Cherchant à retarder l'obsolescence prématurée des hôpitaux, les architectes trouvent aussi en la flexibilité une solution. Le délai écoulé entre la conception et l'ouverture de l'hôpital étant souvent long ⁵⁶, la flexibilité permet alors d'anticiper les évolutions de la médecine, dépassant celles de l'architecture. Les structures et espaces adaptables laissent la possibilité de remodeler aisément l'hôpital au gré des nécessités ⁵⁷. Cette flexibilité nouvelle amène à réfléchir comment se déploieront les futurs hôpitaux. Le bâti environnant, en cas d'expansion, pourrait être récepteur des besoins des hôpitaux et devenir espace(s) de soins. Tandis qu'à l'inverse, les espaces anciennement médicalisés, laissés vacants, pourraient devenir de nouveaux espaces publics, accessibles à tous.

Par ailleurs, la pratique ambulatoire dessine une ambiguïté dans l'évolution de l'hôpital : il devient un lieu de passage et non plus de domestication, participant d'autant plus à la construction du tissu urbain. Avec le développement de la pratique ambulatoire, les parcours de soins s'étendent à travers la ville. Les flux générés par l'ambulatoire s'intègrent à la ville. L'hôpital devient de plus en plus dilué dans la ville. A l'occasion de sa réflexion sur la place urbaine de l'hôpital, l'architecte et urbaniste Michel Cantal-Dupart développe ces nouveaux liens tissés : « ne restituons pas l'isolement des lieux d'exclusion. C'est autour des soins ambulatoires que l'organisation urbaine de l'hôpital doit innover. L'interaction entre le plateau technique

⁵⁶ A titre d'exemple, le concours pour le nouveau CHU de Nantes a été lancé en 2015 et l'ouverture est prévue pour plus de dix ans plus tard, en 2027

⁵⁷ LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.490

intra-muros et la médecine de ville doit trouver les connexions nécessaires à l'idéal de soins. [...] L'hôpital se déploie dans la ville. Il doit s'intégrer à son dynamisme. »⁵⁸. La flexibilité future des hôpitaux se mêle alors leur connectivité. La flexibilité, permet à l'équipement d'évoluer dans le temps, et la connectivité de répondre à la quête de relation forte entre la société et l'hôpital, amorcée par le développement de la pratique ambulatoire.

Ces nouveaux modèles flexibles et connectés tendent à modifier l'image et la place de l'hôpital dans la ville. Certaines unités, plus fortes, perdureront, tout en organisant autour d'elles, des unités éparées, (con)fondues dans le tissu urbain. Le parcours de santé s'établit à la fois dans et hors de l'hôpital : le soin offert à l'homme malade, au patient, n'est plus cantonné à l'univers de l'hôpital. Le Moniteur poursuit : « l'organisation de structures alternatives à l'hospitalisation, comme les hôpitaux de jour, d'évaluation ou de traitement, les centres de jour internes ou externes, l'hospitalisation à domicile, le partenariat avec la médecine de ville dans le cadre des réseaux de soins... L'hôpital s'ouvre sur la ville. La complexité technique de sa programmation ne doit pas occulter son rôle d'équipement urbain, lieu clos mais à présent de plus en plus relié à son environnement »⁵⁹. Ainsi l'approche d'insertion de l'hôpital dans la ville s'accentue-t-elle aujourd'hui. La décentralisation et l'expansion du soin dessinent de nouvelles frontières poreuses : l'hôpital tend à devenir un équipement public accessible, pénétré par l'espace public et par une pratique ouverte et fréquente.

Ce continuum spatial entre l'équipement et l'urbain passe par une prise en compte de l'homme malade dans la ville. Dans l'article « L'architecture peut-elle être source de maltraitance », les auteurs appuient une vulnérabilité à

⁵⁸ CANTAL DUPART M., *op. cit.*, p.80

⁵⁹ FERMAND C., *op. cit.*, p.52

laquelle nous pouvons tous être confrontés : « la dépendance nous tous »⁶⁰. Le transfert de ces normes démontre que la prise en considération de la vulnérabilité s'étale hors de l'hôpital, dans l'espace public. Elles interfèrent dans un champ plus large que celui unique de l'hôpital. Les auteurs défendent ici une architecture pour tous des espaces publics. La politique urbaine prétend alors à une accessibilité universelle de l'espace public. Cela sous-entend un amenuisement de la rupture entre le champ médical et le champ social. Il mène à une évaporation du seuil entre la ville et l'hôpital. Par un étalement spatial des parcours de soin et des normes médicales, la ville et l'hôpital effacent leur confrontation. Le continuum spatial se conjugue avec le continuum social.

Chez Architecture Studio, Laurent-Marc Fisher défend un modèle d'hôpital fractionné. Selon lui, ce modèle répondrait mieux, en outre, aux problématiques sanitaires actuelles, « qu'elles soient liées aux bactéries multirésistantes, compliquées à traiter, ou aux épidémies »⁶¹, ainsi qu'à la demande de plus en plus forte de réintégration de l'hôpital dans la cité, amenant vers la création d'un véritable urbanisme de santé, qu'il décrit comme, plus accessible, et plus connecté. C'est une autre forme de continuum, de la ville au soin, qui est ainsi proposé. Il prend forme dans une concrétisation qu'on retrouve dans l'Ouest de la France.

Le projet d'un hôpital satellitaire pour le nouveau CHU de Nantes : fondre l'hôpital dans la ville ?

Au-dessus de l'estuaire de la Loire, sur l'île de Nantes, le projet

⁶⁰ SOUCHON S. et al. (2006), « L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? », *Gérontologie et société* vol. 29 / n° 119, no 4, p.79

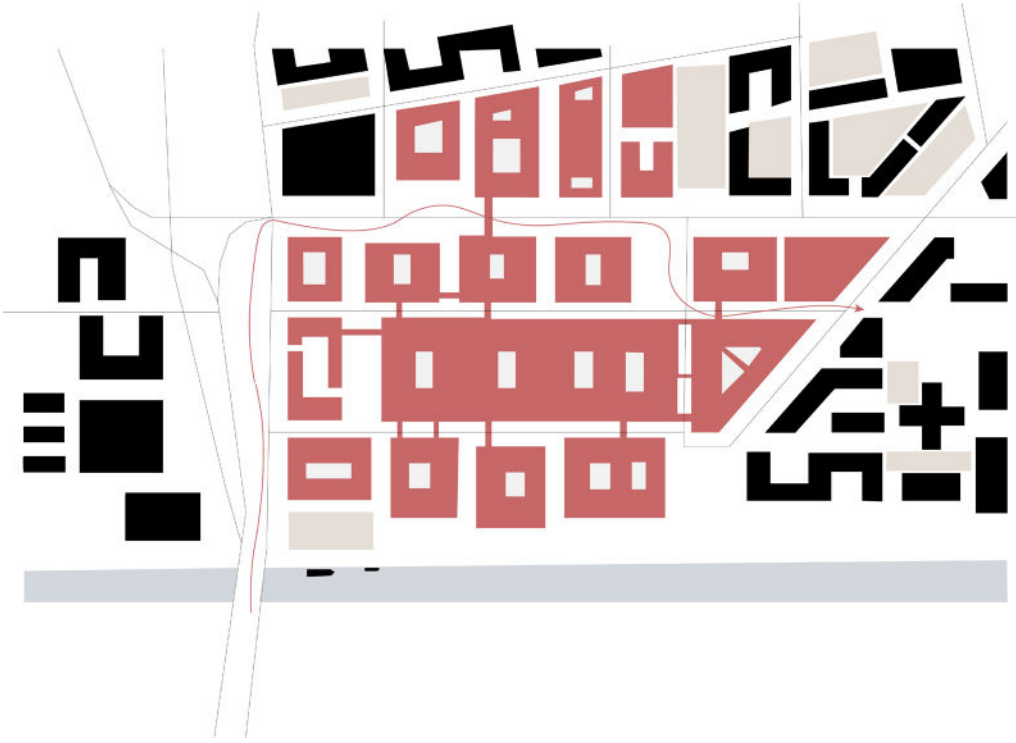
⁶¹ Jean-Marc FISHER dans REGNIER I., *op. cit.*,

d'un nouveau quartier inclus celui du nouveau CHU de Nantes. L'agence ArtBuild, a collaboré avec l'agence Pargade Architectes, l'agence d'urbanistes et paysagistes Signes et le bureau d'ingénierie Artelia pour le projet du nouveau CHU. Ils ont remporté le concours en 2014 ⁶². La livraison de l'hôpital est prévue pour 2027. Ici, à l'inverse de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital européen Georges-Pompidou, précédemment abordés, le nouveau CHU de Nantes ne s'insère pas dans un tissu urbain existant. Le projet sera édifié en même temps que son quartier environnant. L'intérêt ici est de voir comment est réfléchi la place de ce nouvel hôpital dans le futur quartier et de quelle manière elle réinterroge le seuil de l'hôpital urbain.

L'hôpital de Nantes a pour but de réunir l'ensemble des services hospitaliers de la ville, auparavant dispersés, sur une même et seule parcelle. Il représentera une surface totale d'environ 220 000m², faisant de lui un des plus grands hôpitaux de France. Le projet s'installe sur un ancien terrain industriel. L'objectif est de faire du CHU une « partie intégrante » ⁶³ du nouveau quartier. La ville en devenir est le moteur de la conception du futur CHU de Nantes. L'échelle et la forme du bâti s'accordent avec le futur quartier. De fait, le dessin de l'hôpital suit le tracé et la morphologie du nouveau quartier, permettant un dialogue continu entre les deux. Plusieurs îlots, de surfaces variables, et d'une hauteur maximale de six étages, s'articulent au sein du quartier. Chacun des îlots ont des importances hiérarchisées. Un noyau dur est formé par le bâtiment central regroupant les fonctions hospitalières de haute technologie (plateau médicotchnique). Les unités périphériques

⁶² Au printemps 2021, suite à un accord contractuel, le CHU se sépare de la précédente maîtrise d'œuvre. Le 17 juin 2017, le groupement mené par Patriarche est sélectionné pour poursuivre les travaux en reprenant le projet à l'identique, comme précisé par GAUCHARD Y. (2021, novembre), « À Nantes, un nouveau maître d'œuvre pour le futur CHU », *Ouest France* [en ligne], <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/a-nantes-un-nouveau-maitre-d-oeuvre-pour-le-futur-chu-33d76f84-4956-11ec-837a-0b24af42f148>

⁶³ ArtBuild, *CHU Ile De Nantes - Nantes*, France, <https://www.artbuild.com/work/chu-ile-de-nantes>



*Fig.21 : plan schématique du projet d'un hôpital diffus sur l'île de Nantes
document personnel à parti d'un plan publié par l'agence ArtBuild*

0 25 50 100 ⌚



*Fig.22 : un hôpital ouvert sur la ville et ses espaces publics
source : nantes.mavill.com*

sont de plus petits bâtiments, regroupant l'entrée principale, le pôle clinique, le pôle femme-enfant-adolescent, le plateau logistique technique, l'hôtel hospitalier, etc ⁶⁴... Un des îlots est volontairement laissé vide pour permettre son évolution dans le temps et l'extension de l'hôpital en fonction des nécessités futures de santé. La composition de l'hôpital semble reprendre la typologie de l'hôpital pavillonnaire du XIX^{ème} siècle, mais cette fois dans une logique d'ouverture sur la ville. Ce choix de conception de l'hôpital en divers satellites laisse la liberté à chacun des éléments du quartier d'être transformés. L'architecte associé David Roulin, chez ArtBuild, souligne cette qualité organisationnelle: « chaque élément de ce quartier peut évoluer dans le temps, être remplacé, désamarré » ⁶⁵. Le projet satellitaire permet ainsi de créer des lieux adaptés à l'évolution de la pratique thérapeutique, de la demande de soin et de la demande urbaine.

Malgré sa fragmentation, chacun des plateaux restent connectés : les architectes visent la fluidité et la continuité des parcours. Ils dessinent des bâtiments épars intégrant entre eux l'espace public de la ville. Ces derniers lient les bâtiments. Ainsi de grandes allées publiques traversent le site de part en part afin de distribuer tous les bâtiments. Elles sont ponctuées par des jardins ; en porosité avec la ville, ceux-ci deviennent de vrais lieux de vie accessibles à tous. Aux étages, les unités sont connectées entre elles par des passerelles détachées du sol, interférant avec ces espaces publics en les enjambant. De cette façon, comme l'affirme Jean-Philippe Pargade de l'agence Pargade Architectes, « la ville rentre dans l'hôpital et l'hôpital rentre dans la ville, c'est vraiment une osmose comme ça [ses mains lient] entre les deux » ⁶⁶. L'hôpital est efficace au service et est intégré à la ville.

⁶⁴ PARGADE (2006, novembre), *CHU de l'île de Nantes, l'intelligence collective au service d'un projet hospitalier d'exception*, Pargade, 3'.

⁶⁵ PARGADE, *op. cit.*

⁶⁶ *idem.*

Nous pouvons- alors nous demander comment cette conception du nouveau CHU de Nantes recompose le seuil entre la ville et l'hôpital ? Quels rapports l'hôpital satellitaire créé-t-il avec la ville ?

Ces dernières années l'hôpital est devenu « un équipement de pointe, une machine curative à haute performance hospitalière »⁶⁷. Les architectes ont alors tenté d'éviter que les prouesses technologiques développées dans l'hôpital ne le distance de nos sociétés. L'humanisation du futur hôpital passe par son échelle et son insertion dans la cité, tendant vers un hôpital réellement ouvert.

A Nantes les maîtres d'œuvres proposent ici un modèle satellitaire pour le futur hôpital. Comme un réseau qui se disperse, des fils qui s'étendent, se connectent, à l'image d'une main qui s'étire, l'équipement crée de nouveaux liens avec la ville. Il n'est plus un équipement statique mais devient un « fragment de ville »⁶⁸. Il n'y a pas de distinction entre la ville et l'hôpital. Le tissu urbain n'est pas fracturé par l'insertion d'un équipement monumental, à l'inverse, c'est l'hôpital qui se fragmente afin de s'y insérer au mieux. Il s'étale, se disperse et retrouve l'échelle de la ville. A ce titre, Richard Scoffier valorise cette approche : « la fragmentation pour permettre des porosités maximales et une certaine bienveillance avec la ville »⁶⁹. Flexible et connecté, le nouveau CHU de Nantes tisse des liens avec l'urbain et ses usagers dans leur quotidien. La transition entre la ville et l'hôpital s'épanouit par un redimensionnement de l'échelle du bâti et des transitions. Cette fragmentation redonne une

⁶⁷ BRUNET J., KERSSE A., et TOURNAIRE J. (2020, juin), « Architecture et hôpital à l'épreuve du Covid-19 : Tribune de Jérôme Brunet, Julia Tournaire et Antoine Kersse », *D'Architectures* [en ligne], <https://www.darchitectures.com/architecture-et-hopital-epreuve-du-covid-19-tribune-de-gerome-brunet-julia-tournaire-et-antoine-kersse-a4986.html>.

⁶⁸ terminologie adoptée par Richard Scoffier pour définir le projet proposé par Groupe 6 et OMA pour l'hôpital universitaire Grand Paris Nord, adoptant la même logique satellitaire dans SCOFFIER R., *op. cit.*, p.56

⁶⁹ SCOFFIER R., *op. cit.*, p.56

échelle à l'équipement qui fait le lien avec l'utilisateur, avec la ville sociale.

Marc Mimram défendait les bénéfices d'un hôpital ouvert : « une conception du bâti à la fois ouverte sur ses usagers (malades, visiteurs, personnels) dans une optique de services, et ouverte avec perspicacité et bon sens sur la ville dans une optique d'intégration sociale et urbanistique »⁷⁰. Ainsi entre les fragments ouverts de l'hôpital, l'ensemble des espaces de transition, articulés par une échelle et une accessibilité partagée, créent une porosité entre la ville et l'hôpital. L'utilisateur, qu'il vienne pour se rendre dans l'hôpital ou non, vaque d'un espace à l'autre en toute liberté. Dans l'article « Quelle architecture pour l'hôpital de demain ? », l'architecte Laurent-Marc Fisher de chez Architecture Studio affirme la porosité du modèle d'hôpital fragmenté qui, « en déployant des passerelles entre les bâtiments, redonne une capacité humaine à l'hôpital »⁷¹. Par l'ensemble des dispositifs de parcours (passerelles, allées, jardins), les espaces distancés spatialement s'imbriquent les uns dans les autres tout en laissant place au vide dont la ville et ses usagers s'emparent. Par son échelle et sa composition, l'hôpital devient soluble dans la ville. Il est diffus. Le seuil semble alors disparaître, se diluer.

⁷⁰ BINET J.-L., *op. cit.*, p.60

⁷¹ REGNIER I., *op. cit.*

DEUXIÈME PARTIE

LE PARCOURS ARCHITECTURAL ET
L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS, LE
CAS DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS ET
CELUI DE L'HÔPITAL EUROPÉEN
GEORGES-POMPIDOU

PRÉAMBULE

Cette première partie m'a permis d'évoquer l'évolution de la place de l'hôpital dans la ville. Au cours des cinquante dernières années, un certain nombre de dispositifs architecturaux ont progressivement rétabli un lien entre l'hôpital et l'urbain. S'il avait existé jusqu'au XVIII^{ème}, celui qui se reconstruit aujourd'hui est d'un nouvel ordre. Cette évolution a été étudiée chronologiquement en m'appuyant sur la progression du travail de l'architecte autour du seuil. Reflet de l'intérêt grandissant pour le rapport à la ville, le seuil construit le lien à travers une articulation de dispositifs.

Un premier continuum spatial ville-hôpital est établi à l'occasion de la modernisation de l'hôpital Saint-Louis dans les années 1980. L'étape suivante engage un parcours de la ville à travers l'hôpital même ; c'est le « mastodonte » hôpital européen Georges-Pompidou. Enfin, l'hôpital devient la ville et la ville devient l'hôpital à travers l'exemple du nouveau CHU de Nantes en cours de construction. D'étape en étape, le geste de l'architecte a dilué le seuil, imposant un nouveau rapport entre ville et hôpital, lié par ailleurs au renouvellement de l'hôpital lui-même. En intégrant l'hôpital à la ville, l'architecte affirme l'évolution des rapports des deux entités en termes d'espace, influençant inévitablement sur l'expérience spatiale et sociale des usagers de l'hôpital.

Richard Scoffier interroge « comment rendre humaines ces machines ? »⁷². Cette deuxième partie est l'occasion d'aborder la réception spatiale de ce travail du seuil, tel qu'entamé par l'architecte, par le patient lui-même. En m'appuyant sur les récits de différents entretiens, je vais analyser comment ce travail du seuil impacte l'expérience du patient, dans son rapport à l'espace. Quelle nouvelle spatialité est créée autour du seuil ? Quelle réception pour le patient ? Comment cette spatialité joue-t-elle un rôle dans l'expérience du patient ?

⁷²SCOFFIER R., *op. cit.*, p.51

SEUIL MOUVANT, CORPS EN MOUVEMENT, LE PARCOURS DU PATIENT À TRAVERS LE SEUIL

Du vertical à l'horizontal, l'expérience du corps en mouvement dans l'espace de l'hôpital

Le corps est « la partie matérielle des êtres animés »⁷³. C'est une composante matérielle de l'être humain qui rend possible l'interface avec le monde extérieur.

Le corps est celui par l'intermédiaire duquel l'individu appréhende l'espace et construit sa spatialité, « l'instauration du rapport à l'espace semble se jouer au niveau le plus élémentaire, en l'occurrence celui du corps »⁷⁴ souligne l'architecte Xavier Malverti dans l'ouvrage « L'espace architectural à bras le corps ». Il poursuit : « celui-ci n'est pas dans l'espace ; il est à l'espace et c'est à partir de cette inhérence fondamentale que les choses prennent place, à partir de cette expérience initiale du proche et du lointain, de l'Ici et du Là que le corps nous fournit dans la perception. »⁷⁵. Dès lors, l'expérience spatiale s'opère non seulement par le corps, mais, si nous approfondissons cette conception, c'est par le corps que l'espace existe. Le corps et l'espace deviennent indissociables, « mon corps n'est pas pour moi un fragment de l'espace, il est bien ce sans quoi il n'y aurait pas d'espace »⁷⁶. Par sa présence même, le corps fait exister l'espace.

A l'hôpital, c'est un corps souffrant qui est soigné. Le terme de « patient » est emprunté au latin *patiens* « endurent, qui supporte »⁷⁷, c'est celui qui souffre. Le rôle de l'espace dans lequel s'épanouit le corps est essentiel pour la guérison, le bien-être du corps en souffrance.

⁷³ Le Petit Robert. (1989) Corps. Dans *Le Robert*

⁷⁴ MALVERTI X. et LE QUITTE S. (2006), « L'espace architectural à bras le corps, pour une phénoménologie de l'espace vécu », p.1

⁷⁵ *idem.*

⁷⁶ *ibid.*, p.7

⁷⁷ REY A. (sous la direction de) (2016), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, p.1650

Plusieurs architectes ont voulu répondre à cette nécessité. En s'appuyant sur les théories médicales de leur temps, ils ont mis en place des dispositifs architecturaux pour le meilleur soin du corps. D'Alvar Alto à Le Corbusier, le corps immobilisé du patient a donné lieu à différentes réponses. Dans le travail en coupe, la lumière et les vues viennent soulager le corps immobilisé dans son lit. Au sanatorium de Paimio, par exemple, Alvar Aalto fait de la lumière directe la thérapie du patient allongé sur son lit, la tête légèrement inclinée. A l'hôpital de Venise, Le Corbusier met en place un nouveau « modulator », l'unité lit. Il s'agit d'une conception pensée autour de l'homme couché pour une durée de quinze jours. Allongé, le patient n'expérimente l'espace que par la vue sur le plafond. Le patient est éclairé uniquement grâce au travail sur la cinquième façade. Il baigne dans la lumière zénithale indirecte qui prend sa source sur le toit terrasse de l'hôpital ⁷⁸. Ces deux architectes se sont appuyés sur la théorie du corps du patient immobilisé, horizontal. Les nouvelles réformes de l'hôpital, remettant en question le soin subi dans l'immobilité, viennent faire évoluer ce travail sur un corps statique.

Depuis quelques années, comme nous avons pu le voir dans la précédente partie, les politiques de santé en France cherchent à orienter la pratique hospitalière vers une pratique ambulatoire. A titre d'exemple, l'ambition du futur CHU de Nantes est une prise en charge à 64% en ambulatoire ⁷⁹. Ainsi le corps n'est-il plus statique mais en mouvement. Il va et vient dans l'hôpital sur des temps plus courts. Désormais le patient n'est plus immobilisé dans un lit mais sort de son lit : il se lève, s'assoit, s'appuie... Son séjour ne se résume plus au seul espace de sa chambre d'hôpital. Son corps bouge d'un espace à l'autre, parfois sans même passer par la chambre. Il ne s'agit plus du dessin

⁷⁸ LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.522

⁷⁹ WAJDZIK A (2022, janvier), « Pourquoi le futur CHU de Nantes est un projet « emblématique et exemplaire » selon Matignon », *Ouest France* [en ligne], <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/pourquoi-le-futur-chu-de-nantes-est-emblematisque-et-exemplaire-selon-mati-non-d6340bda-79cf-11ec-a5c8-df22f6eb22a7>

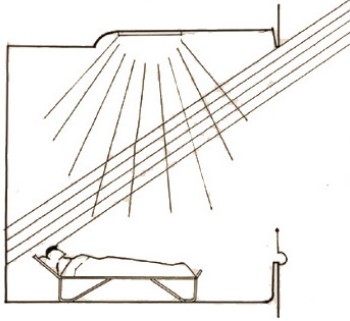


Fig.23 : la lumière pénétrant la chambre du patient alité au sanatorium de Paimio
 source : dessin d'Alvar Alto dans KERSSE A. et TOURNAIRE J. (2021, mars), op.cit., p.61

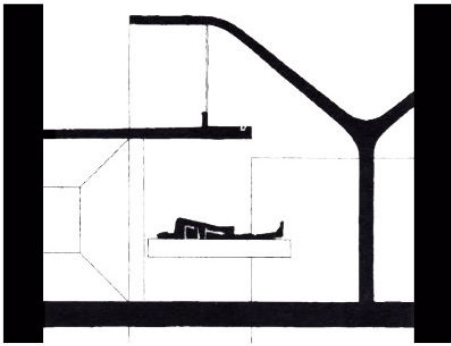


Fig.24 : la lumière zénithale pour le nouveau modulator immobilisé à l'hôpital de Venise
 source : dessin de Le Corbusier dans idem.

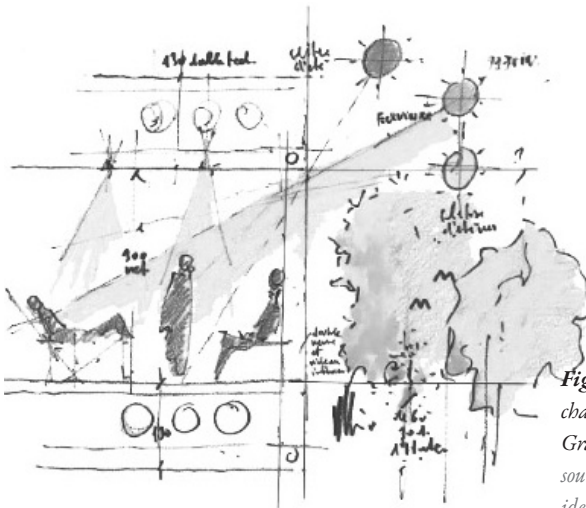


Fig.25 : l'homme mobile dans sa chambre pour le CHU Saint Ouen Grand Pairs-Nord
 source : dessin de Le Corbusier dans idem.

unique de la chambre dédiée au malade, mais de l'exploration d'autres zones, l'ensemble des espaces opérant la transition entre la ville et le soin. Désormais, le seuil, par la spatialité étendue qu'il propose, participe à cette mobilité du corps.

Le mouvement du corps opère la continuité entre les espaces, « l'espace architectural apparaît discontinu par sa fragmentation, mais continu par le mouvement du corps qui en établit les mesures par sa présence en soi »⁸⁰. Par son mouvement, il participe à l'articulation entre les espaces formant le seuil. Ainsi, à l'hôpital européen Georges- Pompidou, la réduction des distances de déplacement est-elle liée à la « volonté d'assurer les meilleures liaisons possibles entre et dans les services »⁸¹ pour les usagers de l'hôpital.

Ces nouvelles spatialités, engageant le corps mobile, participent à l'expérience du patient. Devenu un espace de déambulation verticale plus que de résidence horizontale, « un lieu parcouru et mobile et plus qu'un décor immobile, un maillage de fonctionnalités plus qu'une centralité »⁸², les architectes Jérôme Brunet, Julia Tournaire et Antoine Kersse défendent l'idée que « l'hôpital doit mettre en place un nouveau cheminement de soin qui perpétue l'hospitalité dans l'absoluité de ses exigences »⁸³. L'architecture est l'instrument premier qui nous relie à l'espace et au temps en donnant à ces dimensions une mesure humaine. C'est à travers les lieux qu'elle crée que l'architecture génère l'expérience de l'utilisateur⁸⁴. A ce titre, la spatialité du seuil joue un rôle plus que central dans le ressenti du patient à l'hôpital.

Ainsi, et à partir de ces constats, il convient de se poser la question de ces

⁸⁰ MALVERTI X. et LE QUITTE S., *op. cit.*, p.9

⁸¹ BINET J.-L. (2000), *op. cit.*, p.25

⁸² BRUNET J., KERSSE A., et TOURNAIRE J., *op. cit.*

⁸³ *idem.*

⁸⁴ FLEURY M. (2019), *Embodiment du milieu, vers une homéostasie corporelle et architecturale*, Paris, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine, 183 p.

nouvelles spatialités générées par le seuil pour le corps en mouvement. Comment participent-elles à l'expérience spatiale du corps mobile du patient ?

La perméabilité entre le soin et la ville, le gradient de l'expérience rassurante du patient. Le cas de la rue hospitalière à l'hôpital européen Georges-Pompidou

A partir du XVIII^{ème} siècle, dès lors que l'hôpital devient un lieu de soin, une attention particulière est portée à l'expérience du patient ; « l'architecture hospitalière doit être le facteur et l'instrument de la cure hospitalière »⁸⁵. Je m'intéresserai ici à la façon dont la spatialité de ces sutures avec la ville participe (positivement) à l'expérience du corps du patient en mouvement.

Le patient est un homme fragilisé. Une fragilisation physique qui le met dans une position de vulnérabilité psychique. Le moment d'exposition de cette vulnérabilité correspond au moment le plus intime, celui des soins. En étant « exposé à la douleur physique, à la maladie »⁸⁶, le patient est vulnérable. Pour pallier à cette vulnérabilité, les dispositifs mis en place par l'hôpital, proposés par l'architecte, veillent à rassurer le patient, notamment par la transition douce vers le soin par la construction d'une perméabilité avec la ville.

Suivant la transition qu'il offre, le seuil agit comme un gradient, retardant le moment où le patient sera le plus vulnérable. Emprunté au champ lexical de la

⁸⁵ FOUCAULT M., *op.cit.*

⁸⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). Vulnérable. Dans *CNTRL*

géographie, un gradient est une « variation continue mais pas nécessairement linéaire d'une grandeur en fonction de la distance. Les gradients caractérisent les espaces continus, associant des lieux contigus (territoires), à métrique non uniforme »⁸⁷. Dans l'ouvrage « Les mots de la géographie », les géographes poursuivent : « tous les champs impliquent des gradients, tout espace géographique est quelque part dans un certain nombre de gradients: tout méta système (tout environnement, tout milieu) est gradient de gradient »⁸⁸. La vulnérabilité serait comme une grandeur physique variant dans l'espace. Ainsi, plus la distance dans le parcours s'étale, plus le moment d'exposition de la vulnérabilité du patient s'éloigne. Le seuil étire la transition entre la ville et l'hôpital. Il agit comme un gradient, faisant arriver progressivement l'exposition de la fragilité du patient.

Lorsque je demandais à Sarah de me décrire son parcours pour se rendre à l'hôpital Saint-Louis, elle me décrivait choisir l'entrée retardant au plus son arrivée sur le site de l'hôpital. Elle cherchait à expliquer pourquoi elle n'empruntait pas la première entrée qui se présentait à elle dans son parcours : « peut-être parce que je n'étais pas pressée de rentrer dans l'hôpital donc je l'ai contourné »⁸⁹. Ce témoignage laisse comprendre comment le patient cherche à retarder le moment d'arrivée au sein de l'environnement de l'hôpital, par un contournement du premier franchissement proposé par le site vers son univers aseptisé.

Par les lieux de transition douce, l'hôpital offre un cadre serein pour le patient. Le témoignage de Sarah tend à appuyer la nécessité d'un espace transitionnel abouti, qui intègre la relation dedans-dehors au sein du seuil hospitalier dans les étapes du parcours du malade. Dans le livre « L'hôpital en

⁸⁷ LEVY J. et LUSSAULT M., *op. cit.*

⁸⁸ BRUNET R., FERRAS R., et THERY H. (1997), *Les mots de la géographie, Documentation Française, Dynamique Du Territoire*, 518p. cité dans LEVY J. et LUSSAULT M., *op. cit.*, p.225

⁸⁹ Sarah lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

France : du Moyen-Age à nos jours. Histoire & architecture », Pierre Louis Laget décrit l'importance accordée aux espaces d'accueil à partir des années 1980, illustrée par l'attention portée à la conception et l'aménagement des espaces de transition hôpital-ville. Ils conditionnent l'impression première du patient qui va initier la suite de son expérience de parcours. Opérant par ailleurs la transition entre la ville et les services hospitaliers, « ils se doivent d'offrir un cadre rassurant »⁹⁰. L'ensemble des réseaux et des espaces de circulation participent à l'expérience du patient. En offrant un cadre rassurant, à la fois par leur dessin et par leur perméabilité avec la ville.

Cette nouvelle dilution du seuil, qui permet de prolonger des sutures avec la ville, est-elle désormais effective dans l'espace vécu du patient ? Comment se démontre l'impact de ce brouillage du seuil dans l'expérience spatiale du patient ?

A plusieurs reprises lors de nos entretiens, Sarah et Frédérique mentionnaient leur quête d'un lieu « aimable » à l'hôpital, ce dernier participant à rendre leur expérience spatiale plus agréable. Par exemple, lorsque je demandais à Sarah de m'indiquer le lieu dans lequel elle se sentait le mieux, elle me répondait : « à la cafet ! C'était le seul lieu où je me sentais bien, certainement parce que c'était un lieu encore référent à la ville, à un quotidien aimable »⁹¹. En cherchant des synonymes du mot « aimable », parmi d'autres, je trouve le terme d'« urbain »⁹². Ainsi une présence citadine rendrait-elle l'hôpital plus « aimable » ? De quelle manière participe-t-elle à un cadre serein, rassérénant pour le patient ?

De la même manière que l'hôpital italien de la Renaissance, décrit dans la

⁹⁰ LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.529

⁹¹ Sarah lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

⁹² Dictionnaire électronique des synonymes (s.d.). Aimable. Dans *Centre de recherche inter-langue sur la signification en contexte* (CRISCO)

première partie, mettait en place une succession de franchissements de l'espace public vers le soin pour donner des temps d'étapes au malade, la rue hospitalière étend la zone de seuil, reprenant le concept renaissance en en renouvelant la conception. La rue hospitalière, que l'on retrouve à l'hôpital Robert Debré tout comme à l'hôpital européen Georges-Pompidou, révolutionne l'architecture hospitalière, tant sur le plan architectural que social. Elle est pensée pour les usagers, quels qu'ils soient ; elle est aussi et surtout dédiée au bien-être des patients. Dans « Naissance d'un hôpital », l'architecte Pierre Riboulet démontre l'attention particulière qu'il porte à l'expérience des enfants. Ce dernier, à propos de la galerie urbaine de l'hôpital Debré, décrit : « c'est un lieu de vie sociale active. Sa fonction principale est de créer une transition entre le ville et l'hôpital, de faire que l'hôpital ne soit pas pour les enfants un édifice traumatisant »⁹². Dans ce traitement du seuil comme transition , j'alterne volontairement entre la rue hospitalière de l'hôpital européen Georges-Pompidou et celle de l'hôpital Robert Debré car cette dernière est le point d'appui, la genèse de cette nouvelle conception. A travers la rue hospitalière, proposant une transition douce entre la ville et l'hôpital, les architectes redonnent une dimension humaine à l'hôpital. Par une "amabilité" des programmes, des échelles et de la spatialité, la rue piétonne participe à ce cadre rassurant.

A l'hôpital européen Georges-Pompidou, en y disposant des programmes non médicaux, la rue hospitalière rappelle la ville, celle dans laquelle le patient n'expose pas sa vulnérabilité. La rue hospitalière, offerte à tous, permet d'y être anonyme. Le patient la pratique comme un autre usager.

Dans le parcours déjà fragile du patient, la perte de repère ajoute une fragilité. En permettant un environnement référent à la ville, la rue hospitalière permet par ailleurs au patient de garder ses repères.

⁹² COMOLLI J-L (1992), *op. cit.*

« Une expérience rassurante par la grâce des lieux »⁹³ lance Riboulet dans le film « Naissance d'un hôpital ». Par la disposition de l'espace, la lumière, la volumétrie, les architectes visent à cette expérience rassurante. Intermédiaire précédent l'univers médicalisé et aseptisé des espaces de soin, la rue intérieure est une séquence dans le parcours. Elle représente un enjeu à la fois spatial et psychologique : la transition vers l'hôpital est adoucie par un seuil troublé, le corps est accompagné dans son parcours. Elle vise une fluidité des parcours par sa perméabilité avec la ville. La volumétrie permet cet accompagnement. A l'hôpital Robert Debré, l'hôpital s'organise autour d'une rue intérieure curviligne. Sa courbe traverse en surplomb le vaste jardin intérieur de l'hôpital. A l'hôpital européen Georges-Pompidou, la rue intérieure est un espace lumineux, couvert, qui s'élargit puis se resserre en fonction de ses usages. Le patient y entre naturellement. Afin d'améliorer leur bien-être, l'accent est mis sur le recours à la lumière naturelle pour l'éclairage des locaux. L'étagement progressif des bâtiments et la verrière de la rue piétonne permettent de faire pénétrer et d'y diffuser au maximum la lumière du jour. Ainsi cette suture permet-elle à l'hôpital d'être un « dedans dehors »⁹⁴.

A l'hôpital européen Georges-Pompidou, cette douceur baignée de lumière naturelle des espaces de transition vers le soin s'interrompt dans les espaces d'attente éclairés artificiellement pour l'essentiel. A l'aune de l'exemple du service de radiologie/oncologie de l'hôpital Saint-Louis, nous allons nous questionner sur ces espaces étanches à la ville et à la lumière naturelle pour essayer de comprendre le rôle et l'impact de ces éléments.

⁹³ COMOLLI J-L, *op. cit.*

⁹⁴ *idem.*

Hypogée et apogée dans l'expérience spatiale du patient, le cas de la radiologie en sous-sol à l'hôpital Saint-Louis

Le corps est « cette condition humaine charnelle qui nous rattache au monde, au sol et à l'espace »⁹⁵. L'expérience spatiale du patient passe par son corps en mouvement. Il se déplace dans l'espace et construit l'espace par sa teneur physique. Il suit un parcours par son corps rattaché au sol. Les pieds, sur le sol, construisent ce parcours. Dès lors, le parcours du corps est construit par notre relation au sol. Parallèlement, le seuil, articulation d'espaces construisant un rapport entre l'espace public et l'espace de soin, est une jonction entre plusieurs zones. Ce qui nous intéresse ici est de comprendre le rôle du niveau du sol comme jonction. Comment la jonction s'opère-t-elle ? Comment s'établissent ces relations à la ville par le sol ? Et enfin, comment est-il vécu par le patient ? Ces questionnements seront abordés par le prisme du cas de la radiologie à l'hôpital Saint-Louis.

Située en dessous du niveau de la rue, le parcours menant à l'entrée de l'hôpital suit la pente qui mène à la radiologie. Comme présenté en première partie, le parcours du corps est induit par une pente longeant l'hôpital. L'entrée de l'hôpital est ainsi dans une cuve, coupée visuellement de la ville. Par le témoignage de Sarah, ancienne patiente à l'hôpital Saint-Louis pour le traitement de son cancer du sein, je découvre où se situe le service de radiologie. Une fois entrée dans l'hôpital, elle se dirige vers les noyaux de circulation verticale. Elle doit prendre l'ascenseur pour arriver au premier sous-sol, un couloir sur sa gauche lui permet de se rendre au service de radiothérapie/oncologie, tandis que tout droit elle est confrontée à un flux, « des sortes de va-et-vient permanents de, comment dire ? Non pas de brancardiers mais de sorte d'hommes de ménages qui déplacent de containers [...] quasiment

⁹⁵ MALVERTI X. et LE QUITTE S., *op. cit.*, p.1

à côté des poubelles »⁹⁶. La radiologie est en hypogée, c'est-à-dire « situé en dessous du niveau du sol »⁹⁷. Le patient s'enfonce dans le sol et dans un lieu, qui plus est, coupé de la lumière naturelle. Que signifie avoir un espace en dessous du niveau du sol, en hypogée ? Comment est ressenti cet espace par le patient ? Quelle expérience y construit-il ?

Pour analyser ce ressenti, je tiens à conserver la précision des mots de Sarah. Ils sont signifiants de son expérience. Ainsi elle m'explique en détail :

Déjà on sait que bon, on est atteint d'un cancer, ce qui n'est jamais très sympathique, et qu'en plus vous vous trouvez à descendre dans un sous-sol, qui est assez inhospitalier, il faut le reconnaître. [...] on a l'impression quand même que c'est le premier pas vers le sous-sol, un peu sous terre quoi, hein ? C'est le premier pas vers la mort. Et je trouve que c'est particulièrement inhospitalier, [...] franchement ce sous-sol, quasiment à côté des poubelles, j'avais l'impression que voilà quoi, c'était un flux dans un sens et qu'il n'y aurait pas de retour, ce n'était pas du tout accueillant.⁹⁸

Le parcours du patient est induit par la pente, il ne laisse pas le choix que de s'enfoncer dans le sol. Dans l'imaginaire collectif, l'espace en sous-sol est une métaphore vers les entrailles, le corps s'enterre. Nous pouvons lire dans la Bible : « jusqu'à ce que tu retournes dans la terre, d'où tu as été pris ; car tu es poussière, et tu retourneras dans la poussière »⁹⁹. L'expérience analysée par Sarah reflète cette citation du nouveau Testament : « franchement j'avais l'impression de mettre un pied dans la tombe, les poubelles d'un côté, la radiothérapie de l'autre. C'est un peu nous dire « vous voyez là c'est l'antichambre de la mort, vous descendez, premier pas vers les tréfonds ». Je

⁹⁶ Sarah lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

⁹⁷ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). Vulnérable. Dans *CNTRL*.

⁹⁸ Sarah lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

⁹⁹ Nouveau testament, genèse 3 :19

pense que c'est vraiment le parent pauvre, la radiologie, dans ce bâtiment »¹⁰⁰. L'espace génère une perception chez Sarah. Nous développerons davantage cette notion dans la partie suivante néanmoins, en faisant appel à un imaginaire chez Sarah, cette provoque une angoisse. Ce choix d'un service en hypogée révélerait-il un manque de considération du patient par l'architecte ? Là n'est pas notre propos. Il n'empêche : par la conjugaison du sous-sol, d'une lumière artificielle et de l'étanchéité d'avec la ville, l'architecte isole le patient et le réduit à sa condition, le coupant de toute relation visuelle et spatiale avec la ville-vie.

Au contraire de l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital européen Georges-Pompidou s'élève. C'est un édifice dont les étages permettent de baigner de lumière les services. Ce seuil nourrit l'expérience généreuse pour le patient. « L'hôpital est un lieu si dur à vivre, surtout pour un enfant, qu'il faut tout faire pour que ce lieu dépasse sa fonction et dise autre chose, pour qu'on s'y sente différent, soutenu par une force et une signification supérieure. »¹⁰¹. Ainsi, l'élévation peut être un soutien pour le patient, il s'élève, la hauteur lui donne une force et sa (propre) considération devient autre.

« Se sentir rassuré par la seule grâce des lieux »¹⁰² affirmait Pierre Riboulet dans le film « Naissance d'un hôpital ». La grâce des lieux, c'est la générosité des espaces. Une expérience confortable passe par un espace confortable. Par « confortable » nous entendons un espace pour l'épanouissement du corps en fonction de ses besoins. Un espace confortable c'est aussi un espace lumineux grâce à sa relation avec l'extérieur. L'impact de la lumière sur la santé tant mentale que physique, est prouvé par les architectes hygiénistes. L'hôpital Saint-Louis, dès les années 1980, joue la transparence, laissant la lumière entrer dans le hall, mais depuis ce hall lumineux, comme nous

¹⁰⁰ Sarah lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

¹⁰¹ COMOLLI J-L, *op. cit.*

¹⁰² *idem.*

l'avons vu, les parcours s'ensuivent dans la lumière artificielle. Au contraire, tout comme à l'hôpital Robert Debré, l'hôpital européen Georges-Pompidou est traité avec un soin particulier pour l'accueil des patients sur l'intégralité de leur parcours. Pour cela une majorité des espaces sont éclairés par de grands vitrages. Des murs rideaux, donnant sur les patios intérieurs, éclairent les paliers des noyaux de circulation verticale. Dans les chambres, de grandes baies vitrées donnent sur l'extérieur. Camille, neuropsychologue de l'hôpital, appuie la générosité des espaces de soin. Lorsque je lui demandais comment elle qualifiait cet hôpital par rapport aux autres dans lesquels elle avait travaillé, elle me répondait : « les espaces sont plus généreux. Il est plus récent donc ça donne plus de qualités. Il est lumineux... Oui je le trouve moins tristoun »¹⁰³.

Le cas de la radiologie à l'hôpital Saint-Louis, dont l'ensemble, salle d'attente comprise, se trouve en sous-sol, permet par ailleurs de nous étendre un peu sur ces espaces particuliers. L'hôpital est un lieu d'attente. L'attente pour être pris en charge, l'attente d'un prochain rendez-vous, l'attente de résultats... Ces espaces sont tout autant constitutifs de l'expérience réelle du patient. Ils sont les derniers espaces de transition avant l'intimité complète du soin. La dernière porosité avec le monde social extérieur aussi. Pourtant, à l'hôpital Saint-Louis tout comme à l'hôpital européen Georges-Pompidou, le dessin en plan de l'hôpital oblige l'utilisation de couloirs en salles d'attente. Peu éclairés, traversés par un flux continu, cela en fait des lieux soumis à une tension d'autant plus forte, devenant à leur insu seuil de stress pour le patient. En attente, le patient devient probable malade au vu et su de tous les usagers de cet espace de passage. En attente de soin, son intimité de malade est ainsi bafouée par la confusion des usages de l'espace. Ainsi altéré, le seuil fragilise le patient dans son parcours. Ce constat amène à une nouvelle série de questionnements autour de l'intimité à travers le seuil à l'hôpital.

¹⁰³ entretien avec Camille (cf. entretien en annexes)

LE SEUIL, SUPPORT DE L'AMBIVALENCE DANS LE RAPPORT À L'INTIMITÉ DU PATIENT

La construction du rapport à la l'intimité dans l'hôpital

Aujourd'hui l'hôpital accueille et assiste en cherchant à prendre soin du patient. Le patient y a conquis des droits¹⁰⁴. Cette considération des patients est légalisée par des textes de loi. Ainsi le droit à l'intimité constitue-t-il l'une des bases de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Entre autres, un des articles appuie la confidentialité à laquelle est tenu le personnel médical. « Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »¹⁰⁵. La dimension privée, celle du secret, répond à l'un des fondements de la notion d'intimité.

L'hôpital touche au plus fort de l'intimité puisque le patient y livre son corps. Dans le dictionnaire, nous pouvons trouver une définition brève du terme : « caractère intime, intérieur et profond ; ce qui est intérieur et secret »¹⁰⁶. La signification du substantif « intime » est la suivante : « qui est contenu au plus profond de l'être, qui lie étroitement, par ce qu'il y a de plus profond »¹⁰⁷. L'intime recouvrerait alors deux aspects, l'intimité corporelle et l'intimité psychologique. La définition se poursuit en explicitant que l'intime est ce « qui est tout à fait privé et généralement tenu privé des autres »¹⁰⁸. Elle intègre une notion d'espace, de sphère personnelle, à l'image de la suite de signification d'« intimité » révélant comment un espace participe à cette intimité : « agrément, confort d'un endroit où l'on se sent

¹⁰⁴ CASTRO L. (1999), *Le respect du droit à l'intimité des patients : un défi pour l'infirmière générale*, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, 70p.

¹⁰⁵ Légifrance, *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

¹⁰⁶ Le Robert. (1989) Intimité. Dans *Le Petit Robert*.

¹⁰⁷ Le Robert. (1989) Intime. Dans *Le Petit Robert*.

¹⁰⁸ *idem*.

tout à fait chez soi »¹⁰⁹. Louise Castro, dans son mémoire sur « le respect du droit à l'intimité des patients » cite Jean Baudrillard pour son enrichissement de la définition par la notion d'espace personnel. Pour lui, « l'intimité semble tracer une sphère enchantée qui serait celle du sujet avec ses affects, ses pensées, son discours intérieur »¹¹⁰.

Au vu de l'ensemble de ces éléments théoriques, la notion d'intimité peut alors être décrite comme une étanchéité, un espace clos, protégé ou à protéger. Elle intègre l'idée d'un espace personnel hermétique, dans lequel seules les personnes qui y sont invitées peuvent pénétrer. Un environnement protégé, tenu par le corps dans l'espace, à fortiori dans l'espace du soin. L'architecture, dans la spatialité qu'elle génère, doit alors permettre une intimité au corps dans l'espace. Comment est restitué spatialement ce droit à l'intimité au sein de l'hôpital ?

A partir du XVIII^{ème} siècle, « l'architecture hospitalière doit être le facteur et l'instrument de la cure hospitalière »¹¹¹. L'hôpital n'est plus la dernière étape avant la mort mais un lieu visant la cure du patient dans les meilleures conditions. Michel Foucault, dans « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », expose de quelle manière l'hôpital se médicalise. Des mécanismes disciplinaires ordonnant l'espace y sont introduits. Pour le philosophe, l'ordonnement de l'organisation spatiale de l'hôpital profite à la cure du malade. Pour ce faire, des espaces intimes et appropriables par le malade sont dessinés, les patients ne sont plus alités dans des lits-dortoirs propageant les maladies. La singularisation de l'espace passe par la création « autour de chaque malade [d'] un petit espace individualisé, spécifique,

¹⁰⁹ Le Petit Robert. *op. cit.*

¹¹⁰ BAUDRILLARD J. (1986) « L'intime », *Autrement*, n°81, p.13 dans CASTRO L. (1999), *op.cit.*, p.9

¹¹¹ FOUCAULT, *op. cit.*, p.3



Fig.26 : gravure de la salle des malades de l'Hôtel Dieu à Paris au XVIème siècle, les lits-dortoirs responsables de la propagation des maladies et d'une intimité nulle photo personnelle FERMAND C., op.cit.,

modifiable selon le patient, la maladie et son évolution » ¹¹². Visant le confort du malade, un travail architectural y est établi pour la gestion de la température, le renouvellement de l'air, etc. Ces espaces individualisés permettent à l'origine de mieux surveiller, en assurant le suivi des patients. Le nouveau visage ainsi ordonné de la discipline a une fonction thérapeutique sur le malade. Selon Foucault, par une meilleure surveillance, le patient est mieux guéri.

Ces dispositifs font du patient un être unique, à part entière, dont le confort est amélioré architecturalement en vue de sa cure. Le XIX^{ème} signe l'aboutissement du travail thérapeutique par l'individualisation de l'espace. De cette façon, « chaque malade a droit à un lit parce que chaque malade représente une maladie, un cas particulier [...] sur le plan général ce lit [est] incorporé, placé dans l'hôpital pavillonnaire » ¹¹³. L'individualisation de l'espace par un lit recherche, dans un premier temps, l'hygiène, la thérapie par l'ordre. Peu à peu l'individualisation de l'espace s'étend hors du lit, en créant des unités intimes autour du malade. La chambre devient alors l'espace ultime d'intimité pour le patient.

Encore souvent partagées, l'hôpital européen Georges-Pompidou vise l'amélioration du séjour des malades hospitalisés par la mise à disposition, systématisée autant que possible, de chambres individuelles. De ce fait, « 90% des chambres de l'hôpital sont individuelles et 15% d'entre elles disposent d'un canapé lit pour un éventuel accompagnant » ¹¹⁴. Elles ont chacune une salle d'eau avec une douche et des WC individuels, et sont baignées de lumière du jour grâce à un double vitrage. Camille, neuropsychologue à l'hôpital Georges-Pompidou, désignait les chambres comme les espaces les plus intimes. Elle révélait comment le dessin de la chambre semblait aboutir

¹¹² FOUCAULT, *op. cit.*, p.7

¹¹³ BINET J-L., *op. cit.*, p.11

¹¹⁴ *ibid.*, p.25

cette quête : « tu vois les lits sont toujours du côté où il y a le renforcement, comme ça on [ne] voit que le pied de la personne. Donc là, par exemple, tu rentres et tu vois mes pieds d'abord, donc tu ne vois pas directement le patient. »¹¹⁵. Ce souci général de l'espace de la chambre établit une relation directe entre le confort et le respect de l'intimité du patient. La chambre offre au patient une sphère intime, protégée de l'hôpital.

L'étanchéité des zones de soin veille ici à l'intimité de l'espace. La limite entre l'espace intime du soin et l'espace public est un point de tension. A ce titre, Dominique Perrault, dans le catalogue d'exposition de son travail, présentée en 2008 au centre Georges-Pompidou, évoque le mur séparateur et liant, qui permet de cacher tout en accédant à l'intimité : « quels que soient les motifs qui justifient l'élévation [...], le mur engendre la séparation - de l'interdit. Une fois cet axiome posé, le défi à relever consiste à changer ce qui sépare pour en faire quelque chose qui relie. Nous autres, architectes, avons la charge d'imaginer des murs qui soient plus qu'eux-mêmes, c'est à dire de créer des lieux de transition entre le dehors et le dedans, entre le public et le privé, entre le magma et la sphère de l'intime. »¹¹⁶. Cet extrait permet de faire le lien avec notre point d'attention suivant, à savoir la question de l'intimité dans le contexte du soin, et l'ambivalence que soulève son seuil, entre protection et ouverture. Comment rendre compte d'une intimité dans l'espace brouillé du seuil supportant une nouvelle mobilité du corps ?

¹¹⁵ Camille lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

¹¹⁶ PERRAULT D. (2008), *Dominique Perrault Architecture : catalogue d'exposition de Beaubourg*, Paris, Hyx, p.110

L'ambivalence révélée par le seuil, entre enveloppe sécurisante et ouverture sur la ville

L'hôpital constitue l'articulation d'un ensemble d'échelles de grandeurs variables. Pierre Riboulet les décrit dans la monographie qui lui est dédiée ¹¹⁷. Il dépeint la complexité à la fois sociale et esthétique de l'hôpital, entre la grande échelle du besoin collectif mais aussi de l'emprise spatiale représentée par l'hôpital, et la petite échelle, celle de l'attention nécessaire accordée à chacun des usagers, uniques, singuliers. Par son architecture, en créant l'enchaînement entre ces dimensionnements, l'hôpital fait exister le rapport de l'individu à la société. « L'hôpital est un symbole de cette relation à la faiblesse et à l'espace public » ¹¹⁸ appuie Donato Severo. Le seuil est le support de la jointure entre ces échelles. Il fait exister cette ambivalence entre l'intimité du patient, la petite échelle, et la grande échelle du monde extérieur.

La quête d'ouverture de l'hôpital sur la ville, nous l'avons vu, est un but en soi, perdurant depuis les années 1970. Elle entre en résonance avec celle recherchée par le personnel médical. A ce titre, le professeur Alain Sauvanet, chirurgien digestif, et Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PU-HU) apporte un éclairage du corps médical, dans le cadre du séminaire « Les lieux de la santé à l'épreuve de la crise : mutabilité, flexibilité, élasticité, plasticité » organisé par la chaire Archides. A propos de l'hôpital en milieu urbain, il énonce comme principale requête celle de faire de l'hôpital un lieu ouvert sur l'urbain, accueillant. Il défend : « déjà ce n'est pas sympa un hôpital, alors s'il faut montrer patte blanche pour y entrer, on hésite à y aller » ¹¹⁹.

¹¹⁷ BLAIN C., *op. cit.*, p.30

¹¹⁸ LEMOINE B., SEVERO D., *op. cit.*

¹¹⁹ Pr. Alain SAUVANET dans BONNEAU L. (coordinatrice)(2022, 19 janvier), *Séminaire 1 : Les lieux de la santé à l'épreuve de la crise : mutabilité, flexibilité, élasticité, plasticité* [séminaire en ligne], Chaire de recherche et d'enseignement ARCHIDES, Séminaire international de recherche/Séminaire doctoral « Continuum, habiter les parcours de santé, de soin et de vie », 240'.

Cette hésitation du malade au niveau du seuil, susceptible de retarder la consultation, et donc le diagnostic pour le patient, peut être dangereuse d'un point de vue médical. Par ailleurs, la multiplication des soins externes et des traitements en ambulatoire amplifie cet impératif d'ouverture et d'accueil. L'exemple du CHU de Nantes, encore en devenir, semble répondre à cette évolution et ces usages nouveaux. Ainsi le plan du futur hôpital de Nantes, hôpital ouvert, envisage-t-il l'ensemble des rez-de-chaussée comme ouverts sur l'espace public, fluidifiant les parcours., multipliant les seuils et accès possibles.

Cette ouverture est permise par les dispositifs du seuil, qui articulent la transition entre l'urbain et le soin. Les architectes, à l'image de l'intention de Pierre Riboulet, imaginent l'hôpital ouvert et familier : « il faudrait entrer dans l'hôpital comme on passe dans une rue, une galerie où il y a beaucoup de choses à regarder, où l'on peut aller et venir sans obligation, courir et rêver. [...] que les enfants entrent là comme dans un lieu familier »¹²⁰.

Cette ouverture, visant une expérience rassurante pour le patient, vient paradoxalement à l'encontre de sa quête d'une enveloppe, intimisant, protégeant le corps vulnérable. Le brouillage du seuil reflète cette ambivalence. Est-ce qu'une « sur »-ouverture de l'hôpital, ne viendrait pas, au final, angoisser le patient ?

Camille, pendant notre entretien, me décrit les hôpitaux environnants de l'hôpital européen Georges-Pompidou, notamment celui de Corentin Celton, à Issy-les-Moulineaux. Elle m'explique s'y sentir bien, son plan s'organisant autour d'un jardin central. Je relève alors que ce modèle qu'elle me décrit semble être aux antipodes de celui de l'hôpital Georges-Pompidou. Elle me témoigne : « c'est vrai, ça s'appelle la rue hospitalière, en plus, ce

¹²⁰RIBOULET P., *op. cit.*, p.30

grand couloir... peut-être que des gens adorent mais moi, dans mon ressenti personnel, dû à mon caractère aussi, je préfère le système un peu protégé »¹²¹.

Avec ce lien nouveau créé entre l'hôpital et la ville, la question du parcours intime se pose : quelle protection spatiale pour le corps souffrant en quête d'intimité ?

La protection de l'intimité passe par le travail d'une enveloppe protectrice dimensionnée avec justesse. Elle permet l'humanisation de l'hôpital. Le Corbusier, lors de sa création d'un nouveau modulator pensé pour un homme couché pendant quinze jours à l'hôpital de Venise, veille à créer autour du patient, « dans son environnement proche »¹²², des unités de soins qui lui sont adaptées.

A l'hôpital européen Georges Pompidou, tout comme à l'hôpital Robert Debré, les architectes travaillent la progression de l'intimité par la disposition des espaces, et leur dimensionnement en fonction de leurs usages. Allant de la vie quotidienne aux soins spécialisés, l'enveloppe spatiale autour du corps de l'usager évoque plus ou moins de protection. Dans le premier franchissement depuis l'espace public, l'espace renvoie à l'idée d'habitude en donnant les moyens d'un parcours habituel, normal, le rendant rassurant. La présence d'une spatialité référent à la ville, au sein de la rue hospitalière, permet d'imaginer la quotidienneté. Le patient ne se sent pas reclus, ni en distance avec la société. La suite des parcours, prenant leurs origines dans la rue hospitalière, est fluide et logique. Petit à petit les espaces sont dimensionnés pour un flux moins dense. Les couloirs qui permettent le passage de deux brancards sont un peu moins lumineux ; ils ont une hauteur amoindrie. L'architecte fait ainsi appel à l'imaginaire du patient à travers des logiques mémorielles dans le parcours qu'il lui propose. Un espace étroit,

¹²¹ Camille lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

¹²² LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.522



*Fig.27 : la rue hospitalière à l'hôpital Georges-Pompidou,
spécialité libre et fluide
photo personnelle*



*Fig.28 : évolution du parcours, transition vers les espaces de
soins, dimensionnés à l'échelle du patient
photo personnelle*

en compression, laisse sous-entendre plus de protection pour le corps, plus d'intimité pour le corps vulnérable. Un espace large permet plus de flux, des parcours anonymisés. Il s'agit là d'une perception de l'espace par ce que provoque chez l'usager la sollicitation de ses sens. Il sera question de développer la notion de perception dans la troisième partie.

TROISIÈME PARTIE

TRANSFORMATION DU REGARD
PORTÉ SUR LE PATIENT : LE RÔLE
DU SEUIL ET DE SON BROUILLAGE

PRÉAMBULE

La seconde partie m'a permis de comprendre comment la spatialité, générée par le seuil entre la ville et l'hôpital, interférait dans l'expérience du patient. En m'appuyant sur la conception de ces articulations entre l'espace public et le soin, j'ai tenté de saisir la réception spatiale de ces jonctions par le patient .

La perception signifie « acte, opération de l'intelligence, représentation intellectuelle [...] fonction par laquelle l'esprit se représente les objets »¹²³. La définition poursuit avec un ajout de Condillac : « j'appelle perception l'impression qui se produit en nous à la présence des objets »¹²⁴. Ainsi, percevoir, c'est saisir par l'esprit. A partir de mes sensations, je me fais une représentation. Dans l'espace, mes sens sont engagés, notamment la vue. Dans cette idée de perception, « voir » est différent de « regarder », de la même manière qu'« entendre » et « écouter » se différencient. La sensation est produite uniquement par la stimulation d'organes tandis que la perception organise des données sensibles. « Tout ce que je sais du monde je le sais à partir d'une vue mienne »¹²⁵ énonce Merleau-Ponty dans « Phénoménologie de la perception ». La phénoménologie est l'étude de la manière dont la conscience fait l'expérience du monde et lui donne du sens, la manière dont le monde est vécu de l'intérieur, dont le monde nous apparaît. Nous percevons notamment par le sens de la vue. Ma vue génère un regard, je perçois les objets qui m'entourent par l'engagement de ce sens. La vue engage un regard, construit notamment socialement; il s'oriente par la spatialité.

L'expérience du patient est subordonnée aux regards qui sont portés sur lui. Comment les relations tenues avec la ville, par le biais du seuil, créent-elles un nouveau regard sur le patient ? Quels regards sont engagés par ces spatialités

¹²³ Le Robert. (1989) Perception. Dans *Le Petit Robert*.

¹²⁴ *idem*.

¹²⁵ MERLEAU-PONTY M. (1976), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, p.11

Comment ces derniers impactent-ils l'expérience du patient ?

Le regard sur le patient, celui qui doit faire face à la vulnérabilité, est délicat et complexe à formuler. A travers les exemples fournis lors des entretiens, je tenterai de formuler la signification de ce regard dans l'espace de l'hôpital, ce qu'il implique pour les usagers extérieurs et sa réception par le patient.

Dans un premier temps, je traiterai du prisme de la vue et des regards générés par celle-ci. Je m'intéresserai ensuite à l'évolution, liée au brouillage du seuil entre ville et hôpital, du regard contemporain sur le patient par les acteurs impliqués dans la pratique du seuil, soit les usagers extérieurs, les visiteurs et les membres du personnel médical.

VOIR SANS ÊTRE VU

Le regard porté sur le patient dans l'hôpital

Le regard engage un aspect social propre à chacun des usagers. Acquis au cours de leur expérimentation, ce regard, décrit finement, permet de saisir au plus proche du terrain ce qu'il implique. Aussi ai-je choisi de m'appuyer essentiellement sur les témoignages reçus grâce aux entretiens pour mener cette partie.

J'habite à côté de l'hôpital Saint-Louis. Toute mon enfance s'est déroulée autour de cet hôpital. La mémoire de la confrontation des regards qui s'y opérait, le mien et celui des patients, est l'une des origines du choix de cette étude de cas. Il m'avait semblé intéressant à étudier avec un regard nouveau, façonné par mes études en architecture. Cet hôpital m'est familier, néanmoins mon parcours y a toujours été précisément le même. Je pouvais le parcourir comme un raccourci en prenant la rue principale longeant l'hôpital pour rejoindre le canal Saint Martin plus rapidement. Ou encore, j'allais régulièrement prendre mon goûter dans le jardin de l'ancien hôpital (aujourd'hui désaffecté de sa fonction première d'hôpital) mais j'effectuais toutes ces activités sans jamais passer devant l'entrée du nouvel hôpital. Pratiquer cet hôpital n'était donc pas une volonté particulière mais plutôt une pratique de quartier. Je le fréquentais pour des raisons de facilité ou pour les équipements qu'il proposait. Je me souviens que le parcours qui m'imposait de passer devant l'entrée principale de l'hôpital me mettait toujours mal à l'aise. L'entrée se situe face à un parvis public arrondi, dernier espace extérieur avant l'entrée dans l'hôpital. Cette zone est un lieu très pratiqué par les malades, souvent équipés de leurs pieds à perfusion. Cette confrontation de regards me dérangeait. Enfant, lorsque mes accompagnateurs me faisaient traverser cette zone, je regardais droit devant moi et le plus vite cette étape du parcours était franchie, le plus j'étais soulagée. Quand j'ai eu l'âge de me déplacer toute seule dans mon quartier, je ne suis quasiment jamais plus passée dans l'hôpital, pour éviter de devoir affronter ce passage. Le témoignage de Frédérique fait écho à cette expérience que j'ai eu du lieu.

Elle décrit son parcours en tant que riveraine sans jamais passer par le parvis, « je pense qu'ils [les patients] ont besoin d'intimité et qu'ils ne l'ont pas si on passe trop souvent »¹²⁶. C'est en se projetant en tant que malade, qu'elle développe son propos, elle exprime « je n'aurais pas envie qu'on me voie dans cet état-là »¹²⁷. Dans ce qu'elle exprime, ce qui la dérange est le regard engagé par la vue. De cette manière elle essaie d'être le moins intrusive par son parcours de riveraine pour éviter d'imposer son regard sur les malades du parvis.

Le témoignage de Camille, neuropsychologue à l'hôpital européen Georges-Pompidou, permet d'en révéler plus sur ce qu'implique le regard, du côté du personnel soignant cette fois-ci. Au fil de l'entretien, je demande à Camille de me décrire son parcours depuis l'espace public vers son cabinet au 8ème étage du pôle A de l'hôpital. Je soulève que son parcours est toujours le même : elle arrive depuis la station de RER B, monte au deuxième étage, dans le service psychologie et psychiatrie, prend le long couloir qui traverse le pôle (corps de bâtiments) D puis C pour enfin arriver au pôle A et monter jusqu'au 8ème étage. Une fois à l'étage, elle emprunte les deux couloirs lui permettant de retrouver son bureau. Le long couloir, qui lui permet de traverser l'ensemble des pôles, se répète à tous les étages. Je lui demande alors pourquoi elle n'emprunte jamais d'autres parcours. Elle me rétorque qu'« il y a des couloirs plus sympas que d'autres à traverser »¹²⁸. Et poursuit en prenant l'exemple du premier étage, celui des services de réanimation, qu'elle estime comme « gênant » à traverser : « il y a les services de réanimation. Donc là tu vois les patients directement [...] tu as plein de lits d'hospitalisation tout le long [...] je n'ai pas vraiment envie de gêner les patients, ils sont déjà vulnérables. »¹²⁹. En occupant la zone de traversée de lits d'hospitalisation, la fragilité des

¹²⁶ Camille lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

¹²⁷ Frédérique lors de l'entretien en décembre 2021

¹²⁸ *idem.*

¹²⁹ *idem.*

patients est là encore exposée. Leur vulnérabilité est révélée visuellement. Elle poursuit son développement en m'expliquant les conditions avec lesquelles elle s'autorise à traverser ces espaces : « quand j'ai ma blouse ça ne me dérange pas, parce que je suis reconnue comme un personnel de l'hôpital [...] parce que je n'y vais pas pour voir, j'y vais parce que c'est nécessaire pour mon travail. »¹³⁰. La liberté de son parcours au sein de l'hôpital se définit par la vue, qui varie en fonction de la visibilité de sa fonction. Elle s'autorise à traverser certains espaces uniquement sous certaines conditions. Sa tenue, et la légitimité qu'elle sait lui conférer au regard des patients, conditionne son parcours. Sa blouse blanche lui donne une légitimité, par la posture qu'elle indique aux malades, à traverser les lieux de vulnérabilité. Il ne s'agit pas d'un regard civil, pouvant être empreint de curiosité. Avec sa blouse, son regard est celui défini médicalement. Le terme de « gêne », qu'emploie Camille à plusieurs reprises, signifie « malaise ou trouble physique que l'on éprouve à l'accomplissement de certaines fonctions ou de certains actes »¹³¹. La présence physique de Camille dans un espace où la vulnérabilité du patient n'est pas mise à nue dans un rapport soignant-soigné accepté par ce dernier, dérange. Dans les situations où elle est habillée en civil, Camille se sent embarrassée par la contrainte qu'elle impose au patient d'être exposé à elle dans un cadre qui n'est plus uniquement médical et qu'il n'a pas choisi.

Dans son mémoire sur le paradoxe de l'hôpital Sainte-Anne entre limiter et isoler, Louise Febrinon-Piguet utilise les termes de « limites de conduites » et de « limites psychologiques »¹³². Dans son travail, ces notions sont utilisées dans le cadre de la maladie mentale. Néanmoins ils sont à propos ici aussi. Les limites de conduites sont celles qui s'appliquent au respect des malades et de leur intimité. Elles sont étroitement liées aux limites psychologiques.

¹³⁰ Camille lors de l'entretien (cf. entretien en annexes)

¹³¹ Le Robert. (1989) Genève. Dans *Le Petit Robert*.

¹³² FEBRINON-PIGUET L. (2019), *Limiter sans isoler, le paradoxe de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne à Paris*, Paris, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine, p.68

Ces dernières héritent du « bon sens » de l'individu. Sans être matérialisée ou établie physiquement, la limite est ressentie dans le parcours de l'utilisateur, elle dissuade. De cette manière, nous pourrions dire que c'est l'enchevêtrement de la limite de conduite et de la limite psychologique qui freine Camille mais aussi Frédérique dans leurs parcours.

Du côté des malades, l'impact de ce regard externe semble se valider. L'entretien avec Sarah, ancienne patiente à l'hôpital Saint-Louis, s'est organisé, selon sa volonté, dans un café. Lorsque nous nous retrouvons, elle s'oriente directement vers le fond de la salle. Celle-ci est organisée de façon à avoir tables et chaises orientées vers l'extérieur. De ce fait, en allant au fond de la salle, notre table choisie par Sarah se trouve à l'arrière de cette perspective, isolée de la vue d'autrui et de toutes oreilles baladeuses. Ce choix de positionnement dans l'espace m'a interpellée. Il s'avérait l'exacte quête de protection vis-à-vis de l'environnement extérieur ; la stratégie que pouvait générer l'œil extérieur, pensée pour protéger sa vulnérabilité et s'éviter tout regard sur sa maladie.

Ainsi le seuil révèle la limite ténue dans le partage de l'espace : à partir du moment où la vulnérabilité du patient devient visible, cet espace devient conflictuel. Jusqu'où ce partage de l'espace est-il possible, à fortiori dans le milieu hospitalier où les statuts sont si inégaux ? Comment le patient est-il protégé des regards qui se posent sur lui, de façon volontaire ou non ? Et de fait, comment évite-t-on aux usagers extérieurs de ces lieux d'affronter sa vue, d'assumer ces regards ?

Préserver l'intimité du patient par la construction de l'opacité, rompre ou interrompre la portée des regards

L'exposition du corps malade, vulnérable, crée une gêne à la fois pour le patient et pour les usagers extérieurs. Cette vue procure un malaise que le patient comme l'usager extérieur cherchent à éviter. Le seuil supporte cette tension entre intimité et ouverture.

L'intimité est permise dès lors qu'il existe un blocage des regards sur le patient. Or, avec l'ouverture du seuil, la vue traverse l'espace, générant inévitablement des regards. Il faut donc se demander ce que le seuil donne à voir.

Comme pour le regard, le rapport au soin fait à la fois appel à la psychologie et à la sociologie. D'un point de vue psychologique, il est moteur de mécanismes psychiques propres aux usagers. Dans les faits sociaux, il hérite d'une histoire ayant formalisé nos regards sur le patient.

Nous l'avons dit, le seuil correspond à l'ensemble des tectoniques (ou sutures, en fonction de son adéquation aux parcours) qui établissent le rapport entre l'espace public et le soin. Il conjugue l'ensemble des porosités entre ces deux territoires. Le regard est ainsi susceptible de s'aventurer dans une multiplicité d'espaces. Mais alors, parmi tous ces dispositifs d'ouverture, comment le patient peut-il se sentir protégé ? Quelle construction proposée, quelles opacités créées pourraient veiller à la rupture de la portée des regards pour la protection de son intimité ?

Dans son mémoire, « Limiter sans isoler », Louise Febrinon-Piguet définit une limite d'un nouvel ordre, la limite poreuse ¹³³. Il s'agit là de limites arrêtant physiquement le parcours mais permettant sa poursuite imaginaire

¹³³FEBRINON-PIGUET, *op.cit.*, p.68

par ce qu'elles laissent apercevoir. Elle poursuit : « les limites poreuses sont souvent définies par leur matérialité et elles sont utilisées aujourd'hui comme un tissage qui participe à la déstigmatisation »¹³⁴.

L'exemple de l'ensemble des franchissements concentrés sur le premier seuil à l'hôpital Saint-Louis, permet d'illustrer ces limites poreuses. Au niveau de l'avenue Claude Vellefaux, cette séquence s'étale sur une dizaine de mètres. Le premier franchissement qui distingue l'hôpital de la ville est délimité par une succession de dispositifs architecturaux, matériels ou humains : grilles, portail, barrière automatique, travail du sol, agents de sécurité. Néanmoins aucun de ces dispositifs ne bloque le regard. Ils ont simplement pour vocation de filtrer les flux des usagers. Ils permettent tous d'entrevoir et de saisir la suite de la perspective, et laissent la vue ouverte. L'entrée semble être filtrée par l'ensemble de ces systèmes qui renvoient à l'idée de protection, de sécurité, et pourtant l'hôpital reste accessible à tous. Il s'agit de filtres visuels. La limite dans le parcours est suggérée. Il y a un brouillage là encore. Ce départ de l'axe fait naître un paradoxe entre des éléments suggérant la protection, tout en assurant l'ouverture sur cette grande percée qui traverse longitudinalement l'hôpital.

A l'hôpital Saint-Louis, toujours, la pente de l'axe public de l'hôpital induit une perception. Pour voir le parvis de l'hôpital Saint-Louis, situé en deçà du niveau de la rue, le regard est obligé de se baisser, sinon il reste hors-champ. La vue depuis le premier seuil, celui de l'avenue Claude Vellefaux, est guidé vers le fond de perspective, situé au même niveau de la rue parallèle opposé, mettant hors-champ les patients sur le parvis en contre-bas qui les sépare. La pente génère un regard. C'est une opacité flottante ; il ne tient qu'à l'arbitrage des usagers de regarder ou non, préservant ou non l'intimité de ceux qui s'y exposent. Au contraire, les regards de ces derniers depuis le parvis de l'entrée

¹³⁴ FEBRINON-PIGUET, *op. cit.*, p.68

du bâtiment sont orientés par la pente vers le haut. L'hôpital et ses usagers sont distancés de la ville par la pente, qui les protège par la rupture de la portée des regards.

Le jeu autour de ces limites poreuses construit l'amplitude des regards. Ce sont de tels dispositifs matériels mais aussi spatiaux qui imposent au regard de se circonscrire, induisant aussi une limite dans le parcours. Ainsi au-delà de ces limites poreuses, je perçois l'espace de soin et d'intimité. Au sein de la chambre, ultime espace d'intimité, les dispositifs de rupture de la portée des regards sont accentués.

A l'hôpital Saint-Louis, la seule présence de stores à certaines des fenêtres permet de saisir où se situent les chambres. La vue d'un store baissé laisse l'esprit imaginer l'intimité qui se produit derrière ; ouvert, il n'attire pas pour autant le regard ; sa seule présence indique une chambrée, un usage à respecter.

Dans le même esprit, Pierre Louis Laget dans « L'hôpital en France : du Moyen-Age à nos jours », nous décrit la création de l'opacité au sein des chambres dessinées par Wogenscky à l'hôpital de Corbeil conçu en 1973. L'architecte définit l'hôpital par « un homme ou une femme dans un lit »¹³⁵. Sur cette base il dessine un système de cloisons partiellement coulissantes entre les chambres. Ainsi, tirée, la cloison suppose un isolement et une intimité que choisit le patient. Au contraire, une fois ouverte, elle lui permet de recevoir et d'« avoir de la compagnie au gré des heures de la journée »¹³⁶. Le blocage de la portée des regards est aussi permis dans la disposition spatiale des chambres de l'hôpital européen Georges-Pompidou. Le choix de l'architecte est de mettre le bloc humide (comprenant douche, lavabo et WC)

¹³⁵ LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.523

¹³⁶ *idem.*



Fig. 29 : préserver l'intimité par la parois mobile dans la chambre de l'hôpital Gilles-de-Corbeil par Wogensky

source : LAGET P-L., LAROCHE C., op. cit., p.523



Fig. 30 : interrompre le regard sur l'intimité par les stores des chambres

photo personnelle

à l'entrée de la chambre. De cette manière, si la porte est ouverte, l'usager qui passe devant la chambre ne voit que les pieds du patient s'il est alité.

La perception à travers le regard engage un sens mais aussi l'axe social. Restituer le regard social passe par la restitution du regard spatial. Merleau-Ponty écrit que

ce qui est donné, ce n'est pas la chose seule, mais l'expérience de la chose, une transcendance dans un sillage de subjectivité, une nature qui transparaît à travers une histoire. Si l'on voulait avec le réalisme faire de la perception une coïncidence avec la chose, on ne comprendrait même plus ce que c'est que l'événement perceptif, comment le sujet peut s'assimiler la chose, comment après avoir coïncidé avec elle il peut la porter dans son histoire, puisque par hypothèse il ne posséderait rien d'elle. Pour que nous percevions les choses, il faut que nous les vivions.¹³⁷

De cette manière, la perception serait construite par la mobilisation des sens faisant appel à une conscience construite par l'histoire que révèle cet objet. Quelles perceptions l'histoire des hôpitaux et des malades a-t-elle participées à construire ? Comment les dispositifs architecturaux d'ouverture de l'hôpital par le seuil participent-ils à une nouvelle perception du patient ?

¹³⁷ MERLEAU-PONTY M., *op. cit.*, p.376.

REGARDS CONTEMPORAINS SUR LE PATIENT

Transformation des conditions d'isolement du patient au sein de l'hôpital

Le retour intramuros de l'hôpital se fait dans une intégration, une proximité à la ville sociale, dans une ville diffuse, une ville hétérogène. La perception nouvelle du patient dans la ville découle d'une histoire ayant construit des images mentales autour du patient et de l'hôpital.

La perception des patients et des hôpitaux hérite des représentations qui leurs ont été assignées à travers l'histoire. Le malade a longtemps été exclu de nos sociétés. Que ce soit géographiquement ou par des dispositifs spatiaux, au fil de l'histoire, le malade a été isolé de la ville, en fonction de ce qu'il représentait comme danger pour la société et pour la médecine.

Avant le XVIII^{ème} siècle, l'hôpital est un hospice, il recueille les nécessiteux. Par l'accueil et la protection qu'il propose, l'hôpital est nécessaire à l'équilibre de la société. Il protège la ville du danger que représentent les personnes qui y vivent. L'ouvrage « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne » et la préface du livre « Les machines à guérir » se font échos. Foucault y théorise la constitution de l'hôpital moderne au XVIII^{ème} siècle. Jusqu'alors, l'hôpital, non médicalisé, permet d'écarter les anormaux de la cité. L'hôpital est alors une « institution de séparation et d'exclusion »¹³⁸. De cette manière, « jusqu'au XVIII^{ème} siècle, le personnage idéal de l'hôpital n'était donc pas le malade, celui qu'il fallait soigner, mais le pauvre, qui était déjà moribond »¹³⁹ retrace Foucault. A propos de l'hôpital pré XVIII^{ème} siècle, le philosophe énonce : « qu'il ait pendant longtemps moins visé la santé des individus que cherché à circonscrire l'oisiveté, qu'il n'ait au fond ni réellement soigné ni produit de savoir médical, on le sait aujourd'hui »¹⁴⁰.

¹³⁸ FOUCAULT M., *op. cit.*, p.4

¹³⁹ *idem.*

¹⁴⁰ FOUCAULT M. (1995), « La politique de la santé au XVIII^{ème} siècle » in Foucault, Barret Kriegel, Thalamy, et Beguin, *Les machines à guérir*, Bruxelles, Mardaga, pp. 5-19

A partir du XVIII^{ème} siècle, la médicalisation de l'hôpital passe par la discipline. Le philosophe définit l'hôpital comme un lieu d'exercice du pouvoir. En d'autres termes, l'essentiel de sa définition moderne consiste en un « hôpital qui contrôle et qui soigne »¹⁴¹. Cette pensée fait écho à la notion d'« institution totale »¹⁴², introduite par le sociologue canadien Erving Goffman, dans le livre « Asile » publié en 1978. Dans les années 1970 le sociologue théorise sur ces « micro-géographies » que sont les espaces de l'institution et du reclus. Il définit les institutions totalitaires comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »¹⁴³. En ces termes, il fait de l'hôpital une institution totale car elle permet de prendre en charge des personnes inoffensives et dans le besoin de soin. Le reclus¹⁴⁴, est la personne enfermée, isolée dans cette institution. L'enfermement physique dans les institutions totales est le « signe de leur caractère enveloppant ou totalitaires, les barrières qu'elles dressent aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties, et qui sont souvent concrétisées par obstacles matériels »¹⁴⁵. Cette limite physique s'insérant entre le reclus et le monde extérieur est un premier retranchement que subit la personnalité. L'isolement et l'enfermement physique que vit le reclus est souvent à l'origine d'une amplification de ses pathologies, ce que Goffman développe en ces mots : « on finit très souvent par découvrir que la folie ou le « comportement anormal » attribué au malade résulte pour une grande part non de sa maladie mais de la distance sociale qui le sépare de ceux qui le déclarent tel »¹⁴⁶. Goffman ici nous parle

¹⁴¹ FOUCAULT M., *op. cit.*, p.5

¹⁴² GOFFMAN E. (1978), *Asiles, étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de Minuit, Le Sens Commun, 452p.

¹⁴³ *ibid.*, p.41

¹⁴⁴ « inmate » dans l'anglais de Goffman

¹⁴⁵ *ibid.*, p.45

¹⁴⁶ *ibid.*, p.187

de la maladie mentale, néanmoins elle laisse présager les traces mentales que laissent l'enfermement. A ce titre, atteints de maladie mentale ou non, cette dernière période de contexte sanitaire tendu nous a montré les effets psychologiques néfastes qu'a pu nous porter la succession de périodes plus ou moins longues d'enfermement et de privation de liberté de mouvement, ces deux dernières années. Enfermés dans ces institutions pouvant être considérées comme totales jusqu'à la moitié du XX^{ème} siècle, l'isolement du reclus lui affecte une image, celle de l'être dangereux par sa contagiosité mais aussi par les effets que pourraient lui avoir porté l'isolement. Désormais ces barrières sont tombées. Il en reste une perception du malade construite par ces éléments historiques.

Le chercheur Pierre-Louis Laget, dans l'ouvrage « L'hôpital en France : du Moyen-Age à nos jours », défend de quelle manière les représentations mentales de la société prennent toute leur importance dans le cadre de l'architecture hospitalière en la façonnant. L'hôpital traite de l'exclusion, de la pauvreté, soit de la « « part sombre » de cette société »¹⁴⁷. De cette manière, il soulève les répercussions du travail de l'architecte dans ces représentations mentales : « cette importance des représentations mentales, de l'imaginaire, concerne l'ensemble des acteurs mais, bien sûr, plus particulièrement les architectes, eux-mêmes créateurs d'images. »¹⁴⁸.

La perception est en partie résultante de ces représentations mentales construites depuis des années. Que reste-t-il de cette stigmatisation historiquement construite ? L'ouverture de l'hôpital par l'articulation du seuil veille-t-il à l'intégration du patient au sein de la société ? Permet-il d'effacer les restes d'une mise à l'écart historique ? Qu'est-ce que cette ouverture contemporaine de l'hôpital confère au regard porté sur le patient ?

¹⁴⁷ LAGET P-L., LAROCHE C., *op. cit.*, p.560

¹⁴⁸ *idem.*

Question de sens : l'évolution de la notion de stigmaté attachée au patient

Le stigmaté prend son origine chez les Grecs. Il « désigne des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée »¹⁴⁹. Ce marquage est alors assigné aux esclaves, aux criminels, aux traîtres. Il permet d'éviter le contact avec ces personnes, les « déviants » de la cité, dans les lieux publics. A l'origine attribut visible, le stigmaté discrédite voire disqualifie celui qui en est porteur. Théorisé par Goffman dans les années 1960, celui-ci distingue trois types de stigmates : la différence physique (« monstruosité du corps »¹⁵⁰), les tares du caractère (« passions irrépressibles ou antinaturelles »¹⁵¹) et les stigmates tribaux (race, nationalité et religion). Il peut alors s'agir, entre autres, de faiblesse, de déficit, de handicap ou de stigmates que laisse la maladie. Actualisé par Goffman le stigmaté n'est plus nécessairement une marque physique. Le stigmaté forme l'identité de la personne qui en est porteur.

Dans son ouvrage Goffman traite des relations entretenues entre le porteur de stigmas et les « normaux ». Il pose en ces mots les bases de sa réflexion : « le mot stigmaté [désigne] un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler »¹⁵². C'est sa relation à l'autre qui en fait un être stigmatisé. De cette manière, la stigmatisation, historiquement située, est la relation qui lie ce porteur de stigmaté (handicap physique ou social) des autres, les « normaux ». La classification d'un individu se fait par ce qu'il laisse voir. L'être porteur de stigmaté est discréditable si sa différence

¹⁴⁹ GOFFMAN E. (1975), *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, Le Sens Commun, p.11

¹⁵⁰ *idem.*

¹⁵¹ *idem.*

¹⁵² *ibid.*, p.13

est ignorée et discrédité si sa différence est visible. Le porteur de stigmaté met en œuvre des stratégies pour cacher son stigmaté face aux normaux. En effet ce qui constitue le stigmaté dépend du point de vue. Le stigmaté use alors de plusieurs stratégies, de faux semblants, pour s'intégrer auprès des "normaux", entre autres, la dissimulation, qui lui permet de cacher le stigmaté, et le "passing", qui lui permet de faire comme s'il ne l'était pas.

Dans un contexte où la médecine est de plus en plus performante et précise, elle permet, petit à petit, de faire disparaître les traces de la maladie. Nous tendons vers une invisibilisation de celle-ci. Par ailleurs les maladies actuelles ne sont pas forcément visibles. Il en est ainsi du coronavirus qui se transmet sans même que nous nous en rendions compte. De la même manière, le cancer dont était atteinte Sarah, ne se voyait pas de l'extérieur, de ce qu'elle m'en a raconté. Lors de notre entretien elle m'a décrit l'évolution de ses stratégies de faux-semblant qu'elle adoptait lorsqu'elle se rendait à l'hôpital pour ses séances de radiothérapie, participant à son apaisement avant les soins. Le long de son parcours entre la ville et son espace de soin, par l'articulation des espaces du seuil et leur signification, elle se donne différents rôles. Sarah me décrit la posture qu'elle se donne au fur et à mesure de son parcours. « Moi ce que je ne voulais pas c'était qu'on me voit comme une patiente. »¹⁵³. A l'entrée de l'hôpital, noyée dans un flux d'usagers divers, Sarah, dont le cancer est invisible de l'extérieur, peut simuler d'être de la famille d'un patient ou du personnel médical. De cette manière elle n'est pas confrontée aux regards des autres usagers et oublie la raison de sa venue. C'est seulement une fois dans la salle d'attente, qu'elle retrouve la position de la patiente. Sa présence étant forcément due à sa consultation, elle ne peut plus faire illusion et se retrouve confrontée à sa maladie.

Les stigmates que laissent la maladie tendent à s'effacer de plus en plus, alors

¹⁵³ Sarah lors de notre entretien (cf. entretien en annexes)

même que l'hôpital s'ouvre et tisse de nouvelles relations entre le patient et la cité. Le patient n'est plus un être à part, d'autant plus que nous pouvons tous être un jour porteur d'une maladie nécessitant une hospitalisation. Est-ce que la stigmatisation, telle que développée par Goffman, qui est la relation qui lie le porteur de stigmate et les autres, ne s'effacerait pas progressivement grâce à l'ensemble de ces faits ? Cet ensemble pourrait-il participer à une nouvelle place du patient dans la société ?

Une nouvelle place pour le patient et l'hôpital grâce au brouillage des limites du seuil

L'évolution de la place géographique et spatiale de l'hôpital permet une évolution de la prise en considération du patient dans la société. Le patient n'est plus hors champ, en le voyant il est à nouveau estimé, participant à la cité.

L'inclusion du corps malade du patient dans la ville se fait par un processus de décloisonnement de ce dernier. En faisant tomber les murs physiques et psychologiques, le patient est décloisonné, participant à sa nouvelle inclusion dans la ville, sa nouvelle perception dans la cité : « je suis persuadé que l'hôpital idéal sera celui qui tombera le premier ses murs. Attention, je ne parle pas de ces clôtures en pierre [...] je veux parler des murs psychologiques qui cernent l'esprit hospitalier. Leur escamotage mental, c'est l'autogestion de la santé, une vision prospective, complément nécessaire de l'hôpital. »¹⁵⁴ affirme à cet égard l'architecte Michel Cantal-Dupart.

Les architectes Jérôme Brunet, Julia Tournaire et Antoine Kersse énoncent

¹⁵⁴ CANTAL DUPART M., *op. cit.*, p.81

de quelle manière le brouillage du seuil fait de l'hôpital un lieu en continuum avec la société : « l'hôpital n'est pas affaire de distances et de limites. Il est au contraire lieu de transmission et interface d'échanges. On y entre, le traverse et en ressort, avec moins d'appréhension et plus d'espoir, moins d'insuffisance et plus d'énergie, moins d'interrogations et plus de connaissances. »¹⁵⁵. De cette manière, l'hôpital n'est plus une institution isolée, « synonyme de crainte, synonyme d'ennui et en somme de perte d'identité »¹⁵⁶. L'hôpital s'étale, s'ouvre et conforte l'accompagnement et la relation avec les patients. Il n'est plus l'équipement référent à une certaine agressivité par son imperméabilité avec la société, affectant la nouvelle perception du patient. L'hôpital perd de son agressivité par le dessin du seuil. La courbure de la rue hospitalière européen Georges-Pompidou suit les usagers dans leur parcours, la fragmentation du nouveau CHU de Nantes laisse aux patients et autres usagers l'occasion de s'y faufiler librement.

En cherchant à ouvrir l'hôpital, on cherche à décroquer ses usagers. C'est une volonté, une quête. Le patient y est moins vulnérable. Le continuum entre la société et le patient a un impact d'un point de vue spatial et social. Par cette relation forte et continue, le patient est de moins en moins perçu comme un être affecté d'un stigmat, un être à part. La différence entre le patient et l'autre tend à être de moins en moins marquée. Le seuil ouvert brouille la rupture, le patient est noyé dans un flux, ne faisant pas de distinction entre lui et les autres usagers. Jean-Louis Binet démontre la fin d'un rite d'exclusion provoquée par l'historique rupture physique entre le patient et la cité : « l'hôpital de demain constituera un morceau de ville, [...] nous nous orientons du même coup vers l'effacement d'un rite présumé cruel, celui du passage derrière les murs épais ; vers la fin, osons énoncer cela, d'une forme d'enfermement »¹⁵⁷. Nous assistons ainsi à une destigmatisation, et à une

¹⁵⁵ BRUNET J., KERSSE A., et TOURNAIRE J., *op. cit.*

¹⁵⁶ BINET J.-L., *op. cit.*, p.57

¹⁵⁷ *ibid.*, p.58

diminution des écarts marqués entre le patient et les usagers extérieurs entre hôpital et cité. De l'hôpital enclavé vers l'hôpital fragment de ville, tentant d'anticiper les maux de demain, l'évolution de l'architecture hospitalière transforme les rapports entre le patient et la société. Faire de l'hôpital un édifice dans la ville, c'est établir le patient dans la société, mais aussi estimer que nous sommes tous susceptibles d'être patient un jour. Cela passe aussi par la prise de conscience que l'hôpital est le cœur de la ville et de la vie. Nous sommes tous mortels et, à un moment de nos parcours de vie, nécessairement nécessitez de l'hôpital. Jean-Louis Binet énonçait : « maintenant on naît et on meurt à l'hôpital. [...] songez que l'on mourra tous à l'hôpital. Mourir à la maison c'est fini. »¹⁵⁸.

Néanmoins l'hôpital public reste un lieu d'accueil d'individus marginalisés, que ce soit par leur état physique ou psychique. L'accueil des plus vulnérables marque spécifiquement certains pôles de l'hôpital, c'est d'ailleurs ce qu'appuie la journaliste Sophie Chauveau dans l'article « Quelle histoire de l'hôpital aux XXème et XXIème siècle ? » : « il n'a pas définitivement rompu avec des fonctions asilaires, qui perdurent, en dépit des réformes organisationnelles, dans les services d'urgence et de gériatrie. »¹⁵⁹. Les urgences restent un lieu d'accueil de la misère sociale. A ce titre le positionnement des urgences dans l'hôpital Saint-Louis m'avait interpellée. Situées en sous-sol, elles sont accessibles par une entrée différenciée de l'entrée principale du bâtiment. L'accès aux urgences s'engouffre sous l'hôpital, en rupture avec la ville. A l'hôpital européen Georges-Pompidou, elles sont à l'arrière du bâtiment, alors que l'entrée est frontale avec la ville. On le constate, les urgences ne bénéficient pas du tout de la même attention portée aux dispositifs de seuils participant à l'intégration de l'hôpital dans la ville. Cette position isolante vient à l'encontre des volontés d'ouverture de l'hôpital, démontrant que la

¹⁵⁸ BINET J-L., *op. cit.*, p.13

¹⁵⁹ CHAUVEAU S. (2011), « Quelle histoire de l'hôpital aux XXème et XXIème siècle ? », *Les Tribunes de la santé*, 33, p.85

nouvelle considération du patient ne se prête pas à tous les services de l'hôpital. Peut-être la position des urgences au CHU de Nantes, dans le noyau dur central, veille-t-elle à accorder plus d'attention envers cette partie de l'hôpital. Une telle situation pourrait déjà être le signe d'une reconsidération de cet accueil.

CONCLUSION

L'architecte détient le pouvoir d'influencer la perception et le vécu d'un espace par sa conception. Il véhicule des images, s'adapte à l'évolution des perceptions des usagers sur les espaces qu'ils pratiquent tout en y participant. La démonstration portait ici sur le croisement des regards porté sur et par le seuil entre la ville et l'hôpital. Il s'agissait du regard de l'architecte sur cette porosité mais aussi de celui du patient, du personnel médical et des usagers extérieurs. Tous se croisent, s'entrecroisent, interférant dans leurs pratiques singulières.

Une articulation de dispositifs spatiaux établit un lien entre la ville et l'hôpital, c'est à dire entre l'espace public et l'espace intime du soin. Ainsi construit, ce lien participe à des regards nouveaux. L'architecte s'immisce dans le vécu du patient, le mettant en relation avec une perception historiquement, socialement et spatialement construite. Cette perception de l'espace hérite d'une conscience autant que d'une mobilisation de l'ensemble des sens déployés au sein de l'espace dans lequel le corps se situe. Le bien-être des patients a été remis au centre des réflexions contemporaines des architectes. Ils y intègrent l'expérience du patient lui-même, qui est pris comme point de mobilisation de tous les sens.

Par le travail contemporain du seuil envisageant l'ouverture de l'hôpital sur la ville, la relation du patient à la ville tend à changer. Les cadrages, les ouvertures, les volumétries, les formes, la transparence, sont un autant de dispositifs, qui, au-delà des relations spatiales qu'ils établissent entre l'hôpital et la ville, permettent d'étendre les relations sociales. Le patient n'est plus circonscrit à l'univers aseptisé de l'hôpital. Il en est de même pour les usagers extérieurs, dont le parcours pénètre au sein de l'hôpital. Le seuil articule non seulement des espaces, relationnant la ville et l'hôpital, mais aussi des regards. Il permet alors une évolution des regards au sein de l'espace, qui s'y ancrent socialement et historiquement.

L'articulation des expériences contées par Camille, Sarah et Frédérique offre

une pluralité de points vue. Leurs pratiques différentes de l'hôpital, celles respectivement d'un membre du personnel médical, d'une patiente, et d'une usagère extérieure, dévoilent des expériences à la fois différentes mais qui se rejoignent parfois aussi. A l'hôpital, scènes du visible et de l'invisible s'accrochent. Camille, Sarah et Frédérique s'accordent sur l'ambivalence dont le seuil est porteur, entre enveloppe protectrice d'un corps fragilisé et ouverture rassurante sur le monde extérieur. Cette enveloppe, qui interrompt ou non la portée des regards, a pour enjeu d'exister dans les contextes d'intimité ou de disparaître lorsqu'il s'agit de tisser des liens avec la cité. Peut-être qu'ainsi, par un seuil plus ou moins opaque, l'antagonisme entre ville et hôpital, plus ou moins thérapeutique, se trouve-t-il résolu.

Les architectes cherchent à intégrer pleinement l'équipement de l'hôpital, et, de cette manière, à rendre le corps malade du patient à la ville, désormais partie prenante de la ville puisqu'accepté comme tel. L'établissement de ces relations hôpital-ville évoluent, répondant à des enjeux médicaux et sociaux, Ainsi le développement de telles jonctions avec la ville permet-il de faire de l'hôpital un équipement humanisé, à l'échelle de la ville et de ses usagers. Le patient est décroché, en relation forte avec la ville et ses usagers, grâce à des espaces de seuil poreux, que tout un chacun est libre de pratiquer ou pas.

Par ces liens tissés spatialement, les échanges et partages des espaces sont accessibles à tous les usagers ; riverains, visiteurs, personnels médicaux, patients. Néanmoins, dans la pratique, le regard posé sur la fragilité visible du corps du patient reste sujet de gêne pour l'individu extérieur à celle-ci, elle est objet de pudeur pour celui qui la supporte. Et inversement. Objet de gêne et de pudeur de part et d'autre, cette fragilité peut se déduire d'un marquage physique laissé par la maladie ou d'un équipement du patient (blouse, pied à perfusion, fauteuil roulant...). Frédérique, riveraine de l'hôpital Saint Louis, analysait sa position sur le parvis précédent l'entrée dans le bâtiment : « sur ce parvis- là, quand il y a des malades, je ne me sens pas à ma place,

ma bonne santé est presque provocante »¹⁶⁰. Cela m'a interpellée sur la juste distance entre le patient et le monde extérieur. Le seuil poreux permet le lien hôpital-ville et les nouvelles articulations entre espaces démultiplient les possibilités de leur partage. Néanmoins trop d'espaces partagés pourraient sembler nuire à la pratique des usagers. C'est la question posée par cette notion de juste distance, celle qui permettrait le souffle. La place du souffle, pour le patient, permis par la juste distance avec le monde extérieur mais aussi la distance dans la réception des informations. Cette juste distance paraît également sollicitée par l'utilisateur extérieur.

Ainsi, veiller à préserver cette vulnérabilité partagée, est possible aussi en offrant de telles respirations au patient. C'est à travers l'exemple de l'Hospital del Mar à Barcelone ¹⁶¹, et plus particulièrement d'une des salles d'attente de l'hôpital que je souhaiterais la faire résonner. La salle d'attente, pourtant cœur névralgique de l'hôpital, a semblé être parfois l'oubliée dans le dessin des hôpitaux étudiés. Le cas de la radiologie en sous-sol à l'hôpital Saint-Louis mais aussi dans des couloirs réaménagés provisoirement à l'hôpital Georges-Pompidou sont venus valider cette pensée. En 1992, dans le cadre des jeux olympiques, l'Hospital del Mar est désigné centre hospitalier. Situé sur la façade maritime de la ville, le bâtiment existant de l'hôpital est alors un volume monobloc de onze étages. Les architectes, Manuel Brullet et Albert de Pineda, décident d'ajouter un long volume horizontal, de seulement deux niveaux, venant s'intégrer dans le paysage. Il s'ouvre sur la mer et semble se soulever du sol par sa transparence. L'extension de l'hôpital agit alors comme moteur urbain, donnant une nouvelle identité au front marin. Elle permet aussi à ses usagers une relation de proximité, tout en conservant une juste distance (entre autres permise par le soulèvement du volume) avec l'environnement extérieur. Les espaces sont en relation continue avec l'extérieur tout en étant

¹⁶⁰ Frédérique lors de l'entretien en décembre 2021

¹⁶¹ PINEARQ, refurbish and extension of hospital del mar, <https://pinearq.es/ENG/projects/detail/reforma-y-ampliacion-del-hospital-del-mar>



Fig.31 : la façade maritime transparente
source : idem.



Fig.32 : la salle d'attente s'ouvre sur la façade maritime de l'hôpital
source : <https://www.spanish-architects.com/>

détachés du sol. Le cadre profite aussi à la respiration permise par le lieu, face à l'étendue de l'eau, le patient peut respirer. Ce projet de 1992 semble trouver un équilibre dans la relation proposée avec son environnement profitant à tous les usagers de la ville comme de l'hôpital. « La vie est là, tout autour, qui peut s'arrêter à tout instant de battre, comme fait la ville. Il faut donc qu'il y ait ici un lieu capable de lutter contre la mort, de résister, de protéger. Un lieu d'ancrage »¹⁶² écrivait Pierre Riboulet. La ville respire, le corps humain aussi, et l'hôpital serait là pour l'aider à respirer par son lien, la relation corps, ville et vie.

¹⁶²RIBOULET P., *op.cit.*, p.149

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BEAUD S. et WEBER F. (2017), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 331p.

BINET J-L. (2000), *Actes de la journée d'étude Architecture et hôpital [texte imprimé] 14 octobre 1999 Centre hospitalier régional et universitaire Clermont-Ferrand*, Montpellier, Editions de l'Espérou, 98 p.

BLAIN C. (2004), *Pierre Riboulet, de la légitimité des formes*, Antony, Le Moniteur, Monographie d'architecture, 2004, 183p.

FERMAND C. (2000), *Les hôpitaux et les cliniques : architectures de la santé*, Paris, Le Moniteur, 287p.

FOUCAULT M. (1988), *L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne*, Paris, Hermès, 10 p.

FOUCAULT M. (1995), « La politique de la santé au XVIII^{ème} siècle » in Foucault, Barret Kriegel, Thalamy, et Beguin, *Les machines à guérir*, Bruxelles, Mardaga, pp. 5-19

GOFFMAN E. (1978), *Asiles, étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de Minuit, Le Sens Commun, 452 p.

GOFFMAN E. (1975), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, Le Sens Commun, 176 p.

HENDERSON J. (2006), *The Renaissance Hospital, Healing the Body and Healing the Soul*, Yale University Press, 458p.

LAGET P-L., LAROCHE C. (2012), *L'hôpital en France : du Moyen-Age à nos jours*. Histoire & architecture, Lyon, Lieux-Dits, 592 p.

LAUGIER S., MOLINIER P. et PAPERMAN P. (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, Petite bibliothèque payot, 304 p.

Le Petit Robert. (1989) Dictionnaire. Dans Le Robert.

LEVY J. et LUSSAULT M. (sous la direction de)(2013), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, 1127p.

MERLEAU-PONTY M. (1976), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 560p.

PERRAULT D. (2008), *Dominique Perrault Architecture : catalogue d'exposition de Beaubourg*, Paris, Hyx, 208p.

RIBOULET P. (1994), *Naissance d'un hôpital : journal de travail*, Besançon, Les Editions de l'imprimeur, 133p.

REY A. (sous la direction de)(2016), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, .

Articles

BREVIGLIERI M. (2006, novembre), « Penser l'habiter, estimer l'habitabilité », *Tracés*, n° 23, pp. 9-14.

BRUNET J., KERSSE A., et TOURNAIRE J. (2020, juin), « Architecture et hôpital à l'épreuve du Covid-19 : Tribune de Jérôme Brunet, Julia Tournaire et Antoine Kersse », *D'Architectures* [en ligne], <https://www.darchitectures.com/architecture-et-hopital-epreuve-du-covid-19-tribune-de-je-rome-brunet-julia-tournaire-et-antoine-kersse-a4986.html>.

CANTAL DUPART M. (2012), « Un hôpital urbain, idéalement implanté dans la ville », *Les Tribunes de la santé*, n°37, pp.75-81.

CHAUVEAU S. (2011), « Quelle histoire de l'hôpital aux XX^{ème} et XXI^{ème} siècle ? », *Les Tribunes de la santé*, n°33, pp. 81-89

DASSONVILLE A. (1997, juin), « Aymeric Zublena, architecte de l'hôpital Pompidou et coauteur du Grand Stade, reste ignoré de ses confrères. Le passe-muraille. », *Libération* [en ligne], https://www.liberation.fr/portrait/1997/06/10/aymeric-zublena-architecte-de-l-hopital-pompidou-et-coauteur-du-grand-stade-reste-ignore-de-ses-conf_207445/

DURAND K. (2022, janvier), « Comment le changement climatique favorise-t-il le développement des épidémies ? », *Futura sciences* [en ligne], <https://www.futura-sciences.com/planete/questions-reponses/catastrophe-naturelle-changement-climatique-favorise-t-il-developpement-epidemies-16581/>

FAURE P. (1999) « L'histoire de l'hôpital Saint-Louis à travers l'histoire de ses bâtiments ». *Revue d'histoire de la pharmacie 87ème année*, n°324, pp. 443-448.

GAUCHARD Y. (2021, novembre), « À Nantes, un nouveau maître d'œuvre pour le futur CHU », *Ouest France* [en ligne], <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/a-nantes-un-nouveau-maitre-d-oeuvre-pour-le-futur-chu-33d76f84-4956-11ec-837a-0b24af42f148>.

KERSSE A. et TOURNAIRE J. (2021, mars), « L'hôpital, un objet architectural presque comme les autres », *D'Architectures*, n°287, pp.57-82

MALVERTI X. et LE QUITTE S. (2006), « L'espace architectural à bras le corps, pour une phénoménologie de l'espace vécu », 19 p.

REGNIER I. (2020, mai), « Quelle architecture pour l'hôpital de demain ? », *Le Monde* [en ligne], https://www.lemonde.fr/culture/article/2020/05/14/quelle-architecture-pour-l-hopital-de-demain_6039617_3246.html

SCOFFIER R. (2021, novembre), « Quel hôpital pour demain ? Concours pour l'hôpital universitaire Grand Paris Nord », *D'Architectures*, n°294, pp. 51-59.

SOUCHON S. et al. (2006), « L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? », *Gérontologie et société*, vol. 29 / n° 119, no 4, pp. 75-84.

WAJDZIK A (2022, janvier), « Pourquoi le futur CHU de Nantes est un projet "emblématique et exemplaire" selon Matignon », *Ouest France* [en ligne], <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/pourquoi-le-futur-chu-de-nantes-est-emblematisque-et-exemplaire-selon-matignon-d6340bda-79cf-11ec-a5c8-df22f6eb22a7>.

Travaux étudiants

CASTRO L. (1999), *Le respect du droit à l'intimité des patients : un défi pour l'infirmière générale*, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, 70p.

FEBRINON-PIGUET L. (2019), *Limiter sans isoler, le paradoxe de l'hôpital psychiatrique de Saint-Anne à Paris*, Paris, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine, 159 p.

FLEURY M. (2019), *Embodiment du milieu, vers une homéostasie corporelle et architecturale*, Paris, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine, 183 p.

LAFONT. (2017) *Du caractère thérapeutique de l'architecture : l'empathie esthétique dans le cadre hospitalier : Analyse de l'Hôpital des Innocents*, Filippo Brunelleschi, Florence, Paris, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine, 106p.

Séminaires en ligne ou podcasts

BONNEAU L. (coordinatrice)(2022, 19 janvier), *Séminaire 1 : Les lieux de la santé à l'épreuve de la crise : mutabilité, flexibilité, élasticité, plasticité* [séminaire en ligne], Chaire de recherche et d'enseignement ARCHIDES, Séminaire international de recherche/ Séminaire doctoral « Continuum, habiter les parcours de santé, de soin et de vie», 240'.

BOTTERO B. et COUTROT L. (2021, novembre), *Pourquoi la douleur doit-elle être visible pour exister ?* [podcast], Louie Media, Emotions, 51'.

LEMOINE B., SEVERO D. (invités)(2021, 12 janvier), *Conversation 10 - L'Hôpital et la Ville : une nouvelle condition urbaine ?* [podcast]. Groupe 6, Les conversations d'#hopitaldufutur, 75'.

SCOFFIER R. (2021, février), *Les actes fondamentaux III - Soigner* [podcast]. Pavillon de l'Arsenal, Université Populaire, 73'.

Films ou vidéos

COMOLLI J-L (1992), *Naissance d'un hôpital*, INA, 67'.

PARGADE (2006, novembre), *CHU de l'île de Nantes, l'intelligence collective au service d'un projet hospitalier d'exception*, Pargade, 3'.

Sites internet

ArtBuild, *CHU Ile De Nantes - Nantes*, France, <https://www.artbuild.com/work/chu-ile-de-nantes>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL), *Lexicographie*, <https://www.cnrtl.fr/definition/>

Légifrance, *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Ministère des solidarités et de la santé, *La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle*, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>

ANNEXES

ENTRETIENS

Mener les entretiens à l'hôpital

Cette annexe me permet de présenter la démarche des entretiens menée dans ce mémoire. Il s'agit d'entretiens semi directifs, m'ayant permis d'ouvrir le sujet afin que les usagers interrogés s'en emparent. Ils m'ont aidé à entrer en relation avec des acteurs préalablement identifiés, à même de me fournir un matériau solide, subjectif, dont les fréquences et intentions d'usages de l'hôpital étaient différées.

Une première partie expose les différentes grilles d'entretiens constituées en fonction des différents acteurs interrogés : le personnel médical, les patients et les usagers extérieurs (visiteurs ou riverains). Ces grilles ont été un fil directeur, un appui pour les entretiens. La seconde partie livre une retranscription des entretiens menés. Dans un souci de dimensionnement du mémoire, seuls deux des trois entretiens sont retranscrits.

Présentation de la grille d'entretiens

Corps médical

Parcours médical :

Est-ce que vous pourriez me décrire votre parcours d'études/ de profession ?

Où avez-vous été formé ?

Comment êtes-vous arrivé dans cet hôpital ?

Par rapport à l'hôpital où vous étiez avant, comment voyez-vous les espaces de cet hôpital ?

Rapport à la ville :

Où est-ce que l'hôpital commence pour vous ? Quand êtes-vous dans l'hôpital ?

A quel endroit avez-vous l'impression d'entrer ou être dans l'hôpital ?

Décrivez-moi votre parcours depuis la ville vers l'hôpital, puis au sein de l'hôpital.

Comment considérez-vous votre rapport à la ville quand vous êtes dans l'hôpital ?

Quand vous êtes dans l'hôpital et que vous pensez au champ extérieur, à la ville, que vous vient-il à l'esprit ? Selon vous, quels sont les éléments qui participent à ces ressentis ?

Parcours dans l'hôpital :

Comment décririez-vous le parcours du patient au sein de l'hôpital ?

Comment décririez-vous votre parcours au sein de l'hôpital ?

Pourriez-vous me décrire chacun de ces parcours ?

Vous sentez-vous libre de parcourir tous les espaces de l'hôpital ?

Comment ?

La pratique dans l'hôpital :

Est-ce que cet hôpital vous permet d'exercer vos pratiques, vos gestes de façon aisée ? Si ce n'est pas le cas, précisez

Qu'est-ce que vous changeriez dans cet hôpital du point de vue spatial ?

Est-ce qu'il est confortable pour vous ?

Si vous pensez que certains endroits ne sont pas très bien agencés, faits dans les espaces de l'hôpital, qu'est-ce qui faciliterait votre pratique ?

Patients

Portrait :

Est-ce que vous pourriez vous présenter ?

Commencez par me décrire votre parcours, votre trajectoire, dans quel domaine travaillez-vous, votre âge...

Comment connaissez-vous cet hôpital ?

Comment êtes-vous arrivé à cet hôpital ?

Est-ce qu'on vous l'a conseillé ? Par proximité ?

Rapport à la ville :

Où est-ce que l'hôpital commence pour vous ?

Quand vous considérez vous dans l'hôpital ?

Pouvez-vous me décrire le site de l'hôpital ?

Quand vous êtes dans l'hôpital et que vous pensez à l'extérieur à la ville, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Comment considérez-vous votre rapport à la ville quand vous êtes dans l'hôpital ?

Parcours :

Décrivez-moi votre parcours depuis la ville vers l'hôpital puis au sein de l'hôpital. Décrivez-moi votre parcours pour une visite que vous avez passé à l'hôpital ? Et vers le service concerné par vos soins ?

Et vice versa : votre parcours de l'hôpital vers la ville ?

Comment vous êtes-vous senti dans ce parcours ?

Vous sentez-vous libre de parcourir tous les espaces de l'hôpital ? Comment ? Si oui, pouvez-vous me décrire un espace que vous avez parcouru ?

Ressenti spatial :

Comment vous sentez vous dans l'hôpital ? Et hors de l'hôpital ?

Comment vous percevez cet espace, qu'est-ce qui vous interpelle ? Est-ce qu'il est confortable pour vous ?

Y a-t-il un lieu dans lequel vous vous sentez mieux qu'un autre dans l'hôpital ?

Pourriez-vous me le décrire ? Et me décrire ce ressenti ?

Usagers extérieurs

Portrait :

Présentez-vous, racontez-moi votre rapport avec cet hôpital

Rapport à la ville :

Comment êtes-vous amenés à fréquenter ce lieu ?

Où est-ce que l'hôpital commence pour vous ? Quand vous considérez vous dans l'hôpital ? Comment déterminez-vous ce moment ?

Parcours :

Comment parcourez-vous cet espace ? Décrivez-moi votre parcours.

Jusqu'où oseriez-vous aller ? Y a-t-il un endroit où votre parcours s'arrête ? Y a-t-il un endroit que vous n'envisagez pas franchir ? Pourquoi ?

Comment vous êtes-vous senti dans ce parcours ?

Perception des patients :

Voyez-vous les patients ? A quel moment ?

Comment percevez-vous les patients ?

Comment vous sentez vous lorsque vous êtes face à un patient ?

Ressenti spatial :

Comment vous sentez vous dans l'hôpital ? et hors de l'hôpital ?

Comment percevez-vous cet espace, qu'est-ce qui vous interpelle ? Est-ce qu'il est confortable pour vous ?

Ya-t-il un lieu dans lequel vous vous sentez mieux qu'un autre dans l'hôpital ?

Pourriez-vous me le décrire ? Et me décrire ce ressenti ?

Selon vous, comment l'architecture de l'hôpital peut-elle servir à la thérapie du patient ?

Diriez-vous que l'espace de l'hôpital est bien conçu ? Si vous deviez changer un élément dans la conception architecturale, lequel serait-ce ?

Entretien avec Camille, neuropsychologue à l'hôpital européen Georges Pompidou

L'entretien commence sans enregistrement quand Camille me rejoint dans le hall d'accueil, où elle m'avait donné rendez-vous. Elle me demande ce que je veux faire, je lui explique que je la suis où elle veut. Elle me propose alors d'aller dans son bureau. Dans l'ascenseur, je lui explique avoir été étonnée de l'entrée, je pensais pouvoir entrer par le début de la rue hospitalière, rue Leblanc. Camille me répond qu'elle n'a jamais connu les entrées qui donnent sur la rue hospitalière ouvertes, sûrement en raison des plans Vigipirate. Il n'y a plus que deux entrées accessibles, l'entrée principale sur le hall et une seconde, plus petite et moins utilisée, qui donne du côté de la station de RER. Elle la considère moins pratique pour les visiteurs car elle ne permet pas de rejoindre le hall principal facilement, mais donne accès directement vers les étages et non au rez-de-chaussée. Nous arrivons au 8ème et dernier étage du pôle A, face à un mur rideau donnant sur un autre pôle de l'hôpital. Nous poursuivons le parcours, à travers trois larges couloirs successifs, désormais opaques sur la ville. Elle m'indique d'abord de loin le POMA, zone où les patients se présentent avant d'attendre leur rendez-vous. Puis nous continuons dans un long couloir devant plusieurs portes qui correspondent aux chambres des hospitalisations de jour. Nous arrivons enfin dans son bureau dans lequel je découvre la vue panoramique qu'il lui offre sur Paris. Face à mon admiration, elle m'affirme qu'elle se trouve assez chanceuse. Nous nous asseyons l'une en face de l'autre autour de son bureau. Je lui explique brièvement mon sujet et lui donne quelques feuilles et un stylo en lui indiquant qu'elle pourra s'en servir quand elle voudra. Elle accepte que l'entretien soit enregistré, nous commençons alors.

Nina. Pour commencer, est-ce que tu pourrais me décrire ton parcours d'études et ce qui t'as amenée ici ?

Camille. J'ai fait ma licence de psychologie à Rennes 2 et j'ai été acceptée ici pour faire mon master à Paris 8 à Saint Denis. Donc j'ai eu mon diplôme, là

ça fait un peu plus d'un an que je travaille, en juillet 2020 et je suis arrivée ici précisément le 5 octobre 2020. Donc je travaille à 80%, du lundi au jeudi, et puis le vendredi je travaille dans un autre hôpital, à Paul Brousse, dans le cadre de recherches sur l'alcool, donc rien à voir avec ce que je fais ici. Donc voilà, et dans mes stages, je sais pas si c'est intéressant mais j'ai fait mon stage de master 1 à Garches et puis mon stage de master 2 à Créteil, à Mont-Dore.

N. D'accord, donc ce n'est pas la même formation qu'en médecine, il n'y a pas d'internat ?

C. Non non, c'est vraiment une licence de psychologie, un master de psychologie mais avec une spécialité, donc là en l'occurrence c'est la neuropsychologie.

N. Tu peux me dire en quoi consiste le métier de neuropsychologue ?

C. Alors, en quelques mots la neuropsychologie c'est au carrefour entre les neurosciences et la psychologie, et en fait c'est de faire le lien entre le fonctionnement du cerveau et la cognition, les émotions, le comportement... Donc dans la cognition t'as la mémoire, le langage, le raisonnement, la perception, les gestes, enfin toutes nos facultés cognitives. Et donc le travail de la neuropsychologie c'est de mettre en lien s'il y a des altérations cérébrales avec les fonctions cognitives enfin voilà. En fait là pour t'expliquer concrètement, ici je travaille dans la gériatrie sur prescription souvent d'un médecin, ou alors c'est eux qui disent, parce que je suis en gériatrie je te donne cet exemple, "j'ai des problèmes de mémoire, des oublis etc" ou alors c'est les médecins qui constatent qu'il y a des difficultés. Donc on va faire un bilan neuropsychologique qui va permettre de rendre actives chacune des fonctions cognitives. Un bilan ça dure deux heures, avec moi en tout cas, dans ce bureau. Pendant 30 minutes je discute un peu avec le patient, on fait un entretien anamnèse, pour savoir son histoire de vie, son histoire médicale, mais ça permet aussi de voir un petit peu comment est-ce qu'il le décrit et de cerner un petit peu la problématique. Et puis après pendant 1h30 on fait des tests papier crayon, tu vois, ils sont là. Et après du coup la conclusion c'est quel est le profil cognitif de la personne, est-ce que ça peut faire orienter l'hypothèse diagnostic,

est-ce que c'est cohérent avec l'imagerie cérébrale, est-ce qu'il y a besoin de mettre en place un suivi, est-ce qu'il y a besoin de pousser d'autres examens. Enfin voilà grossièrement.

N. D'accord, ça explique le bureau qui n'est pas tant "médicalisé"...

C. En fait c'est une ancienne chambre, la neuropsychologie qui était là avant moi n'avait pas de bureau. Il y a des boîtes de consultation là-bas donc c'était ça, sauf qu'on a des patients tous les jours non-stop donc ils ont pris une chambre pour en faire un bureau.

N. Les boîtes sont sur un plateau ouvert ?

C. Non c'est un petit bureau avec du coup un lit médical, là moi j'ai pas besoin de ça, c'est que du dialogue avec les patients. Moi c'est vraiment la sphère cognitive donc il n'y a pas de besoin de quoi que ce soit.

N. D'accord. Pour revenir sur ton parcours, tu as été formée à Rennes à l'origine, comment tu as choisi cet hôpital ?

C. [rigole] Quand on débute dans la vie, j'ai été sur indeed et celui-là m'a plu. Je connaissais pas l'hôpital. Je suis à Paris depuis pas si longtemps que ça, je connaissais l'hôpital de nom mais pas plus que ça. Donc c'est surtout que la fiche de poste était correcte quoi.

N. Et c'est un poste qu'il y a dans tous les hôpitaux ? Il n'y a pas de spécialité particulière sur les neurosciences ?

C. Non, un neuropsychologue maintenant on en trouve un peu partout mais c'est encore en développement quoi. Là par exemple dans l'hôpital ce qui m'a surpris c'est qu'on est que deux neuropsychologues, sachant qu'avant que j'arrive il y en avait qu'une. J'ai trouvé ça assez choquant parce que déjà en gériatrie, pour te donner un ordre d'idée, j'ai trois mois de délai pour avoir une consultation. Et l'autre neuropsychologue travaille en addictologie. Après le fonctionnement ici est très particulier, je fais parti du service de psychologie et psychiatrie de liaison et d'urgence. Ce service est au deuxième étage du

pôle B, je pourrai te le montrer tout à l'heure si tu veux. Et donc en fait on est 20 psychologues au total et chaque psychologue est rattaché à un psychiatre. Et chaque psychologue après est référent de service. Moi je suis référente de gériatrie et toute mon activité est en gériatrie mais tous les autres psychologues sont référents de plusieurs services. Donc je suis la seule qui fait toute mon activité seulement dans ce bureau.

N. D'accord, tu m'as dit que tu avais fait des stages à Garches et Créteil, par rapport à ces hôpitaux, comment est-ce que tu vois celui-ci spatialement ?

C. Ah il est extra à côté des autres. C'est vrai qu'il faut dire que c'est l'un des hôpitaux les plus récents de Paris je crois. Il a que 21 ans et on voit la différence. Il est spacieux, il est neuf, c'est plutôt grand. Tu as pu voir, les couloirs sont grands, quand il y a des fauteuils ou des lits qui se croisent c'est quand même assez facile. Non je le trouve vraiment bien, par rapport à Créteil ou à Garches. Après c'est pas vraiment pareil, à Garches c'est plein de petit bâtiment donc c'est autre chose, Mondor aussi c'est vrai..

N. Je connais pas du tout Mondor...

C. C'est un grand établissement en hauteur, t'as des ascenseurs jaunes, bleus, machin. Et selon celui que tu prends tu te retrouves dans une aile et pas dans une autre. Enfin il faut vraiment connaître pour te repérer parce que je trouve que c'est vraiment pas facile.

N. Tu trouves qu'ici on se repère bien ?

C. Alors au début c'est vrai que j'ai trouvé que non mais après quand tu comprends qu'il y a quatre pôles, qu'il y a un couloir central que les traverses, qu'après soit tu vas à gauche, soit tu vas à droite. C'est vrai qu'en y pensant c'est pas si instinctif. Maintenant que je suis habituée je m'y repère mais au début j'ai eu du mal.

N. Donc quand tu dis que cet hôpital est mieux c'est surtout parce qu'il est plus spacieux ?

C. Oui les espaces sont plus généreux. Il est plus récent donc ça donne plus de qualités. Il est lumineux... Oui je le trouve moins tristounne, moins vieillot. Je me souviens que quand j'étais arrivée à Garches, c'était mon tout premier stage et ce qui m'avait choquée c'était de voir à quel point il était délabré, je m'y attendais pas.

N. Oui je vois, et si on s'intéresse au rapport de l'hôpital à la ville, pour toi, où est-ce que l'hôpital commence ?

C. Si tu es passée par le hall, il y a la grille, donc je dirais là. C'est vraiment la grille qui délimite.

N. Alors est-ce que tu pourrais me décrire ton parcours, comment est-ce que tu arrives ici ?

C. En RER

N. Alors quel est ton parcours depuis la station de RER jusqu'à l'hôpital et ensuite au sein de l'hôpital, comment tu t'orientes ?

C. Je comprends mieux la feuille que tu m'as donnée. Alors moi je prends le RER C donc là tu as le RER, je sors, je suis ce petit chemin. Et là ça y est, tu as le début de Pompidou, qui fait une forme un peu comme ça. Et donc là il y a la fameuse petite entrée dont je te parlais dans l'ascenseur, par laquelle tous ceux qui sont en RER viennent. C'est la porte D. Donc voilà, j'arrive là, donc finalement en une minute top chrono j'y suis, donc c'est royal. Mais quand le RER ne fonctionne pas, il faut que j'aille au métro, la ligne 8. Donc là je suis obligée de passer par le grand hall. Mais pour revenir sur mon parcours habituel, comme je te le disais, on ne peut pas aller au rez-de-chaussée de la porte D, donc après je rentre, je prends des escaliers, j'en profite pour aller au deuxième étage, parce que je fais partie du service psychologie et psychiatrie au deuxième. Donc je traverse le pôle D, puis le pôle C, je vais jusqu'au pôle C où je vais dans le service pour récupérer des papiers des secrétaires, puis je reviens, je vais jusqu'au pôle A, là je monte jusqu'au 8ème étage et j'arrive là.

N. Comment tu fais pour traverser tous ces pôles ?

C. Il y a un couloir central qui traversent tous les pôles.

N. C'est un couloir que tu retrouves à tous les étages ?

C. Oui c'est ça, après il y a des couloirs plus sympas que d'autres à traverser. Au deuxième étage c'est pas dérangeant. Mais par exemple au premier je trouve que c'est un petit peu gênant, c'est là où il y a les services de réanimation. Donc là tu vois les patients directement. Tandis qu'au deuxième étage tu vois pas les patients parce qu'à chaque fois tu t'enfonces dans le service plus loin. Pareil au 8ème ici, quand tu traverses du pôle A au pôle C, il est y a des zones d'hospitalisation donc tu peux tomber face à des patients ou des soignants, donc j'aime pas.

N. Mais alors à l'étage de la réanimation tu peux voir des patients ?

C. Oui tu peux voir par exemple quand il y a des pompiers qui amènent des patients, ou quand il y a des urgences qui sont aussi au premier étage. Ce qui me gêne c'est qu'au premier étage tu as pleins de lits d'hospitalisation tout le long donc pour peu que tu croises un patient en fauteuil ou un autre lit, tu gênes, donc j'évites cet étage.

N. Tu as peur de gêner ?

C. Oui j'ai pas vraiment envie de gêner les patients, ils sont déjà vulnérables. Quand j'ai ma blouse ça me dérange pas, parce que je suis reconnue comme un personnel de l'hôpital. Par contre quand je suis en tenue civile je veux pas y aller pour ne pas gêner.

N. Ta blouse te donne plus de légitimité à parcourir ces espaces ?

C. Oui carrément.

N. Et quand tu es habillé en civile ?

C. Alors là je me balade beaucoup moins librement dans l'hôpital. Parce que pour le patient quand il voit quelqu'un qui se balade comme ça il doit se dire

“qu’est-ce que c’est ? Est-ce que c’est une personne de la famille ? Qui est cette personne ?”

N. Et par rapport à ton parcours, comment tu me décrirais le parcours des patients ?

C. Beaucoup de patients viennent en ambulance mais de toute façon ils reçoivent une feuille de consultation qui dit vous avez rendez-vous à tel endroit, à tel POMA, par exemple 8ème étage pôle A. Donc c’est à peu près la même chose que moi. Soit ils passent par-là [en me montrant l’entrée côté RER qu’elle avait dessiné sur la feuille] pour beaucoup quand ils arrivent en ambulance. S’ils arrivent en taxi, ils arrivent par le grand hall. Ils vont pour la plupart à l’accueil parce qu’en général ils savent pas trop s’orienter, pour peu que ce soit pour la première fois qu’ils viennent. En général ils ont toujours vu avant moi un gériatre qu’ils consultent ici aussi donc ils savent où c’est. Donc hop ils vont directement par là où on est passés, prendre l’ascenseur vers le 8ème, ils s’enregistrent au POMA que je t’ai montré, et puis ils viennent ici.

N. Et ceux qui arrivent en ambulance arrivent à un endroit différent ?

C. Oui c’est justement par ici [montre la feuille sur laquelle elle avait dessiné son parcours et indique la zone par laquelle elle entre habituellement]. Là du coup tu as une place avec les taxis et ambulances qui viennent.

N. La voierie dessert directement cette place ? Il n’y a pas de grille ?

C. Non, c’est vraiment une place.

N. Il n’y a pas de grille à l’inverse de l’entrée principale ?

C. Non c’est vrai que pour le coup, par rapport à ta question sur le moment à partir duquel je me sentais à l’hôpital, c’est vrai que quand je prends cette entrée, c’est vraiment quand j’emprunte la porte d’entrée que je me sens dans l’hôpital, parce qu’il y a rien qui délimite plus que ça.

N. Et une fois que tu es dans l’hôpital, que tu as franchi cette entrée, com-

ment tu considères ton rapport à la ville ?

C. Mon rapport à la ville ? J'ai pas l'impression d'en avoir un. Alors je pense que c'est propre à mon activité dans le sens où je reçois le patient, par rapport à quelqu'un à l'accueil, en lien avec les ambulanciers, qui amènent les patients, ils sont en lien avec pleins de gens qui amènent à intégrer ce rapport. Moi pour être honnête je reste dans mon bureau, mon seul rapport à la ville c'est en téléphonant à des gens extérieurs.

N. C'est étonnant parce que depuis ton bureau pourtant tu as une vue sur tout Paris et pourtant tu te sens dans une bulle...

C. Oui complètement, je sais pas si c'est l'ambiance de l'hôpital qui créé cette exclusion, je sais pas...

N. Et comment ça se passe quand tu accueilles un patient ?

C. J'ai deux types de consultations, soit des consultations HDJ, donc hôpital de jour, soit des consultations externes. L'hôpital de jour c'est les patients dans les chambres que t'as vus quand on est arrivées. Donc dans ce cas-là je vais les chercher dans la chambre. Quand c'est les consultations externes, je sais pas si tu as vu tout à l'heure, il y avait des chaises justes dans le couloir, donc ils s'enregistrent au POMA et je vais les chercher directement.

N. Et tu sais d'où viennent les patients ?

C. Dans le 15ème essentiellement. C'est vrai que quand je suis à Paul Brousse je vois des gens qui viennent d'un peu partout, ici c'est une grande majorité des gens du 15ème.

N. Mais il y a des hôpitaux à proximité qui expliquent une diversité de choix qui leur permettent d'aller dans le plus proche de chez eux ?

C. Je connais pas d'autres hôpitaux aux alentours, à part aller dans le 92, à Issy. A Corentin Celton il y a un hôpital, qui est récent aussi. Il est sympa, j'aime bien !

N. Qu'est ce qui te fait dire qu'il est sympa ?

C. Ce que j'aime beaucoup là-bas c'est qu'il y a un jardin au milieu. Tu sais comme les vieux hôpitaux parisiens où tu peux circuler autour comme ça, mais version plus moderne. C'est quelque chose que j'aime bien.

N. Dans ce que tu me décris la conception des espaces est très différente alors, à Corentin Celton il y a visiblement des espaces plus introvertis, tandis qu'ici le dessin est plus extraverti, en lien avec la ville. Au final toi tu préfères l'hôpital plus recentré sur le jardin.

C. Ah oui j'y avais pas pensé. C'est vrai, ça s'appelle la rue hospitalière en plus ce grand couloir. Peut-être que des gens adorent mais moi dans mon ressenti personnel, dû à mon caractère aussi, je préfère le système un peu protégé.

N. Et dans ta pratique médicale, il y a un cadre que tu préfères ?

C. Purement médical je pense que le fait que tout soit ouvert est mieux. Moi je m'en rends pas trop compte parce qu'encore une fois je reste pas mal dans mon bureau mais je me dis que c'est peut-être effectivement plus simple d'avoir une grande rue comme ça, plutôt qu'avoir un labyrinthe.

N. Tu te sens libre de parcourir tous les espaces ?

C. Quand j'ai ma blouse oui. Il y a juste le deuxième étage comme je te le disais, où les patients sont très vulnérables. Sinon le reste oui, parce que j'y vais pas pour voir, j'y vais parce que c'est nécessaire pour mon travail.

N. Et comment tu fais pour ne pas avoir à voir justement ?

C. Je trouve que dans les espaces il y a pas trop d'endroits où je pourrais voir l'intimité des patients justement. Les zones vraiment intimes ce sont les chambres. Il peut arriver que les portes soient ouvertes mais l'agencement de la chambre fait que de toute les manières je le verrai pas. Après je me balade pas beaucoup non plus et pour le coup je suis dans un service où la vulnérabilité des patients se voit pas vraiment.

N. Comment tu penses que la chambre protège cette intimité ?

C. Mon bureau c'est une ancienne chambre donc tu as l'exemple parfait, tu vois les lits sont toujours du côté où il y a le renforcement comme ça. En fait on voit que le pied de la personne. Donc là par exemple, tu rentres et tu vois mes pieds d'abord, donc tu vois pas directement le patient.

N. Et toi dans ton bureau tu trouves que l'intimité des patients est préservée ?

C. Oui totalement, et puis je suis en hauteur donc j'ai pas de vis-à-vis. Je pense que si j'étais dans les étages plus bas et qu'il y avait un vis-à-vis ce serait plus gênant, mais je fermerais les stores.

N. Dans l'hôpital, est-ce qu'il y a des choses que tu changerais pour la pratique médicale ?

C. Moi je suis dans un système particulier, je suis vraiment dans ma bulle, donc c'est un peu compliqué de te dire à l'échelle de l'hôpital.... ah si je peux te parler d'un truc mais ça concerne plus le personnel : au deuxième étage, dans le service où je suis, ce sont des tout petits bureaux. Tu coupes mon bureau en deux dans la longueur, et il y a trois psy qui travaillent dedans. Donc elles peuvent pas faire de consultations dans leurs bureaux. L'entretien téléphonique c'est un peu compliqué si elles sont toutes les trois en même temps dedans. Du coup ici les psychologues vont directement dans les chambres des patients déjà hospitalisés. Donc pour elles c'est vraiment pas des conditions faciles. c'est pas idéal. Là moi j'ai vraiment un privilège d'avoir un bureau à moi.

N. Et d'un point de vue général sur la spatialité de l'hôpital, est-ce qu'il y a des éléments que tu changerais ?

C. Peut être déplacer le couloir central. Parce que finalement je crois que c'est dans celui-là que tout le monde se perd. Je pense pas que je te mentirais si je te disais que tous les matins je conseille plusieurs personnes qui ne savent pas où ils sont. Le couloir central est pas vraiment relié aux ascenseurs. Dons

je le mettrais en lien avec les ascenseurs. En soit il y a des panneaux mais c'est pas suffisant.

N. Je vois oui, je pense qu'on a évoqué tout ce dont je voulais parler avec toi, merci beaucoup pour ton temps.

C. C'était trop intéressant de réfléchir à ces choses-là auxquelles j'ai pas l'habitude de penser.

Entretien avec Sarah, ancienne patiente à l'hôpital Saint-Louis

Sarah est une ancienne patiente de Saint Louis. Elle m'a proposé de nous retrouver dans un café pas loin de la place de la République, non loin de l'hôpital Saint Louis. Automatiquement elle se dirige vers le fond de la salle, moins loin des flux de personnes, mais le serveur nous indique que ce sont des tables uniquement pour manger. Il nous montre la zone dans laquelle nous pouvons nous installer. Sarah choisit une table plus éloignée de l'entrée "pour ne pas avoir froid". Nous nous asseyons, commandons. Je lui explique brièvement mon sujet et nous commençons l'entretien.

Nina. D'abord je voulais vous donner des feuilles neutres, si jamais vous aviez besoin de dessiner.

Sarah. Dessiner ? [rigole] je m'y attendais pas à celle-là.

N. Ça n'a pas pour but d'être un dessin esthétique, vous verrez si ça vous dit au fil de l'entretien. Pour commencer, Est-ce que vous pourriez vous présenter ?

S. Alors je suis Sarah, professionnellement je suis diététicienne nutritionniste, donc j'ai travaillé plus de 20ans à l'hôpital. Je connais bien l'univers hospitalier, j'ai travaillé à l'hôpital Saint Antoine, que j'ai quitté après la naissance de mon deuxième enfant et parce que mon expérience hospitalière avait été passionnante mais j'étais arrivée au bout d'un cycle. Sinon d'un point de vue personnel et en ce qui nous concerne j'ai eu un cancer du sein à l'âge de 50 ans qui a dû être opéré et pour lequel on m'a conseillé de faire une radiothérapie. Le plus simple pour moi était d'aller à l'hôpital Saint Louis parce que c'était le plus proche de mon domicile et que je savais que ce serait des séances quotidiennes pendant...j'avais vingt ou trente séances. Donc voilà et comme j'avais de bons échos sur cet hôpital là, j'ai dit banco pour l'hôpital Saint Louis. Et depuis, pour l'instant je croise les doigts, tout va bien. Donc ça fait neuf ans que j'ai été traitée pour ça, bientôt dix.

N. Donc vous alliez à l'hôpital juste pour des séances ? Il n'y avait pas d'hospitalisation ?

S. Voilà, je n'ai fait que des séances de radiothérapie à Saint Louis.

N. Et les séances se sont étalées sur quelle durée ?

S. Elles ont été continue pendant deux mois à peu près. C'était au moins 4 jours par semaines. Je devais pas avoir deux ou trois jours d'interruption entre deux séances. Donc en moyenne c'était quatre à cinq jours par semaine. C'était comme une consultation, c'est à dire que j'allais à l'hôpital Saint Louis, j'attendais mon tour, je passais en radiothérapie. J'étais allongée sur un lit et voilà j'étais irradiée. Ça durait très peu de temps, ça durait quoi ? Une demi-heure. Et ensuite je rentrais gentiment chez moi.

N. D'accord, et alors pour vous, à partir de quel moment vous pouviez dire que vous étiez dans l'hôpital ?

S. Bah l'hôpital Saint Louis, comme il est pavillonnaire et qu'il faut traverser quand même une bonne zone extérieure avant d'entrer dans le pavillon neuf, récent, car c'est là que se situe la zone de radiothérapie, en sous-sol, moi j'avais l'impression de rentrer à l'hôpital quand je rentrais dans le pavillon neuf, pas quand j'étais aux barrières extérieures de cette enceinte. A l'hôpital Saint Louis vous savez il y a une enceinte murale qui fait tout le tour, très très très vieille et très très très sale, et dont là non je me sentais pas l'hôpital, c'était un accès piéton mais qui est encore dans la ville. Je rentrais vraiment dans l'hôpital quand je passais les portes vitrées du bâtiment récent.

N. Et votre parcours vers l'hôpital commençait de quel côté, parce qu'il y a plusieurs entrées sur le site ?

S. Alors quand on rentre dans le... Alors moi je rentrais par-là, mince c'est quelle rue déjà ?

N. Il y a une entrée considérée comme "principale" Avenue Claude Vellefaux, ce serait celle-ci ?

S. Oui voilà c'est ça, j'étais du côté de Claude Vellefaux. Et je rentrais donc dans une zone où on descend, une zone extérieure, sur la gauche il y a le vieil hôpital avec cette cour carrée et sur la droite il y a le bâtiment récent, avec une forme géométrique un peu étrange et c'était là que j'allais moi. Et c'est en sous-sol.

N. Est-ce que vous pourriez me décrire le site de l'hôpital selon votre ressenti ?

S. Je dois avouer que j'ai pas cherché à visiter l'ancien bâtiment. Je l'avais visité en tant que professionnelle parce que je faisais des formations aux autres diététiciens de l'assistance publique et qu'on se réunissait parfois dans une salle du vieux Saint Louis, en tant que paramédicaux, et que je trouvais que le vieux Saint Louis était très beau, ça pourrait être un très beau jardin ouvert au public, pourtant pas du tout entretenu, pas rénové. Mais ça c'était quand j'étais pas patiente, plutôt hospitalière. Maintenant en tant que patiente je dois avouer que j'avais des œillères, je rentrais dans l'hôpital, j'allais straight to the point, direct au service de radiologie, et je cherchais pas du tout à visiter le secteur. Enfin quand je dis que j'allais directement au sous-sol c'est pas vrai, parce que systématiquement je me remettais dans la peau de quand je travaillais, c'est à dire que je passais par la phase cafétéria. Je me disais « aller c'est comme si j'allais bosser, je rentre à la cafet, on se détend, on prend son petit café et on descendra ensuite dans cet univers un peu inhospitalier qu'est le service de radiologie ».

N. Donc vous aviez plusieurs étapes de parcours d'ordre mental ?

S. Oui voilà donc je passais effectivement par la cafet. C'est le seul lieu quasiment que j'ai visité, une fois j'ai visité leur petite boutique de presse mais qui est d'une pauvreté alarmante donc je l'ai fait une fois, c'est tout.

N. Et alors une fois que vous étiez dans l'hôpital, et que vous pensiez à l'extérieur, à la ville, qu'est-ce qui vous venait à l'esprit ?

S. Quand j'étais dans l'hôpital je dois dire que je pensais pas trop à la ville.

J'étais un peu dans ma bulle. Je m'isolais un peu. Pour moi quand j'allais là-bas c'était comme si j'allais à une consultation, je le ressentais comme tel, je voulais pas plus le dramatiser que ça mais par contre c'est vrai que je cherchais pas du tout à m'ouvrir sur l'extérieur et je cherchais surtout pas à créer des liens avec les gens autour de moi. Je me considérais comme de passage. Donc étant de passage, je cherchais pas à investiguer plus autour de moi.

N. Et quels étaient les éléments qui pouvaient vous permettre d'être dans une bulle ?

S. Mon café, mon bouquin.

N. Et spatialement, vous me décriviez que c'était en sous-sol ?

S. Oui alors ça par contre je trouve que c'est extrêmement désagréable. Déjà on sait que bon, on est atteint d'un cancer, ce qui n'est jamais très sympathique, et qu'en plus vous vous trouvez à descendre dans un sous-sol, qui est assez inhospitalier, il faut le reconnaître. Parce que quand on arrive au premier sous-sol, on a à gauche un couloir qui vous amène au service de radiothérapie/oncologie, et tout droit, c'est des sortes de va et viens permanents de comment dire ? Non pas de brancardiers mais de sorte d'hommes de ménages qui déplacent de containers. Donc on a l'impression quand même que c'est le premier pas vers le sous-sol, un peu sous terre quoi, hein ? C'est le premier pas vers la mort. Et je trouve que c'est particulièrement inhospitalier, que c'est mal foutu. Alors je veux bien comprendre que la radiothérapie il faut pas de lumière, c'est certainement dans lieux qui sont protégés, mais franchement ce sous-sol, quasiment à côté des poubelles, j'avais l'impression que voilà quoi, c'était un flux dans un sens et qu'il y aurait pas de retour, c'était pas du tout accueillant.

N. Et tout le service se trouve en sous-sol ? Donc il n'y a pas de lumière ?

S. Toutes les radiothérapies sont en sous-sol. C'est moche, c'est franchement moche. C'est moche et inhospitalier. Donc il y a aucune ouverture sur l'extérieur, donc le lien avec la ville il est zéro. Il est absolument zéro. Et puis

avant d'arriver dans ce service on est dans une sorte de no man's land. Quand j'arrivais au sous-sol parfois je me disais "mais attend, je suis dans le bon secteur là ? Ah oui à gauche c'est l'oncologie/ radiologie" parce que sinon direct j'avais l'impression que je partais vers la sortie quoi. C'était une zone non définie. Déjà la signalétique elle est pas très clair et puis en plus je trouve que c'est vraiment pas...pas agréable de se retrouver au sous-sol quand dans cette situation. Voilà donc d'un point de vue architectural, s'il y a avait quelque chose à remettre en cause, c'est vraiment le principe des sous-sols quand on fait des radios quoi.

N. Mais en même temps, le fait d'être en sous-sol pouvait peut-être contribuer au fait d'être dans une bulle, dont vous me parliez tout à l'heure ?

S. Non, non parce que c'était mal décoré, c'était pas beau. Au contraire il y avait aucune échappatoire, à par mon bouquin j'avais zéro échappatoire. On était très isolés, enfermés.

N. Et dans les étapes précédentes de parcours, quand vous étiez à la cafet par exemple, comment se passait ce rapport à la ville ?

S. A la cafet on avait surtout le personnel hospitalier, parce qu'à la cafet ne passent que des blouses blanches. Donc quand on est à la cafet, on voit la vie de l'hôpital mais on reste encore dans notre bulle hospitalière, on n'est pas du tout dans la vie, dans la ville. C'est la vie au sein de cette enceinte qu'est l'hôpital. Parce que là ça brasse en permanence du personnel, des infirmières, des externes, qui tournent et qui ensuite se dispersent. Il y a finalement peu de patients qui vont à la cafet.

N. Et alors Est-ce que vous pourriez me décrire votre parcours depuis la ville, depuis le point que vous situez le plus important au début, vers l'hôpital ?

S. [rigole en comprenant que nous regardons toutes deux la feuille et sors un stylo] D'accord donc là c'est l'entrée, donc c'est extérieur hein. Là il y a toute l'enceinte, je me souviens plus de tout du nom de cette rue... Je venais du quai de Valmy, là, je longeais l'enceinte Saint Louis, et je tournais vers la gauche et

là il y a une entrée, je crois que c'est l'entrée des urgences aussi.

N. Ah ça doit être l'Avenue Claude Vellefaux

S. Voilà l'Avenue Claude Vellefaux, donc je rentrais par là, tout ça c'est extérieur. Là il y a le vieux Saint Louis, et là c'est le bâtiment neuf. Voilà donc moi je faisais ce petit chemin là, quand j'arrivais dans le bâtiment neuf, ici, il y avait la cafétéria. Je passais par-là, hop je ressortais et je prenais les ascenseurs qui étaient ici, vers le sous-sol. Voilà donc je continuais mon petit chemin, je prenais l'ascenseur ou je prenais les escaliers. Et quand on était au niveau -1, il fallait continuer sur la gauche, et là c'était les rayons. Donc si on allait vers la radiothérapie tout allait bien, mais si on allait par là, on était dans une zone extérieure. C'était des mecs qui promenaient généralement des containers, je pense que c'était des zones de livraisons. Voilà je sais pas si c'est clair.

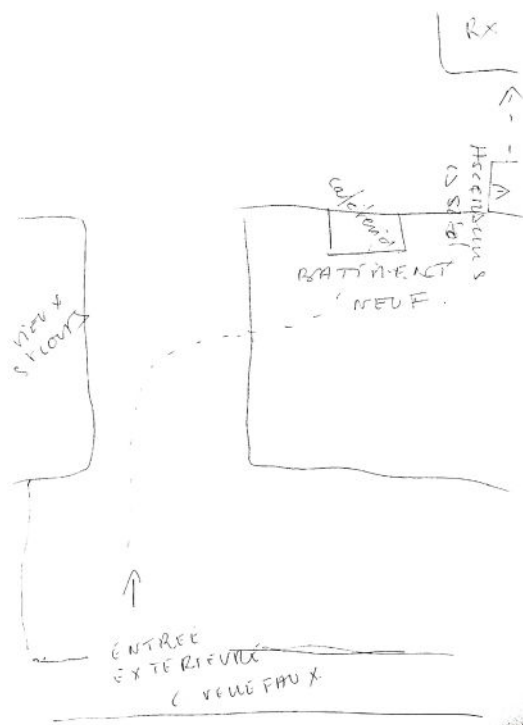


Fig.33 : plan du parcours dessiné par Sarah lors de l'entretien

N. C'est très clair. Mais alors si vous arriviez depuis Valmy, il y a une entrée pourtant aussi à ce niveau-là, qui passe par l'ancien hôpital...

S. Oui alors je l'ai jamais prise. Pourquoi ? J'en sais rien, peut-être parce que j'étais pas pressée de rentrer dans l'hôpital donc je l'ai contournée.

N. Oui je vois, et tout à l'heure, quand je vous parlais du moment où commençait l'hôpital, vous me décriviez que l'entrée pour vous était ici [montre les portes d'entrées du nouvel hôpital sur le plan dessiné]...

S. Exactement, je me sentais pas vraiment dans l'hôpital quand j'étais à l'entrée Vellefaux, parce que là il y avait un tel mouvement de voitures, de gens qui passaient, je me sentais pas vraiment dans l'hôpital. C'est quand je passais les portes vitrées là que je me sentais arriver dans l'enceinte de l'hôpital.

N. Oui et pourtant sur votre dessin c'est devant l'Avenue Claude Vellefaux que vous avez écrit "entrée"...

S. Oui, oui oui on est d'accord. C'est à dire que là, j'y suis retournée la semaine dernière pour mari et à ce niveau là, il y a des agents qui vérifient vos pass sanitaires. Et je me souviens que quand je venais pour moi, il y avait déjà des vigiles qui étaient là, on devait être en risque attentat ou un truc comme ça. Donc il y avait quand même déjà une première barrière.

N. Et alors comment vous situez la vraie entrée pour vous au niveau des portes ?

S. C'est parce qu'il y a un rapport intérieur/ extérieur. Ce sont les portes qui font office de limite.

N. Et le parcours qui précède l'entrée de Vellefaux... ?

S. Et bien je suivais par le quai de Valmy, et j'arrivais de l'autre côté de la place de la République, c'était toujours tout droit, la rue Dieu, parce que moi j'habite de l'autre côté de République, la rue Mêlée. Je faisais tout ça à pied moi, j'aime bien marcher et puis je trouvais que ça faisait partie de voilà, une balade. Ça me faisait du bien de marcher, avant d'entrer dans un lieu clos, fermé.

N. Et vous vous souvenez de l'enceinte qui entoure l'hôpital ?

S. Oui c'est un mur noir, sal, en très mauvais état. Je sais pas depuis combien de temps il a pas été rénové, c'est pas beau.

N. Vous aviez quel ressenti face à cette enceinte ?

S. Je trouvais que c'était pas hospitalier, que c'était pas accueillant. Surtout quand on longeait cette zone avait de tourner sur l'Avenue Claude Vellefaux, là il y a un vieux bâtiment où il avait des fenêtres qui étaient pétées, c'était immonde, je me disais mais quel service peu bien bosser là-dedans ? On voit qu'à l'hôpital il y a le côté clinquant neuf et puis il y a d'autres bâtiments complètement délabrés. Dans les hôpitaux les plans de rénovations ils sont étonnamment organisés et dispatchés, et il y a des corps de bâtiments qui restent noircit, vieux, insalubres qui subsistent aux zones rénovées.

N. Et Est-ce que vous pourriez me décrire votre parcours inversé, vers la sortie ?

S. C'était exactement le même, je passais pas par la cafet c'est tout. Oui non je me refaisais pas un café après, j'étais pressée de partir après. Je vous dis j'étais un peu dans ma bulle, j'essayais de pas trop penser. J'essayais de faire comme si j'allais travailler. Je dupliquais le chemin que je faisais quand j'allais à l'hôpital Saint Antoine. Je me remettais en situation d'aller travailler. Je me mettais pas en tant que patient mais en tant que personnel.

N. Et alors, il y avait un moment où vous étiez à nouveau la patiente ?

S. Ah bah oui, quand je franchissais la porte d'oncologie, j'étais devenue la patiente. Alors qu'avant je me projetais encore en tant que personnel hospitalier, qui allait boire son café, qui déambulait. Mais alors après j'étais pieds et poings liés, j'attendais mon tour et puis j'étais la marionnette qu'on allongait sur un lit, qui attendait qu'on fasse tous les réglages de radiothérapie et puis qui attendait que ça se passe.

N. Et vous pourriez me décrire la zone d'attente, avant de passer en radiothérapie ?

S. En fait c'est comme une grande salle d'attente. Elle est pas inhospitalière, ils ont des sièges qui sont en fait en cercles. C'est des banquettes mais qui sont rondes. Donc il y a un pylône central et autour il y a la banquette. Donc les gens ne se voient pas face à face. Ils sont dos à dos. Moi ça m'a intéressée parce que j'avais pas envie de voir la personne en face de moi, donc ça m'a arrangée ce système. Sinon le personnel, c'est le personnel hospitalier, qui vous demande votre nom et vous demande d'attendre.

N. Vous disiez que cette zone d'attente n'était pas inhospitalière ?

S. Elle n'est pas inhospitalière mais elle n'est pas chaleureuse non plus, parce que c'est une zone où il n'y a pas de fenêtres, là encore on est en sous-sol, donc on a l'impression d'être dans un sas et d'être très isolé du monde. On se sent très isolé. Ce qui rendait ce côté humain c'était le personnel sympathique parce que sinon non l'environnement n'avait rien d'aimable.

N. Comment est-ce que vous vous sentiez au fur et à mesure du parcours que vous m'avez dessiné ?

S. Je me sentais relativement libre, j'avais un sentiment de liberté jusqu'à ce que j'arrive dans la salle d'attente de radiologie. Ça créait la rupture, parce que là je me retrouvais en situation de dépendance, je dépendais des autres. Et puis après j'étais manipulée, j'étais plus du tout maître de mon corps. J'étais le mannequin qu'on sur lequel on dessine les zones sur le corps et après on irradie.

N. Et après cette étape comment vous vous sentiez ?

S. Une fois que je m'étais rhabillée et que je repartais, c'était la liberté retrouvée.

N. Et à l'entrée du bâtiment comment vous vous sentiez ?

S. Je me sentais encore dans la ville. Oui parce qu'en plus, maintenant que

vous m'y faites repenser, quand j'arrivais à l'entrée du bâtiment je me disais "on peut penser que je suis de la famille voire du personnel". Je ne sentais pas malade. C'était que quand j'arrivais en salle d'attente que je me sentais patiente. Alors qu'avant je pouvais faire illusion encore. Mais je pense que c'est parce que j'ai bossé à l'hôpital avant. Moi ce que je ne voulais pas c'était qu'on me voit comme une patiente.

N. Après les deux mois de traitements terminés, vous êtes retournés à l'hôpital ?

S. J'y suis retournée une fois par an parce que j'étais obligée pour aller voir le professeur de radiologie mais c'est tout.

N. Qu'est-ce que vous changeriez dans cet hôpital du point de vue spatial ?

S. Si je devais changer quelque chose, c'est l'emplacement de la radiothérapie. Je trouve vraiment qu'en sous-sol c'est une très mauvaise idée. Franchement j'avais l'impression de mettre un pied dans la tombe, les poubelles d'un côté, la radiothérapie de l'autre. C'est un peu nous dire "vous voyez là c'est l'anti-chambre de la mort, vous descendez, premier pas vers le tréfond". Je pense que c'est vraiment le parent pauvre la radiologie dans ce bâtiment.

N. Comment vous auriez envisagé autrement cet espace ?

S. Je sais pas avec un peu de lumière naturelle, pas enfermé dans un sous-sol, ça aurait été plus aimable.

N. Si la radiothérapie était en étage et du coup avec un lien avec la ville vous auriez préféré ?

S. Je trouve ça plus aimable, enfin pour les appartements c'est pas forcément très gai, mais pour moi ça me pose pas de problème. On se sent moi enfermé. Quelque part moi quand je vais à l'hôpital en tant que patient je me sens un peu en prison quand même. Parce qu'on n'est plus libre de ses mouvements, on est dans les mains du corps médical, on subit, on ne décide plus de rien. Le problème de l'hôpital c'est qu'on protège le patient mais du coup on a

autorité sur le patient, et c'est ce que je trouve très désagréable à l'hôpital.

LES CHIFFRES CLÉS DE 2018 DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST, PUBLIÉ PAR L'AP-HP

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST 2018

REPÈRES ET CHIFFRES CLÉS

Une activité de proximité et d'excellence

429 382

PRISES EN CHARGE*

237 447 CONSULTATIONS
EXTERNES

57 015 PASSAGES AUX
URGENCES

20 640

ACTES DE CHIRURGIE
dont **6 083** en chirurgie
ambulatoire
3 blocs opératoires

33 GREFFES

1 PROTOCOLE DE
COOPÉRATION actif

103 709 SÉJOURS EN
MCO⁽¹⁾ dont **36 098** en
hospitalisation complète
et **67 611** en hospitalisation
partielle

138 236
JOURNÉES EN SSR⁽²⁾

86 808
JOURNÉES EN SLD⁽³⁾

32 325
JOURNÉES EN
PSYCHIATRIE

1 139 personnes accueillies
dans la PASS⁽⁴⁾

10 programmes d'ETP⁽⁵⁾

4 195 professionnels au service des patients

762 MÉDECINS SENIORS soit **478** ETP⁽⁶⁾

246 INTERNES

3 360 PERSONNELS SOIGNANTS⁽⁶⁾ (hospitaliers, médico-
techniques et socio-éducatifs)⁽⁶⁾ dont **1 289** infirmiers-e-s

713 PERSONNELS ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES
ET OUVRIERS⁽⁶⁾

Un hôpital accueillant

13 REPRÉSENTANTS des usagers et des familles

41 ASSOCIATIONS

180 BÉNÉVOLES investis auprès des patients

15 SERVICES LABELLISÉS « HOSPITALITÉ »

9 JEUNES VOLONTAIRES en Service Civique

Un hôpital d'envergure

7 PÔLES

40 SERVICES

1 452 LITS toutes disciplines
confondues

211 PLACES D'HÔPITAL DE JOUR
dont **9** en chirurgie ambulatoire

1 DHU

15 CENTRES DE RÉFÉRENCE
MALADIES RARES

Un hôpital universitaire

UN ACTEUR MAJEUR DE LA RECHERCHE

170 ESSAIS
à promotion
académique ou
institutionnelle

195 ESSAIS à
promotion AP-HP

156 ESSAIS
industriels

UN CENTRE D'ENSEIGNEMENT

268 ÉTUDIANTS
EN MÉDECINE
rattachés à la
faculté PARIS
DESCARTES

1 030
PUBLICATIONS
scientifiques

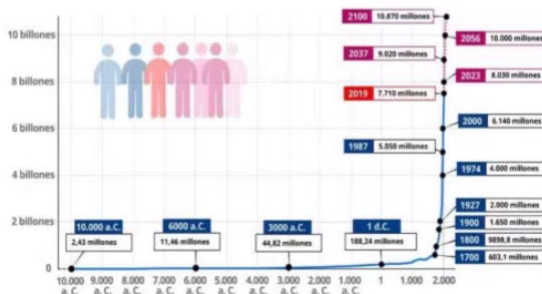
331 ÉTUDIANTS
formés

**Un budget de 440 M€
dont 12,6 M€
d'investissement**

LES VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, DONNÉES PUBLIÉES PAR L'AGENCE PINEARQ

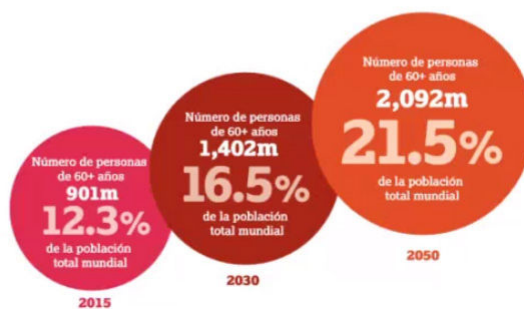
Évolution de la population mondiale au cours des 12 000 dernières années

Source: ONU d'après ses statistiques et europapress



Nombre et proportion d'adultes de plus de 60 ans dans le monde 2015, 2030, 2050

Source: UNDESA Division de la population, *World Population Prospects*



LE PAPY BOOM ET NOUVEAUX BESOINS DE SANTÉ, DONNÉES PUBLIÉES PAR LES ÉCHOS

LE PAPY BOOM, UN PHÉNOMÈNE INEXORABLE QUI VA ACCROÎTRE LES DÉPENSES DE SANTÉ

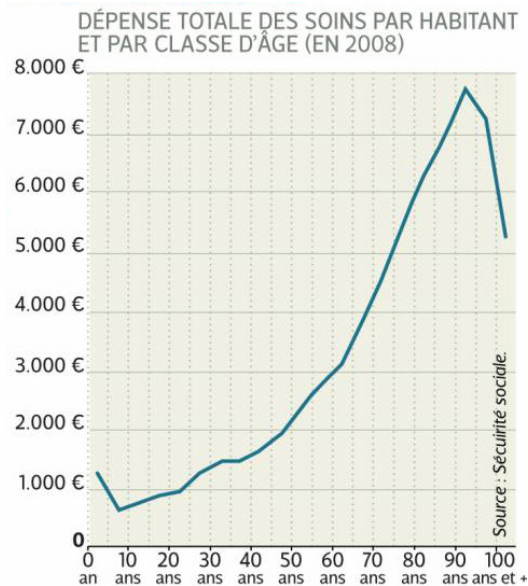
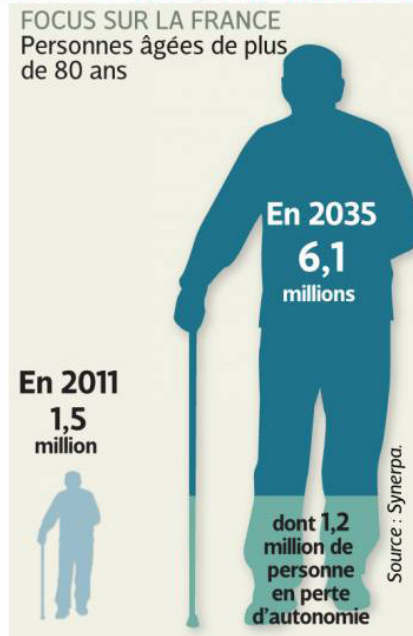
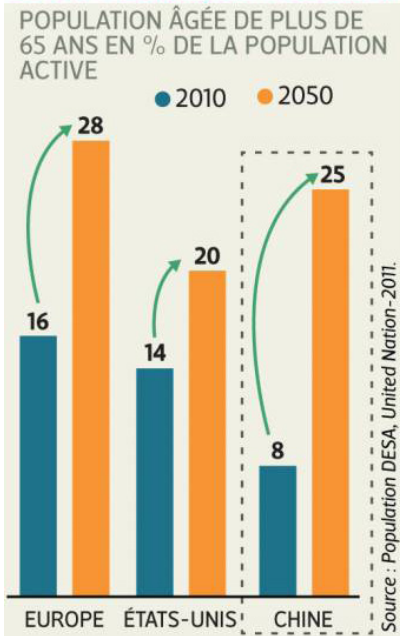


TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION	11
Avant propos	13
Fragments d’histoire sur la (re)naissance de l’hôpital en ville	15
Méthodologie et terrain, mener une enquête en milieu hospitalier	23
PREMIÈRE PARTIE :	
LE TROUBLE AUTOUR DE LA QUESTION DU SEUIL	29
Préambule	31
La présence d’une institution hospitalière dans le tissu urbain, des sutures revisitées entre la ville et l’hôpital	32
Des sutures revisitées avec la ville à travers l’exemple de la conception en deux temps de l’hôpital Saint Louis	32
Des situations quotidiennes à l’hôpital Saint Louis révélatrices du brouillage du seuil	38
Le seuil plutôt que la limite ? Définition des termes	41
Un continuum spatial en contradiction avec le tissu urbain existant à l’hôpital Saint-Louis : vers la rue hospitalière ?	43
La rue intérieure, un dispositif constitutif de la perméabilité de l’hôpital avec la ville	45
L’histoire de l’architecture hospitalière comme modèle de la perméabilité de l’hôpital avec la ville	45

Pierre Riboulet, pionner du dispositif de la rue hospitalière à l'hôpital Robert Debré	49
Le continuum spatial offert par la rue hospitalière à l'hôpital européen Georges-Pompidou	55
Vers une flexibilité et une connectivité des hôpitaux : évolution des porosités	64
Les évolutions sociétales et médicales, fondatrices de nouvelles porosités	64
Entre flexibilité et connectivité, le continuum spatial et social entre la ville et l'hôpital de demain	67
Le projet d'un hôpital satellitaire pour le nouveau CHU de Nantes : fondre l'hôpital dans la ville ?	70
DEUXIÈME PARTIE :	
LE PARCOURS ARCHITECTURAL ET L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS DANS L'ESPACE DE L'HÔPITAL, LE CAS DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS ET CELUI DE L'HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES- POMPIDOU	77
Préambule	79
Seuil mouvant, corps en mouvement, le parcours du patient à travers le seuil	80
Du vertical à l'horizontal, l'expérience du corps en mouvement dans l'espace de l'hôpital	80
La perméabilité entre le soin et la ville, le gradient de l'expérience rassurante du patient. Le cas de la rue hospitalière à l'hôpital européen Georges-Pompidou	84

Hypogée et apogée dans l'expérience spatiale du patient, le cas de la radiologie en sous-sol à l'hôpital Saint-Louis	89
Le seuil, support de l'ambivalence dans le rapport à l'intimité du patient	93
La construction du rapport à l'intimité dans l'hôpital	93
L'ambivalence révélée par le seuil, entre enveloppe sécurisante et ouverture sur la ville	98
TROISIÈME PARTIE :	
TRANSFORMATION DU REGARD PORTÉ SUR LE PATIENT : LE RÔLE DU SEUIL ET DE SON BROUILLAGE	105
Préambule	107
Voir sans être vu	109
Le regard porté sur le patient	109
Préserver l'intimité du patient par la construction de l'opacité, rompre ou interrompre la portée des regards	113
Regards contemporains sur le patient	118
Transformation des conditions d'isolement du patient au sein de l'hôpital	118
Question de sens : l'évolution de la notion de stigmata attachée au patient	121
Une nouvelle place pour le patient et l'hôpital grâce au brouillage des limites du seuil	123
CONCLUSION	129

BIBLIOGRAPHIE	137
ANNEXES	147
Entretiens	149
Mener les entretiens à l'hôpital	149
Présentation de la grille d'entretiens	149
Entretien avec Camille, neuropsychologue à l'hôpital européen Georges-Pompidou	154
Entretien avec Sarah, ancienne patiente à l'hôpital Saint-Louis	165
Les chiffres clés de 2018, données publiées par l'AP-HP	176
Le vieillissement de la population, données publiées par l'agence PINEARQ	177
Le papy boom et nouveaux besoins de santé, données publiées par les échos	178
TABLE DES MATIÈRES	181

