

Juliana Millet

L'Hôpital Paysage

*le cas
de l'hôpital
Anna Meyer*

Mémoire de Fin d'étude
2025 - 2026

Encadré par M. Florent Paoli
DE 9 Architecture - Le temps du soin et des transformations
École Nationale Supérieure d'Architecture Paris-Val de Seine

sommaire

remerciements		05
avant-propos		07
introduction		11
⁰¹ le paysage * soin	⁰¹ Le paysage de Toscane, <i>l'idéal de la renaissance</i>	45
	⁰² Le paysage comme ressource de soin, <i>l'exemple du sanatorium</i>	53
	⁰³ D'un lieu de soin à un lieu oublié, <i>l'évolution d'un site</i>	59
⁰² paysage * espaces intermédiaires	⁰⁰ Préambule	69
	⁰¹ Les espaces du regard, <i>cadrer pour voir le paysage</i>	91
	⁰² Les espaces du seuil, <i>frontière entre dedans et dehors</i>	109
	⁰³ Les espaces extérieurs, <i>prolonger l'architecture par le paysage</i>	125
⁰³ architecture et paysage au service d'un soin éducatif	⁰¹ Le pavillon éducatif Maria Manetti Shrem de l'hôpital Anna Meyer	143
	⁰² Le jardin thérapeutique, <i>rupture ou continuité hospitalière ?</i>	155
conclusion		161
bibliographie		170
annexes		189

remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Florent Paoli qui m'a accompagné tout au long de cet exercice. Sa disponibilité et la pertinence de nos échanges m'ont été très utiles pour structurer ma pensée et me pousser plus loin dans ma réflexion.

Je remercie aussi les autres professeurs du séminaire *Le Temps du Soin et des Transformations*, grâce à qui la structure et l'élaboration de ce mémoire a pris forme.

Je remercie les personnes avec qui j'ai pu échanger au cours de mes recherches à Florence de l'Hôpital pédiatrique Anna Meyer de Florence. Je remercie donc particulièrement Giulio Felli, architecte de l'agence CSPE, pour avoir pris un long moment pour échanger avec moi et pour m'avoir fourni beaucoup de ressources et d'histoire sur ce lieu qu'est l'hôpital Anna Meyer.

Je remercie le personnel de l'hôpital qui a su me guider, me répondre et me laisser visiter, arpenter et observer ces lieux à de multiples reprises pour construire ce travail. Merci pour cette confiance accordée.

Un grand merci à Antoine, mon binôme de tous les jours, pour tout le temps passé à m'écouter douter et changer d'avis. Merci pour ta patience, ton implication, et merci pour ces longues conversations qui me permettent toujours d'y voir plus clair.

Merci à mes copines Fanny et Loreley pour leur soutien et leur joie de vivre. Merci de m'avoir aidée à extérioriser, à relativiser et surtout à arrêter de douter au quotidien.

Merci aussi à ma copine Sarah, acolyte de balade à Florence, avec qui j'ai arpenté la ville et le site de l'Hôpital Anna Meyer. Sa présence a rendu ce travail de terrain beaucoup plus agréable et m'a permis de porter un regard différent sur mon étude.

avant-propos

Ce mémoire prend racine dans la marche, un outil d'exploration dont la richesse s'est révélée au fil de mon échange Erasmus à Florence. C'est à travers l'arpentage de la ville et de ses territoires inconnus que les perspectives de cette recherche ont commencé à s'ouvrir. Je marchais pour m'éloigner de l'étouffement des rues étroites du centre, pour la sensation de hauteur et le plaisir de voir enfin l'horizon se dégager. Je marchais pour fuir le monde et les foules. Je voulais me donner l'impression de découvrir des parties de la carte qui m'étaient jusque là étrangères. *Puis, il y a eu ce quartier de Careggi, proche du village de Fiesole.*

Au nord-ouest de Florence, un quartier frontière, entre ville et campagne, naissant sur une colline où la nature et les vallons de Toscane commencent à reprendre leur place et où la ville s'éloigne peu à peu. Je tombe alors sur ce grand campus hospitalier qui me semble être une ville dans la ville tellement il est grand. C'est un labyrinthe traversé par des routes et des ambulances. Des infrastructures contemporaines côtoient des bâtiments plus anciens du XIX^{ème} siècle; un mélange hétérogène d'une ville qui se construit encore. Ça grouille de monde. On ne sait pas si ce sont des étudiants, des soignants ou des patients. Cela me surprend parce qu'ici, il n'y a plus de touristes. Je me sens connectée au quotidien de centaine de visages que je ne connais pas.

J'avance encore, je passe devant des vieux bâtiments abandonnés et je me questionne sur leur devenir et sur ce qu'ils ont été pour ce lieu. Il y a quelque chose de bizarre, qui m'attire un peu, à voir leur crépi jauni qui s'effrite et leurs volets de bois cassés. Je ressens comme une curiosité et une mélancolie qui me donne envie de remonter le temps, un siècle auparavant, pour voir comment étaient ces lieux. Je marche, j'arpente progressivement cette topographie douce qui me guide vers la colline de Careggi. Et j'aperçois enfin l'hôpital Meyer, que je découvre pour la première fois. C'est particulier parce que jusque-là, tout était très dense. L'hôpital semble avoir toujours appartenu à ce parc dans lequel il s'ancre. La végétation l'entoure et forme comme une barrière face à cette ville qui va trop vite. La première chose que je vois, c'est cette petite maison à deux étages, centrée par rapport au parc qui s'étend, parfaitement symétrique comme une villa palladienne.

« Les premières lueurs apparaissent sur les façades dorées, rouges et ocres, elles se faufilent entre les rues et ruelles, rebondissent sur les pierres et les crépis usés, illuminant les vieilles vitrines abîmées. Aux abords des cafés, ouverts dès l'aube et déjà prêts à recevoir ses habitués, le soleil rayonne enfin sur les terrasses qui bordent les routes déjà très fréquentées.

La Pietra Serena et les jardins verdoyants se touchent, se chevauchent et s'enlacent tour à tour ; leurs ombres sinueuses s'entremêlent avec les bruits ambiants de tous les visages qui défilent dans la ville. La pointe des cyprès dessine l'horizon, s'interrompt puis reprend, pour l'entourer à nouveau.

La verdure, l'ondulation des collines infinies, rythment le lointain, tandis que les pins parasols, rayonnants et bleuis par le ciel qui les traverse, offrent leur ombre aux visiteurs fatigués.

Abrité du vent, au creux de cette déclivité où la lumière de fin du jour prend en été une teinte orange rosé, l'hôpital est avant tout un grand parc où pousse une herbe fraîche, drue, d'un vert vif, parfois si haute qu'une main ne peut s'empêcher d'y passer en caresse. La rumeur lointaine de la mer, des oiseaux nichant aux creux des pins, du vent qui se glisse dans la galerie vitrée, rassure, enveloppe et soigne les jeunes patients à qui l'on a demandé de rester. »

introduction

La question du bien-être en pédiatrie s'impose aujourd'hui comme une problématique centrale des politiques de santé publique. Cette préoccupation s'appuie sur le concept de *care*, un terme qui n'a pas vraiment d'équivalent français, et qui traduit une attention profonde portée au bien-être d'un sujet, partageant la même racine étymologique que le mot *cure* (soigner, guérir), tout en s'en distinguant par sa dimension de sollicitude universelle.

Théorisé aux États-Unis dès 1982 par Carol Gilligan dans *In a Different Voice*, le *care* a d'abord émergé pour inclure les femmes dans les recherches sur la morale. La philosophe et psychologue américaine y démontrait que le *souci de l'autre* n'était pas une disposition biologique, mais une construction culturelle issue d'une éducation à la responsabilité.

Ce lien entre ces enjeux sociaux et la pratique spatiale a été particulièrement explicité lors d'une conférence à laquelle j'ai assisté, *De l'Équerre au Care*. Il y a été souligné que¹ :

« Le terme *care* est apparu dans les études féministes et de genre pour désigner le souci d'autrui, tant sur le plan matériel qu'émotionnel, ainsi que le travail domestique qui en découle. Assignées historiquement aux femmes et aux personnes racisées, ces activités et attitudes ont longtemps été dévalorisées, perçues comme relevant de la sphère privée et de responsabilité individuelles exercées surtout dans le cadre domestique. »

¹ par @lafemmebleue, *De l'Équerre au Care*, conférence par le Club Asap, à l'Atelier Bony Mosconi, octobre 2025

² Bonnet Françoise, *L'American Memorial Hospital de Reims, Le souvenir des soldats américains morts pour la France en 1914-1918 et la création d'un hôpital pour enfants, Histoire des sciences médicales*, janvier 2024

³ Bonneau Lila, Markovics Alexis, Paoli Florent et Severo Donato, *Expertise architecturale, patrimoniale, urbaine et environnementale de l'American Memorial Hospital Reims*, 233 pages, Reims, 2023.

L'exemple de l'American Hospital^{2,3} illustre précisément le moment où le soin commence à s'extraire de la sphère privée et domestique pour investir de plein front le domaine public, forçant ainsi la société de l'époque à requestionner radicalement la place des femmes.

En déplaçant leur expertise du foyer vers les structures de l'État, ces professionnelles brisent l'idée que leur utilité devrait se limiter à l'espace invisible de la maison. Ce récit est une action politique et sociale.

Arrivée en France en 1918, l'équipe de Marie Louise Lefort soigne d'abord les soldats gazés à Cempuis, puis s'installe à Nancy en 1919 pour s'occuper des prisonniers de guerre, mais aussi des femmes et des enfants réfugiés. En parallèle, l'organisme American Fund for French Wounded (AFFW) décide de créer un hôpital permanent à Reims en commémoration des soldats américains. En attendant la construction de l'édifice final (l'American Memorial Hospital), Marie Louise Lefort et son équipe de femmes médecins et d'infirmières ouvrent un hôpital provisoire à Reims dans les ruines de l'hospice Saint-Marcoul. Elles y soigneront plus de 1 600 enfants entre 1919 et 1921.

L'histoire de cet hôpital montre bien à quel point les femmes ont commencé à s'imposer à travers le soin. Comme dit précédemment, on a considéré que s'occuper des autres était un acte naturellement féminin, mais cette histoire témoigne d'un engagement, d'un choix. En créant cet établissement, elles ont transformé ce rôle qu'on leur a attribué en une force d'action concrète pour prouver leur valeur et se faire une place dans la société.

Prodiguer des soins sur le front n'est pas seulement un acte humanitaire, c'est un acte politique. Puisqu'on leur a refusé le droit de vote et l'accès à l'armée, elles utiliseront leur expertise médicale pour prouver leur citoyenneté et leur utilité publique.



◀ Fig 1.
Marie Louise Lefort
(à droite)
et Miss Bangs
(à gauche)
surveillent la
construction du
nouvel hôpital

Ainsi, le soin devient l'outil d'une revendication d'égalité. Initialement formées pour une mission militaire masculine (soigner les soldats gazés), ces femmes médecins se dirigeront progressivement vers ce qu'on appelle aujourd'hui le «soin global». Elles se chargeront de la prise en charge des plus vulnérables, à Nancy puis à Reims, et d'un point de vue plus global, elles vont effectuer des travaux, notamment installer le chauffage, et ainsi apporter une forme de dignité et de sécurité.

Elles vont mettre en place une chaîne de solidarité exclusivement féminine pour structurer l'organisation du soin, avec à la fois des praticiennes : Marie Louise Lefort et ses collègues (médecins, dentistes, infirmières), des dirigeantes, et des alliées locales comme Jeanne Krug à Reims, qui fait le pont entre les Américaines et les structures municipales françaises.

Le soin est ici une œuvre collective de femmes pour les populations civiles, contournant les structures bureaucratiques masculines qui les ont rejetées.

L'idée de transformer un hôpital en mémorial est une interprétation singulière du souvenir, car plutôt que de construire un monument de pierre inerte (une statue, une stèle), ces femmes et leurs soutiens choisissent d'établir un monument vivant, un lieu pour guérir. Cette vision du soin répare les dégâts du passé en investissant dans l'avenir, par la guérison. Le soin a été pour ces femmes une stratégie de résistance. Il s'agissait aussi d'imposer leur présence dans l'espace public et, dans le même temps, de poser des bases solides pour construire une médecine sociale et pédiatrique moderne.

Cette dévalorisation historique explique pourquoi le care est avant tout aujourd'hui un enjeu de reconnaissance majeur. Aujourd'hui plus que jamais, l'organisation du «care» est le véritable moteur qui fait tenir le monde debout face aux crises.

Associer systématiquement les femmes au soin est une construction sociale héritée de traditions sexistes, et non une réalité naturelle. En les empêchant d'accéder à des carrières prestigieuses, comme ça a été le cas dans le récit de l'American Hospital, on les a enfermées, contenues dans des positions de dévouement. Pourtant, en s'emparant de ce domaine avec une expertise scientifique, Marie Louise Lefort et son équipe ont transformé cette pression en instrument de pouvoir.

Ce passage du soin de l'espace domestique à la scène politique sera théorisé plus tard par la politologue américaine Joan Tronto⁴, qui proposera alors un changement de paradigme radical :

« J'affirme qu'il nous faut cesser de parler de la "moralité des femmes" et commencer à parler d'une éthique du care qui inclut les valeurs traditionnellement associés aux femmes »

Comme l'analyse la philosophe Sandra Laugier dans son article L'éthique du care en trois subversions, relier systématiquement le soin aux femmes risquerait de figer cette éthique dans une «nature» féminine, alors qu'il s'agit d'une réponse à la vulnérabilité comme fondement de la condition humaine. La perspective retenue, d'ailleurs portée par la sociologue Delphine Moreau⁵, est celle qui affirme que nous sommes tous interdépendants. Le care est donc une charge, un travail concret et émotionnel dont la répartition au sein de la société interroge directement notre conception de la dignité. Elle souligne d'ailleurs que :

« La promotion des individus « ultra-autonomes » se fait dans le déni du care qui leur est dispensé de manière discrète et invisibilisée (par la délégation parfois implicite du traitement des repas, du linge, du ménage, de l'organisation des rendez-vous, de la résolution de problèmes matériels, etc.). »

⁴Tronto Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, p.28, 1993

⁵Moreau Delphine, *De qui se soucie-t-on ? Le care comme perspective politique*, 2009

⁶Tronto Joan,
Un monde vulnérable,
Pour une politique du
care,
1993

Pour structurer cette notion et mieux distinguer les nuances qui la compose, Joan Tronto⁶ identifie quatre phases indissociables de l'activité de soin (Un monde vulnérable, 1993) :

1. « Se soucier de » (caring about) :
la reconnaissance du besoin.
2. « Prendre en charge » (taking care of) :
l'assomption d'une responsabilité.
3. « Prendre soin » (care giving) :
le travail concret de soin.
4. « Recevoir le soin » (care receiving) :
la réaction du bénéficiaire.

L'enfant incarne parfaitement ces dimensions, il a besoin qu'on se soucie de lui pour grandir, que l'adulte assume ses besoins spécifiques car il n'est pas autonome par statut, qu'il lui donne des soins directs par le contact, et il réagit enfin à la sollicitude reçue. Dès lors, plusieurs interrogations s'imposent :

Comment concilier la technicité médicale et l'humanité du soin ? Si l'expérimentation clinique exige parfois une mise à distance de la subjectivité du malade pour se concentrer sur la maladie, ne risque-t-on pas de rompre ce lien qui semble essentiel à la guérison ? Comment soigner techniquement l'enfant sans renoncer à « prendre soin » de lui dans sa globalité ?

Cette nécessité de réconcilier soin technique et bien-être redéfinit le rôle de l'institution hospitalière. Florence Nightingale est souvent considérée comme la « première infirmière » au sens moderne, car elle a bouleversé les codes de l'hôpital de manière progressiste. À travers ses théories et ses célèbres diagrammes statistiques, elle a démontré dès 1859 dans *Notes on Nursing* que l'organisation spatiale : air, lumière, calme, était une condition *sine qua non* du rétablissement.

Pour elle, le rôle du soignant est de « *mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature* ».

Cette remise en contexte historique devient aujourd'hui une exigence architecturale théorisée et largement exploitée par les neurosciences et les théories du design biophilique, comme c'est le cas dans le Séminaire #8 de la chaire Archidessa, publié en avril 2025.

Cette approche biophilique replace ainsi le paysage au centre du dispositif médical. En effet, si l'éthique du care définit une intention, un prisme par lequel penser l'architecture du soin, sa mise en œuvre dans le milieu hospitalier nécessite de mobiliser des disciplines transversales : architecture, urbanisme et paysage.

Dans cette optique, l'architecture n'est pas un décor, mais un agent thérapeutique actif. Si le soin passe par l'attention portée au corps, il nécessite inévitablement une qualité du cadre de vie où la présence du paysage au cœur de l'espace hospitalier devient l'outil de cette sollicitude spatiale.

Au cœur de la réflexion et de l'écriture de ce mémoire, c'est précisément cette articulation entre le paysage et l'architecture qui apparaît comme le levier principal de cette humanisation.

⁷Clément Gilles,
Jardins, paysage et
génie naturel,
sens&tonka,
collection gilles
clément, p. 8-9

« Paysage, selon moi, désigne ce qui se trouve sous l'étendue de notre regard. Pour les non-voyants, il s'agit de ce qui se trouve sous l'étendue de tous les autres sens. À la question : « qu'est-ce que le paysage ? », nous pouvons répondre : ce que nous gardons en mémoire après avoir cessé de regarder ; ce que nous gardons en mémoire après avoir cessé d'exercer nos sens au sein d'un espace investi par le corps. [...] S'agissant d'un ressenti (et de sa transcription, par exemple dans un tableau : les premiers paysagistes sont des peintres et non des aménageurs), le paysage apparaît comme essentiellement subjectif. [...] Ces constats font du paysage un objet irréductible à une définition universelle. En théorie, il y a donc autant de paysages, à propos d'un site, qu'il y a d'individus pour l'interpréter. »⁷

Cette définition nous permet de comprendre que le paysage hospitalier est avant tout une expérience sensorielle et subjective. Il s'agit de ce qui reste au patient pédiatrique une fois la consultation terminée : une lumière, une odeur de jardin, des couleurs, ou la vue d'un horizon. En faisant du paysage un objet « irréductible à une définition universelle », Gilles Clément nous invite à concevoir des espaces qui respectent la subjectivité de l'enfant malade, offrant autant de perceptions différentes qu'il y a d'individus pour les interpréter.

Pour analyser concrètement ce rapport au paysage, ce mémoire se concentre sur une étude d'une typologie architecturale qui semble souvent être négligée, ou du moins peu mise en avant : les espaces intermédiaires.

⁸Dictionnaire Larousse,
Intermédiaire, dans Le
Larousse

Par définition⁸, le mot *intermédiaire* incarne ce qui est entre deux choses et forme une transition de l'une à l'autre, occupant ainsi une position moyenne.

Quelque chose d'intermédiaire assure donc le lien entre deux. Un espace intermédiaire est, par extension, un espace de relation. On peut l'observer, par exemple, dans le rapport entre :

- L'intérieur et l'extérieur ;
- Le privé et le public.

De cette manière, l'espace intermédiaire s'apparente à l'idée d'un seuil. Comme lui, il nous guide vers autre chose en étant un espace de transition qui incarne la fin d'un lieu mais aussi la progression vers un après.

⁹Dictionnaire
Larousse, *Limite*, dans
Le Larousse

La notion⁹ de *limite*, pourtant intéressante, ne conviendrait pas vraiment dans ce cas : trop brutale, elle semble exclure l'existence d'un entre-deux. Par définition, la limite est une ligne qui circonscrit un espace, marque le début ou la fin d'une étendue.

Or, l'emploi du mot ligne exclut la présence d'une épaisseur, ce qui est précisément la caractéristique propre aux espaces intermédiaires. L'espace intermédiaire incarne l'idée de limite, puisqu'il finit quelque chose, mais il est surtout ce qui lie à l'autre, grâce à cette épaisseur qui permet une transition non brutale.

Cette vision de l'espace intermédiaire comme une épaisseur habitée se confronte pourtant à la réalité de l'architecture hospitalière. Dans la conception des hôpitaux, les espaces intermédiaires existent partout, mais sont rarement pensés pour leur valeur de transition, souvent réduits à leur fonction. Le couloir est juste un axe de circulation pour déplacer des flux, et la salle d'attente est une zone technique de stockage humain.

Plus généralement, il semblerait qu'il n'y ait pas toujours une réelle considération de ce que ces lieux représentent pour ceux qui les traversent. Au lieu d'être dessinés comme des seuils qui accompagnent le patient, ils sont souvent traités comme des vides entre deux espaces, souvent pour privilégier l'efficacité du trajet plutôt que la qualité de l'expérience vécue.

L'analyse propose de dépasser cette vision strictement fonctionnelle. Envisager l'espace intermédiaire par le prisme du care, c'est transformer le couloir en une promenade et la salle d'attente en un seuil, accueillant, protecteur, porteur de soin. Il s'agit donc de comprendre comment ces lieux de transition sont conçus pour faciliter, ou non, la guérison.

Pour enrichir notre analyse de l'hôpital Anna Meyer, nous solliciterons une référence théorique fondamentale : celle de l'architecte Pierre Riboulet pour l'hôpital Robert-Debré (1980-1988). Cette étude s'appuiera sur le journal de bord qu'il a écrit au cours de la conception de cet hôpital : *Naissance d'un hôpital : journal de bord*, et dans lequel il se livre à une réflexion intime et détaillée sur la genèse de son projet.

L'apport de Riboulet est ici essentiel car il a théorisé et mis en œuvre le concept de *rue hospitalière*. En brisant les modèles hospitaliers fermés pour créer un axe de vie au cœur de l'édifice, il va ouvrir la voie vers une architecture plus poreuse, capable de transformer l'hôpital en une sorte de ville dans la ville, et il va travailler la conception de celui-ci ainsi.

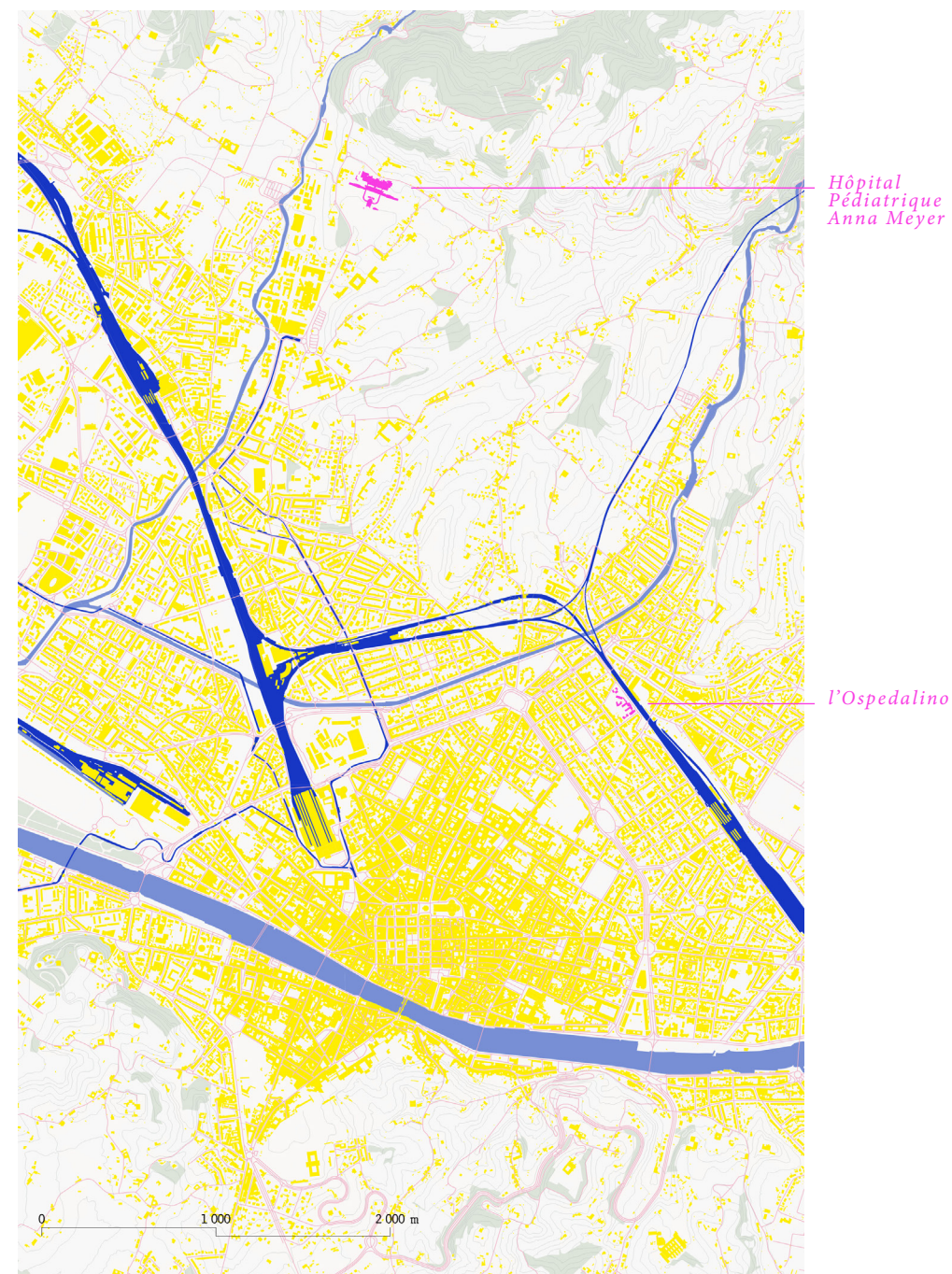
Afin de confronter ces concepts à la réalité d'un territoire, nous avons choisi de placer au centre de notre analyse l'hôpital pédiatrique Anna Meyer. L'histoire de ce lieu est une longue métamorphose qui débute à la fin du XIXe siècle.

Le jeudi 19 février 1891, l'hôpital pédiatrique Anna Meyer ouvrait ses portes pour la première fois. Giovanni Meyer en avait fait la promesse à sa femme, Anna Fitzgerald : il construirait un hôpital dédié uniquement aux enfants. Avant son décès, survenu à un âge très jeune, Anna avait exprimé le désir profond de créer un lieu entièrement consacré à leur soin. L'édifice naissait alors dans la Via Luca Giordano, à Florence, à 5 minutes à pied de l'ancienne enceinte fortifiée de la ville.

L'hôpital, très vite surnommé l'Ospedalino, s'étendit progressivement, d'abord à l'échelle de la ville, puis comme un modèle inspirant à l'échelle nationale. C'était le premier hôpital en Italie à ouvrir ses portes aux parents, afin qu'ils puissent accompagner leurs enfants dans ce voyage difficile et les aider à se sentir moins seuls dans cette épreuve. Mais cette expansion ne pouvait pas être infinie. Situé dans le cœur de la ville, à proximité du centre historique de Florence, l'hôpital se heurtait à la fois à son propre vieillissement mais aussi aux limites spatiales et urbaines imposées par le tissu dense qui l'entourait.

La question se posait alors : fallait-il partir ailleurs ou rester à l'étroit, au risque de ne pas pouvoir offrir les soins nécessaires aux jeunes patients ? Il fallait un espace plus grand, un lieu où l'on pouvait s'étendre sans être les uns sur les autres, sans s'agglutiner. Un lieu où l'hôpital pourrait assurer son rayonnement, son prestige, et conserver sa place de principal hôpital pour enfant d'Italie centrale.

►
Fig 2.
Plan de situation de
l'Ospedalino et
de l'Hôpital Anna Meyer,
production personnelle



La Villa Ognissanti, construite en 1912 et située au nord de Florence, à la limite entre la plaine et le relief, posée sur la déclinaison naissante de la colline de Careggi, se prêtait particulièrement bien à ce type de programme. Depuis sa construction, et jusque dans les années 1930, elle était destinée à accueillir et soigner les personnes souffrant de la tuberculose. Elle faisait partie des premiers sanatoriums de Florence, un type d'édifice très en vogue à l'époque où la thérapie par la lumière était à son apogée. Plus de cent ans après la construction de l'hôpital Anna Meyer Via Luca Giordano, l'idée de bâtir un nouvel établissement dans le quartier de Careggi se concrétisait.

Cette mutation géographique et architecturale soulève une question fondamentale : l'hôpital peut-il devenir un paysage ? À travers l'observation de ce site où l'architecture s'efface au profit de la colline, nous poserons l'hypothèse d'un « hôpital-paysage » que nous allons maintenant tenter de définir.

L'emploi de ce terme se justifie par l'implantation même du projet au pied de la colline de Careggi. L'édifice n'a pas pour volonté de dominer le site ; au contraire, il se fond dans son environnement. Les extensions contemporaines situées à l'arrière de l'hôpital se glissent sous de vastes toitures végétalisées, guidées par les strates du terrain naturel, ce qui rend la structure presque invisible depuis les hauteurs. Ces nouveaux volumes ne dépassent jamais la hauteur du bâtiment d'origine. Ce qui prime, c'est la végétation qui se déploie partout autour de l'édifice, transformant l'austérité hospitalière en un parcours organique ouvert sur la nature environnante. Il s'agira alors de comprendre si cette appellation est justifiée à travers l'analyse de ces espaces intermédiaires, mais aussi comment elle transforme l'expérience hospitalière. Dès lors, une problématique centrale guidera notre réflexion :

*L'hôpital-paysage :
dans quelles mesures le dialogue entre espaces
intermédiaires et paysage sert-il le care au sein de
l'Hôpital pédiatrique Anna Meyer ?*

*« Bref, les espaces se sont
multipliés, morcelés diversifiés. Il y
en a aujourd'hui de toutes tailles
et de toutes sortes, pour tous les
usages et pour toutes les fonctions.
Vivre, c'est passer d'un espace à un
autre, en essayant le plus possible
de ne pas se cogner. »*

*Espèces d'espaces, Georges Perec,
page 15-16*

méthodologie

enquête documentaire

L'étude documentaire a nécessité un travail de recherche approfondi au sein des archives de Florence, dont l'accès est conditionné par des contraintes linguistiques et administratives. Cependant l'analyse historique de l'édifice a constitué un préalable indispensable à la compréhension du site.

Les recherches se sont poursuivies à la Bibliothèque Universitaire d'Architecture de Florence. Les ressources disponibles y étaient limitées à quelques mentions dans des revues spécialisées, sans apporter de données significatives pour l'étude.

La consultation des fonds de la Bibliothèque Nationale a ensuite été nécessaire. Malgré des procédures d'accès contraignantes (création d'un profil et adhésion obligatoire), cette étape a permis d'identifier des ouvrages pertinents. Ces références m'ont ultérieurement été fournies par Giulio Felli lors de notre entretien en mai 2025.

Baratta, Adolfo F.L, (2024), *Space to care, The Meyer Approach*, Giunti

Diana, Esther, (2020), *Meyer, Le radici e l'orizzonte*, Storia dell'ospedale pediatrico Anna Meyer di Firenze 1884-1950

L'état de l'art a révélé un manque de documentation scientifique concernant le bâti historique de la Villa Ognissanti, les études existantes se concentrant essentiellement sur les extensions contemporaines.

En parallèle, les échanges avec Florent Paoli, directeur de ce mémoire, ont permis d'étoffer la bibliographie de référence.

L'étude de l'ouvrage Naissance d'un hôpital de Pierre Riboulet a apporté un contrepoint historique et méthodologique à la recherche. Dans son journal de travail, l'architecte détaille les contraintes liées à la conception d'un programme pédiatrique. Ce témoignage éclaire le processus créatif, en particulier la conception des espaces intermédiaires qui structurent la relation entre le bâtiment, le paysage et son environnement.

Riboulet, Pierre. (1994). *Naissance d'un hôpital : journal de travail*

entretiens

La phase des entretiens a constitué un axe majeur de la recherche, permettant de recueillir des témoignages directs et des perspectives complémentaires pour étayer le raisonnement.

Le 6 mai 2025, un entretien avec Giulio Felli, architecte au sein de l'agence CSPE et responsable de la conception de l'hôpital en 2007, a permis de définir les intentions architecturales initiales du projet. Ces échanges, complétés par des discussions avec le personnel soignant, ont intégré une dimension humaine et fonctionnelle à l'analyse du site.

À cette occasion, Giulio Felli a transmis des ressources documentaires essentielles à l'état de l'art :

Della Fonte, Marco, *Children are not patient (S)*, Rollo Bank in association with Meyer Children's Hospital Foundation, CSPE, ANSHEN + ALLEN

Ce support visuel, conçu comme un journal de bord, expose les principes conceptuels des architectes ayant participé au projet.

Ces données ont permis de rectifier une erreur d'interprétation historique concernant l'implantation de l'établissement : l'hôpital Meyer n'était pas situé à Careggi à l'origine. L'analyse a ainsi pu intégrer la trajectoire géographique réelle de l'institution, qui a occupé un autre site durant près de soixante ans avant de s'installer dans l'actuelle Villa Ognissanti.



▲ Fig 3.
photographie personnelle,
l'agence d'architecture
CSPE, vue sur le jardin,
mai 2025



Fig 4. ▲
Photographie de l'agence
d'architecture CSPE,
vue de l'open space,
photographie personnelle



▲ Fig 5.
Photographie de l'agence
d'architecture CSPE,
vue de l'open space,
photographie personnelle

visites et observations in-situ

Les visites de terrain ont débuté par une première reconnaissance du site de l'hôpital Meyer. Bien que l'intention initiale prévoyait un relevé photographique systématique, la vulnérabilité du public pédiatrique a imposé une certaine réserve éthique. Afin de respecter l'intimité des usagers et d'éviter une posture intrusive, la méthodologie a évolué vers une observation silencieuse et descriptive consignée dans un carnet de notes. Plusieurs visites ultérieures ont permis d'approfondir la connaissance spatiale du site par une approche contemplative, privilégiant le ressenti des lieux à la captation d'images.

En janvier 2026, l'étude s'est poursuivie à l'hôpital Robert Debré (Paris) selon une démarche comparative. Cette seconde visite a été plus ciblée, bénéficiant des acquis de l'expérience florentine. La levée de la barrière linguistique et la configuration spatiale du site, plus vaste et moins dense, ont facilité le contact et permis la réalisation d'un corpus photographique complet. Cette étape a marqué une évolution dans la méthode de collecte, rendant possible une documentation visuelle plus assurée et une meilleure compréhension des points d'intérêt préalablement identifiés.

outils

L'analyse croisée des documents constitue le socle de la démarche. Elle permet de mettre en perspective les intentions de conception de Pierre Riboulet, consignées dans son journal, avec celles de Giulio Felli, recueillies lors de notre entretien. Ce travail ne se limite pas aux textes, mais s'étend à une confrontation technique des plans et des coupes, permettant d'établir une comparaison précise des expériences spatiales dans ces deux établissements. Cette méthodologie aboutit à une description comparative détaillée. L'entretien avec Giulio Felli apporte un éclairage sur ses intentions initiales, que je confronte ensuite aux observations de terrain. Ce processus met en évidence les décalages possibles entre les intentions architecturales théoriques et la réalité vécue du bâtiment une fois construit, créant ainsi un dialogue entre le projet et sa pratique quotidienne.

Il convient de préciser la place particulière de l'intelligence artificielle dans ce travail de recherche. Dans le cadre de ce mémoire, l'IA a été utilisée selon plusieurs modalités. D'abord, en tant que support de dialogue permettant d'extérioriser des idées initialement désordonnées ou confuses, qu'il était nécessaire d'exprimer pour clarifier le raisonnement. Ce processus permettait, en quelque sorte, d'instaurer un dialogue avec soi-même.

Il s'est avéré plus facile de confier ces réflexions spontanées à l'IA que de les consigner directement sur le document de rédaction final. Dans cette démarche, la pertinence des réponses générées importait moins que la possibilité d'exprimer une pensée pour pouvoir, par la suite, y réagir. À plusieurs reprises, l'IA a été sollicitée pour poser des questions sur des thématiques précises, agissant comme un levier pour inciter à l'écriture et forcer l'extraction d'idées, même lorsque celles-ci étaient encore mal formulées ou en cours de structuration.

Le travail sur les pièces graphiques a révélé des disparités de sources : si les plans de l'extension et du pavillon ont été obtenus aisément, ceux du bâtiment d'origine ont nécessité une recherche plus complexe. Pour pallier l'absence de documents officiels, j'ai dû procéder à une reconstitution par hypothèse, en croisant les recherches théoriques avec l'analyse des coupes transversales. Le redessin systématique de certains documents a été privilégié pour clarifier les informations, mais surtout pour isoler et mettre en valeur des éléments spatiaux spécifiques à mon analyse.

L'imprécision de certains plans techniques a imposé le recours au dessin, aux croquis et aux schémas analytiques afin de faire apparaître les données nécessaires au développement du mémoire. Ce travail de redessin, effectué sur tablette numérique ou à la main, offre une liberté d'analyse supérieure au simple relevé technique.

Le croquis a d'abord constitué une réponse méthodologique à l'atmosphère de l'hôpital Anna Meyer à Florence. Face à la réserve qu'imposait la présence des usagers, la photographie s'est avérée délicate. Le dessin a permis une retranscription de l'espace plus discrète et respectueuse, autorisant une sélection intentionnelle des éléments mis en avant. Cette démarche a évolué lors de l'étude de l'hôpital Robert Debré à Paris. Sur ce second terrain, l'absence de barrière linguistique a facilité l'expression de ma démarche, atténuant le sentiment d'intrusion ressenti en Italie. La configuration spatiale du site, plus vaste et moins dense, a également favorisé une plus grande assurance dans l'usage de l'appareil photo. Ce changement de posture a permis de compléter le corpus visuel de manière plus exhaustive, bénéficiant d'un contexte de recherche plus serein.

Ce parcours méthodologique, rythmé par une exploration de sources parfois inaccessibles, des entretiens avec les concepteurs et mes propres immersions sensibles sur le terrain, a permis de transformer mes premières intuitions en un questionnement structuré. La confrontation entre la théorie de Pierre Riboulet, les intentions de l'architecte Giulio Felli et mes observations vécues à Florence puis à Paris, m'a conduite à organiser ma réflexion selon une progression qui part du paysage comme héritage pour aller vers son rôle dans le soin quotidien. Ainsi, pour répondre à la problématique de l'hôpital-paysage et comprendre comment le dialogue entre espaces intermédiaires et paysage sert le care au sein de l'Hôpital Anna Meyer, ce mémoire s'articulera autour de trois axes principaux.

Le premier, intitulé *le paysage-soin*, nous permettra de poser les fondations culturelles et théoriques de cette réflexion. Il s'agira d'abord de revenir sur l'idéal de la Renaissance à travers le paysage de Toscane, avant d'analyser comment le paysage s'est constitué comme une véritable ressource de soin, en nous appuyant notamment sur l'exemple du sanatorium.

Le second, intitulé *paysage-espaces intermédiaires*, sera consacré à l'étude de cas de l'Hôpital Anna Meyer mis en perspective avec le travail de Pierre Riboulet. Cette partie interrogera l'idée d'un *hôpital traversé*, une expérience où le regard est d'abord cadré pour s'extraire du modèle de la "machine à guérir". Elle analysera ensuite les espaces du seuil, où l'épaisseur de la transition entre dedans et dehors offre une respiration au patient. Enfin, nous regarderons comment le soin se prolonge physiquement au-delà des murs, à travers l'étude des espaces extérieurs.

Enfin, le troisième axe, intitulé *architecture et paysage au service d'un soin éducatif*, se concentrera sur le cas du pavillon Maria Manetti Shrem de l'hôpital Meyer. Nous verrons comment cet édifice s'émancipe du modèle hospitalier classique. L'analyse portera sur le rôle du jardin thérapeutique, en interrogeant s'il constitue une rupture ou une continuité avec l'architecture, avant d'ouvrir plus largement sur la manière dont le care s'incarne spatialement dans les formes contemporaines de la santé.

01

le paysage*soin

01.1

le paysage de Toscane, *l'idéal de la Renaissance*

L'analyse du paysage-soin débute par l'introduction d'une première Renaissance¹⁰ qui s'opère en Italie, à Florence dans les années 1420. Un groupe de jeunes artistes, tel que Filippo Brunelleschi décide de rompre avec les idées du passé et de créer un art neuf. Florence est alors une ville, dominée par une famille de banquiers, les Médicis, grands mécènes qui permettent donc le développement des arts. (Définition du grand palais).

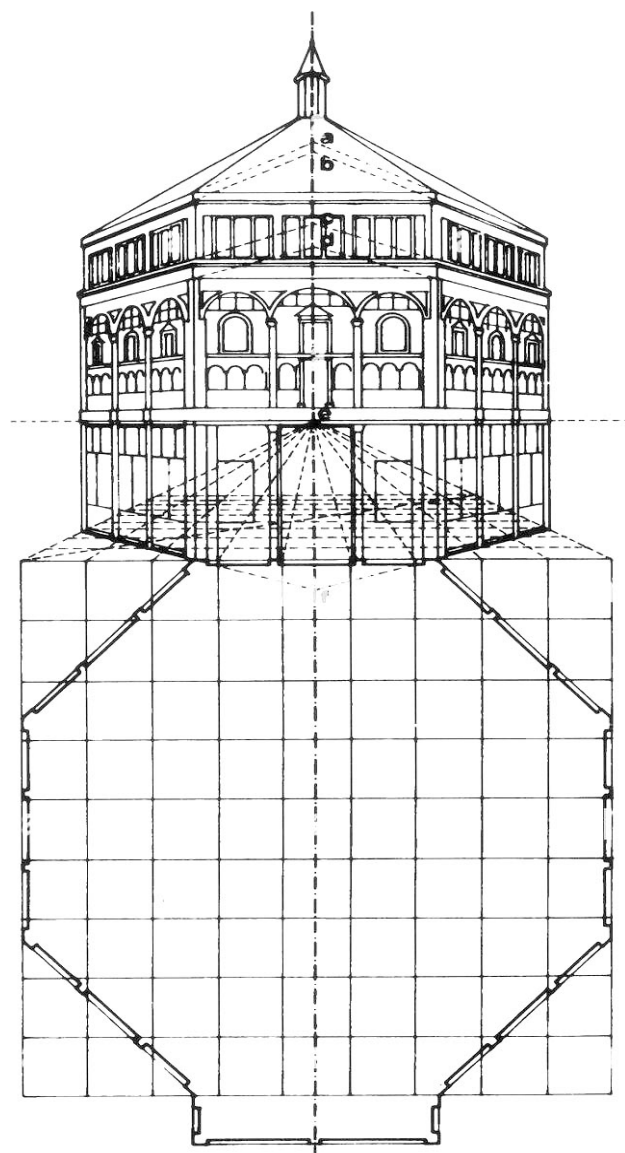
¹⁰Le Grand Palais,
*Qu'est-ce que la
Renaissance?*,
juillet 2012

Certains artistes commencent à vouloir rendre les représentations artistiques plus conformes à la vision humaine, et se mettent à développer la technique de la perspective. Bien que cette méthode soit déjà appliquée de manière intuitive sur les chantiers et dans les ateliers, c'est Leon Battista Alberti (1404-1472) qui en formalise la théorie scientifique. Dans son ouvrage fondateur *De Pictura*¹¹, publié en 1436, il posera les bases mathématiques de cette nouvelle manière de voir et de représenter l'espace.

¹¹Alberti Leon
Battista,
De Pictura, 1436

Alberti y définit les principes de la perspective linéaire, considérant le tableau comme une fenêtre ouverte sur le monde qu'il s'agit de reconstruire par la raison. Ce passage d'une représentation symbolique médiévale à une organisation rationnelle de l'espace ne représente pas seulement le monde mais y apporte de l'ordre.

D'autres artistes s'approprient ensuite cette maîtrise, toujours à Florence, comme le sculpteur Donatello ou l'architecte Filippo Brunelleschi. Ce dernier choisit d'ailleurs le *Baptistère de Saint-Jean* pour sa démonstration de la perspective : ses motifs géométriques rigoureux obligent l'œil et la main à suivre des règles mathématiques strictes. Cette maîtrise s'appuie sur le nombre d'or et une symétrie visuelle qui place l'homme au centre, symbole de sa domination intellectuelle sur son environnement.



►
Fig. 6
Reconstruction
schématique de la
première planche de
Brunelleschi sur le
Baptistère de Saint
Jean à Florence,
*Les architectures
de Brunelleschi et
les perspectives de
Masaccio*,
UIA CAEN

Cette reconstruction mathématique de l'espace répond à la fois à un désir esthétique, mais s'appuie aussi sur une conviction profonde de la Renaissance : l'harmonie du corps dépend de celle de son environnement. Le corps humain est perçu comme un «microcosme» dont l'équilibre intérieur doit s'aligner sur l'ordre de l'univers. Pour les penseurs de l'époque, contempler un paysage structuré par la symétrie et la raison permet à l'esprit de retrouver sa propre stabilité.

¹² Brunon Hervé, *Conjurer la mélancolie, ou la physiologie de l'allégresse dans l'Italie de la Renaissance*

Cette approche est théorisée par Marsile Ficin, médecin et philosophe proche des Médicis. Dans son ouvrage *De Vita triplici* (1489), il soutient que pour soigner la mélancolie, il est essentiel d'« exposer les sens à la vue de la verdure, des eaux vives et à la lumière du soleil ».

Dès lors, la mise en perspective du jardin et l'usage du nombre d'or dépassent la simple démonstration artistique. Il s'agit de recréer un ordre apaisant, presque divin, capable de stabiliser l'humeur du spectateur. En plaçant l'individu au centre d'un environnement aux proportions parfaites, la Renaissance pose les bases du paysage thérapeutique : l'idée que la beauté régulière possède, en soi, une vertu curative.

Avec cette volonté de reconstruire le monde par l'art, la notion de nature ambivalente prend place.

¹³ Bolard Laurent, *Le paysage toscan, métaphore du Paradis. Littérature et peinture en Italie à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance*, 2002, p. 106

« Il oscille en effet entre d'une part une nature harmonieuse, idyllique, baignant dans la sérénité de sa lumière, remodelée par l'artiste pour les besoins de son message et jouant sur différents registres [...] ; d'autre part une nature plus fidèle à la réalité, qui puise au décor toscan à travers des vues générales. »¹³

Cet idéal de sérénité s'incarne dans les œuvres de Léonard de Vinci ou de Raphaël. Dans *L'Annonciation* (Vinci) ou *La Madone au chardonneret* (Raphaël), la campagne toscane est magnifiée: la lumière y est diffuse et les proportions harmonieuses.



▲ Fig. 7
De Vinci Leonard,
L'Annonciation,
Huile sur toile,
1472-1475

Léonard de Vinci utilise le *sfumato*¹⁴, une manière de dégrader et estomper les contours pour faire ressentir la présence de l'air et des montagnes lointaines dans une brume bleutée.

¹⁴ *Sfumato*,
Dictionnaire de
l'Académie Française

Ce procédé donne l'impression d'une grande profondeur et d'un air purifié, ce qui fait directement allusion à la salubrité du paysage représenté. Le choix de la végétation, et en particulier ici les cyprès et le sol végétalisé, renforce l'idée d'une nature domestiquée, ordonnée par l'homme.

Le tableau illustre l'idée de la fenêtre ouverte d'Alberti, l'architecture du premier plan cadre l'horizon comme un tableau dans le tableau, et invite l'œil à aller au delà.

Cette représentation du paysage devient alors un référentiel culturel mondial, un idéal, qui associe l'horizon toscan à une forme de plénitude intellectuelle et spirituelle, préfigurant l'idée que la contemplation d'un ordre naturel parfait participe à l'apaisement de l'esprit.



Fig. 8 ▲
Villa Petraia,
Photographie par Saïkol



Fig. 9 ▲
Pavillon d'accueil de l'hôpital,
Photographie personnelle

À Florence, la frontière entre ville et campagne est historiquement poreuse. La villa florentine, telle que la Villa Médicis à Fiesole ou la Villa La Petraia, devient l'outil physique de cette quête d'harmonie. Elle marque une étape clé de l'histoire sociale et paysagère :

« Les villas que les nouveaux puissants se font édifier autour de Florence [...] sont le signe le plus tangible de l'appropriation de la nature par la bourgeoisie dominante et révèlent particulièrement bien l'évolution vers une subjectivation plus grande de cette nature en relation en parallèle avec son association au Paradis. »¹⁵

¹⁵ Somerset Maugham William,
Il suffit d'une nuit,
1949

Pour la villa médicéenne, trois éléments sont fondamentaux: la cour, la loggia et le jardin.

Alberti lui-même en avait défini les critères d'excellence¹⁶ en préconisant pour ces espaces « des étendues de prés fleuris, des campagnes ensoleillées, des bois ombrés et frais, des sources et ruisseaux très limpides, des pièces d'eau où se baigner. »

¹⁶ Bolard Laurent,
Le paysage toscan,
métaphore du Paradis.
Littérature et peinture
en Italie à la fin du
Moyen Âge et à la
Renaissance, 2002,
p. 93

Le site du patrimoine mondial de l'UNESCO¹⁷ quant à lui précise que ces résidences innovent en créant un nouveau genre d'habitation, en rupture avec les fermes ou les châteaux féodaux:

« Premier exemple de la connexion entre l'architecture, les jardins et l'environnement, les villas représentent une référence constante pour tous les ensembles italiens et européens analogues de résidences princières. Leurs jardins et leur intégration dans l'environnement naturel ont contribué à l'émergence d'une sensibilité esthétique au paysage caractéristique de l'Humanisme et de la Renaissance. »

¹⁷ Villas et jardins des
Médicis en Toscane,
Convention du
patrimoine mondial
de L'UNESCO

Cette volonté de retrouver ce qu'on appellera parfois un « paradis perdu » à travers le jardin se lit jusque dans le choix du paysage que l'on cherche à créer. La Toscane est alors perçue comme le lieu le plus adéquat à l'établissement d'une sorte de jardin d'Eden retrouvé. Les peintres y ajoutent des références bibliques, notamment par le choix des arbres :

¹⁸ Bolard Laurent,
Le paysage toscan, métaphore du Paradis.
 Littérature et peinture
 en Italie à la fin du
 Moyen Âge et à la
 Renaissance, 2002,
 p. 100

« ...les arbres les mieux valorisés, cyprès, cèdre, palmier, olivier, sont aussi les quatre arbres entrant dans la composition du bois de la Croix. » « À l'exception notable de l'oranger, symbole des Médicis, chaque végétal porte une dimension spirituelle qui renforce la plénitude du lieu. »¹⁸

Cette typologie particulière (façades en crépi, murs en pierres calcaires, symétries parfaites) sera par exemple plus tard résumée ainsi :

¹⁹ Bolard Laurent,
Le paysage toscan, métaphore du Paradis.
 suite.

« La villa s'élevait au faite d'une colline. De la terrasse qui s'étendait devant la façade, on avait une vue magnifique sur Florence : par derrière il y avait un vieux jardin [...] avec de beaux arbres, des haies de buis taillé, des allées herbeuses et une grotte artificielle... »¹⁹

La villa ne se ferme pas sur elle-même, elle est faite pour s'ouvrir sur le paysage. En utilisant des terrasses et des loggias, elle crée un lien direct avec le territoire. Ce travail sur les proportions et l'harmonie préfigure l'architecture du soin, en partant du principe que la beauté du cadre de vie influence directement le moral et l'apaisement des personnes qui l'habite.

Face à un manque crucial d'informations et d'archives concernant l'histoire de la Villa Ognissanti, nous devons établir des hypothèses à partir d'un récit plus général, celui d'un développement national. Les grandes lignes de l'histoire sanitaire italienne nous permettent malgré tout de construire une cohérence autour de la naissance de ce lieu. Faute de pouvoir lire son histoire dans des registres qui lui sont propres, nous l'appréhenderons à travers les courants architecturaux et les besoins médicaux qui ont transformé les villes italiennes au début du XXe siècle.

Au regard de ces premières observations, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'implantation de l'Hôpital pédiatrique Anna Meyer sur la colline de Careggi n'est pas le fruit d'un hasard, mais plutôt le résultat d'un héritage profond dans la manière de concevoir l'environnement et le paysage. En s'installant sur ce site, l'établissement semble s'inscrire dans une double tradition.

La première, que nous venons d'analyser, est l'idéal esthétique de la Renaissance qui prône l'ouverture totale sur le paysage. Cette influence médicéenne se lit directement dans le bâti : à Careggi, la Villa Ognissanti en est un témoin remarquable. Même si elle ne possède pas de loggia classique, elle possède un lien fort avec la nature grâce à son jardin qui s'étend au cœur d'une « promenade galerie » parfaitement symétrique et centrée. On y retrouve les codes de la villa médicéenne : une symétrie rigoureuse de neuf pavillons et une orientation plein sud pour maximiser les ouvertures sur le parc.

Cependant, cette filiation artistique ne suffit pas à expliquer l'intégralité du projet. Une seconde hypothèse se dessine : celle d'un héritage lié à l'impératif hygiéniste du début du XXe siècle, exigeant air pur et lumière. Le paysage n'est plus seulement une toile de fond esthétique ; il devient le moteur d'une véritable articulation entre une culture architecturale ancrée dans son territoire et des processus de guérison utilisant la nature comme un levier.

C'est ce que nous allons vérifier maintenant en étudiant comment le projet de l'hôpital Anna Meyer marque le point de rencontre entre cet héritage de la Renaissance et l'innovation sanitaire moderne.

01.2

le paysage comme ressource de soin, *l'exemple du sanatorium*

« Le terme de *sanatorium* (du latin *sanatorius*, propre à guérir) désigne un établissement médical spécialisé dans le traitement de la tuberculose et d'autres maladies pulmonaires infectieuses chroniques. Il se distingue par l'application rigoureuse d'une cure hygiéno-diététique, avec une architecture et des installations techniques conçues à cet effet. »²⁰

²⁰ Deherly Françoise,
Les sanatoriums,
17 février 2023

Au XIXe siècle, l'Europe va vivre une transformation soudaine face à une ère industrielle qui s'impose massivement. Ce bouleversement provoque une explosion démographique qui conduit les populations rurales à migrer massivement vers les villes et agglomérations. Sous la pression de cette grande urbanisation, les travailleurs s'entassaient dans des foyers insalubres et délétères, où l'exiguïté et la faim se mêlent dans un quotidien marqué par une grande pauvreté.

Dans ce contexte, la tuberculose s'infiltrait pour devenir ce que l'on appellera la « maladie du siècle ». ²¹ À cette époque, les prémices d'une réponse médicale s'organisent : le Docteur Hermann Brehmer, en Haute-Silésie, pose les bases d'une thérapie efficace, bientôt suivie par le Docteur Alexandre Spengler à Davos.

²¹ EPFL,
*Le Sanatorium:
architecture d'un
isolement sublime*

Le traitement repose alors sur un dogme : le principe d'*héliothérapie* (la guérison par le soleil) associé à une hygiène de vie stricte. La guérison ne vient pas d'un médicament, mais d'une triade environnementale : un besoin de repos total, une nutrition riche et, surtout, une exposition prolongée à l'air pur et aux rayons du soleil.

Contrairement aux hôpitaux traditionnels, souvent perçus comme des « lieux clos » par leur aspect carcéral et sombre, le sanatorium se doit d'être un lieu de lumière. Cette approche transforme radicalement la conception du bâtiment, donnant naissance à l'*Hôpital-Paysage*.

²² Brisac Jules, Bernard
Léon,
*Les établissements
antituberculeux d'après
guerre*, 5 mai 1917

« Le sanatorium est destiné à mettre en œuvre la seule thérapeutique générale actuellement connue de la tuberculose, c'est-à-dire le traitement hygiéno-diététique, dont les bases sont : la cure d'air, la cure de repos et l'alimentation. Dans ce but, il doit réaliser certaines conditions particulières : Tout d'abord, il doit être construit hors des villes, loin des usines, des fumées, des agglomérations, mais être d'un accès facile. »²²

Ils précisent également l'importance de l'exposition :

²³ idem

« L'architecture du sanatorium comprend des dispositions spéciales [...]. Elles doivent assurer le plus d'aération et d'ensoleillement aux parties réservées aux malades ; celles-ci ne seront jamais orientées au Nord, mais au Sud, Sud-Est ou Sud-Ouest suivant les contrées. Les patients doivent être couchés non en dortoirs, mais en chambres de un à trois lits, autant que possible. En outre, des galeries de cure, profondes, bien abritées et bien orientées, sont indispensables. »²³

Ces établissements deviennent rapidement des piliers sociaux. Pour les classes supérieures, ils offrent une alternative novatrice, élégante et moderne à l'austérité des hôpitaux publics, proposant un «entre-deux» où le patient ne se sent plus à l'hôpital, mais bénéficie d'une prise en charge supérieure à celle du domicile.

La pandémie frappe toute l'Europe, mais le constat est que la réponse institutionnelle varie d'un pays à l'autre. L'Italie se distingue d'abord par une mise en œuvre rapide des mesures d'isolement.

En 1896, l'Ospedale Maggiore de Milan consacre des salles spécifiques aux tuberculeux, initiative étendue par une loi nationale en 1897. Cette législation contraint les administrations hospitalières italiennes à construire des « pavillons d'isolement ». En 1898 naît la *Lega nazionale contro la tubercolosi* en français, Ligue nationale contre la tuberculose), suivie d'un concours national en 1899 pour ériger des sanatoriums populaires.

Cependant, malgré ces lois précoces, l'Italie accuse un retard structurel dans la construction effective.

« L'histoire de l'activité sanatoriale en Italie est une petite histoire et se déroule avec un retard de cinquante ans à peu près, par rapport à ce qui s'était passé en Allemagne, Autriche, Suisse et France. En 1927, seulement on approuve en Italie un projet de loi pour l'assurance obligatoire contre la tuberculose [...] Jusque-là, la lutte contre la maladie a été confiée aux initiatives particulières phthisiologues, de vrais pionniers qui [...] bâtissent, entre 1908 et 1920, de premiers hôpitaux pour la ville de Milan. »²⁴

A titre comparatif, en France, la réaction législative est plus tardive.²⁵ Elle est amorcée par la loi du 18 octobre 1915 qui crée des « stations sanitaires » pour les militaires. Ce n'est qu'avec la loi de 1919 (la loi Honnorat) et son décret d'application de 1920 que les conditions de création des sanatoriums publics sont réellement fixées, restant ensuite stables durant tout l'entre-deux-guerres.

Le phénomène accélérateur de tous ces processus de soins n'arrive qu'au lendemain de la Première Guerre mondiale, qui, sans surprise, aggrave la situation sanitaire de manière alarmante. En Italie comme en France, le conflit laisse derrière lui environ 100 000 « tuberculeux de guerre ».

Dès 1918, l'État italien s'engage à prendre en charge leur traitement pour la durée du conflit et les trois années suivantes.

Pour structurer cette lutte, l'Italie développe un programme²⁶ reposant sur trois types d'établissements : des dispensaires urbains et ruraux conçus selon la « méthode française », des sanatoriums d'altitude pour les cas curables, et des sanatoriums de plaine réservés aux phthisiques.

²⁴ Del Curto Davide,
*La naissance du
sanatorium en Europe
– Un regard d'Italie*

²⁵ Grandvoinnet
Philippe,
*Histoire des
sanatoriums en France
(1915-1945)
Une architecture en
quête de rendement
thérapeutique*,
p. 103

²⁶ Grandvoinnet
Philippe,
*Histoire des
sanatoriums en France
(1915-1945)
Une architecture en
quête de rendement
thérapeutique*,
p. 227



Fig. 10 ▲
 Plan Masse de la villa Ognissanti,
 les 9 pavillons, orientés sud, tournés
 vers le parc et le grand paysage,
 production personnelle

À l'instar de la France, l'État italien ne crée pas directement ces centres mais distribue des subventions aux collectivités. Le réseau se densifie progressivement, passant de 27 dispensaires en 1915 à 111 en 1922, pour atteindre 184 en 1927, avec l'ambition d'atteindre une unité pour 20 000 habitants

La Villa Ognissanti à Florence apparaît ainsi comme une structure particulièrement précoce dans le paysage sanitaire italien. Édifiée en 1912²⁷, elle accueille dans les années trente 720 lits, et ainsi témoigne d'une modernité d'avant-garde : en comparaison, l'Italie ne comptait encore que sept sanatoriums en 1914, dont seulement quatre étaient destinés au public. Ce caractère précurseur est d'autant plus marqué qu'à cette époque, la création de véritables sanatoriums relevait encore du bon vouloir d'œuvres privées ou provinciales. Pour pallier ce manque criant d'infrastructures, 78 chefs-lieux de province devaient alors se limiter à l'usage de simples hôpitaux ou de « pavillons d'isolement ».

²⁷Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, *Il nuovo atto dell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi*, Verso Careggi, 2020, p. 15-16

Le terme de «sanatorium» n'étant pas encore généralisé dans la pratique hospitalière courante, il est d'ailleurs fort probable que la Villa Ognissanti elle-même ait été initialement désignée comme un «pavillon d'isolement». Elle n'en demeure pas moins un édifice historique important, qui préfigure malgré tout le tournant majeur qui arrivera plus tard, sous le régime fasciste, avec la loi de 1927 créant les «Consortiums provinciaux antituberculeux. »

Ce système de lutte face à la tuberculose, basé sur l'isolement et la cure d'air, perdure jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. En France, l'ordonnance du 31 octobre 1945 marque la refonte totale de l'organisation contre la tuberculose, abrogeant les lois de 1919.

Le véritable bouleversement ne sera pas législatif ou architectural, mais médical : l'apparition des premiers antibiotiques (la streptomycine en 1947) transformera radicalement le traitement de la maladie, rendant obsolètes les modèles associés à ces grands complexes d'isolement qui avaient marqué le paysage européen pendant près d'un siècle.

01.3

d'un lieu de soin à un lieu oublié, *hypothèses de conservation d'un site*

La fermeture des sanatoriums s'inscrit dans un mouvement général de déclin lié aux progrès de la médecine. L'arrivée des antibiotiques et la découverte de traitements plus efficaces contre la tuberculose ont brutalement rendu la fonction de ces édifices obsolète, ainsi que tout le système de règles, de codes et de procédés architecturaux qui les sous-tendaient.

Ce modèle de soin, autrefois diffusé dans toute l'Europe, reposait sur une culture forte : celle de la cure de soleil et du grand air (*héliothérapie*). Le sanatorium n'était pas seulement un lieu médical, c'était un espace à haute valeur sociale, géographique et architecturale, offrant à une certaine classe sociale le privilège de se retirer de la ville pour se soigner. Avec la fin de cette ère, ces structures imposantes et méticuleusement organisées, souvent reculées des villes, ont entamé un lent processus de déclin. Beaucoup sont tombées en ruines, réintégrées progressivement par le paysage qu'elles habitaient.

À Florence, même si le manque de données précises sur ce sanatorium reste un frein, l'analyse historique permet d'émettre des hypothèses solides. Construite en 1912, la Villa Ognissanti conserve sa fonction de '*pavillon d'isolement*' jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. À cette période, comme c'est souvent le cas lors de crises majeures, le lieu se transforme²⁸ pour accueillir temporairement des soldats et des blessés de guerre, opérant une première mutation en ce qu'on pourrait appeler un petit hôpital de campagne.

²⁸Baratta Adolfo F. L., *Space to Care: The Meyer Approach*, First edition, Giunti, 2019.

Entre l'après-guerre et l'an 2000, on rencontre une zone d'ombre documentaire. Toutefois, le développement simultané du quartier de Careggi en pôle hospitalier majeur suggère que l'activité autour de la Villa est restée relativement constante, le lieu s'intégrant peu à peu dans un tissu urbain et sanitaire en pleine mutation.

Fig. 11
Photographies aériennes (4),
Istituto Geografico Militare,
Regione Toscana ▼



1954
végétation dense composée principalement
d'arbres feuillus et hauts
9 pavillons (ailes est, centrale et ouest),
pavillon d'accueil, deux petits édifices et
cheminée à l'arrière
parcelle fortement delimitée par la
végétation
pas de parking ni de voitures sur la photo

1975
un bâtiment à l'arrière rétrécit
des parkings et une présence automobile
apparaissent

1994
les bâtiments sont encore modifiés à l'arrière
de la parcelle
un nouvel édifice est construit derrière le
pavillon d'accueil
les parkings sont toujours occupés

2007
achèvement de l'extension pour devenir
hôpital pédiatrique
création d'une immense zone de parking en
contrebas
limites parcellaires étendue pour accueillir ces
nouveaux programmes
végétation du parc conservée

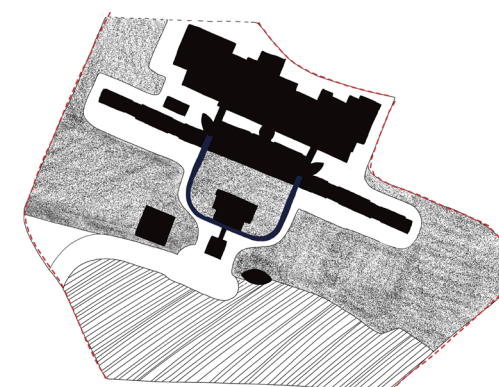
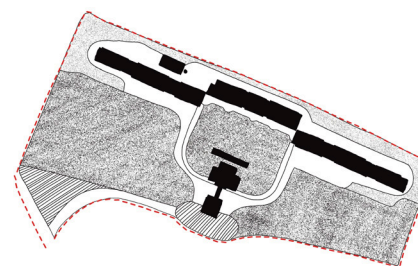
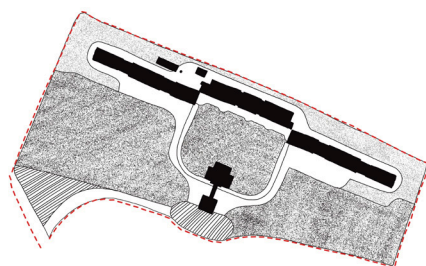
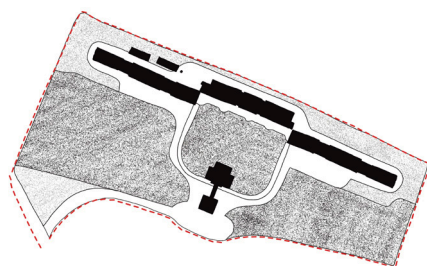


Fig. 12 ▲
Schémas évolutifs de la
parcelle de l'hôpital (4),
production personnelle

■ végétation haute
■ végétation basse
■ stationnement

Par ailleurs, l'étude des photographies satellites permet de retracer plus précisément l'évolution de la parcelle. Un premier constat s'impose : le parc est resté parfaitement intact. Depuis les premiers clichés jusqu'à aujourd'hui, sa végétation dense et ses arbres hauts ont été préservés, confirmant son statut de paysage. Cet invariable montre une volonté de la part du propriétaire de la parcelle mais aussi de la part de la ville de Florence de préserver cette végétation et d'affirmer son importance.

En revanche, la dimension de la parcelle a fortement évolué. Jusqu'à l'extension de 2000, le terrain était nettement plus restreint, entouré de champs et d'espaces non artificialisés. L'analyse des images de 1975 révèle cependant un indice crucial : l'apparition de zones de stationnement à l'entrée du site et devant le pavillon d'accueil. Cette présence automobile suggère que l'établissement n'a jamais été réellement abandonné, mais maintenu en activité.

D'autres changements mineurs apparaissent sur le bâti : certains volumes à l'arrière du corps principal semblent avoir été modifiés ou remplacés, suggérant des structures provisoires. On note également la disparition d'une cheminée en brique, visible sur les anciens clichés mais absente aujourd'hui.

En définitive, l'évolution du site après son rôle de sanatorium indique une continuité d'usage, bien que l'activité y ait été probablement réduite avant l'extension majeure de 2000. L'établissement a vraisemblablement continué d'assurer des services de soins à petite échelle, avant que ces fonctions ne soient englobées et redynamisées par le projet contemporain de l'agence CSPE. Bien que le manque relatif d'archives nous contraigne à des hypothèses, les traces physiques et paysagères confirment que la Villa Ognissanti semble avoir traversé le siècle sans jamais perdre sa vocation hospitalière et surtout son caractère paysager.

02

paysage*espaces
intermédiaires

*« C'est toujours du rapport à l'autre qu'il s'agit,
du seuil sur lequel nous accueillons l'étranger,
de la rue où nous nous croisons, de ces cours et
passages où nous échangeons des paroles. C'est
dire encore que le seuil de la maison comme la
rue, comme le vide sont le vif de l'architecture.
Ce ne sont pas des vides qui séparent, mais tout
au contraire qui rassemblent. C'est au point où
le mur se brise, au seuil, à l'embrasure, que la
maison se fait hospitalière ; là où la matière
s'écarte pour notre respiration. »*

Gaudin Henri,
octobre 1994
extrait de Lebois Valérie,
Les ressources des espaces intermédiaires,
Thèse d'architecture, aménagement de l'espace,
Université Paris 8, janvier 2010

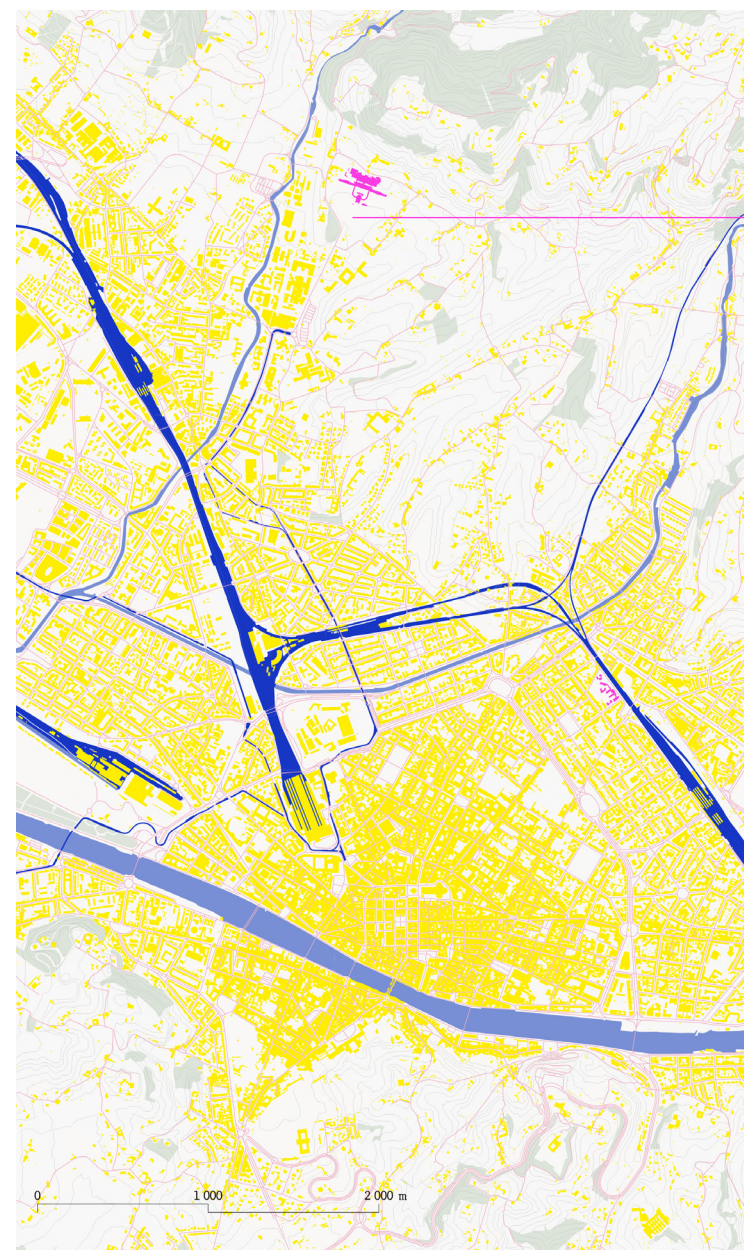
02.0

préambule

D'un point de vue géographique, l'hôpital Anna Meyer est situé au nord-ouest de Florence, à environ 4,5 km du centre historique. Il s'inscrit au sein d'un vaste système hospitalier couvrant près de 100 hectares, constituant un pôle sanitaire majeur à l'échelle urbaine. La parcelle sur laquelle s'implante l'hôpital Anna Meyer, quant à elle, couvre une superficie d'environ 13 hectares. L'établissement figure parmi les derniers édifices hospitaliers du quartier avant les premières déclivités de la colline de Careggi, qui s'élève à l'arrière du site. Cette situation en limite urbaine donne à l'hôpital une position particulière quant au rapport qu'il entretient avec le tissu bâti et le relief naturel.

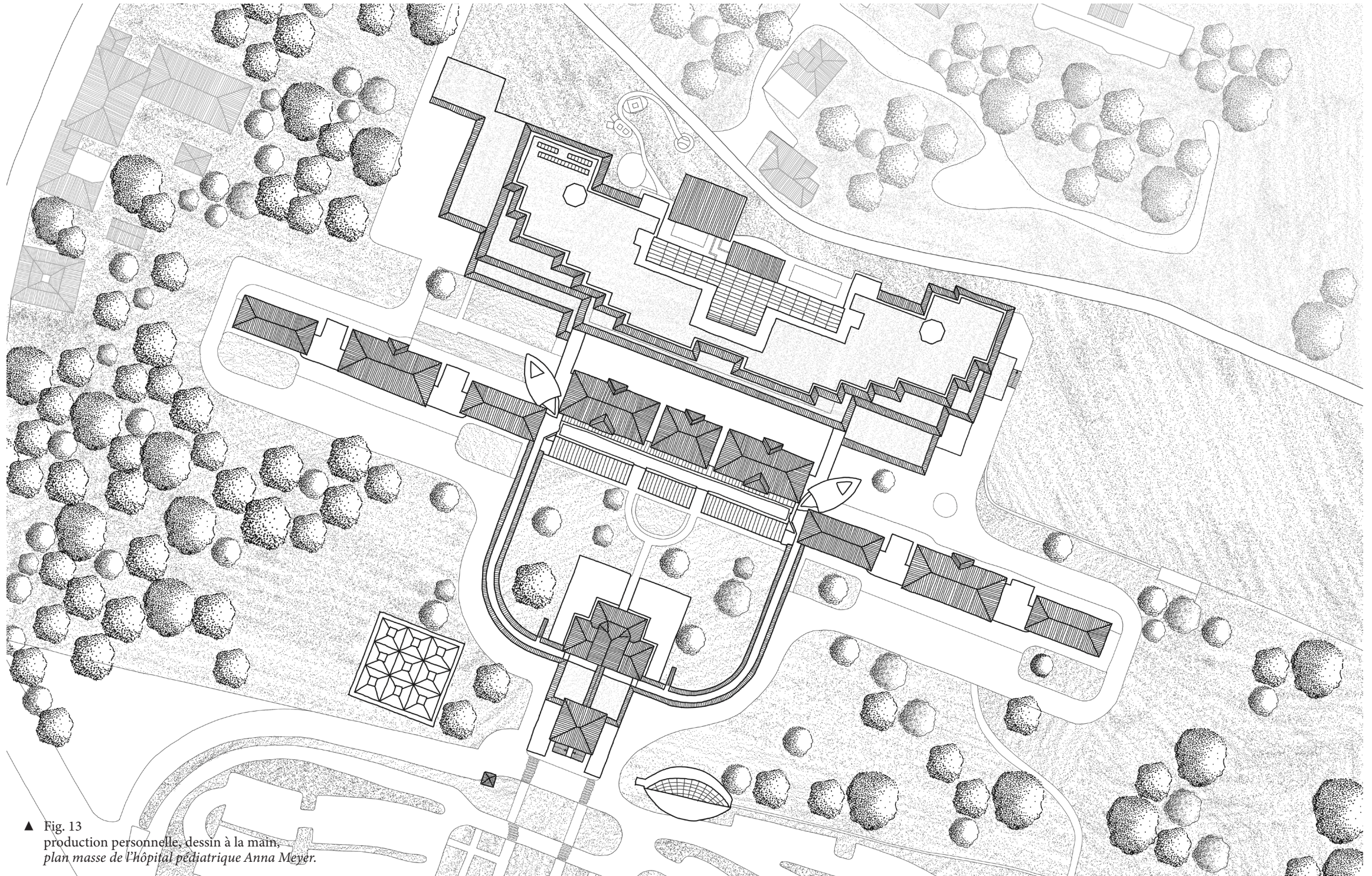
L'approche du site commence par l'accès principal Viale Pieraccini, laquelle conduit à un grand parc de stationnement occupant près de la moitié de la superficie totale de la parcelle. Implanté en contrebas, ce parking impose un parcours ascendant aux futurs patients pour rejoindre l'entrée principale. C'est là que se dévoile le bâtiment d'origine, qui se développe sous la forme d'un long ensemble linéaire composé de neuf pavillons en R+2, partiellement dissimulés par la végétation dense et haute du parc. Cet ensemble est complété par un pavillon unique en R+3, situé plus tôt dans l'axe du parking. L'organisation de ces bâtiments repose sur une logique de symétrie particulièrement rigoureuse, s'inscrivant dans les codes d'une architecture institutionnelle héritée de la Renaissance italienne, tant par sa composition que par la hiérarchisation des espaces dans le paysage.

Pour répondre aux besoins contemporains, l'extension réalisée par l'agence CSPE entre 2000 et 2007 (d'une surface totale de 33 694 m² dont 11 823 m² de rénovation et 21 871 m² de construction neuve) marque un changement d'échelle significatif. À cette occasion, la parcelle s'étend vers l'arrière du site afin d'accueillir un nouveau bloc hospitalier entre la Villa Ognissanti et la Via di Careggi.



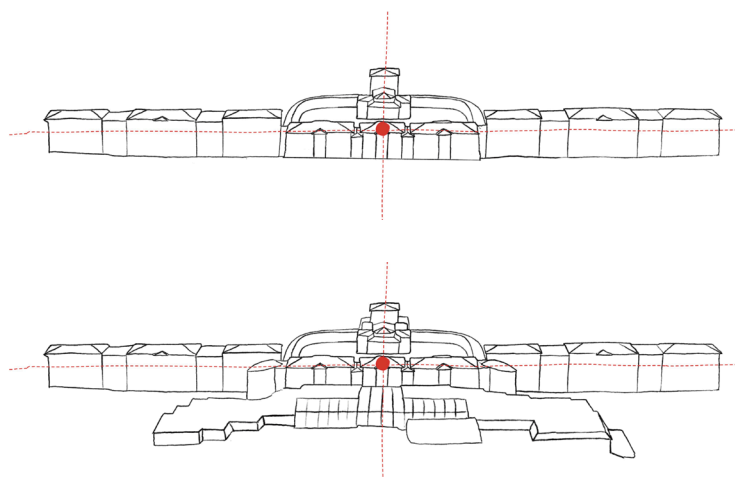
Hôpital
Pédiatrique
Anna Meyer

◀
Fig 2.
production personnelle,
Plan de situation de
l'Hôpital Anna Meyer.



▲ Fig. 13
production personnelle, dessin à la main,
plan masse de l'hôpital pédiatrique Anna Meyer.

►
Fig. 14
Schémas illustrants la
symétrie de l'ancien et
du nouveau bâtiment,
production
personnelle



L'articulation entre l'ancien bâtiment et le nouveau se fait par le petit pavillon d'entrée, point d'accès principal et seuil de transition. Depuis ce seuil, deux galeries transparentes disposées de manière symétrique conduisent vers la serra, un atrium à ossature bois implanté devant les trois pavillons centraux. Cet espace joue un rôle crucial en assurant l'attente des visiteurs et la répartition des flux.

Sur le plan morphologique, le projet d'extension se présente comme un bâtiment linéaire d'environ 180 mètres de long pour 50 mètres de profondeur. Celui-ci s'inscrit dans la topographie en suivant la pente naturelle du terrain pour se développer en paliers successifs, évoquant un escalier en coupe. Cette stratification est soulignée par des toitures plates végétalisées, bordées de casquettes en cuivre pré-oxydé. Malgré ses dimensions, l'impact de l'édifice est atténué car les deux premiers niveaux sont partiellement enterrés et la hauteur est contenue pour assurer une coplanarité avec l'existant. Les trois étages supérieurs sont également effilés et décalés pour offrir de larges terrasses. Ainsi, la composition respecte la logique d'équilibre d'origine sans rechercher une symétrie parfaite.

Ce parti architectural fort repose sur un rapport au paysage affirmé. Le choix de préserver le grand parc arboré en est le premier exemple.

*C'est en fait le relief des collines autour de Careggi qui a guidé le choix initial de concevoir une solution partiellement encastrée [...], transformant ainsi efficacement la structure en une "partie de la colline"*²⁹

²⁹Baratta, Adolfo F.L., *Space to Care: The Meyer Approach*, Giunti, 2019.

Cet héritage se retrouve aussi dans la galerie courbe, un passage d'origine qui servait d'espace de respiration pour les malades tuberculeux. Elle se divise en deux courbes symétriques guidant vers les pavillons et formant un jardin central, lui aussi d'origine.

Cette attention au parcours me sera confirmée par M. Felli^{30,31} lors de notre entretien. Il explique sa volonté que l'enfant ne soit jamais confronté à un équipement austère : par l'inclinaison du parking, il voit d'abord le pavillon d'accueil, puis emprunte les galeries vitrées, lumineuses et végétalisées jusqu'à l'atrium. Il y a là une volonté d'atmosphère chaleureuse, car l'accueil, semblable à une maison florentine, pourrait peut-être ressembler à la maison dans laquelle vit l'enfant.

³⁰Felli Giulio, *Annexe 01*, entretien.

³¹ Giulio Felli est le représentant légal, administrateur et directeur technique de l'agence d'architecture CSPE qui a construit l'extension de l'hôpital entre 2000 et 2007.

C'est d'ailleurs pour cela que l'extension reste cachée à l'arrière, ne dépassant jamais la hauteur des pavillons d'origine. La coupe révèle cette recherche de continuité des planchers et de dialogue avec l'existant.

*« arriver à construire 60 000 mètres carrés sans que ceux qui passent devant ou ont à y entrer, surtout les enfants, aient l'impression d'être devant une falaise hostile. Faire en sorte que cette grosse machine qui doit soigner, guérir, soit comme cette colline sur laquelle on marche, avec des jardins, des terrasses, un lieu de vie, de bonheur. Tout cela me semble suffisamment positif pour continuer. »*³²

³² Riboulet, Pierre, (et Chaslin François), *Naissance d'un hôpital: journal de travail*, Les Éd. de l'Imprimeur, 1994, p. 70



◀
Fig. 15
Coupe de l'hôpital,
dessin à la main,
production
personnelle

►
Fig. 16
*Photographie
du chantier de
l'atrium,
AEI progetti*



◀
Fig. 17
*Photographie
du chantier à
l'intérieur de
l'atrium,
AEI progetti*

En ce qui concerne la matérialité, les pavillons de 1912 sont en pierre de taille recouverte d'enduits jaune, ocre ou beige, avec des fenêtres à petits carreaux, des menuiseries blanches et des toitures en tuiles terracotta.

À l'inverse, l'extension utilise une ossature en béton armé conçue pour la résistance sismique, avec des parois moulées de 240 mètres de long en soutènement. L'atrium (serra), quant à lui, est une structure en bois habillée de verre.

►
Fig. 18
Photographie de
l'extension par CSPE,
site internet CSPE



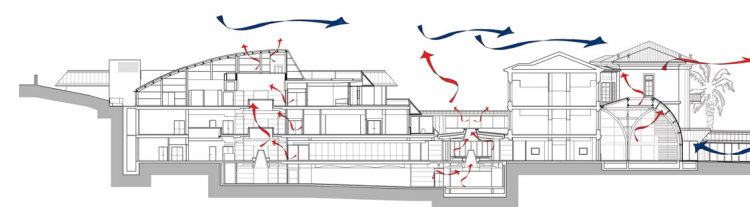
►
Fig. 19
Photographie aérienne
du bâtiment et de
l'extension par CSPE,
site internet CSPE



Cette modernité technique se retrouve dans la gestion climatique. La coupe schématique illustre un système de ventilation naturelle bioclimatique où le bâtiment s'appuie sur des principes physiques passifs pour assurer le renouvellement constant de l'air.

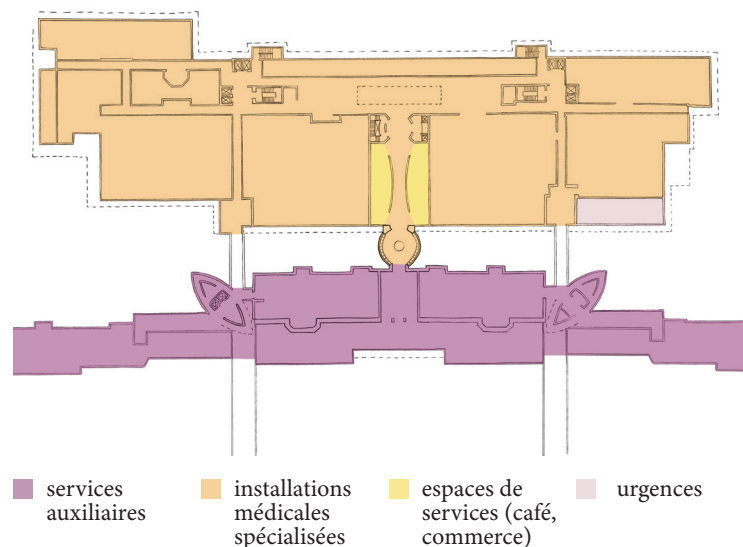
De manière générale, la forme aérodynamique de la toiture courbe exploite l'effet Venturi : le vent extérieur (les flèches bleues) accéléré par la courbure du toit crée une dépression qui aspire littéralement l'air vicié (les flèches rouges) hors des espaces de soin via des ouvertures zénithales. Ce dispositif est complété par les galeries centrales, qui servent de tampon thermique régulateur entre la villa historique et les extensions modernes, garantissant ainsi cet impératif hygiéniste d'air pur permanent sans avoir recours nécessairement à une climatisation mécanique énergivore.

Plus précisément, le flux s'organise autour d'un *effet cheminée* : l'air frais est capté en partie basse ou via l'inertie thermique des sous-sols (où il est naturellement rafraîchi à environ 15°C), puis il s'élève par convection vers les points hauts des toitures une fois réchauffé.

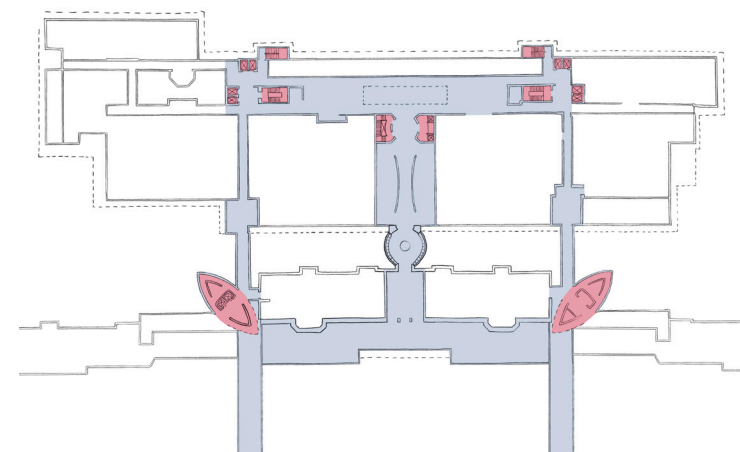


◀
Fig. 20
Coupe schématique
des systèmes de
ventilations de
l'hôpital,
AEI progetti

► Fig. 21
Production personnelle,
Plan schématique du
rez de chaussée des
programmes



Enfin, l'organisation fonctionnelle divise le programme en deux : la Villa Ognissanti pour les services auxiliaires et le nouveau bâtiment pour les installations médicales spécialisées. Ainsi, plus on avance au cœur du bâtiment et plus on accède au cœur technique et sanitaire. Le pavillon d'entrée regroupe l'accueil, l'orientation et les prélèvements (évitant ainsi à l'enfant un long parcours). L'accès urgences est séparé, à l'est. Au-delà de l'atrium, on trouve les services de néphrologie, pédiatrie et administration, et aussi un pavillon dédié à la formation, relié à l'Université de Florence.



◀ Fig. 22
Plan schématique du
rez de chaussée des
programmes,
en rose verticales,
en bleu horizontales,
production personnelle

Pour conclure, la distribution suit l'itinéraire le plus direct possible, facilité par une séparation et un codage couleur des flux.

Certains éléments de distribution ont été ajoutés, pour faciliter des accès qui auraient été trop justes face à l'importance des flux de l'hôpital. C'est le cas, par exemple, dans le corps du bâtiment existant (les 9 pavillons) : autrefois les circulations se faisaient de manière linéaires, parallèle à la façade, réduisant les espaces médicaux et offrant des circulations très étroites aux patients, soignants et visiteurs. Pour permettre une déambulation plus fluide, l'architecte a construit deux volumes de circulations verticales en forme d'amande, contenant escaliers et ascenseurs, afin de redistribuer les flux uniformément dans les différents pavillons.

Plus globalement, cette logique de division des flux semble avoir été appliquée à plusieurs endroits déterminant de l'hôpital, à commencer par les galeries vitrées, qui se prolongent finalement jusqu'à l'arrière de l'extension.

Pour aborder cette seconde partie, il nous faut changer d'échelle, redéfinir le paysage et les espaces dont nous allons parler. L'hôpital est si grand qu'il nous offre une multitude d'espaces à traiter.

Le paysage est avant tout subjectif, et *il existe autant de paysages que d'individus pour les interpréter.*

Ainsi, il y aura toujours une part de ce paysage que nous ne pourrions pas voir : ce sera celle que les autres voient. Mais parmi toutes ces mailles, tous ces regards, nous pouvons malgré tout tenter de décrypter un paysage particulier ; un paysage qui apaise, un paysage qui soigne.

Si dans l'introduction nous avons déjà défini les espaces intermédiaires, il s'agira désormais de les dessiner pour les comprendre. Nous allons tenter de démontrer que les espaces intermédiaires de l'hôpital pédiatrique Anna Meyer sont le théâtre des rapports sociaux et du soin, en constante articulation avec son paysage.

Il y a, depuis plusieurs années une évolution dans la manière de bâtir, qui s'accompagne d'une transformation profonde des pratiques : le développement de l'ambulatoire et des séjours courts intensifie les allers-retours entre l'hôpital et la ville. Dès lors, la question n'est plus seulement de *soigner* mais d'accueillir. Alors, il faut repenser les modèles d'hospitalité. Le défi contemporain n'est peut-être pas de transformer l'hôpital en une copie conforme de la maison, mais plutôt d'offrir les conditions d'un *comme chez-soi*. Il s'agit de permettre à celui qui est accueilli, soigné, et qui reste, par définition, un étranger dans ce lieu technique, de trouver un environnement assez apaisant et familier pour ne plus s'y sentir vulnérable, pour accompagner le soin voir même y contribuer.

Pour appuyer notre analyse, nous nous appuyerons sur une deuxième étude de cas qui est l'Hôpital Robert Debré, situé en France cette fois-ci, qui s'inscrit également dans les mêmes problématiques que l'hôpital Anna Meyer, celles du soin de l'enfant et du rapport entre l'équipement médical et son environnement.

De ce fait, quelques mots d'introduction à l'étude qui nous servira d'outil et de référence vont nous permettre d'en poser le contexte.

Les liens entre ces deux projets apparaissent pertinents dans la mesure où ils s'inscrivent dans une même période de réflexion sur l'architecture hospitalière. À la fin du XXème siècle, on s'éloigne progressivement de la standardisation et des modèles industriels, souvent qualifiés de « machines à guérir », pour explorer des formes plus humaines, mieux intégrées à leur contexte et plus attentives aux usagers.

L'hôpital Robert-Debré apparaît chronologiquement en premier et peut être considéré comme un projet précurseur, notamment par son implantation hyper urbaine, par la manière dont il interroge le rapport entre l'hôpital et la ville, mais aussi par l'attention portée au bien-être des enfants hospitalisés. Près de dix ans plus tard, l'hôpital Anna-Meyer aborde des problématiques similaires, mais dans un contexte très différent : non plus un site dense et contraint, mais un environnement largement ouvert et fortement végétalisé.

Si les deux projets partagent un objectif majeur, celui du bien-être de l'enfant, l'enjeu de cette étude est d'analyser comment cette intention se traduit architecturalement, pourquoi les réponses diffèrent selon les contextes, et dans quelle mesure ces choix produisent des espaces réellement adaptés et efficaces.



Fig. 23 ▲
Photographie aérienne : comparaison de la morphologie et de l'emprise
au sol de l'Hôpital Anna Meyer (1) et de l'hôpital Robert Debré (2)
à échelle constante

Le concours d'architecture de l'hôpital Robert-Debré est lancé en mai 1980 et remporté le 25 février 1981 par Pierre Riboulet.³³ Le chantier débute en juillet 1982, pour une livraison initialement prévue fin 1985, avant une mise en service effective en 1988. Implanté sur un terrain de 37 000 m² en forte déclivité, bordé par le boulevard périphérique et le boulevard Sérurier, et partiellement occupé par l'église Marie-Médiatrice, le projet prend la forme d'un hôpital monobloc de 88 000 m², conçu en réponse à de fortes contraintes urbaines et sonores.

Entre les XIXe et XXe siècles, la logique hospitalière connaît en effet une évolution majeure : d'un modèle pavillonnaire fondé sur la dispersion des bâtiments pour des raisons sanitaires, on passe à une architecture plus compacte et verticale, imposée par la pression foncière et la nécessité d'optimiser l'emprise au sol, donnant naissance à l'hôpital monobloc.

L'édifice adopte la forme d'un grand amphithéâtre ouvert au sud et à l'ouest, tournant le dos au périphérique. Il associe des bâtiments bas en terrasses, intégrant patios et espaces verts, à un long bâtiment courbe à étages, relié à un second bâtiment rectiligne faisant office d'écran acoustique.

Pierre Riboulet privilégie une approche humaine, adaptée à l'enfant, en concevant un hôpital accueillant et non anxiogène, attentif au bien-être des jeunes patients comme aux conditions de travail des soignants.

L'organisation intérieure s'articule autour d'une rue intérieure curviligne, la rue-galerie, accueillant des fonctions non médicales et surplombant un vaste jardin intérieur. Pensée comme un lieu de vie sociale et comme une transition douce entre la ville et l'hôpital, cette rue prolonge symboliquement l'espace urbain au cœur de l'établissement. À l'image des hôpitaux traditionnels dotés de jardins, Robert-Debré intègre également un jardin d'hiver conçu par la paysagiste Liliane Tribel : un espace végétal couvert, accessible depuis la rue-galerie, s'étendant sur trois niveaux et protégé par une charpente métallique.

³³ Blain Catherine, Pierre Riboulet: de la légitimité des formes, œuvres 1979-2003, Monographie d'architecture, Éd. le Moniteur, 2004.

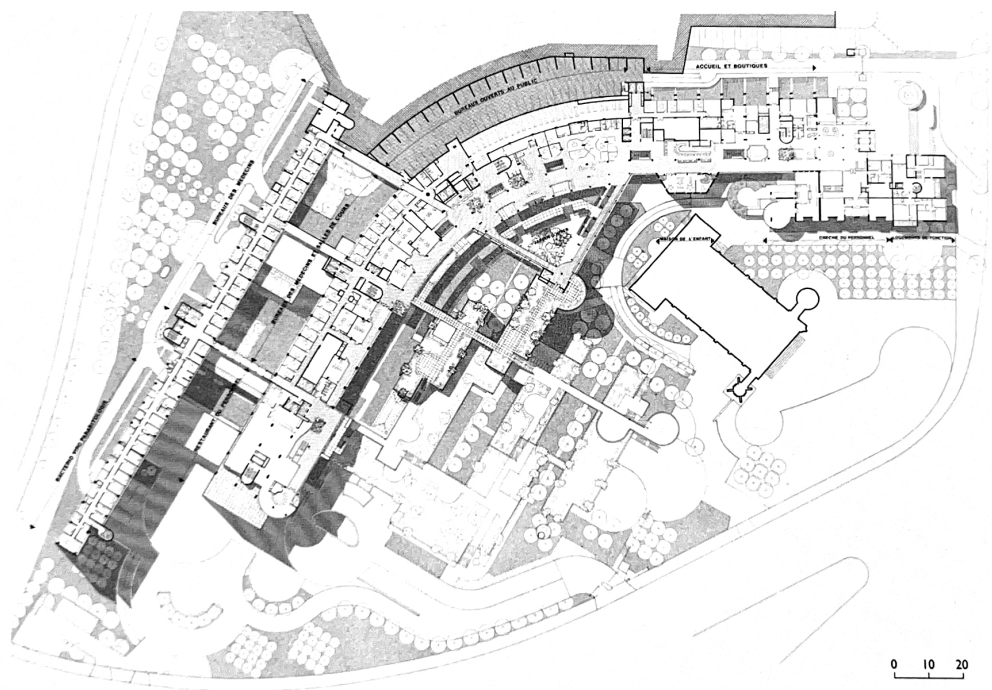


Fig. 24 ▲
Plan Masse de l'étage courant de l'hôpital Robert Debré, avec la présence de la rue/galerie, Blain Catherine, Pierre Riboulet: *de la légitimité des formes*, oeuvres 1979-2003, Monographie d'architecture, Éd. le Moniteur, 2004.

Au-delà des réponses fonctionnelles et architecturales, le projet interroge ainsi le rapport entre l'hôpital et la ville en cherchant à recréer une urbanité nouvelle sur une frange délaissée, tout en recomposant l'histoire du site.

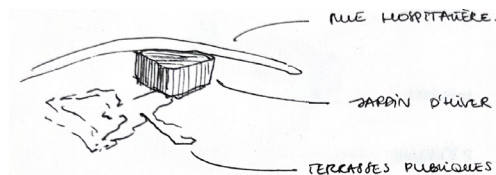
Par ailleurs, Pierre Riboulet parle explicitement d'*effacement de la maladie*.³⁴ En concevant l'hôpital-rue au sein de l'hôpital Robert-Debré, il cherche à briser l'isolement du malade. Pour lui, cet effacement passe par l'intégration de fonctions urbaines (commerces, circulations à l'échelle d'une rue, vues sur la ville) afin que le patient ne cesse jamais de se sentir comme faisant partie d'une ville en activité. La technique médicale est ainsi domestiquée par une architecture qui cherche à se rapprocher de la complexité d'un tissu urbain, mais aussi à se fondre avec lui.

³⁴ Riboulet, Pierre, (et Chaslin François), *Naissance d'un hôpital: journal de travail*, p. 26. Les Éd. de l'Imprimeur, 1994.

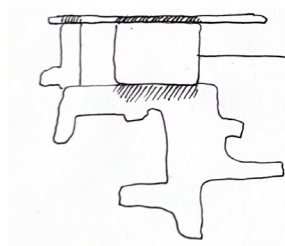
À l'inverse, ou plutôt en parallèle, l'hôpital Anna-Meyer propose un effacement de la maladie par le paysage. Ici, ce n'est pas la ville qui soigne, mais le territoire et la nature. La Villa Ognissanti agit comme une interface rassurante, évoquant davantage la maison florentine que le complexe de soins, tandis que l'extension s'efface littéralement en se glissant sous la pente, devenant une partie intégrante de la colline.

Dans les deux cas, la volonté des architectes est celle d'une désinstitutionnalisation de l'hôpital. Il s'agit de soustraire l'enfant à la violence visuelle du monde médical, souvent traduite par des couloirs infinis, une lumière artificielle omniprésente ou l'absence de repères temporels. Cette stratégie de camouflage et de continuité, qu'elle soit urbaine ou paysagère, transforme l'hôpital, l'éloignant d'un lieu clos et effrayant pour le rapprocher d'un lieu de vie, où la maladie est prise en charge sans saturer l'espace de sa présence. L'architecture devient alors le premier acte du soin.

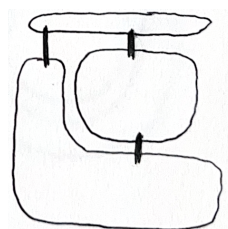
L'Hôpital Robert-Debré



(1) schéma des trois espaces supports de l'analyse : la rue hospitalière, le jardin d'hiver et les terrasses

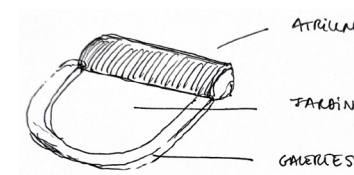


(2) plan schématique des points de contact entre la rue hospitalière, le jardin d'hiver et les terrasses

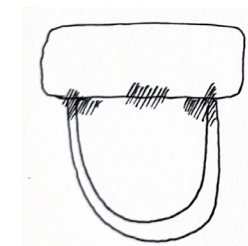


(3) schéma de principes des circulations entre la rue hospitalière, le jardin d'hiver et les terrasses

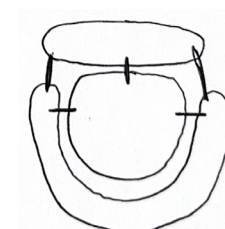
L'Hôpital Anna Meyer



(1) schéma des trois espaces supports de l'analyse : la galerie, l'atrium et le jardin



(2) plan schématique des points de contact entre la galerie, l'atrium et le jardin



(3) schéma de principes des circulations entre la galerie, l'atrium et le jardin

Fig. 25
production
personnelle,
dessins schématiques

Fig. 26
production
personnelle,
dessins schématiques

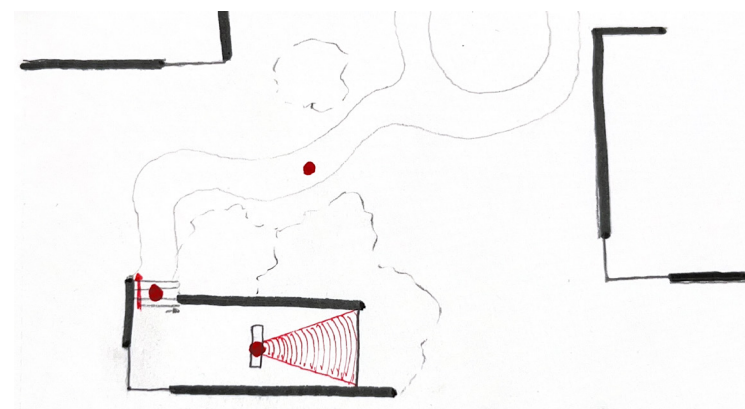
Toutefois, l'effacement de la maladie ne peut pas être seulement une intention théorique ; il repose sur des dispositifs architecturaux concrets. Pour atteindre ce résultat et produire le ressenti observé, plusieurs leviers spatiaux et techniques sont articulés de manière précise. Les parties suivantes analysent ces différents procédés afin de comprendre comment l'architecture parvient, par des choix constructifs et organisationnels, à effacer l'austérité médicale au profit d'un environnement apaisé.

Ces théories reposent en effet sur des dispositifs architecturaux concrets. Afin d'en analyser les mécanismes, l'étude s'appuie sur trois axes d'échantillonnage représentatifs de l'hôpital Anna Meyer :

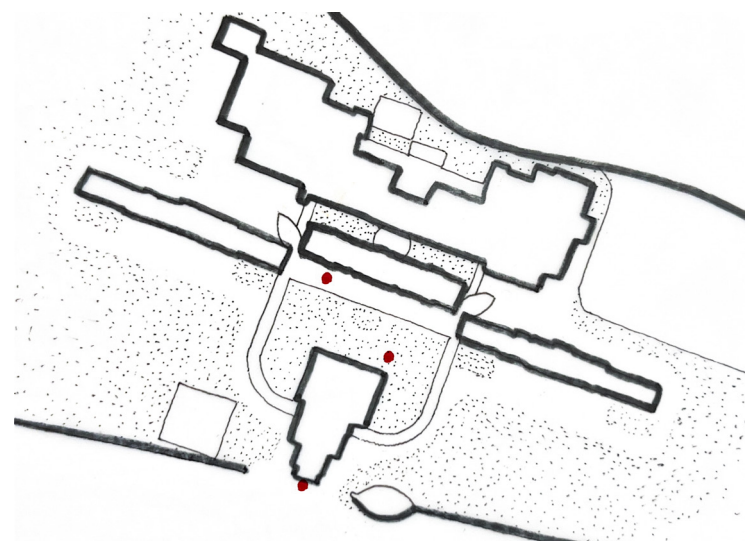
Les espaces du regard : cadrer et voir le paysage.

Les espaces du seuil : les frontières qui guident la transition entre dedans et dehors.

Les espaces extérieurs : les espaces extérieurs qui prolongent l'architecture dans le paysage.



◀ Fig. 27
schéma théorique
explicatif des trois
types d'espaces à
analyser,
production personnelle



◀ Fig. 28
schéma appliqué à
l'hôpital des trois types
d'espaces à analyser,
production personnelle

02.1

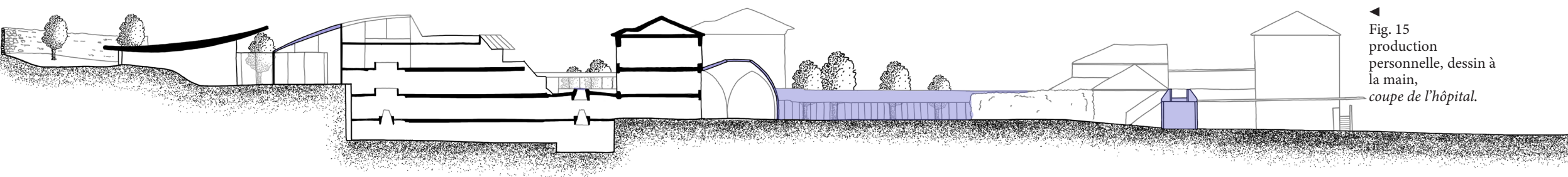
les espaces du regard, *cadrer et voir le paysage*

« La maison, dans la vie de l'homme, évite des contingences, elle multiplie ses conseils de continuité. Sans elle, l'homme serait un être dispersé. Elle maintient l'homme à travers les orages du ciel et les orages de la vie. Elle est corps et âme. Elle est le premier monde de l'être humain. Avant d'être "jeté au monde" [...], l'homme est déposé dans le berceau de la maison. [...] la vie commence bien, elle commence enfermée, protégée, toute tiède dans le giron de la maison. »³⁵

³⁵ Bachelard Gaston, *La poétique de l'espace*, p. 26, Quadrige, Presses Universitaires de France, 1981.

Être enfant et être hospitalisé, c'est avant tout être arraché à sa maison, devoir se séparer souvent brutalement de ce refuge qui nous protège. Face à cette rupture, les espaces intérieurs de l'hôpital jouent un rôle élémentaire, celui de recréer ce confort de la maison, afin que l'enfant subisse le moins possible ce déracinement. Cette notion de protection est capitale, parce que la maison est « *corps et âme* », elle nous contient dans le début de notre vie. Ainsi, une situation d'hospitalisation peut générer chez l'enfant un sentiment d'hyper vulnérabilité, comme s'il était « *jeté au monde* » et exposé à la froideur de l'institution, comme s'il devait affronter ce que Bachelard appelle « *les orages de la vie* ».

Dès lors, tout l'enjeu architectural est de savoir comment apporter cette sensation d'être contenu et protégé, et ce au sein d'un équipement de soin qui accueille du public, et qui, par son affluence et sa taille, peut nécessairement faire peur et s'éloigner radicalement de ce qu'incarne une maison.



◀ Fig. 15
production
personnelle, dessin à
la main,
coupe de l'hôpital.

³⁶ Fleury Cynthia,
Ville, Architecture et
Soin,
les machines à guérir,
page 8
Dossier de presse,
SCAU,
Exposition présentée
au Pavillon de
l'Arsenal du 6 avril au
28 août 2022.

Pour analyser ce changement de paradigme, on s'appuiera sur l'article de Cynthia Fleury, *Ville, Architecture et Soin*.³⁶

On s'éloigne ici radicalement de la vision de l'hôpital comme une *machine à guérir*, notion qui trouve racine à Paris après l'incendie de l'Hôtel-Dieu, en 1772. Les nombreux projets de reconstruction, qualifiés a posteriori par le philosophe Michel Foucault de *machines à guérir* (reprenant un vocabulaire utilisé par Jacques Tenon dès 1788), sont les productions d'une époque qui aura vu à la fois la formalisation de la médecine moderne et l'aboutissement de décennies d'hygiénisme. Il s'agit de dispositifs davantage que de lieux, conçus pour prendre en charge la maladie plutôt que les malades. Cette étape majeure consolide la médecine comme discipline scientifique, mais prend aussi le risque d'une dissociation du *cure* (traitement) et du *care* (soin, attention), alors même qu'ils doivent rester indissociables. Cela donne lieu à la construction d'hôpitaux avec des typologies qui s'apparentent à des barres, des tours, ou des usines, devançant de véritables machines complexes et autonomes qui adoptent les visages de la modernité. Leur implantation dissociée du corps urbain reflète des politiques d'aménagement qui accompagnent la géographie mouvante des métropoles.

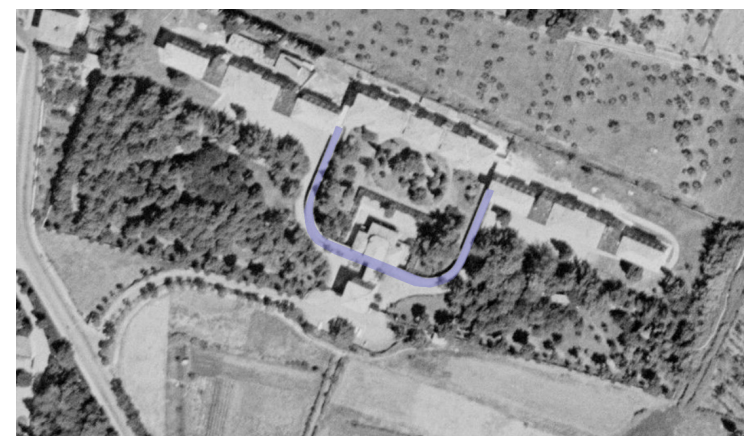
³⁷ Fleury Cynthia,
Ville, Architecture et
Soin,
les machines à guérir,
page 11
Dossier de presse,
SCAU,
Exposition présentée
au Pavillon de
l'Arsenal du 6 avril au
28 août 2022.

En réaction à cela, des nouvelles formes de soin émergent, et, pour citer Michel Foucault à nouveau³⁷, «le jardin devient le lieu d'une remise en question des pratiques institutionnalisées et de la construction d'autres formes d'habiter». Dans l'histoire du soin, le jardin occupe une place ancienne, dans ou hors de l'hôpital. À Paris, l'hôpital Sainte-Anne expérimente très tôt les bienfaits de l'hortithérapie. Aujourd'hui, dans la continuité d'expérimentations menées en psychiatrie au cours des années 1950 et 1960, de nombreux lieux de soin à travers le monde intègrent un jardin thérapeutique à leurs espaces.

On comprend bien que l'espace pédiatrique ne peut pas être qu'un outil technique, et que le patient ne peut pas être dissocié du processus de soin. Les hôpitaux doivent redevenir des lieux d'accueil, des lieux sensibles où le *cure* et le *care* demeurent complémentaires, voire indissociables. Et, précisément pour ces raisons, les dispositifs du regard et les cadrages sur le paysage interviennent pour briser les murs de l'institution, pour revenir à des formes plus humaines de l'hôpital, et offrir un modèle plus contemporain.

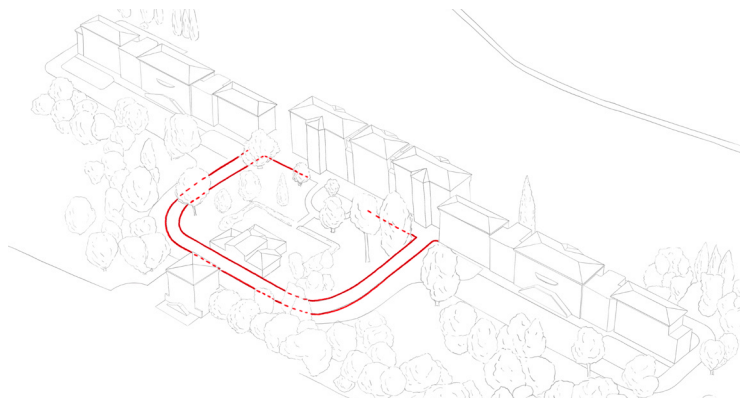
De cette manière, les espaces intérieurs jouent un rôle majeur dans la perception que nous pouvons avoir d'un hôpital, car ce sont eux qui nous contiennent, qui nous soignent et qui nous guident vers les services recherchés.

Dans le cadre de ce mémoire nous allons analyser un cas d'étude précis, celui des deux galeries vitrées de l'hôpital Anna Meyer, témoins du passé sanatorial du bâtiment, et incarnant la trace d'une circulation autrefois ouverte sur l'extérieur qui permettait de respirer l'air libre et de pratiquer l'héliothérapie.

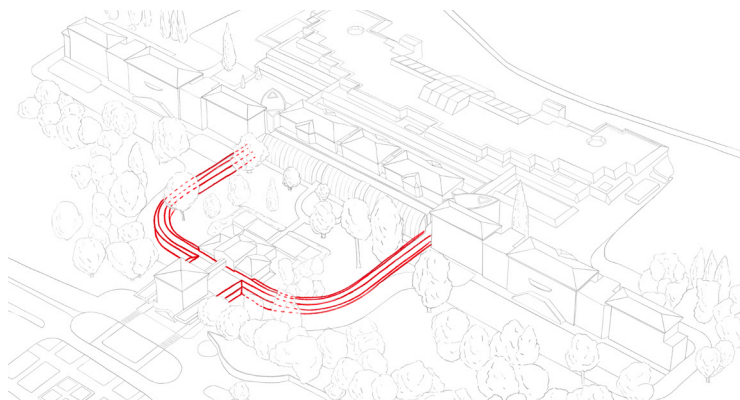


◀ Fig. 29
photographie aérienne
du sanatorium, avec
la galerie ouverte en
bleu,
production
personnelle

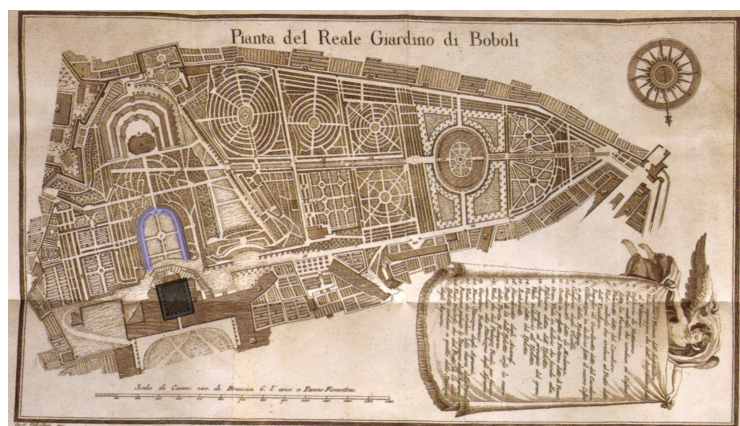
►
Fig. 30
production
personnelle,
schéma de la
promenade des galeries
lorsque l'édifice était un
sanatorium.



►
Fig. 31
production
personnelle, schéma
de la promenade des
galeries aujourd'hui.



►
Fig. 32
*Pianta del Reale
Giardino di Boboli*,
plan du Jardin de
Boboli à Florence,
Wikipédia



Lorsqu'il a été question de réhabiliter cet hôpital, ces circulations courbées, marquant une limite entre parc et jardin, ont été conservées. C'est une intention très claire, pas laissée au fruit du hasard. Giulio Felli me le confirme d'ailleurs lors de notre échange³⁸ : *son choix s'est porté sur le fait de transformer ces passages extérieurs en galeries intérieures, devenant ainsi le passage des flux majeurs vers le cœur de l'hôpital. Pour cela, il a choisi de vitrer l'entièreté des parois afin de conserver la vue sur la végétation que ce passage offrait initialement.*

³⁸Felli Giulio,
Annexe 01, entretien,
mai 2025

Ces circulations ont un rôle majeur car, après être entré dans l'hôpital et s'être présenté au comptoir d'accueil dans le petit pavillon de l'entrée, elles constituent directement le premier parcours que l'on emprunte. Ces deux chemins, dessinés en parfaite symétrie par rapport au pavillon d'accueil, permettaient à l'origine un parcours autour du jardin central avec une vue dégagée et ouverte sur le parc environnant. On dirait que ces deux axes ont été dessinés pour faire partie intégrante du jardin central. Cela rappelle la composition des jardins de Florence, comme celui de Boboli par exemple, où les jardins sont très structurés, formant des parcours devant les bâtiments.

Le fait de les conserver et de les connecter à la fois au pavillon d'accueil et au corps central de l'édifice rend leur statut essentiel pour la circulation. Comme elles sont au nombre de deux, elles permettent de diviser les flux et d'alléger les passages. Il paraîtrait assez logique que l'une soit faite pour entrer et l'autre pour sortir, mais dans la réalité, il n'y a pas vraiment de règles strictes et les patients circulent dans les deux sens.

Concrètement, l'enfant arrive, voit ce grand parc et ce pavillon, puis il y entre. Ensuite, il emprunte d'abord un escalier pour atteindre l'une des galeries et se retrouve tout de suite projeté dans le parc une seconde fois : de part et d'autre de la galerie, il y a des arbres, du vert et surtout une lumière abondante.



▲
Fig. 33
photographie personnelle,
intérieur de la galerie vitrée
(gauche) de l'hôpital Anna Meyer,
juillet 2025.

Fig. 34
photographie personnelle,
intérieure de la galerie vitrée
(gauche) de l'hôpital Anna Meyer,
juillet 2025.
▼



▲
Fig. 35
photographie personnelle,
galerie vitrée droite, vue depuis l'extérieur de
l'hôpital Anna Meyer,
juillet 2025.

Les galeries sont composées de parois vitrées du sol au plafond, entourées de menuiseries grises. Au sol, on retrouve un carrelage gris, comme dans l'atrium et le reste de l'hôpital, mais il est traversé par des bandes de parquet en bois chaleureux. Les bandes de bois sont calées sur le rythme des poteaux et des poutres. Ces poteaux blancs à base ronde reviennent selon une trame d'environ tous les 1,50 m pour supporter la toiture. Le fait que les bandes au sol soient alignées sur la trame des poteaux est témoin d'une certaine rigueur, et peut apporter une sensation d'ordre et le rythme. Les fenêtres de toute hauteur à partir du sol permettent à l'enfant de ne pas être exclu de cette vue qui s'offre derrière la vitre, ce qui aurait pu être le cas si les ouvertures avaient été plus hautes.

D'une largeur d'environ 2 mètres de poteau à poteau, le dimensionnement de la galerie facilite les croisements de flux et rend la circulation plus confortable. Cet espace permet en plus d'accueillir des objets d'exposition dans le creux entre les poteaux et la vitre, comme c'est le cas ici avec ces statues d'animaux colorées. On peut supposer que l'architecte utilise une structure rigide, mais qui finalement est habitée par des éléments souples et colorés (en l'occurrence ici cette exposition artistiques d'animaux), ce qui rompt avec le côté austère de l'hôpital. Le plafond est en bois, ponctué par les poutres qui reposent sur les poteaux. Enfin, pour protéger l'intérieur des rayons du soleil, les galeries ont une casquette en cuivre, de la même couleur que les toits cuivrés de l'extension, qui s'inscrit dans le prolongement de la toiture de la galerie. Ce dispositif permet aux patients de profiter de la lumière abondante et du vert des arbres sans devoir supporter les rayons du soleil direct, ce qui renforce une certaine sensation d'être projeté en plein parc tout en étant protégé.

Le cadrage du paysage se joue sur deux plans. D'abord par la verticalité : la colonnade de poteaux blancs au premier plan et les menuiseries grises en arrière-plan découpent la vue en séquences. Ensuite, ce cadrage est complété par des lignes horizontales : celle du sol et celle du plafond, en enfin, à l'extérieur, celle de la casquette en cuivre.

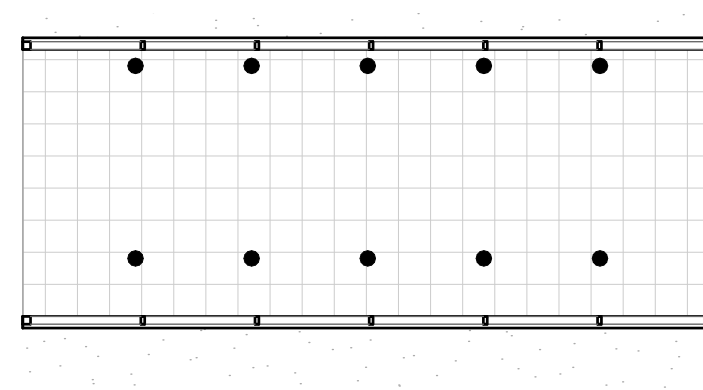


Fig. 36
production
personnelle,
partie du plan de la
galerie de l'hôpital
Anna Meyer.

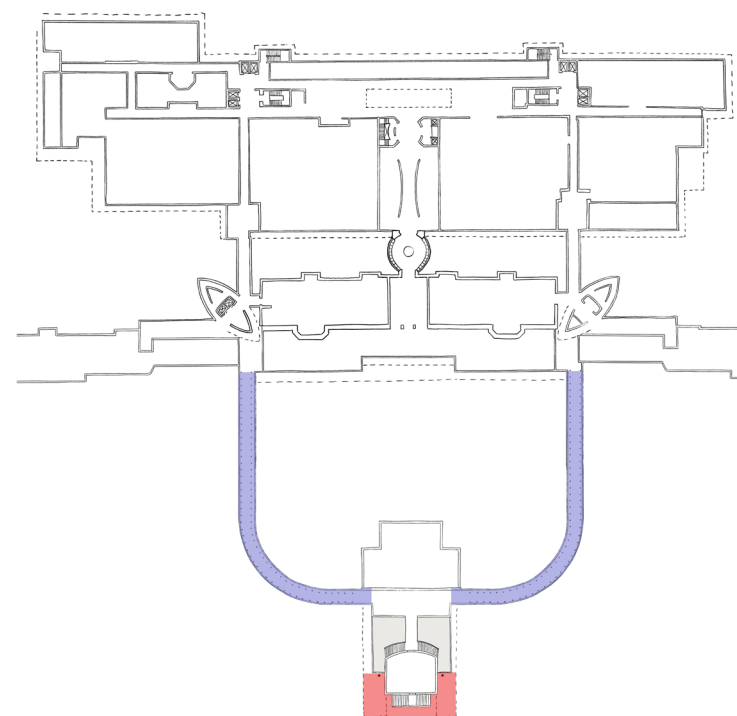


Fig. 37
production
personnelle,
plan du niveau de la
galerie de l'hôpital
Anna Meyer,
mise en évidence
en bleu,
et son lien à la rue,
en rouge.

C'est cet assemblage de lignes verticales et horizontales qui transforme la paroi vitrée en une fenêtre sur le parc, plaçant le patient non pas seulement devant une vitre, mais au centre d'un dispositif qui met la nature en scène, comme un tableau.

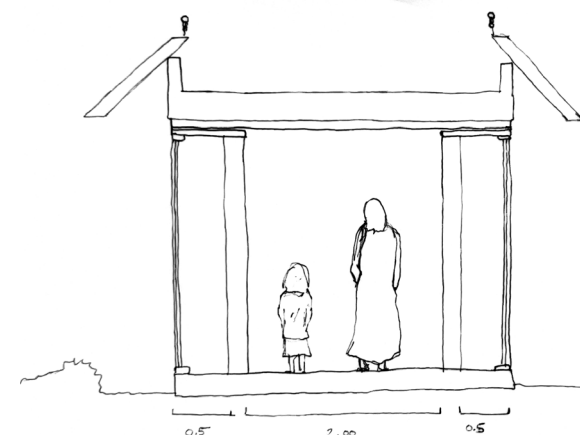
Par ailleurs, ce jeu de transparence ouvre la vue sur le parc, mais aussi sur le jardin intérieur. Le regard traverse l'espace jusqu'à la galerie d'en face qui, elle aussi, est transparente. En fait, cette superposition permet de voir l'intégralité du parc dans toute sa largeur, comme si le bâtiment ne coupait jamais la perspective.

Le sol de la galerie est presque à la même hauteur que celle du jardin, ce qui renforce cette idée de continuité, comme si la galerie en était le prolongement. Malgré tout, la ligne de la menuiserie au sol vient empêcher cette fusion totale : elle marque quand même une limite, une frontière entre le dedans et le dehors. Elle nous rappelle que, même si la vue est ouverte, ce sont deux espaces bien distincts.

³⁹ Felli Giulio,
Annexe 01, entretien,
mai 2025.

Par ailleurs, la galerie de l'hôpital Meyer propose un double parcours, dont la subtilité échappe au premier regard. Comme me l'a confirmé Giulio Felli ³⁹, outre la déambulation intérieure permettant de contempler le parc, les enfants hospitalisés ont la possibilité de circuler sur le toit même de la galerie. Ce second passage, conçu en référence aux promenades thérapeutiques des sanatoriums, offre un espace de rééducation privilégié. Directement relié à la salle de sport, ce cheminement permet aux enfants de réapprendre à marcher et de reprendre confiance en leurs capacités physiques, tout en étant physiquement connectés à l'extérieur et isolés de l'agitation des flux principaux de la galerie. Cette superposition de parcours témoigne d'une volonté forte de rendre l'architecture hyperconnectée à son environnement paysager.

Finalement, ce dispositif architectural de la galerie distributrice repose sur un équilibre entre liberté et protection. D'un côté, la transparence totale et l'effacement des limites visuelles projettent l'enfant dans le parc. De l'autre, la rigueur de la trame, la présence physique des poteaux et cette frontière marquée par la menuiserie au sol recréent un cadre dans lequel on se sent tout de même contenu. Ces dispositifs et cette transparence sont rassurants, et marquent un point de rupture avec les distributions d'hôpital souvent placées entre quatre murs et éclairées par des lumières artificielles.



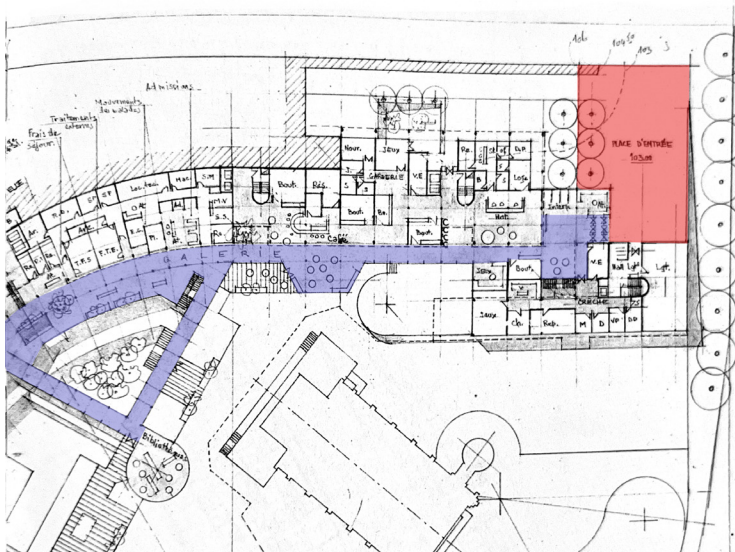
◀ Fig. 38
production
personnelle,
coupe schématique de
la galerie de l'hôpital
Anna Meyer.

⁴⁰ Blain Catherine,
Pierre Riboulet: de la
légitimité des formes
oeuvres 1979-2003,
p. 34,
Monographie
d'architecture,
Éd. le Moniteur,
2004.

« Les volumes et la lumière sont à la base de cette composition. Le bâtiment, par tous ses pores, s'ouvre à la lumière, la laisse pénétrer partout, s'en nourrit. C'est sa substance même. » ⁴⁰

À l'image de la rue intérieure de Pierre Riboulet dans l'hôpital Robert Debré, (image de la rue intérieur), il y a cette volonté de transformer la circulation en un espace vivant. La "rue" servait à rompre avec l'aspect hospitalier pour recréer un prolongement de ville, pour ne jamais se sentir en rupture avec elle. A l'hôpital Anna Meyer, ces galeries utilisent la transparence pour intégrer le jardin au parcours de soin. Ce n'est pas la ville en tant que système urbain et social que l'architecte cherche à réintégrer mais plutôt le paysage, l'environnement végétal du site, et plus largement le paysage de Toscane.

►
Fig. 39
Riboulet Pierre,
Naissance d'un hôpital:
journal de travail,
1994, page 85,
plan du niveau de la
rue/galerie de l'hôpital
Robert Debré,
mise en évidence en
bleu, et son lien à la
rue, en rouge.



►
Fig. 40
archives de l'AP-HP,
Photographie de
la «rue» hospitalière,
1992.



►
Fig. 41
photographie
personnelle,
La «rue» hospitalière :
la médiathèque,
février 2026



►
Fig. 42
photographie
personnelle,
La «rue» hospitalière :
végétation intérieure,
février 2026



►
Fig. 43
photographie personnelle,
La «rue» hospitalière,
février 2026



À l'hôpital Anna Meyer, les galeries adoptent une échelle plus intime, moins hautes et moins larges que celles de Robert-Debré, et misent sur une transparence radicale pour intégrer le jardin au parcours de soin. Ici, l'intention de l'architecte ne porte pas sur la réintégration du système urbain et social, mais plutôt sur une immersion dans le paysage végétal du site et, par extension, dans le paysage de toscane.

L'analyse comparée des deux édifices révèle une intention architecturale commune : organiser une progression spatiale qui guide l'usager de manière intuitive vers les pôles de soins. À l'instar de l'hôpital Robert-Debré, plus le visiteur s'enfonce dans la circulation principale, plus les services rencontrés gagnent en importance médicale. Cependant, la nature même de cette colonne vertébrale diverge. Chez Pierre Riboulet, la notion de « rue » est habitée au sens propre du terme. L'épaisseur des parois y intègre des services et des commerces recevant du public, tandis que sa largeur généreuse s'apparente aux standards d'une voirie urbaine. Cette stratégie évite toute sensation de rupture ou de limite brutale pour l'enfant, rendant la frontière institutionnelle presque imperceptible.

À l'hôpital Anna Meyer, la stratégie est inverse. L'architecte ne cherche pas à faire entrer la ville, il cherche au contraire à éloigner le quartier environnant, composé quasiment exclusivement d'autres structures hospitalières, pour protéger l'enfant. On retrouve donc la logique de la rue de Pierre Riboulet : en remplaçant l'activité urbaine par la présence constante végétale, l'architecture parvient, à maintenir une continuité paysagère qui détourne l'attention de la pathologie pour la porter vers le dehors. La galerie fonctionne comme un filtre qui exclut l'environnement urbain au profit du seul parc. Par les cadrages, la matérialité et les ouvertures que nous avons analysées, l'architecture garantit que depuis les galeries, on ne voit que la nature, rendant l'hôpital environnant presque invisible et apportant ainsi une sensation plus paisible pour l'enfant. La connexion visuelle avec le dehors demeure alors ininterrompue tout au long de la déambulation dans la galerie.

Toutefois, cette fluidité intérieure se heurte à des réalités d'accès opposées. Si Robert-Debré cherche à effacer la limite par un prolongement urbain, le pavillon de la Villa Ognissanti au Meyer impose un protocole d'entrée strict et une dénivellation physique qui marquent une coupure nette avec l'espace public. Cette différence fondamentale introduit la notion de seuil comme point de bascule entre rupture et continuité avec le paysage. C'est ce rôle du seuil que nous allons maintenant explorer comme élément clé de l'expérience hospitalière.

02.2

les espaces du seuil, frontières et transitions entre dedans et dehors

L'étape initiale de cette réflexion consiste à définir le rôle des seuils hospitaliers comme une épaisseur nécessaire à la respiration spatiale. Dans l'article des Chroniques d'architecture, il est dit que :

« Le seuil est le lieu transitoire d'un mouvement de transition. Il est le consentement à la différence, il n'est ni dedans ni dehors mais, surtout, le « point rencontre » entre un dedans et un dehors. » ⁴¹

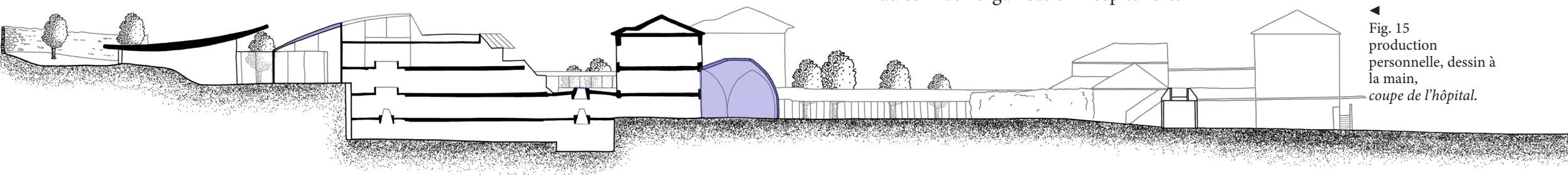
⁴¹ Rechak Gemaile, *Effet de seuil : pour les architectes, de l'épaisseur de la limite*, dans Les Chroniques de l'Architecture, septembre 2020

Cette définition permet de comprendre qu'entrer dans un hôpital n'est pas une limite brutale, mais un seuil, un espace intermédiaire qui prépare l'usager au changement d'environnement. Dans ce même article, il est précisé que :

« Le seuil a ceci de particulier qu'il constitue, en plus de la séparation entre le dedans et le dehors, un « point rencontre » entre l'ouverture et la fermeture de la limite. Il organise son franchissement sélectif, contrôlé et toutes les significations symboliques qui s'y rapportent. » ⁴²

⁴² Ibid.

Dans le contexte spécifique d'un établissement de santé, cette sélectivité du franchissement est fondamentale pour concilier l'accessibilité du public et la protection de l'espace de soin. L'épaisseur du seuil devient alors un outil architectural qui permet de mettre en scène la transition entre l'échelle de la ville et l'échelle du patient. En dilatant cette limite, l'architecte crée une zone de décompression où le visiteur peut ralentir son rythme et s'orienter, ce qui réduit l'impact psychologique brutal de l'entrée en milieu médicalisé. Concrètement, cette gestion de la transition s'incarne à travers différents dispositifs architecturaux qu'il convient d'identifier selon leurs fonctions respectives au sein de l'organisation hospitalière.



◀ Fig. 15
production
personnelle, dessin à
la main,
coupe de l'hôpital.

Le premier seuil que l'on identifie à l'hôpital Anna Meyer et à l'hôpital Robert Debré, c'est celui de l'entrée.

À Robert Debré, la transition est très fluide grâce au fait de ne pas avoir construit de grand hall d'accueil ou d'entrée monumentale, mais plutôt une rue hospitalière qui débute directement dès le parvis, comme une continuité du boulevard Sérurier.

À l'hôpital Anna Meyer, la situation est différente car, même s'il n'y a pas non plus de grand hall, ce qui était une volonté de l'architecte exprimée lors de notre échange, (cf entretien), il existe quand même un pavillon qui fait office de rupture plus brutale et qui marque un premier seuil plus affirmé qu'à Robert Debré. Cet édifice impose à l'enfant une succession de franchissements, celui de la porte puis celui des escaliers, pour enfin seulement rejoindre la galerie. Puisqu'on ne retrouve pas un système de rue directement connecté à la ville, ce premier rapport entre le dedans et le dehors s'avère un peu brutal et moins fluide, ce qui peut être synonyme d'inconfort pour un jeune patient, même si ce petit pavillon d'accueil tente malgré tout d'évoquer la maison et le chez-soi.



◀ Fig. 44
archives de l'AP-HP,
1988-1989,
entrée principale,
boulevard Sérurier.



◀ Fig. 45
photographie
personnelle,
mai 2025,
entrée principale de
l'hôpital Anna Meyer.

⁴³ Blain Catherine, *Pierre Riboulet: de la légitimité des formes œuvres 1979-2003*, p. 30, Monographie d'architecture, Éd. le Moniteur, 2004.

⁴⁴ Felli Giulio, *Annexe 01, entretien*.

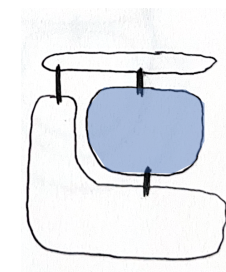
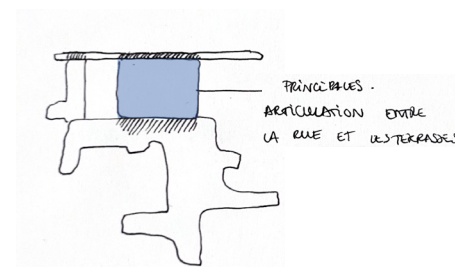
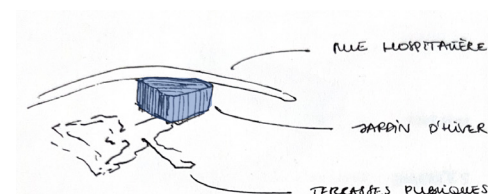
⁴⁵ Riboulet Pierre, *Naissance d'un hôpital*, page 52.

En réalité, le seuil qui constitue pour les deux édifices le point central du projet, c'est l'atrium d'Anna Meyer et le jardin d'hiver chez Pierre Riboulet.⁴³ Ces deux espaces sont des lieux au volume important, caractérisés par une hauteur sous plafond notable, par leur superficie et leur ouverture sur le dehors. Ce sont des lieux centraux dans la répartition des distributions, mais aussi dans le rapport qu'ils entretiennent tous les deux avec l'extérieur, que ce soit visuellement par la transparence et les cadrages vers le dehors ou plus littéralement par les passages qu'ils offrent vers les espaces extérieurs.

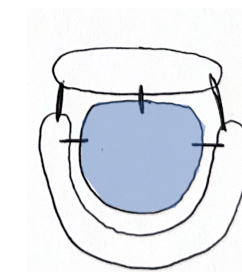
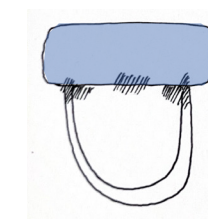
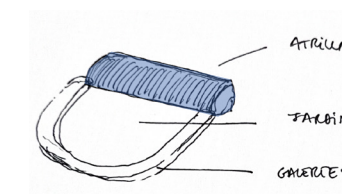
L'atrium de l'hôpital Anna Meyer est un volume complètement transparent à plan rectangulaire qui vient s'accoler au bâti existant du corps central du sanatorium pour devenir la salle d'attente et l'articulation des flux de l'hôpital. Il est dessiné comme une serre et c'est d'ailleurs ainsi que Giulio Felli⁴⁴ le nomme lorsqu'il parle de cette partie du bâtiment en l'appelant *la serra*. Il est conçu comme une serre d'une part pour sa matérialité entièrement vitrée, laissant pénétrer la lumière dans l'espace, mais aussi parce qu'il possède un système de ventilation en autorégulation similaire à celui d'une serre. Sa position dans l'édifice, située en prolongement des galeries vitrées, en fait un point de passage presque obligatoire. En comparaison, l'hôpital Robert-Debré se dote d'un espace vert singulier sous la forme d'un jardin d'hiver accessible depuis la rue-galerie. Comme l'écrit Pierre Riboulet :

« nous sommes toujours dans la rue et nous arrivons au grand espace central, celui du jardin d'hiver avec une verrière, un jardin étagé sur trois niveaux avec un grand escalier droit très simple, une volée qui monte vers l'accueil de la maternité au-dessus, et deux volées qui descendent vers les zones d'accueil des polycliniques et de la radio. »⁴⁵

(1) le jardin d'hiver, Hôpital Robert-Debré



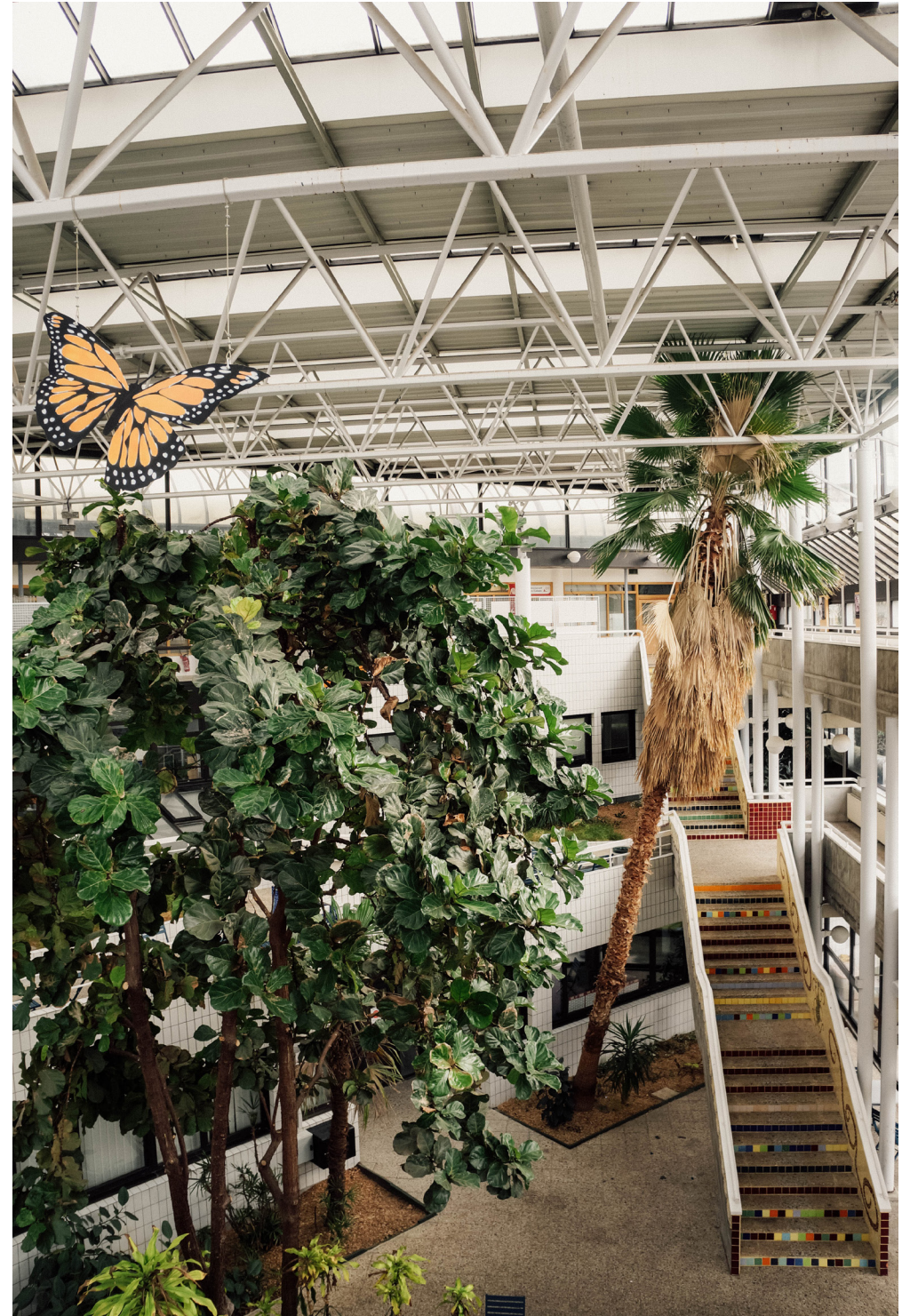
(2) l'atrium, Hôpital Anna Meyer



▲
Fig. 46
production
personnelle,
croquis permettant de
situer les cas d'étude.



Fig. 47 ▲
photographie par AEI progetti,
l'atrium.



▲ Fig. 48
photographie personnelle,
le jardin d'hiver.



Fig. 49 ▲
photographie personnelle,
la végétation haute du jardin d'hiver.



Fig. 50 ▲
photographie personnelle,
niveau bas du jardin d'hiver.



Fig. 51 ▲
photographie personnelle,
les escaliers du jardin d'hiver.

⁴⁶ Girier-Diebolt, Christine, *Le centre hospitalo-universitaire Robert-Debré : l'innovation au service des enfants, des adolescents et des parents*, Le Cherche midi, 2009, page 41.

Conçu par la paysagiste Liliane Tribel, ⁴⁶ il s'élève sous une vaste charpente métallique pour devenir le cœur de l'hôpital et un havre de paix. Le jardin accueille des plantes primitives qui atteignent aujourd'hui la toiture pourtant très haute. Cet espace composé de plantes sans fleurs constitue un spectacle impressionnant pour les patients et permet une respiration naturelle au sein du parcours de soin sans nécessairement être dehors.

L'analyse comparative permet de souligner que le jardin d'hiver n'a pas été conçu dès le début de l'esquisse, contrairement à la galerie et aux terrasses.

⁴⁷ Le Seignoux, Yin, *Le statut et les enjeux des espaces semi-publics de l'hôpital. Le cas de l'hôpital Robert-Debré*, Sous la direction de Langlois, Gilles-Antoine, ENSA Paris Val de Seine, 2023 Page 74, 75, 76.

En se basant sur le mémoire de Yin Le Seignoux ⁴⁷, on comprends que l'idée était de travailler une respiration dans la zone centrale, mais ce sans employer le terme jardin d'hiver avant la moitié du temps imparti. Cette naissance soudaine explique que le jardin d'hiver semble être le fruit d'un croisement entre deux promenades sans avoir été totalement pensé depuis le point de vue d'un enfant qui aurait besoin de repères visuels pour s'appropriier l'espace. Bien que Pierre Riboulet souhaitât un lieu disponible pour que les gens se retrouvent, on remarque aujourd'hui un manque de hiérarchisation entre les usages et les flux.

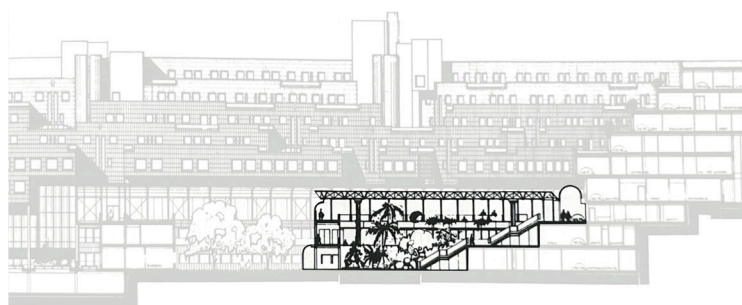


Fig. 52 ▲
Riboulet Pierre,
Naissance d'un hôpital,
Coupe sur le jardin d'hiver
de l'hôpital Robert-Debré.

Le jardin d'hiver est un lieu de circulation verticale où les escaliers deviennent des zones d'assise improvisées, rendant la circulation difficile. Finalement, cet espace seuil, bien qu'il assure un lien avec le paysage, n'est pas un lieu où la contemplation est réellement possible car il reste avant tout un lieu de flux.

À l'inverse, dans l'atrium de Anna Meyer, l'architecte en fait directement un élément majeur et fondateur du projet comme lieu d'articulation de tous les flux. Par son lien avec la galerie, le jardin et l'hôpital, il offre nécessairement cette possibilité de respiration. Aucune circulation verticale ne l'habite, ce qui rend sa position de noyau plus stratégique et permet une distribution horizontale plus fluide et plus diffuse. Étant la salle d'attente de l'hôpital, des éléments pour prendre le temps de respirer y sont installés, transformant le lieu en espace de pause et de contemplation, là où à Robert Debré ces espaces sont plus restreints.

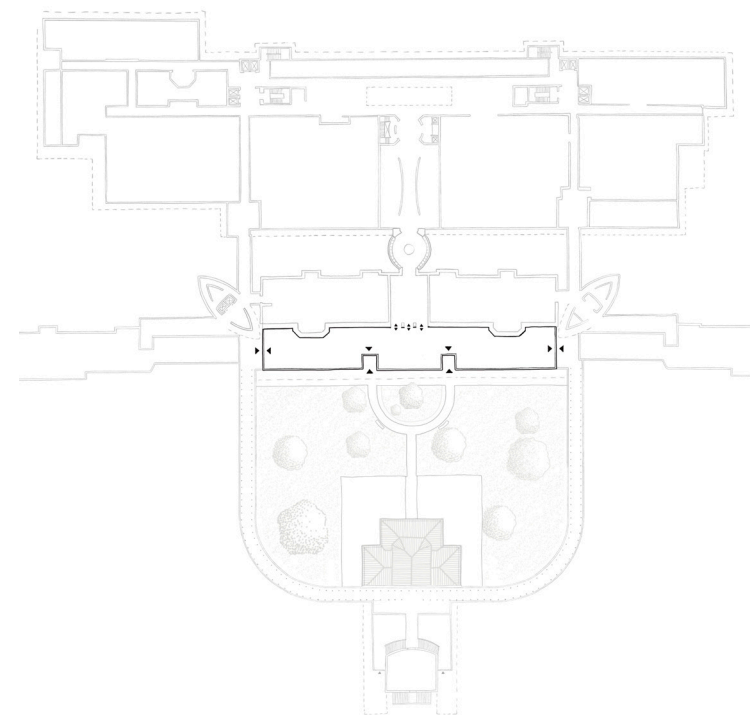


Fig. 53
production
personnelle,
plan d'étage courant
de l'hôpital Anna
Meyer et de l'atrium.

⁴⁸ Le Seignoux, Yin, *Le statut et les enjeux des espaces semi-publics de l'hôpital. Le cas de l'hôpital Robert-Debré*, Sous la direction de Langlois, Gilles-Antoine, ENSA Paris Val de Seine, 2023 Page 78.

L'autre élément d'analyse est le choix de la matérialité. À Robert Debré, Pierre Riboulet a choisi le carreau de céramique blanche comme matérialité dominante, un choix qui est aujourd'hui remis en question ⁴⁸ car les usagers l'associent à l'atmosphère aseptisée des hôpitaux. Ce choix d'une même matérialité dedans et dehors renforce l'inconfort, car même lorsque l'on regarde vers l'extérieur, on retrouve cette céramique sur les façades.

Fig. 54
photographies personnelles,
les différentes matérialités de l'hôpital
Robert-Debré. ►



(1) céramique blanche extérieure



(2) béton et structure métallique



(3) céramique blanche intérieure

⁴⁹ Felli Giulio, *Annexe 01, entretien*.

L'hôpital Anna Meyer propose une approche très différente où Giulio Felli choisit expressément le bois et la couleur blanche pour habiller l'atrium⁴⁹. Lors de notre entretien, il a expliqué que cet espace représentait l'intérieur de la baleine dans l'histoire de Pinocchio. Cette référence au conte apporte des éléments rassurants et ludiques à l'enfant. Le choix du bois est unique pour un hôpital et vient marquer une rupture chaleureuse avec l'univers hospitalier habituel. De plus, le bois fait référence au contexte paysager du parc, permettant aux poteaux de se fondre dans le contexte pour enlever le caractère anxiogène de l'équipement et créer une limite plus floue. Accompagné de grandes parois vitrées, ce choix renforce la connexion lumineuse avec l'extérieur.

Fig. 55
AEI Progetti et CSPE,
les différentes matérialités de l'hôpital
Anna Meyer. ►



(1) structure en bois



(2) toiture en cuivre



(3) atrium en verre

Enfin, le rapport concret au dehors révèle deux stratégies distinctes de connexion au paysage. À l'hôpital Robert-Debré, l'accès à l'extérieur depuis la rue hospitalière propose deux expériences opposées. La première se fait dans la continuité de la galerie vitrée par une passerelle menant aux toitures végétalisées. Ce seuil offre une expérience de belvédère où le patient domine la ville face à la Philharmonie ou la Cité des Sciences, garantissant une continuité parfaite pour les personnes à mobilité réduite. À l'inverse, l'accès aux patios du niveau inférieur impose une rupture physique plus forte par l'usage d'escaliers ou d'ascenseurs, créant un sentiment d'enfermement protecteur entre quatre murs végétalisés.

À l'hôpital Anna Meyer, la relation au dehors est plus directe mais plus sectorisée, s'effectuant de plain-pied depuis l'atrium. Cependant, cette transition est aujourd'hui complexifiée par l'ajout d'un point de vente pour la Fondation Meyer qui parasite le seuil originel et relègue l'accès au jardin au second plan. La continuité paysagère y est différente de celle de Robert Debré car on ne quitte pas l'enceinte de la propriété. On passe de la serre au jardin, qui restent des espaces cloisonnés, ce qui peut engendrer une certaine frustration de ne pas accéder plus facilement au grand parc entourant l'hôpital, lequel pourrait apporter une sensation de liberté similaire au belvédère des toits de Robert Debré.

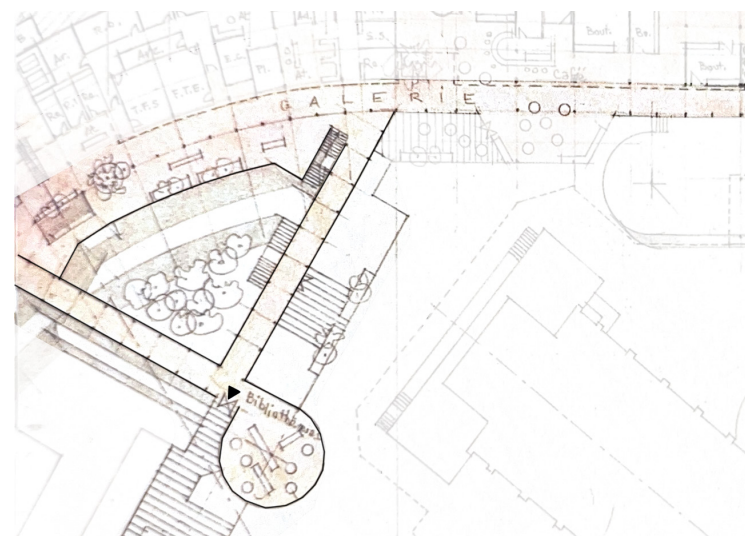


Fig. 56
Riboulet Pierre,
*Naissance d'un
hôpital*,
plan d'étage de la
rue hospitalière et
du jardin d'hiver
de l'hôpital Robert-
Debré, avec ses accès
vers l'extérieur.

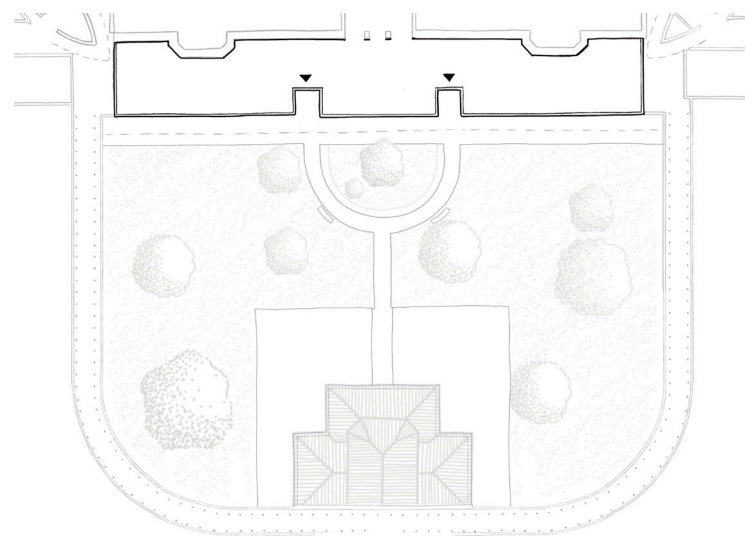


Fig. 57
production
personnelle,
plan de l'atrium
de l'hôpital Anna
Meyer, avec ses
accès vers le jardin.

02.3

les espaces extérieurs, prolonger l'architecture par le paysage

Si l'architecture et le paysage ont longtemps été perçus comme deux entités traitées séparément, ces deux disciplines poursuivent en réalité le même but : celui de valoriser et de mettre en scène l'espace. Comme l'explique Aurélie Demuyter⁵⁰ dans ses travaux sur l'art de concilier ces deux domaines, chaque discipline modèle l'environnement à sa manière et selon sa propre échelle, mais elles se rejoignent dans la volonté d'offrir un regard sensible sur le lieu habité. Dans le contexte de la santé, cette union devient fondamentale pour répondre aux besoins profonds de l'individu.

⁵⁰ Demuyter Aurélie, *L'art délicat de concilier architecture et paysage*, Sciences agricoles, 2012.

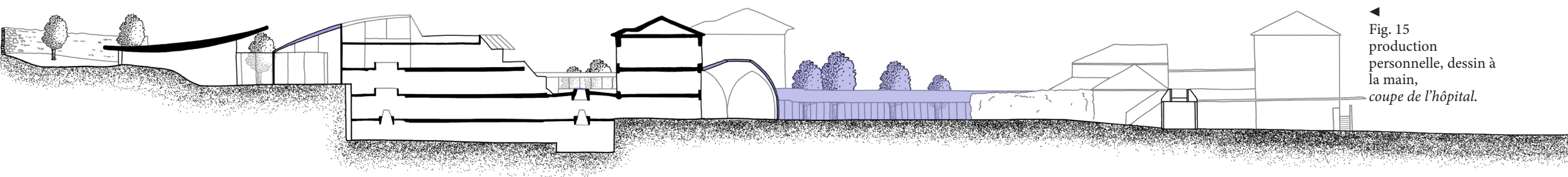
Cette approche s'appuie notamment sur le concept de *biophilie*⁵¹, un terme issu des racines grecques *bios* et *philia* signifiant littéralement l'amour de tout ce qui est vivant. Initialement proposé en 1973 par le psychanalyste Eric Fromm, ce concept a été repris et popularisé en 1984 par le biologiste Edward Osborne Wilson. Pour lui⁵², la biophilie n'est pas une simple préférence esthétique, mais un besoin intrinsèque de l'être humain. Il précise d'ailleurs dans son ouvrage de référence que la biophilie est probablement un besoin ancré dans notre biologie, nécessaire à notre développement individuel.

⁵¹ Atelier Monarque, *Qu'est-ce que la biophilie ?*, AMAzine, avril 2022

⁵² Santé des enfants & Environnement, *La Biophilie d'Edward O. Wilson*

Cette connexion vitale avec la nature irrigue la notion de paysage thérapeutique. Selon Clélia Gasquet-Blanchard⁵³, ce concept renvoie à l'ensemble des conditions spatiales d'un lieu de soin et souligne les liens directs entre l'espace et la guérison. Il permet d'aborder le bien-être à travers des composantes physiques, sociales et symboliques.

⁵³ Gasquet-Blanchard Clélia, *Paysage thérapeutique*, Géoconfluence, mars 2021



◀ Fig. 15
production
personnelle, dessin à
la main,
coupe de l'hôpital.

⁵⁴ Fédération Française du Paysage, *Lecture, Paysage de la santé – Santé du paysage*, Les Carnets du paysage n°37, novembre 2020

En somme, la problématique de la santé⁵⁴ conduit à questionner une certaine conception de l'être humain qui le détache des lieux où il se trouve pour, au contraire, l'envisager dans la multiplicité des relations qu'il entretient avec son milieu.

Pour l'enfant, cette relation au milieu extérieur est d'autant plus cruciale qu'elle passe par le jeu et l'expérience physique. Dans son ouvrage sur la conception hospitalière, Pierre Riboulet s'interroge sur la pratique spatiale des plus jeunes :

⁵⁵ Riboulet Pierre, *Naissance d'un hôpital*, p. 20.

« Quels sont les lieux que les enfants pratiquent aujourd'hui dans la ville ? les rues, les vitrines, les endroits un peu tordus où l'on fait des glissades (il y en a sur ce terrain, des endroits à glissades), les galeries marchandes avec des escaliers, des ascenseurs, des lumières. Des endroits où l'on peut courir, où il n'y a pas de voitures. Des jardins, des squares. Des écoles, des garderies, des crèches. Des endroits qui ne font pas mal, où il y a les copains, les copines, où l'on peut rigoler. »⁵⁵

À l'hôpital Anna Meyer, le paysage est conçu pour répondre à cette exigence en épousant l'architecture. Deux espaces se distinguent par leur fonction et leur connexion au bâti.

D'un côté, le *parc* se déploie par sa vaste superficie et sa végétation pour créer une barrière protectrice avec la ville, entourant l'architecture d'un rempart naturel.

De l'autre, le *jardin* s'identifie davantage à un cœur vert. Contrairement au parc, il semble contenu par l'architecture elle-même. Ce jardin est rigoureusement structuré par des plantations et des chemins qui, par leur symétrie, rappellent l'ordre des pavillons de la villa Ognissanti. On y lit la trace de l'homme dans un dessin finement tracé et délicatement relié aux entrées, prolongeant ainsi l'architecture vers l'extérieur. Il est en direct prolongement des parties communes de l'hôpital que nous avons analysées précédemment, à savoir la galerie vitrée et l'atrium, constitue le dernier objet d'étude de cette troisième partie consacrée au paysage comme prolongement de l'architecture au service du soin.



◀ Fig.58
photographie
personnelle,
juillet 2025,
parc de l'hôpital
Anna Meyer.



◀ Fig. 59
photographie
personnelle,
juillet 2025,
jardin de l'hôpital
Anna Meyer.

En effet, la place centrale qu'il incarne lui confère un rôle prédominant dans le quotidien des jeunes patients. Accessible par une multiplicité de seuils, cela renforce sa position centrale au sein de l'établissement. Il constitue une troisième voie de circulation permettant de relier l'accueil à l'atrium, offrant ainsi une alternative de plein air aux galeries vitrées.

Cette accessibilité, possible depuis les galeries elles-mêmes ou via les deux portes centrales de l'atrium, en fait un véritable croisement de flux. Pourtant, au-delà de sa fonction de passage, il se présente comme une respiration nécessaire pour l'hôpital. Lors de mes observations sur le terrain, j'ai pu remarquer que si de nombreux usagers s'y arrêtent pour téléphoner ou boire un café, la majorité l'utilise comme un cheminement en mouvement. Ce choix de parcours témoigne d'un besoin spontané de contact avec l'extérieur et d'un désir d'air pur, même pour un court trajet. Puisque la plupart des visiteurs privilégient les galeries couvertes, le jardin préserve un calme relatif, offrant une atmosphère paisible à ceux qui s'y aventurent. La structure du jardin répond toutefois à une rigueur formelle qui contraste avec la liberté que pourrait suggérer un espace naturel. Loin d'être une pelouse libre d'accès, il s'organise selon un dessin symétrique composé de chemins minéraux et de zones végétalisées sur lesquelles on ne marche pas. Cette matérialité impose une certaine retenue dans le comportement : on y respire, mais on y déambule selon un tracé imposé. Cette organisation diffère radicalement de celle du grand parc de l'hôpital où la souplesse du tracé et l'immensité des surfaces autorisent une plus grande liberté de mouvement, comme celle de s'asseoir directement dans l'herbe.

Sa composition paysagère privilégie une végétation basse, ponctuée seulement de quelques arbres hauts, maintenant une connexion visuelle constante avec les galeries et l'atrium. Si cette transparence assure une continuité spatiale, elle limite l'intimité du jardin, puisque le patient qui s'y trouve reste exposé au regard de ceux restés à l'intérieur. En revanche, l'absence de grands massifs arborés dégage une vue imprenable sur le ciel, offrant un cadrage vertical apaisant qui existe moins dans le parc.

Bien que l'accès soit rendu fluide par l'absence de dénivelé ou d'emmarchement, le jardin conserve un caractère clos. Encerclé par les parois vitrées de l'accueil, de l'atrium et des galeries, il ne propose aucune ouverture sur l'horizon. Cet encloussement peut générer un sentiment de protection et de sécurité, mais peut également provoquer une forme d'enfermement chez celui qui recherche un véritable dégagement visuel et une évasion hors des limites de l'institution.

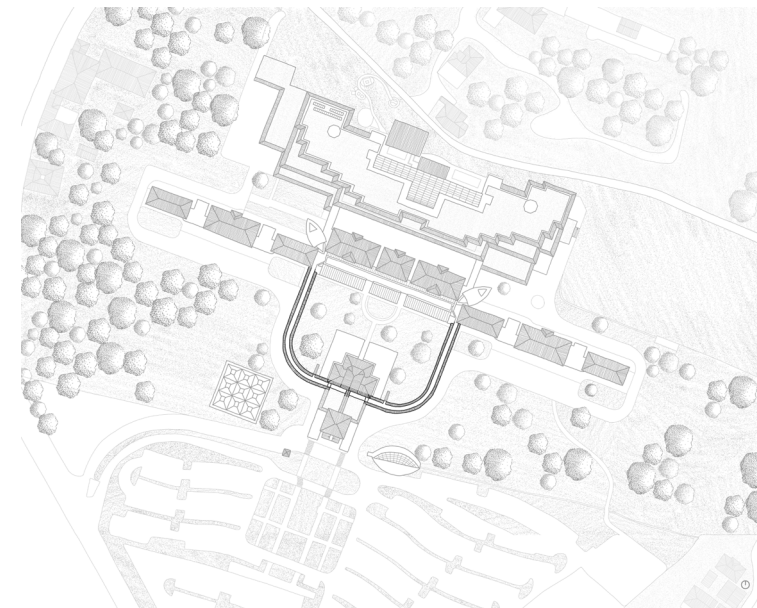


Fig. 60
production
personnelle,
la galerie et l'hôpital.

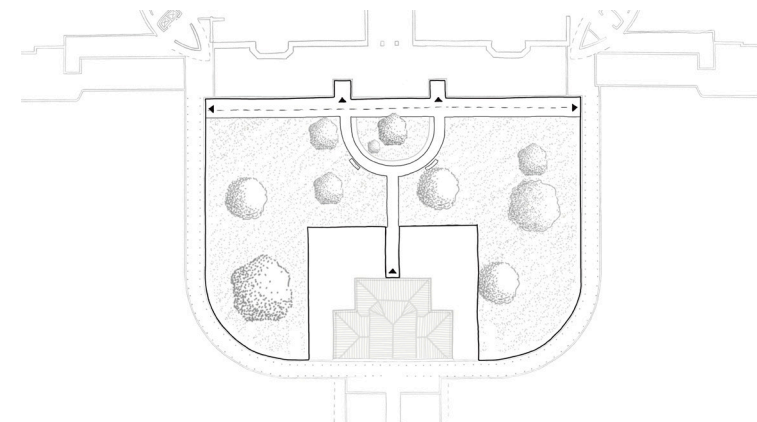


Fig. 61
production
personnelle,
plan d'étage courant
de l'hôpital Anna
Meyer et de l'atrium.

Au sein de l'hôpital Robert Debré, le paysage s'incarne de manière structurelle à travers un dispositif de *terrasses végétalisées* qui prolongent les espaces intérieurs, et plus particulièrement le jardin d'hiver. L'accès à ces espaces extérieurs se fait principalement par ce grand volume vitré, bien que quelques entrées plus discrètes existent depuis la rue. Contrairement à un jardin traditionnel au niveau du sol, il s'agit ici de toitures successives qui tirent parti de la pente du terrain pour offrir une expérience de plein air en altitude.

La caractéristique première de ces terrasses est l'ouverture totale qu'elles offrent sur l'horizon. En se tenant sur ces espaces, l'air circule abondamment et le regard n'est arrêté par aucune paroi architecturale immédiate. La vue se déploie par strates successives : l'architecture de l'hôpital s'étend d'abord en contrebas, suivie d'un parc, pour finalement laisser place aux repères majeurs du quartier comme la Philharmonie ou la Cité des Sciences. Ce panorama urbain permet de situer l'hôpital dans la ville et d'offrir aux usagers un dégagement visuel permanent.

Sur le plan fonctionnel, ces terrasses ne sont pas conçues comme des lieux de passage ou des raccourcis entre les services. On s'y rend avec l'intention unique de respirer et de se confronter à l'extérieur. La déambulation y est possible grâce à des chemins qui serpentent et descendent le long des différentes toitures, créant des points de vue variés sur l'ensemble hospitalier et permettant d'apercevoir, en contrebas, *les patios* qui ponctuent le bâtiment.



◀ Fig. 62
dessin des terrasses
accessibles depuis le
jardin d'hiver,
sur le plan issu de
Fermand Catherine,
2000,
*Les hôpitaux et
les cliniques :
architectures de la
santé*, p.82,
Paris, Le Moniteur,
287p.

L'expérience sensible de ce lieu est marquée par une forte dimension minérale. Bien que le projet initial prévoyait une présence végétale importante, notamment à travers des potagers, la réalité observée lors des visites montre un paysage dominé par le béton et les gravillons.

Fig. 63
photographie
personnelle,
février 2026,
les terrasses
végétalisées de
l'hôpital
Robert-Debré.



Fig. 64
photographie
personnelle,
février 2026,
la philharmonie et
l'horizon depuis les
terrasses végétalisées
de l'hôpital
Robert-Debré.



Fig. 65
photographie
personnelle,
février 2026,
patio végétalisé de
l'hôpital
Robert-Debré.

La végétation y reste basse et discrète, laissant la place à une esthétique sobre où le blanc des carreaux de céramique de la façade dialogue avec le gris du ciel parisien. Ce belvédère n'a pas pour vocation d'isoler le patient du tumulte urbain, mais plutôt de le reconnecter à la ville. On y perçoit les bruits du quartier, affirmant la position de l'hôpital comme un morceau de ville à part entière, ouvert sur son environnement.

La confrontation de ces deux espaces révèle avant tout une divergence dans la gestion de l'horizon et de la sensation d'encloisonnement. À l'hôpital Anna Meyer, le jardin est conçu comme une enclave protectrice, un « cœur vert » physiquement contenu par l'architecture. Cette clôture, bien que sécurisante, ne propose aucun dégagement visuel et peut générer une sensation de frustration pour qui cherche à s'évader du cadre hospitalier. À l'inverse, le système de terrasses de Robert Debré utilise la toiture comme un belvédère. L'absence de parois verticales limitantes permet à l'air de circuler et au regard de s'échapper vers un horizon lointain. Là où, à Anna Meyer, l'enfant sera protégé par un repli sur soi de l'édifice, à Robert Debré, l'enfant sera libéré par une ouverture totale sur le ciel et la ville.

Le rapport à la nature et à la matérialité marque une seconde rupture. Le jardin de l'hôpital Anna Meyer privilégie une expérience organique et sensorielle où la pelouse verdoyante et la végétation basse dominant, offrant une douceur visuelle immédiate. La rigueur y est celle du dessin au sol, une symétrie qui guide le pas sur des chemins minéraux au milieu du végétal. À Robert Debré, le paysage est paradoxalement plus urbain que végétal. La minéralité du béton et des gravillons, associée à la céramique blanche des façades, prend le pas sur une végétation qui peine à s'imposer. L'expérience y est moins celle d'un sous-bois que celle d'une promenade architecturale sur les toits, où le gris récurrent du ciel et le blanc de l'hôpital composent l'essentiel du tableau chromatique.



Fig. 66
photographie
personnelle,
février 2026,
L'horizon depuis les
terrasses végétalisées
de l'hôpital
Robert-Debré.

►
Fig. 67
photographies
personnelles,
février 2026,
occupation des
terrasses végétalisées
de l'hôpital
Robert-Debré.



Cette différence de matérialité induit des usages distincts, notamment dans la liberté d'appropriation de l'espace. Le jardin d'Anna Meyer, par sa structure symétrique et ses pelouses sur lesquelles on ne marche pas, impose une déambulation calme et ordonnée. Il offre une respiration acoustique, une bulle de silence déconnectée du tumulte urbain. À Robert Debré, bien que les terrasses soient également régies par des cheminements tracés, elles invitent à une déambulation plus verticale et exploratoire où l'on s'autorise plus à marcher sur les pelouses. Elles ne cherchent pas à occulter la ville mais à l'intégrer : on y perçoit les bruits de la ville comme un signe de vie et de reconnexion. Le paysage y est un lien social, tandis qu'à Florence, il est une parenthèse thérapeutique isolée.

Enfin, la position de ces espaces dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital souligne deux visions du soin. Le jardin de l'hôpital Meyer est un carrefour, un lieu de flux qui s'insère dans les trajets habituels/quotidien entre l'accueil et l'atrium, rendant le contact avec la nature presque inévitable mais souvent rapide. Les terrasses de Riboulet, en revanche, se présentent comme une destination choisie. On ne les traverse pas par nécessité fonctionnelle, mais on s'y rend spécifiquement pour l'expérience de l'extérieur. Si le premier réussit à intégrer le paysage dans la banalité du parcours hospitalier, le second fait de la sortie au grand air un acte volontaire de reprise de contact avec le monde extérieur.

03

architecture et
paysage au service
d'un soin éducatif

« Une galerie courbe, à mi- pente de la colline , d'où toujours on peut sortir, au moins du regard, pour aller vers le paysage ample de Paris, les terrasses engazonnées, le jardin d'hiver en contrebas ou les calmes patios simplement plantés de quelques bouleaux. On est loin ici de cet "enfermement" que lisait naguère Foucault derrière les machines à guérir ; mais dans un monde ouvert et ramifié où éventuellement , si la maladie le permet, on pourra se promener dehors, peut-être, ou bien, au fil des couloirs irréguliers qui souvent s'élargissent et forment des placettes pleines de vie, ou encore le long de la grande galerie, jusqu'au bout de l'hôpital, là où se découvre la vue splendide sur le large, avec là-bas au loin la géode qui luit devant la cité des Sciences, assise au fond du parc de la Villette. »

Riboulet Pierre,
Naissance d'un hôpital,
préface de François Chaslin,
éditions de l'imprimeur,
page 11

03.1

le pavillon éducatif Maria Manetti Shrem de l'hôpital Anna Meyer

En 2023, un nouveau projet fait parler de lui à l'hôpital Anna Meyer ⁵⁶ : la création d'un pavillon éducatif. Ce lieu a pour but d'accueillir des espaces pédagogiques et d'apprentissage destinés aux enfants malades. Cette volonté s'inscrit en réalité dans une dynamique contemporaine plus large : celle d'un soin porté à l'enfant par l'intégration, au sein même de l'hôpital, d'espaces éducatifs qui ne sont pas des lieux de soins à proprement parler.

⁵⁶ Andrea Bocelli Foundation, Andrea Bocelli Foundation: a focus on the inauguration of the ABF "Maria Manetti Shrem" Educational Centers, 15 mars 2024

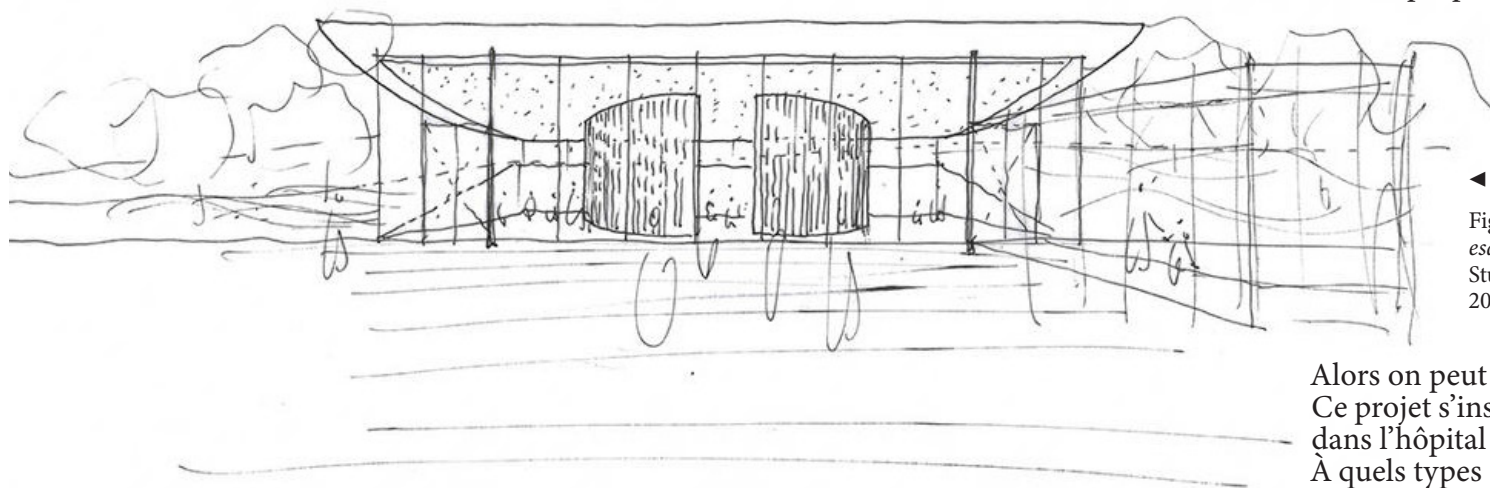


Fig. 68
esquisse du pavillon,
Studio Alvisi Kirimoto,
2024

Alors on peut se poser les questions suivantes :
Ce projet s'inscrit-il dans un programme déjà pré existant dans l'hôpital ou est-ce une nouveauté ?
À quels types de besoin ce programme répond-il ?

De manière globale, instaurer dans l'hospitalisation d'un enfant des moments scolaires/d'apprentissages, c'est permettre à l'enfant de conserver son statut d'élève. ⁵⁷ Ne pas le scolariser risquerait de le retarder et de créer un décalage avec les autres enfants de son âge. Il s'agit donc de conserver ce statut d'enfant en apprentissage malgré la maladie.

Cette démarche rappelle d'ailleurs un peu la volonté de Pierre Riboulet qui considérait que l'enfant hospitalisé doit rester avant tout un citoyen et un individu actif dans sa société, ce qui s'est traduit chez lui par la rue hospitalière (où l'on trouve d'ailleurs une crèche, des commerces, ou encore une médiathèque).

⁵⁷ Landais Alban, *Comment les salles des classes de l'hôpital Necker – Enfants malades sont-elles conçues pour assurer la continuité scolaire des jeunes patients malgré leur hospitalisation*, p.16, Mémoire de Fin d'Etudes, sous la direction de Lila Bonneau, Paris, ENSA PVS, 2025, 115 p.

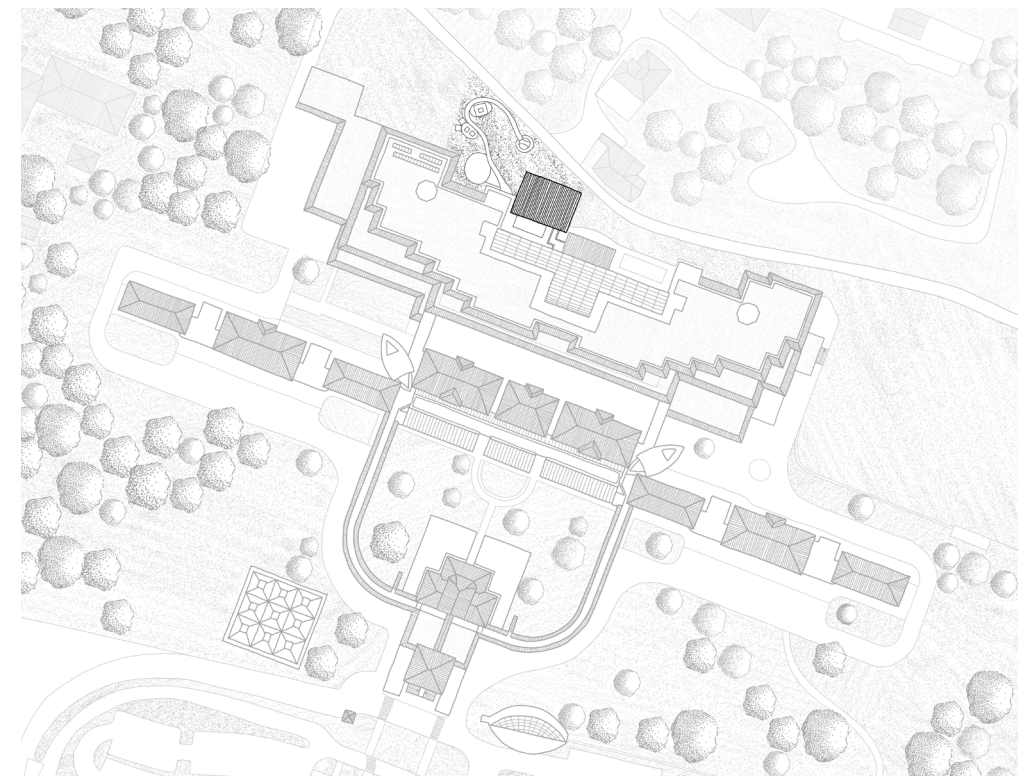
En plus d'éviter le décrochage scolaire, ces lieux permettent à l'enfant de ne pas être résumé à sa seule pathologie ; ils deviennent des espaces de sociabilité entre enfants et avec le personnel spécialisé.

⁵⁸ Andrea Bocelli Foundation,
Andrea Bocelli Foundation: a focus on the inauguration of the ABF "Maria Manetti Shrem" Educational Centers,
15 mars 2024

Les besoins en Italie sont importants, durant l'année scolaire 2022-2023, environ 60 000 élèves hospitalisés ont suivi leur scolarité dans des structures spécialisées ou à domicile. ⁵⁸ En 2020, la Fondation Andrea Bocelli, soutenue par le ministère italien de l'Éducation et du Mérite, a lancé « ABF H-LABS », un programme qui déploie dans les hôpitaux pédiatriques italiens (membres de l'AOPPI) les modèles éducatifs testés dans les écoles du réseau ABF.

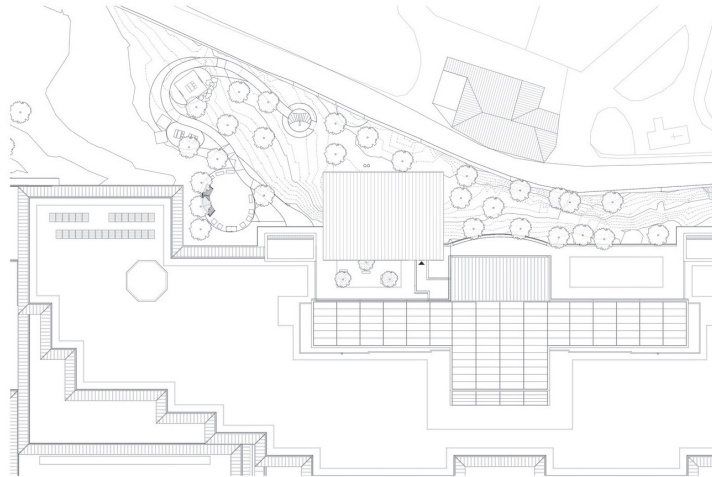
Si le programme *l'école à l'hôpital* existe déjà depuis 20 ans au sein de l'établissement Anna Meyer, ce nouveau projet financé par la fondation Bocelli fait office de projet pilote. Il vient renforcer l'offre existante avec des structures complémentaires. L'objectif est de mettre l'accent sur les langages de l'art et de la musique, ainsi que sur les nouvelles technologies éducatives. Pour accompagner ces ateliers, une équipe ABF composée d'artistes et d'experts vient compléter l'équipe de l'hôpital. Ce partenariat vise à garantir le droit au bien-être, à l'éducation et à la formation des enfants et des adolescents en milieu hospitalier.

Fig. 69
le pavillon et l'hôpital,
▼ dessin personnel, 2025



▲ Fig. 70
production personnelle,
le pavillon et l'hôpital,
plan masse.

►
Fig. 71
plan masse du pavillon,
Studio Alvisi Kirimoto,
2024



►
Fig. 72
maquette figurative du
pavillon,
Studio Alvisi Kirimoto,
2024



En 2023, l'agence Alvisi Kirimoto est désignée par la fondation Andrea Bocelli pour concevoir le nouveau pavillon éducatif de l'hôpital pédiatrique Anna Meyer à Florence.⁵⁹ Le projet doit s'implanter au nord de l'édifice, entre l'hôpital existant et la via di Careggi⁶⁰, une rue classée au patrimoine. Le programme exige l'intégration d'espaces d'apprentissage et d'espaces extérieurs, tout en assurant une liaison au corps principal de l'hôpital. Il vient s'installer dans le prolongement de la bibliothèque de l'hôpital, un grand espace vitré avec une mezzanine sous une toiture courbée, sur une topographie douce qui se déploie jusqu'au mur d'enceinte, limite de la propriété. Le projet se déploie comme un nouveau volume indépendant, assumant une identité propre, mais qui doit se fondre, notamment par sa toiture courbée, à l'édifice existant et à la topographie sur laquelle il s'installe.

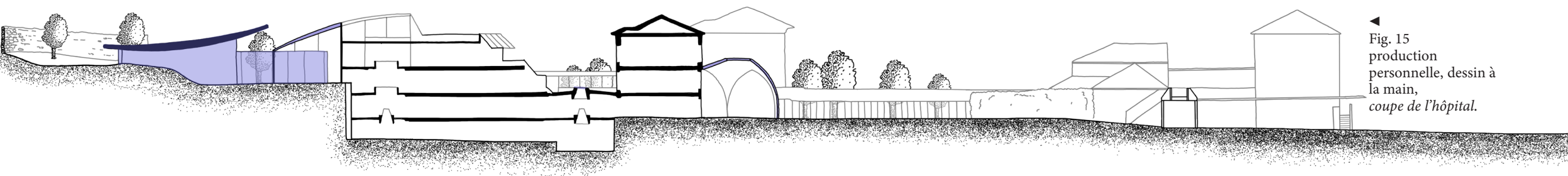
Le bâtiment est officiellement livré et inauguré en mars 2024.

« C'est un geste simple : une feuille légère, suspendue entre ciel et verdure, qui sert d'abri. Le nouveau volume est clairement intégré entre l'hôpital et les magnifiques murs Médicis, activant le jardin et le transformant en une salle de classe en plein air. Ici, l'apprentissage se fait en s'aventurant parmi les arbres, les jeux, les petites serres, le potager, l'histoire et l'architecture », explique l'architecte Massimo Alvisi,⁶¹ cofondateur du studio.

⁵⁹ À Florence, centre éducatif, par Alvisi Kirimoto, par Les Chroniques D'Architecture, le 30 septembre 2024

⁶⁰ Felli Giulio, Annexe 01, Entretien

⁶¹ Alvisi Massimo, architecte, co-fondateur de Alvisi Kirimoto, extrait de À Florence, centre éducatif, par Alvisi Kirimoto dans Les Chroniques d'Architecture, publié le 30 septembre 2024



◀
Fig. 15
production
personnelle, dessin à
la main,
coupe de l'hôpital.

⁶² Larousse, *Pavillon*,
définition

Le pavillon, ⁶² est par définition *un bâtiment isolé situé dans une propriété ou un parc*, est ici une structure conçue de plain-pied, facilitant l'accessibilité des jeunes patients. Son plan rectangulaire intègre deux parois en forme de croissant, disposées de manière à protéger les espaces du rayonnement solaire et à réguler l'ombre à l'intérieur, améliorant ainsi la durabilité globale du bâtiment.

Au cœur du pavillon, accessible par deux portes dissimulées qui le relient harmonieusement aux espaces environnants, se trouve un laboratoire musical. Cet espace est adapté aux concerts, aux projections ainsi qu'aux représentations théâtrales, et reste reconfigurable en salle de conférences selon les besoins. Conçue comme une boîte à musique, cette structure de forme ovale semble chercher à protéger ce qu'elle contient, invitant ainsi à la découverte à travers deux hublots placés de part et d'autre. Une grande attention a été accordée aux considérations acoustiques, avec des surfaces insonorisantes le long des limites courbes, des plafonds micro-perforés et une technologie musicale de pointe. Une découpe centrale dans le laboratoire assure une perméabilité visuelle directe de l'hôpital vers le jardin. Autour, se déploient les autres espaces programmatiques :

À l'ouest, on trouve un espace dédié aux nouvelles technologies, à l'informatique et à la robotique. Il est voisin d'un coin lecture et numérique qui, équipé d'outils modernes et d'une petite bibliothèque, sert de lieu calme pour étudier seul ou travailler en petits groupes..

À l'est, le laboratoire d'art et de sciences permet de mettre en place des séances d'expérimentation et d'exploration des langages scientifiques et artistiques, avec des activités qui peuvent s'étendre au-delà des limites physiques de la salle.

Enfin, l'espace adulte accueille à la fois des interactions collégiales et des réunions plus privées, telles que des conversations familiales ou des séances d'études ciblées. Juste au-delà de cette zone, un petit entrepôt donne accès à un local technique doté d'une toiture végétalisée qui mène au jardin extérieur.

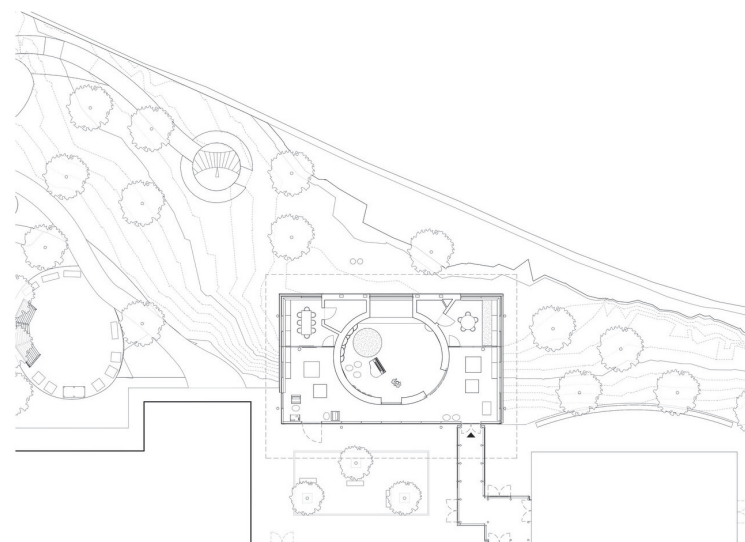


Fig. 73
plan du pavillon,
Studio Alvisi
Kirimoto, 2024

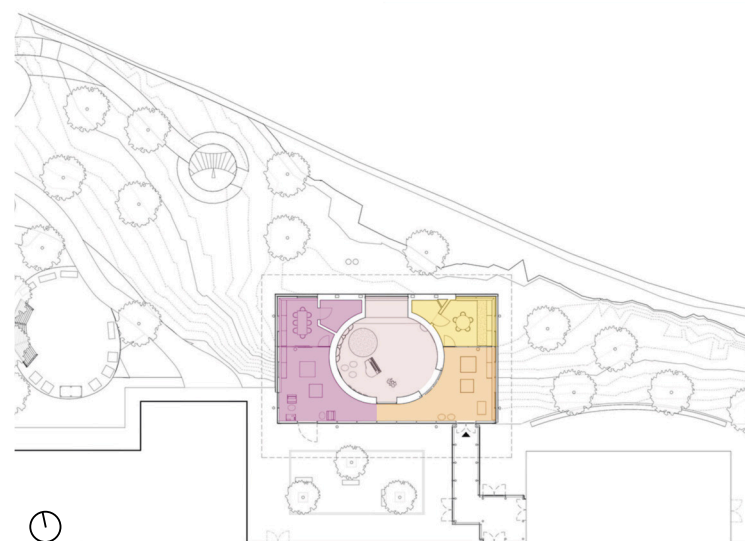


Fig. 74
plan programmatique
du pavillon,
Studio Alvisi
Kirimoto, 2024

■ salle informatique
■ boîte à musique
■ salle de réunion
■ laboratoire d'art

►
Fig. 75
Cappelletti Marco,
*photographie de la salle
de musique depuis le
hublot,*
2024



►
Fig. 76
Cappelletti Marco,
*photographie de
l'espace ouest,*
2024



◀
Fig. 77
Cappelletti Marco,
*photographie du
pavillon depuis
le patio,*
2024



◀
Fig. 78
Cappelletti Marco,
*photographie du
pavillon depuis l'arrière
de l'hôpital,*
2024



Le volume connecteur est un élément fondamental du complexe. En plus d'abriter l'entrée de la nouvelle intervention, il facilite une connectivité directe toute l'année avec l'hôpital par une galerie vitrée connectée à la bibliothèque existante. Sa structure légère et ses murs à double vitrage assurent une continuité visuelle avec la verdure environnante, tout en créant un patio bordé par l'hôpital et le pavillon, lequel permet de s'ouvrir sur le jardin thérapeutique à l'ouest.

Le choix des matériaux pour la nouvelle structure est complémentaire au dernier agrandissement de l'hôpital. Entièrement transparent, le bâtiment se présente comme une façade vitrée continue, harmonisant la nature intérieure et extérieure du complexe pour s'intégrer parfaitement au contexte. Un système d'ombrage automatisé protège les espaces de la lumière solaire excessive et de l'éblouissement.

Sur le plan structurel, le pavillon combine le béton et l'acier. Les fondations, les murs de confinement périmétriques, le noyau central ainsi que le laboratoire de musique sont réalisés en béton armé pour privilégier la résistance sismique. À l'inverse, les piliers entourant le pavillon et la charpente sont constitués d'éléments en acier à sections réduites, apportant à l'ensemble à la fois de la légèreté et du dynamisme.

Fig. 79
plan du pavillon,
couloir d'accès en gris
Studio Alvisi
Kirimoto, 2024

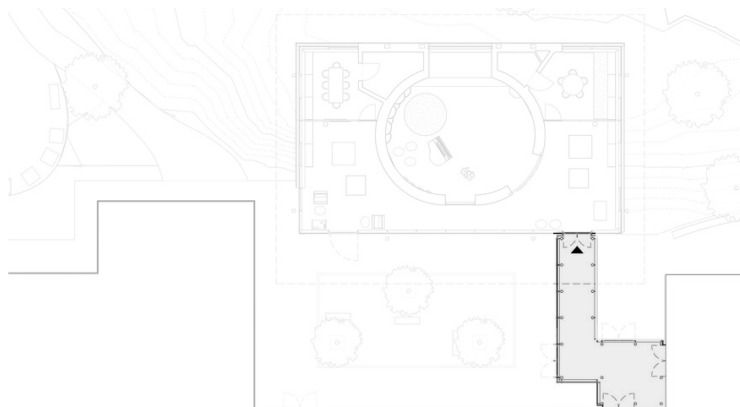


Fig. 80
Cappelletti Marco,
photographie du
volume connecteur
vers l'hôpital,
2024



Fig. 81
Cappelletti Marco,
photographie du patio,
2024

03.2

le jardin thérapeutique, *rupture ou continuité* hospitalière ?

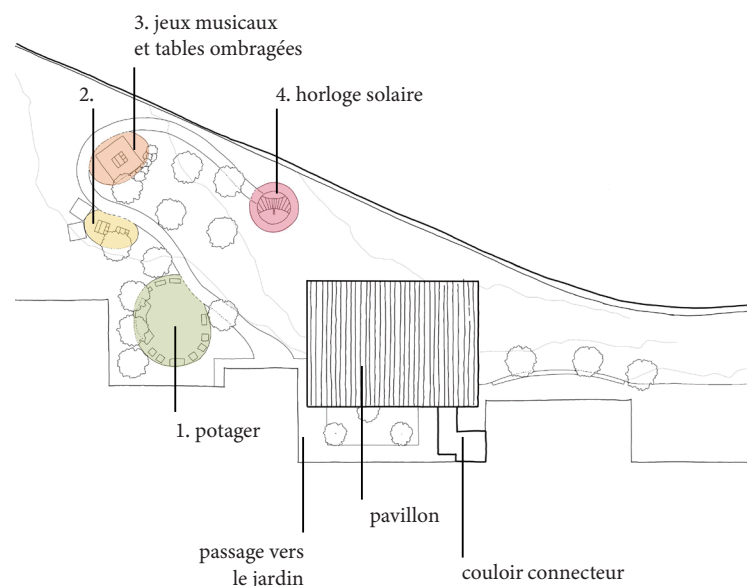


Fig. 82
dessin personnel,
sur le plan masse du
Studio Alvisi Kirimoto,
plan du jardin
thérapeutique du
pavillon.

Le jardin thérapeutique de l'hôpital Anna Meyer propose une expérience de déambulation construite sur une ascension progressive. Le parcours s'organise en plusieurs paliers successifs qui mènent l'usager vers le point le plus haut du site. Le fonctionnement de ce jardin repose sur une hybridation entre l'espace de jeu et le parcours paysager, une dualité que l'on ne retrouve pas dans le jardin central, plus contemplatif. Ici, le jardin est un outil actif : chaque palier franchi propose une interaction qui détourne l'attention de l'enfant de sa pathologie. En bas, le potager engage un rapport direct à la terre et au cycle du vivant. Plus haut, les dispositifs de jeux musicaux transforment le jardin en un espace sonore où l'enfant devient acteur de son environnement. Enfin, l'horloge solaire au sommet utilise la course du soleil pour marquer le passage du temps au sol, transformant une donnée immatérielle en un jeu visuel et pédagogique.

Ce fonctionnement par *stations* permet de rythmer l'effort de l'ascension et offre aux enfants des objectifs concrets de progression. Le chemin minéral ne sert plus seulement à circuler, il devient le fil conducteur d'une expérience où le corps est remis en mouvement de manière ludique.

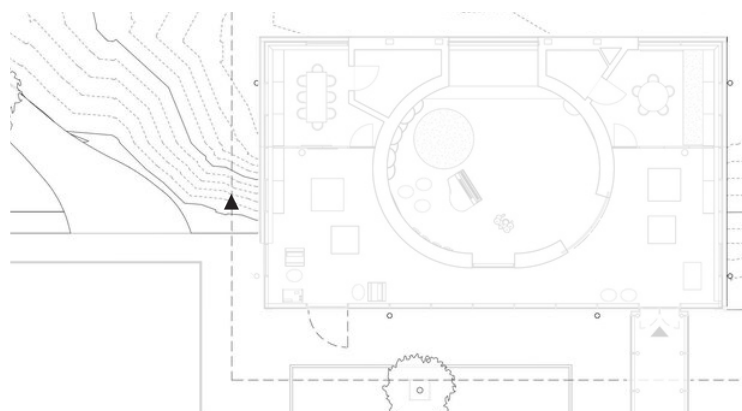


Fig. 83
accès au jardin
par l'ouest du pavillon,
Plan par Studio Alvisi
Kirimoto, 2024

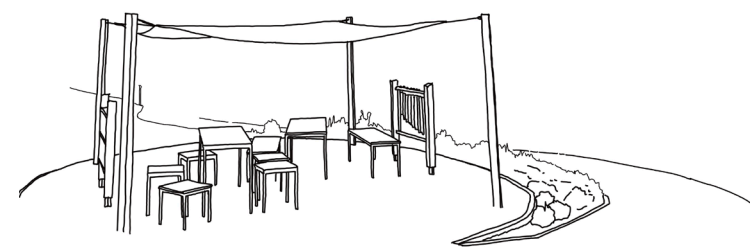


Fig. 84
dessin personnelle,
jeux musicaux
extérieurs du jardin
thérapeutique.

Ce cheminement, qui serpente entre les pelouses et les oliviers, offre une sensation de respiration absente des autres espaces. Si cette hauteur ne suffit pas à dégager totalement l'horizon, l'imposante structure hospitalière s'interposant toujours, elle permet néanmoins d'alléger le regard. En s'élevant, on se sent moins contenu et le ciel devient beaucoup plus présent. Contrairement au jardin central, cet espace n'est bordé par aucune chambre, ce qui lui confère une dimension beaucoup plus intime, presque dérobée. C'est un lieu de retrait à l'arrière du bâtiment, où la présence des oliviers rappelle les jardins de la périphérie de Florence. Pourtant, cette intimité visuelle n'est pas synonyme de silence : la proximité de la Via Careggi réintroduit les bruits de la ville, créant un refuge qui, bien qu'à l'écart, reste perméable à la vie urbaine.

Contrairement au jardin central, cet espace n'est bordé par aucun espace commun, ce qui lui confère une dimension beaucoup plus intime, presque dérobée. C'est un lieu partagé entre les activités des enfants et les pauses du personnel soignant qui vient y chercher un moment de retrait à l'arrière du bâtiment. Pourtant, cette intimité visuelle n'est pas synonyme de silence. La proximité immédiate de la Via Careggi réintroduit le mouvement de la ville au cœur du jardin : le bruit des voitures et l'agitation urbaine filtrent à travers la végétation, rappelant que l'hôpital reste ancré dans la vie de la ville. On ne se sent pas enfermé dans un espace aseptisé, mais plutôt cadré dans un lieu qui reste perméable aux échos du dehors.

Le pavillon de l'agence Alvisi Kirimoto s'insère dans ce paysage avec une grande cohérence morphologique. Loin d'apparaître comme un objet étranger, il semble assumer une identité propre par sa courbure qui semble s'ouvrir vers le ciel. Cette forme, alliée à une matérialité qui dialogue avec l'architecture de l'hôpital, lui permet de se fondre naturellement dans l'ensemble. Il semble être le prolongement logique des espaces pédagogiques et de la bibliothèque auquel il est lié.



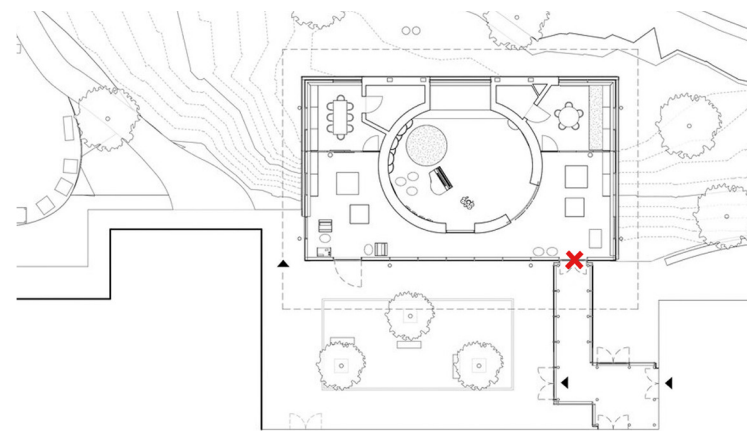
◀ Fig. 85
Cappelletti Marco,
photographie du
jardin de l'hôpital,
2024



◀ Fig. 86
Cappelletti Marco,
photographie du
jardin et de l'arrière
du pavillon de
l'hôpital,
2024

Toutefois, ce potentiel de continuité est gâché par une réalité d'usage déceptive que j'ai pu constater pendant une visite en juillet 2025. Comme me l'a expliqué une infirmière lors de notre discussion, le pavillon est sous-utilisé car son lien avec l'hôpital est rompu : le couloir de liaison interne est fermé. L'obligation de contourner le bâtiment par l'extérieur crée une rupture physique majeure, le passage n'étant pas accessible aux PMR. Ainsi, alors que le jardin est praticable en fauteuil roulant et offre un véritable espace de jeu, le pavillon lui-même devient une enclave inaccessible pour les enfants en situation de handicap. Ce paradoxe administratif et technique vient contredire la fluidité du projet initial, transformant ce qui devait être un lieu de vie et d'échange en un espace trop protégé, presque inaccessible.

Cette analyse met en lumière un paradoxe important : si le jardin réussit à prolonger le soin par une immersion paysagère libératrice, le bâti, lui, échoue à garantir la fluidité de cette expérience. La continuité du soin ne peut être effective que si l'accessibilité est universelle ; or, ici, la rupture physique induite par la fermeture du couloir interne et l'inaccessibilité PMR du parcours extérieur transforme le pavillon en une enclave. Ce n'est plus l'architecture qui sert le paysage, mais une contrainte administrative et technique qui vient segmenter l'espace. Le jardin devient en quelques sortes un lieu de "rupture" positive avec l'univers médical, un refuge vers lequel on s'échappe, tandis que le pavillon incarne une rupture négative, un seuil infranchissable pour les plus fragiles.



◀ Fig. 87
plan du pavillon, accès
impossible en rouge
Studio Alvisi
Kirimoto, 2024

conclusion

Ce mémoire débute par une interrogation : *comment l'architecture hospitalière peut-elle dépasser sa fonction technique pour devenir actrice du soin par le paysage?* À travers l'étude de l'hôpital Anna Meyer, nous avons cherché à comprendre si la persistance d'un héritage thérapeutique, celui de la villa et du sanatorium, pouvait encore offrir des réponses aux enjeux contemporains de la pédiatrie.

Dans un premier temps, l'analyse historique témoigne que dès le XVe siècle, le paysage toscan est théorisé comme un espace ordonné où l'harmonie des proportions doit équilibrer l'esprit humain. A Florence, la Villa Ognissanti, construite en 1912, témoigne de cet héritage, en adaptant le modèle de la villa aux impératifs hygiénistes de la lutte contre la tuberculose. Malgré l'apparition des antibiotiques qui provoquent le déclin des traitements pratiqués dans les sanatoriums, la résilience de la Villa Ognissanti et de sa structure paysagère s'avère être invariable, et cette persistance laisse présager que l'articulation entre le paysage et le soin dépasse le seul contexte historique et constitue un socle fondamental pour la suite du développement.

Dans un second temps, l'analyse croisée de l'Hôpital Anna Meyer et de l'Hôpital Robert-Debré nous a permis de mettre en évidence une évolution du modèle hospitalier contemporain, qui s'éloigne de la logique de machine à guérir pour une conception centrée sur l'enfant. L'étude des espaces cadrés, des seuils et des espaces extérieurs montre que l'effacement de la maladie repose sur des dispositifs architecturaux visant à désinstitutionnaliser l'expérience hospitalière. La continuité urbaine mise en œuvre à l'hôpital Robert-Debré révèle en contraste combien l'hôpital Anna Meyer s'inscrit dans l'héritage sanatorial, en cadrant le paysage et en privilégiant une relation continue et contenue avec la nature.

Enfin, la dernière partie de l'analyse permet de mettre en avant les nouveaux enjeux contemporains au sein de l'architecture hospitalière, à savoir le maintien de l'apprentissage et le statut d'élève des enfants hospitalisés. A travers la construction du pavillon éducatif en 2024, l'hôpital Anna Meyer s'inscrit dans un programme existant et dans une dynamique nationale, par l'intégration de l'art, de la musique et des nouvelles technologies. Tout en assurant une nouvelle continuité paysagère et programmatique avec la création du jardin pédagogique, il prolonge l'héritage thérapeutique de l'hôpital. Cependant l'analyse met aussi en avant certaines limites empêchant une articulation fluide, soulignant que la pertinence des dispositifs de soin dépend autant de la qualité de leur intégration au paysage que de la cohérence pratique et fonctionnelle de leurs dispositifs.

L'hôpital-paysage, tel qu'il a été mis en avant dans ce travail, se rend lisible à travers les différentes strates du palimpseste qui le compose. Cette épaisseur historique l'empêche d'être considéré comme un simple édifice posé dans la nature. Au contraire, il incarne un système complexe de médiations où l'architecture se plie et se profile autour du vivant, se tenant ainsi bien loin de l'institution monumentale sanitaire qu'on aurait pu imaginer.

Pourtant, reconnaître la force de ce modèle oblige à interroger les limites de nos pratiques actuelles : nous avons vu que même lorsque les intentions architecturales sont exemplaires, l'expérience du terrain montre que la continuité du soin reste fragile. Ce constat nous pousse à se questionner quant à la durabilité des formes employées. Parmi les figures typiques de l'architecture sanitaire, certaines ont su traverser le temps pour rester fonctionnelles, tandis que d'autres non.

C'est précisément dans cette capacité à faire perdurer un héritage que l'hôpital Anna Meyer demeure un exemple majeur de reconversion d'un patrimoine pavillonnaire du XXe siècle. Il représente le croisement d'un héritage brillant, celui des sanatoriums, réinjecté dans un système hospitalier contemporain à une nouvelle échelle et qui s'adresse à un autre public : les enfants. Tout l'enjeu du projet a été de maintenir cet équilibre entre la conservation du bâti d'origine et l'intégrité du paysage.

Les qualités de l'hôpital Meyer naissent de la rencontre entre l'architecture et un contexte porteur. Le projet s'appuie sur la présence d'un parc dense et d'une région dont la composante végétale est indissociable du site. En s'inscrivant dans ce berceau d'un « paysage paradis », l'architecture tire parti de ce socle existant : la masse végétale devient alors un filtre naturel qui participe pleinement aux conditions d'apaisement du lieu.

Dès lors, ce constat réactive un questionnement central de la modernité hospitalière, auquel des architectes comme Pierre Riboulet ont déjà tenté de répondre : comment reproduire de telles conditions en ville ? Dans des environnements ultra-urbains et artificialisés, là où ce socle paysager fait défaut, l'architecture doit inventer ses propres dispositifs pour offrir les mêmes qualités de soin.

Ce travail de mémoire a débuté par une première intuition : celle d'un soin pensé spécialement pour l'enfant. Dans un premier temps, la relation à l'enfance a occupé une place centrale dans les questionnements et les perspectives de recherche, à travers l'idée d'une construction de soi et l'importance déterminante de cette tranche de vie.

Progressivement, la réflexion s'est orientée vers la pédiatrie, le rapport au soin apparaissant comme un second prisme d'analyse. Le séminaire a donné accès à de nombreuses ressources, souvent consacrées aux notions de care et de « prendre soin ». L'idée d'un « prendre soin » croisé entre l'humain et l'architecture s'est alors imposée avec évidence. Il est apparu pertinent de mettre en parallèle le soin apporté aux enfants et la conservation d'un édifice dans le temps, dans la mesure où préserver un bâtiment constitue, en quelque sorte, une manière d'en prendre soin.

L'expérience de l'Erasmus, ainsi que le contexte de vie en Toscane, région particulièrement verte où le rapport au paysage est omniprésent et participe profondément au sentiment de bien-être, ont ensuite conduit à orienter cette réflexion vers le paysage. C'est ainsi qu'a émergé la problématique de l'« hôpital-paysage », à l'origine de l'ensemble de ce travail de recherche.

Afin de répondre à ces questionnements, plusieurs modes de représentation et méthodes ont été envisagés. Très rapidement, l'idée d'un travail fondé sur l'échange et sur la retranscription d'une dimension humaine s'est imposée, tant cette approche apparaissait essentielle et sensible. Pourtant, cette dimension s'est également révélée la plus difficile à mettre en œuvre. La barrière de la langue, mais aussi une forme de pudeur et la crainte de déranger, n'ont pas permis de développer pleinement cet aspect comme cela aurait été souhaité, ce qui demeure le principal regret de ce travail. Donner la parole aux enfants, leur permettre de s'exprimer eux-mêmes sur leur ressenti, plutôt que de parler à leur place, aurait été particulièrement pertinent puisqu'il s'agissait avant tout de leur expérience. En conséquence, le mémoire a finalement pris une orientation davantage architecturale, théorique et observatoire que sensible et collective.

La phase d'analyse a constitué une partie particulièrement appréciée du travail. Néanmoins, par souci de concision, tous les espaces de l'hôpital Robert Debré comme ceux de l'hôpital Anna Meyer n'ont pu être étudiés, bien que chacun d'entre eux, en réalité l'ensemble, aurait pu faire l'objet d'analyses approfondies. La découverte de l'hôpital Robert Debré, la lecture de *Naissance d'un hôpital* ainsi que la visite du site ont suscité le désir d'approfondir la compréhension de l'architecture hospitalière en France, mais également de s'intéresser davantage au travail de Pierre Riboulet, dont l'approche apparaît particulièrement passionnante.

Ce travail m'a également permis de prendre conscience de la perception largement répandue des hôpitaux comme des lieux aseptisés, tristes, uniquement associés à la maladie et à la mort. Jusqu'à l'écriture de ce mémoire, cette expérience et ces idées reçues, qui ne sont pas seulement individuelles mais partagées par l'ensemble des personnes ayant entretenu un lien, même ponctuel, avec l'hôpital, n'avaient pas véritablement été interrogées.

L'un des apports majeurs de cet exercice réside dans la découverte d'établissements conçus pour s'éloigner de ces représentations, mais surtout dans le constat que cette ambition peut effectivement produire des effets réels. Lors de la visite de l'hôpital Robert Debré, l'arrivée dans le jardin d'hiver a constitué la première expérience permettant d'éprouver un véritable sentiment de bien-être au sein d'un espace hospitalier. Ces expériences démontrent que l'architecture et le paysage peuvent, de manière tangible, transformer la perception du soin.

bibliographie

articles

Andrea Bocelli Foundation, *Andrea Bocelli Foundation: a focus on the inauguration of the ABF "Maria Manetti Shrem" Educational Centers*, mars 2024.

Atelier Monarque, *Qu'est-ce que la biophilie ?*, avril 2022.

Aurélie Demuyter, *L'art délicat de concilier architecture et paysage*, 2012.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, *Verso Careggi 2020, Il Nuovo Atto Dell'azienda Ospedaliero universitaria*, 2014.

Bonnet Françoise, *L'American Memorial Hospital de Reims, Le souvenir des soldats américains morts pour la France en 1914-1918 et la création d'un hôpital pour enfants*, Histoire des sciences médicales, janvier 2024.

Combis Hélène, *Le «care» : d'une théorie sexiste à un concept politique et féministe*, mai 2020, Radio France.

Deherly Françoise, *Les sanatoriums*, n° 1, 17 février 2023.

Fédération Française du Paysage, *Lecture, Paysage de la santé – Santé du paysage*, Les Carnets du paysage, n°37, novembre 2020.

Fleury Cynthia, et SCAU, collectif d'architectes, *Soutenir, Ville, Architecture et Soins*, 2022.

Gasquet-Blanchard Clélia, *Paysage thérapeutique*, mars 2021.

ouvrages

Laugier Sandra, *L'éthique du care en trois subversions*, 2010, n° 42.

Les Chroniques d'architecture. À Florence, centre éducatif, par Alvisi Kirimoto. septembre 2024.

Lombart, Bénédicte, *Le care en pédiatrie*, dans Recherche en soins infirmiers, 2015, 67-76.

Miller Quintus, *Le Sanatorium: architecture d'un isolement sublime*, Lausanne, Ecole polytechnique fédérale - Département d'architecture, 1961.

Moreau Delphine, *De qui se soucie-t-on ? Le care comme perspective politique*, 14/09/2009, La Revue Internationale des Livres et des Idées.

Rechak Gemaile, *Effet de seuil : pour les architectes, de l'épaisseur de la limite*, septembre 2020.

Rosa Lorenzo, *Il Villaggio Di Sondalo, Italia*, Exploration #6, 2026

Santé des enfants & Environnement. *La Biophilie d'Edward O. Wilson*.

Bachelard Gaston, *La poétique de l'espace*, Quadrige 24. PUF, 1981.

Baratta Adolfo F. L., *Space to Care: The Meyer Approach*. First edition, Giunti, 2019.

Blain Catherine, *Pierre Riboulet: de la légitimité des formes oeuvres 1979-2003*, Monographie d'architecture, Éd. le Moniteur, 2004.

Bollard, Laurent, *Le paysage toscan, métaphore du Paradis. Littérature et peinture en Italie à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance*, dans *Le tramway: Balzac, Michaux, Reverdy, Maupassant, quatre poèmes inédits de Jean Follain*, 2002.

Bonneau Lila, Markovics Alexis, Paoli Florent et Severo Donato, *Expertise architecturale, patrimoniale, urbaine et environnementale de l'American Memorial Hospital de Reims*, 233 pages, Reims, 2023.

Brisac Jules, Bernard Léon, *Les établissements antituberculeux d'après-guerre*, 5 mai 1917.

Claude Simon, *Le tramway: Balzac, Michaux, Reverdy, Maupassant quatre poèmes inédits de Jean Follain*, Presses universitaires du Mirail, 2002.

Clément, Gilles. *Jardins, paysage et génie naturel*, Collection Gilles Clément, Sens & Tonka, 2024.

Del Curto Davide, *La naissance du sanatorium en Europe – Un regard d'Italie*, dans Les Quinze Glorieux de l'architecture sanatoriale, Centre de Recherche et d'Etude sur l'Histoire d'Assy (C.R.E.H.A), 2006.

EPFL, *Le Sanatorium: architecture d'un isolement sublime, Exemples des Grisons*, Exposition. s. d.

Ernaux, Annie, *Journal du dehors*, Collection Folio, Texte intégral, Gallimard, 1997.

Girier-Diebolt, Christine, *Le Centre hospitalo-universitaire Robert-Debré: l'innovation au service des enfants, des adolescents et des parents*, Le Cherche midi, 2009.

Maugham, W. Somerset, *Il suffit d'une nuit*, 1995.

Meyer: le radici e l'orizzonte : storia dell'ospedale pediatrico Anna Meyer di Firenze (1884-1950), Avec Ester Diana, Giunti : Fondazione Ospedale pediatrico Meyer, 2008.

Moreau Delphine, *De qui se soucie-t-on ? Le care comme perspective politique*, Revue internationale des livres et des idées (RILI), 2009.

Nickl-Weller, Christine, et Hans Nickl, *Healing architecture*, ed. Braun, 2013.

Paoli, Florent, et Donato Severo, *Transformer l'architecture sanitaire du XXe siècle: temporalité, pérennité, adaptabilité*, Trasformare l'architettura sanitaria del XX secolo : temporalità, permanenza, adattabilità. Première édition. Antefarma, 2024.

Paperman Patricia, *Éthique du care : un changement de regard sur la vulnérabilité*, dans *Gérontologie et société* 2010/2 vol. 33 / n° 133 , pages 51 à 61, Éditions Fondation Nationale de Gérontologie

Perec, Georges, *Espèces d'espaces*, Collection L'Espace critique, Galilée, 2000.

Riboulet, Pierre, et François Chaslin, *Naissance d'un hôpital: journal de travail*, Les Éd. de l'Imprimeur, 1994.

Tronto, Joan C., Hervé Maury, et Liane Mozère, *Un monde vulnérable: pour une politique du care*, Éd. la Découverte, 2009.

Zielinski Agata , *L'éthique du care, Une nouvelle façon de prendre soin*, dans *Études* 2010/12,Tome 413 , pages 631 à 641, Éditions S.E.R.

thèses et mémoires

Grandvoinnet Philippe, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), Une architecture en quête de rendement thérapeutique*, Université De Genève / Université De Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines, 2010.

Landais Alban, *Comment les salles des classes de l'hôpital Necker – Enfants malades sontelles conçues pour assurer la continuité scolaire des jeunes patients malgré leur hospitalisation*, Mémoire de Fin d'Etudes, ENSA Paris Val de Seine, 2025.

Le Seignoux Yin, *Le statut et les enjeux des espaces semi-publics de l'hôpital, Le cas de l'hôpital Robert-Debré*, Mémoire de Fin d'Etudes, ENSA Paris Val de Seine, 2023.

expositions

Beckmann A., Hugron J-P., Naudin R, *Parties communes, une aventure collective*, Exposition présentée par le Pavillon de l'Arsenal du 26 novembre 2025 au 8 mars 2026 à Hôpital La Rochefoucauld.

Fleury Cynthia, *Ville, Architecture et Soin*, Dossier de presse, SCAU, Exposition présentée au Pavillon de l'Arsenal du 6 avril au 28 août 2022.

podcasts

France Culture, *Prendre soin : le care est-il un concept féminin ? Les nouveaux chemins de la connaissance*, publié le 08/07/2010, 58 min.

France Culture, *Ethique et politique du Care (1/5)*, publié le 09/10/2006, 31 min.

Paquot Thierry, *Pourquoi l'espace urbain est si peu adapté aux enfants ?*, Les Adultes de Demain : Réinventer l'enfance et l'éducation, #179, Février 2024, 37 min

webographie

LAROUSSE, « *Intermédiaire* », Larousse.fr.

LAROUSSE, « *Limite* », Larousse.fr.

UNESCO, « *Villas et jardins des Médicis en Toscane* », Convention du Patrimoine Mondial.

table des figures

Fig 1. Bonnet Françoise, L'American Memorial Hospital de Reims, Marie Louise Lefort (à droite) et Miss Bangs (à gauche) surveillent la construction du nouvel hôpital.

Fig 2. Production personnelle, Plan de situation de l'Ospedalino et de l'Hôpital Anna Meyer.

Fig 3. Photographie personnelle, l'agence d'architecture CSPE, vue sur le jardin, mai 2025

Fig 4. Photographie personnelle, l'agence d'architecture CSPE, vue de l'open space.

Fig 5. Photographie personnelle, l'agence d'architecture CSPE, vue de l'open space.

Fig. 6 Les architectures de Brunelleschi et les perspectives de Masaccio, UIA CAEN, *Reconstruction schématique de la première planche de Brunelleschi sur le Baptistère de Saint Jean à Florence.*

Fig. 7 De Vinci Leonard, *L'Annonciation*, Huile sur toile, 1472-1475

Fig. 8 Photographie par Sailkol, *Villa Petraia*.

Fig. 9 Photographie personnelle, *Pavillon d'accueil de l'hôpital.*

Fig. 10 Production personnelle, *Plan Masse de la villa Ognissanti, les 9 pavillons, orientés sud, tournés vers le parc et le grand paysage.*

Fig. 11 Istituto Geografico Militare, Regione Toscana, *Photographies aériennes (4).*

Fig. 12 Production personnelle, *Schémas évolutifs de la parcelle de l'hôpital (4).*

Fig. 13 production personnelle, dessin à la main, *plan masse de l'hôpital pédiatrique Anna Meyer*

Fig. 14 Production personnelle, *Schémas illustrants la symétrie de l'ancien et du nouveau bâtiment.*

Fig. 15 Production personnelle, *Coupe de l'hôpital.*

Fig. 16 AEI progetti, *Photographie du chantier de l'atrium.*

Fig. 17 AEI progetti, *Photographie du chantier à l'intérieur de l'atrium.*

Fig. 18 CSPE, *Photographie de l'extension.*

Fig. 19 CSPE, *Photographie aérienne du bâtiment et de l'extension.*

Fig. 20 AEI progetti, *Coupe schématique des systèmes de ventilations de l'hôpital.*

Fig. 21 Production personnelle, *Plan schématique du rez de chaussée des programmes, en jaune les installations médicales spécialisées, en rose les services auxiliaires, en rouge les urgences et en vert les espaces de services (café, commerce),.*

Fig. 22 Production personnelle, *Plan schématique du rez de chaussée des programmes, en rose verticales, en bleu horizontales.*

Fig. 23 Photographie aérienne, *Comparaison de la morphologie et de l'emprise au sol de l'Hôpital Anna Meyer (1) et de l'hôpital Robert Debré (2) à échelle constante.*

Fig. 24 Blain Catherine, Pierre Riboulet: de la légitimité des formes, *Plan Masse de l'étage courant de l'hôpital Robert Debré, avec la présence de la rue/galerie.*

Fig. 25 Production personnelle, *dessins schématiques.*

Fig. 26 Production personnelle, *dessins schématiques.*

Fig. 27 Production personnelle, *schéma théorique explicatif des trois types d'espaces à analyser.*

Fig. 28 Production personnelle, *schéma appliqué à l'hôpital des trois types d'espaces à analyser.*

Fig. 29 Production personnelle, *photographie aérienne du sanatorium, avec la galerie ouverte en bleu.*

Fig. 30 Production personnelle, *schéma de la promenade des galeries lorsque l'édifice était un sanatorium.*

Fig. 31 Production personnelle, *schéma de la promenade des galeries aujourd'hui.*

Fig. 32 Wikipédia, *Pianta del Reale Giardino di Boboli, plan du Jardin de Boboli à Florence.*

Fig. 33 Photographie personnelle, *intérieur de la galerie vitrée (gauche) de l'hôpital Anna Meyer, juillet 2025.*

Fig. 34 Photographie personnelle, *intérieure de la galerie vitrée (gauche) de l'hôpital Anna Meyer, juillet 2025*

Fig. 35 Photographie personnelle, *galerie vitrée droite, vue depuis l'extérieur de l'hôpital Anna Meyer, juillet 2025.*

Fig. 36 Production personnelle, *partie du plan de la galerie de l'hôpital Anna Meyer.*

Fig. 37 Production personnelle, *plan du niveau de la galerie de l'hôpital Anna Meyer, mise en évidence en bleu, et son lien à la rue, en rouge.*

Fig. 38 Production personnelle, *coupe schématique de la galerie de l'hôpital Anna Meyer.*

Fig. 39 Riboulet Pierre, Naissance d'un hôpital: journal de travail, 1994, page 85, *plan du niveau de la rue/galerie de l'hôpital Robert Debré, mise en évidence en bleu, et son lien à la rue, en rouge.*

Fig. 40 Archives de l'AP-HP, *Photographie de la «rue» hospitalière, 1992.*

Fig. 41 Photographie personnelle, *La «rue» hospitalière : la médiathèque, février 2026.*

Fig. 42 Photographie personnelle, *La «rue» hospitalière : végétation intérieure, février 2026.*

Fig. 43 Photographie personnelle, *La «rue» hospitalière, février 2026.*

Fig. 44 Archives de l'AP-HP, *entrée principale, boulevard Sérurier, 1988-1989.*

Fig. 45 Photographie personnelle, *entrée principale de l'hôpital Anna Meyer*, mai 2025.

Fig. 46 Production personnelle, *croquis permettant de situer les cas d'étude*.

Fig. 47 AEI progetti, *l'atrium*.

Fig. 48 Photographie personnelle, *le jardin d'hiver*, février 2026.

Fig. 49 Photographie personnelle, *la végétation haute du jardin d'hiver*, février 2026.

Fig. 50 Photographie personnelle, *niveau bas du jardin d'hiver*, février 2026.

Fig. 51 Photographie personnelle, *les escaliers du jardin d'hiver*, février 2026.

Fig. 52 Riboulet Pierre, *Naissance d'un hôpital, Coupe sur le jardin d'hiver de l'hôpital Robert-Debré*.

Fig. 53 Production personnelle, *plan d'étage courant de l'hôpital Anna Meyer et de l'atrium*.

Fig. 54 Photographies personnelles, *les différentes matérialités de l'hôpital Robert-Debré*, février 2026.

Fig. 55 AEI Progetti et CSPE, *les différentes matérialités de l'hôpital Anna Meyer*.

Fig. 56 Riboulet Pierre, *Naissance d'un hôpital, plan d'étage de la rue hospitalière et du jardin d'hiver de l'hôpital Robert-Debré, avec ses accès vers l'extérieur*

Fig. 57 Production personnelle, *plan de l'atrium de l'hôpital Anna Meyer, avec ses accès vers le jardin*.

Fig. 58 Photographie personnelle, *parc de l'hôpital Anna Meyer*, juillet 2025.

Fig. 59 Photographie personnelle, *jardin de l'hôpital Anna Meyer*, juillet 2025.

Fig. 60 Production personnelle, *la galerie et l'hôpital*.

Fig. 61 Production personnelle, *plan d'étage courant de l'hôpital Anna Meyer et de l'atrium*.

Fig. 62 Production personnelle, *dessin des terrasses accessibles depuis le jardin d'hiver*, sur le plan issu de Fermand Catherine, 2000, *Les hôpitaux et les cliniques : architectures de la santé*, p.82, Paris, Le Moniteur, 287p.

Fig. 63 Photographie personnelle, *les terrasses végétalisées de l'hôpital Robert-Debré*, février 2026.

Fig. 64 Photographie personnelle, *la philharmonie et l'horizon depuis les terrasses végétalisées de l'hôpital Robert-Debré*, février 2026.

Fig. 65 Photographie personnelle, février 2026, *patio végétalisé de l'hôpital Robert-Debré*.

Fig. 66 Photographie personnelle, février 2026, *L'horizon depuis les terrasses végétalisées de l'hôpital Robert-Debré*.

Fig. 67 Photographies personnelles, février 2026, *occupation des terrasses végétalisées de l'hôpital Robert-Debré*.

Fig. 68 Studio Alvisi Kirimoto, *esquisse du pavillon*, 2024

Fig. 69 Production personnelle, *le pavillon et l'hôpital*, 2025

Fig. 70 Production personnelle, *le pavillon et l'hôpital, plan masse*.

Fig. 71 Studio Alvisi Kirimoto, *plan masse du pavillon*, 2024.

Fig. 72 Studio Alvisi Kirimoto, *maquette figurative du pavillon*, 2024.

Fig. 73 Studio Alvisi Kirimoto, *plan du pavillon*, 2024

Fig. 74 Studio Alvisi Kirimoto, *plan programmatique du pavillon*, 2024.

Fig. 75 Cappelletti Marco, *photographie de la salle de musique depuis le hublot*, 2024.

Fig. 76 Cappelletti Marco, *photographie de l'espace ouest*, 2024.

Fig. 77 Cappelletti Marco, *photographie du pavillon depuis le patio*, 2024.

Fig. 78 Cappelletti Marco, *photographie du pavillon depuis l'arrière de l'hôpital*, 2024.

Fig. 79 Studio Alvisi Kirimoto, *plan du pavillon, couloir d'accès en gris*, 2024.

Fig. 80 Cappelletti Marco, *photographie du volume connecteur vers l'hôpital*, 2024.

Fig. 81 Cappelletti Marco, *photographie du patio*, 2024.

Fig. 82 Production personnelle, *sur le plan masse du Studio Alvisi Kirimoto, plan du jardin thérapeutique du pavillon*.

Fig. 83 Studio Alvisi Kirimoto, *accès au jardin par l'ouest du pavillon*, 2024

Fig. 84 Production personnelle, *jeux musicaux extérieurs du jardin thérapeutique*.

Fig. 85 Cappelletti Marco, *photographie du jardin de l'hôpital*, 2024

Fig. 86 Cappelletti Marco, *photographie du jardin et de l'arrière du pavillon de l'hôpital*, 2024

Fig. 87 Studio Alvisi Kirimoto, *plan du pavillon, accès impossible en rouge*, 2024

table des matières

Avant-propos	p.7
Introduction	p.11

I - Le paysage — soin, fondations culturelles et théoriques

1. Le paysage de Toscane, l'idéal de la renaissance	p.45
1.1 Art, paysage et renaissance en Toscane	
1.2 La perspective, sublimation du paysage	
1.3 L'architecture des villas florentines, le cas de la villa Ognissanti	
2. Le paysage comme ressource de soin, les sanatoriums.....	p.53
2.1 La tuberculose, la maladie du siècle	
2.2 Réponses politiques et sanitaires italiennes	
2.3 Les sanatoriums et l'héliothérapie face à l'urgence	
2.4 La Villa Ognissanti comme "pavillon d'isolement"	
3. D'un lieu de soin à un lieu oublié, l'évolution d'un site.....	p.59
3.1 Fin des sanatoriums, déclin brutal d'un modèle	
3.2 Quel avenir pour ces lieux désertés?	
3.3 Étude de l'évolution de la parcelle Ognissanti	

II - Le dialogue paysage — espaces intermédiaires, étude de cas de l'Hôpital Anna Meyer

0. Préambule	p.69
1. Les espaces du regard, cadrer pour voir le paysage	p.91
1.1 "chez soi" à l'hôpital, la fin du modèle de la machine à guérir	
1.2 La galerie vitrée de l'hôpital face à la rue hospitalière de P. Riboulet	
2. Les espaces du seuil, frontières entre dedans et dehors	p.109
2.1 Le seuil, l'épaisseur comme respiration	
2.2 L'atrium de l'hôpital face au jardin d'hiver de P. Riboulet	
3. Les espaces extérieurs, prolonger l'architecture par le paysages	p.125
3.1 Parcs et jardins comme prolongement du soin	
3.2 Le jardin de l'hôpital face aux terrasses de P. Riboulet	

III - Architecture et paysage au service d'un soin éducatif, le cas du pavillon éducatif Maria Manetti Shrem de l'hôpital Meyer

1. Le pavillon éducatif Maria Manetti Shrem de l'hôpital Meyer.....	p.143
1.1 Un besoin contemporain	
1.2 Génèse d'un projet	
2. Le jardin thérapeutique, rupture ou continuité de l'architecture ? .	p.155
2.1 Progresser et apprendre à travers le jardin	
2.2 Continuité du soin, rupture de l'espace hospitalier	

Conclusion.....	p.161
Bibliographie.....	p.170
Annexes.....	p.189

annexes

01	<i>entretien, Giulio Felli</i>	190
02	<i>photographies de l'hôpital Robert-Debré</i>	204
03	<i>photographies de l'hôpital Anna Meyer</i>	218
04	<i>photographies du pavillon éducatif M. M. Shrem</i>	220
05	<i>corpus de plan, dessins sur l'hôpital Anna Meyer</i>	226
06	<i>corpus de plans, dessins sur le pavillon éducatif</i>	230
07	<i>corpus de productions personnelles</i>	234

annexe 01

entretien

entretien – Giulio Felli, Agence CSPE

représentant légal, administrateur et directeur technique
de l'agence CSPE qui a construit la partie la plus
importante de l'hôpital entre 2000 et 2007.

durée de l'échange – environ 1h30
date de l'échange – 16/05/2025
lieu de l'échange – Agence CSPE,
Piazzale Donatello 29, 50132 Florence

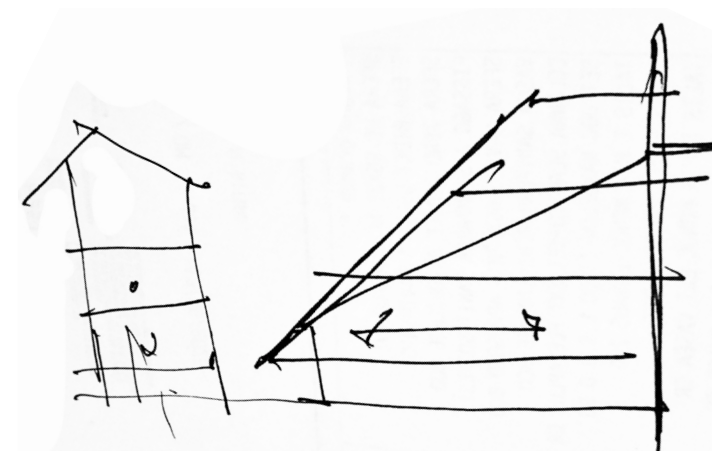
annexe 01

entretien

interlocuteurs

Giulio Felli (G.)
et Juliana Millet (J.)

G. L'histoire, c'est que la cité a décidé de, euh... déplacer l'hôpital, mais euh, c'est une longue histoire. Il y a besoin de l'histoire pour ça. La première chose, c'est : on fait des extensions. Si tu veux, tu peux aller voir, c'est ici, **montre par la fenêtre de l'agence**. On a essayé de faire un projet, mais si tu vas voir, c'est pas une place pour un hôpital des enfants. Et euh, à la fin, la cité a décidé de faire le nouvel hôpital... pause. La décision de déplacer l'hôpital, c'est... ici, c'est le nouveau. Mais là, c'est presque l'hôpital de Careggi. Pourquoi ? L'idée, c'est d'avoir des connexions avec le grand hôpital de Careggi. Pour ça on a fait l'hôpital, sans euhhh... il n'y a pas de magasins, de grands espaces. Il est partagé avec l'hôpital de Careggi. Au début on a fait le projet pour 120 lits, pas plus. Maintenant ils sont 250. Notre décision... pourquoi on a fait deux euhhh... Ici il y a cet ancien hôpital qui est connecté à Careggi, c'est l'hôpital des maladies pulmonaires, comment on dit... les sanatoriums. C'est idéal, pourquoi ? Parce qu'il est exposition sud, dans un endroit de jardin, et ça c'est normalement utilisé pour faire respirer les malades dans le parc. Il y a un jardin historique ici, et un parc ici. Mais si tu veux, quand on a fait la compétition, on pouvait détruire tout l'ancien hôpital et faire un parking au-dessus. On pouvait faire un accès. Notre décision ici c'est : non, on ne touche pas à l'ancien hôpital. On fait l'extension, le nouvel hôpital derrière. Il y a un terrain en pente. Euhhh **dessine sur une feuille**, il y a l'ancien hôpital, après c'est comme ça, un peu plus... On a décidé de faire : ici on fait le nouveau hôpital.



dessin par G.

J. Pour suivre le terrain ?

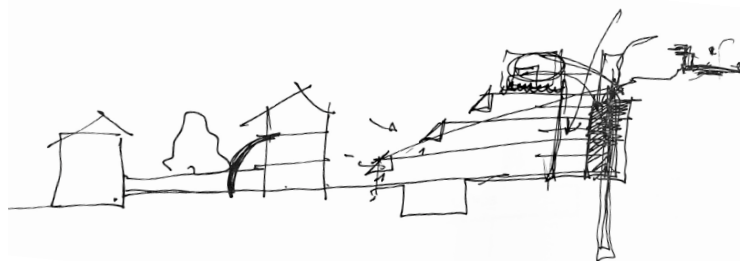
G. Oui, l'inclinaison va... come si dice... les lignes de euhhh...

J. La topographie ?

G. Oui, la topographie. Et on va réutiliser l'ancien hôpital pour l'université, les ambulatoires, l'hôpital de jour, des choses qui sont connectées à la dimension de cet hôpital. Toutes les hautes technologies sont ici **montre sur son dessin**.

J. D'accord.

G. Qu'est-ce qu'on a fait... c'est... dessine ici c'est le nouveau hôpital. On a séparé : ici il y a le terrain, il y a un gros mur qui tient le terrain, il y a une rue historique ici, c'est la rue de Careggi, qui est protégée par les Beaux-Arts. La décision c'est : ne pas aller au-dessus de la rue de Careggi. On monte seulement de trois étages. Ce sont les mêmes dimensions ici et ici : trois étages ici, et trois étages ici **montre sur son dessin**.



dessin par G.

La différence c'est qu'on a fait ça. Pourquoi ? Si tu veux tu peux voir la différence: tu vois jamais trois étages ici, tu vois un étage, un étage avec son petit toit. C'est une dimension d'enfant. On a séparé la rue et le terrain avec des éléments techniques qui sont ici, pas sous les toits. Normalement, elles sont ici les machines dans l'hôpital. Il y a une petite prise d'air ici, mais elles sont connectées directement à l'hôpital. Mais ici on a ouvert pour prendre la lumière directement dans la... L'hôpital a la façade sud, et aussi la façade qui prend de la lumière ici. La décision de faire une chose mimétique : tous les toits sont verts. Et la décision c'est possible pourquoi? On n'a pas de machines ici. Si tu vas maintenant, tu vas voir des machines sur les toits, mais ce sont des extensions que l'hôpital a faites.

J. Ce n'est pas votre décision ?

G. Voilà. La vraie décision, c'est que toutes les machines sont là **montre sur le dessin**. Pour séparer du terrain. On a maintenu toutes les connexions : les "chapelines" historiques, le petit édifice... et on a mis la serre ici. Pourquoi ? Notre décision, c'est : on n'a pas de parking au-dessus de l'hôpital. Le parking, c'est ici. On a gagné cette extension pour faire un parking. C'est un parking pas plat, il y a une place, des rencontres ici, c'est fait avec des escaliers. Mais ça, c'est pour une chose psychologique : l'enfant arrive ici, il n'est pas dans l'hôpital, il fait un tour ici, il fait un tour autour du jardin, il arrive ici, tout avec la lumière. Et quand il arrive ici, in the middle of the hospital, but without being in the hospital, he kind of calms down. For the children. And what he sees before is this — the first thing. Et si tu vois ça, c'est quelque chose qui ressemble à Florence. C'est pas un gros hôpital vert, c'est une maison, ça ressemble à ma maison. Si tu veux faire only des prises de sang, tu vas ici, et tu sors.

J. Ah ici on peut faire les prises de sang ?

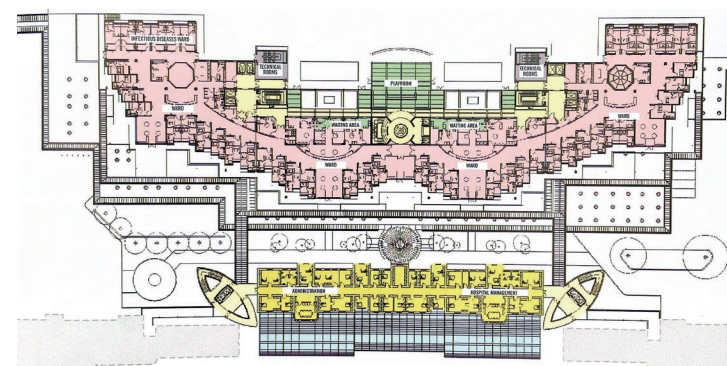
G. Oui, pourquoi ? On peut faire les prises de sang ici montre un autre endroit but you are in the middle of the hospital. Ici, you don't enter the hospital, you don't see the hospital. C'est quelque chose d'être stressé très rapidement.

Ici on a placé l'université. Ici l'hôpital de jour. Ici, au rez-de-chaussée, il y a des ambulatoires, des studios médicaux, des endroits pour les médecins et l'administration de l'hôpital.

J. : Ok, est-ce qu'il y a des urgences ?

G. : Au Meyer existant, ici, ça c'est les main entrance mais c'est aussi les urgences. C'est l'enfant qui arrive pour une prise de sang, il verra les urgences. Si tu vas voir maintenant, c'est encore... je vais changer cette chose mais... il y a une rampe ici où arrivent les... on a décidé de changer ça, ça c'est l'entrée pour les enfants. Et la rue pour les urgences c'est ici, qui va derrière. L'enfant qui vient là, il voit pas des urgences. Et au RDC, il y a l'urgence ici, le diagnostic ici, les ambulatoires et les laboratoires. Au deuxième étage, peut-être qu'il y a aussi... ça c'est urgences, diagnostic, ambulatoires, laboratoires. Premier étage : intensive care, toutes les salles d'opérations, qui sont avec deux différentes entrées, ici pour l'urgence et les opérations programmées. Et ici il y a deux salles pour l'hôpital de jour, qui sont connectées avec ça. Ça c'est un parcours sanitaire qui connecte les médecins et l'hôpital de jour. La différence c'est que tout le public va seulement sur cette rue. Et il y a seulement un escalier et un ascenseur pour le public. Il n'y a pas à décider où tu vas, escalier 1, 2, 3... c'est, in... ça c'est what we call wayfinding: you arrive at the place, when you are here, it's what we call la serra, you find the center and you have only this way — this is for only sanitary connection. Et un étage continu pour les lits.

J. : Play room, qu'est-ce que c'est ? **montre sur le plan**



G. : La playroom c'est ça, c'est... maintenant ils ont ajouté ici un petit room pour la musique, qu'il a fait Andrea Bocelli (nom de la fondation) mais l'idée c'est la même. Ici il y a un parcours sanitaire. Outside we have place to play, to make school, that is near, but it's outside, it's connected to this. Pourquoi cette place elle doit fonctionner aussi ? Si j'avais un enfant ici, mais que j'avais deux, trois enfants, j'avais besoin qu'un enfant reste ici. Et aussi il y a une petite place ici pour l'école, pour euh... Ils ont changé, mais l'idée initiale c'était ici d'avoir une place qui est un espace de... come si dice... family kitchen, where, ou les parents peuvent nettoyer des choses, préparer quelque chose à manger. Mais c'est important ça, parce que si tu as une décision importante avec la famille sur les enfants hospitalisés, la famille va faire ça dans la cuisine. La cuisine c'est familial. Donc on a placé ça ici. Tu vois, les lits il n'y a pas une division 1, 2, 3, 4 — c'est continuous.

La division c'est un peu... surgery, et ça c'est médecins. Il y a un, deux, trois, quatre places pour les nurses. Et normalement on avait fait cette place que c'est other place for ludoteca, maintenant they need more space, so they divide the space and they make more room ici. J'espère que dans le futur on va ouvrir cette place, car c'est très beau. Aussi, on n'a pas un étage supérieur, et toute cette place il y a la lumière naturelle, qui est fait avec... hum... what we call "capelli di Pinocchio". You know Pinocchio ? Toute l'histoire de cet hôpital c'est connecté to l'histoire de Pinocchio. Tu n'as pas compris ?

J. : Nonahaha.

G. : La serra, cette place, qu'est-ce que ça ressemble ? Pourquoi j'avais fait ça en bois et en blanc ?

J. : Comme dans Pinocchio ?

G. : Tu la connais l'histoire de Pinocchio ? Pinocchio, il va chercher son père dans la mer, il est mangé dans la baleine. Et ça, c'est l'intérieur de la baleine, le ventre de la baleine. Dans l'histoire de Pinocchio, c'est pescecane, c'est un grand poisson. Aussi il y a les capelli di Pinocchio, cherche des documents dans son livre

J. : Oh c'est la maquette du projet ?

G. : Oui, tu peux la voir au Meyer, c'est ici. montre où elle se situe. Tu vois ça ? Dans le toit il y a des lumières, normalement elles sont faites comme ça **dessine**...



dessin par G.



et la lumière elle arrive... j'avais changé ça et j'ai fait ça, chapeau de Pinocchio, et aussi dedans il fait comme ça et la lumière entre comme ça. C'est fait spécialement pour le Meyer. Capelli di Pinocchio. Et en plus il y a des choses qu'on appelle solar tube, ce sont des petites... des lampes, des tubes, qui vont apporter la lumière du soleil directement. Tout le Meyer, the main theme, c'est bring natural light inside. Ensuite, this is the last thing we have done: this is the family center, ce sont des modules around an existing tree, et aussi la décision c'est d'avoir des vitrages dans tous les angles pour voir partout le jardin. Pourquoi ? Ici, c'est une place pour... euh... au Meyer il y a beaucoup de familles qui arrivent de toute l'Italie mais aussi de l'Afrique. Et quand elles arrivent avec l'enfant, elles ont besoin d'indications. Ça, c'est une place faite pour ça, pour accoglienza. Aussi ça, le ventre de la baleine, c'est aussi un système pour avoir de l'aération naturelle, qu'il y a aussi ici. **montre un schéma**. Et en plus on a fait ça, connected to some artists, et on a intégré complètement l'art dans... ce vitrage in the main waiting area.

J. : Ah c'est où ça dans le bâtiment ?

G. : Euh... maintenant on a changé, on a mis des grosses télévisions. C'est là-bas, et ce vitrage qui est ici **montre sur le plan**. You see, there is sanitary connection, if I have to bring something from here, a child from here to here, I use this. To bring light naturally in the space, we put a vitrage here that the artist decorate, to separate the waiting area, where there is the big television, and the sanitary connection. So, you see here, there is all the plan, the stuff, technical stuff, inside the soil and divide. The story of this building is that we added these two staircases — that is for emergency — but we want something that is full of light. Also for the staircase, it's not only this.

J. : Et comment vous avez choisi les matériaux ? Car c'est vrai qu'il y a beaucoup de bois.

G. : L'idée c'est d'utiliser le plus possible des matériaux naturels : le bois et le cuivre. Et la décision c'est — tu le vois vert — le cuivre, normally it's red, it becomes green after normally 200 years. If you go there, in what we call "la cupola verde"...

J. : Ah oui, la synagogue ! J'y suis allée hier !

G. : La synagogue est verte. Mais elle est devenue verte depuis 200 ans. Il y a un brevet italien, un homme à Florence a inventé ce système, what we call pre-patinated copper. Et donc c'est naturel, so we use this. Also in interiors we use linoleum, that is natural. We try to use more possible. The other thing that is different from normal hospital is the bedroom. I don't know if you arrived to see the bedroom but look **prend les plans**... The other thing that is different from normal hospital is the bedroom. I don't know if you arrived to see the bedroom but look **prends les plans**, this is the place where there is the nurse. In front there is the place that is for parents. Now they close the space to create two rooms. But you see the Pinocchio head? How much light brings down. There is one hundred of Pinocchio head in the hospital. For this I can ask the producer to make something special, because

if I had only two or three... Ok, normally the room for bed, we have one bed and one bed. We decide to put the bed in front one of another, so the children — there is a lot of single room — but in the double room the children can see each other. But we also make those kind of theater that divide the two space: this is my space, this is my space. If I want, I put the curtain and I divide the space. This is the window from outside, and we put the parents' bed area. Because this not a room for two beds but for four beds: parents and parents space. And also we opened a window here, in the corridor, where the people can see inside what happens, but also can bring — with solar pipes — we bring natural lights. So in this case the room has kind of two, hmmm... Also the bathroom is outside, can have natural light, and also we put not shower that is for more grown up, but a bath, because it's more easy to clean a children in a bath. If you have a shower, you bring water... and also we asked — because normally the bed is two meters — but in the pediatric they use smaller beds. The problem is he make near this place a deposit, un place pour avoir tous les lits, mais le nurse il a dit "ah mais si toutes les fois je vais en prendre un pour changer, c'est un travail...". So we asked a producer of beds to make a bed that we can be two meter but also shorter. So we invented this pediatric bed that can be smaller. You see, this is the kind of bed and this is the extension — with one button you can extend to two meters. Because pediatric area goes from 0 to 18 years, so if you have a child of 18 years it's two meters. Also in this hospital, there is a lot of illness for children that normally a children die before 18, but now with the research there is people that have pediatric illness but grow up till 60. So they have people that they follow, even if they have grown up, because the illness is for children. And so we use wood outside for this roof, because I told you — one roof, one floor, one roof, one floor — the children don't see three floor, they see always one floor: dimension of children. And also, all the windows are in woods, like this, it's something like at home, it's natural.

J. And how did you manage to connect this building to the old part, was it a challenge? Because I think it's very well done, because when we are inside, we don't feel like we are in the old building, it's well connected and it's very continuous.

G. On a fait très simple. L'histoire c'est : ça c'est un building, one building, one building. Before there is a connection here, because before they are connected here. We destroy the connection and we make the serra, so we don't have to use the corridor inside as a connection. The serra is the connection between all these three buildings, and we can use this space to add the new staircase and have this space. And we make this questi ponti, that connect the main building to the existing building, we reuse in a way all the...

J. This was already here? **montre sur le plan**

G. Oui. Before it's open, we closed it.

J. It was open because of the sanatorium?

G. The sanatorium il fait ça. Il y a pas quelque chose pour... euh... si tu as quelque chose de pulmonaire, tu prends le soleil et breathe right in the garden. But we have also, you see: there is the ground floor, the connection, but we have another connection here.

J. Ah ok, we can also walk on the roof.

G. This was added also for problems of security, of fire, etc., but it connects the hospital from... hum... We put the gym here, it's for rehabilitation. So the children can go directly here when it's not raining, without entering a place where there is the public.

J. Okay, so you kept the idea of breathing.

G. And it's a good place because you — the green spaces, with another view.

J. I'm looking for the plans and sections and elevations of the old building, if you have it...

G. I have it if you want. And if you want to see, there is a movie on the construction of this building, of the histoire of the hospital. On a fait ça, j'arrive. **va chercher des documents**

annexe 02

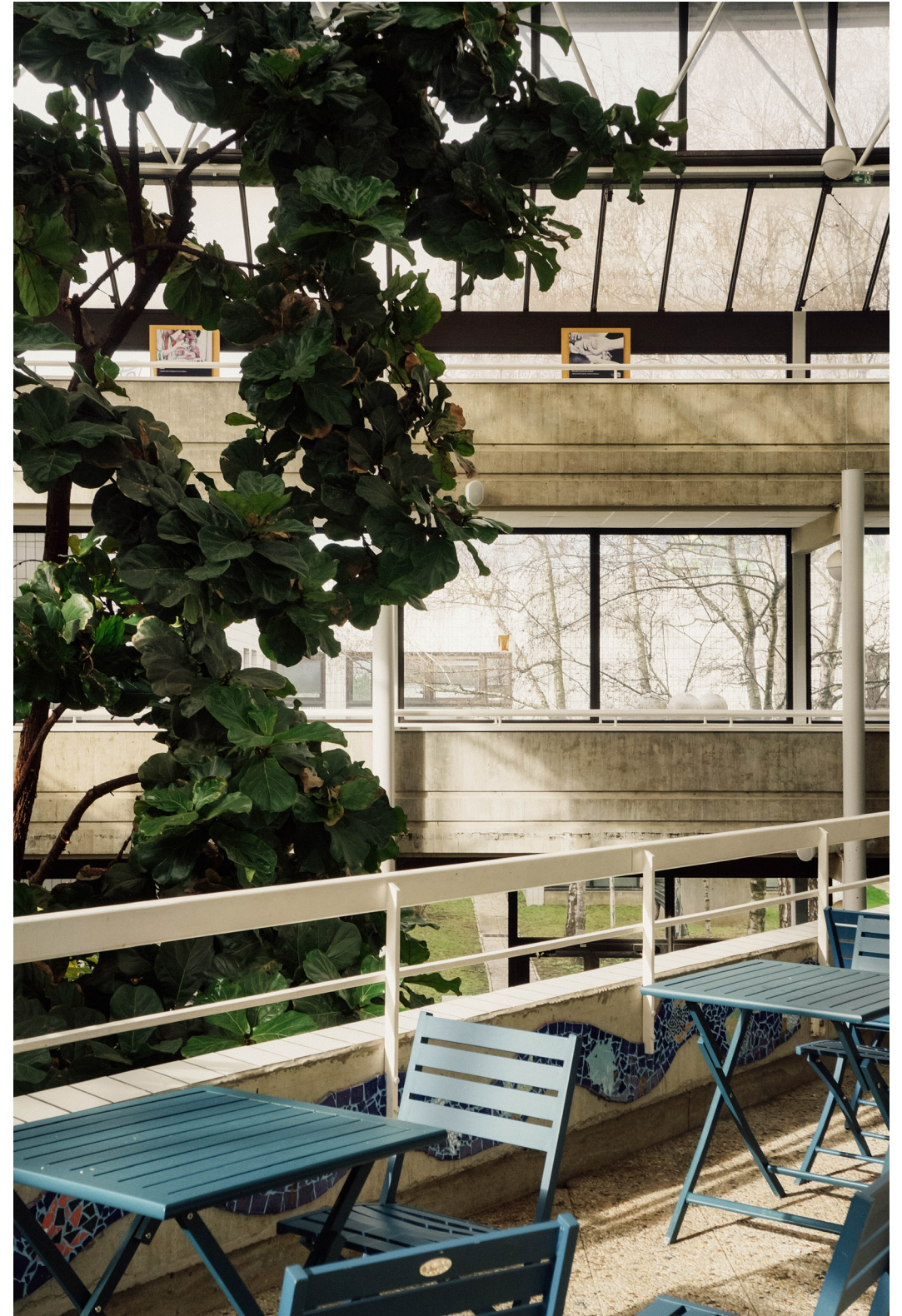
photographies

corpus des photographies personnelles de l'hôpital
Robert-Debré















annexe 03

photographies

corpus des photographies de l'hôpital Anna Meyer



annexe 04

photographies

corpus des photographies du pavillon éducatif
Maria Manetti Shrem



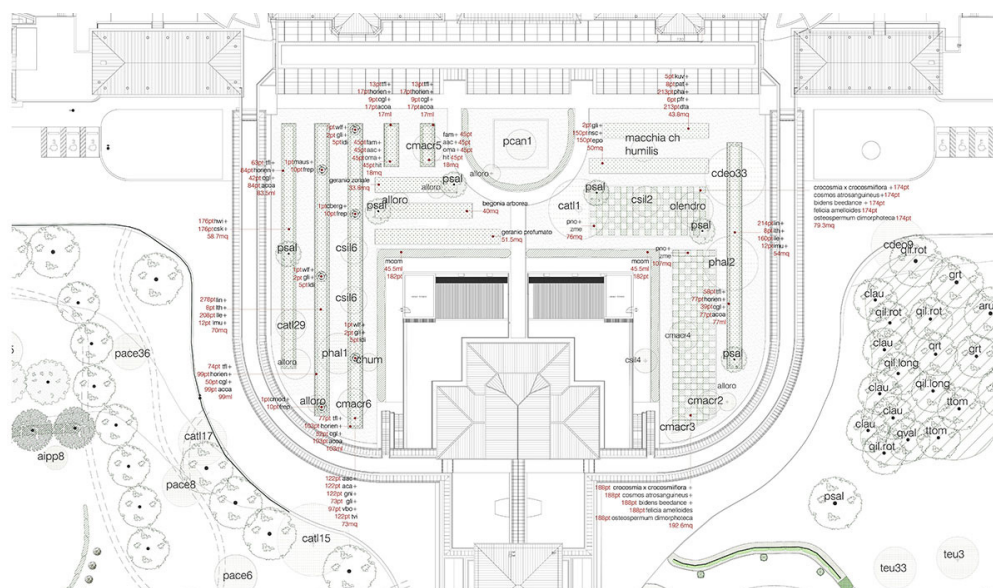




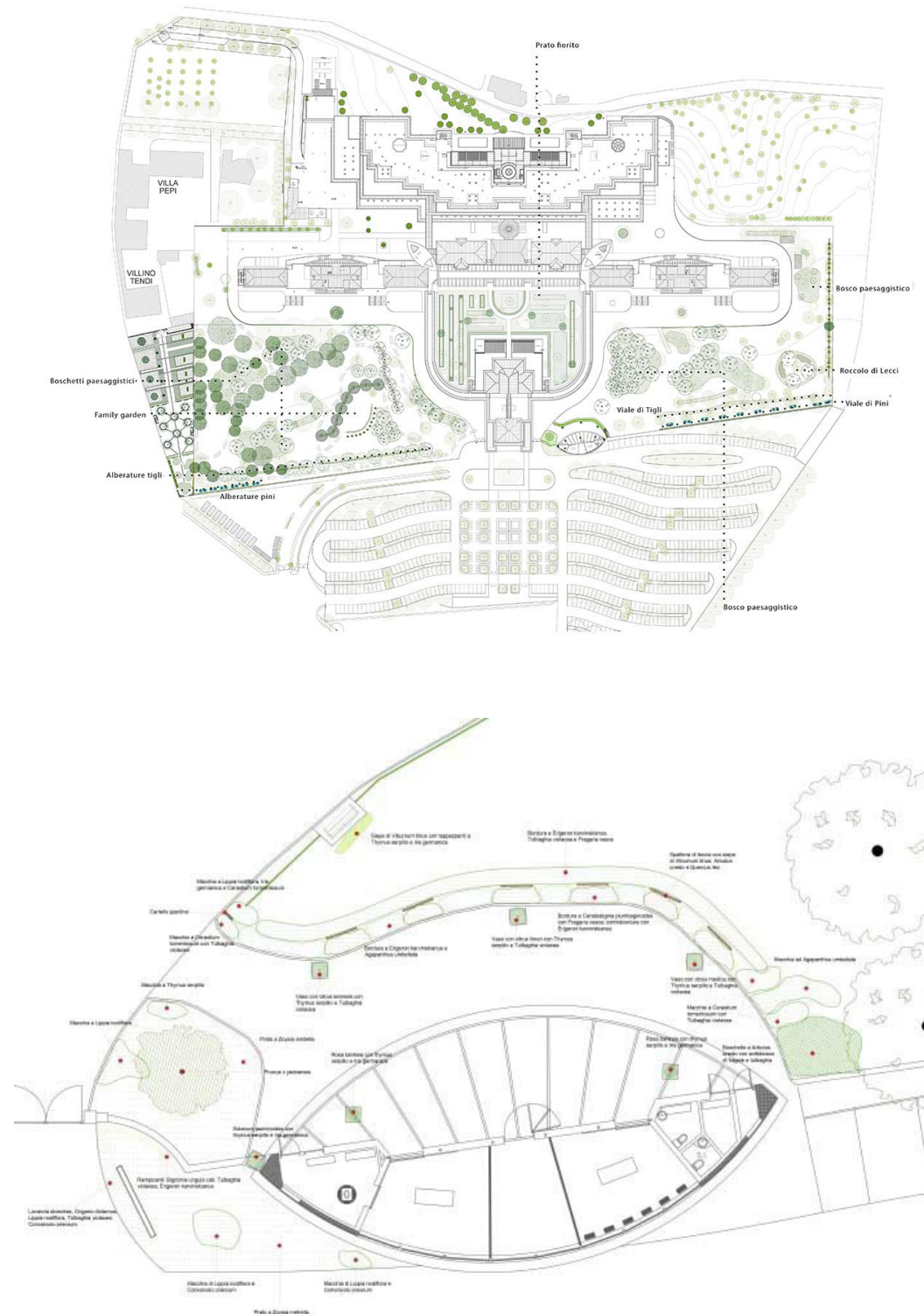
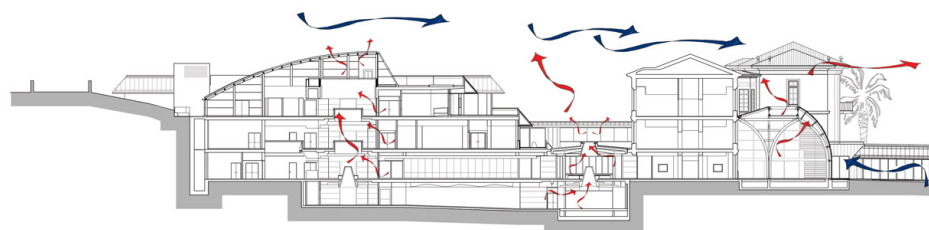
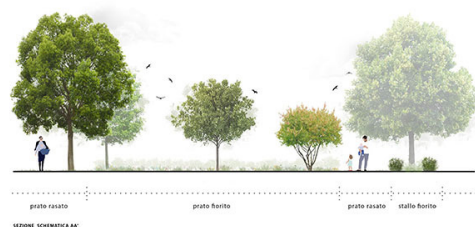
annexe 05

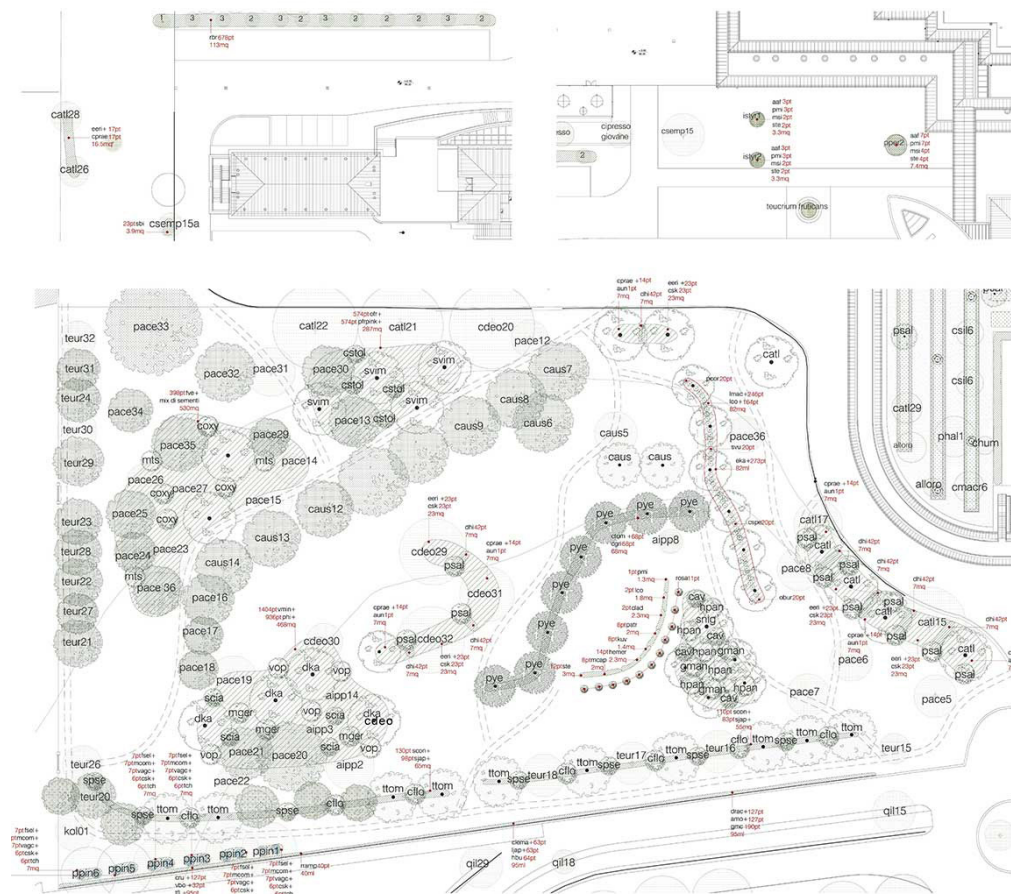
ressources documentaires

corpus de plans, coupes, dessins sur l'hôpital
Anna Meyer

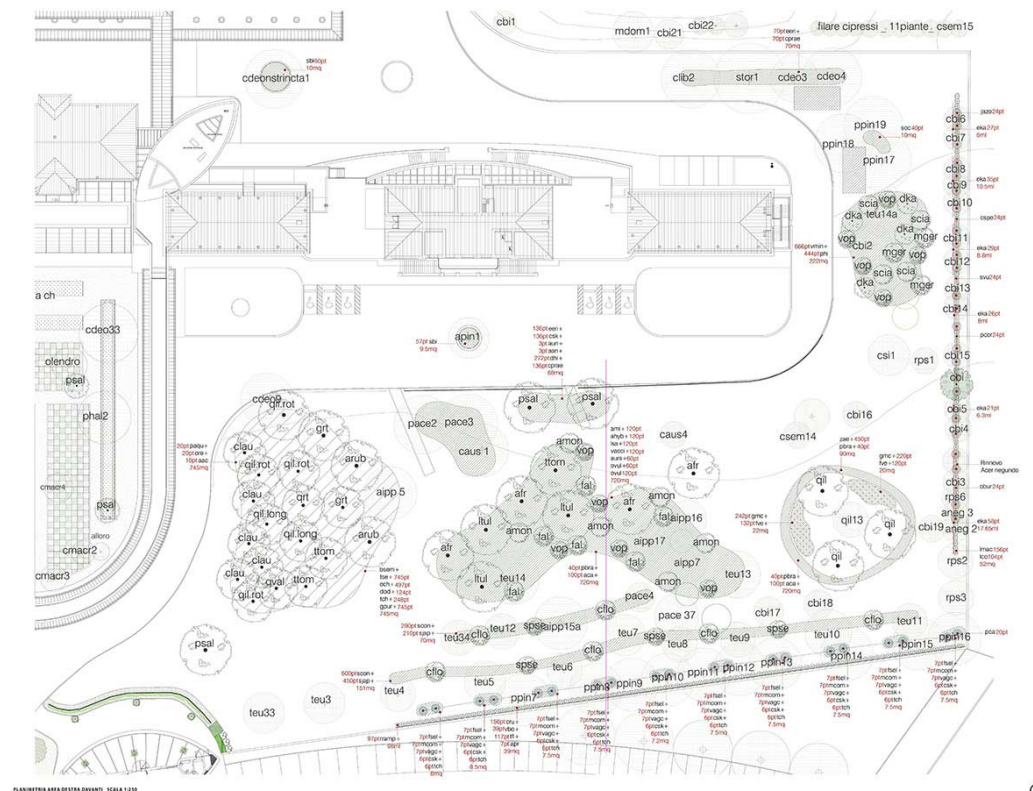
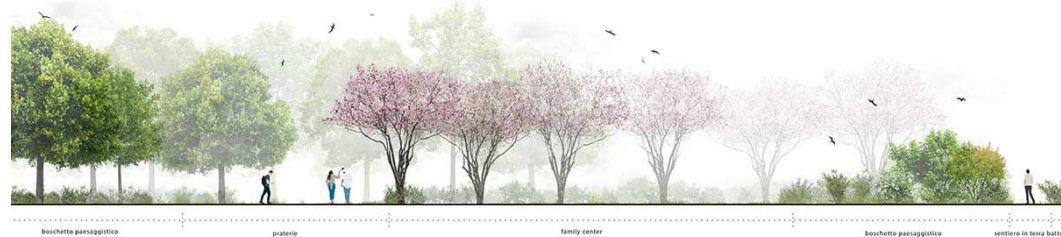


Area centrale





Area sinistra



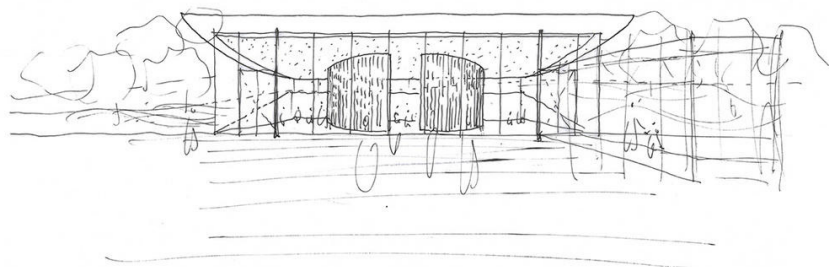
Area destra



annexe 06

ressources documentaires

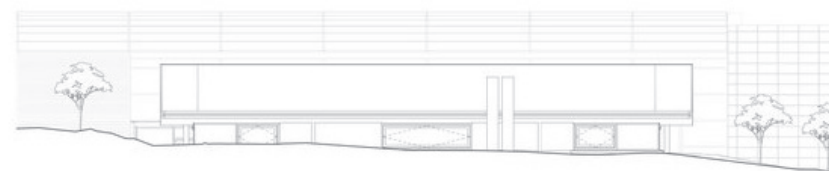
corpus de plans, coupes, dessins sur le pavillon éducatif Maria Manetti Shrem



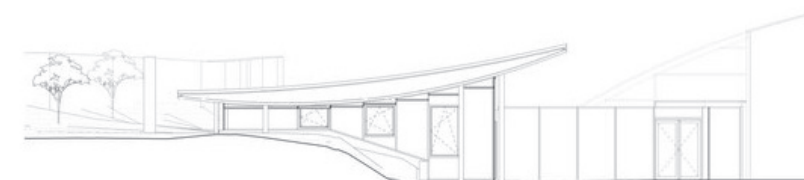
Sud
1 : 100



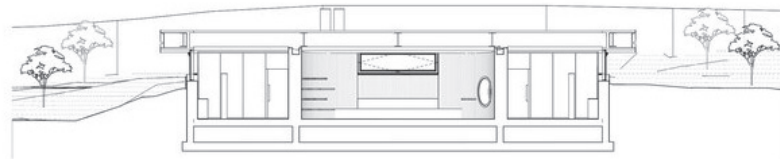
Est
1 : 100



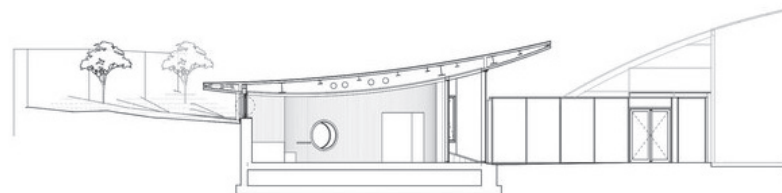
Nord
1 : 100



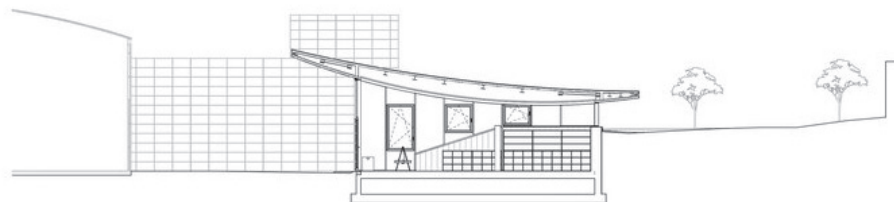
Ovest
1 : 100



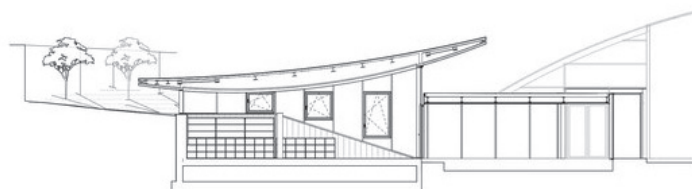
Sezione AA'
1 : 100



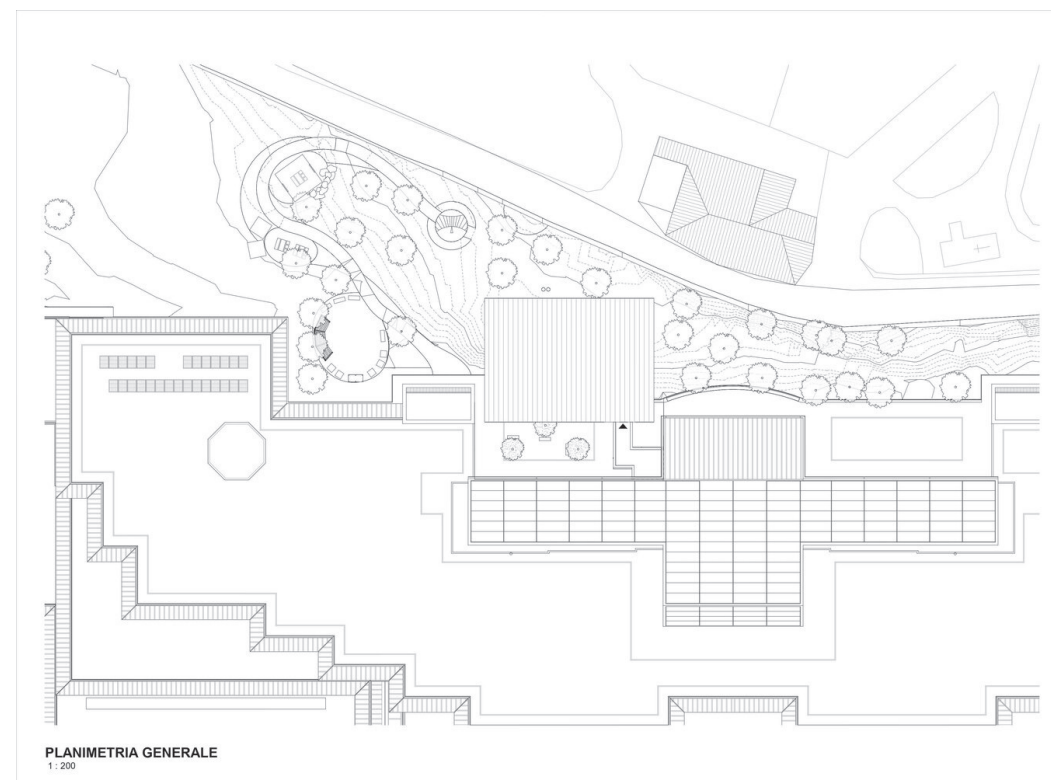
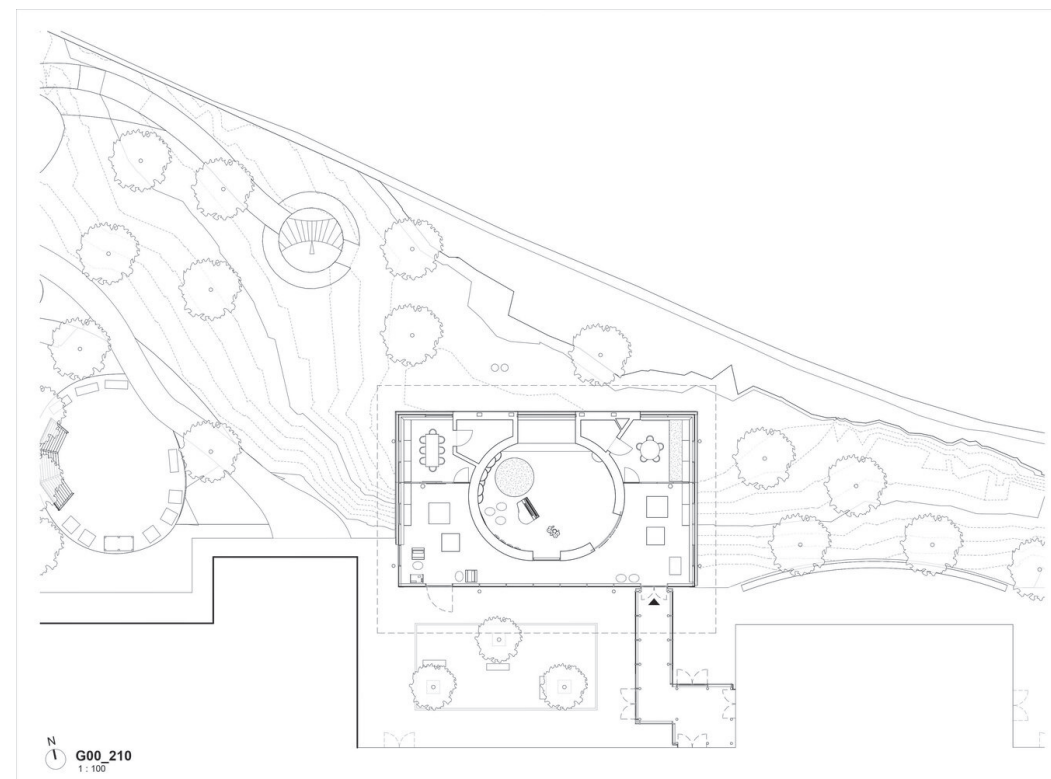
Sezione BB'
1 : 100



Sezione CC'
1 : 100



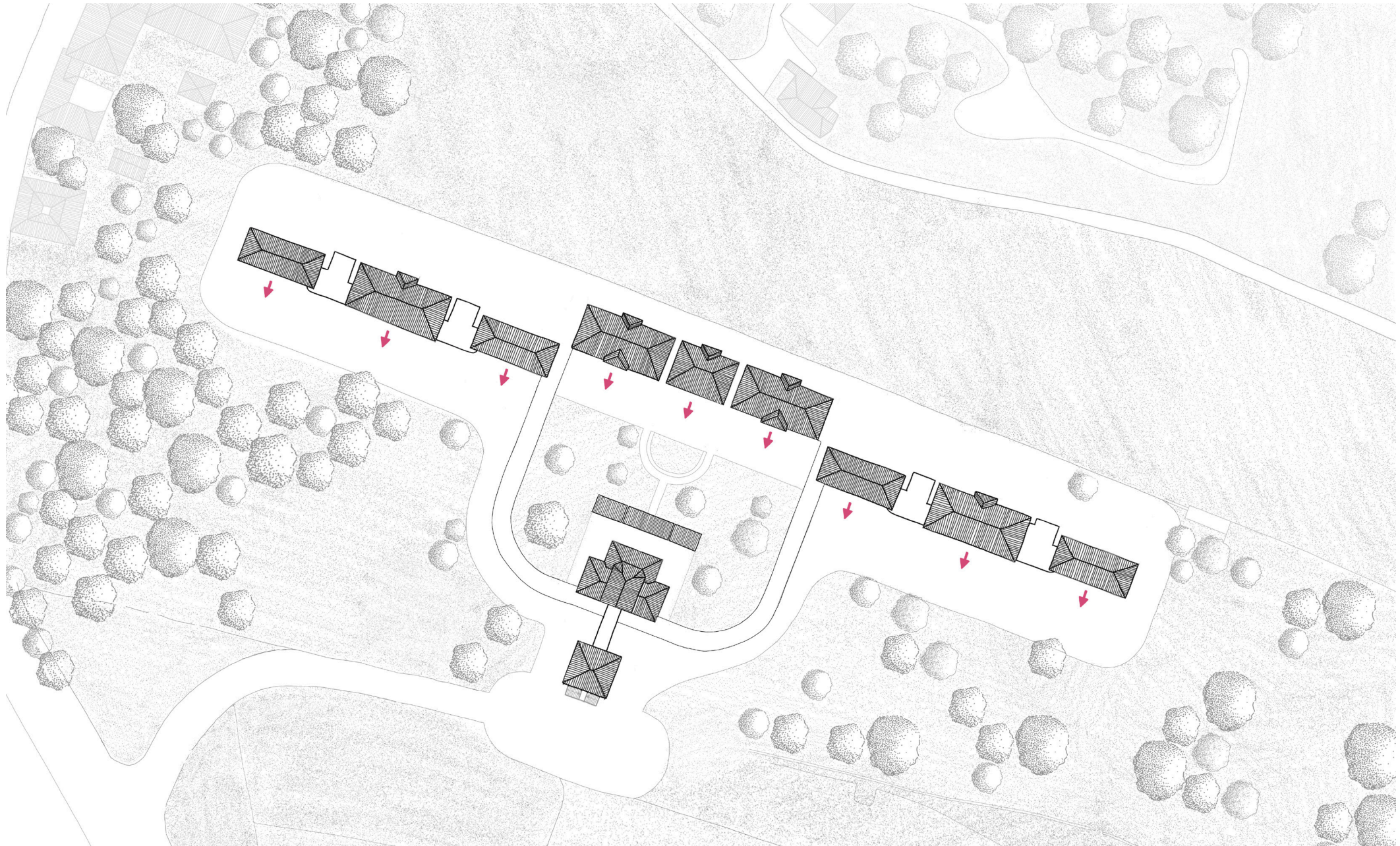
Sezione DD'
1 : 100

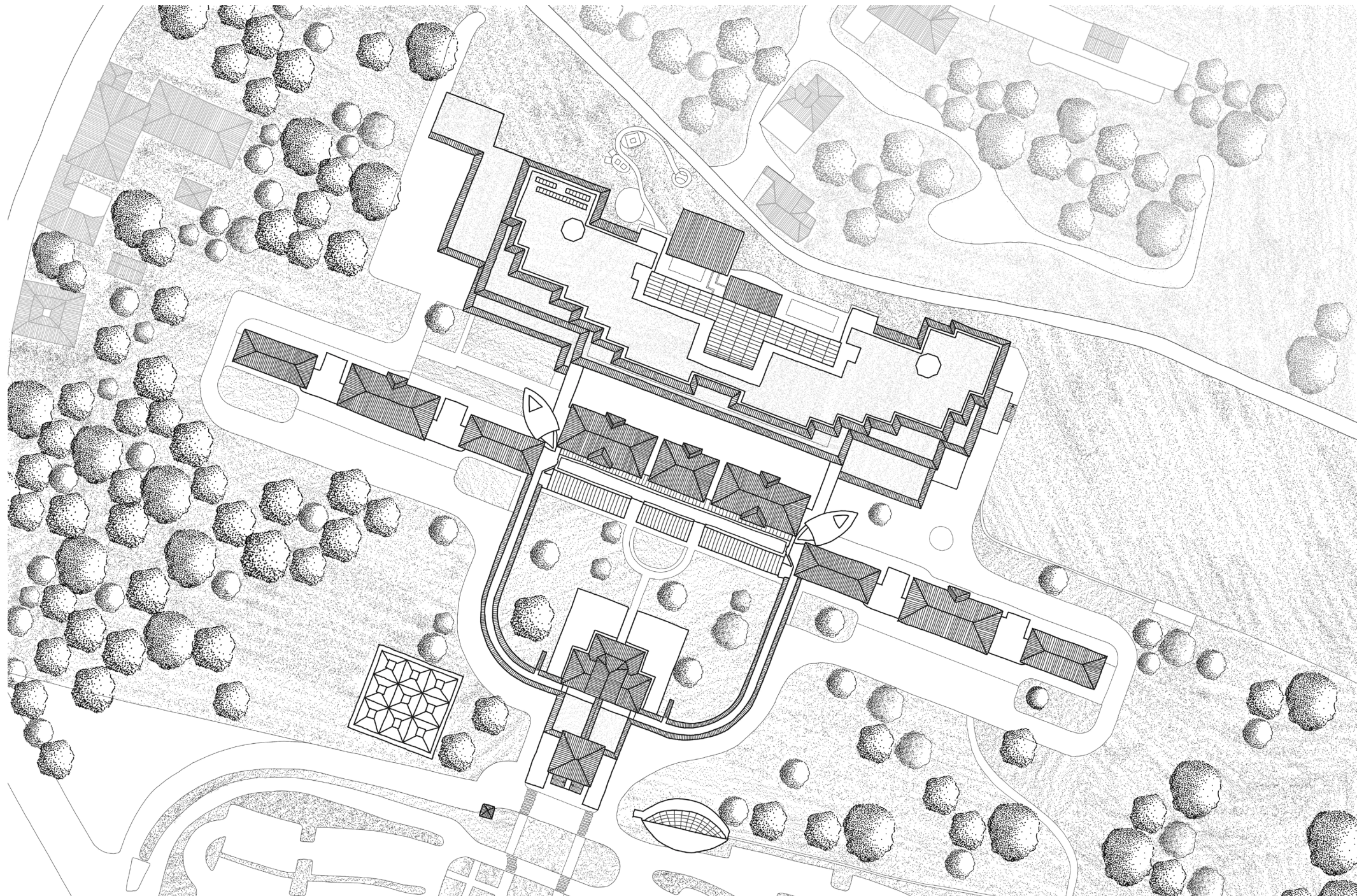


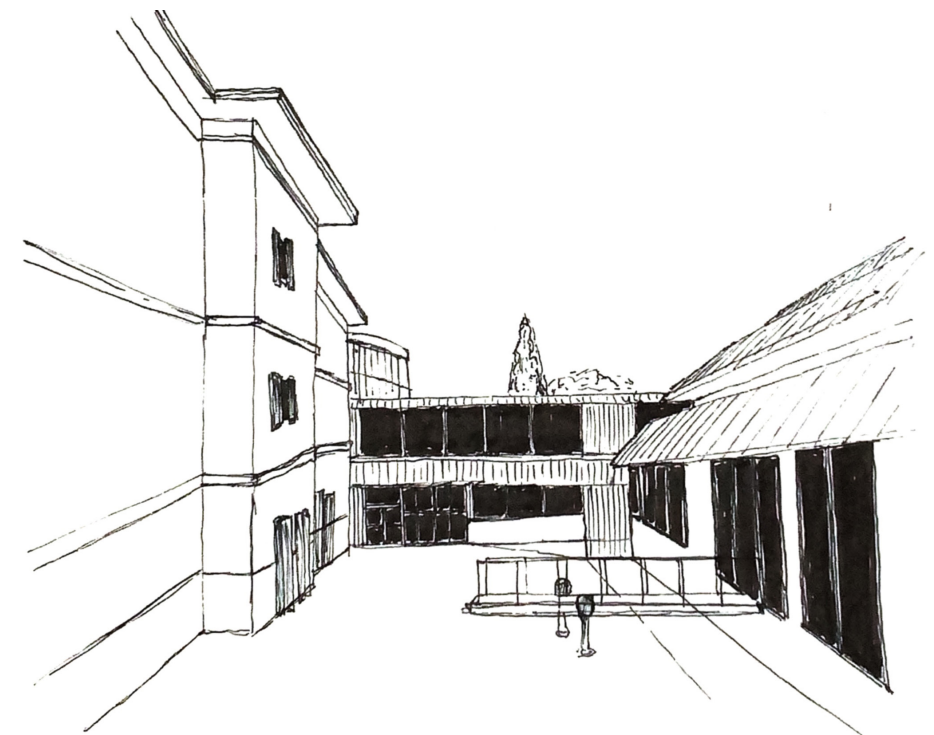
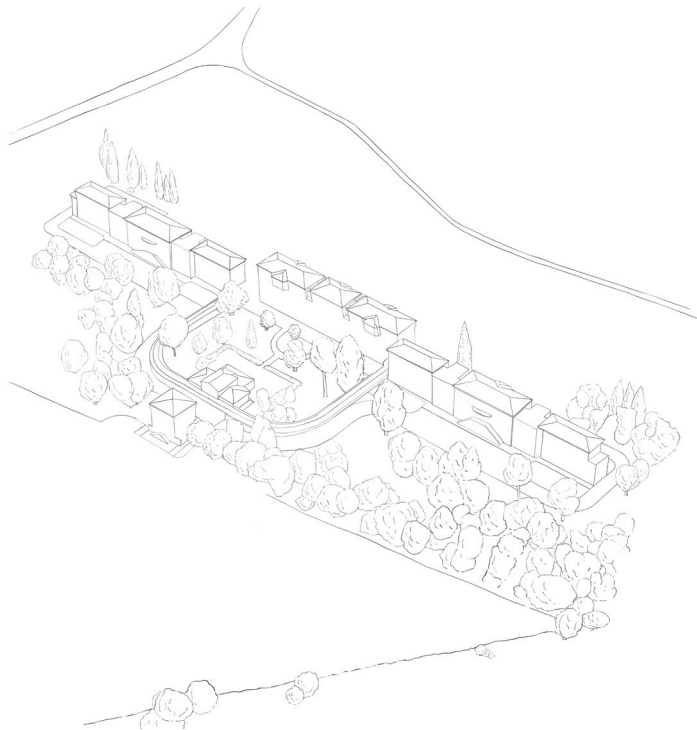
annexe 07

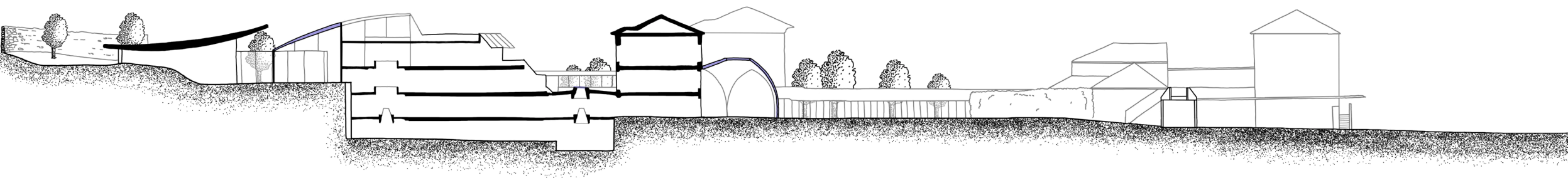
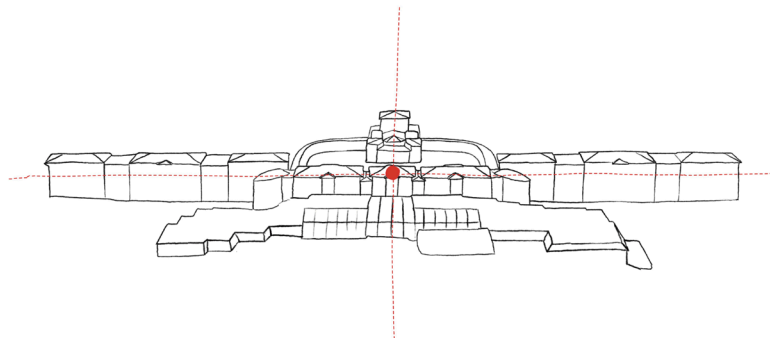
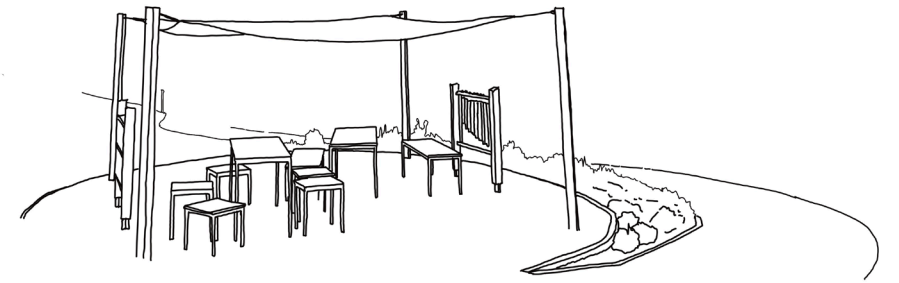
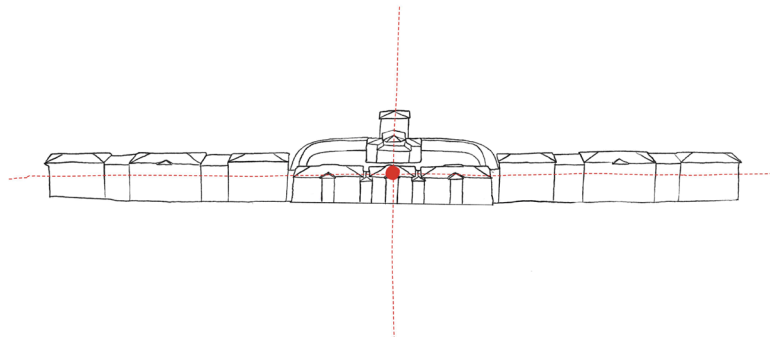
ressources documentaires

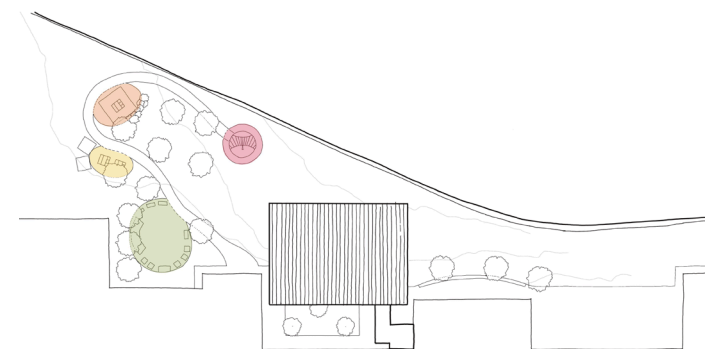
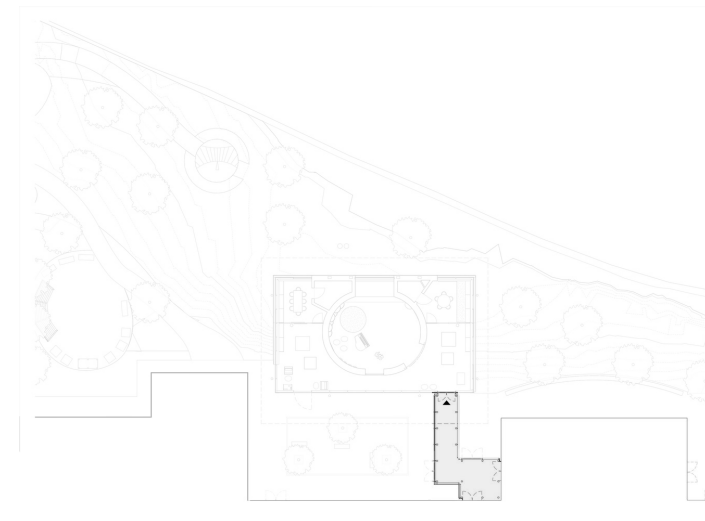
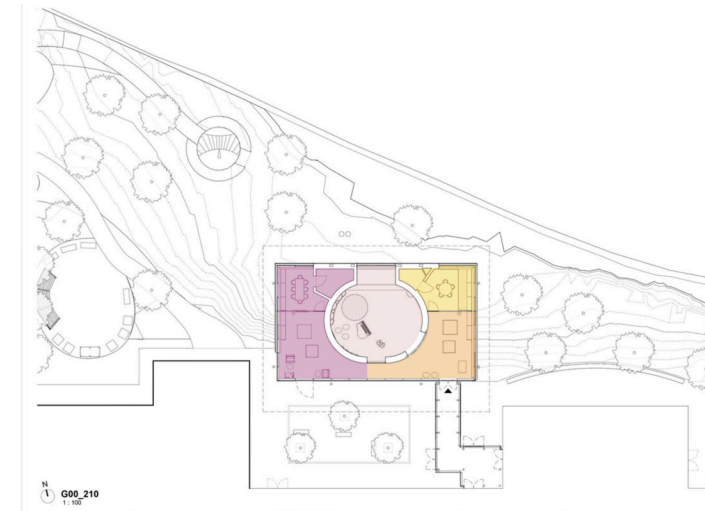
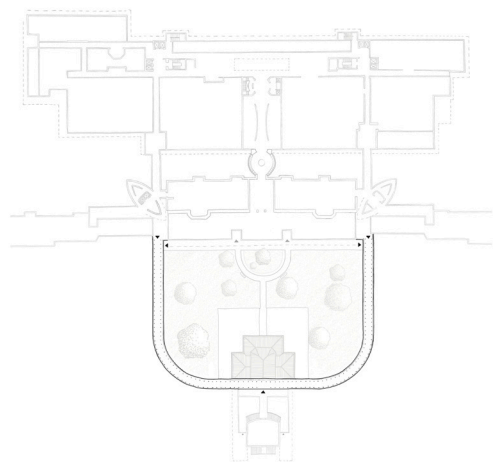
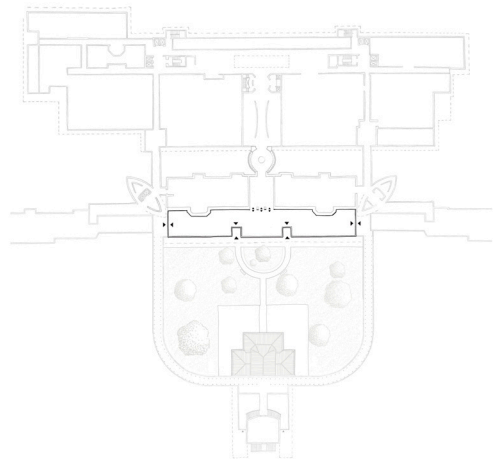
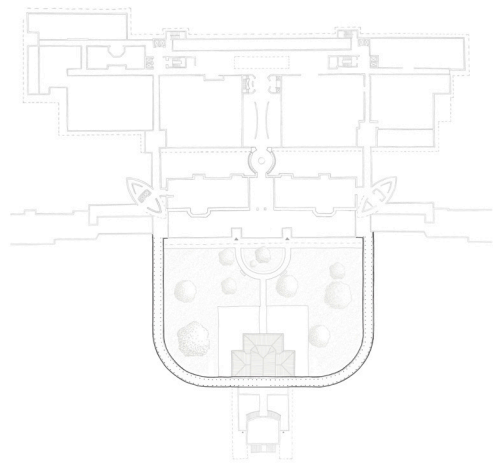
corpus de productions personnelles











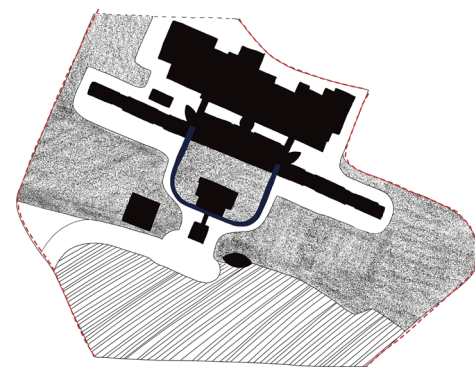
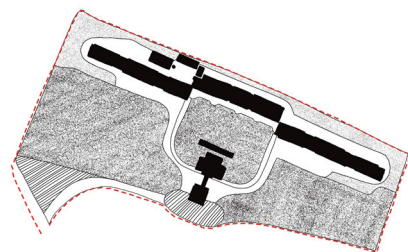
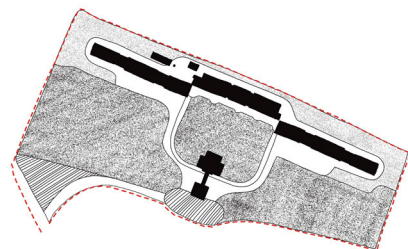


table des matières

avant-propos	07
introduction	11
1 Le paysage-soin, <i>fondations culturelles et théoriques</i>	
1 Le paysage de Toscane, <i>l'idéal de la renaissance</i>	45
2 Le paysage comme ressource de soin, <i>les sanatoriums</i>	53
3 D'un lieu de soin à un lieu oublié, <i>l'évolution d'un site</i>	59
2 Paysage-espaces intermédiaires, <i>étude de cas de l'Hôpital Anna Meyer</i>	
0 Préambule	69
1 Les espaces du regard, <i>cadrer pour voir le paysage</i>	91
2 Les espaces du seuil, <i>frontières entre dedans et dehors</i>	109
3 Les espaces extérieurs, <i>prolonger l'architecture par le paysage</i>	125
3 Architecture et paysage au service d'un soin éducatif, <i>le cas du pavillon éducatif Maria</i> <i>Manetti Shrem de l'hôpital Meyer</i>	
1 Le pavillon éducatif Maria Manetti Shrem de l'hôpital Meyer	143
2 Le jardin thérapeutique, <i>rupture ou continuité hospitalière ?</i>	155
conclusion	161
bibliographie	169