

ITINÉRAIRE D'UNE GUÉRISON

La reconversion de l'hôpital Jean Verdier,
entre mémoire et nouveaux usages



Projet de Fin d'Etudes

ÉTUDIANTES

Cassandra BOUSSERT

Alice MORIN

DIRECTION

Laurence VEILLET

CO-DIRECTION

Volker EHRlich

Etienne LENA

ÉQUIPE ENSEIGNANTE

Vincent BAUMANN

Vesselina CARCELERO - LETCHOVA

Francesca CONTRADA

Christine DESERT

DE9 : Prendre soin, Trans/Former l'existant
Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine
Juillet 2026

Sauf indication contraire, les documents visuels de ce rapport ont été produits par les autrices.

Ce rapport ayant été rendu quelques semaines avant la soutenance finale, certains documents graphiques sont encore en cours d'élaboration.

Mentions Recherches

Nous soutenons toutes les deux un projet de fin d'études avec la mention recherche

Cassandra BOUSSERT

*Réhabi(li)ter : transformations et insalubrité, le centre ancien bayonnais
étudié au travers de trois immeubles*

Sous la direction de Francesca CONTRADA
Soutenu en décembre 2025

Alice MORIN

*Repenser l'habitat par le care, vers une architecture plus égalitaire entre les
genres*

Sous la direction de Yaneira Wilson
Soutenu en décembre 2025

Les passages relatifs à nos recherches seront mentionnées dans ce rapport.

Remerciements

À **Laurence Veillet**, notre directrice d'études, pour son temps, sa bienveillance et son accompagnement tout au long de ce projet, ainsi qu'à **Étienne Lena et Volker Ehrlich**, nos co-directeurs.

À **Francesca Contrada et Yaneira Wilson**, nos directrices de mémoire, qui nous ont accompagnées dans la mention recherche de ce projet de fin d'études.

À toute l'équipe enseignante du DE9 Transformations.

À **Laurent Colasse**, technicien supérieur hospitalier de l'hôpital Jean Verdier, qui nous a accompagnées et s'est rendu disponible pour nos visites sur le site.

À la **Chaire Archidessa**, qui nous a attribué la bourse Master ; un soutien précieux qui nous a permis de mener ce projet dans de meilleures conditions et d'approfondir notre démarche de recherche.

À nos **familles**, qui nous ont soutenues tout au long de ce projet de fin d'études, ainsi que durant ces cinq années d'études.

À nos **ami.es**, pour les fous rires à la Barge du Crous, à l'Esspace, et pour les pauses glaces au 5e étage ; sans vous et votre bonne humeur, cette année n'aurait pas été la même.

Table des matières

INTRODUCTION

<i>Manifestes introspectifs</i>	14
<i>Le choix du site l'hôpital Jean Verdier à Bondy</i>	16
<i>Méthodologie</i>	22

LIRE LE SITE, CE QUE LA MÉMOIRE NOUS RÉVÈLE *Analyse et perceptions du site*

Chapitre 1

DU CANAL AU SITE : UNE LECTURE EN TROIS TEMPS

<i>L'arpentage du Canal de l'Ourcq : lire le territoire par le corps</i>	42
<i>L'arpentage à pied : traverser Bondy du nord au sud</i>	48
<i>Le site : un morceau de ville à reconstruire</i>	56

Chapitre 2

LA LECTURE DU PALIMPSESTE : DE L'ÉCRITURE ARCHITECTURALE D'HENRI COLBOC (1975) À LA RÉHABILITATION THERMIQUE DE DACBERT & ASSOCIÉS (2011)

<i>Du diagnostic au projet : un projet de fin d'études mention recherche</i>	62
<i>Henri Colboc, 1975 : lire l'intention architecture d'origine</i>	64
<i>Le tableau comparatif, un protocole d'analyse</i>	68
<i>Lire le site par l'état sanitaire et le diagnostic des façades</i>	70
<i>La mémoire hospitalière comme ressource de projet</i>	76

SOIGNER LE LIEU PAR LE PROJET, UN ACTE DE MÉMOIRE ET D'HOSPITALITÉ

Intentions architecturales

Chapitre 1

FAÇONNER LE LIEU PAR LES USAGES : DE L'HÔPITAL À L'HOSPITALITÉ URBAINE

<i>Programmer l'hospitalité : des usages choisis pour rouvrir l'hôpital sur la ville</i>	88
<i>Ménager le site : du canal au cœur de parcelle</i>	90
<i>La traversée comme séquence spatiale : réadapter le plan hospitalier aux nouveaux usages</i>	94

Chapitre 2

DE L'HÔPITAL À L'HABITAT

<i>Repenser l'habitat par le care : un projet de fin d'études mention recherche</i>	98
<i>La trame comme générosité structurelle</i>	100
<i>Habiter les communs : des circulations aux espaces de la vie partagée</i>	102
<i>Du module hospitalier au logement</i>	106

Chapitre 3

GREFFER SANS EFFACER, UNE POSTURE SUR L'EXISTANT

<i>Introduire une nouvelle écriture contemporaine tout en préservant la mémoire du site</i>	114
<i>Panser le second oeuvre</i>	122

CONCLUSION ANNEXES





INTRODUCTION

Manifeste introspectif

Cassandra BOSSERT

Tout ce que je sais de l'espace, je l'ai d'abord appris avec mon **corps** ; avant même de savoir ce qu'était l'architecture. Avant l'architecture, il y a eu la danse, le dessin et la peinture ; autant de moyens d'expression pour exposer autrement une pensée. Montrer plutôt que discourir. Donner à voir plutôt que promettre avec de belles phrases.

Le corps est la base de tout. Quand les mots manquent, on mime, on se déplace, on danse. Et les lieux découlent de nos mouvements dans l'espace, de la manière dont les usagers vont se les approprier. Le corps (et donc l'utilisateur) est le point de départ. Le dessin est l'outil qui rend lisible ce qui résiste à l'expression verbale. Comment saisir ce qu'une personne a dans la tête, ses attentes, ses envies, que même elle ne sait pas formuler ? Le dessin pose une idée sur le papier, la rend compréhensible ; il devient un langage plus universel que la parole, capable de traduire l'indicible. C'est pour cette raison qu'il est l'outil de l'architecte : non pas pour produire de belles images, mais pour servir les autres.

Corps et dessin sont les deux fondements de toute réflexion sur un espace ; non pas un objet architectural, mais un lieu occupé par des usagers, traversé par des corps. Il faut partir d'eux, les écouter, les comprendre.

Voilà six ans que je trace mon parcours dans le monde de l'architecture ; un mélange d'enseignements, de rencontres, de lectures, de visites. Ce que je veux défendre est simple : tout part de l'utilisateur. On dessine un espace pour que les gens habitent, traversent, s'arrêtent ; parfois sans même se rendre compte qu'il a été conçu pour eux. C'est là une dimension sensible : ces lieux où se créent les histoires, où se tissent les liens. Pas une architecture-objet cherchant l'effet waouh. Plutôt une architecture sobre, qui accompagne le quotidien et prend soin de ceux qui l'habitent.

Manifeste introspectif

Alice MORIN

Mes études en architecture m'ont permis de comprendre comment je voulais exercer ce métier. Concevoir pour les gens, avec eux, à leur écoute. Cette conviction s'est forgée lentement, au fil de mes études, de mes lectures, de mes rencontres, de mes visites. Puis, je suis partie en Erasmus en Finlande. J'y ai découvert une autre façon d'envisager cette discipline : une pédagogie qui parlait des corps, des usages, des besoins réels. Pas de l'objet architectural, mais de celles et ceux qui allaient l'habiter.

De plus, l'habitat a toujours été un sujet qui a retenu mon intention. J'apprécie ce que l'espace dit de ceux qui l'habitent, des liens qui s'y tissent, des histoires qui s'y écrivent. Nos habitudes, nos modes de vie, nos manières d'occuper et de partager l'espace. Au fil du temps, j'ai compris que bâtir pouvait être un acte de soin, une architecture pour autrui, humains et non-humains, où l'attention à l'autre devient principe fondateur. L'architecture porte une responsabilité : contribuer au bien-être de celles et ceux qui en dépendent.

Cette conviction se prolonge dans le choix de travailler sur l'existant. Reconvertir plutôt que démolir, c'est refuser la tabula rasa ; geste écologique autant que politique. C'est laisser la mémoire du lieu guider le projet plutôt que de le contraindre. Dans les techniques de construction choisies, les programmes imaginés : le soin comme fil conducteur, du concept jusqu'au détail.

Le care a nourri mon mémoire, dans sa dimension sociale, prendre soin de celles et ceux qui habitent les espaces, favoriser la solidarité et la réciprocité. Il nourrit aussi ce Projet de Fin d'Etudes, mention recherche, dans sa dimension matérielle : prendre soin du bâti existant, préserver plutôt que reconstruire, intervenir avec attention sur ce qui est déjà là. Ce double fil (social et spatial, humain et architectural) traverse l'ensemble de ce projet.

Le choix du site : l'hôpital Jean Verdier à Bondy

C'est d'abord une situation géographique privilégiée qui a retenu notre attention. Implanté en bordure du canal de l'Ourcq, le complexe hospitalier Jean Verdier bénéficie d'un cadre paysager remarquable, immédiatement perceptible depuis les berges. Cette qualité des abords, saisie dès notre première visite, a été déterminante dans notre choix : le site nous correspondait, à toutes les deux, dans ce qu'il offrait autant que dans ce qu'il posait comme questions.

Ce choix tient aussi à un contexte particulier. L'établissement se prépare au **déménagement progressif** de ses fonctions vers les hôpitaux voisins, notamment vers l'hôpital d'Avicenne, et vers le futur hôpital Jean Verdier, qui sera construit à environ 500 mètres, de l'autre côté du canal de l'Ourcq (fig 1). Cette première phase conduira à la **fermeture complète du site en 2027**. L'avenir des bâtiments existants demeure incertain : les parcelles pourraient être vendues ou faire l'objet de démolitions dans le cadre de futurs projets immobiliers.

C'est précisément dans ce contexte d'incertitude que s'inscrit notre projet. Composer avec cet existant (fig 2), ses qualités bâties comme ses contraintes, dans une période où les grands ensembles hospitaliers de la seconde moitié du XXe siècle connaissent des phases de désaffectation croissante. L'hôpital Jean Verdier devient ainsi un terrain d'expérimentation pour penser la requalification d'un patrimoine architectural partagé par de nombreux CHU français, en mettant en perspective les usages et l'histoire du lieu au-delà du seul cas de Bondy.

Ce travail ne prétend pas offrir une réponse définitive ni universelle à la question de la reconversion de ces architectures hospitalières. Il s'agit d'explorer un axe parmi d'autres ; celui d'une

Fig 1 : Plan de localisation de l'actuel hôpital Jean Verdier, et des futurs sites

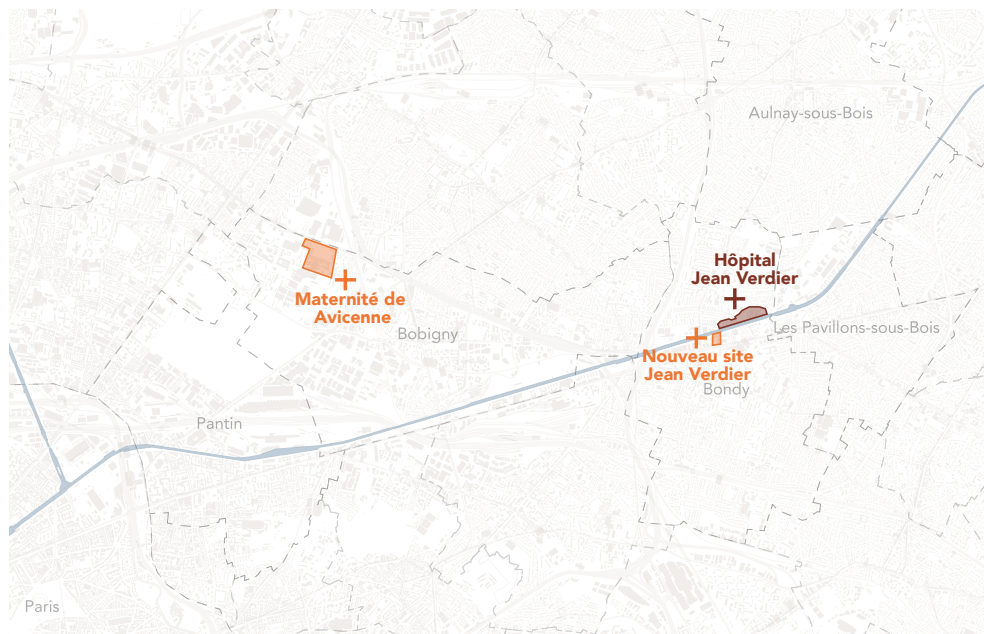


Fig 2 : Vue aérienne de la partie hospitalière de l'hôpital Jean Verdier, Bondy
© Google Earth Pro



reconversion portée par une logique de soin élargi, attentive aux traces du lieu et aux besoins du territoire, et en vérifier sa faisabilité architecturale sur un cas concret. Il cherche à démontrer, à travers ce cas situé, que ces ensembles sont reconvertibles et ne sont pas voués à la démolition. Le site a déjà fait l'objet de plusieurs projets de fin d'études lors des années précédentes ; notre démarche s'inscrit dans une volonté d'en proposer une lecture singulière, attentive à la matérialité de l'existant, à l'habitabilité des lieux, et à la capacité de l'architecture à accompagner des usages renouvelés sans effacer la mémoire du site.

Ce choix tient enfin à la singularité du site lui-même. L'hôpital Jean Verdier a longtemps constitué un repère majeur dans la ville de Bondy : visuel d'abord, par sa masse et sa silhouette reconnaissable depuis le canal (fig 3), mais aussi urbain et symbolique, en tant qu'équipement structurant la vie du quartier sur plusieurs décennies (fig 4). Conçu pour soigner, il est aujourd'hui hostile et n'en remplit plus la promesse ; ni pour ses usager.es, ni pour son quartier. Que faire d'un équipement qui a longtemps structuré la vie d'un quartier, lorsque sa fonction première disparaît ?

Le site (fig 5, 6, 7 et 8) recèle un paradoxe fondateur. Il est à la fois dégradé et riche de potentialités : un bâti transformé sans cohérence, des espaces peu accueillants, des accès peu intuitifs, une parcelle repliée sur elle-même. Et pourtant, une trame structurelle généreuse, des qualités spatiales latentes, et cette vue sur le canal qui nous a immédiatement saisies. C'est ce paradoxe, entre délabrement et ressources, qui fonde l'ambition de notre projet : redonner à ce site une véritable valeur d'hospitalité, en continuité avec son histoire et tournée vers de nouveaux usages.

Fig 3 : L'hôpital comme repère dans le tissu urbain du Nord de Bondy



Fig 4 : L'hôpital comme repère le long du canal de l'Ourcq



Fig 5 : L'entrée Sud-Est de la parcelle, à l'avant du site, interface avec le canal



Fig 6 : L'entrée Sud-Ouest de la parcelle, à l'avant du site, interface avec le canal



Fig 7 : La partie arrière de l'hôpital, interface avec le nord de Bondy



Fig 8 : La partie arrière de l'hôpital, jonction entre une extension et le bâtiment



Méthodologie

Ce projet a été conduit à deux. Les arpentages, les visites, les relevés, les recherches en archives, les choix programmatiques et les partis architecturaux qui ont découlé des analyses ont été élaborés ensemble, dans un dialogue constant qui a constitué en lui-même une part de la méthode. Il serait artificiel (et inexact) de chercher à en distinguer les apports respectifs : ce projet est le fruit d'une pensée partagée en binôme, et c'est en ce sens qu'il doit être lu.

Méthodologie d'analyse du site

Notre compréhension du site s'est construite progressivement, au fil de visites récurrentes combinées à des outils d'analyse complémentaires.

Tout a commencé par un **arpentage** du canal de l'Ourcq, parcouru à vélo du Parc Forestier National de la Poudrerie à Sevran jusqu'à la place de la bataille Stalingrad à Paris (fig 9 et 10). Cette traversée, effectuée avant même de pénétrer dans le site, nous a permis de le découvrir depuis ses abords proches et lointains, et de saisir les strates paysagères du canal de l'Ourcq comme axe structurant majeur et de comprendre dans quelles dynamiques paysagères et urbaines le site s'inscrit. Depuis ses berges, le complexe hospitalier apparaît comme un point charnière dans le paysage urbain, au croisement de zones végétalisées, industrielles, commerciales. Cette première approche, extérieure, a d'emblée posé la question de la **reconnexion du site au canal** et aux **continuités paysagères** ; une question qui traversera l'ensemble du projet.

Fig 9 : Arpentage du canal de l'Ourcq, Parc Forestier National de la Poudrerie de Sevrans



Fig 10 : Arpentage du canal de l'Ourcq,



Dans un second temps, nous avons arpenté la ville de Bondy du nord au sud, à pied. Cet exercice nous a permis de saisir les grandes dynamiques urbaines qui structurent la commune : la majorité des équipements et le centre-ville historique se concentrent à Bondy-Sud, tandis que la parcelle hospitalière, située à Bondy-Nord, se trouve coupée du reste de la ville par deux barrières majeures : la route départementale à six voies et le canal (l'une plus brutale que l'autre). Les espaces publics environnants, à dominante résidentielle et construits dans les années 1970, offrent peu d'invitation à s'y attarder. C'est cet arpentage qui nous a permis de comprendre ces dynamiques de fragmentation, et qui a contribué à structurer notre programme.

Des visites sur place (étendues sur plusieurs mois) ont ensuite succédé à ces arpentages, d'abord pour s'approprier le site : prendre la mesure de son immensité, observer les espaces, effectuer les premiers relevés. Ces visites ont été menées en groupe puis en binôme, ce qui a permis de croiser les regards et d'affiner progressivement notre lecture du lieu. Elles se sont poursuivies tout au long du projet, à des moments clés, lorsqu'un sujet précis nécessitait un retour sur place (la réalisation de l'état sanitaire des façades, par exemple, ou la vérification de détails constructifs).

En parallèle, nous avons mené un travail de recherche en archives (fig 11 et 12). La prise de contact avec Monsieur Colasse, notre référent au sein de l'hôpital, nous a permis d'obtenir les fichiers DWG ainsi que des documents d'archives essentiels, notamment les plans de structure, qui nous ont servi à corriger des incohérences dans nos relevés et à affiner notre compréhension du bâtiment dans son épaisseur historique. Ce travail a été complété par des photographies récoltées aux

Fig 11 : Plan d'Archives
© Archives de l'Hôpital Jean Verdier

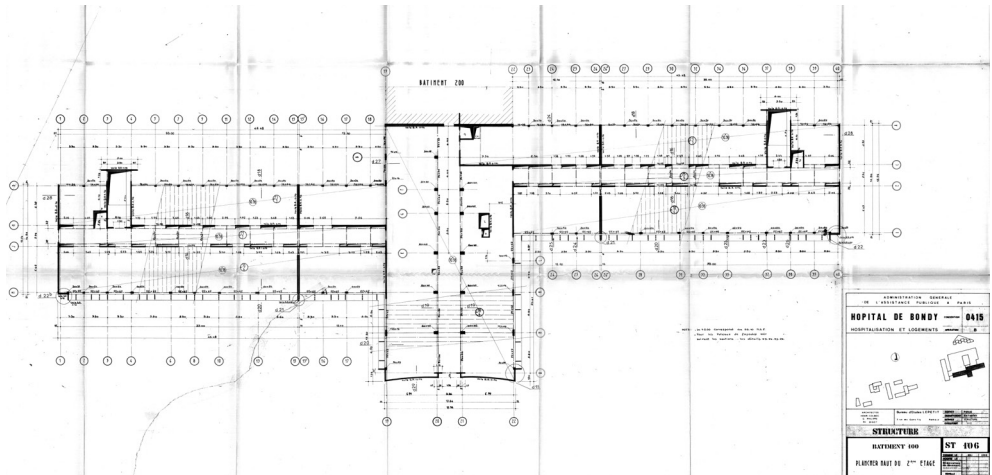
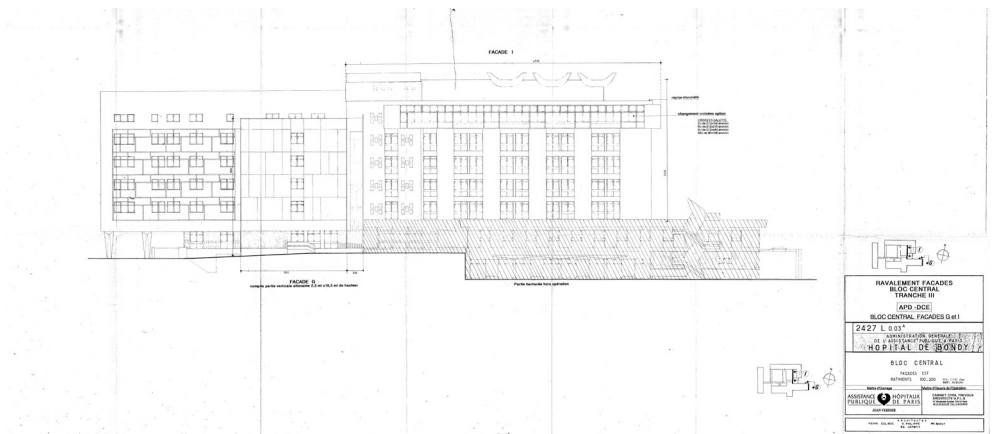


Fig 12 : Façade d'Archives
© Archives de l'Hôpital Jean Verdier



archives de l'AP-HP (fig 13), qui nous ont permis de restituer les ambiances d'origine de l'hôpital, en particulier sa polychromie, véritable point fort du projet. Nous avons également consulté les sélections iconographiques issues des rapports de PFE des années précédentes, notamment pour les images extraites des archives de la ville de Bondy, qui ont contribué à enrichir et à situer notre propre démarche de recherche.

Ces différents outils (arpentages, visites récurrentes, relevés, collecte de données et recherches historiques) ont constitué le socle méthodologique à partir duquel le projet a pu se construire. Ils ont permis de passer d'une première impression sensible du site à une connaissance fine de ses qualités, de ses pathologies et de ses potentialités.

La recherche comme ressource de projet

Ce projet de fin d'études, double mention recherche, est le fruit d'un travail croisé que nous menons ensemble. Nos mémoires respectifs s'alimentent mutuellement et convergent vers un même objet d'étude.

Le premier mémoire (celui de Cassandra) s'intéresse aux transformations d'un bâtiment en croisant les approches d'analyse. Dans le cadre du PFE recherche, le travail s'intéresse à l'évolution historique, l'évolution des attentes dans le domaine médical et les transformations par les usager.es dans le bâtiment pour faire perdurer l'utilisation du lieu. Cette approche permet de considérer l'édifice non seulement comme un objet architectural, mais comme un système évolutif (un corps en mutation) façonné par ses usager.es et les contraintes urbaines. Cela permet également de croiser les sources et les échelles d'analyse pour

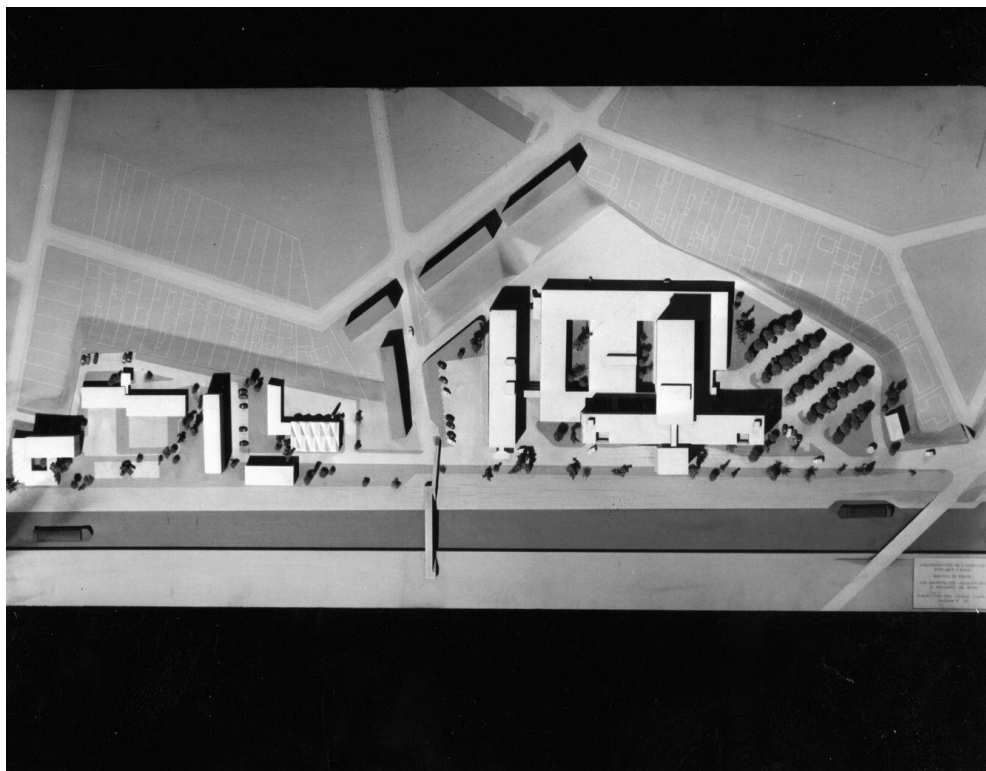


Fig 13 : Maquette de concours de l'hôpital 1969
© Archives de l'AP-HP

avoir une connaissance la plus précise et la plus globale possible de l'objet sur lequel nous travaillons. Le second (celui d'Alice) interroge la **question de l'habitat** à travers le prisme du *care* : comment repenser les espaces domestiques et collectifs pour qu'ils soutiennent réellement les conditions d'un habiter plus juste et inclusif ?

Ces deux axes de recherche ne sont pas des entrées séparées appliquées successivement au projet (il n'y aura pas de distinctions entre nos deux travaux). Ils l'alimentent de façon continue, par nos lectures, conclusions, protocoles de recherches et d'analyse ; chaque avancée théorique venant alimenter une décision de projet, un choix de conception et réciproquement. Notre site, l'hôpital Jean Verdier, se révèle particulièrement propice à cette articulation. Transformer ce lieu, c'est simultanément réhabiliter un patrimoine architectural, repenser un programme à l'échelle du quartier, et réinventer des formes d'habitat capables de prendre soin de celles et ceux qui les occuperont.

Une méthodologie transposable, du mémoire au projet

Le mémoire « *Réhabi(li)ter : transformations et insalubrité, le centre ancien bayonnais étudié au travers de trois immeubles* » (fig 14), a constitué le cadre théorique et méthodologique de cette démarche. En analysant les stigmates du temps qui passe pour comprendre les processus de dégradation, il a posé les fondements d'un protocole d'analyse du bâti. Bien que les contextes diffèrent (habitat vernaculaire vs architecture hospitalière des années 70), les deux démarches s'unissent autour de la réhabilitation de l'existant.

Le site de l'hôpital Jean Verdier constitue alors le terrain d'application de cette méthode. Transposée ici à l'échelle monumentale d'un ensemble hospitalier du XX siècle. Il permet d'en éprouver la portée heuristique. Il ne s'agit pas seulement de vérifier si la méthode est transférable à un autre contexte, mais d'examiner ce qu'elle permet de révéler lorsqu'on l'applique à un édifice d'une nature et d'une échelle différentes. Ici, le protocole croise donc l'histoire constructive de l'édifice, les pathologies visibles du bâti et l'évolution naturelle des usages ; les transformations induites par les usager.es, qu'elles soient bénéfiques ou dégradantes, ont des conséquences durables sur l'édifice lorsqu'elles ne sont pas anticipées dans la conception. La démarche ouvre ainsi une lecture relationnelle du bâtiment, au-delà du seul diagnostic technique. Cette approche permet de considérer l'édifice non comme un objet architectural, mais comme un système évolutif (un corps en mutation) façonné par ses usager.es et les contraintes urbaines. Cela permet également

de croiser les sources et les échelles d'analyse pour avoir une connaissance la plus précise et la plus globale possible de l'édifice que nous analysons.

Habiter un lieu ne signifie donc pas toujours le préserver. La survie du bâti ne garantit pas sa qualité. La pérennité des édifices dépend de la dignité et du bien-être de ceux qui les occupent ; mais le bien-être des habitant.es dépend aussi de la capacité du bâti à leur offrir un cadre de vie sain. Ainsi, la reconversion de l'hôpital Jean Verdier ne peut pas être seulement technique : elle doit également répondre aux conditions d'habiter contemporaines tout en respectant les logiques historiques du bâti. Cela suppose de renverser le rapport habituel entre le bâtiment et ses usages : plutôt que de transformer les édifices pour les plier à des exigences standardisées, pourquoi ne pas interroger nos modes d'habiter eux-mêmes, et envisager de nouvelles manières d'occuper, de partager, de vivre ces espaces ? La question n'est pas seulement la préservation de l'existant, mais aussi la transformation du site. Le patrimoine bâti doit être envisagé comme un bien commun emprunté aux générations futures. Transformer l'existant n'est pas effacer, mais entendre « l'âme des murs » et établir un dialogue entre l'héritage du passé et les besoins du présent. Plutôt que de transformer les bâtiments du siècle passé pour les adapter à des exigences contemporaines standardisées, il s'agit d'apprendre à ajuster nos attentes aux contraintes du bâti existant. Les reconversions ne devraient pas chercher à rivaliser avec les édifices neufs, mais affirmer leur propre identité, leurs qualités spécifiques.



RÉHABI_(LI)TER

Transformations et insalubrité

*Le centre ancien bayonnais étudié au travers
de trois immeubles*

Cassandra Boussert

Fig 14 : Le mémoire de Cassandra BOUSSERT : «Réhabi(li)ter : transformations et insalubrité»

Introduction

- 31 -

Repenser l'habitat par le *care* : le mémoire comme socle théorique

Le mémoire « *Repenser l'habitat par le care, vers une architecture plus égalitaire entre les genres* » (fig 15) partait d'un constat simple : la production architecturale du logement a longtemps reposé sur le modèle de la famille nucléaire qui ne correspond plus aux réalités contemporaines. Or, comme le souligne Leslie Kern, ces réalités sont « *invisibles si on regarde comment nos villes sont construites* »¹. Le mémoire a permis de construire un cadre théorique afin de comprendre comment les valeurs du *care* pouvaient se spatialiser dans l'habitat.

Le *care*² désigne « *tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous les éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* »³. C'est à la fois une éthique et une pratique : celle de l'attention à l'autre, de la sollicitude et de la responsabilité mutuelle.

Tels que le développent Joan Tronto et autres théoricien.nes, le concept du *care* ouvre une voie : celle d'une architecture de l'attention, fondée sur la vulnérabilité, la solidarité et la reconnaissance de l'interdépendance. Penser - ou repenser - l'habitat par le *care* c'est reconnaître que les espaces doivent prendre soin de celles et ceux qui les habitent. Leclercq,

1 Kern, L. *Feminist City*. (Verso, London New York, 2020).

2 En anglais, *care* signifie « soin » en français. Le terme *care* sera employé tout au long de ce rapport plutôt que *soin*, car il renvoie à un concept bien précis.

3 Tronto, J. C., & Fisher, B. (1990). *Toward a Feminist Theory of Caring*. In E. Abel, & M. Nelson (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54). SUNY Press

REPENSER L'HABITAT

PAR LE CARE

*Vers une architecture plus
égalitaire entre les genres*



Alice MORIN

Fig 15 : Le mémoire d'Alice MORIN : «Repenser l'habitat par le care, vers une architecture plus égalitaire entre les genres»

Courbebaisse, Totolehibe et Salembier précisent ce que cela implique concrètement : « reconnaître le care en milieu habité comme conscient et situé de ses propres vulnérabilités et de celles d'autrui ; ce travail consiste à renforcer les réseaux d'interdépendance et d'autonomie d'un milieu habité, composés à la fois d'êtres humains et non-humains, mais aussi d'espaces matériels, bâtis et non bâtis, à toutes les échelles : privées, collectives, publiques ainsi que les espaces de seuils et intermédiaires »⁴. Repenser l'habitat par le prisme du care, c'est donc s'interroger sur la manière dont l'espace traduit et reproduit les inégalités, mais aussi imaginer d'autres formes de cohabitation, de partage et de justice spatiale. C'est reconnaître qu'une part importante des violences se déroule dans l'habitat lui-même, et que l'architecture peut devenir un levier de transformation - créer des lieux visibles, des circulations partagées, des espaces de voisinage actifs - tout ce qui permet d'éviter l'isolement et de renforcer la possibilité d'agir.

Dans le champs architectural, cette notion permet d'interroger la capacité des espaces à soutenir, ou au contraire à entraver, les dynamiques de solidarité et de réciprocité entre habitant.es.

La recherche a permis d'identifier les *care supports* : ces dispositifs architecturaux concrets qui, par leur présence ou leur absence, facilitent ou freinent ces dynamiques. Ils ont été repérés à plusieurs échelles, du logement intime aux espaces communs, jusqu'aux seuils avec l'espace publics. Les différentes études de cas ont révélé un paradoxe réel : le care entre habitant.

4 Leclercq, B., Courbebaisse, A., Totolehibe, A. & Salembier. (2024) Cachezce care que je ne sauraisvoir. Les ajustements méthodologiquesd'une étudeféministe du travail du caredans le logement collectif.

es émerge souvent malgré les espaces, et non grâce à eux. elles. C'est précisément cet écart que ce projet de fin d'études cherche à combler.

Comment mettre en place des *care support* à l'échelle de l'habitat afin de favoriser des dynamiques de réciprocité et de solidarité entre habitant.e, dans un contexte de reconversion – celui de l'hôpital Jean Verdier à Bondy – où la question du soin est déjà inscrite dans la mémoire même du lieu ? Mettre en œuvre ces conditions spatiales du *care* dans un projet réel et situé, c'est la finalité de ce projet de fin d'études mention recherche.

Partie 1

LIRE LE SITE, CE QUE LA MÉMOIRE NOUS RÉVÈLE

Analyse et perceptions du site

Chapitre 1

DU CANAL AU SITE : UNE LECTURE EN TROIS TEMPS

Afin de saisir le site dans son épaisseur territoriale et d'en comprendre les logiques avant d'en formuler le projet, nous avons choisi de l'approcher d'abord par le corps. Plutôt que de partir d'une carte ou d'un plan masse, nous avons fait le choix de l'arpentage : **trois parcours successifs**, menés à des échelles différentes, qui nous ont permis de lire le territoire par accumulation de sensations et d'observations.

À **vélo le long du canal d'abord**, pour saisir la position de Jean Verdier dans la séquence paysagère et industrielle de l'Ourcq. **À pied ensuite, pour traverser Bondy du nord au sud**. Sur la **parcelle enfin**, pour comprendre de l'intérieur le site. Ces trois temps constituent ensemble une lecture que l'analyse viendra ensuite confirmer, préciser, et prolonger.

L'arpentage du Canal de l'Ourcq : lire le territoire par le corps

Il est 9h. Nous nous retrouvons à la gare de Sevan-Livry. Nous partons à vélo, pour un arpentage d'une quinzaine de kilomètres le long du canal de l'Ourcq. L'air est frais, les oiseaux chantent, et les feuilles oranges de l'automne jonchent le sol de terre des berges. Dans le Parc Forestier Départemental de la Poudrerie (fig 16), le cadre est tranquille, presque suspendu ; quelques marcheurs déambulent, la végétation dense absorbe les sons de la ville. C'est ici, à Sevan, que le canal portait autrefois une autre industrie : dans les années 1920, les usines Kodak s'y installaient, profitant d'un axe logistique stratégique. Le canal de l'Ourcq a en effet été conçu pour approvisionner Paris en eau et assurer un trafic fluvial de marchandises.

La balade continue. On traverse un tissu pavillonnaire (fig 17) ; des maisons font face au canal, une écluse rythme le passage. La végétation se fait moins dense. Nous sommes à Aulnay-sous-Bois.

Plus loin, la piste cyclable s'élargit, mieux aménagée. Un collège borde le canal ; des adolescents traversent l'eau via une passerelle. Des logements semi-collectifs récents s'y adossent, des arbres tout juste plantés alignent leurs tiges fragiles le long des berges ; un tracteur s'affaire encore à les mettre en terre. Le canal se refait une jeunesse par endroits, comme si le territoire cherchait à renouer avec cet axe de nature qui, depuis le XIXe siècle, constituait un fil conducteur paysager entre les communes.

Puis, nous l'apercevons. L'hôpital Jean Verdier apparaît au loin, reconnaissable à ses demi-lunes qui surplombent le canal. Il sert de repère : on sait qu'on est arrivés à Bondy. Assis sur la berge en face, on mesure la distance qui nous en sépare ; une petite

Fig 16 : Arpentage du canal de l'Ourcq, Parc Forestier National de la Poudrerie de Sevrans



Fig 17 : Le tissu pavillonnaire à Aulnay-Sous-Bois



parcelle piétonne d'un côté, une grande route de l'autre. Deux grandes bandes de peupliers noirs se font face. L'hôpital semble lié au canal, et pourtant coupé de lui.

Derrière nous, le tissu pavillonnaire d'Aulnay, de Pavillons-sous-Bois et les berges verdoyantes encore résidentielles. Devant nous, après l'hôpital, tout change de nature : les anciennes zones industrielles apparaissent, certaines à l'abandon, d'autres réhabilitées, d'autres encore en activité. Ce n'est pas un hasard. Bondy occupait une position stratégique dans l'industrialisation des rives du canal : dès le milieu du XIXe siècle, scieries, centrales à béton et cités ouvrières s'y développaient autour du Pont de Bondy, entre terres maraîchères et trafic fluvial. La désindustrialisation des années 1960-70 a laissé des traces qu'un arpentage révèle mieux que n'importe quelle carte.

Jean Verdier se tient exactement à cette frontière (fig 18). Entre le pavillonnaire calme du nord et les strates industrielles qui annoncent Paris, l'hôpital est à la fois repère et symptôme : massif, identifiable, implanté en bordure de canal sur sept hectares ; et pourtant fermé sur lui-même, sans lien physique avec l'eau qu'il longe. Cette absence de relation entre le bâtiment et le canal constitue le premier fait marquant de notre lecture territoriale, et le point de départ de notre questionnement.

La balade continue vers Paris. Le canal se densifie (fig 19) : immeubles de grande hauteur, ZAC, nouvelles passerelles, berges imperméabilisées et d'autres aménagées en parc. C'est dans cette séquence finale que l'on observe d'anciennes zones industrielles (héritières directes de l'acheminement des matériaux et marchandises par le canal) qui alternent avec des friches en attente de reconversion et des chantiers en cours.

Fig 18 : L'hôpital Jean Verdier bordé par les peupliers noirs



Fig 19 : Un tissu urbain hétérogène



On arrive à La Villette. Puis à Stalingrad. Le canal est une promenade urbaine dense, animée, presque touristique. Les péniches sont amarrées en rang, les terrasses débordent sur les quais, les cyclistes doublent les joggers.

L'arpentage s'achève, notre questionnement sur le rapport de l'hôpital Jean Verdier au canal et à son territoire s'ouvre. Planté à la frontière entre le pavillonnaire calme du nord et les anciennes strates industrielles annonçant Paris, entre une berge encore naturelle et une berge déjà minéralisée, il occupe une position que l'on n'avait pas anticipée au départ. Ni tout à fait dans la ville, ni hors d'elle. Ni tourné vers le canal, ni franchement dos à lui. Un équipement de sept hectares qui pourrait être une charnière (entre les deux rives, entre les deux temporalités du canal, entre Bondy Nord et Bondy Sud) et qui ne l'est pas encore. C'est cette tension, révélée par le corps en mouvement avant d'être confirmée par l'analyse, qui constitue le point de départ de notre projet.

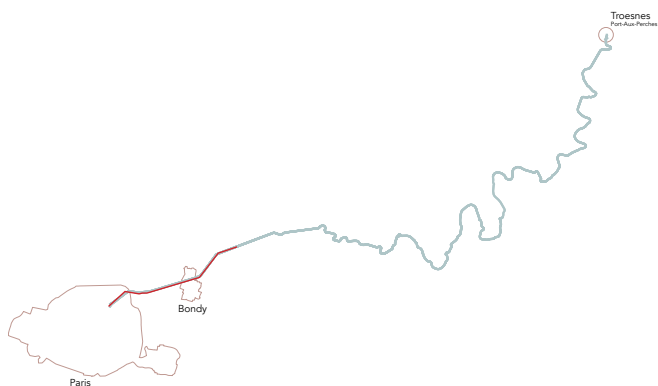


Fig 20 : Notre itinéraire d'arpentage (en rouge)

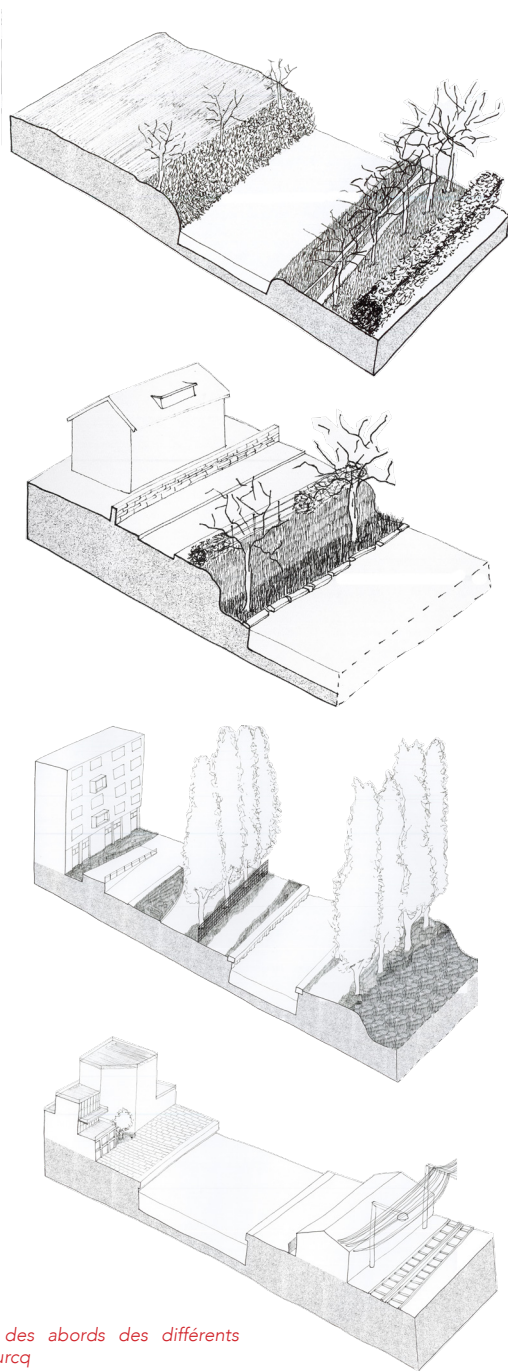


Fig 21 : Axonométries des abords des différents paysages du canal de l'Ourcq

L'arpentage à pied : traverser Bondy du nord au sud

Le second arpentage se fait à pied, dans la ville cette fois. Après avoir lu le territoire depuis le canal, il s'agit maintenant de le traverser dans son épaisseur ; du nord au sud, de l'arrêt de bus Suzanne Buisson jusqu'à la gare du RER E.

Ce qui frappe en premier, c'est l'espace. Bondy Nord dispose de grandes places, mais elles sont bitumées, minérales, avec seulement quelques arbres clôturés de béton (fig 22). Des hommes sont assis sur les bancs ; les femmes passent avec des poussettes. C'est jour de marché à Suzanne Buisson : électroménager, tapis, bijoux, légumes ; on peut y trouver tout et n'importe quoi. Le marché se tient entre les barres d'immeubles, dans les interstices de ce qui aurait pu être des espaces publics généreux. Il y a de la vie ici, indéniablement, mais une vie qui s'est organisée malgré l'espace plutôt qu'avec lui.

Cette réalité n'est pas accidentelle. Bondy Nord n'a amorcé sa densification qu'à partir des années 1950-60, dans la précipitation d'une croissance démographique spectaculaire ; la ville passe de 22 411 habitants en 1954 à 51 653 en 1968. De nouveaux quartiers sont construits à la hâte pour accueillir des populations migrantes : pieds-noirs d'abord, puis familles venues d'Afrique du Nord, du Portugal, d'Afrique subsaharienne. L'accueil a ses limites : ces populations sont assignées au nord, dans des quartiers sous-équipés, dont la morphologie urbaine (grandes dalles, peu de commerces de proximité, espaces publics sous-investis) porte encore aujourd'hui les traces de cette relégation.

On continue jusqu'au Bois de Bondy. L'ambiance change d'un coup : les rues bitumées et le béton laissent place à un grand parc de verdure. Cela fait du bien ; le contraste est saisissant, presque trop net, comme si la nature avait été réservée à un seul

Fig 22 : Des places bitumées à Bondy Nord



Fig 23 : L'hôpital Jean Verdier, un point de repère dans Bondy Nord



Lire le site, ce que la mémoire nous révèle

endroit pour compenser tout le reste. Puis on repasse dans la ville : places minérales à nouveau, terrains de sport extérieurs, quelques équipements épars.

Et puis, dans une rue, il réapparaît. L'hôpital Jean Verdier se profile entre les immeubles, repère visuel depuis la ville comme il l'était depuis le canal (fig 23). Sa silhouette de demi-lunes est reconnaissable de loin ; il s'impose dans le paysage urbain de Bondy Nord comme une évidence géographique, sans pour autant sembler accessible. Notre marche nous conduit naturellement vers lui, puis le long du canal à pied cette fois (fig 24). Les rives sont en pavé, peu aménagées, mais agréables ; le pas ralentit, on déambule.

Vient alors la traversée. On franchit le canal, et quelque chose change immédiatement de nature. D'abord des pavillons, une texture urbaine plus douce. Puis, un événement s'impose : une route à six voies coupe Bondy en deux une seconde fois, après le canal (fig 25). Il faut attendre, chercher le passage, mettre du temps à franchir. L'inconfort est physique, concret. C'est peu agréable.

Une fois de l'autre côté, un autre Bondy se révèle. Des équipements publics mieux entretenus, des places correctement aménagées, un centre-ville actif, plus de monde dans les rues, plus de mixité dans les usages (fig 26). L'ambiance a changé. Ce n'est pas une autre ville ; c'est la même, mais dont une moitié a reçu davantage. Davantage d'investissement, davantage d'attention, davantage de présence institutionnelle. Les données le confirment : services, commerces, transports en commun ; tout

Fig 24 : Le canal de l'Ourcq, 1e fracture dans Bondy



Fig 25 : L'avenue Galienni, une fracture urbaine dans Bondy



se concentre au sud, obligeant les habitants du nord à traverser ces fractures successives pour accéder à ce qui aurait dû être pensé pour eux, là où ils vivent.

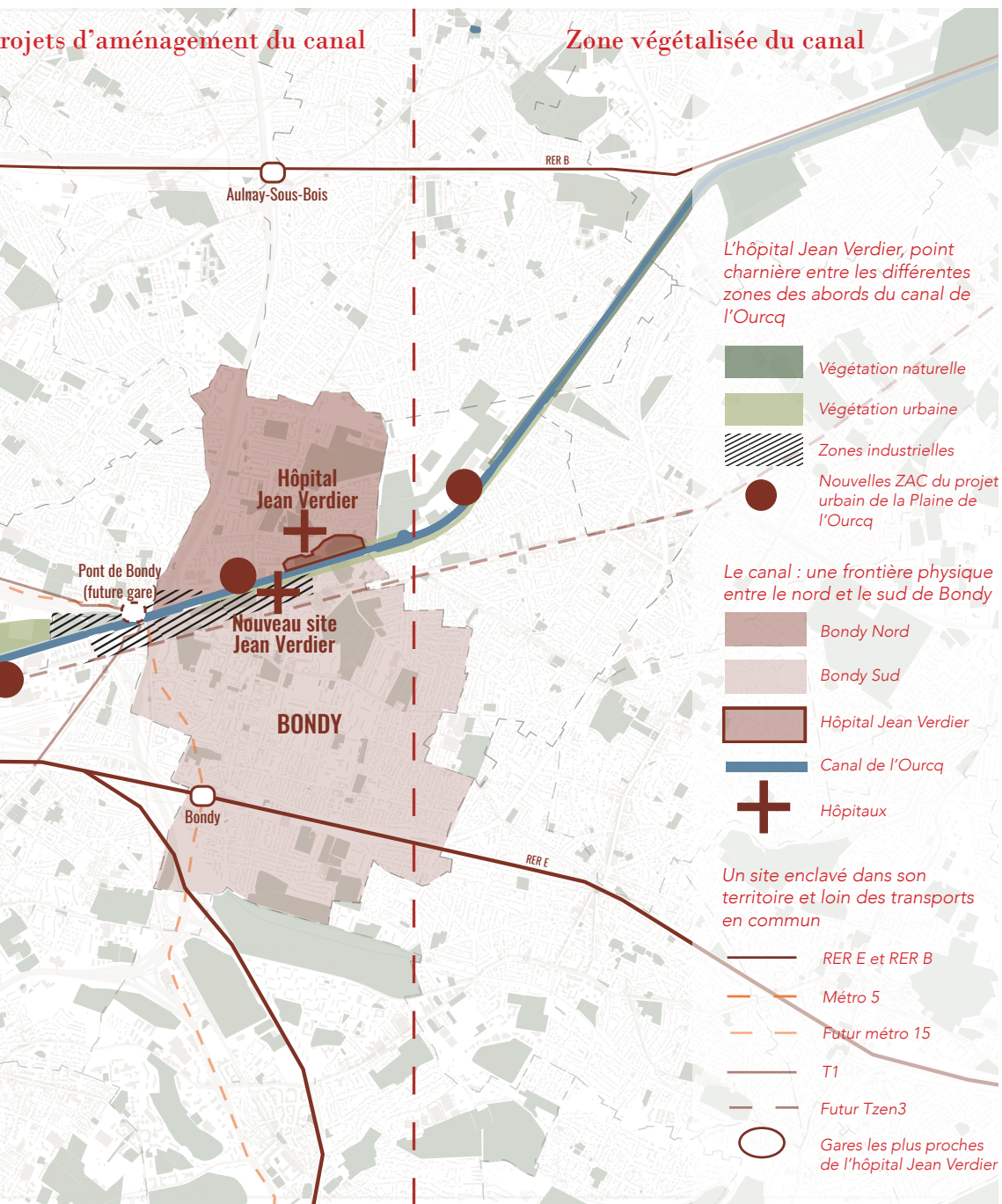
On poursuit jusqu'à la gare du RER E, au sud de la ville. Jean Verdier est loin derrière, bloqué dans la partie nord, entre le canal et les quartiers qui l'entourent. Le trajet entre les deux Bondy ne se fait pas instinctivement. Une habitante née à Jean Verdier le formule mieux que n'importe quelle analyse : « le canal de l'Ourcq, chemin fluvial vert caca d'oie, scinde cette ville en deux parts inégales : Bondy Nord et le reste. » L'arpentage, lui, n'a fait que vérifier ce que les habitant.es savent déjà.

Fig 26 : Le centre ville de Bondy



Fig 27 : Carte relationnelle de l'hôpital Jean Verdier par rapport au canal de l'Ourcq et à la ville de Bondy





Le site : un morceau de ville à reconstruire

C'est ici que tout converge. L'arpentage du canal, la traversée de Bondy, du nord au sud, les fractures successives (canal, route à six voies, équipements absents) tout désigne le même endroit : la parcelle de l'hôpital Jean Verdier, sept hectares en bordure de canal, en plein cœur de Bondy Nord.

On entre dans le site, ou plutôt on tente d'y entrer. Les accès piétons sont peu nombreux, peu intuitifs. Un vaste parking ceinture l'ensemble du bâtiment ; les clôtures ferment le périmètre avec la logique implacable d'un équipement sécurisé. On tourne autour avant de trouver un passage. Cela annonce quelque chose de fondamental sur la manière dont le site a été conçu : pour la voiture d'abord. 82% du sol est imperméabilisé. Ce chiffre se ressent par la densité du bâti sur la parcelle.

Cette logique automobile n'est pas propre à Jean Verdier. Elle est celle de toute une génération d'équipements publics construits dans les années 1970, à une époque où la voiture structurait encore la ville plutôt que de la desservir. Mais ici, dans un territoire qui manque précisément d'espaces publics de qualité, d'équipements de proximité, de lien direct au canal, elle prend une résonance particulière. Le site a tout pour être une ressource, mais il n'en devient pas une

Pourtant, quelque chose résiste à cette première lecture. Il suffit de ralentir, de lever les yeux, de s'écarter du parking. Des arbres matures structurent le site ; des présences végétales qui ont poussé là depuis des décennies, indifférentes au béton qui les entoure, et qui dessinent une trame à partir de laquelle tout un projet paysager pourrait prendre appui. Plus loin, derrière un grillage, le canal est là, directement accessible depuis la parcelle. Une qualité rare dans le secteur, enfouie sous une clôture. Les

Fig 28 : Plan masse de l'existant

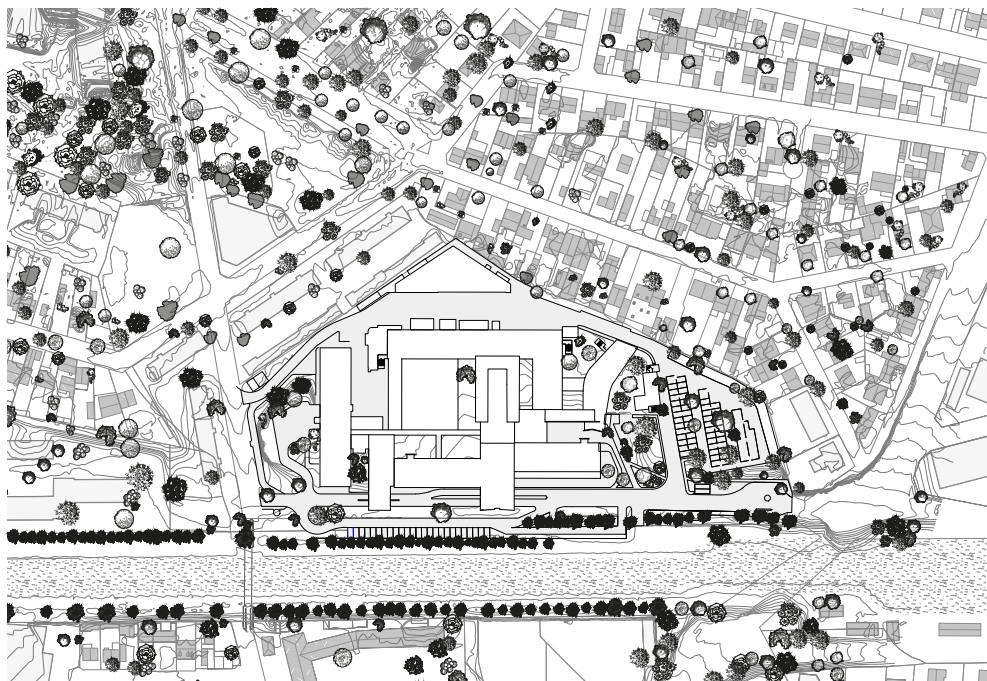
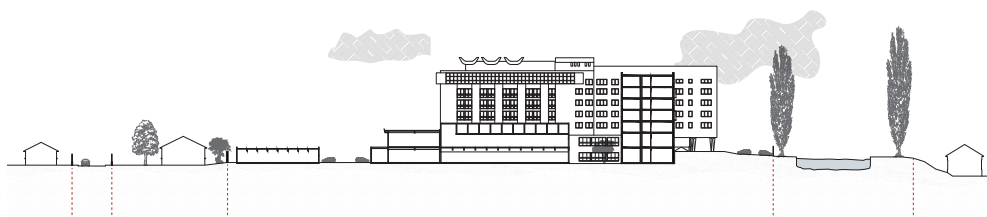


Fig 29: Coupe paysagère de la parcelle, du tissu pavillonnaire jusqu'au canal de l'Ourcq



Lire le site, ce que la mémoire nous révèle

tracés existants, les cheminements informels que les usager.es ont tracés malgré tout, dessinent déjà des lignes qui n'attendent que d'être prolongées. Et la topographie, discrète mais réelle, ménage entre le nord et le sud du site des niveaux d'entrée distincts, des relations visuelles variées avec l'environnement ; une différenciation que l'aménagement actuel écrase plutôt qu'il ne révèle.

C'est là que bascule la lecture du site. Ce qui semblait être une parcelle fermée sur elle-même se révèle être un territoire en attente. Non pas un simple chantier de reconversion, mais un morceau de ville à reconstruire depuis l'intérieur. Un site capable, s'il est pensé autrement, de jouer un rôle de couture entre les deux rives de Bondy, d'offrir au nord ce qu'il n'a jamais eu, et d'ancrer dans le canal le lien que ni l'histoire ni l'urbanisme n'ont su établir jusqu'ici.

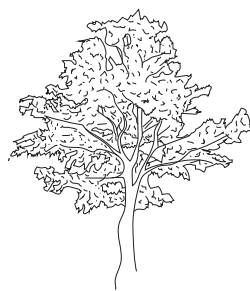
C'est l'ensemble de cette lecture, corporelle d'abord, analytique ensuite, qui a fondé notre projet. Ces trois arpentages ont construit une lecture territoriale par le corps avant de la construire par l'analyse. Ils ont révélé un site à la fois central et coupé, ressource potentielle et opportunité manquée. Mais lire un lieu depuis l'extérieur ne suffit pas. Il faut entrer dans la matière du bâtiment, comprendre ce qu'il a été avant d'imaginer ce qu'il pourrait devenir. C'est l'objet de la partie qui suit : un protocole d'analyse en cinq temps, qui prend le bâtiment comme un palimpseste ; un texte à déchiffrer couche par couche, pour distinguer ce qui relève de la blessure de ce qui constitue, encore, une qualité.



Platane



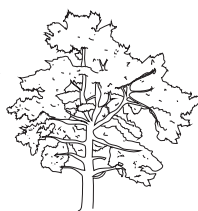
Marronnier



Orme



Magnolia



Tilleul



Peuplier

Fig 30 : Principaux arbres matures relevés sur le site

Chapitre 2

LA LECTURE DU PALIMPSESTE : DE L'ÉCRITURE ARCHITECTURALE D'HENRI COLBOC (1975) À LA RÉHABILITATION THERMIQUE DE DACBERT & ASSOCIÉS (2011)

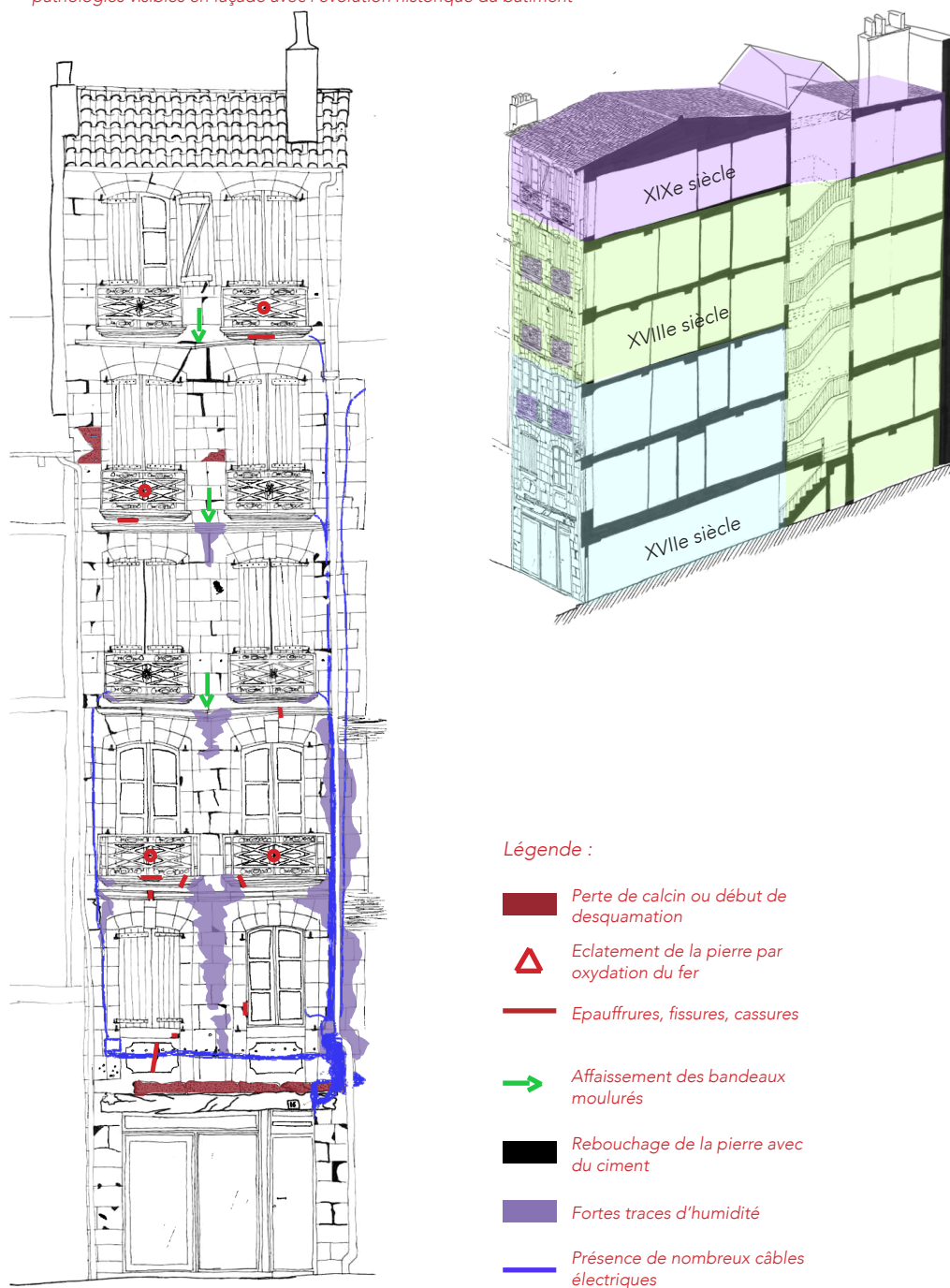
Du diagnostic au projet : soigner l'existant - un projet de fin d'études mention recherche

Ce projet de fin d'études mention recherche part d'une conviction : transformer un édifice existant suppose d'abord de l'écouter. Non pas faire un inventaire de ses défauts pour les corriger, mais comprendre la logique interne qui l'a produit, les blessures que les interventions successives lui ont infligées (fig. 30), et les qualités que ces mêmes interventions ont enfouies sans pour autant les effacer.

Cette posture (lire avant d'agir, diagnostiquer avant de concevoir) structure l'ensemble de la démarche. L'hôpital Jean Verdier est un palimpseste. Chaque transformation a ajouté une couche à sa mémoire sans nécessairement dialoguer avec les précédentes.

Afin de révéler les potentialités du site et de les mobiliser comme ressources de projet, nous avons mis en place un protocole d'analyse en cinq temps interdépendants : visites de site récurrentes, recherches historiques sur l'évolution du site, mise en place d'un tableau comparatif, diagnostic sanitaire précis et la restitution des qualités comme ressources de projet. Ces étapes permettent de changer notre regard sur les lieux : on passe d'une vision de « masse bétonnée » à la révélation de « qualités cachées ».

Fig 30 : Documents extraits du mémoire - Analyse de l'édifice du 16 rue de la Salie : mise en relation des pathologies visibles en façade avec l'évolution historique du bâtiment



Lire le site, ce que la mémoire nous révèle

Henri Colboc, 1975 : lire l'intention architectural d'origine

L'hôpital Jean Verdier est un palimpseste architectural : chaque transformation successive a ajouté une couche à sa mémoire. Conçu en 1975 par Henri Colboc, Georges Philippe et Pierre Bigot, il constitue un exemple représentatif de l'architecture hospitalière des années 1970 : un ensemble compact et fonctionnel de deux à six niveaux, organisé selon une trame orthogonale. La parcelle, densément construite, témoigne d'une conception dominée par la logique automobile s'inscrivant dans l'héritage moderniste de l'époque.

Henri Colboc, défend une architecture attentive au contexte, où l'histoire, le soleil, la densité, le bruit du lieu sont liés par l'usage. L'architecte est également soucieux de la couleur, qu'il considère non comme un ornement, mais comme un élément structurant de la logique spatiale et lumineuse. Cette posture se lit directement sur les façades d'origine : brise-soleils en béton au sud générant un jeu d'ombres mouvant, polychromie en ocres rouges et jaunes, parements texturés et mosaïques.

L'hôpital Jean Verdier a subi différentes vagues d'extensions, et de modifications (fig 31), qui ont progressivement étouffé ses qualités initiales. En 1994, l'extension de la pédiatrie, par Brenac & Gonzalez dans le prolongement de l'ancien hall introduit une écriture plus libre et vitrée, rompant avec l'orthogonalité initiale tout en travaillant finement la matérialité intérieure (utilisation du bois, du béton et de carrelage rouge), les vues et l'articulation entre les deux époques.

En 2011, la réhabilitation thermique de la façade sud efface les brise-soleils et la polychromie d'origine (fig 32) au profit d'un enduit blanc avec des éléments métalliques en sa lie ; une

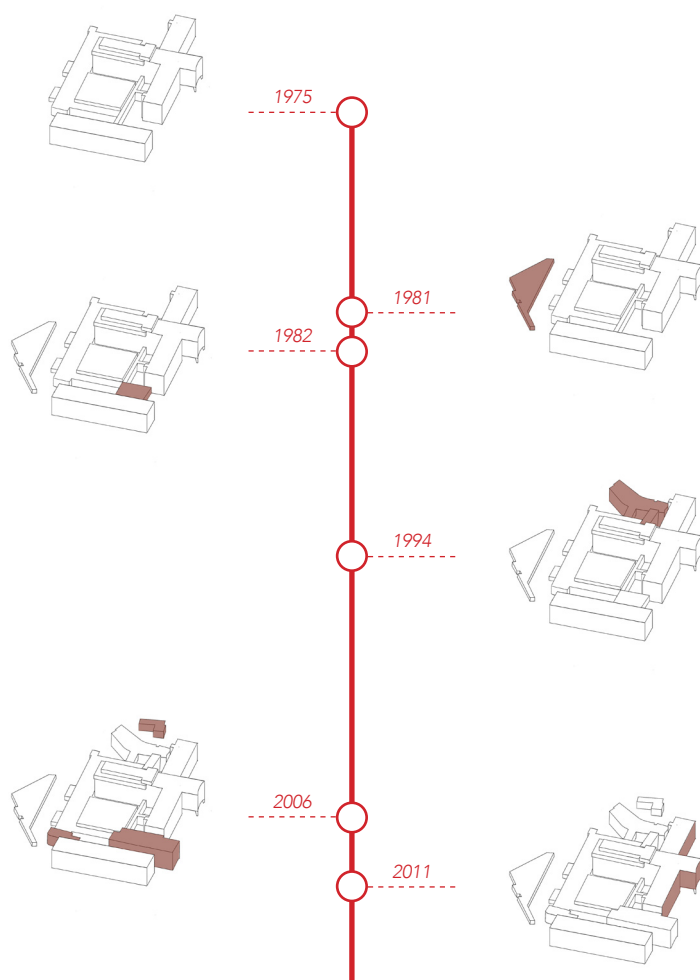


Fig 31: Schéma des évolutions et transformations de l'hôpital Jean Verdier

intervention qui résout le confort d'hiver tout en générant des surchauffes estivales, niant l'intelligence climatique initiale du projet.

D'autres additions ponctuelles (constructions modulaires, extensions techniques) ont densifié la parcelle au détriment de l'équilibre entre pleins et vides, et altéré la qualité des espaces extérieurs initialement prévus. Les transformations successives ont étouffé les qualités spatiales originelles du lieu et paradoxalement, les interventions censées améliorer les performances thermiques ont dégradé ses qualités architecturales sans résoudre réellement les problématiques climatiques.



*Fig 32 - Bâtiment principal dans les années 1970
© Archives de l'AP-HP*

Le tableau comparatif, un protocole d'analyse

À la suite de l'étude historique, nous avons appliqué un protocole d'analyse comparatif. Construit progressivement au fil des visites, il rassemble les observations dans des tableaux comparatifs qui confrontent de manière structurée l'état sanitaire de chaque bâtiment à son histoire constructive ; chaque pathologie renvoyant à une transformation historique identifiée. Les tableaux sont organisés par édifice et par façade, croisant une série de critères communs : dimensions, principes structurels, matériaux de façade et d'intérieur, nombre et style de fenêtres, présence de dispositifs climatiques, pathologies visibles, humidité et confort climatique. A cela s'ajoutent des fiches par bâtiment⁵. Cette grille systématique permet de lire de manière comparative deux bâtiments de deux périodes différentes - le tripode et le boomerang par exemple - révélant les écarts entre les deux époques de construction et les conséquences des interventions successives.

La lecture croisée des deux tableaux confirme ce que l'histoire constructive laissait pressentir : les pathologies les plus sévères du tripode (*fiche A1*) ne sont pas le produit du temps seul, mais des transformations qui ont altéré l'équilibre initial du projet ; en particulier la réhabilitation thermique de 2011, qui a résolu un problème en en créant un autre. Le boomerang (*fiche A2*), conçu vingt ans plus tard avec des systèmes constructifs plus performants et non modifié depuis, conserve une intégrité architecturale et sanitaire supérieure. Le protocole met ainsi en évidence une conclusion paradoxale : c'est le bâtiment le moins modifié qui se porte le mieux.

5 Les fiches des bâtiments sont à retrouver en annexes



Fig 33 : Rangement des archives dans les magasins
© Archives de l'AP-HP

Lire le site par l'état sanitaire et le diagnostic des façades

En parallèle de l'élaboration des tableaux, des relevés sur place et des visites en archives nous ont permis de disposer du dessin de l'existant le plus juste possible, auquel a été superposée l'analyse des altérations de chaque façade.

Le tripode présente un bilan contrasté selon ses façades. La façade sud, réhabilitée en 2011, affiche une étanchéité satisfaisante grâce au remplacement des menuiseries en double vitrage ; mais au prix de la suppression des brise-soleils d'origine, générant désormais un inconfort estival par surchauffe. Des fissures localisées aux angles des fenêtres laissent suspecter des pathologies masquées sous l'enduit. La façade nord, elle, n'a pas bénéficié de cette réhabilitation : simple vitrage d'origine sans isolation, confort climatique médiocre, éclatement du béton, fissures, décollements d'enduit et traces d'humidité massives, notamment localisées autour des fenêtres. Les deux façades d'un même bâtiment racontent ainsi deux états sanitaires radicalement différents, produits non par la conception initiale mais par les choix d'intervention (ou d'absence d'intervention) qui ont suivi.

Le boomerang, construit en 1994, présente un état général nettement plus satisfaisant. Son système constructif, ses menuiseries en double vitrage avec isolation d'origine et orientation est-ouest lui confèrent un confort climatique correct. Les pathologies relevées sont principalement de surface (décollement de pierres collées, corrosion des éléments métalliques en surface, pierres agrafées encrassées) et témoignent davantage d'un manque d'entretien courant que d'une défaillance conceptuelle.

Ce diagnostic sanitaire ciblé appliqué à l'hôpital identifie des pathologies propres au béton et aux systèmes constructifs de cette époque. Lire l'état sanitaire nous permet de hiérarchiser les priorités d'intervention mais également de prévoir des manières d'interventions s'adaptant aux pathologies de chaque édifice. L'état sanitaire des façades peut être complété par l'analyse climatique du site. Cette dimension n'est pas accessoire : le confort thermique et climatique est une condition fondamentale du soin. Un espace qui fait souffrir les corps ne peut prendre soin de ses usager.es.

Fig 36 : Relevé dessiné de pathologies présentes sur l'hôpital Jean Verdier



Décollement de la peinture qui laisse apparaître la peinture d'origine, et fissure

Fig 34 : Etat sanitaire de la façade nord





Traces d'humidité sous les menuiseries



Lire le site, ce que la mémoire nous révèle

Fig 36 : Relevé dessiné de pathologies présentement sur l'hôpital Jean Verdier

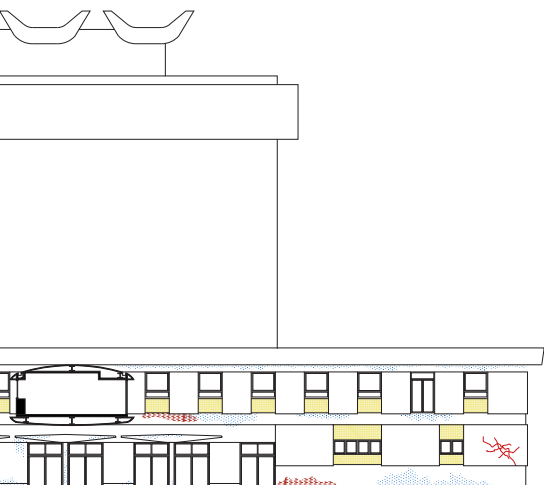


Fig 35 : Etat sanitaire de la façade est





Corrosion des armatures métalliques du béton armé



Etat existant et désordres sanitaires :

- Fissures
- ▒ Traces d'humidité
- ✗ Eclatement du béton

Etat existant et désordres esthétiques :

- ▒ Décollement de la peinture, l'enduit rouge d'origine est de nouveau visible
- ▒ Mosaïque manquante
- ▒ Ajouts de locaux postérieurs dégradants

NB : Toutes les menuiseries de cette façade sont en aluminium et en simple vitrage, aucunes d'elles n'est étanche à l'air et à l'eau

La mémoire hospitalière comme ressource de projet

Lire un bâtiment, c'est apprendre à distinguer ce qui relève de la détérioration de ce qui constitue une qualité méconnue. Le diagnostic mené sur le site révèle deux types de blessures superposées : celles infligées par le temps et le manque d'entretien, et celles provoquées par les interventions censées améliorer l'édifice.

Pourtant, sous ces couches d'altérations successives, le site conserve une matière spatiale et architecturale d'une réelle qualité. Le hall du boomerang révèle encore l'intention première de ses architectes. Les trames structurelles du tripode (poteaux, planchers, profondeur des ailes, gaines intégrées au noyau central) offrent une souplesse typologique que la lecture strictement fonctionnaliste a longtemps occulté. La maternité, seule à avoir conservé son écriture d'origine, rappelle ce que l'ensemble aurait pu rester si la mémoire du lieu avait été considérée comme une valeur plutôt que comme un obstacle. Le canal, les arbres, la topographie différenciée nord/sud : ces ressources bioclimatiques sont présentes et sous-exploitées.

C'est ici que la notion de *care* prend toute son importance comme posture de projet. Prendre soin, ce n'est pas effacer les traces du passé, ni conserver à tout prix ce qui ne peut plus servir. C'est plutôt établir un diagnostic, distinguer ce qui peut être réparé de ce qui doit être transformé, et engager une intervention qui respecte la logique interne du lieu tout en l'ouvrant à de nouveaux usages. Cette démarche conduit à engager une intervention qui respecte la logique interne du lieu tout en l'ouvrant à de nouveaux usages.

Cette position conduit à distinguer deux attitudes face au patrimoine bâti : la réparation, geste ponctuel et tardif qui intervient après la rupture, et la maintenance, pratique continue et préventive qui maintient un équilibre avant que les crises n'imposent des interventions d'urgence.⁶ Jean Verdier, dans son état actuel, est précisément l'un de ces bâtiments où la rupture a déjà eu lieu ; où des décennies d'adaptations successives, d'ajouts non concertés et d'une rénovation thermique qui a effacé la polychromie d'origine ont creusé un écart entre ce que le bâtiment a été et ce qu'il est devenu.

Jean Verdier n'a pas à disparaître pour se transformer. Il porte déjà, dans sa matière et son histoire, les conditions d'une autre vie possible. C'est à partir de là que le projet se construit : non en niant ce qui existe, mais en le prenant comme point d'appui pour imaginer ce que le lieu pourrait encore devenir.

⁶ DENIS Jérôme, PONTILLE David, « Le soin des choses : politiques de la maintenance » Paris, éd. La Découverte, collec. Terrains philosophiques, 2022. 368 p.

La lecture du site a révélé un territoire fracturé, une parcelle repliée sur elle-même, et un bâtiment dont les qualités spatiales ont été progressivement enfouies sous des interventions mal menées. De cette analyse émerge une conviction : le projet ne peut se construire ni dans l'effacement ni dans la conservation figée. Il doit plutôt prendre la voie d'une transformation attentive, qui prend appui sur ce que le lieu a été pour ouvrir à ce qu'il pourrait devenir. Soigner le site, c'est simultanément agir sur son programme, sur son rapport au territoire, sur sa matière et sur des usages. Les trois parties qui suivent rendent compte de cette démarche à trois échelles : le site et son programme, l'habitat et ses espaces, la matière et son écriture.

En quoi la reconversion de l'hôpital Jean Verdier,
édifice conçu pour soigner et devenu hostile à
celles et ceux qu'il devait accueillir, peut-elle
constituer une occasion de réparer simultanément
un bâtiment, un quartier et un rapport au territoire
sans effacer la mémoire de ce qu'il a été ?

Partie 2

**SOIGNER LE LIEU PAR LE
PROJET: UN ACTE DE MÉMOIRE
ET D'HOSPITALITÉ**

Intentions de projet

Soigner le lieu par le projet, c'est agir simultanément à toutes les échelles. Le projet est envisagé comme un itinéraire de guérison : non pas une intervention unique et spectaculaire, mais une série de gestes articulés, du territoire au logement, du sol aux façades, du programme aux matériaux. Trois échelles structurent cette démarche. Celle du site d'abord, qu'il s'agit de rouvrir sur la ville et sur le canal. Celle de l'habitat ensuite, où la trame hospitalière devient le support d'un nouvel habiter. Celle de la matière enfin, où notre intervention sur l'existant se manifeste par la greffe.



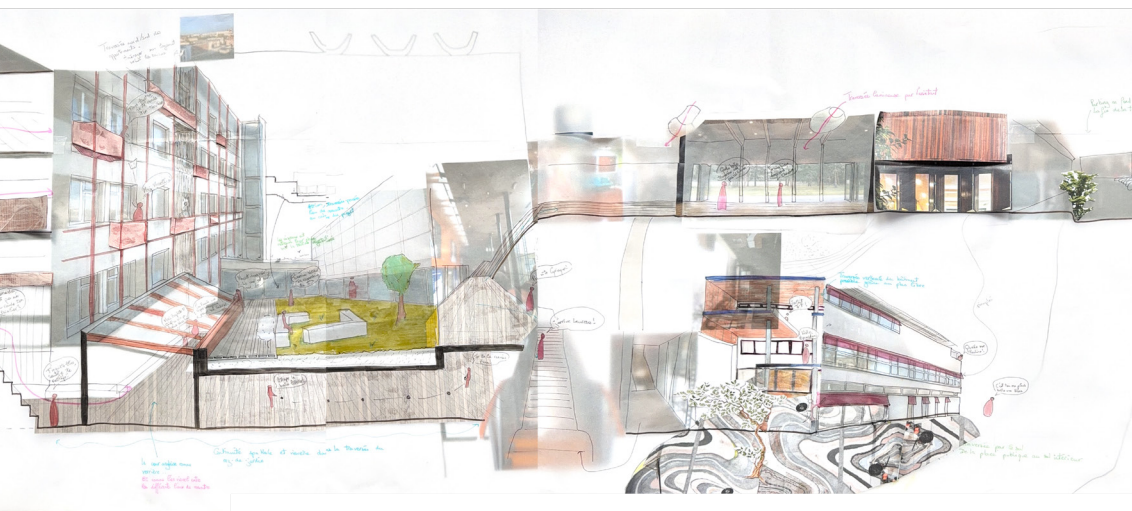


Fig 37 : Le Pas de Côté, exercice de projet où nous avons étudié la traversée du site

Chapitre 1

FAÇONNER LE LIEU PAR LES USAGES : DE L'HÔPITAL À L'HOSPITALITÉ URBAINE

Programmer l'hospitalité : des usages choisis pour rouvrir l'hôpital sur la ville

La reconversion de l'hôpital Jean Verdier engage une réflexion sur ce que signifie rendre un lieu à la ville, et à ses habitants. Le programme est pensé comme un acte réfléchi : celui de transformer une enclave hospitalière fermée en un lieu de vie pluriel, ancré dans les besoins du territoire.

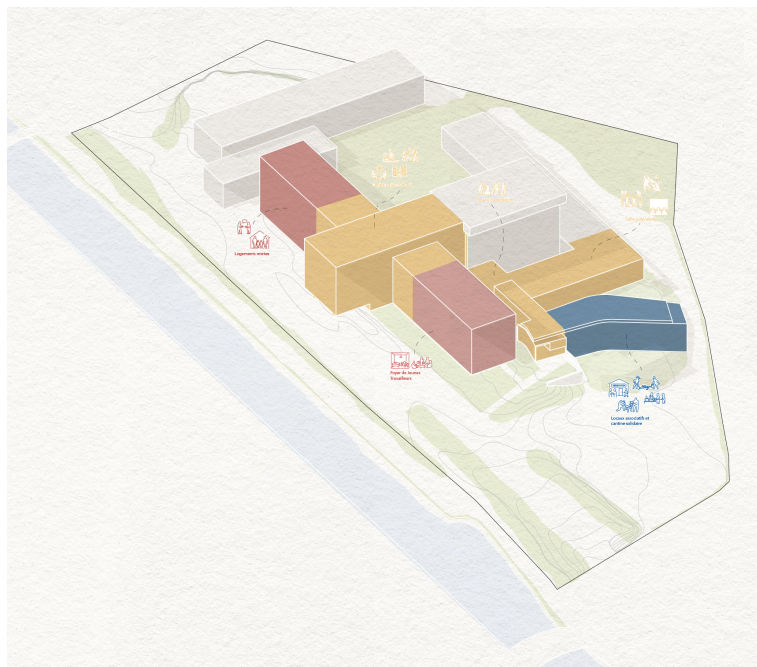
Bondy Nord présente un profil majoritairement résidentiel, avec une relative rareté des équipements culturels, sportifs et collectifs de proximité. L'hôpital Jean Verdier, par son emplacement stratégique en bordure du canal de l'Ourcq et par sa puissance de repère visuel dans le quartier, constitue une réelle opportunité : celle de restituer aux Bondynnois.es une parcelle de 3 hectares rendue inaccessible, en en faisant un lieu d'activité et de vie partagée.

La stratégie programmatique repose sur une logique de **superposition et d'étapes**. Le rez-de-chaussée et le noyau central du bâtiment principal (qui bénéficie des meilleures vues et de la meilleure accessibilité depuis le quartier) sont affectés à des **usages publics** : un centre socio-culturel, des locaux associatifs, des équipements sportifs et un centre de loisirs, ainsi qu'une **salle polyvalente (fig 38)**. Il s'agit de placer les fonctions les plus ouvertes et les plus inclusives là où elles seront le plus visibles, les plus accessibles, les plus appropriables. Les ailes du bâtiment principal accueillent quant à elle des **programmes résidentiels** : des logements mixtes et un foyer de jeunes travailleur.euses.

La notion de care traverse l'ensemble de la réflexion programmatique. Prendre soin des usages signifie concevoir des espaces capables de s'adapter à différentes temporalités (du matin au soir, de la semaine au week-end) et à différents profils d'usager.es. Des locaux à louer, ouverts sur la ville, permettent

d'accueillir des initiatives associatives ou des commerces de proximité. Les espaces publics sont pensés pour être à la fois animés et sécurisants, jamais déserts ni surdimensionnés. Ces usages doivent s'accompagner d'un projet de requalification des espaces extérieurs du site (conçus, comme on l'a vu, pour la voiture) afin que la reconversion ne s'arrête pas aux murs du bâtiment.

Fig 38 : Diagramme programmatique



Ménager le site : du canal au cœur de parcelle

La densification progressive du site hospitalier a produit une parcelle repliée sur elle-même, imperméabilisée à 82%, organisée autour du flux automobile. Avant de penser les usages, il faut d'abord rendre de l'espace au sol, à la végétation et aux corps.

Plusieurs déconstructions ont lieu (fig 39). Les blocs opératoires, dont la morphologie et la technicité rendent la reconversion particulièrement complexe, **sont déconstruits** afin de libérer de l'espace au sol pour un grand parc dédié au centre de loisirs. Les algécos et structures temporaires peu qualitatives du site sont également supprimés, participant à une clarification générale de la parcelle

Cette intervention s'inscrit dans une posture que l'on emprunte au philosophe Thierry Paquot : non pas « aménager » le site (terme que Paquot lui-même associe à des décisions arbitraires et déconnectées des usages) mais **le ménager**, c'est-à-dire intervenir avec attention, en prenant soin du déjà-là, des pratiques existantes et des relations entre les éléments du territoire. « *Je ne sais pas pourquoi j'exècre, depuis bien longtemps, le mot « aménagement ». Je l'associe à des réunions d'hommes cravatés devisant devant une carte de France et décidant arbitrairement du tracé d'une autoroute ou de l'implantation d'une « ville nouvelle* »¹. Ménager ne consiste pas à imposer une forme, mais à révéler des potentialités et à travailler dans une logique de transformation située.

Dans ce cadre, l'ancienne parcelle hospitalière de 3 hectares est envisagée comme un espace à réactiver et à relier (fig 40). La requalification des berges joue ici un rôle structurant : en

¹ Paquot T (2021), Ménager le ménagement, publié pour la revue Topophile

Fig 39 : Diagramme des déconstructions

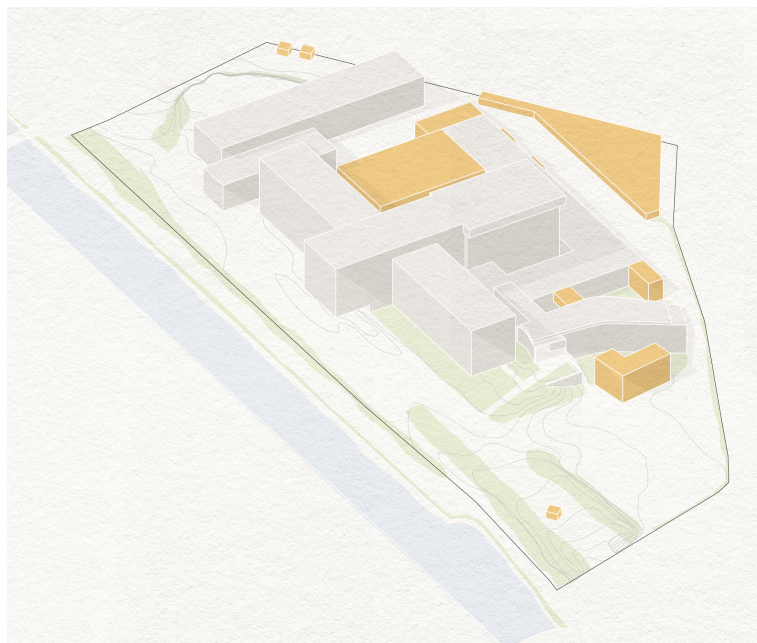


Fig 40 : Diagramme des flux sur le site



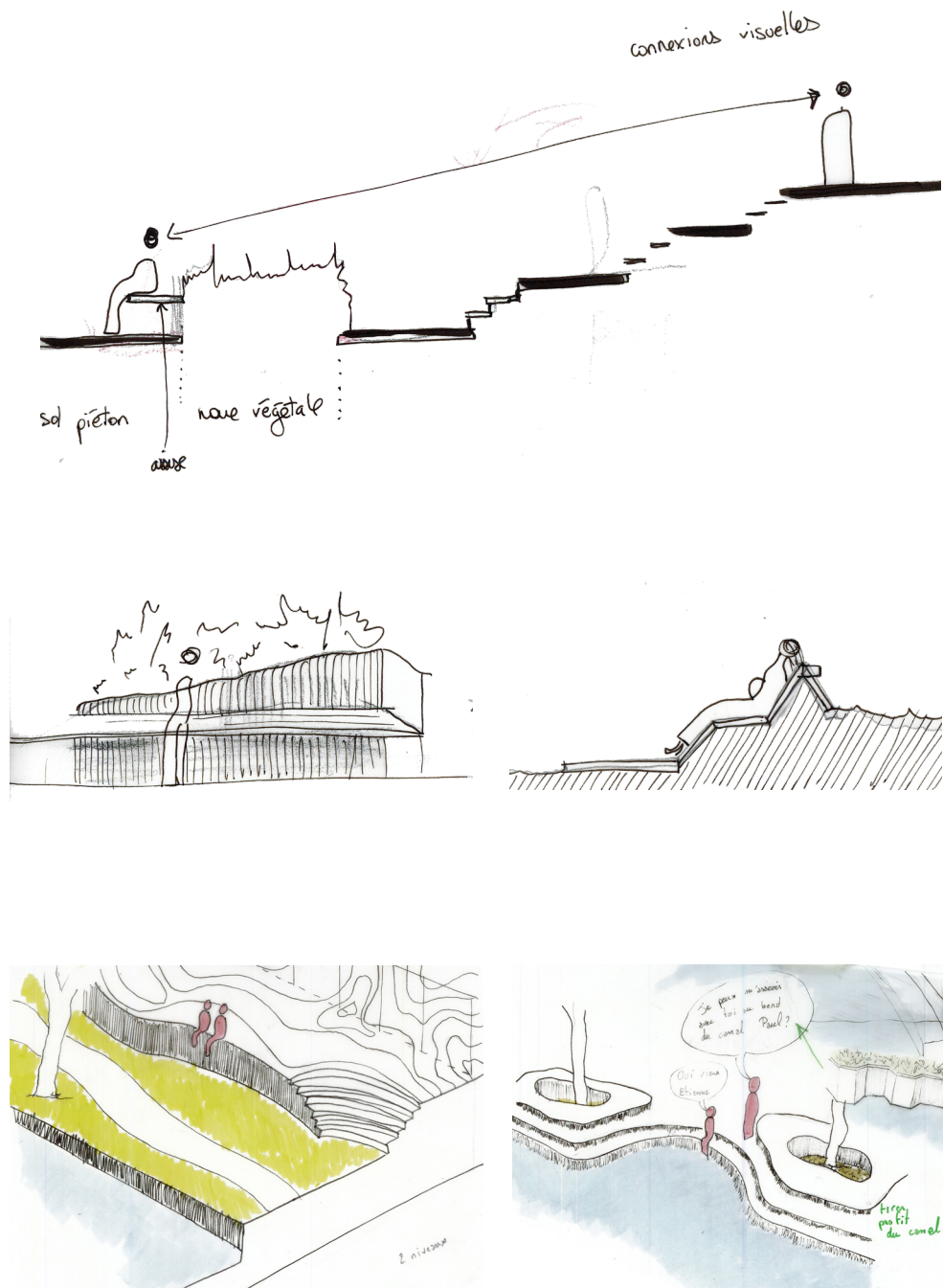
les restituant aux habitants. Il s'agit de transformer une limite physique en interface avec la ville. Le canal de l'Ourcq, atout majeur du site, cesse d'être une façade aveugle pour devenir un seuil actif (fig 41). Cette ouverture s'accompagne d'un travail de désimperméabilisation et de re-végétalisation : la trame végétale existante (arbres matures, berges) devient support de projet, permettant de recomposer les continuités écologiques, d'améliorer le confort d'usage et d'offrir des espaces appropriables à différentes échelles.

Le projet accorde également une importance particulière aux seuils et aux degrés de privacité. Entre espaces publics, semi-publics et domestiques, il ne s'agit pas d'opérer des coupures franches, mais de ménager des transitions, capables d'accueillir des usages variés selon les moments de la journée et les profils des usagers. Cette attention aux ambiances, aux visibilitées et aux conditions de sécurité participe à rendre le site accessible et inclusif. Cette approche trouve un écho dans les réflexions de Leslie Kern, qui interroge les normes implicites ayant façonné la ville contemporaine « les qualités psychiques des villes sont [...] : l'anonymat, l'énergie, la spontanéité, l'imprévisibilité », « le citoyen urbain a trop souvent été pensé comme étant un homme cis, blanc, sans handicap, de la classe moyenne et hétérosexuel »². En réintroduisant de la diversité programmatique, des espaces ouverts et des possibilités d'appropriation, le projet cherche à dépasser une vision homogène de l'usager.e urbain.e, pour faire place à une pluralité de pratiques et de présences.

Enfin, la réouverture du site passe par une clarification des accès et une meilleure porosité avec le quartier. Les traversées sont facilitées, les entrées multipliées, les vues dégagées, afin de réinscrire la parcelle dans les continuités urbaines existantes.

² Kern L. (2020) La ville féministe

Fig 41 : Recherches pour les ménagements urbains et des berges



Soigner le lieu par le projet : un acte de mémoire et d'hospitalité

La traversée comme séquence spatiale : réadapter le plan hospitalier aux nouveaux usages

L'hôpital Jean Verdier possède des qualités spatiales que la lecture fonctionnaliste de son usage médical a longtemps occultées. Ses larges circulations, dimensionnées pour accueillir des flux importants, ses nœuds de distribution généreux autour des blocs d'ascenseurs, ses espaces de palier : autant de dispositifs pensés pour l'efficacité du soin qui constituent aujourd'hui des ressources directement mobilisables pour une reconversion habitée. Les photographies d'archives le rappellent : ces espaces ont déjà été des lieux de passage, d'attente, de rencontre. Ils portent en eux la mémoire d'une sociabilité, même contrôlée.

Le hall du boomerang, généreux dans ses dimensions et traversé d'une lumière soigneusement travaillée, constitue à lui seul un argument de projet : trop peu exploité dans la configuration actuelle, il peut devenir un des cœurs du dispositif.

Le principe de traversée naît de cette lecture. Il ne s'agit pas de percer le bâtiment de force, mais de révéler les continuités qui existent déjà dans sa structure, et de les relier par des gestes précis. Traverser le plan hospitalier, c'est transformer un système de distribution interne fermé en une séquence spatiale ouverte (fig 42), qui guide le corps depuis le canal jusqu'au cœur de la parcelle, depuis le rez-de-chaussée public jusqu'aux étages habités.

La traversée, le programme, les seuils, ces gestes à l'échelle du site posent les conditions d'un lieu habitable. Comment l'espace peut-il prendre soin de ses habitant.es, au quotidien, à l'échelle du logement et des communs ? C'est précisément cette question qui structure la partie suivante. Si la reconversion du site répond à une logique d'hospitalité urbaine, la reconversion des ailes en habitat engage une autre dimension du soin : celle des espaces domestiques et collectifs, conçus pour soutenir des modes de vie pluriels.

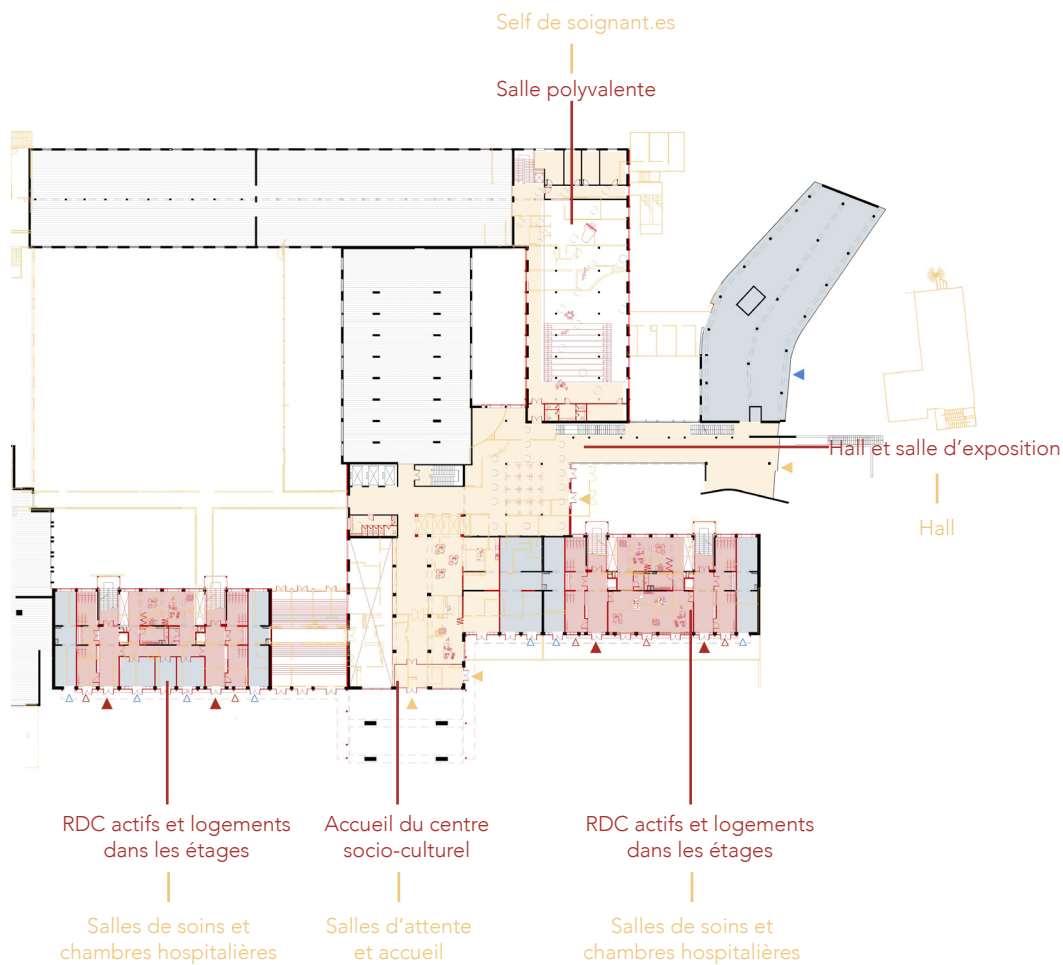


Fig 42 : Reconversion des espaces hospitaliers (en jaune) pour le nouveau programme (en rouge)

Chapitre 2

DE L'HÔPITAL À L'HABITAT

Repenser l'habitat par le *care* : un projet de fin d'études mention recherche

Une des grandes question de ce projet de fin d'études est donc, comment réadapter la trame hospitalière pour l'habiter? Le passage du mémoire au projet ne relève pas d'une simple application théorique. Il s'agit d'une transformation du cadre de recherche en principes de conception ancrés dans un bâtiment réel, l'hôpital Jean Verdier, qui possède, lui-même, une histoire du *care*. L'édifice a été organisé autour des flux, de la surveillance et de l'hygiène. Le projet propose de dépasser cette logique.

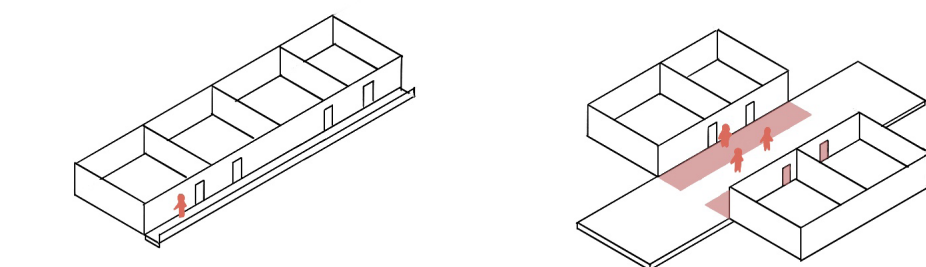
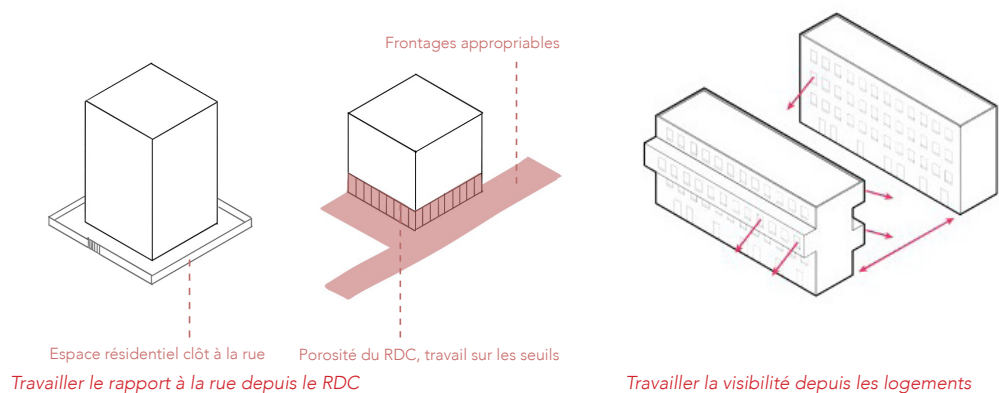
Comme le formulent Courbebaisse et Salembier, « tantôt l'espace peut-être l'objet du *care*, d'attention et de soin, tantôt l'espace est générateur, propice au soin, à l'épanouissement des êtres »³. Cette double dimension, l'espace comme objet de soin ET condition de soin, traverse la démarche du projet. Elle invite à ne pas penser la reconversion uniquement en termes de programme ou de performance technique, mais à interroger ce que l'espace fait aux personnes qui l'habitent. Cette approche rejoint celle développée par Joan Tronto, pour qui une architecture du *care* est avant tout une architecture de l'attention⁴ : elle anticipe les besoins, offre des ressources, ménage des espaces de vulnérabilité et de solidarité. L'architecture ne garantit pas le soin, (elle ne peut pas à elle seule produire des relations humaines bienveillantes, cela dépend aussi des usager.es), mais elle peut le rendre possible, ou au contraire l'entraver.

Le passage du mémoire au projet ne relève donc pas d'une simple application, mais d'une transformation du cadre théorique en projet concret. Les *care supports* identifiés dans la recherche (fig 43) deviennent le fil conducteur du projet et se déclinent à différentes échelles.

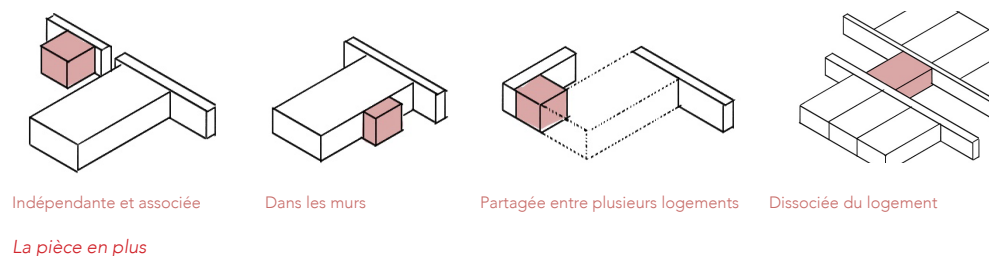
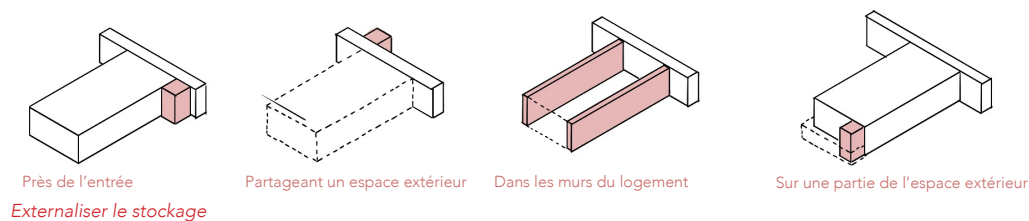
3 Salembier, C. & Courbebaisse, A. Les seuils du *care* : Les conditions socio-spatiales d'une éthique du *care*. Revue philosophique de Louvain (2023).

4 Tronto. Un Monde Vulnérable, Pour Une Politique Du Care.

Fig 43 : Schémas explicatifs de quelques care supports identifiés dans la recherche



Repenser les espaces de circulation et les accès pour de la sociabilité informelle



La trame comme générosité structurelle

La trame orthogonale de l'hôpital Jean Verdier incarne à première vue tout ce que l'habitat résidentiel cherche à éviter : une répétition mécanique, la neutralité des espaces cliniques, la hiérarchie rigide des espaces. Elle a été pensée pour répondre aux exigences du soin médical (flux maîtrisés, surveillance facilitée, hygiène maximale) et non pour accueillir la diversité des modes de vie.

Pourtant, cette trame hospitalière est un réel potentiel architectural. Derrière l'hostilité de surface, la structure offre une souplesse typologique et une générosité spatiale que beaucoup de programmes résidentiels contemporains ne possèdent pas. Les modules, dont les dimensions varient entre 3,30 m de largeur × 5,00 m de profondeur et 5,50 m de largeur × 7,00 m de profondeur, confèrent à l'ensemble des travées une épaisseur remarquable. Les larges ouvertures sur l'extérieur, le caractère traversant du bâtiment orienté nord / sud ainsi que la présence de toutes les gaines techniques liées au programme hospitalier : autant de qualités qui, réinterprétées, peuvent devenir les supports d'une hybridité programmatique riche.

La reconversion n'implique pas d'effacer la mémoire du lieu. Au contraire, elle suppose de travailler avec la trame, d'accepter ses contraintes comme des données productives. La neutralité structurelle de l'édifice devient alors une ressource : elle autorise des configurations spatiales diverses, des typologies d'appartements variées, des imbrications programmatiques nouvelles. C'est dans cet esprit qu'est envisagée la réadaptation de la trame hospitalière comme support d'un nouvel habiter, à l'échelle collective comme à l'échelle du logement individuel.

Fig 44 : Répartition des chambres hospitalières d'un étage courant

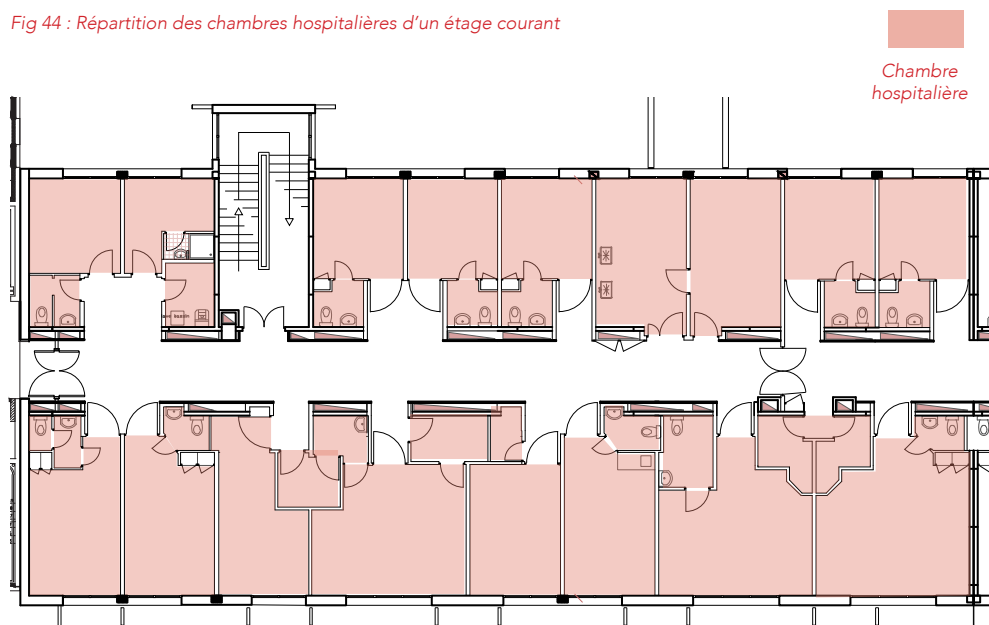


Fig 45 : Existant : salle de soin de l'aile ouest



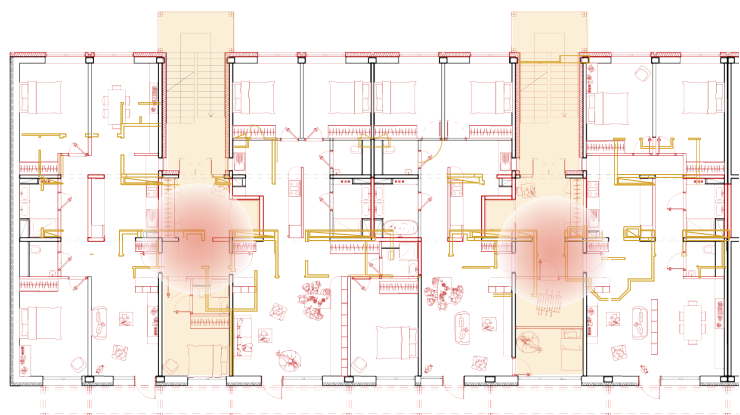
Habiter les communs : des circulations aux espaces de la vie partagée

Le bâtiment principal de l'hôpital Jean Verdier est organisé selon une logique distributive rigoureuse. Les modules s'articulent autour d'une circulation centrale de 2m80 de largeur, desservant les chambres d'hôpital et les salles de soin. Ce dispositif, s'il répondait parfaitement aux exigences fonctionnelles d'un programme hospitalier impose une expérience de circulation sèche, anonyme, dépourvue de réelle qualité spatiale.

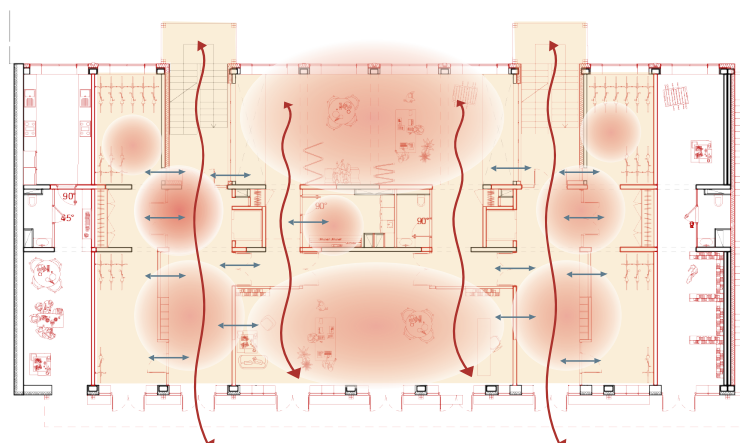
La reconversion offre l'occasion de renverser cette logique. En effet, une salle commune, non positionnée sur le trajet naturel des habitant.es, ne génère pas d'interactions spontanées. Ce constat, obtenu dans le mémoire d'Alice, est devenu un principe de conception : les espaces partagés doivent s'inscrire dans le parcours quotidien, par un lien physique ou visuel. Aussi, les circulations, loin d'être de simples dispositifs de distribution, peuvent devenir des espaces à part entière ; des lieux de sociabilité informelle, d'échanges spontanés, de vie partagée. Il ne s'agit pas de les charger d'un programme supplémentaire, mais de leur restituer une épaisseur spatiale qui invite à s'y attarder, à se croiser, à cohabiter.

L'introduction de la lumière naturelle dans les cages d'escalier en façade est également un geste simple mais décisif : elle transforme l'expérience du passage, signale le cycle du jour, réchauffe les surfaces, rend visible la présence des autres. Ces espaces semi-privés, à mi-chemin entre l'intime et le public, constituent de véritables *care supports*. Les paliers et interstices peuvent ainsi être élargis, appropriés, transformés en niches de lecture, en petits paliers partagés où le voisinage se construit.

Fig 46 : Espaces communs et de sociabilité informelle - logements



R+1



RDC



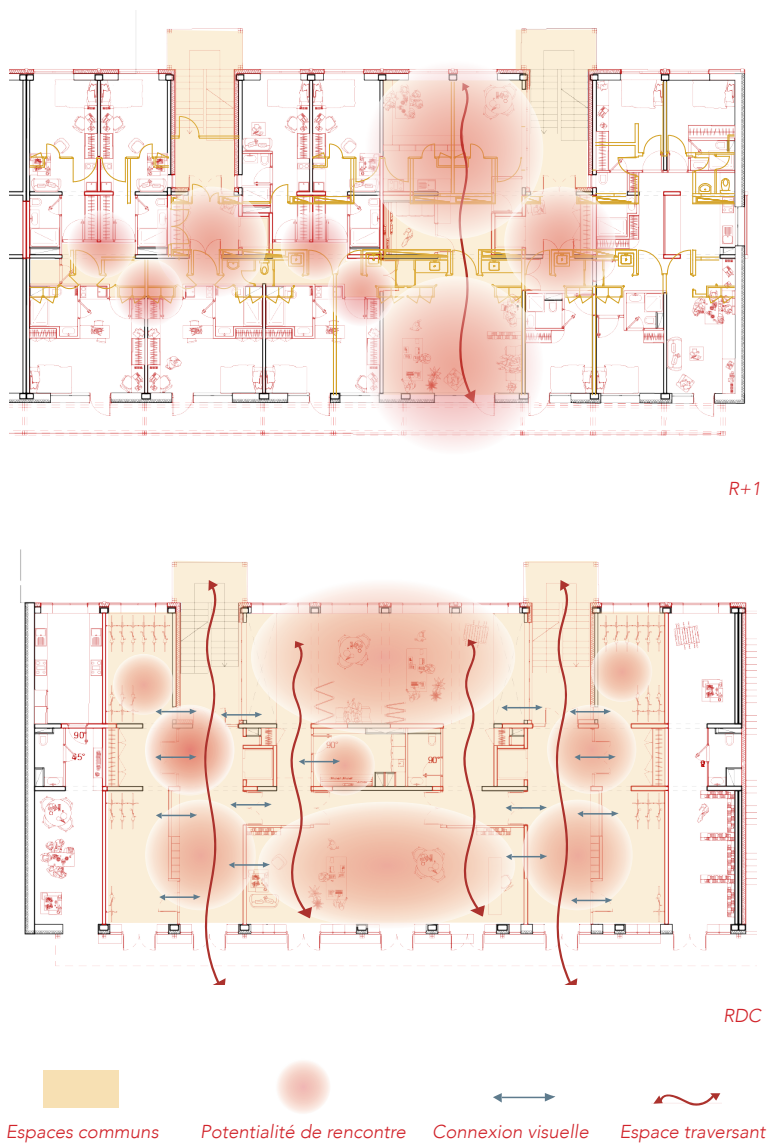
Soigner le lieu par le projet : un acte de mémoire et d'hospitalité

La visibilité des espaces du *care* collectif (buanderies, locaux vélos, jardins partagés,...) participe à cette même logique. Ces équipements, trop souvent relégués dans des sous-sols obscurs ou des annexes inaccessibles, méritent d'être intégrés dans le parcours quotidien des habitant.es, rendus visibles et accessibles. Leur présence dans le bâtiment n'est pas anecdotique : elle témoigne d'une conception de l'habitat comme espace de soin mutuel, où les ressources sont partagées et les usages collectivement négociés.

Ces espaces partagés se déclinent différemment selon les programmes. Dans le Foyer de Jeunes Travailleur.euses, ils structurent la vie collective. Dans les logements dits classiques, ils trouvent leur écho dans la *pièce-joker* : espace polyvalent sans affectation fixe, pouvant se transformer en alcôve, en pièce commune ou en bureau selon les besoins du moment. Cette neutralité fonctionnelle est une forme de générosité spatiale; elle fait confiance à l'habitant pour investir l'espace de ses propres usages, et rejoint ce que Virginia Woolf formulait dès 1929 sous la notion de *chambre à soi*⁵ : posséder un espace à soi, doté d'une porte, d'une serrure, d'un contrôle d'accès, constitue la première étape d'une autonomie spatiale. Ici, cette idée n'est plus réservée à quelques-uns : elle est étendue à toutes celles et ceux qui habitent.

5 Woolf V (1929) Une chambre à soi

Fig 47 : Espaces communs et de sociabilité informelle - foyer de jeunes travailleur.euses



Soigner le lieu par le projet : un acte de mémoire et d'hospitalité

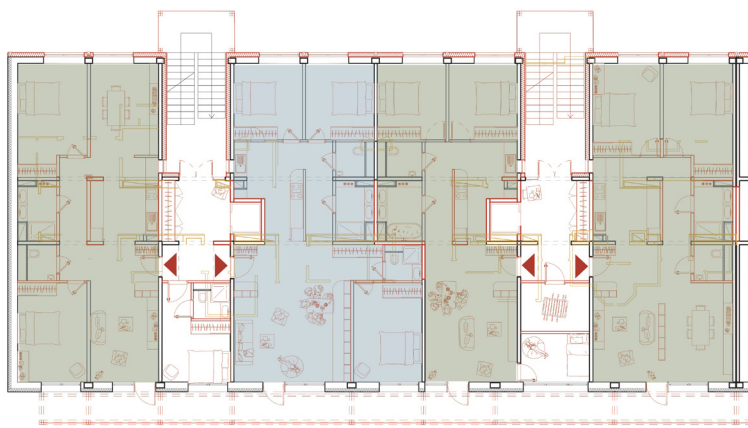
Du module hospitalier au logement

La trame de l'hôpital Jean Verdier offre une ressource précieuse pour la conception des logements : l'absence de hiérarchie entre les pièces. Dans les typologies résidentielles conventionnelles, l'espace est souvent organisé selon une logique de séjour dominant, chambre principale surpassant les secondaires, d'espaces de service relégués en périphérie. Ici, le module régulier permet d'imaginer des appartements où chaque pièce possède la même valeur spatiale, la même dignité, y compris dans ses ouvertures : les fenêtres de l'hôpital, identiques d'une pièce à l'autre, offrent les mêmes grandes vues qu'on soit dans le séjour, ou dans les chambres.

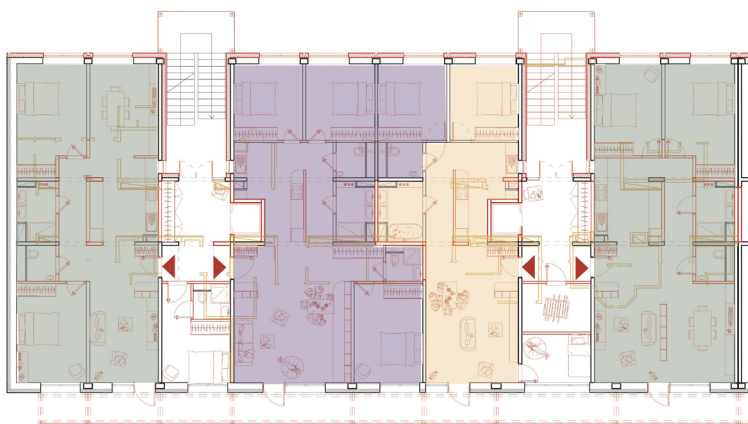
Cette égalité dimensionnelle ouvre la voie à une souplesse typologique. Dans la même trame, il devient possible de concevoir des appartements allant du T2 au T5, selon les découpages et les regroupements de modules choisis. Le logement se libère ainsi de la contrainte d'un plan-type unique pour offrir une gamme de configurations adaptées à la diversité des modes de vie contemporains (familles recomposées, colocations, personnes âgées souhaitant maintenir leur autonomie, jeunes actifs en transition, familles monoparentales, etc). Cette mixité typologique permet d'éviter la spécialisation des immeubles et de construire un tissu résidentiel évolutif, capable d'accompagner les trajectoires de vie plutôt que de les figer.

Ce principe se retrouve également dans le foyer de jeunes travailleur.es : différentes typologies de studios, ainsi qu'une colocation, afin d'offrir aux futur.es habitant.es différents loyers possibles, adaptés aux moyens de chacun.e.

Fig 48 : Une trame qui offre plusieurs répartitions de logements possible
plans d'étage courant des logements



Option 1



Option 2



T2



T3



T4

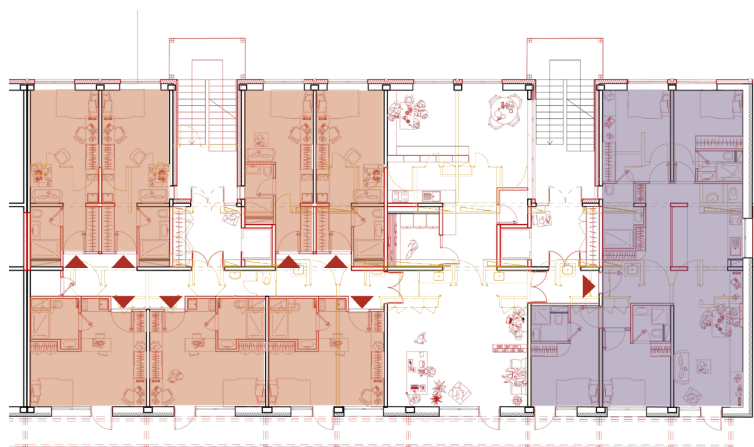


T5

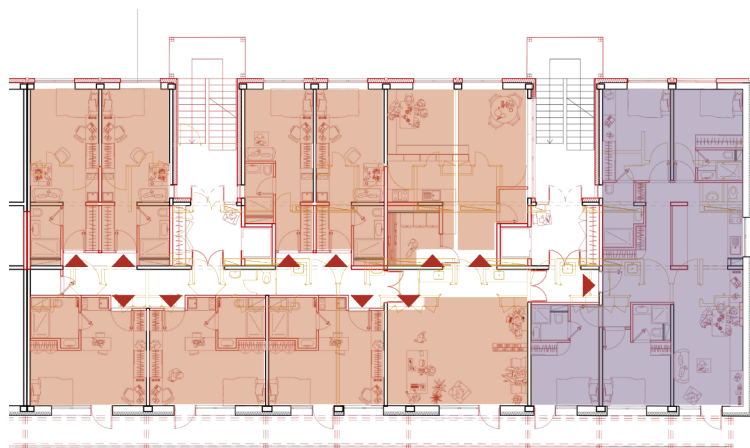
La question du stockage mérite également une attention particulière. Trop souvent sacrifiée dans les logements contemporains, la capacité de rangement conditionne pourtant directement la qualité de vie domestique. En externalisant une partie du stockage hors du logement (cave palière, local collectif, balcon aménagé) on préserve la fluidité des espaces intérieurs tout en répondant aux besoins réels des habitant.es. Dotés d'une surface adéquate et d'une implantation pertinente, ils deviennent un levier pour offrir un habitat moins contraignant et plus respirant. La création des balcons en façade sud permettrait d'externaliser une partie de stockage. Des placards collectifs sont également prévus dans les paliers communs, offrant dans un même temps la possibilité d'une rencontre entre voisin.es. Cette décision de conception est un acte de soin : elle anticipe les transformations inévitables que les occupant.es feront subir à leur logement, et leur offre les ressources nécessaires pour le faire sans dégrader l'espace principal.

Les logements traversants, enfin, constituent une qualité essentielle. En ménageant plusieurs orientations et des vues multiples, ils permettent une ventilation naturelle efficace, une luminosité variée au cours de la journée, et un rapport différencié à l'extérieur.

Fig 49 : Plan d'étage courant du foyer de jeunes travailleur.euses



Option 1 - salle commune



Option 2 - studios



T1



T5 - colocation

Chapitre 3

GREFFER SANS EFFACER, UNE POSTURE SUR L'EXISTANT

Notre lecture du site nous a permis de comprendre ce qui méritait d'être conservé. Bien que certaines interventions aient dégradé le bâtiment, nous avons pu distinguer ce qui appartenait à l'identité profonde de ce lieu et ce qui l'a progressivement effacée. La posture qui guide ce troisième axe de projet est celle **de la greffe** : intervenir sans nier l'existant, transformer en restant attentives à ce qui était déjà-là avant.

Introduire une nouvelle écriture contemporaine tout en préservant la mémoire du site

Pour nous, intervenir sur le bâti existant implique de prendre position : non pas effacer, non pas imiter, mais s'inscrire en continuité avec ce qui existe. Prolonger le geste architectural d'origine, assumer nos interventions, considérées comme une nouvelle couche au palimpseste architectural que constitue l'hôpital Jean Verdier, tout en la rendant visible. Cette posture traverse l'ensemble du projet, depuis le traitement du sol jusqu'aux façades, et s'articule autour de deux axes principaux : le travail du sol dans l'aménagement paysager et le travail des façades.

C'est depuis l'état sanitaire des façades que cette posture prend forme. La réhabilitation thermique de la façade sud du tripode (2011), a remplacé les brises-soleils en béton blanc en surépaisseur, le fond ocre rouge et la mosaïque jaune (fig 50) par un enduit blanc uniforme avec quelques éléments saillants rouge vif pour les accès pompiers (fig 51). Ce qui disparaît avec elle, ce n'est pas seulement un détail esthétique : c'est une part de l'identité du lieu, une lisibilité de son histoire, une chaleur d'ambiance que l'enduit blanc ne peut pas remplacer.

Cette intervention a certes résolu les problèmes de confort hivernal, mais elle a dans le même temps accentué les phénomènes de surchauffe estivale, faute d'avoir pris en compte le rôle technique des brises-soleils, qui assuraient précisément cette protection solaire en été. Dans le contexte actuel de réchauffement climatique, cet angle mort révèle l'absence de projection sur le long terme.

Fig 50 : Façade sud de l'hôpital Jean Verdier en 1975
© Archives de l'AP-HP



Fig 51: Façade sud de l'hôpital Jean Verdier en 2026



Soigner le lieu par le projet : un acte de mémoire et d'hospitalité

Au nord, les façades (non réhabilitées en 2011) présentent un état sanitaire plus dégradé encore : trente centimètres de béton sans isolation, des fissures, de larges traces d'humidité sous les fenêtres où la peinture blanche se décolle (fig 53) et laisse réapparaître l'enduit ocre d'origine (fig 52). Des éclatements du béton laissent les armatures métalliques sans protection contre les intempéries. Une réhabilitation thermique s'impose. Ces mêmes pathologies se retrouvent sur les façades de la future salle polyvalente.

C'est depuis ce double constat (une façade sud amnésiée, une façade nord dégradée) que nous avons construit le projet Préserver ne suffit pas : il faut assumer les nouvelles interventions, les rendre lisibles, leur donner une écriture propre qui dialogue avec l'existant. La greffe, pour être juste, doit se distinguer du bâti d'origine. Deux manières d'intervenir s'élaborent ainsi, différentes au nord et au sud, mais fondées sur une même recherche en amont : celle de la polychromie. La polychromie s'est imposée comme une évidence dès lors que nous avons mesuré l'écart saisissant entre les photographies d'archives et l'état actuel du bâtiment, sur les façades, comme à l'intérieur du bâtiment. Elle constituait l'identité du lieu ; une identité aujourd'hui en partie effacée.

A cette étude de la couleur se superpose un parti pris matériel commun sur les interventions. Travailler avec les mêmes matériaux sur l'ensemble des interventions pour que la greffe, quelque soit sa forme, soit cohérente dans l'ensemble du projet.

Fig 52 : La façade nord ocre rouge du bâtiment principal
© Archives de l'AP-HP



Fig 53: La façade nord du bâtiment principal en 2026



L'hôpital Jean Verdier a donc perdu ses couleurs. Pour en retrouver la logique, nous avons mené un travail d'analyse approfondi; croisant photographies d'archives, recherches sur l'œuvre d'Henri Colboc et étude des sept contrastes définis par Johannes Itten, artiste et pédagogue du Bauhaus ; afin de comprendre comment la couleur fonctionnait dans l'architecture d'origine et de réactiver une identité disparue (fig 54 et 55).

Dans ce projet, la polychromie n'est pas ornement : elle est un signe visible des interventions, une inscription dans une continuité historique, et un vecteur du soin sensible des espaces. Elle appartient à la mémoire du site. Elle lie les bâtiments entre eux, guide l'utilisateur, participe à la chaleur des ambiances et à l'envie d'habiter. Retrouver une nouvelle valeur d'hospitalité passe aussi par là ; par des façades qui ne soient plus hostiles, qui invitent à s'approcher, à entrer, à s'arrêter.

Fig 54 : Tests de couleurs à l'aquarelle pour les maquettes

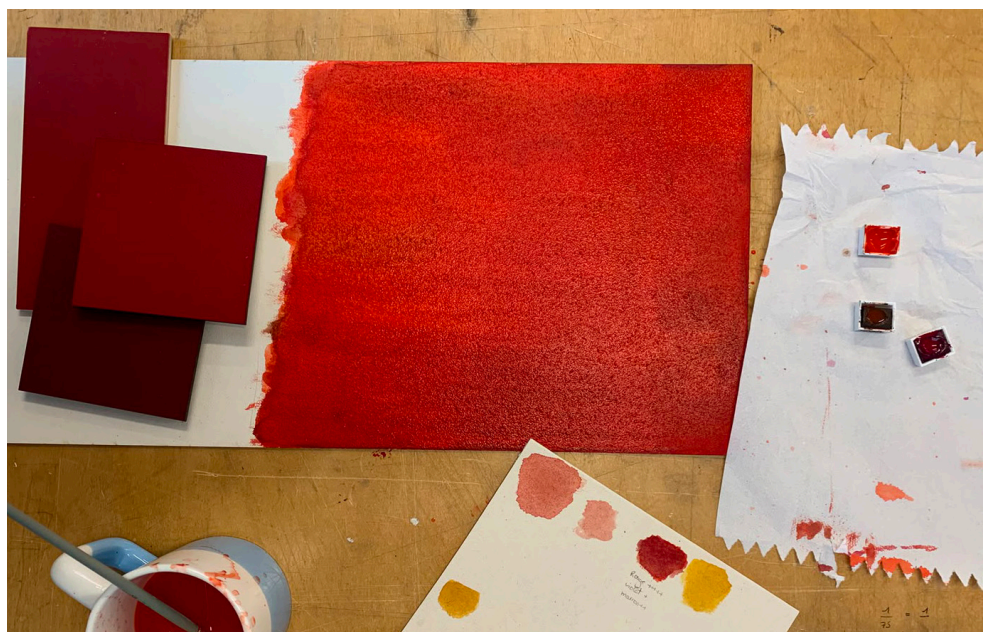


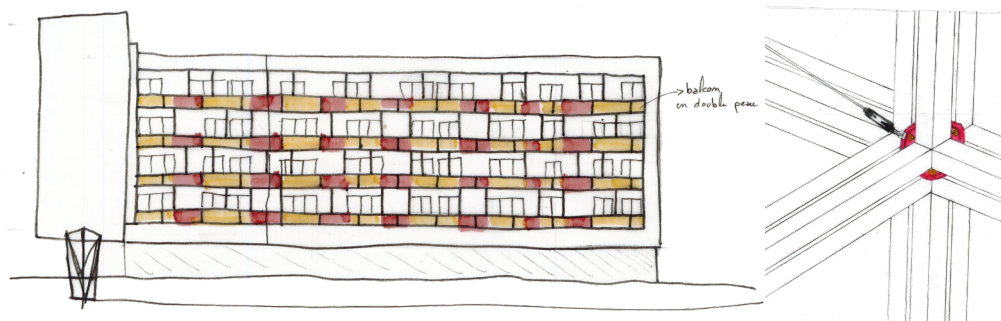
Fig 55 : Analyse d'échantillons de matériaux



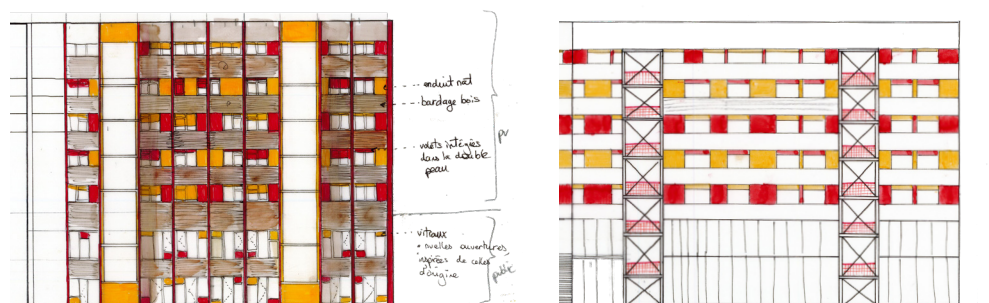
C'est cette ambition qui oriente ensuite le travail sur le rythme des façades (fig 56). Au nord, la réhabilitation thermique prend la forme d'une isolation par l'extérieur en matériaux biosourcés, dont le rythme s'appuie sur celui des mosaïques et de l'enduit d'origine ; réactivant la polychromie qui structurait déjà cette façade et que les années avaient progressivement effacée. Au sud, des balcons sont dessinés en reprenant la cadence des brises-soleils d'origine, sans les réinterpréter formellement : une couche supplémentaire posée sur le palimpseste, raisonnée et distincte. Les balcons prennent une nouvelle valeur d'usage : pour les habitant.es des logements, ainsi qu'une fonction bioclimatique, jouant le rôle de brises-soleils imaginé par Henri Colboc.

Ces deux greffes distinctes adoptent ainsi une écriture contemporaine qui répond au rythme des façades d'origine sans le reproduire ; inscrites dans une même continuité d'intervention : le soin de l'édifice. Ce travail de mémoire ne s'arrête pas aux façades. Le sol est envisagé avec la même logique de greffe : le tracé des chemins existants structure l'aménagement urbain, et les nouveaux espaces (le potager, le parc en cœur d'îlot) s'appuient sur la trame des bâtiments déconstruits. La mémoire du site se lit alors jusque dans le dessin des sols.

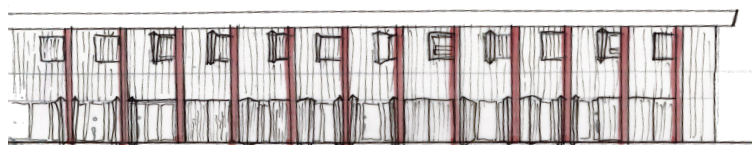
Fig 56 : Recherche pour les greffes en façade



Façade sud



Façade nord



Salle polyvalente

Soigner le lieu par le projet : un acte de mémoire et d'hospitalité

Panser le second oeuvre

Le soin du lieu ne s'arrête pas à l'enveloppe du bâtiment ; il se prolonge à l'intérieur, dans l'épaisseur du second oeuvre. Si le plan structure l'espace, il ne peut à lui seul en faire un lieu habitable. C'est dans les sols, les seuils, les revêtements de murs, les menuiseries que se joue une grande part de l'expérience sensible de l'habitat ; ces éléments que le corps rencontre au quotidien, qui s'usent et portent les traces de la vie, qui font la différence entre un espace générique et un endroit reconnaissable comme sien. Le projet privilégie la conservation de l'existant : économie de matière autant que de mémoire. Lorsque de nouvelles interventions s'imposent, le recours à des matériaux biosourcés (bois, liège, enduits à la chaux, textiles naturels) s'inscrit dans cette même logique de soin : soin des corps, soin de l'environnement, soin du lieu.

Le travail des sols et des seuils constitue l'un des premiers vecteurs d'une continuité mémorielle entre le site et le logement. En choisissant des matériaux qui font écho à l'histoire du lieu (la teinte d'un carrelage, la texture d'un parquet, la couleur d'un enduit) on prolonge à l'intérieur ce que la polychromie opère en façade : une inscription du lieu dans sa propre histoire. Un seuil bien conçu n'est pas un simple dispositif de fermeture : c'est un espace de transition entre l'intime et le partagé, entre le repos et l'activité. La couleur y joue un rôle particulier ; elle réchauffe les surfaces, signale les passages, différencie les ambiances, et donne à chaque espace un caractère propre qui invite à s'y attarder, à s'y reconnaître.

Cette attention portée aux sols et aux seuils se prolonge naturellement vers les parois qui délimitent l'espace ; les murs, et la manière dont on les construit. Nous passons la majorité de notre vie à l'intérieur derrière des murs que nous n'avons pas

choisis. Le placoplâtre est devenu la norme : ossature métallique de structure, plaque de plâtre de 12,5 mm, clou, bandes de joints, enduit, peinture. Une rapidité de mise en œuvre et un faible coût mais au détriment de l'acoustique, et au prix d'une dégradation silencieuse de la qualité de l'air intérieur (cinq à huit fois plus pollué qu'à l'extérieur¹ à cause des COV²). Pourtant un mur ne se réduit pas à une séparation entre deux pièces : c'est une surface que l'on respire, que l'on voit, que l'on habite. Des alternatives existent aujourd'hui, à condition de les intégrer au projet dès sa conception. C'est précisément le choix que nous avons fait : les cloisons ne sont pas un détail d'exécution ajouté en fin de processus, mais un élément de projet à part entière, pensé depuis les premières phases de conception. Ce positionnement engage une réflexion approfondie sur leur composition, leurs matériaux et leur rôle dans la qualité sensible des espaces habités.

Au-delà des parois, un troisième élément du second œuvre engage la qualité sensible des espaces : **les menuiseries. Elles** ne sont pas de simples dispositifs de fermeture ; elles modulent la lumière, filtrent les sons, offrent des vues vers l'extérieur, et participent pleinement à la création de l'espace. Leur position dans l'épaisseur du mur n'est pas anodine : posées au nu extérieur, elles dégagent à l'intérieur une tablette qui devient surface de vie (appui pour des livres, des objets, des plantes) et donne de la profondeur à la pièce. Posées au nu intérieur, elles créent en façade des reliefs qui animent la surface et jouent avec la lumière rasante. Ce choix de positionnement n'est pas qu'une question technique : il conditionne les ambiances, les

¹ Ademe, communiqué « Environnement et santé : les gestes bons pour soi et pour la planète »

² Composés Organiques Volatils qui s'évaporent et se diffusent à température ambiante et irritent les voies respiratoires

usages, les rapports entre dedans et dehors. Dans ce projet, les menuiseries sont pensées comme des seuils lumineux ; des épaisseurs habitables qui prolongent l'espace du logement vers l'extérieur et invitent le dehors à entrer.

Ces choix de matériaux, de parois et de menuiseries convergent vers une même exigence : celle de concevoir des espaces qui accueillent tous les corps. Tout part du corps ; de la manière dont il se déplace, dont il perçoit l'espace, dont il va s'y installer et se l'approprier. Adapter le second œuvre à l'inclusivité, c'est concevoir des poignées à hauteurs variables, des seuils sans ressaut, des espaces suffisamment larges pour être navigués par tous, des éclairages pensés pour des capacités visuelles diverses. C'est aussi, plus fondamentalement, reconnaître que penser l'habitat de manière inclusive n'est pas une contrainte réglementaire : c'est la condition même d'un habitat qui prend soin. Les espaces ainsi créés seront le support où se construisent les histoires, où se tissent les liens, où se développent les habitudes et les modes de vie, les manières d'occuper et de partager l'espace. Ils contribuent au bien-être de celles et ceux qui en dépendent.

CONCLUSION

Itinéraire d'une guérison

Que faire d'un lieu conçu pour soigner, lorsqu'il a cessé de le faire ?

Avant le dessin, la consultation d'archives, ou encore le diagnostic de l'existant, nous avons commencé l'analyse par des arpentages, qui ont posé les fondations du projet. Non pas comme une méthodologie rigoureuse, mais comme une manière de prêter attention au site. C'est ainsi que s'est révélée la position paradoxale de l'hôpital Jean Verdier : repère visuel majeur de Bondy Nord, massif et reconnaissable depuis les berges, et pourtant fermé sur lui-même, coupé du canal qu'il longe, inaccessible à celles et ceux qu'il était censé servir.

Ce paradoxe, nous l'avons retrouvé à chaque échelle. Dans l'histoire du bâtiment, dont les qualités spatiales ont été progressivement enfouies sous des interventions mal conduites : notamment la réhabilitation thermique de 2011, qui a résolu un problème de confort hivernal en effaçant la polychromie d'origine et en créant des surchauffes estivales. Aussi dans le quartier, où une parcelle de trois hectares en bordure de canal est restée imperméabilisée, organisée pour la voiture, indifférente aux besoins d'un territoire qui manque précisément d'espaces publics de qualité.

C'est ce paradoxe qui fonde l'ambition du projet. Non pas l'effacer, mais le retourner. Faire du lieu qui s'était fermé un lieu qui s'ouvre. Faire de la trame hospitalière, répétitive, neutre, conçue pour la surveillance et l'hygiène, le support d'un habitat généreux, égalitaire, attentif à celles et ceux qui l'occuperont. Réactiver la polychromie disparue comme geste de mémoire et d'hospitalité retrouvée. Rendre les berges aux habitant.es.

La double mention recherche a fondé cette réflexion. Elle n'a pas fonctionné comme une couche théorique plaquée sur le projet, mais comme ce qui l'a rendu possible. Le mémoire de Cassandra, en croisant histoire constructive, pathologies du bâti et évolution des usages, a fourni le protocole d'analyse qui a permis de lire le bâtiment dans son épaisseur réelle ; de distinguer ce qui pouvait être réparé de ce qui devait être transformé. Le mémoire d'Alice, en interrogeant la capacité des espaces à soutenir des dynamiques de soin et de solidarité entre habitant.es, a fourni les principes qui orientent les décisions de conception : où placer les espaces partagés, comment distribuer les logements, pourquoi la trame hospitalière peut devenir une ressource plutôt qu'une contrainte.

L'hôpital Jean Verdier n'est pas un cas isolé. Beaucoup d'ensembles hospitaliers sont dans ce cas : des programmes massifs, dont la fonction médicale se déplace et dont l'avenir reste incertain. Que faire de ces lieux lorsqu'ils ne peuvent plus accueillir leur fonction d'origine ? Ce projet ne prétend pas y répondre universellement. Il montre, sur un cas situé, que la reconversion est possible ; et qu'elle peut être un acte de soin à part entière.

Ce projet de fin d'études montre qu'il est possible de guérir un lieu qui ne soigne plus. Ce rapport trace le chemin parcouru, du territoire au bâtiment, de l'analyse aux intentions de projet, et dit comment la reconversion de l'hôpital Jean Verdier s'est imposée comme un itinéraire de guérison.

ANNEXES

A1 Bâtiment principal, le tripode

Date de construction

1975

Architecte

Henri Colboc

Fonctions actuelles

Chambres hospitalières et salles de consultation

Typologie

Monobloc compact, forme en T (corps principal et ailes perpendiculaires)

Principe structurel

Trame répétitive (non régulière) en poteaux planchers porteurs,

Superficie

18 000m²

Nombres d'étages

R+4 et R+5 (et RDC + RDJ)

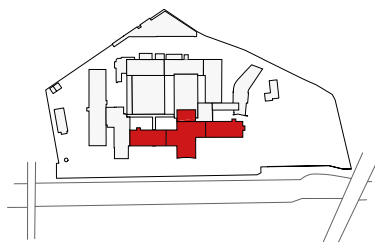


Fig 57 : Le tripode, façade sud face au canal



Fig 58 : Le tripode, façade nord



Elements de comparaison	
Hauteur globale	21.6m sur l'aile est et 24.4m sur l'aile ouest
Longueur globale	110m
Profondeur globale	15m
Nombre d'étages	RDJ + RDC + 4 étages sur l'aile est et RDJ + RDC + 5 étages sur l'aile ouest
Principes structurels	Trame répétitive (non régulière) en poteaux planchers porteurs, comble
Passage des techniques (gaines,ect)	Gainés cheminant sous les faux-plafonds, descentes et connexion en
Matériaux utilisés à l'intérieur	Béton peint, cloisons en BA13, lino, dalle béton (surement de l'amiant)
Couleurs utilisés à l'intérieur	Principalement du blanc et gris, quelques couleurs utilisées sur les b
	Façade Sud
Dates clés	1976 puis réhabilitation 2011
Elements notables	Avancée du bâtiment centrale, rampes voitures pour accéder au RDJ
Matériaux utilisés en façade	Béton recouvert d'enduit, éléments métalliques en saillie, fenêtres en
Couleurs utilisées en façade	Blanc, gris et intérieur des boîtes rouges
Nombre de fenêtres	127
Style de fenêtres	3 styles de fenêtres
Nombre de carreaux par fenêtres	De 2 à 4 selon le style
Présence de persiennes / brise-soleils	Non
Présence d'éléments saillants	18
Pathologies visibles	Fissures localisées aux angles des fenêtres (potentielles pathologies)
Humidité	Étanchéité satisfaisante (menuiseries double vitrage, changées en 20
Confort climatique	Inconfort estival (surchauffe) par perte des brise-soleils.

Le tripode	
	e ouest
	prenant des voiles de refend de 14cm au centre de l'édifice ; 4 joints de dilatations
	entre les étages se fait dans les placards dans les couloirs de circulations, au centre des bâtiments
	nte), dalle de faux-plafond, carrelage
	andes des placards dans les circulations (différenciation des étages)
	Façade Nord
	1975
C, RDJ semi enterré	Enduit peint sur aile ouest, différentes matérialités
aluminium	Mosaïque, béton texturé et brut, enduit, fenêtres en aluminium
	Mosaïque jaune, peinture orangé, béton gris, enduit blanc
	138
	2 styles de fenêtres
	De 2 à 3 selon le style
	Non
	2, les cages d'escaliers
masquées)	Eclatement du béton, fissures, décollement d'enduit et traces d'humidité
011)	Traces d'humidité massives autour des fenêtres
	Médiocre / mauvais (simple vitrage d'origine, sans isolation).

A2 Bâtiment boomerang

Date de construction

1994

Architecte

Brenac & Gonzalez

Fonctions actuelles

Pédiatrie, addictologie

Typologie

Bâtiment courbe en longueur, architecture moderne

Principe structurel

Trame non régulière poteaux-planchers portants

Superficie

1650m²

Nombres d'étages

R+2

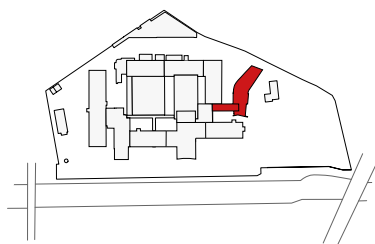


Fig 59 : Le boomerang, façade est



Fig 60 : Le boomerang, vue de l'entrée depuis l'allée principale



Elements de comparaison		
Hauteur globale	11.90 m	
Longueur globale	39m	
Profondeur globale	13.40m	
Nombre d'étages	RDJ + RDC + 1 étage sur certaines parties	
Principes structurels	Poteaux-planchers portants, murs de contreventements en bout d'é	
Passage des techniques (gaines,ect)	Gaines cheminants sous les faux-plafonds, descentes et connexion e	
Matériaux utilisés à l'intérieur	Bois, béton, carrelage, éléments métalliques, pierres agrafées, lino	
Couleurs utilisés à l'intérieur	Bois vernis, rouge, blanc, gris	
Dates clés	1994	
	Façade Nord	Fa
Elements notables	Terrasse au R+1, renforcement au RDJ	RDJ en sous-sol,
Matériaux utilisés en façade	Pierres collées et agrafées, métal	Pierres collées et
Couleurs utilisées en façade	Gris en bas, blanc en haut	Blanc
Nombre de fenêtres	8 + 1 baie vitrée toute hauteur dans le hall	7
Style de fenêtres	5	1
Nombre de carreaux par fenêtres	1	1
Présence de persiennes / brise-soleils	Oui, casquette solaire sur le dernier niveau	Non
Présence d'éléments saillants	Non	Entrée
Pathologies visibles	Décollement des pierres collées, pierres agrafées sales	Pierres agrafées s
Humidité	Corrosion éléments métalliques	Non
Confort climatique	Satisfaisant (double vitrage, isolation d'origine)	Satisfaisant (doub

Le boomerang
édifice, noyaux centraux
entre les étages se fait par les noyaux structurels
dalle béton (surement de l'amiante), dalle de faux-plafond

Façade Sud	Façade Est	Façade Ouest
accès terrasse depuis le hall	Décalage des RDC + RDJ visible en façade	Passerelle vers bâtiment L
agrafées, métal	Pierres collées et agrafées, métal	Pierres collées et agrafées, métal
	Blanc et gris (menuiseries)	Gris en bas, blanc en haut
	Murs rideaux sur tous les niveaux	Murs rideaux sur tous les niveauxhall
	Murs rideaux sur tous les niveaux	Murs rideaux sur tous les niveaux
	Variables	Variables
	Oui, casquette solaire sur le dernier niveau	Oui, casquette solaire sur le dernier niveau
	2 (au dessus de l'entrée en RDC, un en RDJ)	Non (sauf passerelle)
sales	Décollement des pierres collées remplacées par de l'enduit, pierres agrafées sales	Décollement des pierres collées, pierres agrafées sales
	Corrosion éléments métalliques	Corrosion éléments métalliques
le vitrage, isolation d'origine)	Satisfaisant (double vitrage, isolation d'origine)	Satisfaisant (double vitrage, isolation d'origine)

A3 Bâtiment en L

Date de construction

1975

Architecte

Henri Colboc

Fonctions actuelles

Pédiatrie, self des soignants et blocs opératoires

Typologie

Bâtiment bas compact et régulier

Principe structurel

Trame répétitive (non régulière) en poteaux planchers porteurs,

Superficie

2000m²

Nombres d'étages

R+1

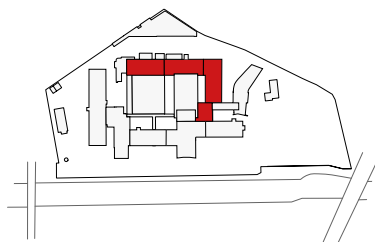


Fig 61 : Le bâtiment en L, façade est face au boomerang



Fig 62 : Le bâtiment en L, façade nord



Elements de comparaison	
Hauteur globale	21.6m sur l'aile est et 24.4m sur l'aile ouest
Longueur globale	110m
Profondeur globale	15m
Nombre d'étages	RDJ + RDC + 4 étages sur l'aile est et RDJ + RDC + 5 étages sur l'ail
Principes structurels	Trame répétitive (non régulière) en poteaux planchers porteurs, com
Passage des techniques (gaines,ect)	Gainés cheminants sous les faux-plafonds, descentes et connexion e
Matériaux utilisés à l'intérieur	Béton peint, cloisons en BA13, lino, dalle béton (surement de l'amia
Couleurs utilisés à l'intérieur	Principalement du blanc et gris, quelques couleurs utilisées sur les b
	Façade Est
Dates clés	1976 puis réhabilitation 20111976 puis réhabilitation 2011
Elements notables	Avancée du bâtiment centrale, rampes voitures pour accéder au RDC, RDJ semi enterré
Matériaux utilisés en façade	Béton recouvert d'enduit, éléments métalliques en salie, Bét fen
Couleurs utilisées en façade	Blanc, gris et intérieur des boîtes rouges
Nombre de fenêtres	127
Style de fenêtres	3 styles de fenetres
Nombre de carreaux par fenêtres	De 2 à 4 selon le style
Présence de persiennes / brise-soleils	Non
Présence d'éléments saillants	18
Pathologies visibles	Fissures localisées aux angles des fenêtres (potentielles Fiss pathologies masquées)
Humidité	Étanchéité satisfaisante (menuiseries double vitrage, changées Ét en 2011)
Confort climatique	Inconfort estival (surchauffe) par perte des brise-soleils.

Le bâtiment L	
e ouest	
prenant des voiles de refend de 14cm au centre de l'édifice ; 4 joints de dilatations	
entre les étages se fait dans les placards dans les couloirs de circulations, au centre des bâtiments	
nte), dalle de faux-plafond, carrelage	
andes des placards dans les circulations (différenciation des étages)	
Façade Ouest	Façade Nord
6 puis réhabilitation 2011	1976
ancée du bâtiment centrale, rampes voitures pour accéder RDC, RDJ semi enterré	Enduit peint sur aile ouest, différentes matérialités
on recouvert d'enduit, éléments métalliques en salie, êtres en aluminium	Mosaïque, béton texturé et brut, enduit, fenêtres en aluminium
nc, gris et intérieur des boites rouges	Mosaïque jaune, peinture orangé, béton gris, enduit blanc
	138
yles de fenetres	2 styles de fenêtres
2 à 4 selon le style	De 2 à 3 selon le style
n	Non
	2, les cages d'escaliers
ures localisées aux angles des fenêtres (potentielles hologies masquées)	Eclatement du béton, fissures, décollement d'enduit et traces
nchéité satisfaisante (menuiseries double vitrage, changées 2011)	Traces d'humidité massives autour des fenêtres
onfort estival (surchauffe) par perte des brise-soleils.	Médiocre / mauvais (simple vitrage d'origine, sans isolation).

Bibliographie

Ouvrages

Benoit, J., Jacquemin, S., Manola, T., Bailly, É. & Paquot, T. (2018) *Oser la ville sensible: paysage, expérience sensible et conception urbaine.*

Denis, J. & Pontille, D. (2022) *Le soin des choses: politiques de la maintenance*

Haumont B. & Morel A. (2005) *La société des voisins: partager un habitat collectif.* ; Maison des sciences de l'homme, Paris.

Kern L. (2020), *La ville féministe*

Krasny E. & Fitz A. (2019), *Caring Architecture*

Masboungi A. (2013) (Ré)Aménager Les Rez-De-chaussée de La Ville

Tronto J. (2009), *Un Monde Vulnérable, Pour Une Politique Du Care*

Woolf V. (1929), *Une chambre à soi*

Masboungi A. (2013) (Ré)Aménager Les Rez-De-chaussée de La Ville

Articles

Courbebaisse A. & Salembier C. (2023), *Les seuils du care*

Paquot T. (2021) *Ménager le ménagement*. Revue Topophile, Demeure terrestre.

Travaux étudiant.es et de recherche

Dury E & O'Mahony A. (2023) *Ré/éveiller et ré/unir les habitants de Bondy. L'école de l'autonomie et du bien-être : symbiose entre corps, esprit et environnement*
Rapport de projet de fin d'études

Hamidouch A. & Touhami S. (2024) *De l'enclavement à l'ouverture : réinventer l'hôpital Jean Verdier en un lieu de cohésion sociale, d'inclusion et de bien-être pour Bondy*
Rapport de projet de fin d'études

Saint Pierre, A. (2022) *Textiliser la mémoire bâtie par la réutilisation in situ des déchets architecturaux*
Thèse

Rapport de PFE - DE9 : Prendre soin, Trans/Former l'existant - Juillet 2026

Cassandra BOUSSERT et Alice MORIN

Sous la direction de Laurence VEILLET

Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Val-de-Seine