

2025/2026

Sous la direction de
Christine Désert
Francesca Contrada



Liens pour panser

Habiter et travailler dans un hôpital
en transformation

Justine Beaugrand

Projet long de fin d'études - Master 2 DE9 / Trans-former l'existant

◦ Sommaire

Remerciements	7
Avant-propos	8
Le mémoire	10
Introduction - problématique	14
État de l'art - mode opératoire	17
Résultats - conclusion	20
Le PFE	23
Introduction	27
1• Contextualiser • échelle du territoire	31
Colombes, ville concentrique	34
L'hôpital Louis Mourier	36
Analyse des alentours du site	40
2• Prendre connaissance • échelle de l'hôpital	45
Inventorier ; les archives	48
L'arpentage	50
La parole usagère	54
3• Regarder le déjà-là • échelle du bâtiment F	59
Les logements de fonction	62
Le bâtiment F et ses vestiges	66
Le diagnostic	68
Les typologies	72
4• Les liens pour panser	77
Requalifier un fragment sur un site actif	82
L'hôpital et la ville	84
Mettre en place deux promenades	86
Habiter et travailler autrement	88
Le bâtiment F ; entre ancrage et élévation	90
Différents degrés d'intimité	94
Conclusion	97
Annexes	99

Remerciements

Au terme de ce dernier projet d'étude reliant recherche et conception, je tiens à remercier l'ensemble des acteurs qui m'ont permis de le mener à bien, et sans lesquels je ne serais sans doute pas parvenue à un tel aboutissement.

En premier lieu, je remercie les enseignants du domaine d'étude « Trans-formation de l'existant », dans lequel je m'inscris, ainsi que Vincent Baumann, Lila Bonneau, Francesca Contrada, Xavier Dousson, Volker Elrich, Étienne Lena, Vesselina Letchova et Laurence Veillet, et plus particulièrement Christine Désert, ma directrice de PFE, pour son accompagnement tout au long de l'année.

Dans la continuité de mon parcours et de la mention Recherche accordée à mon projet, je remercie également mon directeur de mémoire, Florent Paoli, pour son soutien tout au long du master. Je remercie aussi l'équipe de la chaire Archidessa pour l'attention portée à mon sujet, ainsi que pour l'obtention de la bourse de recherche ayant permis d'approfondir ce travail.

Je tiens à remercier l'AP-HP et l'hôpital Louis Mourier de Colombes, en particulier le service technique, notamment Bernard Lefalher et Francis Faustin, pour leur accueil et la mise à disposition d'un bureau dédié dans le cadre de ma permanence sur site. Mes remerciements vont également à Sandrine Proutiot pour le partage de son histoire de vie sur site et pour les mises en relation qu'elle m'a permises. J'adresse enfin mes remerciements à la direction, aux soignants, aux membres de la marche active organisée autour de l'hôpital, à l'ensemble du personnel, ainsi qu'au pôle Écologie urbaine de la mairie de Colombes pour la visite de la prairie du Moulin Joly, située à proximité du site.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches pour leur soutien constant, dont la présence et les encouragements ont été essentiels à l'aboutissement de ce travail.

Plan de masse de l'îlot de l'hôpital. Production personnelle



Avant-propos

Mon choix s'est rapidement porté sur le cas de l'hôpital Louis Mourier. Ce site m'a semblé immédiatement riche par la tension qu'il révèle entre un bâtiment en marge de ses usages d'origine et un système hospitalier encore en fonctionnement continu, où chaque espace reste dépendant d'un équilibre global.

Le site hospitalier Louis Mourier, situé à Colombes dans les Hauts-de-Seine, constitue un ensemble complexe tant sur le plan architectural que social et fonctionnel. Inscrit dans une temporalité longue, il est aujourd'hui au cœur de réflexions stratégiques menées par l'AP-HP, parmi lesquelles figure la nécessité d'augmenter l'attractivité des sites hospitaliers dans les années à venir. Cette attractivité concerne à la fois les patients, les visiteurs et les soignants, dans un contexte de transformation des pratiques de soin et de tension croissante sur les métiers hospitaliers.

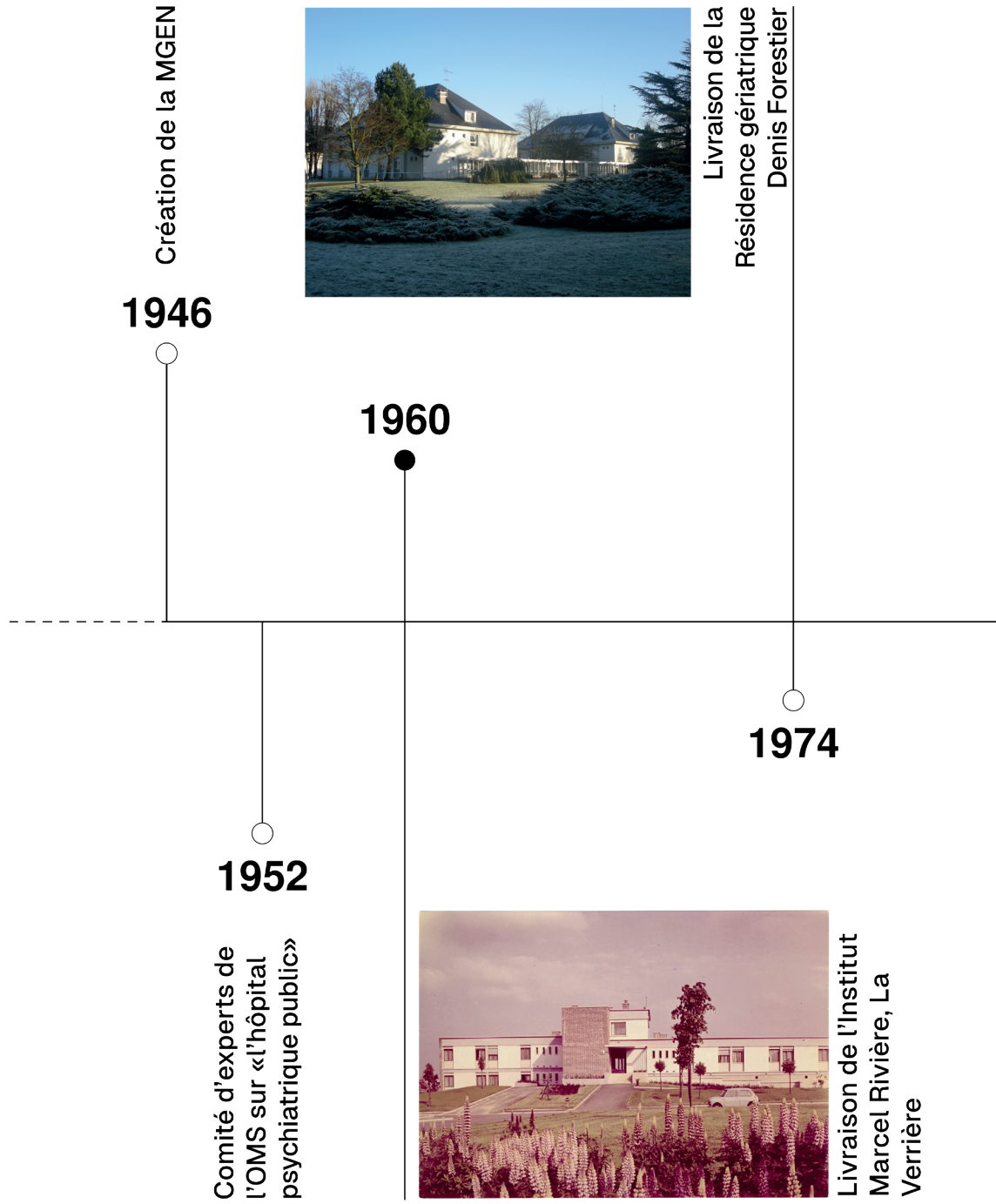
Les logements de fonction, longtemps perçus comme un ensemble relativement autonome, presque idéal dans son rapport direct à l'hôpital, racontent aujourd'hui une autre histoire. Ils témoignent d'une organisation pensée pour une autre époque, où la proximité entre lieu de travail et lieu d'habiter répondait à des logiques de disponibilité permanente et de stabilité du personnel soignant. Aujourd'hui, cette relation s'est fragilisée : les modes de vie ont évolué, les attentes des soignants aussi, et ces ensembles se retrouvent en décalage, parfois inoccupés ou sous-utilisés, sans pour autant être complètement détachés du fonctionnement hospitalier.

C'est dans ce contexte que le site Louis Mourier devient particulièrement intéressant à lire : un ensemble à la fois visible et en retrait, où la question de la réhabilitation ne porte pas uniquement sur le bâti, mais aussi sur les usages, les rythmes et les liens entre les différentes fonctions du site. C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet, développé sur un temps long, amorcé au semestre 9 et poursuivi au semestre 10. Il porte sur la transformation du bâtiment F, envisagé comme un fragment à réactiver au sein d'un site hospitalier en fonctionnement continu.

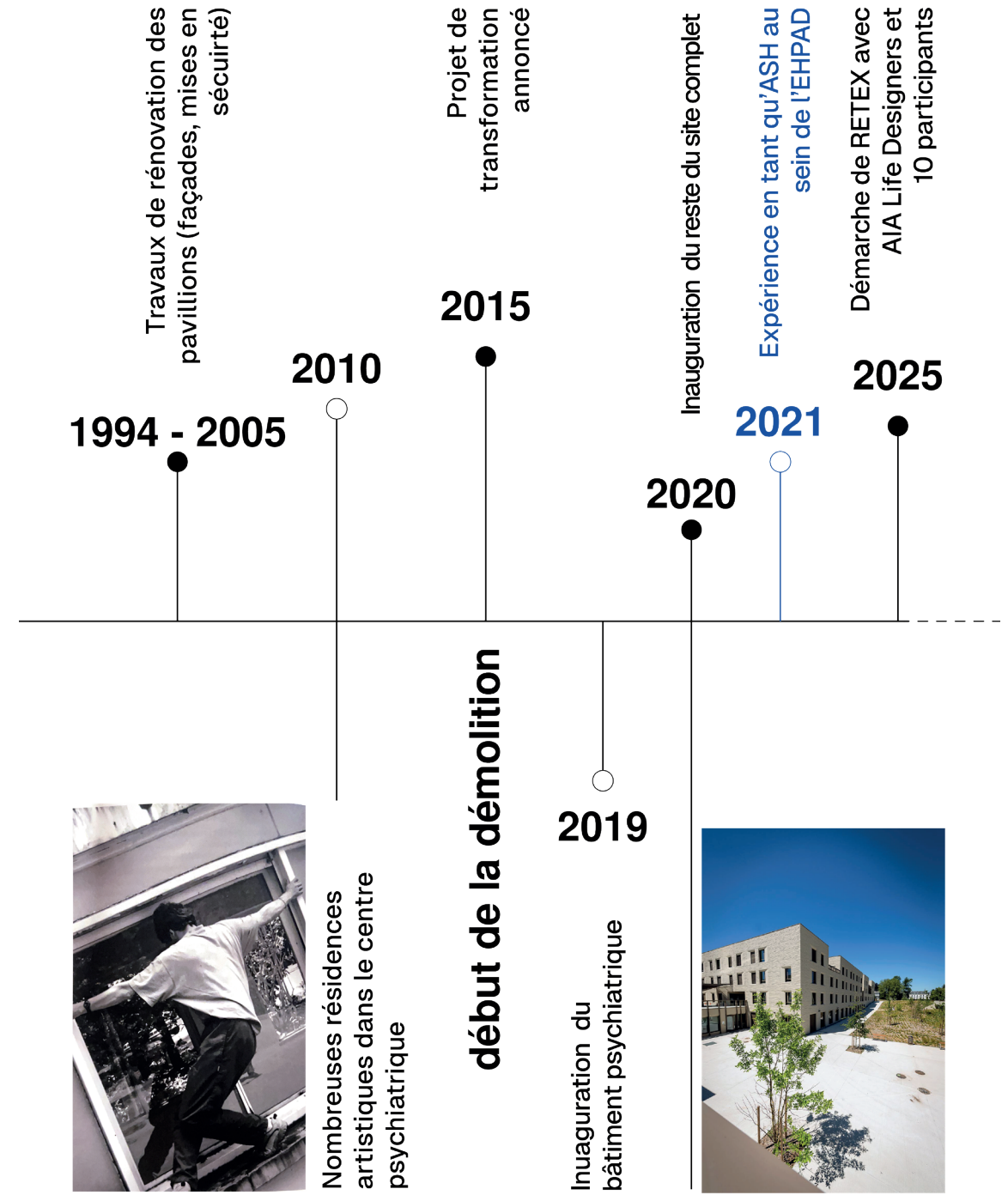
À la différence d'un projet de reconversion globale d'un hôpital en transition, il s'agit ici d'intervenir **sur un bâtiment pleinement intégré à un ensemble vivant, dont les usages**, les flux et les contraintes évoluent quotidiennement. Cette situation soulève une problématique centrale : comment transformer un bâtiment sans effacer les pratiques existantes ni perturber l'équilibre fragile d'un site de soin en activité ?

◦ Le mémoire

À travers le cas de l'Institut Marcel Rivière à La Verrière dans les Yvelines, ce mémoire retrace l'évolution des modèles de prise en charge psychiatrique, du « village thérapeutique » imaginé par Paul Sivadon dans les années 1960 au nouvel ensemble reconstruit en 2018 par AIA Life Designers. En croisant histoire, observations de terrain et immersion en agence, il montre comment l'architecture participe au soin, mais interroge aussi les effets des logiques de rationalisation et la disparition d'un patrimoine pensé comme outil thérapeutique.



Frise chronologique des événements importants du site de l'Institut Marcel Rivière et des différentes temporalités rencontrées. Production personnelle.



Introduction

La psychiatrie désigne la branche de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales et les troubles du psychisme. Depuis les années 1960 en France, avec la mise en place de la politique de secteur en psychiatrie, la prise en charge de la santé mentale a évolué vers une approche de désinstitutionnalisation, intégrant les patients atteints de démence hors des murs de l'hospitalisation.

Dans les années 1960, la question de la vieillesse s'impose progressivement dans le débat public. L'espérance de vie étant en constante augmentation, une recrudescence de personnes âgées présentant des antécédents psychiatriques est observée. Le nombre de personnes âgées dites « psychiatriques » ne cesse alors de croître. Par ailleurs, la réduction des lits hospitaliers conduit à une ouverture vers l'extérieur : les hôpitaux psychiatriques, autrefois assimilés à des asiles, laissent place à l'émergence d'alternatives telles que les CATTP (centres d'aide thérapeutique à temps partiel), les hôpitaux de jour, les équipes mobiles ou encore les unités spécialisées.

Si l'isolement et la stigmatisation des malades ne sont plus totalement d'actualité, la prise en charge des troubles psychiques demeure aujourd'hui sujette à de nombreuses interrogations : ces personnes ont-elles pleinement leur place dans ces nouvelles structures ? Comment s'opère la cohabitation entre résidents souffrant de troubles psychiques et les autres usagers ? Comment évolue le statut de « patient » vers celui de « résident » ? Quels espaces leur sont dédiés, et comment concilier ces derniers avec les exigences de surveillance ? Enfin, comment s'articule la relation entre espace clos et espace social ?

Mon cas d'étude porte sur le site de l'Institut Marcel Rivière, et plus précisément sur le centre thérapeutique et logistique MGEN, achevé en 2018. La MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), créée en 1947 dans la continuité des sociétés de secours mutuel du XIXe siècle, avait initialement acquis ce site dans les années 1950 afin d'y construire un troisième sanatorium, après ceux de Sainte-Feyre et de Saint-Jean d'Aulps, destinés à lutter contre la tuberculose.

Toutefois, influencée par les témoignages des militants mutualistes sur les conditions de vie dans les asiles et vis-à-vis de la recrudescence de malades dits mentaux, la MGEN réoriente son projet vers la psychiatrie. Ce changement marque le début de son

engagement dans ce domaine, avec l'ambition de transformer les conditions de soin. Le recours à Paul Sivadon, psychiatre novateur engagé dans la réforme de la psychiatrie française, permet d'orienter le projet de manière décisive. Ayant déjà travaillé sur un centre de traitement et de réadaptation sociale à Ville-Évrard et intervenant comme expert pour l'OMS, il participe en 1956 à une enquête internationale visant à définir les bases d'un hôpital psychiatrique modèle.

Premier directeur de l'établissement, Sivadon accorde une importance majeure à l'impact de l'espace sur les pratiques thérapeutiques, proposant une alternative radicale à l'enfermement alors dominant. L'établissement est ainsi conçu en rupture avec le modèle asilaire traditionnel, comme en témoigne le rejet des symboles d'enfermement tels que « les clés, les serrures et les blouses blanches »¹.

À la place, un dispositif spatial ouvert est mis en œuvre, sous forme de « village thérapeutique » : des pavillons de plain-pied d'environ 30 lits, insérés dans un environnement paysager et associés à des ateliers. Le nombre de patients est limité à 300 afin d'éviter le surpeuplement. L'architecture devient alors un véritable outil thérapeutique : l'alternance de lignes et de courbes, ainsi que de petits et grands espaces, vise à créer des environnements sécurisants favorisant la réadaptation. L'hôpital intègre également des équipements culturels et sociaux, dont un théâtre ouvert aux habitants des communes voisines, afin de favoriser l'inclusion des patients.

Problématique

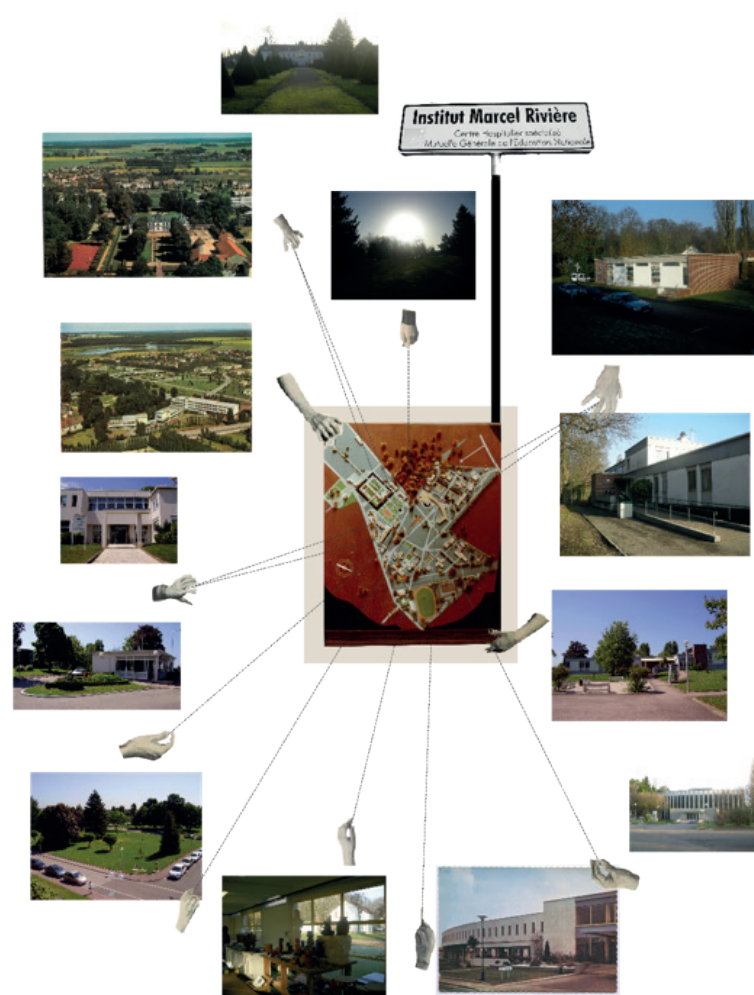
Ce lieu « a marqué de manière significative l'histoire immobilière de la MGEN tout en révolutionnant l'approche de la santé mentale ». Au cœur de ce « village » thérapeutique, les relations à autrui, à la nature et à la culture constituent des éléments fondamentaux. Dès l'origine, le programme prévoyait l'implantation en pleine nature d'un centre de soins, mais aussi d'équipements culturels tels qu'un théâtre, des salles de musique et un restaurant commun destiné au personnel et aux résidents.

Depuis janvier 2013, l'Institut Marcel Rivière a été regroupé, juridiquement et administrativement, avec le centre gériatrique Denis Forestier, également implanté à La Verrière. Ce dernier se caractérisait par des maisonnettes de faible hauteur, reliées entre elles par des passages vitrés au sein d'un environnement boisé.

1. MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, ONTENIENTE ROGER, CHANOIT PIERRE-FRANÇOIS, L'INSTITUT MARCEL RIVIERE, UN DISPOSITIF PSYCHIATRIQUE D'AVENIR (LES CAHIERS DE LA VERRIERE), 1986.

Le projet de reconstruction, engagé à partir de 2016, s'inscrit dans une logique de rationalisation liée à des enjeux de gestion et de coûts. Il a conduit à la démolition des deux établissements et à la construction d'un nouvel ensemble sur un seul site, confié à l'agence AIA Life Designers (avec SPI Batignolles comme mandataire). Les terrains libérés ont été cédés à l'Établissement public foncier d'Île-de-France pour accueillir le futur quartier Gare-Bécannes. Cette transformation met en évidence une logique d'adaptation, mais aussi de non-préservation du bâti existant.

En quoi les évolutions des modèles de prise en charge psychiatrique transforment-elles les dispositifs spatiaux des établissements de soin ? Et comment l'architecture, en tant qu'organisation des espaces, gestion des seuils, de l'intimité, de la surveillance et des usages, peut-elle devenir un véritable acteur thérapeutique plutôt qu'un simple cadre bâti ?



COLLAGE SENSIBLE DE
L'INSTITUT MARCEL RIVIERE.
PRODUCTION PERSONNELLE

Etat de l'art

Concernant les sources disponibles, de nombreux travaux évoquent le caractère novateur du projet des années 1960, souvent associé à la notion de « thérapie institutionnelle ». Toutefois, peu d'entre eux s'intéressent spécifiquement à l'architecture originelle.

Les travaux de Charlotte Siney-Lange, historienne spécialisée dans l'histoire de la mutualité, apportent un éclairage précieux, notamment à travers ses ouvrages *À l'initiative sociale : les grands combats de la MGEN (2015)* et *La Mutualité : grande semeuse de progrès social – 1850-1976 (2018)*.

En revanche, le projet contemporain reste peu documenté, hormis les présentations produites par l'agence AIA et quelques articles de presse régionale. Il est notable qu'aucune critique n'ait accompagné la démolition de l'ancien centre. Les documents de présentation montrent qu'aucune hypothèse de réhabilitation ou d'extension du bâti existant n'a été envisagée.

Par ailleurs, plusieurs acteurs majeurs ont produit des écrits, notamment Paul Sivadon et Jean Garrabé. L'architecte Marcel Astorg a également fait l'objet d'études, en raison de son approche moderniste et de son attention aux conditions de vie des patients. Enfin, des témoignages artistiques, comme ceux recueillis par Madeleine Abassade dans *Danser avec les fous*², apportent un regard sensible sur le site.

2. ABASSADE, MADELEINE,
DANSER AVEC LES FOUS :
EXPERIENCES DE L'ART EN
MILIEU PSYCHIATRIQUE A
L'INSTITUT MARCEL-RIVIERE
(1981-2015). SORGES-ET-LIGUEUX
: ÉDITION LANGAGE PLURIEL,
2025.

Mode opératoire

Afin d'interroger le rôle de l'architecture dans la prise en charge psychiatrique, la réflexion s'appuie sur une démarche méthodologique hybride, croisant approches historiques, analytiques et empiriques. Cette méthodologie s'inscrit dans une logique de recherche située, articulant production de connaissances et immersion dans le contexte opérationnel du projet. Le travail se structure en trois temps complémentaires, correspondant à trois échelles d'analyse : celle du modèle, celle du projet, et celle de l'usage.

Dans une première partie, l'étude porte sur l'architecture originelle de l'Institut Marcel Rivière envisagée comme un

laboratoire d'expérimentation. Il s'agit de replacer le projet dans une histoire plus large de la psychiatrie, en retraçant les grandes mutations des modes de prise en charge, de l'asile à la sectorisation, afin de situer l'émergence du modèle proposé par la MGEN. Cette analyse repose sur un travail bibliographique croisé (ouvrages historiques, écrits de psychiatres, archives disponibles), permettant d'identifier les fondements idéologiques et thérapeutiques du projet. Parallèlement, une lecture architecturale est menée à partir des documents accessibles (plans, descriptions, photographies récoltées), afin de comprendre les logiques de composition spatiale : fragmentation du bâti, hiérarchisation des espaces, relation au paysage, organisation des circulations. L'objectif est ici de mettre en évidence en quoi ces choix traduisent spatialement un projet de soin, et participent à la mise en place d'une « thérapie institutionnelle ».

La deuxième partie se concentre sur la transformation contemporaine du site, à travers l'analyse du projet de **reconstruction réalisé par l'agence AIA Life Designers**. Cette phase mobilise une approche comparative entre l'ancien et le nouveau modèle, permettant d'identifier les continuités, les ruptures et les déplacements de paradigmes.

L'analyse s'appuie sur plusieurs types de sources : documents de projet (présentations, schémas fonctionnels), observations issues de l'expérience de stage, ainsi que des échanges informels avec des acteurs impliqués dans le projet. Une attention particulière est portée aux arbitrages entre intentions architecturales et contraintes programmatiques, techniques et économiques. Cette partie se focalise notamment sur les unités géranto-psychiatriques et l'EHPAD, qui concentrent des enjeux spécifiques liés au vieillissement des patients (perte d'autonomie, troubles cognitifs, nécessité de surveillance accrue). L'objectif est de comprendre comment ces contraintes redéfinissent les dispositifs spatiaux : gestion des flux, sécurisation des parcours, articulation entre espaces collectifs et privatifs.

Enfin, la troisième partie repose sur une approche sensible, centrée sur l'expérience des usagers. Elle s'appuie sur une enquête de terrain menée au sein de l'EHPAD, combinant plusieurs outils : observations in situ, relevés des usages, analyse des ambiances, ainsi que recueil de témoignages auprès des professionnels et, lorsque cela est possible, des résidents.

Cette démarche vise à dépasser le discours prescriptif du projet pour accéder à la réalité vécue des espaces. Elle permet

d'identifier les écarts entre intentions de conception et usages effectifs, mais aussi de révéler des appropriations informelles, des détournements ou des dysfonctionnements. Une attention particulière est portée aux notions de seuil, d'intimité, de repérage spatial, ainsi qu'aux relations entre surveillance et autonomie.

L'ensemble de cette méthodologie repose sur une posture de recherche-action, dans laquelle la production de connaissances émerge de l'interaction entre analyse et pratique. L'expérience de stage constitue à ce titre un matériau à part entière, permettant d'accéder aux logiques internes du projet, mais aussi de comprendre les mécanismes de décision et les contraintes du processus de conception.

Toutefois, cette position implique également une vigilance critique : l'implication dans le projet peut induire une forme de proximité limitant la distance analytique. Ce biais est en partie compensé par la mise en perspective historique et théorique, ainsi que par le croisement des sources et des points de vue.

Ainsi, cette méthodologie vise non seulement à analyser un cas d'étude, mais aussi à interroger plus largement les conditions de production de l'architecture hospitalière contemporaine, en articulant étroitement savoirs théoriques, pratiques professionnelles et expériences vécues.

LE FESTIN. PHOTOGRAPHIE
REALISEE LORS DU BARBECUE
DE L'EHPAD, LE 20 JUIN 2025.
PHOTOGRAPHIE PERSONNELLE



Résultats

En résultante de cette étude, le « village thérapeutique » imaginé par Paul Sivadon incarnait une rupture avec l'asile : échelle domestique, ouverture sur la nature, mixité des usages et liens avec la société civile. Pourtant, quelques décennies plus tard, ce modèle a lui-même été remis en question au nom de contraintes techniques, économiques et organisationnelles, conduisant à une reconstruction complète.

Cette évolution soulève une tension centrale, qui a structuré l'ensemble du mémoire : l'adaptation des pratiques de soin de la vieillesse justifie-t-elle la disparition des architectures existantes ?

Pour répondre à cette problématique, une méthodologie croisée a été mise en œuvre, associant analyse historique, observations in situ, entretiens et immersion professionnelle en agence. Cette approche a permis de confronter les intentions programmatiques, les réalités d'usage et les logiques opérationnelles.

Elle a montré que les choix spatiaux ; organisation des circulations, hiérarchie des seuils, articulation entre espaces intimes et collectifs, présence du paysage et gestion de la surveillance, conditionnent directement les interactions sociales, l'autonomie des résidents et les pratiques soignantes. L'architecture agit ainsi comme un acteur du soin à part entière, capable de favoriser l'apaisement et l'appropriation ou, au contraire, de renforcer la contrainte et la stigmatisation.

Les résultats soulignent également l'importance de méthodes de conception plus situées : observation des usages réels, concertation avec les équipes, implication des architectes dans la durée et mise en place de retours d'expérience post-occupation. L'expérience de stage a, à ce titre, révélé la richesse d'une posture de recherche-action, dans laquelle la production de connaissances émerge de l'engagement direct dans le projet. Elle met toutefois en évidence une limite inhérente à cette position : l'immersion professionnelle, si elle enrichit la compréhension des arbitrages concrets, peut restreindre la distance critique nécessaire à l'analyse.

Au-delà du cas étudié, cette recherche met en lumière les paradoxes contemporains de l'architecture psychiatrique et hospitalière de manière générale. Alors même que le discours

institutionnel valorise la continuité, l'inclusion et l'ancrage territorial, les réponses apportées relèvent souvent de logiques de standardisation et de reconstruction lourde.

La démolition apparaît alors comme une solution technique efficace, mais elle interroge la perte de repères, de mémoire et de qualité d'usage que peut entraîner l'effacement du bâti existant.

Conclusion

Dans la perspective d'une mention Recherche pour le PFE, ce mémoire constitue un socle méthodologique pour une démarche de projet. Il propose une posture d'architecte-chercheuse, fondée sur l'observation, l'expérimentation et l'inscription dans le temps long.

Cette approche ouvre des pistes concrètes, telles que la mise en place de formes de permanence architecturale sur site, la présence prolongée des concepteurs avant, pendant et après le projet, ainsi que l'adaptation progressive des lieux en fonction des évolutions des pratiques de soin et des besoins des usagers.

La réhabilitation devient ainsi une hypothèse de travail fondée sur l'analyse du réel, plutôt qu'un principe systématique ou une alternative marginale.

VUE DEPUIS LA FIN D'UNE
COURSIVE, COTE PARC.
PHOTOGRAPHIE PERSONNELLE



Un grand merci à Ronée Janiak, Françoise Tanguy, Claude Lemaire, Patrick Rensonnet résidents, à Mathieu Molin - famille, à Marion Adomi, Delphine Ducamp, Claire Sene, Séverine Nathalie, Frantz Laine Kieffer - professionnels, ainsi qu'à Katia Le Goff, Bernard Foussat et Michael Nguema - direction, pour leur participation à la réalisation de ce projet mené collectivement.

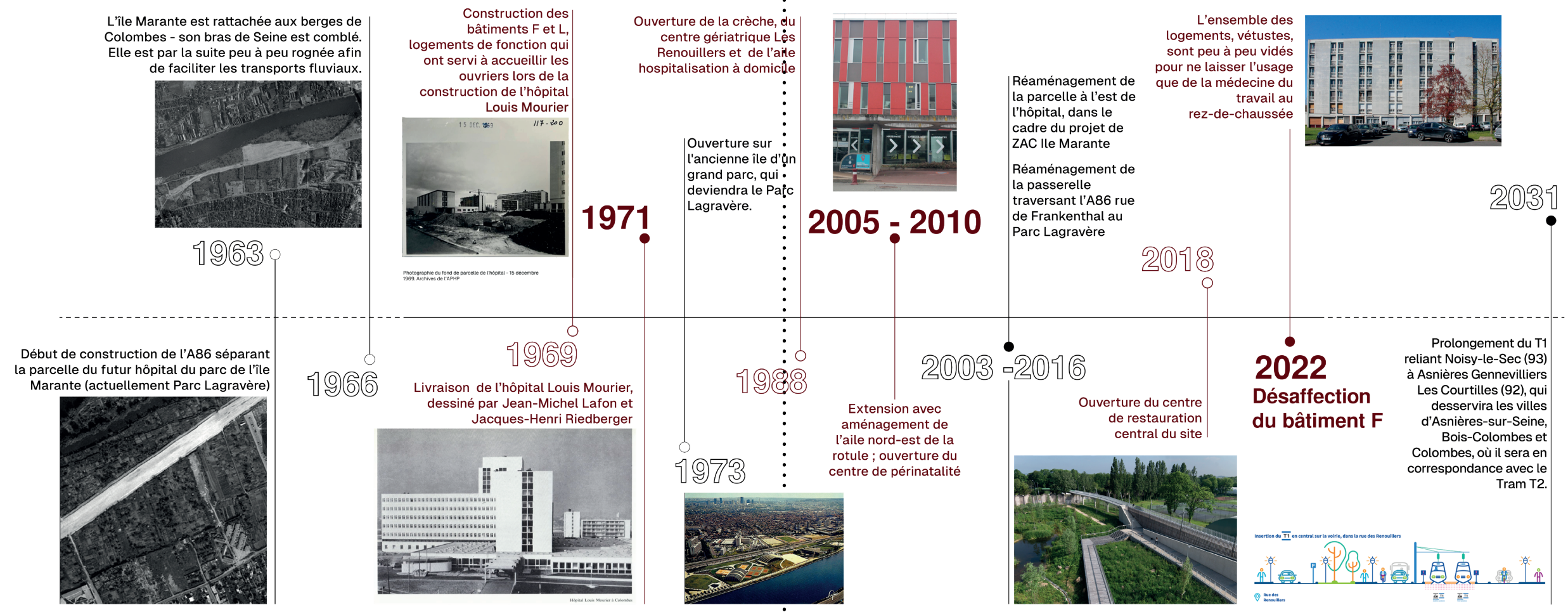
AIA LIFE DESIGNERS - INSTITUT MGEN DE LA VERRIÈRE

PANNEAU DE PRESENTATION DU PROJET « CLIC ». SEPTEMBRE 2025. PRODUCTION REALISEE AVEC AIA LIFE DESIGNERS



◦ Le PFE

Dans la continuité du mémoire, le PFE prolonge une démarche d'architecte-chercheuse fondée sur l'observation, les archives, les récits des soignants et l'arpentage de l'Hôpital Louis-Mourier. Ici, le diagnostic est déjà le projet : la connaissance du bâtiment par ses usagers révèle des ressources pour sa transformation. Le bâtiment F, ancien foyer pour infirmières, est réhabilité en logements et espaces partagés, dans une démarche qui cherche à panser le site sans en effacer la mémoire.



Frise chronologique des événements importants du site de Louis Mourier et de son contexte. Production personnelle

Introduction

Le mémoire et sa méthodologie ont constitué un socle méthodologique pour une démarche de projet. Ainsi, ils proposent une posture d'architecte-chercheuse, fondée sur l'observation, l'expérimentation et l'inscription dans le temps long. Cette initiation à la recherche m'a permis de poser les bases dès le choix du site.

Le travail se structure en trois temps complémentaires, correspondant à trois échelles d'analyse : celle du modèle, celle du projet et celle de l'usage. La méthodologie mise en place pour le PFE s'appuie majoritairement sur le mode opératoire mis en place pour cette dernière échelle, reposant sur une approche sensible, centrée sur l'expérience des usagers.

Dans le mémoire, celle-ci s'appuie sur une enquête de terrain menée au sein de l'EHPAD, combinant plusieurs outils : observations in situ, relevés des usages, analyse des ambiances, ainsi que recueil de témoignages auprès des professionnels et, lorsque cela est possible, des résidents. Elle permet d'identifier les écarts entre les intentions de conception et les usages effectifs, mais aussi de révéler des appropriations informelles, des détournements ou des dysfonctionnements.

Dans le cadre du PFE, l'approche consiste ici à concerter les soignants et les professionnels du site afin de recueillir leurs ressentis et leurs idées, émanant de ceux qui vivent, travaillent, voire habitent le lieu. Cette démarche vise à dépasser le discours prescriptif du projet pour accéder à la réalité vécue des espaces. Une attention particulière est portée aux notions de seuil, d'intimité, de repérage spatial, ainsi qu'aux relations entre surveillance et autonomie. Par ailleurs, les vestiges présents permettent de révéler une mémoire passée, parfois ravivée par les récits actuels de soignants ayant côtoyé les lieux.

L'ensemble de cette méthodologie repose sur une posture de recherche-action, dans laquelle la production de connaissances émerge de l'interaction entre analyse et pratique. Cette approche ouvre des pistes concrètes, telles que la mise en place de formes de permanence architecturale sur site, ainsi que l'adaptation progressive des lieux en fonction de l'évolution des pratiques de soin et des besoins des usagers.

La réhabilitation devient ainsi une hypothèse de travail fondée sur l'analyse du réel, plutôt qu'un principe systématique ou une alternative marginale.

Cette situation soulève une problématique centrale : comment transformer un bâtiment sans effacer les pratiques existantes ni perturber l'équilibre fragile d'un site de soin en activité ? Le projet s'apparente ainsi à une intervention à la fois ciblée, presque « chirurgicale », et globale, nécessitant une compréhension fine des dynamiques internes du site, tout en s'inscrivant dans une échelle élargie, en lien avec le territoire et les mutations du système hospitalier.

Dès lors, comment la recherche, à partir d'une matière mémorielle à la fois vivante et héritée, peut-elle alimenter un projet en lien direct avec son contexte actif ?

Autrement dit, quels liens peuvent être mis en place pour « panser » un fragment au sein d'un site hospitalier en fonctionnement ?

Méthodologie mise en place

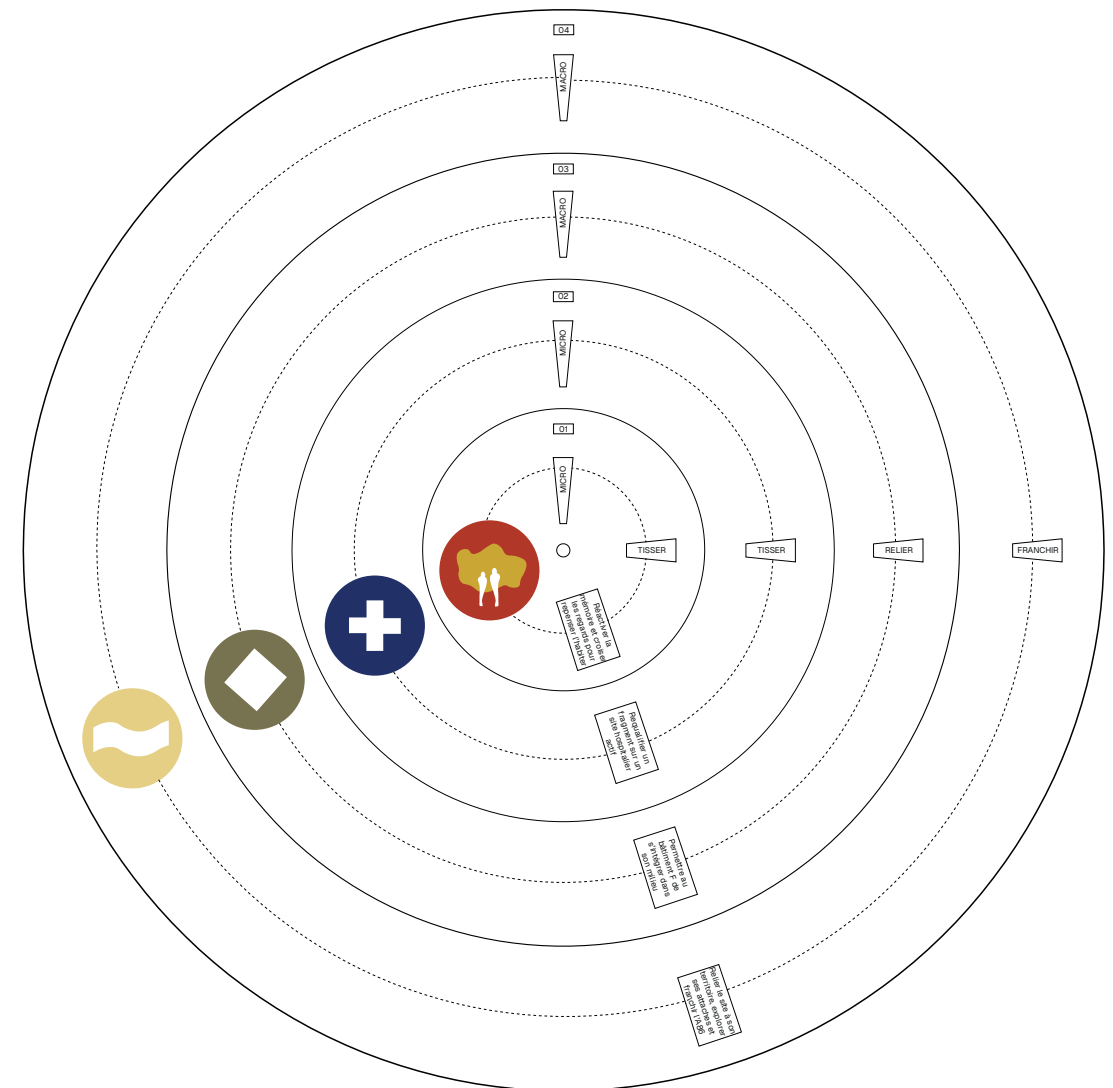
La démarche de projet repose sur un diagnostic rigoureux, engagé dès le semestre 9 à travers la mise en place d'une permanence architecturale sur site, menée depuis le début du mois de décembre. Cette permanence constitue le fondement même de la démarche de projet, en instaurant une présence continue au sein de l'hôpital et en permettant une compréhension située, progressive et incarnée du lieu.

Cette immersion prolongée a permis un arpentage précis du bâtiment F, tant dans ses caractéristiques extérieures qu'intérieures. Elle a donné lieu à la constitution d'un inventaire détaillé du bâti, intégrant les typologies spatiales, les pathologies, les usages observés et les éléments constitutifs du bâtiment. Ce travail d'observation et de relevé, rendu possible par la régularité de la présence sur site, a permis d'être au plus près des contraintes matérielles comme des potentialités du bâtiment, et constitue ainsi le socle direct de la fabrication du projet.

Cette démarche s'est également enrichie d'un relevé mémoriel

du site, à travers un inventaire photographique des anciens logements et une recherche progressive des personnels y ayant vécu, ainsi que de ceux résidant encore dans les logements de fonction du site. La permanence architecturale favorise par ailleurs un contact direct et continu avec les soignants et le personnel hospitalier, permettant de comprendre leurs pratiques quotidiennes, leurs contraintes, mais aussi leurs envies et leurs idées.

Ainsi, à l'inverse d'une approche distante ou uniquement analytique, cette posture engage une architecture située, attentive et évolutive, fondée sur l'écoute, la concertation et la connaissance fine du terrain, où la permanence devient un véritable outil de production du projet.

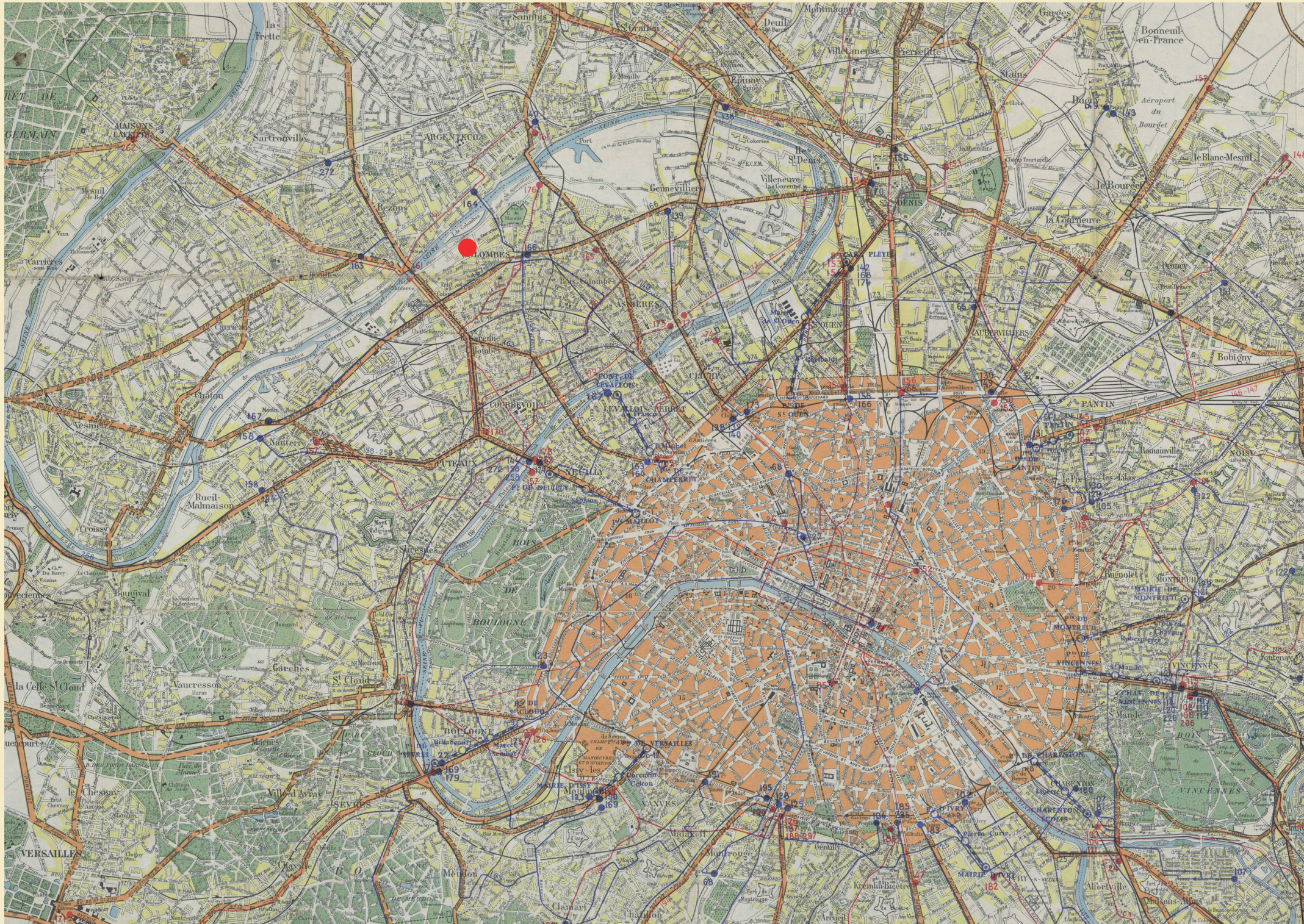


Disque d'angles d'attaques, réalisé afin de sédimenter mais relier les différents angles de projet. Production personnelle

1.

Contextualiser échelle du territoire

1.



Contextualiser

Nouveau plan de la région parisienne, 1960

FranceArchives, portail national des Archives, Ministère de la Culture, <https://francearchives.gouv.fr/facomponent/9359969627d8813c24fdbe41ca4d3be95419d5dd>

Contextualiser

Colombes, ville concentrique



Carte des Hauts-de-Seine en 1970, Amicale Pluricollection de Colombes, « Colombes notre Ville », <https://colombes.multicollection.fr/plans-de-colombes/carte-des-hauts-de-seine-en-1970/>

Colombes est une commune située dans le département des Hauts-de-Seine, en Île-de-France, à proximité immédiate de Paris. Elle appartient à la première couronne de l'agglomération parisienne et présente les caractéristiques d'une ville de banlieue dense. Son développement s'est principalement effectué à partir du XIX^{ème} siècle grâce à l'essor des réseaux de transport et à l'expansion de la capitale.

La forme urbaine de Colombes s'organise autour d'un centre-ville historique, structuré par les principaux équipements publics, commerces et services. À mesure que la ville s'est développée, des quartiers résidentiels se sont étendus autour de ce noyau central, mêlant habitat pavillonnaire, immeubles collectifs et, dans certains secteurs, grands ensembles construits au cours du XX^e siècle. La commune se situe également en bord de Seine, dont une des boucles marque et structure son territoire.

Le territoire communal présente ainsi une morphologie urbaine diversifiée, caractéristique des communes de la proche banlieue parisienne. La ville se distingue par une densité relativement élevée, un maillage routier développé (avec notamment l'A86) et une forte connexion aux communes voisines. Cette organisation favorise la mixité des fonctions urbaines, associant logements, activités économiques, équipements publics et espaces végétalisés.

Les espaces végétalisés occupent une place importante dans la ville de Colombes, notamment grâce à la présence du parc

départemental Pierre-Lagravère, situé en bord de Seine. Cet espace constitue aujourd'hui l'un des principaux poumons verts de la commune et participe à l'amélioration du cadre de vie des habitants. Avec ses vastes pelouses, ses massifs boisés, ses cheminements piétons et cyclables ainsi que ses équipements de loisirs, le parc offre un lieu de détente, de promenade et de pratique sportive à l'échelle de la ville mais également du département.

À l'origine, le territoire du quartier de l'Île Marante était composé de plusieurs îles de la Seine, dont l'Île Marante, qui lui donne son nom, et l'Île du Moulin-Joly. Ces espaces naturels étaient autrefois séparés de la ville par un bras du fleuve. Au XVIII^e siècle, le site était déjà réputé grâce au jardin paysager du Moulin-Joly, conçu par Claude-Henri Watelet selon les principes du jardin anglais, mêlant nature, promenades et mises en scène du paysage.

Au cours du XX^{ème} siècle, les transformations liées au développement urbain et aux infrastructures ont profondément modifié le site. Le bras de Seine a été progressivement comblé et l'Île Marante a été rattachée à la rive afin de permettre notamment la construction de l'autoroute A86. Cette mutation a entraîné la disparition du caractère insulaire du lieu mais a également ouvert de nouvelles possibilités d'aménagement. C'est dans ce contexte que l'hôpital Louis Mourier termine sa construction en 1971. La création du parc Pierre-Lagravère s'en suit en 1973 afin de préserver une grande partie des berges et de maintenir une continuité paysagère le long de la Seine.

L'évolution du secteur s'est poursuivie avec le projet de la ZAC de l'Île Marante dans les années 2010, engagé dans une logique de renouvellement urbain. Ce projet, développé dans le cadre de l'ANRU, prévoit la démolition d'anciens ensembles résidentiels et la création d'un nouveau quartier comprenant environ 450 logements, des espaces publics requalifiés et de nouvelles liaisons vers le parc Pierre-Lagravère. L'objectif est de reconnecter les habitants aux espaces verts et aux berges de Seine tout en améliorant la qualité urbaine du quartier.

Le projet accorde une place centrale au paysage. Un parc linéaire traverse le quartier et prolonge les espaces verts existants jusqu'au parc départemental. Des aménagements écologiques, comme des prairies humides et des bassins de rétention intégrés au paysage, ont également été mis en place afin de favoriser la biodiversité et de renforcer la gestion naturelle des eaux pluviales. Cette transformation illustre la volonté de faire des espaces verts un élément structurant du développement urbain de Colombes.



Le Moulin-Joly ; Colombes. Carte postale Delcampe



Square Victorine Meurent, passage direct vers la passerelle Rue de Frankenthal. Photographie personnelle

Contextualiser

L'hôpital Louis Mourier

Les années 1960 et 1970 marquent un tournant majeur pour la santé en Île-de-France, caractérisé par une politique ambitieuse de modernisation hospitalière. Portée par la réforme Debré, cette période voit l'émergence de structures d'un genre nouveau, conçues pour intégrer sous un même toit le soin, l'enseignement et la recherche. C'est dans ce contexte de profonde mutation architecturale et médicale que s'inscrit la réalisation de l'hôpital Louis-Mourier à Colombes.

Cet établissement constitue l'une des réalisations majeures du binôme d'architectes Jean-Michel Lafon et Jacques-Henri Riedberger, alors au service de l'Assistance publique. C'est forts de l'expérience acquise lors de la maîtrise d'œuvre du centre hospitalier universitaire Henri-Mondor à Créteil (un chantier d'envergure débuté en 1965 et achevé en 1969 selon un cahier des charges rigoureux) que les deux concepteurs se voient confier ce nouveau projet dans la boucle Nord des Hauts-de-Seine. La construction de l'établissement de Colombes débute ainsi en 1969 pour s'achever en 1972. Lafon et Riedberger y appliquent leur savoir-faire en matière de modernisme hospitalier, en appliquant une structure fonctionnelle parfaitement adaptée aux nouvelles exigences médicales de l'époque. L'architecture repose sur une optimisation rigoureuse des flux de soins et une sectorisation claire, séparant distinctement le plateau médico-technique, les zones d'hospitalisation traditionnelles et les services administratifs.

Au fil des décennies, l'établissement a su évoluer pour devenir un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de premier plan, rattaché à l'Université Paris-Cité. Fort de ses quelque 460 lits et de ses 1 800 professionnels de santé (dont près de 400 médecins), il assure désormais une triple mission de soins de proximité, d'enseignement et de recherche de pointe. Témoin de son importance territoriale, son service d'urgences, englobant les urgences adultes, pédiatriques et gynécologiques, accueille chaque année plus de 60 000 patients. Il dessert principalement un bassin de plus de 500 000 habitants comprenant Colombes, Gennevilliers, Nanterre, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes et Villeneuve-la-Garenne³.

3. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), Service de pédiatrie générale et urgences pédiatriques – Hôpital Louis-Mourier, consulté sur Galeries AP-HP : <https://www.aphp.fr/louis-mourier/service-de-pediatrie-generale-et-urgences-pediatriques>



Photographie d'ensemble du bâtiment principal, 1978. Archives APHP

L'hôpital Louis-Mourier occupe une position stratégique au sein du système de santé du Grand Paris.

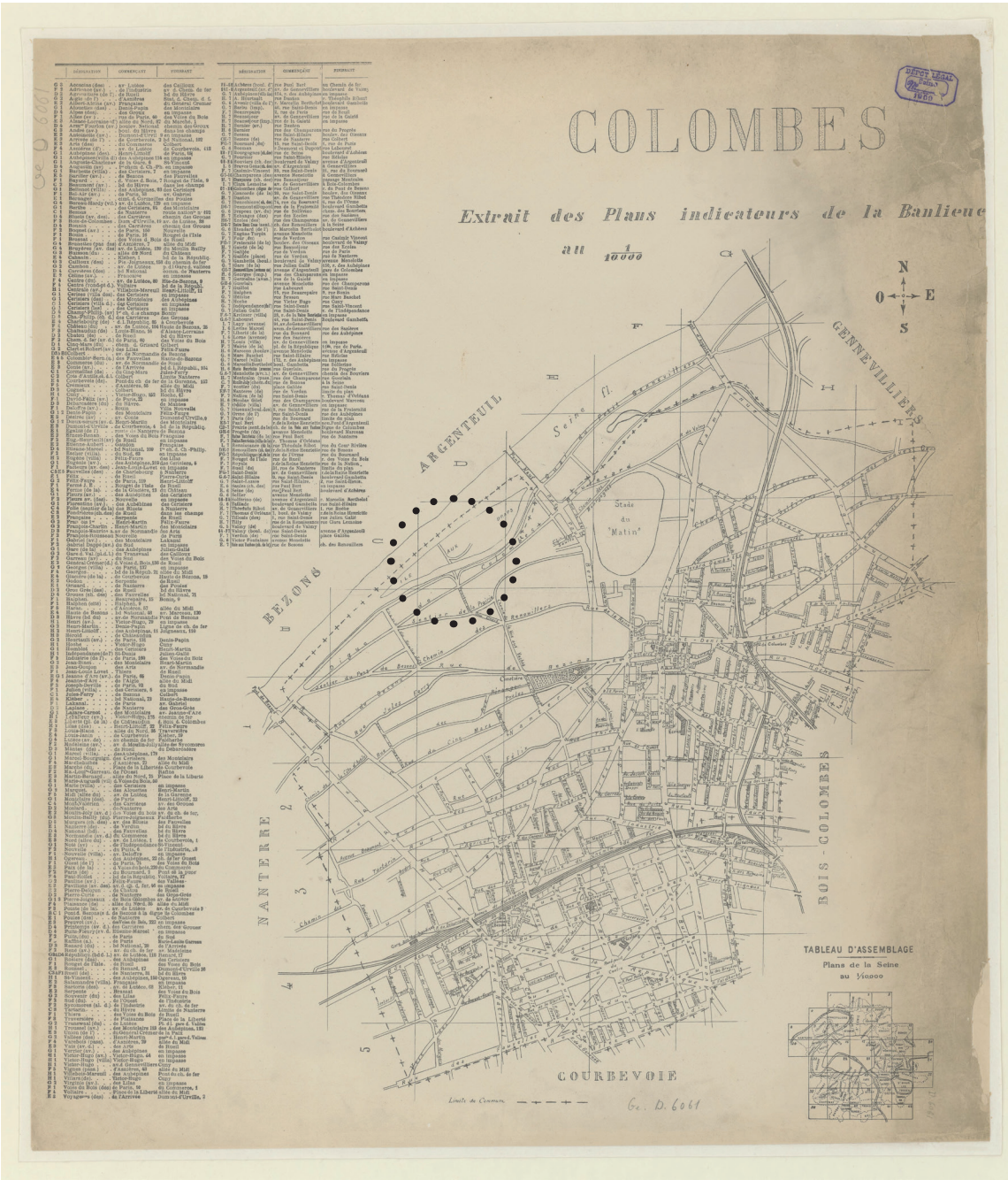
Principal établissement hospitalo-universitaire du nord-ouest métropolitain, il assure une mission de proximité pour les habitants du nord des Hauts-de-Seine tout en développant des activités de recours spécialisées, notamment en périnatalité, en psychiatrie et dans la prise en charge de certaines maladies rares. Implanté dans un territoire en forte croissance démographique, caractérisé par d'importantes disparités sociales et des besoins de santé élevés, il constitue un équipement structurant contribuant à réduire les inégalités d'accès aux soins entre Paris et sa périphérie.

À la différence du centre hospitalier de Nanterre situé non loin, dont les missions sont davantage orientées vers la médecine de proximité, les soins de suite, la réadaptation et l'accompagnement médico-social, Louis-Mourier joue un rôle de référence à l'échelle métropolitaine et s'inscrit comme une interface entre soins courants et prise en charge hautement spécialisée. Cette complémentarité entre les deux établissements participe à l'organisation sanitaire du nord-ouest francilien, où Louis-Mourier apparaît comme le principal pôle hospitalier universitaire au service d'un territoire dense et socialement contrasté.

En parallèle de son architecture avant-gardiste, l'ouverture de l'hôpital Louis-Mourier s'accompagne d'un volet social et d'une gestion logistique novatrice, portée par un remarquable effort d'humanisation. Cet effort vise tant à faciliter le séjour des malades qu'à améliorer les conditions de vie et de travail des équipes hospitalières. Dans cette optique, l'établissement intègre d'emblée des structures clés pour la formation et les familles du personnel : un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) doté de cent cinquante places dont cinquante en internat, ainsi qu'une crèche de cent vingt berceaux pour accueillir les enfants des salariés.

Aujourd'hui, l'IFSI représente environ 40 % des embauches après l'obtention du diplôme, ce qui contribue à pérenniser les équipes formées sur place. Les étudiants sont désormais majoritairement issus du territoire de proximité, favorisant ainsi leur maintien dans la région après leurs études. Auparavant, les promotions étaient principalement composées d'étudiants venant d'autres régions, qui retournaient généralement dans leur territoire d'origine une fois diplômés. Cette évolution participe à la stabilisation des effectifs et au renforcement de l'ancrage local des professionnels de santé.

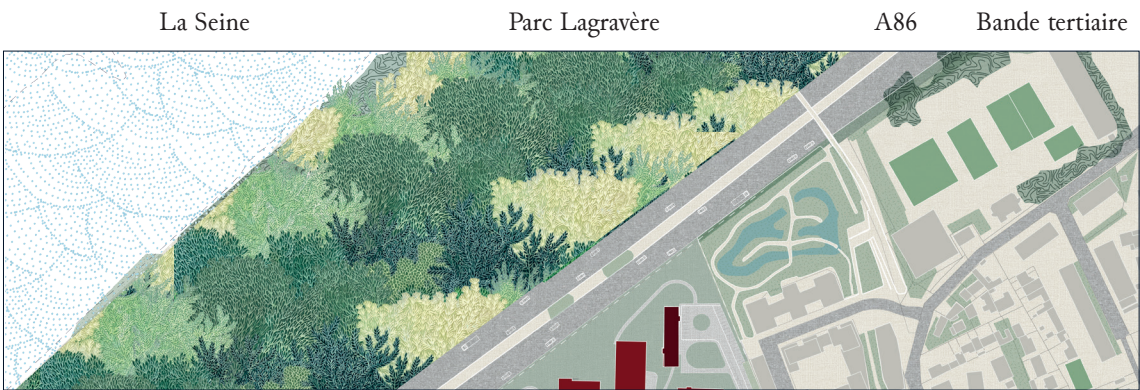
Photographie vue depuis le fond de la parcelle, avec en premier plan le service technique du site, 1971. Archives APHP



Colombes. Extrait des plans indicateurs de la Banlieue 1/1000. 1909. Bibliothèque nationale de France (BnF), Gallica – bibliothèque numérique, document consultable en ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b530066245?rk=21459;2>

Contextualiser

Analyse des alentours



Le bâtiment F vis-à-vis de son contexte. Production personnelle

Le site de l'hôpital Louis-Mourier s'inscrit dans une situation à la fois stratégique et contrainte. Implanté à proximité immédiate de l'A86, il apparaît aujourd'hui relativement enclavé dans une trame urbaine fragmentée, où les grandes infrastructures routières constituent autant une desserte qu'une barrière. Pourtant, il se situe au cœur d'un territoire de santé en forte croissance, notamment sur les communes de Nanterre et Colombes, avec une augmentation de la fréquentation estimée à plus de 2000 habitants par an, confirmant son rôle d'hôpital de secteur structurant à l'échelle du nord-ouest métropolitain.

Cette centralité s'accompagne néanmoins de fortes contraintes de mobilité. Une très large part du personnel, estimée entre 70 % et 75 %, effectue ses trajets en voiture, avec des temps de déplacement moyens compris entre 45 minutes et 1 heure. Cette dépendance automobile est renforcée par la difficulté d'accès en transports en commun efficaces, dans un contexte où le prolongement du tramway, longtemps annoncé notamment dans la perspective des Jeux olympiques de 2024, a été repoussé à l'horizon 2032. Cette situation crée un temps d'attente long et incertain, souvent résumé sur le terrain par une forme de lassitude face à un projet de transport attendu depuis des années.

Malgré ces contraintes d'accessibilité et d'enclavement, le site de l'hôpital bénéficie d'un contexte paysager et territorial remarquable, en lien direct avec le parc départemental



La prairie Moulin-Joly ; la réserve naturelle de Colombes. Photographie personnelle

Pierre-Lagravère. Ancienne île de la Seine, l'Île Marante a été progressivement rattachée à Colombes dans les années 1950, notamment à la suite des transformations liées aux grandes infrastructures et à la construction de l'A86. Ce territoire, longtemps marqué par les dynamiques industrielles et routières, a été en partie reconverti en un vaste espace vert structurant pour le nord des Hauts-de-Seine.

Aujourd'hui, cette proximité immédiate avec le parc constitue une véritable ressource pour le site hospitalier. Elle offre un paysage ouvert, végétalisé et continu, en contraste direct avec la densité urbaine environnante et les infrastructures routières. Le parc pourrait ainsi devenir un prolongement naturel de l'hôpital, un support potentiel pour les usages de soin, de marche, de rééducation ou simplement de respiration quotidienne pour les patients, les soignants et les visiteurs.

Cette qualité paysagère introduit une autre lecture du site : malgré le fait qu'il soit enclavé, il fait partie d'un ensemble plus large lié à la Seine. Les continuités de végétation et les anciens tracés des îles redessinent aujourd'hui une structure paysagère à l'échelle métropolitaine, favorable aux usages de promenade, de nature et de mobilités douces.



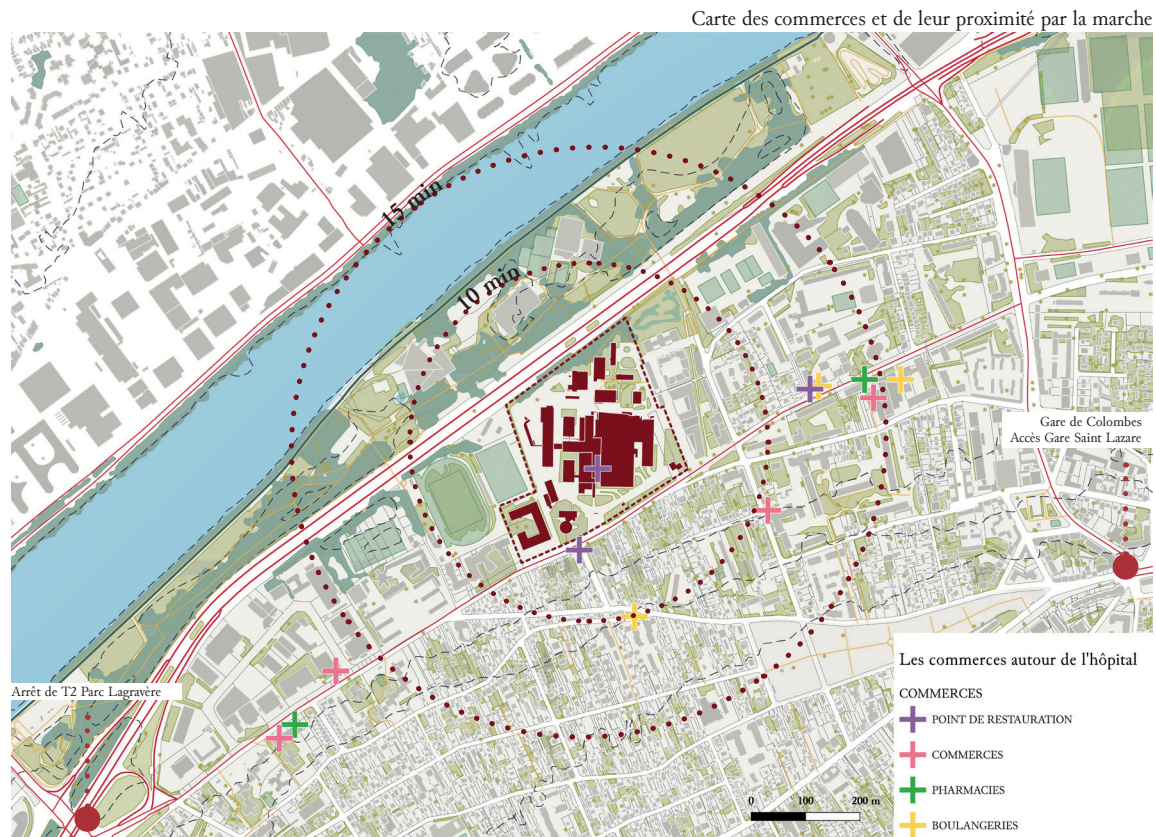
Construction de la passerelle rue de Frankenthal.
MoDem Colombes, « Colombes : une passerelle sur l'A86 réaménagée », 15 août 2013



La prairie Moulin-Joly ; les moutons sur site. Photographie personnelle

Le Parc Lagravère. Carte des mobilités douces et espaces végétalisés à proximité de l'hôpital. Production personnelle





Autour de la rue des Renouillers, l'accessibilité piétonne aux commerces de proximité s'organise selon une gradation assez lisible, directement liée à la structure du tissu urbain.

Dans l'immédiat autour de l'hôpital, à quelques minutes de marche, l'offre est essentiellement tournée vers les besoins de santé. Très proches du site, les pharmacies sont facilement accessibles pour les patients comme pour les visiteurs, sans nécessiter de déplacement important.

En s'éloignant légèrement, entre 10 et 15 minutes à pied, le paysage commence à changer. On rejoint progressivement des rues plus résidentielles et plus actives commercialement, où apparaissent les boulangeries. Elles s'insèrent dans le quotidien des habitants du quartier, souvent sur des axes de passage.

Dans ce même périmètre élargi, les supérettes et petits commerces alimentaires se situent principalement dans les zones un peu plus denses de Colombes. Leur accès à pied reste tout à fait possible, mais implique une marche un peu plus longue, qui marque une transition entre l'espace hospitalier et la ville habitée. Les supermarchés plus importants sont généralement atteignables en une quinzaine de minutes ou un peu plus.

Autour de la rue des Renouillers, à proximité de l'hôpital Louis-Mourier à Colombes, l'accessibilité piétonne aux écoles est globalement correcte mais étalée selon les niveaux scolaires.

Au-delà de la crèche directement implantée au sein de l'hôpital, dans un rayon de 5 à 10 minutes à pied, on trouve principalement quelques écoles élémentaires situées dans les quartiers résidentiels proches. Elles sont facilement accessibles et s'intègrent dans un tissu de proximité, avec des trajets simples et globalement sécurisés pour les piétons.

Les collèges, quant à eux, sont un peu plus éloignés, autour de 15 à 20 minutes à pied. Ils restent accessibles mais nécessitent des déplacements plus longs, souvent en lien avec des axes plus fréquentés. Un lycée de secteur est également accessible : le lycée Guy de Maupassant, situé rue Robert Schuman à Colombes, se trouve à environ 25 à 35 minutes à pied depuis le secteur de l'hôpital Louis-Mourier.

Ainsi, l'accessibilité des établissements scolaires autour de la rue des Renouillers repose sur une proximité efficace pour le primaire, tandis que le secondaire s'inscrit dans un rayon de marche plus large.



2.

Prendre connaissance échelle de l'hôpital

2.



Photographie de mon bureau au sein du service technique, février 2026. Photographie personnelle

Prendre connaissance

Prendre connaissance

Inventorier ; les archives



Vue aérienne du quartier de l'Ile Marante, 1970. Livraison de l'hôpital Louis Mourier. *Bob the Frog – Colombes Hier & Aujourd'hui, quartier Ile Marante*

Dès mon arrivée sur le site, je me suis retrouvée confrontée à un manque important de documents graphiques concernant l'existant, me permettant de mieux comprendre ce site. Les premières semaines à l'hôpital Louis Mourier ont ainsi été marquées par une lecture fragmentaire du bâtiment, difficile à appréhender dans sa globalité.

Peu à peu, avec l'aide du service technique, les archives originelles du site et du bâtiment F, dont la consultation n'avait, à ce jour, jamais été demandée, ont été retrouvées, conservées au sous-sol de l'hôpital. Ces documents, partiels mais précieux, concernaient le rez-de-chaussée, le sous-sol, ainsi que quelques détails de façade et une coupe. À partir de ces éléments, les plans d'étages ont été progressivement recomposés et enrichis par des calques successifs.

En parallèle, une visite aux archives de l'AP-HP à l'hôpital Bicêtre est venue compléter cette recherche. J'y ai découvert des photographies d'époque qui ont ouvert une autre lecture du bâtiment : sa structure, sa construction, mais aussi son implantation initiale dans le site et son rapport au paysage, avant les transformations successives comme l'ajout du bâtiment périnatal en 2009 ou l'ouverture du restaurant en 2015.

Cela m'a également permis de prendre conscience du rapport au paysage environnant, avec, à l'époque, deux barres de logements nommées barres Île Marante, livrées en 1963 peu avant l'hôpital et détruites en 2005, ainsi que l'A86, dont les murs de protection acoustique ont été installés en 1981⁴, et sa frange non bâtie. Peu à peu, ces fragments dispersés ont permis de reconstituer une mémoire du lieu.



Barre « Ile Marante », photographie prise en 1964 depuis l'autre côté de l'A86, sans bordures. *Bob the Frog – Colombes Hier & Aujourd'hui, quartier Ile Marante*

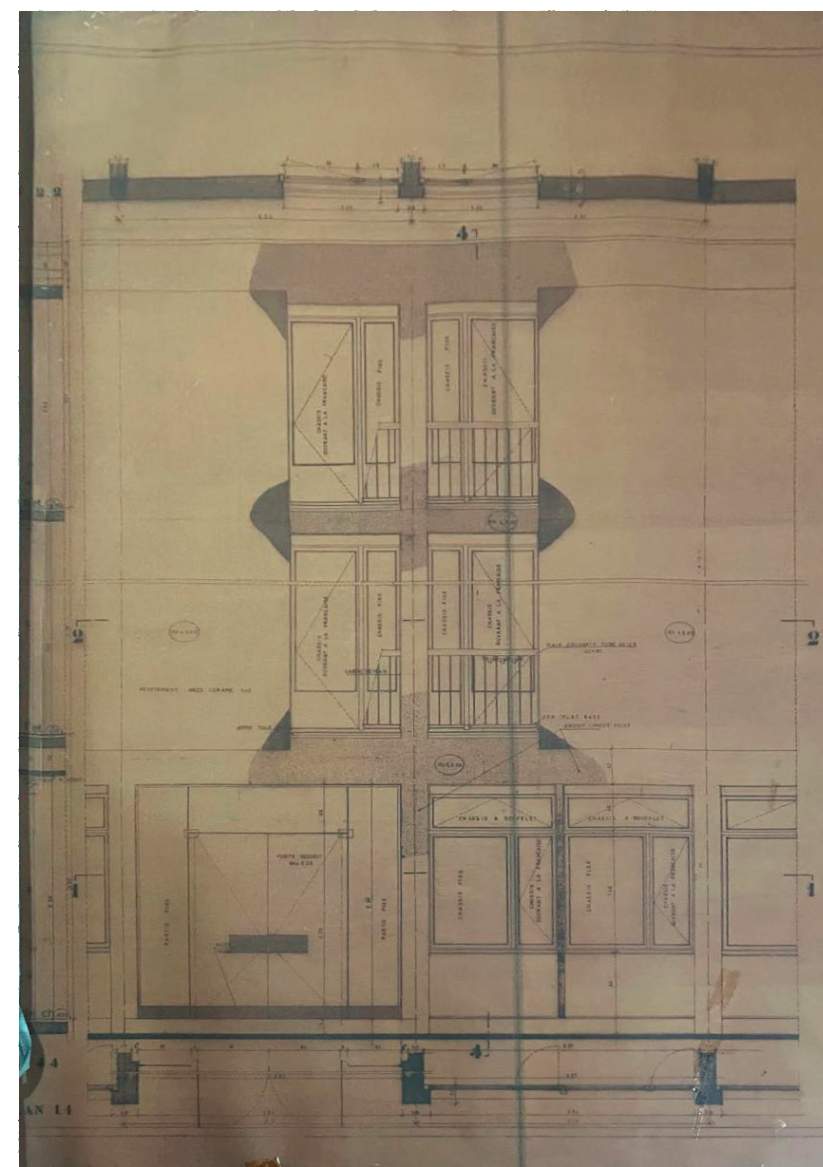
4. *Bob the Frog – Colombes Hier & Aujourd'hui, quartier Ile Marante*



Blocs préfabriqués de la rotule principale, 1968. Archives AHP



Construction du bâtiment F, pose des voiles porteurs du rez-de-chaussée, 1969. Archives AHP



Façade est du bâtiment F, 1/50ème. Archives du service technique de l'hôpital

Prendre connaissance

L'arpentage

Il est essentiel d'aborder le site de l'hôpital dans sa globalité, en articulant à la fois son fonctionnement interne et ses relations avec son environnement extérieur. En interne, cela implique de comprendre l'organisation des différents pôles, les circulations, les usages et les rythmes propres à un établissement hospitalier, où cohabitent soins, logistique et vie quotidienne du personnel.

En externe, le site ne peut être dissocié de son inscription territoriale : ses accès, ses continuités paysagères, ses liens avec les équipements voisins et les grandes infrastructures structurent profondément son fonctionnement. Cette double lecture permet de dépasser une vision fragmentée de l'hôpital pour le considérer comme un système ouvert, en interaction permanente avec la ville, les mobilités et les espaces naturels environnants, condition indispensable pour envisager toute évolution cohérente du site.

L'arpentage réalisé autour du site m'a ainsi permis de révéler ses qualités à l'échelle du grand territoire, notamment ses continuités paysagères, ses liens avec le parc Pierre-Lagravère et sa position stratégique dans le nord des Hauts-de-Seine. Cette lecture élargie met en évidence des potentiels souvent peu perceptibles à l'échelle de la parcelle hospitalière. Elle m'a ensuite permis de réinterpréter ces éléments et de les rapporter au bâtiment F, support de mon projet, en le replaçant dans un système de relations plus vaste.

Le support de projet s'ancre ainsi dans une logique de continuité entre site et territoire, où les qualités extérieures deviennent des ressources actives pour transformer et enrichir le bâtiment existant.

Vue depuis le square Victorine Meurent,
vue sur l'aile nord



Détail sur la façade de la rotule de
l'hôpital



Vue sur le bâtiment F depuis le tennis
club de Colombes



Interstices ; l'importance de l'autoroute
A86 vis-à-vis du bâtiment F



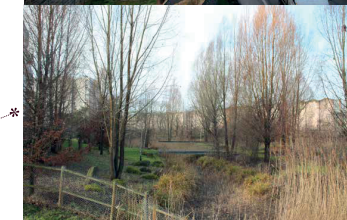
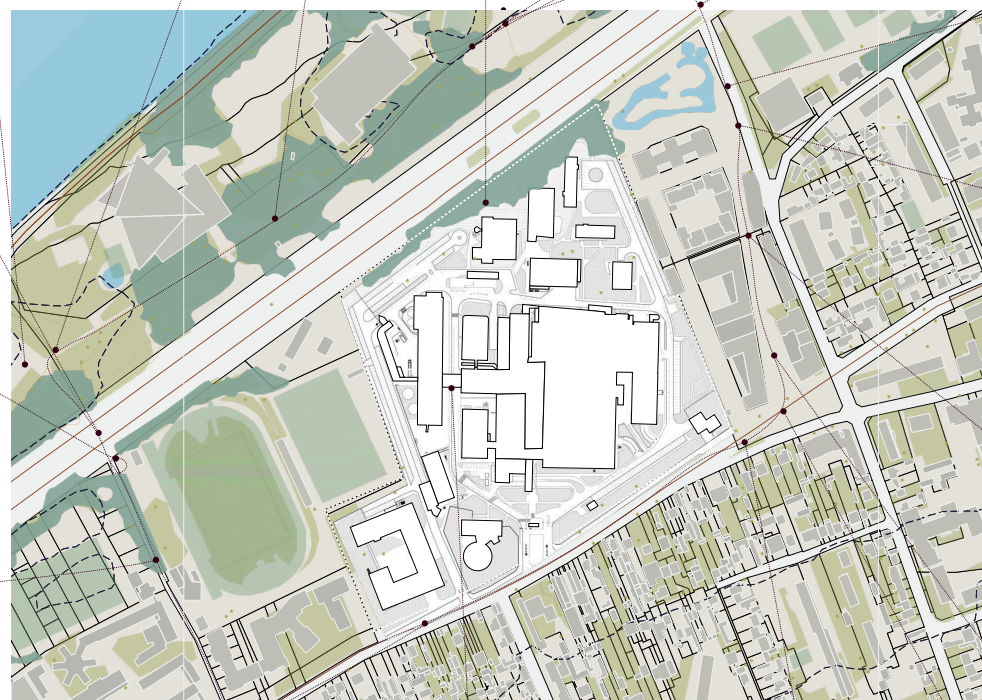
Photographie de la chambre n°407



Photographie de l'espace SMPS, R+5 du
bâtiment F



Photographie de la chambre n°409



Prendre connaissance

La parole usagère



La terrasse du restaurant de l'hôpital, lieu de pause idéal lors des beaux jours. Photographie personnelle

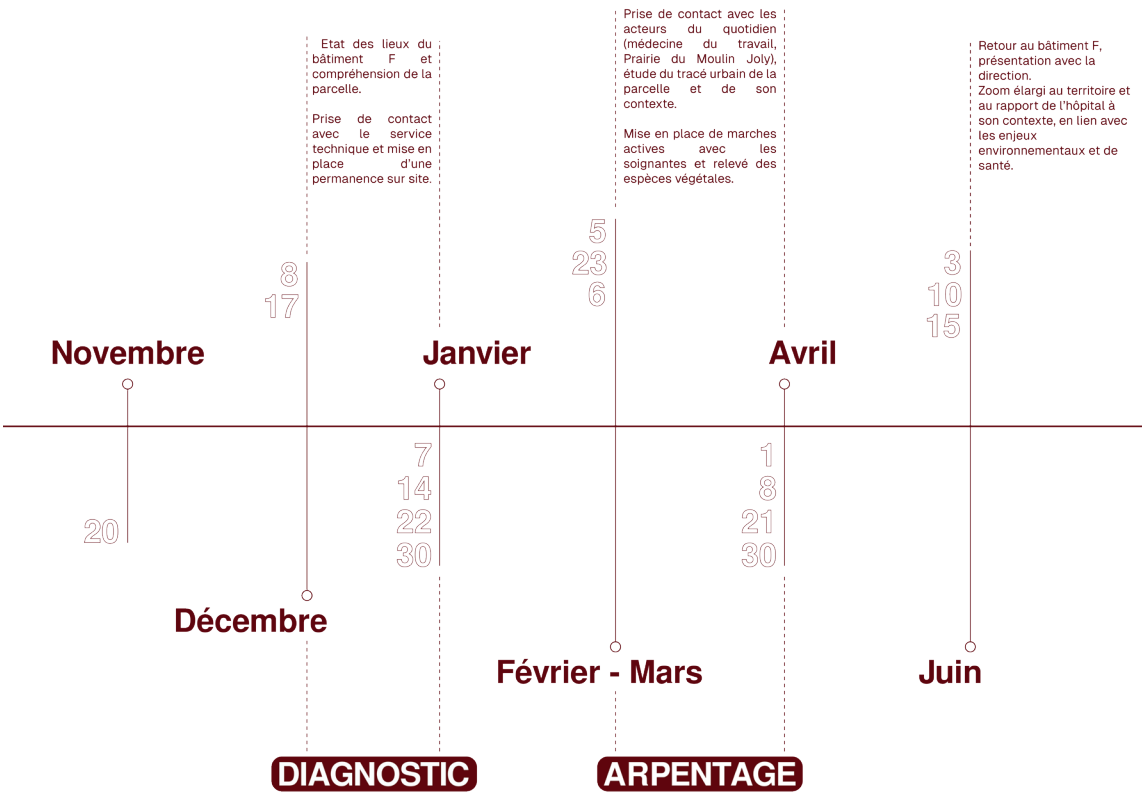
Pour ce dernier projet, et dans la continuité de la méthodologie développée lors de mes différents stages au cours de mon année de césure précédant cette dernière année de master, j'ai souhaité inscrire ma démarche dans une logique de permanence sur site. Le fait que ce site soit proposé pour la première fois dans le cadre du domaine d'étude, associé à la mise à disposition de pièces graphiques déjà existantes, rendait d'autant plus nécessaire une immersion directe et prolongée sur le terrain.

Être au plus près du cas d'étude m'a permis de passer du temps sur site, d'observer ses rythmes, mais aussi d'échanger avec les usagers du quotidien : soignants, patients, habitants et personnes ayant parfois vécu ou vivant encore sur place. Cette présence régulière a constitué un outil de projet à part entière, permettant de dépasser une lecture uniquement programmatique ou théorique de l'hôpital pour en saisir les usages réels et les logiques d'appropriation.

Peu à peu, la parole des usagers a orienté la réflexion et a contribué à affiner les intentions du projet, en l'inscrivant davantage dans une logique d'activité et de fonctionnement vivant du site. Comprendre comment l'hôpital est arpenté au quotidien, comment il s'inscrit dans les trajectoires de vie de ses usagers et comment il dialogue avec son environnement proche a permis de révéler des enjeux essentiels, souvent invisibles. Cette approche par l'usage a ainsi constitué un véritable fil conducteur du projet.

Grâce à ce lien étroit avec le site, j'ai pu adopter une posture régulière d'usager, en m'y rendant environ une fois par semaine. Cette présence récurrente m'a permis de vivre l'hôpital de l'intérieur, non pas uniquement comme objet d'étude, mais comme lieu habité, traversé par des rythmes et des usages quotidiens. Elle a également offert l'occasion de rencontrer différents corps de métier, d'échanger avec les soignants, les agents et les équipes administratives, et de mieux comprendre la complexité de leurs pratiques.

PERMANENCE SUR SITE

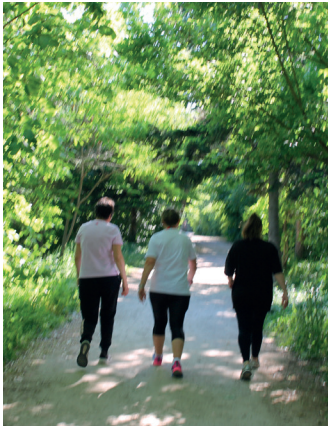


Au fil des visites, j'ai pu m'intégrer à certains événements du quotidien, comme la marche active organisée par un collectif de soignantes le jeudi soir, ou encore les moments informels de discussion au restaurant de l'hôpital. Ces situations ont permis d'appréhender autrement les dynamiques sociales du site, au-delà de sa seule fonction médicale.

Par ailleurs, les témoignages recueillis auprès des usagers et des professionnels ont constitué une source précieuse pour mieux comprendre l'histoire de l'hôpital, ses évolutions et ses transformations successives. Cette immersion progressive a ainsi nourri une compréhension plus sensible et située du lieu, en révélant la richesse des usages et des relations humaines qui s'y construisent au quotidien.

Cette immersion régulière a ainsi profondément enrichi la lecture du site et orienté la démarche de projet. Elle a permis de dépasser une approche strictement fonctionnelle ou programmatique pour s'inscrire dans une compréhension plus sensible, ancrée dans le vécu quotidien de l'hôpital.

Frise de mes venues au sein de l'hôpital suivant les différentes phases du processus de conception.



La marche active du jeudi soir, permettant de profiter des qualités du Parc Lagravère. Photographie personnelle

Autres retours suite aux échanges :



Sandrine, médecin au sein de la médecine du travail

Les locaux sont jugés inadaptés et peinent à trouver une place cohérente sur le site. Initialement prévus au 8ème étage du bâtiment principal, ils n'ont finalement pas pu y être installés faute d'espace disponible. Cette situation s'inscrit dans un contexte d'incertitude.

Lors de mon arpentage des différents programmes mis en place pour renforcer le bien-être au travail du personnel sur site, j'ai fait la rencontre de Sandrine Proutiot, en charge de la bulle de détente, un espace composé d'une zone de massage et d'un espace de sieste.

Arrivée sur le site en 1991, Sandrine Proutiot a d'abord été recrutée pour travailler en pédiatrie, tout en suivant simultanément une formation en néonatalogie, département dans lequel elle a ensuite évolué avant d'être rattachée, en 2024, à la bulle de détente de l'hôpital.

Durant ses trois premières années, Sandrine a vécu au cœur de l'établissement, occupant la chambre 506 (qui abritait dernièrement les locaux de l'UNSA Santé). Elle garde le souvenir d'un aménagement minimaliste, qu'elle a toutefois pu personnaliser : moquette aux murs ; pièce d'eau composée d'un bidet et d'un lavabo intégrés à la chambre (espace non cloisonné), auxquels elle a ajouté un meuble ; pour tout mobilier principal, un clic-clac ainsi qu'un réfrigérateur surmonté d'un four doté de plaques de cuisson. La vie sociale s'organisait autour d'une salle à manger partagée peu fréquentée, depuis que l'époque des fêtes y fût déjà révolue car interdite une année avant son arrivée. Le peu de douches et sanitaires disponibles ne l'a jamais dérangée.

L'intérêt de ces échanges réside dans la possibilité de condenser un maximum de souvenirs liés à la mémoire du site, à travers des récits incarnés de celles et ceux qui l'ont habité et pratiqué sur la durée.

À ce jour, il subsiste encore quelques personnes travaillant sur le site ayant vécu dans le bâtiment F, dont les témoignages constituent une ressource précieuse pour comprendre les usages passés, les modes d'habiter et les transformations progressives du bâtiment. Ces fragments de mémoire participent à la reconstitution d'une histoire vécue du lieu, complémentaire à l'ensemble des documents disponibles à ce jour.



Moquette au sol • • • • •



Moquette murale dans la pièce de vie

Meuble vitré ajouté

3.

Regarder le déjà-là
échelle du bâtiment F

3.

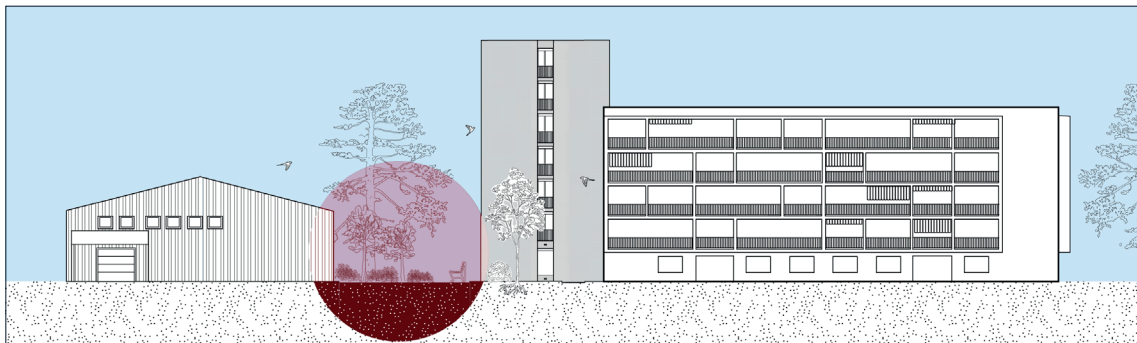


Photographie de l'IFSI et du bâtiment F et de leur lien avec l'A86, 1971. Archives APHP

Regarder le déjà-là

Regarder le déjà-là

Les logements de fonction



Habiter son lieu de travail : comprendre comment dialoguer les différentes échelles d'intimité. Production personnelle

Un effort « d'humanisation »

Un logement de fonction est un logement mis à disposition par l'employeur pour faciliter l'exercice des fonctions du salarié, généralement situé à proximité du lieu de travail.

Cette politique sociale prend une dimension particulièrement ambitieuse à travers un programme résidentiel innovant pour l'époque. Au cœur de cette démarche d'humanisation⁵, la question des conditions de vie du personnel fait l'objet d'une attention particulière afin de faciliter leur quotidien et de garantir leur fidélisation. Pas moins de trois cents logements de fonction sont ainsi créés pour permettre aux équipes de mieux concilier exigences professionnelles et vie de famille. Ce parc immobilier se répartit de manière stratégique selon les besoins du service : cent logements sont directement intégrés dans l'enceinte même de l'hôpital, à proximité immédiate de la crèche et de l'IFSI, pour le personnel devant répondre aux nécessités d'une présence immédiate, tandis que deux cents autres sont construits à l'extérieur, sur le secteur de Colombes-Bezons. Ce déploiement massif d'infrastructures résidentielles témoigne d'une volonté remarquable de prendre soin de ceux qui soignent au sein du nouvel établissement.

Au sein de l'hôpital Louis-Mourier, le dispositif de logements de fonction s'organise historiquement en plusieurs bâtiments, chacun répondant à des usages et à des publics spécifiques liés au fonctionnement hospitalier et à la formation.

5. Le Monde, « Le nouvel hôpital de Colombes ouvrira ses portes le 1er octobre », 15 septembre 1971, consulté en ligne : https://www.lemonde.fr/archives/article/1971/09/15/le-nouvel-hopital-de-colombes-ouvrira-ses-portes-le-1er-octobre_2448511_1819218.html

On distingue d'abord un bâtiment dédié aux internes, pensé comme un lieu d'hébergement temporaire en lien direct avec leurs périodes de stage et leur présence intensive à l'hôpital. Il s'agit d'un bâtiment sur deux niveaux, en plus du rez-de-chaussée, composé principalement de chambres avec sanitaires partagés, correspondant à de petites typologies adaptées à une occupation temporaire.

À proximité, le bâtiment L est réservé aux personnels de garde, afin de garantir une disponibilité immédiate lors des astreintes et de faciliter les rotations nocturnes ou de week-end. Ce bâtiment présente une organisation similaire, sur deux niveaux en plus du rez-de-chaussée, avec des chambres et des sanitaires partagés, dans une logique de fonctionnement intensif et de proximité avec les services hospitaliers.

Un troisième bâtiment, ancien foyer infirmier, est aujourd'hui désaffecté. Il témoigne d'une organisation passée du logement des infirmières, où la vie collective et la proximité avec l'hôpital étaient davantage structurées autour de formes de résidence encadrée. Sa programmation est mixte : les deux premiers niveaux accueillent des typologies de type T3 et T4, le troisième étage des studios et des T2, tandis que les niveaux supérieurs (du 4e au 6e étage) sont composés de chambres avec sanitaires partagés.

Les étages supérieures de l'école d'infirmières (IFSI) accueillent les étudiants en formation dans une logique d'apprentissage directement intégrée au fonctionnement hospitalier. On y retrouve majoritairement des chambres et quelques studios.

Un autre bâtiment, initialement destiné à la direction, illustre une logique différente, plus statutaire, liée aux fonctions d'encadrement et à leur rapport spécifique au site hospitalier. Il s'agit d'un bâtiment sur deux niveaux en plus du rez-de-chaussée, composé majoritairement de grandes typologies de type T3 et T4.

Ces bâtiments sont situés en fond de parcelle et constituent le cœur du dispositif des logements de fonction, à l'inverse du bâtiment LD, implanté en front de parcelle, qui se distingue par sa position plus visible et isolée.

Cet ensemble révèle une organisation par strates, entre formation, début de carrière, exercice des soins et fonctions d'encadrement, inscrite dans la continuité du site hospitalier et de ses usages.



Le bâtiment L (anciennement logements pour personnels), 1971. Archives APHP



Le bâtiment pour internes, 1971. Archives APHP



Mobilier au sein des chambres de l'IFSI et du bâtiment F, dessiné par Marc Held, 1971. Archives APHP



Mobilier extérieur devant le pignon sud du bâtiment F. Espace de pause pour les soignants et habitants du site.



Le stationnement juxtaposant le bâtiment F.



Le fond de parcelle du site, espace calme.



Le mur de protection acoustique, et les érables planes tentant de le dissimuler.



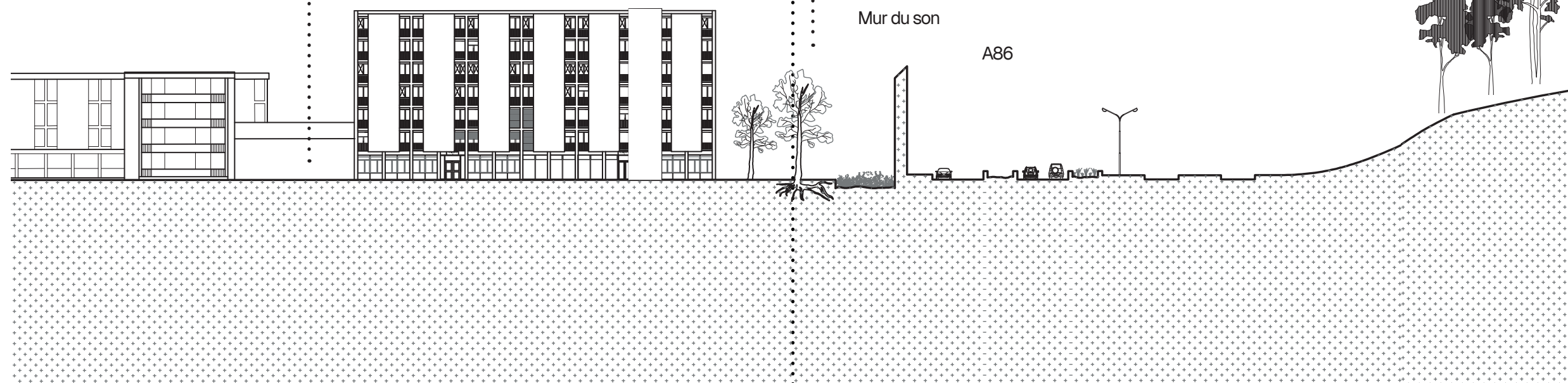
Vue du parc Lagravère, en allant vers le pont de Bezons.

Hôpital Louis Mourier

Bâtiment F

Mur du son

A86



Regarder le déjà-là

Le bâtiment F et ses vestiges



Construction du bâtiment F et L du site - 6 mai 1968. Archives de l'APHP



Photographie du fond de parcelle de l'hôpital - 15 décembre 1969. Archives de l'APHP



Chambre du bâtiment F - juin 1971. Archives de l'APHP



Chambre du bâtiment F - juin 1971. Archives de l'APHP

Le bâtiment, livré en 1969, a permis d'héberger les ouvriers directement sur le chantier. Ces logements constituent ainsi l'un des premiers supports matériels du projet, un véritable « déjà-là » qui a progressivement influencé l'organisation générale du futur établissement.

Aujourd'hui, la demande croissante en logements de fonction à l'échelle hospitalière, mais également de manière plus générale, conjuguée à l'histoire du site et à la présence de bâtiments initialement dédiés à l'hébergement, rend naturelle la poursuite de ce programme dans le cadre de la reconversion du bâtiment F.

Édifié sur six niveaux selon une logique rationaliste caractéristique de l'ensemble du site, ce bâtiment constitue le principal ensemble de logements de fonction de la parcelle (58 logements dont 40 chambres) et le plus haut du site. Ses typologies mixtes témoignent d'une réelle recherche d'adaptabilité, tandis que son rez-de-chaussée actif introduisait, pour l'époque, une forme d'innovation programmatique, en articulant des usages à la fois domestiques et institutionnels.

Ce socle programmatique initial comprenait un logement de gardien-ne, un vaste espace dédié à la médecine du travail ainsi que des locaux de mutuelle. À partir de 2018, le bâtiment entre progressivement dans une phase de désaffectation. Les usages se réduisent peu à peu, jusqu'à ne laisser subsister qu'une occupation résiduelle. Lors de l'arrivée du précédent directeur, il y a environ quatre ans, une douzaine d'habitants y étaient encore présents, maintenant une forme de vie fragile dans un édifice déjà en déclin. Peu à peu, ces présences disparaissent, et le bâtiment perd sa fonction d'habitation.

Aujourd'hui, seule la médecine du travail y est encore installée, restant sur place faute de solution alternative. Elle constitue désormais l'unique activité en fonctionnement dans un bâtiment largement vidé de ses usages, dont la vacance progressive renforce le caractère presque fantomatique. Implanté en fond de parcelle, le bâtiment bénéficie d'une situation particulière qui favorise l'intimité des usages, en les mettant à distance des circulations et de l'animation du site.



Le bâtiment F, pose des fenêtres, 1970. Archives APHP

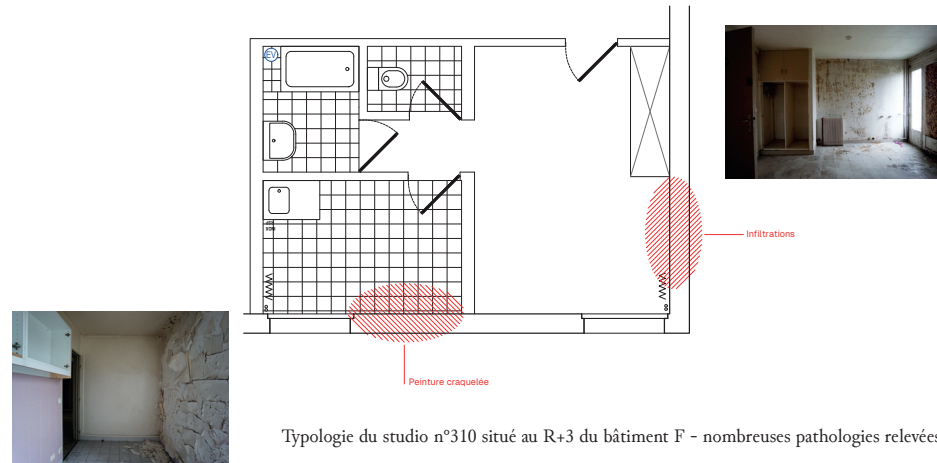


Coupe de l'état existant du bâtiment F, hôpital Louis Mourier, Colombes

0 2 4 6 8 10m

Regarder le déjà-là

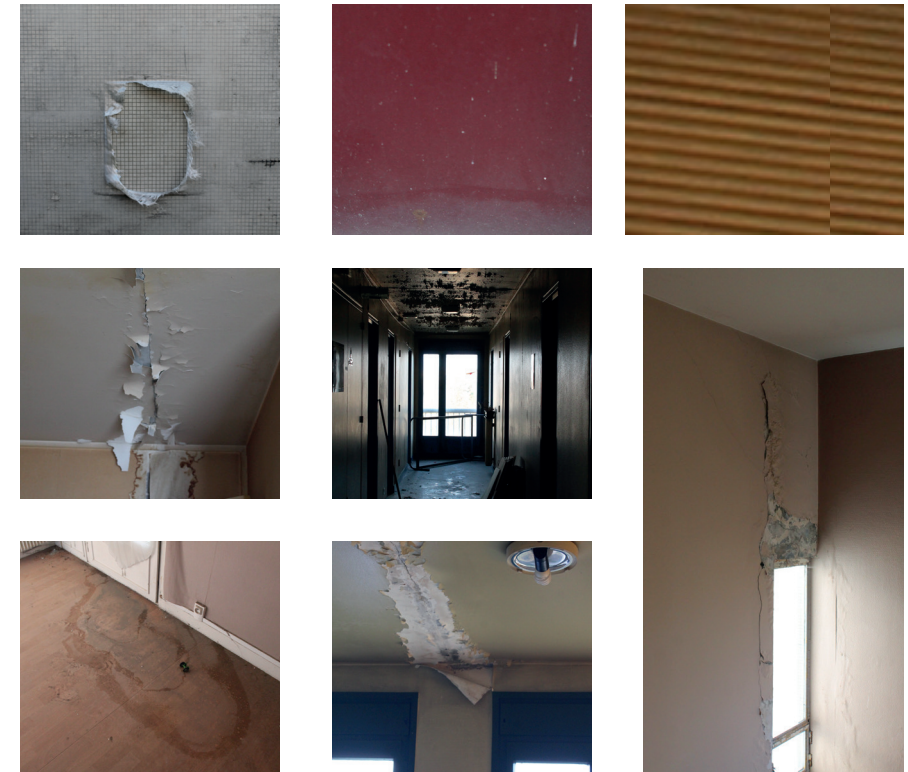
Le diagnostic



L'état sanitaire du site s'est appuyé sur une visite de la quasi-totalité des chambres et logements vacants, offrant une vision représentative de l'état général du bâtiment. Seul le premier étage n'a pas pu être visité, ce qui constitue la principale limite de ce diagnostic. Les désordres observés se concentrent majoritairement au niveau des façades, où plusieurs infiltrations ont été constatées. Celles-ci semblent être liées aux jonctions et à la mise en œuvre des blocs préfabriqués constituant l'enveloppe du bâtiment.

Ce relevé a également permis d'identifier et de documenter les caractéristiques matérielles et chromatiques du lieu. Un échantillonnage des matériaux, des teintes et des éléments architecturaux significatifs a ainsi été constitué dans l'optique d'une éventuelle réutilisation ou réinterprétation au sein du projet. Une attention particulière a été portée au calepinage des façades, révélateur de la composition originelle de l'édifice, ainsi qu'aux carreaux de faïence bleus présents dans les sanitaires partagés, éléments identitaires participant à la mémoire du lieu.

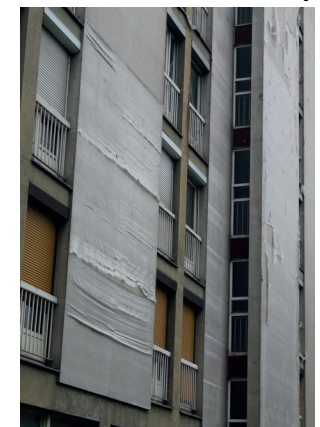
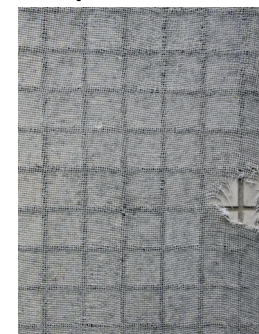
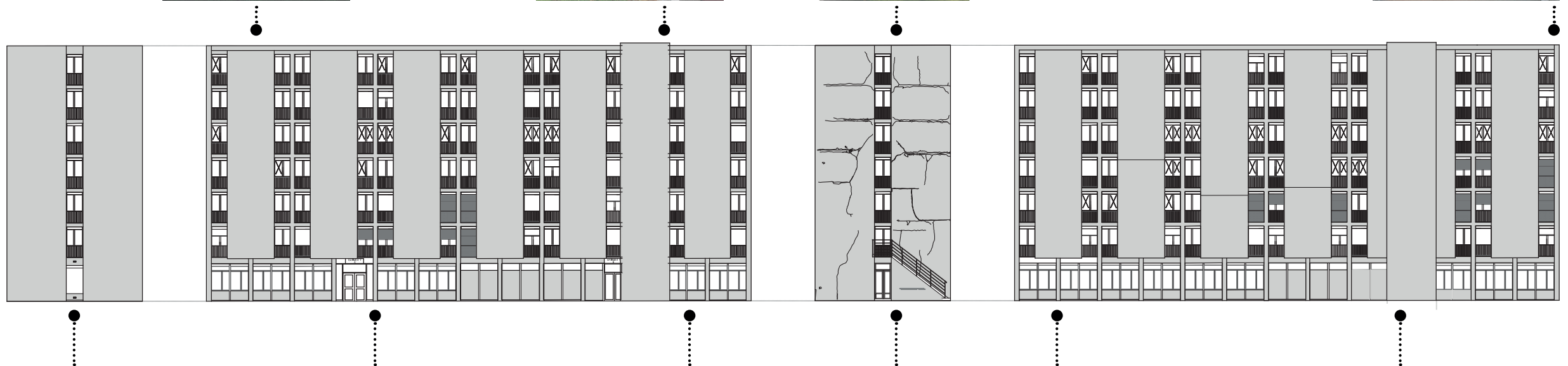
Les revêtements de sol ont également fait l'objet d'un examen spécifique. Constitués principalement de lino PVC, ils présentent un état de dégradation avancé (usures et altérations notamment). Ces pathologies ne permettent pas d'envisager leur conservation ou leur réemploi dans de bonnes conditions techniques et sanitaires.



Photographies pathologiques du bâtiment F - extérieurs et intérieurs.



Photographie de la salle commune du R3, permettant aux habitants des chambres d'avoir un espace pour cuisiner, se rencontrer.



Etat sanitaire extérieur du bâtiment - façades et photographies. Production personnelle

Regarder le déjà-là

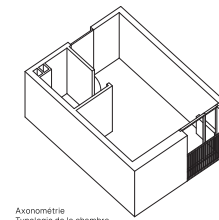
Les typologies

Les typologies de logements développées au sein du bâtiment s'échelonnent de la chambre individuelle au T4. Leur organisation est fortement conditionnée par une distribution centrale, qui induit une majorité de logements mono-orientés. La trame structurelle, composée de voiles espacés de 3,50 mètres, constitue également un élément déterminant dans l'agencement des espaces et la composition des différentes typologies.

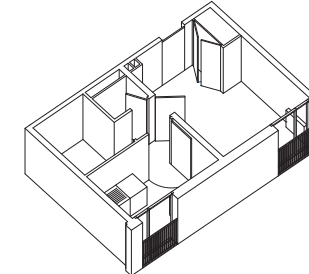
Les chambres de 15 m² s'organisent autour d'une entrée desservant un espace de rangement intégré ainsi qu'un bloc sanitaire comprenant un lavabo et des bidets. À l'origine, ces unités étaient livrées meublées avec un lit, un bureau et une table basse, afin d'offrir un niveau de confort adapté aux occupants, principalement des élèves infirmiers ou des membres du personnel hospitalier amenés à résider sur le site pour des périodes limitées. Progressivement, ces espaces ont été appropriés et transformés par leurs usagers, qui ont cherché à en optimiser l'usage en y intégrant des équipements complémentaires tels qu'un canapé-lit, un réfrigérateur ou encore des plaques de cuisson installées directement dans la pièce principale. Ces adaptations traduisent une évolution des modes d'habiter et un besoin accru d'autonomie au sein de logements initialement conçus comme des hébergements temporaires.

Les studios présentent une organisation plus généreuse, développée sur une trame de logement élargie. Les fonctions humides y sont clairement différenciées : la cuisine est séparée et cloisonnée, tandis que la salle de bains et les toilettes sont dissociées. Cette disposition offre un niveau de confort supérieur et une hiérarchisation plus nette des espaces domestiques. Ce principe se prolonge dans les T2, qui bénéficient d'une surface accrue grâce à l'ajout d'une chambre indépendante attenante à la pièce de vie.

Les logements de plus grande taille, notamment les T3 et T4, présentent des dispositions traversantes offrant un potentiel intéressant en matière de qualité d'usage et de ventilation naturelle. Toutefois, cette qualité est partiellement atténuée par une circulation centrale très marquée, générant d'importants espaces de dégagement et limitant l'optimisation des surfaces habitables. Héritée de la conception initiale, cette organisation structure fortement le fonctionnement des logements et constitue un enjeu central dans la réflexion sur leur transformation et leur adaptation à de nouveaux usages.



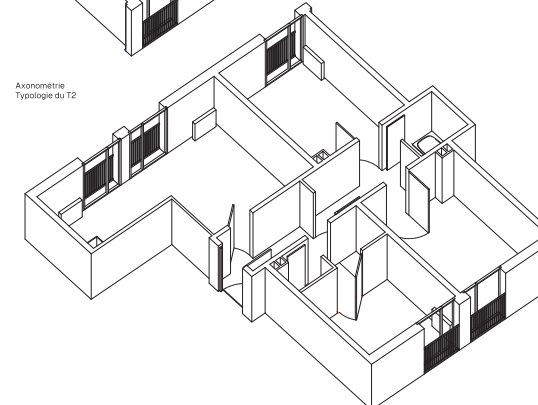
Axonométrie
Typologie de la chambre



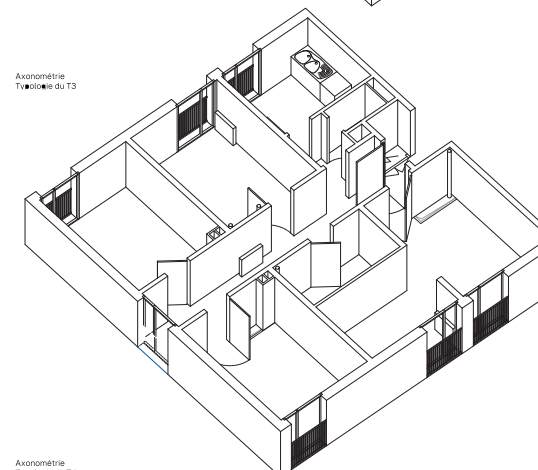
Axonométrie
Typologie du studio



Axonométrie
Typologie du T2



Axonométrie
Typologie du T3



Axonométrie
Typologie du T4

Les typologies existantes du bâtiment F
Production personnelle



Chambre n°409 - Pièce de vie, vue depuis l'entrée



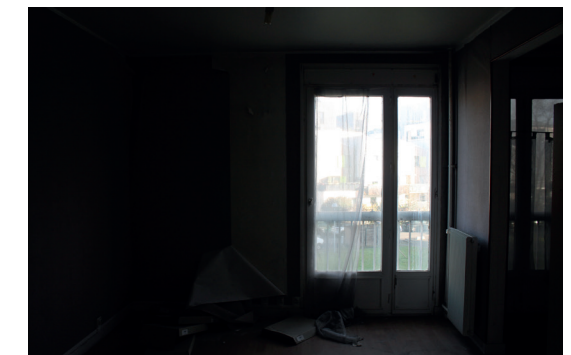
T1 n°310 - Vue depuis la pièce de vie sur l'entrée et ses différents placards



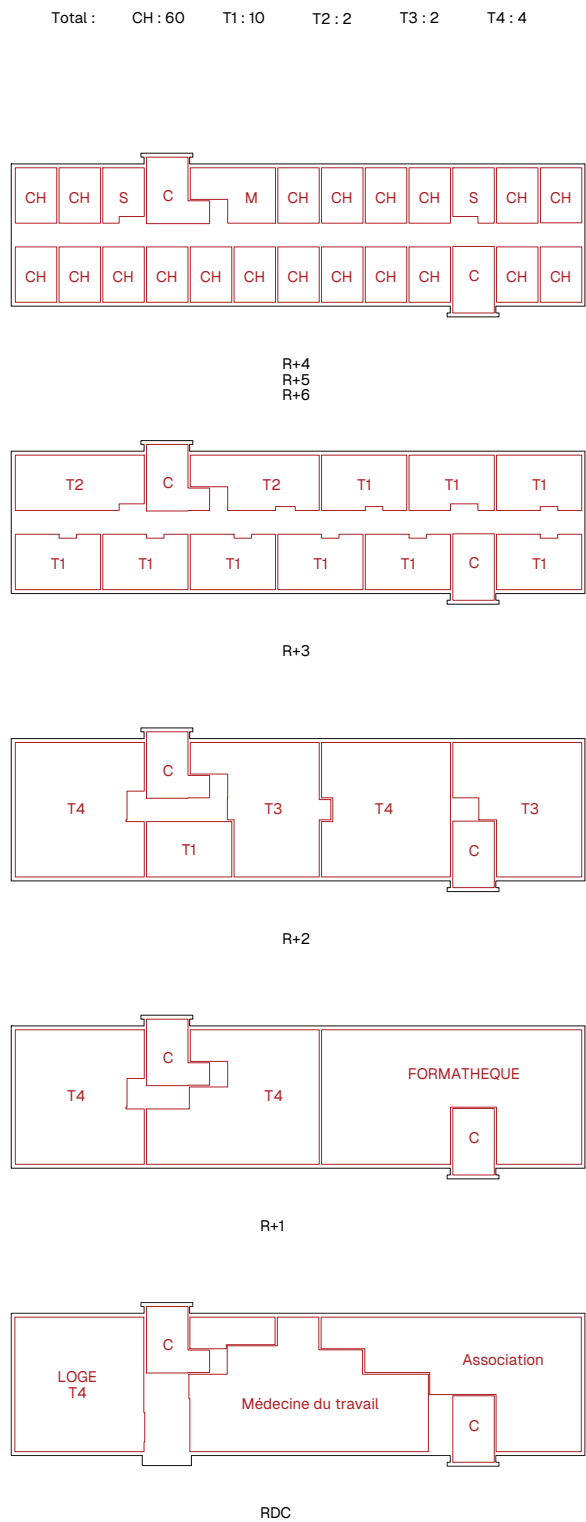
T2 n°304 - pièce de vie principale, avec vue sur la chambre



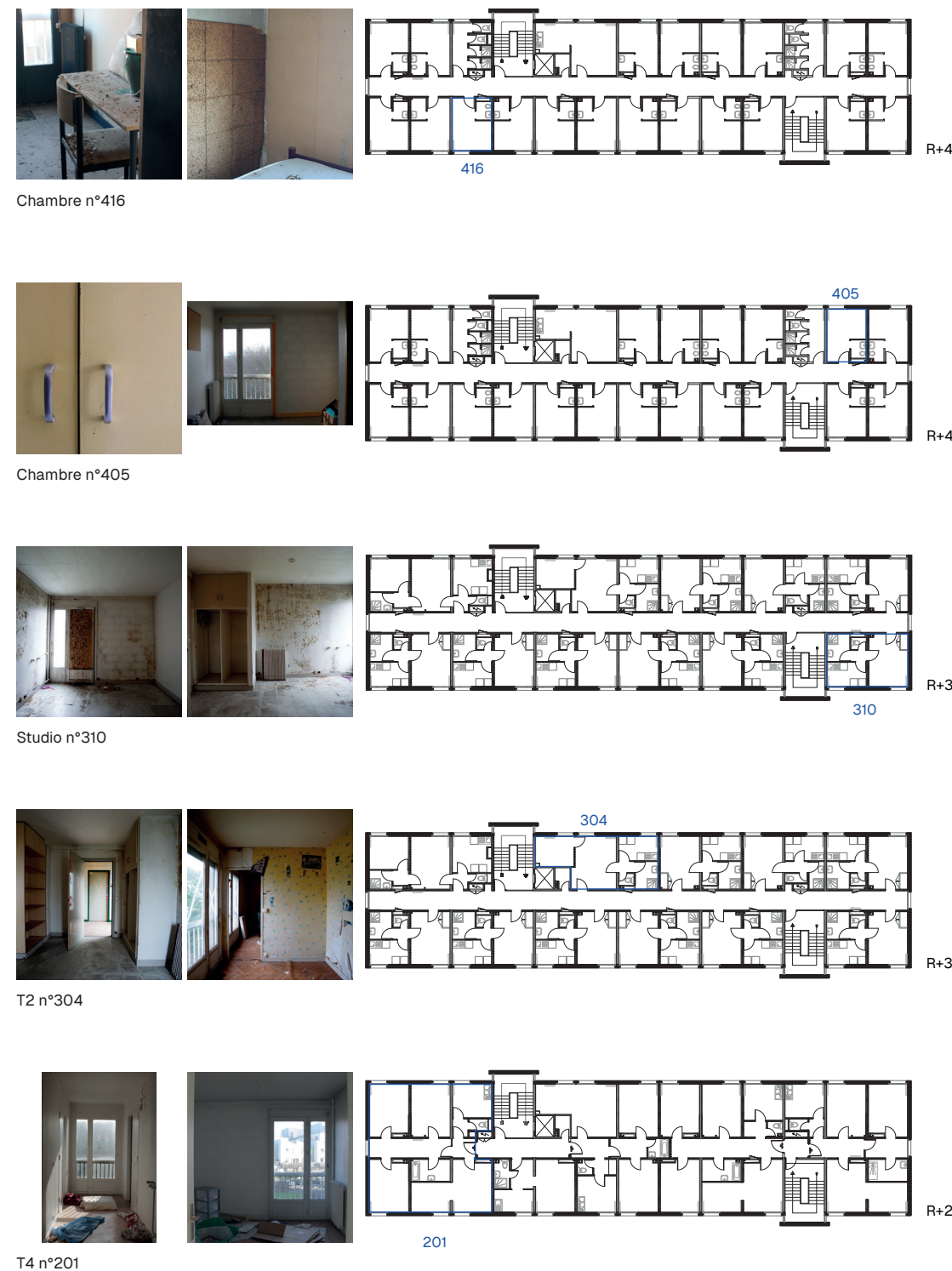
T3 n°203 - salle à manger / salon



T4 n°201 - salle à manger / salon



Le programme existant. Production personnelle



Relevés - les logements et leurs diagnostic. Production personnelle

4 ○

Les liens pour panser

4.



Liens pour panser

« panser » le site sans en effacer les traces. Collage à partir d'archives, 2026. Production personnelle

Les liens pour panser

Les liens pour panser

Panser le site, panser le bâti, panser la parcelle en lien avec son territoire

Ici, “panser” doit s’entendre dans son double sens : soigner et réparer. Il ne s’agit pas seulement d’intervenir sur un objet architectural, mais d’adopter une posture attentive à ce qui est déjà là, à ses fragilités comme à ses potentialités.

Dans le contexte d’un site hospitalier, cette démarche prend une dimension particulière : elle engage une réflexion sur ce qui soigne et sur ce qui est soigné. L’architecture devient alors un prolongement du soin, un support d’attention, de confort et de dignité. Soigner un lieu qui soigne implique de reconnaître la valeur des usages existants, des pratiques quotidiennes, mais aussi des traces du temps et des dysfonctionnements du bâti.

Les enjeux du projet s’inscrivent ainsi dans une logique de réparation et d’accompagnement plutôt que de rupture. Il s’agit de travailler avec l’existant, d’en révéler les qualités et d’en corriger les failles, à travers des dispositifs architecturaux précis : requalifications spatiales, mises en relation, porosités, continuités paysagères, et amélioration des ambiances.

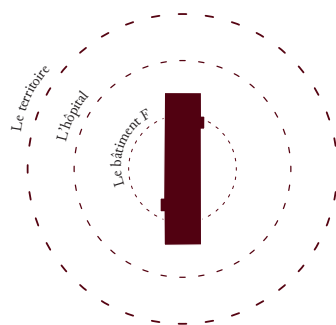
Panser devient alors un acte de projet à part entière, une manière de faire architecture par le soin, en considérant le site non comme un support neutre, mais comme un organisme vivant à comprendre, à respecter et à transformer avec justesse.



Panser. Production personnelle

Les liens pour panser

Requalifier un fragment sur un site actif



Les échelles de projet

La requalification de ce fragment de site actif consiste à redonner une cohérence et une visibilité à un bâtiment aujourd'hui enclavé au sein d'un ensemble plus vaste.

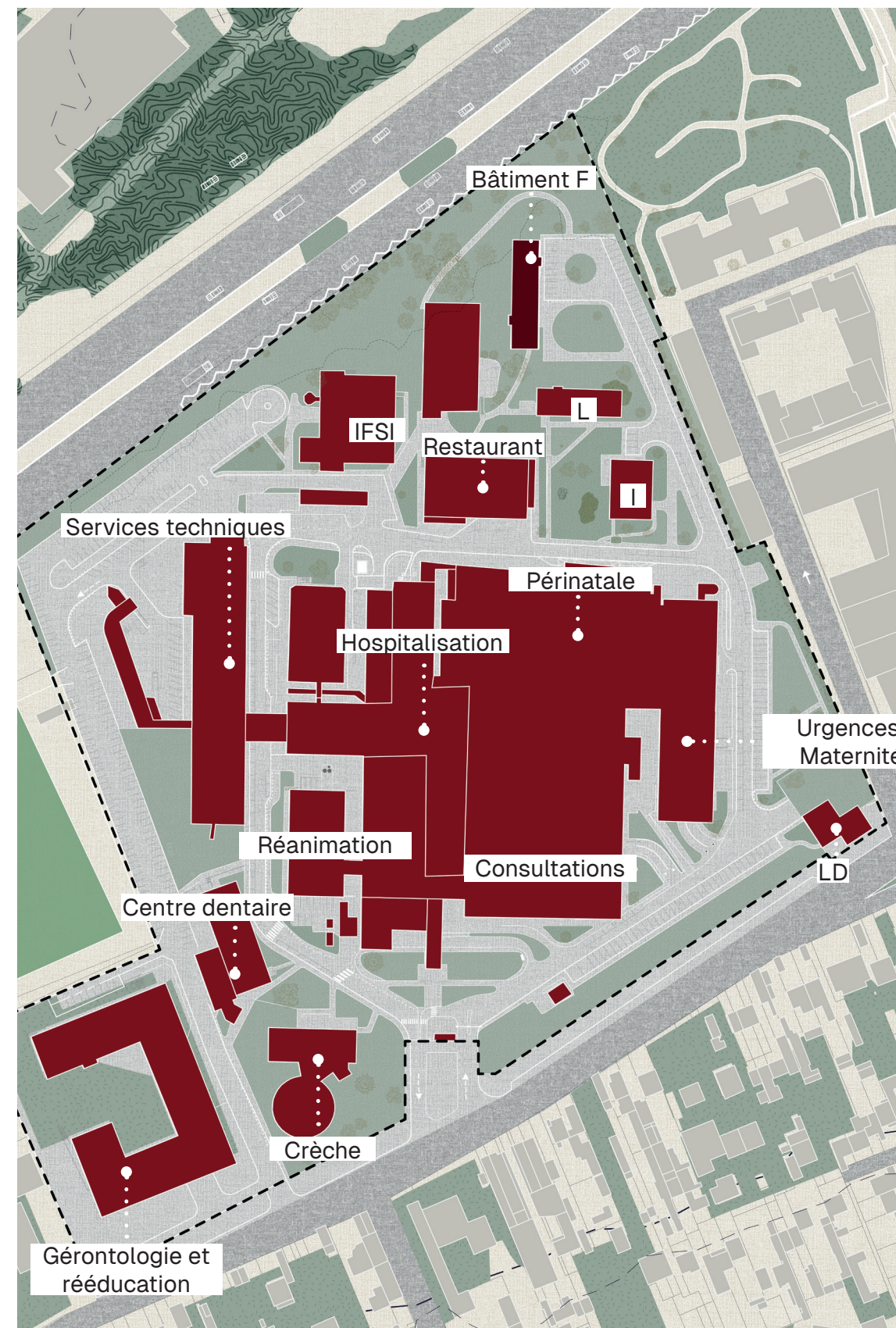
Bien qu'inscrit dans un site en fonctionnement, ce fragment apparaît en marge des dynamiques actuelles et ne répond plus pleinement aux besoins actuels. Dans ce contexte, l'enjeu pour le site est d'imaginer des alternatives transitoires et résilientes, capables de fonctionner avant même l'amélioration des infrastructures lourdes.

Il s'agit à la fois de réduire progressivement la dépendance à la voiture individuelle (notamment en repensant le stationnement, aujourd'hui très contraint) et de développer des solutions intermédiaires : mobilités douces, continuités piétonnes et cyclables, mais aussi requalification des espaces extérieurs internes au site pour favoriser les déplacements actifs.

L'intervention vise ainsi à réactiver ce rez-de-chaussée en y intégrant des programmes répondant aux usages actuels, tout en maintenant les activités existantes. En s'appuyant sur sa position stratégique au sein du site, le projet cherche à transformer cet élément isolé en un lieu de centralité et d'échanges, capable d'articuler les différentes fonctions présentes et de renforcer les liens entre les usagers. Cette requalification repose sur une logique de densification des usages et de mutualisation des espaces, permettant d'inscrire ce bâtiment dans les évolutions du site.

Enfin, cette démarche de requalification s'inscrit dans une logique d'évolution progressive du site, où les interventions ne cherchent pas à figer un nouvel état mais à accompagner des mutations déjà à l'œuvre. Le projet devient ainsi un support d'adaptabilité, capable d'accueillir des usages hybrides et évolutifs, en fonction des besoins des usagers et des temporalités.

A droite : Plan des services de l'hôpital.
Production personnelle



Les liens pour panser

L'hôpital et la ville

« Comment faire entrer la ville dans nos hôpitaux ? »

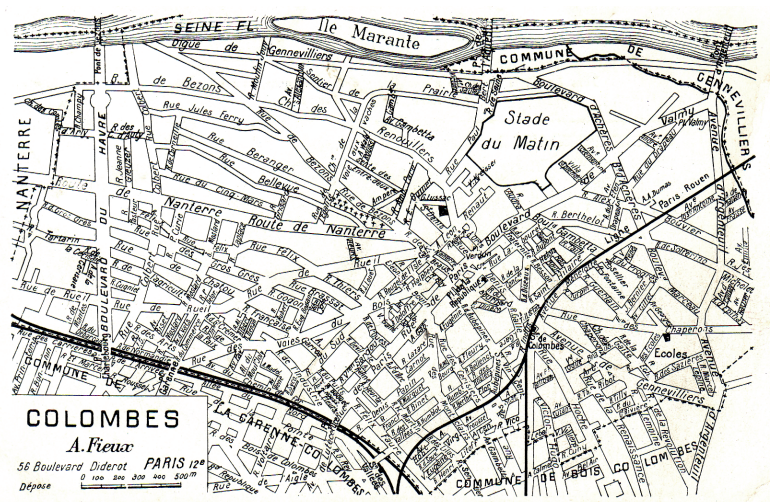
Monsieur Giraudet, directeur de l'hôpital Louis Mourier, Colombes

Le rapport entre l'hôpital et la ville repose sur une tension entre deux dimensions. D'un côté, l'hôpital incarne une fonction exemplaire et rassurante, un lieu de soin structuré et hautement organisé. De l'autre, il apparaît souvent enclavé par rapport à la ville, à la fois physiquement et symboliquement, comme une grande machine autonome, parfois distante des dynamiques urbaines contemporaines.

La question se pose alors de savoir comment favoriser un véritable dialogue entre l'hôpital et son environnement urbain. Comment le rendre plus attractif pour des secteurs en mutation, qui tendent aujourd'hui à s'individualiser et à se distancier de cette vision mécanisée de l'institution hospitalière ?

Une piste consiste à repenser les interfaces entre ville et hôpital en introduisant des dispositifs intermédiaires, notamment des centres de santé « tampons ». Ces structures, de taille plus réduite et de forme plus domestique, permettraient de fluidifier le parcours de soins, d'alléger la pression hospitalière et de proposer une première étape de prise en charge plus accessible et plus proche du quotidien des habitants.

Ainsi, l'hôpital ne serait plus seulement un équipement isolé et massif, mais un élément intégré dans un système de soins plus diffus, capable de dialoguer avec la ville et d'accompagner ses évolutions sociales et urbaines.



Plan de Colombes en 1936, « Colombes notre Ville », Amicale Pluricollection de Colombes, <https://colombes.multicollection.fr/plans-de-colombes/plan-de-colombes-en-1936/>

Une discussion avec le directeur de l'hôpital, Monsieur Giraudet, m'a permis de comprendre qu'il s'agit ici d'adapter les bâtiments annexes situés autour de la rotule, afin d'y implanter des services capables de désengorger le bâtiment principal.

Le bâtiment LD, aujourd'hui occupé par des logements de fonction sur deux niveaux, fait l'objet d'une réflexion concernant sa réhabilitation, notamment en raison de son état de vétusté de plus en plus problématique. Celui-ci pourrait ainsi évoluer vers une maison de santé, accueillant des professionnels libéraux. Cette transformation permettrait de renforcer l'offre de soins de proximité et de contribuer au désengorgement des urgences de l'hôpital.

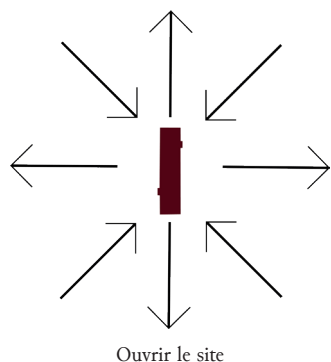
Sa proximité avec la rue des Renouillers et son accès indépendant depuis l'extérieur de la parcelle hospitalière constituent des atouts majeurs pour sa transformation. En effet, cette situation en lisière du site hospitalier permet d'envisager un fonctionnement plus autonome, facilitant l'accueil de publics extérieurs sans passage systématique par le cœur de l'hôpital. Cette porosité avec la ville renforce ainsi la pertinence d'une reconversion en maison de santé, en cohérence avec une logique de soins de proximité et de désengorgement des urgences.

Façade sud depuis la rue des Renouillers du bâtiment LD. Photographie personnelle



Les liens pour panser

Mettre en place deux promenades



Ouvrir le site

L'aménagement du site pourrait s'appuyer sur la mise en place de deux promenades complémentaires, pensées comme de véritables supports de vie et de santé. Une première promenade, à l'échelle du grand territoire, traverserait le site hospitalier et s'adresserait aussi bien aux patients, aux soignants qu'aux visiteurs. Plus qu'un simple cheminement, elle offrirait des espaces de pause, des vues dégagées et une relation renouvelée avec les qualités paysagères du site, faisant de l'hôpital un lieu ouvert sur son environnement. En parallèle, un parcours plus domestique et plus intime accompagnerait les logements de fonction, offrant à leurs habitants des espaces de proximité propices aux usages quotidiens.

Ensemble, ces deux promenades constitueraient un parcours santé, en résonance avec les politiques actuelles d'écologie urbaine qui cherchent à rapprocher activité physique, bien-être et cadre de vie. Elles permettraient de retisser des continuités

La Seine

Parc Lagravère

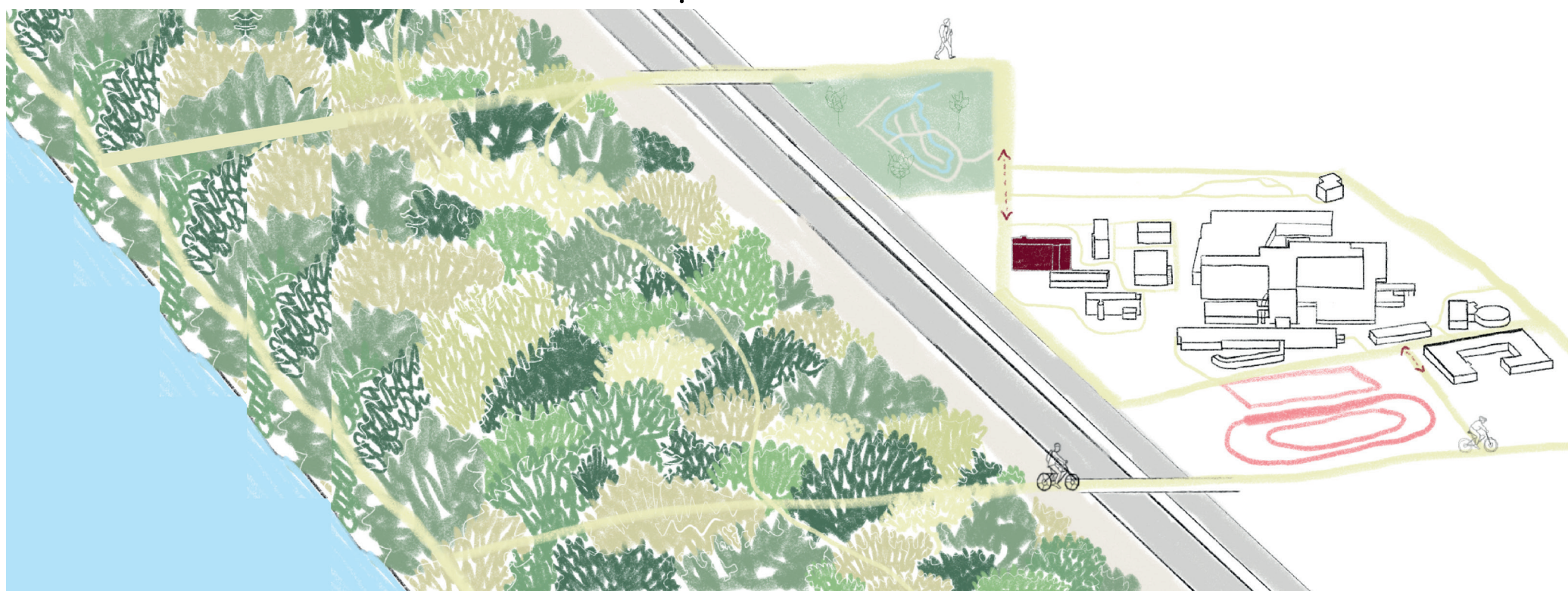
A86

Bande tertiaire



Relier le paysage à l'hôpital. Production personnelle

aujourd'hui peu lisibles entre l'hôpital et son territoire : vers l'est, une ouverture piétonne conduirait naturellement aux équipements sportifs et à la passerelle de la rue Charles-Péguy ; vers l'ouest, une ouverture piétonne et carrossable sur l'allée Marante rejoindrait la passerelle Franckthal-Donnales et prolongerait la promenade jusqu'au parc départemental Pierre-Lagravère. À travers ces liaisons, l'hôpital cesserait d'être une enclave pour devenir un maillon actif du paysage métropolitain, où les parcours du soin, de la marche et du sport se rejoignent et participent à une même culture de la santé.



Carte relationnelle, production personnelle

Les liens pour panser

Habiter et travailler autrement



Questionnement sur les espaces proposés pour les soignants. Photographie personnelle

Dans le contexte des logements de fonction, habiter et travailler autrement prend une dimension particulière, car ces deux sphères sont déjà étroitement liées. Le lieu de vie est en relation directe avec le lieu de travail, parfois au sein d'un même site, parfois à proximité immédiate, ce qui tend à brouiller les frontières entre temps professionnel et temps personnel.

Il devient alors nécessaire de distinguer plus clairement les parcours liés à la vie domestique de ceux liés à l'activité professionnelle, afin de limiter les interférences entre ces deux modes de vie. Cette distinction ne relève pas d'une rupture, mais d'une organisation plus lisible des usages. Les circulations dédiées aux soignants, les accès aux services et aux espaces de travail sont pensés selon des logiques fonctionnelles, assurant la continuité et l'efficacité du soin. En parallèle, les accès aux logements sont individualisés et protégés, affirmant un passage vers un espace plus intime, progressivement détaché du rythme hospitalier.

Dans cette organisation, les espaces intermédiaires jouent un rôle essentiel. Ils assurent la transition entre l'univers institutionnel de l'hôpital et celui du logement. Véritables filtres, ils permettent de canaliser les flux, d'éviter les croisements superflus et de renforcer l'autonomie de chaque fonction. La séparation des circulations devient ainsi un outil de confort, mais aussi de clarté organisationnelle, garantissant à la fois la tranquillité des habitants et l'efficacité des pratiques professionnelles.

Ainsi, habiter et travailler dans un même ensemble repose sur une cohabitation maîtrisée, où la hiérarchisation des flux et leur indépendance permettent à chaque usage de trouver sa juste place. Le projet introduit également un nouvel adressage à l'échelle de la parcelle, offrant une lecture plus fine des différentes entités programmatiques et une ouverture vers une dissociation progressive entre les espaces de travail et la sphère résidentielle. Bien que le site demeure unique, la création d'accès différenciés, notamment pour le stationnement via une entrée distincte de celle de l'hôpital, permet de renforcer cette séparation des usages. Cette organisation contribue ainsi à améliorer la lisibilité du site, à fluidifier les circulations et à offrir une plus grande autonomie aux fonctions d'habiter par rapport aux activités hospitalières.



Stationnement en fond de parcelle, espace questionné. Photographie personnelle



Parcelle de l'hôpital - enclavée



Parcelle de l'hôpital projetée; nouvel adressage en fond de parcelle



Allée de l'île Marante, espace d'entrée de la prairie urbaine du Moulin Joly. Photographie personnelle



Différentes strates, de la Seine aux kiosques - parc Lagravère. Photographie personnelle

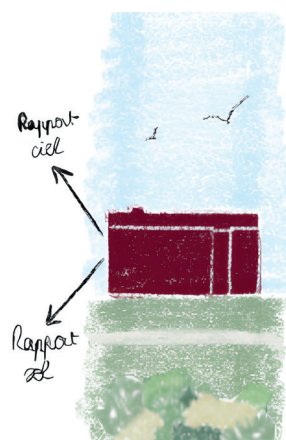
Parcelle de l'hôpital projetée ; ouvertures piétonnes permettant l'accès au territoire. Production personnelle



Coupe transversale projetée du bâtiment F et de son ouverture sur la ville. Production personnelle

Les liens pour panser

Le bâtiment F : entre ancrage et élévation



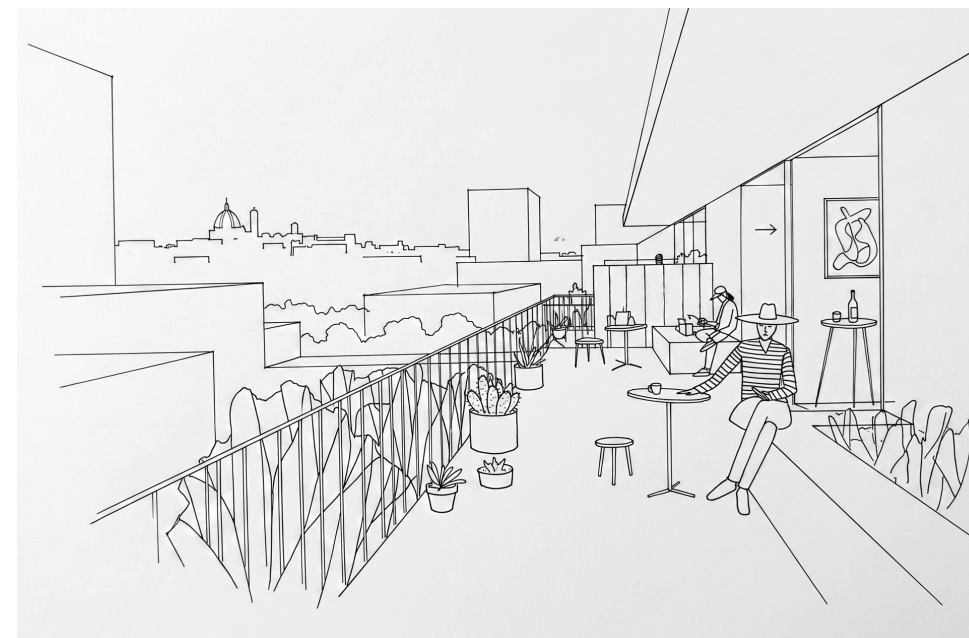
Habiter le ciel, habiter le sol

Le bâtiment F n'est alors plus considéré comme un objet isolé, mais comme une pièce sensible capable de révéler et de requalifier les dynamiques du site hospitalier. Sa transformation s'inscrit dans une intention très concrète : améliorer le quotidien, en particulier les conditions de travail et de vie des usagers, à travers la création d'espaces partagés, de lieux d'échanges et de locaux adaptés aux évolutions des pratiques hospitalières.

Cette intervention cherche également à renforcer la qualité des ambiances, la lisibilité des parcours et, plus largement, l'image du site hospitalier dans son ensemble. Ce qui rend le projet complexe, c'est justement cette nécessité de lire finement les usages, parfois visibles, souvent plus informels, qui se glissent dans les interstices du bâtiment et de ses abords.

Dans cette épaisseur d'usages, le logement devient un véritable support d'expérimentation. La façade est se développe en une épaisseur de balcons, tandis que la façade ouest s'empare d'une cursive rapportée. La faible profondeur du bâtiment F permet d'imaginer des logements traversants est-ouest, où l'air circule naturellement d'une façade à l'autre, où les pièces respirent et se connectent directement à des orientations contrastées. Le matin à l'est, la lumière accompagne le réveil ; le soir à l'ouest, elle étire les usages vers la fin de journée.

Les pignons, quant à eux, font l'objet de modifications en fonction de leur orientation. Les logements en pignon sud deviennent des espaces plus ouverts, presque évolutifs : les jardins d'hiver et les prolongements construisent des seuils entre intérieur et extérieur, des espaces qui ne sont jamais totalement figés, capables d'accueillir un bureau improvisé, un moment de calme, un jardin d'hiver ou simplement un retrait dans l'épaisseur du mur. Au sud, la relation au cœur d'îlot apporte une proximité plus intime, plus domestique, tandis qu'au nord, le regard s'échappe vers le parc Pierre-Lagravère et la Seine, dans une ouverture plus lointaine, plus horizontale, où la lumière devient diffuse et changeante.



Habiter le ciel. Opération Chapelle Charbon, vue panoramique. Raphaël Gabrion.

Et puis advient la dimension d'habiter plus haut. Dans les étages supérieurs, le rapport au sol s'efface progressivement pour laisser place à des vues plus larges, plus libres, qui redessinent la perception du territoire. Les ouvertures ne sont plus seulement fonctionnelles, elles deviennent des outils pour cadrer le paysage, choisir ce que l'on regarde, capter la lumière à différents moments de la journée. Cette situation en hauteur donne une forme de respiration supplémentaire au logement.

À l'inverse, les niveaux bas du bâtiment entretiennent un rapport plus direct avec le sol et avec la vie du site hospitalier. Habiter au plus près du sol implique de penser le rez-de-chaussée et les premiers étages dans une continuité avec les espaces collectifs de l'hôpital, sans rupture nette entre les différentes sphères d'usage. Les ambiances glissent progressivement les unes vers les autres grâce à un travail attentif des seuils, des porosités et des espaces intermédiaires. Il ne s'agit plus ici de s'extraire du site, mais au contraire de s'y ancrer.

Les espaces extérieurs, les cheminements, les jardins et les espaces partagés prolongent ainsi les usages du quotidien, créant des situations de rencontre entre habitants, soignants et usagers du site. Les limites entre intérieur et extérieur, entre espace domestique et espace hospitalier, deviennent plus graduelles et plus habitées. Un porche, une terrasse, une galerie ou un jardin en pied d'immeuble permettent d'accompagner ces transitions et d'offrir des lieux d'appropriation à différentes échelles.



Espaces dédiés au logement - Lacaton & Vassal - 18 logements, Rixheim



Espaces partagés - Plan Comun - Lot PETIT - Saint-Vincent-de-Paul

Au cœur de cette stratégie de réactivation, la reprogrammation du bâtiment F en logements constitue une réponse directe à la crise de l'attractivité et aux besoins résidentiels hétérogènes des soignants actuels. Le projet défend une mixité typologique forte pour s'adapter aux trajectoires de vie contemporaines : de vastes appartements capables d'accueillir des familles nombreuses cohabitent avec des logements plus compacts, destinés aux couples ou aux familles monoparentales. Une flexibilité programmatique est également introduite par la conservation de deux unités réadaptées par étage.

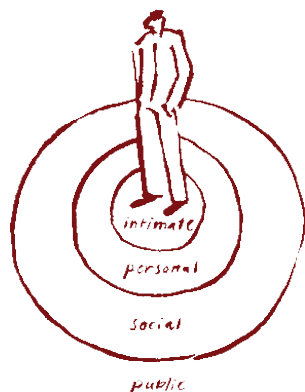
Ces modules offrent un espace intime pour des besoins temporaires (personnel en mobilité pour une durée déterminée, étudiants de l'IFSI) ou peuvent servir de lieux de repos ponctuels pour les soignants lorsque les chambres sont vacantes.

Au-delà de la sphère privée, le projet valorise fortement les espaces partagés, conçus comme des prolongements du logement et des lieux de sociabilité accessibles à l'ensemble du personnel et aux résidents des logements de fonction voisins. Cette mutualisation permet l'intégration d'équipements collectifs qualitatifs, tels qu'une salle de sport ou une laverie, et favorise l'émergence de lieux de rencontre informels. À l'échelle des étages, des cuisines communes et des espaces ouverts complètent ce dispositif, renforçant la convivialité et les interactions entre habitants et usagers du site. L'ensemble contribue ainsi à la construction d'un cadre de vie plus souple, plus ouvert et mieux adapté aux rythmes spécifiques du monde hospitalier.

Enfin, cette reprogrammation du bâtiment F s'inscrit dans une stratégie globale de renforcement de l'attractivité du site et d'adaptation aux modes d'habiter des soignants. En intégrant une diversité de typologies et des dispositifs hybrides, le projet répond à la pluralité des situations familiales et professionnelles tout en consolidant un fonctionnement plus flexible et évolutif.

Les liens pour panser

Les différents degrés d'intimité



Les différents degrés d'intimité dans un bâtiment de logements destiné aux travailleurs sur site hospitalier doivent s'organiser comme une lente transition, où les espaces glissent les uns dans les autres sans rupture nette, depuis la ville jusqu'au cœur du logement.

Le parcours commence déjà à l'extérieur, dans les cheminements piétons ouverts à tous. Ils traversent le site hospitalier comme des prolongements de la ville, des passages partagés où se croisent les rythmes du soin, du travail et de la vie quotidienne. Rien n'y est totalement fermé d'un point de vue piéton, et cette porosité installe immédiatement une forme d'ouverture, presque une continuité urbaine.

En s'approchant du bâtiment, cette ouverture se nuance. Les espaces communs dédiés aux soignants apparaissent comme des zones plus retenues, où le mouvement se ralentit. Les conversations y sont plus calmes, les usages plus identifiés. On y passe du flux à la pause, du traversé à l'arrêt. Sans être totalement privés, ces lieux portent déjà une atmosphère de retrait, comme une respiration dans le rythme hospitalier.

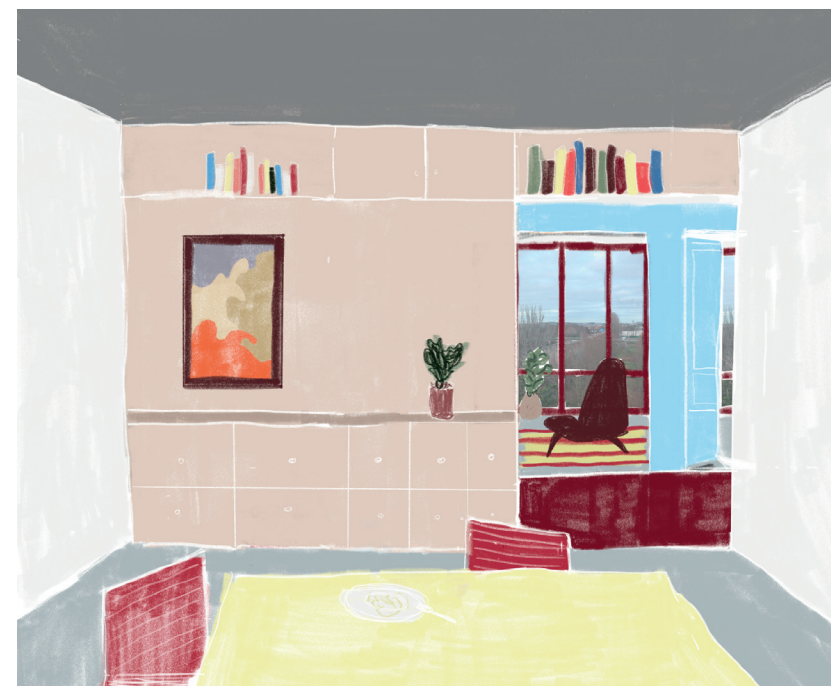
Un peu plus loin, la vie collective des habitants prend forme. Les espaces partagés deviennent plus domestiques, avec des ambiances proches de celles d'un logement ordinaire. On y cuisine, on s'y retrouve, on y habite ensemble sans contrainte institutionnelle directe. La frontière entre travail et quotidien s'y adoucit, laissant apparaître une forme de familiarité, presque une intimité collective.

Puis vient le logement lui-même, où la gradation continue de se resserrer. Les pièces s'enchaînent avec des niveaux d'intimité différents, des espaces de transition aux pièces de vie, jusqu'à la chambre qui concentre le retrait le plus complet. Là, le bâtiment s'efface presque entièrement au profit de l'individu, du repos, du silence.

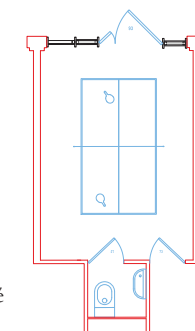
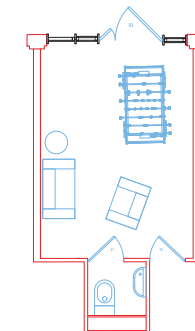
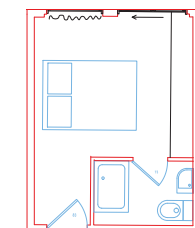
Cette organisation compose un ensemble continu, fait de seuils subtils plutôt que de limites franches, où l'intimité se construit progressivement à mesure que l'on s'éloigne de l'espace partagé pour se rapprocher de soi-même.



Perspective de la courserie extérieure • espaces partagés. Production personnelle



Perspective de la salle à manger d'un grand logement • Domesticité. Production personnelle



Modularité de l'espace

De la chambre d'appoint aux espaces de convivialité
Production personnelle

Conclusion

Ce travail de fin d'études s'est construit à partir d'une attention portée aux lieux existants, à travers leurs multiples liens : liens mémoriels, liens territoriaux, mais aussi liens d'usage et de continuités spatiales. Ces relations constituent le point de départ de la réflexion, en tant qu'elles structurent la compréhension du site et révèlent ses logiques profondes. Il s'inscrit ainsi dans une démarche qui ne cherche pas à effacer le déjà-là, mais au contraire à le lire, à le comprendre et à en révéler les potentiels. L'architecture est ici envisagée comme une réponse située, ancrée dans un contexte physique, social et sensible, où chaque intervention prend sens dans la continuité de ce qui existe déjà.

En travaillant sur les relations entre les bâtiments, les parcours, et les usages, le projet cherche à redonner de la lisibilité et de la qualité d'usage à un site largement dominé par la fonctionnalité. Il s'agit moins d'ajouter un objet autonome que de reconfigurer des connexions, d'améliorer les transitions et de rendre le lieu plus lisible, plus accueillant et plus habitable.

Ainsi, le projet s'inscrit dans une logique d'ajustement en proposant une lecture renouvelée du site, où l'architecture agit comme médiation, capable de révéler les qualités latentes du lieu tout en répondant aux besoins contemporains du soin et de l'accompagnement. Cette démarche met en évidence l'importance de « faire avec » l'existant, non pas comme contrainte, mais comme ressource fondamentale du projet.

En définitive, ce PFE affirme une posture : celle d'une architecture attentive, située et relationnelle, qui considère le projet non comme un objet isolé, mais comme une transformation progressive et sensible d'un territoire habité par ses usagers.

• Annexes



Les annexes rassemblent un ensemble de documents photographiques réalisés lors de mes différentes permanences sur site. Ces relevés, effectués à plusieurs moments et à différentes échelles d'observation, constituent une base essentielle du travail d'analyse.

Par l'alternance entre vues générales, fragments architecturaux et détails d'usage, ces photographies ont permis d'appréhender le site dans sa complexité : ses ambiances, ses rythmes, ses pratiques et ses transformations au cours de la journée.

Ce corpus d'images a ainsi joué un rôle déterminant dans l'élaboration du projet, en nourrissant la compréhension des situations existantes et en guidant progressivement les intentions architecturales.

Le manifeste introspectif

LAISSER LE TEMPS AU TEMPS

102 « *Un bon architecte est un architecte paresseux, qui crée plus avec moins* », explique Anna Chavepayre du Collectif Encore lors d'une conférence sur la notion de « prendre soin ».

Cette citation rejoint ma conviction qu'un projet ne se construit jamais seul : grâce à une démarche attentive et à l'implication de divers acteurs, il prend une dimension plus juste et répond objectivement aux attentes.

Cette idée s'est ancrée après mon année en Pologne, où j'ai découvert une autre approche de l'habitat. Là-bas, le logement ordinaire s'inscrit dans de grands ensembles aux dimensions généreuses, à l'orientation réfléchie, aux larges baies et surtout dotés d'une isolation performante, loin des passoires thermiques parisiennes. Cette expérience m'a appris à lire autrement ces tours d'habitation, où chaque façade, fenêtre ou balcon raconte une histoire liée à l'usager.

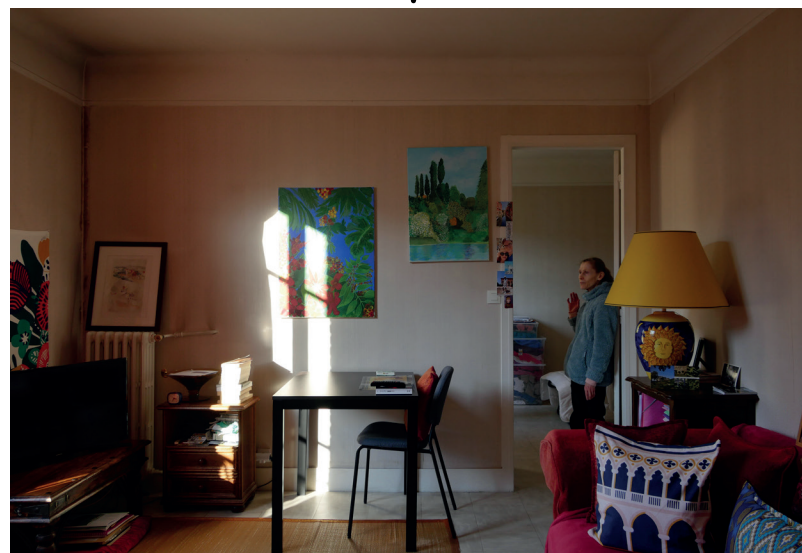


Le hasard m'a ensuite menée, durant ma césure, sur un projet de réhabilitation de 397 logements dans le cadre du NPNRU à Porte de Montreuil. Impliquée dans la phase de diagnostic en permanence architecturale, j'ai rencontré les (285) habitants, visité leurs (190) logements et découvert le projet dans sa dimension sociale. Travailler en site habité m'a révélé combien un projet est un puzzle collectif qui demande du temps.

« Laisser le temps au temps » a pris tout son sens, que ce soit sur ce chantier ou lors de mon passage chez AIA Architectes, où j'ai participé à une démarche résidente de retour d'expérience au sein d'un EHPAD dans les Yvelines.

À travers ces pratiques, la valeur humaine a permis de mettre des mots sur les problématiques et de nourrir le projet. Être un architecte « paresseux », c'est aussi accepter de s'enrichir des autres – habitants, usagers, équipes – et reconnaître l'importance de la temporalité, en « laissant le temps au temps », pour inscrire l'architecture dans un cercle vertueux.

Photographie : Espace public - Calle delle case nuove, Venise
© Photographie personnelle



De haut en bas, de gauche à droite :

- Façade d'un immeuble à Varsovie © Photographie personnelle
- Rue enneigées © Photographie personnelle
- Surplomber Varsovie © Photographie personnelle
- Logement loi 48 d'un projet de réhabilitation à Porte de Montreuil - Brunnquell et André Architectes © Photographie personnelle
- Logement T1 vacant d'un projet de réhabilitation à Porte de Montreuil © Photographie personnelle
- Logement T2 - diagnostic de réhabilitation de 397 logements à Porte de Montreuil © Photographie personnelle
- Retour d'Expérience de l'EHPAD du centre thérapeutique MGEN à La Verrière - AIA Life Designers © Photographie personnelle
- Vernissage de l'exposition photographique liée au RETEX du centre thérapeutique MGEN à La Verrière - AIA Life Designers © Photographie personnelle

L'hôpital Louis Mourier



Façade principale de la rotule - entrée principale



Détails de façade



Le porche ; vue sur La Défense



Le porche ; lien entre la rotule et le service technique



La passerelle d'accès ; vue depuis l'accès aux urgences



L'hôpital en constante transformation ; zone de travaux



Le centre dentaire



Accès au centre de gériatrie



Détail de façade du la maternité



Entrée des urgences pédiatriques



Détail de façade du centre de périnatalité



Voirie ; espace de stationnement ; cheminement ; jardin

Les espaces partagés

La salle de sport



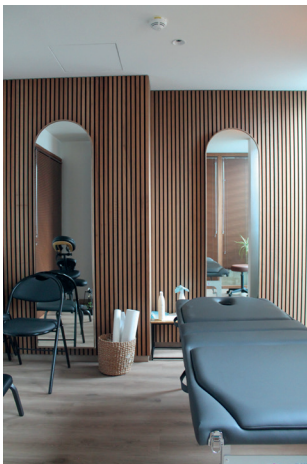
Photographies de la salle de sport - de l'entrée et son contexte aux machines

Les espaces partagés

La bulle de détente



Espace de massages



Espace d'échanges - assises



Espace d'échanges - kitchenette



Entrée



Zone de sieste ; 4 lits

Les espaces partagés

La cafétériat et le kiosque



Cafétériat, 2026. Photographie personnelle.



Cafétériat sur le passage. Photographie personnelle.



Cafétériat, photographie de 1989. Archives APHP



Cafétériat, 2026. Photographie personnelle.



Kiosque à journaux, photographie de 1978. Archives APHP



La boutique, 2026. Photographie personnelle.

Les logements de fonction



Façade est du bâtiment des internes



Détail de façade sud du bâtiment des internes



Façade est du bâtiment L



Façade ouest du bâtiment des internes



L'IFSI ; façade sud et entrée principale



L'IFSI ; façade ouest



Façade sud du bâtiment LD



Vue du jardin et du bâtiment L



Accessibilité du coeur d'îlot ; les cheminements



Façade est du bâtiment L



Accessibilité du coeur d'îlot ; la zone de déserte du restaurant

Le bâtiment F

Parties communes



Entrée secondaire du bâtiment F ; accès à la seconde circulation verticale



Entrée du hall principal du bâtiment ; accès à la loge et à la médecine du travail



Sanitaires communs ; bloc de deux WC et de deux douches partagés



Zone de douche



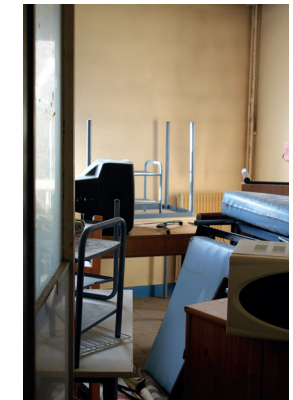
Vue sur l'extérieur depuis la circulation verticale



Couloir de distribution des grandes typologies ; 2ème étage



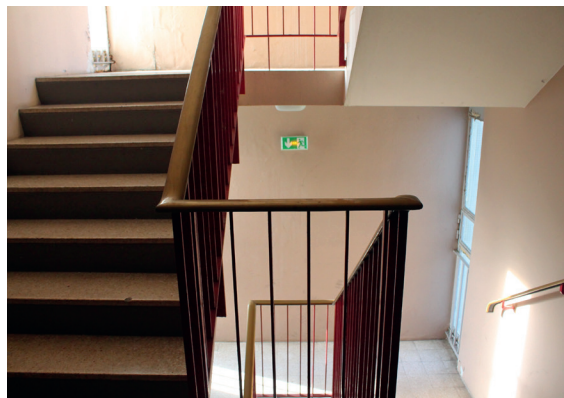
Espace commun ; un salle par étage



Pièce partagée ; encombrement



Infiltrations ; circulation verticale principale



Matérialité et colorimétrie ; la main courante en laiton



Vue sur le territoire



Zone cuisine de l'espace partagé

Les espaces extérieurs



Cheminement en fond de parcelle - état de la chaussée



Racines d'un érable plane



Le mur de protection acoustique et son rapport au parc



Le bâtiment F et son contexte



Espaces extérieurs - mobilier urbain



Le contexte résidentiel à proximité



Le fond de parcelle et son rapport à la réserve naturelle située à proximité



La matérialité des cheminements



Le mur du son



Stationnement en fond de parcelle



Le stationnement



Le seul banc du fond de parcelle

RDC - la médecine du travail



L'accueil



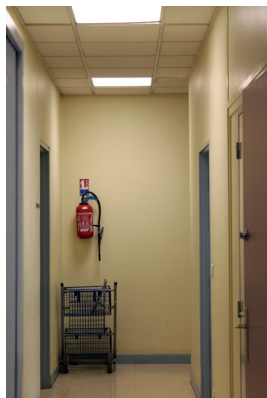
En attente de travaux ; espace de stockage



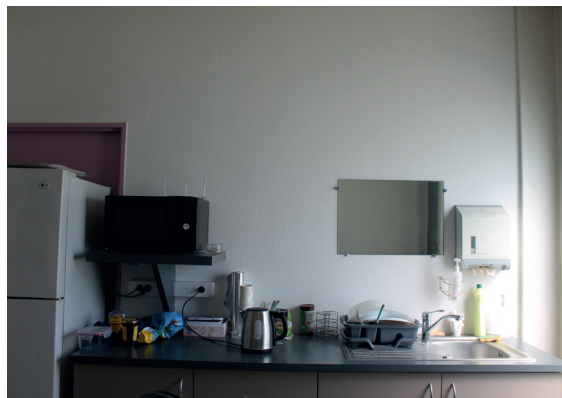
L'entrée



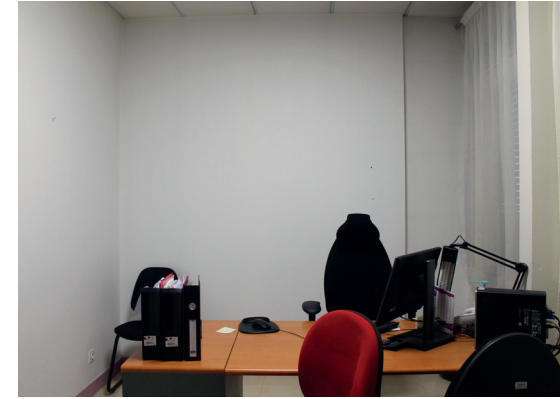
La banque d'accueil



Couloir de distribution des espaces de travail



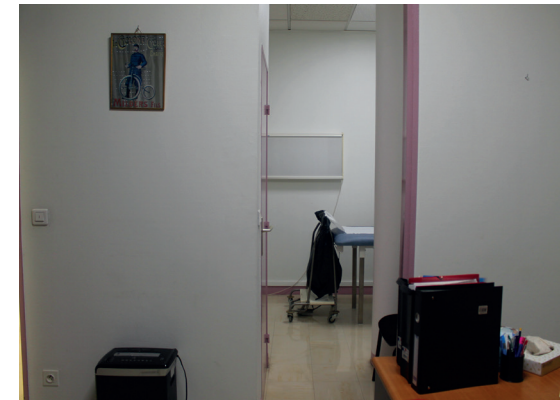
Espace commun - kitchenette et zone de repos pour les infirmières et médecins



Bureau du médecin



Entrée du bureau



Zone de consultation ; espace intime



Espace de consultation

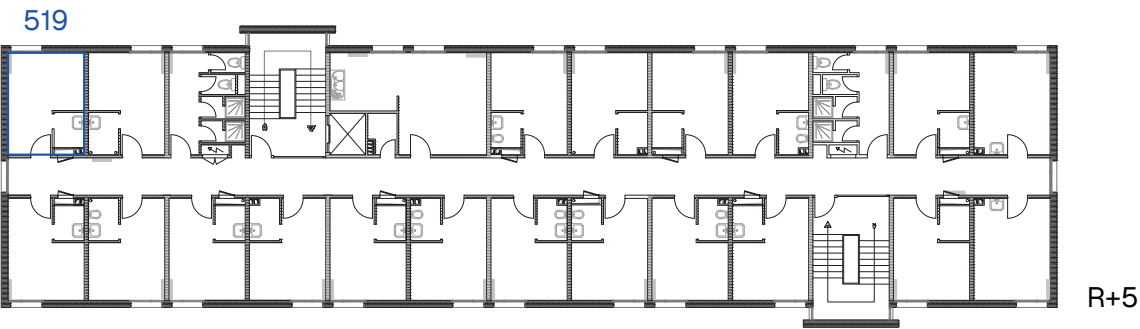


Sanitaires - espace stérile pour les manipulations



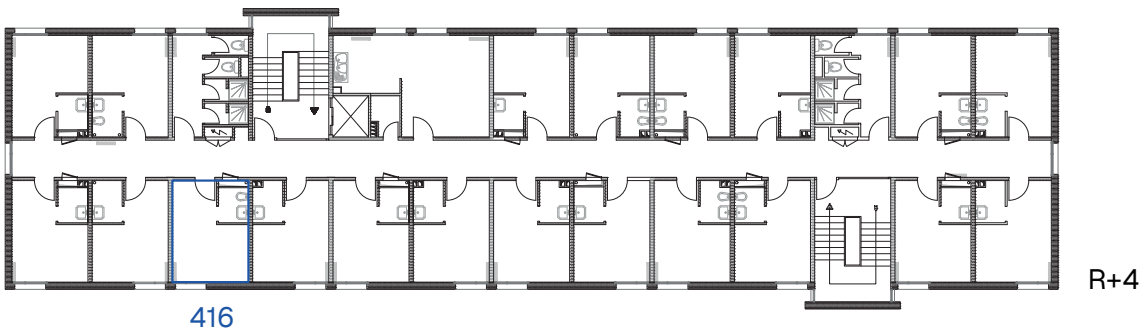
Bureau d'une infirmière

La chambre



Photographies associées à la chambre n°519

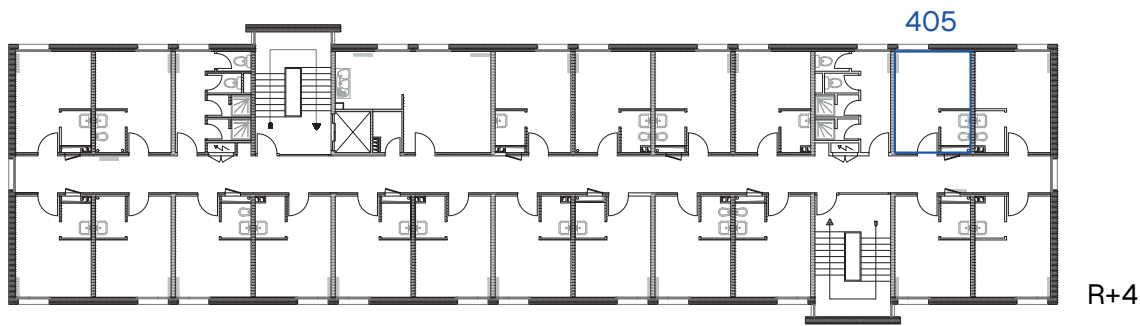
120



Photographies associées à la chambre n°416



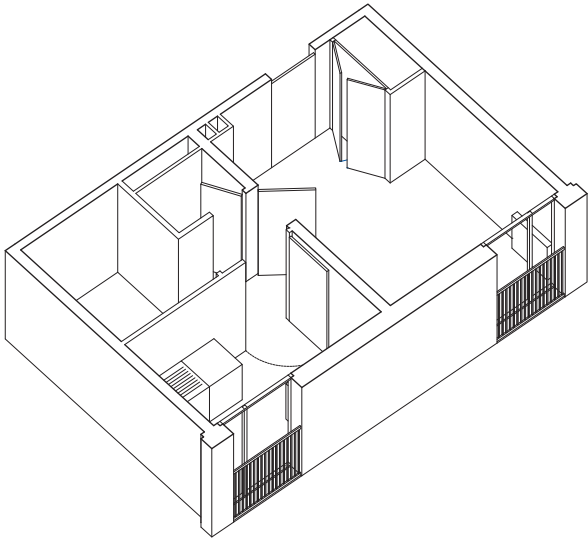
121



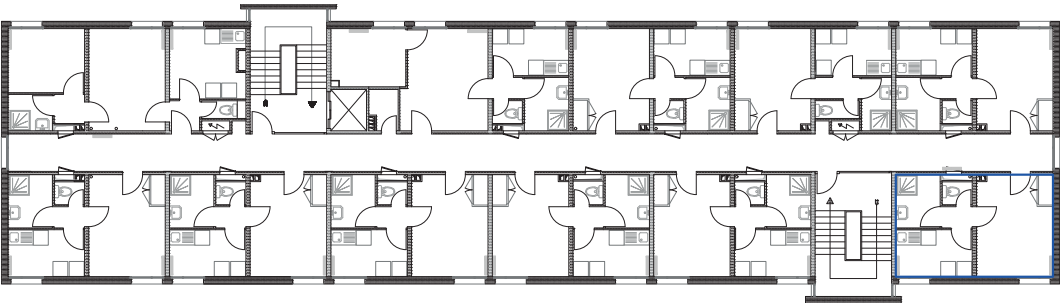
Photographies associées à la chambre n°405



Le studio



122



R+3

310

Photographies associées au studio n°310



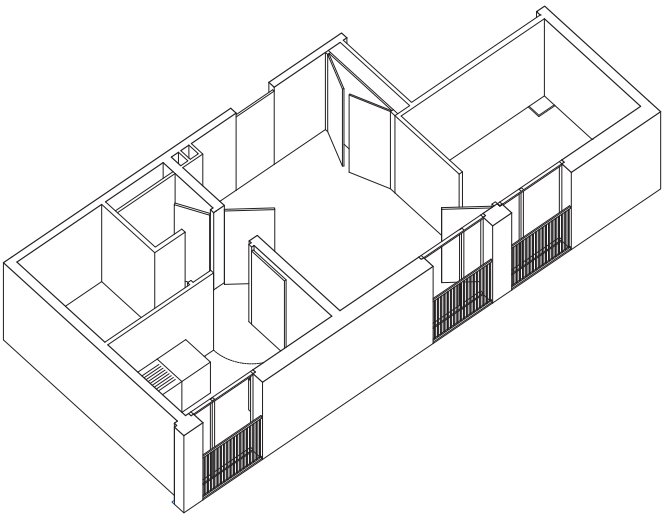
Pièce de vie et ses pans de murs



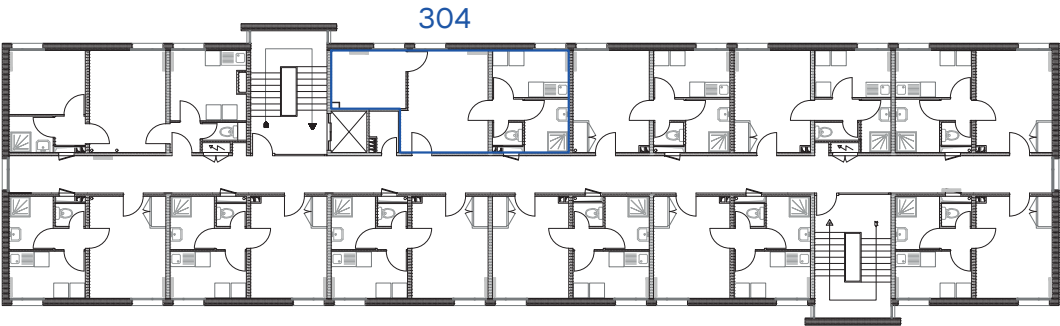
Les sanitaires séparés, la salle de bain et la cuisine

123

Le T2



124



R+3

Photographies associées au T2 n°304



La cuisine



La pièce de vie

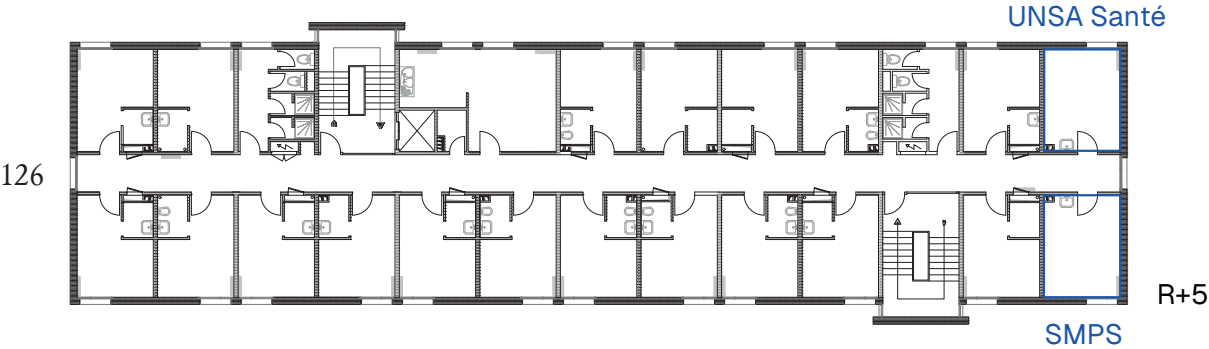


La chambre



125

Les bureaux

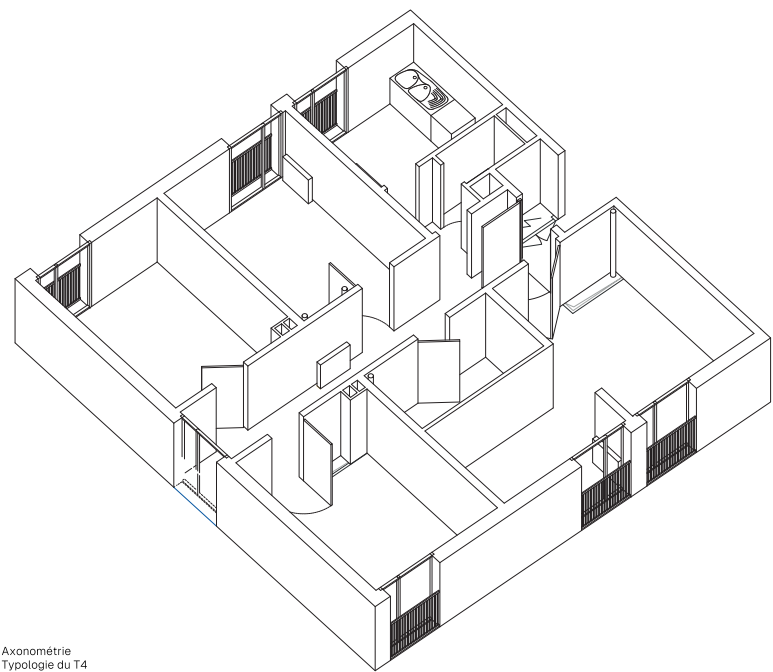


UNSA Santé - chambre adaptée avec espace humide

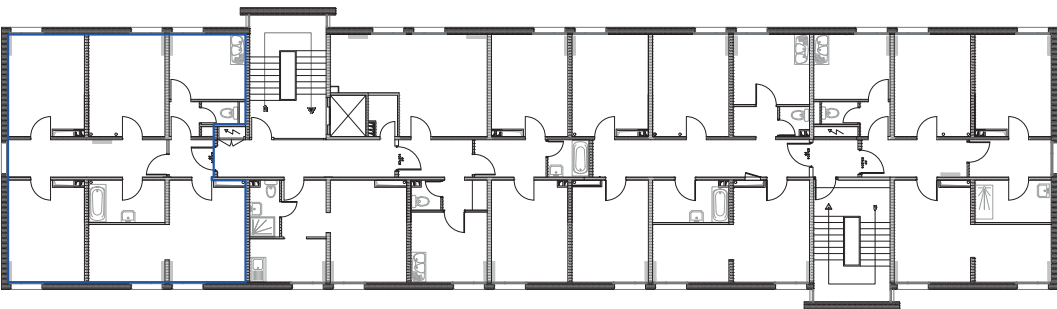


SMPS - chambre / bureau

Le T4



Axonométrie
Typologie du T4



R+2

201

Photographies associées au T3 n°201



Une des chambres



Couloir central du logement



La cuisine



Entrée - vue depuis le couloir

Matérialité et colorimétrie

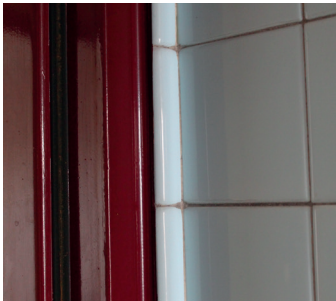
Sanitaires
R+4



Sanitaires
R+5



Sanitaires
R+6



Salle d'eau
Chambre



Sanitaires
R+4



Salle de bain
T4 201

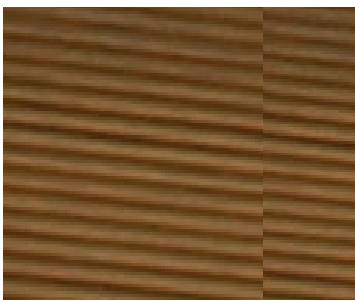
Calepinage
extérieur



Panneau
RDC



Store
extérieur



T3 203
R+2



Salle à manger
R+6

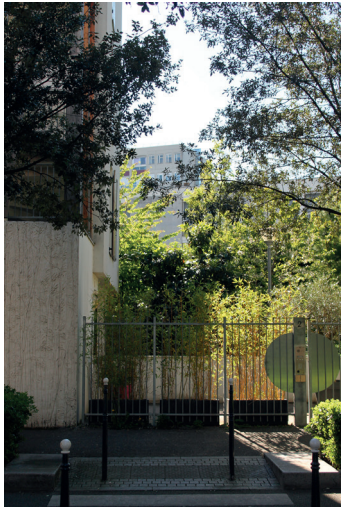


T4 n°201

Allée Marante



Vue sur la prairie du Moulin Joly



Vue sur l'aile nord de l'hôpital, depuis l'allée de l'île Marante, n°13



Allée de l'île Marante, place dont l'usage est questionnable



Allée de l'île Marante, espace d'entrée de la prairie urbaine du Moulin Joly



Allée de l'île Marante, mobilier urbain placé avant l'accès à la passerelle



Allée de l'île Marante, place public et aménagements mis en place devant la passerelle et la prairie du Moulin Joly

Prairie du Moulin-Joly



Vue sur le bâtiment F depuis la prairie du Moulin Joly



La prairie du Moulin Joly - réserve naturelle



Poulailler mis en place au sein de la réserve



Potager partagé entre plusieurs associations ; omniprésence du mur de protection sonore



Visite du site - Sylvie Melo et Monsieur Constantin, gestion du site



Partie écopaturage du site ; les moutons et leur enclos sous la passerelle

La traversée



Mur du son ; passerelle ; réserve naturelle



Accès à la passerelle



Le bâtiment F dans son contexte



Passerelle Rue de Franckenthal



Bande végétale au pied du mur du son



L'A86



Traffic sur l'A86



Contre allée d'accès - stationnement



Le bâtiment F depuis le parc



Espaces extérieurs aménagés



Se promener ; un des cheminement principaux



La Seine



L'hôpital et sa présence dans le paysage environnant



Proximité



Passerelle Péguy



Vue depuis la passerelle ; Le stade Charles Péguy et l'hôpital



L'A86 depuis la fin de passerelle



Le stade Charles Péguy

Le Parc Lagravère



Kiosques - parc Lagravère



Différentes strates, de la Seine aux kiosques - parc Lagravère



Parc Lagravère - rive sur la Seine



Parc Lagravère - espace de jeux, détente et partage



Parc Lagravère - espace pour enfants



Passerelle au bout de la rue de Frankenthal, traversant l'A86, réalisée en 2013.

Introduction

Le mémoire et sa méthodologie ont constitué un socle méthodologique pour une démarche de projet. Ainsi, ils proposent une posture d'architecte-chercheuse, fondée sur l'observation, l'expérimentation et l'inscription dans le temps long. Cette initiation à la recherche m'a permis de poser les bases dès le choix du site.

Le travail se structure en trois temps complémentaires, correspondant à trois échelles d'analyse : celle du modèle, celle du projet et celle de l'usage. La méthodologie mise en place pour le PFE s'appuie majoritairement sur le mode opératoire mis en place pour cette dernière échelle, reposant sur une approche sensible, centrée sur l'expérience des usagers.

Dans le mémoire, celle-ci s'appuie sur une enquête de terrain menée au sein de l'EHPAD, combinant plusieurs outils : observations in situ, relevés des usages, analyse des ambiances, ainsi que recueil de témoignages auprès des professionnels et, lorsque cela est possible, des résidents. Elle permet d'identifier les écarts entre les intentions de conception et les usages effectifs, mais aussi de révéler des appropriations informelles, des détournements ou des dysfonctionnements.

Dans le cadre du PFE, l'approche consiste ici à concerter les soignants et les professionnels du site afin de recueillir leurs ressentis et leurs idées, émanant de ceux qui vivent, travaillent, voire habitent le lieu. Cette démarche vise à dépasser le discours prescriptif du projet pour accéder à la réalité vécue des espaces. Une attention particulière est portée aux notions de seuil, d'intimité, de repérage spatial, ainsi qu'aux relations entre surveillance et autonomie. Par ailleurs, les vestiges présents permettent de révéler une mémoire passée, parfois ravivée par les récits actuels de soignants ayant côtoyé les lieux.

L'ensemble de cette méthodologie repose sur une posture de recherche-action, dans laquelle la production de connaissances émerge de l'interaction entre analyse et pratique. Cette approche ouvre des pistes concrètes, telles que la mise en place de formes de permanence architecturale sur site, ainsi que l'adaptation progressive des lieux en fonction de l'évolution des pratiques de soin et des besoins des usagers.

La réhabilitation devient ainsi une hypothèse de travail fondée