

# L'HÔPITAL

Du Moyen Âge à nos jours

# EN FRANCE

Histoire & architecture

Pierre-Louis Laget  
Claude Laroche  
Isabelle Duhau

Avec la collaboration de  
Georges Beisson  
Jean-Bernard Cremnitzer  
Olivier Faure  
Marie Vives

Ouvrage réalisé avec la collaboration de l'ensemble des Régions de France pour les photographies  
et la mise à disposition des études d'Inventaire général du patrimoine culturel réalisées sur leur territoire



- 14 Préface
- 16 Prologue

## 22 DU MOYEN ÂGE À 1830 : LE TEMPS DE L'ASSISTANCE

- 24 Introduction. De l'hôtel-Dieu  
à l'hôpital moderne

## 32 LES HÔPITAUX DU MOYEN ÂGE AU SIÈCLE DES LUMIÈRES : ENTRE CHARITÉ, EXCLUSION SOCIALE ET POLITIQUE SANITAIRE

- 35 Formation du tissu hospitalier  
à l'époque médiévale et diversification  
des établissements
- 35 L'accueil des malades et des pèlerins : hôpitaux,  
hospices et hôtels-Dieu
- 53 La relégation pour malades contagieux
- 53 L'exclusion des lépreux : maladreries ou léproseries
- 58 Peste et mise en quarantaine : lazarets ou sanitäts

## 61 Les mutations de l'âge classique : hospitalité et enfermement

- 61 La prise en charge de l'assistance aux pauvres  
par les autorités laïques
- 61 La lutte contre la mendicité sur fond  
de crise économique
- 66 Le début de la médicalisation des hôpitaux
- 68 Les édifices hospitaliers : une architecture  
monumentale et austère
- 87 Le réseau des hôpitaux militaires : vers l'hôpital  
de l'avenir ?

- 94 Carpentras, hôtel-Dieu

## 96 LA GENÈSE D'UN HÔPITAL MÉDICAL : PHILANTHROPIE ET RATIONALISATION DE L'ASSISTANCE (1772-1830)

- 99 Émergence du programme pavillonnaire  
après l'incendie de l'hôtel-Dieu de Paris
- 100 Les premiers projets de reconstruction  
de l'hôtel-Dieu
- 108 L'intervention des autorités politiques  
et scientifiques dans le débat
- 111 Tenon : son voyage en Angleterre et son apport  
au système pavillonnaire

## 115 Des initiatives prometteuses dans un contexte d'immobilisme

- 115 Les innovations dans les hôpitaux militaires
- 119 La persistance des schémas traditionnels  
dans les hôpitaux civils

## 125 La Révolution et l'assistance : tentation de réforme et retour au *statu quo*

- 125 Crise financière et remise en cause des hôpitaux
- 127 Retour à une tutelle municipale et instauration  
d'un contrôle architectural centralisé

## 130 Empire et Restauration : projets avortés et nouveaux programmes

- 130 La deuxième tentative de reconstruction  
de l'hôtel-Dieu de Paris
- 134 Bordeaux et Orléans : échecs de projets pavillonnaires
- 136 La reconversion des anciens édifices monastiques
- 138 De nouveaux établissements sanitaires  
dans les ports de guerre
- 140 La fièvre jaune, entre peste et choléra :  
une nouvelle génération de lazarets

## 145 La fondation des premiers hôpitaux spécialisés

- 145 Vers une architecture asilaire
- 149 Les établissements pour femmes en couches
- 150 Les hôpitaux pour enfants malades
- 150 Les institutions pour vieillards

- 154 *Le Mans, asile d'aliénés*
- 156 *Lyon, hôpital de l'Antiquaille*
- 158 *Marseille, lazaret*
- 160 *Nantes, hôpital Saint-Jacques de Pirmil*

## 162 DE 1830 À 1930 : LE TEMPS DE L'HYGIÉNISME

164 **Introduction. Le règne des hygiénistes :  
entre utopie architecturale et exigences  
scientifiques**

## 172 LE XIX<sup>e</sup> SIÈCLE ARCHITECTURAL À L'ÉPREUVE DU PROGRAMME HOSPITALIER (1830-1880)

175 **1830-1860 : à la recherche de l'hôpital modèle**  
175 Le règne de l'empirisme  
176 Le programme hospitalier  
177 Débats et consensus  
178 La norme architecturale  
180 Permanence du plan en double peigne  
183 Les édifices, les projets

## 198 **1860-1872 : l'émergence de l'hygiène hospitalière**

199 Évolution et permanences  
202 Une politique de modèles ?  
202 Lariboisière, le temps du bilan  
204 La bataille de l'Hôtel-Dieu, suite et quasi-fin  
209 L'hôpital Tenon : un « contre Hôtel-Dieu » ?  
210 Un exemple de dépassement des contraintes :  
la Charité de Lille  
215 Quelques réalisations  
215 Exploration de solutions alternatives  
217 Le temps des paradoxes

## 218 **1872-1880 : l'avènement de Tollet**

219 Le système Tollet : théorie et mise en œuvre  
223 Tollet, un personnage, une stratégie  
224 1880 : le miasme est mort, vive le germe

## 225 **L'architecture asilaire de 1830 à 1880 : essor ou immobilisme ?**

235 L'ambitieux programme du préfet Haussmann  
241 Les innovations en province

## 243 **Les enjeux de l'architecture hospitalière**

243 L'hôpital dans la ville  
246 L'architecte, médecin malgré lui ?  
249 Type hospitalier et composition  
253 La manière nationale  
255 L'expression architecturale de l'hôpital :  
un « ordre hospitalier » ?

## 263 **L'imaginaire d'une époque**

266 *Bordeaux, hôpital Saint-André*  
268 *Garches, hospice de la Reconnaissance*  
270 *Saint-Maurice, asile d'aliénés de Charenton*  
272 *Ivry-sur-Seine, hospice des incurables*  
274 *Stéphane Tarnier et les services d'accouchement*

## 278 LE PRIMAT DE L'ISOLEMENT ET SES TRADUCTIONS ARCHITECTURALES (1880-1930)

### 283 **La fin des années 1870 : le pastorisme à l'aune de l'aérisme**

283 La résistance des tenants de la doctrine aériste  
283 La déferlante de l'hygiénisme  
285 Les réformes financières : un préalable à la reprise  
des constructions

### 289 **L'exacerbation du système pavillonnaire**

289 Les déclinaisons tardives du système Tollet  
295 Les innovations architecturales allemandes  
297 L'hôpital Boucicaut à Paris : une tentative de synthèse  
à l'apogée du dogme aériste  
299 La déclinaison du système à toutes les échelles

### 303 **Vers l'élaboration d'un nouveau modèle sous la houlette des pastoriens**

303 Antisepsie et organisation hospitalière :  
l'isolement du malade  
307 Synthèse du système pavillonnaire et de l'isolement :  
la Nouvelle Pitié à Paris et Grange-Blanche à Lyon

### 314 **Les hôpitaux spécialisés**

314 Hôpitaux pour enfants et hôpitaux d'isolement  
322 Les asiles d'aliénés  
322 L'essoufflement du programme de construction  
du Second Empire  
327 Le rejet de l'enfermement et le modèle allemand  
des asiles-villages  
328 Les colonies familiales, succursales des asiles  
330 Timidité des réalisations françaises ou rejet inavoué  
du modèle allemand ?

### 333 **L'invention du sanatorium**

334 Des sanatoriums maritimes : les hôpitaux marins  
343 Les équipements jusqu'en 1914 :  
entre modèle pavillonnaire anglo-saxon  
et modèle collectif germanique  
352 1918-1930 : naissance d'un programme national

358 *Neuilly-sur-Marne, asile d'aliénés de Ville-Évrard  
et hôpital psychiatrique de Maison-Blanche*

362 *Strasbourg, hôpital civil*

366 *Hauteville-Lompnès, station sanatoriale*

370 *Berck, station sanitaire maritime*

## 374 DE 1930 À NOS JOURS : LE TEMPS DE LA MODERNITÉ

### 376 **Introduction. Une architecture « rationnelle » pour un hôpital nouveau**

## 384 L'AVÈNEMENT DE L'HÔPITAL-BLOC (1930-1958)

### 386 **L'abandon du système pavillonnaire**

386 Les traductions programmatiques de l'évolution  
de la pensée hygiéniste  
391 L'influence du modèle américain  
394 L'évolution des techniques de construction  
et les nouvelles théories de l'architecture  
396 Des édifices de transition

### 404 **L'importance des sanatoriums**

406 Diversité des modèles architecturaux  
412 L'influence du modèle sanatorial dans les évolutions  
sociétales

### 413 **Des édifices jalons**

414 L'hôpital Pasteur de Colmar  
416 L'hôpital Beaujon de Clichy  
421 Le projet de Paul Nelson pour la cité hospitalière  
de Lille  
423 La cité hospitalière de Lille  
426 L'hôpital Mémorial France États-Unis de Saint-Lô

### 429 **Le fonctionnalisme de l'hôpital-bloc**

429 Complexification des programmes  
432 Confort et design  
437 Rationalité, efficacité et modernité  
440 Architectes spécialisés et ingénieurs

## 443 **Conjugaison et déclinaison des grands modèles**

### 459 **Les asiles d'aliénés**

459 La pénurie d'établissements  
465 La contestation du système asilaire au lendemain  
de la Seconde Guerre mondiale

472 *Salagnac, cité de Clairvivre*

476 *Clermont-Ferrand, hôpital-sanatorium Sabourin*

478 *Passy (plateau d'Assy), station sanatoriale et climatique*

482 *Saint-Hilaire-du-Touvet, station sanatoriale*

484 *Rouffach, asile d'aliénés*

## 486 PANORAMA DE LA CONCEPTION HOSPITALIÈRE DEPUIS 1958

### 488 **La réforme Debré (1958-1970) et la modernisation du parc hospitalier**

488 État des lieux critique  
490 Le cadre de la réforme  
490 La mise en place du réseau des centres hospitaliers  
universitaires (CHU)  
494 La centralisation de la maîtrise d'ouvrage :  
création du centre technique de l'équipement  
sanitaire et social  
495 **La voie de l'industrialisation : les premières  
expériences d'hôpitaux types**  
495 L'hôpital type « Beaune »  
498 Les unités de soins normalisées (USN)  
500 **La rénovation du parc parisien**  
504 **La spécificité des hôpitaux psychiatriques**

### 508 **La réforme de 1970 et la poursuite des programmes de construction**

508 Le cadre de la réforme  
508 La création du « service public hospitalier »  
509 L'aménagement sanitaire du territoire : la carte sanitaire  
510 **La poursuite des procédures industrialisées**  
510 L'hôpital type « Fontenoy » et ses variantes  
512 Les composants hospitaliers types (CHT)  
514 L'hôpital type « Duquesne »  
516 **Les autres réalisations**  
522 **Vers un souffle nouveau**

### 524 **Le tournant des années 1980**

524 Les évolutions législatives en matière architecturale  
525 **La Mission interministérielle pour  
la qualité des constructions publiques**  
526 La politique des concours  
528 **Priorité donnée à l'humanisation**

## 534 **Rationalisation de l'offre de soins depuis les années 1990**

534 Les réformes de la décennie  
535 Fusions, regroupements, délocalisations...  
539 **Vers l'hôpital dit polaire**

## 543 **Dernières tendances architecturales**

543 **Nouvelles déclinaisons de l'hôpital-bloc**  
547 **L'hôpital horizontal**  
549 **L'hôpital et la ville : rue hospitalière et insertion urbaine**

## 556 **Épilogue**

568 **Glossaire**  
570 **Bibliographie**  
580 **Index**



DU MOYEN ÂGE À 1830 :  
LE TEMPS DE L'ASSISTANCE

trouvaient concentrées les œuvres d'assistance dont ils espéraient obtenir quelque subsistance. La déception fut souvent au bout du chemin. Appauvris eux aussi, les hôpitaux rechignaient souvent à secourir ces « forains » et continuaient à donner la priorité aux pauvres locaux, connus et respectables. Les nouveaux venus furent donc fréquemment contraints à la mendicité. Devenue la pratique massive d'une population déracinée, celle-ci perdit la dignité de son statut. Autant le mendiant connu et isolé inspirait la pitié, autant les vagabonds anonymes et groupés en bandes suscitaient méfiance et peur. Au XVI<sup>e</sup> siècle, époque au cours de laquelle les crises économiques urbaines vinrent s'ajouter à une situation des populations rurales de plus en plus précarisées sous l'effet conjugué des guerres de Religion, de la pression démographique et de la tendance à la concentration des terres. La nouvelle image dévalorisée de la pauvreté résultait d'abord de la coexistence, au sein des villes, d'une population aisée, de plus en plus attachée aux biens matériels, et de hordes de mendiants. La peur du miséreux vint aussi de ce que la richesse des nantis devint de plus en plus souvent mobilière et donc plus facile à dérober.

La méfiance envers les pauvres ne découlait pas seulement de circonstances concrètes. Au moment où croissaient pauvreté et mendicité, le travail se trouvait nimbé de valeurs morales et religieuses. Le phénomène ne se bornait pas aux cercles protestants ; les catholiques firent aussi du travail, non seulement un moyen privilégié de combattre le vice, mais aussi une forme de prière et d'ascèse. Dans ce cadre mental, le pauvre réduit à la mendicité ne tarderait pas à être tenu pour un paresseux et un impie. Peur sociale et idéal moral se conjuguèrent au point que le pauvre, ancienne « représentation » allégorique de Jésus-Christ, put être aussi perçu comme un ennemi de la société.

À la fois facteurs potentiel de troubles et êtres improductifs, les pauvres mendiants constituèrent la première cible de la politique du souverain en terme d'accroissement des richesses du royaume. Parvenues par le truchement des institutions municipales à s'imposer, au plan local, au détriment du clergé, les élites urbaines marchandes poursuivirent le même objectif, à savoir maintenir l'ordre et favoriser le développement économique.

Les nombreux cas de gestion défectueuse fournirent aux nouvelles autorités l'occasion d'intervenir dans les hôpitaux. Aussi, à partir de l'extrême fin du

XV<sup>e</sup> siècle et avec l'accord et le soutien du pouvoir royal, de plus en plus d'hôpitaux furent-ils arrachés des mains de l'autorité ecclésiastique pour être placés sous la tutelle des échevins ou consuls qui y déléguèrent des représentants. Pour des raisons à la fois économiques, politiques et religieuses, ce groupe fut le premier à mettre sur pied une nouvelle structure d'assistance, le bureau des pauvres ou aumône générale, dont le but était de combattre la mendicité et de mettre mendiants et vagabonds au travail<sup>8</sup>. D'abord fondée sur la distribution centralisée de secours externes, la lutte contre la mendicité déboucha sur les premières expériences d'enfermement des pauvres dans les principales villes du royaume : Paris, Rouen, Lyon. Dans cette dernière ville, on ne se contenta pas de s'approprier des locaux existants, mais l'on construisit à partir de 1614 un nouvel édifice de type hospitalier, la Charité, qui fut bientôt pris pour modèle. Un demi-siècle plus tard, en 1662, un édit royal prôna la généralisation de l'institution de l'hôpital général dans les villes et gros bourgs qui en seraient dépourvus. Sous des noms divers, ces hôpitaux généraux furent conçus pour être tout à la fois des prisons, des couvents et des manufactures. Il s'agissait en effet de faire disparaître la mendicité en enfermant les vagabonds dans ces asiles où ils seraient à la fois mis au travail et soumis à un encadrement moral et religieux strict. Au-delà des choix particuliers, ces établissements traduisaient le projet dans la pierre. Largement inspirés du modèle hospitalier conventuel, les hôpitaux généraux n'étaient pas dépourvus d'un caractère monumental propre à témoigner de la munificence des élites municipales qui les avaient fondés et de la puissance du souverain qui les avait souhaités. En même temps, leur austérité manifestait aussi ouvertement le souci d'ordre dont ils étaient porteurs.

Les mêmes choix, opérés par les mêmes acteurs, se retrouvèrent dans les autres hôpitaux. S'il restait beaucoup d'héritages du Moyen Âge, la carte des implantations hospitalières se simplifia. Nombre de léproseries et maladreries plus ou moins abandonnées furent supprimées lors d'opérations de réformation

<sup>8</sup> Sur la question du grand renfermement et de ses limites, outre le brillant ouvrage de FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie*. Paris, Plon, 1961, voir ceux de GUTTON, Jean-Pierre. *La Société et les pauvres aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles : l'exemple de la généralité de Lyon*. Paris, Société d'édition « Les Belles Lettres », 1971 et *La Société et les pauvres en Europe*. Paris, PUF, 1974.

Lyon, hôtel-Dieu. Chapelle et bâtiments de plan en croix du XVI<sup>e</sup> siècle.





10. Alise-Sainte-Reine (Côte-d'Or), hospice. *Situation de l'hôpital de Ste Reyne avec ses bâtiments faits et à faire, huile sur toile par Maire, 1692, détail, Alise-Sainte-Reine, hôpital.*

Le franchissement d'une rivière plus modeste pouvait aussi faire l'objet de la création d'un hospice, comme à Romans où il fut dressé directement sur une pile du pont enjambant l'Isère<sup>26</sup>.

L'afflux de pèlerins vers un sanctuaire faisant l'objet d'une grande dévotion populaire, mais dénué de capacité d'hébergement suffisante, donna aussi lieu à la création d'un hospice, comme à Saint-Antoine-l'Abbaye, en Dauphiné, auprès de la célèbre abbaye mère de l'ordre des antonins où le saint était invoqué

pour la guérison du feu de Saint-Antoine ou mal des ardents (intoxication par l'ergot de seigle ou ergotisme), ou encore au hameau de l'Hospitalet, tout proche de Rocamadour, en Quercy, où un hôpital accueillait les pèlerins qui se rendaient au tombeau de saint Amadour pour y faire leurs dévotions. Dans le même contexte serait fondé, au XVII<sup>e</sup> siècle, l'hospice d'Alise-Sainte-Reine, en Bourgogne, près de la fontaine miraculeuse de sainte Reine, but d'un pèlerinage local très suivi [fig. 10].

Même si l'organisation d'un hôpital présentait un caractère religieux très marqué et si chapitres cathédraux et monastères jouèrent un rôle pionnier dans la fondation de maints établissements, seigneurs laïcs et riches particuliers se joignirent très largement à l'Église dans ce vaste élan charitable. C'était la puissance du sentiment religieux qui incitait ces laïcs à consacrer une part de leur fortune à pareilles fondations car ils avaient la ferme conviction qu'elles assureraient leur rédemption. Leur plus grande prolifération se situerait au XIII<sup>e</sup> siècle, ce qui semble aller de pair avec l'apogée de l'accroissement démographique du Moyen Âge, lui-même en corrélation avec une forte expansion urbaine. Ainsi, selon les résultats d'une enquête effectuée au début du XX<sup>e</sup> siècle auprès des administrations hospitalières à l'échelon national, portant sur les dates de création des hôpitaux existant à cette époque, cent vingt-quatre d'entre eux remonteraient au XIII<sup>e</sup> siècle, quatre-vingt-cinq au XIV<sup>e</sup> siècle et soixante-treize au XV<sup>e</sup> siècle<sup>27</sup>.

La place éminente de la liturgie chrétienne qui rythmait la vie intérieure de l'hôpital se traduisait dans l'architecture par l'importance accordée à la chapelle, placée presque systématiquement dans le prolongement immédiat de la salle des malades, de manière à ce que ces derniers pussent entendre l'office divin directement depuis leur lit. Les dépendances indispensables au fonctionnement d'un hôpital – cuisine, fournil, jardin des simples, magasins, etc. – et les logements du personnel, ont quasiment toujours disparu, tout au moins pour la période médiévale ancienne. Seul l'hôpital Saint-Jean à Angers conserve encore un vaste bâtiment dit des greniers, contemporain de sa grande salle des malades, où les réserves de céréales étaient stockées au-dessus d'un sous-sol voûté qui servait vraisemblablement



11. Angers, hôpital Saint-Jean. Bâtiment dit des greniers destiné au stockage des denrées.

12. Miniature représentant une salle de l'Hôtel-Dieu. Extrait de J. Henry, *Livre de vie active...*, vers 1482. Paris, musée de l'Assistance publique.



à entreposer d'autres denrées telles des barriques de vin et du bois de chauffage [fig. 11]. Les salles de malades, alors communes aux deux sexes, s'apparentaient aux dortoirs monastiques mais, au contraire de ces derniers, étaient presque systématiquement disposées de plain-pied et non à l'étage. Comme eux, elles étaient ordinairement formées d'un vaisseau rectangulaire unique (hospices Comtesse [fig. 14] et Gantois à Lille, hôpital de Tonnerre, hospice de Beaune, etc.), ce qui constituait probablement la règle dans presque tous les établissements de taille médiocre. Sinon, à l'instar de certaines salles d'apparat de grands palais seigneuriaux, elles étaient divisées par deux files de colonnes en trois vaisseaux d'égale hauteur (hôpital Saint-Jean d'Angers, maison-Dieu de Coëffort au Mans [fig. 13], ancien hôtel-Dieu de Chartres, etc.); plus rarement semble-t-il, par une seule file de colonnes en deux vaisseaux (anciens hôtels-Dieu d'Amiens, de Briec-Comte-Robert et de Compiègne). Ce fut sans doute

<sup>26</sup> GIRARD, Alain. « Les Origines du plan de la salle des pauvres de l'hôpital de Pont-Saint-Esprit ». Dans TOUATI, François-Olivier (dir.). *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube des temps modernes*. Paris, Boutique de l'histoire, 2002, p. 187-193.

<sup>27</sup> MARTIN, Louis. *Hygiène hospitalière*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1907, p. 8.



## LA GENÈSE D'UN HÔPITAL MÉDICAL : PHILANTHROPIE ET RATIONALISATION DE L'ASSISTANCE (1772-1830)

*Un hôpital de malades est un édifice où l'architecture doit subordonner son art aux vues du médecin : confondre les malades dans un même lieu, c'est les détruire les uns par les autres.*

Denis Diderot, dans *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, t.VIII, 1765.

Rochefort (Charente-Maritime), hôpital de la Marine. Bâtiment abritant l'administration et les services généraux, coupe transversale par P. Toufaire, 1782, AN F<sup>14</sup>.

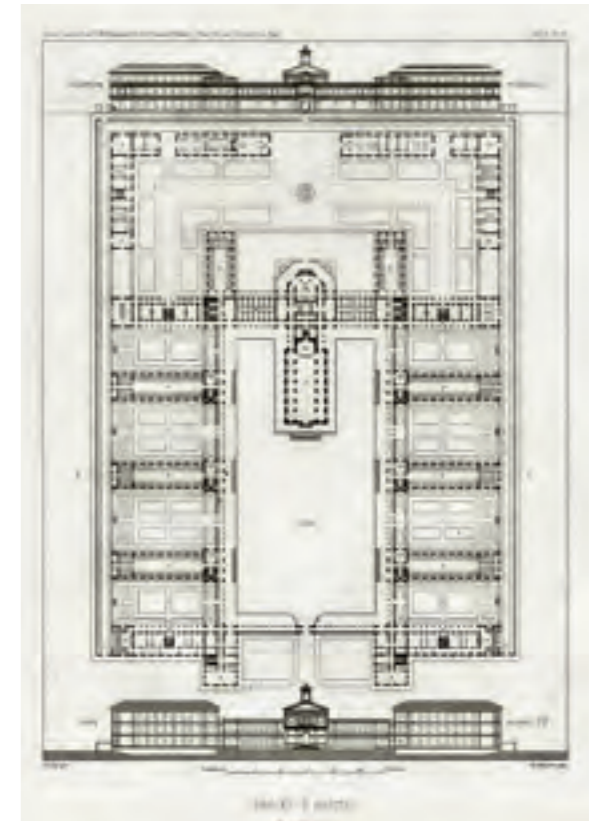


DE 1830 À 1930 :  
LE TEMPS DE L'HYGIÉNISME





156. Paris, ancien hôpital Beaujon. Plan du rez-de-chaussée (1882) montrant l'agrandissement de 1837-1844. AP-HP 793 Foss.



157. « Projet d'hôpital pour 800 malades » par D.-J. Du Puy, 1844. Élévation, plan du rez-de-chaussée et coupe transversale, extrait de *Revue générale de l'architecture...*, 1844.

### Les édifices, les projets

Citons quelques exemples, parmi d'autres, d'hôpitaux construits ou conçus entre 1830 et 1860. Tout d'abord, l'hôpital Saint-André de Bordeaux, édifié en 1826-1829 par Jean Burguet, régulièrement présenté comme le premier exemple construit, la première illustration du plan prescrit par l'Académie des sciences, avec toutefois quelques « manquements » qui ne seront d'être soulignés et critiqués (p. 167 et 266-267) [fig. 154 et 155]. Autre illustration du type à double peigne, l'hospice de la Reconnaissance à Garches (1835-1843, architecte Jacques-François Delannoy, achevé, après la mort de ce dernier en 1835, par

Martin-Pierre Gauthier). C'est un petit programme, d'autant plus facilement « canonique » qu'il n'a pas eu à affronter les mêmes contraintes, notamment urbaines, que l'édifice bordelais. À noter également qu'il s'agit d'un hospice et non d'un hôpital (p. 268-269).

Bien que de petite ampleur, un exemple parisien est souvent invoqué à l'époque quand il s'agit de proposer des modèles et d'évoquer une mise en application des principes de l'Académie des sciences : l'hôpital Beaujon, rue du Faubourg-Saint-Honoré. En effet, on ajouta de 1837 à 1844 à l'édifice du XVIII<sup>e</sup> siècle quatre pavillons de salles de malades répartis comme il se doit en double peigne [fig. 156]. Ajout modeste, certes, mais qui fait dire à Armand Husson : « Sous le rapport de

155. Bordeaux, hôpital Saint-André. Chapelle.



158. Paris, hôpital Lariboisière. Cour intérieure.

159. Paris, hôpital Lariboisière. Entrée sur la rue Ambroise-Paré.



la distribution et de la capacité, [les] salles neuves, ne contenant que seize lits, peuvent être présentées comme le type de tous les perfectionnements préconisés depuis cette époque<sup>174</sup> ».

L'architecte Dominique-Jean Du Puy exposa au Salon de 1844, en plein milieu de la gestation (et du débat autour) du futur hôpital Lariboisière, un « projet d'hôpital pour 800 malades », qui n'était pas localisé mais qui était en fait destiné à Paris, projet que César Daly, directeur de la *Revue générale de l'architecture*, remarqua<sup>175</sup> et dont il publia cette même année les dessins accompagnés d'une présentation signée par son auteur<sup>176</sup>. Constatant l'absence d'établissement hospitalier satisfaisant à Paris, Du Puy s'attaquait à la double tâche de l'élaboration d'un programme et de la mise en forme architecturale de celui-ci. S'agissant du programme, l'architecte le formula en réponse à une liste de questions qui

<sup>174</sup> HUSSON, Armand. *Étude sur les hôpitaux...* *Op. cit.*, p. 10.

<sup>175</sup> DALY, César. « Salon de 1844; De l'hôpital projeté par M. Dupuy [sic]... » *Op. cit.*

<sup>176</sup> DU PUY, Dominique-Jean. « Projet d'hôpital... » *Op. cit.*



160. Troyes, hospice Saint-Nicolas.

résumaient assez bien ce qui faisait débat – ou consensus – dans le domaine de l'architecture des hôpitaux à l'époque (nombre de malades en tout et par salles, disposition générale des salles, dépendances nécessaires, etc.). Mais au-delà du discours, le projet de Du Puy était intéressant surtout par sa

formalisation – en plan sinon en élévations, celles-ci étant très sommairement traitées. Il résumait en effet assez bien, sans les contraintes liées à l'implantation dans un terrain réel, ce que devrait être l'hôpital modèle en ces années 1830-1860. Hôpital modèle car il traduisait les données programmatiques sur

## Berck, station sanitaire maritime

Comme dans le cas des stations analogues, la fondation de Berck résulte de circonstances fortuites et de l'influence déterminante d'un médecin, et non d'une étude climatique et médicale préalable sérieuse. Les pesanteurs sociales et l'inertie administrative ont ensuite pérennisé la fonction médicale des lieux, qui ont compté, à leur apogée, plusieurs dizaines d'établissements, sanatoriums, maisons de santé et maisons de famille, pour un total de 6 500 à 7 000 lits.

Ayant observé scientifiquement de spectaculaires améliorations de l'état de santé d'enfants dont les familles d'accueil résidaient en bord de mer, Paul Perrochaud, médecin inspecteur des enfants assistés de l'arrondissement de Montreuil, a l'idée de créer un hôpital sur le littoral berckois. Il réussit à faire valoir ce point de vue auprès du directeur de l'Assistance publique de Paris, Armand Husson. L'administration, prudente, opte pour l'ouverture d'un établissement pro-

visoire dont l'érection est réalisée en un temps record, du 24 mars au 8 juillet 1861, par l'architecte Émile Lavezzari. Il s'agit d'une construction tout en bois pouvant abriter une centaine de lits, répartis à égalité entre filles et garçons. Non seulement cet établissement berckois reste ouvert toute l'année, mais il est plus particulièrement destiné à recevoir les enfants atteints de scrofule ou d'affections supposées apparentées : rachitisme, anémie ou lymphatisme [fig. 338]. Les résultats de l'expérience étant jugés concluants et l'impératrice Eugénie ayant manifesté son intérêt, le directeur de l'Assistance publique projette alors la construction d'un hôpital en matériaux durables, à savoir en brique, prévu pour 500 lits. Les travaux sont exécutés sur les plans du même Lavezzari entre janvier 1867 et juillet 1869. L'ouverture a lieu le 18 juillet 1869. Baptisé hôpital Napoléon et desservi par les sœurs franciscaines de Calais, il est désigné après 1870 sous le nom d'hôpital maritime. Le petit hôpital est cependant conservé pour accueillir des malades payants.

Berck, hôpital Napoléon (grand hôpital maritime). Élévation antérieure et coupe longitudinale, extrait de *Revue générale de l'architecture...*, 1870-1871.



Berck, hôpital Napoléon (grand hôpital maritime). Au premier plan, pavillon latéral gauche du premier édifice ; à l'arrière-plan, bâtiment ajouté au nord en 1905-1910.

L'administration des domaines vend, en 1863, 60 hectares de dunes et garennes, ce qui encourage l'urbanisation de ce secteur (dont la trame orthogonale perdure de nos jours). Le baron James de Rothschild songe alors à faire bénéficier les enfants juifs nécessiteux des avantages de la cure marine et entreprend dès 1870 la fondation d'une institution analogue. L'hôpital Nathaniel de Rothschild est inauguré le 24 mai 1872. Après la mort du baron, sa veuve et son frère – le baron Arthur – donnent à l'édifice sa symétrie par l'addition d'une seconde aile, achevée en août 1883. Par ailleurs, le manque de places à l'intérieur de l'hôpital maritime amène l'Assistance publique de Paris à traiter avec un certain Pierre Cornu pour accueillir le surplus d'enfants : ainsi sont créées successivement la maison Cornu pour garçons, ouverte vers 1880, et la maison Cornu pour filles, ouverte vers 1883, chacune pouvant recevoir une centaine d'enfants. En 1887 est fondé, à l'extrémité nord de la sta-

tion, l'hôpital Malingre-Rivet devenu sanatorium de l'Oise et des départements, établissement privé recevant aussi des malades payants.

L'ouverture, en 1891, d'une ligne de chemin de fer reliant Montreuil-sur-Mer à Berck et desservant Berck-Plage permet un développement prodigieux de la villégiature sans compromettre pour autant la vocation sanitaire des lieux. La laïcisation des hôpitaux, décidée par l'administration parisienne, entraîne l'expulsion des religieuses de l'hôpital maritime en 1892. Celles-ci créent donc, dès 1893, leur propre établissement pour enfants, baptisé maison ou institut Cazin-Perrochaud. Elles acquièrent pour cela un édifice sis immédiatement au nord de l'hôpital Rothschild, le Grand Hôtel, dont elles aménagent les locaux en les dotant de galeries de cure et auxquels elles ajoutent en 1898 une chapelle et un corps de logis pour leur communauté.

Le grand hôpital maritime bénéficie de son côté d'agrandissements successifs. Ainsi en 1894, pour éviter l'éclosion de nouvelles épidémies de teigne, on décide d'établir, sur l'arrière du petit hôpital, un ensemble de bâtiments en bois pour l'isolement des nouveaux arrivants, sous le nom de lazaret. Le petit hôpital est démoli en 1903 et, afin d'offrir aux malades justiciables de la chirurgie des conditions d'hébergement et de traitement plus adaptés, on élève sur son emplacement un bâtiment parallèle à la mer, doté de galeries de cure à tous les étages, muni d'ascenseurs et auquel sont annexées des salles d'opération. En outre, on établit sur l'arrière un service d'isolement formé de trois pavillons neufs. Ces agrandissements, effectués en 1905-1910 sur les plans de l'architecte Gaston Dezermaux, mais réalisés par Antoine Gavet, permettent d'augmenter de 300 lits la capacité d'accueil, ainsi portée à 1 100 lits.

Si l'hôpital maritime atteint alors sa plus grande extension, la floraison des établissements de santé privés vient à peine de commencer. En 1901, le docteur François Calot, ancien interne en chirurgie à l'hôpital maritime, fonde l'institut orthopédique ou maison Saint-François-de-Sales, connu bientôt comme institut Calot, dont la construction s'échelonne de 1900 à 1906 (une centaine de lits). M<sup>me</sup> Bouville, qui a acquis, en 1890, la maison Cornu pour garçons, fait bâtir à partir de 1902, un nouvel établissement dénommé hôpital Bouville, dit Bouville 2, pour le distinguer de l'ancienne maison Cornu, rebaptisée hôpital Bouville et cédée à son tour en 1911 pour devenir la clinique orthopédique Lemaire. À l'instar de l'hôpital Rothschild, de la maison Cazin-Perrochaud et de l'institut Saint-François-de-Sales au nord duquel il est implanté, l'hôpital Bouville 2 se dresse immédiatement en bordure de plage. Il est le premier établissement

de Berck à être d'emblée pourvu de galeries de cure. L'édifice est prolongé vers le nord en 1908, puis vers le sud en 1910, ce qui en double la longueur, faisant passer sa capacité d'accueil à près de 380 lits.

Après la Première Guerre mondiale, l'essor se poursuit, largement stimulé par le vote de la loi de 1919 sur les sanatoriums. En 1921, l'hôpital Bouville 2 est acheté par le conseil général du département de la Seine qui le nomme hôpital Lannelongue et le destine aux enfants de plus de 15 ans. Dès 1922, les frères Bouville font bâtir sur l'arrière, rue Jules-Magnier, un autre établissement désigné encore sous le nom d'hôpital Bouville, que l'on appellera Bouville 3, tandis que l'aîné des quatre frères, Pierre, édifie la même année, au nord de ce Bouville 3, le sanatorium Victor-Ménard et que son cadet Jules entreprend l'année suivante la construction, juste à côté, de l'institut hélio-marin. En 1924 est fondé le sanatorium Quettier à l'extrême nord de la rue Jules-Magnier, ce qui porte à sept le nombre de sanatoriums groupés dans ce seul secteur nord de la ville. Un dernier sanatorium est érigé vers 1937-1939, bien plus au nord, perdu au milieu des dunes du quartier avorté de Bellevue, le sanatorium Gressier, mais la guerre en ayant vraisemblablement empêché l'achèvement complet, on y installe une usine après 1945.

Au cours des bombardements qui affectent les côtes du nord de la France à la fin de la Seconde Guerre mondiale, le front de mer de Berck-Plage est sévèrement touché et l'hôpital Rothschild détruit tandis que les hôpitaux Lannelongue et maritime sont endommagés. Par ailleurs les médications antituberculeuses commercialisées juste après la guerre condamnent à la reconversion. Sur le site de l'hôpital Rothschild, que la Fondation franco-américaine rachète en 1931 et baptise hôpital Jalaguier, celle-ci élève le centre médical Jacques-Calvé

actuel. L'institut Calot et l'institut hélio-marin commencent par absorber, chacun de leur côté, divers établissements voisins, avant de fusionner récemment et de s'unir à la Fondation franco-américaine pour former le groupe Hopale (actuelle fondation Hopale). L'Assistance publique de Paris gère toujours le grand hôpital maritime, mais en a cédé l'aile nord, érigée en 1905-1910, à l'hôpital communal de Berck qui s'y est installé. Le grand hôpital maritime et l'institut Calot fonctionnent encore dans leur édifice d'origine, peu transformé, et la fondation Hopale utilise en partie des bâtiments de cure édifiés avant la guerre. Aujourd'hui, on observe encore des galeries de cure sur certaines villas ou hôtels autrefois transformés en maisons de santé.

Tous les grands sanatoriums sont groupés dans le secteur sud de Berck-Plage, à proximité du grand hôpital maritime, ou dans le secteur nord, au-delà de l'hôpital Rothschild ; un seul est implanté à l'est, et donc un peu à l'intérieur des terres. Les établissements fondés en premier donnent directement sur la plage tandis que les suivants sont établis en deuxième, voire en troisième rang, toujours avec leur façade tournée vers la mer.

Le petit et le grand hôpital maritime offrent la même disposition, à deux corps principaux perpendiculaires au rivage de façon à ce que le vent marin puisse balayer la cour intérieure et ainsi en chasser l'air, chargé de miasmes, provenant des salles de malades. Avec la construction de l'hôpital Rothschild en 1872 s'affirme une conception inverse qui va s'imposer par la suite, à savoir des bâtiments parallèles au littoral avec l'idée que le vent s'engouffre dans les ouvertures laissées entrebâillées, renouvelant ainsi directement l'atmosphère des salles. Les galeries de cure qui apparaissent en 1902 se généralisent par la suite et sont systématiquement ajoutées aux édifices qui en sont dépourvus.

Berck, hôpital Napoléon (grand hôpital maritime). Bâtiment d'hospitalisation méridional, pourvu de galeries de cure en 1913.



#### Sources et bibliographie

BOUCHUT. « Inauguration de l'hôpital Napoléon à Berck-sur-Mer, dans le département du Pas-de-Calais, par S. M. l'impératrice et par le prince impérial ». *Journal officiel*, 1<sup>re</sup> année, 1869, n° 198, 20 septembre, p. 996.  
 CAZIN, Henry. *Les Établissements hospitaliers à Berck-sur-Mer*. Paris, Asselin et Houzeau, 1885.  
 CRÉPIN, Guy, CRÉPIN, Michèle, LYS-COUSIN, Catherine. *Un hôpital crée une ville. L'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, de sa création jusqu'en 1920*. Berck-sur-Mer, impr. Pierre Trollé, 1999. [*Cahiers du musée de Berck*, série histoire, n° 1].  
 DU CLAUX, V. « Berck et les hôpitaux maritimes ». *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3<sup>e</sup> série, t. X, 1883, 2<sup>e</sup> semestre, p. 209-225.

FOSSEYEU, Marcel. *Les Grands Travaux hospitaliers (1903-1911). Hôpital maritime de Berck-sur-Mer (1861-1911)*. Paris, Berger-Levrault et C<sup>o</sup>, 1911.  
 LAVEZZARI, Émile. « Constructions économiques... ». *Op. cit.*  
 MESUREUR, André. « Les Nouveaux Pavillons de l'hôpital de l'Assistance publique à Berck-sur-Mer ». *La Presse médicale*, 16<sup>e</sup> année, 1908, n° 73, 9 septembre, vol. 2, supplément, p. 617-622.  
*Notice sur l'hôpital Napoléon édifié à Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais)*. Paris, Paul Dupont, [1869].  
*Notice sur l'origine de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer pour le traitement des enfants scrofuleux*. Paris, 1873.



DE 1930 À NOS JOURS :  
LE TEMPS DE LA MODERNITÉ



## L'AVÈNEMENT DE L'HÔPITAL-BLOC (1930-1958)

*La construction d'un hôpital général est devenue, avec le développement de la technique et de la science médicale, un problème qui dépasse le cadre d'une œuvre architecturale habituelle et qui exige une étude d'organisation, de coordination et de fonctionnement très approfondie, comparable à celle d'une usine moderne, afin que tous les services, tous les rouages contribuent au but recherché qui est de soulager et de guérir le malade, sans que leur fonctionnement occasionne des frictions nuisibles ou que l'un d'eux prenne une importance exagérée aux dépens des autres.*

William Vetter, dans Hospices civils de Colmar, *L'Hôpital Louis-Pasteur*, Colmar, P. Hartmann, 1939.

Saint-Lô, hôpital Mémorial France États-Unis. Salle d'opération.



390. Bordeaux, hôpital Saint-André, clinique chirurgicale.



391. Bobigny (Seine-Saint-Denis), hôpital franco-musulman Avicenne. L'escalier extérieur conduisant à l'entrée a été supprimé et l'accès à l'établissement déplacé au niveau du soubassement.

en longueur, comprenant deux ailes de part et d'autre du corps central accueillant administration et services généraux : à gauche celle des tuberculeux, à droite celle de médecine générale et de chirurgie ; le laboratoire de recherche et l'usine occupant les extrémités de la parcelle. Les bâtiments conjuguèrent une conception et une silhouette moderne (volumes parallélépipédiques, horizontalité soulignée des niveaux, toits-terrasses) avec des éléments décoratifs typiques d'un style mauresque, déjà mis en œuvre à la grande mosquée de Paris (colonnades et arcs brisés, enduit blanc, revêtement de céramique jaune, vert ou bleu, accès depuis la rue par une porte monumentale ouverte dans le mur d'enceinte, hommage à quelques kilomètres de Paris aux palais de Meknès ou de Fès)<sup>481</sup> [fig. 391 et 392]. À Bordeaux, après l'abandon d'un ambitieux projet de transfert, envisagé en 1912, de l'hôpital Saint-André vers le domaine de Carreire, en continuité avec l'ensemble hospitalier de Pellegrin, on envisagea plus raisonnablement un agrandissement sur place, au sud du bâtiment de Burguet, complétant l'îlot urbain jusqu'à la rue Henri-IV. C'est l'architecte bordelais Cyprien Alfred-Duprat (1876-1933) qui fut chargé en 1924 d'un projet consistant principalement en une « clinique chirurgicale », c'est-à-dire faisant une large part à l'enseignement. La réalisation, achevée en 1928, conciliait les nécessités du programme, la contrainte de l'inscription urbaine et la recherche d'une monumentalité certaine, mettant à profit les possibilités du béton armé, dans une écriture d'une modernité se situant dans les limites de ce que pouvait accepter le fort contexte architectural bordelais<sup>482</sup> [fig. 390]. Les cliniques Saint-Charles de Montpellier, réunion de plusieurs services spécialisés, complétèrent l'équipement hospitalier de la ville. Dues aux architectes Paul Pelletier et Arthur Teisseire<sup>483</sup>, elles furent édifiées entre 1932 et 1939 à partir d'un projet dressé en 1929. L'unique bâtiment, une longue barre s'élevant sur six niveaux

<sup>481</sup> *La Construction moderne*, n° 25, 22 mars 1936.

<sup>482</sup> COUSTET, Robert. « Clinique chirurgicale, Bordeaux, rue Jean-Burguet, C. Alfred-Duprat, 1925-1928 ». *Bordeaux et l'Aquitaine 1920-1940 ; urbanisme et architecture*. Paris, Techniques et Architecture, Regirex-France, 1988, p. 170-171. COUSTET, Robert, SABOYA, Marc. *Bordeaux, la conquête de la modernité ; architecture et urbanisme à Bordeaux et dans l'agglomération de 1920 à 2003*. Bordeaux, Mollat, 2005, p. 103-105.

<sup>483</sup> Ils furent les auteurs de plusieurs cités jardins en banlieue parisienne où ils adoptèrent également une certaine modernité architecturale.



392. Bobigny (Seine-Saint-Denis), hôpital franco-musulman Avicenne. Porte d'entrée au site.



393. Montpellier, cliniques Saint-Charles. Ce bas relief, *Le Présent*, (et son pendant *Le Passé*) illustrent l'évolution de la faculté de médecine et des hôpitaux montpelliérains. Le personnel hospitalier, en majesté, prend symboliquement appui sur les bâtiments.

comprenait 550 lits d'hospitalisation. À chaque étage se déployait un service complet spécialisé absolument indépendant. Chacun des étages se divisait en trois parties : au centre, les services d'attente, de traitement, les services opératoires et leurs annexes, les espaces d'enseignement, et de part et d'autre, deux quartiers d'hospitalisation (l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes) de 50 lits répartis en chambres de un, deux et quatre lits, et en dortoirs de huit lits ouvrant sur des balcons-solarium en référence à l'architecture des

sanatoriums. Seules les cuisines et la centrale thermique étaient placées dans deux bâtiments isolés. Les architectes prescrivirent des aménagements soignés : appel lumineux ou sonore et casque d'écoute raccordé à une centrale de retransmission d'émissions radiophoniques, de disques ou de causeries à la tête de chaque lit, et climatisation pour les étages accueillant des enfants, dans un bâtiment au dessin caractéristique du style Art déco alors en vogue<sup>484</sup>. Ils complétèrent leur composition par un jardin géométrique et un important programme décoratif commandé en 1937<sup>485</sup> : verrières des cages d'escalier par le peintre-verrier Émile Brière<sup>486</sup> [fig. 477] et panneaux sculptés monumentaux sur les deux avant-corps représentant respectivement *Le Passé* et *Le Présent*, bas-reliefs dus à Joachim Costa (1888-1971)<sup>487</sup> [fig. 393].

### L'importance des sanatoriums

Le sanatorium, équipement spécialisé, qui n'était donc pas soumis à la polyvalence de l'hôpital généraliste et à l'autonomie revendiquée des médecins chefs de chaque service, contribua lui aussi fortement au renouvellement de l'architecture hospitalière française. Ses réponses spécifiques au besoin d'ensoleillement maximum connurent un écho global du fait de l'engouement hygiéniste général pour l'héliotropisme.

Même si en France, ce fut tardivement, après le vote de la loi du 7 septembre 1919, que le programme de construction de sanatoriums démarra véritablement, l'essor en fut encore différé en raison de la lourde charge budgétaire liée au financement de la reconstruction après la guerre dans les régions sinistrées, à laquelle s'ajoutait une crise économique. Bien que la loi eût stipulé, en son article 5, que chaque

<sup>484</sup> *L'Architecture d'aujourd'hui*, n° 9/10, 1939. INVENTAIRE GÉNÉRAL DES MONUMENTS ET DES RICHESSES ARTISTIQUES DE LA FRANCE, région Languedoc-Roussillon et alii. *Montpellier monumental*. T. I et II. Paris, éd. du patrimoine, 2005 (Cahiers du patrimoine, n° 68), p. 398-400.

<sup>485</sup> Achevé en 1944 pour les verrières et en 1946 pour les sculptures.

<sup>486</sup> Brière (1892-1965), seconde génération d'une dynastie de verriers installés à Levallois-Perret (Hauts-de-Seine).

<sup>487</sup> L'établissement, inscrit au titre des monuments historiques en 1997, a fermé la même année. Il est aujourd'hui transformé en complexe résidentiel.



département devait pourvoir à la création d'un sanatorium dans un délai de cinq ans, ce délai, intenable, fut porté à dix ans par l'article 139 de la loi de finance du 31 décembre 1921. Conséquence de cette mesure de surséance, le lancement de maints projets fut reporté ; or, durant l'intervalle, les conceptions traditionnelles en matière d'architecture hospitalière subissaient une profonde remise en question par suite du discrédit dans lequel était en train de choir le système pavillonnaire. Le champ de la création architecturale s'ouvrait donc à de nouvelles expérimentations et cela même si la *Note sur les constructions hospitalières* de 1929 proscrivait les sanatoriums de plus de deux étages en plus du rez-de-chaussée.

394. Hilversum (Pays-Bas), sanatorium Zonnestraal.

395. Paimio (Finlande), sanatorium. Au premier plan, les galeries de cure autrefois à l'air libre ont été vitrées.





## Passy (plateau d'Assy), station sanatoriale et climatique

Le docteur Alexandre Bruno, directeur-adjoint de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France, appelée communément mission Rockefeller, et ses collaborateurs, les docteurs Paul-Émile Davy et François Tobé, phtisiologues très engagés dans la lutte antituberculeuse, sont à l'origine de la création de la station, destinée avant tout aux « tuberculeux pulmonaires curables de la classe moyenne peu aisée ». Son installation sur les hauts plateaux de la commune de Passy, entre 1924 et 1937, répondait parfaitement aux exigences géographiques et climatiques ayant alors cours. L'Association des Villages Sanatoriums de Haute Altitude (AVSHA) est fondée en 1922 pour soutenir le projet. Praz-Coutant est ouvert en 1926, malgré l'opposition virulente des acteurs touristiques locaux et du conseil général. Suivent trois autres établissements : le Roc-des-Fiz, Guébriant et Martel-de-Janville. L'initiative complémentaire du docteur Tobé ouvre la prise en charge aux malades dits « non-sanatoriabiles », dans trois établissements spécialisés : la clinique d'Assy, le grand Sancellemoz et le Mont-Blanc destinés à une

clientèle payante, mixte. D'autres créations se succèdent encore. À son plein développement, entre 1940 et 1960, le site comprend plus de 2 000 lits d'hospitalisation, tous nés de l'initiative privée. Ils sont répartis dans douze sanatoriums pour adultes, deux sanatoriums pour enfants, sept hôtels de cure et de post-cure, et un établissement de post-cure avec rééducation professionnelle. Après la révolution des antibiotiques, les mesures de régionalisation et de sectorisation des placements des années 1970 amènent une dizaine d'établissements à se spécialiser dans d'autres secteurs de santé. Les autres sont réhabilités en centres de vacances ou en logements en copropriété. Aujourd'hui, de nouvelles délocalisations et fermetures de lits sont prévues qui remettent en cause l'activité du pôle santé.

Le site comprend des réalisations (et suscita des projets non réalisés) qui répondent aux trois grandes typologies composant l'architecture sanatoriale.

Assy est également connu aujourd'hui pour son église, Notre-Dame-de-Toutes-Grâces, construite entre 1937 et 1950 par l'architecte Maurice Novarina, et pour l'ensemble du programme décoratif de cet édifice, commandé à plusieurs des artistes les plus modernes de l'époque.

### Le village pavillonnaire

#### Praz-Coutant

1926. 170 lits. Architectes : Aristide Daniel, Lucien Bechmann, Henry-Jacques Le Même, Pol Abraham.

L'ensemble, baptisé « village », composé de deux bâtiments centraux, onze « cottages » de cure et une chapelle, s'inspire des réalisations américaines du docteur Trudeau, à *Saranac Lake* (état de New York) (p. 345), tout en adoptant un style savoyard. La formule pavillonnaire permet aux malades d'être répartis selon leur état de santé et leurs affinités, aux mécènes de disposer de plusieurs lits pour un moindre coût et aux fondateurs de développer le concept en fonction des besoins et des ressources. Coûteux et peu pratique en altitude, ce type est abandonné lors des agrandissements, au profit d'une fonctionnalité, de matériaux et d'une esthétique modernes.



Deux chalets de l'ensemble sanatorial de Praz-Coutant.

### L'édifice sur plan éclaté

#### Plaine-Joux

Entrepris à partir de 1926, le complexe est abandonné au stade des fondations à la suite de la crise économique. Architectes : Henry-Jacques Le Même, Pol Abraham.

Destiné aux malades aisés, le projet permet de comprendre l'évolution et la qualité des édifices bâtis par la suite. Les architectes vont, pour résoudre le problème de l'ensoleillement du balcon et de la pénétration de la lumière dans la chambre, imaginer des solutions nouvelles, tant au niveau du plan que de l'élévation : disposition des chambres à 45° et croisées d'angle, alternance rythmée de la chambre et du balcon de cure, extrémités arrondies et étagées en gradins. Le projet est présenté au Salon des artistes décorateurs à Paris en 1928 (p. 398).

#### Le Roc-des-Fiz

1932. 189 lits. Architectes : Pol Abraham et Henry-Jacques Le Même.

Sanatorium destiné aux enfants, il comprend un vaste édifice central de quatre étages abritant deux dortoirs, un bâtiment servant de lazaret et d'infirmierie, et quatre pavillons collectifs, reliés au bâtiment central par des coursives vitrées, couvertes et chauffées. Ces pavillons, dortoirs d'un seul niveau surélevé et voûtés de grands arcs en béton armé, se prolongent par une galerie de cure commune sous auvent, couverte d'une charpente métallique. L'ensemble a été rasé après une coulée de boue meurtrière en 1970.



Sanatorium de Roc-de-Fiz. Intérieur d'un pavillon-dortoir, vue prise vers 1935.



Sanatorium de Guébriant-La Clairière.

### Guébriant-La Clairière

1931-1932. 192 lits. Architectes : Pol Abraham et Henry-Jacques Le Même, architecte paysagiste : René-Édouard André, fresquiste et peintre-verrier : Angel Zarraga.

Situé dans une clairière bordée d'un ruisseau, entouré d'une forêt de résineux, face à un panorama exceptionnel, protégé des vents par la chaîne des Fiz, le sanatorium est formé d'un édifice principal et de satellites : quatre pavillons sont reliés à l'équipement majeur par des galeries couvertes et chauffées. Le corps central accueille la plupart des malades ainsi que les services médicaux et administratifs, et une salle de spectacles. Il est conçu en gradins-terrasses ouverts au sud, et comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée et quatre étages ; au sud sont disposées les chambres individuelles des malades ouvrant sur les balcons de cure ; au nord on remarque l'emploi des techniques performantes du béton armé et une riche polychromie appliquée au traitement des façades. Un bâtiment de cure de 10 lits, avec chambres et balcons en dents de scie (reprenant le dispositif imaginé pour Plaine-Joux) est accolé. Une chapelle, de forme parabolique sur plan circulaire, ornée de fresques et éclairée par les vitraux de l'artiste mexicain Angel Zarraga, un pavillon de conciergerie, ainsi que la maison du médecin-directeur, exemple remarquable d'architecture domestique, les services communs et le logement du personnel complètent la composition.



Sanatorium Sancellemoz.

### L'édifice compact

#### Le Mont-Blanc

1929. 287 lits. Architecte : Pierre Dupuy.

Le plus vaste établissement d'Assy appartient également au courant régionaliste. Il se distingue par une légère obliquité des extrémités des ailes [fig. 402].

#### Sancellemoz

1931. 195 lits. Architecte : Paul-Louis Dubuisson.

D'emblée annoncé comme sanatorium-hôpital, haut de sept étages, Sancellemoz est le premier édifice du site dont l'ossature, les planchers et la terrasse sont en béton armé. Il innove également par l'amorce d'une aile au nord et son toit-terrasse-solarium. Le corps central, occupé au sud par les appartements de luxe et au nord par les services médicaux et les offices d'étage, sépare les deux ailes. Les murs en brique creuse, doublés d'un matelas d'air et protégés par des feuilles d'arki (varech et carton), assurent l'isolation.

#### Geoffroy-Martel-de-Janville

1937. 170 lits. Architectes : Pol Abraham et Henry-Jacques Le Même, fresquiste : Angel Zarraga.



Sanatorium Geoffroy-Martel-de-Janville.

Réservé aux officiers et sous-officiers de l'armée, Martel-de-Janville est la dernière et la plus aboutie des réalisations du site. Elle intègre, dans un seul bâtiment en forme de T, la totalité des services. La façade sud, longue de 120 mètres, se distingue par un étagement asymétrique de six et neuf niveaux où les chambres et les cures aux balcons saillants sont groupés symétriquement deux à deux. À l'ouest et sur trois niveaux, un avant-corps rythmé par de grands arcs doubles et limité par deux auvents d'entrée en porte-à-faux

loges les services administratifs, la salle à manger et les salons. Martel-de-Janville inaugure, par le développement au nord d'une troisième aile, la concentration des services médico-chirurgicaux et techniques, ainsi que des logements du personnel. L'articulation centrale, surmontée par une sculpturale cheminée conique, est remarquable. La chapelle, placée sur la terrasse de l'aile nord et portée par trois grands arbalétriers triangulaires, est décorée par une fresque d'Angel Zarraga, éclairée par trois rangées de baies étagées.

#### Protection

Sanatorium Geoffroy-Martel-de-Janville inscrit au titre des monuments historiques en 2008.  
Sanatoriums de Praz-Coutant et de Guébriant labellisés Patrimoine du <sup>xx</sup>e siècle en 2003.

#### Sources et bibliographie

BRUNO, Alexandre. *Le Rôle de la mission Rockefeller dans l'organisation antituberculeuse en France, 1917 à 1923*. Thèse de médecine, Paris, Société moderne d'impression et d'édition, 1925.  
CENTRE D'ARCHIVES D'ARCHITECTURE DU <sup>XX</sup>E SIÈCLE EN SAVOIE ; DELORME, Franck. *Architectures de Henry-Jacques Le Même... Op.cit.* [Exposition. Paris, Centre national d'art et de culture Georges-Pompidou, 2008]. *Pol Abraham : architecte, 1891-1966*. Paris, Centre Pompidou, 2008.

GRANDVOINNET, Philippe. *Architecture thérapeutique : histoire des sanatoriums en France, 1900-1945*. Genève : Métispresses, 2014.  
PAUTLER, Frédéric. *Réhabilitation et transformation d'un édifice remarquable du « Mouvement moderne »*. TPFE, Strasbourg, 2004.  
SADDY, Pierre, VERRY, Françoise. H.-J. *Le Même, architecte à Megève*. Paris, IFA-Mardaga, 1988.  
TOBÉ, Anne. Passy, *Plateau d'Assy, montagne magique, l'art inspiré*, 2007. [en ligne].  
VOISIN, Cyr, CHRÉTIEN, Jacques. *La Tuberculose – parcours imagé*. Billy-Montigny, édition Hauts-de-France, 1995.  
*L'Architecture d'aujourd'hui*, n°3, 1932 ; n°2, 1934.  
*Bulletins et mémoires de la Société médicale de Passy*. Bulletins du Centre de Recherche et d'Étude sur l'Histoire d'Assy. *La Construction moderne*, n° 24, 1933.



## PANORAMA DE LA CONCEPTION HOSPITALIÈRE DEPUIS 1958

*« Depuis que nous sommes là, ce bâtiment nous a tous transformés », m'a dit la directrice de Robert-Debré : c'est pour moi le plus beau compliment, la plus belle justification de mon travail. Voilà ce que signifie pour moi la prise en compte des usagers. Je n'ai pas de recettes. Mais je sais qu'il faut être extrêmement attentif aux gens et aux demandes, mêmes les plus infimes, les plus ténues. Il y a toujours quelque chose derrière, une idée, une volonté, un désir, mot que je préfère à « besoin ». Un besoin, notion quantitative, est toujours facile à satisfaire. Le désir c'est bien autre chose, plus riche et plus important. L'architecte, par son travail de transmutation du programme, d'épiphanie qui fait apparaître dans l'espace un programme abstrait, peut proposer des lieux, des formes, auxquels ni les programmeurs ni les utilisateurs n'avaient pensé.*

Pierre Riboulet, « Le Cœur de l'architecte », dans Ministère de l'Équipement.  
*Des bâtiments aux publics : actes du colloque des constructions publiques, Paris, 1997.*

Douai (Nord), centre hospitalier. Détail de la façade.  
Les chambres disposent de fenêtres basses  
permettant aux malades couchés de mieux voir les environs.

[fig. 491], Antoine-Béclère à Clamart (1971) [fig. 492 et 496] et Jean-Verdier à Bondy (1975) [fig. 494 et 495]. Leur construction fut entreprise sur des terrains relevant du patrimoine foncier de l'Assistance publique – l'un des plus importants de la région parisienne – ou bien mis à disposition par les communes partenaires. Un souci de modernisme, pour répondre au mieux aux nouvelles exigences des pratiques médicales, prévalut à l'élaboration de ces établissements, différents autant par leur vocation que par leur taille. Leur conception reposait sur les principes de l'organisation hospitalière moderne avec une différenciation en cinq secteurs complémentaires : le département d'hospitalisation proprement dite, le plateau médico-technique, les services logistiques, les services administratifs et les services techniques. Leur réalisation fut confiée à des architectes du service de l'Assistance publique ou inscrits sur les listes d'aptitude du ministère de la Santé. Les conditions d'accueil des malades mais aussi l'équipement du plateau médico-technique doté d'appareillages de plus en plus nombreux et perfectionnés nécessitèrent une attention particulière. L'enveloppe architecturale de ces nouvelles structures fit l'objet d'études approfondies et personnalisées, en fonction de l'ampleur du programme. Par ces réalisations, l'Assistance publique tenta de réussir le pari de la modernisation de son parc, tout en mettant en œuvre la réforme nationale en cours.

L'hôpital Henri-Mondor à Créteil, on l'a vu, constituait le premier centre hospitalier universitaire projeté en tant que tel en 1963<sup>624</sup>. L'établissement, occupant 12 hectares de la nouvelle ville accueillant la préfecture du Val-de-Marne, département né de la réorganisation de la région parisienne, s'attachait à réunir au sein d'une même enceinte les trois fonctions visées par la réforme Debré. Le centre de soins disposait d'une capacité d'environ 1 300 lits se répartissant en quinze services différents de médecine et de chirurgie. Les unités de chirurgie

étaient desservies par un bloc opératoire commun comportant quatorze salles d'opération, inclus dans un plateau médico-technique abritant également les laboratoires ainsi que les services de radiologie et de réanimation. Chaque service s'étendait sur un seul et même niveau ; locaux réservés aux consultations et espaces dédiés à l'hospitalisation s'organisaient autour d'un double couloir au milieu duquel étaient implantés les postes de soins. Les lits trouvaient place dans des chambres simples, doubles ou triples dotées chacune d'un cabinet de toilette. Le parti architectural retenu procédait du schéma socle-tour avec une barre de quinze étages orientée nord-sud culminant à 70 mètres et abritant les différents services de consultations et d'hospitalisation, assise sur un socle médico-technique de trois niveaux. Les façades furent revêtues de carreaux de grès blanc et de pâte de verre bleue qui dessinaient une immense croix, symbole de l'assistance médicale, seule concession décorative pour un édifice à l'architecture régie par un souci primordial de fonctionnalité. Deuxième mission, le centre de recherche, en relation directe avec les laboratoires, intégrait des unités de l'INSERM et du CNRS, complétées d'une animalerie. Il s'appuyait sur l'activité médicale de l'hôpital pour promouvoir des techniques d'investigation et des traitements nouveaux. Enfin, une faculté de médecine, directement reliée par une galerie couverte, répondait à la fonction universitaire. Des locaux d'enseignement et des chambres de garde étaient également prévus dans l'enceinte même du centre hospitalier. Jean-Michel Lafon et Jacques Riedberger, tous deux au service de l'Assistance publique, auteurs également de l'hôpital Louis-Mourier à Colombes assurèrent la maîtrise d'œuvre de ce vaste ensemble. Ils se fondaient sur un cahier des charges très détaillé dressé par Paul Arousseau et Roger Cheverry. La construction débuta à la fin de l'hiver 1965 et le centre hospitalier ouvrit ses portes en 1969.

Le programme de l'hôpital Antoine-Béclère, moins ambitieux, était conçu pour être un établissement de proximité comportant une maternité, avec une capacité d'environ 500 lits. Il s'articulait autour de trois pôles : hospitalisation-consultation, plateau médico-technique et département universitaire (même s'il ne possédait pas le statut de centre



494. Bondy (Seine-Saint-Denis), hôpital Jean-Verdier. Détail de la toiture d'une des ailes du bâtiment.

hospitalier universitaire). Doté d'unités de recherche, il s'illustrerait bientôt dans les techniques de fécondation *in vitro* avec la naissance du premier bébé « éprouvette » en 1982. Henry Pottier, Grand Prix de Rome en 1965, dressa le projet. Le terrain retenu étant grevé d'une servitude de hauteur, Pottier ne put ériger un hôpital-bloc. Il proposa donc de répartir l'hospitalisation dans trois corps de bâtiment disposés en Y [fig. 496]. Ces ailes reposent sur des pilotis et enjambent la galette médico-technique à deux niveaux, regroupant bloc opératoire, bloc obstétrical, radiologie, réanimation, laboratoires, etc. Les services de médecine et de chirurgie, de 38 lits chacun, prenaient place dans deux des corps de

495. Bondy (Seine-Saint-Denis), hôpital Jean-Verdier.



<sup>624</sup> BREGOU, G. « Centre hospitalier universitaire à Créteil ». *Bâtir*, n° 166, mai 1968, p. 41-50. « Nouveau Créteil », *Techniques et architecture*, n° 6, septembre 1971, p. 71-106. NOURRY, P. « L'Hôpital Henri-Mondor à Créteil, J.-M. Lafon et J.-H. Riedberger ». *Techniques des travaux*, n° 11-12, novembre-décembre 1971, p. 290-302. « Le Nouveau Créteil sort de terre ». *La Construction moderne*, n° 1, janvier-février 1972, p. 13-31.

bâtiment, le troisième étant réservé aux soins intensifs. Un seul point de montée distribuait l'ensemble, situé au niveau du hall d'accueil, cœur de l'établissement. Des locaux dédiés à l'enseignement, dont un amphithéâtre, s'étendaient dans le prolongement de ce hall, occupant une position privilégiée, à la jonction des différentes parties de l'hôpital. La maternité occupait un bâtiment indépendant, mais relié directement au plateau médico-technique et surtout au bloc obstétrical. Les façades des bâtiments d'hospitalisation se caractérisaient par un traitement architectural original. Henry Pottier visait à illustrer ses conceptions sur les rapports entre forme, fonction et recherche esthétique. Pour elles, il élaborait un type de trumeau constitué d'un panneau métallique plein, affectant la forme d'un triangle isocèle plié suivant sa hauteur, alternant avec une ouverture vitrée aussi en forme de triangle isocèle, dont le sommet est tourné vers le bas. Ces trumeaux, réalisés en profilés d'aluminium, étaient fixés à la fin du chantier de construction. Cette alternance de triangles pleins et vides visait à animer les parois tout en offrant l'avantage de limiter la pénétration des rayons solaires dans les chambres de malades.

En érigeant ces nouveaux édifices, l'Assistance publique affirmait une certaine indépendance comme maître d'ouvrage public vis-à-vis du ministère de la Santé. Elle se montrait aussi capable d'assurer la modernisation de son parc hospitalier en tenant compte des prescriptions introduites par la nouvelle législation et des évolutions de la médecine moderne.

### La spécificité des hôpitaux psychiatriques

La V<sup>e</sup> République héritait d'une situation plus favorable dans le domaine de la psychiatrie que dans celui de l'hospitalisation courante. Une politique de modernisation était en effet déjà à l'œuvre, puisque le décret du 20 mai 1955 avait défini un programme de construction de sept hôpitaux psychiatriques sur quatre ans, programme bientôt complété par trois autres établissements. Paradoxalement, ce plan était lancé alors que s'amorçait la constitution d'un réseau d'unités de soins ambulatoires sous l'impulsion des théoriciens de la psychothérapie

dite institutionnelle qui avaient eux-mêmes inspiré la promulgation du décret. Cette volonté de développer la thérapie mentale dans des structures extra-hospitalières fut sanctionnée par la circulaire du ministère de la Santé publique du 15 mars 1960 qui préconisait la création de dispensaires d'hygiène mentale et d'hôpitaux de jour<sup>625</sup>. Ce texte ébauchait ce qui serait désigné « sectorisation psychiatrique », mais dont la généralisation ne débiterait véritablement qu'à partir de 1971, puis s'étendrait à la province à partir de la promulgation de l'arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. L'organisation de cette sectorisation à l'échelle du pays serait ultérieurement précisée par les lois des 25 juillet et 31 décembre 1985. Dans un premier temps, cette politique de développement de soins ambulatoires, dont les bases avaient été posées bien avant la sanction officielle de 1960, n'était pas en contradiction avec la poursuite du plan de construction d'hôpitaux psychiatriques qui visait notamment à équiper les derniers départements encore dépourvus d'établissement. Furent ainsi édifiés, pour le département des Ardennes, l'hôpital de Charleville-Mézières, réalisé sur les plans des architectes Monet, Dupré et André Zagradsky, ouvert en 1969, tout comme la clinique psychothérapique de Rozès à Saint-Lizier, qui se substituait au vieil asile d'aliénés installé dans les bâtiments de l'ancien palais épiscopal<sup>626</sup> [fig. 497], d'autres encore tel le centre psychothérapeutique Philippe-Pinel à Lavaur dans le Tarn. Dans tous ces établissements, le système de l'asile village préconisé après la Seconde Guerre mondiale par les chefs de file de la psychothérapie institutionnelle, Paul Sivadon tout particulièrement, était conservé.

Dans cette période riche en expérimentations, l'Association de santé mentale du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris, qui avait joué un rôle pionnier dans l'émergence d'unités de soins ambulatoires (p. 467) fonda, au milieu des années 1960 à Soisy-sur-Seine, un hôpital psychiatrique baptisé L'Eau

<sup>625</sup> AYME, Jean. « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle ». *Actualités de la psychothérapie institutionnelle*. Vigneux, Matrices, 1985.

<sup>626</sup> ORTET, André. *Un asile d'aliénés, Saint-Lizier, 1811-1969*. Grailhet, imprimerie Escourbiac, 2004.



496. Clamart (Hauts-de-Seine), hôpital Antoine-Béclère.

vive. L'architecte Nicole Sonolet, qui travaillait depuis quelques années avec le médecin Philippe Paumelle, y fit œuvre originale et se signala comme une des premières de sa profession à oser intervenir dans le débat sur l'architecture psychiatrique<sup>627</sup>.

<sup>627</sup> SONOLET, Nicole. « Un centre de santé mentale. Point de vue et proposition d'un architecte », *L'Information psychiatrique*, 42<sup>e</sup> année, 5<sup>e</sup> série, n° 6, juin 1966, p. 527-532.

L'institution, de petite capacité, refusant les murs asilaires et les cloisonnements inutiles, proposait des locaux largement ouverts et différenciés afin de permettre des soins individualisés. D'autres espaces, dits intermédiaires, étaient conçus pour favoriser les rencontres entre malades ou entre malades et soignants [fig. 498]. Peu après, la clinique psychiatrique de La Chesnaie à Chailles (Loir-et-Cher) complétait ses installations dans un cadre architectural