Les espaces de la mort à l'hôpital, entre réinvention et persistence

Isabelle Genyk

▶ **To cite this version:**

Isabelle Genyk. Les espaces de la mort à l'hôpital, entre réinvention et persistence. Architecture, aménagement de l'espace. Université de Paris VIII Saint-Denis, 2005. Français. ⟨NNT : ⟩. ⟨tel-04960983⟩

HAL Id: tel-04960983

https://normandie-univ.hal.science/tel-04960983v1

Submitted on 26 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL Authorization

LES ESPACES DE LA MORT À L'HÔPITAL

Entre réinvention et persistance

Isabelle GENYK

Thèse de doctorat en *Architecture*
Université de Paris VIII. Saint-Denis – Vincennes

Sous la direction de Monique Eleb
Sociologue, professeure à l'Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris-Malaquais

Composition du jury :

Patrick Baudry, sociologue, professeur, Université de Bordeaux 3
Bruno Vayssière, architecte, professeur, Université de Savoie (Annecy)
Emmanuel Hirsch, philosophe, professeur d'éthique médicale, Université Paris Sud XI

6 décembre 2005

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux nombreuses personnes qui, par leur collaboration, leur aide et leur soutien, m'ont permis de mener cette recherche à terme.

Je suis infiniment reconnaissante envers la famille Toulouse de la Fondation La Ferté, envers Mme Anne Postel-Vinay, présidente de la Fondation des Treilles, et envers Mme Thérèse Dossin de la Fondation de France, qui m'ont témoigné toute leur confiance alors que ce travail n'était qu'une esquisse. Cette longue enquête de terrain n'aurait pas pu être réalisée sans le soutien financier que ces fondations ont apporté, je tiens à les remercier ici.

J'exprime toute ma gratitude envers Mme Monique Eleb qui a accepté de diriger ce travail atypique et l'ensemble des membres du laboratoire « Architecture-Culture-Sociétés XIXe-XXe siècles » (Ecole d'architecture Paris-Malaquais) qui m'a accueilli en tant qu'allocataire de recherche. Je remercie sa directrice Mme Monique Eleb et Joëlle Trouvé pour sa présence inestimable.
Je remercie également Christine Belmonte sans qui les doctorants issus du DEA inter-écoles d'architecture « projet architectural et urbain. Théories et dispositifs » seraient orphelins.

La liste nominale des personnes qui ont contribué à ce travail serait infiniment longue. Je tiens à remercier les directeurs des hôpitaux qui m'ont ouvert les portes de leur établissement, les médecins, soignants, personnels administratifs, architectes et artistes qui m'ont accordé de leur précieux temps et leur confiance en répondant positivement à mes sollicitations. Je remercie le groupe de recherche et de réflexion éthique et pratiques en chambres mortuaires de l'Espace éthique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et notamment son directeur Emmanuel Hirsch ainsi que Paulette Ferlender dont l'enthousiasme a contribué à lancer cette recherche.
Je remercie l'ensemble des personnes citées dans ce travail et celles qui ne le sont pas mais qui ont néanmoins fait évolué ma réflexion au cours de ces six dernières années.

Pour leur patience sans limite, leur soutien, leur écoute, leurs conseils et réflexions constructives, je remercie tout particulièrement Henri et Ginette Bresler, Nathalie Zottner, Christel Marchiaro et Mathieu de France. Pour leur amitié, leur travail inestimable de correction et la pertinence de leurs remarques, je remercie Soline Nivet, Estelle Thibault, Isabelle Grudet, le docteur Marie-Sylvie Richard, Edgardo Manero, Jean-Louis Violeau, Alain Marchiaro et Raleigh Barra. Enfin, pour leur amitié et leur soutien, je remercie Olga Dubik, Philippe Simon, Catherine Blain, Cristiana Mazzoni, Magali Einig et Virginia Barra

INTRODUCTION 5
Approche de la recherche et état de la question 8
Exclusion et déni de la mort 9
Renouvellement des discours 12
L'hôpital, nouvel espace rituel ? 14
Représentations sociales et architecture 17
Hypothèse : entre réinvention et persistance 19
Période et corpus 20
Chambres mortuaires 20
Unités de soins palliatifs 21
Les lieux de recueillement ou de culte hospitaliers 23
Méthode 24
L'enquête sur le terrain 24
Discours et contenus 26
Apport et rôle des autres sources documentaires 28
Plan de la recherche 30

PREMIERE PARTIE : LIEUX DE PASSAGE DES DEFUNTS ET REPRESENTATIONS SOCIALES 32

I – Le statut de la mort et de ses lieux depuis l'hôpital religieux 33
A – Un regard rétrospectif sur le champ sémantique 33
B - La mort familière au sein de l'hôpital religieux et dans la société du XVIIIe siècle 40
1 - La fin du XVIIIe siècle : entre curiosité scientifique et voyeurisme 41
2 - Le dépôt des morts, annexe du cimetière ou de la chapelle 43
C- Quand Hyppocrate empiète sur le domaine de l'Eglise 51
1- La révolution de la méthode anatomo-clinique. 51
2- L'hôpital, lieu de formation et de transmission d'un savoir 52
3- Genèse d'un service autonome 55
4- Normalisation et traités d'architecture 60
5- L'hôpital comme syncrétisme de l'hygiénisme et de la modernité 63
6- 1930-1980 : l'hôpital-bloc ou l'hégémonie incontestable de la médicalisation 70
D - L'hôpital contemporain, critique de la machine à guérir 78
1- « L'humanisation » comme paradigme 78
2- 1958 à 1983 : la politique des modèles 83
3- 1980, tentatives avortées d'un rapprochement entre l'art et la mort 84

II - L'image contemporaine du service mortuaire dans les services public et privé 93
A- Images réelles et fantasmées chez les usagers et le public 93
1- Une image réelle : réception et perception des usagers 93
2- Image et usage d'un vocabulaire architectural restreint 101
3- Image transmise par la littérature et le cinéma 107
3- La morgue : objet de fantasmes, horreur et fascination du corps en décomposition 108
B- Une image construite par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris 111
C- Les structures privées : funérariums et Athanées 119
1- Histoire récente de funérariums et Athanées en France 121
2- La chambre funéraire, un « espace de vie et de culture » ? 126
3- Des funérariums conçus sur le modèle de la grande maison bourgeoise 129

DEUXIEME PARTIE : NOUVELLE IDENTITE DES SERVICES MORTUAIRES A L'HOPITAL 135

I- Sens et enjeux de l'intervention artistique à l'hôpital 136
A- Un contexte propice 137
1- Les artistes et la société 137
2- Interventions artistiques en milieu hospitalier 140
3- Le programme des *nouveaux commanditaires* 142
B – L'art, l'hôpital et la mort : La Salle des départs 145
1- Matérialité / spiritualité 145
2- Choix de l'artiste par le médiateur 150
3- L'œuvre d'Ettore Spalletti 151
4- Des pratiques rituelles en mutation 153
C- La spiritualité en milieu hospitalier 157
1- Questions liturgiques sous-jacentes 157
2- La gestion de la pluralité cultuelle 162
3- L'ouverture communautaire 168
D- L'œuvre d'art peut-elle constituer un modèle ? 174
2- Le recours à un artiste n'est pas une solution de facilité 175
3- Des interventions artistiques en France et en Europe 179
E – Réception / Usages 193
1- Réception, efficacité symbolique et renommée des artistes 193
2- Des pratiques rituelles réinventées ? 196

II- De l'expression chez les architectes 200
A- Le concours Architectures du grand âge : conception d'antichambres de la mort 201
1- La faille 202
2- Métaphore 207
3- Nécropolis 209
B - Vers une « religion de l'homme » ? 213
1- Récurrences 213
2- Sacralité et symboles 217
C- Réalisations : une référence indirecte à la spiritualité 225
1- Autoriser les différentes pratiques rituelles 225
2- Position prestigieuse du service au regard de la composition d'ensemble 228
3- Distribution 242
4- Vocabulaire architectural 249
D - Entre expression et impression 256

TROISIEME PARTIE : CREATION DES UNITES DE SOINS PALLIATIFS 260

I- L'Angleterre : pays pionnier en matière de conception architecturale des hospices 264
A- Le développement des soins palliatifs en Angleterre au XXe siècle 264
B- Le cadre de vie, élément thérapeutique dans une prise en charge globale de la personne 267
1- Une évidence dans les pays anglo-saxons 267
2- Caractère à donner à l'institution : discrétion ou publicité ? 269
3- Principes de conception 276
4- Programme et dispositifs théorisés comme spécifiques à la fin de vie 281
4- Evolution des structures en Grande-Bretagne : vers un plan type 297

II- Les soins palliatifs en France et la conception architecturale de la première unité de l'AP-HP 306
A- L'émergence des soins palliatifs en France 308
B- Les enjeux de la création de la première unité de l'AP-HP 313

C- Concours Variations architecturales sur la fin de vie 314
D- La création de l'unité Paul Brousse 317
E- Conception architecturale et idéologie des soins palliatifs 324
1- L'innovation en réaction à un service hospitalier classique 324
2- Communauté, travail collectif, interdisciplinarité, hiérarchie 328
3- Resocialiser la mort 334
4- La maison 339
5- La bonne mort, le bien mourir, la vérité 344

III- Evolution des structures d'accueil en soins palliatifs 356
A- Des unités atypiques marquées par l'influence du modèle anglo-saxon 356
B- un antagonisme plus ambigu entre palliatif et curatif ; questionnement sur des unités « ghettos » 363
C- Des unités plus hospitalières que domestiques 367
1- Enquête auprès des unités de soins palliatifs en France 367
2- Critères admis comme indispensables à l'exercice des soins palliatifs en établissement de soins 372
D- Une conception inscrite dans les recherches menées sur la qualité architecturale 374
1- La fin de vie fondue dans des préoccupations générales sur la qualité architecturale 374
2- Convergence entre les services gériatriques et les unités de soins palliatifs 380
E- Evolution de la politique de santé 382
1- Evolution des textes 382
2- Des lits de soins palliatifs dans un service de médecine interne 383

CONCLUSIONS 387

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE 397

INDEX DES NOMS PROPRES 407

INTRODUCTION

Depuis son origine, l'hôpital est le théâtre de perpétuels bouleversements et joue, au même titre que d'autres institutions, un rôle d'indicateur de l'évolution de notre société. Car s'il affirme un caractère de permanence, son rôle ne cesse d'évoluer et de changer à travers les siècles. Selon les époques, il est tour à tour, accueil pour les pèlerins, asile pour les pauvres malades et les invalides, prison pour les mendiants et les vagabonds, instrument de contrôle de l'ordre social, *machine à guérir*[1] … Il est aujourd'hui un pilier de notre société, symbole de haute technicité et de qualité de soins, le premier lieu où l'on naît mais également, pour 70% de la population française, le lieu où l'on meurt.

De la naissance à la mort, l'institution curative représente aujourd'hui un lieu de passage incontournable. Pourtant, si les lieux d'accueil des premiers instants de vie et de la maladie font l'objet d'une attention indéniable, les lieux de transit et de reconnaissance des personnes décédées semblent absents des préoccupations relatives à la qualité architecturale des constructions hospitalières. Souvent relégués au fond de l'hôpital près de locaux techniques, ces services ne choquent pas tant par l'inadaptation de leur architecture que par l'absence du moindre traitement spatial et esthétique. Un lieu délaissé, occulté, en marge de l'institution curative et dont la localisation reste parfois inconnue du personnel même de l'hôpital, alors qu'il est sans doute un des lieux les plus fréquentés par les familles.

Parallèlement à ce constat, est inaugurée, en octobre 1996, la *Salle des départs*, restructuration de la chambre mortuaire de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches par l'artiste italien Ettore Spalletti. Cette œuvre d'art ou œuvre d'architecture fait exception à plusieurs titres : en premier lieu par son unicité et son caractère pionnier qui sous-entend une remise en question radicale du statut du service mortuaire au sein de l'hôpital et en second lieu par les interrogations qu'elle suscite, relatives aux rapports entre l'art contemporain, le deuil et la mort.

[1] Selon le terme que Michel Foucault reprend du troisième rapport des commissaires chargés d'expertiser le projet d'un nouvel Hôtel-Dieu à Paris par l'Académie Royale des Sciences, *Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences,* 1786, archives AP-HP.

Ce projet révèle, en amont, des préoccupations d'ordre éthique qui concernent par ailleurs l'ensemble des pratiques hospitalières. Ces réflexions menées depuis une vingtaine d'années, se situent aujourd'hui à contre-courant des « tendances encore dominantes qui procèdent pour beaucoup d'une idéologie de la médecine considérée comme toute puissante, peu disposée à s'exposer à ce qui révèle ses fragilités, ses limites »[2]. Elles interrogent les notions de dignité et de respect de la personne décédée, la reconnaissance du statut du mourant, la lutte contre toute forme d'exclusion ou encore, l'amélioration de la qualité des soins. Mais la nouveauté réside aussi dans le fait de considérer que ces réflexions s'appliquent à la chambre mortuaire, au même titre que les autres services, dans une volonté affichée de réaliser une continuité du soin pour la personne malade prise en charge par l'institution hospitalière. Souffrant jusqu'alors d'exclusion au regard de services chargés d'une mission curative, ce service semble donc bénéficier, depuis quelques années, d'une nouvelle considération. Mais comment saisir la portée et l'importance de ces « nouvelles » préoccupations tant le respect de la dignité d'une personne défunte constitue l'un des fondements de notre humanité et à ce titre censé être un principe naturel et acquis ?

La nécessité, exprimée aujourd'hui par les soignants, de repenser les termes de la relation entre l'institution curative-service public et toute personne de la société met en évidence l'évolution de nos sensibilités face aux modalités de prise en charge des personnes décédées à l'hôpital. Apparemment les conditions antérieures qui jusqu'alors ne soulevaient aucun problème majeur, semblent actuellement totalement inadaptées à des pratiques en cours de mutation. A travers la conception architecturale des lieux révélateurs de la sensibilité du moment, quelles sont les préoccupations et les pratiques que l'on souhaite mettre en place ? Que révèlent-elles des conditions antérieures ? Quelles résistances rencontrent-elles ? Quelles sont les formes architecturales permettant l'émergence de ces pratiques ? Comment, celles-ci se situent-elles dans l'évolution des pratiques funéraires et des rites de mort ?

[2] Emmanuel Hirsch, « Face à l'autre qui va mourir », J.-C. Ameisen, D. Hervieu-Léger, E. Hirsch, *Qu'est-ce que mourir ?* Le Pommier, Paris 2003.

Approche de la recherche et état de la question

Ce travail est né d'une question issue d'observations réalisées sur le terrain, c'est-à-dire, dans le cadre du projet de restructuration de la chambre mortuaire de l'hôpital Saint-Joseph (Paris) qui nous avait été confié en 1995. Ce projet nous avait conduit à visiter des morgues parisiennes et à nous interroger sur les raisons pour lesquelles ces services ne semblaient pas avoir d'existence « reconnue » dans le sens où ils étaient bricolés, cachés, négligés dans leur traitement architectural. L'inauguration de la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré en 1996 est venue, peu de temps après, ajouter une certaine confusion à ces interrogations. Que signifiait cet important décalage de statut entre des lieux quasiment oubliés et une œuvre réalisée par un artiste de renommée internationale ?

Pour n'importe quelle personne inconsciente de l'ampleur que représente la question de la mort dans nos sociétés contemporaines, le choix des premières lectures s'avère malaisé dans une littérature abondante qui, comme le souligne Michel Vovelle, a littéralement explosé depuis la fin des années 1950. La « redécouverte » de la mort s'affirmant comme un nouveau regard, suscite un intérêt croissant chez les sociologues, psychologues, anthropologues et dans une moindre mesure chez les historiens, d'abord timidement durant les années 1960, puis de manière très importante dans les années 1970[3]. Parmi les écrits pionniers, nous nous sommes penchés sur les ouvrages désormais classiques d'auteurs tels que Philippe Ariès, Jean Baudrillard, Norbert Elias, Michel Foucault, Elizabeth Kübler-Ross, Edgar Morin, Michel Ragon, Louis-Vincent Thomas, Jean-Didier Urbain, Paul Virilio, Michel Vovelle, Jean Ziegler [4]. Toutefois, la seule sélection d'auteurs de référence sur le

[3] Michel Vovelle, *La mort et l'Occident, de 1300 à nos jours,* Gallimard, Paris, 1983. p. 742. M. Vovelle rappelle ici la caractère éminemment pionnier de l'article *Pornography of Death,* où G. Gorer, retrace, en 1955, pour une première fois les étapes d'une occultation progressive de la mort au cours du XXe siècle. Cet article sera suivi d'une enquête sociologique (1963) sur les traits du « nouveaux style de la mort », publiée en 1965 dans son ouvrage *Death, Grief and Mourning in contemporary Britain,* New-York.

[4] Philippe Ariès, *l'homme devant la mort*, éditions du Seuil, Paris, 1977
Jean Baudrillard, *L'échange symbolique et la mort,* éditions Gallimard, Paris, 1976.
Norbert Elias, *La solitude des mourants*, Norbert Elias, 1982, Christian Bourgeois, éditeur, 1987, pour la traduction française.
Vladimir Jankelevitch, *La mort,* éditions Flammarion, Paris, 1977.
Elizabeth Kubler Ross, *Vivre avec la mort et les mourants,* éditions du Tricorne, Genève, 1984.
Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, éditions du Seuil, Paris, 1970.
Michel Ragon, *L'espace de la mort,* Albin Michel, Paris, 1981.
Louis-Vincent Thomas, *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris, 1975

sujet, ne simplifie pas la tâche du débutant qui, grâce à ces lectures est à même de mesurer l'ampleur du problème et la difficulté d'aborder la question sans sombrer dans une vision réductrice. Le filtre avec lequel nous avons appréhendé ces lectures, est issu des questions émanant de nos observations réalisées sur le terrain. La première interrogation concernait le statut de ce lieu en marge de l'institution curative. La seconde touchait à l'usage de ces lieux au regard de l'augmentation du nombre de décès en milieu hospitalier, intégrant l'institution comme personnage tiers au cœur d'un vécu de la mort d'autrui dont le caractère intime n'a cessé, selon les historiens, de s'affirmer au cours du XXe siècle. Ces questionnements, en prise avec le monde social ont exclu de son champ d'investigation une approche plus philosophique de la mort étudiée pour elle-même. La focalisation de l'objet d'étude sur le monde hospitalier nous a conduit, par ailleurs, à délaisser sans toutefois l'ignorer, le champ particulièrement étudié de l'architecture funéraire et des cimetières.

La lecture de ces auteurs de référence a donc été abordée à travers le filtre de deux grands thèmes. Le premier est l'évolution du statut de la mort dans l'histoire de la médecine, le deuxième concerne la place de l'individu au regard du groupe à travers notamment la question du deuil.

Le projet d'Ettore Spalletti est-il un indice d'une « réhabilitation » du statut de la mort rompant avec l'exclusion de mise dans l'hôpital d'après-guerre ? S'agit-il réellement d'une rupture ou plutôt d'une certaine continuité de réflexion quant au statut de la mort par rapport à la médecine et à l'hôpital, changements qui ne seraient qu'un mode différent de traiter le problème ? De quel point de vue peut-on parler d'exclusion ou de négation, de quel autre peut-on parler de permanence du thème de la mort ?

Exclusion et déni de la mort

Le point commun des publications des années 1960-1970, issues de différentes disciplines est d'aborder un sujet jusqu'alors « tabou » et de prendre une position critique au regard d'une société occidentale qui dénie la mort. Nombreux sont ceux

Louis-Vincent Thomas, *Mort et pouvoir,* Payot, Paris, 1978
Jean-Didier Urbain, *La Société de conservation,* Payot, Paris, 1978
Paul Virilio, *Esthétique de la disparition*, éditions Balland, 1980
Jean Ziegler, *Les vivants et la mort,* Seuil, Paris, 1975.

soulignant la perte de l'expérience que l'on pouvait avoir de la mort dans le champ naturel de la famille et l'occultation sociale progressive de cette expérience pourtant si banale les siècles précédents. Plusieurs raisons sont invoquées : l'urbanisation et le changement d'habitat, la dernière guerre mondiale, la baisse de la mortalité infantile, les progrès de la médecine, la montée de l'individualisme, la perte du lien social… Peu a peu, certains rites sociaux autour de la mort ont disparus. Cortèges funéraires, brassards noirs, semaines ou mois de deuil, décor funéraire font désormais partie du passé. Du simple constat que faisait François Stendler en 1977 sur l'absence de considération de « l'acte de mourir » dans les politiques hospitalières et de l'inadaptation fondamentale de l'hôpital[5], Philippe Ariès y ajoute une dimension historique en parlant d'une « mort volée » au malade par le mensonge des proches et des médecins, à partir de la seconde moitié de XIXe siècle[6]. Si Philippe Ariès affirme que « la mort avait été exclue du savoir médical depuis la fin du XIXe siècle », il ne s'agit pas de l'instant de la mort qui n'a cessé de susciter l'intérêt des chercheurs et médecins quant à sa définition, mais du statut du mourant dont Ariès associe sa reconnaissance à la « dignité » de la personne. Parallèlement à cette occultation progressive du statut du mourant, Jean Baudrillard, Edgar Morin comme Michel Foucault mettent en évidence la récurrence du thème de la mort dans les recherches scientifiques, thème qu'ils définissent comme le fondement de la médecine moderne. La mort prend ici la double figure d'outil de recherche dans la lutte contre elle-même et objet de cette lutte.

Dans la *Naissance de la clinique*, Michel Foucault en 1963, voit ainsi dans le changement conceptuel du statut de la mort, à la fin du XIXe siècle, la condition fondamentale de la naissance de la médecine moderne[7]. Du phénomène absolu et négatif sur lequel trébuchait l'élaboration du savoir, la conception de la mort va devenir un instrument technique d'analyse de phénomènes jusqu'alors inexpliqués. La vie ne se pense plus à partir du vivant mais à travers la destruction de la vie. A travers l'expérience clinique, Bichat intègre ainsi la mort dans un système technique et conceptuel, qui lui donne sa valeur d'expérience. En ôtant le caractère total, insécable et mystérieux de la mort, il ouvre la voie à des recherches qui vont

[5] François Stendler, « La mort à l'hôpital », in *Bulletin de la Société de Thanatologie,* n°35, 1977, p.42-43.
[6] Ariès Philippe, *l'homme devant le mort 2. La mort ensauvagée*, *op.cit*.
[7] *Naissance de la clinique,* Michel Foucault, PUF, Paris, 1963.

considérer chaque élément de l'organisme pris individuellement, comme les pièces d'une machine. C'est déjà cette vision de la mort considérée en partie comme une maladie, donc de l'ordre du désordre ou du dysfonctionnement d'éléments pouvant être soignés ou remplacés que mettait en lumière l'ouvrage *L'homme et la mort,* d'Edgar Morin paru en 1951, remanié et réédité en 1970. Edgar Morin parle de « rénovation » d'une théorie scientifique sur la mort qui enterre le dogme de Claude Bernard affirmant que « la vie c'est la mort ». Avec les travaux de Weissman, Metchnikoff et leurs successeurs, sur l'*amortalité* des cellules, le philosophe adhère aux conclusions des chercheurs affirmant « que la mort n'est pas une nécessité de la vie organique. »[8]. Moins optimiste, Jean Baudrillard, dans *L'échange symbolique et la mort* paru en 1976, émet une vive critique vis-à-vis de l'idée moderne de la science commandée par le système de représentation de la machine. L'hôpital et la médecine en général, en prenant en charge uniquement le corps et la maladie dans une nécessité d'objectivation radicale du corps, opèrent une discrimination sociale du malade et de son esprit qui, pour Baudrillard, est déjà « un processus de mortification ». Il s'agit, pour lui, d'une mort symbolique de l'être avant sa mort réelle. Et c'est précisément en considérant le malade ou le mourant comme un corps biologique, c'est-à-dire porteur d'une maladie et non sujet, que l'on peut considérer que la seule place possible pour lui est l'hôpital, seul milieu technique « qui se charge de neutraliser la maladie et la mort dans leur différence symbolique »[9].

Du simple constat, aux synthèses tentant, au-delà de la description, de proposer un modèle explicatif, les écrits des auteurs des années 1970 dressent le même bilan d'une société « thanatocratique » selon le terme de Jean Ziegler, où la mort se répand dans la vie, faute désormais de savoir lui assigner la place qui l'articulait au vivant. Louis-Vincent Thomas dont *L'anthropologie de la mort*, publié en 1975, avait pour ambition de constituer une science totale de la mort permettant de connaître « la mort par l'homme et l'homme par la mort », décline sous divers aspects l'idée que notre société occidentale, au regard de la société africaine est une société mortifère, que la mort obsède et terrifie. C'est encore au regard des sociétés « primitives » que Jean Baudrillard nous met en garde. Car, si nos sociétés dites « évoluées » excluent les

[8] Edgar Morin, *op.cit.* Des recherches postérieures à ces expériences viendront nuancer ces perspectives optimistes, en prouvant le vieillissement inexorable des cellules.
[9] Jean Baudrillard, *op.cit.*

morts de l' « Humain », « nous continuons d'échanger avec les morts, même niés et interdits de séjour - simplement nous payons de notre propre mort continuelle et de notre angoisse de mort la rupture des échanges symboliques avec eux. [...] L'inconscient est tout entier dans la distorsion de la mort d'un procès symbolique (échange, rituel) en un procès économique (rachat, travail, dette individuelle) »[10]. Par « l'échange symbolique », il ne faut pas comprendre que les vivants puissent, par ce moyen, vivre avec les morts (par la communication, présence sous une autre forme) mais bien de leur donner une place précise, un statut particulier qui n'est plus de l'ordre du vivant. L'échange symbolique, qui peut prendre la forme d'un rituel, permet de rétablir, au sein d'un groupe social l'ordre perturbé par la survenue de la mort. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'une cohabitation pacifique et sereine des vivants avec les morts dans le monde des vivants, mais d'un moyen de canaliser l'angoisse et la violence de la mort, en l'articulant au vivant, c'est-à-dire en lui donnant une place précise par rapport au vivant.

L'exclusion et le refoulement de la mort que Norbert Elias relie encore au degré élevé d'individualisation et de pacification intérieure de nos sociétés, sont venus, à travers la lecture de ces ouvrages de référence, apporter un éclairage certain au constat de la mort cachée et honteuse que renvoyaient les chambres mortuaires parisiennes que nous avions visitées. La lecture des ouvrages parus à partir des années 1990, a élargi, quant à elle, notre champ de réflexion qui s'est porté sur le renouvellement des discours contemporains sur la mort en milieu hospitalier.

Renouvellement des discours

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la « sortie » de la mort du champ social et son cantonnement dans le privé, s'accompagnent d'un mouvement qui va mettre presque exclusivement la mort et le mourir dans les mains de spécialistes ou d'institutions tels que les Pompes funèbres ou l'hôpital. Tout se passe comme si on ne savait plus comment faire face à ces questions et que seuls les professionnels spécialistes pouvaient les prendre en charge. Situation quelque peu paradoxale, puisque cette mort vécue à présent uniquement dans l'intimité de la famille est confiée à des personnes étrangères à la famille et représentantes de la société. Ce

[10] Jean Baudrillard, *op.cit.*

déplacement, souligne Michel Hanus, s'accompagne d'un intérêt collectif grandissant du public pour ces questions. Public sensibilisé, d'une part, par l'épidémie du SIDA, démontrant qu'il y avait urgence à parler d'une mort qui ne touche désormais plus uniquement des personnes âgées et, d'autre part, par un discours public très présent depuis le début des années 1990 sur la mort, à travers des articles, ouvrages émissions de radio ou de télévision[11]. En effet, le débat sur la légalisation de l'euthanasie en France, alimenté par de nombreuses affaires d'actes d'euthanasies en milieu hospitalier, a porté, ces dernières années, la mort comme sujet intarissable de polémiques sur la scène publique. Cette question n'est pourtant pas nouvelle et ébranle, depuis le milieu des années 1970, des valeurs fondamentales de notre société. Mais aujourd'hui, cette question n'apparaît jamais seule et il n'est pas un débat qui ne l'associe ou parfois ne l'oppose aux soins palliatifs. Cette figure incontournable devenue en une quinzaine d'années, synonyme de fin de vie, est venue prendre part au renouvellement des discours critiques des années 1970, sur les modalités de survenue de la mort en Institution.

Mais qui parle de la mort ? Il s'agit encore de sociologues, philosophes, psychologues, médecins de l'institution hospitalière, des Pompes funèbres, organisant des conférences remportant un vif succès sur le thème de la mort dans notre société, mais également un nombre conséquent de personnes témoignant simplement de l'expérience « enrichissante » de l'accompagnement d'un mourant.
Le sociologue des religions Julien Potel, insiste en 1997 sur les changements qui se sont opérés dans le discours même[12]. Il ne s'agit plus du discours complexe des philosophes mais de la recherche d'une « parole ordinaire » susceptible d'être comprise par tous. Le succès en librairie des témoignages d'accompagnement tel que le best seller *La mort intime* de Marie de Hennezel constitue une manifestation représentative de cet intérêt[13]. Mais si la nature du discours s'est modifié, le sujet traité également. Le concept abstrait de la mort se voit supplanté par un discours sur la resocialisation de la mort : importance de la ritualisation, de parler de la mort en famille, d'accompagner les mourants, du deuil …

[11] Michel Hanus, *La mort retrouvée,* éditions Frison-Roche, Paris, 2000.
[12] Julien Potel, « La mort est-elle un sujet dont on parle? », in *Passage, le journal d'information du groupe PFG-Roblot,* Automne 1997, n°4. Julien Potel est par ailleurs l'auteur de l'ouvrage *Mort à voir, mort à vendre,* paru en 1970qui constituait un relevé exhaustif de tout ce qui avait trait à la mort dans la presse parisienne.
[13] Marie de Hennezel, *La mort intime,* éditions Robert Laffont, Paris, 1995.

L'hôpital, nouvel espace rituel ?

Ces dernières années, de nombreux articles traitant de l'apparition de rites en milieu hospitalier sont venus marquer le renouvellement des discours sur la mort[14]. Leurs auteurs, médecins ou soignants dans des services de long séjour, de soins palliatifs, d'obstétrique ou en chambre mortuaire, y décrivent les pratiques des soignants mises en place pour lutter contre l'aspect dissolvant de la mort, particulièrement aigu en ces lieux. Si certains des actes décrits ne faisaient effectivement pas partie des habitudes hospitalières (accompagnement des personnes décédées à la chambre mortuaire, « commémoration », temps de vacance du lit du défunt), d'autres, comme la toilette ou l'inventaire des objets personnels, étaient auparavant obligatoires. Ces derniers tiennent finalement leur nouveauté que dans l'intention du geste accompli. L'ensemble de ces actes est présenté comme de nouveaux rites. A chaque auteur d'appuyer son propos par la définition du rite (parfois même par la simplification) qui lui conviendra le mieux, de préférence d'un garant de référence (de Pierre Smith, à Arnold Van Gennep, en passant par Louis-Vincent Thomas[15]). Cette synthèse un peu rapide ne voudrait toutefois pas simplifier exagérément le propos de ces auteurs dont certains posent les questions : dans quelle mesure peut-on qualifier certains actes de rites ou s'il ne s'agit pas de rites, comment qualifier des actes symboliques répétés (au moins dans l'esprit des auteurs de ces actes) ayant un autre sens que l'acte en lui-même ? Ou encore, pourquoi et quand passe-t-on de la « routine » au « rite » (si ces deux catégories d'actes peuvent être reliés)[16] ? Malgré ces doutes et questions laissés sans réponse, l'ensemble des discours de ces professionnels se caractérise par une vision qui voudrait croire, à travers ces pratiques, aux prémisses d'un renouveau de l'attitude de l'homme face à la mort.

---

[14] Isabelle Richard « Mourir aujourd'hui » dans *Mourir aujourd'hui, les nouveaux rites funéraires* sous la direction de Marie-Frédérique Bacqué, éditions Odile Jacob, Paris, 1997, ainsi que l'article « L'hôpital, nouvel espace rituel ? » dans *Etudes sur la mort « Rites et rituels »*, L'esprit du temps, Paris, 1998
Luce des Aulniers, « Bruit du temps jusqu'à silence de mort », dans *Mourir aujourd'hui,op.cit*
Marie-Geneviève Freyssenet, « Ce n'est pas de la petite bière, ce ne sont donc des petits vieux » dans *Mourir aujourd'hui,op.cit*
Dr C. Kiffel, M.J. Ranguin et A. Le Morvan, « Comment meurt-on quand on est vieux et/ou dément en Institution gériatrique ? » dans *Etudes sur la mort « Rites et rituels »*, L'esprit du temps, Paris, 1998.

[15] Pierre Smith, *La fonction symbolique,* Gallimard, Paris, 1979 et Arnold van Gennep, *Les rites de passages,* Picard, Paris, 1981, cités Marie-Geneviève Freyssenet, « Ce n'est pas de la petite bière, ce ne sont donc des petits vieux » *op .cit*.
Louis-Vincent Thomas cité par, Le Dr C. Kiffel, M.J. Ranguin et A. Le Morvan, « Comment meurt-on quand on est vieux et/ou dément en Institution gériatrique ? », *op.cit*.

[16] Dr C. Kiffel, M.J. Ranguin et A. Le Morvan, *op.cit*.

De l'exclusion et du déni que nous avions retenu de nos premières lectures, à l'optimisme de certains discours contemporains quant au renouveau de nos attitudes devant la mort, cette vision tranchée correspondait assez bien à nos propres observations sur le terrain et venait, somme toute, apporter une réponse satisfaisante au changement radical de statut que semblait inaugurer la restructuration de la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré. Dans une certaine mesure, cet état d'esprit est venu structurer notre travail préliminaire de recherche (1998) qui cherchait, à travers l'architecture, à déceler des éventuels changements de mentalité et d'autre part à identifier les domaines dans lesquels le travail des concepteurs puisait ses références [17]. L'approfondissement des recherches sur le terrain et la poursuite de l'étude des positions des différentes disciplines a cependant fait évoluer cette problématique et posé les limites de cette logique. La relecture des ouvrages de Jean Baudrillard et de Louis-Vincent Thomas ainsi que la lecture des écrits de Patrick Baudry ont été le ferment de l'évolution des problématiques développées dans ce travail. La position de Louis-Vincent Thomas, appuyée de celle de Patrick Baudry vient, dans les années 1990, en contre-pied des discours largement véhiculés par les témoignages d'accompagnement de mourant participant à cette idée de renouveau de nos attitudes face à la mort. Elle met, d'autre part, en lumière la difficulté de travailler sur une hypothèse sociologique inscrite dans le contemporain. Sans recul historique, il devient alors délicat d'affirmer ou d'infirmer une telle hypothèse ou encore de se situer dans sa logique.

En 1993, peu avant de mourir, Louis-Vincent Thomas évoque un certain renouveau de la mort. Toutefois, celui-ci n'est pas à comprendre comme un dépassement du déni individuel et collectif de la mort, qui ne fait au contraire que se renforcer, mais comme les manifestations d'un intérêt plus soutenu pour la mort, ce qui l'entoure et ceux qui l'approchent et la vivent[18]. Quelques années plus tard, en 1997, le sociologue Patrick Baudry poursuit la pensée de l'anthropologue en opposant son opinion aux professionnels, précédemment évoqués du monde médical ou de la mort. Ces discours marqués de « psychologisme » renverraient selon lui à des pratiques essentiellement individuelles. Et cette attitude (volonté que les choses changent et affirmation qu'elles sont en train de changer) passerait sous silence « les structures

[17] Isabelle Genyk, *L'hôpital et la mort,* mémoire du DEA « Projet architectural et urbain, sous la direction de Monique Eleb, Ecole d'architecture Paris-Belleville, juin 1999.
[18] Hanus Michel, « Paroles, pratiques, rites et rituels » dans *Etudes sur la mort « Rites et rituels »*, L'esprit du temps, Paris, 1998.

sociales et l'histoire au sens d'une science historique qui ne raconte pas seulement les variations "au fil des siècles" d'un psychisme sentimental, mais les formes d'organisation collective qu'une culture génère, et qui se modifient bien moins par la décision que l'on pourrait prendre de "changer de représentation" ou quelque accident de parcours à la prolongation d'une idée que sous l'effet d'instances, de logiques, de dispositifs qui ne ressortissent pas à la seule individualité » [19]. Selon Patrick Baudry ces petites variations ne pourraient, en aucun cas laisser augurer un réel changement d'attitude de l'homme face à la mort, au contraire, dans la logique de fonctionnement social dont la caractéristique est d'exclure la mort ou de la nier, la fabrication d'une apparente acceptation ne serait qu'un moyen efficace de déni. Dans cette optique, l'affirmation de Jean Baudrillard selon laquelle « il est une exclusion qui précède toutes les autres, plus radicale que celle des fous, des enfants, des races inférieures, une exclusion qui les précède toutes et leur sert de modèle, qui est à la base même de la "rationalité" de notre culture : c'est celle des morts et de la mort »[20] garde, trente ans après, toute son actualité.

Ces lectures et relectures confrontées à nos observations sur le terrain, nous ont conduit à aborder le sujet du point de vue des représentations participant d'une manière spécifique au renouvellement des discours. Cette recherche ne s'intéresse donc pas au seul fait de société mais également aux modalités selon lesquelles les architectes, baignés comme tout un chacun dans l'idéologie sous-jacente très particulière des discours sur la fin de vie et la mort à un moment donné, participent au processus de renouvellement des représentations sociales en donnant forme à des lieux institutionnels supports d'usages de « nouvelles » pratiques. L'analyse de la production architecturale apporte un échelon de lecture supplémentaire permettant de saisir le discours implicite que les concepteurs véhiculent à travers le registre expressif de leurs créations.

[19] Baudry Patrick, « Le sens de la ritualité funéraire », dans *Mourir aujourd'hui, les nouveaux rites funéraires*, *op.cit*.
Voir également Patrick Baudry, *La place des morts, enjeux et rites,* Armand Colin, Paris, 1999.
[20] Jean Baudrillard, *op.cit*.p.192

Représentations sociales et architecture

Les architectes font sans conteste partie de la catégorie que Serge Moscovici distingue comme celle des personnes ayant pour métier de fabriquer des représentations sociales, c'est-à-dire ceux se consacrant à la diffusion et à la construction des connaissances scientifiques et artistiques[21].

Nous empruntons ici à Denise Jodelet la définition des représentations sociales selon laquelle «le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus généralement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéel. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres. »[22]

La représentation sociale[23], en ce qu'elle est toujours la représentation d'un objet par un sujet, est directement dépendante des caractéristiques de ce référent et de la manière dont le sujet l'appréhende. Denise Jodelet souligne que la représentation sociale est, avec son objet dans un rapport de « symbolisation » (elle en tient lieu), et « d'interprétation » (elle lui confère des significations). Ces significations résultent

[21] Serge Moscovici, « des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire », dans Denise Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales, ibid*.

[22] Denise Jodelet « représentation sociale : phénomène, concept et théorie » dans Serge Moscovici (Dir.), *Psychologie sociale,* PUF, Paris, 1984.

[23] Le concept de représentation sociale appartenant, aujourd'hui, à la psychologie sociale est issu de celui de représentations collectives que développe Emile Durkheim en sociologie (1895). C'est en mettant l'accent sur la relation que Serge Moscovici renouvelle la notion de Durkheim au début des années 1960.

« La notion elle-même a pourtant changé, les représentations collectives cédant la place aux représentations sociales. […] D'un côté, il fallait tenir compte d'une certaine diversité d'origine, tant dans les individus que dans les groupes. De l'autre, il était nécessaire de déplacer l'accent sur la communication qui permet aux sentiments et aux individus de converger, de sorte que quelque chose d'individuel peut devenir social, ou *vice versa*. En reconnaissant que les représentations sont à la fois générées et acquises, on leur enlève ce côté préétabli, statique, qu'elles avaient dans la vision classique. ». Serge Moscovici ; « des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire », dans Denise Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales,* PUF, Paris, 1989.

d'une activité qui fait de la représentation une « construction » ou « re-construction » et une « expression » du sujet. Cette construction de l'objet, expressive du sujet entraîne un décalage avec son référent qui peut être dû également à l'intervention des valeurs et codes collectifs, des implications personnelles et des engagements sociaux des individus. Cette production est qualifiée de savoir « pratique » dans le sens où il se réfère à l'expérience à partir de laquelle il est produit, aux cadres et aux conditions dans lesquels il l'est, et surtout au fait que la représentation sert à agir sur le monde et autrui. Ce qui débouche sur ses fonctions et son efficacité sociales[24].

Par la nature même de la relation commerciale qui lie l'architecte à son client, celui-ci est obligé de répondre à un programme pouvant se lire comme le fruit ou comme un élément particulièrement représentatif des attentes communes. L'analyse du contexte de l'élaboration du programme constitue un premier niveau de lecture. Pour cela, il nous semble nécessaire de nous appuyer sur l'analyse des autres disciplines (histoire de la médecine, sociologie, anthropologie, etc.) pour retracer l'émergence des préoccupations actuelles qui façonnent les représentations de la fin de vie et de la mort.

Le deuxième niveau de lecture consiste à examiner l'interprétation que fera l'architecte du programme dans la mise en forme spatiale. Cette formulation qui lui est propre et non imposée dans un programme architectural nous renseigne tout autant sur la représentation sociale qui est indissociable de l'interprétation, que sur la manière dont des personnes issues d'une même formation et appartenant à une même profession répondent à une question particulièrement aiguë. Existe-t-il des similitudes dans la manière d'appréhender la réponse et des domaines de référence communs ou privilégiés chez les différents concepteurs ? Existe-t-il une expression propre à la profession qui puisse ne pas être comprise comme telle par les non professionnels ? Le discours des architectes sous-tendu dans leur production peut-il transgresser les représentations sociales actuelles de la fin de vie et de la mort, la réponse architecturale devenant un moyen de révéler ces représentations ?

Trois types de problématiques orientent les travaux menés sur les représentations sociales : les conditions de production et de circulation ; les processus et états et

[24] Denise Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales, ibid*.

enfin le statut épistémologique des représentations sociales. Si notre travail cherche à esquisser les conditions d'émergence de « nouvelles » représentations, les modalités de représentations et la signification qui ressort de l'interprétation des concepteurs, nous pourrions situer notre démarche dans une approche que Denise Jodelet caractérise par « l'accent [mis] sur les aspects signifiants de l'activité représentative. Le sujet est considéré comme producteur de sens, il exprime dans sa représentation le sens qu'il donne à son expérience dans le monde social. Le caractère social de la représentation découle de l'utilisation de systèmes de codes et d'interprétations fournis par la société, ou de la projection de valeurs et d'aspirations sociales. En ce sens, la représentation est aussi considérée comme l'expression d'une société donnée. »[25]

Par ailleurs, l'approche de l'objet, envisagé tout autant du point de vue de sa mise en forme spatiale que dans le regard plus élargi de son contexte d'élaboration, situe ce travail dans la continuité de recherches telles que celles menées par Monique Eleb, dans le champ de la recherche architecturale, sur l'architecture domestique en France. Du XVIIe au XXe siècle, l'analyse des dispositifs spatiaux de l'architecture domestique y est considérée au regard de la psychologie, de la sociologie, de l'histoire sociale, l'histoire des mentalités, mais également des idéologies mise en œuvre permettant ainsi de saisir l'évolution des modes d'habiter, l'émergence de « types » ou encore la création de formes d'habitat devenues des images stéréotypées de l'habitation.[26].

Hypothèse : entre réinvention et persistance

Ce travail avance la première hypothèse que la conception contemporaine des lieux de mort à l'hôpital, résultat d'actions individuelles, générerait de la part des architectes et artistes un ensemble homogène de discours. Ces derniers mettent en valeur une volonté de donner, à travers l'architecture, un « sens » à ces lieux particuliers dépassant amplement le simple aspect fonctionnel d'une réponse spatiale à un programme donné.

---

[25] Denise Jodelet « représentation sociale : phénomène, concept et théorie », *op.cit*.

[26] Monique Eleb, *L'apprentissage du « chez-soi »*, Editions Parenthèses, Paris, 1994.
Monique Eleb avec Anne Debarre, *Architectures de la vie privée, XVIIe-XIXe siècles,* AMM, Bruxelles, 1989.
Monique Eleb avec Anne Debarre, *L'invention de l'habitation moderne, Paris 1880-1914,* AMM/Hazan, 1995.

La deuxième hypothèse concerne particulièrement les modes de représentation à l'œuvre dans la conception des lieux de mort (chambres mortuaires) et les lieux de recueillement hospitaliers. Les concepteurs puiseraient leurs références dans des valeurs emblématiques ou symboliques, sans intention toutefois de créer un véritable espace sacré. Ces démarches, chez certains concepteurs pourraient s'apparenter à la recherche d'une représentation laïque de valeurs traditionnellement attachées à la religion, « d'une religion de l'homme » susceptible de répondre à une demande de spiritualité dans le cadre de la laïcité de l'institution curative, tout en dépassant les particularismes d'une religion précise.

Si, par ailleurs, la conception des lieux de fin de vie (unités de soins palliatifs) participe aujourd'hui à un renouveau de nos représentations sociales sur le mourir en institution et forment un nouveau socle de référence pour le futur, elle ne vient toutefois pas remettre en cause un fondement de notre société que constitue le déni de la mort, voire elle vient participer à sa logique de manière plus subtile. Cette recherche émet la troisième hypothèse que la conception architecturale, en France, de ces unités témoigne de ce phénomène ambivalent, oscillant entre réinvention et persistance.

Enfin la dernière hypothèse reliant les trois précédentes porte sur l'innovation que représente la reconsidération actuelle du statut de la mort et du mourir dans le milieu hospitalier français. Si cette reconsidération représente une innovation incontestable de plusieurs points de vues : médical, éthique, juridique, distinction théorique d'une nouvelle période de la vie…, elle ferait référence, du point de vue de l'expression architecturale (choisie par les concepteurs ou acceptée par les commanditaires des opérations), à des domaines ne relevant justement pas de l'innovation mais à des valeurs fortement ancrées dans la tradition.

Période et corpus

Chambres mortuaires

La période sur laquelle nous avons choisi de focaliser de manière privilégiée notre attention est la période contemporaine. Nous l'avons bornée, en amont, au début des

années 1980, époque correspondant à l'émergence de nouvelles préoccupations concernant les chambres mortuaires hospitalières.
La première catégorie d'objets du corpus de cette recherche est donc constituée de chambres mortuaires hospitalières ayant fait l'objet d'une réhabilitation ou d'une restructuration depuis 1980, en France. Des projets théoriques (ou architectures de papier) produits durant cette même période, viennent s'ajouter à ce premier ensemble, tandis que des réalisations plus anciennes de chambres mortuaires de l'Assistance Publique ou des funérariums et Athanées appartenant au secteur privé viendront ponctuellement apporter un éclairage historique ou encore révéler la spécificité du service public.

Unités de soins palliatifs

Si l'on veut chercher à saisir selon quels termes la considération du statut de la mort au regard des pratiques hospitalières a évolué ces deux dernières décennies, on ne peut se passer de considérer la figure désormais incontournable que représente la pratique de la médecine palliative. Nous nous sommes intéressées à la création et à la conception architecturale de lieux qualifiés ici de lieux du mourir, accueillant spécifiquement les instants précédant la mort. Ce nouveau corpus ne correspond en aucun cas à un souci d'exhaustivité, à la volonté de dresser un inventaire des lieux hospitaliers marqués du sceau de la mort. Il rassemble des objets qui, au-delà de ce premier point commun, montrent dans leur conception une véritable volonté d'innovation.

En matière de lieux de fin de vie, cette réflexion s'est engagée suite à la visite de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif. Cette unité conçue par l'agence d'architecture Avant-Travaux, est, en 1988, la première unité de soins palliatifs de l'Assistance Publique. Sa conception montre avec évidence la nécessité de créer un lieu en rupture avec l'environnement hospitalier traditionnel avec, entre autres, l'intégration d'éléments domestiques.

> *Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les*

> *douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.* [27]

Cet extrait de la définition des soins palliatifs, formulée par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, comme la visite de la première unité de l'Assistance publique laissait pressentir, au début de cette recherche, une approche globale de la personne en fin de vie donnant une place importante à la qualité du cadre dans lequel ces derniers instants sont vécus. Si la pratique palliative en centres ou unités hospitalières se développe de manière significative en France au milieu des années 1980, elle ne se fonde pas sur rien et bénéficie même d'un modèle largement éprouvé dans le monde Anglo-saxon. La prise ne charge palliative jouit en effet, en Grande-Bretagne, d'une expérience longue de près d'un siècle et est dispensée, depuis 1967 dans des bâtiments spécifiquement conçus pour l'accueillir.
L'intérêt d'étudier les unités ou les centres de soins palliatifs est une occasion, assez rare, d'assister à la mise en place d'un programme qui n'existait pas auparavant. Comment « naît » un programme, un « type »d'édifice ? S'agit-il d'une simple copie, de l'importation d'un modèle éprouvé ailleurs ? L'analyse de ce corpus revêt un double intérêt. Pour la discipline architecturale, il s'agit de comprendre comment circulent les idées ; quelles transformations elles subissent (ou non) dans le passage d'une culture ou d'un système à un autre. Que retient-on du modèle original, s'il en existe un ? Comment l'adapte-t-on ? Le réinvente-t-on ?
Pour la discipline médicale, il est intéressant de saisir en quoi la conception architecturale d'un bâtiment peut participer en tant que « soin » au sens large du terme à la prise en charge globale d'une personne en fin de vie. Comment sont conçus ces lieux spécifiquement destinés à accueillir des mourants ?

En 1999, un premier dépouillement des travaux et publications sur le sujet, dans les bibliothèques et centres d'information spécialisés en France, révèle que la conception architecturale des *hospices* selon le terme anglais, centres ou unités de soins palliatifs ne fait l'objet d'aucune recherche. En France, Niels Degrémont consacre, en septembre 1995, son diplôme d'architecte à concevoir un centre de soins palliatifs

[27] Définition modifiée et ratifiée par l'Assemblée générale de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, 4 mai 1996.

sur le site de l'hôpital Laennec à Paris[28]. En 1998, il rédige un article à ce propos dans la *revue Européenne des soins palliatifs*[29], article qui constitue, en 1998, l'unique publication répertoriée en France consacrée spécifiquement à la conception architecturale des centres d'accueil des personnes en fin de vie[30].

Afin d'appréhender la conception architecturale des premières unités de soins palliatifs de l'Institution hospitalière, en France, il nous a semblé fondamental d'analyser, dans un premier temps, le modèle présumé en matière de conception architecturale de centres de soins palliatifs : le Royaume Uni, afin de pouvoir, dans un deuxième temps en comparer les principes de conception, déterminer les influences ou non sur la conception des premières unités en France.
La deuxième catégorie des objets du corpus de ce cette recherche est donc constitué d'un ensemble d'opérations définies comme exemplaires au Royaume-Uni[31], et d'unités hospitalières françaises conçues postérieurement à la circulaire ministérielle d'août 1986 préconisant le développement de ce type d'unité à l'hôpital.

Les lieux de recueillement ou de culte hospitaliers

Parmi les chambres mortuaires du corpus étudié, la *Salle des départs,* restructuration de la chambre mortuaire de l'hôpital Raymond Poincaré par l'artiste italien Ettore Spalletti, soulève des questions quant à la signification du recours à un artiste par la maîtrise d'ouvrage.
L'analyse de cette opération a par ailleurs ouvert de nouvelles pistes de réflexion et nous a conduit à considérer certaines opérations de réhabilitation ou de création de lieux de recueillement ou de culte en milieu hospitalier. Les deux programmes ne sont a priori pas assimilables l'un à l'autre, pourtant, parler de la conception des lieux de spiritualité à l'hôpital s'est imposé avec force au cours de la recherche tant les questions soulevées par ces deux programmes, leur situation au sein de l'institution hospitalière et la manière d'envisager leur conception, présentent des similitudes. Le

[28] Centre de soins palliatifs sur le site de l'hôpital Laennec à Paris, diplôme d'architecte de Niels Degrémont, sous la direction de Robert Prost, Ecole d'architecture Paris-Tolbiac, septembre 1995.
[29] Degrémont Nils, « Soins palliatifs et architecture : de l'hôpital vers l'homme », in *European Journal of palliative care,* 1998, vol.5, n°4, p.127-129.
[30] Depuis 1998, l'intérêt pour ce sujet, ne se dément pas chez les étudiants des écoles d'architecture parisiennes.
[31] Le critère « d'exemplarité » de ces opérations est précisé dans la méthode de constitution du corpus.

Lieu de recueillement et de prière réalisé par Michelangelo Pistoletto pour l'institut Paoli-Calmettes (Marseille) ainsi que l'*Oratoire* conçu par l'artiste Pierre Buraglio pour le nouvel hôpital Bretonneau (Paris) seront l'occasion de considérer les questions que la conception de tels lieux suscitent aujourd'hui.

Dans cette présentation du corpus, nous n'avons, pour l'instant, évoqué que les projets et réalisations architecturales. Il ne s'agit toutefois pas d'aborder ces objets uniquement par leurs caractéristiques spatiales et expressives, mais également de les situer dans le contexte social de leur production. Les projets principaux du corpus de la recherche seront donc examinés en relation avec les discours des différents acteurs ayant concouru à leur réalisation.

Méthode

L'enquête sur le terrain

En l'absence de toute recherche, en France, sur la conception architecturale contemporaine des chambres mortuaires hospitalières et des unités de soins palliatifs, la première étape de l'investigation consistait en la sélection des objets d'un corpus jamais répertorié.
Cette sélection est le fruit d'une importante enquête sur le terrain en France et en Grande-Bretagne menée sur six années. Le choix des opérations à visiter s'est constitué au fil des entretiens réalisés auprès des médecins, soignants, responsables de services et de centres, par recoupement des informations recueillies.

Dans un premier temps, l'enquête s'est portée sur des chambres mortuaires de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, restructurées ou non. Ces premières visites ont été l'occasion, d'une part, d'établir un état des lieux, de saisir le statut de ce service et des enjeux afférents à leur restructuration et d'autre part, de recueillir des informations sur des services restructurées en France ces vingt dernières années. La recherche de ces informations s'est révélée difficile tant le service mortuaire à l'hôpital représente un monde à part, très cloisonné, très peu au fait des démarches des chefs de services d'autres hôpitaux au sein d'une même ville et à fortiori dans

une autre ville[32]. Par ailleurs, les visites des services sont dépendantes des autorisations des directeurs des hôpitaux concernés, ce qui, dans certains cas, a suscité une certaine méfiance quant au but poursuivi ou aux motivations des visites. Sur 37 demandes (en France) 27 ont abouti à une autorisation de visite, 2 ont été officiellement refusées et 8 n'ont pas obtenu de réponse des directions ou se sont perdues dans les méandres administratifs. La première série de visites et d'entretiens réalisés auprès des chefs de service[33] a été complétée, grâce aux informations recueillies, par une seconde série, en région parisienne, mais également à Lyon, Saint-Étienne, Aix en Provence, Juan les Pins et Marseille[34].

Si cette recherche s'intéresse plus particulièrement aux chambres mortuaires hospitalières du service public, elle n'est pas sans ignorer qu'il existe un service privé répondant à un programme similaire. Sans constituer l'essentiel du corpus, une série de visite dans les Athanées, selon la dénomination adoptée dans le Sud de la France pour les funérariums, a été réalisée afin de saisir les spécificités de chacun des services, publics et privés (Athanées de Menton, Monaco, Nice, Saint Raphaël, Canne, Grasse, Marseille, Gardanne et Saint Etienne).

La sélection de centres ou unités de soins palliatifs en Grande-Bretagne a également nécessité une investigation considérable dans la mesure où la Grande Bretagne comptait au moment de cette enquête plus de 200 structures d'accueil. La première étape a consisté à dépouiller les publications de l'hospice Saint Christopher à Londres, centre européen d'information concernant les soins palliatifs et à réaliser une série d'entretiens préliminaires afin d'établir une liste d'opérations définies par

[32]Ceci est particulièrement vrai au moment de cette enquête préliminaire. La communication s'est aujourd'hui améliorée notamment à travers le groupe de réflexion « chambres mortuaires » de l'espace éthique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, qui rassemble (entre autres) des chefs de services et membres du personnel de différentes chambres mortuaires d'hôpitaux de la région parisienne.

[33] Cette première série de visite réalisée en région parisienne comprend l'hôpital Boucicaut ; Broussais ; Charles Foix ; l'Hôtel Dieu de Paris ; Lariboisière-Fernand Vidal ; Necker-Enfants malades ; Paul Brousse ; La Pitié Saplétrière ; Raymond Poincaré ; Robert Debré ; Saint Joseph ; Saint Louis, Saint Michel ; Tenon.

[34] La deuxième série de visite comprend :
En région parisienne : l'hôpital Avicenne ; Bicêtre ; Bretonneau ; Maison médicale Jeanne Garnier
- Lyon : Hôpital de la Croix Rousse ; Edouard Herriot ; Lyon-Sud ; Neuro-cardiologique
- Saint Etienne : hôpital Bellevue
- Aix en Provence : Hôpital du Pays d'Aix
- Marseille : hôpital de la Timone, Institut Paoli-Clamette
- Juan les Pins : hôpital d'Antibes-Juan les Pins

les personnes interrogées comme exemplaires du point de vue architectural. Les informations recueillies auprès des agents administratifs chargés de la communication pour le développement des soins palliatifs en Europe, des responsables de centre, médecins et architectes spécialisés dans la construction d'hospice, ont été croisées avec celles issues du dépouillement des publications. Nous avons ainsi établi une liste de 14 centres de référence du sud de l'Angleterre au Nord de l'Ecosse que nous sommes, dans une seconde étape, allés visiter[35].

Sur le terrain français, nous avons procédé avec la même méthode que pour les chambres mortuaires, c'est-à-dire la sélection des opérations suivant les informations recueillies au fil des entretiens et visites. Dans un deuxième temps nous avons réalisé une enquête complémentaire par courrier envoyé à l'ensemble des unités de soins palliatifs en France.

Discours et contenus

Discours des acteurs sur les objets architecturaux

L'analyse des discours, recueillis au cours d'entretiens lors des visites ou grâce à des textes écrits par les commanditaires ou les concepteurs des opérations, a été réalisée selon deux objectifs.

Il s'agit, d'une part de comprendre et situer la production dans le contexte social et historique de son élaboration et, d'autre part, de saisir les références, idées et représentations qui ont présidé à leur conception (comme projet institutionnel et/ou projet architectural).

Les discours recueillis sont de deux natures. Les premiers ont été formulés au cours de l'élaboration des projets et sont susceptibles d'être lu comme matière d'étude brute. Dans cette recherche, il s'agit de textes d'architectes ayant transcrit leur démarche intellectuelle au cours de la conception des projets, notamment Pierre Riboulet pour l'hôpital Robert Debré[36], et trois équipes de concepteurs dans la réponse au concours *Variations architecturales sur la fin de vie,* lancé en 1986 par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris[37].

[35] La liste de ces centres ainsi que le détail de la méthode employée pour les sélectionner est développée dans la troisième partie de ce travail.

[36] Pierre Riboulet, *Naissance d'un hôpital,* les éditions de l'Imprimeur, Besançon, 1984.

[37] Les résultats de ce concours (éléments graphiques et textes des concepteurs) ont fait l'objet d'une publication. *Variations architecturales sur la fin de vie,* éditions du Moniteur, Paris, 1988.

Les seconds ont été élaborés postérieurement aux réalisations architecturales, et sont de l'ordre de la reconstruction. Ces derniers, pour certaines réalisations peuvent, comme objet d'étude, tenir une place très importante au regard de l'analyse du bâtiment même. C'est le cas notamment pour l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif. Ce projet a suscité de nombreuses tensions entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'oeuvre au cours de sa réalisation et sa réception, du point de vue de ses usagers, s'est révélée problématique. Pour cette opération, les discours des principaux acteurs sont étudiés en contrepoint d'un matériel plus neutre constitué des comptes rendus de réunions de chantier rassemblés dans les archives de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Contenu des « œuvres » architecturales

Un des axes de cette investigation cherche à saisir les significations perceptibles à travers le registre expressif des concepteurs (notamment pour le corpus des chambres mortuaires et des lieux de recueillement et de culte à l'hôpital), et à déterminer les domaines de référence des concepteurs. La volonté de tenir un « discours » sur la fin de vie et la mort en institution constitue une première hypothèse de notre travail[38]. A ce titre, ces architectures peuvent être qualifiées de « parlantes ». La démarche visant à chercher à mettre en lumière la nature de ces « discours » pourrait s'apparenter à celle engagée par Albert Levy dans son ouvrage *Les machines à faire croire, formes et fonctionnement de la spatialité religieuse,* qui s'intéresse à un corpus d'architectures « parlantes » constitué de lieux de cultes de différentes religions. De ces architectures, Albert Levy, cherche, à travers l'analyse spatiale et le registre de la distribution, à déterminer un dénominateur commun aux espaces sacrés, formes élémentaires et premières de l'espace religieux[39]. Notre démarche se distingue de celle d'Albert Lévy dans le sens où il ne s'agit pas d'extraire des différentes conceptions, des éléments constants et atemporels, mais bien de saisir, à travers les

[38] Le terme « discours » est ici utilisé pour qualifier un système de représentation qui n'est pas langagier dans le strict sens du terme mais dans le sens d'un système de représentation qui donne sens à des rapports de tonalité; de couleur, de dimension, de forme et d'organisation de l'espace et qui constitue un ensemble de manifestations représentatives d'une idéologie ou d'un état des mentalités.

[39] Ainsi, par l'articulation d'espaces spécifiques, par analogie à la composition d'une phrase à l'aide de mots et de règles grammaticales donnant un sens et une signification à cet assemblage, l'espace religieux serait un discours influençant directement « les usagers » de ces lieux. Les termes « machines à faire croire » sont ici choisis pour l'image du mécanisme. « La « machine à faire croire » se caractérise, dans son fonctionnement, par la production d'un ensemble d'*effets de sens* persuasifs conduisant à la foi qui autorise la croyance ». Albert Levy, *Les machines à faire croire, formes et fonctionnement de la spatialité religieuse,* éditions Economica, Paris, 2003.

effets de sens donnés par les choix conceptuels, « l'interprétation », la « traduction » et/ou « transformation » des représentations sociales actuelles sur la fin de vie, la mort et la religion en milieu hospitalier.

Le corpus de projets théoriques et des réalisations sera donc appréhendé du point de vue de la *signification intrinsèque* ou *contenu,* selon la définition d'Erwin Panofsky. « On saisit [la signification intrinsèque] en prenant connaissance des principes sous-jacents qui révèlent la mentalité de base d'une nation, d'une période, d'une classe, d'une conviction religieuse ou philosophique – particularisés inconsciemment par la personnalité propre à l'artiste qui les assume - et condensés en une œuvre d'art unique. Comme il va sans dire, ces principes se manifestent par l'intermédiaire à la fois de « méthodes de composition » et d'une « signification iconographique » qu'ils éclairent en retour. »[40]

Apport et rôle des autres sources documentaires

Publications issues des autres champs disciplinaires

Tous champs disciplinaires confondus, il existe très peu de publications ayant trait de manière directe aux lieux considérés dans le corpus de cette recherche. Toutefois, quelques auteurs se sont intéressés à la question. Jean Luc Hennig, consacre, en 1979, un ouvrage entier aux morgues[41]. Le seul intérêt de cet ouvrage proprement morbide illustré de photographies de cadavres en divers états de décomposition, est de dresser un état des lieux dans la France de la fin des années 1970.

D'autres auteurs ont abordé, de manière plus ou moins développée, ces lieux du point de vue de leur aménagement spatial. Nous nous y référerons ponctuellement au cours du développement de notre propos.

Bruno Berthera, rédige en 1994, un article sur l'histoire sociologique de la morgue de Paris, aujourd'hui Institut médico-légal[42]. L'historienne Anne Carol, dans son récent ouvrage sur l'histoire de la médicalisation de la mort au XIXe et XXe siècle, aborde

[40] Erwin Panofsky, *L'œuvre d'art et ses significations,* 1955, Gallimard, 1969, pour la traduction française.

[41] Jean-Luc Hennig, *Morgue, enquête sur le cadavre et ses usages,* Editions Libres-Hallier, Paris, 1979

[42] Bruno Berthera, « Les visiteurs de la Morgue » dans *L'Histoire,* n°180, septembre 1994.

également le statut des lieux de transit du cadavre à l'hôpital comme dans la ville du XIXe siècle[43].

Annick Barrau a voué une grande partie de son travail de recherche sociologique à l'étude de « tout ce qui permet de dire que le système de gestion sociale de la mort est en train de changer ». Elle consacre un chapitre de son ouvrage *Quelle mort pour demain ?* paru en 1992, aux « nouvelles maisons des morts » que sont les funérariums et Athanées[44]. Avant elle, Louis-Vincent Thomas, Philippe Ariès et Jean Baudrillard évoquent, en comparant les situations américaine et française, l'émergence de nouvelles pratiques et les différentes approches culturelles que l'on peut rencontrer dans les *funeral home* américaines et les Athanées crées en France au début des années 1960.

Concernant les unités de soins palliatifs, Annick Barrau, dans son ouvrage *Humaniser le mort* paru en 1993, s'intéresse cette fois à l'aménagement architectural, sans toutefois aller au-delà de la description des lieux, du fonctionnement et du coût de réalisation des unités citées[45]. Enfin, nous nous référerons très largement dans la seconde partie de ce travail à l'ouvrage *Bien mourir* du sociologue Michel Castra dont l'analyse repose sur une enquête menée dans l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse[46]. La conception de cette unité constitue en effet un élément important de notre corpus.

Archives

Afin de saisir le changement de statut qui semble se profiler aujourd'hui pour un certain nombre de chambres mortuaires hospitalières, nous avons réalisé une analyse historique de son statut à travers les changements d'appellations, de localisation et d'association à d'autres services et locaux dans la morphologie hospitalière, de l'hôpital religieux à nos jours. Pour cela nous avons consulté, dans les archives de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, les plans dressés à différentes époques des hôpitaux parisiens, ainsi que les photographies et comptes rendus administratifs ayant trait à la réfection ou construction des « services des morts ».

[43] Anne Carol, *Les médecins et la mort,* Flammarion, Paris, 2004.
[44] Annick Barrau, *Quelle mort pour demain ?* L'Harmattan, Paris, 1992.pp.27-44
[45] Annick Barrau, *Humaniser la mort,* L'Harmattan, Paris, 1993.pp.116-131
[46] Michel Castra, *Bien mourir,* PUF, Paris, 2003.

Plan de la recherche

La première partie de ce travail cherche à constituer un cadre général permettant d'appréhender les réflexions engagées aujourd'hui à propos de la conception des lieux de fin de vie et de mort à l'hôpital. Il ne s'agit pas de chercher à déterminer une vision exhaustive des représentations sociales associées aux lieux de la mort en Institution, mais d'aborder certaines questions posées par les projets eux-mêmes : statut des lieux ; image construite et véhiculée par l'Institution elle-même ; fantasmes associés aux lieux de « transit » du cadavre ; ou encore la spécificité du service public au regard du service privé. Ces questions sont examinées à travers d'autres champs tels que l'histoire, la sociologie et l'anthropologie. La mise en perspective à travers l'histoire de la multiplicité des statuts de ce lieu de « transit » permet de nous interroger sur la nature du statut qui lui est aujourd'hui attribué : celui d'un lieu de soins, avec les paradoxes que cette notion associée à la mort soulève.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse architecturale de projets récents de chambres mortuaires et lieux de culte hospitaliers. Dans un premier temps, nous nous intéresserons particulièrement à des projets réalisés par des artistes contemporains. Il s'agit de nous interroger sur la signification, pour les commanditaires, du recours à un artiste et, de chercher à faire émerger, à travers une analyse de contenu des œuvres, le sens donné et la nature du « nouveau » statut de ces lieux. Dans quelle mesure ces œuvres constituent-elle un discours valorisant au regard de la société, de l'Institution sur ses propres valeurs ? Dans un deuxième temps, nous examinerons comment l'expression d'une transcendance, présente dans les interventions artistiques, se manifeste dans les projets réalisés par des architectes. Nous chercherons ainsi à mettre en lumière les domaines dans lesquels les concepteurs puisent leurs références et, si il existe des champs de compétences spécifiques aux différentes disciplines.

Enfin, la troisième partie de ce travail traite de la création récente des premiers centres et unités de soins palliatifs en France. Il s'agit de comprendre comment les préceptes qui se sont diffusés par la « philosophie » des soins palliatifs selon le modèle anglo-saxon, s'adaptent et évoluent dans un système de soins différents. L'analyse de la première unité de l'Assistance Publique, conçue à l'origine comme

unité pilote exportable, sera l'occasion de saisir pourquoi sa conception architecturale fut rejetée par ses usagers malgré une recherche d'innovation et une spatialité de qualité. Au regard de cette expérience atypique, nous chercherons à esquisser sur 20 ans l'évolution des structures d'accueil en France. Nous nous intéresserons tout particulièrement aux choix des références des concepteurs mais également aux éventuelles métamorphoses des concepts à l'œuvre dans la conception architecturale de ces lieux.

PREMIERE PARTIE : LIEUX DE PASSAGE DES DEFUNTS ET REPRESENTATIONS SOCIALES

I – LE STATUT DE LA MORT ET DE SES LIEUX DEPUIS L'HOPITAL RELIGIEUX

A – Un regard rétrospectif sur le champ sémantique

Chambre mortuaire, morgue, dépositoire, service des morts, amphithéâtre des morts, maison des morts, salle des départs, dépôt des morts, chambre funéraire, funérarium, Athanée, obitoire ou *obituaire, institut médico-légal,* les appellations ne manquent pas pour dénommer ce lieu de transit public ou privé où les personnes décédées séjournent momentanément entre l'instant de leur trépas et le départ vers leur ultime demeure. Actuellement, les appellations peuvent varier en fonction des régions géographiques. Il se dégage cependant une tendance qui privilégie la dénomination *chambre mortuaire* [47] dans les hôpitaux et cliniques et *funérarium* (dans le nord de la France), *Athanée* (dans le sud) pour les établissements privés.
Les changements successifs de désignation sont significatifs, pour les hôpitaux, des différents rôles attribués au cours du temps au service mortuaire. Certains termes comme *morgue* ou *dépositoire* ont été utilisés pour désigner des lieux appartenant à des établissements de natures différentes, il convient donc d'apporter quelques précisions afin de clarifier notre propos.

Morgue

Morgue est certainement le terme le plus fréquemment utilisé dans le langage courant. Pourtant, aujourd'hui, ce terme tend à être supplanté par d'autres appellations. Il est courant de le trouver sur les plans des hôpitaux mais il désigne également l'Institut Médico-Légal, établissement totalement indépendant d'une structure de soins où sont provisoirement conservés les cadavres non identifiés ou décédés sur la voie publique et justiciables d'une expertise médico-légale. Selon Ch. Vitani, le terme *morgue* n'apparaît que tardivement.

> Dès 1337, on retrouve sur les registres du Grand Châtelet, centre judiciaire d'alors, l'état civil des morts. En ce temps, la morgue s'appelait «basse geôle» […] celle-ci comprenait deux pièces, l'une pour le lavage des corps à l'aide de l'eau d'un puits, l'autre servant à l'exposition des cadavres jetés les uns sur les autres, attendant que les parents, une lanterne à la main, viennent les reconnaître. […] On trouve la

[47] C'est en 1993, dans la loi Sueur qu'apparaît officiellement le mot « chambre mortuaire », alors que prend fin le monopole d'Etat du funéraire. Loi n°93-23 du 8 juillet 1993. Toutefois, les habitudes prises dans les hôpitaux font que cette dénomination n'a pas été adoptée par l'ensemble des hôpitaux français.

> transition entre le terme «basse geôle» et «morgue» dans le fait que la geôle des prisonniers s'appelait «morgue», et était au Grand Châtelet, voisine d'une geôle dite «basse» dans laquelle on déposait les cadavres ; toutes les deux avaient le même geôlier ou «morgueur» et le même registre d'écrou : on finit par se servir du même mot pour les désigner toutes deux.[48].

Le *Littré* date, par une lettre de Voltaire, en 1777, le sens actuel du mot *morgue* et de 1674 celui donné précédemment[49]. Il donne également un autre sens à ce mot qui signifie une attitude orgueilleuse et suffisante ou une contenance sérieuse et fière, ce qui selon le *Larousse* fait référence au verbe morguer de l'ancien français, dévisager, du latin murricare, faire la moue. Vitani rapporte cependant l'antériorité des définitions du dictionnaire de l'Académie qui en 1694 donne au mot *morgue* le sens de museau, visage, du Languedocien, et en 1718 un sens identique à la définition du *Littré* de 1777[50].

L'obitoire ou obituaire, dépositoire et reposoir

L'*obitoire* ou *obituaire* ainsi que *reposoir*, termes tombés aujourd'hui en désuétude, évoquent une époque où seuls les premiers signes de putréfaction du corps donnaient l'assurance de la mort effective. La peur d'être enterré vivant se fait jour, selon Philippe Ariès, à partir des années 1660, et se traduit par des clauses testamentaires et de mesures prises dès la fin du XVIIIe siècle pour le contrôle des inhumations (délai imposé de 24 heures après le décès). Selon l'historienne Anne Carol, cette peur dont le pic se situe entre 1830 et 1870 en France, devient une véritable obsession au XIXe siècle et donne lieu à une véritable explosion de recherches médicales sur le signe indubitable de la mort.

---

[48] Ch. Vitani, « La morgue et les instituts médico-légaux », in *Bulletin de la Société de Thanatologie,* n°1, janvier 1970.

[49]

1° Petite chambre à l'entrée des prisons, où l'on met d'abord les prisonniers, pour donner le temps aux guichetiers de bien les reconnaître. « On me conduit au petit Châtelet, où, du guichet étant passé dans la morgue, un homme gros, court et carré vint à moi, la Prison de M. Dassoucy, etc. » Paris, 1674, in-12, p.35.

2°Endroit où l'on expose les corps des personnes mortes hors de leur domicile, afin qu'elles puissent être reconnues. La morgue est un endroit situé dans l'enceinte de Grand Châtelet, où les corps morts dont le justice se saisit sont exposés à la vue du public, afin qu'on puisse les reconnaître, SAINT-FOIX, Ess. Paris, Œuvres tome III, p.221, dans POUGENS. « Il extermine en effet ma pauvre Irène ; il prétend qu'elle sera traînée à la morgue, et pendue par les pieds, parce qu'elle s'est tuée étant chrétienne », VOLT. Lettre. Thibouville, 10 nov. 1777.

Le Littré, édition originale 1872.

[50] Ch. Vitani, *op.cit*.

En Allemagne, sont crées des « lieux de dépôts » qui assurent la triple mission de recevoir des corps hors domicile et de vérifier si la mort est bien réelle et de ranimer le mort en cas de signe de vitalité.

> Ces premières *funeral homes* étaient appelées *vitae dubiae azilia*, ou, ce qui est moins joli, obituaires. Il en eut à Weimar en 1791, à Berlin en 1797, à Mayence en 1803, à Munich en 1818. L'une d'entre elles fournit le décor d'une nouvelle de Marc Twain qui aimait les récits macabres. Les bras des exposés y étaient reliés à des sonnettes qui réagissaient à chaque mouvement insolite! [51]

Anne Carol, dans son ouvrage *Les médecins et la mort*[52], met en évidence les différents débats qui ont lieu, en France, à propos de la création de *maisons mortuaires* au cours du XIXe siècle. Sur le modèle des réalisations étrangères, dont l'historienne signale encore d'autres appellations (*nécodoque, dépôt ou chambre mortuaire, asile de la vie douteuse, chapelle funéraire ou mortuaire),* les projets conçus entre 1830 et 1860 (puis à nouveau en 1893), par des médecins comme des philanthropes, sont pensés comme des dispositifs reposant sur la surveillance des corps nécessitant la présence d'un médecin. Ces projets ne sont toutefois pas suivis de réalisations. Plusieurs raisons motivent les critiques. Certains soulignent qu'il existe des méthodes autres que l'attente de la putréfaction. Les partisans de l'hygiénisme craignent que ces lieux constituent des foyers d'infection. D'autres argumentent de l'inefficacité des exemples étrangers qui, en plusieurs années d'existence, n'ont vu aucune personne apparemment décédée revenir à la vie. Enfin, la création d'établissements publics représenterait un gaspillage d'argent[53]. Ces projets ne sont toutefois pas sans aucune suite, puisqu'en 1880, le docteur Du Mesnil propose à la Société pratique et d'hygiène de Paris, la création de *dépositoires* dans les quartiers populaires. Si les débats concernant cette proposition traînent en longueur, « la question semble suffisamment sérieuse pour financer le voyage d'une forte délégation présidée par le docteur Chassaing, qui visite les maisons mortuaires de Londres, Bruxelles, Mayence et Cologne, en 1886. Présentant leurs conclusions en février 1887, les experts préconisent la création d'une dépositoire municipal, rue Bolivar, contenant 10 loges. Mais le conseil municipal, en retrait, se prononce en faveur de la création de chambres mortuaires plus discrètes, annexées aux hôpitaux et

[51] Philippe Ariès, *L'homme devant la mort, 2. La mort ensauvagée*, éditions du Seuil, Paris, 1977, p. 110.
[52] Anne Carol, *Les médecins et la mort, XIXe – XXe Siècle,* Flammarion, Paris, 2004.
[53] *Ibid*. p. 204.

aux cimetières »[54]. La loi de 1887 sur la liberté des Funérailles et son décret d'application de 1889 encouragent finalement le conseil municipal à créer deux dépôts expérimentaux annexés aux cimetières de Montmartre (1890) et du Père Lachaise (1892) puis dans les cimetières de l'Est et du Nord. Ces dépositoires ne peuvent accueillir que des personnes décédées de maladies non contagieuses. L'historienne souligne que ces structures n'ont toutefois qu'une vocation de dépôt temporaire et que leur mission originelle de vérifier la mort effective et éventuellement ranimer les personnes prématurément déclarées mortes, s'estompe dès la fin du XIXe siècle, pour devenir un moyen de débarrasser les vivants des cadavres encombrants. Finalement, devant le peu de fréquentation que totalisent ces structures, le conseil municipal de Paris décide de fermer le dépositoire du Père Lachaise en 1903, et le dernier dépôt en 1910[55].

L'inexistence en France d'*obituaires,* tels que ceux conçus et réalisés dans certains pays européens, explique certainement le fait que le dictionnaire n'en fasse pas mention en tant que lieu. L'*obituaire* est uniquement le registre renfermant la liste des défunts pour l'anniversaire desquels on doit prier ou célébrer un *obit* (messe)[56]. Par contre, le *Littré* donne une définition du *dépositoire* : « Nom donné, dans quelques localités, au lieu où l'on dépose les corps des morts avant de les enterrer, et jusque la décomposition putride commence à se manifester »[57]. Selon l'Omnium de Gestion et de Financement (O.G.F), premier groupe privé de services funéraires en France, on appelle aujourd'hui *dépositoire* le lieu où le corps peut être conservé après la mise en bière. La définition du *Littré* englobe les périodes couvrant l'avant et l'après fermeture du cercueil par des scellés, tandis que la définition actuelle du groupe funéraire précise un lieu de séjour différent selon ce critère. Les corps avant mise en bière, doivent donc être conservés dans une *chambre funéraire* privée ou une *chambre mortuaire* hospitalière, et peuvent, après mise en bière, transiter par un *dépositoire*.

Etonnamment, le groupe mentionne que cette « structure » ne fait l'objet d'aucune règle spécifique pour sa création et sa gestion. Les *dépositoires* ne sont d'ailleurs spécifiés que par leur destination, l'accueil « (pendant six jours au maximum) des

[54] *Ibid*. p.211.
[55] *Ibid*. p.239.
[56] Du latin *obitus*, de *obire*, mourir, proprement passer, de *ob*, et *ire*, aller. Le *Littré*.
[57] Définition du *Dépositoire*, le *Littré*.

corps après mise en bière, avant inhumation ou crémation, ou avant les transports de longues distances »[58]. Cette définition, sans localisation nommée, d'un lieu de transit échappant à la législation, reste pour le moins imprécise.
Le code des communes (dispositions réglementaires) fait également mention du *dépositoire* sans pour autant qualifier le lieu.

> Après la fermeture du cercueil, effectué conformément aux dispositions de l'article R.363-21, celui-ci peut-être déposé temporairement dans un édifice cultuel, dans un dépositoire, dans un caveau provisoire, à la résidence d'un membre de la famille du défunt, ou, si le décès a eu lieu hors de la résidence du défunt, à cette résidence[59].

Le terme *dépositoire*, dont le *Littré* ne date pas l'origine, est antérieur à la création des *chambres funéraires* du service privé. Il pourrait préfigurer leur création. Mais avec l'existence actuelle, d'un lieu de transit extra hospitalier (*chambres funéraires*) destiné spécifiquement à accueillir les corps avant fermeture du cercueil, le *dépositoire* acquiert la spécificité d'être un maillon supplémentaire dans le parcours possible des corps entre le décès et l'inhumation ou la crémation. Pour autant, le manque de précision quant à sa localisation concrète dans la ville, de la forme que cette « structure » peut prendre, marque, tout comme les désignations fluctuantes, l'abstraction générale de nos représentations des lieux de transit du corps mort.

Chambre funéraire, funérarium, Athanée

La dénomination *chambre funéraire* est certainement la seule à être officiellement attribuée à ce type de programme puisque sa création est fixée dans les articles 5 à 9 du Décret du 27 avril 1889, Règlement d'administration publique pris en application de la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles. L'article 5 de ce décret stipule:

> Il peut être établi des chambres funéraires destinées à recevoir, avant la sépulture, les corps des personnes dont le décès n'a pas été causé par une maladie contagieuse.[…] Ces chambres funéraires sont crées sur la demande du Conseil Municipal, par arrêté du Préfet, qui ne peut statuer qu'après enquête de commodo et incommodo, et avis du Conseil d'hygiène [60].

[58] OGF/PGF, *La maison funéraire, un enjeu pour les rites et le deuil*, Dossier de presse, avril 2003.
[59] Article R.363-34 du Code des Communes.
[60] Rapporté dans l'article « Les services thanatologiques dans l'économie urbaine, 1ère partie: La chambre funéraire et les complexes de services thanatologiques », Comité scientifique, dans *Bulletin de la Société de Thanatologie,* n°3, 1968, p.24

L'essentiel des articles de ce premier décret, qui ne donnera pas lieu à des réalisations avant 1962 (Menton), sera repris dans l'article 4 du Décret de codification du 31 décembre 1941. Ces décrets fixent donc clairement le statut de cet équipement qui est un établissement dont la création est municipale et dont l'exploitation peut être ou non concédée par la commune à une entreprise privée, « au même titre que peut l'être le Service Extérieur des Pompes Funèbres, mais dans ce dernier cas, en vertu de la Loi du 28 décembre 1904 »[61]. Si la dénomination de ces établissements est clairement définie par la loi, ce n'est pourtant pas celle d'usage aujourd'hui. En effet, ces équipements sont désignés la plupart du temps sous l'appellation de *funérarium* ou *Athanée*. Le Comité scientifique de la revue Bulletin de la Société de thanatologie, explique, en 1968, ces changements de désignation par le fait que l'expression *chambre funéraire* ne rend pas compte, dans son appellation réglementaire, des fonctions que remplit le complexe funéraire. Selon le comité scientifique, ces termes prêteraient à une confusion possible avec la véritable *chambre funéraire*. Ce terme désigne en effet l'hypogée définitif, la pièce la plus secrète des monuments funéraires destinés à recevoir les dépouilles mortelles d'un Pharaon dans l'Egypte ancienne, d'un chef ou d'un Prince, chez les Incas, les Mayas, les Sumériens, etc. Pour pallier cette confusion ont été créés deux néologismes qui désignent le même programme.

> Pour le nord de la France, le terme *funérarium* a été crée en partant de la racine latine *funus-funeris*, signifiant le deuil dans une construction s'inspirant de celle des mots *columbarium* ou *crématorium*. […] Le néologisme *Athanée* provient de la racine grecque *Thanatos* (Dieu ou Génie de la Mort) précédée du préfixe a – négatif ou privatif – et suivie du suffixe ée – forme française de –EON - EUM ou –IUM – signifiant le lieu, la maison, le palais (cf. colisée, lycée, prytanée, etc.). Dans l'acceptation privative du préfixe a-, le sens est : la maison où l'on surmonte les horreurs de la mort. Pour les croyants, dans l'acceptation négative dudit préfixe, c'est l'échappée vers l'immortalité, puisque aussi bien le prénom Athanase veut dire : immortel». Ce terme est utilisé dans le Midi de la France [62].

Si les termes *chambre funéraire* pouvaient, selon le comité scientifique du *Bulletin de la Société de thanatologie*, porter à confusion avec le lieu définitif de séjour du corps, le changement d'appellation marque un important glissement de sens. Les préoccupations ne se tournent plus vers le corps de la personne décédée mais vers les survivants : comment apaiser, faciliter le deuil des proches et pacifier la mort. Ce

[61] *Ibid*.
[62] *Ibid*.p. 24

changement de sens, en ce qu'il résume le but recherché par ce type de structure, est certainement une explication plus fondée que la simple confusion avec la pièce des monuments funéraires contenant les dépouilles mortelles.
D'autre part, si le terme *funérarium* indique encore assez directement un lien avec le funéraire, l'emprunt du nom d'une divinité grecque pour la formation du terme *Athanée* rend, excepté pour un public averti, cette désignation abstraite et sans rapport avec la réalité concrète des activités s'y déroulant.

Service des morts, amphithéâtre des morts, Chambre mortuaire, maison des morts, salle des départs

La *chambre funéraire, le funérarium* et *l'Athanée* désignent des établissements indépendants d'une structure de soins. Le service hospitalier remplissant aujourd'hui les mêmes fonctions, a lui aussi changé de nombreuses fois d'appellations. S'il est actuellement proche, dans son programme, des *funérariums* et *Athanées*, ce ne fut pas toujours le cas, comme nous le verrons dans l'analyse historique plus précise de l'évolution de ce service au sein de l'hôpital. Dans les grandes lignes, la première dénomination de ce « service » que l'on trouve sur les plans les plus anciens est *service des morts* à une époque où la mort est omniprésente à l'hôpital et où ce lieu n'est réellement qu'un *dépositoire* sans moyens de conservation des corps. Au XVIIIe siècle, avec le développement de la médecine anatomo-clinique, ce service est nommé *amphithéâtre des morts,* faisant référence à l'amphithéâtre de cours où les professeurs disséquaient les cadavres devant les étudiants en médecine. Le terme *morgue* a, quant à lui, traversé les siècles remplaçant ici ou là les termes précédemment cités mais il est aujourd'hui supplanté par la *chambre mortuaire*, dénomination officielle depuis 1993[63]. L'allusion domestique dans le terme *chambre* est intéressante, nous y reviendrons dans l'analyse du statut actuel de ce service. Enfin, quelques termes originaux et marginaux ont été donnés à des services restructurés récemment. C'est le cas de la *maison des morts* de l'hôpital Necker Enfants-Malades, nommée ainsi par l'architecte Paul Chemetov au moment de sa construction en 1980 et de la *salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, désignée ainsi (avant même sa restructuration) par les responsables du service.

[63] Loi n°93-23 du 8 juillet 1993.

En ce qui concerne la période contemporaine, nous utiliserons les termes de *chambre mortuaire* pour le service hospitalier, *funérarium* ou *Athanée* pour le service privé. Les cas particuliers seront désignés comme tels. Toutefois nous utiliserons la désignation correspondant à période historique dont il est question.

B - La mort familière au sein de l'hôpital religieux et dans la société du XVIIIe siècle

Les historiens tels Jean Imbert[64], Marie-José Imbault-Huart[65] ou Olivier Faure[66] ont travaillé sur la périodisation de l'histoire de la médecine et de l'hôpital. Olivier Faure, dans son *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe – XXe siècles)*[67] distingue quatre grandes périodes : la médecine entre Molière et Jenner (fin XVIIe – fin XVIIIe siècles); la médecine entre Jenner et Pasteur (vers 1800 – vers 1880), la médecine entre 1880 et 1940 et enfin la médecine après 1940. Ces historiens découpent l'histoire de l'hôpital selon deux critères : le premier renvoie à l'histoire propre de la médecine (comme le développement de la clinique ou la révolution pasteurienne) et le deuxième, résulte des changements des statuts juridiques et économiques de l'Institution[68].

Nous nous attacherons tout particulièrement à l'histoire du service mortuaire à travers les changements marquants de son architecture, de son programme, de son appellation, de sa localisation ou de son rapport avec les autres composants de l'architecture hospitalière. Pour cela nous analyserons les plans des hôpitaux parisiens à différentes époques, en focalisant notre attention sur ce service. Il ne s'agit pas de retracer l'histoire complète de la construction hospitalière depuis l'hôpital religieux mais de saisir, grâce aux statuts successifs de ce service, le

[64] Jean Imbert (Dir.), *Histoire des hôpitaux en France,* Privat, Toulouse, 1982.
[65] Marie-José Imbault Huart, « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions » dans le catalogue de l'exposition *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital [et les pauvres],* éditions Doin-AP-HP, Paris, 1997.
[66] Marie-José Imbault-Huart est professeur d'histoire de la médecine, directrice de l'Institut d'Histoire de la médecine de l'Université Paris V – René Descartes et Olivier Faure est professeur d'histoire contemporaine à l'université de Clermont-Ferrand, spécialiste de la médecine et des hôpitaux en France au XIXe siècle.
[67] Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe – XXe siècles),* éditions Anthropos-Economica, Paris, 1994.
[68] Passage de l'hôpital religieux à l'hôpital laïc avec la Révolution française et ouverture de l'hôpital à toutes les couches de la population avec la loi du 21 décembre 1941.

caractère novateur des propositions architecturales contemporaines. Cette histoire se nourrira ponctuellement de l'histoire plus générale de la morphologie hospitalière, de la ville, de la médecine ou des mœurs.

1 - La fin du XVIIIe siècle : entre curiosité scientifique et voyeurisme

Dans le contexte actuel de la vie citadine ordinaire où la mort passe quasiment inaperçue, il est difficile d'imaginer quelle promiscuité on pouvait entretenir avec la mort au XVIIIe siècle. De nos jours, l'expérience de la mort se résume le plus souvent à un deuil familial ou d'un proche, seule occasion de voir un corps sans vie. En ville, la mort d'autrui ne perturbe plus, momentanément, l'équilibre de la société. Tout se passe comme si la mort n'existait plus en apparence. Elle est entrée entièrement dans le cercle du privé, excepté les manifestations à l'occasion du décès d'une personne médiatique ou d'une catastrophe collective.

Il semble toutefois que la répulsion que nous inspire, aujourd'hui, l'idée de voir ou de se tenir en présence d'un cadavre, n'ait pas toujours été aussi prononcée.

Deux anecdotes de la vie au XVIIIe et XIXe siècles nous permettent de saisir que la promiscuité avec la mort et le corps mort ne prenait pas le caractère choquant et inhabituel qu'il revêt de nos jours.

Philippe Ariès, dans son ouvrage *L'homme devant la mort*, nous rapporte l'importance que revêt au XVIIIe siècle la connaissance de l'anatomie. Ce savoir n'est pas uniquement réservé aux médecins ou aux chirurgiens mais il l'est aussi aux peintres, aux sculpteurs, aux philosophes, aux magistrats qui, par cette connaissance ne se remettent pas, dans une confiance aveugle, aux seuls experts, « enfin utile à tout homme, l'anatomie fait partie du bagage indispensable à l'homme cultivé »[69]. Ariès cite ici l'article « Anatomie » de l'Encyclopédie qui prêche en faveur d'un enseignement généralisé de cette discipline à tout un chacun.

> [Il faudrait] qu'il y eût dans les différents hôpitaux des disséqueurs assez instruits pour bien préparer toutes les parties ensemble et séparément sur différents cadavres, et qu'il fût permis à tous ceux qui y sont obligés par état ou que la curiosité porterait à s'instruire, d'aller dans ces endroits [...] C'en serait assez pour ceux qui ne

[69] Philippe Ariès, *L'homme devant la mort, 2.La mort ensauvagée,* Editions du Seuil, Paris, 1977.

> cherchent point à approfondir et je crois qu'ils pourraient se dispenser de travailler eux-mêmes à ces dissections[70].

Ceci laisse imaginer quelles dérives pouvaient induire la recherche d'une connaissance de bon ton et la nécessité de se procurer des cadavres. La multiplication des cabinets d'anatomie chez les riches particuliers curieux de s'instruire sera stoppée par un arrêté préfectoral interdisant ces pratiques en 1834.

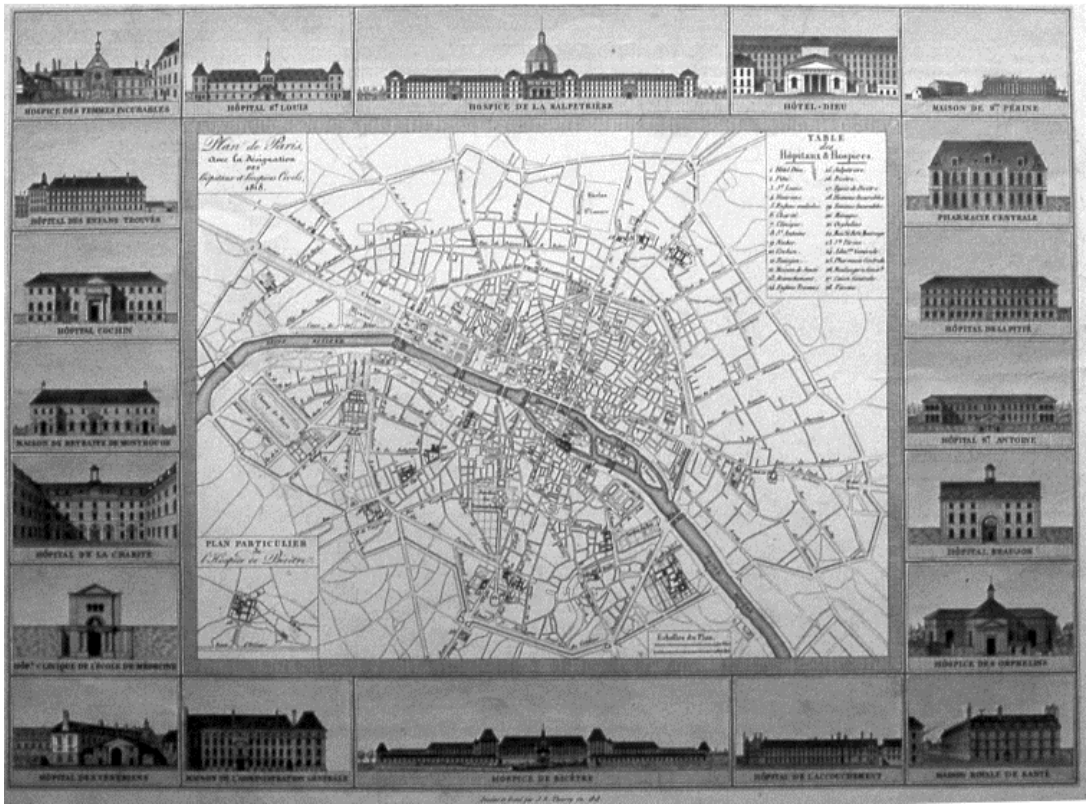
Bruno Bertherat signale, par ailleurs, le loisir très populaire que représentait, durant tout le XIXe siècle, la visite dominicale à la morgue de Paris. Cette institution fut créée dans le but d'exposer, en vue d'une éventuelle reconnaissance, au regard du public le plus nombreux possible, les cadavres non identifiés trouvés sur la voie publique. L'idée n'est pas nouvelle au XIXe siècle, puisqu'il existait déjà, dès le XIVe siècle, un dépôt de cadavres dans le sous-sol de la basse-geôle du Châtelet[71] où les personnes décédées non-identifiées étaient jetées pêle-mêle à même le sol, visibles et identifiables de la rue par un soupirail. Les deux morgues du XIXe siècle sont situées dans l'île de la Cité, quai du Marché-Neuf puis quai de l'Archevêché, à la pointe de l'île derrière la Cathédrale Notre-Dame. L'institution d'un tel lieu entre dans une volonté, à partir du XVIIe siècle, de contrôle de chaque élément de la société, de la consignation dans un registre de chaque individualité qui, sans cela, est susceptible de constituer une menace à l'ordre social. « En se rendant à la Morgue, le public joue donc le rôle de gardien de l'ordre social »[72]. La majeure partie du public fréquentant la morgue était constituée de curieux venus voir les victimes de faits divers ou d'actes de répression dans les manifestations politiques. Public varié appartenant à toutes les couches de la population se pressant devant les vitres de la salle d'exposition dès qu'une gazette publiait un fait divers particulièrement horrible. Bruno Bertherat rapporte qu'en 1876, « la femme coupée en morceaux » attira 68250 badauds en trois jours, tandis qu'en 1840 « l'enfant de la Villette » resta plus de deux mois et demi exposé, victime du succès de la mise en scène sordide qui avait été imaginée et qui le présentait embaumé, rhabillé et assis sur une chaise[73]. La morgue de Paris est donc un lieu de réunion et d'information où se tissent des relations sociales, un lieu où les

[70] *Ibid*.
[71] Jean-Luc Hennig, *Morgue, Enquête sur le cadavre et ses usages,* éditions Libres-Hallier, Paris, 1979.
[72] Bruno Berthera, « Les visiteurs de la Morgue » dans *L'Histoire,* n°180, septembre 1994.
[73] *Ibid*.

adolescents viennent parfaire leur connaissance du corps puisque les cadavres étaient exposés nus (excepté les parties sexuelles) jusqu'en 1877, enfin un lieu de spectacle. Beaucoup s'insurgèrent contre cet état de fait, ce qui conduisit à sa fermeture au public par un décret en 1907.

Si une telle promiscuité avec des cadavres, que ce soit par souci d'une connaissance scientifique de bon ton ou par simple voyeurisme, peut, aujourd'hui heurter nos sensibilités et inspirer une certaine répulsion, la fascination que provoque la vision d'un cadavre est, quant à elle, loin d'appartenir au passé. Seuls les moyens d'accéder à cette vision ont changé, la télévision et notamment les journaux télévisés ayant pris le relais dans la diffusion continuelle d'images de personnes décédées le plus souvent de mort violente. Toutefois, le contact physique avec un corps mort a, quant à lui, été remis aux mains des seuls professionnels de la mort.

2 - Le dépôt des morts, annexe du cimetière ou de la chapelle



Carte des hospices à Paris, 1802

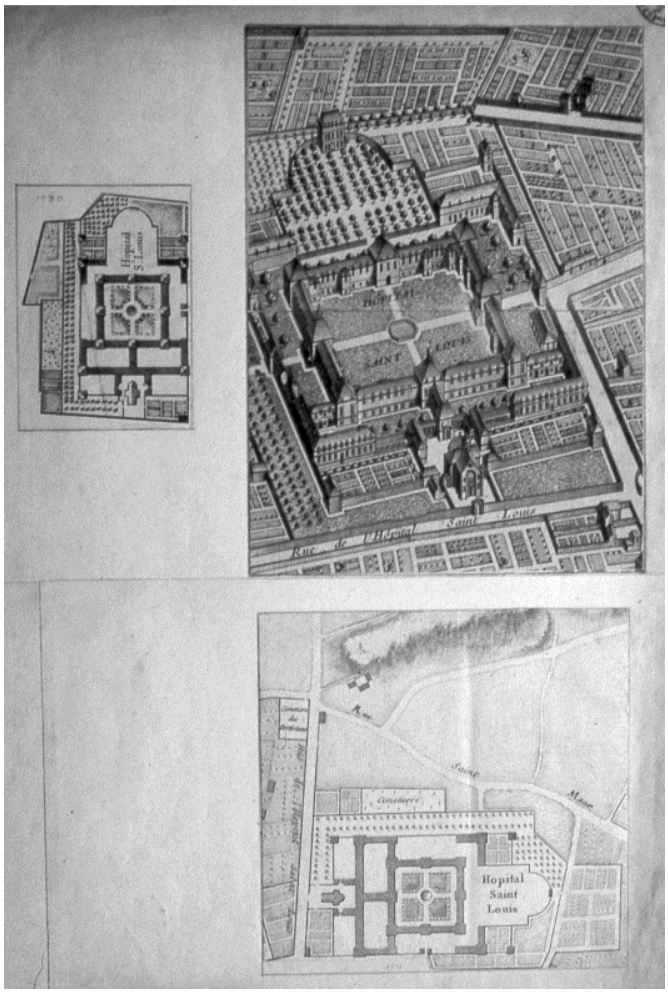
Les descriptions des hôpitaux (hospices, Hôtels-Dieu, maladreries ou léproseries) dans les textes anciens ne s'attardent jamais sur la description particulière du *service des morts*. A cela, une bonne raison : avant la création d'un véritable service tel que nous le connaissons aujourd'hui, la mort n'est pas localisée en un endroit précis de l'hôpital mais omniprésente. Et c'est bien le constat du taux effroyable de mortalité dans les hôpitaux qui pousse l'Académie Royale des Sciences à repenser l'hôpital dès la fin du XVIIIe siècle.

Rappelons qu'à cette époque, l'hôpital est une institution fille de l'Eglise catholique, où se dispensent charité et idéologie. L'institution ne soigne pas encore mais héberge les déshérités. Elle n'est pas le premier lieu où l'on meurt. Il est habituel de mourir chez soi, et l'hôpital est uniquement réservé aux indigents, aux orphelins et aux pauvres malades (si l'on excepte le cas de l'hôpital Général qui accueillait en plus des malades nécessiteux, des prostituées ou des délinquants). En conséquence, une partie des personnes décédées à l'hôpital n'est pas réclamée par les familles ou les proches. L'hôpital possède donc son propre cimetière. Disposition qui sera remise en question dans les discussions de l'Académie et dont les traités d'architecture ultérieurs se feront l'écho. Louis Borne, dans son traité sur *La construction des hôpitaux,* rappelle au chapitre cimetière que « nous désirons, suivant le vœu que l'Académie a toujours formé, qu'ils soient éloignés de toute habitation, et par conséquent, hors de l'hôpital, à une distance convenable »[74].

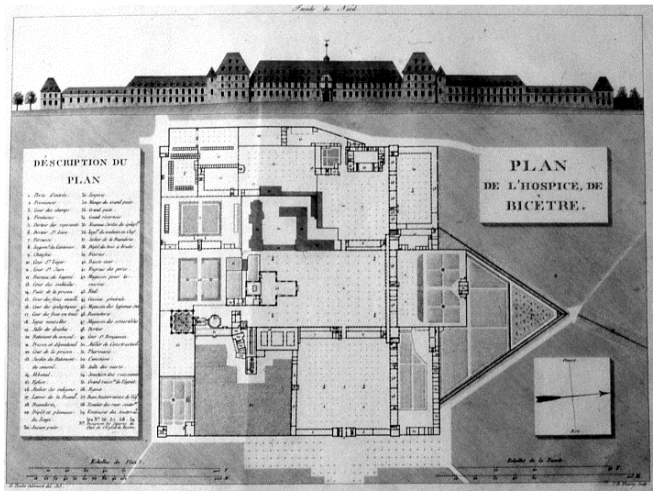
Les plans des hôpitaux construits avant le milieu du XIXe siècle montrent une disposition pratiquement toujours identique d'un cimetière compris dans l'enceinte générale de l'hôpital, parfois lui-même cerné par une enceinte particulière sur laquelle s'adosse parfois un édicule ne comprenant qu'une pièce dénommée *service des morts* [75].

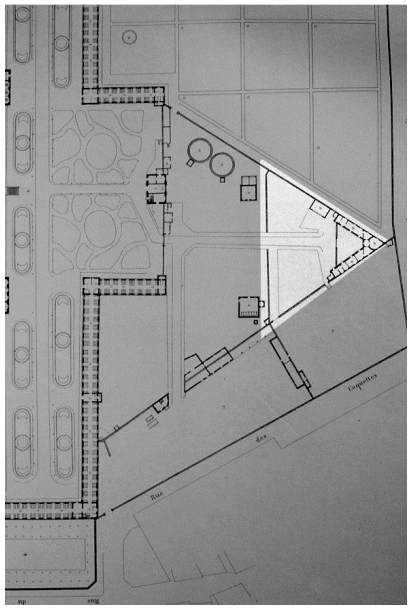
[74] Louis Borne, *La construction des hôpitaux,* Editions Aulanier & Cie, Paris, c.1885. Cette préconisation reprend les termes exacts du troisième rapport des commissaires chargés par l'Académie du projet d'un nouvel Hôtel-Dieu, *Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences,* datant de 1786, archives AP-HP

[75] Le service des morts de l'hôpital de Bicêtre construit en 1634 (plan de 1813) ; de Laennec (plan de 1751) ou de la Salpetrière datant de 1657 (plan de 1812) est constitué d'une unique pièce. Celle-ci est toutefois dénommée *salle où l'on expose les corps* à Laennec. Archives AP-HP : Hôpital Bicêtre (793FOSS8) ; Hôpital Laennec (793FOSS34) ; la Salpétrière (793FOSS58)



L'hôpital Saint Louis au XVIIe siècle, réalisé par Claude Vellefaux. Le cimetière est accolé à la seconde enceinte de l'hôpital (793FOSS55)

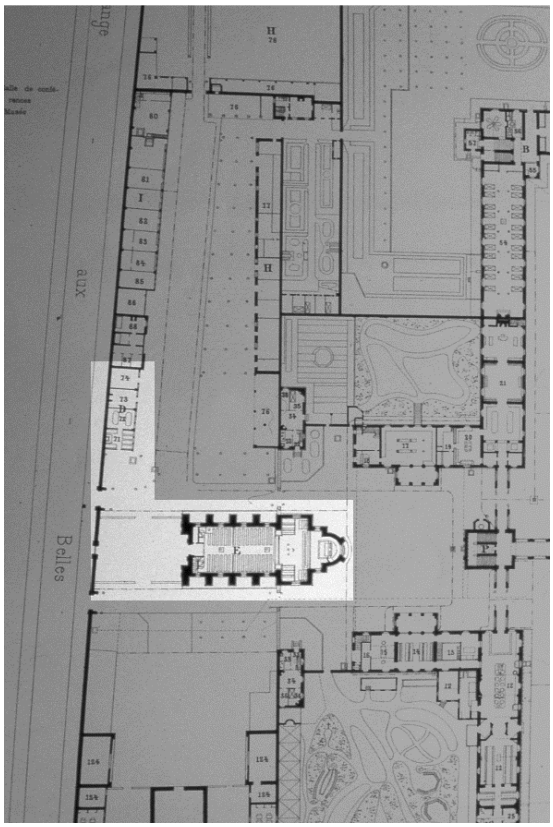




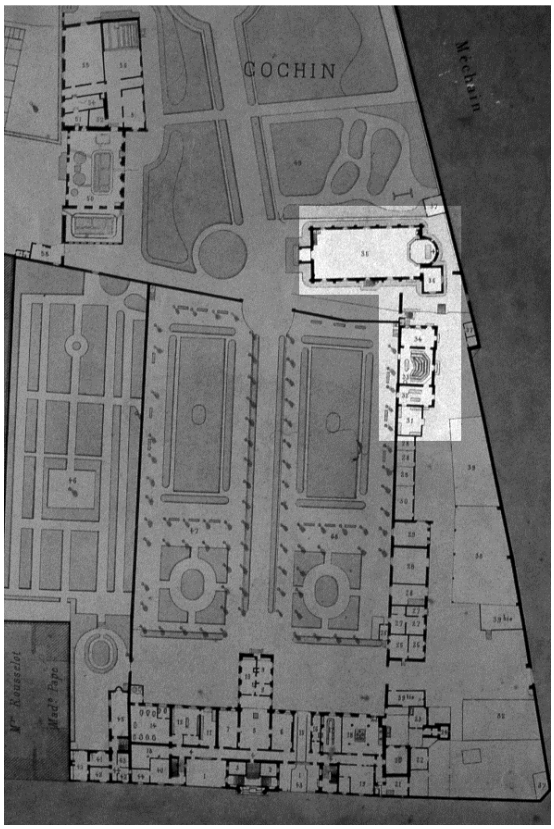
Plan de l'hospice de Bicêtre en 1813 (793FOSS8). Dans la pointe du triangle au nord de la composition se situent le cimetière et le service des morts

Lorsqu'il n'est pas situé dans l'enceinte du cimetière, ce service est lié, la plupart du temps, à la chapelle de l'hôpital ou accueille en son sein une petite chapelle. Précision importante puisque cette disposition, tout comme les cimetières, disparaîtront des plans dressés à partir de 1880.

Certains services se contentent d'être situés à proximité du lieu sacré de l'hôpital, (Saint Louis, Enfants-Malades, Cochin, Hôtel-Dieu), tandis que d'autres possèdent leur propre chapelle (Saint Antoine), parfois une salle pour les « cultes dissidents » (hôpital Boucicaut), voire une chapelle catholique et une salle pour les autres cultes dans le même bâtiment (Tenon)[76].



Service des morts de l'hôpital Saint Louis est situé à l'arrière de la chapelle. Il est contigu aux écuries et remises, au logement du charretier à l'atelier des ouvriers (793FOSS55)



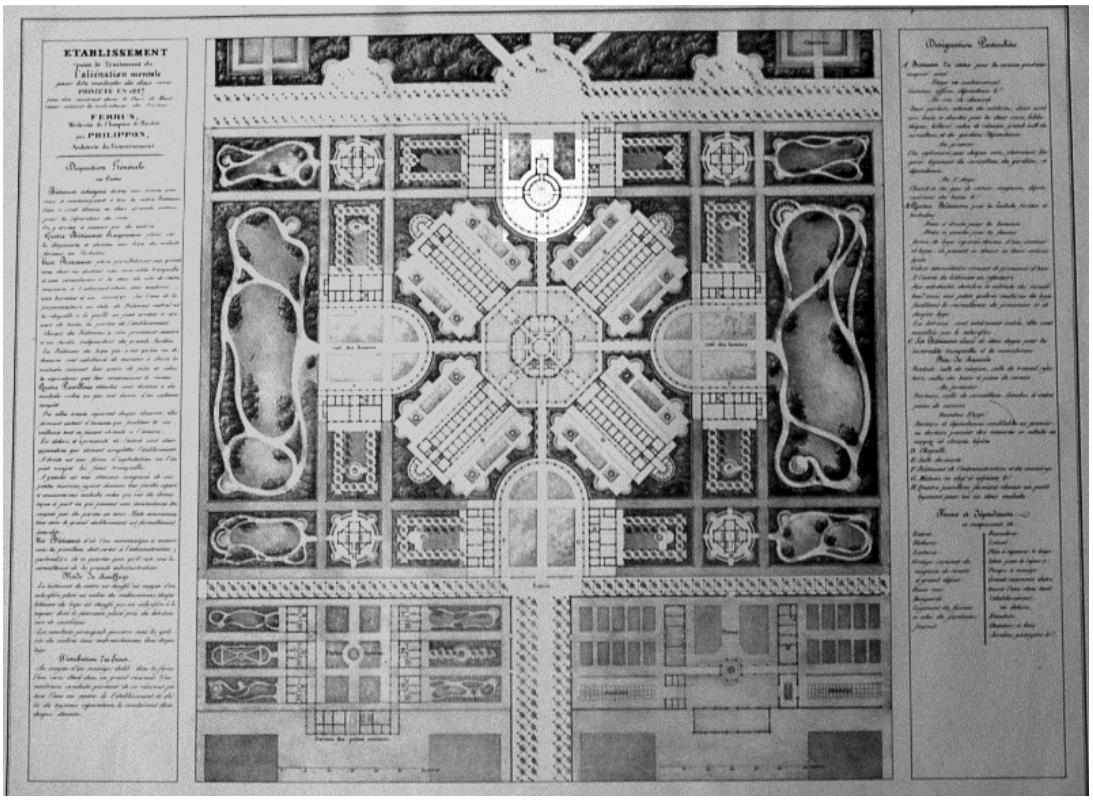
Situation identique pour l'hôpital Cochin (793FOSS22)

[76] Archives AP-HP : Saint Louis (793FOSS55), Enfants-Malades (793FOSS48), Cochin (793FOSS22), Hôtel-Dieu (793FOSS32), Saint Antoine (793FOSS54), Boucicaut (793FOSS10), Tenon (793FOSS46).

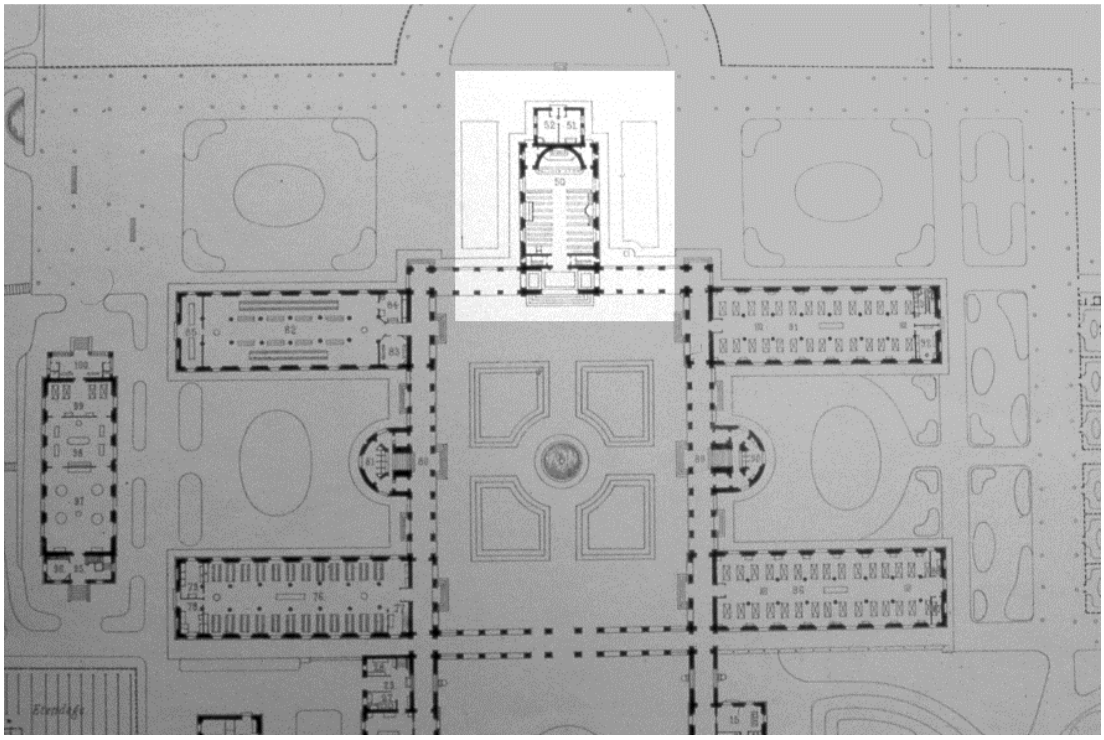
Le projet de Phillipon de 1827 pour l'hôpital Bicêtre présente un service accolé à l'arrière de la chapelle, de même que l'hospice de la Reconnaissance construit en 1833. Sur le plan d'origine de l'hôpital Lariboisière (1846-1854) de l'architecte Gauthier, le service des morts et d'autopsie composé de deux pièces est en relation directe avec la chapelle, centrale à la composition d'ensemble. Le service peut encore être situé sous la chapelle (nouvel Hôtel-Dieu) ou indépendant mais à proximité, comme pour Cochin, Laennec, Boucicaut, Enfants-Malades, Saint-Antoine ou Saint-Louis. L'hôpital Boucicaut, dont la construction date de 1894, est un cas particulier. Il suit en effet la disposition largement adoptée dans les hôpitaux construits avant la décision de laïcisation de l'hôpital signée le 28 août 1886 par M. Peyron, directeur de l'Assistance Publique[77].

Enfin, la dernière disposition consiste à coupler le service des morts à d'autres activités telles que la buanderie dans la majorité des cas (Bichat, Claude Bernard, Boucicaut, Broussais, Necker, Enfants-malades, Saint Antoine) ou à des magasins, la cuisine, la menuiserie, des ateliers divers (Cochin, Saint Louis). La réunion du service des morts à des activités de logistique n'est d'ailleurs pas forcément contradictoire avec la disposition précédente car l'ensemble est parfois situé à proximité de la chapelle. Elle montre cependant le peu de cas accordé à ce « service » qui ne mérite pas encore cette appellation[78].

[77] Lucien Lambeau, *La maison royale de l'Enfant-Jésus actuellement hôpital des enfants malades,* annexe au procès verbal de la séance du 16 novembre, Commission du Vieux Paris, 1907.
[78] Archives AP-HP : Bicêtre (*op.cit*), hospice de la Reconnaissance (793FOSS52), nouvel Hôtel-Dieu (*op.cit*), Cochin (*op.cit)*, Laennec (793FOSS34), Boucicaut (*op.cit)*, Enfants-Malades (*op.cit)*, Saint Antoine (*op.cit)*, Saint-Louis (*op.cit),* Boucicaut (*op.cit*), Bichat (793FOSS9), Claude Bernard (793FOSS20), Boucicaut (*op.cit)*, Broussais (793FOSS15), Necker (793FOSS48).



Projet de Phillipon pour l'hospice de Bicêtre, 1827. Le service des morts est accolé à la chapelle ronde de l'hôpital (793FOSS8)



Hospice de la Reconnaissance, 1833. Le service des morts, composé de deux pièces, se situe à l'arrière de la chapelle (793FOSS52)

Il est certain que l'époque ne se préoccupait pas de recevoir dans la dignité les proches des personnes décédées, préoccupation absurde au vu de la situation générale de l'hôpital. L'enquête menée par Jacques Tenon pour l'Académie Royale des Sciences en 1788[79], décrit une situation sanitaire déplorable dans un hôpital qui n'a pas encore la vocation curative qu'on lui connaît. Jusqu'au début du XIXe siècle et le développement de la médecine anatomo-clinique, le médecin est plus observateur qu'acteur face aux malades.

> [L'hôpital], administré par des religieux, doté par les dons et les legs d'un patrimoine propre, fait ponctuellement appel à des médecins mais refuse de se médicaliser, entraînant ainsi de perpétuels conflits avec le corps médical[80].

Difficile d'imaginer aujourd'hui les conditions dans lesquelles étaient « soignés » les malades entrant à l'hôpital. La *Notice historique sur l'Hôtel-Dieu*[81] de Paris de l'administration générale des hôpitaux reprend, en 1823, les observations qu'avaient faites MM. Tenon et Bailly. Ceux-ci décrivent un Hôtel-Dieu totalement insalubre où s'entassent dans un même lit cinq ou six malheureux dont les maladies sont différentes et bien souvent contagieuses avec parfois des morts. Les salles communes, encombrées de lits sont sombres. L'air ne peut se renouveler. Les planchers sont jonchés de déjections et crachats impossibles à nettoyer du fait de la taille des lits et de l'étroitesse des passages. Les latrines sont communes aux malades atteints de dysenterie et à ceux qui ne le sont pas. Les pansements en tissu, chauffés sont passés d'un malade à un autre tandis que les verres lavés à la hâte transmettent la gale. Les nouveaux arrivants sont placés dans les draps d'un galeux qui vient de mourir. Les auteurs de cette notice décrivent encore l'odeur qui s'exhale de la paille, simplement bridée par un drap, des lits des agonisants ou de ceux qui gâtent leur couche quand elle doit être changée au milieu des salles par manque de place. Cette paille est brassée et posée sur le plancher « que l'on imprègne de miasmes et que l'on charge des ordures qu'elle renferme »[82]. Le tableau ne serait pas complet sans la

[79] Jacques Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris,* de l'Imprimerie de PH.-D. Pierres, Paris, 1788.
[80] Marie-José Imbault-Huart, « Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions », *op. cit.*
[81] Administration générale des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile de la ville de Paris, *Notice historique sur l'Hôtel-Dieu,* à Paris, de l'imprimerie de madame Huzard, imprimeur des hospices civils de Paris, 1823
[82] *ibid.*

description de la salle des opérations « où l'on trépane, où l'on taille, où l'on ampute les membres» [83] des malades sous les yeux de ceux qui attendent le supplice.
Il n'est pas étonnant que, dans ces conditions, le *dépôt des morts* soit l'endroit où l'horreur atteigne sa quintessence. Il est situé jusqu'en 1817 dans une cave dont l'accès se fait par des salles où les malades peuvent observer à loisir le continuel va et vient macabre.

> Il n'est pas de charnier qui offrît un aspect plus repoussant et qui exhalât des émanations plus fétides. Quelques mauvaises tables en pierre étaient la seule marque qu'on y voyait du respect dû aux dépouilles mortelles ; et encore ces tables, fortement teintes de sang, ne pouvaient-elles recevoir que le quart des sujets ; les autres étaient gisans à terre ! Dès les premières marches on se sentait atteint de nausées qui n'en permettaient l'entrée qu'aux habitués ; et dans les jours de chaleurs, il en sortait une vapeur pestilentielle qui se répandait dans les salles de son voisinage. A ce triste tableau, il faut encore ajouter l'obligation de passer les morts par la salle Saint-Charles ou par celles Saint-Côme et du Rosaire, afin de les y porter et de les sortir de ce lieu de dégoût : plus de deux cents malades avaient à chaque heure du jour la vue de cet affreux spectacle, et lorsque la famille ou les amis du défunt venaient réclamer son corps pour lui rendre les derniers devoirs, ils avaient à le chercher parmi plusieurs autres, et souvent même au milieu des débris des sujets qui avaient servi à l'étude de l'anatomie [84].

La partie du bâtiment contenant le dépôt des morts est détruite en 1817. Le dépôt devient service avec l'aménagement de deux pièces supplémentaires : une salle d'autopsie et une pièce de départ où une « lampe placée devant un autel brûle nuit et jour ». L'autel est placé dans une longue pièce voûtée, éclairée naturellement, ventilée et pourvue d'une arrivée d'eau. Cette salle se situe sous le vestibule des fondateurs, avec une entrée indépendante par deux grands escaliers, une sortie disposée de telle manière qu'il n'y ait d'autres témoins que les personnes du service, un mobilier étudié pour une meilleure hygiène et un nombre suffisant de tables pour pouvoir accueillir un seul corps par table. Enfin, tout est fait pour que « l'infortuné, que la perte d'un parent amène dans ce lieu, soit frappé par l'aspect de l'ordre et de la décence qui règne dans ce séjour de la mort et des regrets du pauvre »[85].

La description emphatique des auteurs, choqués par le non-respect des dépouilles mortelles peut faire sourire, tant les pauvres vivants n'étaient mieux traités, faute de moyens, dans le reste de l'hôpital. La notice de Jacques Tenon, qui dresse un état des

[83] *ibid*.
[84] *ibid*.
[85] *Ibid*.

lieux peu reluisant d'un hôpital encore essentiellement préoccupé par le salut des âmes, montre avec évidence l'émergence des préoccupations concentrant la rationalisation des circulations et distributions des bâtiments hospitaliers.

C- Quand Hyppocrate empiète sur le domaine de l'Eglise

1- La révolution de la méthode anatomo-clinique.

Pour comprendre les bouleversements qui se sont opérés, dès la fin du XVIIIe siècle à l'hôpital, il est nécessaire de faire un détour par l'histoire de la médecine. Le développement de la méthode anatomo-clinique sera notamment le point de départ d'un nouveau système de pensée et de la médicalisation de l'Institution.

La médecine, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, considère la personne, son corps, son esprit et sa maladie comme une entité non divisible. L'expérience clinique qui cherche à systématiser les liens de cause à effet de la maladie sur le corps, pour en constituer une compréhension globale de son cycle, aura pour effet de dissocier la maladie du malade.

C'est au cours de cette période charnière, à l'âge de l'anatomie-pathologie, que la mort va changer de statut par rapport à la science et à la médecine.

Avant l'expérience anatomo-pathologique, la mort était le terme non seulement de la vie mais encore celui de la maladie, si celle-ci était de nature à la provoquer. L'observation venait donc buter contre ce phénomène interrompant la connaissance et l'élaboration du savoir sur la maladie. A ce moment, la mort garde toute sa dimension de mystère.

Avec l'anatomie, et la possibilité d'ouvrir des cadavres immédiatement après le décès du malade, la mort va quitter son statut de mystère pour devenir l'instrument permettant d'éclairer les rapports entre les effets de la maladie visibles à l'extérieur et les lésions des organes à l'intérieur du corps.

> La vie, la maladie et la mort constituent maintenant une trinité technique et conceptuelle. La vieille continuité des hantises millénaires qui plaçaient dans la vie la menace de la maladie et dans la maladie la présence approchée de la mort est rompue : à sa place, une figure triangulaire s'articule, dont le sommet supérieur est défini par la mort. C'est du haut de la mort qu'on peut voir et analyser les dépendances organiques et les séquences pathologiques. Au lieu d'être ce qu'elle avait été si longtemps, cette nuit où la vie s'efface, où la maladie même se brouille,

> elle est douée désormais de ce grand pouvoir d'éclairement qui domine et met à jour à la fois l'espace de l'organisme et le temps de la maladie [86].

Selon Michel Foucault, la rupture se fait avec Bichat qui change radicalement la vision de la vie. Celle-ci ne se pense plus à partir du vivant mais à travers la destruction de la vie. C'est la mort qui donne la vérité à la vie et à la maladie. Bichat, outre le fait d'intégrer la mort dans un système technique et conceptuel, va casser la conception de la mort comme phénomène insécable et absolu. Il la détaille en morts partielles et progressives des organes pouvant se prolonger au-delà de la cessation de vie de l'être.

La représentation du corps comme machine est évidente. A partir de l'instant où la mort n'est plus le fait absolu, mais la somme de la multitude des morts des composants de l'organisme, certaines entraînant les autres, le corps peut être conçu comme un moteur constitué de pièces, qui soignées ou changées individuellement, peuvent empêcher la mort du tout. Bichat et l'expérience clinique, en ôtant le caractère total, insécable et mystérieux de la mort ouvrent des perspectives qui vont finir par considérer le corps et « l'esprit » du malade comme deux entités bien distinctes.

2- L'hôpital, lieu de formation et de transmission d'un savoir

La révolution française introduit de nombreux bouleversements dans les pratiques, les structures de soins et l'enseignement. En effet, la loi du 18 août 1792, confirmé par le décret du 15 septembre 1793, supprime les facultés de Théologie, de Médecine, des Arts et de Droit.

> [Elle] crée trois «Ecoles de santé» à Paris, Montpellier et Strasbourg avec la volonté d'innover: Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base de ce nouvel enseignement ; les élèves observeront la nature au lit du malade et en suivront le traitement dans les hospices voisins de l'école[87].

Cette nouvelle donne aura pour conséquence d'engager l'hôpital dans une mission d'enseignement, mais également de le consacrer comme structure de soin et non plus seulement comme accueil de toutes les misères de la société.

---

[86] Michel Foucault, *Naissance de la Clinique,* Presses Universitaires de France, Paris, 1963, p.146.
[87] Marie-José Imbault-Huart, *op.cit*.

Pour Philippe Huneman, le développement de l'enseignement dans les hôpitaux est également lié au changement de statut des chirurgiens. Ils ne sont plus considérés comme des artisans mais à l'égal des médecins. L'Académie de chirurgie restée seule ouverte pendant la Révolution consacre le rôle des chirurgiens et de l'hôpital auquel ils étaient traditionnellement attachés.

> La réorganisation de l'enseignement de la médecine vers 1780-1790 s'est alignée sur les enseignements du Collège et de l'Académie de chirurgie, en particulier à l'Hôtel-Dieu réformé par Desault à partir de 1785. Celui-ci inaugura la «leçon chirurgicale clinique», composée d'une opération, de l'histoire du cas opéré et d'une éventuelle autopsie pour trouver la nature de la maladie, son «lieu» et les changements pathologiques survenus[88].

P. Huneman souligne également l'importance du rôle des chirurgiens dans l'évolution des pratiques médicales. Le toucher et la palpation des malades font progresser une médecine qui, jusqu'alors, se contentait d'observer de loin les signes et symptômes visibles de l'extérieur.

L'hôpital, juridiquement le siège de l'enseignement de la médecine, est aussi le seul lieu où, par la multiplication des écritures (entrées, sorties, naissances, décès, descriptions des cas, thérapeutiques, etc.) et le nombre de cas, est capable d'apporter un savoir « statistique »[89]. L'ensemble de ces éléments concourt à faire de l'hôpital l'institution majeure de la médecine française.

Le développement de la méthode anatomo-clinique à partir de la fin du XVIIIe siècle a donc créé la nécessité, pour les médecins et chirurgiens, de disposer d'un grand nombre d'amphithéâtres dans lesquels ils pouvaient « ouvrir » quelques cadavres sous les yeux d'étudiants venus de toute l'Europe et avides d'une méthode d'analyse nouvelle. Un arrêté préfectoral de 1834 nous laisse imaginer la frénésie de savoir qui s'empara des médecins dans les hôpitaux comme des riches curieux dans les cabinets d'anatomie, conduisant à la prolifération d'amphithéâtres d'anatomie. En effet, cet arrêté, par la création et la construction d'un amphithéâtre d'anatomie sur l'ancien cimetière de Clamart, commun aux hôpitaux parisiens et destiné à l'enseignement, entend réglementer une situation devenue difficile à maîtriser[90]. L'arrêté précise:

---

[88] Philippe Huneman, *Bichat, la vie et la mort,* PUF, Paris, 1998.

[89] Voir article de Anne Thalamy « La médicalisation de l'hôpital », dans M. Foucault, B. Barret Kriegel, A. Thalamy, F. Beguin, B. Fortier, *Les machines à guérir,* Pierre Mardaga éditeur, Liège, 1979.

[90] En 1834, seules les dissections réalisées dans l'enceinte de la faculté de médecine et dans l'amphithéâtre central des hôpitaux de Clamart sont désormais autorisées. Anne Carol précise que

> Art I : Les amphithéâtres dans les hôpitaux et les hospices sont supprimés.
>
> Art. II : Il y a dans chaque établissement une salle pour les autopsies seulement, ces autopsies sont faites sous la direction du médecin ou du chirurgien dans la division duquel le malade est décédé [...]»[91].

Une ordonnance de 1862, reprend les principaux articles de l'arrêté de 1834 en ajoutant des points concernant le respect dû aux dépouilles mortelles ou aux pièces anatomiques après dissection :

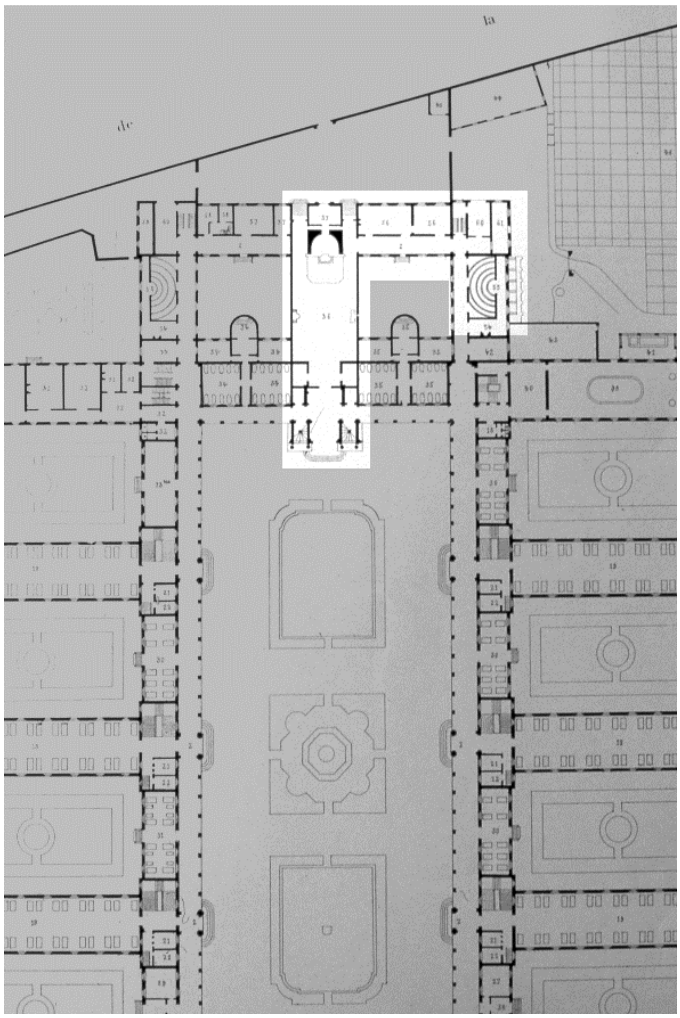
> Art VIII : Les débris de cadavres seront portés soigneusement au cimetière du Mont-parnasse, pour y être enterrés dans la partie affectée aux hospices.
>
> Art IX : Il est conjoint à ceux qui sont chargés d'enlever les cadavres, soit aux amphithéâtres ci-dessus désignés, soit au cimetière, d'observer la décence convenable.
>
> Art X : Les cadavres seront portés aux amphithéâtres dans des voitures couvertes et pendant la nuit seulement[92].

Dans les hôpitaux, le service des morts va souvent être associé à l'amphithéâtre de dissection, au point parfois d'être confondu. Ces quelques éléments du contexte de l'époque nous aident à comprendre comment ce service, sur les plans dressés à partir de 1880, va se détacher du lieu sacré de l'hôpital, se déplacer dans la composition générale et trouver un programme entièrement tourné vers l'enseignement et le savoir.

l'ordonnance de 1834 vient s'ajouter à celle de 1813 interdisant les amphithéâtres privés. Cette dernière avait été rapidement contournée les années suivantes. Anne Carol, *op.cit.,* p. 245.

[91] *Règlement concernant les salles d'autopsie dans les hôpitaux et hospices et les travaux anatomiques dans l'amphithéâtre des hôpitaux,* Paris, 1834, Imprimeur des hospices. Archives AP-HP.

[92] Ordonnance de 1862.



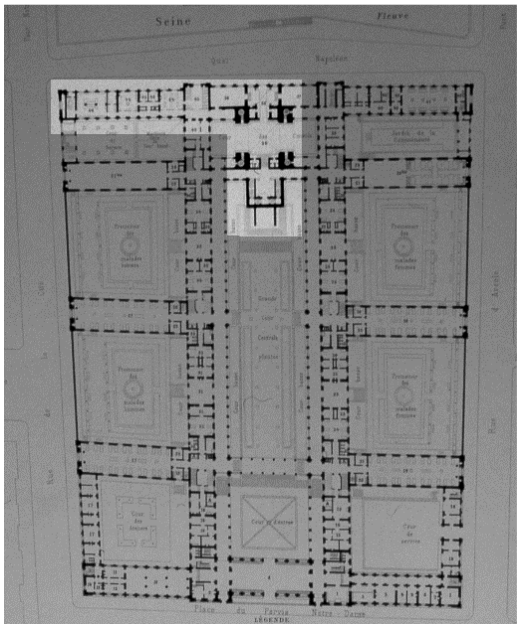
Hôpital Lariboisière, Martin Pierre Gauthier architecte, 1854.
Le service des morts est situé entre la chapelle et l'amphithéâtre de dissection (793FOSS36)

3- Genèse d'un service autonome

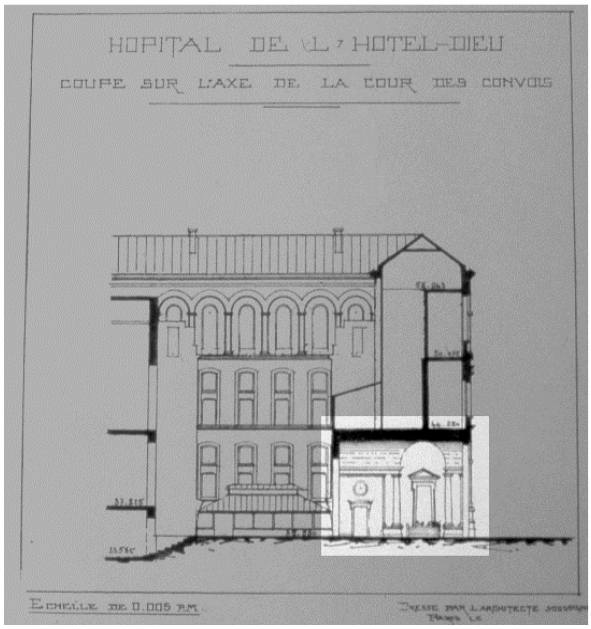
Le programme qui, dans le meilleur des cas comprenait une « salle de repos » pouvant servir de salle de reconnaissance et de départ, une salle d'autopsie et d'une pièce de dépôt des bières, va s'agrémenter d'un musée, d'un cabinet d'études microscopiques, d'une salle de cours ou amphithéâtre, de bureaux pour les médecins, de laboratoires, de chambres froides, d'un logement pour le garçon d'amphithéâtre. Mais l'on peut observer aussi, dans certains cas, une partie réservée au public (cependant la surface allouée à cette partie reste bien moindre que celle destinée à l'enseignement et au savoir) renfermant une salle d'attente ou « pièce de réunion » pour les familles, des salons de reconnaissance et une cour des départs. Avec la création d'une partie réservée au public se dessinent les prémisses d'une séparation des circulations techniques/publiques à l'intérieur du bâtiment, mais également par

rapport au reste de l'hôpital. Le service se déplace, rejeté hors du centre de la composition, il vient souvent prendre place à l'opposé de l'entrée et de l'administration, proche d'un accès secondaire permettant un accès indépendant et discret. La forme même du bâtiment quand le service est composé autour d'une cour des départs, prend logiquement celle d'un U, tendant à tourner le dos à l'hôpital.

Au fil des constructions de nouveaux établissements ou des travaux effectués dans les hôpitaux anciens, le lieu sacré du service se voit, peu à peu remplacé par le laboratoire d'analyse, le musée des pièces anatomiques ou la salle de cours. Il est certain que des hôpitaux conçus au milieu du siècle ont pu cumuler tous les éléments. Le service des morts du nouvel Hôtel-Dieu, conçu par l'architecte Diet, et construit de 1867 à 1878, se compose de deux parties distinctes. Une partie est réservée aux familles avec une chapelle des morts, une salle d'attente et une entrée particulière des voitures. Une autre partie assez importante est réservée au dépôt des morts. Elle contient une salle d'autopsie, des services du corps médical et le laboratoire de la faculté[93].

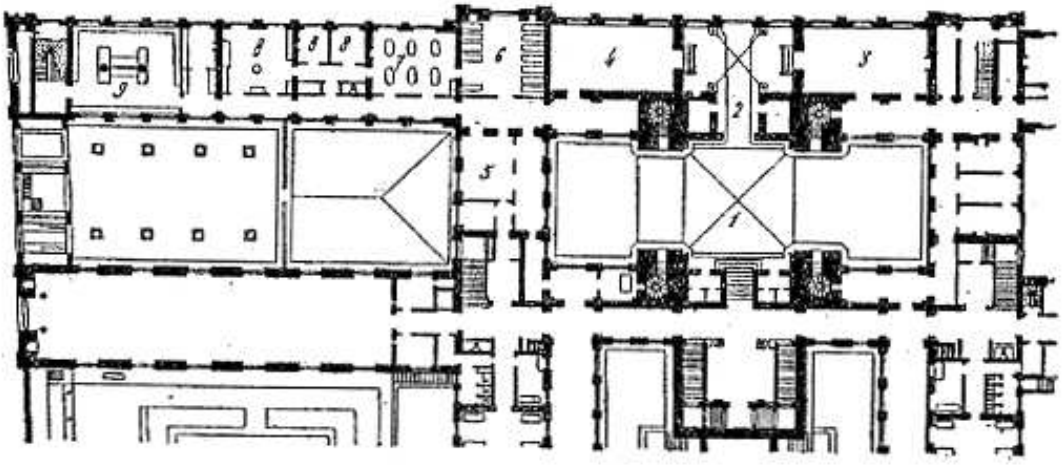


Plan du nouvel Hôtel-Dieu, 1878. Le service des morts se situe à l'arrière de la composition, en partie sous la chapelle



Coupe transversale sur le service des morts, Arthur Nicolas Diet architecte, 1878 (793FOSS32)

[93] Archives AP-HP : Hôtel-Dieu (793FOSS32)



832. — Service des morts et de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

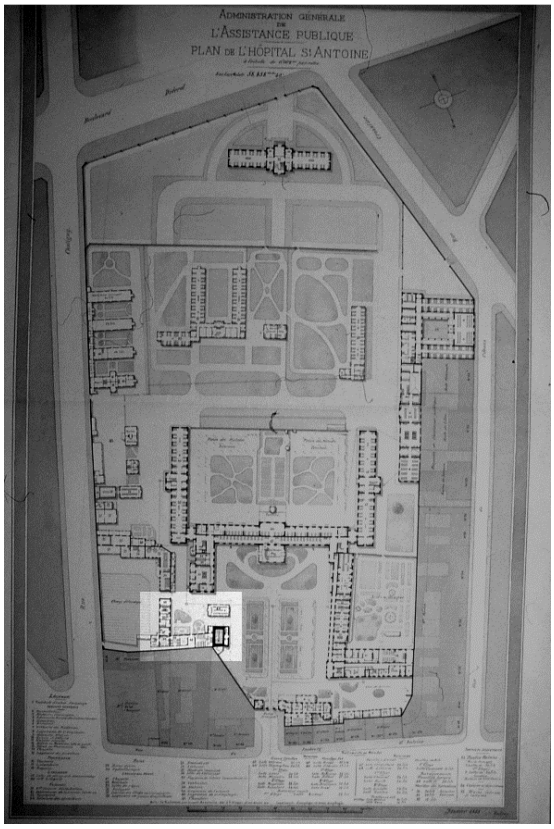
1, cour des convois. — 2, entrée des voitures. — 3, chapelle des morts. — 4, salle d'attente. — 5, service des morts. — 6, dépôt des morts. — 7, salle d'autopsie. — 8, service du corps médical. — 9, laboratoire de la Faculté. — A,A, ascenseurs hydrauliques.

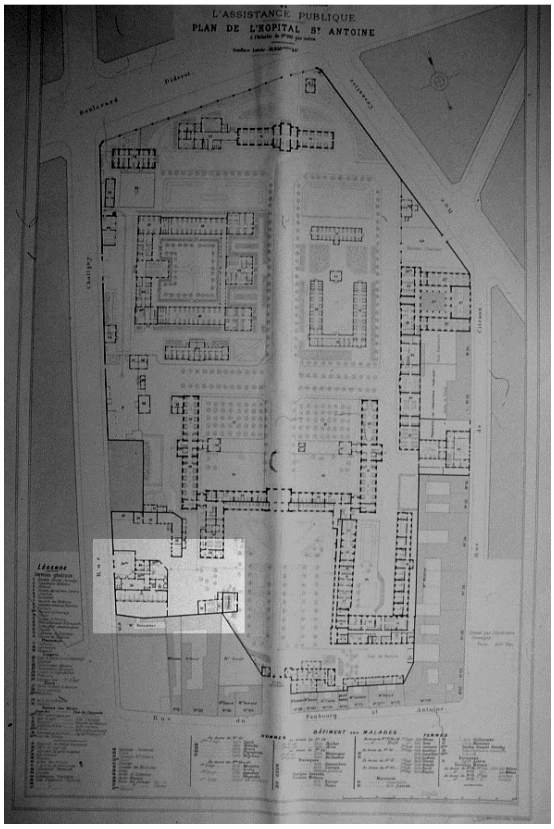
Plan du service des morts du nouvel Hôtel Dieu. Traité de JulienGuadet, *Eléments et théorie de l'architecture,* 1902

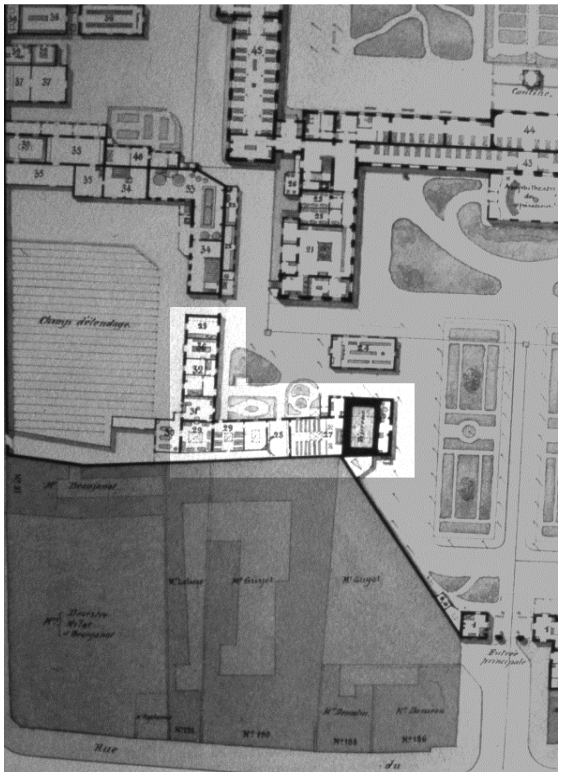
Mais l'exemple qui illustre au mieux le remplacement du lieu sacré par le lieu du savoir est certainement l'hôpital Saint Antoine. Son plan de 1883 met en évidence un service des morts dans un bâtiment en L qui intègre en plus du vestibule, une salle de repos, un cabinet d'études microscopiques et le logement du garçon d'amphithéâtre, ainsi qu'une chapelle assez importante à l'intérieur du service et indépendante de la chapelle de l'hôpital. Le plan de 1899 montre un service des morts qui a été légèrement déplacé et reconstruit. La chapelle, auparavant dans le service, reste au même endroit, tandis que les pièces attenantes sont détruites. Le service entièrement repoussé vers la rue de Chaligny (excepté la chapelle) se retourne sur l'extérieur. La cour de départ des convois ainsi que celle attenante à la salle d'autopsie sont bordées de murs les rendant invisibles de l'hôpital. Le service se développe sur deux niveaux (sous-sol et rez-de-chaussée) accueillant, en deux circuits différenciés, la partie publique (entrée rue de Chaligny) et celle réservée aux médecins et aux garçons d'amphithéâtre (entrée côté hôpital). La surface est multipliée par six dont un tiers en rez-de-chaussée réservé au public (salle d'attente, de reconnaissance et cour des départs), le reste de la surface est réparti entre les magasins, dépôt des bières, salle de repos, vaste salle d'autopsie (10 tables) éclairée naturellement, vestiaire des médecins, salle de repos des serviteurs et logement du garçon d'amphithéâtre[94].

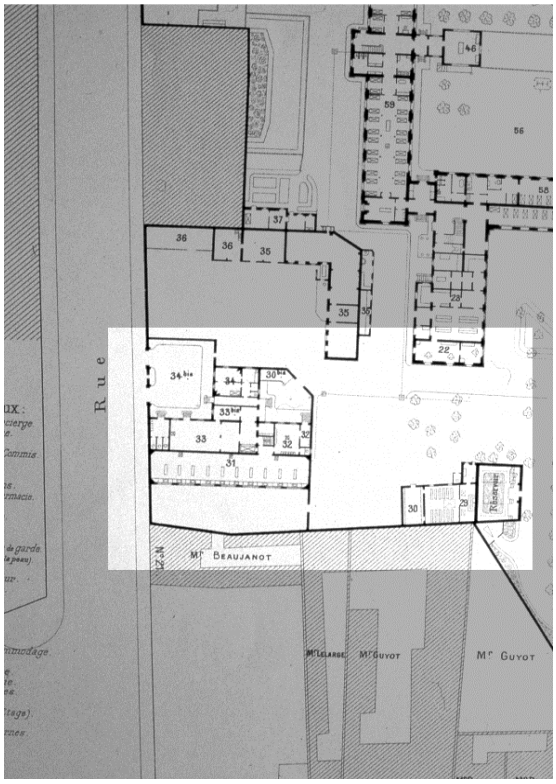
[94] Archives AP-HP : hôpital Saint-Antoine (793FOSS54)

Loin de l'alignement des quelques pièces sans distribution qui caractérisait le service des morts antérieurement, la fin du XIXe siècle voit la création d'un véritable service des morts indépendant, siège de la recherche et de l'enseignement.



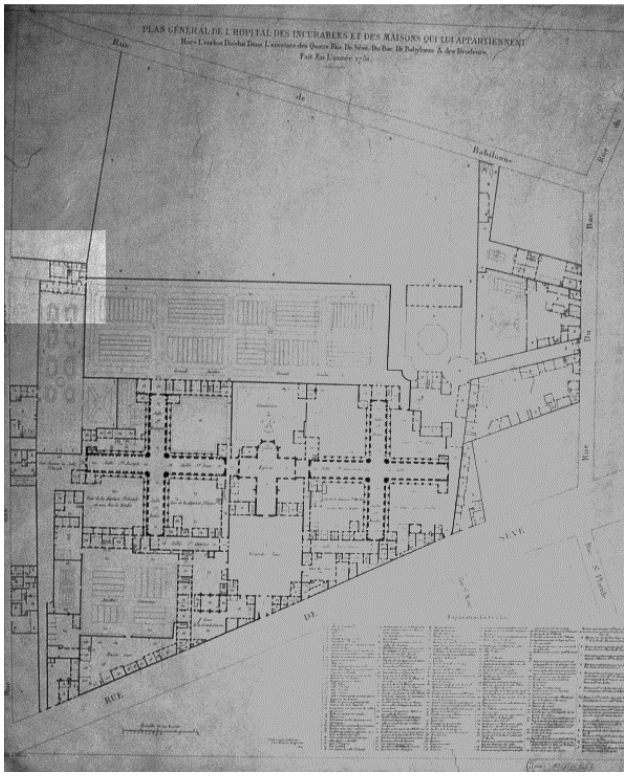




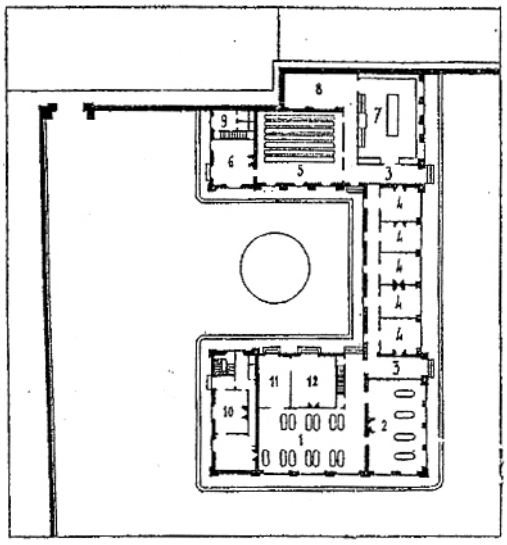


Hôpital Saint Antoine en 1883, Clavareau, architecte (793FOSS54)

Déplacement et reconstruction du service des morts de l'hôpital Saint Antoine en 1899



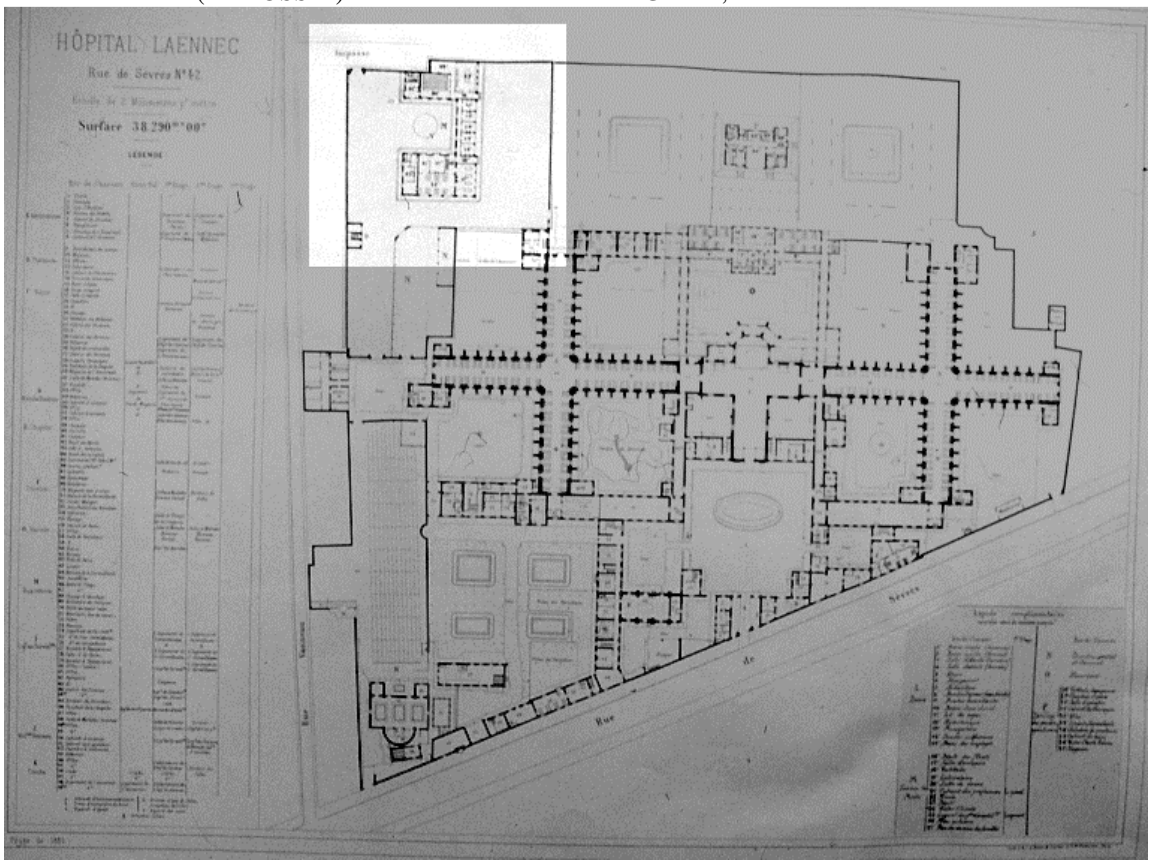
Hôpital Laennec en 1751 avant la reconstruction du service des morts (793FOSS34)



833. — Service des morts à l'Hôpital Laennec.

1, dépôt des morts. — 2, salles d'autopsie. — 3, vestibules. — 4,4, laboratoires. — 5, salle de cours. — 6, cabinet de professeurs. — 7, musée. — 8, dépôt. — 9, cabinets d'aisances. — 10, logement du gardien. — 11, mise en bière. — 12, pièce de réunion des familles.

Détail du nouveau service. Traité de Julien Guadet, 1902



Hôpital Laennec, plan de 1880 avec un collage sur la partie du service des morts reconstruit

4- Normalisation et traités d'architecture

Si l'on considère la teneur des traités d'architecture parus dans la deuxième moitié du XIXe siècle, il apparaît clairement que cette période constitue un moment charnière dans l'histoire du service des morts. Le statut de celui-ci est encore incertain, de l'ordre de l'annexe logistique pour Léonce Reynaud (1858), lié à la chapelle pour Louis Borne (vers 1890) ou indépendant pour Casimir Tollet (1889). Cependant, en quatre décennies, ce service passe d'une ou quelques pièces à un lieu conçu à partir d'un véritable programme.

Le traité d'architecture de Léonce Reynaud, publié en 1858, met le service des morts sur le même plan que les cuisines, buanderies et salles d'opérations. Il ne précise pas la relation du service des morts à la chapelle, mais les réunit toutefois dans un même paragraphe :

> Les cuisines et les buanderies doivent être assez éloignées des salles pour que les vapeurs nauséabondes qui s'en dégagent soient sans inconvénients. Il en est de même des salles d'opérations et d'autopsies, et de la salle des morts ; et il ne suffit pas que les cris des opérés ne puissent arriver jusqu'aux malades, il faut encore éloigner de la vue tout ce qui peut faire venir de tristes pensées, trop fréquentes déjà dans un hôpital. Ajouter que ces dernières salles doivent avoir des issues spéciales au dehors est sans doute inutile. Il est par contre, une dépendance essentielle de tout hôpital, qu'on ne saurait trop mettre en évidence : c'est la chapelle. Il est de toute justice que ces établissements soient ostensiblement placés sous le patronage de la religion qui les a enfantés ; et il est nécessaire de rappeler aux déshérités de ce monde, à tant de malheureux qui, comme les damnés du Dante, ont dû laisser tout espoir à l'entrée, qu'une meilleure vie leur est promise et que leurs douleurs y sont un acheminement[95].

Quarante ans plus tard, les préceptes de Louis Borne restent fortement imprégnés de l'idéologie véhiculée dans le traité de L. Reynaud. Il ménage ainsi une place importante à la relation du service avec la chapelle.

> La chapelle sera au fond, et à l'extrémité de la cour intérieure. Elle aura d'un côté le logement des prêtres, et de l'autre l'amphithéâtre où se feront les démonstrations anatomiques, derrières seront les chambres des morts[96].

La partie publique du service des morts doit être en relation directe avec la chapelle: « la chapelle, toutes les fois que l'hôpital en comporte, doit être placée à proximité et

[95] Léonce Reynaud, *traité d'architecture*, Victor Dalmont éditeur, Paris, 1858.

[96] Cette préconisation n'est pas originalement de Louis Borne, elle reprend les termes exacts du troisième rapport des commissaires chargés par l'Académie du projet d'un nouvel Hôtel-Dieu, *Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences,* datant de 1786 ; archives AP-HP.

communiquer facilement avec le vestibule. Une des salles d'attente est réservée aux cérémonies des cultes dissidents »[97]. Louis Borne va jusqu'à préconiser, pour des hôpitaux plus modestes de province, que la salle de dépôt des corps et les salles d'autopsie deviennent « une des dépendances de la chapelle ». Enfin, le chapitre du traité s'achève sur la mention de l'exemple réussi, selon Louis Borne, de la chapelle associée au service des morts de l'hôpital du Havre. Chapelle qui peut contribuer à améliorer l'aspect général de l'hôpital mais qui doit rester modeste « car la chapelle d'un hôpital ne sert guère qu'aux services funèbres »[98].

Le traité de Casimir Tollet, contemporain à celui de Louis Borne, ne fait quant à lui, aucune mention d'une éventuelle proximité avec une chapelle, il précise simplement :

> Le pavillon mortuaire doit être relégué dans le coin le plus reculé de l'hôpital, adossé contre le mur du fond et communiquant avec l'extérieur par une porte percée dans ce mur, afin que les inhumations puissent se faire à l'insu des malades. Enfin, il faut avoir soin de le dérober aux regards par des bosquets, pour qu'on ne puisse qu'en soupçonner la présence[99].

Quelle que soit l'idéologie véhiculée par les auteurs, les traités parus à la fin du XIXe siècle ont en commun de mettre en place un programme quasiment similaire comprenant une salle de dépôt, une salle mortuaire « tendue de noir, convenablement disposée, avec d'épais rideaux aux fenêtres et des sièges » pour Casimir Tollet, ou comprenant « six à huit lits à rideaux » pour Louis Borne, une salle d'autopsie pourvue de toutes les commodités (eau chaude, froide, gaz) et dont les matériaux seront particulièrement étudiés pour être facilement nettoyés et désinfectés, d'un appentis pour stocker les bières, la sciure de bois et les liquides désinfectants (Casimir Tollet) et enfin, une cour des départs autour de laquelle se développe le service, communiquant directement avec l'extérieur par un accès indépendant. Le traité de Louis Borne précise l'organisation du service en séparant nettement la partie publique de la partie technique qui, en plus des salles précédemment citées, comprend une salle commune pour les élèves, un cabinet d'étude propre à chaque professeur chef de service de l'hôpital, un musée pouvant servir de salle de

[97] Louis Borne, *Etudes et documents sur la construction des hôpitaux,* Aulanier et Cie éditeurs, Paris, s.d, circa 1890.

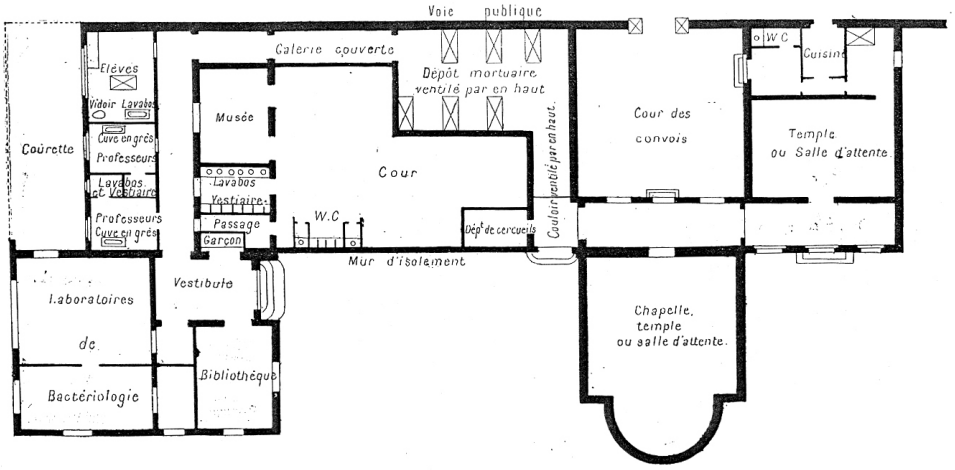
[98] La préoccupation de cacher ce service reste cependant présente pour L. Borne puisqu'il préconise de séparer les bâtiments réservés à l'autopsie et au dépôt des morts de l'hôpital par un mur d'isolement. De plus, les bâtiments seront "encore dissimulés par le laboratoire de bactériologie placé en avant du mur".

[99] Casimir Tollet, *Les hôpitaux au XIXe siècle, études, projets, discussions et programmes relatifs à leur construction, l'hôpital civil et militaire de Montpellier,* chez l'auteur, Paris, 1889.

conférence, un laboratoire de bactériologie, des vestiaires pour les professeurs et les élèves. La partie publique, quant à elle, doit comprendre un vestibule, une ou deux salles d'attente et une chambre réservée au garçon d'amphithéâtre.

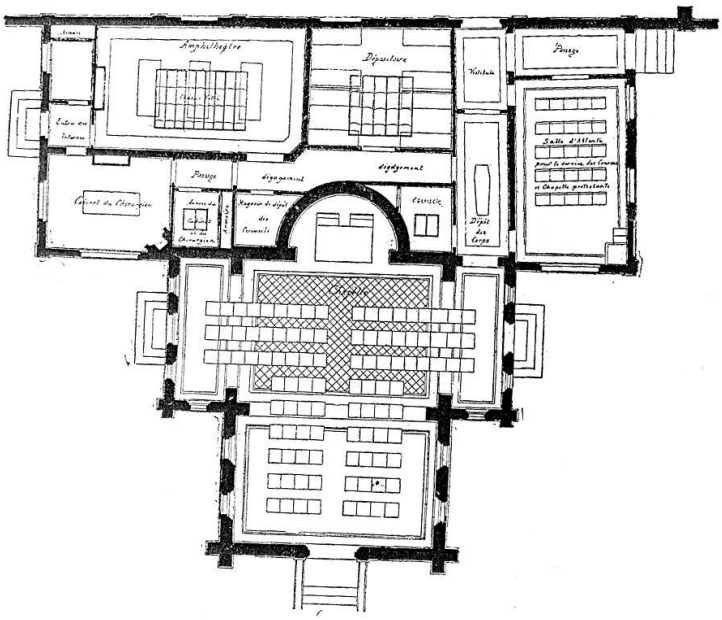
Si les traités de construction hospitalière parus dans la deuxième moitié du XIXe siècle se font l'écho de la mise en place d'un véritable service orienté vers le savoir et l'enseignement et non plus comme simple annexe logistique telle que la buanderie ou la cuisine, ils montrent également que sa relation traditionnelle au lieu de culte est fortement ancrée dans les mentalités. Elle mettra plus de temps à changer de nature, et sera en partie fonction des convictions des auteurs. Le traité de Casimir Tollet marque certes une étape décisive, toutefois d'autres traités postérieurs préconiseront à nouveau la relation directe du service mortuaire à la chapelle. Julien Guadet, en 1902, précise que le service des morts est à la fois un service de science, d'état civil et enfin un service religieux.

> Si le plan de l'hôpital comporte une chapelle, qui soit en même temps la chapelle des vivants et des morts, il faut que le service des morts en soit rapproché, tout en étant toujours dans une partie cachée de l'ensemble. Mais lors même que l'hôpital possède une chapelle, il vaut mieux qu'il y ait en plus une chapelle des morts dans l'enceinte du service des morts. Cette petite chapelle est naturellement fort simple : c'est en réalité une pièce à rez-de-chaussée, munie d'un autel. Et pourtant, dans son exiguïté, elle se prêterait aux inspirations les plus généreuses de l'artiste[100].



Plan d'un service « type » des morts selon le traité de Louis Borne (circa 1890)

[100] Julien Guadet, *Eléments et théorie de l'architecture,* Aulanier, Paris, 1902.



Plan chapelle du Havre associée au service des morts. Traité Louis Borne (circa 1890)

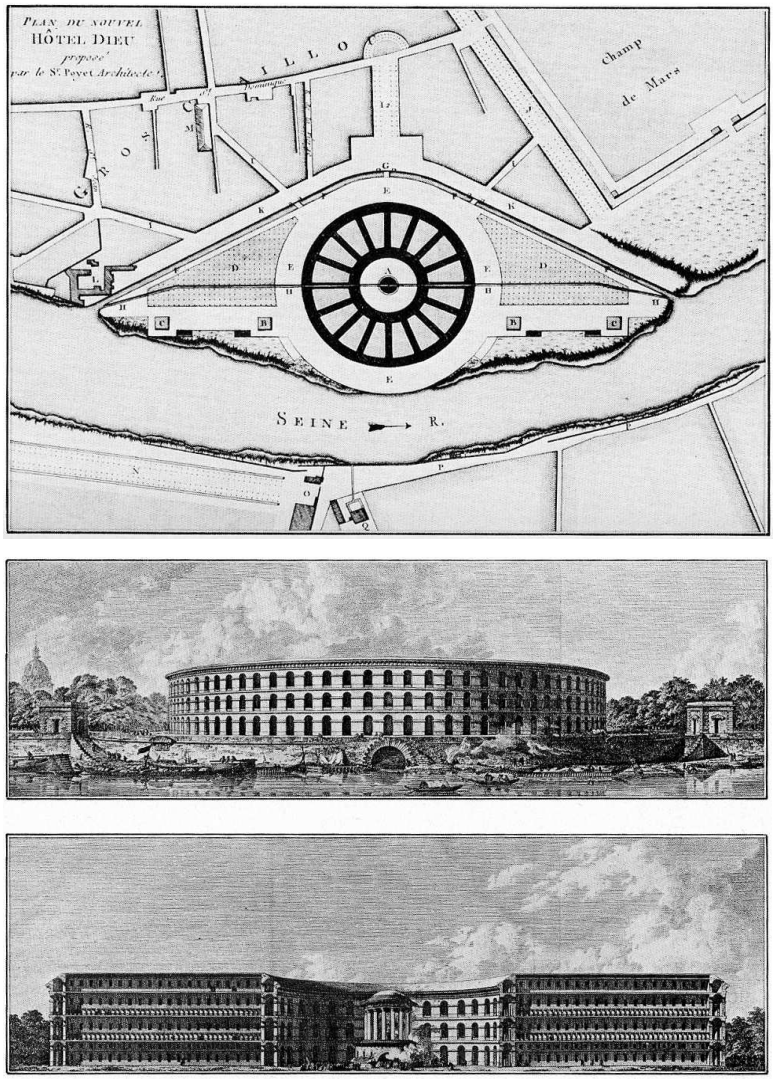
5- L'hôpital comme syncrétisme de l'hygiénisme et de la modernité

A la fin du XIXe siècle, le service des morts se détache petit à petit du lieu sacré pour prendre son autonomie et se constituer en un élément indépendant qui finira par devenir un simple problème de circulation dans l'hôpital. Cette évolution suit les préoccupations des hygiénistes, qui ont conduit à la remise en question de l'hôpital tel qu'il existe jusqu'au XVIIIe siècle, et à la conception de l'hôpital « moderne ».

Le point de départ de cette réflexion se situe en 1772 lorsque l'Hôtel-Dieu de Paris, qui avait déjà subi des incendies en 1718, 1737 et en 1742, se voit ravagé par le feu durant onze jours consécutifs. A la suite de la destruction de la quasi-totalité des bâtiments, les administrateurs envisagent de le reconstruire sur un autre site.
En seize ans (1772 à 1774, 1776 à 1778, 1785 à 1788) plus de deux cents projets sont proposés[101]. Le pouvoir royal, foncièrement soucieux de dresser un état des lieux, multiplie les enquêtes. Jacques Necker, alors directeur général des Finances, nomme en 1777 une commission chargée d'étudier les mesures d'hygiènes à adopter dans les constructions hospitalières ainsi que d'examiner la question de leurs ressources financières. Cette commission optera pour le maintien sur place et l'agrandissement

[101] M. Foucault, B. Barret Kriegel, A. Thalamy, F. Beguin, B. Fortier, *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne,* Pierre Mardaga éditeur, Paris, 1979, p.103.

de l'Hôtel-Dieu. Pourtant, l'architecte Bernard Poyet, contrôleur des bâtiments de la ville, propose en 1785, un projet hors les murs de Paris, sur l'Ile des Cygnes qui lui paraît être un site plus propice au rétablissement des malades. Il est en effet éloigné des quartiers peuplés, ventilé et dispose des avantages du fleuve. La forme donnée à cet établissement pouvant accueillir plus de 5000 malades est circulaire et reproduit l'extérieur du Colisée de Rome. Les arguments avancés par son auteur concernent tout autant le renouvellement facilité de l'air que la possibilité, par l'organisation intérieure, de surveiller efficacement et de punir les malades comme le personnel. Il reprend ainsi le modèle panoptique des prisons mis au point par Bentham.



Plan et élévations du projet de Bernard Poyet pour la construction du nouvel Hôtel Dieu de Paris, sur l'île des Cygnes (1785)

Ce projet sera à l'origine de la création en 1785 d'une commission de l'Académie des Sciences par le baron de Breteuil, secrétaire de la Maison du roi.

> Neuf membres la composent : Lassonne, médecin du roi, président de la Société royale de médecine, le naturaliste Daubenton, l'astronome et futur maire de Paris Bailly, le chimiste Lavoisier, l'astronome Laplace, le physicien Coulomb, le médecin et chimiste d'Arcet, l'agronome Tillet et le chirurgien Tenon [102].

Cette commission rédige trois rapports entre 1786 et 1788. Le premier rejette la proposition de Poyet pour cause d'insalubrité du site choisi, du coût de construction trop élevé, de l'éloignement trop important de Paris et de la capacité excessive de l'établissement. La commission ne lui reconnaît aucun caractère novateur. Ce site avait déjà retenu l'attention de M. Turgot après l'incendie de l'Hôtel-Dieu en 1737, intérêt renouvelé après 1772 par MM. Caqué, Regnier et Panseron. Par ailleurs, la forme même du bâtiment avait déjà été proposée en 1774 par M.A. Petit et M. Prunneau de Montlouis[103]. Rejetant également l'idée d'une multiplication des hôpitaux dans chaque paroisse de la capitale, la commission conclut, dans son deuxième rapport, à l'établissement de quatre nouveaux hôpitaux. Le premier rapport avait exprimé la préférence de la commission pour le projet que Leroy avait exposé en 1777. C'est finalement cette structure pavillonnaire qui est adoptée pour les quatre futurs hôpitaux modèles. Ce dispositif ne constituait pas non plus une nouveauté puisqu'il était largement inspiré de l'hôpital de Plymouth, construit en 1760 par Rovehead. Poyet n'aura qu'à se plier à la volonté de la commission et proposera son plan d'hôpital pavillonnaire en 1787.

Le chirurgien Tenon, chargé en 1787 d'étudier les hôpitaux en Angleterre, publie ses conclusions en 1788 sous le titre : *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Ses opinions pèseront un poids considérable sur la décision de l'Académie de construire quatre nouveaux établissements. Sylvain Burquier confirme que « pendant un siècle, le Conseil général des Hospices, qui gère l'ensemble des structures de soins et d'assistance à Paris durant la première moitié du XIXe siècle, puis l'Administration générale de l'Assistance Publique qui lui succède en 1849, semblent bien mener une

[102] Sylvain Burquier, « Le contexte hospitalier à la fin du XVIIIe siècle », préface de la réédition des *Mémoires sur les hôpitaux de Paris,* Jacques Tenon, édition originale de 1788.
[103] *Les machines à guérir, op. cit*, p.128

politique d'équipement conforme aux principes de Tenon » [104]. Tandis que la gestion logistique est centralisée, quatre hôpitaux au Nord, au Sud, à l'Est et à l'Ouest de Paris sont créés ou confirmés[105].

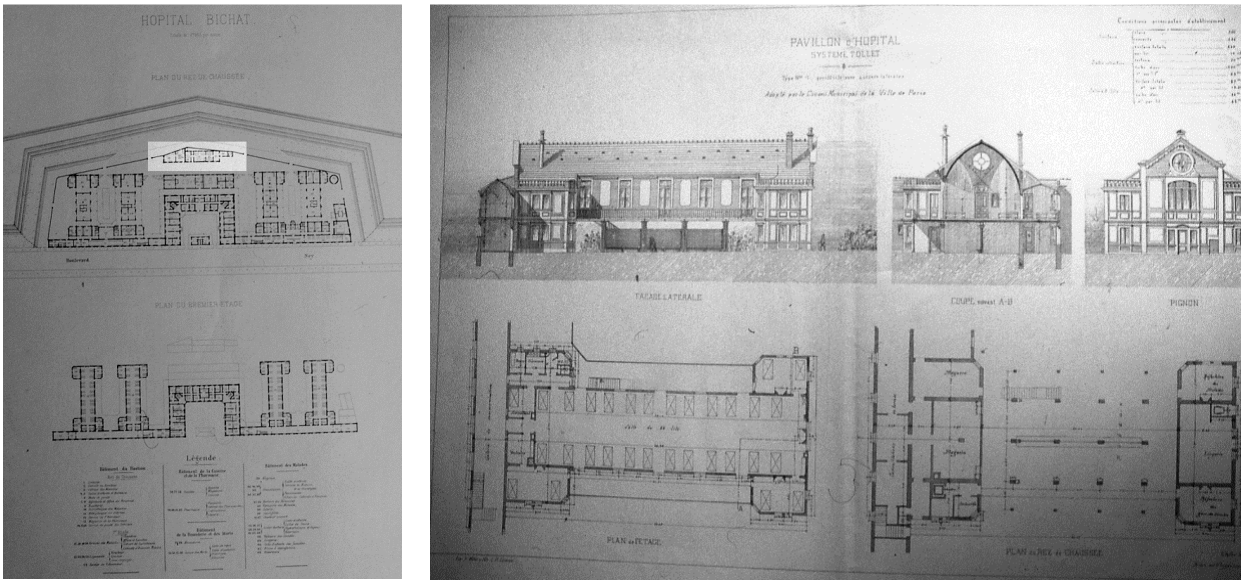
Avec les conclusions de la commission, tout est quasiment dit en 1788. Les traités de construction hospitalière ne feront que les reprendre, et parfois même, tel Louis Borne, qu'en copier textuellement certaines préconisations. Le modèle de l'hôpital pavillonnaire y est consacré. Les dispositions à adopter pour les constructions neuves ont toutes pour base, que se soit à l'échelle des matériaux composant les murs ou à celle de la ville, la circulation de l'air, de l'eau, des personnes ou tout autre support capable d'être un agent de transmission des maladies.
Les traités dans leur ensemble considèrent, à quelques variations près, les mêmes points. A l'échelle de la ville, ils posent la question de la localisation et de la taille idéale d'un établissement hospitalier. La préférence est donnée à un nombre restreint de grands hôpitaux situés à la périphérie des villes bénéficiant ainsi d'un air continuellement renouvelé, plutôt qu'à une multitude de petites structures dispersées au cœur de la ville. L'emplacement est bien sûr choisi en fonction des vents dominants, de préférence sur une colline, éloigné des marécages, des cimetières et usines. Il est préférable dans le cas d'une construction neuve de faire venir l'eau plutôt qu'aller la trouver et d'étudier très précisément les circulations et évacuations d'eau à l'intérieur de l'hôpital.

Il semble entendu, dans tous les traités, que le dispositif pavillonnaire soit l'unique solution même si chacun des auteurs passe en revue les avantages et inconvénients de chaque disposition possible, au regard de la longueur des parcours, de la difficulté de surveillance des malades, de l'aération et de l'ensoleillement des cours ou du montant des dépenses occasionnées par un tel développement de façades. Une grande importance est donnée à la distribution, d'une part des services par rapport à l'ensemble, et d'autre part à l'intérieur de chaque bâtiment. Ainsi, les services pouvant être source d'émanations délétères sont exclus du corps principal, isolés pour

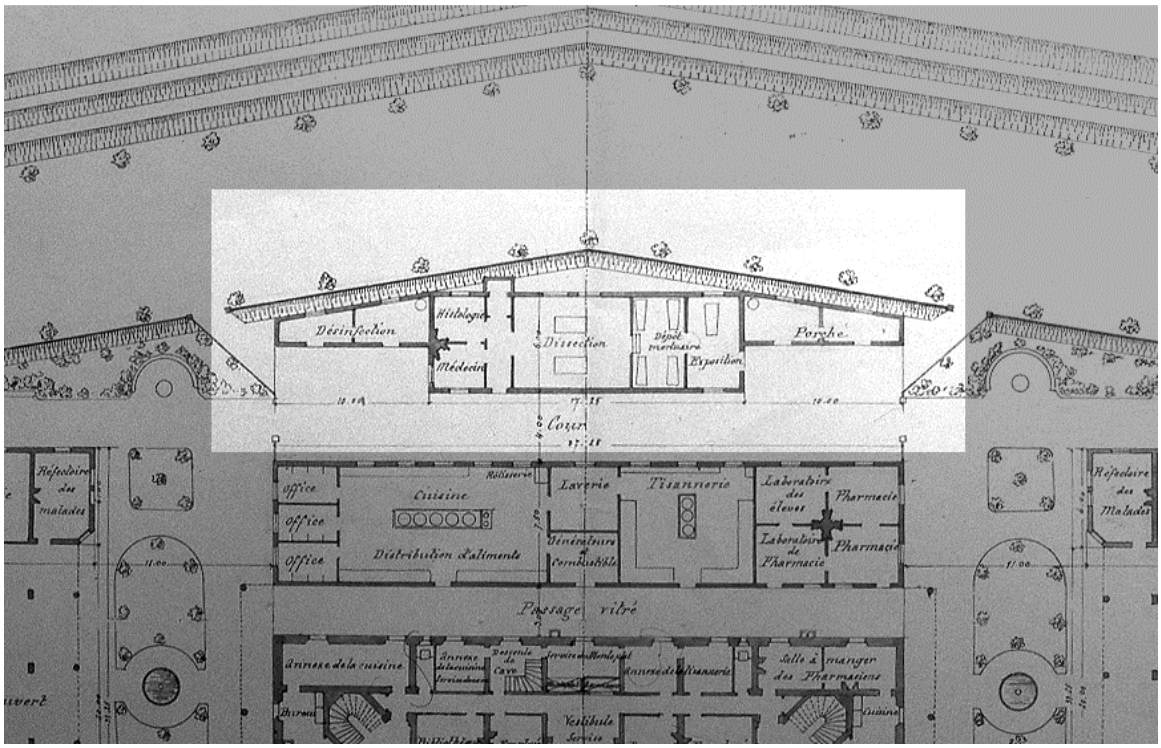
[104] Sylvain Burquier, *op. cit.*
[105] Beaujon à l'ouest et Saint Antoine à l'est sont créés par la Convention en 1795. Saint Louis est confirmé dans son rôle d'hôpital du nord et de spécialité avant que ne soit construit Lariboisière, en 1854, pour répondre aux besoins des faubourgs nord et dont le plan obéit aux concepts pavillonnaires. Sylvain Burquier, *ibid.*

protéger l'ensemble d'éventuelles nuisances et contaminations (cuisines, buanderies, service des morts, etc.,...).

Enfin, chaque traité étudie très précisément les dispositions à adopter pour les salles des malades. Les dimensions des salles sont données en fonction du cubage d'air minimum pour chaque malade, les distances entre les rangées de lits ou le passage entre deux lits. Chaque élément est ainsi dimensionné : la largeur des trumeaux, la hauteur de la salle pour une circulation optimale de l'air, les baies, etc... Chaque salle en rez-de-chaussée doit être élevée sur des caves afin d'éviter toutes remontées humides. Les matériaux de construction doivent être lisses, facilement lavables et non poreux pour prévenir tout risque de pénétration des germes à l'intérieur des murs. Enfin, tandis qu'en 1858, Léonce Reynaud superpose les salles des malades dans chaque pavillon, le traité de P. Planat, postérieur à 1894, adopte le procédé de Casimir Tollet « inventeur » du « système Tollet » : une ferme ogivale permettant une évacuation optimale et continue de l'air vicié. Ce système implique la non-superposition des salles des malades pouvant se transmettre les germes par les planchers. Ce système n'est pas réellement une invention de Casimir Tollet mais plutôt une variante du dispositif proposé par Leroy en 1777 pour la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.



Projet pour l'hôpital Bichat, où Casimir Tollet applique ses préceptes concernant l'hygiène dans les constructions hospitalières. La coupe transversale montre le « système Tollet » de circulation continue de l'air (793FOSS9) (circa 1880)



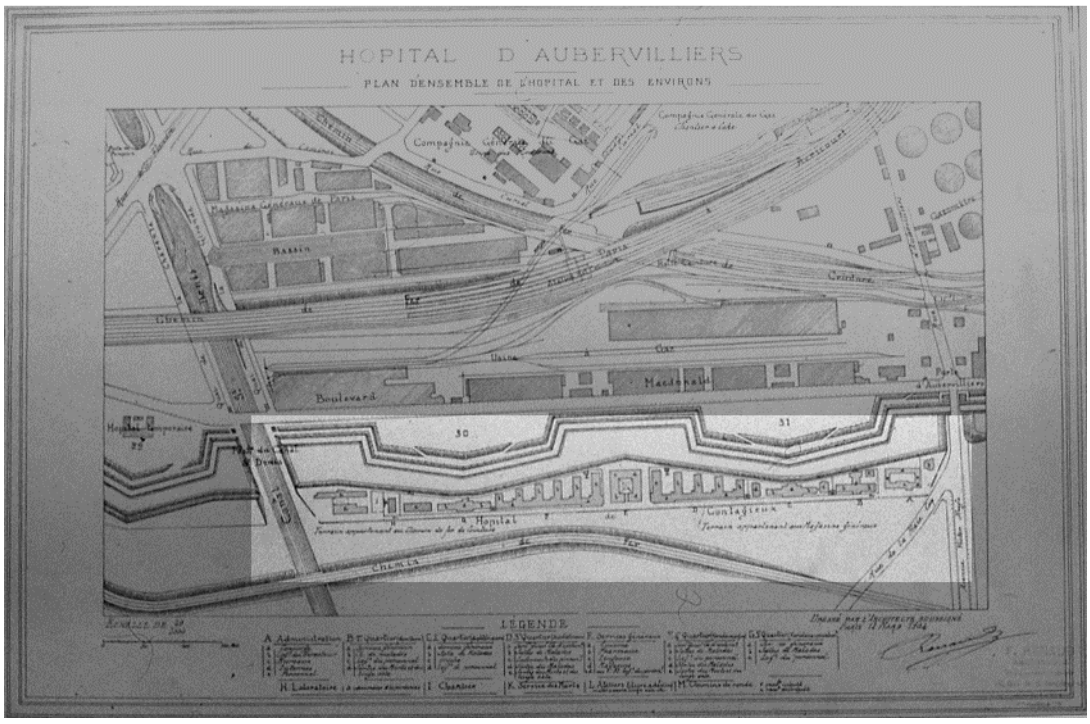
Plan du service des morts. Hôpital Bichat, projet Casimir Tollet. Le service, en fond de parcelle se situe face à la tisanerie, la laverie et la cuisine (Circa 1880)

L'hôpital pavillonnaire est donc conçu comme un système complet de circulation des flux, des biens et des personnes ayant chacune une place prédéterminée et précise. Dans ces conditions, le service des morts, par son double caractère ; foyer de toutes les infections, de la décomposition et élément que l'hôpital-centre de soins naissant ne veut plus voir, est certainement le premier élément à circonscrire à une place définie, intégrée dans un système rationnel qui permettra de l'oublier.

Un des exemples très représentatifs de cette pensée est certainement l'ancien hôpital Claude Bernard construit selon les plans de l'architecte François Renaud. Cet hôpital, situé le long des fortifications au nord de Paris, vient remplacer, en 1905, l'hôpital temporaire d'Aubervilliers destiné aux malades souffrant du choléra. Le nouvel hôpital se développe en longueur entre la porte d'Aubervilliers et le canal Saint-Denis, cerné au nord par les fortifications, au sud par les voies du chemin de fer de ceinture. Il est conçu en fonction des différentes pathologies infectieuses circonscrites dans des pavillons spécialisés avec des chambres d'isolement individuelles. Le souci de séparation des circulations est poussé à l'extrême dans les

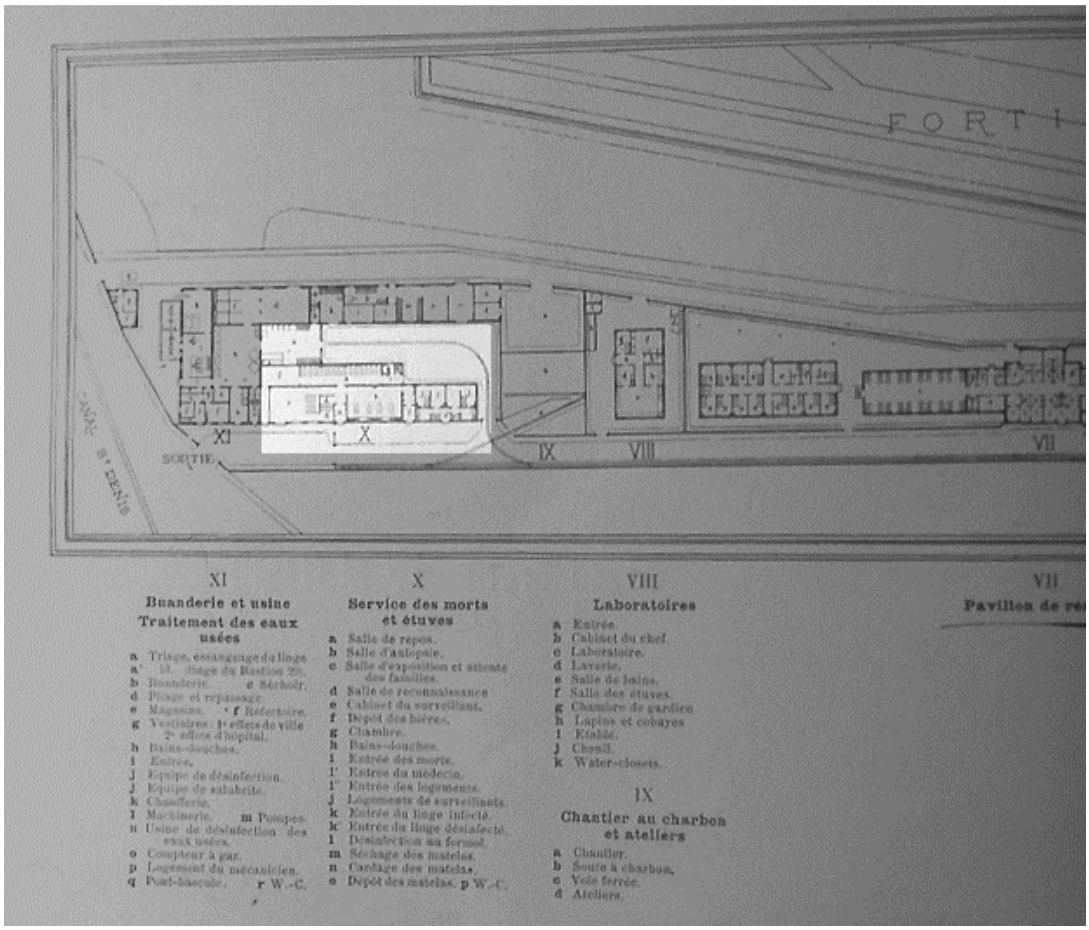
pavillons mêmes comme dans la composition générale de l'ensemble, marquée par un circuit, du propre au sud et, du sale au nord[106]

Le « chemin infecté » mène, à l'opposé de l'entrée et du bâtiment de l'administration, au « service des morts et étuves », où l'amalgame dans un même ensemble de fonctions différentes (buanderie et usine de traitement des eaux usées, service des morts et étuves, laboratoires) ne doit pas masquer l'extrême souci de séparation des circulations. La seule partie du service des morts et étuves possède cinq entrées différenciées (entrée des morts ; entrée du médecin ; entrée du logement des surveillants ; entrée du linge infecté et entrée du linge désinfecté). L'hôpital Claude Bernard sera transféré et rattaché à l'hôpital Bichat, pour cause de vétusté, et reconstruit porte de Saint Ouen en 1988.



Hôpital d'Aubervilliers (renommé hôpital Claude Bernard), projet de l'architecte F. Renaud en 1905 (793FOSS20)

[106] L'hôpital est ainsi divisé en sept quartiers. L'administration (A), les douteux (B), les diphtériques (C), les scarlatineux (D), les services généraux (D), les varioleux aigus (E) et les varioleux convalescents (F). Trois édicules font le lien entre les quartiers B et C ; entre C et D et entre F et G. Ces bâtiments, divisés en deux, comprennent deux salles de sortie des morts et deux salles de sortie du linge sale (une pour chaque pavillon). Ils sont disposés le long d'une voie de desserte nommée « chemin infecté » courant le long de l'hôpital côté chemin de fer, tandis qu'un « chemin non infecté » longe, de l'autre côté, les fortifications. Archives AP-HP (793FOSS20).



Plan du service des morts de l'hôpital d'Aubervilliers qui possède cinq entrées différenciées. Le service est associé aux étuves et à la matelasserie (793FOSS20)

6- 1930-1980 : l'hôpital-bloc ou l'hégémonie incontestable de la médicalisation

Les progrès techniques et les avancées incessantes de la médecine au cours du XXe siècle vont conduire à confirmer le changement de statut de la mort amorcé au siècle précédent. C'est avec l'abandon de l'hôpital pavillonnaire et l'adoption de l'hôpital bloc que le service mortuaire va définitivement perdre sa relation au sacré pour se mettre uniquement au service de la science comme élément technique. Les recherches médicales donnent une importance accrue au laboratoire, siège des découvertes.

Dans l'euphorie du progrès, certains chercheurs vont jusqu'à remettre en question le dogme de Claude Bernard qui affirmait que « la vie c'est la mort ». Dans la première moitié du siècle, les recherches de Weissmann, Metchnikoff, Woodruf, Carrel et Metalnikov cherchent à déterminer si la mort et le vieillissement sont inéluctables

chez l'homme. Metalnikov démontre ainsi que les cellules primaires de l'organisme sont *amortelles* selon le terme d'Edgar Morin qui distingue la notion religieuse d'*immortalité* signifiant indestructibilité de celle d'*amortalité,* aptitude biologique à vivre indéfiniment, mais que l'accident mortel peut toujours atteindre[107].

Ces recherches menées sur des organismes unicellulaires potentiellement *amortels* reposaient la question de la mort comme « propriété originelle de la substance vivante » et qui ne saurait donc être considérée « comme une nécessité absolue ayant ses raisons dans la nature et l'essence même de la vie ». Les mêmes expériences, ont été menées sur des organes entiers isolés ou des tissus pris isolément qui, sans accident externe, et dans un milieu propice, continuaient à vivre. Ces recherches émettaient donc l'hypothèse que la mort n'existait que pour l'individu global et que « à la limite [...] toutes les cellules d'un corps humain entretenues isolément dans un milieu spécial survivraient indéfiniment »[108].

La dégradation de chaque être, la vieillesse peut alors être considérée comme « un ensemble de perturbations particulières qui entraînent une usure générale. D'où son caractère équivoque, à la fois pathologique et normal, qui correspond à la nature équivoque de la mort, elle-même pathologique et normale »[109.]

Ce double caractère de la vieillesse et de la mort ouvre donc la voie à une action scientifique possible sur elles. Dans la mesure où elles seraient uniquement normales, c'est-à-dire inéluctables et propres à la nature même de la vie, il n'y aurait à priori pas d'espoir possible. Mais dans la mesure où elles sont également pathologiques, c'est-à-dire de l'ordre de la maladie, elles peuvent être traitées comme telles et soumises à l'action restauratrice de la science. Dans cette logique, les perspectives de lutte contre la mort s'inscrivaient dans « la restauration de l'activité vitale générale et dans la réparation ou le remplacement des organes lésés »[110].

Des recherches postérieures à ces expériences viendront nuancer ces perspectives optimistes. Leonard Hayflick découvre, au début des années 1960, le vieillissement inexorable des cellules qui se manifeste par une limitation intrinsèque du pouvoir de

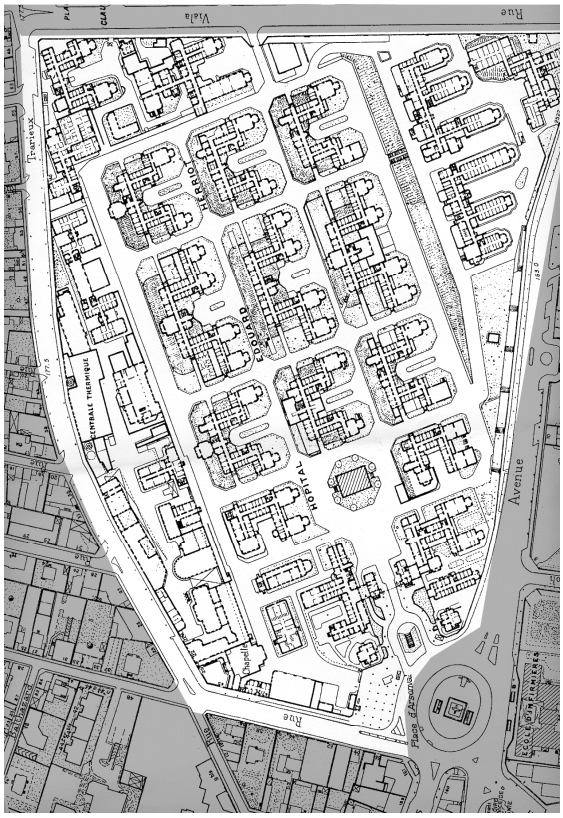
[107] Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, éditions du Seuil, Paris, 1970, p. 330.
[108] *Ibid*.
[109] Edgar Morin, *ibid*.
[110] *Ibid*.

division des cellules[111]. La mort est ici considérée, à la fois, comme un outil de recherche dans la lutte contre elle-même et objet de cette lutte. La remise en question du caractère inexorable de la mort par son assimilation partielle à la maladie, à un désordre ou à un dysfonctionnement d'éléments pouvant être soignés ou remplacés, démystifie un peu plus son caractère sacré. Ces recherches mettent en évidence une représentation du malade totalement atomisé en éléments autonomes ayant une vie propre. Loin de la vision du malade avant l'expérience clinique, où corps et esprit ne faisaient qu'un, il s'agit ici de considérer la pièce défaillante de la machine et non la particularité du sujet individuel.

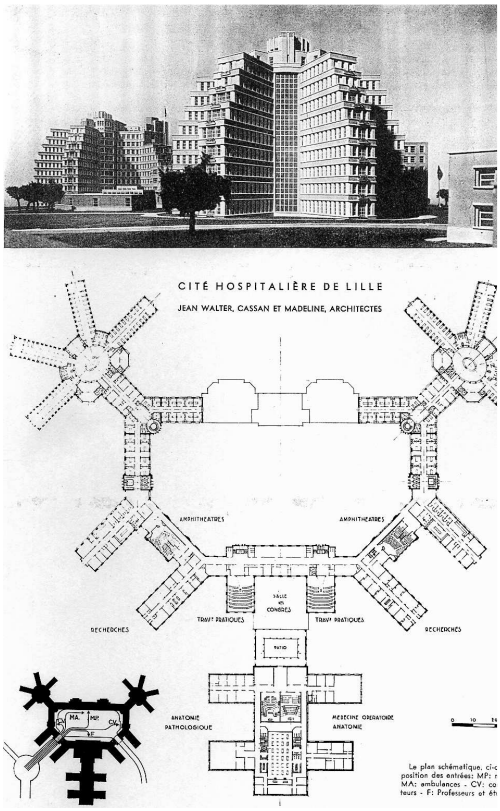
L'architecture hospitalière, à partir des années 1930, va, elle aussi, être marquée par le climat général qui voue une foi sans limite au Progrès.
Alors qu'en 1930, le dernier hôpital pavillonnaire est enfin achevé, le type est immédiatement remis en question. La construction de l'hôpital de Grange Blanche à Lyon, conçu au début du siècle par l'architecte Tony Garnier, avait été retardée par la première guerre mondiale. L'année de son ouverture, l'Assistance publique lance un concours pour la conception du nouvel hôpital Beaujon à Paris. Il aboutit, l'année suivante au choix du projet des architectes Plousey et Cassan. Les travaux commencent en 1932 avec l'aide de l'architecte Jean Walter. Sa construction constitue une première sur le plan architectural. Avec ses douze étages, il est le premier hôpital vertical monobloc non pavillonnaire en France.

[111] A. Klarsfeld et F. Reva, *La biologie de la mort,* éditions Odile Jacob, Paris 2000, p. 13. Cet ouvrage paru récemment montre que l'intérêt pour un tel sujet de recherche ne se dément pas avec le temps.

L'hôpital Beaujon, premier hôpital monobloc. Walter et Cassan, architectes, 1935 (793FOSS6)



Hôpital Grange Blanche, dernier hôpital pavillonnaire. Tony Garnier, architecte. 1930. Plan du cadastre



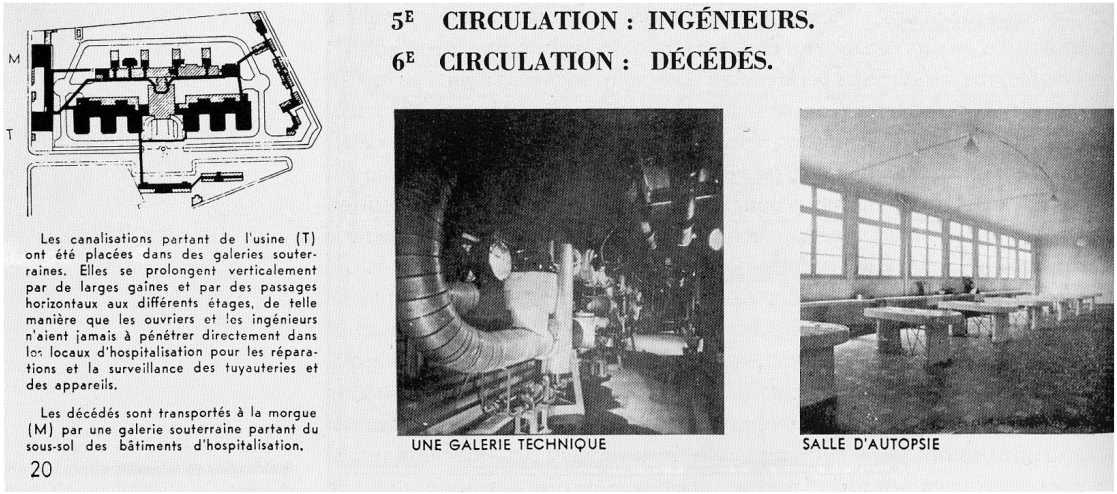
Cité hospitalière de Lille. WalterCassan et Madeline, architectes, *L'Architecture d'Aujourd'hui*, n° 40, 1938

L'Architecture d'Aujourd'hui, qui avait consacré un article à l'hôpital Beaujon avant même son ouverture en 1935[112], donne la parole à Jean Walter dans un numéro

[112] « Le nouvel hôpital Beaujon à Clichy », in *L'architecture d'aujourd'hui,* n°9, 1934, p.16-22.

spécial sur les hôpitaux en 1938[113]. Il y critique les désavantages du type pavillonnaire représenté par l'hôpital de Tony Garnier et démontre la supériorité du monobloc. Il présente Beaujon et le projet de la cité hospitalière de Lille en cours de réalisation (Jean Walter, Cassan et Madeline, architectes). Les préoccupations de Jean Walter, conforme à l'ensemble des articles du numéro, concernent la longueur des parcours, la rationalisation des circulations, l'organisation générale des services et l'économie de la construction. La superposition des fonctions permet une relation directe et facile entre l'hospitalisation, la recherche et l'enseignement.

Dans ce système élaboré d'organisation des flux, les circulations sont classées selon leur nature. Il en résulte une hiérarchie qui va cantonner, pour les cinquante années suivantes, la morgue à un rôle purement technique, vestibule du laboratoire d'analyse. Sur la base de l'analyse des circulations de l'hôpital Beaujon, six catégories de circulations sont définies : 1ère circulation, les malades consultants ; 2ème, les malades hospitalisés ; 3ème, les bien-portants ; 4ème, les approvisionnements ; 5ème, les ingénieurs et enfin 6ème et dernière circulation : les décédés[114].



Circulations à l'hôpital Beaujon, *L'Architecture d'Aujourd'hui*, n°40, 1938

Le service mortuaire de l'hôpital Beaujon est montré en exemple dans la campagne de modernisation des chambres mortuaires de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Les archives de l'Assistance Publique conservent un dossier de photographies réalisées entre 1935 et 1939 qui montre, en contre exemple de la salle de dépôt des

[113] Jean Walter, « Renversement des doctrines en matière de constructions hospitalières » in *L'architecture d'aujourd'hui* n°5, mai 1938, p.13-14.
[114] « Les circulations à l'hôpital Beaujon » in *L'architecture d'aujourd'hui* n°5, mai 1938, p.18-20

corps de l'hôpital Cochin (cave sombre où sont stockés les cadavres), les nouveaux aménagements hygiéniques de l'hôpital Beaujon et Saint Antoine. Les grandes salles d'autopsie sont éclairée naturellement et disposent d'un matériel de pointe. Les locaux de conservation des corps comprennent des casiers individuels réfrigérants. Enfin, certaines photographies présentent les nouveautés du moment comme le chariot à tracteur électrique ou encore le lit d'exposition ouvrant.

Hôpital Beaujon, 1935, salle d'autopsie

Beaujon, casiers réfrigérants (751FOSS)

Beaujon, lit de présentation dépliable

Saint Antoine, salle d'autopsie, 1938

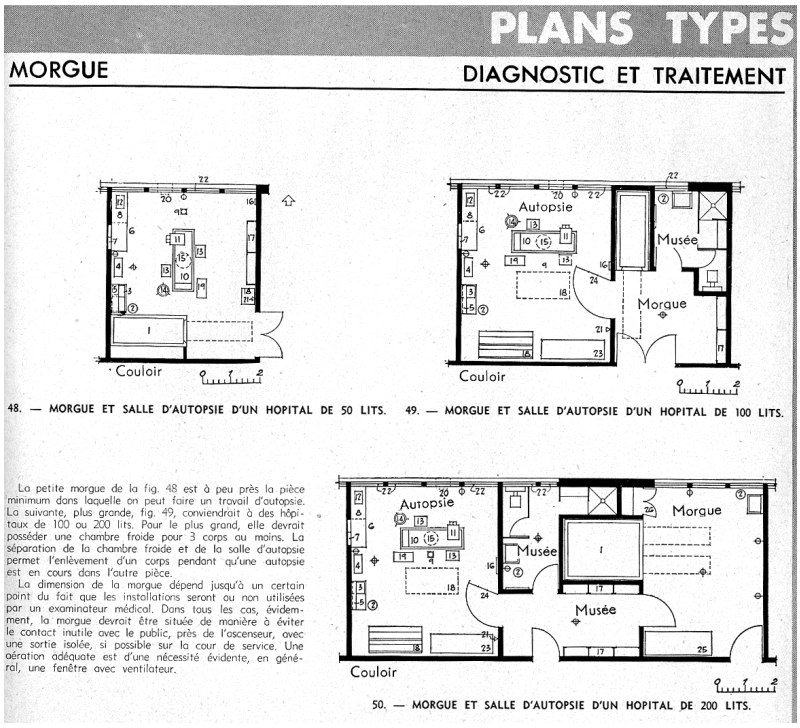
Saint Antoine, casiers individuels

Saint Antoine, chambre basse température

Dix ans plus tard, les destructions infligées par la deuxième guerre mondiale et la suspension en 1939 du renouvellement progressif des hôpitaux vétustes, rendent urgente, pour les rédacteurs de la revue, la nécessité de faciliter le travail des concepteurs en leur fournissant un survol des réalisations exemplaires à travers le monde[115]. Ce numéro sera complété l'année suivante par un deuxième volet examinant plus précisément « des unités d'espace » (services) modèles[116].
Des plans types d'une morgue pour un hôpital de 50, 100 et 200 lits y sont présentés. Ils résument assez bien la tendance déjà amorcée dans l'hôpital pavillonnaire. Ils ne concernent que la partie technique, tandis que la partie réservée au public est totalement absente. La légende précise : « dans tous les cas, évidemment, la morgue devrait être située de manière à éviter le contact inutile avec le public, près de l'ascenseur, avec une sortie isolée, si possible sur la cour de service »[117].

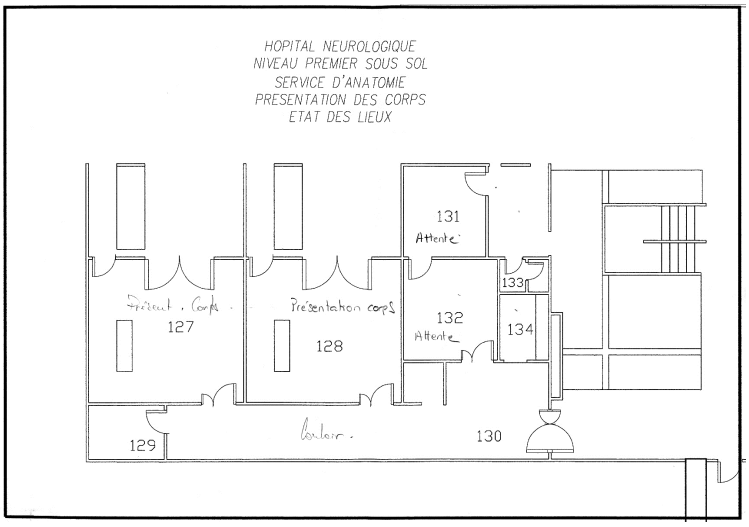
Les constructions hospitalières réalisées à partir des années 1930 et jusque dans les années 1980 relègueront souvent le service mortuaire dans les sous-sols des édifices, en relation avec la galerie technique. La relation qu'il entretenait avec le lieu sacré de l'hôpital est définitivement perdue au profit du laboratoire d'analyse ou de recherche. L'intégration d'un lieu de culte n'est d'ailleurs plus un élément incontournable de la composition architecturale de l'hôpital depuis l'instauration des principes de laïcité en 1905. Il dépend dorénavant d'accords particuliers passés entre les directions des hôpitaux et l'Eglise. Quand toutefois, un lieu de culte est intégré dans l'hôpital bloc, il se résume souvent à une salle parmi d'autres.

[115] Numéro spécial « La santé publique », *L'architecture d'aujourd'hui* n°15, novembre 1947.
[116] Numéro spécial « La santé publique 2 », *L'architecture d'aujourd'hui* n°17, avril 1948.
[117] « La santé publique 2 », *ibid.*, p. 55.



Plan type d'une morgue d'un hôpital de 50 lits, *L'Architecture d'Aujourd'hui*, n°17, 1948

Hôpital Cardiologique plan du service mortuaire ; galerie technique et salon de présentation



Hôpital neurologique.Salle d'attente et entrée. Plan du service mortuaire

D - L'hôpital contemporain, critique de la machine à guérir

1- « L'humanisation » comme paradigme

A partir des années 1960, l'émergence de préoccupations nouvelles à l'hôpital, donne le maître mot de ces dernières décennies : « humaniser » l'hôpital. Il peut paraître paradoxal qu'une institution fondée sur le secours et le soin de la personne, juge nécessaire de rappeler ce principe de base.

Le sens général du terme « humaniser », « donner un caractère plus humain, plus civilisé, rendre plus supportable à l'homme »[118], rend mal compte des implications pratiques qu'il sous-tend. S'agit-il « d'humaniser » la pratique médicale, les lieux, d'introduire « l'humain » comme fondement éthique dans la recherche, ou bien tout

[118] Définition Le Robert.

cela ensemble ? Cette « directive », au moment où elle apparaît, recouvre-t-il les mêmes valeurs qu'aujourd'hui ?

En tout état de cause, cette préoccupation avoue implicitement comment la médecine à l'hôpital, au cours de son évolution, a pu se construire sur la recherche et la technologie au détriment de l'aspect humain. Marie José Imbault-Huart situe les origines de cet état de fait dans les bouleversements de la période révolutionnaire qui marquent les débuts de la médicalisation de l'institution.

> Le règlement général pour le service de santé des hôpitaux en date du 4 Ventose an X (23 février 1802) qui institue le concours de l'Internat et de l'Externat, puis le Clinicat (1823) et le concours de médecin des hôpitaux, permet aux médecins de créer leur propre corps socioprofessionnel et dote l'hôpital d'une élite durement sélectionnée, tournée vers le savoir et la recherche clinique. [119]

L'hôpital moderne devient centre d'enseignement et de recherche, prend son autonomie par rapport à l'enseignement dispensé jusqu'alors dans les facultés de médecine[120]. La méthode clinique, qui trouve à l'hôpital son lieu de prédilection avec une somme de cas constituant la base statistique de sa pratique et son enseignement, va imposer son impérialisme sur la médecine, que seule la création des C.H.U. en 1958 interrompra. Selon l'historienne, ce tournant que prend la médecine à la fin du XVIIIe siècle aura quatre conséquences importantes. La première sera la création d'un enseignement bicéphale, marque et faiblesse de l'enseignement médical jusqu'à la réforme de 1958. D'un côté un savoir théorique dispensé à la Faculté et délivrant les diplômes et de l'autre un enseignement pratique, à la pointe du progrès, qui affirme sa supériorité en terme de prestige. La deuxième est directement liée à la spécificité de la méthode anatomo-clinique qui oriente plus particulièrement l'activité médicale hospitalière vers la recherche que vers le soin. La troisième conséquence, découlant immédiatement de la deuxième, concerne le statut du malade.

> Dans la mesure où le signe clinique doit être indépendant des variations individuelles, le malade n'est plus que le sujet passif et indifférencié de sa maladie. Au malade du XVIIIe siècle, sujet et témoin privilégié de sa maladie, se substitue le malade-cas.[121]

[119] Marie-José Imbault-Huart, *op.cit*.
[120] Rappelons que la Révolution ferme les facultés de Médecine, des Arts, de Droit et de Théologie et crée trois « Ecoles de santé » à Paris, Montpellier et Strasbourg dont l'enseignement est basé sur l'observation au lit du malade et sur la méthode clinique.
[121] Marie-José Imbault-Huart, *op.cit*.

L'orientation franche donnée à la constitution d'un savoir doté, « pour la première fois, d'une méthodologie puisée dans son propre savoir et non dans celui des autres sciences »[122], débarrasse la médecine et la pratique hospitalière de ses doutes et conduit à considérer la thérapeutique, au cours du XIXe siècle, comme une tâche subalterne par rapport à la recherche et à l'enseignement.

Le développement de la médecine anatomo-clinique et ses conséquences qui vont marquer la pratique médicale hospitalière jusqu'à la fin des années 1950, sont certainement la cause de la prise de conscience d'un nécessaire recentrement de la pratique médicale sur l'individu malade et non plus sur le malade cas. La création des Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U) annonce l'entrée de ces préoccupations à l'hôpital.

> L'ordonnance du 30 décembre 1958 institue la fusion de l'hôpital et de la Faculté de Médecine autour de deux axes constitués par l'introduction des fondamentalistes à l'hôpital, à égalité avec les cliniciens, et par la création de fonctions à plein temps exercées conjointement dans l'hôpital et la Faculté. L'hôpital conjugue explicitement les fonctions de centre de soins avec celle d'un centre d'enseignement et de recherche. La science la plus avancée s'y trouve enrôlée au service d'un patient qui vient à l'hôpital pour guérir. Les médecins de cet établissement détiennent désormais une triple compétence et une triple obligation de praticien, d'enseignant et de chercheur.[123]

Si la création des C.H.U. en 1958 marque un tournant officiel dans l'histoire des préoccupations à l'hôpital, le nouveau statut juridique et économique qui se met en place ces mêmes années va, dans une certaine mesure, dans le sens de ces préoccupations tout en les reléguant paradoxalement à un second plan.

En effet, « les décrets du 21 mars 1953 et du 29 décembre 1959 donnent à l'hôpital un mode de fonctionnement approchant celui des entreprises industrielles et commerciales »[124]. Entrent alors en ligne de compte des questions que l'hôpital antérieur ne connaissait pas : rentabilité, investissement, coût journalier de l'activité hospitalière, etc. A partir des années 1960, l'hôpital public connaît une période d'expansion, et multiplie les plans dont certains touchent à un élément tout particulièrement symbolique de « l'inhumanité » de l'hôpital : les salles communes. Elles sont, petit à petit, supprimées du paysage hospitalier. Mais l'euphorie que connaît l'hôpital durant cette période est entravée par le poids du social. Ce dernier

[122] *ibid*.
[123] *Ibid*.
[124] *Ibid*.

agit comme un boulet pesant et coûteux qui gêne le sanitaire. Ceci conduit finalement au divorce institutionnel entre le sanitaire et le social, scellé par la loi du 30 juin 1975[125]. Alors que, d'un côté, on efface les stigmates physiques de l'inhumanité de l'hôpital et que l'on souhaite voir apparaître le soin aux côtés de l'enseignement et la recherche, on ampute juridiquement la vocation sociale de l'institution au profit du progrès et de sa dimension sanitaire.
Pourtant s'effectue un nouveau retournement de situation quand, « en 1977, l'Etat-patron et la Sécurité sociale prennent peur devant cette dynamique et signent la condamnation de l'hôpital-entreprise.[…] L'instauration du budget global, qui vient, en 1983, renforcer les restrictions budgétaires imposées dorénavant à l'hôpital public, le rappelle à ses origines et à ses limites » [126].

A cette période où la suractivité de l'hôpital se calme, reviennent, avec force sur le devant de la scène, des préoccupations centrées sur la prise en compte de la personne malade dans sa globalité, de sa dignité, de ses droits. L'exemple le plus significatif de cette posture est certainement l'apparition en 1984 du premier service de soins holistiques, dits palliatifs, à l'hôpital international de l'université de Paris[127].

Les préoccupations de l'hôpital public tournées vers la personne malade, et non plus vers la seule maladie dont elle est porteuse, se ressentent dans les textes législatifs qui forment les références actuelles de la pratique soignante. La grande majorité de ces derniers mettent en avant la notion de *dignité humaine*, base des nombreux discours et réflexions sur l'éthique biomédicale aujourd'hui. L'*Espace éthique,* groupe de réflexion, lieu d'enseignement universitaire, de formations, de recherches, mis en

[125] Loi n°75-535 du 30 juin 1975. Selon le docteur Jacques Hassin, « la séparation du sanitaire et du social est un élément assez récent. Elle est le fruit d'une évolution débutée au XIXe siècle. La loi du 7 août 1851, relative à l'organisation des secours hospitaliers est –semble-t-il- le premier texte séparant clairement la fonction hospitalière de la fonction d'hospice. La loi n°75-535 du 30 juin 1975 (J.O. du 1er juillet) consacre la disparition de la fonction asilaire de l'hôpital en séparant institutionnellement le médical du social. Elle se situe dans la logique de la loi hospitalière de 1970 qui donnait aux établissements hospitaliers une mission limitée aux activités sanitaires. On imagine que la philosophie de ce texte de 1975 était de permettre à la fois que le monde hospitalier poursuive son évolution vers le côté « hôpital-plateau technique, hôpital-entreprise », tandis que la fonction sociale serait mieux assurée dans des établissements spécifiques et différenciés ». Cité de l'article : « La renaissance de l'abord médico-social des populations S.D.F, le service public et la fonction asilaire » dans le catalogue de l'exposition *Depuis 100 ans la société, l'hôpital [et les pauvres],* Doin éditeurs/Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris, 1997.
[126] Marie-José Imbault Huart, *op.cit*.
[127] Aujourd'hui l'institut mutualiste Montsouris. Les unités de soins palliatifs en France ont presque toutes été crées après la parution de la circulaire DGS/3D du 26 août 1986.

place en 1995 au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, se fait, par ses publications, le porte-parole de ces préoccupations. L'ouvrage *Droits de l'homme et pratiques soignantes,* publié en 2001, rassemble l'ensemble des textes pris pour références à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris[128]. L'introduction du philosophe Emmanuel Hirsch met l'accent sur les notions de *dignité* et de *responsabilité*. Il rappelle l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité »[129]. Cet article est une référence importante dans la mesure où les textes législatifs postérieurs y renvoient explicitement ou implicitement.

L'ordre chronologique d'apparition de ces textes est révélateur de la montée de certaines réflexions et préoccupations. Alors qu'en 1974 apparaît le premier décret fixant les droits des malades, le patient hospitalisé conserve son statut de personne et doit bénéficier des droits fondamentaux[130], commence à se dessiner, à partir du début des années 1980, une différenciation de types de malade. Au malade indifférencié se substitue le mourant (1983)[131], le malade séropositif ou atteint du SIDA (1987)[132], le malade mental (1989)[133], l'enfant malade (1989)[134], la femme hospitalisée (1995)[135] ou la personne âgée dépendante (1996)[136].

[128] Paulette Ferlender et Emmanuel Hirsch(Dir.), *Droits de l'homme et pratiques soignantes, textes de référence : 1948-2001,* 2ème édition augmentée, Doin éditeurs / Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, 2001.

[129] Article 1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, O.N.U, résolution 217(III)A du 10 décembre 1948.

[130] Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux – France.

[131] Déclaration sur la phase terminale de la maladie, AMM, 1983 ; Déclaration de principe sur la prestation de soins aux patients souffrant de douleurs chroniques violentes en phase terminale de maladie, AMM, 1983 et charte des soins palliatifs, SFAP, 1984, 1993, 1996 – France.

[132] Déclaration universelle des droits des malades du sida et des séropositifs, AIDES et Médecins du monde, 1987 – France

[133] Déclaration et points de vue sur les droits et la protection juridique des malades mentaux, Association mondiale de psychiatrie, Athènes (Grèce), 1989.

[134] Charte de l'enfant hospitalisé, UNESCO, OMS Europe, 1989.

[135] Déclaration sur les droits de la femme, ONU, Pékin (Chine), 1995. « Fidèles à l'article 1 de la déclaration de 1948, les 181 Etats représentés à Pékin réaffirment leur volonté de faire progresser la défense des droits des femmes : « Le droit des femmes à contrôler tous les aspects de leur santé, y compris leur fertilité, est la base de l'amélioration de leur condition ».

[136] Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Fondation nationale de gérontologie, ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996 – France.

2- 1958 à 1983 : la politique des modèles

Cette période qui marque le début des préoccupations évoquées précédemment va fortement empreindre le paysage architectural hospitalier. Paradoxalement, les hôpitaux conçus à cette période sont certainement ceux qui, aujourd'hui, représentent au mieux l'inhumanité de l'hôpital. Les hôpitaux de grande capacité, en forme de tours et de barres se font les portes parole de la fonctionnalité et de l'hygiène[137]. Ces projets sont réalisés sous contrôle de l'Etat à travers la Commission nationale de l'équipement hospitalier nouvellement créée.

La forme architecturale adoptée pour ces nouveaux hôpitaux n'est évidemment pas caractéristique des constructions hospitalières. Depuis l'après-guerre, les villes nouvelles, la périphérie des grandes villes et, dans une moindre mesure le centre des villes, voient se modifier leur silhouette par la présence de tours et de barres. A partir du début des années 1970, l'Etat, dans une volonté de maîtriser les différents aspects de la construction hospitalière met en place une politique des modèles qui conduit à la normalisation de la conception.

> C'est l'époque de la construction de l'hôpital expérimental «Beaune» devenu hôpital type en 1970, des USN (unités de soins normalisées), lancées en 1970-1971, de l'hôpital type «Fontenoy», lancé en 1972, de l'hôpital type «Duquesne», lancé en 1976, et des CHT (composants hospitaliers types), lancés en 1976-1977.[…] L'administration centrale, c'est-à-dire l'ex-ministère de la Santé (aujourd'hui ministère des Affaires sanitaires et sociales), contrôle à l'époque une part essentielle des investissements hospitaliers par le biais du service des constructions et de l'équipement à la Direction des hôpitaux. Ce service composé d'une cinquantaine d'ingénieurs, produit, impose et contrôle alors pratiquement toutes les procédures de constructions hospitalières par le biais de l'attribution des subventions d'Etat conditionnées par l'utilisation de ces programmes types [138].

Si l'on se tient, comme critère de jugement, aux réalisations architecturales, il apparaît évident que la normalisation sous tendue dans la politique des modèles est totalement antinomique avec l'idée contemporaine d'humanisation. Lorsque cette directive apparaît, au début des années 1960, il concerne en partie l'architecture des hôpitaux avec la suppression des salles communes. Il s'agissait bien sûr d'un chantier

[137] On peut citer comme exemples des grands CHU caractéristiques de cette époque : l'hôpital Henri Mondor à Créteil, construit par J.-M. Lafon et J.-H. Riedberger ; le CHU de Caen, construit par Henry Bernard, Pierre Dureuil, Léon Rème et Claude Renouf ; le CHU de Grenoble, par Henry Bernard et Louis Lacroix ; l'hôpital Nord et l'hôpital de la Timone à Marseille ; Rangueil à Toulouse et Brabois à Nancy, construits par Noël Lemaresquier ; l'hôtel-Dieu de Nantes; le CHU Pellegrin à Bordeaux, etc. Voir à ce propos Catherine Fermand, *Les hôpitaux et les cliniques,* éditions Le Moniteur, Paris, 1999

[138] *Ibid*.

urgent et d'envergure, sans commune mesure avec les opérations de petite échelle montrées comme marque d'humanisation (accueil des familles, salle de jeux pour les enfants, etc.) réalisées aujourd'hui à l'hôpital. L'amélioration des conditions d'hospitalisation et donc du confort des malades, commencée au début des années 1960, s'est accélérée durant les années 1970, elle est aujourd'hui quasiment achevée. Il est vrai, que durant les années 1960-1970, la France se dote de dispositifs pour contrôler la qualité architecturale des constructions publiques. La loi de 1977 consacre l'architecture comme une expression de la culture et impose le recours à un architecte pour obtenir un permis de construire. La création de la Commission Interministérielle pour la Qualité des Constructions Publiques va casser les listes des architectes agréés et mettre en place le système des concours contribuant ainsi à faire sortir l'architecture hospitalière d'une période d'industrialisation et de modèles constructifs.

L'essentiel des transformations ayant été réalisé dans les années 1980, d'autres préoccupations ont pu alors voir le jour. Les projets changent d'échelle et cherchent alors, pour chaque cas, des solutions variées et originales. L'ensemble de ces conditions est alors propice à l'élaboration d'une réflexion et à l'émergence de préoccupations concernant, entre autres, le statut de la fin de vie et de la mort dans l'institution curative.

3- 1980, tentatives avortées d'un rapprochement entre l'art et la mort

Les préoccupations « d'humanisation » qui se font jour à partir du début des années 1980 touchent en priorité des services, des pratiques et des lieux destinés à l'accueil et au soin des vivants. Pourtant, deux projets de chambres mortuaires, conçus par les architectes Pierre Riboulet et Paul Chemetov, montrent que ces réflexions, au début des années 1980, ne sont pas l'apanage des membres de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Certes, ces deux architectes ont travaillé dans ce cadre, cependant il s'avère que leurs opinions sur la question étaient convergentes plutôt qu'insufflées par l'institution curative.

Les carrières respectives de ces deux figures de l'architecture du XXe siècle sont marquées par leur forte implication sociale, politique et éthique. Leur sensibilité à la

question difficile de la mort en milieu hospitalier entre donc en résonance avec les préoccupations qui ont guidé l'ensemble de leur production architecturale.

La conception de la chambre mortuaire de l'hôpital Robert Debré prend place dans un ensemble beaucoup plus vaste puisque Pierre Riboulet, lauréat du concours lancé en 1980 par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, se voit confier la réalisation du futur hôpital pour enfants baptisé, par la suite, du nom du célèbre pédiatre. Il consigne dans des carnets[139] l'évolution de sa réflexion tout au long de son travail de conception[140]. Une grande partie de ses écrits est consacrée à une question qui revient comme un leitmotiv de plus en plus obsédant dans le travail de conception : comment l'espace architectural peut-il se situer par rapport au tragique de la mort? Les premières réflexions butent sur un dilemme : l'exprimer ou la nier ? Si l'architecte estime qu'il est impossible de nier totalement la mort, il trouve également que tenir cet aspect à l'écart, est une position juste. « Chercher à faire une mise en scène serait d'un goût douteux. On n'a pas à mettre en scène ou au devant de la scène une fin tragique ou pénible alors que l'on vient là pour être rassuré, soigné et guéri. »[141]

Pour le projet de la *maison des morts*[142] de l'hôpital Necker Enfants-Malades, Paul Chemetov prend une position très similaire à celle exprimée par Pierre Riboulet. Le parti d'implantation du bâtiment, dont le programme concentre différents types de services tels que la lingerie, des laboratoires et la chambre mortuaire, est volontairement placé sous le signe de la sobriété. « La disparité des bâtiments édifiés dans l'enceinte de l'hôpital nous a fait choisir un parti de façade volontairement sobre, afin de ne pas créer un événement en un lieu qui appelle au calme »[143].

Avec ces deux réalisations apparaît, pour une première fois dans le discours des architectes, l'idée de répondre par l'art à la conception d'un haut lieu de souffrance pour les parents d'enfants décédés. L'architecture, par « la force de sa composition »

[139] Riboulet Pierre, *Naissance d'un hôpital*, les éditions de l'Imprimeur, Besançon, 1984.
[140] La première partie de ses carnets est consacrée à l'insertion du bâtiment dans un site très contraignant, le long du périphérique parisien et à la gestion de la haute complexité du programme.
[141] Entretien avec Pierre Riboulet, novembre 2000.
[142] En 1980 est lancé un concours pour la réalisation de laboratoires et d'une chambre mortuaire. Le projet retenu est celui de Paul Chemetov assisté de S. Goldstein et A. Chantalat. La chambre mortuaire est nommée *Maison des morts* par l'architecte.
[143] « Laboratoires et amphithéâtre des morts » in *l'Architecture d'Aujourd'hui,* n°214, avril 1981, p.68.

doit pouvoir, comme l'œuvre d'art, répondre à l'angoisse de la mort. *L'œuvre*, pour Pierre Riboulet est une architecture qui signifie, à travers son écriture, beaucoup plus qu'un agencement de diverses fonctions. Elle doit transmettre un sentiment de protection, l'impression d'être un rempart contre la mort. C'est alors la totalité du bâtiment qui participe à cette volonté et non le lieu particulier de l'amphithéâtre des morts.

> L'art seul peut affronter le malheur et la mort. Non pas comme un simple recours, mais comme la seule construction humaine qui puisse gagner contre la mort, la dépasser, faire en sorte que le message traverse la nuit épaisse.[144]

Paul Chemetov, comme Pierre Riboulet, voit également la nécessité d'introduire une certaine symbolique à travers la composition architecturale du lieu.

> La morgue a cependant, outre sa fonction propre, un rôle symbolique évident.[...] Il nous paraissait important, par le traitement d'une cour de recueillement et la référence à des thèmes figuratifs qui couronnent la porte d'entrée, de ne pas oublier cette donnée.[…] Une statue de Brancusi aurait sa place dans ce lieu, ne serait-ce que pour un dernier hommage à ce créateur dont l'atelier se trouvait précisément impasse Ronsin[145].

Pierre Riboulet prévoit, à l'origine, de placer la chambre mortuaire au niveau le plus bas de sa composition, près de l'avenue, invisible de l'hôpital et placée à un endroit discret et digne. « Il est bon aussi, symboliquement, de le trouver au point le plus bas de la composition, près de la terre, cette terre inerte qui, avec le temps, égalisera ce drame »[146]. Outre le rapport avec un des éléments primordiaux pensé comme symbolique, l'architecte cherche à créer une forme et un cadre particulier pour ce lieu qu'il souhaite sans référence au regard du reste du bâtiment. « Moins qu'aucun autre, cet espace peut être banalisé »[147]. Il lui donne une forme semi circulaire ouverte sur un jardin en terrasse.

On peut voir dans la position de Pierre Riboulet, qui veut que seule l'œuvre d'art puisse constituer une réponse au douloureux problème de la mort dans un hôpital, les prémisses des réflexions élaborées quelques années plus tard par le Docteur François Paraire pour la restructuration de la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré.

---

[144] Riboulet Pierre, *Naissance d'un hôpital, op.cit.*
[145] "Laboratoires et amphithéâtre des morts" in *l'Architecture d'Aujourd'hui,* n°214, avril 1981, p.68.
[146] Pierre Riboulet, *op.cit.*
[147] *Ibid.*

L'architecte affirme par son parti pris, la volonté de traiter ce lieu de la mort par des références externes à la religion. Il s'agit d'ailleurs d'une position qui vaut pour l'ensemble du bâtiment. Le site alloué au projet accueillait une église qu'il était impossible de démolir du fait de son classement à l'inventaire des Monuments historiques. Cette église, contrainte supplémentaire est, pour l'architecte, une présence très pesante qu'il est difficile d'intégrer à la composition générale du fait de « toute la connotation négative d'un tel édifice dans un hôpital, l'au-delà, la mort, etc... ». Sa position est donc claire, il est nécessaire de travailler cet élément dans la composition générale du projet afin d'en minimiser l'image négative qu'elle sous-entend.

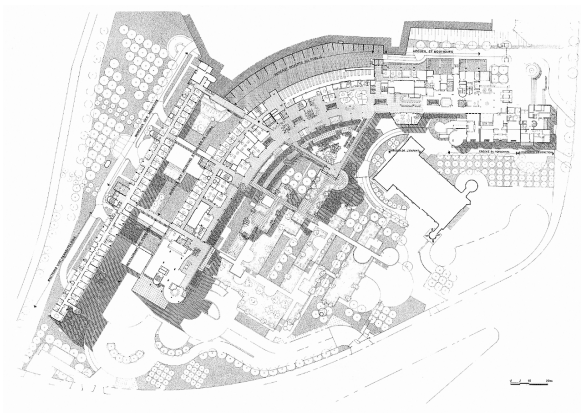
Le silence, la sérénité, la sobriété, la beauté, l'absence d'une symbolique trop marquée, sont les termes mentionnés par l'architecte pour désigner les qualités que devrait concentrer une chambre mortuaire. « La méditation et la sérénité peuvent être atteintes avec des moyens très simples : la composition, la proportion, la lumière. »[148]. Il évoque comme exemple le pavillon de méditation réalisé par Tadao Ando à l'UNESCO ou encore la chapelle funéraire de la famille Bazzi de Brunelleschi qui, grâce à l'harmonie de ses proportions et au contrôle de la lumière, « crée une correspondance parfaite avec la mort qui est là. »[149]. Ce type de lieu requiert, selon Pierre Riboulet, une qualité supérieure à la moyenne architecturale habituelle. Une qualité non pas élevée du point de vue des prestations, mais du choix étudié des proportions, des matériaux et de la lumière pour réussir à « magnifier un lieu sans qu'il soit pesant, sans qu'il soit prétentieux, sans qu'il soit exagérément symbolique. Il faut trouver les bonnes mesures. C'est une question d'équilibre »[150]. Ainsi, cette recherche ne consiste pas à trouver un vocabulaire de symboles laïcs susceptible de conférer une certaine spiritualité à ce lieu mais à recourir à des architectes ou artistes « sensibles à la valeur spirituelle dégagée de la religion »[151]. Il cite Carlo Scarpa, Alvaro Siza ou encore Alvar Aalto qui, dans sa création architecturale, a atteint très naturellement la sérénité et le calme.

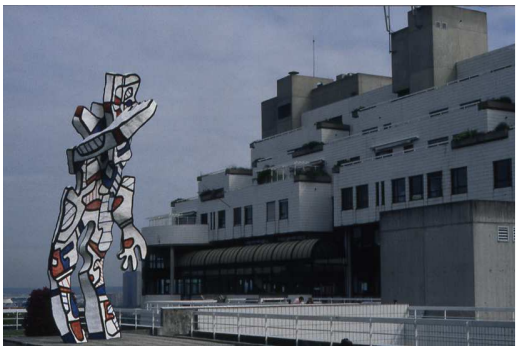
Dans une autre voie, Pierre Riboulet évoque l'intégration bénéfique de morceaux de nature maîtrisée comme les jardins japonais, andalous ou encore une composition sur le modèle du cloître.

[148] Entretien avec Pierre Riboulet, novembre 2000.
[149] *Ibid*.
[150] *Ibid*.
[151] *Ibid*.

La réflexion très sensible de Pierre Riboulet et Paul Chemetov sur la conception de lieux de mort en milieu hospitalier n'a pourtant pas trouvé d'application dans les réalisations de ces deux chambres mortuaires. Il existe bien un contraste entre les locaux de l'hôpital Robert Debré et la chambre mortuaire, toutefois il ne s'agit pas de celui escompté.

L'accès à l'accueil de la chambre mortuaire s'effectue par un dédale de couloirs. La totalité des pièces sont nues et tristes. Au sol, un dallage de petits carrés de carrelage beige, aux murs, une peinture blanche sont l'unique « décoration » de ces lieux baignés d'une lumière grise filtrée par des voilages blancs.
La salle d'attente ouvre, par une baie vitrée, sur une voie de desserte, d'où s'effectuent les départs des convois. Elle est située à l'extrémité nord du bâtiment, en contact direct avec le périphérique dont le bruit de la circulation automobile incessante ne crée pas un environnement propice au recueillement. Face à la sortie, trois portes bleues, ouvrent pour deux d'entre elles sur des salles de présentation, pour la dernière, au centre, sur un débarras. Les salles de présentation ne bénéficient ni d'ouverture, ni de lumière naturelle. Le plafond, assez haut, laisse découvrir différentes canalisations et gaines de ventilation ainsi que quelques luminaires semi-sphériques diffusant une pauvre lumière jaune. Quatre sièges et un lavabo dans un coin de la pièce constituent le « mobilier ».





Hôpital Robert Debré, Pierre Riboulet architecte, 1986

Hôpital Robert Debré, amphithéâtre des morts ; accueil, salle d'attente, salon de présentation et cour des départs

De même, si le traitement des deux salles d'attente de la *maison des morts* réalisée par Paul Chemetov a manifestement été pensé et soigné (le sol est constitué de dalles de pierre, les parois coulissantes des salons de présentation sont recouvertes d'un caillebotis de bois, tandis qu'un pan entier des salles ouvre, par une baie vitrée, sur une cour), l'ensemble de ces lieux laisse une impression de pauvreté.

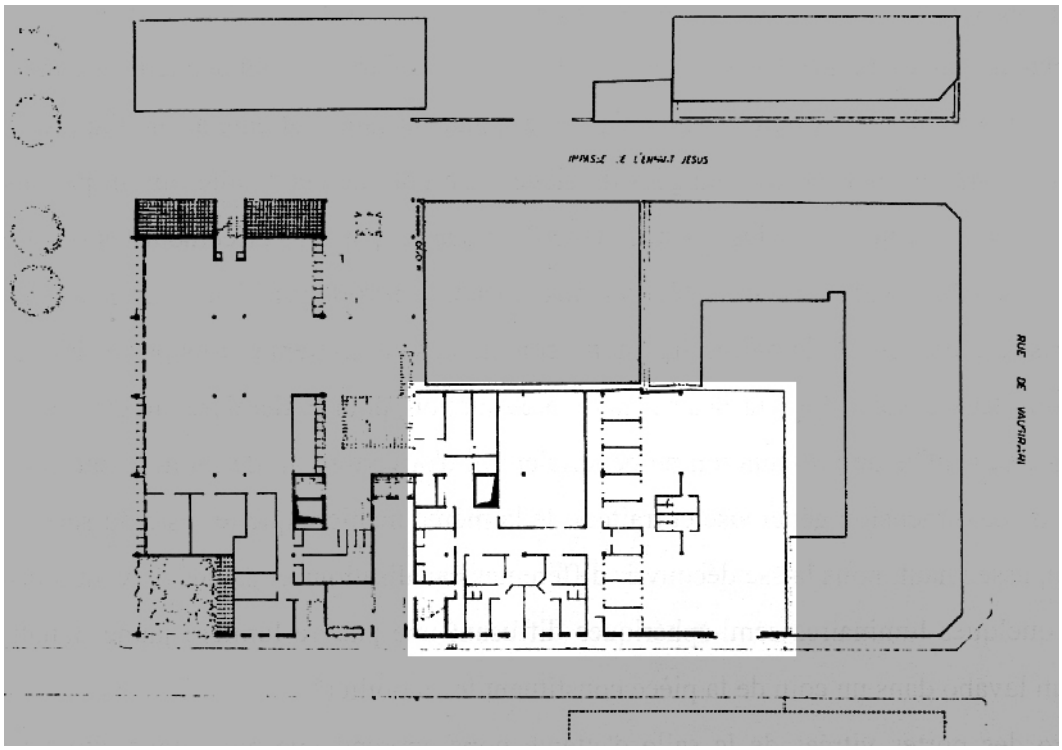
Le panorama offert par les baies vitrées est celui d'une cour cernée de hauts murs et d'une grille, servant de parking au lieu d'une pergola vitrée qui devait « associer à la fois la nécessité d'éviter les vues plongeantes des locataires voisins et créer une lumière diffuse dans un lieu de recueillement. »[152]. Une fausse fontaine y trône, seule parmi les voitures et poubelles.

L'entrée des visiteurs est située à l'extrémité d'un long couloir, éclairé par des tubes fluorescents suspendus à un plafond encombré d'une multitude de canalisations et gaines de ventilation[153]. Ce couloir vient buter, en fond, sur un mur et présente d'un côté la batterie de portes, régulièrement espacées, menant aux petits salons de présentation des corps (accès réservé au personnel soignant). Le carrelage au sol et les murs peints en blanc ne font que renforcer l'aspect technique du lieu. Les thèmes figuratifs au-dessus de la porte d'entrée n'ont pas été réalisés.

Il semble que ce projet ait été victime de restrictions budgétaires. D'autre part, selon l'architecte André Chantalat[154], le projet original ne situait pas l'entrée des visiteurs au bout d'un couloir technique. Suite à des modifications survenues lors de sa réalisation, la chambre mortuaire de l'hôpital Necker Enfants-Malades n'a pu se conformer aux prescriptions de Paul Chemetov qui l'avait explicitement nommée « Maison des morts ». Pierre Riboulet explique, quant à lui, que la mise au point du projet s'est avérée assez difficile. « Nous n'avons pas trouvé le moyen de transporter les enfants au niveau -6. Finalement l'amphithéâtre est remonté au -2 dans le bâtiment écran, car on se situait sur les circuits des monte-charge ». Il reconnaît que le traitement est « assez conventionnel, banal. Il n'y a pas d'introduction de symbolique comme il aurait été plus facile de faire dans la première implantation.»[155]. L'architecte regrette la modification de ses intentions d'origine et aurait souhaité y introduire plus de symbolique si l'occasion lui en avait été donnée.

[152] « Laboratoires et amphithéâtre des morts » in *l'Architecture d'Aujourd'hui,* n°214, avril 1981, p.68
[153] Des travaux, consistant en la pose d'un faux-plafond dans ce couloir et le changement des luminaires, ont été mis en œuvre en 1998.
[154] André Chantalat est un collaborateur au sein de l'agence Chemetov au moment de la réalisation de la *Maison des morts*.
[155] Entretien avec Pierre Riboulet, novembre 2000.

La mise en perspective historique des transformations du statut du service des morts à l'hôpital nous permet de saisir combien ce statut a pu évoluer en deux siècles. Dans l'hôpital religieux et jusqu'à la constitution d'un programme élaboré, le service des morts est avant tout un local de stockage temporaire destiné aux pauvres finissant leurs jours hors domicile, lieu sans importance sinon le bon fonctionnement, comme tout élément de logistique, de l'institution. La méthode anatomo-clinique va donner au service des morts son heure de gloire. Il devient subitement le siège du savoir et de l'enseignement, il affirme ainsi son rôle d'instrument technique qui ne cessera de s'accentuer au cours du XXe siècle jusqu'à la remise en question qu'inaugurent les projets de Pierre Riboulet, Paul Chemetov et Charles Delfante à Lyon[156], au début des années 1980. Ces premiers projets timides, inaugurant un nouveau statut qui va se confirmer les années suivantes, cherchent avant tout à effacer cet aspect technique au profit d'une dimension spirituelle et collective. Cette mise en perspective historique nous permet de mesurer le pas franchi dans la considération du statut de ce service : de l'annexe logistique à l'œuvre d'art, l'écart est considérable.



Plan de la *maison des morts* de l'hôpital Necker, Paul Chemetov, architecte

[156] Nous développerons l'analyse de ce projet en seconde partie (II-C)

Maison des morts, hôpital Necker ; entrée des familles située au bout du couloir technique, salle d'attente et cour des départs

II - L'IMAGE CONTEMPORAINE DU SERVICE MORTUAIRE DANS LES SERVICES PUBLIC ET PRIVE

Les lieux abritant momentanément ou définitivement des morts suscitent et déchaînent une multitude d'images chez le public, représentations qui sont parfois de l'ordre des fantasmes. Plus que le squelette, le cadavre est effrayant. Les lieux permettant le transit vers son ultime demeure sont en conséquence marqués par l'imaginaire du plus grand nombre. L'objet du développement suivant est d'examiner, selon différents points de vue, quelques unes de ces images réelles, construites ou fantasmées. Il ne s'agit pas de dresser un tableau exhaustif des images liées à la mort d'une manière générale mais plus particulièrement celles concernant le cadavre et les lieux qu'il occupe. L'évocation des constructions imaginaires permet alors de mesurer le décalage susceptible de se produire, chez les usagers, dans la perception des chambres mortuaires réalisées ces dernières années par des concepteurs, eux aussi marqués par des images préexistantes.

A- Images réelles et fantasmées chez les usagers et le public

1- Une image réelle : réception et perception des usagers

Saisir qu'elle peut être la réception des lieux de mort à l'hôpital, du point de vue des *usagers*[157], n'est pas chose évidente. Il est en effet très difficile, d'un point de vue éthique ou simplement humain, de réaliser une enquête auprès des personnes en deuil, au moment de leur passage dans la chambre mortuaire. Il existe peu de retombées auprès des services. Seuls quelques témoignages de gratitude envers le travail des équipes sont envoyés si le « passage » s'est déroulé dans de bonnes conditions. Dans le cas contraire, les survivants préfèrent oublier cette épreuve.
Dans ces circonstances, le témoignage de Christiane Marchal, membre de l'association de suivi de deuil *Main dans la main*, prend une importance considérable. Investie depuis plus de vingt ans dans le bénévolat, cette psychologue de formation a rassemblé une somme de critiques formulées par les usagers des

[157] Le terme *usager* n'est pas forcément adéquat dans ce cas. Il ne s'agit pas d'un acte habituel. Le terme *visiteur* ne l'est pas non plus. Par défaut, nous utiliserons le terme *usager* comme *personne qui utilise un service, en particulier un service public ou qui emprunte le domaine public*.

chambres mortuaires hospitalières[158]. Il est clair que ce témoignage n'a pas la même valeur que des interviews directes. Toutefois, dans ces conditions particulières, il représente une source non négligeable d'informations capitalisées en vingt ans d'expérience. Au sein de l'association *Main dans la main*, Christiane Marchal intervient, auprès des parents, en réanimation pédiatrique de l'hôpital Necker, service qui déplore beaucoup de décès. Les parents passent de quelques heures à plusieurs mois dans le service. Là, peu de retombées sur l'après-mort. La plus grande expérience de la bénévole s'est constituée à travers son travail pour l'association AIDS, dès l'apparition du Sida à la fin des années 1970[159]. Selon Christiane Marchal, les sidéens anticipaient beaucoup leur mort (prévoyaient le type de musique, le décor…) et, certains se sont suicidés chez eux afin d'éviter le cadre des chambres mortuaires.

D'une manière générale, avec ce témoignage, il apparaît qu'aucune solution ne semble pouvoir apporter satisfaction à l'ensemble des usagers. Chacun ressent ce moment d'une manière totalement différente, ce qui peut parfaitement convenir à l'un peut aller jusqu'à choquer l'autre[160]. Une grande attention est portée au détail et notamment à la décoration intérieure mais aussi à la distribution des lieux, à la signalétique, au rapport de la chambre mortuaire avec les autres services et à sa position dans la composition générale de l'hôpital.

Ambiance

A travers les dires de Christiane Marchal, il semble que, dans une chambre mortuaire, l'aspect technique et/ou administratif soit absolument insupportable. Un critique récurrente porte sur la sensation de froid et sur la mauvaise isolation phonique.

[158] Les réflexions et critiques ont souvent été rapportées par la voix d'un tiers, tandis que les personnes les plus proches n'osent, la plupart du temps, pas se plaindre.

[159] Christiane Marchal a vécu l'hécatombe des débuts de la maladie marquée par la peur et l'ignorance. La chambre mortuaire était souvent le lieu d'un premier contact avec la famille après une interruption dans la relation familiale, l'occasion parfois, pour la famille d'apprendre l'homosexualité ou la toxicomanie de leur proche. Au sein de AIDS, elle réalisait un accompagnement du patient à domicile, la prise de médicaments, la gestion du quotidien et parfois les démarches après décès. A cette époque, à l'hôpital, des pastilles rouges marquaient les portes des patients atteints. Entretien avec Christiane Marchal, Association *Main dans la main* du 6 mai 2003.

[160] A la chambre mortuaire de l'hôpital Necker, des jeux d'enfants sont à la disposition des frères et sœurs dans la salle d'attente. Certains y voient une initiative positive tandis que d'autres en sont choqués.

> Parfois, certaines chambres mortuaires réduites à la plus stricte nécessité donnent l'impression d'entrer dans des toilettes d'autoroute carrelées partout, sonores. Le personnel très gentil doit en faire trois fois plus pour pallier ces inconvénients. […] Les chambres mortuaires ne sont pas intimes, elles sont très sonores, beaucoup de portes claquent, les portes ne sont pas comme dans les maisons. Les gens ont envie que ça ressemble le plus possible à une maison. On ne peut pas mettre de papier peint, ni faire un décor d'appartement, mais par exemple, le mobilier (toujours de bureau) pourrait être plus domestique (chiné en brocante). Sur le coup, pour les gens cet aspect est secondaire, mais dans un second temps, on s'aperçoit que ça ne l'est pas[161].

Selon Christiane Marchal, les personnes endeuillées, à la recherche de repères pour les funérailles, s'inspirent des films américains, se projettent et construisent les conditions et un cadre idéal pour leur propre mort (cercueil semi-ouvert comme aux EtatsUnis, etc.). Dans ces films, les obsèques se passent dans des chambres funéraires très chaleureuses, avec des rideaux, des fauteuils, quasiment dans un salon domestique avec des meubles en bois. En France, les chambres mortuaires, selon les usagers, font référence soit au laboratoire, soit au lieu de culte.

A propos de l'ambiance sonore, les usagers racontent des histoires de « bruits derrières », bruits de la partie technique perceptibles et interprétés de manière très désagréable (bruits métalliques, portes qui se ferment). Ces bruits sont le support de fantasmes : « il y avait une autopsie pendant le départ du corps! ».

La nécessité d'intimité et de protection s'exprime à travers des critiques sur les ouvertures et vues sur l'extérieur. Lorsque la surface vitrée est très importante, elle devient gênante car il devient impossible de se protéger de ce que l'on n'a pas envie de voir à cet instant précis (voir la pluie ou au contraire un soleil éblouissant). L'extérieur ne doit pas « entrer » à l'intérieur.

> A l'hôpital Necker tout un pan de mur est vitré et donne de plus sur une sorte de local poubelle. Les parents voient le fourgon mortuaire qui les attend, et ceci est très mal interprété, très douloureux.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, ce « local poubelle » est en réalité une cour entourée de murs servant de parking pour le personnel et de cour de départ pour les convois mortuaires. A l'origine, dans le projet de Paul Chemetov, cette cour devait être couverte d'une verrière afin de constituer un espace de recueillement et de déambulation autour d'une œuvre de Brancusi.

[161] Ou encore : « Dans l'ancien Institut Gustave Roussy, personne ne voulait aller à la chambre mortuaire car il y avait des grandes portes en plastique comme dans les garde-manger, des chariots partout, des personnes en attente d'entrer dans la chambre froide ».

Pour certains, la sensation d'être totalement enfermés est aussi très dérangeante. L'obligation qui touche à la séparation des circulations technique et publique a bien souvent conduit les maîtres d'œuvre à proposer un dispositif où les salons de présentation à double entrée sont aveugles et éclairés artificiellement. Selon les critiques des usagers, si le niveau lumineux est trop élevé, le corps maquillé fait peur, si le salon est trop sombre, la proximité d'un cadavre peut également faire peur.

Décoration et Mobilier

La décoration aux murs est critiquée car les représentations abordent des thèmes soit trop « sirupeux », soit à connotation religieuse ce qui dérange certaines personnes athées ou d'une confession différente. Dans l'ensemble, les reproductions « ressemblent souvent à ce que l'on voit dans les bureaux, sans aucune personnalité, donnant l'impression que l'on a accroché le carton de la boîte de chocolat de Noël ». Selon la bénévole, des représentations peuvent prendre place dans la salle d'attente mais pas dans les salons de présentation. Elle se souvient d'un exemple assez réussi où le personnel de la chambre mortuaire avait choisi une reproduction d'un tableau de Magritte qui, quelque part, laissait une interprétation possible pour chaque personne. « Cet homme de dos qui part, l'oiseau, les nuages, [cette reproduction donnait] l'impression d'une recherche de la part du personnel ».
L'aspect technique et administratif semble ne pouvoir être contrebalancé que par l'introduction de marques de la domesticité. Une fois encore, à propos du mobilier, des luminaires, etc., Christiane Marchal évoque la nécessité de passer du registre du bureau à celui de la maison :

> [Dans les salons de présentation], il pourrait il y avoir une lampe domestique d'un style assez neutre. […] Je me souviens du départ d'un enfant dans une chambre mortuaire. Ils avaient reconstitué un vrai lit avec couvre lit, et surtout, les pieds du lit étaient en bois. […] L'association a acheté des couffins pour la présentation des bébés à Necker, j'ai apporté des couvertures en patchwork. Car les gens sont incapables de gérer et de savoir ce qu'il faut faire quand il ne s'agit pas du décès d'une personne âgée.

Le « meuble » sur lequel est posé le défunt prend, dans ces moments, une grande importance. L'idéal, selon Christiane Marchal, est un support prenant l'aspect le plus proche d'un lit en bois.

> Les morts sont toujours posées sur du métal (le corps froid sur un matériau froid), cela choque certaines personnes. Même en reconnaissant la contrainte d'hygiène, celles-ci ne souhaitent pas voir les roues des chariots métalliques. C'est un détail fonctionnel, mais on n'a pas envie de le voir à ce moment là.

Elle souligne d'autre part l'inadaptation ou le manque de prévoyance de certaines chambres mortuaires pour les décès d'enfants ou pour l'accueil d'enfants. En effet, des tréteaux pour un cercueil adulte sur lesquels est placé un cercueil d'enfant se révèlent être dramatiques pour les parents. Il semble, de plus, totalement inhabituel de trouver des enfants venus dire adieu à un proche.

> Les enfants sont exclus de ce moment, rien n'est prévu pour voir le corps. Jusqu'à 2-3 ans, l'enfant peut être pris dans les bras d'un adulte, mais plus grand (5-12 ans), on lui tire une chaise souvent pliante, on a peur que la situation vire au tragi-comique, que l'enfant bascule. On sent qu'il n'est pas naturel qu'un enfant voie un mort. Rien n'est prévu pour que l'enfant puisse le faire de son libre arbitre sans avoir à demander l'autorisation à quelqu'un.

Matériaux, couleurs

Concernant le choix des couleurs de l'environnement, les usagers émettent des critiques sur celles évoquant le deuil et notamment les couleurs sombres (dans la culture occidentale).

> Les couleurs faisant trop deuil gênent les gens : les marrons, le noir et le violet (demi-deuil).[…] Les gens préfèrent des couleurs neutres sans connotation (beige, bleu ciel). […] Les couleurs doivent conforter la sensation que les survivants sont bien vivants.

Il s'agit moins du choix des couleurs que de l'ensemble formé par le choix des matériaux (le bois au lieu du métal) et du type d'ameublement qui est en question[162]. A travers les propos de Christiane Marchal, s'exprime la nécessité de trouver une harmonie d'ensemble, car les usagers ressentent souvent l'impression d'un lieu non fini ou mal entretenu[163]. La bénévole suggère l'idée de pouvoir moduler les couleurs à volonté grâce à un système de rideaux couvrant la totalité des murs (référence au choix de couleur de fond possible dans les anciennes cabines de *photomaton*).

[162] Encore une fois, le choix des matériaux peut être perçu positivement ou totalement négativement. Un parement intérieur en briques peut être apprécié pour son aspect chaleureux tandis que des usagers dans l'attente d'incinérer leur proche ont évoqué la sensation d'être déjà dans le conduit d'une cheminée.

[163] A propos de la présence de plantes vertes dans chambres mortuaires pouvant être une alternative à l'accrochage de tableaux, comme décoration neutre et vivante, certains, devant le peu d'entretien, ont objecté ironiquement que celles-ci étaient plus mortes que la personne décédée.

Dispositif intérieur

Les critiques des usagers ne s'arrêtent pas à la décoration intérieure, elles concernent également le dispositif du service. En premier lieu, l'alignement des pièces est perçu comme « administratif », « réglementé » ou évoque la série de cabines d'essayage. Cette image est synonyme d'acte banal réalisé sans solennité et à la chaîne.
En second lieu, l'obligation de double circulation technique/publique et les parcours différenciés qu'elle implique semble attiser le mystère qui entoure l'activité de ce service. Il semble très déstabilisant pour les proches de ne pas voir arriver le défunt et de ne pas savoir comment il est arrivé subitement dans le salon de présentation.

> Le mort arrive par l'arrière. C'est honteux, la mort, on la cache, il y a toujours ce cloisonnement. Ce pourrait être octogonal, en rond […]. Il se passe quelque chose derrière. Cela représente le pouvoir du médical, alors que lorsque l'on meurt à la maison, il n'y a rien de secret, les PFG viennent, font la toilette, les gens vont et viennent.

Il est vrai que ce service impose aux usagers un parcours obligatoire d'un point à un autre, sans retour possible, ce qui, en leur ôtant la liberté de mouvement, peut laisser croire à une volonté de cacher quelque chose. Quatre lieux marquent le parcours le plus courant : l'extérieur du service où l'on doit se signaler grâce à une sonnette et attendre l'ouverture de la porte, la salle d'attente, le salon de présentation ou de départ et enfin la cour des convois d'où s'effectuent les départs (sortie distincte de l'entrée du service). Christiane Marchal déplore l'absence « d'un espace d'accueil, où l'on puisse entrer librement, ne pas rester dehors, mal, dans le froid (du moins psychologique) devant la sonnette en attendant que quelqu'un ouvre ».

Quelques critiques sont émises sur des lieux correspondant aux besoins physiques élémentaires des vivants. A travers les propos de la bénévole, apparaît la nécessité de rendre ces lieux les plus discrets possible, comme si ces besoins fondamentaux étaient indignes d'être montrés dans ces moments de gravité. Il en est ainsi des sanitaires donnant accès directement dans « la pièce où les personnes se recueillent » (il s'agit en fait de la salle d'attente) ou d'un endroit où l'on peut se restaurer légèrement, prendre un café. Cette disposition est souvent souhaitée par les usagers qui n'osent pas le demander. Un distributeur de nourriture, selon Christiane Marchal serait mal venu, « ça la ficherait un peu mal », comme s'il était indigne de manger dans un tel moment. Mais elle estime que « prendre un café et une viennoiserie par

exemple » serait acceptable surtout quand les personnes ont effectué un long trajet pour un dernier adieu. Elle se souvient de l'agréable hospitalité du personnel de la chambre mortuaire de Caen, qui proposait des boissons chaudes financées « sur leur propre cagnotte », de leur propre initiative.
Enfin, la surface allouée à un salon de présentation ou de départ est bien souvent trop réduite. Elle permet uniquement de se tenir debout autour du cercueil et interdit d'y placer plusieurs chaises pour les personnes âgées et ceux effondrés de chagrin ou de fatigue.

Appellation

D'un hôpital à un autre, la dénomination différente du service mortuaire est un élément déstabilisant pour les visiteurs. L'appellation *chambre mortuaire* apporte parfois de la confusion et des déceptions car certaines personnes s'attentent à trouver une véritable chambre domestique. Le terme *funérarium* est certainement plus répandu que *chambre mortuaire* dans le public qui sait rarement à quel domaine (privé ou public) sont respectivement donnés ces noms. Il existe d'ailleurs une confusion dans l'esprit de certaines personnes entre *funérarium* et *crématorium*. Le terme *salle de repos* peut-être pris pour de l'humour noir par le personnel soignant qui dispose également d'une salle de repos dans l'hôpital. En tout état de cause, l'ambiguïté relative à l'appellation de ce service (même si la dénomination *chambre mortuaire* est officielle depuis 1993) est source d'un malaise qui ne facilite pas le bon déroulement du deuil. Si nommer constitue une première étape dans l'appropriation d'une chose ou d'un lieu, la multitude des désignations plus ou moins imagées est révélatrice du flou général quant à la représentation de la nature de ce lieu.

Signalisation et position du service au sein de l'hôpital

Selon les usagers, le service mortuaire est très mal signalisé. Christiane Marchal insiste sur l'importance pour une famille endeuillée de ne pas avoir à errer dans un hôpital pour trouver la chambre mortuaire.

> Elle doit être facilement accessible à partir de la même entrée que les vivants, proche de l'entrée principale, car il est difficile pour une levée de corps de passer déjà par l'arrière de l'hôpital, d'effectuer un long parcours. Quand on arrive épuisé, on est déjà plus en état de supporter l'épreuve qui nous attend.

Outre l'éloignement du service de l'accès principal, les usagers estiment qu'il n'occupe pas une position digne au sein de l'hôpital : près des poubelles, près du local de stockage de l'oxygène, derrière la cour des cuisines, à côté du traitement du linge sale, ou encore du lieu où l'on dépose momentanément les gravas des travaux de l'hôpital.

Religion

Christiane Marchal rappelle qu'il y a 15 ans environ, seuls les rites catholiques et israélites étaient pris en compte. Aujourd'hui, les musulmans africains ont du mal à s'adapter aux contraintes des chambres mortuaires car le corps doit être exposé longtemps tandis que le départ dans un cercueil est problématique (les musulmans sont enterrés dans un linceul). Ils expriment la nécessité de voir longtemps et de toucher beaucoup le corps.

Le manque d'information ou de communication entre le personnel de la chambre mortuaire et les proches survivants peut être source de véritables drames[164]. En effet, l'heure de rendez-vous donnée par le personnel est celle de la levée du corps. Les proches doivent donc venir avant pour se recueillir et réaliser leurs rites de passage. Dans l'ignorance, beaucoup « loupent » le corps, ou le voient trois minutes avant le départ. Pour Christiane Marchal, « il est impensable de "louper" un départ, c'est irréparable, parfois sur plusieurs générations ».

Les bouddhistes quant à eux « s'accommodent » du passage en chambre mortuaire, même si les manipulations du corps effectuées par le personnel constituent un risque de mauvais départ de l'âme du défunt. Le personnel doit donc être initié et ne doit pas toucher certaines parties du corps pendant un certain délai, afin que l'âme puisse quitter convenablement le corps.

Certaines chambres mortuaires ou funérariums possèdent des salles où il est possible de célébrer une cérémonie religieuse ou laïque. Des vitraux sans représentation religieuse ou un pupitre poussé dans un coin de la pièce ont pu évoquer la religion, chez certaines personnes athées, et pointer ainsi du doigt leur athéisme. La simple vision de ces éléments les a dérangés.

Dans les années 1970, en cas de décès à l'hôpital, il n'était pas systématiquement proposé aux proches de voir le défunt. Mais les réflexions engagées depuis une

[164] Au début de l'utilisation des housses, sans explication, certaines personnes ont pensé que les défunts étaient mis dans des sacs poubelle.

trentaine d'années sur le « bon » déroulement du deuil chez les survivants démontrent l'importance de l'ultime adieu qui marque pour longtemps l'esprit et la vie future des endeuillés. Les témoignages des *usagers,* filtrés par Christiane Marchal (qui n'est bien sûr pas neutre) montrent, dans la limite de ces conditions, combien chaque acte, chaque détail prend une grande importance en cette phase particulièrement sensible du deuil. « L'étiquetage des cadavres comme les objets perdus à la gare Saint Lazare, ces petites choses donnent aux survivants une image quasiment insurmontable ». La multiplicité des critiques, touchant du détail décoratif au dispositif spatial à différentes échelles, montre également combien l'environnement tient une place prépondérante et participe pleinement à la construction d'une dernière image de la personne aimée, conditionnant le bon ou mauvais déroulement du deuil.

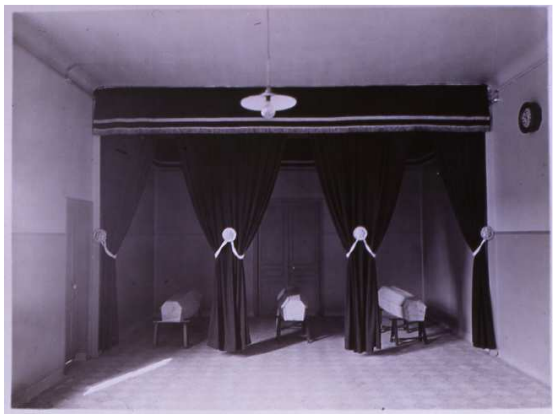
2- Image et usage d'un vocabulaire architectural restreint

Si l'aspect technique, froid et administratif est critiqué par les usagers des services mortuaires existants, il correspond particulièrement aux constructions hospitalières réalisées après 1930 et à l'abandon du type pavillonnaire. En fait, deux images marquent plus fortement les esprits du plus grand nombre. Elles correspondent pour l'une aux préconisations développées dans les traités d'architecture hospitalière au XIXe siècle et, pour l'autre, à un dispositif « type » mis en place au début des années 1960.

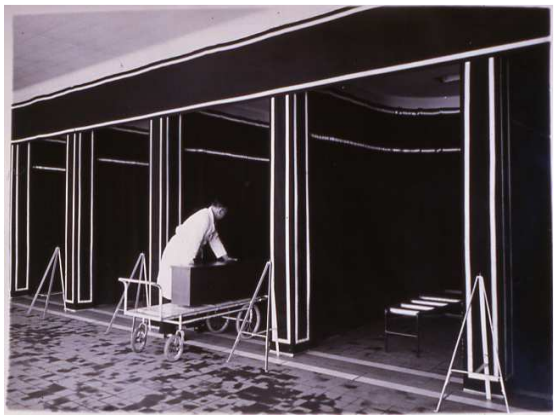
En effet, en son temps, le service mortuaire de l'hôpital pavillonnaire avait également une image bien précise. Outre son association à d'autres éléments de la logistique de l'hôpital et sa fréquente proximité à la chapelle, l'architecture intérieure était constituée de quelques éléments, qui utilisés et répétés dans les constructions des architectes divisionnaires de l'Assistance Publique, constituent un petit vocabulaire suffisant pour marquer les esprits.

L'élément certainement le plus remarquable de la partie publique du service est le dallage : un carrelage en damier noir et blanc disposé en diagonale. A ce dallage s'ajoutent les rideaux, généralement en velours, d'une couleur sombre fermant les petites alcôves des salons de présentation. Les proportions des pièces sont également caractéristiques de cette période qui, pour des raisons d'hygiène, impose un cubage d'air important et des plafonds hauts. Il en résulte des proportions de salon de

présentation donnant un effet dramatique à la situation. Enfin, le dernier élément est le traitement des murs, peint d'une couleur neutre et fade, allant du beige au rose terne ou au vert. La photo du dispositif de présentation des corps aux familles de l'hôpital Beaujon en 1939[165], montre des petites alcôves fermées par des tentures de velours. Cette image était encore perceptible il y a quelques années dans les services n'ayant pas subi de restructuration, comme les hôpitaux Saint Joseph, Boucicaut et Broussais, à Paris.



Hôpital Saint Antoine, présentation 1938



Hôpital Beaujon, présentation, 1939 (751FOSS)

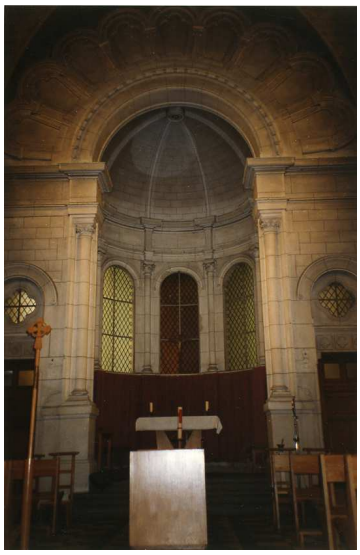
Hôpital Boucicaut, salons de présentation, 2002

Hôpital Broussais, 2002

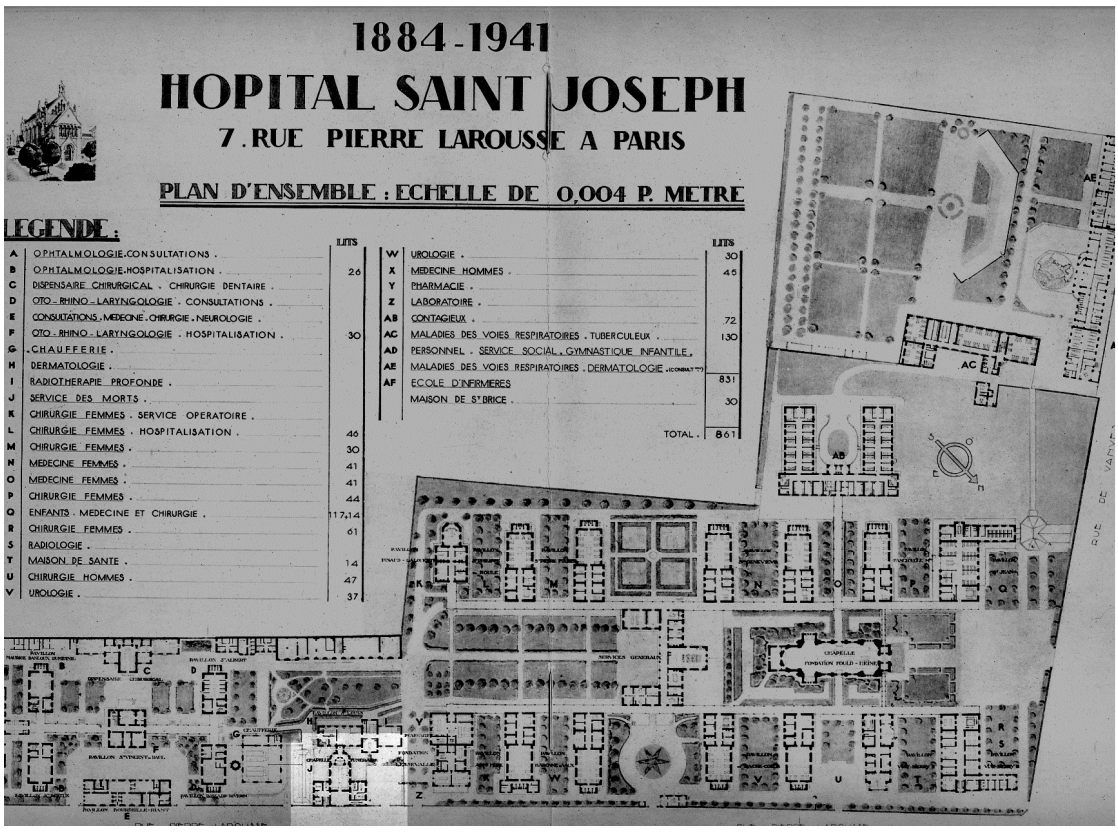
[165] Cette photo est issue de la campagne de modernisation des chambres mortuaires réalisée dans les années 1930 à l'Assistance Publique. Archives AP-HP (751FOSS)

Hôpital Saint-Joseph en 1995, avant restructuration. Accueil, salle d'attente

Salon de présentation



Chapelle du service

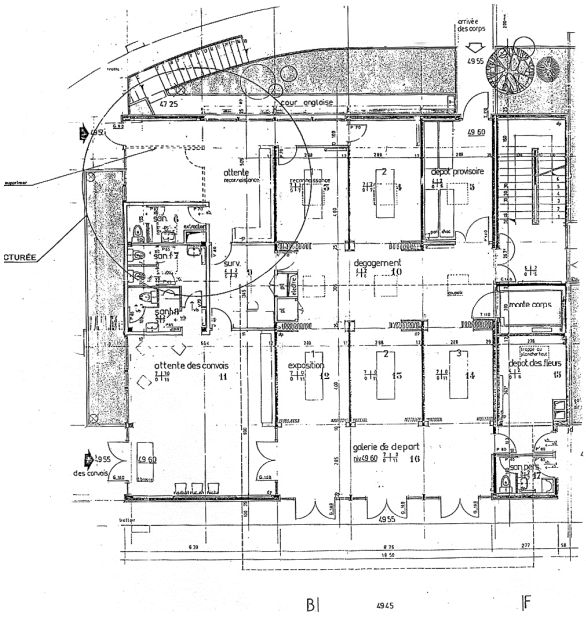


Hôpital Saint Joseph en 1941, le service mortuaire se situe autour d'une chapelle secondaire

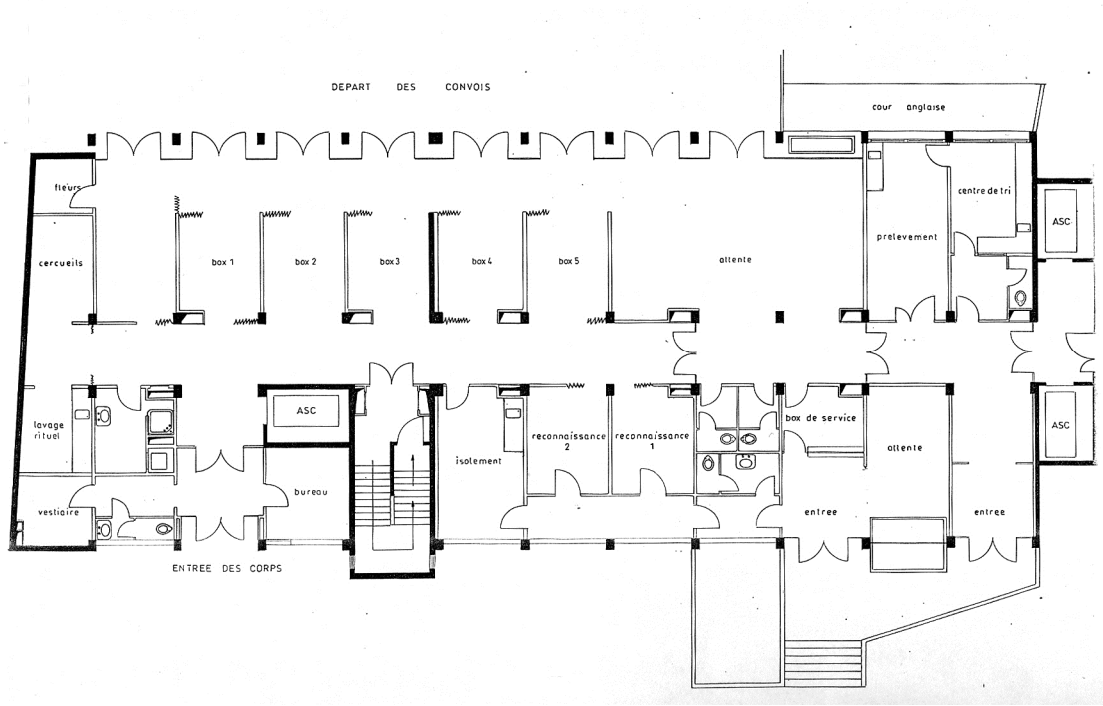
La seconde image évoquée par un grand nombre d'usagers correspond à des chambres mortuaires réalisées après-guerre. Dans la continuité des modèles

hospitaliers proposés en 1947 et 1948 par la revue *L'Architecture d'Aujourd'hui* [166], les années 1960 sont l'époque des unités de soins normalisées (USN) et des composants hospitaliers types (CHT). Les chambres mortuaires réalisées à ce moment sont marquées du sceau de la normalisation. Les services des hôpitaux Charles Foix, Paul Brousse, Saint Louis et Tenon sont ainsi conçus selon le même dispositif[167]. Le plan est composé selon un axe central longitudinal occupé par un couloir technique. De part et d'autre de ce couloir, se trouvent les salons de reconnaissances et les salons de départ, directement en relation avec la cour des convois par des portes vitrées. Aux extrémités du couloir se situent, d'un côté, l'accueil et la salle d'attente, et de l'autre les escaliers et monte-charges menant aux parties techniques (en sous-sol ou au premier étage). Les critiques émises par les familles concernant leur parcours unique, l'alignement des salons de départ et le caractère peu chaleureux des locaux, correspondent à ce plan type développé dans les années 1960.

[166] *L'architecture d'Aujourd'hui,* n°15, novembre 1947 ; *L'architecture d'Aujourd'hui,* n°17, avril 1948.
[167] Cette liste n'est pas exhaustive, ce plan type a vraisemblablement servi de modèle à d'autres services restructurés à cette époque.



Hôpital Paul Brousse, plan de la chambre mortuaire, état actuel



Hôpital Tenon, plan de la chambre mortuaire, état actuel

Hôpital Tenon ; cour des convois, couloir technique, salon de présentation

Hôpital Paul Brousse ; cour des convois, couloir technique, salon de présentation

Hôpital Saint Louis ; cour des convois, couloir technique, salon de présentation

3- Image transmise par la littérature et le cinéma

Les images précédemment décrites sont celles évoquées par des personnes ayant eu l'occasion de venir reconnaître un proche décédé à l'hôpital. Pourtant, un grand nombre de personnes font référence spontanément à une autre image.

Cette représentation commune est celle transmise par les feuilletons ou les romans policiers américains. Ils nous abreuvent d'une image récurrente, qui correspond à une partie du service, dont l'accès est interdit au public. En effet, n'est présentée qu'un local comprenant une salle d'autopsie et des installations de conservation momentanée des corps. Là, généralement, un policier vient chercher des indices et observer un corps sorti directement de son casier frigorifique. Cette image est typiquement anglo-saxonne dans le sens où, dans ces pays, les morgues hospitalières ou les instituts médicaux légaux ne possèdent pas de partie réservée à l'accueil des familles. Celui-ci est assumé par le service privé. Lorsqu'une personne est décédée, hors domicile, de causes non suspectes, elle est automatiquement transférée dans un funérarium ou chez le défunt selon les vœux des proches.
En France, la reconnaissance des corps se passe d'une manière bien différente. Dans le cas d'un décès à l'hôpital, les familles n'ont jamais accès à cette partie technique, le corps, avant d'être présenté, est préparé et disposé dans un salon particulier où la famille vient le reconnaître avant le départ du convoi[168].
Nécropolis, le roman policier d'Herbert Lieberman, illustre d'une manière exemplaire l'image intégrée par un grand nombre de personnes n'ayant jamais eu l'occasion de visiter une chambre mortuaire en France. Ce roman, pour lequel l'auteur a passé plus d'une année à enquêter dans les morgues de Manhattan, est une référence de la littérature policière. Il met en scène un personnage principal, Paul Konig, médecin légiste en chef, de l'Institut médico-légal de New York :

> Konig descend maintenant vers les salles d'autopsies, empruntant un petit escalier en colimaçon qui débouche sur une lumière verdâtre. De long couloir vert en long couloir vert il descend. Vert aquarium. Vert municipal. Vert bureaucratique. Carrelages verts et humides - froids comme la glace en hiver, torrides et été - l'Enfer

[168] Mentionnons toutefois quelques témoignages dans lesquels les personnes assurent avoir reconnu un proche directement sorti de son casier frigorifique. Sur l'ensemble des chambres mortuaires visitées pour cette recherche, cette pratique ne s'est jamais présentée.

> de la 1er Avenue.[...] Le gong de lourdes portes d'acier se répercute dans les tunnels sonores carrelés de vert [169].

Cette descente dans l'antre de la terre est une vision explicitement nommée de l'enfer, et il est vrai que, souvent, la partie technique des morgues se situe en sous-sol, à l'abri des regards. Cette disposition contribue à donner un peu plus de mystère au lieu et à le taxer d'interdit. Mais le lieu le plus fantasmé est certainement la pièce où se situent les casiers frigorifiques :

> Konig pénètre maintenant dans une grande salle grise et fraîche remplie par le bourdonnement aigu des moteurs électriques qui alimentent les chambres froides. [...] Du sol au plafond un mur entier est garni de casiers frigorifiques, caveaux provisoires où reposent les anonymes, ceux que personne ne réclame, dont personne ne veut. Identifiés par de simples numéros, deux ou trois chiffres impersonnels et glacés, ici gisent les morts, tous abandonnés à la froide indifférence de leur tiroir respectif[170].

Pour ajouter au côté glacial du lieu, la lumière est une lumière blanche et crue diffusée par des tubes fluorescents ou encore « une unique ampoule nue [qui] illumine la salle, éclaboussant les murs d'ombres profondes comme des cavernes »[171]. Les matériaux; le verre, le carrelage blanc ou vert, l'acier inoxydable et la peinture de couleur froide cadrent parfaitement avec ce lieu qui se veut avant tout fonctionnel.

La littérature et le cinéma américain montrent deux images des lieux de transit des personnes décédées aux antipodes l'une de l'autre : d'un côté, celle très technique liée à la violence de la mort des morgues hospitalières et des instituts médico-légaux, de l'autre ; celle voulue domestique tirant parfois sur le théâtral des *funeral homes*. Elles ne manquent pas de marquer les esprits et sont parfois source de confusion chez le public français.

3- La morgue : objet de fantasmes, horreur et fascination du corps en décomposition

Rares sont les ouvrages dont l'objet d'étude porte sur le cadavre ou les lieux qui l'abritent transitoirement. Jean-Luc Hennig y a consacré un livre entier intitulé

[169] Herbert Lieberman, *Nécropolis*, éditions du Seuil, 1977, pour la traduction française.
[170] *Ibid*.
[171] *Ibid*.

Morgue, enquête sur le cadavre et ses usages[172], tandis que la publication posthume de textes de Louis-Vincent Thomas aborde le sujet, dans un de ses chapitres[173]. Pour les auteurs, la transmission d'informations n'est pas tâche facile. La simple description des processus physiques de décomposition du corps choque la sensibilité du lecteur, provoque le dégoût et l'envie immédiate d'abandonner la lecture. L'enquête réalisée par Jean-Luc Hennig dans les morgues parisiennes, outre l'état des lieux de la situation dressé à la fin des années 1970, rapporte une somme d'anecdotes et de descriptions morbides de cadavres appuyées de photos de corps mutilés ou en décomposition, qui en font oublier sa valeur informative. Nous emprunterons donc à l'analyse de l'anthropologue Louis-Vincent Thomas les éléments nécessaires à la compréhension de la répulsion qu'inspire le cadavre marquant inévitablement de son sceau son lieu de séjour.

Le cadavre est un monstre en tant que celui-ci est avant tout un corps de forme monstrueuse, qui s'écarte de la normalité fixée par les valeurs d'une société. Il interroge, dérange, suscite de l'étonnement, de l'incompréhension et en conséquence, fait peur. Sur un corps dont la nature est encore reconnaissable (humain, espèce animale), la monstruosité se manifeste par une somme de déformations excessives, excroissances inhabituelles ou au contraire manques caricaturaux ou défauts exagérés. Le cadavre revêt un caractère d'autant plus monstrueux qu'il implique un rapport au propre devenir de tout un chacun, alors qu'un animal monstrueux, les monstres fabriqués par l'imagination, s'ils effraient, ne sont pas l'objet d'une identification directe. D'autre part, les survivants supportent mal la défiguration d'un être aimé.

> La reconnaissance du cadavre qui est déjà la proie des mouches et des vers passe pour être l'un des pires traumatismes qui soient. C'est qu'il n'y a guère de spectacle plus affligeant que celui du cadavre entré en pourriture, pour peu qu'il se vide prématurément[174].

[172] Jean-Luc Hennig, *Morgue, enquête sur le cadavre et ses usages,* éditions Libres/Hallier, Paris, 1979.
[173] Louis-Vincent Thomas, *Les chairs de la mort,* Institut d'édition Sanofi/Synthélabo, Paris, 2000. Chapitre XIV, « Cadavre, monstruosité, fantasmes », p. 471.
[174] *ibid.,* p. 476.

Le cadavre a d'ailleurs sa propre « vie ». Il se métamorphose, émet des bruits, des gaz, des odeurs et parfois bouge même sous l'effet de réactions chimiques ou des lois de la pesanteur. Ces mouvements alimentent de nombreuses peurs, dans un sentiment ambivalent mêlant l'acceptation difficile de la perte définitive d'une personne chère, que l'on souhaiterait encore vivante, et l'angoisse de voir revenir à la vie de manière surnaturelle un être dont on ne connaît plus vraiment le statut. Vivant, mort-vivant, mort ? Dans ce sens, le cimetière est un lieu beaucoup plus rassurant, le cadavre enfermé dans un cercueil et muré dans un caveau aura beaucoup plus de difficultés à venir perturber les survivants. Les transformations successives du cadavre sont impressionnantes et répugnantes. Il s'avère, de plus, dangereux en tant qu'agent de transport de substances délétères. Il gonfle démesurément ou s'affaisse par endroits, laisse échapper de ses orifices des liquides et gaz infects, prend les couleurs de la putréfaction jaunes, brunes, vertes, noires ou bleu-grises « contrastant avec les moisissures blanches » ou les tâches arrondies rose-bleuté, rouge clair, bleu sombre que forme la concentration du sang soumis à la pesanteur.

> Le cadavre répugne avant tout par l'agression visuelle et olfactive; il n'est pas question de le nier. Toutefois, on ne saurait se cantonner à ce niveau d'analyse car la pestilence ne justifie pas pleinement la répugnance[175].

La pourriture représente l'anéantissement du corps support de vie, c'est la dissolution de l'être et la perte irrécusable de l'individualité.

> Si être c'est surtout «attendre d'être», le cadavre est un démenti flagrant au sens même de la vie ; il atteste que mon attente ne débouche sur rien ; il est l'image de mon destin et me met face à face avec le néant, ce qui est absurde et insoutenable. En outre, le cadavre en décomposition porte au paroxysme l'image de la violence de la mort et incite à se dérober pour fuir les forces déchaînées qui l'assaillent[176].

Louis-Vincent Thomas ne fait pas cas ici des croyances religieuses en l'immortalité de l'âme qui donnent, somme toute, une réponse rassurante à l'absurdité de la mort.
Le cadavre peut être aussi objet de fascination. L'anthropologue cite l'exemple des personnes nécrophiles, sexuellement excitées par la promiscuité de la mort ou par les cadavres eux-mêmes. Il souligne, comme Georges Bataille comment « Eros et Thanatos sont profondément imbriqués dans l'inconscient » [177]. Certains cadavres

[175] *Ibid*.
[176] *Ibid*.
[177] Georges Bataille, *L'érotisme,* éditions de Minuit, Paris, 1957.

fascinent par leur obstination à résister aux processus naturels de la décomposition ou encore par leur capacité inexpliquée scientifiquement à saigner de manière abondante des dizaines d'années après leur décès. Ces faits étranges font ressembler ces décédés à la figure imaginaire du vampire gardant éternellement l'aspect physique qu'il avait au moment de sa mort. Pour se nourrir, cette créature de la nuit suce le sang de ses victimes. Le choix de celles-ci se porte de préférence sur les jeunes filles aux formes généreuses et sensuelles, signe de leur vitalité, ou, pour plus de délices, sur des vierges pures. En leur ôtant la vie terrestre, il les fait entrer dans la vie éternelle et ténébreuse des mort-vivants.
Quelle que soit la forme que prenne le cadavre, réelle ou imaginaire, il est un monstre. Comme le conclut Louis-Vincent Thomas, la pourriture comme la non-pourriture du corps est une monstruosité.

> Toute mort est donc monstrueuse puisqu'elle aboutit au cadavre, symbole de l'abolition du moi ; tout cadavre devient monstrueux dans les avatars de sa métamorphose terrifiante et hideuse ; l'au-delà de la mort nous conduit éventuellement au corps-cadavre fantasmé (corps incorruptible, vampirisme,…) d'où surgit encore la monstruosité[178].

Les images réelles, transmises par la littérature et le cinéma, ou fantasmées, liées au devenir du cadavre, marquent incontestablement l'inconscient collectif. Comment, ces images en tête, ne pas se situer en profond décalage devant des projets récents de chambre mortuaire? D'autant que rares sont les non-professionnels à s'intéresser à ce sujet tant qu'ils ne sont pas confrontés brutalement au décès d'un proche hors domicile.

B- Une image construite par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

L'image de la chambre mortuaire a beaucoup évolué ces dernières années, en grande partie, grâce aux réflexions menées au sein de l'Espace éthique de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Cet espace de débats, créé en 1995, s'est construit autour d'une volonté de constituer un socle consensuel de réflexions pluridisciplinaires, sur lequel chacun pourrait s'appuyer pour guider ses pratiques en milieu hospitalier. Les thèmes abordés tels que la précarité sociale, la gériatrie, la fin

[178] *Ibid*.

de vie, la mort des adultes comme des nourrissons, le handicap, la génétique, l'euthanasie, la maladie d'Alzheimer, les états végétatifs prolongés, etc., ont en commun une interrogation sur les situations limites des pratiques hospitalières. Ces questions sont envisagées selon deux entrées. L'une est attachée étroitement aux pratiques très concrètes. L'autre est une approche philosophique de l'éthique médicale qui considère des notions telles que la responsabilité, la dignité, la précaution, la douleur, l'hospitalité, etc.

En 10 ans, l'ensemble de ces réflexions a donné lieu à nombre de publications. Ceci nous interroge sur la valeur que prennent ces discours au regard de l'Institution. S'agit-il d'un discours (en quelque sorte) officiel de l'Institution sur elle-même ? Quelle est la position de l'Espace éthique vis-à-vis de la direction générale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ? Le choix et l'orientation des réflexions sont-ils libres ou insufflés par la direction générale ?

Selon son directeur Emmanuel Hirsch[179], l'Espace éthique s'est gardé d'être dans une position de pouvoir. L'action du groupe de réflexion s'est établie sur une relation de confiance avec la direction générale. Cela apparaît à travers la remise de rapports d'activités à la fin de l'année a posteriori des actions-réflexions menées et des orientations prises, ou dans des échanges téléphoniques informels qui pouvaient prendre la forme de suggestions de la part de la direction générale. Emmanuel Hirsch revendique un devoir de réflexion et une autonomie de pensée du groupe de réflexion. Celui-ci n'a pas orienté ses actions sur des prises de positions telle que pour ou contre l'euthanasie. La réception des idées n'est pas homogène au sein même des différentes directions d'hôpitaux et dépend des idées et de la personnalité des directeurs d'hôpitaux. Peut-on considérer le discours de l'Espace éthique comme le discours représentatif de l'Institution ? A cette question, on peut répondre qu'il n'est pas représentatif de l'opinion de l'ensemble des directions des hôpitaux, toutefois, pour la société, il constitue le seul discours de référence écrit et diffusé que l'on peut attribuer à une instance officielle de l'Assistance Publique et non pas à un individu particulier. Les réticences et les résistances de certaines personnes de pouvoir au sein de l'Assistance Publique ne sont quant à elles pas perceptibles de l'extérieur de l'Institution.

[179] Entretien avec Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace éthique – Hôpitaux de Paris, mai 2005.

Parmi les groupes constitués au sein de l'Espace éthique, le *groupe de recherche et de réflexion éthique et pratiques en chambres mortuaires,* est l'un des plus actifs. L'ensemble des réflexions développées ici est issu de notre participation régulière aux réunions de ce groupe de 1999 à 2005. Celui-ci a été créé suite à une formation organisée en 1995 par le Centre de formation continue du personnel hospitalier, pour les agents des chambres mortuaires. A la demande des participants est constitué, l'année suivante, un groupe de réflexion au sein de l'Espace éthique[180]. L'une des premières actions de ce groupe tient à la rédaction de *la charte éthique des chambres mortuaires de l'AP-HP* en 1998[181].

L'orientation majeure, donnée dès l'origine, aux réflexions menées dans ce cadre porte sur la notion de soin. L'idée est que la chambre mortuaire hospitalière constitue le dernier maillon d'une chaîne de soin et non plus l'antichambre du cimetière, lieu de transit situé à l'interface de l'hôpital et du monde extérieur. Cette distinction change ainsi radicalement son statut : il ne s'agit plus d'un lieu de mort mais d'un lieu voulu comme lieu de vie. Il s'agit par là de faire reconnaître à l'ensemble du corps soignant de l'Assistance Publique que les agents des chambres mortuaires, qui jusqu'alors étaient déconsidérés et rejetés par le reste du personnel, sont également des soignants. La continuité du soin permet de raccrocher ainsi cette enclave dont les limites n'avaient cessé d'être étanches jusqu'alors.

[180] Ce groupe dénommé à l'origine *Groupe Miramion Ethique des amphithéâtres des morts,* comprenait dix personnes dont deux formateurs du centre de formation continu (CFCPH), deux surveillants des services d'anatomopathologie et quatre responsables de chambres mortuaires. Il s'est ensuite enrichi d'autres agents de chambres mortuaires, responsables de service mais également de professionnels internes ou externes à l'Assistance Publique (permanents ou intervenants occasionnels) : médecins, philosophes, sociologues, anthropologues, psychologues, photographes, architectes, etc.

[181] Charte du 3 février 1998: « A votre service, l'équipe de la chambre mortuaire s'engage
Article 1 : à respecter les principes et valeurs déontologiques des professions de santé.
Article 2 : A assurer votre accueil ainsi que celui de vos proches, respectant au mieux vos convenances en fonction des contraintes du service, dans un environnement favorisant tranquillité et sérénité.
Article 3 : A respecter la personne décédée, ses volontés et celles de ses proches dès lors qu'elles sont connues. La confidentialité et le secret professionnel s'imposent.
Article 4 : A assurer la continuité des soins par des pratiques dignes et respectueuses.
Article 5 : A respecter et faciliter la pratiques des différents cultes et rites.
Article 6 : A tenir à disposition les renseignements et conseils nécessaires.
Article 7 : A respecter dans la plus grande transparence votre libre choix à l'égard des services funéraires. Affichée, la liste des opérateurs funéraires habilités est à votre disposition.
Article 8 : A tout mettre en œuvre afin de vous permettre de prendre le temps nécessaire à votre réflexion avant l'organisation des obsèques.
Article 9 : A respecter et honorer en tout point les missions de service public imparties à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Nos interventions sont gratuites.
Article 10 : A tenir à votre disposition un registre où vous pourrez notifier vos suggestions et critiques afin d'améliorer les conditions de notre accueil ».

Pourtant désigner la chambre mortuaire comme un lieu de soin peut apparaître quelque peu paradoxal. Comment peut-on parler de soin quand il s'agit d'une personne décédée ? La notion perd de son paradoxe si le soin est entendu comme *prendre soin*. L'on peut s'appuyer sur la distinction pratique que la langue anglaise fait entre *cure* associé à la guérison et *care,* prendre soin qui se rapproche du maternage, du moins une prise en compte globale de l'individu incluant son entourage. La notion de soin s'adresse alors à trois catégories de personnes : les agents des chambres mortuaires (motivation et formation professionnelle, revalorisation, reconnaissance de leur travail et de leurs valeurs éthiques par le reste du personnel de l'Institution) ; les personnes décédées considérées quasiment comme des vivants ; enfin les proches qu'il s'agit de soutenir, d'orienter, d'écouter et de respecter (intimité, secrets familiaux, traditions familiales, culturelles ou religieuses).

Les pratiques en chambre mortuaire qui peuvent déjà être considérées comme une situation limite au regard des pratiques curatives au sein de l'hôpital sont à nouveau interrogées sur la définition de leurs propres limites. Les agents prenant la figure de « nouveaux passeurs » sont détenteurs d'informations appartenant à l'intimité des familles mais également de l'histoire du malade décédé. Où situer les limites de l'accueil et de la sollicitude envers les familles ? Comment rassurer sans s'immiscer dans la sphère très privée de la famille ? Selon quelles modalités informer les survivants et quelle est la nature des propositions qui peuvent leur être faites : photographie des nourrissons, présentation spécifique, dépôts d'objets dans les cercueils, lieux de recueillement, lieux de mémoire pour les foetus et bébés morts (réels et pourquoi pas virtuels dans le futur ?), place des cendres.

Il s'agit également de rendre totalement transparent le passage du relais entre la chambre mortuaire et les opérateurs de pompes funèbres. La réputation des chambres mortuaires hospitalières a longtemps été entachée par de sombres histoires de commissions perçues par certains agents afin d'influencer les familles sur leur choix d'opérateur. Des informations sur l'ensemble des opérateurs funéraires sont aujourd'hui laissées à la libre consultation des familles et des relations avec les opérateurs sont entretenus afin d'harmoniser les actions (dignité et délicatesse de la

manutention des cercueils, attitude des agents, etc.). Le but consiste à créer une parfaite continuité de la prise en charge des personnes décédées et de leurs proches.

L'attention à l'enveloppe charnelle de la personne décédée fait l'objet, au sein du groupe, d'une réflexion élaborée. Celle-ci se pose en termes de sens que revêtent les gestes pour certains très agressifs, opérés sur les corps (retrait d'une pacemaker, autopsie, reconstruction…). Certains gestes ne changent pas fondamentalement, sinon, la délicatesse avec laquelle ils sont effectués. L'essentiel du changement tient à l'intention bienveillante que met l'agent dans son geste et dans le respect de la dépouille porteuse de l'humanité de la personne. Il s'agit de manipuler le mort avec douceur, de le nommer (entre agents mais aussi en présence de la famille), de lui parler, pour certains de s'excuser de ce qu'il va lui faire, de faire attention à ne pas choquer le corps dans les manipulations (le passage de la table de préparation au cercueil passe, pour les observateurs, pour un moment violent que les soignants imputent aux problèmes d'ergonomie posés par le matériel). Le respect passe également par une réflexion sur l'intimité de la personne décédée (couvrir ou non les parties sexuelles) ou encore sur l'image qu'il laissera à ses proches venus le reconnaître et l'accompagner. Quel usage doit-on faire du maquillage ? Quelles sont les limites éthiques et pratiques du travail des soignants dans la reconstruction de l'image de la personne décédée? Et pour les cas plus graves, comment montrer le corps d'une personne décédée quand il est très abîmé, partiellement reconstitué (en cas d'accident grave) et impossible à présenter sous peine de grave traumatisme psychologique pour les survivants ? Si les familles bénéficient des effets de la reconsidération des soignants sur leurs propres pratiques, elles ne perçoivent toutefois qu'une partie infime des changements qui se sont opérés, la plupart étant circonscrits dans la partie technique de la chambre mortuaire.

Enfin, une réflexion et une meilleure connaissance des différentes traditions culturelles et rites religieux font elles aussi évoluer la qualité de l'accueil des familles. Si la chambre mortuaire ne constitue pas le lieu idéal pour effectuer certains rites religieux, la sensibilisation des agents permet d'éviter certains gestes susceptibles d'empêcher le bon déroulement du passage.

Les réflexions élaborées au sein du groupe de l'Espace éthique ne sont pas uniquement perceptibles dans les pratiques opérées en chambres mortuaires hospitalières. Elles se sont illustrées à travers plusieurs actions destinées à diffuser les idées à un public plus large. Le 24 avril 2003, l'Espace éthique AP-HP organisait les premières assises des chambres mortuaires, intitulé *Jusqu'au bout des soins*. Les thèmes abordés lors de ces assises couvraient l'essentiel des préoccupations déjà évoquées[182]. La participation d'un public nombreux et composé, pour la quasi-totalité, de soignants et responsables de chambres mortuaires de l'AP-HP, s'est révélée très active. Heureux de trouver là une tribune, les soignants ont apporté un témoignage sur leurs pratiques. L'essentiel des questions soulevées par le public, a porté sur les moyens de faciliter le processus de deuil chez les survivants et plus particulièrement dans le cas de situations critiques.

Fin 2003, la journée d'ouverture du salon infirmier a pour thème l'*éthique et les pratiques en chambres mortuaires*[183]. Le rapprochement, dans un même salon, des réflexions sur les pratiques en chambres mortuaires avec des problématiques rencontrées dans d'autres services montre, une fois de plus, la volonté de désenclaver ce lieu.

Enfin, le 7 avril 2004 est inaugurée, à la chapelle du groupe hospitalier Pitié-Salpétrière, une exposition de photographies réalisées par Mathieu de France[184]. Ce reportage photographique met sur le devant de la scène les gestes des agents opérés dans la partie technique. Les clichés du photographe, à mi chemin entre reportage et photographie artistique, sont empreints d'une certaine douceur conforme à l'esprit du groupe de réflexion[185] de l'Espace éthique, au sein duquel ce travail a longuement été discuté (notamment sur le choix des clichés). Ils constituent le socle du CD-Rom *Soigner après la mort,* pour lequel les membres du groupe de réflexion et des personnalités extérieures ont été appelés à collaborer (textes et témoignages

[182] I- La chambre mortuaire, un lieu de vie; II- La chambre mortuaire, un espace d'hospitalité, III- Soigner après la mort et IV- Reconnaître et promouvoir des valeurs professionnelles.

[183] Le salon infirmier abordait les deux jours suivants le partenariat avec les bénévoles et la fin de vie de la personne âgée démente.

[184] Cette exposition s'est tenue sous l'égide de l'Espace éthique AP-HP et le groupe de recherche et de réflexion *Ethique et pratiques en chambre mortuaire,* en partenariat avec le Comité national d'éthique du funéraire.

[185] Sont également abordés les thèmes de l'accueil, du respect de la personne décédée, des cultures et des religions, l'image des soignants et la continuité du soin.

oraux)[186]. Le bilan de cet évènement dans l'histoire des chambres mortuaires est très positif aussi bien pour le public ayant consigné ses témoignages dans un livre d'or, que pour les professionnels qui ont trouvé là un moyen favorisant la médiation auprès de leurs proches ou collègues afin d'évoquer la nature de leur activité si spécifique[187].

L'ensemble des réflexions soulevées lors de ces différentes manifestations montre combien ce service, dans l'hôpital public, est porteur d'enjeux qui le dépassent amplement. Il semble en effet que se joue ici l'image globale et l'ensemble des valeurs éthiques de l'institution curative. Emmanuel Hirsch souligne à ce propos l'intérêt de ce lieu encore « non habilité » qui, par son rôle de médiation de plus en plus important dans la cité, va certainement devenir un lieu central du soin dans les futures années. Selon le philosophe, « c'est à ses marges que se constitue l'hôpital aujourd'hui »[188].

Au regard des observations que nous avons pu accumuler lors de visites d'hôpitaux en Grande Bretagne et en Allemagne[189], il apparaît que les préoccupations sur la qualité d'accueil des familles, des pratiques, etc., développées ici soient particulières à l'hôpital français. En effet, l'Allemagne comme les pays du Nord de l'Europe ont choisi de confier les services offerts aux familles (préparation des corps, accueil des proches, présentation et départ des corps) au service privé, tandis que les hôpitaux gardent une partie technique destinée au dépôt simple et à la conservation temporaire des personnes décédées avant transfert au domicile ou au funérarium. Marc Dupont[190], au cours des premières assises des chambres mortuaires, confirme la

[186] CD-Rom *Soigner après la mort, pratiques en chambres mortuaires,* sous la direction de Emmanuel Hirsch, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, octobre 2004. Voir également le fascicule du même titre édité au même moment et rassemblant les textes du CD-Rom.

[187] 270 personnes ont assisté à la soirée du 7 avril avec une forte participation de professionnels du funéraire et un manque regretté de représentants de l'administration de l'AP-HP.

[188] Emmanuel Hirsch, premières assises des chambres mortuaires, 24 avril 2003.

[189] Voir la liste des structures de soins visitées dans le cadre de l'enquête réalisée en Grande-Bretagne (troisième partie). Pour l'Allemagne, nous avons notamment visité l'hôpital Saint Vincenz Pallotti à Cologne, l'hôpital Malteser à Bonn et l'hôpital Havelhöhe à Berlin ainsi que l'hôpital universitaire de Genève en Suisse.

[190] Marc Dupont, aujourd'hui directeur d'hôpital, est l'ancien responsable du département du droit des malades, AP-HP. Il est l'auteur, avec Annick Macrez, d'un ouvrage de référence au sein de l'Assistance Publique. Il s'agit d'un ensemble de règles à caractère juridique et de repères professionnels dans les conduites administratives et soignantes. Cet ouvrage répond à une demande convergente de nombreuses équipes confrontées au décès au sein des établissements de l'AP-HP. Il reflète, d'une manière pragmatique, les réflexions menées au sein de l'Espace éthique AP-HP en abordant des sujets tels que la mort périnatale ou encore les principes généraux des différents rites et religions. *Le décès à l'hôpital, règles et recommandations à l'usage des personnels,* sous la

spécificité de la démarche française qui accorde une grande importance à l'accueil des familles dans les chambres mortuaires. Cette orientation va à l'encontre des lois européennes qui souhaitent donner à la chambre mortuaire un rôle purement vestibulaire. Dans la perspective d'un alignement progressif des différents pays européens, la France peut-elle maintenir cette contradiction avec les orientations

Hôpital de la Pitié Salpêtrière ; tableau des noms et salle de préparation avant restauration (haut)
Hôpital Bichat Claude Bernard, salle de préparation et salon de repos du personnel (bas)
Photos : Mathieu de France

coordination de Marc Dupont et Annick Macrez, Doin éditeurs / Editions Lamarre / Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1998, Paris.

C- Les structures privées : funérariums et Athanées

Si l'objet de cette recherche s'est fixé sur les chambres mortuaires des hôpitaux publics, on ne peut ignorer qu'un programme similaire est développé par des entreprises privées et qu'il connaît un développement parallèle de plus en plus important ces dernières décennies.

La coexistence d'un programme quasiment identique dans les domaines public et privé constitue une première interrogation. Quelles sont les raisons de ce développement parallèle alors que les pays anglo-saxons, l'Europe du Nord et l'Allemagne, entre autres, ont opté pour un partenariat entre le public et le privé ?

A la fin des années soixante en France, au moment où sont déjà engagés les vastes programmes de construction et de rénovation du parc hospitalier mobilisant des budgets colossaux, se pose la question de ce choix.

En 1967, le docteur Fresnau rédige un véritable manifeste en faveur du développement de ce partenariat.

> Mis à part un équipement de réfrigération, prévu depuis 1962, et les murs de la chambre funéraire (chambre mortuaire selon l'appellation contemporaine) elle-même, les autres locaux, entrant dans un service privé et facultatif, comme les chambres mortuaires individuelles, les salles de réception, les salles d'exposition et de levée du corps, tous ces éléments constituent un Athanée, qui est la forme moderne de la chambre funéraire légale[191].

Les arguments avancés sont d'ordre psychologique (il est inconcevable, pour le bien psychologique des patients hospitalisés de maintenir une promiscuité malsaine avec la mort dans un équipement destiné exclusivement au soin des vivants), de justice sociale mais surtout d'ordre financier.

> Les crédits d'équipement sanitaire et social sont exclusivement destinés aux bâtiments et équipements nécessaires pour les soins. Il est inconcevable de distraire les crédits insuffisants de nos hôpitaux au profit d'installations funéraires inutiles en ces lieux. La création de chambres funéraires relève d'imputations budgétaires communales et ne coûte, d'ailleurs, rien aux collectivités dans le cas général des concessions accordées par les communes. A 1200 Frs le m² de construction

[191] Dr. Roger Fresneau, « Les hôpitaux et les services thanatologiques en temps de paix », in *Bulletin de la Société de Thanatologie, études sur la mort,* n° 2, avril 1967.

> hospitalière, on calcule qu'une morgue de 500 m² coûte 600 000 Francs actuels. L'exemple est particulièrement convaincant[192].

Pour le Docteur Fresnau, inclure les frais d'exploitation des morgues dans le prix de journée hospitalière est anormal car cela revient à les faire supporter par les malades et secondairement par la Sécurité Sociale.

> Le principe de l'égalité des citoyens devant les lois et les charges qui en résultent, ne permet pas d'établir les taux de ces frais funéraires à des prix différents selon le lieu du décès, soit gratuitement à l'hôpital qui répartit ces frais sur des pensionnaires non concernés, et de façon onéreuse partout ailleurs, exception faite pour les indigents[193].

En conclusion de cet argumentaire, il est impossible, selon lui, de soutenir le maintien des morgues hospitalières dans un rôle autre que purement vestibulaire.

Les nombreux projets récents de restructuration des chambres mortuaires hospitalières en France montrent que l'Assistance Publique n'a pas été sensible à de tels arguments. Ceci tendrait à appuyer l'hypothèse qu'à travers l'introduction de programmes en contradiction avec la logique de rentabilité financière (comme les services de soins palliatifs ou les chambres mortuaires), l'institution y joue l'ensemble de ses valeurs et construit ainsi son image de service public. Et ce fait est d'autant plus marquant qu'il s'inscrit dans un mouvement allant à l'encontre des orientations et lois européennes.

En tout état de cause, en France, s'est donc développé le même type de service dans le public et dans le privé. Outre la distinction service public gratuit et prestation privée payante (excepté pour les indigents), ces services sont basés sur des logiques différentes. Selon l'hypothèse précédente, l'hôpital joue dans ce service ses valeurs que l'on pourrait qualifier d'éthiques. Le service privé est une entreprise à caractère commercial[194]. Cette mise en parallèle n'implique aucunement que le service privé ne puisse pas développer des valeurs éthiques dans son activité, elle cherche simplement à mettre en évidence les contraintes de rentabilité économique dont toute entreprise commerciale est dépendante afin de pouvoir survivre. Ces logiques différentes ont-

[192] *Ibid*.
[193] *Ibid*.
[194] Le terme « service privé » est utilisé ici d'une manière quelque peu abusive. En effet, les chambres funéraires ou funérariums dont la gestion et l'utilisation sont des missions de service public, font partie du service extérieur des pompes funèbres. Leur création ou extension est autorisée par le représentant de l'Etat dans le département. Leur gestionnaire peut être une régie, une entreprise ou une association. Toutefois, même si les entreprises sont investies d'une mission de service public, elles fonctionnent avant tout comme des entreprises commerciales.

elles pour conséquence la constitution d'une image particulière selon les domaines concernés ?

Les investigations menées au cours de cette recherche tendraient à répondre par l'affirmative, toutefois la sociologue Annick Barrau, dans son ouvrage *quelle mort pour demain ?*[195], cite des exemples de funérarium qui la conduisent à émettre une hypothèse très proche de celle développée dans cette recherche, pour le service public. Il convient donc, à travers l'histoire et l'analyse d'exemples construits, de saisir sur quels points ces services dans le public et dans le privé se rejoignent et sur lesquels ils se distinguent.

1- Histoire récente de funérariums et Athanées en France

Création des funérariums

La création officielle (à l'instigation des communes) des chambres funéraires est fixée par le décret du 27 avril 1889, Règlement d'Administration Publique pris en application de la Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles[196]. Mais, faute de techniques de réfrigération et de conservation des corps, il faudra attendre plus de sept décennies pour qu'en 1962, ouvre le premier Athanée en France (Menton). A partir de cette date, les entreprises de Pompes Funèbres et les municipalités collaborent afin de répondre à l'évolution des modes de vie urbains qui rendent indispensable le développement d'un tel programme. Les raisons invoquées de cette création reprennent le motif principal donné par le docteur Du Mesnil dans un mémoire présenté en 1879 à la société de Médecine Publique et d'Hygiène Professionnelle : il est nécessaire « d'éviter le séjour prolongé des cadavres dans les appartements exigus des malheureux et des indigents »[197]. Dans les années1960, des raisons de diverses natures viennent justifier le développement des chambres funéraires : la petitesse des logements modernes, le chauffage collectif, l'absence de place suffisante pour manipuler sans incident les corps mis en bière, les ascenseurs inadaptés pour la descente des cercueils et enfin les problèmes de place dans les

[195] Annick Barrau, *Quelle mort pour demain ?,* L'Harmattan, Paris, 1992.
[196] Voir les définitions des termes *Funérarium* et *Athanée*, étudiées p. 50.
[197] « Les services thanatologiques dans l'économie urbaine », rédaction du comité scientifique, in *Bulletin de la Société de Thanatologie*, n°3, 2ème année, 1968.

morgues hospitalières. En moins de quarante ans, le nombre de chambres funéraires en France est passé de 1 à 800 (1999)[198].

Les éléments programmatiques des chambres funéraires méritent une attention particulière dans le sens où les « innovations » apportées de nos jours dans les restructurations des morgues hospitalières sont en fait calquées sur le programme, fixé dès les années 1960, dans le service privé. En effet, outre la partie technique (une salle équipée de blocs réfrigérés ; une salle de préparation permettant les autopsies et les soins somatiques ; une ou plusieurs salles de reconnaissance des corps et locaux de mise en bière ; un double circuit technique/public ; des dégagements divers et un garage incorporé à l'édifice servant de sas discret aux ambulances et corbillards), le programme prévoit une importante partie destinée à la visite des proches, considérant notamment la question des cérémonies religieuses ou laïques.

> Les locaux accessibles aux familles et à leurs visiteurs se composent : d'une salle d'accueil dans laquelle une hôtesse spécialisée se tient à la disposition des familles ; des pièces de veille, d'attente et de repos dans lesquelles sont exposés les corps en bière, permettant ainsi aux familles de rendre hommage à leur défunt, de recevoir les visites et condoléances dans une ambiance apaisante ; une salle de cérémonie, ou chapelle omniculte pouvant être utilisée aussi bien pour la célébration du culte que pour des réunions non confessionnelles, et enfin des installations et équipements sanitaires et de confort.

L'auteur de l'article dont est issu ce programme datant de 1968 précise :

> Ces salons ou chapelles mis à la disposition des familles sont des éléments des services thanatologiques privés et facultatif, par opposition avec la chambre funéraire (aujourd'hui chambre mortuaire) «service public» [199].

Il est vrai qu'à cette époque la différence entre service public et service privé est très marquée. Ce qui constitue le « plus » du service privé n'entre pas encore dans les préoccupations du service public qui considère en premier lieu les questions d'hygiène et de circulation des flux. Le plan type d'une morgue publié en 1948 dans *L'architecture d'aujourd'hui*[200] reste valable dans les années 1960. Pour un hôpital de 50 lits, il se résume à une salle contenant une case frigorifique. Celui d'un hôpital de 100 lits s'agrémente d'un musée (des pièces anatomiques, réminiscence du

[198] Chiffre donné par la Société OGF.
[199] « Les services thanatologiques dans l'économie urbaine », *op.cit.*
[200] Plan type d'une morgue pour un hôpital de 50, 100 et 200 lits, *L'architecture d'Aujourd'hui,* n°17 « La santé publique 2 », 1948.

programme élaboré au XIXe siècle pour l'hôpital public) et d'une salle distincte servant également d'entrée du service pour l'unique case frigorifique. Enfin, la morgue d'un hôpital de 200 lits diffère de la précédente par une surface plus importante et l'ajout d'un dégagement distribuant les trois pièces. En aucun cas, est faite mention d'une partie réservée à la visite du public.
Il est étonnant de constater comment des éléments programmatiques conçus, à l'origine, dans le privé comme un confort justifiant, entre autres, le caractère payant de ce service a pu passer dans le service public qui en a changé le statut : de confort facultatif, ces éléments programmatiques passent à un soin thérapeutique destiné à faciliter le travail de deuil des survivants.

La thanatopraxie

L'histoire des funérariums est liée à la naissance d'une nouvelle pratique funéraire qui apparaît dans les années 1960 en France. La « thanatopraxie »[201], importée dans ces années là du monde anglo-saxon, est une technique relativement récente, pratiquée exceptionnellement au XIXe siècle par des savants français, dont le but essentiel est l'hygiène, le retardement temporaire de la putréfaction du corps et l'esthétique[202]. Cette technique diffère de l'embaumement pratiqué dans l'antique civilisation égyptienne puis dans bien d'autres civilisations car celui-ci visait à conserver à très long terme l'enveloppe corporelle de personnages d'un certain statut social « dans un but assez clairement métaphysique ou eschatologique, lié le plus souvent aux croyances en la métempsychose »[203].

Les techniques mises en œuvre dans la thanatopraxie diffèrent totalement de celles de l'embaumement, dans le sens où le cadavre ne subit aucune éviscération. Les cavités du corps sont purgées, le sang remplacé par un liquide conservateur coloré et l'on procède à la pose de prothèses aux endroits où le corps s'est affaissé. Ce traitement complété par un maquillage donne la possibilité de conserver le corps plus longuement, répondant ainsi aux contraintes de temps qu'impose le rassemblement

[201] Selon Annick Barrau, « c'est en 1963 que le terme de "thanatopraxie" (du grec "thanatos" : génie de la mort et "praxien" : manipuler, traiter) a été inventé par F. Chatillon qui prétendait, à juste titre, qu'embaumer signifiait "mettre dans un baume" et, donc, que cette appellation ne convenait plus aux nouvelles techniques de conservation des corps des défunts », Annick Barrau, *Quelle mort pour demain ?, op.cit*. p.16.
[202] En tête des pratiques de thanatopraxie se situent les Etats-Unis, puis le Canada, la Grande-Bretagne, et les pays scandinaves.
[203] Annick Barrau, *op.cit*.

d'une famille éparpillée ou le rapatriement parfois à de longues distances du défunt. Les soins de conservation du corps permettent ainsi de passer de maximum 18 heures (sans intervention), avec l'autorisation de transporter le corps à moins de 200 km, à 36 heures et une distance illimitée en France.

Outre les aspects purement hygiéniques et pratiques, Annick Barrau souligne en 1992, comme l'avait déjà mis en évidence Louis-Vincent Thomas en 1978, combien cette pratique rend compte de la sensibilité contemporaine de dégoût de l'altération du corps en tant que celui-ci « se présente désormais comme le « vase sacré » de la personnalité »[204]. La reconstruction de l'image d'un corps marqueur de l'individu est capitale et introduit, selon Louis Vincent Thomas, plusieurs langages possibles.

> Celui du corps revalorisé, à plus forte raison chez le non-croyant pour qui le mort n'est plus que corps inanimé ou langage-souvenir. Celui du corps présent dans son intégrité, plutôt suggérée qu'authentique sans doute, c'est à dire du cadavre-encore-humain mais sans angoisse ni haine [205].

A la fin des années 1970, Jean Baudrillard (1976), Philippe Ariès (1977) et Louis Vincent Thomas (1978) prennent position par rapport à cette nouvelle pratique importée des Etats-Unis. Jean Baudrillard est certainement le plus véhément dans ses critiques. Avec la volonté de redonner au mort un aspect vivant, se joue la perte de sa différence et donc de son possible statut social qui permet l'échange symbolique entre les vivants et le mort.

> Mort truquée et idéalisée aux couleurs de la vie : l'idée secrète est que la vie est naturelle, la mort contre nature – il faut donc la naturaliser, l'empailler dans un simulacre de vie. Il y a dans tout cela le refus de laisser la mort signifier, prendre force de signe, et aussi, derrière ce fétichisme sentimental du naturel, une grande férocité vis à vis du mort lui-même : interdit de pourrir, interdit de changer – au lieu d'être porté au statut de mort, et donc à la reconnaissance symbolique des vivants, il est maintenu comme fantoche dans l'orbite des vivants pour servir d'alibi et simulacre à leur propre vie[206].

On peut supposer que cette critique s'adresse tout particulièrement aux excès réalisés dans des mises en scènes frisant le ridicule, ce qui, selon Philippe Ariès, représente des cas exceptionnels et peu représentatifs véhiculés par la littérature et le cinéma tandis que le cas courant se contente d'une simple exposition dans une chambre

[204] Annick Barrau, *ibid,* p.26.
[205] Louis-Vincent Thomas, *Mort et pouvoir,* éditions Payot, Paris, 1978, p.116.
[206] Jean Baudrillard, *L'échange symbolique et la mort,* éditions Gallimard, Paris, 1976, p. 275.

« comme à la maison ». Philippe Ariès critique les « méthodes tapageuses » du commerce de la mort qui tirent profit des sentiments et de la situation des survivants, tout en reconnaissant l'intérêt de la création d'un espace laïque dans la ville entièrement consacré à la mort, « à une mort non plus honteuse et clandestine comme celle de l'hôpital, mais visible et solennelle »[207]. Un espace spécialisé qui permet, selon lui, de soulager l'église, l'hôpital et le domicile, du mort. Si Philippe Ariès, comme Jean Baudrillard, condamne « les aspects les plus ridicules et les plus irritants du rituel américain comme le maquillage et la simulation de la vie »[208], il reste bienveillant à l'égard de l'interprétation de ces pratiques qui se développent alors en France.

> Des «Athanées» s'installent près des cimetières, ils veulent être une maison comme les autres, qu'aucun signe distinctif ne permet de reconnaître sinon le ronronnement inhabituel de l'air conditionné, une différence avec le mode tapageur américain[209].

Si à l'instar de Jean Baudrillard et Philippe Ariès, Louis-Vincent Thomas reconnaît le caractère indiscutablement marchand (pouvant conduire à des abus) régissant les pratiques mises en oeuvre dans les complexes funéraires, il considère, contre l'opinion de Baudrillard, la thanatopraxie comme un moyen de faciliter le travail de deuil. Un cadavre, même paré d'artifices de la vie ne serait pas moins porteur de signes qu'un cadavre en voie de décomposition.

L'anthropologue souligne, tout comme la sociologue Annick Barrau, que ces soins remplaçant en quelque sorte l'ancienne toilette mortuaire, ne sont plus à considérer comme un rite d'entrée permettant au défunt, d'accéder à un nouveau statut ou une nouvelle vie selon les croyances, mais comme un rite de sortie, résolument tourné vers les survivants.

> Bien que l'individualisme moderne ait ramené le deuil à l'échelle personnelle, nous apercevons des analogies convaincantes entre les conduites traditionnelles et celles à mettre en place dans un rituel moderne laïque axé sur le respect et l'amour. C'est pourquoi la portée psychologique – et sociale – des comportements qui pourraient se développer dans les complexes mortuaires nous semble infiniment plus importante que l'intérêt hygiénique des arrangements qu'ils proposent. Déni de la mort peut-être, ou plutôt déplacement du déni car ces pratiques ne préjugent pas de la conception de la mort ; elles n'excluent pas la croyance en l'âme immortelle et l'éventualité de cérémonies religieuses mais se bornent à la sublimer, à en transcender

[207] Philippe Ariès, *L'homme devant la mort, 2 la mort ensauvagée,* éditions du Seuil, Paris, 1977.
[208] *Ibid*.
[209] Philippe Ariès, *ibid,,* p. 311.

> provisoirement l'horreur. En tant qu'elles effacent les marques répugnantes, perçues comme des signes d'agressivité macabre, elles atténuent l'effroi et la culpabilité des survivants. En tant que le mort est représenté, il devient le support sur lequel se polarisent les fantasmes et se décharge la violence qui, autrement, se retournerait, pour l'endeuillé, contre soi-même [210].

Louis-Vincent Thomas va plus loin et émet l'hypothèse que ces nouvelles pratiques pourraient être le support de conduites mortuaires réinventées, dont le funérarium serait le cadre. Il y voit la possibilité de « provoquer l'irruption d'une autre forme de sacré », où une symbolique axée sur l'homme pourrait être mise en place. La thanatopraxie destinée aux survivants « sera peut-être le point de départ d'un cérémonial laïque qui, par son pouvoir de consolation, compensera la religion perdue »[211].

2- La chambre funéraire, un « espace de vie et de culture » ?

Annick Barrau émettait l'hypothèse, en 1992, qu'émergeait une deuxième génération de funérariums axée sur une dimension culturelle au sens large. Cette hypothèse s'accorde sur bien des points avec celle développée dans cette recherche sur les chambres mortuaires du service public réalisées, pour la plupart après la parution de son ouvrage. L'hypothèse de la sociologue est d'autant plus intéressante qu'elle concerne en premier lieu la conception architecturale comme vecteur de développement de pratiques sociales.

La sociologue évacue de son hypothèse les morgues hospitalières dont l'aménagement serait souvent insuffisant d'autant que la « vocation première » des hôpitaux est d'être tournée vers la vie et non vers la mort. « Ainsi d'une certaine façon, on peut dire que le funérarium joue le rôle d'un « négatif » de l'hôpital : dans l'un, on soigne un malade, un vivant, dans l'autre on soigne un défunt, un mort »[212]. Selon Annick Barrau, l'hôpital et le funérarium tendent aujourd'hui à se rejoindre dans l'image que ces structures véhiculent :

> «Lieux de vie» en ce qui concerne les services hospitaliers (notamment les services de long séjour ou les sections de cure médicalisée), «espaces de vie» quant aux chambres funéraires ou, plus largement, pour les complexes funéraires (argument

[210] Louis-Vincent Thomas, *Mort et pouvoir,* éditions Payot, Paris, 1978, p. 127.
[211] Louis-Vincent Thomas, *ibid,* p. 131.
[212] Barrau Annick, *Quelle mort pour demain ? Op. cit.*

> central pour les professionnels les plus dynamiques). En définitive, dans les deux cas, c'est résolument la composante «vie» qui l'emporte, cette vie qu'il s'agit, à tout prix, de préserver de toute contagiosité mortifère ou de conserver contre les ouvrages de la décrépitude ; car la seule «vraie» vie ou, en tout cas, la seule «acceptable» est celle que l'on connaît, avec son enveloppe charnelle, celle d'ici et de maintenant[213].

Il est vrai que la composante « vie » est également devenue l'élément central des discours actuels concernant les chambres mortuaires du service public. On pourrait d'ailleurs préciser que cette « vie » se traduit, pour ce service par la notion de « soin », soin aux endeuillés mais aussi soin à la personne défunte. Dans le sens de cette évolution, le funérarium ne serait donc plus le négatif de l'hôpital mais un maillon de la chaîne du soin au même titre que la chambre mortuaire hospitalière, puisque la mort n'est plus opposée à la vie mais intégrée à celle-ci par l'intermédiaire du soin.

Annick Barrau distingue deux phases dans la définition du statut, comme dans la conception architecturale des funérariums. La première génération est illustrée par les funérariums de Joncherolle et de Lunéville, conçus de manière à dédramatiser l'adieu au défunt. Les aménagements volontairement sobres et rustiques sont pensés pour le confort des familles, dans le respect de leur douleur et chagrin, tout en offrant un cadre digne au dernier hommage.

Ces deux exemples sont parfaitement adaptés aux besoins d'ordre pratique. L'aspect fonctionnel du lieu tend, ici, à dominer et finalement conduit à le banaliser. Cette première génération manque d'une autre « dimension renvoyant à la manière dont les hommes d'aujourd'hui composent avec la mort »[214]. Cependant, si le cadre est critiqué, trop aseptisé pour les uns, trop anonyme pour les autres, la sociologue rappelle que ces lieux sont largement à l'image de nos attitudes contemporaines face à la mort. Toutes les enquêtes menées sur le sujet vont dans ce sens : désir de simplicité, de dignité, de discrétion, d'intimité, d'égalité, etc.

Les funérariums de cette première génération seraient « des lieux encore mal définis en attente, en quelque sorte, d'identité »[215].

A cette première étape dans la conception des funérariums succède une deuxième, marquée par une dimension plutôt axée sur le « culturel » (au sens large) que sur le

[213] *Ibid*.
[214] *Ibid*.
[215] *Ibid*.

seul « fonctionnel ». Le « culturel » selon Annick Barrau comprend ici l'art, l'art religieux, un symbolisme partagé par un groupe d'individu. Elle cite en exemple la décoration réalisée par un artiste local (R-P Gelos) de la chapelle du funérarium de Bayonne. Les peintures y sont figuratives et symboliques (cimetière typiquement basque, femme basque en cape noire, pâtre et symbole christiques de la vie et de la régénération : poissons, pain, vigne).

> C'est en favorisant l'expression artistique mais plus largement culturelle - puisqu'il s'agit en l'occurrence de renouer avec une grande tradition de l'art religieux - que le funérarium de Bayonne se charge d'une dimension plus profonde, plus « socialisée » et « socialisante »[216].

La conception du funérarium de Brive-la-Gaillarde (1990) montre également des préoccupations dépassant le strict utilitaire et tient compte des exigences émergeantes « de l'ordre de l'esthétique, de l'écologique, du symbolique et du culturel ». Ce funérarium est composé autour d'un jardin intérieur au centre duquel une fontaine en forme de barque des morts des anciens Egyptiens prend place. Une voûte centrale diffuse de la lumière naturelle. Il est possible de personnaliser avec des objets les salons de présentation. Le défunt est présenté dans une alcôve occultable et non au centre du salon. Enfin la salle de culte dont l'ambiance est douce, se veut modulable en fonction de l'assemblée.

> Image pacifiée de la mort, une mort qui aurait été, non pas évacuée, mais « diluée », « absorbée » par le vivant...[…] Et ce qui nous paraît fondamentalement ressortir de cette réalisation c'est la volonté de faire de ce lieu, tout à la fois un espace de vie et un espace de culture [217].

Au-delà d'une simple hypothèse, l'auteur va jusqu'à donner quelques préconisations quant à la conception architecturale idéale des futurs funérariums. Celles-ci vont dans le sens des projets déjà réalisés dont l'idée directrice est de contribuer à dédramatiser la mort, à la rendre plus acceptable, la réintégrer dans le «vivant»,

> Or pour que cette récupération puisse s'opérer, le plus efficace est probablement d'élaborer la nouvelle architecture en la chargeant de qualités vitales tout en marquant la présence de la mort par des représentations symboliques [218].

[216] *Ibid*.
[217] *Ibid*.
[218] *Ibid*.

On peut s'interroger sur la signification de la formulation « charger l'architecture de qualités vitales ». Comment se traduit et que représente une qualité vitale en architecture ? Si l'auteur ne précise pas ce qu'il faut faire, elle décrit ce qu'il est important d'éviter : tout ce qui rappelle un tombeau (proportions des pièces, lumière,...)

3- Des funérariums conçus sur le modèle de la grande maison bourgeoise

L'hypothèse émise dans le cadre de cette recherche pour le service public semble confirmer celle d'Annick Barrau formulée à partir de quelques exemples isolés. Toutefois, il est nécessaire de rester prudent et de relativiser le propos. En effet, les investigations menées au cours de cette recherche dans le domaine privé et les visites effectuées aux Athanées de Menton, Monaco, Nice, Saint-Raphaël, Canne, Grasse, Marseille, Gardanne et Saint Etienne[219], révèlent un paysage plus complexe.

La France comptait en 1999 environ 800 chambres funéraires dont 350 appartiennent au groupe Omnium de Gestion et de Financement/Pompes Funèbres Générales (OGF/PFG). OGF est la première entreprise privée de services funéraires en France, elle regroupe différentes marques de pompes funèbres dont PFG, Roblot, Henri de Borniol, Lamy-Trouvain, Funéroc, … Certains portent la marque PFG, d'autres des marques locales qui ont conservé le nom de leur fondateur. Le groupe gère 32 crématoriums à travers la France sur les 85 que compte le territoire français au 1er août 2000. Depuis août 1995, le groupe est devenu une filiale de SCI (Service Corporation International), leader mondial des services funéraires, implanté dans 20 pays (dont 10 pays européens) sur les 5 continents[220].

Qui pourrait imaginer, en faisant appel à la petite société funéraire locale, qu'il s'agit, en fait, dans plus d'un tiers des cas, d'un point de vente d'une entreprise mondiale dont les capitaux sont à 100% américains ? La politique commerciale du groupe s'adapte certes à la culture de chaque pays, toutefois elle véhicule une image relativement homogène qui a été construite à partir d'enquêtes réalisées auprès des

[219] Ces visites ont été effectuées en juin 2000.
[220] Chiffres et informations communiqués par la société OGF, entretien avec Sylvain Burquier, mai 2003.

familles prises en charge, de sociologues, de journalistes et des partenaires du groupe. Ces enquêtes sont à l'origine du « concept de Maison Funéraire » qui répond prioritairement à trois objectifs : recréer un lieu domestique, gommer les aspects trop techniques des établissements de ce type et leur donner un caractère chaleureux. Le concept tient tout entier dans l'appellation du lieu, qui veut se distinguer de la dénomination communément usitée de *funérarium*. Le groupe revendique les termes de « Maison funéraire » comme une marque. Le service de communication met d'ailleurs à la disposition des clients un dépliant montrant un exemple de *maison funéraire*. La *maison funéraire* de Saint Amand Montrond se présente comme un véritable pavillon de banlieue entouré d'un petit jardin, des murs recouverts d'enduit rose et une toiture à deux pentes en tuiles. *La maison* met à la disposition exclusive de la famille et des proches un salon conçu pour être personnalisable.

> Espace privé, clos et intime. Les couleurs, la lumière, évoquent l'intimité et la sérénité.[…] Le salon peut être décoré par la famille avec des objets chers au défunt ou à ses proches. La présence de repères familiers, évocations de la vie passée, favorise l'échange et la mémoire[221].

Les photographies du dépliant publicitaire présentent deux salons aux murs et sol rose saumon. Les meubles sont rustiques en bois et évoquent effectivement la domesticité. L'un des salons contient un paravent permettant de cacher si nécessaire le corps, tandis que dans l'autre salon est aménagée une alcôve qui peut être occultée par des persiennes toute hauteur en bois. Selon le concept du groupe, ces lieux ont la difficile mission de ressembler à une maison. Mais à quelle maison fait-on référence ? Manifestement le choix s'est porté sur les représentations du plus grand nombre. Un pavillon de banlieue ou de petite ville, que la plupart des Français aspirent à acquérir ou possèdent déjà. Dans cette catégorie, le choix ne s'est pas porté sur le pavillon haut de gamme, mais plutôt sur le pavillon de promoteur sensé lui-même représenter le goût du plus grand nombre. La décoration intérieure pose une réelle difficulté : comment rendre un lieu chaleureux sans le personnaliser puisqu'il s'agit d'en laisser la possibilité aux proches ? Le pari est ardu et n'offre que peu de potentialité, si ce n'est le choix des quelques éléments mis en exergue dans le dépliant : couleur, lumière et type de meuble (ce qui semble avoir été oublié dans les arguments de vente). La recherche d'une ambiance chaleureuse alliée à une nécessaire neutralité

[221] « La Maison Funéraire de St Amand Montrond », dépliant publicitaire des PFG, 2003.

ressemble à celle que certaines chaînes d'hôtels ont pu réaliser afin de plaire à une clientèle internationale. Il en résulte un lieu qui peine finalement à ressembler à une véritable maison.

Maison funéraire de Saint Amand, plaquette publicitaire, société OGF

Le parti adopté dans la conception et la décoration des Athanées du Sud de la France est différent. Ils sont conçus, pour les sociétés de Pompes funèbres les plus développées, comme la société Roblot sur le modèle de la grande maison bourgeoise dotée de petits « appartements ». Composés de deux salons contigus, ils sont décorés en fonction des prestations demandées. La décoration est toujours pensée dans le souci « de créer une ambiance douce, cotonneuse et confortable »[222]. La côte d'Azur accueille certes un pourcentage de population fortunée assez important, toutefois le type de maison à laquelle font référence les Athanées de Menton, Nice ou Monaco n'est réservée qu'à une portion congrue des plus aisés. Cette image de la maison n'est pas utilisée aux mêmes fins. Il ne s'agit pas d'assimiler l'architecture du funérarium à sa propre maison par le biais de la ressemblance mais d'offrir en quelque sorte une ultime promotion sociale devant la mort, selon les arguments des agents. Ces propos sont à relativiser car la ségrégation sociale n'y est pas absente. L'Athanée de Monaco de la maison Somotha[223] propose ainsi plusieurs formules en fonction du prix de location, allant du grand « salon d'honneur » style Louis XV avec vue dégagée sur jardin et cimetière au petit salon aveugle à la décoration sobre pour les moins fortunés.

[222] Entretien avec M. Roland, directeur de l'Athanée de Monaco, société monégasque de thanatologie Somotha le 13/06/2000.
[223] L'Athanée de Monaco constitue un passage obligé pour les personnes décédant à l'hôpital Princesse Grâce dans le sens où la chambre mortuaire de cet établissement ne possède pas de partie réservée au public.

Athanée de Monaco ; hall d'accueil, salon Louis XV, société Somotha

Athanée de Menton ; vue extérieure, accueil, société Roblot

Menton ; « appartement », salon de présentation

Athanée de Nice

Athanée de Cannes

Selon Annick Barrau, « l'exigence d'ordre symbolique, d'ores et déjà repérable dans les attentes de nos contemporains, amène en l'occurrence à puiser dans les ressources que peut offrir la création artistique [224], ce qui semble s'appliquer de manière assez juste aux projets réalisés ces dernières années dans le service public. Il est nécessaire de préciser que dans les cas cités, il s'agit de symboles mis en scène dans l'architecture. Ces symboles sont clairement d'ordre spirituel et peuvent être empruntés au domaine religieux. La tendance développée dans le secteur commercial pourrait à priori sembler relever d'une autre logique. Pourtant, la maison ne fonctionne pas ici en tant que telle mais bien comme symbole. L'architecture entière fait office de figure symbolique dans le sens où elle représente un concept, une image renvoyant à des pratiques sociales englobant la totalité des actes réalisés dans le cadre de la domesticité et non la seule veillée funèbre. Une référence rassurante à la banalité des actes du quotidien qui représente avant tout la vie.

Une différence importante démarquant le service public du privé est la complexité de la relation induite/produite entre les différentes entités en jeu. L'entreprise privée axe son activité sur une relation client/commerçant. Grâce à une analyse des besoins d'un échantillon représentatif d'une société, l'entreprise répond simplement à une demande du client, en l'occurrence les familles endeuillées. Dans le cas du service public, le nombre et la nature des destinataires de l'action sont différents. Les familles ne sont pas des clients. Et la qualité des prestations offertes par le service mortuaire est totalement indépendante de sa fréquentation. L'objectif n'est pas de retenir les familles endeuillées dans le service public, de les empêcher de recourir au service

[224] Annick Barrau, *Quelle mort pour demain ?, op.cit.*

commercial externe. Les chambres mortuaires ne se posent pas en concurrentes des chambres funéraires. Dans le service public, l'absence de relation argent contre service change l'objectif des démarches engagées. Les destinataires sont bien sûr les familles, mais également l'institution, elle-même dans un premier temps, puis la société française par effet de ricochet. C'est, en effet, l'image du service public qui se joue ici.

Au terme de cette mise en perspective historique des statuts des lieux de transit hospitaliers ou extra-hospitaliers des personnes décédées, il apparaît que ces lieux relèvent d'une certaine abstraction dans les représentations du plus grand nombre. Pour autant, ces représentations ne sont pas inexistantes et sont souvent constituées d'un amalgame d'images diffusées par la littérature et le cinéma, ou encore de constructions imaginaires d'un lieu longtemps taxé de mystère qui véhicule nombre de fantasmes associés au séjour du cadavre. Les témoignages mêmes des usagers, pourtant confrontés à une réalité construite moins effrayante, attestent de la prégnance de cet imaginaire. La multitude des désignations plus ou moins imagées, encore fluctuantes aujourd'hui dans les hôpitaux visités, marque un flou général quant à la représentation de la nature exacte de ce lieu alors que les réflexions actuelles de l'institution hospitalière s'attachent à lui donner une certaine transparence, à effacer cette image sombre liée aux sous-sols et à l'interdit, en le rattachant à la vie par l'intermédiaire du soin. Ces images, en totalité ou partiellement, sont à fortiori présentes à l'esprit de ceux chargés de concevoir une chambre mortuaire. Les projets contemporains des artistes et des architectes vont être, dans le développement suivant, l'occasion de saisir comment les concepteurs composent avec cette image complexe préexistante et la reconsidération d'un lieu marginal, aujourd'hui perceptible dans les discours sur la fin de vie et la mort en milieu hospitalier.

DEUXIEME PARTIE : NOUVELLE IDENTITE DES SERVICES MORTUAIRES A L'HOPITAL

I- SENS ET ENJEUX DE L'INTERVENTION ARTISTIQUE A L'HOPITAL

Au cœur des préoccupations que nous avons examinées en première partie, trois réalisations récentes ont particulièrement retenu notre attention. Il s'agit d'œuvres d'art réalisées par des artistes reconnus dans le monde de l'art contemporain, qui ont pour point commun de prendre en compte la dimension symbolique attachée tant à la mort et au deuil qu'aux diverses attentes spirituelles des patients et de leurs proches. Ces trois réalisations ne sont pas des œuvres rapportées à l'environnement dans lequel elles prennent place, mais touchent au bâti lui-même. Elles sont ainsi soumises aux contraintes inhérentes à l'architecture (respect d'un programme, contraintes techniques, usage, etc.).

La première œuvre est la *Salle des départs,* « restructuration » de la chambre mortuaire de l'hôpital Raymond Poincaré à Garches (1996) par l'artiste italien Ettore Spalletti (Adriana Civitarese, assistante et Guido Fanti et Bernard Ngojo, architectes). La seconde est le *Lieu de recueillement et de prière* de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille, réalisé par l'artiste Michelangelo Pistoletto et l'architecte Giorgio Ferraris (juin 2000) ; et enfin la troisième œuvre est l'*Oratoire* de l'hôpital Bretonneau à Paris, conçu par l'artiste Pierre Buraglio (avec Fabrice Pilorgé, architecte) avec le concours du cabinet d'architecture Valode et Pistre (octobre 2001). Les établissements qui accueillent ces œuvres sont des lieux où les questions de la mort et de la spiritualité sont particulièrement aiguës. La chambre mortuaire de l'hôpital de Garches reçoit, en effet, nombre de personnes décédées d'accidents de circulation, l'Institut Paoli-Calmettes est un centre régional de lutte contre le cancer et l'hôpital Bretonneau est un établissement gériatrique.

Nous chercherons à saisir, à travers l'analyse des ces trois projets, quelles sont les significations données par les artistes et à dégager les enjeux et contraintes qu'ils représentent au sein de l'institution curative. Comment sont appréhendées la mort et la religion par les artistes ? Que révèle le choix de ces artistes ? Dans quelle mesure le recours à l'intervention artistique, à l'échelle de l'architecture et non pas comme simple effet décoratif, est-il susceptible de constituer un véritable mode opératoire ? Quelle réception, pour le monde hospitalier comme pour les usagers, connaissent ces œuvres ?

A- Un contexte propice

1- Les artistes et la société

L'une des premières questions soulevées par ces réalisations concerne la signification du recours à un artiste pour des réalisations traditionnellement confiées à des architectes ou plus rarement à des designers. En quoi l'intervention artistique apporte-t-elle une réponse plus satisfaisante qu'un projet architectural ? Que révèle ce recours sur les images actuelles des l'artiste et de l'architecte ?

Si l'intervention d'un artiste reconnu internationalement dans des lieux encore situés en marge de l'institution curative, reste exceptionnelle, notons toutefois que le terrain d'action des artistes a fortement évolué ces quarante dernières années.
En effet, depuis les années 1960, nombre d'artistes ont investi l'espace public et l'architecture comme terrains d'expérimentation. Les exemples sont multiples et touchent des échelles très différentes. Certains comme Jean-Pierre Raynaud (maison à partir de 1973), Yaacov Agam (environnement pictural total pour un salon de l'Elysée en 1972) ou Niele Toroni (intervention au château de Rivoli, 1984) investissent le terrain des architectes. D'autres s'installent dans la ville comme Ben (magasin, de 1958 à 1972), Gérard Fromanger (série de sculptures soufflées montées rue d'Alésia en 1968), ou encore le collectif composé de Claude Viallat, Patrick Saytour, Daniel Dezeuze et Bernard Pagès (exposition de toiles, bannières, banderoles sur les bâtiments du village de Coaraze en 1969). L'exemple le plus fréquemment cité dans les revues d'architectures[225] est certainement Daniel Buren dont les œuvres deviennent des interventions pensées en fonction des lieux d'exposition ou de leur environnement immédiat (affichage sauvage dans la ville de Berne en 1969 ; le corridor-scope en 1983, les deux plateaux au Palais Royal en 1985, etc.). Enfin, le projet urbain ou le paysage deviennent l'échelle d'intervention d'artistes comme Malaval (projet de réaménagement du parc de Saint-Cloud en 1964-1965) ; Noel Dolla (pastilles de 30 mètres de diamètre sur une plage de Nice en 1980) ou Dani Karavan (axe majeur de Cergy-Pontoise, 1986).

[225] Selon le dépouillement des revues d'architecture de 1990 à 2004 que nous avons réalisé (*L'Architecture d'Aujourd'hui ; Technique et architecture ; Architecture intérieure Cree ; d'Architecture ; Architecture Mouvement et Continuité)*

Que les démarches de ces artistes partent du « contenu » ou du « contenant », comme les expériences du Land Art américain, tous mènent une réflexion sur l'interdépendance de l'objet et du contexte dans lequel il est présenté. Cette question n'a cessé depuis, de susciter de l'intérêt chez un nombre toujours plus important d'artistes à l'intérieur de l'Institution muséale comme à l'extérieur, habituant un public plus grand à côtoyer l'art dans la vie quotidienne. Les récentes publications font ainsi l'état, en fonction des lieux auxquels sont destinées les œuvres, de ces recherches spatiales : les installations dans l'Institution muséale, l'art et la ville ou encore l'art et le paysage[226].

Ces artistes, loin de faire partie de la catégorie que Catherine Millet nomme « dissidents » (marginal, maudit, schizophrène, etc.), appartiennent plutôt à celle des artistes « organiques » (artiste-architecte, décorateur, créateur de l'art total) qui démontrent leur capacité, au même titre que les autres concepteurs à répondre à la commande publique[227].

Par ailleurs, depuis sa création en 1936, les formes prises par le 1% artistique ont beaucoup évolué, de l'œuvre comme élément rapporté à un environnement déjà constitué, à l'intégration progressive des artistes à la conception des projets. L'œuvre d'art n'est plus la « cerise sur le gâteau ». L'environnement devient de plus en plus souvent le sujet même de l'œuvre d'art. L'ouvrage *Penser la ville par l'art contemporain* dirigé par Ariella Masboungi fait ainsi l'éloge d'opérations publiques ayant intégré des artistes : transformation des sites industriels de la Ruhr en paysage culturel, reconquête de la baie de Cardiff, revalorisation de la ville de Barking & Dagenham dans la banlieue de Londres, conception des stations du tramway de Strasbourg, etc.

L'évolution des terrains d'intervention des artistes est également à mettre en parallèle avec celle du métier d'architecte. La crise d'identité que connaît la profession

[226] Pour l'institution muséale :

50 espèces d'espaces, oeuvres du Musée National d'art moderne, catalogue d'exposition, Paris / Marseille, Centre Pompidou / Musées de Marseille, 1998. *Installations, l'art en situation,* N. de Oliveira, N. Oxley, M. Petry, Thames & Hudson, Singapour, 1997. *Installations II, l'empire des sens,* N. de Oliveira, N. Oxley, M. Petry, Thames & Hudson, Paris, 2003.

L'art et la ville :

Penser la ville par l'art contemporain, Ariella Masboungi (Dir.), éditions de la Villette, Paris, 2004.

L'art et le paysage :

Œuvre et Lieu, A.-M. Charbonneaux et N. Hillaire, Flammarion, Paris, 2002.

[227] *L'art contemporain en France,* Catherine Millet, Flammarion, 3e édition, Paris, 1994.

d'architecte depuis les années 1960 s'exprime pour une part par le clivage des compétences du maître d'œuvre entre esthétique et technique[228]. Ce clivage est clairement perceptible dans les revues d'architecture dont l'actualité est constamment occupée par quelques grand noms de l'architecture qui, à l'instar des grands couturiers, ont une aura d'artiste. Le récent rapport du Sénateur Yves Dauge fait quant à lui le constat d'une profession marquée par une diversité des métiers de la maîtrise d'œuvre et qui se précarise globalement[229].

L'art comme plus-value

Les publications sur l'interdisciplinarité art/architecture/urbanisme/paysage contribuent largement à véhiculer l'image de l'artiste désormais seul à pouvoir interpréter le monde. Celles-ci mettent en évidence une vision des maîtrises d'ouvrage qui considèrent l'art comme un moyen d'apporter une valeur ajoutée à des projets d'échelles très différentes, y compris en ce qui concerne le lien social.

L'artiste est décrit comme ayant les capacités de montrer le monde, d'interpeller la conscience, de critiquer, de révéler, de repérer, de signaler, de créer des parcours, de relier les lieux, de fabriquer l'espace public, d'intervenir sur l'émotion et sur l'essence des choses, de rendre visible l'invisible, de requalifier, de vendre un rêve, de construire un imaginaire… Autant d'approches qui seraient absentes dans le mode de production de la ville moderne, dont les concepteurs resteraient « embourbés » dans les carcans techniques et administratifs. Cette vision de l'artiste peut parfois, lorsqu'elle sort l'intervention artistique de la réalité de production d'un projet, attiser les querelles de disciplines, notamment quand elle compare les qualités des artistes et d'autres concepteurs au regard de critères de jugement très différents. Gilbert Smadja affirme ainsi que « les artistes construisent un acte de dévoilement du monde, une vision et non des objets contrairement aux architectes qui sont d'abord dans le faire »[230].

---

[228] Silvio Melhado et Eric Henry, « Management de projet, qualité et compétences des architectes », dans *Interprofessionnalité et action collective dans les métiers de la conception,* Cahiers Rameau 2, éditions de la Villette, Paris, 2001.

[229] *Rapport d'information fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles sur les métiers de l'architecture,* par M. Yves Dauge sénateur. Rapport du Sénat n°64, annexe au procès verbal de la séance du 16 novembre 2004.

[230] Gilbert Smadja, cité dans *Penser la ville par l'art contemporain,* Ariella Masboungi (dir.), Paris, éditions de la Villette, 2004, p.85.

C'est sans doute ces visions respectives de l'artiste et de l'architecte qui ont guidé le choix du docteur Paraire[231], initiateur de la restructuration de la *Salle des départs*. Celui-ci désirait apporter un peu de réconfort aux familles en deuil, « rénover, mais aussi humaniser la *Salle des départs*. Il fallait pour cela, aller bien au-delà de ce qui existait, de ce qui pouvait être réalisé dans le cadre d'une restructuration. Il fallait l'intervention d'un créateur, d'un artiste, dont la sensibilité reconstruise un lieu permettant de soutenir et d'aider les gens dans leur peine, de respecter pleinement la mémoire des morts. »[232] Pour cela, il fait appel au programme des *nouveaux commanditaires* de la Fondation de France que nous examinerons plus loin. François Hers, créateur et responsable de ce programme suggère alors au docteur Paraire de recourir à un architecte. Pourtant le médecin soutient son désir de faire intervenir un artiste.

2- Interventions artistiques en milieu hospitalier

L'art est sorti depuis bien longtemps des musées et des institutions comme l'Assistance Publique, qui n'ont pas traditionnellement vocation à l'accueillir, ont adopté depuis quelques années une politique d'acquisition d'œuvres. Nous ne sommes désormais plus étonnés de croiser une *Nana* de Niki de Saint Phalle eu détour d'un couloir de l'hôpital Robert Debré, ou encore un *Pot de fleur* monumental de Jean-Pierre Raynaud au beau milieu de la rue intérieure de l'hôpital européen Georges Pompidou. La démarche n'est pas uniquement française et certains hôpitaux, comme les hôpitaux universitaires de Genève, sous l'impulsion de Jacques Boesch, leur responsable des Affaires Culturelles, pourraient laisser croire au visiteur étourdi qu'il n'est pas venu à l'hôpital mais bien dans une immense galerie d'art contemporain. La somme d'œuvres exposées y est considérable et les lieux d'expositions pour le moins étonnants. S'il est presque convenu de contempler des œuvres dans les halls d'accueil, couloirs, salles d'attentes des services, il est plus surprenant de découvrir des fresques murales dans les galeries techniques en sous-sol de l'hôpital ou encore des toiles originales près des quais de déchargement des

[231] Le docteur Paraire est responsable avec le professeur Durigon du service anatomo-pathologie de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches.
[232] François Paraire, « Création » dans *Ettore Spalletti, Salle des départs,* éditions de la Galleria Massimo Minini, Brescia, 1997.

marchandises. L'ensemble des ces œuvres (toujours originales) est exposé sans accroche de sécurité dans plus grande confiance.

Il n'existe pas encore d'équivalent en France, toutefois l'art à l'hôpital constitue un sujet d'actualité à en croire le colloque *Hôpital, architecture, art contemporain,* qui s'est déroulé les 25 et 26 novembre 2004 à Lille[233]. Les organisateurs de ce colloque proposaient à des maîtrises d'ouvrage potentielles une réflexion sur le sens d'un projet culturel à l'hôpital et sur l'élaboration d'outils de réalisation de ces actions : cadre, études préalables, etc. Parmi les oeuvres d'artistes ou d'architectes citées[234], a été présenté par Pierre Poulhes l'hôpital mère-couple de Purpan (CHU Toulouse) réalisé par Pierre Riboulet en 1994. Cette présentation illustre de manière évidente l'état d'esprit du colloque. En effet, l'architecte conclut celle-ci par la projection de la photo d'une sculpture disposée dans le hall de l'hôpital. Cette image, quasiment non commentée, montrée d'une manière ironique, semblait signifier le manque d'envergure de ce type d'installation artistique à l'hôpital, et son aspect totalement dépassé. La réaction très positive de l'auditoire est venue conforter, dans une certaine complicité, la conclusion de l'architecte, conférant à cette démarche un caractère ridicule, et signifiant que le sujet de ce colloque s'intéressait non plus à des œuvres rapportées mais, avec évidence, à des œuvres à l'échelle de l'architecture.
Les trois œuvres que nous allons analyser plus précisément prennent donc place dans un contexte propice à l'émergence de projets d'envergure confiés à des artistes dans le but d'apporter une réponse originale à des questions sensibles de société. Notons toutefois que ces trois œuvres ont largement contribué à cet état de fait, ce qui permet de supposer une bonne réception de ce type de projet chez le public, comme au sein de l'institution hospitalière. Au regard des opérations postérieures, le projet de la *Salle des départs* fait, en 1993, figure d'expérimentation. La direction de l'hôpital, à laquelle le docteur Paraire soumet ses idées, refuse dans un premier temps de financer le projet. Il s'adresse alors au programme des *nouveaux commanditaires* de

[233] Ce colloque était organisé par des représentants du Ministère de la Culture et de Communication (Direction de l'architecture et du Patrimoine, Délégation aux arts plastiques), du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (Délégation au développement et aux affaires internationales, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), et de la Délégation régionale des Affaires Culturelles Nord/Pas de Calais

[234] Parmi les interventions citées : celle de Katsuhito Mishikawa dans la cour d'honneur de l'hôpital Claude Huriez (CHU de Lille), celle de Cécile Bart pour l'hôpital Saint Joseph- Saint Luc à Lyon, la *Salle des départs* de l'hôpital de Garches, le *Lieu de prière et de recueillement* de l'Institut Paoli-Calmettes, l'hôpital Bretonneau.

la Fondation de France qui représente une maîtrise d'ouvrage / maîtrise d'œuvre relais répondant précisément à ce type de demande.

3- Le programme des *nouveaux commanditaires*

En 2001, François Hers, promoteur de ce programme, lancé en 1991 au sein de la Fondation de France, rédige *Le protocole*[235] : Ensemble des règles fondant ce nouveau modèle d'économie politique de l'art qui vient non pas supplanter les différents acteurs actuels de l'art contemporain, mais compléter le système en proposant une formule plus souple et adaptable à chaque cas particulier. François Hers est à l'origine un artiste photographe qui débute sa carrière à la fin des années 1960. *Le protocole*, utilise un vocabulaire qui appartient au domaine juridique et législatif. Il est rédigé à la manière d'un manifeste politique. Celui-ci exhorte la société à reconsidérer le statut de l'art, à le regarder comme un élément fondateur de la construction de la culture. Il s'agit de changer la perception qui voit « l'art comme un investissement secondaire par rapport au développement économique, la santé ou la défense ». Selon l'auteur, dans une société en mutation où nos manières d'appréhender le réel s'uniformisent, l'artiste offre des formes d'émancipation inédites dont les exigences aident à fonder le jugement. Se fait alors jour la nécessité de reconnaître les fonctions de l'art.

Le discours de François Hers concerne autant l'art que la société d'une manière générale, car sa proposition se conçoit uniquement dans une « société-citoyenne » ou chaque membre du corps social participe à la construction de la « cité ». Le nouveau commanditaire est donc avant tout un « citoyen ». Il détient « la légitimité d'assumer la responsabilité » d'une commande d'œuvre d'art au même titre que l'Institution qui « n'est plus seule, avec le marché, à être le juge social de ce qui peut être qualifié d'art ou non ». La seule appartenance à une société démocratique suffit à octroyer au citoyen les prérogatives nécessaires à une telle entreprise. En cette qualité et grâce à sa « conviction », il est à même d'effectuer un « travail de reconnaissance des nécessités individuelles et collectives ». Mais aux droits sont corollaires les devoirs. Et le commanditaire-citoyen « s'engage » et se doit « d'assumer l'apparition et l'inscription de l'œuvre dans sa communauté ». Il est d'autre part appelé à dialoguer avec l'artiste pour inventer avec lui « une valeur d'usage de l'art contemporain ».

[235] François Hers, *Le Protocole,* Les presses du réel, Dijon, 2002.

Le médiateur est un expert en matière d'art et met en jeu sa responsabilité de connaisseur. Il « agit au nom de l'intérêt général » en assumant le rôle de « producteur d'art en nom collectif ». Son rôle est « d'établir un contrat », de fédérer, de gérer les différentes sources de financements, et de faire respecter les conceptions de chacun.

Le troisième acteur principal de la trilogie, l'artiste, doit quant à lui trouver « les voies pour s'engager dans les affaires de la cité ». C'est de lui qu'est né ce programme; la nécessité ressentie par bon nombre d'artistes, depuis les années 1960, de s'affranchir d'une situation autoréferentielle, de sortir des musées et de conforter le statut de l'art « en lui rendant une légitimité dans la société » en tant que moyen privilégié d'une critique sociale constructive.

Le protocole s'attache à développer en priorité l'idée de replacer l'art contemporain au cœur d'un nouveau type de relations avec la société. Cette dernière est avant tout marquée, selon François Hers, par son régime politique. « La production d'œuvres est le terrain d'action qui permet de concrétiser le plus simplement l'ambition démocratique ». Cette citation résume parfaitement les priorités de ce programme. Pourtant, *Le protocole*, en insistant largement sur le rôle de l'art et sur le caractère politique de la société en vient quasiment à occulter les questions auxquelles sont censées répondre les interventions d'artistes. « Les nécessités individuelles et collectives » restent pour le moins assez abstraites. Seule l'inscription de ce programme au sein de la Fondation de France nous donne quelques indications : « La Fondation de France est la première institution qui se soit sentie concernée. Créée en 1969, à l'instigation d'André Malraux pour développer le mécénat en France dans des domaines tels que la culture, la santé ou l'économie solidaire, cette fondation a reçu pour mission d'être à l'écoute de questions de société peu ou mal résolues et d'y apporter des réponses adéquates. »[236]

Il est important de souligner les priorités et les préoccupations premières de François Hers qui sont avant tout liées à la valorisation de l'art contemporain dans une relation différente de celle qui la cantonne au musée et au marché de l'art. Ces préoccupations ont été associées dans un deuxième temps à celles de la Fondation de France qui par « sa longue expérience de la médiation en prise directe avec les besoins de la société, son choix de l'innovation, comme son indépendance [présentait] autant d'atouts pour

[236] *Ibid*.

aborder sans a priori la diversité des enjeux culturels contemporains et favoriser l'émergence, sur la scène de l'art, d'acteurs et de pratiques hors cadre »[237].

Les préoccupations premières et parallèles de François Hers et de la Fondation de France expliquent la diversité des projets développés qui font valoir, selon le cas, les unes ou les autres. Toutes reposent sur la plus-value symbolique qu'apporte l'œuvre d'art pour la revalorisation de lieux de natures et d'échelles très différentes.

Cependant, les questions de société que sous-tendent les projets n'ont pas toutes la même gravité. Ainsi, parmi la centaine d'œuvres réalisées à ce jour selon ce mode opératoire, se démarquent quelques projets traitant de questions sociales sensibles (c'est le cas de la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré, du *Lieu de recueillement et de prière* de l'Institut Paoli-Calmettes ou encore du relais parents-enfants de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelonne) de ceux cherchant à requalifier une partie du patrimoine architectural ou du territoire dans un but touristique ou de réintégration d'un bâtiment dans la vie de la cité[238].

Depuis 1991, le programme compte 172 projets (achevés, en cours ou suspendus). Dans sa récente recherche, Emmanuel Negrier dégage quatre champs de questionnement : *équiper* (avec la finalité de développement économique par le biais de l'intervention artistique) ; *valoriser* (requalification, mise en valeur d'un lieu, d'un patrimoine) ; *identifier* (d'un lieu, d'une identité, d'une mémoire) et *relier* (pallier à un dysfonctionnement, recréer un lien social)[239].

Si les projets soulevant des questions sociales sensibles entrent dans le cadre général du programme des *nouveaux commanditaires*, ils font cependant figure d'exception au regard de l'ensemble des projets réalisés. Les buts exprimés à travers *Le protocole* sont ambitieux. Il propose de faire de l'utopie démocratique une œuvre en soi et cherche à initier, d'une manière générale, une nouvelle étape dans l'histoire de l'art.

[237] *Ibid*.
[238] Voir à ce propos le dossier spécial « L'aventure des nouveaux commanditaires », *Beaux-Arts magazine*, *op.cit*.p.19.
[239] Emmanuel Négrier, avec la collaboration de Laura Michel et Dorothée Yaouanc, *Projets d'artistes et médiation territoriale, le programme des nouveaux commanditaires,* rapport pour la Fondation de France, mai 2005.

B – L'art, l'hôpital et la mort : La Salle des départs

1- Matérialité / spiritualité

En 1993 se forme le projet, à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, de rénover et de restructurer le laboratoire d'anatomie pathologique et de médecine légale. Les travaux portent, dans un premier temps, sur une réfection et une mise aux normes des locaux techniques confiées à l'architecte Henri Milhau. En fin de ce premier chantier, le docteur François Paraire, responsable du service avec le Professeur Michel Durigon souhaite poursuivre la réfection par celle de la partie accueillant le public. Il s'agit d'« l'humaniser » la *Salle des départs*, dont la décoration date de la construction de l'hôpital en 1935. Celle-ci semble, selon le docteur François Paraire, trop « fonctionnelle, mortuaire, dirons-nous, avec un dallage en damier noir et blanc, qui ne faisait que souligner sa fonction»[240]. Le chef de service était « personnellement attristé de constater que, le plus souvent, ces lieux sont négligés, situés à l'écart de nos hôpitaux, ne permettant que de pauvres et hâtives cérémonies, [pourtant] c'est une grande et belle tradition médicale que d'aider les familles et les proches à affronter avec humanité le deuil »[241].

Le service d'anatomo-pathologie et la chambre mortuaire sont rassemblés dans un bâtiment indépendant datant des années 1930, cube de pierre meulière et d'enduit rose et blanc, situé à une extrémité de l'hôpital.

L'entrée par une porte vitrée, constitue une véritable limite entre le monde extérieur et le monde intérieur. La sensation immédiate est celle de plonger dans un espace dont les repères spatiaux sont brouillés par la couleur. Murs, sol et plafond sont bleus outremer d'une nuance proche d'un bleu Klein. Quelques touches de rose appliquées en transparence à même le mur en un « tableau » figurent la projection de formes géométriques, ce qui accentue l'impression que la surface des parois possède une certaine profondeur. Les arêtes des plans horizontaux et verticaux semblent comme effacées. D'où une perception confuse de ces repères habituels : entre murs et plafond, une corniche arrondie, et entre sol et murs, pas de plinthe. Un examen plus

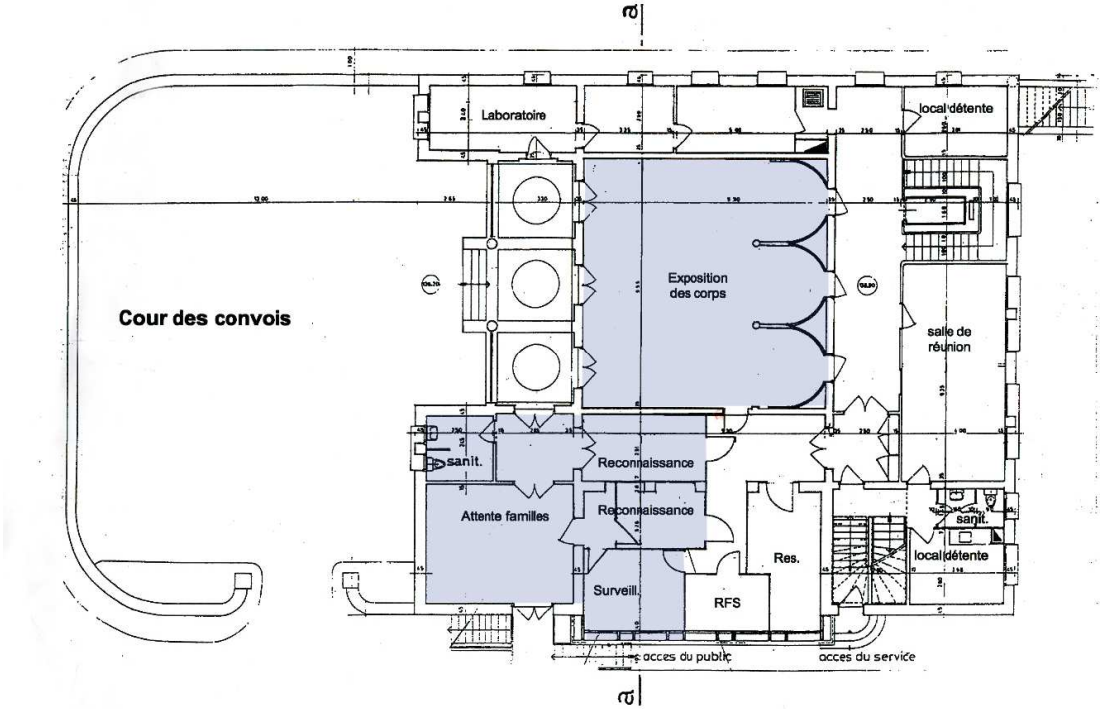
[240] Le docteur François Paraire et le professeur Durigon, chefs du service, sont à l'origine du projet. Propos de François.Paraire, « création » dans *Ettore Spalletti, Salle des départs*, éditions de la Galleria Massimo Minini, Brescia, 1997.

241 François Paraire, *Salle des départs, chronique d'une commande en île de France*, Fondation de France, octobre 1996

attentif permet pourtant de remarquer une fine ligne métallique qui file à dix centimètres du sol et révèle une plinthe en creux.
La reconnaissance des personnes décédées s'effectue dans un salon à double entrée où est exposé le corps dans son cercueil. Ici, deux petites pièces aveugles et bleues, en parfaite continuité avec l'accueil. Le sol de résine semble se glisser sous les portes tel un liquide qui inonderait l'ensemble des lieux. Au regard du volume de l'accueil, l'espace s'est rétréci. Le faux plafond surbaissé dédramatise l'espace et intègre l'ensemble de l'éclairage. La lumière diffusée depuis son léger décollement vient lécher les murs tandis que des alignements de petits spots encastrés complètent le dispositif.
Le départ du corps s'effectue, quant à lui, dans la pièce principale du service. Les proches patientant dans la salle d'attente, sont invités à quitter quelques instants ce monde intérieur. Un bref passage à couvert le long de la cour des convois pour replonger une fois encore dans l'univers bleu de la salle principale. Cette fois l'espace se dilate totalement. De plan presque carré, la salle d'une surface de quatre-vingt-dix mètres carrés et d'une hauteur de plus de cinq mètres, présente, face aux trois doubles portes ouvrant sur la cour, trois absidioles voûtées. En leur centre, trois catafalques inamovibles, trois socles bleus recouverts d'une plaque de marbre blanc. Autant de touches de lumière qui attirent l'attention, tout comme cet énorme vase de marbre blanc dont la position casse la symétrie de la composition. A l'intérieur de ce vase de petites maisons de type Monopoly plantées sur des tiges, bougent au gré du mouvement d'une eau bouillonnante. Ailleurs, un autre élément hors symétrie figure l'eau : une tache noire au sol, en marqueterie de granit.
Seraient-ce les proportions de ce volume, la présence des absides évoquant l'architecture religieuse, la symétrie de la composition, la sobriété des éléments architecturaux (trois arcs cintrés appuyés sur des colonnes doriques simplifiées), la lumière naturelle provenant d'impostes vitrées, ou leur association qui crée cette ambiance si particulière ? Le fait est qu'il existe ici une atmosphère qui pourrait être qualifiée de cérémonielle.

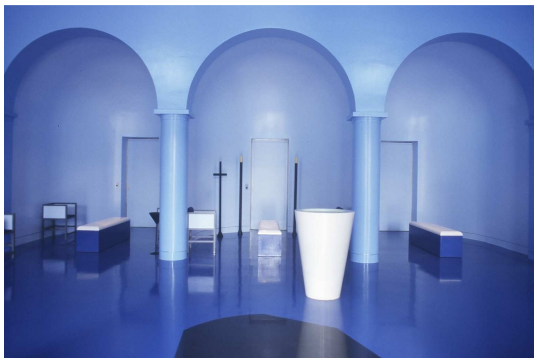
Outre la mise en couleur de l'espace recevant le public (sans aucune transformation du bâti existant) et les éléments sculpturaux précédemment cités, l'intervention de l'artiste comprend la réalisation de trois fresques, deux ensembles de panneaux laqués roses, de trois catafalques, de quatre vases de marbre colorés, et la création de

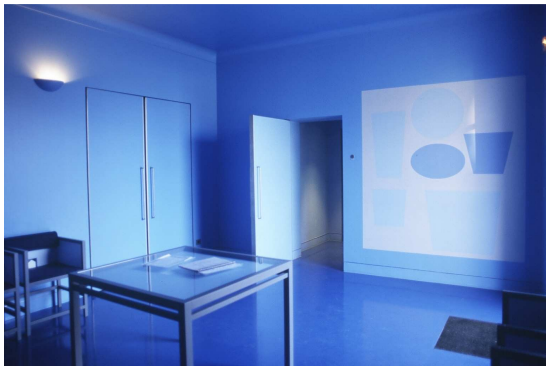
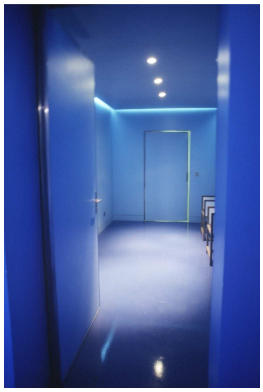
mobilier et d'objets cultuels (un crucifix, deux bougeoirs).



Plan de la *Salle des départs*, intervention d'Ettore Spalletti sur la partie recevant du public

Vue extérieure, la Salle des départs avant intervention et maquette d'Ettore Sapletti



Haut : La grande Salle des départs

Bas : fontaine, accueil des familles et salon de présentation

L'œuvre d'Ettore Spalletti, qui s'inscrit dans une recherche plus générale d'une alternative aux références religieuses traditionnelles, nous questionne sur la nature de son contenu. Ettore Spalletti affirme que la mort devait être abordée dans le respect de toutes les convictions et pas uniquement d'un point de vue religieux. Pour cela il opère un déplacement qui s'attache à la création d'une sensation associée à l'expression d'une idée.

> Je devais aborder ce problème d'un point de vue strictement formel et traiter la gravité et le poids de la mort à travers l'absence, la suspension du temps et la pureté de l'espace métaphysique. Je désirais créer un espace délesté de toute émotion, de toute douleur et de toute déchéance pour ramener l'idée de la mort à sa pureté formelle, l'épurer et la libérer de toute relation avec le sentiment tragique de la vie.[242]

Le propos de l'artiste consiste à priver le tragique de la mort de sa réalité très concrète (particulièrement aigu dans une chambre mortuaire) pour lui substituer une idée plus abstraite de la mort. Si le discours de l'artiste met en évidence une volonté de répondre à la question de la mort par une interprétation se situant au-delà des références religieuses, notons que les thèmes qu'il aborde sont particulièrement adaptés à l'interprétation religieuse : la question de l'écoulement du temps, de sa suspension par la mort, de l'éternité ; du passage dans une dimension qui échappe à la réalité ; de la mise en relation, par des couleurs symboliques, de la Terre et du Ciel. La création d'un autre monde à travers la modification de la perception de l'espace est l'élément le plus significatif du projet.

> J'ai tout de suite pensé à un parcours à travers la modulation des couleurs : partir du vert, couleur terrestre, pour aller vers l'azur, couleur froide et pure, à la fois brute et transparente. L'azur, en soi immatériel, dématérialise tout ce qui l'entoure, ôte au temps l'idée même de sa durée, de son inexorable écoulement et de sa dissolution imprévisible. L'azur contient et fige son essence intangible et perpétuellement renouvelée, l'espace expire dans un soupir éternel. L'azur soulage la matière de son poids et lui restitue une profondeur inestimable. Alors que la couleur féconde sa propre et intime réalité, la géométrie, bien qu'utilisée rigoureusement dans toutes ses lignes et son intégrité acerbe, se corrompt au contact de l'atmosphère impérieuse de la couleur : sa rigidité plie et se déplace de façon ambiguë sur un plan métaphysique.[243]

[242] Entretien avec Ettore Spalletti réalisé par Catia Riccaboni, dans *Ettore Spalletti, Salle des départs*, *op.cit*, p.171.
[243] *Ibid*.p.172.

S'il est une notion pour le moins originale dans l'art contemporain, c'est celle de la beauté. Ettore Spalleti convoque en effet cette notion lorsqu'il affirme que « l'on ne peut échapper à la réalité de la mort que par le truchement de la légèreté pure et fragile de la beauté»[244]. A propos des qualités que doit rassembler la conception d'une chambre mortuaire, Pierre Riboulet évoque également la beauté. D'une manière analogue à Ettore Spalletti, les propriétés intrinsèques de l'espace sont alors, pour l'architecte, le moyen de sublimer la fonction du lieu.

2- Choix de l'artiste par le médiateur

Pour chaque projet du programme des *nouveaux commanditaires*, le choix de l'artiste est effectué par un médiateur compétent en matière d'art contemporain et connaissant les exigences de la commande publique. Ce choix est aussi important que le sens que les artistes souhaitent donner à leur œuvre. Il dépend de la culture et des goûts de chaque médiateur. Ce dernier apporte donc sa propre interprétation tout en restant à l'écoute des demandes des commanditaires.

Pour l'hôpital de Garches, les commanditaires souhaitaient créer un lieu ouvert aux personnes de toutes origines, de toutes religions sans prédominance de l'une d'entre elles, sans signe, un endroit de sérénité susceptible de soutenir les endeuillés. Sans se consulter, les deux médiateurs pensent immédiatement à Ettore Spalletti. Contrairement à la situation habituelle, ils proposent un artiste supplémentaire : l'Anglais David Tremlet qui travaille à partir de pigments ocres et terre. A l'occasion d'une réunion à la DRAC Ile-de-France, les commanditaires sont « séduits par la dimension transcendantale du travail de l'artiste italien »[245].
Selon Catia Riccaboni, le choix d'un artiste italien n'est pas anodin tant l'Italie est associée à la religion et l'art. La médiatrice avait eu quelques années auparavant une « expérience physique » avec l'œuvre de Spalletti au Musée d'Art moderne de la ville de Paris. Elle avait eu « l'impression d'être en apesanteur par ce moment de couleur, de l'ordre du physique et de l'émotion »[246]. Elle fait immédiatement fait la corrélation

[244] *Ibid*.p.172.
[245] Selon les termes du docteur François Paraire. Entretien avec le docteur Paraire, 15 janvier 2004.
[246] Entretien avec Catia Riccaboni – Médiateur pour la salle des départs de l'hôpital Raymond Poincaré. 14 février 2003.

entre le travail de Spalletti et les demandes des médecins. Les formes que l'artiste utilise, les urnes, ont, selon elle, un étroit rapport au sacré.

Si la signification des œuvres revêt une importance particulière dans une situation inédite de remise en question de la situation antérieure, il apparaît que cette signification dépende finalement plus du médiateur que des commanditaires. Leur accord est bien sûr requis pour le choix définitif de l'artiste, toutefois, en tant que non spécialistes face à des professionnels compétents en matière d'art, ils n'ont en définitive que le choix réduit des artistes proposés. Même si le projet final résulte d'une collaboration entre maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage, il reste néanmoins largement marqué par le choix initial de l'artiste.

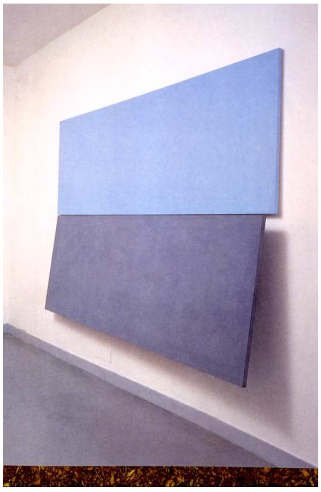
3- L'œuvre d'Ettore Spalletti

La *Salle des départs* est le premier projet pérenne que réalise Ettore Spalletti. Les critiques d'art aiment à évoquer, au sujet de son travail, des artistes comme Fra Angelico, pour ses perspectives atmosphériques ou comme Piero Della Francesca, pour la géométrie sensible de volumes solides[247]. Ettore Spalletti ne tient pas à entrer dans la catégorie des artistes d'avant-garde et évoque des préoccupations proches de la tradition de l'art. Daniel Soutif met ainsi l'accent sur une interrogation de l'artiste concernant la nature de la beauté et un écho, à travers sa production, « des anciens débats des artistes et de leurs théoriciens au sujet de l'intelligible et du sensible. »[248]
Le critique d'art averti ou le simple amateur ayant eu l'occasion d'approcher de près une œuvre de Spalletti ne peut qu'évoquer la sensation d'espace et d'atemporalité qui se dégage de la matière des œuvres de l'artiste, et ceci sans aucun discours. Les formes quotidiennes qu'il utilise comme le vase, la colonne, le disque, l'amphore, ne visent pas, selon Giacinto Di Pietrantonio, « à la représentation, ni la capacité de décrire, mais l'essence du vase, de l'amphore, de la bassine. »[249]. Ces formes sont le support d'une géométrie élémentaire qui évoque l'atemporalité ; ellipses, trapèzes, ronds, carrés, cylindres, sphères, cônes. Ces formes, qu'elles soient travaillées en deux ou trois dimensions, ne prennent pas le statut clairement déterminé de peinture

[247] Suzanne Pagé, *Ettore Spalletti,* MAM de la Ville de Paris, 1991.
[248] Daniel Soutif, *Ettore Spalletti, ibid*.
[249] Giacinto Di Pietrantonio, « Esposizione Universale », in *La Salle des départs,* Galleria Massimo Minini, Brescia, 1997

ou de sculpture. Elles se situent à mi chemin, tant la densité de la matière travaillée par l'artiste confère une profondeur aux surfaces planes[250]. Les surfaces traitées de la main de l'artiste acquièrent un caractère poudreux par un travail de polissage. Celui-ci exalte la luminosité des surfaces colorées (bleues azur, roses, gris, vert…) qui vibrent et se nuancent au gré des variations de la lumière qu'elles reçoivent. « Ce faisant, il s'opère un effet de dématérialisation de ces solides, qui semblent perdre en gravité ce qu'ils gagnent en profondeur de surface »[251].

Si le rapport à l'espace et au temps est entièrement contenu dans la matière même des œuvres de Spalletti, il est également perceptible dans les installations de l'artiste dans les institutions muséales ou les galeries d'art. On ne peut qu'être frappé, dans ces installations sur le jeu opéré entre l'œuvre et l'espace qui l'accueille, au point parfois de l'assimiler à des éléments de l'architecture (*Colonna di colore*, 1978 ou encore *Anfora, Bacile, Vasi,* 1982). D'autres œuvres comme *Disco* (1981) ou les deux toiles *Sans titre* (pour ne citer que ces exemples parmi d'autres), jouent de leur rapport au mur dans une relation pesanteur/apesanteur.



[250] « Ma technique est la suivante : j'obtiens une pâte en mixant un plâtre préparatoire avec de la colle et en la pulvérisant sur la toile ou sur le mur lorsque c'est encore chaud. Le support peut-être une toile ou du bois ou seulement un enduit de plâtre ou de fresque. Si je pouvais, je travaillerai directement sur le mur, mais les galeries ou les collectionneurs offrent rarement des murs praticables…Quand la mixture set encore humide, j'ajoute le pigment, qui est absorbé, si bien que la pâte s'épaissit et se colore, mais semble perdre sa consistance. La couleur est obtenue selon la quantité de blanc que j'ai incorporé à la mixture. Ainsi le rouge devient rose, le blanc reste blanc, le noir devient gris, et, de même, la tonalité du vert est altérée. Plus tard, quand la mixture a séché, je la travaille au papier de verre. La surface n'est plus seulement une couleur, mais une matière poudreuse….Une couleur non existante qui émerge finalement de la poudre. En fait, si vous touchez la peinture, vos mains seront marquées. C'est ce sens tactile que j'aime. » Ettore Spalletti, cité par Hervé Vanel, « La mort en Bleu », *Beaux-Arts magazine,* n°150, novembre 1996.

[251] Suzanne Pagé, *Ettore Spalletti, op. cit.*

Anfora, Bacile, Vasi, 1982, ***Disco, 1981*** ***Sans titre, s.d.***

A regarder de plus près l'œuvre d'Ettore Spalletti, on peut aisément comprendre que l'artiste n'ait voulu donner aucune connotation religieuse dans la conception de la *Salle des départs*. Toutefois, un vase qui, dans une galerie, viserait simplement à exprimer son essence, peut prendre, dans un salon de reconnaissance, valeur d'urne funéraire ou de vase sacré. Le traitement et le choix de la couleur jouent également sur plusieurs registres, sur celui de sa propre matérialité comme sur celui de la symbolique particulièrement adaptée à une interprétation religieuse du passage de la vie à la mort. La multiplicité de possibilités d'interprétation qu'offre l'œuvre de Spalletti se retrouve dans de nombreux éléments du projet comme la présence de l'eau. A l'origine, l'artiste avait prévu un bassin peu profond incrusté dans le sol. Pour des raisons de normes de sécurité des usagers, l'idée est abandonnée. Spalletti, pour qui cette présence était importante, propose une « fontaine » d'eau dans un grand vase de marbre blanc. « J'ai pensé à ce jet d'eau frémissant, mouvement frais et sonore qui échappe à cette métaphysique dans sa sérénité éternelle et sa tendre consolation, à ce clapotis formel, sonore mais discret, à cette différence d'intensité de couleur et de rythme par rapport à la construction architecturale, pour créer un espace de quiétude. »[252]

Le maintien de la présence de l'eau est vivement soutenu par les commanditaires. Ces derniers y voient l'expression de la communauté (la fontaine du village autour de laquelle se réunissent les habitants) tandis que certains usagers font un rapprochement avec les fonts baptismaux des églises. A l'instar d'une « œuvre ouverte »[253], cette réalisation offre à l'usager la liberté de composer lui-même l'interprétation qui conviendra au mieux à ses convictions.

4- Des pratiques rituelles en mutation

S'il est important de saisir quel a été l'impact de la *Salle des départs* pour comprendre l'affiliation et la multiplication de projets du même type dans le paysage hospitalier français, il semble toutefois que ce phénomène dépasse ce cadre et s'inscrive dans une réflexion plus générale quant à l'évolution actuelle des rites de deuil observée par les théologiens, sociologues ou anthropologues. Ces derniers soulignent en effet une

[252] Entretien avec Ettore Spalletti réalisé par Catia Riccaboni, *op.cit.* p.173.
[253] Umberto Ecco, *L'œuvre ouverte,* éditions du Seuil, Paris, 1965.

désaffection des rites religieux traditionnels entourant la mort (tout comme les autres pratiques sociales religieuses), et l'émergence de nouvelles demandes visant à célébrer la mémoire de l'individu et réconforter ses proches.

Les pratiques rituelles catholiques pour les obsèques des défunts ont elles-mêmes beaucoup évolué. Jusqu'au Concile Vatican II (1962-1965) était suivi le rituel fixé par le Concile de Trente (1547-1563) qui mettait l'accent sur le Jugement dernier, sur la demande d'absolution des pêchés, sur le défunt lui-même et son « avenir » dans l'au-delà. Le rituel actuel, quant à lui, est surtout tourné vers les endeuillés. Il « tient compte de la peine de la séparation, l'exprime, manifeste également l'importance de la communication, du partage »[254]. Dédramatisation des rites traditionnels (cadre, musique, discours), démocratisation (classe unique d'enterrement à partir de 1962) ; relâche de sa rigueur (acceptation des non-baptisés, suicidés, divorcés remariés et francs-maçons), développement d'un nouveau rituel (prise en charge de l'endeuillé; personnalisation de la célébration, participation des survivants, déploiement d'une symbolique de re-naissance en relation avec celle du baptême -lumière et chaleur, cierges, eau et encens qui évoque la montée de l'âme vers Dieu), participent à ce renouveau[255]. Cependant si la pastorale des funérailles, à la suite du Concile de Vatican II, s'est transformée, adaptée aux exigences, croyances et sensibilité contemporaines, selon Jean Kammerer, prêtre et aumônier de l'Institut Mutualiste Montsouris, « La liturgie des funérailles ne prend son sens véritable que si elle est centrée sur ce message de foi et d'espérance chrétienne, plus que sur l'évocation de ce que l'on peut rappeler sur la vie du défunt.[…] Les cas les plus difficiles nécessiteront peut-être l'insertion dans la liturgie de quelque texte profane, poème ou chanson.... »[256].

[254] Jean-Claude Besanceney, « Evolution des rites catholiques du deuil et nouvelles pratiques rituelles », dans *Mourir aujourd'hui, les nouveaux rites funéraires,* Marie-Frédérique Bacqué (Dir.), éditions Odile Jacob, 1997.

[255] C'est ce que Louis-Vincent Thomas notait déjà en 1986, « La mort chrétienne : évolution des pratiques et des discours », dans *Bulletin de la Société de Thanatologie,* n°66 et 67, 1986.

[256] Un nouveau rituel des funérailles est publié en France en 1972, le dossier sur la pastorale sacramentelle publié en 1985 traite dans une large mesure des funérailles, nouveau dossier entièrement consacré aux funérailles de la Commission épiscopale de liturgie en 1997 ; Voir Jean Kammerer, « Les rites funéraires et leur prise en compte actuelle dans l'église catholique », dans *Etudes sur la mort « rites et rituels »*, L'esprit du temps, 1998.

Les nouvelles demandes, selon Jean-Claude Besanceney, se diversifient selon trois directions : « soit vers le rite religieux, sans même adhésion au message qu'il véhicule (c'est la situation encore actuellement majoritaire), soit vers un autre rite, familial, ou celui proposé par des services funéraires »[257]. Le rite « familial » ou proposé par certains services funéraires est une alternative née d'un refus de se plier à un choix entre le rite catholique et l'enterrement civil. Cette démarche est sous-tendue par une demande de sacralité qui se manifeste par une recherche d'expression et une incertitude quant à la manière de la construire et la proposer. Toutefois apparaît clairement la nécessité de « faire quelque chose » qui puisse donner un sens à cet événement. Au regard de l'amoindrissement du rôle de l'Eglise et de l'accroissement des enterrements civils, Louis-Vincent Thomas soulignait lui aussi, dix ans auparavant, la prédominance de la nécessité de rites sur la véritable croyance. « Même dans le cas d'enterrements à l'église, on peut se demander si les gens n'y recourent pas plus pour le besoin de rites que par conviction religieuse, le christianisme étant chez nous la seule institution qui propose un rituel funéraire »[258].
La baisse des vocations due à la sécularisation de la société a pour conséquence l'intervention de laïcs comme officiants de cérémonies funéraires. «Les prêtres ne sont plus les seuls célébrants des funérailles à l'église. Raréfaction des membres du Clergé, répartition nouvelle des tâches, on assiste maintenant à des funérailles qui sont présidées par un laïc, homme ou femme. Déjà, depuis quelques années, plusieurs acteurs intervenaient dans la célébration (lecteurs, meneurs de chants,...) mais maintenant c'est la présidence de la célébration qui est confiée à un non prêtre. Il y a ainsi une décléricalisation et, souvent, une féminisation de la fonction »[259].

Ces bouleversements s'accompagnent d'un changement dans la géographie des lieux de la mort. Si le rituel catholique actuel reconnaît trois lieux de célébration possibles, l'église, la maison et le cimetière, il risque de devoir, s'adapter tant l'hôpital tend à devenir lui aussi un lieu incontournable de la mort supplantant pour les trois quarts de la population, le domicile. Ceci est d'autant plus vrai pour les grandes villes où les liens des pratiquants avec leur paroisse sont de plus en plus distendus ou lorsque les

[257] Jean-Claude Besanceney, « Evolution des rites catholiques du deuil et nouvelles pratiques rituelles », *op .cit*.
[258] Louis-Vincent Thomas, « La mort chrétienne : évolution des pratiques et des discours », dans *Bulletin de la Société de Thanatologie,* n°66 et 67, 1986.
[259] Père Christian Biot, « Quelques enjeux de la célébration des funérailles », dans *Bulletin de la Société de Thanatologie,* n° 66 et 67, 1986.

membres de la famille sont géographiquement éparpillés. La chambre mortuaire vient alors soit simplement supplanter le domicile (la célébration est tenue à l'église puis le défunt rejoint son ultime demeure) soit, elle tient lieu de domicile et de lieu de « célébration » laïque. Jean-Claude Besanceney voit dans cette nouvelle donne la contribution à la déstructuration de l'espace de la mort.

> La situation traditionnelle était "l'unité de lieu": dans la même commune, on mourrait, chez soi la célébration religieuse avait lieu, ainsi que l'inhumation. Puis est venu le temps où la mort ayant lieu à l'hôpital et l'inhumation ou la crémation dans un lieu parfois lointain, le domicile n'avait pratiquement plus de place. La solution de la chambre funéraire constitue ainsi une alternative. Mais la célébration religieuse ne peut avoir lieu qu'à l'église dont la symbolique reste essentielle. Si elle est loin du funérarium, et également du lieu de l'inhumation, ne sera-t-on pas tentés par la commodité du "tout sur place" et passer directement du funérarium au cimetière ? [260]

La crainte de voir l'église supplantée par la chambre mortuaire ou le funérarium concerne tout particulièrement l'Eglise catholique dont l'exercice du ministère est contraint par le caractère sacré du lieu dans lequel il se tient. Serait-il possible que l'Eglise qui détenait traditionnellement le monopole du passage de la vie terrestre à la vie éternelle puisse perdre de son poids pour de simples raisons pratiques ? Dans un climat de désaffection général des églises, cette situation peut constituer une véritable préoccupation pour l'Eglise catholique. Les religions pour lesquelles seule la communauté est consacrée n'ont bien sûr pas ce souci.

La chambre mortuaire comme substitut laïc de l'église

Devant le rôle de substitut laïc du lieu de cérémonie traditionnel des obsèques qui semble se dessiner aujourd'hui pour les chambres mortuaires, on comprend aisément la quête de signification observée à travers une recherche sur leur conception architecturale. Le recours à l'œuvre d'art et plus particulièrement à l'œuvre d'art tenant un discours sur la mort ne relevrait-il pas de la même demande de sacralité exprimée par les nouvelles demandes en matière de rites ? Celles-ci sont caractérisées aujourd'hui par une recherche quant à la formalisation de leur expression, un tâtonnement dans leur construction et une démarche essentiellement individuelle. L'exploitation de la liberté d'interprétation personnelle qu'apporte l'œuvre d'art, peut être vue comme participant à cette logique.

[260] Jean-Claude Besanceney, « Evolution des rites catholiques du deuil et nouvelles pratiques rituelles », *op .cit*.

D'autre part, le discours tenu par les projets présentés ici est double : leur statut d'œuvre d'art nous parle essentiellement de leur valeur, tandis que l'œuvre même exprime les convictions des auteurs quant à leur conception du passage de la vie à la mort ou la place des religions dans l'institution hospitalière. Mort et religion sont intimement liés dans certains projets, mais également par la manière dont ces sujets sont abordés aujourd'hui à l'hôpital. Sans être réductibles l'un à l'autre, la perpétuelle tentation de les fonder dans une même et unique problématique tient au fait que nulle restructuration actuelle d'une chambre mortuaire ne s'affranchit d'une réflexion sur la place des religions au sein du service tandis que les nouveaux lieux de spiritualité sont spécifiquement pensés pour l'endroit où se frôlent la vie et la mort. Cette convergence de préoccupations n'a pourtant pas toujours été d'actualité.

C- La spiritualité en milieu hospitalier

1- Questions liturgiques sous-jacentes

La création d'espaces dédiés à la spiritualité en milieu hospitalier nécessite de distinguer les lieux de recueillement ou de silence (qui chercheront à mettre en valeur une certaine spiritualité sans faire appel à la religion) des lieux de cultes aussi modestes soient-ils, sièges de liturgies, qui appréhendent l'espace d'une manière spécifique selon les religions. Les lieux qui nous préoccupent dans le cadre de l'hôpital ne sont pas à proprement parler des églises, des mosquées ou des synagogues, pourtant, à partir du moment où ils sont définis comme un espace de célébration (quelles que soient leurs dimensions) et accueillent des signes, ils soulèvent des problèmes communs à la création de tout lieu de culte.

L'espace liturgique

Chaque religion appréhende l'espace d'une manière spécifique et octroie un statut particulier au lieu de réunion. Nous ne parlerons ici que des religions représentées dans les projets récents de lieu de culte interreligieux. Pour l'Islam, le Judaïsme et le Protestantisme, le divin n'est pas localisé dans un lieu particulier mais réside dans l'assemblée des fidèles. L'espace cultuel n'est pas un lieu sacré distinct de l'espace extérieur profane, il est un espace de réunion où toute représentation et images divines sont interdites. Pour ces religions, il n'existe pas d'intermédiaire privilégié entre le divin et les fidèles. Pour le Catholicisme et l'Orthodoxie, l'espace revêt une

importance capitale, dans le sens où le divin habite un espace réel et sacré différent de l'espace profane. Il est d'ailleurs spécifié par des limites et des zones uniquement réservées aux intermédiaires directs entre Dieu et les fidèles (le chœur et le sanctuaire parfois entourés de grilles dans les églises catholiques et l'espace se situant derrière l'iconostase dans les églises orthodoxes). Ceci fait dire au théologien Laurent Gagnebin que le catholique gère prioritairement l'espace, donnant lieu à une *géographie du salut,* tandis que le protestant (tout comme le musulman et le juif) gère prioritairement le temps, paroles, chants, musiques correspondant à ce qu'il appelle une *histoire du salut*[261].

Dans la création d'un lieu de culte interreligieux, la distribution spatiale pourrait occuper le terrain d'un dialogue relativement ouvert dans le sens où celle-ci est uniquement significative pour les catholiques et orthodoxes. Selon les autres religions du Livre, la distribution spatiale ne devrait revêtir aucune signification et en conséquence, ne pas poser de problème. Toutefois à la structuration de l'espace proprement dite, vient s'ajouter la présence des signes marquant l'identité de chaque culte.

Présence de signes

Leur juxtaposition dans une même pièce peut alors occasionner de la gêne chez les fidèles des différentes confessions. Jacques Fournier, aumônier depuis trente ans des centres religieux des aéroports de Paris-Orly et Roissy Charles de Gaulle, dresse un constat pessimiste concernant la cohabitation des différentes religions. Les passagers des aéroports, lorsqu'ils souhaitent prier dans l'espace réservé à cet effet, veulent retrouver le cadre des réalités spirituelles qui sont les leurs. En conséquence, ils ont du mal à accepter l'imposition d'un cheminement de prière différent.

> A la rigueur, un musulman acceptera un espace de prière avec des murs vides et sans décoration. Mais il lui faut l'orientation et le pédiluve et, s'il y a décoration, elle ne peut être ni celle des images, ni celle d'une croix. Il faudra donc les supprimer, s'il y a "cohabitation". Et les tapis seront là à tout moment sur lesquels un infidèle ne peut marcher. Devant les textes arabes du Coran, le chrétien "tout-venant" aura du mal à vivre la méditation de l'Evangile, parole de la Trinité dans le fils de Dieu devenu homme et qui se nomme Jésus. Ce Jésus qu'un musulman n'accepte pas comme Fils de Dieu. L'absence de croix, l'absence d'un autel même, ne donne pas à ce chrétien le lieu signifiant de son ressourcement en Jésus-Christ. Le juif ne pourra prier et méditer la Thora, révélation du Tout-Puissant, ni devant des décorations islamiques

[261] Laurent Gagnebin, « Œcuménisme et architecture : le point de vue des théologiens », actes du colloque *Œcuménisme et architecture,* Centre Thomas More, 15-17 mars 2001.

> qui évoquent une autre révélation ni devant les signes des mystères chrétiens qui évoquent l'incarnation de Dieu réalisée par le Messis Jésus [262].

Devant ce bilan sans appel, l'unique solution, semble être une pièce neutre sans signe ni décoration connotée. Toutefois, selon l'aumônier, les lieux "polyvalents", par expérience, ne conviennent pas non plus. Ils ne répondent pas aux attentes des passagers qui s'y arrêtent un instant sans jamais y revenir. Ce point de vue émis par un chrétien est confirmé par le rabbin, aumônier du service des cultes de l'hôpital de la Timone à Marseille. Interrogé sur le *Lieu de recueillement et de prière* de Paoli-Calmettes, il confirme qu'en tant que juif, il ne pourrait pas rester prier à côté d'une croix, il ne se sentirait pas « chez lui »[263]. L'hôpital de la Timone a inauguré en octobre 1999 l'ouverture d'un service des cultes repensé d'une manière originale[264]. La surface très importante de ce service est divisée en trois lieux de cultes juxtaposés: musulman, israélite et chrétien. Cette situation satisfaisante pour les trois ministres de culte est née d'une volonté, selon le rabbin, de se situer à proximité sans se mélanger, de se sentir à l'aise dans son propre lieu de culte et de ne pas ressentir de gêne à se recueillir dans un lieu d'une autre religion[265].

Position de l'église

Depuis la loi de 1905, séparant l'Eglise de l'Etat et fixant qu'un « Etat laïque ne réclame de ses citoyens aucune espèce de croyance ou d'incroyance; qu'il ne s'avise de l'existence des pratiques religieuses que pour leur réclamer le respect du droit commun et de l'ordre public »[266], les lieux « fermés » comme les hôpitaux, les prisons ou ceux relevant de l'armée doivent faire face à une certaine ambiguïté. En

[262] Jacques Fournier, « Les chapelles d'aéroports », actes du colloque *Œcuménisme et architecture, ibid*.

[263] Entretien avec le rabbin du service des cultes de l'hôpital de la Timone, juin 2001.

[264] Ce projet est né d'un travail commun aux différents ministres de culte mais il est à noter que cette situation reste très exceptionnelle puisque la surface et le budget alloués à ce projet sont très important, ce qui 'est pas forcément possible dans chaque hôpital désireux de restructurer son service des cultes.

[265] L'ensemble de ce service se situe en sous-sol. Le lieu de culte chrétien (le plus important en surface) est un lieu de culte oecuménique destiné aux catholiques, protestants et orthodoxes. Toutefois un petit oratoire catholique vient compléter l'ensemble formé par la salle de culte, et le bureau du ministre de culte. La partie musulmane comprend un bureau pour l'imam, une salle de prière séparée en deux par un rideau (hommes/femmes) et des sanitaires également lieux d'ablutions de part et d'autre de ces parties. Enfin la partie destinée au culte israélite comprend un bureau pour le rabbin, des sanitaires et une petite synagogue. La création de mobilier approprié faisait partie du budget alloué à ce projet.

[266] Définition de la laïcité par C.Kintzler dans *Encyclopédie philosophique universelle,* sous la direction d'André Jacob, tome 1, PUF, 1990.

effet, comme nous le rapporte A. Moulet, « l'obligation de neutralité religieuse, la règle de séparation des Eglises et de l'Etat, en ce qu'elle pose le principe de non subvention des cultes, sont à concilier avec l'obligation de l'hôpital d'assurer le libre exercice des cultes ». L'hôpital doit non seulement ne pas entraver l'exercice des cultes, mais « encore prendre les mesures pour permettre à ceux-ci (les malades) de vaquer, dans l'enceinte même desdits établissements, aux pratiques de leurs cultes »[267] .

Si l'article 2 du 9 décembre 1905 interdit de subventionner les cultes, il fait exception des « services d'aumônerie destinés à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics, tels hospices, asiles… »[268]. Les aumôniers des hôpitaux en qualité d'agents publics occupent donc une position originale; ils sont rémunérés sur les fonds publics, soumis au règlement intérieur des hôpitaux mais également à l'autorité religieuse. Quant aux lieux de cultes, la loi reste assez floue.

Si ces dispositions sont prévues depuis un siècle, l'histoire de l'hôpital comme institution fille de l'Eglise Catholique nous montre que la seule représentation religieuse au sein des hôpitaux a été, jusqu'à ces dernières années et à quelques exceptions près, uniquement catholique. Les récents projets intègrent tous une volonté de s'ouvrir aux religions les plus importantes en France, de créer ainsi un lieu de culte œcuménique, interreligieux ou encore un lieu d'un culte donné invitant les autres religions.

La position de l'archevêché de Paris est très claire au sujet des lieux interreligieux. En 1991, à la demande de la direction des équipements de l'Assistance Publique, la commission diocésaine d'art sacré précise le cahier des charges des aumôneries catholiques. Concernant les locaux « multicultes » : « S'il ne s'agissait que d'un espace de réunion ou de prière personnelle, détachée de toute action liturgique, cette conception pourrait, à la limite, se justifier. Mais la prière revêt une signification communautaire, et déjà à ce niveau s'expriment des réticences tout à fait légitimes. Jamais un musulman n'ira prier dans une église chrétienne. A plus forte raison, les

[267] A. Moulet , « L'exercice des cultes à l'hôpital » in *Techniques hospitalières,* Juin-juillet 1983, p.37-39.
[268] A. Moulet, *ibid*.

liturgies du culte catholique ne peuvent s'exercer dans une mosquée ou une pagode ou une synagogue (cf. les articles de droit canonique : 1205-1210, 1223-1225, 1229). En outre, l'aménagement, l'iconographie, l'équipement mobilier rendent illusoire une transformation du local pour l'adapter successivement à des cultes divers. C'est pourquoi l'archevêché ne peut être qu'opposé au principe des oratoires multicultes, et demande instamment que cette orientation, en contradiction avec les termes et l'esprit de la loi de 1905, soit abandonnée »[269]. Quelques mois plus tard, l'archevêché insiste sur ce point : « Pour respecter les personnes pratiquant leur culte à l'hôpital, il ne semble pas bon de proposer un lieu sans identité propre. Des solutions sont à trouver au niveau de l'architecture pour qu'un lieu reste affecté avec précision à un culte et s'ouvrir sur un espace plus neutre pour les célébrations »[270].

Monseigneur Giraud, interrogé à ce propos confirme que « la politique du diocèse de Paris a été, depuis la loi de séparation des Eglises, de conserver une mainmise de la religion catholique au sein des hôpitaux parisiens. De conserver les chapelles quand elles existaient, d'en créer quand il n'en n'existait pas »[271]. D'autre part, il ajoute qu'au moment ou M. Cordier (1993-1997) dirigeait l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, un accord oral avait été passé entre eux (Monseigneur Giraud est alors adjoint du Cardinal Lustiger) selon lequel l'AP-HP donnait son agrément pour que les chapelles soient réservées au culte catholique avec la possibilité de les partager avec les autres cultes chrétiens. Dans cet accord étaient encore prévu la création de salles de prière pour les musulmans tandis que les patients israélites malades auraient la possibilité d'appeler un rabbin à leur chevet.

Aussi petits soient-ils, les lieux de spiritualité en milieu hospitalier représentent donc des enjeux non négligeables et suscitent des prises de position souvent conflictuelles. Le *Lieu de recueillement et de prière* de l'institut Paoli-Calmettes est révélateur de la complexité du problème. Il résulte de la position originale, inédite et militante des commanditaires : il n'existe, au moment de sa réalisation, aucun autre lieu mettant en présence dans un hôpital et dans un même espace, « d'une manière égalitaire », différentes religions marquées par leurs signes distinctifs.

[269] *Cahier des charges des aumôneries catholiques*, Commission diocésaine d'art sacré, archevêché de Paris, 6 juin 1991. Archives de la Maison Diocésaine de Paris.
[270] Compte rendu de la réunion du 31 octobre 1991 entre l'Assistance Publique et l'Archevêché de Paris. Archives de la Maison Diocésaine de Paris.
[271] Entretien avec Monseigneur Giraud, 19 février 2002.

2- La gestion de la pluralité cultuelle

Le *Lieu de recueillement et de prière*

Inauguré en juin 2000, le *Lieu de recueillement et de prière* est né de la volonté de Dominique Maraninchi, directeur de l'institut Paoli-Calmettes[272], et de l'aumônier catholique Nicole Bellemin-Noël. Le projet a été confié à l'artiste italien Michelangelo Pistoletto dans le cadre du programme des *nouveaux commanditaires*[273]. Convoquer l'art dans la conception d'un lieu de culte pourrait ne présenter aucune originalité tant l'histoire de l'art occidental s'est longtemps confondue avec celle des lieux de la religion. La particularité de ce projet réside plutôt dans le fait de traiter de la réunion de différents cultes dans un même espace, *à travers* l'art.

L'institut Paoli-Calmettes est une construction de facture récente, de type « bloc »[274] . Le lieu de recueillement se situe au premier étage. On y accède par un couloir qui s'élargit à mi-parcours comme pour contourner l'énorme poteau qui en cache en partie l'entrée.

Comme pour la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond-Poincaré, l'impression première est celle d'un plongeon dans un autre monde, apparenté cette fois à une grotte. Depuis l'entrée, le visiteur est attiré par une lumière vive au centre de la pièce, tandis que l'effet de perspective accélérée dû à la légère courbure des parois l'en éloigne. En parcourant la distance qui sépare l'entrée du centre, on perçoit à travers ces parois ajourées deux zones bien distinctes formées par deux ellipses homothétiques. Leur centre, vers lequel tout converge, est occupé par un cube fermé et ficelé, une œuvre de Michangelo Pistoletto mise en valeur par l'éclairage zénithal d'un puits de lumière artificielle et par le marquage au sol d'une bande claire. Si la signification de ce cube n'est pas immédiate, il ne fait aucun doute que celui-ci est l'élément le plus important du projet. Tout concourt à focaliser l'attention sur lui. La périphérie, quant à elle, est divisée en cinq espaces, dédiés pour trois d'entre eux aux religions monothéistes (christianisme, judaïsme et islam), pour le quatrième à

[272] L'institut Paoli-Calmettes est un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier à vocation hospitalo-universitaire (soin/recherche/enseignement)

[273] L'institut Paoli-Calmettes a fait appel au programme des *nouveaux commanditaires* de la Fondation de France dont le médiateur, Sylvie Amar propose, en avril 1997, l'artiste italien Michelangelo Pistoletto assisté de l'architecte Giorgio Ferraris.

[274] Selon les types définis par Maurice Le Mandat dans *Prévoir l'espace hospitalier*, Berger-Levrault, Paris, 1987.

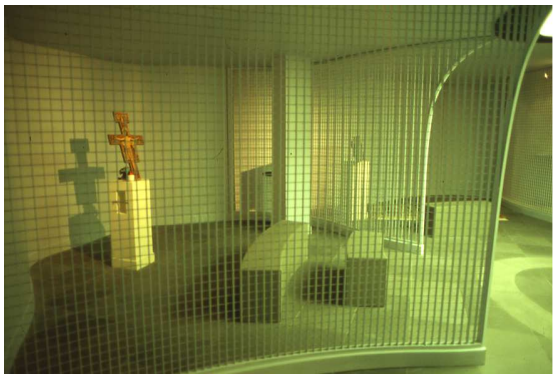
d'autres croyances (dont le bouddhisme) et enfin pour le dernier aux non-croyants, ce qui se traduit par l'invitation à la connaissance à travers la lecture. Au fond de chacune de ces alcôves, un signe connote la religion à laquelle elle est dédiée. La limite entre ces espaces est matérialisée par de fins claustras courbes de métal qui, tout en affirmant la singularité de chacun des cultes, ménage une perméabilité visuelle traduisant l'idée d'un dialogue interreligieux. Cependant, l'orientation très marquée de chacun de ces espaces n'incite pas franchement le visiteur à regarder en direction des autres, mais à fixer son regard sur le cube central. Pour un moment de méditation, il est possible de s'asseoir sur les bancs courbes en pierre grise de Volvic disposés à « l'entrée » de chaque espace. Mais là encore, malgré l'absence de dossier, la courbure du banc n'incite ni à « dialoguer » avec les autres, ni à se tourner vers le mur gris de l'espace de culte choisi, mais bien à concentrer son attention sur le cube ficelé.

Mais que représente donc ce cube ? Un fascicule explicatif disponible à l'entrée nous apprend que cette œuvre fait partie de la série des *Objets en moins* réalisée par l'artiste dans les années soixante. Elle est basée sur le « concept de la différence », selon lequel chaque objet, tout en mettant en avant ses particularités, fait référence à « une même dimension humaine »[275]. Ainsi, « le Mètre cube d'infini représente cette idée. Il s'agit d'un élément unique formé de six miroirs dont les faces sont tournées vers l'intérieur. C'est le niveau un de l'espace, un mètre sur un mètre carré : il correspond plus ou moins à une dimension humaine. En même temps, à l'intérieur, il contient l'univers. L'univers ne se situe pas uniquement à l'extérieur de nous-même, il est aussi à l'intérieur de chaque individu. »[276]

[275] *Le Lieu de recueillement et de prière* publié par l'institut Paoli-Calmettes et la Fondation de France, juin 2000.
[276] Michelangelo Pistoletto, « Donner de la valeur à la vie », dans *Le Lieu de recueillement et de prière*, *ibid*.

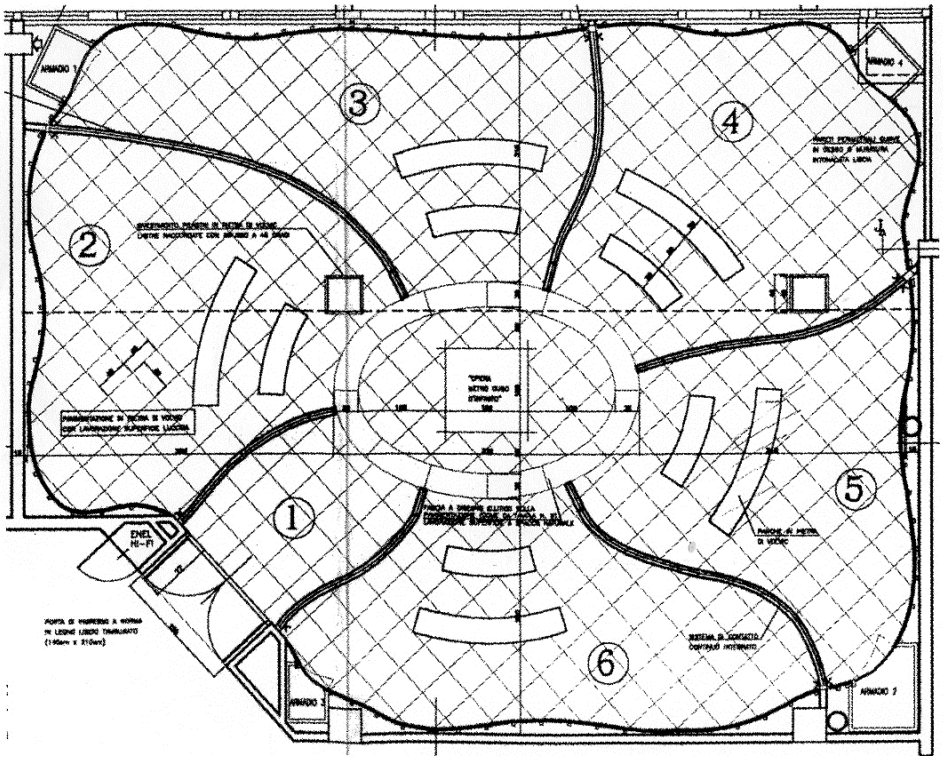
Entrée du lieu

***Le* mètre cube d'infini,** *au fond, deux alcôves dédiées aux culte musulman et israélite*



Alcôve dédiée aux chrétiens

Alcôve des « libres penseurs »



Plan du* Lieu de prière et de recueillement, *M. Pistoletto artiste, G. Ferraris, architecte

« L'art assume la religion »

L'idée qui fonde ce projet s'appuie sur la tolérance des parties impliquées et sur la volonté de susciter entre elles une forme de communication. Il s'agissait de réaliser « un lieu d'invitation spirituelle dans un lieu de souffrance » et face à cette souffrance « d'être séparés mais ensemble, séparés mais visibles »[277]. Les changements successifs d'appellation du lieu montrent l'évolution de la réflexion de la maîtrise d'ouvrage et de l'artiste quant à son statut. En juin 1997, il est défini comme un « lieu de silence et de recueillement en l'absence de tout signe religieux ». En 1999, il se transforme en « lieu de prière dans le respect de toutes les religions de notre société » pour finalement devenir, en juin 2000, un « lieu de recueillement et de prière ». La réflexion porta en grande partie sur la présence ou non de signes religieux. Mais l'aumônier pour qui « la laïcité ne doit pas confondre le respect des religions avec leur suppression »[278] et l'artiste pour qui « philosophiquement, la différence implique d'être marquée » ont œuvré pour réaliser un lieu sans référence parmi les lieux de cultes traditionnels.

Ce point constitue certainement toute la force du projet, car les proportions, la volumétrie, l'orientation d'un aménagement intérieur sont aussi connotées que la présence d'un signe religieux. Ceci est particulièrement vrai pour les lieux de cultes catholiques. Le plan elliptique du projet n'évoque ici aucun lieu de culte spécifique. La composition de l'ensemble est révélatrice quant à elle de la position intellectuelle de l'artiste qu'il semble nécessaire de mettre en évidence. La totalité des éléments du projet converge vers le centre de la pièce où trône le *Mètre cube d'infini*. Cette œuvre, censée symboliser l'univers tout autant que l'humanité présente en chaque homme, se pose en élément fédérateur de ce lieu interreligieux. Cependant on peut se demander si la position et les proportions de l'œuvre, imposantes au regard des signes religieux disposés au fond de chaque alcôve, ne confèrent pas à ces signes un statut quasiment anecdotique. Il est clair que ce projet est en parfaite adéquation avec le parti intellectuel de l'artiste qui déclare : « L'art assume la religion. » Ceci « revient à dire que l'art revendique comme sien ce secteur représenté par les structures qui administrent la pensée (comme la religion). Ceci, non pour les

[277] Entretien avec Nicole Bellemin-Noel, aumônier catholique de l'institut Paoli-Calmettes, juin 2001.
[278] *Ibid*.

supplanter mais pour y substituer un système d'interprétation différent, destiné à donner la capacité aux gens d'exercer de façon autonome la fonction de la pensée. »[279]

Faut-il comprendre dans cette citation que l'art, en proposant d'autres valeurs, se situe au-delà des replis identitaires des différentes religions ? Et pourrait revêtir, à l'instar de l'espéranto pour les langues, le statut de « religion » laïque fédératrice des autres ? Une interprétation rapide pourrait nous conduire à nous demander si la proposition de Michelangelo Pistoletto ne revient finalement pas à proposer l'art comme système de pensée similaire à n'importe quelle religion.

La position de l'artiste est, en fait, autre et ne place pas l'art sur le même plan que les religions. L'art constitue le cadre général tandis que les religions comme traditions historiques, peuvent être considérées comme les cas particuliers. Cette oeuvre fait référence à une série d'actions et d'œuvres de 1978, intitulée « l'art assume la religion »[280]. Cette série mettait en exergue une inversion des positions de l'art et de la religion au regard de la tradition de l'art religieux. Ainsi, ce n'est plus l'art qui est au service de la religion pour interpréter des idées, des concepts, des visons formulées dans le cadre d'une religion, mais au contraire, des idées et des concepts venant de l'art et pouvant éventuellement toucher à des questions religieuses. Michelangelo Pistolletto pour qui il est impossible de faire *tabula rasa* du passé, de considérer l'art comme autonome et absolu, revendique une responsabilité de l'artiste dans la société. Celui-ci ne peut être aveugle devant deux phénomènes qui ont traversé l'histoire : l'art et la religion. Dès le début des années 1960, il cherche à mettre en évidence une profondeur et une universalité dans l'œuvre d'art à travers une « phénoménologie scientifique ». Avec les tableaux-miroirs, Michelangelo Pistoletto tente de mettre ensemble l'absolu et le relatif. L'absolu peut être représenté par l'image qui ne change jamais (la mémoire éternelle) même si c'est une mémoire d'hier ou du moment d'avant. Le changement perpétuel est celui que nous voyons dans le reflet. Ce reflet n'a pas de fini, il est infini et éternel.

[279] Michelangelo Pistoletto, dans *Le Lieu de recueillement et de prière, op. cit.*

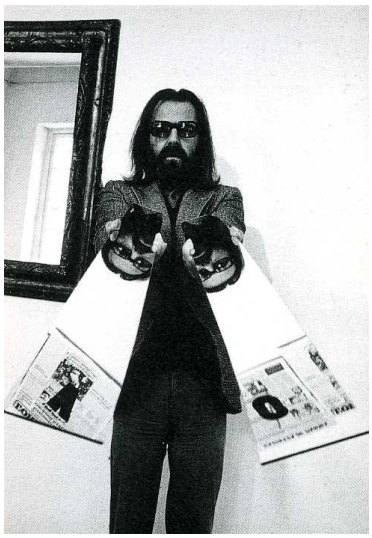
[280] L'œuvre de Michelangelo Pistoletto (né en 1933) se découpe en différentes périodes : *Objets en moins* (1965-1966) ; *Vénus aux chiffons* et *Orchestre de chiffons* (1967-1968), *Les chambres* (1975-1976) ; *Tableaux-miroirs* (1962-1987) ; *L'art assume la religion* (1978). L'artiste enseigne à l'Académie des beaux-arts de Vienne. Il expose pour la première fois en 1960, à la galerie Galetea à Turin. En 1966, sa première rétrospective est organisée au Minneapolis Walker Art Center. Voir à ce propos *Continenti di tempo, Michelangelo Pistoletto,* Musée d'art contemporain, Lyon, 1998.

> Là, il y a une phénoménologie dans l'œuvre d'art qui touche à la spiritualité, à la multiplication autant qu'aux sciences. C'est cela que j'ai mis au centre de la chapelle de Marseille. Au centre dans le sens que c'est plutôt une multiplication de l'espace idéalisé qui passe à l'idéalité. Mais comme une idéalité de nouveau très présente, physique, vérifiable. Celle de la multiplication à l'infini, qui est en plus une superdivision de l'espace même. Comme la division qui devient multiplication. Comme le grand devient petit, comme le petit devient infini. Si on pense que 1m3 d'infini est l'espace moins 1 espace. Sans cet espace on n'aurait pas la possibilité de voir l'infini. Mais sans ce phénomène d'infini, on n'aurait pas la soustraction de l'abstraction totale vers la physicité. Comme une réponse à des questions éternelles que l'art amène à la société, à travers les passages dans l'histoire qui dans le temps est plutôt représenté par la religion que par les sciences. Dans le passé, la religion donnait des réponses, maintenant c'est la science. Les réponses de la religion n'avaient aucune référence à la réalité, des réponses sublimées, des réponses qui jouaient sur l'imagination. Ces réponses différentes de l'histoire se retrouvent autour du mètre cube d'infini. Ce n'est pas un travail qui met différentes religions dans un même lieu, mais une œuvre qui met au centre des réponses pour toutes les religions[281].

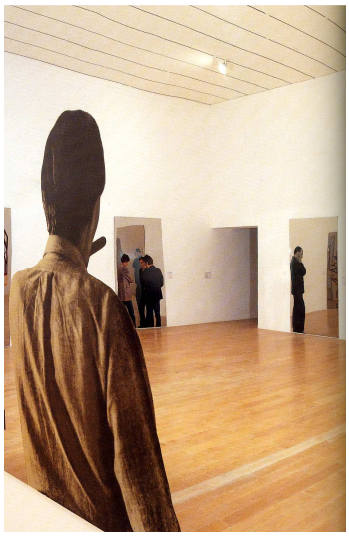
L'œuvre entière de Michangelo Pistoletto convoque, en chacune des expériences qu'elle propose, une relation avec le spectateur (expérience sensorielle ou provocation de sa réflexion), le temps, l'espace et la société. Il peut s'agir d'un jeu avec l'espace d'exposition (*Les chambres, La chambre de lumière*), sur la perception (*Labyrinthe*) ; sur la relation espace temps (*Tableaux-miroirs, Les chambres, Tortue heureuse, Anno bianco)* ; sur une réflexion sociétale (*Sphères de journaux, Objets en moins, L'art assume la religion, Venus et les chiffons*). L'ensemble de ces aspects est perceptible dans chacune des œuvres, avec la prédominance de l'un ou l'autre selon les périodes de création, toutefois le dénominateur commun à toutes ces œuvres est certainement l'engagement social de l'artiste. Le *Lieu de recueillement et de prière* nous intéresse particulièrement dans le cadre de cette recherche dans le sens où cette œuvre constitue l'expression de valeurs spirituelles touchant à l'homme et au cosmos.

[281] Entretien avec Michelangelo Pistoletto, Cittadellarte, Biella, 23 mai 2005.

L'art assume la religion, ***1978***



L'art assume la religion, division et multiplication du miroir*, performance, 14 mars 1978*



Tableaux-miroirs ***(1962-1993)***

Illustrations, Continenti di tempo, Michelangelo Pistoletto, Musée d'art contemporain, Lyon, 2002

3- L'ouverture communautaire

L'*Oratoire* de l'Hôpital Bretonneau

Suite à l'expérience marseillaise, la direction de l'hôpital Bretonneau, nouvellement restructuré, forme en 2000 le projet de créer un lieu destiné à plusieurs cultes. Après avoir obtenu l'accord de l'archevêché, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris pense qu'il sera financé par chacun des cultes. Finalement, le projet est financé par la Délégation aux Arts plastiques, dans le cadre de la commande publique, par la Direction régionale des affaires culturelles d'Ile-de-France, par l'Assistance Publique et enfin par des fonds privés (la Fondation Scaler et M. et Mme Jacques du Closel).

Si l'hôpital Bretonneau décide de recourir à un artiste, il ne sollicite toutefois pas le programme des Nouveaux Commanditaires et s'octroie les rôles de commanditaire et de médiateur (rôle partagé avec l'artiste lui-même), gardant du programme la recherche de financements externes.

L'hôpital confie l'aménagement de la chapelle à Pierre Buraglio[282]. Ce dernier va concilier les directives de l'archevêché avec la nécessité de signifier la présence des religions juive, musulmane tout en laissant une place aux agnostiques.
Le propos de l'artiste est très différent de celui de Michelangelo Pistoletto, puisque ce lieu de culte est officiellement une chapelle catholique, définie par l'artiste comme « un lieu de parole qui intéresse les trois religions »[283]. Il s'agit bien d'un lieu possédant sa propre identité qui invite les croyants des autres religions.

La chapelle est un petit rectangle de 30m² dont un angle est un pan coupé qui oriente une partie de la pièce en diagonale, délimitant un espace plus spécifiquement destiné aux catholiques. L'aire de célébration est marquée par un décaissé du faux-plafond, peint en bleu indigo, laissant apparaître, au plafond, les imperfections du béton. La disposition de l'autel et du lutrin reprend la direction du pan coupé de l'angle qui accueille le tabernacle. Des chaises, disposées en L et orientées vers l'autel marquent les limites à tout moment extensibles de deux « zones » : un intérieur occupé par le mobilier nécessaire au culte catholique et un extérieur où l'on saisit l'invitation aux autres religions.
Cette invitation est faite par des textes et des éléments symboliques. Près de la porte, un passage du Coran (la Sourate XXV.58) est calligraphié en arabe classique. Au-dessus de la porte, on peut lire un passage de la Bible écrit en ocre rouge (Livre de l'exode 3. 2-5), texte repris en hébreu sur le mur du fond de la chapelle. Ce dernier accueille également l'échelle de Jacob, de taille réelle, engravée dans l'enduit et un cadre sur trois côtés, bleu indigo donnant l'impression que son ascension a brutalement été interceptée par le plafond. Enfin face à la porte deux cadres peints, l'un non fini, bleu indigo, l'autre vide aux contours ocre rouge. Les agnostiques ou les fidèles d'autres religions pourront se retrouver dans ces derniers cadres. En plus des signes de bienvenue explicites à travers les textes, les aménagements proprement catholiques ont été traités avec une très grande sobriété, signe de respect envers les autres religions. Les trois vitraux de même hauteur et de largeur variable, répartis de

[282] L'artiste français Pierre Buraglio, né en 1939, est professeur à l'Ecole nationale des beaux-arts à Paris. Ses premiers travaux, tels les séries des *Recouvrements* et des *Agrafages (1966-1968)* démontrent des préoccupations proches de celles des membres du futur BMTP ou celles de Support/Surface. À partir de 1986, il réalise des œuvres monumentales d'art appliqué, notamment pour l'école de danse de l'Opéra (1986), le théâtre national de la Colline (1987), la chapelle Saint-Symphorien de l'église Saint-Germain-des-Prés (1991) et l'église Sainte-Claire-de-Croix (1995).
[283] Citation de Pierre Buraglio invité au colloque « Œcuménisme et Architecture », Centre Thomas More, L'Arbresle, 15-17 mars 2001.

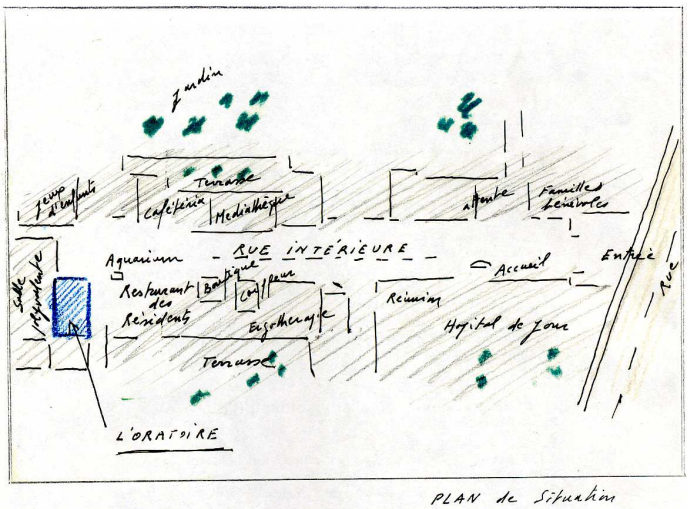
part et d'autre de l'aire de célébration ne figurent pas d'iconographie chrétienne « mais produisent un effet rafraîchissant de coulée/pénétration de ciel d'après les fresques de Giotto à Padoue. Toutefois, sur l'un des trois vitraux, le chêne de Mambré commun aux trois religions du Livre est évoqué »[284].

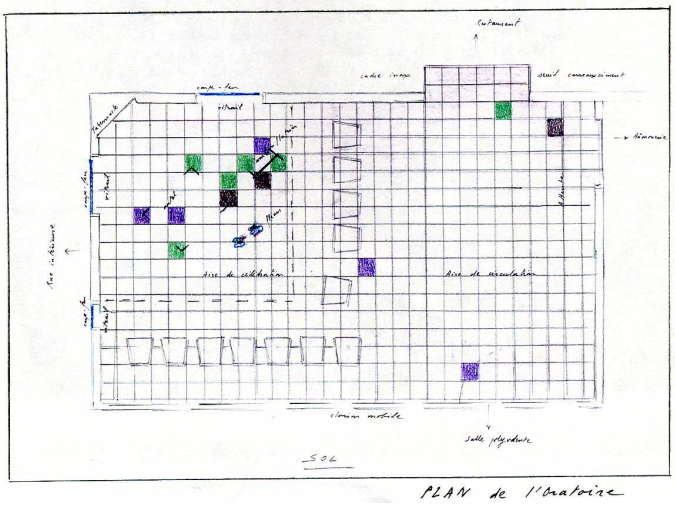
Le lutrin et l'autel sont dessinés d'une manière très simple. L'autel ressemble à une table dont le plateau est percé d'une fente enserrant une longue et mince croix en fer martelé. Il est possible d'escamoter cette croix en la faisant coulisser dans la fente, seule la branche verticale est alors perceptible, mais impossible de « l'éjecter », selon le terme de Pierre Buraglio, ce qui signifie efficacement les limites revendiquées de l'hospitalité de ce lieu.

[284] Pierre Buraglio, extrait de la notice descriptive du projet artistique, « Un oratoire pour l'hôpital Bretonneau », document hôpital Bretonneau; 2000.

*Vue de l'***Oratoire** *depuis la rue intérieure de l'hôpital*

L'aire de célébration





Plan de l'**Oratoire**, ***Pierre Buraglio, artiste***

Ouverture et discrétion

Si la proposition de Pierre Buraglio dénote d'une prise de position très claire quant au statut de ce lieu (une chapelle catholique), elle marque également une recherche d'alternative aux lieux de cultes traditionnels et la prise en compte de la laïcité dans l'institution curative. Cette laïcité est clairement perceptible à travers l'invitation faite aux religions du Livre et aux agnostiques mais également par la manière dont Pierre Buraglio conçoit son travail. « L'objectif, était de concevoir, fabriquer un lieu qui soit à la fois de culte et le plus ouvert possible, tout en n'étant pas syncrétique, pas neutre. Un lieu de recueillement étant donné qu'il n'y a aucune sur-indication, aucun effet ostentatoire, si bien que l'agnostique, l'athée, peut y aller pour lui ou sa famille »[285]. Une particularité de l'œuvre de l'artiste réside dans son intervention-transformation du « déjà-là » qui, par sa subtilité et l'absence de surdétermination, crée le lieu d'appropriation possible pour une communauté.

D'une manière générale, la pratique artistique de Pierre Buraglio est de l'ordre de l'intervention. Et le résultat de cette intervention laisse apparaître le processus de transformation d'un déjà-là en quelque chose d'autre. Pierre Wat dans son essai sur l'œuvre de Pierre Buraglio met en lumière la constante distance critique du travail de l'artiste vis-à-vis de l'histoire, l'histoire de l'art et sur la pratique picturale. Si ses œuvres ne tiennent pas un discours au sens de l'énonciation d'une idée qui l'inspirerait et le pousserait à les créer, elles agissent dans la distance critique, dans la « passerelle » qu'elles créent entre le matériau déjà-là et cette autre chose transformée, dans la mise en évidence des opérations de transformation. L'œuvre se montre elle-même, mais montre en même temps autre chose. « Plus les tableaux de Buraglio « s'identifient à leurs constituants matériels », plus leur réalité physique renvoie à la réalité physique du monde extérieur : plus ils sont des écrans sur lesquels « celui qui regarde se cassera le nez dessus », plus ils parlent de l'ouverture, plus ils sont muets, plus ils se réfèrent à la parole ; plus leur silence manifeste une « apparente indifférence à l'histoire », plus ce silence peut être revendiqué comme subversion. En bref, chacun de ces tableaux qui ne voudrait renvoyer qu'à soi-même

[285] Entretien avec Pierre Buraglio, 28 janvier 2005.

rassemble le monde »[286]. L'analyse de Pierre Wat s'accorde avec celle de Gilles Aillaud qui affirme que « ses tableaux montrent de quoi ils sont faits, comment ils sont faits, et ils le montrent comme pendant le temps de leur fabrication, montrant ainsi la fabrication elle-même. [Toutefois] montrer ou faire voir quelque chose ne veut pas dire représenter quelque chose. »[287]

Pierre Wat situe la naissance de *l'artiste* Pierre Buraglio en 1966, dans le passage de la série des *Recouvrements* à celle des *Agrafages*. C'est à partir de cette série que s'affirme son parti pris de peindre et le refus des moyens traditionnellement associés à cette pratique. La tension qui résulte de l'équilibre atteint dans le « rassemblement en un même espace de deux opérations contraires : découper et assembler, détruire et construire »[288], est une constante dans le travail de l'artiste qui se manifeste dans des œuvres très différentes les unes des autres. La notion de contrainte induite par l'action sur un déjà-là est également fondamentale pour saisir comment ses interventions sur l'architecture constituent une véritable continuité au regard de l'ensemble de son œuvre. La contrainte, loin d'être une restriction de sa liberté d'agir, est perçue comme un support d'action. Pierre Buraglio, dit de lui-même : « Ce qui m'intéresse c'est être dedans et en même temps qu'il y ait quelque chose qui soit même par moments dissonant. Et plus l'enjeu est grand, les contraintes sont grandes (lieu cultuel, …), plus c'est intéressant. »[289]. Pierre Buraglio, avant l'*Oratoire*, a déjà une certaine expérience de ce type de commande. L'un de ses projets les plus importants, sinon le plus important, est la chapelle Saint Symphorien à Saint Germain-des-Prés (commande de la ville de Paris) en 1992-1993. Il réalise ensuite la croix (1995) et le portail (2000) de l'église Sainte Claire à Paris (sur une proposition de Christian de Portzamparc et, postérieurement au projet de l'hôpital Bretonneau, l'oratoire du Carmel de Lisieux.

[286] Pierre Wat, *Pierre Buraglio,* Flammarion Paris, 2001.p.44
[287] Gilles Aillaud, cité par Pierre Wat, *Pierre Buraglio,* Flammarion Paris, 2001.p.36
[288] Pierre Wat, *Pierre Buraglio, op. cit.*
[289] Pierre Buraglio, entretien avec Pierre Buraglio et Fabrice Pilorgé, 28 janvier 2005.

Agrafage, ***1966***

Chapelle Saint Symphorien ***(Paris), 1990***

Croix de l'église Sainte Claire ***(Paris), 1995***

Illustrations, **Pierre Buraglio,** ***Pierre Wat, Flammarion , Paris, 2001***

D- L'œuvre d'art peut-elle constituer un modèle ?

Le projet de la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré a été pris comme exemple pour le *Lieu de recueillement et de prière* de l'Institut Paoli-Calmettes confié à Michelangelo Pistolletto, projet suivi, en 2001, de l'*Oratoire* de l'hôpital Bretonneau.

Au regard du développement de ce type de projet, le recours à l'intervention artistique en milieu hospitalier est-il en passe de devenir un véritable mode opératoire ?

L'analyse des trois projets développée précédemment, montre combien l'intervention artistique représente le médium susceptible d'avoir une efficace à différents niveaux. En premier lieu, l'intervention d'un artiste reconnu apporte une plus-value certaine à des lieux laissés pour compte et ceci indépendamment de la nature de la réponse apportée. En second lieu, les trois œuvres étudiées font apparaître les différents niveaux de lecture que l'usager est susceptible d'adopter selon ses convictions. Ces œuvres parlent autant de spiritualité pour qui voudra l'entendre que du terrain neutre de l'histoire de l'art. En ce sens, elles constituent une réponse satisfaisante à des questions sensibles qui n'acceptent pas, pour le moment, de réponse figée et trop précise. L'intervention artistique pourrait donc apparaître comme une solution idéale.

Pour autant, elle ne constitue pas une solution de facilité, notamment concernant son financement, le montage du cadre des opérations, et sa réalisation[290].

2- Le recours à un artiste n'est pas une solution de facilité

Financement

Les trois œuvres qui nous intéressent ici cumulent deux problèmes de taille quant à leur financement.

Le premier tient au fait qu'il s'agit de réalisations qui ne sont pas directement destinées à l'amélioration des soins curatifs (environnement des patients, équipement technologique, etc.). Rappelons ici que si les hôpitaux sont tenus (selon le nombre de décès par an) de disposer d'un dépôt temporaire des corps, rien ne les oblige à considérer la qualité de l'environnement destiné aux familles endeuillées. De même, si la loi de 1905, déjà évoquée, garantit la présence d'aumôneries, elle ne traite pas des lieux de culte. Ces trois projets ne correspondent donc pas à une obligation mais plutôt la reconnaissance d'un besoin contemporain relevant de l'humain, présent aujourd'hui dans les discours, mais loin d'être encore généralisé et appliqué dans les faits. Les critiques peuvent être émises par des soignants eux-mêmes, comme le rapporte Françoise Quesada (ex-directrice de l'hôpital Raymond Poincaré) qui se souvient avoir dû justifier auprès d'un soignant que le financement des travaux de la *Salle des départs*, ne se faisait pas au détriment de l'achat de médicaments (sic.).

> La Fondation de France, la DRAC et l'Assistance Publique ont donné de l'argent. Dans un hôpital où il y avait beaucoup de travaux à faire, j'ai tout de suite été séduite par le projet, mais c'était du plus (par rapport à refaire la sécurité d'un service). J'ai donc dit que les 400 000 francs allaient être dédiés aux travaux que l'on aurait faits de toute façon.[291]

Dominique Maraninchi, directeur de l'Institut Paoli-Calmettes évoque le même problème à propos du financement du *Lieu de recueillement et de prière*. « On a

[290] Voir à ce propos la recherche *L'association artiste/architecte à l'épreuve de l'hôpital laïque,* Isabelle Genyk, responsable scientifique, Isabelle Saint-Martin, Magali Uhl, Ministère de la Culture et de la communication, DAPA, juin 2005.

[291] Entretien avec Françoise Quesada, directrice de l'hôpital Raymond Poincaré au moment de la restructuration de la *Salle des départs,* 4 octobre 2004.

voulu faire propre sur le plan financier […] pour ne pas avoir de reproche car l'Institut Paoli-Calmettes est financé par l'Assurance maladie. »[292]

En second lieu, l'exigence et la qualité très élevées des réalisations artistiques, induisant un surcoût au regard d'une simple réhabilitation ou remise aux normes, rendent difficile le recours à une procédure classique répondant au Code des marchés publics. Pour contourner cette difficulté et se prémunir des éventuels risques de critiques, Françoise Quesada propose de créer une association[293]. Celle-ci fait office de dispositif de transparence pour le financement de l'œuvre mais apparaît également comme un moyen de court-circuiter les procédures habituelles trop longues.
Les interventions artistiques en milieu hospitalier posent, ainsi, des difficultés dès l'élaboration préparatoire du cadre. Une autre concerne la redéfinition des statuts des différents acteurs de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre pour la réalisation d'une œuvre commune.

Montage du cadre et projet interdisciplinaire

Une intervention artistique menée à l'échelle de l'architecture induit des logiques différentes de celles habituellement à l'œuvre pour des réfections ou restructurations de services hospitaliers. Les projets de la *Salle des départs* et du *Lieu de recueillement et de prière* ont été élaborés dans le cadre de la procédure des Nouveaux Commanditaires qui introduit une figure supplémentaire : le médiateur.
Le rôle du médiateur se révèle être l'addition de missions partielles traditionnellement assurées par des acteurs différents: chargé des affaires culturelles ou conseiller en art ; assistant à maîtrise d'ouvrage, maître d'œuvre. Sa mission, tracée dans les grandes lignes par le *Protocole* (assistance à l'élaboration du programme, recherche de financement, assistance à la maîtrise d'ouvrage dans l'élaboration du cadre, relations entre les différents protagonistes, valorisation de l'oeuvre) peut aussi être partiellement de la maîtrise d'œuvre (suivi de chantier, contrôle du budget au cours des travaux, etc.) Le rôle du médiateur, qui requiert des

[292] Entretien avec Dominique Maraninchi, directeur de l'Institut Paoli-Calmettes, 21 septembre 2004.
[293] « L'association pour la rénovation, l'humanisation et le mise en valeur culturelle de l'amphithéâtre des morts de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches » avait comme trésorier François Paraire et Marcel Gros comme secrétaire. L'association a reçu de l'argent de la DRAC et de la Fondation de France, mais pas de l'Assistance Publique. Les 400 000 fr. de l'Assistance Publique ont servi pour la plomberie, etc. Les comptes de l'association ont été tenus au centime près, vérifiés par un expert comptable.

compétences très variées, oscille donc entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre en fonction des phases d'élaboration du projet.

Si la présence d'un intervenant supplémentaire nécessite une réorganisation globale du partage des tâches et des compétences entre la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre, les collaborations au sein de la maîtrise d'œuvre entre artiste et architecte posent également cette question. En effet, pour ces projets confiés à des artistes, l'assistance d'un architecte s'avère nécessaire.

Cette contrainte pourrait apparaître mineure, pourtant, elle est source de nombreux conflits renvoyant à l'évolution des statuts respectifs des artistes et des architectes dans l'histoire du XXe siècle. Si les architectes, en quittant l'Ecole des Beaux Arts, il y a plus de trente ans, semblent avoir voulu « exorciser » l'artiste de l'architecte, ils peuvent paradoxalement apparaître aujourd'hui réticents à l'idée d'une collaboration avec des artistes appelés en cette qualité. Cette question est d'autant plus importante que le rôle des architectes ne se résume pas, dans ce cas, à une simple assistance technique, mais à une part du travail de conception (conception de la fabrication de l'œuvre), permettant d'enrichir et de porter l'idée de l'artiste. Le tâtonnement quant au choix de l'architecte pour le projet de la *Salle des départs* est, à ce titre, révélateur. Avant d'arrêter leur choix, les médiateurs « essayent » en effet deux architectes pour finalement s'adresser à un troisième. Le premier architecte, proposé par l'hôpital, avait déjà réalisé les travaux de rénovation du laboratoire d'anatomo-pathologie. Cette première association n'est pas satisfaisante dans le sens où l'architecte n'aide pas assez l'artiste à mettre en forme son projet. La deuxième association ne convient pas non plus, pour une raison opposée. La maîtrise d'ouvrage propose en effet une autre architecte qui avait également travaillé pour l'hôpital. Cette dernière refuse d'aller rencontrer l'artiste en Italie et se révèle, aux yeux de la maîtrise d'ouvrage, trop intrusive dans le travail de l'artiste. Suite à ces deux échecs, Catia Riccaboni se charge du choix de l'architecte. Elle choisit l'architecte italien Guido Fanti ayant une expérience préalable de collaboration avec un artiste[294]. Sans entrer dans l'analyse précise des modalités de partage des tâches et des rôles entre les artistes et les architectes, ces collaborations font apparaître la nécessité de repenser les termes d'une culture de l'interdisciplinarité au sein des équipes de maîtrises d'œuvre comme des maîtrises d'ouvrage. Ces réalisations mettent en lumière une

[294] Ettore Spalletti sera également secondé de son assistante Adriana Civitarese et de l'architecte Bernard Ngodjio.

conception dominante qui considère un système de collaboration plus « coopératif » que « hiérarchique » remettant en question l'image traditionnelle de l'architecte chef d'orchestre.
Pour l'*Oratoire,* la direction de l'hôpital Bretonneau ne fait pas appel au programme des Nouveaux Commanditaires. Le rôle du médiateur est assumé en partie par la direction et par l'artiste lui-même, qui se charge des relations avec l'Archevêché de Paris ou de la recherche de financement externes.

Contraintes induites par l'œuvre d'art

Le choix d'un artiste contemporain représente une responsabilité importante pour une maîtrise d'ouvrage surtout quand il s'agit de dépenser de l'argent public (le sujet est d'autant plus sensible pour un équipement hospitalier lorsque le financement de travaux ne concerne pas le curatif). « C'était important de ne pas choisir un artiste soi-même, car on peut faire un mauvais choix, et il y a toujours des conflits d'intérêts, la fonction du médiateur est pratique. »[295]. La fonction du médiateur offre donc une position confortable aux maîtrises d'ouvrage qui se voient soulagés de cette responsabilité. Notons toutefois, que le caractère personnel de la décision du médiateur, dans le cadre du programme des Nouveaux Commanditaires, est relatif. Il peut s'agir d'une décision collégiale, ou d'une décision personnelle « chaperonnée » par l'ensemble du programme. D'autre part, les artistes (dans le sens large, c'est-à-dire architectes, paysagistes, etc.) choisis par les médiateurs profitent déjà d'une certaine renommée. Le programme des Nouveaux Commanditaires assume le fait de ne pas être une aide à la jeune création, ce qui limite dans une certaine mesure les risques de se tromper.

L'intervention artistique implique, d'autre part, des responsabilités importantes pour une maîtrise d'ouvrage quant à sa protection et sa conservation dans le temps. A l'issu des interventions artistiques élaborées dans le cadre du programme des Nouveaux Commanditaires, la direction des établissements signe une *Convention de dépôt et d'entretien* avec la Fondation de France, qui peut se révéler très contraignante dans la longue durée. L'article 4 de cette convention stipule :

[295] Entretien avec Dominique Maraninchi, *op. cit.*

> L'œuvre ne pourra être modifiée et restaurée, les éléments mobiles qui la composent ne pourront être déplacés sans l'autorisation préalable de l'artiste ou de ses ayants-droits. […] Si malgré tout, l'œuvre était modifiée, restaurée ou ses éléments mobiles déplacés sans cette autorisation préalable, l'artiste ou ses ayants-droits se réservent d'engager tout recours.[296]

Cette convention ne précise aucune durée, et pose en conséquence une question fondamentale : comment ces œuvres d'architecture, qui répondent à des besoins, sont-elles susceptibles d'évoluer dans le temps ? Il est logiquement envisageable que les besoins ou attentes sociales évoluent ces prochaines décennies. Que faire alors d'un morceau d'architecture figé qui ne pourrait évoluer ?

Ces trois réalisations montrent combien une intervention artistique à l'échelle de l'architecture ne constitue aucunement une solution de facilité. Elle nécessite une remise en question des modes opératoires traditionnels ainsi qu'une reconsidération de la culture même de l'interdisciplinarité pour la création d'une œuvre commune. Ces questions sont particulièrement évidentes pour ces cas particuliers. D'autres opérations de moindre envergure peuvent, nous le verrons, s'adapter à des procédures plus classiques.

Peut-on considérer la *Salle des départs* comme un véritable un modèle pour les opérations suivantes ? Si l'on considère les projets pris dans leur globalité, c'est-à-dire, financement, modalité de montage des opérations, idéologie sous-jacente véhiculée sur l'art, il semble que l'un après l'autre chacun de ces éléments puisse être remis en cause sans affecter le résultat final. En définitive, il ressort que seul, le recours à l'œuvre d'art comme moyen d'apporter une réponse à des questions difficiles, soit fondamental dans ces projets. D'autres réalisations en France et à l'étranger laissent d'ailleurs présupposer une réflexion similaire portant sur les enjeux sous-jacents à la question de l'art à l'hôpital.

3- Des interventions artistiques en France et en Europe

Très peu de temps après la réalisation de la *Salle des départs*, d'autres projets de restructuration de chambres mortuaires proposant une réflexion similaire de la part

[296] Article 4 de la *Convention de dépôt et d'entretien*. Archives Guido Fanti

des concepteurs ont vu le jour[297]. De même, nous avons recensé d'autres projets de lieux « de spiritualité » en milieu hospitalier, en France et à l'étranger pour lesquels a été engagée une réflexion sur l'ouverture, à travers l'art. Certains concepteurs ont eu connaissance des projets mentionnés précédemment, d'autres non. La multiplication de ce type de démarche met en lumière de véritables attentes et besoins de la part des usagers, et non un simple effet de mode que la circulation d'un modèle pourrait laisser supposer.

Chambres mortuaires hospitalières

Hôpital Charles Foix

Fin 1999, l'hôpital Charles Foix à Ivry rénove sa chambre mortuaire située dans un bâtiment indépendant, édifié dans les années 1960. Sophie Vigneau, artiste graveur à l'atelier d'art thérapie de l'hôpital, est intégrée en cours de rénovation, à sa demande, à la conception du projet.

L'organisation du service est identique aux services mortuaires des hôpitaux Tenon, Saint Louis et Paul Brousse, marqués par un fort aspect fonctionnel, suivant le plan « type »développé à cette époque[298]. Les travaux de rénovation, outre une remise aux normes des parties techniques, change entièrement la décoration de la partie recevant le public. Une peinture bleue, rehaussée d'un bleu plus appuyé pour les menuiseries, recouvre l'ensemble des murs.

Bien sûr, après la *Salle des départs,* il est difficile de couvrir d'un bleu soutenu l'ensemble des murs d'une chambre mortuaire sans immédiatement susciter l'idée d'une volonté de « faire comme » à Garches. Pourtant, Sophie Vigneau, affirme que le choix de la couleur bleue (associée au vert) était antérieur à la visite de la *Salle des départs,* qui est simplement venu le confirmer[299].

[297] Notons qu'en 1997, le Ministère de la Santé promulgue un arrêté obligeant une remise aux normes techniques des chambres mortuaires si des travaux de rénovation sont engagés. Cet arrêté a été le catalyseur de restructurations, toutefois, rien n'est mentionné dans cet arrêté concernant la dimension symbolique que les concepteurs ont développée dans les projets mentionnés ici.

[298] Voir la première partie de ce travail (Chap II, A,2)

[299] Selon l'artiste, le bleu correspond à une demande des patients (constat au sein de l'atelier d'art thérapie que « les patients aimaient bien travailler le bleu, et qu'ils se sentaient bien dans le bleu »). Ce choix a été conforté par une recherche postérieure dans le dictionnaire des symboles (« Cela concordait bien à la dimension spirituelle ») et la visite de Garches. Toutefois, selon l'artiste, « à Charles Foix, il y a plus de vert que dans la chambre mortuaire de Garches ». Entretien avec Sophie Vigneau du 18/11/2003.

Selon l'artiste, « le bleu, couleur la plus profonde, amène le regard à s'y enfoncer, sans rencontrer d'obstacles pour s'y perdre à l'infini, tandis que le vert, lié au règne végétal et des eaux, apporte une dimension plus humaine. Restant toutes les deux des couleurs liées aux valeurs spirituelles, elles se retrouvent aux confins de la vie et de la mort ; le bleu céleste approche au seuil qui sépare l'homme de l'au-delà, le vert par son association aux jeunes pousses et aux moisissures tend à joindre ces deux directions de l'existence »[300]. Le discours de Sophie Vigneau sur son œuvre rejoint ici celui de Spalletti qui pense « à un parcours à travers la modulation des couleurs : partir du vert, couleur terrestre, pour aller vers l'azur »[301].

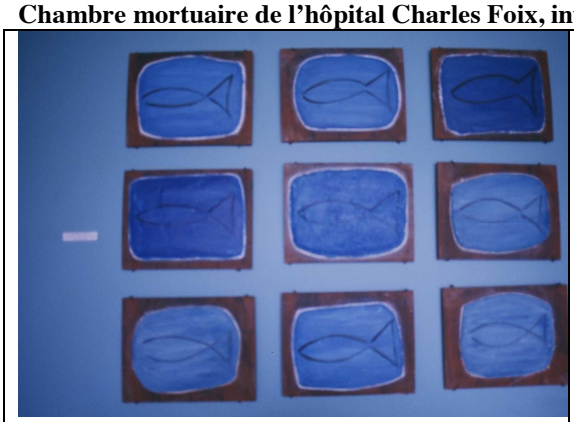
L'œuvre de Sophie Vigneau ne se réduit toutefois pas à la couleur des murs. L'artiste a travaillé sur l'intégration de symboles qui se révèlent être, sans exception, religieux. Des « mini fresques » accrochées sur les murs de la chambre mortuaire figurent des poissons stylisés. L'auteur justifie ce choix par recherche de symboles partagés par de nombreuses religions : « symbole de l'élément eau, le poisson est souvent associé à la restauration cyclique, symbole de vie et de fécondité dans plusieurs philosophies. Poisson sauveur, partage comme chez les chrétiens où il représente l'eucharistie, il est aussi signe de passage vers les mondes souterrains »[302].

La technique même est lourde d'évocations, référence explicite aux fresques des églises réinterprétées de manière contemporaine par un travail sur la série, la mobilité et la variation possible sur l'œuvre dans le temps. Cette référence revendiquée par l'artiste est appuyée, voire saturée par un discours sur des symboles plus universaux : « Nouvelle matière minérale élaborée à partir des quatre éléments fondamentaux: la terre (les pigments), le feu (la chaux), l'eau (la technique humide) et l'air (le séchage). Elle conserve une relation avec l'alchimie, compte tenu de la charge symbolique de chaque élément.[…] Son approche spirituelle tient au fait que les thèmes religieux y sont souvent associés, liés à la "transfiguration" de la matière par l'esprit »[303]. Devant l'impression de saturer l'œuvre par des symboles religieux, l'artiste (de confession catholique) interrogée à ce propos, répond : « nous n'avons pas d'autres symboles à

[300] Plaquette réalisée par Sophie Vigneau, *La chambre mortuaire de l'hôpital Charles Foix à Ivry-sur-Seine, Intervention artistique septembre 1999/octobre 2000*.
[301] Entretien avec Ettore Spalletti, réalisé en janvier 1996, par Catia Riccaboni, chargée de mission "culture" à la Fondation de France et Jean-Yves Bobe, conseiller pour les arts plastiques à la DRAC d'Ile-de-France; dans Ettore Spalletti, Galleria Massimo Minini, Brescia, 1997.
[302] Plaquette réalisée par Sophie Vigneau, *op. cit.*
[303] Plaquette réalisée par Sophie Vigneau, *op. cit.*

notre disposition pour la spiritualité que les symboles religieux. De la spiritualité athée, avec des symboles athées, je n'en vois pas, c'est aussi lié à l'histoire »[304]. Si toutefois elle reconnaît que dans l'œuvre d'art peut s'exprimer une dimension spirituelle sans forcément être religieuse, elle émet quelques doutes quant à la réception d'œuvres d'art contemporain dans une chambre mortuaire. « Dans une chambre mortuaire, il faut essayer de lier les deux (art et mort), on ne pourrait pas y mettre forcément du Rothko. La réception du public serait difficile, ce n'est pas un lieu seulement artistique c'est une chambre mortuaire. Les gens auraient du mal à se mettre dedans (selon mon expérience ici) »[305]. L'artiste souligne ici que, dans le cadre d'une chambre mortuaire, le seul fait d'introduire une œuvre d'art (ou d'en faire une œuvre d'art) n'est pas suffisant. Il faut nécessairement que celle-ci tienne un discours sur la mort. Cette démarche peut, selon l'interprétation, les convictions religieuses ou la culture des artistes procéder d'une véritable recherche quant au discours à tenir (recherche de symboles « universaux », discours laïc sur la mort…) ou reprendre finalement la longue tradition qui a longtemps confondu l'histoire de l'art avec celle de l'histoire de l'art religieux.

Chambre mortuaire de l'hôpital Charles Foix, intervention de l'artiste Sophie Vigneau



Mini-fresques, poissons sur terre cuite

Salon de présentation des corps

[304] Entretien avec Sophie Vigneau du 18/11/2003.
[305] *Ibid*.

Hôpital d'Antibes-Juan les Pins

Cette opération récente n'est pas à proprement parler l'intervention d'un artiste mais celle d'un architecte d'intérieur. Nous la mentionnons car elle concerne la restructuration d'un service mortuaire dont la conception a soulevé des questions similaires à celles posées pour la *Salle des départs* de l'hôpital Raymond Poincaré. Ce projet nous intéresse d'autre part pour la présentation qui en a été faite dans un article de la revue *Le Moniteur* [306]. Le choix de l'illustration (gros plan abstrait) met, en effet, en valeur une volonté de présenter le projet à la manière d'une œuvre d'art.

En 2003, le Centre hospitalier d'Antibes-Juan les Pins fait appel à l'agence PH2B pour réaliser l'architecture intérieure de son service mortuaire. Cette opération prend place dans le cadre de la restructuration du centre hospitalier confiée à l'agence parisienne Reichen et Robert. A l'origine, le service mortuaire (devenu trop exiguë et ne répondant plus aux normes) de cet hôpital pavillonnaire militaire se situait dans un bâtiment indépendant à l'arrière de la composition générale, en relation directe avec une voie de desserte arrière. Le bâtiment accueillant le nouveau service mortuaire est une villa attenante à la chapelle de l'hôpital. Les architectes Reichen et Robert choisissent d'opposer les entrées (côté hôpital se trouve l'entrée de la chapelle et côté rue, l'entrée du reposoir), dans le but de bien séparer les deux lieux et qu'il n'y ait pas d'amalgame entre chapelle et reposoir.

L'intervention de l'agence PH2B porte sur 430 m² répartis sur deux niveaux, rez-de-chaussée et en sous-sol sur cour anglaise[307]. Un élément important de la réflexion du concepteur s'est porté sur les ambiances des salons de présentation et sur la possibilité de réaliser et d'intégrer les rituels des différentes religions présentes sur la Côte d'Azur. L'architecte pour qui il était impossible de satisfaire tout le monde en intégrant un composant de chaque identité, prend le parti de rechercher une entité générale où « tout le monde pourrait se sentir bien ». Selon Pierre-Henri Bouchacourt

[306] M.C, « Un reposoir intemporel », *Le Moniteur,* 12 mars 2004, p.69

[307] L'intérieur de la bâtisse existante a totalement été détruit et restructuré pour accueillir en sous sol la partie technique de la chambre mortuaire et quatre salons d'exposition et, en rez-de-chaussée la partie publique composée d'une salle d'attente, bureau du responsable de l'accueil des familles, d'un salon d'exposition, d'un sas de départ et enfin d'une vaste salle de présentation (36,7 m²) dénommée chambre funéraire.

la question de la représentation des religions était sans ambiguïté de la part de la maîtrise d'ouvrage et en conséquence très peu évoquée : la directrice des affaires économiques de confession catholique, a « agit avant tout en fonctionnaire laïque »[308] dans un souci de donner à l'hôpital l'image d'un lieu de vie et non pas un lieu de mort ou de maladie. L'architecte, athée, cherche quant à lui un équivalent laïc de signes religieux. Ceux-ci sont figurés par des aplats géométriques déclinés sous formes de rectangles mauve-violets sur des parois de verre dépoli placées devant les baies des salons de présentation. Le verre dépoli vient « lisser » et camoufler les ouvertures dépareillées perceptibles du fait de la destruction du cloisonnement intérieur.

> On a réinterprété l'idée des signes religieux ou culturels par des aplats de couleur mauve (c'est une couleur que l'on travaille beaucoup à l'agence car on trouve que c'est une couleur profonde). On l'a travaillé par taches de mauves, des rectangles horizontaux et verticaux inscrits de façon un peu aléatoire sur ces parois vitrées qui viennent créer des trous un peu sombres et qui peuvent trimbaler indirectement une symbolique soit religieuse, soit mystique. En fait les gens y voient ce qu'ils veulent. Et cela vient animer cet espace. Pour les salles de présentation, on reste dans quelque chose de très symbolique, comme des traces.[309]

Ces « traces » conçues comme des signes sont par ailleurs pensées comme des « fenêtres » donnant accès à une autre dimension, des directions données à l'esprit permettant un échappatoire. Des aplats colorés sont également reportés sur les sols afin de réaliser une continuité et une dynamique entre les pièces par une composition (« tissage ») de motifs. L'ensemble de ces éléments vient animer l'espace que le concepteur a souhaité dépouillé et baigné d'une lumière douce appelant à une certaine abstraction.

Un reposoir intemporel

Le centre hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins a fait appel à l'agence PH2B pour réaliser l'architecture d'intérieur de son service mortuaire. La décoration du reposoir, espace dédié aux rites religieux, a été conçue sans aucune connotation pour une utilisation multiconfessionnelle. Matériaux, formes et couleurs, mis en valeur par de nombreux éclairages indirects, concourent au calme, au recueillement, à l'intemporalité. Le sol est recouvert d'un calepinage en dalles de pierres reconstituées Santa Margharitta. Les murs, sur lesquels ont été fixées des parois de verre dépoli ornées de films adhésifs de couleur violine, sont enduits d'une peinture La Seigneurie laque satinée. Enfin, dalles minérales et staff forment le plafond. M. C.

ANTIBES JUAN-LES-PINS. La mise en lumière des formes et des couleurs qui composent ce reposoir se révèle propice au recueillement.

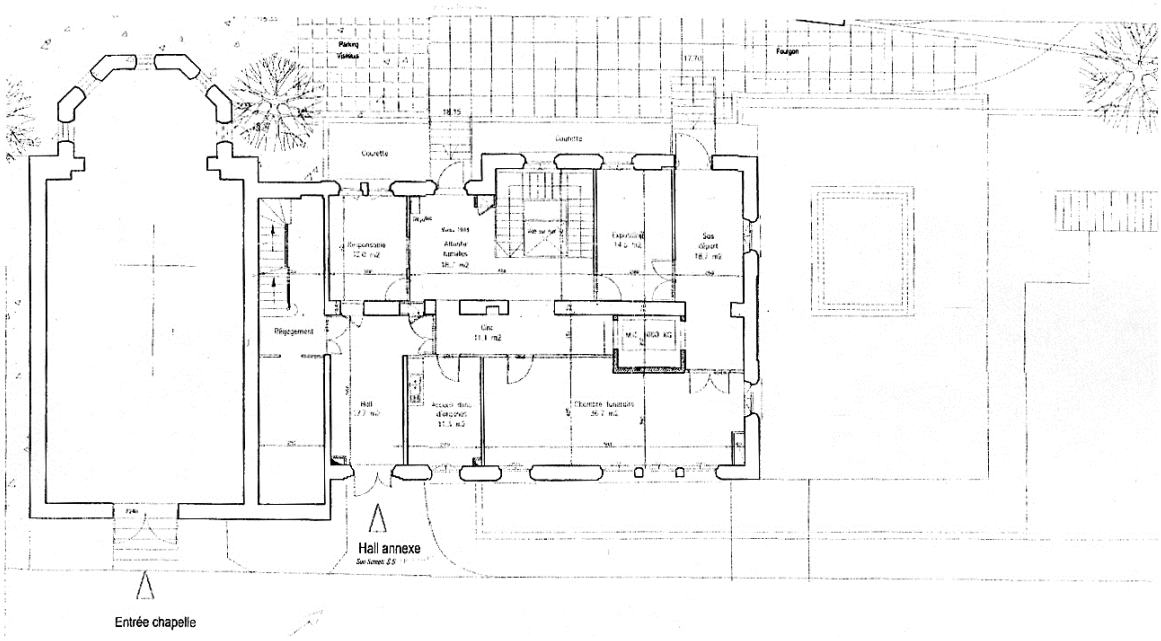
MAÎTRISE D'OUVRAGE : CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS. MAÎTRISE D'ŒUVRE : PIERRE-HENRI BOUCHACOURT, ARCHITECTE D'INTÉRIEUR. ENTREPRISE PRINCIPALE : CBAT, GROS ŒUVRE. SURFACE : 430 M². COÛT : 9 116 EUROS TTC.

12 mars 2004 • Le Moniteur 69

Présentation du projet, *AMC,* 12 mars 2004

Ancienne chambre mortuaire

[308] Entretien avec Pierre-Henri Bouchacourt, 11 mai 2004.
[309] *Ibid*.



Plan du rez-de-chaussée de la chambre mortuaire, hôpital d'Antibes Juan les Pins

Chapelle jouxtant le service

« traces » au sol

Salon de présentation

« Traces » mauves sur les parois de verre dépoli

Grande salle de présentation ou de départ

Hôpitaux universitaires de Genève

La politique culturelle menée depuis quelques années par Jacques Boesch, chargé des Affaires Culturelles des Hôpitaux de Genève, est très active, au point de faire ressembler les hôpitaux de la ville à de véritables galeries d'art contemporain. Parmi de nombreuses œuvres, deux ont particulièrement retenu notre attention. Ces deux interventions artistiques sont des aménagements touchant à la question de la mort en milieu hospitalier.

En 1999, à l'initiative des soignants, la direction du CESCO soumet une requête à Jacques Boesch. La chambre mortuaire du centre de soins palliatifs, qui déplore un nombre important de décès par an, est située en sous-sol, au bout d'un long couloir de 43 mètres de long que les familles endeuillées doivent parcourir au sortir de l'ascenseur. Ce couloir sombre sert alors de dépôt temporaire d'objets de toutes sortes. Jacques Boesch sélectionne trois artistes plasticiens et organise un concours. L'artiste Caroline Sorger l'emporte avec un projet de cheminement scandé par sept tableaux lumineux, nommé *Chemins de vie*.

Pour traiter ce sujet difficile, l'artiste souhaite garder lisible la fonction du lieu sans pour autant souligner son caractère pesant. Plutôt qu'occulter la mort, elle choisit de la mettre au centre de son concept, de monter la mort comme une étape intégrée à la vie. L'œuvre de Caroline Sorger se veut un condensé de symboles qui replace la relativité de l'existence de l'homme au cœur du cosmos. Les références explicites sont constituées des éléments primordiaux, l'eau, l'air, la terre et le feu, appuyés de formes géométriques simples (le carré contenant le cercle). Ces références, nous le verrons, se retrouvent de manière récurrente chez d'autres concepteurs, artistes ou architectes.

> Quoi de plus harmonieux qu'un cercle ? Symbole de nos premiers instants de cellule, il est tout harmonie, toute perfection. Il est le soleil qui nous chauffe, la terre sur laquelle nous vivons. Chargée de toutes les couleurs du cosmos, l'arc en ciel se dresse sur elle. Symbolisant, entre autres, la réconciliation (entre vie et mort ?), l'arc-en-ciel et ses sept couleurs pures invitent à la contemplation.[310]

Les tableaux-lampes inspirés des caissons publicitaires sont des carrés sur lesquels l'artiste a peint des cercles. Partant de la chapelle, les couleurs se déploient en

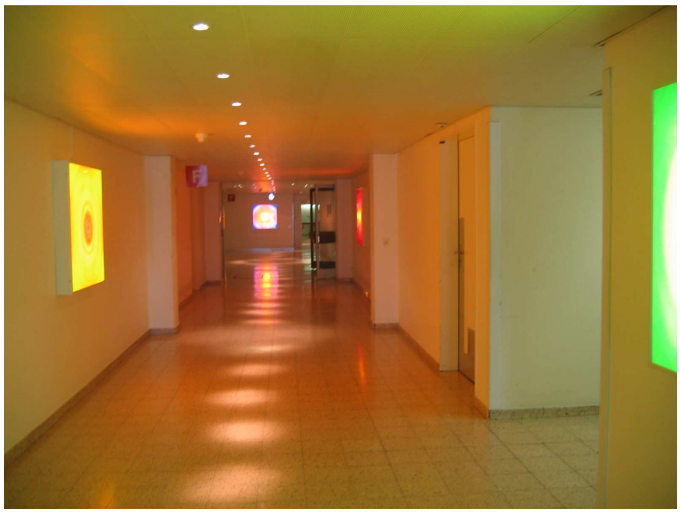
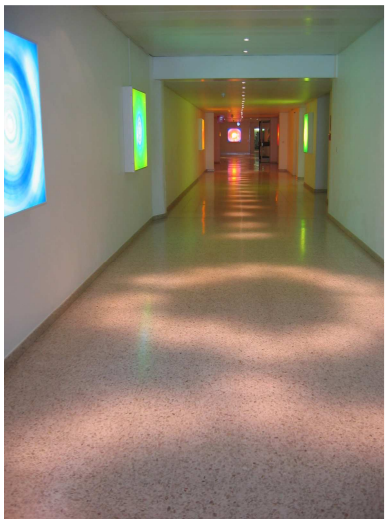
[310] Entretien avec Caroline Sorger, 20 mai 2005.

commençant avec les trois primaires (bleu, rouge, jaune) pour continuer plutôt en bichromie tels que les jaunes-rouges, jaunes-verts, bleus-verts et enfin bleus-mauves, en arrivant devant le centre funéraire. Aux sept couleurs de l'arc-en-ciel contenues dans des cercles, constituant elles-mêmes un symbole répertorié, Caroline sorger y ajoute une signification spatio-temporelle. « Tel qu'une goutte d'eau tombant dans la mer ou les anneaux de croissance d'un arbre, les cercles se répètent à l'infini, évoquant l'éternel recommencement.»[311]

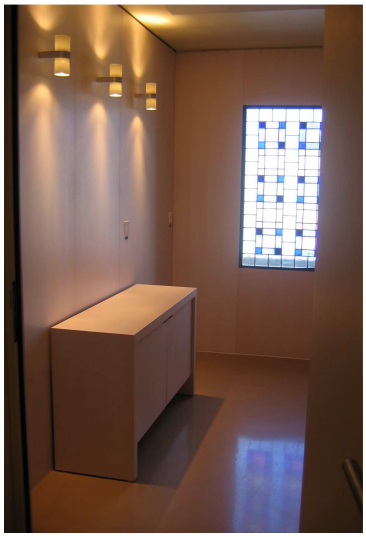
Ce dispositif est complété par l'éclairage de petits spots encastrés dans le faux-plafond, disposés de manière irrégulière. Ces derniers provoquent des reflets sur le sol de pierre satinée qui viennent parfaire la requalification de l'espace du couloir. A l'issue de la réalisation, l'artiste constate que le nombre de spots correspond au nombre de lits de l'établissement et à la moyenne supérieure de l'âge humain. Ce « cadeau des circonstances » est a posteriori repris dans son discours comme un symbole qui vient s'ajouter à ceux qui saturent déjà son travail[312].

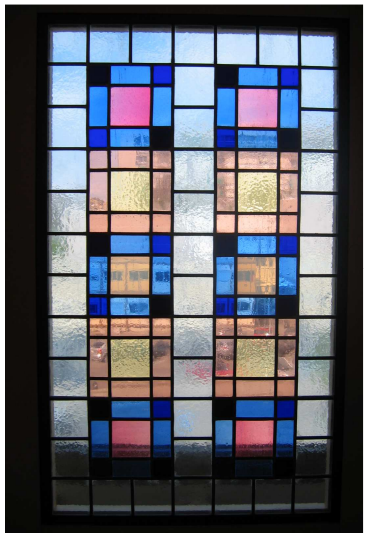
La seconde œuvre est une réalisation très récente (2005) qui prend place dans la maternité de Genève. Il s'agit d'un petit lieu de 4 m² aménagé pour recevoir les familles en deuil d'un fœtus ou d'un enfant mort né. Il n'existait auparavant pas de lieu spécifique, les fœtus étaient présentés, pour les familles ayant fait la demande, dans un local de rangement encombré et contenant une armoire réfrigérée. Sans dispositif adéquat, les corps des enfants étaient placés sur un pèse bébé. Le projet est confié à Gilbert Gendre qui conçoit un espace totalement dépouillé mais chaleureux. Les murs sont recouverts d'un placage de bois rosé, la lumière est pensée pour favoriser le recueillement. L'ensemble du lieu est dominé par un vitrail non figuratif, une composition d'éléments géométriques. L'artiste conçoit également un meuble sur lequel est posé le petit cercueil de l'enfant décédé. Face à ce dispositif de présentation, deux chaises constituent le reste du mobilier. Ce lieu met encore l'accent sur le dépouillement souhaité et la référence indirecte à un véritable lieu de culte.

[311] Entretien avec Caroline Sorger, *ibid*.
[312] Ce projet a été réalisé avec peu de moyen. La fabrication des tableaux lumineux a été faite par l'artiste elle-même, tandis que les services techniques ont collaboré pour la peinture du couloir, l'alimentation électrique et la pose des spots (selon les emplacements donnés par l'artiste).

***Chemin de vie*, couloir menant à la chambre mortuaire, intervention deCaroline Sorger artiste, CESCO (Hôpitaux universitaires de Genève)**

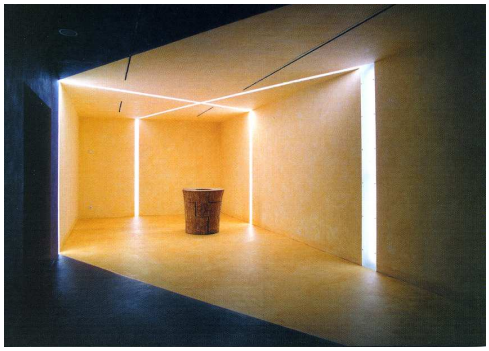


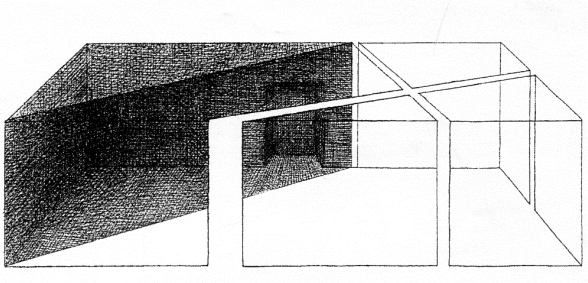


Pièce de présentation des bébés décédés, intervention de Gilbert Gendre, artiste, Maternité (Hôpitaux universitaires de Genève)

Lieux de spiritualité

Même si elles ne constituent le principal sujet de notre étude, deux interventions artistiques en milieu hospitalier concernant des lieux de recueillement, méritent encore d'être mentionnées. La première réalisation est la réfection, en 2000, d'une chapelle au sein de l'hôpital de Munich Harlaching en Allemagne. Le projet d'un lieu sans signe ouvert aux différentes spiritualités présentes à l'hôpital a été confié à l'architecte Tina Häcker, selon le projet du sculpteur Werner Mally qui le nomme *Tag und NachtRaum*. Correspondant à cette désignation, la pièce rectangulaire est en effet divisée, selon une ligne diagonale, en deux parties, l'une peinte en bleu foncé, l'autre en ocre-jaune. Le plafond de la partie jour, est cisaillé par deux fentes lumineuses formant une croix dont les branches se retournent verticalement jusqu'au sol. Référence à la dimension chrétienne du lieu ou simple éclairage de ce parallélépipède aveugle, cette croix est le seul marquage de cet espace dont l'accent a été mis sur le dépouillement et sur la perception que provoque le fort contraste lumineux du bleu et du jaune. La géométrie des zones d'ombre et de lumière a, selon le point de vue, un effet déstabilisateur quant à la perception de la géométrie globale de la pièce. A l'instar de la *Salle des départs*, ce lieu provoque la sensation de se tenir dans un espace « autre » radicalement différent des locaux hospitaliers qui l'enserrent. L'artiste a également réalisé une sculpture en forme de tronc d'arbre qui, déployé, sert « d'autel » lors des célébrations.





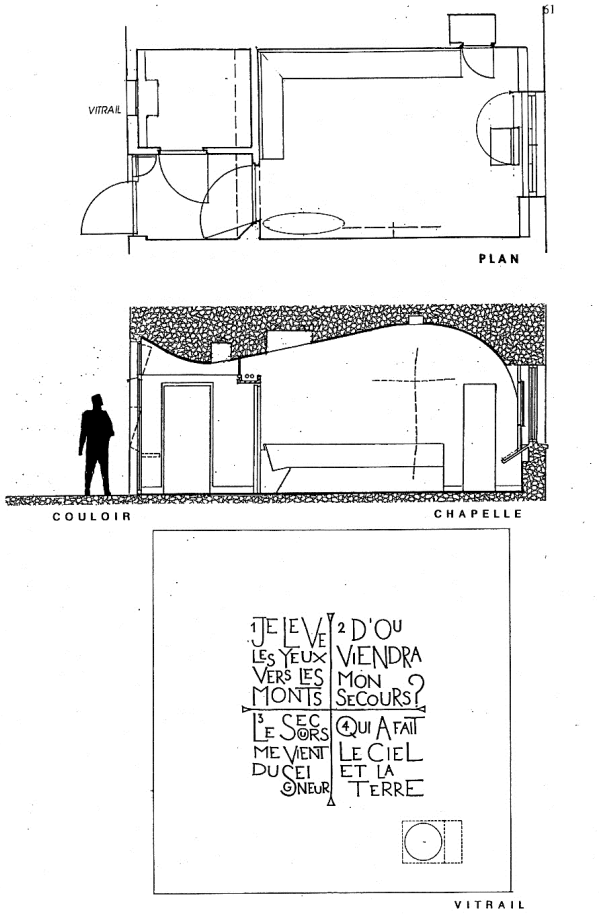
***Tag und NachtRaum,* Werner Mally sculpteur et Tina Häcker architecte, hôpital de Munich Harlaching**

Enfin, nous présentons ici un dernier lieu pensé pour offrir un cadre commun dans lequel l'œcuménisme peut se vivre. En 1995, l'hôpital Arnaud de Villeneuve à Montpellier souhaite aménager une chapelle au sein de l'hôpital. La direction choisit de représenter les communautés religieuses les plus importantes de Montpellier (catholique et protestante) et charge l'architecte et théologien Nicolas Westphal de concevoir une chapelle œcuménique dans une pièce ingrate de 17m² de surface. Nicolas Westphal pour qui « l'architecte peut composer un lieu qui invite à prier par sa qualité architecturale, indépendamment de toute expression symbolique d'une confession et de toute sacralité », choisit toutefois de structurer son projet à partir d'un texte biblique. Le texte disparaît sous sa forme écrite pour être intégré dans l'interprétation architecturale. « L'architecture porte le texte et lui donne son statut, le texte fonde et légitime l'architecture »[313]. Le psaume 121[314] définit ainsi les qualités architecturales que l'architecte choisit d'exprimer : protection, proximité, continuité à travers le jour et la nuit, continuité à travers les générations et apaisement dans le lieu même où l'angoisse s'est installée. Dans le couloir de l'hôpital un vitrail blanc (jour) et orange (nuit) ainsi que le premier paragraphe du psaume signalent la présence du lieu. L'architecte, qui revendique un espace sans iconographie, y fait figurer néanmoins un texte explicite qui tient la place de « médiateur » (médiateur entre les différents intervenants du projet mais aussi médiateur dans la composition architecturale) ainsi qu'une croix. A l'intérieur de la pièce, le visiteur est accompagné par le mouvement du faux-plafond courbe « qui entoure mais n'enferme pas »[315] ainsi que par les variations de lumière à sa surface. Le discours de l'architecte donne également un place importante à l'homme qui se traduit par le banc en bois fait à la main (présence de la main de l'homme mais également partage du regard ou de la parole incitée par sa forme en L) et la conservation de la fenêtre rappelant, selon lui, l'échelle humaine.

Si à la différence des autres lieux présentés ici, ce projet affirme son marquage religieux, notons l'intérêt que représente le mode original d'interprétation proposée

[313] Citation de l'architecte Nicolas Westphal, invité au colloque « Œcuménisme et Architecture », Centre Thomas More, L'Arbresle, 15-17 mars 2001.
[314] « Je lève les yeux vers les monts,
d'où me viendra le secours ?
Le secours me vient du Seigneur
Qui a fait le ciel et la terre… » Psaume 121.
[315] Nicolas Westphal, *op.cit.*

par le concepteur qui ne s'attache pas à intégrer des symboles mais à traduire spatialement un texte.



Projet de lieu œcuménique, Nicolas Westphal, architecte, hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Préoccupations touchant d'autres lieux d'enfermement

L'hôpital n'est pas le seul lieu où ces préoccupations se font jour. Elles participent d'une réflexion plus globale sur ces lieux de passage que sont les chapelles d'aumônerie, présentes dans les hôpitaux mais également dans les prisons, les aéroports, les internats, les casernes, ou les funérariums, dans un nouveau rapport à la laïcité. Ainsi le théologien et historien de l'architecture Walter Zahner rapporte deux expériences menées en Allemagne. La première concerne deux lieux de méditation dans une prison allemande, l'un pour les femmes, l'autre pour les hommes. Le jury du concours lancé à cette occasion a retenu le projet de l'artiste Horst Gläsker qui propose des lieux ouverts à toutes les confessions et marqués d'une forte géométrie (deux pièces de plan carré, coiffées l'une d'un toit pyramidal, l'autre d'un toit conique,

des peintures elliptique ou rayonnante). « Ces deux salles n'expriment aucune doctrine. Elles n'imposent pas de leçon, elles ne présentent pas de motifs figuratifs mais elles sont ouvertes aux thèmes cosmiques. Elles montrent une image de la création universelle ; l'interférence entre la loi et le chaos sont les idées fondamentales de l'artiste »[316]. Le deuxième exemple est plus étonnant. Dans le cadre de la restauration de certains stades pour la coupe du monde de football qui se déroulera en Allemagne en 2006, les responsables du club de Schalke à Gelsenkirchen, au nord de Cologne, ont imaginé de réaliser un lieu de silence, une chapelle œcuménique. Sept artistes ont été invités à concourir. Le lauréat, Alexander Jokish, a été retenu pour son interprétation du « sacré » : simplicité, tranquillité du regard, sobriété des couleurs, réflexion sur la nature humaine à travers deux peintures, une à l'extérieur figurant la lutte entre deux équipes de football et l'autre à l'intérieur figurant la lutte que mène intérieurement chaque homme.

Cette liste probablement non exhaustive d'exemples français et étrangers suffit à estimer le consensus qui semble aujourd'hui relier ces commanditaires. Ils ont en commun la volonté d'exprimer une certaine spiritualité dans des lieux de passages telles les chapelles d'aumônerie ou les chambres mortuaires. Si l'art peut naturellement être perçu comme vecteur ou expression privilégiée de la spiritualité, il peut paraître plus étonnant que la plupart des artistes se réfèrent à des thèmes communs fédérateurs, à des valeurs essentielles et immuables: l'homme universel sans différence de race ou de religion au cœur du cosmos. Ceci illustre les propos du théologien J.-M. Aveline. Il observe aujourd'hui une métamorphose du sacré par l'émergence d'un certain type de religiosité comme bien de consommation accompagnée du passage de la notion de religion à celle de spiritualité. Celle-ci s'exprime, selon lui, par des emprunts, selon les convenances de chacun, aux différentes religions conduisant à un certain syncrétisme chrétien[317].

Les œuvres jusqu'alors présentées ont pour point commun l'aménagement d'un espace. Toutefois, l'art peut tenter de répondre aux questions de la mort ou de la spiritualité grâce à bien d'autres supports d'expression. C'est ce que le Pr Durigon, du

[316] Walter Zhaner, invité au colloque « Œcuménisme et Architecture », *op.cit*
[317] Jean-marc Aveline, invité au colloque « Œcuménisme et Architecture », *ibid*.

service d'anatomo-pathologie de l'hôpital Raymond Poincaré, a souhaité faire en s'engageant dans une deuxième commande avec le programme des *nouveaux commanditaires*. Il veut alors poursuivre la réflexion sur l'accueil de l'usager et proposer quelque chose de complémentaire lorsque aucune cérémonie religieuse ne se tient au moment de la levée des corps.

La seconde œuvre d'art destinée à accompagner l'espace créé par Ettore Spalletti est constituée de deux compositions musicales de 20mn confiées, par Sophie Claudel, médiateur délégué du programme des *nouveaux commanditaires,* l'une à David Lang et l'autre à Robin Rimbaud (alias Scanner)[318]. Ces œuvres, si elles ne sont pas spatiales, se distinguent tout de même clairement de la présence désormais moins exceptionnelle d'œuvres d'art placées, temporairement ou non, en milieu hospitalier. Elles ont été commandées et créées spécifiquement pour la *Salle des départs* et répondent, par des moyens différents et des interprétations personnelles aux artistes, aux mêmes questions que l'œuvre de Spalletti.

E – Réception / Usages

1- Réception, efficacité symbolique et renommée des artistes

Juste après la réalisation du *Lieu de recueillement et de prière* à Marseille, la Fondation de France craint de recevoir des demandes de rénovation de chambre mortuaire de la France entière. Toutefois, Catia Riccaboni, médiateur pour le projet de la *Salle des départs*, souligne que ce mode opératoire ne peut pas être seulement pris comme un moyen de financer une opération de rénovation. L'élaboration du projet nécessite un investissement et une motivation considérables des commanditaires, avant, pendant et après la réalisation, ce qui limite par-là même le nombre des demandes.

Malgré ces contraintes, la multiplication des projets plus ou moins affiliés à celui de la *Salle des départs* est certainement l'indicateur le plus explicite concernant la

[318] La Fondation de France a reçu un don important d'un donateur qui souhaitait financer une œuvre musicale. Il a été intégré dans l'action *nouveaux commanditaires*. L'opération a été financée par L'assistance Publique des hôpitaux de Paris, la Fondation de France et le British Concil (car David Lang est anglais).

réception qui en a été faite au sein du monde hospitalier. Pourtant, à l'origine, la réception de la *Salle des départs* n'a pas soulevé un tel consensus.

Quelques semaines avant l'inauguration, des bruits courraient à l'hôpital, à propos d'une éventuelle manifestation des membres du personnel contre la *Salle des départs*. Ces soignants trouvaient en effet scandaleux de gaspiller de l'argent pour les morts alors que les besoins étaient pressants pour les malades. Françoise Quesada, la directrice de l'hôpital propose alors à la médiation d'organiser une journée portes ouvertes pour le personnel afin d'expliquer que le budget n'émarge pas sur les fonds santé mais sur les fonds culture dont ils n'auraient de toute façon jamais pu bénéficier pour une action santé. Grâce à ces explications, le conflit est désamorcé tandis que l'opinion des soignants se modifie. La visite du projet effectuée par le personnel de la chambre mortuaire a contribué à une revalorisation de leur travail et de leur statut vis à vis de leurs collègues qui les considéraient auparavant souvent comme des « impurs ». Les soignants soulignent d'autre part que leurs relations avec les usagers se sont améliorées. Les familles sont conscientes de l'effort que représente cette opération de la part de l'hôpital à l'égard des endeuillés. En retour les soignants affirment se sentir plus sereins dans leurs pratiques du fait de cette reconnaissance.

Aujourd'hui, la *Salle des départs* joue le rôle de vitrine des valeurs de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris. Ce service, autrefois caché se retrouve sous les feux de la rampe et sert ainsi de tribune aux soignants jusqu'alors exclus. Il n'est pas un jour de Toussaint sans l'évocation, dans les médias, de la *Salle des départs*. A l'origine, la Fondation de France a réalisé un véritable travail de diffusion, externe à l'institution curative. La S*alle des départs* a ainsi fait la une du journal *Le Monde* alors que la date de son inauguration avait été stratégiquement choisie, le 29 octobre 1996, jour de la Toussaint. Malgré cette communication et la publication d'un fascicule envoyé aux personnes intéressées, le projet est resté dans un premier temps relativement confidentiel en dehors du monde hospitalier. Il a ensuite fait l'objet d'autres publications[319] dont un ouvrage en Italie édité par la galerie Massimo

[319] « Quand humanisation rime avec création » encart dans la revue *D'architectures,* n°70, novembre 1996,
« La salle des départs repensée par un artiste italien », *AP-HP magazine,* janvier 1997.
« La mort en bleu », *Beaux-arts magazine,* n°150, novembre 1996.

Minini[320] et d'un dossier spécial sur le programme des *nouveaux commanditaires*, dans un numéro de *Beaux-arts Magazine*, en avril 2000[321]. La *Salle des départs* est aujourd'hui une référence incontournable en matière de chambre mortuaire comme le *Lieu de recueillement et de prière* peut l'être dans les réflexions sur les lieux de spiritualité en milieu hospitalier. Il n'est pas de colloque sur l'art à l'hôpital, ou même de communication concernant le programme des *nouveaux commanditaires* qui ne cite ces opérations.

Si la réception positive de la *Salle des départs* est aisément perceptible, qu'en est-il des autres opérations ? La chambre mortuaire de l'hôpital Charles Foix laisse présager d'une réception plus mitigée. En effet, quelques années après cette réfection, les locaux donnent des signes d'un usage peu respectueux des lieux (traces du passage des chariots sur les murs) et le personnel semble relativement indifférent à l'œuvre d'art.

Ceci nous amène à nous poser la question : est-ce qu'une œuvre réalisée par un artiste moins renommé implique une efficacité symbolique moindre ? Nous ne nous mettons volontairement pas en position d'émettre un jugement sur les valeurs respectives des œuvres.

L'intervention artistique de Caroline Sorger pour le Centre de Soins Palliatifs de Genève (CESCO-HUG) apporte une piste de réponse à cette question.

L'œuvre de Caroline Sorger a eu une très bonne réception de la part des familles et des soignants qui ont changé leurs habitudes (aucun objet n'est désormais déposé dans ce couloir et l'œuvre n'a pas été détériorée par négligence). Caroline Sorger n'est pas une artiste d'une renommée équivalente à Ettore Spalletti, Michelangelo Pistoletto ou Pierre Buraglio, pourtant « l'efficacité » symbolique de l'intervention artistique est largement perceptible. Ce résultat tient, à notre sens, en grande partie à l'appropriation du projet par l'ensemble des personnes concernées. Par le terme *appropriation*, nous entendons le fait de *faire sien* un projet. Cette appropriation des lieux ne s'effectue par des ajouts de touches personnelles (objets ou modification partielle), mais par une intégration du projet avec l'idée d'une participation à une

[320] *Ettore Spalletti, salle des départs,* Galleria Massimo Minini, Brescia, 1997.
[321] « L'aventure des nouveaux commanditaires », in *Beaux-arts Magazine, op. cit.*p.19.

œuvre commune. Celle-ci se manifeste par un très grand respect de l'œuvre telle qu'elle a été conçue.

Cette appropriation de l'œuvre par les soignants et personnel de l'hôpital est fondamentale puisque, *in fine,* ce sont eux qui transmettent la valeur de l'œuvre aux familles endeuillées.

A la différence de la chambre mortuaire de l'hôpital Charles Foix, il s'agit d'une initiative des soignants qui formulent un problème et un désir. Ils participent au processus jusqu'au choix du projet lauréat, s'investissent personnellement et assurent la transmission aux usagers (familles) de la valeur symbolique et la survie de l'œuvre dans la longue durée.

Notons que cette appropriation ne concerne pas uniquement le personnel soignant confronté à accompagner les familles endeuillées vers la chambre mortuaire, mais aussi l'ensemble du personnel du CESCO. En effet, celui-ci, comme les visiteurs de passage ou les patients, a été invité à donner son avis sur les trois projets du concours, qui sont restés exposés pendant deux semaines dans le hall de l'établissement. Pour illustrer cette appropriation, citons deux exemples : le personnel administratif a choisi de reproduire les ronds colorés de l'artiste sur la couverture de fascicules d'informations destinées aux familles, et, lors la réfection de la salle de culte œcuménique, les services techniques et aumôniers se sont inspirés de l'œuvre de Caroline Sorger en reprenant, pour l'éclairage en faux-plafond, une disposition des spots proche de celle du couloir.

2- Des pratiques rituelles réinventées ?

Parallèlement à l'émergence de nouvelles conceptions de la spiritualité en milieu hospitalier, peut-on observer de nouvelles pratiques rituelles chez les usagers ? Comment ces espaces sont-ils vécus ? Sont-ils appréhendés de la manière dont les artistes les ont conçus ou sont-ils détournés ?
L'historienne de l'art Isabelle Saint Martin s'est penchée sur les usages qui sont fait de ces lieux spécifiques[322].

[322] Isabelle Saint Martin dans *L'association artiste/architecte à l'épreuve de l'hôpital laïque,* Isabelle Genyk (responsable), Isabelle Saint-Martin, Magali Uhl, rapport de recherche, Ministère de la Culture et de la Communication DAPA, juin 2005

S'il est difficile de réaliser une étude statistique de la fréquentation de ces lieux (temps de prière ou pauses, exceptés les cultes catholiques régulièrement organisés), les traces d'appropriation laissées par les usagers en sont des indices non négligeables.

Notons que, dans la mesure où ces lieux sont des œuvres d'art et des commandes publiques, les usagers sont tenus au respect de l'œuvre telle qu'elle a été conçue et qu'une appropriation ne peut se faire que dans les limites d'une forme préétablie.

L'historienne rapporte toutefois des formes d'appropriation qui parfois entrent en contradiction avec l'esprit des projets. A l'hôpital Bretonneau, un membre de l'équipe d'aumônerie a pris la liberté d'accrocher une affiche informative appelant à une réunion œcuménique dans un des cadres vides destinés aux autres spiritualités. Cet affichage « sauvage » induisait un déséquilibre (en faveur des chrétiens) allant à l'opposé des intentions de l'artiste. L'affiche est enlevée suite à une discussion avec la direction. La pasteure de l'équipe d'aumônerie s'est avouée gênée par la limitation de ses activités habituelles et par la sacralité qu'induit l'œuvre d'art dont les enjeux ne sont pas forcément perçus par tout le monde. Une explication des intentions de l'artiste a aplani les difficultés.

A Paoli-Calmettes, l'espace non consacré permet une appropriation momentanée du lieu. C'est ce qu'il se passe lorsqu'une messe est dite. L'assemblée, qui ne peut tenir dans l'alcôve chrétienne, investit le centre et s'assoit sur les bancs courbes autour du *Mètre cube*. En accord avec Michelangelo Pistoletto, ce dernier peut être utilisé pour poser un autel portatif et les objets liturgiques. Il s'agit toutefois d'une installation temporaire. Une anecdote précise les limites de l'investissement possible de chaque spiritualité. Durant plusieurs semaines, des pierres d'ablutions rituelles et un coran sont restées posées sur le banc limitant l'espace dédié aux musulmans. Cette prise de position contredit l'esprit du projet dont les bancs courbes figurent les limites de l'espace appropriable. Passée cette articulation entre le communautaire et le singulier, chaque religion est libre d'investir son espace. Certains le sont plus que d'autres, l'espace chrétien a accueilli des images de piété et une crèche de Noël, et l'alcôve musulmane des tapis de prière. « C'est dans l'articulation du singulier des

Voir également Isabelle Saint-Martin, « Art, espace et rite religieux en milieu hospitalier », dans Erwan Dianteill, Danièle Hervieu-Léger, Isabelle Saint-Martin, *La modernité rituelle, rites politiques et religieux des sociétés modernes,* L'Harmattan, Paris, 2004.

religions et du collectif du regard sur le *Mètre cube d'infini* que se situe la valeur de rencontre du *Lieu de recueillement*. En revanche pour l'oratoire de Bretonneau, la « valeur d'accueil » repose sur l'ensemble de la composition, l'équilibre fragile de cette ouverture au sein d'un lieu à dominante chrétienne ne peut être bouleversé faute d'en modifier toute la substance. »[323]

Par ailleurs, l'historienne note une autre tendance totalement étrangère à un investissement religieux de l'espace. Ces deux lieux de spiritualité ainsi que la *Salle des départs* sont marqués par une certaine forme d'abstraction dans leur réalisation. Tout trois mettent en valeur un espace relativement dépouillé où les détails constructifs sont gommés au maximum et où le vide tient une importance majeure. Cette relative abstraction peut provoquer un certain malaise et une tendance à remplir ce vide, par des tableaux, reproductions, pots de fleurs. Le risque est ici d' « habiller » l'espace plus que de l' « habiter », c'est-à-dire de tomber dans le décor qui surajoute et sursignifie, de le signer en son nom propre au lieu d'en faire un espace « signifiant », de l'enfermer dans un régime de sens univoque au lieu de le spécifier »[324].

La fréquentation de ces lieux de spiritualité, est conforme à la présence inégale des différentes confessions et donc majoritairement catholique. Il est nécessaire ici de tenir compte des différents investissements de l'espace en matière de rites religieux (obligation d'assistance à la messe pour les catholiques, obligation plus variable chez les protestants, tandis que les juifs et musulmans n'ont pas l'habitude d'investir des lieux autres que synagogue et mosquées). Nicole Bellemin-Noël, aumônière de l'Institut Paoli-Calmettes, aime à évoquer la première messe dans le lieu de recueillement, où un musulman est resté prier. Cette cohabitation s'est reproduite deux ou trois fois. Dans l'espace réservé à la confession juive, une lampe de hannoukas apportée par un soignant a manifesté une esquisse d'usage tandis que l'espace réservé aux bouddhistes semble peu utilisé.
A Bretonneau, une communauté bouddhiste a demandé, une fois, à utiliser l'oratoire pour une cérémonie tandis que certains soignants musulmans sont venus prier devant la sourate inscrite au mur.

[323] *Ibid*. p.151
[324] *Ibid*.p.152

Enfin, il faut encore mentionner une présence difficilement quantifiable d'usagers sans rattachement religieux spécifique qui profitent des ces espaces « autres » pour un moment de répit, d'attente ou de transition avant de renter chez eux. « L'emprunt » temporaire ou définitif des livres disposés dans l'espace des « libres penseurs » du *Lieu de recueillement,* est un signe positif, selon l'aumônière, de cette fréquentation.

Si ces espaces apparaissent novateurs, tant dans la réflexion et l'ouverture qu'ils proposent que dans les modes opératoires mis en place pour leur réalisation,dans quelle mesure accueillent-il une pratique rituelle novatrice ? A Isabelle Saint Martin de nous répondre qu'« en dépit de l'originalité des solutions proposées et d'une réelle fréquentation multiconfessionnelle, les concélébrations ou rencontres religieuses n'y semblent guère plus fréquentes qu'en d'autres lieux plus classiques et sans grande innovation rituelle. Sans doute n'était-ce pas de ce côté que se jouait le caractère performatif des lieux, mais dans leur capacité à articuler à la fois le respect de la singularité individuelle et l'insertion collective dans une communauté »[325].

[325] *Ibid*. p.165

II- DE L'EXPRESSION CHEZ LES ARCHITECTES

La chambre mortuaire du service public est aujourd'hui un lieu surinvesti de significations, regardé comme un « reflet » des préoccupations actuelles mais aussi comme le vecteur de développement de nouvelles pratiques sociales en cours de définition.
Les projets liant art et architecture posent sans doute de manière complète l'ensemble des problèmes soulevés par l'évolution de nos sensibilités face à la mort en milieu hospitalier. Ils interrogent en particulier la notion de laïcité de l'institution curative publique face à une nouvelle donne entre les parties impliquées. Cependant, ils ne constituent pas l'unique mode opératoire possible et font, à ce jour, exception par rapport à l'ensemble des restructurations de services mortuaires et de culte des hôpitaux en France. Des projets « simplement » architecturaux ont en effet aussi vu le jour cette dernière décennie. Ils sont bien sûr révélateurs des mêmes attentes et questionnements, mais sont, de plus, l'occasion de s'interroger sur le sens donné par leurs concepteurs, les valeurs véhiculées à travers les projets et d'analyser quels sont les outils utilisés par les architectes afin de concevoir un espace signifiant. Existe-t-il des domaines de référence communs aux architectes et aux artistes ? Au contraire, trouve-t-on des modes d'expression très différents en fonction des disciplines ?

Parmi les outils à disposition des concepteurs, nous attacherons particulièrement à mettre en lumière le rôle du vocabulaire architectural (forme, volume, matériaux, lumière…) mais également celui du programme, de la distribution intérieure ou encore de la position du service par rapport à la composition d'ensemble de l'hôpital.
Les projets mentionnés ici sont de deux natures : projets théoriques et réalisations. Ils ne supposent pas les mêmes contraintes et seront analysés distinctement. Les projets théoriques ont, en effet, été pensés sans être forcément réalisables. Ils sont la transcription fidèle de la pensée originale des concepteurs tandis que certaines réalisations ont pu se voir modifiées pour des raisons techniques, budgétaires, etc., contraintes inhérentes à toute réalisation architecturale. L'analyse graphique ou spatiale de ces projets sera confrontée aux discours tenus par leurs auteurs afin d'en vérifier leur cohérence ou d'éventuels décalages.

A- Le concours Architectures du grand âge : conception d'antichambres de la mort

En 1986, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, sur l'initiative du directeur des équipements, M. Alain Gille, lance une consultation sur le thème « variations architecturales sur la fin de vie ». Cet appel à idées part d'un examen des structures des établissements de long séjour faisant apparaître, globalement, une inadéquation architecturale face aux besoins des personnes handicapées par l'âge, que ce soit physiquement ou psychiquement. Cette consultation s'adresse à des équipes pluridisciplinaires, dont l'architecte a pour mission de transcrire la réflexion.

Il s'agit avant tout de repenser la programmation, sans nécessairement transposer les idées dans la réalité. La réflexion s'est donc affranchie des contraintes de coût, de surface, de norme, de personnel, de taille d'unité, de type d'institution, et même de site, puisque toute liberté est laissée au concepteur de choisir un site libre ou imaginaire ou de se baser sur un des quatre sites concrets proposés: l'hôpital Charles Foix à Ivry, l'hôpital Villemin-Paul Doumer dans l'Oise, l'hôpital Emile Roux à Limeil-Brevannes ou le site de l'ancien hôpital Herold dans 20ème arrondissement de Paris.

260 projets sont rendus à l'issue de la consultation, 35 sont présélectionnés, 11 projets sont lauréats et 5 mentionnés. Les projets lauréats n'ont pas donné directement lieu à des réalisations excepté la commande du centre de long séjour de l'hôpital Charles Foix à Ivry pour l'architecte André Bruyère. Cependant, certaines équipes lauréates se sont vues confier des missions telles que la conception d'un pavillon à l'hôpital Joffre de Draveil pour les architectes Emmanuelle Colboc et Jean-Marc Gauthiers, ou la réalisation de l'unité de soins palliatifs Paul Brousse à Villejuif pour l'équipe Avant-Travaux.

La majorité des équipes a répondu sur le thème de l'hébergement des personnes âgées et dépendantes, mais quelques architectes se sont intéressés non plus au « vieillir » mais au « mourir » dans l'institution publique. Ils ont été classés dans une catégorie nommée pudiquement le *crépuscule*. L'originalité de leur réponse leur vaut d'être tous publiés dans un ouvrage regroupant les 35 projets présélectionnés[326].

Devant la rareté de propositions théoriques sur ce thème, nous avons choisi d'analyser les trois projets de la catégorie *crépuscule*. L'analyse sera menée, dans un

[326] *Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie*, éditions du Moniteur, Paris, 1988.

premier temps, projet par projet afin ne rien perdre de leur complexité. Puis, dans un deuxième temps, elle mettra en évidence des thèmes, des valeurs ou symboles récurrents dans le travail des trois équipes de concepteurs.

1- La faille

Le projet *La faille,* de l'équipe Avant-Travaux (Philippe Bonneville, Laurent Gardet, Laurent Gerbaud, Yves Lamblin), lauréate de la catégorie *crépuscule,* est un projet complexe. Il se présente sous la forme d'un texte et de très nombreuses planches graphiques présentées toutes de manière identique : une notion associée à un dessin contenu dans un carré.

La structure du texte, comme la présentation graphique du projet joue sur des effets de décalage, de dynamisme. Sur le mode de l'association d'idées, les nombreuses phrases sans verbe convoquent une série ininterrompue d'images chez le lecteur qui se promène ainsi mentalement, survole les morceaux désarticulés du projet. Le lecteur est entraîné, dans un zoom arrière, de la chambre au couloir puis au bord d'une faille, il saisit alors l'ensemble du bâtiment, s'éloigne pour le situer dans la ville, puis dans le territoire pour enfin revenir brusquement dans un étourdissement à l'intérieur de la chambre.

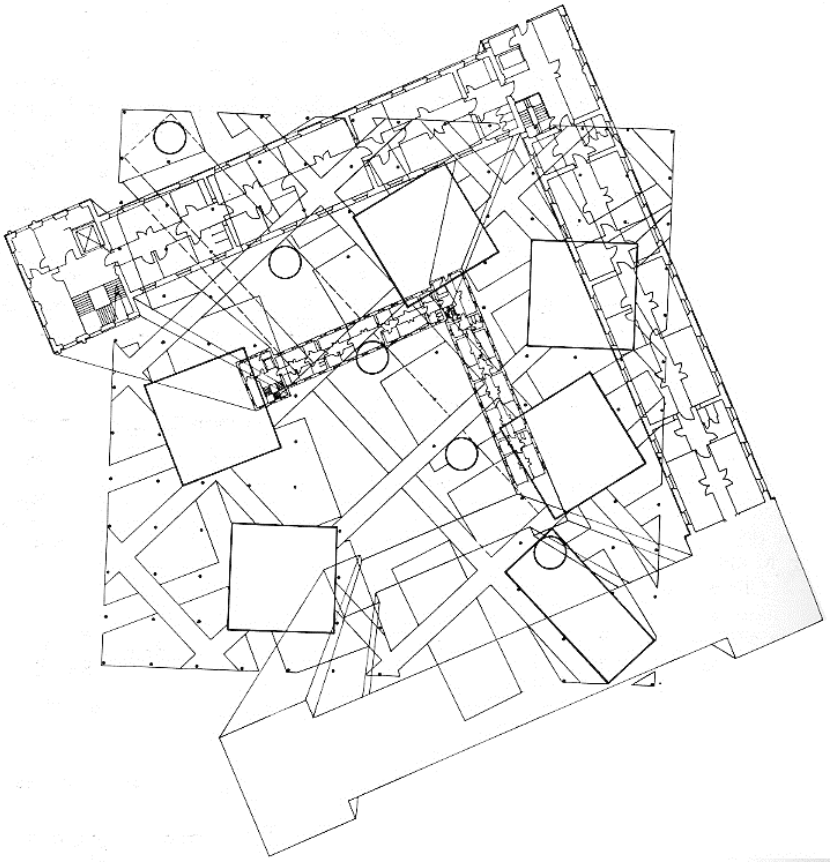
A travers leur discours, les architectes se posent en rupture, et dans une certaine provocation, par rapport à une réalité sociale et un « hôpital terroriste » qui dénient la mort. Leur propos témoigne d'une volonté de créer un lieu brisant tous les tabous. Un lieu qui puisse trouver sa place dans la société et renverser l'idée d'une mort obscène, afin de la sublimer. Ainsi, « l'individu est mis en relation directe avec sa mort, la mort des autres. Diminution du temps. Compte à rebours seconde après seconde. La mort n'est plus l'instant mais le parcours. Le temps de la mort se dilate. Il y a maladie de la mort. La mort resocialisée. Replacer la mort politiquement. Repère dans la ville. Le groupe qui accepte. Autonomie urbaine. La mort ne se cache plus »[327].

Les architectes, à travers la conception de ce lieu, proposent leur propre vision de la bonne manière de mourir : il ne s'agit pas d'attendre la mort passivement, de fuir la conscience de sa venue et de s'effacer de la vie en catimini, mais adopter une attitude

[327] Equipe Avant-Travaux, *Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie*, *ibid*.

active, combative, de faire face sans peur à la mort et à l'inconnu au vu et su de tous, de s'inscrire fièrement dans la continuité naturelle du renouvellement des générations. Ce lieu, censé aider le mourant à faire face courageusement à sa mort, allie l'espace de l'individu: sa chambre (qui est mémoire), et l'espace de la collectivité qui devient un lieu de parcours et de rencontre avec les autres mourants. « L'endroit est un tout, le bâtiment vous a donné comme un dernier courage.[...] Alors le mouroir devient comme un guide du « savoir-mourir » : un sublime lieu de vie puisqu'il fut le dernier. Dernier espace. Dernier soupir. La mort est sublimée »[328].

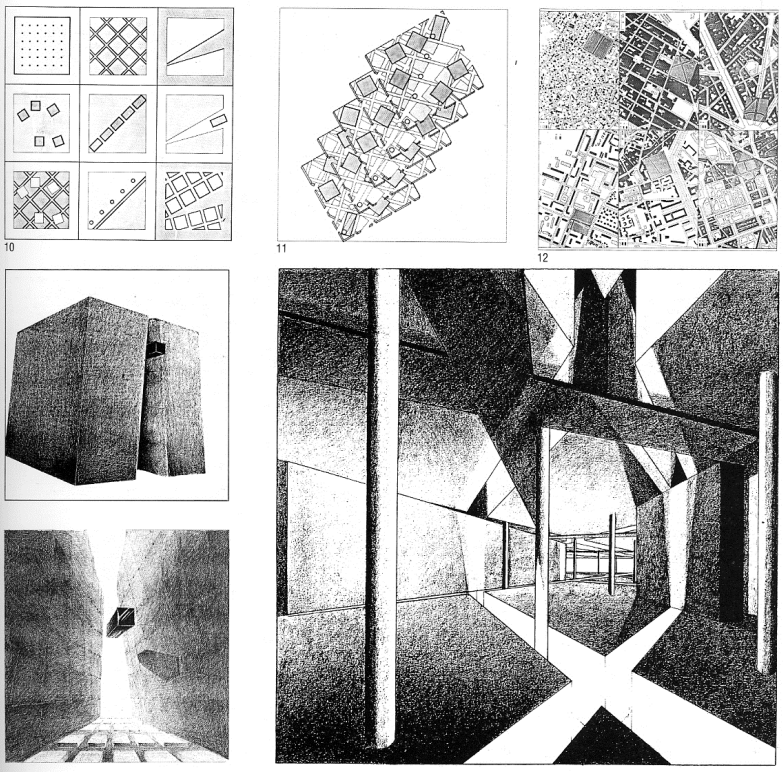
L'analyse des planches graphiques du projet est complexe, car celui-ci cultive simultanément deux aspects antithétiques : une forte abstraction dans sa forme globale et un aspect tout à fait concret dans le détail ou la volonté de l'intégrer dans un site réel.



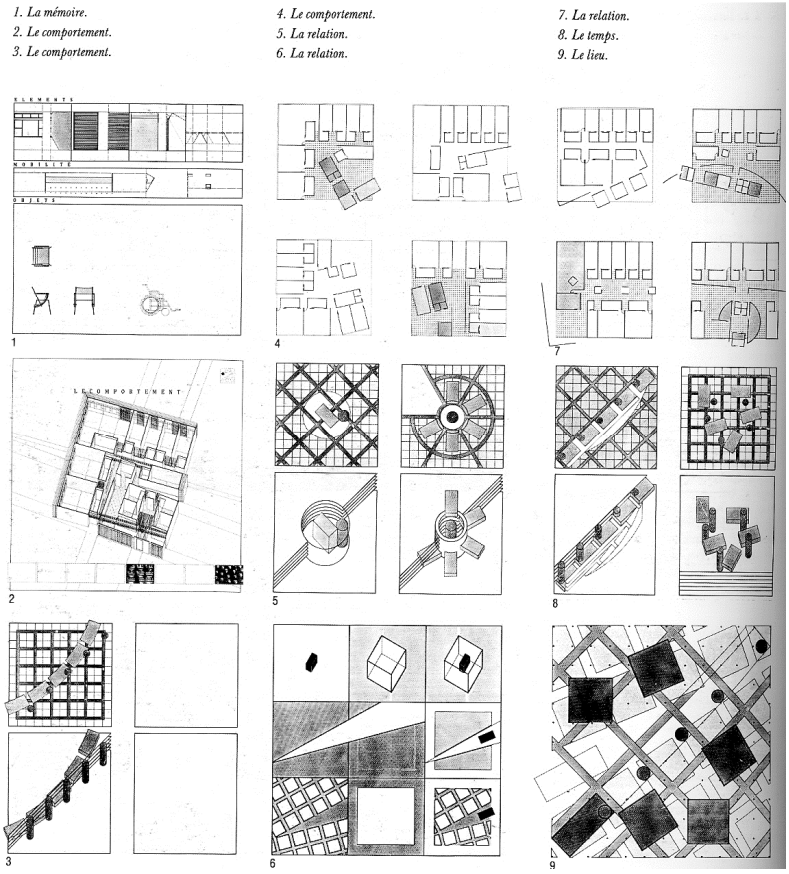
« La faille », projet lauréat, équipe Avant-Travaux

[328] *Ibid*.

10.11. Le lieu.
12. Le territoire.



1. La mémoire.
2. Le comportement.
3. Le comportement.
4. Le comportement.
5. La relation.
6. La relation.
7. La relation.
8. Le temps.
9. Le lieu.



Le carré comme concept

Le carré est certainement l'élément le plus remarquable de ce projet puisqu'il est omniprésent dans la présentation, en plan, dans la trame constructive et dans le volume du projet. Ce carré crée une certaine confusion dans la compréhension du projet qui joue sur un changement constant d'échelle et une variation à l'intérieur même de la représentation des concepts.

Le plan carré du projet accueille trois trames superposées, elles-mêmes carrées. La première forme un angle à 45° par rapport à la deuxième, tandis que la troisième s'ajoute aux deux autres avec un angle quelconque. La première trame, dont les limites en plan du projet suivent les directions, est une trame de poteaux carrée. La deuxième trame est constituée de « bandes » se croisant perpendiculairement et régulièrement laissant entre elles des carrés. Ces bandes sont en fait des vides, les carrés à l'intérieur étant des plans pleins. La perspective nous indique que les planchers et plafonds du projet sont ainsi constitués. Des morceaux de planchers et de plafonds semblent donc planer dans l'espace, indépendamment de la trame des poteaux tombant selon les cas sur un plein ou sur un vide.

La troisième trame est le négatif de la deuxième. Les pleins sont des vides et les vides des pleins. Cette trame forme un plan qui vient s'immiscer entre les plans du plancher et du plafond. La multiplication des plans crée un lieu qui semble flotter totalement dans l'espace, où les repères tels que le sol sont difficilement localisables.

L'association de trames géométriques régulières, structurées, donne un espace qui semble, quant à lui totalement déstructuré. Ce lieu ne semble avoir aucune limite. Au sol, les poteaux plongeant dans les vides lumineux donnent l'impression qu'il existe un abîme sous le plancher. La même impression d'espace infini est entrevue au travers des failles au plafond. Entre ces deux plans la trame de poteaux étire le plan à l'infini.

Les trois plans horizontaux forment un « étage ». Chaque étage accueille des cubes placés aléatoirement et à des places différentes selon les étages, cubes qui sont en fait des « unités » de quelques chambres et de services.

L'ensemble du bâtiment est cisaillé par une faille de lumière. « La faille génère les espaces, elle impose des détours inutiles et utiles. Elle est symbole. On feint de l'ignorer et puis on la regarde. Une halte pour dire, pour contempler, comme pour mieux dompter. Alors on peut sauter ». L'ensemble du projet est représenté plus abstraitement par une petite perspective d'un cube plein, comme un bloc de pierre,

coupé en deux parties par un vide, la faille de lumière. Au milieu de cette faille lévite horizontalement un bloc rectangulaire. Ce bloc est « comme un repère, une acceptation. Monolithe insensé, il attire comme un défi. Car la vie est nature. Alors, d'un fier trait de burin, on y inscrit une lettre, parfois même une deuxième. Sublime discrétion. Les initiales suffisent »[329].

A l'intérieur de la faille, des plaques rectangulaires pavent le chemin. Ces plaques renvoient à une image référence présentée par les architectes: une photo d'un cimetière américain où les pierres tombales, toutes d'une même dimension sont disposées régulièrement sur le sol. Le sol, à l'intérieur de la faille de lumière est ainsi constitué par les pierres tombales d'autres personnes.

Variations sur l'échelle

Les architectes ont conçu un projet à l'intérieur duquel différentes configurations d'aménagement peuvent prendre place. C'est ce que présentent la multitude de petits schémas sur la place des meubles à l'intérieur des chambres, la place des chambres par rapport au poste des soignants à l'intérieur d'un cube-unité, ou encore les différentes configurations du rapport entre vide, circulations et services qui définissent l'hôpital de type « lieux de fin de vie ». Les éléments fixes du projet sont alors la forme générale carrée et les trames superposées.

Comme le projet est variable dans sa constitution intrinsèque, il l'est également dans son échelle. Il peut être de la dimension d'un bâtiment, comme le montre le plan superposant le plan du projet à celui d'un autre bâtiment en U pouvant aisément être un plan d'hôpital, ou être de la dimension d'un quartier comme nous le montre la superposition du carré sur différents types de tissus: parisien, grands ensembles, pavillonnaire, mixte, etc... « Le système proposé fonctionne aux différentes perceptions d'échelles (parcelle, quartier, ville) qui marquent la typologie de l'ensemble et la qualité établie entre comportement, relation et temps.[...] A mesure que l'échelle grandit, il y a dislocation du parcours et déplacement du vecteur de communication du privé au public. »[330]

L'angoisse de la mort

En plus des dessins et schémas sont présentées certaines des références utilisées par les concepteurs. Celles-ci apparaissaient sous la forme d'une bande d'image, comme

[329] *Ibid*.
[330] *Ibid*.

une pellicule de film. Cette référence n'est pas gratuite, puisque les architectes se sont inspirés, au moment de la conception du projet, du cinéma, japonais en particulier[331].

Outre au cinéma, les images renvoient à différents registres: photo, peinture, ou autres... On trouve ainsi *Le cri* d'Edvard Munch, un tableau de Giorgio De Chirico, *El carabinieri* de Henri Cartier-Bresson, des photos de cimetières américains, de pierres tombales, des hiéroglyphes ou encore un idéogramme chinois.

Ces références sont étonnantes pour un projet dont le concept est d'effacer le côté obscène de la mort pour la sublimer. Ces images sont des représentations de l'angoisse et de la violence de la mort. *Le cri* est emblématique du travail du peintre norvégien dont les thèmes dominants sont l'angoisse et la difficulté de vivre. La référence à la peinture « métaphysique » de De Chirico met en scène une transposition onirique de la réalité dans un climat de tension et d'inquiétante étrangeté. *El Carabinieri* représente l'horreur d'une mort violente. Les photos des pierres tombales font, quant à elles, référence à la réalité corporelle de la mort, enfin l'idéogramme chinois choisi est celui du vide. Peut-être faut-il comprendre alors le projet comme une réponse prenant le contre-pied de ces représentations de la mort ?

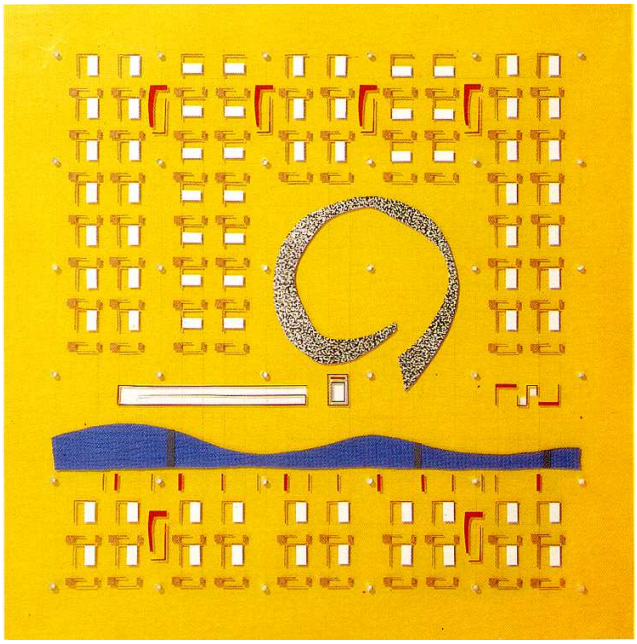
2- Métaphore

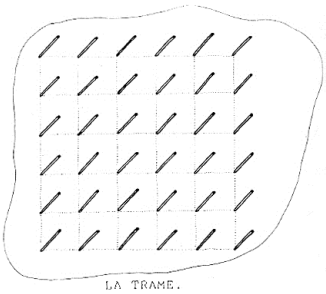
Le projet *Méthaphore*[332] de Jean Dubus, Jean-Pierre Lott et Jérome Siame se présente sobrement sous la forme d'un texte associé à un élément graphique : le plan, décomposé en quatre plans dissociant les différents éléments du projet (« la trame » ; « les thermes et les tensions » ; « les plis » et « l'entretien des corps »).

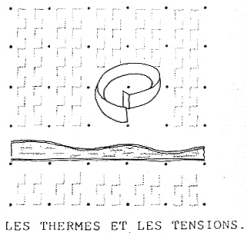
L'idée principale du projet est d'offrir un espace nouveau, sans référence existante. Les architectes insistent sur le caractère singulier de ce lieu « hors de toute représentation classique », qui n'est « constitué d'aucun modèle, d'aucune unité particulière ». Les concepteurs tentent toutefois de préciser, par le négatif, ce lieu qu'ils associent à un voyage de type particulier. « Le lieu de fin de vie n'est pas un hôtel car les voyageurs ont tout emporté dans leur bagage ». La deuxième idée développée cherche, par l'évocation du lien social créé par une communauté de destin et du soutien de la collectivité, à redonner une valeur aux derniers instants de

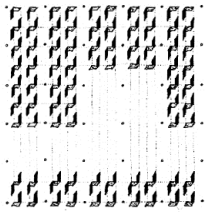
[331] Entretien avec Laurent Guardet, architecte d.p.l.g de l'agence Avant-Travaux, mai 1999.
[332] *Métaphore* est le titre donné par l'Assistance Publique, non par les architectes.

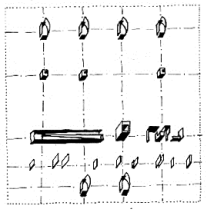
vie, à transformer une mort inutile en partage. « La collectivité n'est pas une charge lorsqu'elle naît de la participation; et pour peu qu'il existe un lieu […], où l'on puisse se sentir assisté, soigné, considéré ». Enfin, les architectes confèrent un caractère métaphysique à l'espace qu'ils créent, dans la relation d'osmose entre le mourant, l'espace et le temps. Ils imaginent un lieu « où l'on puisse ressentir depuis son lit tout l'espace dans sa vibration lente avec le temps, pour peu que cela existe, alors on peut imaginer la transfiguration de "l'inutile" où seuls l'œil et l'esprit savent se mouvoir. [...].. Il est la respiration d'un seul corps captant tous les fragments de vie »[333].











Projet *Métaphore*

Immatérialité et abstraction

Le projet se présente comme un concept abstrait; comme un objet sans contexte, sans site.

Le plan est un carré, une forme géométrique isomorphe, axée sur son centre, où se situe une forme qui semble être une spirale. Le lieu se veut immatériel, les limites en plan ne sont pas représentées, le texte nous indique que « là où se lit la périphérie, se situera comme une membrane la fin d'un intérieur panoptique livré à tous les regards et l'ouverture unique, sans cadre plan, sur un site ». Sans préciser de quel site il s'agit.

[333] Jean Dubus, Jean-Pierre Lott, Jérôme Siame, *Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie*, *op.cit*.

L'analogie entre la clôture du lieu et un élément du corps humain laisse imaginer une paroi fine, presque transparente, poreuse, source d'une lumière douce et diffuse.
L'impression d'immatérialité, que donnent les limites du projet, est renforcée par la présence d'une trame cubique de poteaux de 11,30 mètres. L'association du flou des limites et de la trame procure la sensation que ce lieu peut s'étendre à l'infini.
La trame est là pour donner une échelle au projet, « elle exprime l'échelle de la collectivité, autant pour celui qui se déplace que pour celui qui contemple depuis son lit un ciel construit pour l'abriter ». La notion d'échelle de la collectivité est assez abstraite, elle donne néanmoins une idée de la surface du projet qui représente plus de 4500 m^2, dimension qui s'adresse effectivement à une collectivité plus qu'à l'individu.
A l'intérieur de l'espace, rien ne vient en casser la fluidité, dans le sens où il n'existe pas de porte dans des cloisons venant clore certaines parties du lieu. Les « chambres » ne sont définies et délimitées que par des parois entourant le lit sur deux côtés. Toutefois, celles-ci ne viennent pas fermer l'espace. « Les lits sont protégés par des plis de l'espace dont la mesure (trame modulor cubique) et l'ordre impliquent seulement l'appartenance à un ensemble organisé » [334]. Le dimensionnement recourt au principe du Modulor, défini par l'architecte Le Corbusier comme un système de mesures à la fois harmonisées et référées aux dimensions du corps humain.
La place des « plis de l'espace » est aussi pré-définie que la position des poteaux sur leur trame, il s'agit d'une position rigide qui donne un ordre au lieu. Le strict ordonnancement de l'espace est une volonté des concepteurs : il s'agit, selon eux, de laisser la possibilité à la vie de venir perturber cet ordre et d'installer ses débordements.

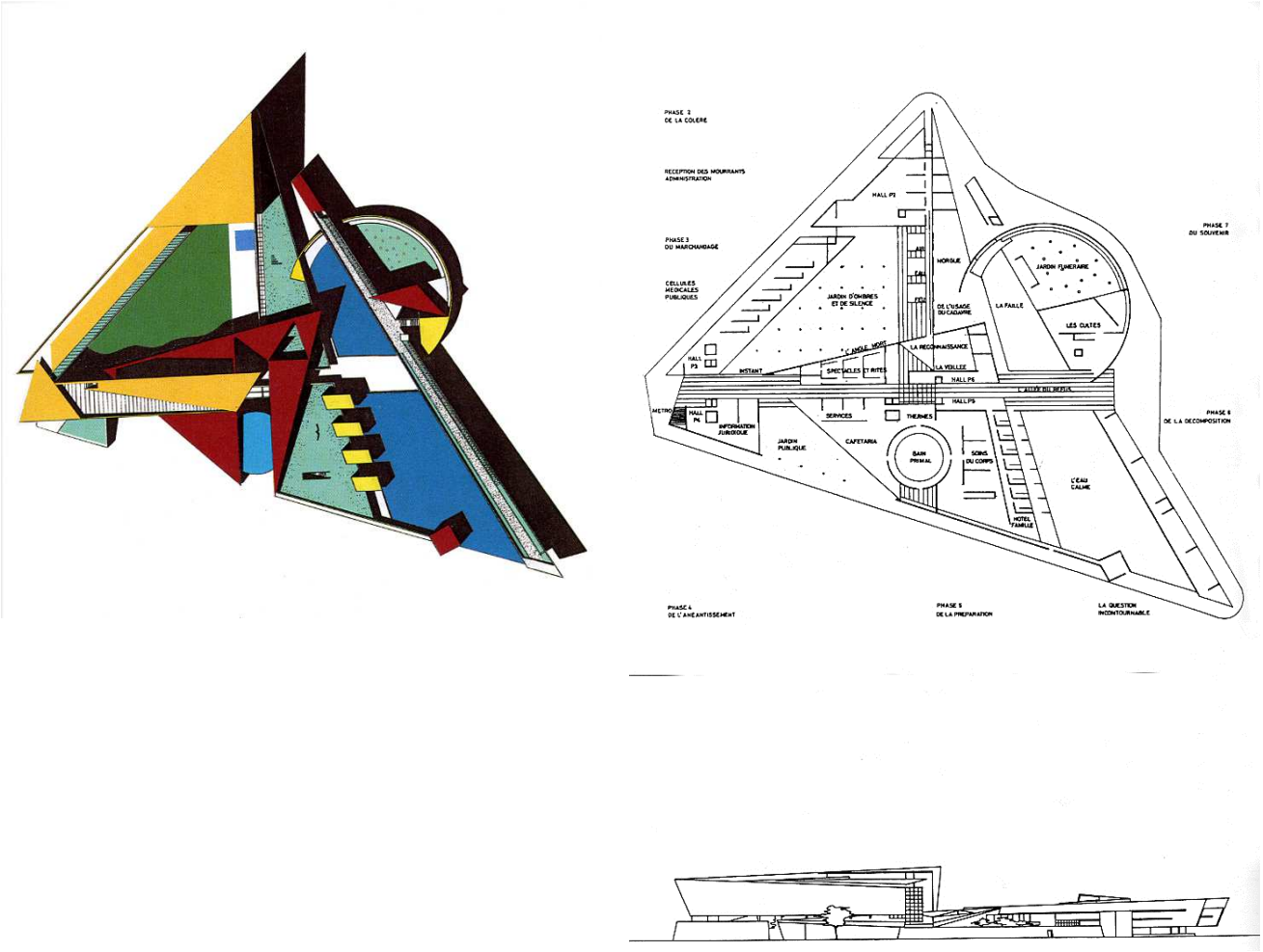
3- Nécropolis

La proposition de Michel Dayot apparaît comme la moins abstraite des trois projets théoriques présentés. Le projet est dessiné précisément.
Le texte, très court, propose une unique idée : « Une seule mort, sept espaces: La perte de mobilité du mourant nécessite un cheminement spécial en parallèle à ses modifications psychologiques. Aux cinq étapes de base analysées par Kübler Ross

[334] *Ibid*.

sur le comportement individuel face à la mort, deux étapes collectives leur succèdent, celle de l'usage du cadavre et enfin celle de la célébration de la mémoire »[335].

Par sa proposition, le concepteur revendique le droit à une mort douce en réponse aux « ségrégations organisées autour des mourants qui accentuent les détresses et les recours à la démence ».



Projet *Nécropolis*

Composition complexe de géométries simples

La géométrie du bâtiment est complexe tant en plan qu'en volume. La forme la plus immédiatement reconnaissable est le triangle. Un triangle décomposé en une multitude de triangles plus petits. Viennent ensuite le cercle fermé ou non, puis des carrés plus petits.

Le plan est de forme triangulaire, sans centre matérialisé par un élément vertical, néanmoins la progression à l'intérieur du bâtiment est circulaire, de la phase 2 à la

[335] Michel Dayot, *Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie*, *op.cit.*

phase 7, la phase 1 se passant à l'extérieur du bâtiment. Le parcours à l'intérieur du bâtiment semble donc tourner autour d'un centre, qui se situe au croisement perpendiculaire de deux chemins, l'un nommé « l'allée du refus », l'autre non nommé. Ces deux chemins formant deux axes perpendiculaires sont représentés d'une manière explicite : sur le plan, au trait, par des hachures horizontales ou verticales ; sur le plan de toiture, par la couleur blanche, uniquement utilisée pour ces deux éléments.

En volume, la géométrie se complexifie. Le grand triangle se décompose en trois triangles accolés par un de leur côté se rejoignant en un sommet. Ces trois triangles sont plus ou moins évidés. A l'intérieur du premier se distingue un jardin à l'air libre, le « jardin d'ombre et de silence », lui-même de forme triangulaire. Son côté extérieur est en relation avec le monde extérieur, public, il est constitué de la réception des mourants, de l'administration et de cellules médicales publiques. Les deux autres côtés sont confondus avec les deux axes perpendiculaires du bâtiment.

Le deuxième triangle, accolé au premier le long de l'axe vertical, est un volume plein. Ce volume concentre ce qui est lié au corps qu'il soit vivant ou mort; « les soins du corps », « la reconnaissance », «l'usage du cadavre » et « la morgue ».

Ce triangle est traversé par « l'allée du refus » reliant tous les éléments volumétriques.

Enfin le troisième triangle n'est pas un volume, mais un vide, ou plutôt un volume vide. Ses côtés, matérialisés par des murs, créent une enveloppe. Ce volume vide est « une faille », nommée ainsi par le concepteur. Il s'agit d'une faille de lumière où un plan d'eau vient prendre place.

Un élément remarquable, sortant de la géométrie de l'ensemble, est un cercle en excroissance de la forme triangulaire générale. Ce cercle vient, en plan, intercepter « la faille ». Il est relié à l'ensemble par l'axe horizontal que représente « l'allée du refus ». Ce cercle est partiellement une enveloppe, qui protège le « jardin funéraire », et partiellement un volume qui abrite le lieu des cultes.

Le projet est présenté abstraitement hors de tout site, comme un objet isolé de tout contexte. Toutefois, si le projet n'est pas intégré dans un site, il n'est pas pour autant détaché d'une certaine réalité marquée par des éléments appartenant à la ville, éléments pouvant paraître étonnants alors que le bâtiment est présenté sans environnement.

On trouve, par exemple, sur une des pointes du triangle une bouche de métro. De même, on peut remarquer que deux côtés du triangle accueillent des services destinés à des personnes venant de l'extérieur: des cellules médicales publiques, un point d'information juridique, une cafétéria, des services (non précisés) et un hôtel destiné aux familles des mourants.
Ces services qui ancrent le projet dans le réel et laissent facilement imaginer un paysage urbain, un bâtiment situé au croisement de deux rues, créent un décalage violent avec le caractère abstrait du reste du projet tourné sur lui-même.

Les phases numérotées de 1 à 5 font explicitement référence au travail du médecin américain Elisabeth Kübler-Ross qui en 1967, modélise les étapes émotionnelles par lesquelles passeraient successivement le mourant. Ce déplacement du regard et cette théorie marquent surtout l'invention d'un processus psychologique de fin de vie avec l'élaboration, selon le sociologue Michel Castra, d'une conception standardisée des comportements à l'approche de la mort[336]. Michel Dayot matérialise ces étapes psychologiques en un parcours qui débute par le refus pur et simple (phase 1), pour passer à de la colère et de la rage (phase 2); puis du marchandage et de la dévotion (phase 3); de l'anéantissement et de la dépression (phase 4); pour enfin atteindre le stade ultime: de la préparation et de l'acceptation (phase 5).

Michel Dayot est le seul, des architectes, à faire explicitement référence à une modélisation du mourir, à un savoir constitué à partir d'expériences réelles, hors de la discipline architecturale et à tenter d'en donner une transcription spatiale. Les auteurs du projet *Métaphore* ne se fondent explicitement sur aucune référence pouvant raccrocher, un temps soit peu, leur conception à la réalité. Quant à l'équipe lauréate du concours, elle convoque des images qui, sans commentaire de leur part et sans interprétation de l'observateur, s'avèrent être en totale contradiction avec le propos tenu.
Ces projets révèlent la difficulté de donner la représentation d'un lieu qui serait la transcription spatiale d'une phase artificielle, mentalement construite : l'interface entre la vie et la mort. Cette difficulté se traduit par une forte ambiguïté entre

[336] Michel Castra, *Bien mourir,* P.U.F, Paris, 2003.

l'abstraction générale et des détails pragmatiques, permettant à ces projets de ressembler à des bâtiments réels.

Malgré la complexité et la diversité des propositions, il semble toutefois que ces projets présentent, d'une part, certaines analogies dans leurs expressions respectives et, d'autre part, certaines similitudes avec les projets artistiques commentés précédemment. Les concepteurs de ces architectures de papier utilisent, en effet, un « vocabulaire » proche de celui mis en évidence dans les projets artistiques, dans une expression qui intègre (à leur insu ? par intériorisation ?) des symboles. Toutefois, il n'existe aucune référence explicite à la spiritualité ou la religion dans le discours de ces architectes alors qu'il s'agit d'un thème discuté de manière importante dans les projets artistiques.

B - Vers une « religion de l'homme » ?

1- Récurrences

Des formes géométriques symboliques ?

L'utilisation de formes géométriques simples est certainement l'élément le plus immédiatement remarquable dans les projets des trois équipes de concepteurs. Le carré d'une manière préférentielle, le cercle et le triangle forment la base de toutes les compositions, en plan ou en volume.

L'équipe Avant-Travaux use de cet outil de manière quasi obsessionnelle. Le carré est omniprésent tant dans la composition du plan que dans la présentation du projet. Il change d'échelle, se démultiplie ou se décompose en d'autres carrés.

Le plan du projet Métaphore est également un carré, doublé en volume d'une trame structurelle cubique. Enfin l'architecte Michel Dayot, dans le projet *Nécropolis,* associe le triangle au carré et au cercle dans une imbrication complexe.

Le choix de formes géométriques simples met en valeur l'importance du centre et a pour effet de rapporter tous les éléments du projet à celui-ci. Les projets, tournés sur eux-mêmes deviennent des entités autonomes qui, malgré certaines tentatives de les raccrocher à la ville, gardent un caractère abstrait, introverti dominant.

L'importance du centre est appuyée, pour chacun des projets, par la présence d'un élément fédérateur. Le centre du projet lauréat est occupé par une « faille » dont l'importance est rappelée par le titre même du projet. Le projet *Métaphore* accueille en son centre, une spirale de grande taille. Cette forme sans fonction apparente est là

pour marquer le centre de la composition. Selon les concepteurs, « Au centre, l'espace est concentré en un noyau. Sa forme unique possède la dimension de l'individu et du monde. Il accueille et apaise les solitudes en un ultime repère. Il est vide et présent à tous les regards »[337]. Enfin, l'ensemble des espaces définis dans le projet *Nécropolis* tourne autour de l'intersection des deux axes perpendiculaires, sur lesquels s'accroche les formes géométriques simples.

Une ouverture sur d'autres dimensions

Les éléments centraux des projets de la catégorie *crépuscule,* outre le marquage d'un point, ont la caractéristique commune de matérialiser une verticale. Celle-ci s'affirme comme un lien entre différentes zones de l'espace. Le projet de l'équipe Avant-Travaux est explicite sur ce point. « La faille », « qui est symbole », selon les termes des concepteurs, cisaille le volume cubique et créé une ouverture sans limite vers le haut qui, de plus, est baignée d'une lumière zénithale. Par ailleurs, la perspective intérieure d'un « étage » type dévoile une communication avec différentes zones lumineuses, en deçà et au-delà des limites du plancher et du plafond. Au centre du projet *Métaphore,* la spirale, elle-même une forme dynamique (ici verticale), dirige le regard vers le haut, précisément désigné par les concepteurs comme un « ciel construit pour abriter ».

Le projet *Nécropolis,* nous l'avons vu, est structuré autour d'un axe de rotation. Plus que cet axe vertical virtuel, une « faille » de lumière zénithale, ainsi dénommée par Michel Dayot, matérialise la mise en relation entre différentes zones. La mise en scène de cet élément du projet utilise un dispositif architectural simple qui procure l'impression d'une démultiplication verticale de l'espace. Il s'agit de cerner un lieu de murs et de disposer, au sol, une surface réfléchissante (ici, un plan d'eau). Le reflet du ciel et des murs, créé le double de l'espace initial qui prend ici valeur d'infini dans la mesure où le ciel n'est pas limité.

Ajoutons encore que pour chacun de ces projets l'espace créé est mis en relation avec le temps. Le temps du « parcours » pour *La faille* et *Nécropolis,* ou encore la symbiose dans de « lentes vibrations » entre le ressenti du mourant, le temps et l'espace du projet *Métaphore*.

[337] Jean Dubus, Jean-Pierre Lott, Jérôme Siame, *Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie*, *op.cit*.

La référence aux éléments naturels

L'élément eau apparaît très souvent, sous diverses formes, dans les réalisations artistiques récentes et comme dans deux des projets théoriques du concours d'idées.

Dans le projet *métaphore,* l'eau a une image ambiguë. « On dit de l'homme qui se noie qu'il revoit en un instant le déroulement complet de sa vie. Dans le miroir de l'eau...L'eau est alors double métaphore de la vie et de la mort. L'objet dilaté des souvenirs et l'objet trapu de la suffocation. L'eau n'est plus que de l'eau »[338]. Le discours des concepteurs rassemble, dans le même propos des idées pour le peu contradictoires. L'eau est à la fois métaphore, support de la mémoire et doit être prise uniquement pour ce qu'elle est. Elle est un élément angoissant qui engloutit l'homme dans ses souvenirs, qui l'étouffe, lui renvoie son image à la fin de sa vie. Néanmoins, dans le projet, l'eau prend également la figure d'un élément procurant un bien-être. Elle est présente sous la forme d'un « bassin » ayant, en plan, une forme de vague. La signification de ce bassin appelé « thermes » est précisée : « des thermes aux lieux sanitaires ou d'aisance, l'image traditionnelle des lieux d'ablution s'estompe. Elle est celle de l'harmonie et du confort plus que de l'intimité. »[339]. La forme et les dimensions (long de plus de 50 mètres se rétrécissant à l'extrême sur sa longueur), semblent nous indiquer que ce bassin tire son importance de sa position au sein de la composition plus que de son éventuelle fonction pratique.

Il est associé à la notion de thermes, à l'eau ayant des vertus curatives et médicinales. « Les lieux sanitaires ou d'aisance » sont classés schématiquement dans « l'entretien des corps ». A noter que, même pour ces lieux intimes, les portes ne sont pas représentées, ces lieux semblent appartenir à deux « plis de l'espace » plus rapprochés. L'utilisation de l'élément aquatique dans ce projet est très ambivalente, elle est tour à tour angoissante et bienfaisante.

Dans le projet *Nécropolis*, l'eau se présente sous deux formes différentes : dans un « bain primal » ou sous forme de plan couvrant le sol de « la faille ».

Le « bain primal », contenu dans un cercle, est situé sur un des axes du projet. Il appartient à une zone dénommée « thermes » qui, comme le projet *Métaphore* associe ce bain aux soins du corps. Le sens du « bain primal » est plus difficile à

[338] Jean Dubus, Jean-Pierre Lott, Jérôme Siame, *Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie*, *op.cit*.
[339] *Ibid*.

saisir. Il ne s'agit pas d'une eau destinée à se laver, mais plutôt d'une eau faisant référence à un bain premier, à un retour à l'origine, celle de la naissance ou celle de la création. Le bain primal comme le cri primal.
L'eau est également présente dans le projet sous forme d'un plan « d'eau calme » au fond de « la faille ». La précision « calme » est importante. Il s'agit ici d'une surface plane, d'une eau immobile, d'un miroir sur lequel on peut se pencher, mirer son reflet. Au dessus de ce plan d'eau passe un pont, prolongement de « l'allée du refus ». Le pont permet à celui qui l'emprunte, de se trouver au cœur d'un espace illimité (par le jeu du reflet du ciel dans l'eau). « La faille » est l'élément du projet où l'homme est mis en relation avec les éléments et l'espace. Cette interprétation est appuyée par la présence d'un carré, dont la diagonale vient intercepter un côté du triangle. Ce carré semble être un édicule couvert surplombant la surface de l'eau. A côté de ce carré, est noté : « la question incontournable ». Si cette « question incontournable » reste assez obscure, elle appelle sans aucun doute à la méditation.

Outre cette présence de l'eau, le projet *Nécropolis* fait référence aux quatre éléments primordiaux, l'eau, l'air, le feu et la terre qui sont les éléments auxquels, selon les cultures ou les religions, le corps du défunt est rendu à la nature.
L'eau, ici, n'a pas la même signification que dans « les thermes », le « bain primal » ou « l'eau calme » de « la faille ». Il s'agit d'une référence plus abstraite à l'élément, de la même manière que la référence au feu ou à l'air. Ces trois éléments sont représentés assez abstraitement en plan par trois carrés situés sur un des axes du projet. A première vue, on pourrait remarquer l'absence du quatrième élément qui est la terre. Il est néanmoins présent mais d'une manière plus concrète dans « le jardin d'ombres et de silence » où sont plantés des arbres dans un sol naturel.
La référence à la nature est très présente dans ce projet, sous la forme des quatre éléments et par la présence de trois jardins: le « jardin funéraire », le « jardin d'ombres et de silence » et le « jardin public ». Il est à noter toutefois qu'il s'agit d'une nature maîtrisée. Chaque élément naturel est enfermé dans une forme géométrique déterminée. Les arbres, excepté pour le jardin funéraire où ils semblent plantés plus ou moins aléatoirement, suivent un ordre précis. Le « jardin d'ombres et de silence » est en effet constitué d'une trame carrée d'arbres, tandis que les quatre arbres du jardin public sont plantés en alignement.

2- Sacralité et symboles

Les récurrences, dans l'expression des projets artistiques comme dans les projets de la catégorie *crépuscule,* pourraient trouver quelques connivences avec des travaux d'auteurs qui, au XXe siècle, ont cherché à classifier des symboles qui traverseraient le temps et les cultures. La compréhension des mythes et des symboles est ainsi une donnée qu'intègre le psychiatre Carl Gustav Jung dans sa méthode d'analyse des rêves. Il soutient l'existence « de formes psychiques qu'aucun incident de la vie de l'individu ne peut expliquer, et qui semblent être innées, originelles, et constituer un héritage de l'esprit humain ». C.G. Jung appelle ces formes psychiques des « résidus archaïques » ou « archétypes »[340]. La croyance en une valeur atemporelle, universelle ou intrinsèquement liée à la nature de l'homme, a, depuis ces travaux, largement été remise en cause et critiquée pour les dérives totalitaires que cette idée peut entraîner. Dans la même veine, certains auteurs se sont attachés plus spécifiquement au symbolisme dans l'architecture. C'est ce que mettent, par exemple, en valeur les écrits du philosophe Gaston Bachelard et de l'historien des religions Mircea Eliade[341].

Mircea Eliade, à travers l'analyse du symbolisme à l'œuvre dans la conception des architectures sacrées et des habitations humaines dans les civilisations anciennes, cherche à démontrer la pérennité des symboles archaïques, gardant malgré la diversité des cultures une certaine unité de structure. Il émet l'hypothèse que la permanence de la réponse est moins culturelle qu'intrinsèquement liée à l'homme.

> On peut se demander, en effet, si de tels symboles n'expriment pas une expérience existentielle fondamentale, celle notamment de la situation spécifique de l'homme dans le cosmos. A la base de tous ces symboles, on trouve l'idée de l'hétérogénéité de

[340] Carl Gustav Jung (Dir.), *L'homme et ses symboles,* éditions Robert Laffont, Paris, 1964, p. 67.

[341] Les travaux de Mircea Eliade soutiennent, comme l'attestent ses convictions sur *la permanence du sacré dans l'art contemporain* (1964), que, si les artistes ne s'intéressent plus à l'imagerie classique et à la symbolique religieuse traditionnelle, le sacré n'a pourtant pas disparu de l'art moderne. Il s'est simplement paré d'attributs profanes (forme, intentions, significations) qui le rendent « irrécognoscible ». Toutefois, il soutient l'idée qu'il est possible de donner une interprétation religieuse aux démarches consistant à détruire la forme et les volumes ou à s'intéresser à la substance même de la matière. « La hiérophanisation de la matière, c'est à dire la découverte du sacré manifesté à travers la substance, caractérise ce qu'on appelle la "religiosité cosmique", le type d'expérience religieuse qui a dominé le monde jusqu'au judaïsme et qui est encore vivant dans les sociétés "primitives" et asiatiques. Certes, cette religiosité cosmique a été oubliée, en Occident, à la suite du triomphe du christianisme. Vidée de toute valeur ou signification religieuses, la Nature a pu devenir "l'objet" par excellence de l'investigation scientifique ». Mircea Eliade, *Briser la toit de la maison, la créativité et ses symboles,* éditions Gallimard, Paris, 1991, p. 28.

> l'espace; attestée à tous les niveaux de culture, elle répond à une expérience originelle, l'expérience même du sacré. [342]

Il s'agit avant tout, pour lui, de saisir la valorisation religieuse de l'espace et de connaître la structure de la fonction de l'espace sacré. Il définit l'espace sacré comme une zone différente du monde extérieur profane. Sa sacralité peut précéder ou suivre la construction du sanctuaire. L'espace sacré est un lieu de rupture de niveau, rupture où la communication avec un autre monde, celui des êtres divins ou celui des ancêtres, est possible.

Ce lieu de communication verticale entre trois zones du cosmos constitue, de plus dans l'architecture sacrée, un « centre du monde », « car c'est là que passe l'axe de l'Univers, l'axis mundi ». L'*axis mundi* a naturellement été imaginé sous la forme d'un poteau ou pilier qui soutient le ciel. La notion de centre du monde est capitale et renforcée, plus généralement, par d'autres symboles tels que la montagne sur laquelle on élève le temple, point le plus haut du monde, mais aussi le plus vieux, celui où a commencé la création. Ce point central est aussi « le nombril de la Terre » à partir duquel le monde s'est créé.

> Toute création, qu'il s'agisse d'une cosmogonie ou d'une anthropogonie, a lieu dans un centre ou commence dans un centre. D'ailleurs les choses ne pouvaient pas se passer autrement, si l'on se rappelle que le centre est justement la place où s'effectue une rupture de niveau, où l'espace devient sacré, donc réel par excellence. Une création implique surabondance de réalité, autrement dit une irruption de sacré dans le monde. Il s'ensuit que toute construction ou fabrication a comme modèle exemplaire la cosmogonie. La création du monde devient l'archétype de tout geste créateur humain, quel qu'en soit son plan de références. [343]

Dans ce contexte, les formes géométriques telles que le cercle ou le carré sont alors des images du monde dont l'axe passe par leur centre. Cet axe peut être matérialisé ou suggéré par un vide au centre de la forme (qu'il s'agisse d'un temple ou d'un village). A partir d'un centre, sont projetés les quatre horizons dans les quatre directions cardinales. Les dictionnaires de symboles montrent encore aujourd'hui un certain consensus dans l'interprétation de la signification symbolique des formes géométriques élémentaires.

[342] Mircea Eliade, « Architecture sacrée et symbolisme » *dans Les symboles du lieu, l'habitation de l'homme*, n°44, éditions de L'Herne, Paris, 1983.
[343] Mircea Eliade, « Architecture sacrée et symbolisme », *op. cit.*

> Comme la croix, le carré permet en établissant un système de coordonnées, c'est-à-dire en imposant une structure au chaos, de se retrouver dans un monde qui semblerait autrement ne présenter aucun ordre. La quadrature correspond ainsi à l'exigence d'un principe d'ordre constitutif de la nature humaine, qui dans le sens d'un couple d'opposés, est associé au cercle (le cercle représentant les puissances célestes devant le monde créé que représente le carré).[344]

Gaston Bachelard, dans une interprétation psychologique, estime, quant à lui, que le cercle donne des images qui « nous aident à nous rassembler sur nous-mêmes, à nous donner à nous-mêmes une première constitution, à affirmer notre être intimement, par le dedans »[345].

Outre la valeur symbolique des formes géométriques isomorphes, du centre et de la matérialisation d'une communication entre différentes régions ouvrant la voie à un passage possible d'une zone à l'autre[346], Mircea Eliade ajoute que le temple ou la maison, comme un cosmos (qui est un organisme naturel), intègre un symbolisme temporel. Le lieu du sacré est ainsi un croisement des dimensions spatiale et temporelle.

Sur le thème de l'eau, Gaston Bachelard, dans son ouvrage *L'eau et les rêves*, dépeint la multiplicité des images liées à cette matière. A travers, entre autres, l'œuvre poétique d'Edgar Poe, il met en évidence une classification des images dont beaucoup affectent un lien très intime avec la mort[347].

Les eaux immobiles qu'il associe à la méditation introspective et à la contemplation narcissique sont par excellence des éléments mélancoliques et tristes. Mais, En dehors du caractère angoissant et désespéré que peut prendre l'imagination liée à l'eau, celle-ci peut être également rassurante, curative ou purificatrice. L'eau est ainsi associée à la naissance et à la mère. Le caractère maternel de l'eau correspond à l'idée d'une substance qui nourrit, enveloppe, protège dans sa chaleur et qui est la seule parmi les quatre éléments à bercer.

Enfin l'eau peut encore avoir des vertus purificatrices. L'eau serait même le symbole naturel par excellence de la pureté. L'idéal de pureté, ne peut pas, selon Bachelard, s'attacher à n'importe quelle matière. Seule, l'eau peut accueillir d'une manière tout à

[344] *Encyclopédie des symboles*, Librairie Générale Française pour la traduction française (1996) de *Knaurs Lexicon der Symbol*, Droemersche Verlagsanstalt TH. Knaur Nachf. München, 1989.
[345] Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace,* PUF, Paris, 1957, p. 210.
[346] Ce franchissement s'accompagne d'une modification de l'être qu'il passe de l'état profane à l'état sacré, ou de la vie à la mort.
[347] Gaston Bachelard, *L'eau et les rêves, essai sur l'imagination de la matière*, Librairie José Corti, 1942.

fait naturelle cet idéal. « Si puissants que soient les rites de purification, il est normal qu'ils s'adressent à une matière qui puisse les symboliser. L'eau claire est une tentation constante pour le symbolisme facile de la pureté. Chaque homme trouve sans guide, sans convention sociale cette image naturelle »[348].
L'interprétation des symboles aquatiques de Mircea Eliade, dans son ouvrage *Images et Symboles* recoupe celle de Gaston Bachelard sur le thème de la purification par l'eau. « Les eaux symbolisent la somme universelle des virtualités, [...] elles précèdent toute forme et supportent toute création. [...] L'émersion répète le geste cosmogonique de la manifestation formelle, l'immersion équivaut à une dissolution des formes, c'est pour cela que le symbolisme des Eaux implique aussi bien la Mort que la Renaissance » [349].

Les projets de la catégorie *crépuscule* mettent en évidence de nombreuses similitudes dans leurs expressions respectives. Si le discours des concepteurs révèle parfois quelques contradictions dans les idées développées, il pose de manière explicite la volonté de donner à certains éléments du projet une valeur de symbole. Toutefois, la signification de ces symboles reste floue (« la faille est symbole » ; « l'eau est symbole / l'eau n'est que de l'eau »). Que les concepteurs adhèrent ou non à l'interprétation que des auteurs tels Mircea Eliade ou Gaston Bachelard (entre autres) ont fait de ces symboles, le choix récurent des mêmes éléments parmi une iconographie par ailleurs très riche sur la mort, n'en reste pas moins remarquable. Les valeurs rassemblées dans ces projets sont par ailleurs très cohérentes. Elles évoquent la mise en relation de l'homme avec la nature et de sa relative existence au sein de l'univers.

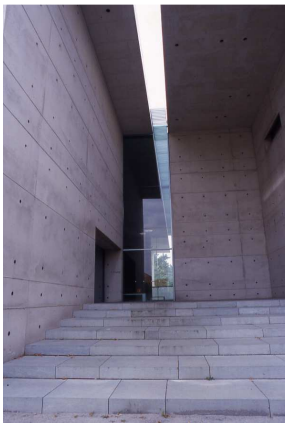
Nous mentionnons encore le projet du crématorium de Berlin-Treptow, réalisé par les architectes Axel Schultes et Charlotte Frank, lauréats du concours de design (1992) pour le remplacement de l'ancien crématorium datant de 1912, tombé en décrépitude.
Le programme est bien sûr différent des lieux de fin de vie ou de mort du concours *Architecture du grand âge,* toutefois les questions auxquelles ont répondu les

[348] *Ibid*.
[349] Mircea Eliade, *Images et symboles*, Editions Gallimard, Paris, 1952.

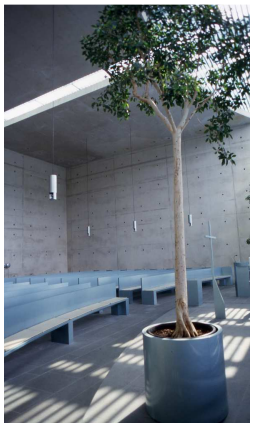
concepteurs sont du même ordre, et l'intérêt de présenter ce projet ici réside dans la nature même de leur réponse. Les outils et références des architectes allemands ont, en effet, de nombreux points communs avec ceux développés dans les projets théoriques précédents : utilisation d'une géométrie forte, communication entre différentes zones, dématérialisation des limites de l'espace, concentration de l'espace en son centre avec la présence des symboles de l'eau et de l'œuf, référence aux éléments primordiaux, etc.

Façade principale du crématorium de Berlin

Salle hypotstyle



Entrée latérale



Chapelle

Monticules de sable

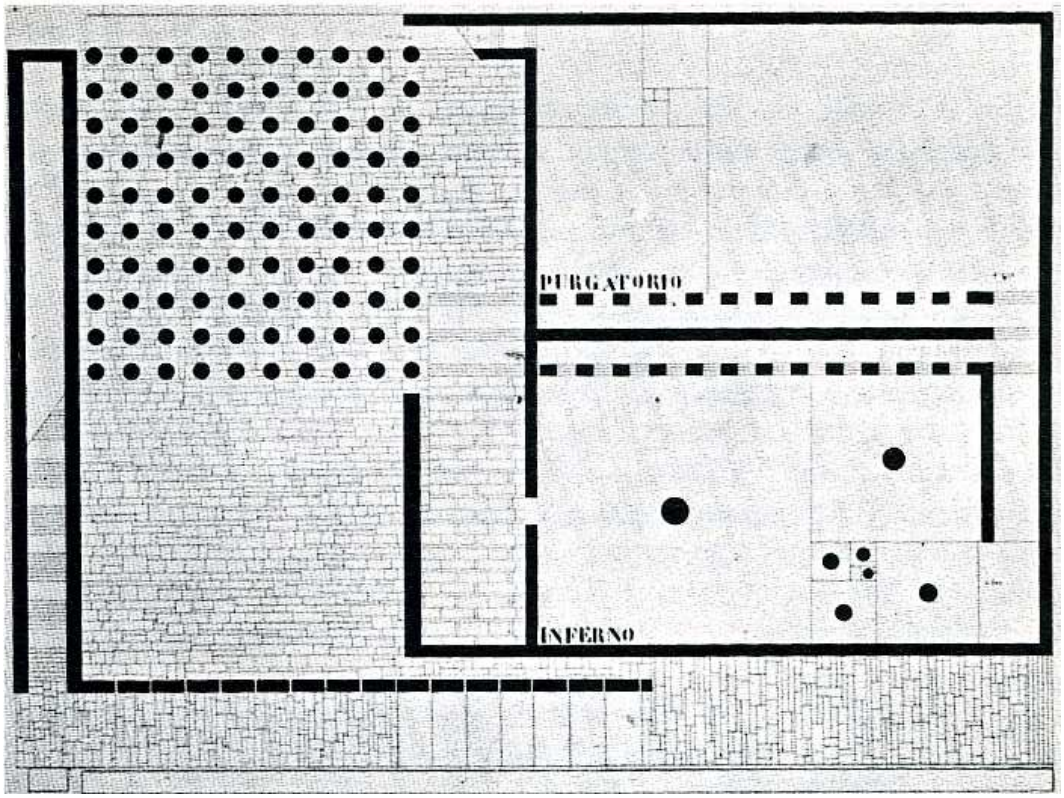
Œuf suspendu au dessus du bassin

Pour ce projet, les architectes ont cherché à concevoir un lieu qui puisse accompagner les moments de peine, et sublimer l'expression de la douleur. Les concepteurs ont choisi de répondre par la solidité et la présence rassurante d'une architecture rigoureuse et régulière basée sur une forte géométrie, une architecture susceptible de communiquer du calme et de l'abstraction. La symétrie générale du plan assure la compréhension visuelle du bâtiment axé sur l'ancienne entrée du cimetière. Les volumes pleins de la façade principale correspondent aux deux halls de cérémonie flanqués de brise-soleil, tandis que deux creux parallélépipédiques latéraux forment les « antichambres » extérieures des sas d'entrée. A l'intérieur de ces creux, les entrées ne sont pas frontales mais latérales, cassant ainsi l'effet monumental de la composition classique. Les sas d'accès ouvrent sur une vaste salle centrale. Celle-ci, de 11 mètres de haut, est occupée par une forêt de colonnes irrégulièrement disposées vibrant dans un clair-obscur discontinu. Selon Rita Capezzuto[350], cette disposition évoque la fameuse interprétation du Paradis de Dante de Guiseppe Terragni et Pietro Lingeri : une succession de colonnes transparentes dans un espace extérieur sans toit. Les concepteurs du crématorium de Berlin ont en effet joué sur la dématérialisation des limites de l'espace. Avec la dédensification des colonnes (moins dense à l'extérieur et plus dense au centre) et la gradation de la lumière qui varie de la plus intense lumière circonscrite à certaines zones à une relative pénombre, la perception des limites de la pièce se trouve perturbée. Par ailleurs, les colonnes semblent trouer le plafond et s'élever vers le ciel. Des cônes de lumière pénètrent par des ouvertures circulaires autour des chapiteaux des colonnes. Ils se combinent occasionnellement avec les raies de lumière provenant des deux failles ménagées dans le plafond de la salle.

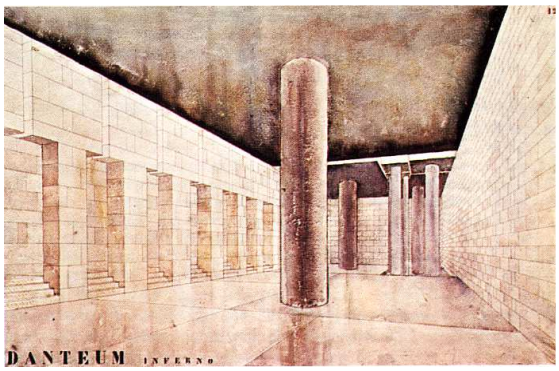
Si pour Rita Capezzuto, cette salle rappelle celle du Paradis du Danteum de Terragni, il serait plus pertinent de la rapprocher de la salle de l'Enfer. En effet, les colonnes régulièrement disposées de la salle du Paradis de Terragni ouverte sur le véritable ciel, forment un ensemble structuré et rassurant basé sur la rigueur. La salle de l'enfer, quant à elle, est un rectangle couvert où quelques colonnes de diamètre variable sont disposées de manière apparemment aléatoire créant des zones plus ou moins denses. Ces colonnes soutiennent des morceaux de plafond légèrement décalés

[350] Rita Capezzuto, « Le crématorium de Berlin Treptow » in *Domus*, n°817, juillet-août 1999.

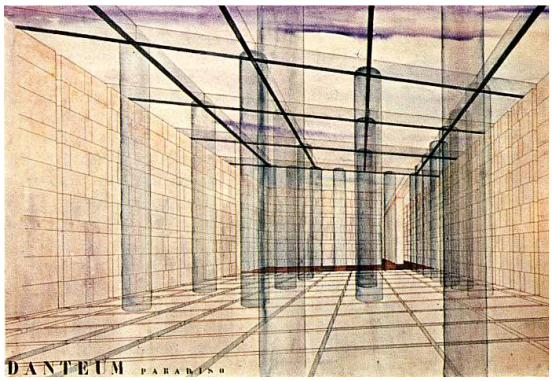
en hauteur autonomisés par des fentes de lumière. D'autre part, l'un des murs latéraux est creusé par une succession de portes murées laissant apparaître, pour chacune d'elles une ébauche d'escalier[351]. Cet effet (sans les marches d'escalier) est repris dans le crématorium sur les parois latérales de la salle hypostyle.



Plan du Danteum, en haut (à gauche) la salle du Paradis, en haut (à droite) le Purgatoire, en bas (à droite) la salle de l'Enfer, Terragni, e *il Danteum*, 1938



La salle de l'Enfer



La salle du Paradis

[351] Thomas L. Schumacher, *Terragni e il Danteum 1938,* officina edizioni finito di stampare da Luciano Chiovini in Roma, 1983.

Des éléments symboliques rapportés tiennent également une place de choix dans la constitution de cet espace. La série de niches le long des murs latéraux rencontre le sol avec de petits monticules de sable que l'on peut interpréter comme l'expression du passage du temps. Ces éléments seraient, selon Rita Capezzuto, directement pris de l'architecture funéraire de Sacquarra. De plus, au centre de la pièce, un véritable œuf, symbole de la renaissance du monde, est suspendu par un fil transparent au-dessus d'une fontaine circulaire plate, dont l'eau coule silencieusement dans une perpétuelle régénération. Le matériau dominant du projet est le béton brut banché qui, telle la pierre des temples antiques, impose dans son traitement, sa massivité, sa solidité, sa pérennité[352].

Qu'il s'agisse de projets réalisés par des artistes ou des architectes, ou encore de projets imaginaires, il semble que l'expression des concepteurs touchant aujourd'hui à la création de lieux de mort ou de spiritualité dans un cadre non religieux, n'échappe pas à des références et valeurs symboliques issus d'un consensus construit au cours du XXe siècle dont les dictionnaires actuels de symboles gardent la trace.

[352] Il n'est ici question que de la partie accessible au public. Toutes les installations techniques sont cachées à la vue des participants aux cérémonies. Au sous-sol se trouve un espace fonctionnel et très bien organisé du point de vue des circulations accessible par une rampe à l'arrière du bâtiment. Cet étage a une capacité de plus de 600 cercueils, trois fours et différentes zones de service. Les cercueils sont mécaniquement amenés du sous-sol au hall central, et sont descendus à nouveau à la fin du rituel de crémation. L'unique référence directe à la fonction du bâtiment est révélée par la présence, à l'extérieur, de trois conduits de cheminée. Ces renseignements ont été rassemblés lors d'une visite au crématorium de Berlin, en septembre 2001.

C- Réalisations : une référence indirecte à la spiritualité

Les projets et réalisations précédents ont été rassemblés en ce qu'ils procèdent de démarches relativement similaires de la part des concepteurs, quels qu'ils soient, artistes, architectes d'intérieur ou architectes. Dans le développement suivant, il nous a semblé pertinent de réunir des réalisations dont la conception est apparue a priori relever d'une expression quelque peu différente. Ces réalisations ont en commun d'être des chambres mortuaires d'hôpitaux conçues ces deux dernières décennies en France. Si les questions auxquelles répondent ici les architectes sont analogues à celles soulevées dans les projets déjà cités, les réponses ne jouent pas du registre de la surabondance des symboles. Pour autant, les concepteurs ne renoncent pas à créer un espace porteur de sens. Quels outils et quels modes d'expression vont-ils privilégier ? Quel sens vont-ils donner à leur création ? Est-il possible de donner une dimension spirituelle sans pour autant recourir au registre symbolique ?

1- Autoriser les différentes pratiques rituelles

Le caractère novateur ou expérimental d'un projet se fonde souvent sur une remise en question du programme architectural. L'évaluation des besoins, la définition du statut du lieu, de sa place au sein de la composition générale, de sa relation aux autres services, etc., sont autant d'éléments déterminés à l'étape de la programmation. Celle-ci est généralement assurée par la maîtrise d'ouvrage qui, dans certains cas, se voit assistée par une maîtrise d'œuvre spécialisée sur le sujet.

Ces deux dernières décennies ont vu se réaliser un nombre conséquent de restructurations de chambres mortuaires en France. Que ce soit à Paris, Lyon, Aix-en-Provence ou Marseille, les projets semblent tous avoir bénéficié d'une remise en question de leur programme selon des termes identiques, jusqu'à laisser penser que des directives émanant des directions générales des hôpitaux (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Hospices Civils de Lyon, etc.) ont été diffusées à l'ensemble des établissements publics curatifs afin d'unifier la réponse apportée à une question concernant l'évolution de l'institution curative d'une manière globale. Pourtant, pour les projets analysés ici, la remise en question du programme n'a pas été initiée ou imposée par les directions générales des hôpitaux concernés, mais par les usagers et en premier lieu, les soignants et responsables des services. Les entretiens réalisés

auprès de ces derniers révèlent leur ignorance des démarches engagées par les autres hôpitaux, parfois dans une même ville (Hôpital de Lyon-Sud et hôpital de la Croix-Rousse). Les responsables du service mortuaire de l'hôpital de la Croix-Rousse (Lyon) ont ainsi rédigé une charte éthique[353] sans avoir connaissance de celle composée par le groupe Miramion (chambres mortuaires) de l'espace éthique (AP-HP). Les deux chartes sont très proches sur les thèmes qu'elles abordent, notamment sur la dignité et le respect de la personne décédée, sur le respect de sa volonté, de sa culture et de sa religion, sur la prise en compte de la famille et des proches. La charte de la Croix-Rousse peut se lire également comme un manifeste pour la reconnaissance institutionnelle du statut des agents en tant que soignants et pour une revalorisation de leur spécificité qui s'inscrit dans une recherche qualitative globale de l'activité hospitalière. La nécessité exprimée à travers ces nombreuses restructurations de services mortuaires, quasi-simultanées et sans concertation globale des administrations hospitalières, est un révélateur fiable quant à l'évolution des sensibilités face à la mort en milieu hospitalier. Il montre comment ce service se voit investi d'une mission qu'il n'a jamais eue auparavant et qui en modifie totalement son statut.

Outre la nécessité d'une remise aux normes des locaux techniques, les programmes des opérations citées mettent en évidence les attentes des usagers. Ces derniers souhaitent une ouverture de l'institution sur les rites mortuaires des différentes religions, la possibilité de veiller le défunt en dehors des horaires de visite et la possibilité d'organiser une cérémonie de départ religieuse ou laïque. A chacune de

[353] « Conception d'accompagnement des familles », charte rédigée par C. Travin et C. Raclet, document interne au service:
« L'équipe de la chambre mortuaire de l'hôpital de la Croix-Rousse se situe dans la continuité de l'Unité de soins pour accueillir, prendre en charge et accompagner les familles venant de perdre un être proche.
L'objectif de l'équipe est d'établir pour la famille un relais humain, chaleureux et réconfortant, dans le respect du défunt, de ses volontés, de ses valeurs, de ses croyances et de sa culture.
L'accueil de l'entourage se fera avec dignité et décence dans des locaux sobres, propres et adaptés.
Chaque situation étant unique, l'équipe développera une écoute compréhensive et une communication adaptée pour répondre à toutes les questions avec disponibilité et honnêteté.
Dans toutes les phases d'accompagnement (accueil, présentation du défunt, mise en bière, formalités), les manifestations émotionnelles seront reçues avec respect et compréhension.
Cet accompagnement du défunt et de sa famille sera considéré comme l'acte ultime de notre chaîne de soins.
Parce que la chambre mortuaire représente la dernière image emportée par la famille, non seulement de son défunt, mais aussi de l'institution, et ce, quelque soit la qualité des soins dispensés en amont, il est indispensable que cette volonté de prise en charge digne et humaine soit intégrée dans une collaboration permanente avec les unités de soins et soutenue institutionnellement dans une politique globale de qualité d'un service public. »

ces attentes correspond un lieu spécifique qui soulève son lot de contraintes et difficultés.

La veillée funèbre qui se passait autrefois (encore rarement de nos jours) au domicile du défunt, impose soit l'ouverture et la surveillance du service 24h/24h, soit la présence de locaux pouvant être indépendants et en libre accès pendant la fermeture du service. Ces locaux doivent, en outre, être aménagés avec un minimum de confort au vu du temps passé par les endeuillés au chevet de la personne décédée.

La toilette rituelle mortuaire pour les personnes de confession juive ou musulmane n'est pas une demande récente. En l'absence de toute disposition, le personnel de certaines chambres mortuaires permet aux personnes autorisées de réaliser ce rite dans la salle d'autopsie réservée, normalement, strictement au personnel du service. Pour la toilette rituelle des musulmans, la tête du défunt doit être orientée vers la Mecque (ce qui n'est pas forcément le cas, sauf hasard, de toutes les tables des salles d'autopsies) et il est nécessaire d'aménager des commodités afin de pouvoir réaliser les ablutions rituelles.

Enfin, le souhait de disposer d'un lieu permettant d'organiser, au sein du service, des cérémonies de départ du défunt (religieuse ou laïque) pose à lui seul une multitude de questions sensibles et oblige les directions administratives à prendre position sur la nature de la relation entre le service des cultes et la chambre mortuaire. Les opinions des différentes directions sur cette question peuvent être parfois totalement divergentes. Dans les hôpitaux de l'AP-HP, ces deux services semblent être dissociés sur la question de l'utilisation du lieu de culte (quant il existe) pour des cérémonies de départ des corps. Seuls les offices religieux hebdomadaires y ont lieu. Il est vrai que, dans la majorité des cas, il s'agit d'une chapelle catholique. Pour des raisons susceptibles d'être une volonté d'équité entre tous, les personnes catholiques ne peuvent pas disposer de la chapelle pour une cérémonie de départ, même si celle-ci jouxte le service mortuaire. La direction des Hospices Civils de Lyon autorise, quant à elle, l'organisation de célébrations mortuaires dans les chapelles catholiques si les personnes le souhaitent, surtout quand la chambre mortuaire n'offre aucun lieu de réunion.

Les questions liées aux rites et à aux religions sont certainement les plus importantes dans les programmes des projets récents de chambres mortuaires. Elles ne doivent cependant pas occulter l'intérêt d'éléments programmatiques pouvant apparaître comme annexes qui concernent principalement le confort des usagers. Un salon

agréable où l'on peut se reposer et se restaurer légèrement est une avancée certaine au regard de la situation précédente.

2- Position prestigieuse du service au regard de la composition d'ensemble

La position de la chambre mortuaire au sein de la composition générale des édifices de l'hôpital, nous l'avons vu, est un indice assez évident du statut, à un moment donné, de la mort à l'hôpital.

Dans l'hôpital religieux, aussi réduit que soit ce service, il est lié, par une plus ou moins grande proximité, à la chapelle. A partir du milieu du XIXe siècle, le service se dote d'un véritable programme et migre généralement à l'opposé de l'entrée de l'hôpital. Il s'agit là du seul réel mouvement de la position du service au regard de la composition d'ensemble. Plus tard, dans le passage de l'hôpital pavillonnaire à l'hôpital bloc, le service garde son nouveau statut qui « s'adapte » à la nouvelle forme des bâtiments. Il vient se soustraire à la vue des visiteurs et des patients hospitalisés, dans les sous-sols du bloc, en relation avec les galeries de distribution techniques.

Parmi les récents projets, certains se sont attachés plus particulièrement à redéfinir la position du service, réalisant ainsi une nouvelle migration de ce dernier dans la composition d'ensemble. A ce propos, la démarche de la direction du Centre hospitalier de Lyon-Sud en 1982 peut, à juste titre, être qualifiée de pionnière en France. Lyon-Sud est né de la réunion, en 1980, des hôpitaux Jules Courmont et Sainte Eugénie. Chacun des deux hôpitaux possédait leur propre service mortuaire. Des édicules sommaires, l'un rectangulaire, dans les bois, pour Sainte Eugénie, l'autre, de dimensions équivalentes, en forme de croix latine, également à l'écart, pour Jules Courmont. « 1912, c'est également à cette époque, approximativement (nous n'avons aucun renseignement précis à ce sujet) que fut construit le « dépôt mortuaire » à l'endroit qu'il occupe actuellement « dans le petit bois ». Jusqu'à cette date, il occupait un petit bâtiment situé à 100 mètres plus au sud, au pied de la colline »[354]. Les deux services étaient extrêmement petits et inadaptés à l'évolution de l'hôpital. La partie réservée au public était si exiguë que les familles devaient patienter à l'extérieur. Lors de la réunion des deux établissements, une réflexion s'est

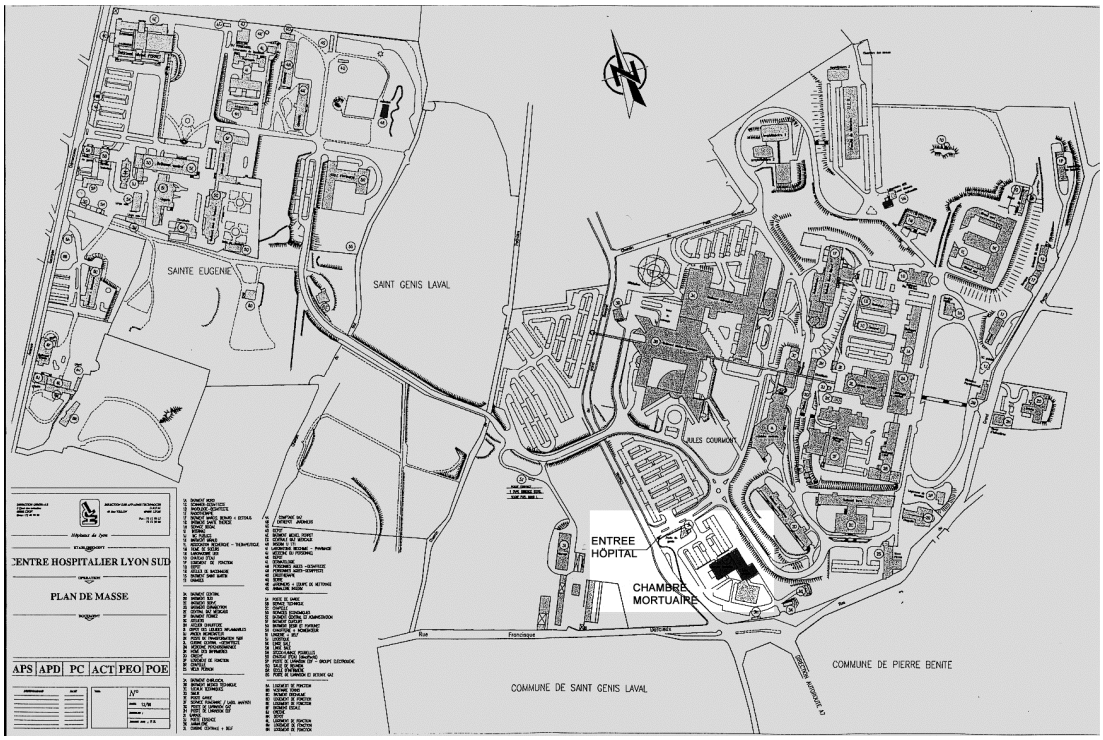
[354] G. Despierres, *Histoire d'un hôpital, du vieux château du Perron à l'hôpital Jules Courmont,* Imprimerie A. Rey, Lyon, 1976.

engagée à l'initiative de M. Canovas, responsable du service mortuaire, sur la place du nouveau service mortuaire.

Alors qu'en 1982, très peu d'hôpitaux en France sont engagés dans une telle réflexion, le parti pris de l'hôpital Lyon-Sud est radical. Du sous-bois masquant une mort honteuse, le service va venir s'affirmer au grand jour, à l'entrée de l'hôpital. Parti pris qui fait encore aujourd'hui exception et qui a été pensé, à l'époque, comme un manifeste pouvant être perçu comme une certaine provocation. Pourtant la réalité construite ne provoque aucun choc. Le bâtiment de plain-pied, en léger retrait de l'entrée est certes présent mais discret. Mis à distance raisonnable par un petit jardin et un parking réservé aux familles, il n'est ni caché ni ostensiblement mis en scène. Par cette position, il s'intègre à l'ensemble sans donner l'impression de dénoter. A l'origine, l'arrivée des ambulances et le départ des convois mortuaires devait s'effectuer à l'arrière du bâtiment en relation directe avec la rue. Ce dispositif nécessitait le réaménagement des voies de circulation. La commune n'ayant pas accédé à la requête de l'hôpital, cet accès est resté inutilisé. Le mouvement des véhicules s'effectue donc par l'entrée principale, ce qui, selon les agents de la chambre mortuaire, a été intégré sans problème par les visiteurs, par les patients hospitalisés et par les soignants de l'hôpital.

Ancienne chambre mortuaire de l'hôpital Sainte Eugénie (HCL)

Ancienne chambre mortuaire de l'hôpital Jules Courmont (HCL)



Plan de masse de l'hôpital Lyon-Sud, la chambre mortuaire est placée à l'entrée de l'établissement

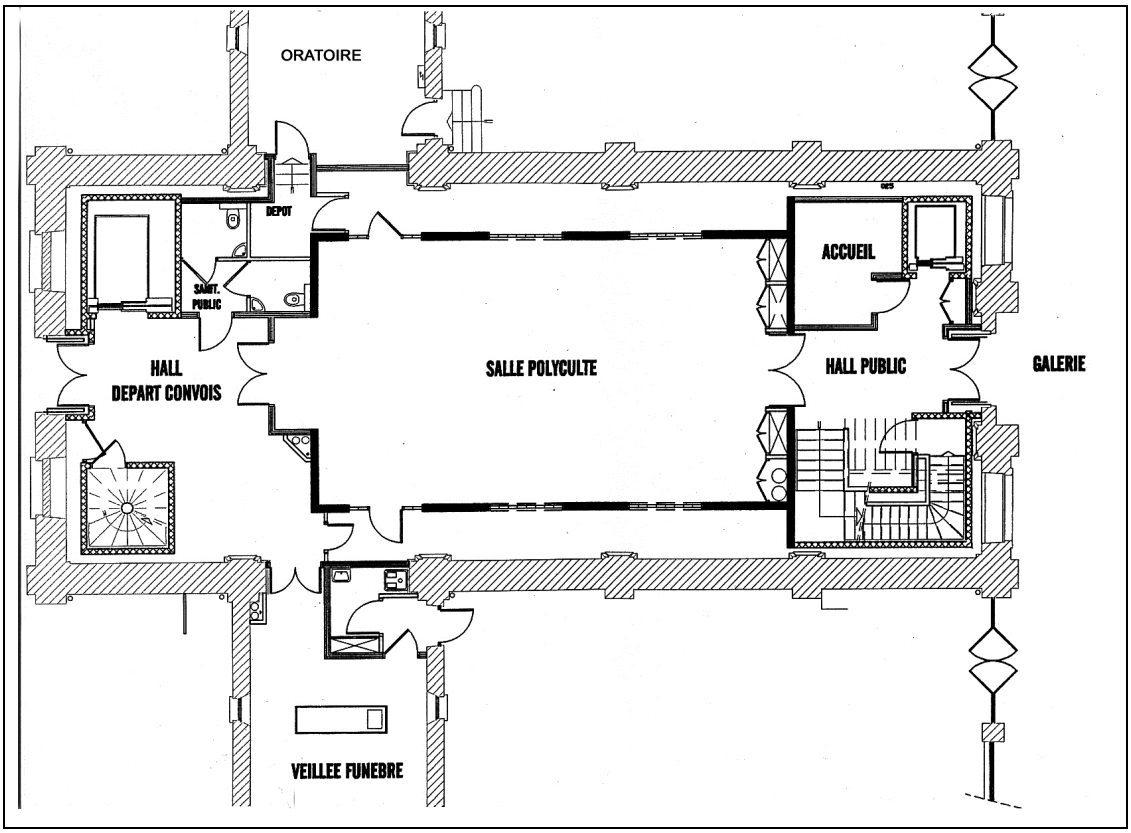
La situation de la nouvelle chambre mortuaire de l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon est tout aussi symbolique. Le projet a été conçu, en 1999, dans le cadre de la restructuration d'une partie de l'hôpital s'inscrivant dans la constitution plus générale des trois pôles des Hospices Civils de Lyon. Le bâtiment principal de l'hôpital, symétrique, axé sur une imposante chapelle, date de 1861. L'ancienne chambre mortuaire est le premier édifice détruit et le premier reconstruit dans le cadre de la restructuration. Il s'agissait, à l'origine, d'un bâtiment des années 1970, situé au débouché d'un souterrain, derrière la chapelle. Préalablement au projet, une importante remise en question du lieu d'accueil, mais également du personnel, souffrant jusqu'alors d'exclusion, a conduit à un changement de statut administratif du service. Il est ainsi passé de la direction des affaires économiques à la direction des soins infirmiers. Ce passage est décisif dans le sens où il avalise institutionnellement un changement initié et souhaité par les soignants du service. Il ne s'agit pas seulement de la revalorisation de pratiques : le corps mort passe ici d'objet à faire transiter à celui de personne recevant un soin ultime.

A un tel changement de considération répond l'attribution d'une localisation privilégiée dans la composition d'ensemble : au cœur historique et géographique de

l'hôpital, à l'intérieur de la chapelle. Cette position joue sur deux plans, d'une part, le centre historique de l'hôpital et, d'autre part, l'intérieur de la chapelle. L'aménagement de la chambre mortuaire à l'intérieur de la chapelle a conservé tels quels les murs de l'édifice cultuel, propriété des Hospices Civils de Lyon. L'intégration des nouveaux locaux s'est réalisée par la construction d'une « boîte dans la boîte » décollée des parois latérales. Un sous-sol a été creusé afin d'accueillir les locaux techniques et de travail (local de conservation des corps, salle de préparation, salle de prélèvement, salle d'autopsie et vestiaires du personnel). En rez-de-chaussée, excepté le passage par la porte de la chapelle, la partie réservée au public ne laisse aucunement supposer que l'on se situe dans un édifice cultuel catholique. Le rez-de-chaussée comprend un bureau d'accueil, une vaste salle polyculte par laquelle on accède, à l'arrière, dans deux branches de la croix latine, à un oratoire et à une salle de veillée funèbre. Ce n'est qu'au premier étage que l'on saisit l'imbrication des volumes. Les locaux de présentation des corps (un hall d'attente, un salon de reconnaissance et trois salons de présentation) sont en mezzanine bénéficiant ainsi du volume de la nef. Cette situation exceptionnelle confère une dimension toute solennelle au moment de la reconnaissance ou de la présentation du corps.

Chapelle de l'hôpital de la Croix rousse à l'intérieur de laquelle se situe la chambre mortuaire

Les signes de la religion catholiques ont été enlevés au dessus de la porte d'entrée



La « boîte » de la chambre mortuaire décollée des murs de la chapelle

Les changements de localisation des chambres mortuaires de Lyon-Sud et la Croix-Rousse sont particulièrement démonstratifs quant à l'évolution de leur statut. D'une manière moins théâtrale, le nouvel hôpital de gériatrie Bretonneau à Paris ouvert en 2001, réalisé par les architectes Valode et Pistre, suit les exemples lyonnais. L'ancien hôpital Bretonneau pour enfants avait été construit sous la direction de l'architecte Paul Héneux entre 1898 et 1900 selon le modèle pavillonnaire, sur une parcelle triangulaire cernée par les rues Joseph de Maistre, Carpeaux et Etex. Le service des morts y occupait un angle du triangle. Le bâtiment, respectant à la lettre les préceptes des traités d'architecture hospitalière, fonctionnait autour d'une cour des convois avec un accès particulier. Il tournait le dos au reste de l'hôpital. Une réflexion préliminaire a été menée par la direction. Celle-ci proposait deux solutions : créer, dans les anciens locaux, un véritable funérarium pouvant recevoir les corps des malades décédés à l'hôpital et ceux des malades soutenus à domicile et décédés chez eux. Cette solution, en proposant un service après décès, favorisait le maintien à domicile et minimisait les transferts in extremis à l'hôpital redoutés par les familles. Une autre solution consistait à réaliser dans le sous-sol du nouvel hôpital une salle de présentation avec une chambre attenante pour stocker un chariot réfrigérant. Cette

solution intermédiaire permettait de conserver le corps 18 heures (ou 36 avec des soins de conservation) en offrant aux familles, aux résidents et aux personnels la possibilité de se recueillir et de se tenir auprès du défunt[355]. Finalement la direction opte pour une place centrale, directement sous le lieu de culte situé le long de la rue intérieure de l'hôpital.

Pour les concepteurs, le choix de la position d'un service au regard de la composition d'ensemble constitue un outil privilégié pour signifier le statut spécifique du lieu. Celui-ci peut également s'exprimer par les liens particuliers établis avec d'autres services ou activités, notamment par leur proximité. Il est évident qu'une chambre mortuaire située entre le local poubelles et l'incinérateur sera perçu différemment de celui installé à côté du lieu de culte ou de recueillement. Si, les services mortuaires ont souvent été rapprochés des locaux techniques de traitement du linge, des ordures, des cuisines, etc., les projets récents mettent en évidence la volonté d'établir ou de définir un rapport avec le lieu de culte de l'hôpital. Les positions des directions administratives et les solutions apportées sont multiples, et peuvent aller de la stricte indépendance à la totale assimilation. Mais quelle que soit la solution adoptée, elle exprime les conceptions des commanditaires quant au rapport de la mort à la religion, ce qui, en soi, est un changement remarquable au regard de la situation antérieure.

Le premier cas de figure, déjà évoqué à travers la présentation du projet de la Croix-Rousse, est une fusion de la chambre mortuaire avec le service des cultes, ou pour être plus précis, avec le lieu de culte. Car en effet, le service des cultes n'est pas circonscrit à ce seul lieu mais concerne l'ensemble de l'hôpital puisque les ministres des différents cultes se rendent au chevet des malades qui le désirent. Dans ce cas très particulier, la chambre mortuaire se glisse dans la chapelle catholique dont les signes distinctifs de la religion catholique ont été neutralisés, sans pour autant les altérer. Ces derniers sont visibles d'un unique endroit : depuis les distributions (l'une publique et l'autre technique) en mezzanine, situées de part et d'autre des salons de présentation des corps. L'interstice ménagé entre la « boîte » et les murs de la chapelle laisse apparaître des signes, représentations religieuses et mobilier laissés

[355] Compte rendu de réunion du 7/06/1995, groupe de consultant n°9 « après décès » (M. Borde ; Mme Deloche ; Mme Quesada, Mme Giovon, Mme Lesage et Dr. Durigon du service d'anatomo-pathologie de l'hôpital de Garches). Document hôpital Bretonneau.

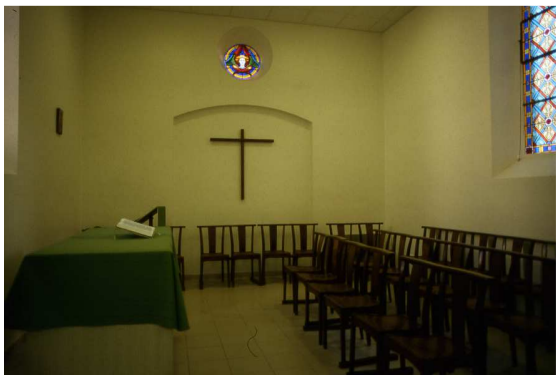
tels quels accrochés sur les parois. La majeure partie de la surface du rez-de-chaussée est occupée par une salle « polyculte ». Ce dispositif original n'est pas sans rappeler, beaucoup plus modestement, celui de la Grande Mosquée de Cordoue au centre de laquelle se tient un lieu de culte catholique. Ici, il s'agit d'une chapelle catholique abritant un espace destiné à tous les cultes. A l'intérieur de cette salle, rien ne le laisse cependant supposer qu'elle est contenue dans une chapelle. La pièce rectangulaire, vide de tout élément distinctif (les signes des différentes religions sont rangés après chaque cérémonie dans des placards) a été traitée avec une grande sobriété. Les parois latérales sont rythmées par des panneaux de pavés de verre annulant la sensation d'enfermement, apportant une lumière douce et naturelle tout en brouillant la vision des murs de la chapelle (situés derrière). Ce dispositif est toutefois complété par un oratoire proprement catholique situé dans une des branches de la croix latine. L'autre branche accueille quant à elle la salle de veillée funèbre, aménagée selon les contraintes des rites mortuaires des religions musulmanes et israélites. L'oratoire et la salle de veillée possèdent des accès indépendants, en relation directe avec l'extérieur. Le cas de l'hôpital de la Croix-Rousse est tout à fait particulier dans le sens où il n'existe désormais plus de lieu de culte hors du service mortuaire. Dans ce projet, ils apparaissent totalement assimilés l'un à l'autre.

Salle polyculte à l'intérieur de la chapelle

Interstice entre la « boîte » et les murs de la chapelle

Circulation technique en mezzanine

Circulation publique symétrique



Oratoire et salle de veillée situés dans les branches de la croix latine

A l'opposé de cette conception, la religion et la mort peuvent être pensées comme strictement indépendantes. L'hôpital de la Timone (Marseille), précédemment cité, a entièrement restructuré son service des cultes en 1999.

A l'origine, s'est posé la question du rapprochement du service des cultes avec la chambre mortuaire devait également être rénovée. Le souhait des ministres de culte a été de laisser distincts ces deux services pour ne pas les confondre, « le lieu de culte étant un lieu de vie et non de mort » selon sœur Michelin Caillon[356]. Le « dépositoire » (ainsi nommé) se situe dans un bâtiment indépendant à l'extrême opposé des lieux de culte (avec un accès particulier en fond de parcelle de l'hôpital). Ce service reprend de manière claire les séparations opérées dans le service des cultes. Il accueille une petite chapelle catholique (le seul lieu véritablement aménagé avec un autel, des bancs et des vitraux en fond de pièce), une pièce vide et nue pour le départ des musulmans et une autre pièce identique pour la communauté israélite. En cas de départ du corps d'une personne appartenant à l'une de ces religions, le ministre concerné est appelé afin de présider une cérémonie. En comparaison avec le nouveau service des cultes du bâtiment principal, le service mortuaire donne une impression générale de vétusté et de froideur. La salle de reconnaissance présente l'aspect vieillot d'un double alignement de quatre box fermés par des tentures de velours, de part et d'autre d'une circulation centrale.

Les restructurations respectives du service des cultes et de la chambre mortuaire posent certaines questions de même nature. Lorsque ces deux services sont proches géographiquement, leur traitement, indépendamment l'un de l'autre, peut apparaître comme redondant. A l'hôpital de la Timone, la distance importante séparant les deux services évite cette redite. Il est toutefois à noter que dans le cas de la Timone, l'intégration de lieux pouvant accueillir les rites des principales religions en France ne constitue pas une priorité puisqu'elle a été pensée dès la construction de l'hôpital, barre typique de la construction hospitalière des années 1970. Cette situation reste relativement exceptionnelle à un moment où ces questions n'étaient pas forcément d'actualité.

Dans le même esprit, la chambre mortuaire de l'hôpital Lyon-Sud, tout comme celle du centre hospitalier du Pays d'Aix (restructurée en 2000), possède une salle

[356] Entretien avec Micheline Caillon, juin 2001.

omniculte destinée exclusivement à l'organisation de cérémonies de départs, religieuses ou laïques, tandis que les offices courants sont célébrés dans un autre lieu indépendant.

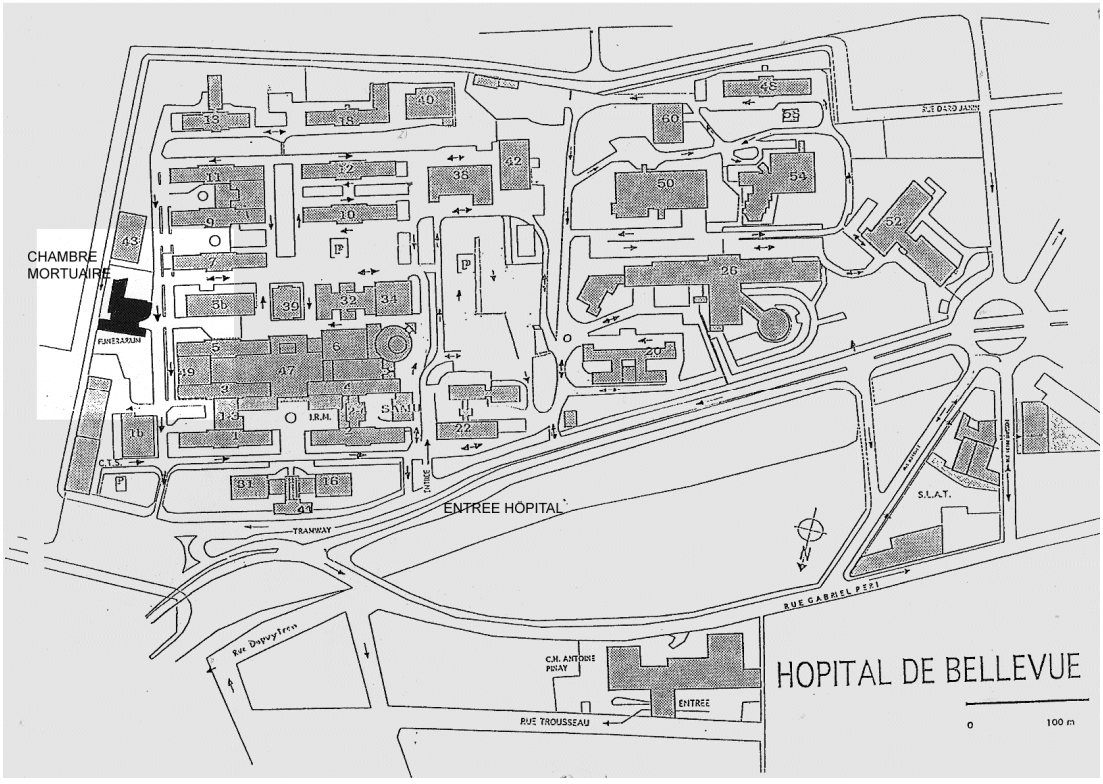
Salle de célébration de la chambre mortuaire, hôpital Lyon-Sud

Entre les positions radicales de fusion des deux services ou leur totale indépendance, peuvent exister des positions intermédiaires plus modérées. Ils peuvent, en effet, être pensés comme complémentaires et conçus en relation l'un avec l'autre dans une relative proximité géographique. Cette situation pourrait ainsi traduire la reconnaissance des besoins spirituels qui entourent la mort, tout en ne limitant pas la religion à ces seules questions.

Pour l'aumônier catholique de l'hôpital Bellevue de Saint- Etienne, le rapprochement du service des cultes et du service mortuaire est naturel[357]. Le nouveau service de cet hôpital pavillonnaire, construit de 1895 à 1898, est ainsi rattaché à l'institut médico-légal et à la chapelle. Le complexe regroupant ces trois entités, construit en 1995 par l'architecte Christian Kock, a été réalisé sur l'emplacement de l'ancien service et d'une chapelle catholique existante. Cette dernière, ouverte sur la ville, située sur le côté Est d'une parcelle quasiment rectangulaire n'avait pas été placée sur l'axe de la

[357] Entretien avec l'aumônier de l'hôpital Bellevue de Saint-Etienne, mai 2002.

composition symétrique des édifices de l'hôpital pavillonnaire. Le nouveau bâtiment prend place sur un terrain en déclivité, entre la crèche et un pavillon de consultation. Il est légèrement mis à distance des ces deux services par des espaces de stationnement soigneusement traités. Les trois entités du programme, bien que comprises dans un seul bâtiment relativement compact, sont agencées de manière à ce que chacune garde son autonomie. La position des accès indépendants permet à l'usager de ne percevoir que la partie qui le concerne. La chapelle borde la rue qui sépare l'hôpital des ensembles d'habitations avoisinantes. Elle possède une entrée sur rue et une sur l'hôpital. La partie de la chambre mortuaire recevant le public forme un L avec la chapelle et ménage ainsi une vaste cour carrée devant son entrée. Enfin un rectangle allongé comprenant l'institut médico-légal et la partie technique de la chambre mortuaire vient s'accoler à ce L, le long de la partie recevant le public. La déclivité du terrain a été mise à profit par l'architecte afin de placer la partie technique de la chambre mortuaire au même niveau que la partie publique tandis que l'institut médico-légal, situé en dessous, bénéficie d'une façade particulière et d'un accès propre, tournant le dos à l'entrée de la chambre mortuaire.



Plan de masse de l'hôpital Bellevue, Saint Etienne

Entrée de la chambre mortuaire

Entrée de l'institut médico-légal

Entrée sur rue de la chapelle

L'architecte Tony Garnier pour l'hôpital pavillonnaire de Grange Blanche à Lyon, conçu autour de 1909 mais achevé en 1930, avait opté pour le même type de relation entre le service mortuaire et la chapelle. Celle-ci, dans la composition du plan masse, occupe d'ailleurs une situation analogue à celle de l'hôpital de Bellevue. Elle est positionnée hors symétrie sur un côté du terrain, en relation avec la rue Trarieux. Elle est accolée à la chambre mortuaire, qui selon les préceptes de l'époque constitue l'élément ultime d'une galerie technique. La chapelle, de dimensions généreuses et traitée comme un véritable lieu de culte, forme avec la partie publique de la chambre mortuaire une vaste cour pouvant accueillir nombre de personnes se rendant à l'office mais servant également de cour de départ des convois mortuaires. L'impression donnée par le service mortuaire est radicalement différente selon que l'on y accède de l'extérieur, par la rue, ou de l'intérieur de l'hôpital. Il semble que seul l'accès en liaison avec la rue et nécessitant en conséquence de ressortir de l'enceinte de l'hôpital ait été prévue à l'origine pour les visiteurs. Cette entrée donnant sur la cour des départs offre toute la dignité attendue dans ce type de service, tandis que l'accès, côté hôpital (seul accès utilisé aujourd'hui), se situe à l'extrémité de la galerie mettant en valeur l'aspect technique et froid du service. Cette impression est accentuée par le long parcours d'un couloir aveugle menant au bureau d'accueil des visiteurs.

Cour des convois et chapelle de l'hôpital Grange Blanche, Lyon

Intérieur de la chapelle

Entrée de la chambre mortuaire (côté hôpital), aujourd'hui utilisée

Le dernier type de relation entre le service des cultes et la chambre mortuaire est directement tributaire de la distance qui les sépare. Lorsque les deux services nécessitent d'être restructurés, leur rapprochement géographique permet de ne donner une dimension spirituelle qu'à l'un des deux. Dans ce cas, le traitement de l'un vaut pour l'autre et évite ainsi une certaine redondance.

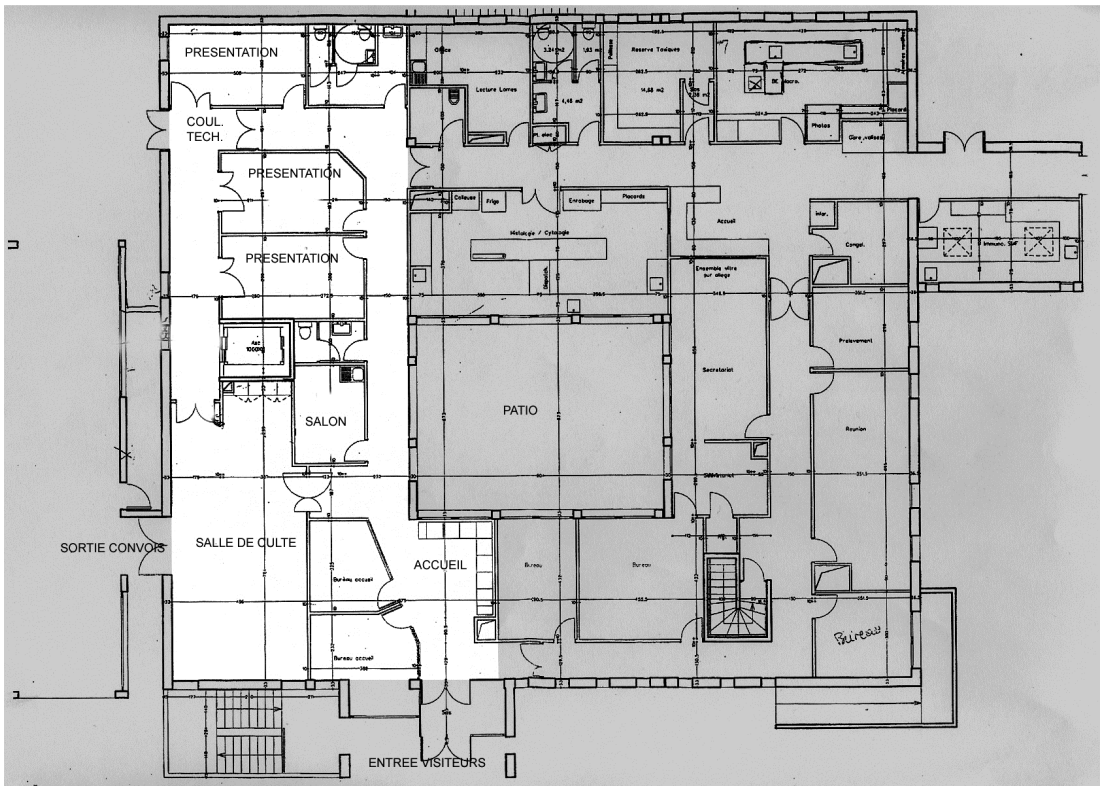
Telle est la situation à l'Institut Paoli-Calmettes de Marseille. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le *Lieu de recueillement et de prière* réalisé par Michelangelo Pistolletto a fait l'objet d'une importante réflexion sur la place des religions au sein de l'institution curative laïque. Ce lieu répond aux besoins spirituels exprimés par les patients et les proches confrontés à la souffrance physique et morale. La chambre mortuaire de l'institut est située derrière le *Lieu de recueillement et de prière*, dans le prolongement du couloir. Ces deux lieux, séparés par la largeur d'un passage, n'ont cependant pas été mis en relation directe. La chambre mortuaire a été restructurée et remise aux normes très peu de temps après l'achèvement de la salle de prière. Elle n'a bénéficié d'aucun changement de programme remarquable. Ici, la proximité des deux lieux suffit à apporter une certaine dimension spirituelle à la chambre mortuaire, d'autant que la salle de prière peut être utilisée afin de faire patienter une famille en attente de la présentation d'un corps.

L'intérêt que peut représenter symboliquement la proximité du lieu de culte et de la chambre mortuaire peut résulter d'un état de fait antérieur ou être délibérément provoqué. Le nouvel hôpital Bretonneau illustre cette démarche. L'ancien hôpital

pour enfants ne possédait pas, à l'origine, de chapelle et le service mortuaire occupait un angle de la parcelle triangulaire. Ce dernier aurait pu, selon les réflexions préliminaires de la maîtrise d'ouvrage, être réhabilité et fonctionner en relation avec la ville. Cette option n'a pas été retenue. Le choix de l'emplacement de la chambre mortuaire s'est porté sur le cœur de l'hôpital, sous l'oratoire mis en valeur par l'artiste Pierre Buraglio. De même qu'à l'institut Paoli-Calmettes, le traitement de la partie recevant le public est resté sobre et sommaire.

Chambre mortuaire de l'hôpital Bretonneau, Paris, située sous l'*Oratoire* réalisé par Pierre Buraglio

La nature du rapport entre le lieu de culte et le service mortuaire a, pour tous les projets examinés ici, été qualifiée par leur relation de proximité traduisant d'une façon efficace les conceptions des maîtrises d'ouvrage quant à la relation de la religion et de la mort à l'hôpital. Il peut s'agir d'une assimilation totale, comme à l'hôpital de la Croix-Rousse où le religieux prend place dans le lieu de mort. L'indépendance (La Timone, Lyon-Sud et le Centre hospitalier du Pays d'Aix) des deux services ne nie aucunement la dimension spirituelle du lieu de mort (présence d'une salle omniculte) mais affirme que la religion à l'hôpital ne lui est pas réductible. Enfin, la complémentarité des deux services peut être conçue de deux manières : dans un rapport d'égalité (Hôpital Bellevue et Grange Blanche) ou en privilégiant l'un des deux. Ce dernier cas est évident pour l'institut Paoli-Calmettes et l'hôpital Bretonneau où le lieu de culte a bénéficié d'un traitement avantageux au regard du service mortuaire qui en profite par sa relation de proximité.



Plan de la chambre mortuaire restructurée du centre hospitalier du Pays d'Aix

3- Distribution

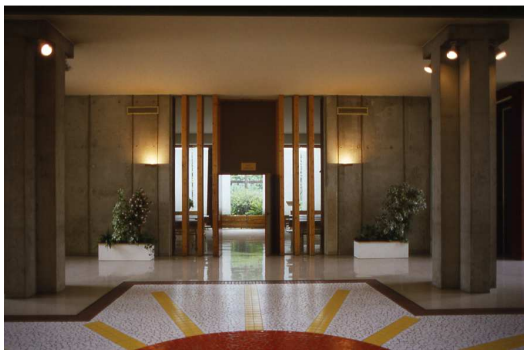
Si le choix de la localisation de la chambre mortuaire est un moyen privilégié pour en exprimer son statut, les architectes peuvent également transcrire le sens qu'ils donnent à ce lieu, par le biais de la distribution interne des éléments du programme.

Des critiques d'usager émises à propos de certaines chambres mortuaires hospitalières[358] portent sur l'aspect administratif de celles-ci, procuré par l'alignement strict des pièces (plus particulièrement des salons de présentation). Cette critique s'adresse spécifiquement aux chambres mortuaires conçues, dans les années 1960-1970. Les projets récents, sans pour autant abandonner le principe de séparation des circulations technique et publique (qui est une obligation réglementaire), présentent des dispositifs qui tiennent compte de l'impact psychologique de l'articulation des volumes et la composition en plan des différents éléments programmatiques.

[358]Certaines critiques d'usagers portent également sur le parcours unique et sans retour possible, imposé aux visiteurs, selon Christiane Marchal, bénévole au sein de l'association de suivi de deuil *Main dans la main*, propos recueillis en juin 2003.

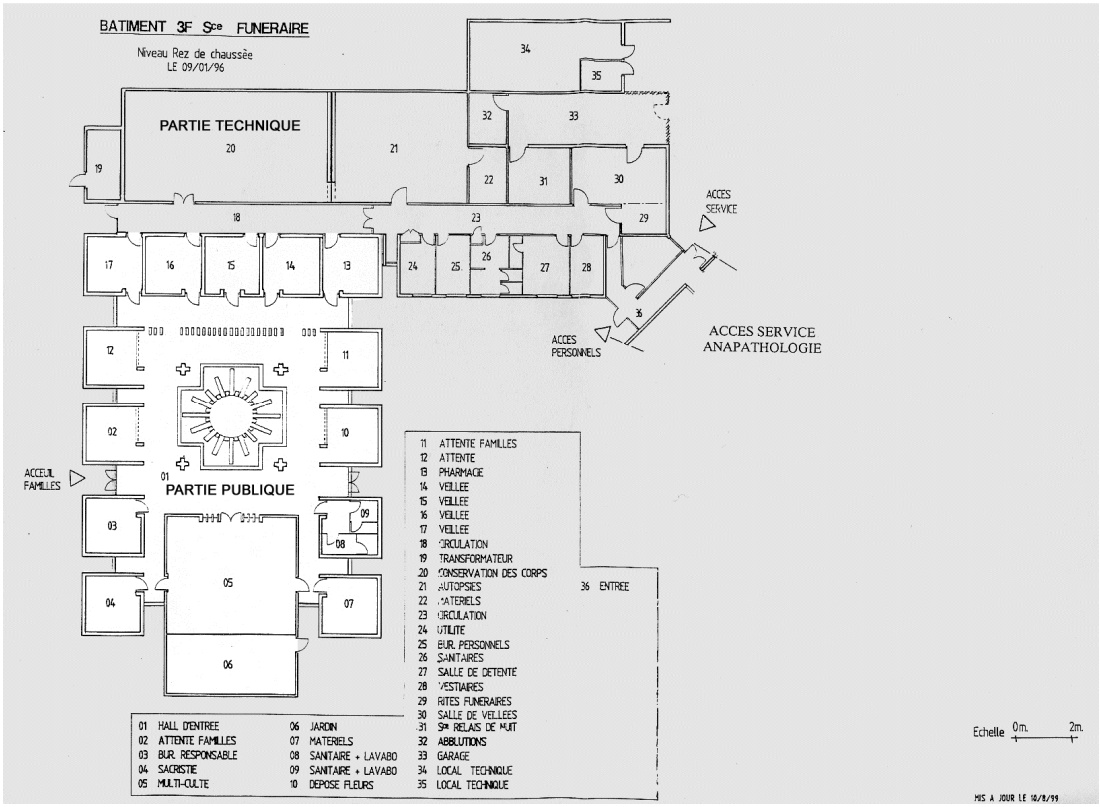
La partie publique de l'hôpital de Lyon-Sud est ainsi composée autour d'un « patio » central. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un véritable patio, mais d'une zone circonscrite par quatre poteaux cruciformes en béton délimitant une circulation périphérique. Cette circulation distribue, au Nord et au Sud deux alcôves rectangulaires (la salle d'attente et le dépôt des fleurs) ; à l'Ouest une salle polycultuelle, des sanitaires et le bureau des soignants; et enfin, à l'Est, cinq salons de présentation. Ces derniers sont en relation d'un côté, avec la partie publique, de l'autre, avec la partie technique. Dans ce projet, les pièces formant la périphérie de la partie publique sont toutes quasiment d'une même surface et sont ordonnancées d'une manière stricte. Cependant, le simple fait de pouvoir circuler librement dans l'espace central desservant tous les éléments du programme compense la rigueur du lieu. L'ordre de l'architecture contraste avec le désordre des mouvements de circulation des visiteurs. La sensation de liberté de mouvement est accentuée par des ouvertures visuelles ménagées entre chaque pièce « bloc » au Nord et au Sud. Les parois vitrées toute hauteur n'enferment pas les visiteurs et maintiennent une relation avec le monde extérieur. L'espace central joue le rôle du lieu de rassemblement, du partage d'un moment particulier et douloureux commun aux personnes qui occupent la salle d'attente, qui sortent d'un salon de reconnaissance, ou qui assistent à une cérémonie de départ. La dimension sociale et communautaire de ce lieu est appuyée par le choix du carré formant l'espace central.

Hall central, chambre mortuaire de Lyon-Sud. Au fond, une alcôve destinée au dépôt des fleurs



Entrée de la salle de célébration

Ouverture sur l'extérieur



Plan de la chambre mortuaire, hôpital Lyon-Sud. En blanc, la partie accessible au public

La majorité des projets récents sont des réhabilitations, ce qui impose certaines contraintes et limite la liberté des concepteurs quant à la composition et la distribution des différents éléments programmatiques. Les projets des hôpitaux Lyon-Sud et Bellevue de Saint-Étienne, en tant que constructions neuves, sont intéressants dans la mesure où les architectes sont restés entièrement libres de composer l'espace selon leur volonté.

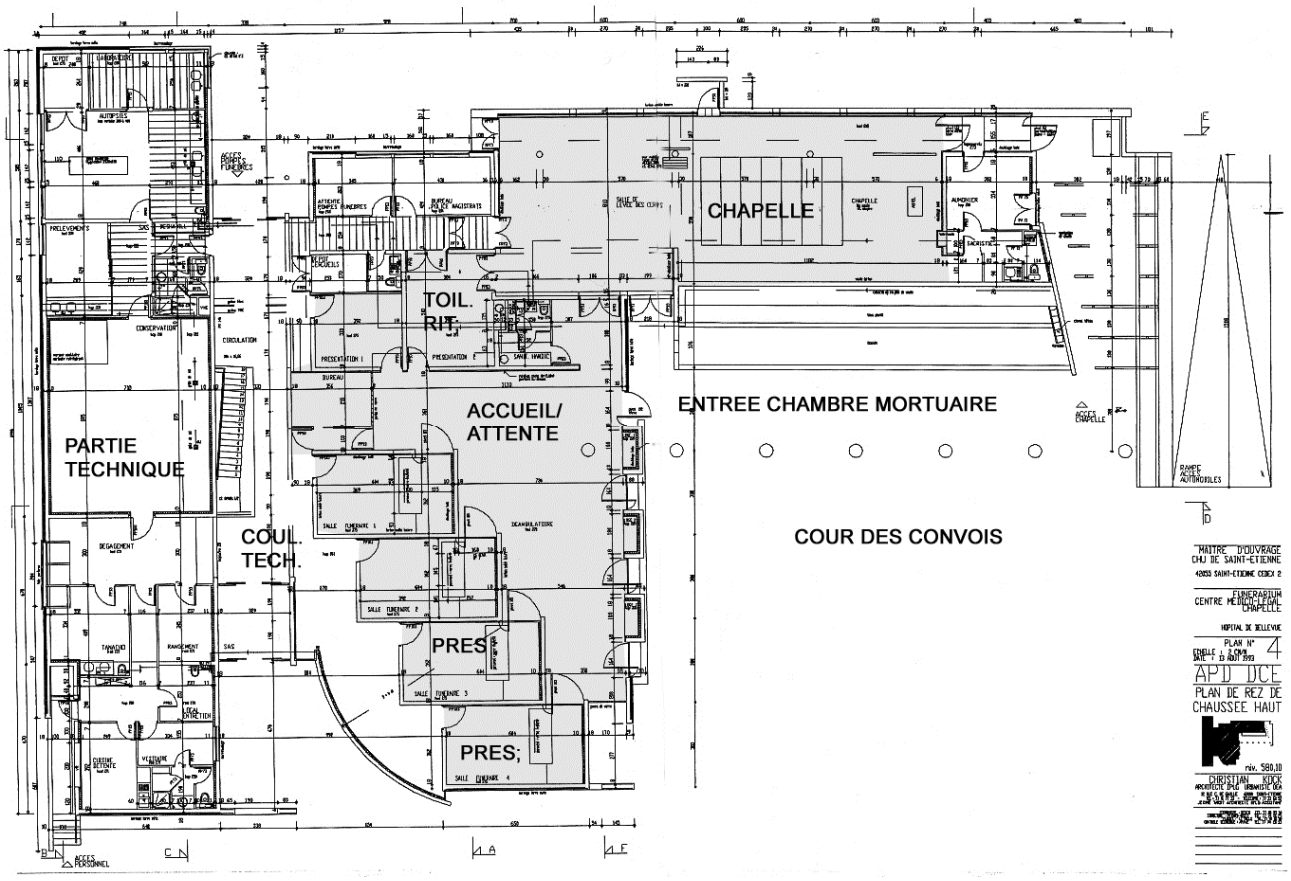
L'agencement des entités (chapelle, institut médico-légal et chambre mortuaire) du complexe de l'hôpital Bellevue, déjà évoqué, permet aux usagers de ne voir que la partie du bâtiment qui les concerne. La partie publique de la chambre mortuaire a été pensée et aménagée avec le même soin. Elle est contenue dans un rectangle relativement large. La paroi sud est une façade épaisse rythmée par trois petites alcôves où l'on peut se reposer et se recueillir. Celles-ci viennent interrompre une paroi vitrée, protégée par des brise-soleil préfabriqués en béton blanc poli. Cette

façade délimite un déambulatoire qui distribue quatre « salles funéraires »[359]. Ce vaste hall est commun à tous les visiteurs. La disposition des « salles funéraires » a été pensée de manière à casser la rigueur de la répétition. Elles sont décalées les unes par rapport aux autres de la largeur de leur imposante porte d'entrée. Ce dispositif qui donne au déambulatoire une forme triangulaire dynamise l'espace en créant un effet de perspective accélérée. Le fond de la perspective est un rectangle lumineux de pavés de verre. Chacune des quatre « salles funéraires » semble vouloir protéger l'intimité des personnes endeuillées par sa lourde porte menuisée. L'intérieur est divisé en deux parties, un petit sas d'entrée et un espace de veille, dont les limites sont marquées par un paravent de verre sérigraphié, œuvre du plasticien Philippe Favier. Le sas d'entrée est un moyen de ménager la sensibilité des visiteurs afin que la confrontation au corps mort soit moins brutale.

L'ensemble de la partie publique est couvert par une dalle en béton entièrement décollée des parois par un bandeau de verre. « Une poutre inversée reprend les 189 m² de la dalle dans son axe tandis qu'une série de fers plats […] la supporte à sa périphérie. […] Le décollement de 40 cm permet d'éclairer les locaux d'une lumière diffuse et de préserver leur intimité en limitant les ouvertures directes »[360].

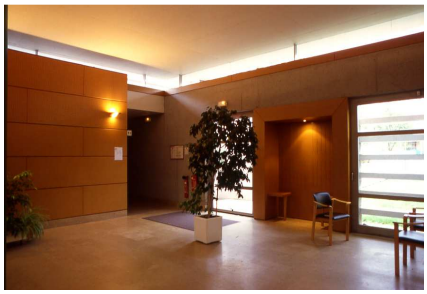
Selon l'aumônier, le lien entre le service des cultes et la chambre mortuaire est « naturel ». Ils ont été pensés comme complémentaires, sans prédominance de l'un des deux. Leur relation physique est révélatrice de cette conception du rapport entre la mort et la religion. La salle de levée des corps de plus de 60 m² se situe dans le prolongement de la chapelle. Elle articule cette dernière à la chambre mortuaire. Elle peut fonctionner seule pour les départs simples ou avec une cérémonie laïque, ou comme partie intégrante de la chapelle. En effet, une paroi de la salle peut se plier en accordéon afin de les faire communiquer.

[359] Selon les termes de l'architecte Christian Kock dans l'article de Hervé Cividino, « Saint-Etienne funérarium, chapelle et institut médico-légal, Une présence discrète » in *Construction moderne,* n°86, premier trimestre 1996.
[360] Hervé Cividino, *Ibid*.



Plan de la chambre mortuaire de l'hôpital Bellevue. En gris la partie publique et la chapelle

Accueil, attente des familles, hôpital Bellevue, Saint Etienne



Accueil, attente des familles

Salon de présentation, au centre une œuvre de Philippe Favier

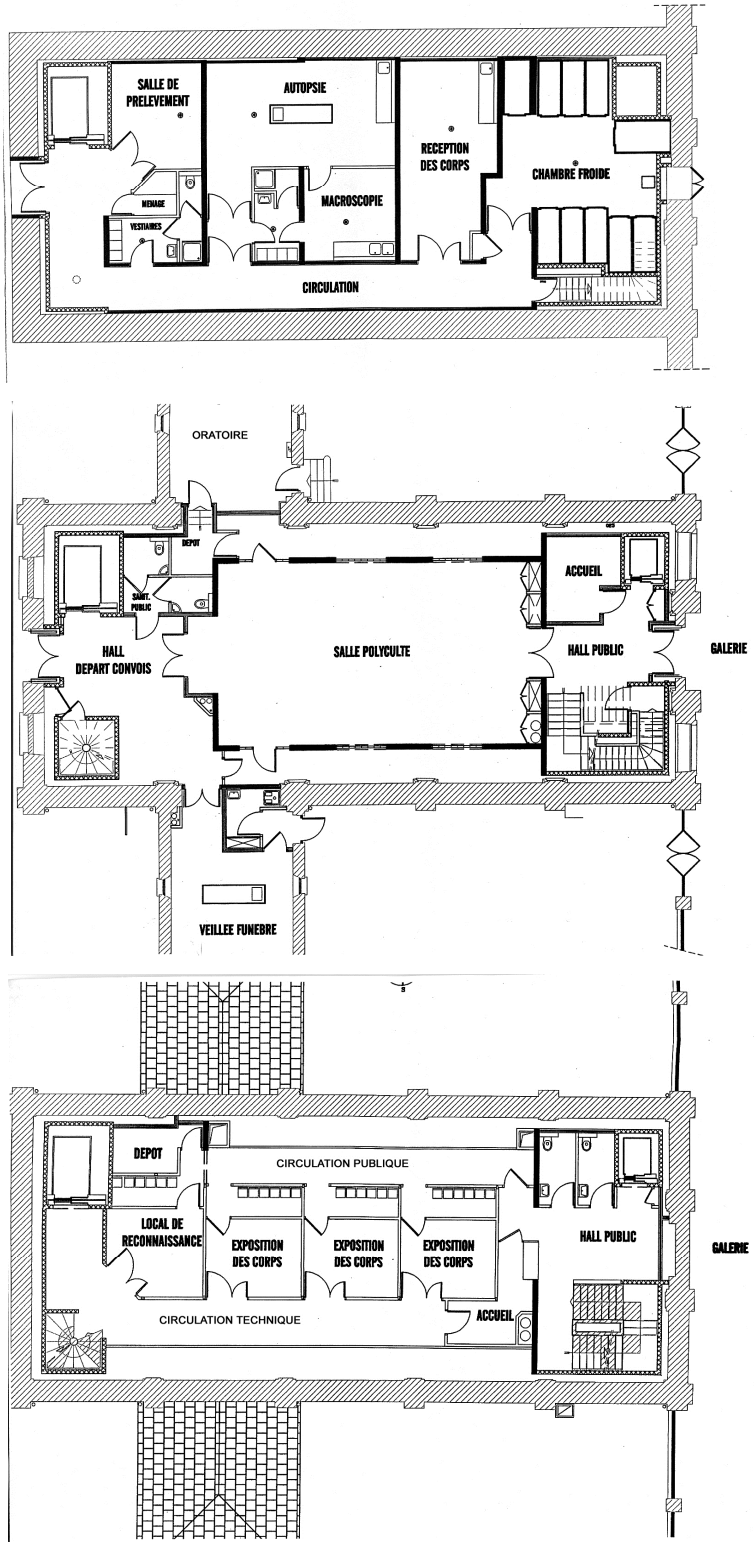
Salle de toilette rituelle

Chapelle attenante

Salle pour les célébrations laïques

L'impact psychologique de l'agencement des éléments du programme ajouté aux contraintes imposées par le système de double circulation technique et publique peut se révéler être un véritable casse-tête pour les concepteurs, surtout en cas de réhabilitation où l'enveloppe bâtie est figée. Toutefois, malgré ces contraintes, certains architectes font preuve d'ingéniosité. Les circulations et la distribution de la chambre mortuaire de la Croix-Rousse sont à ce propos remarquables. La solution retenue regroupe sur chacun des trois niveaux les activités de même nature : les opérations techniques au sous-sol; les rites et cérémonies au rez-de-chaussée et enfin, l'attente et la reconnaissance du défunt au premier étage, en mezzanine. Les niveaux sont reliés par un ascenseur à l'arrière de la chapelle, tandis que l'on accède aux deux étages publics par un généreux escalier à l'avant. Le niveau alloué à la reconnaissance des corps est lui-même divisé en deux dans le sens longitudinal. Deux galeries technique et publique, de part et d'autre des salons, permettent d'éviter aux familles la vision de la circulation des corps. Grâce au dispositif des circulations et de l'agencement des éléments du programme, le départ des convois est traité d'une manière équivalente à l'entrée des visiteurs dans le service. Lors d'un départ, la salle omniculte fonctionne en relation avec le hall arrière. Les portes avant sont fermées, les portes arrière sont ouvertes offrant un cadre bien différent d'une évacuation en catimini par la petite porte du service.

Hôpital de la Croix Rousse, 1er étage, attente des familles et salon de présentation



Répartition des fonctions selon les étages. Au sous-sol, la partie technique ; au rez-de-chaussée les rites et cérémonies ; au premier étage, l'attente des familles et la présentation des corps

4- Vocabulaire architectural

L'analyse des moyens employés par les architectes afin d'exprimer le sens qu'ils donnent à ce lieu de passage, ne serait pas complète sans évoquer l'outil constitué par le choix d'un vocabulaire architectural. Ce dernier se compose d'une gamme variée d'éléments qui comprend la forme du bâtiment, la lumière, les matériaux, les couleurs, l'ameublement et l'intégration de symboles.

A l'inverse des projets théoriques de la catégorie *crépuscule* du concours *Architecture du grand âge,* les architectes des réalisations citées ici n'ont pas recours à une profusion de symboles rapportés. Seul Charles Delfante, auteur du projet de Lyon-Sud, a initialement intégré, au cœur de la composition, un bassin de 25 cm de profondeur. Celui-ci se révélant dangereux, susceptible de causer des chutes d'une part, et recevant, d'autre part les mégots de cigarettes de certains visiteurs, a été comblé par de la terre et du sable. Sur la butte étaient plantés des cactus et, au centre sous le lanterneau, un arbre mort. Le choix de la végétation n'était peut-être pas judicieux d'un point de vue symbolique. Toutefois ce n'est pas pour cette raison que la butte fut enlevée mais pour une question d'hygiène : les cactus pourrissaient. En tout état de cause, elle fut remplacée par une mosaïque en forme de croix de branches égales, figurant un soleil rouge aux rayons jaunes. Selon les dictionnaires de symboles, l'astre solaire renvoie, dans toutes les occurrences, à l'idée de manifestation spirituelle et de la victoire de la lumière sur les ténèbres[361]. Ici, le soleil est, de plus, contenu dans une croix.

La situation est particulière pour les lieux de recueillement ou de culte intégrés ou contigus à la chambre mortuaire. L'intégration de signes et symboles dépend de leur statut. La chapelle de l'hôpital de Bellevue est le seul lieu de culte de l'hôpital et a été conçu en tant que tel. Elle est venue remplacer l'ancienne chapelle catholique située à cet emplacement. Certains éléments de celle-ci, les vitraux du chœur, l'autel et tabernacle, ont été intégrés dans le nouvel édifice. Outre ces signes extérieurs rapportés, l'architecte a joué sur le registre des formes et composé avec quelques

[361] « Dans l'iconographie chrétienne, le soleil qui se lève toujours à l'Est est le symbole de l'immortalité et de la résurrection », *Encyclopédie des symboles*, Librairie Générale Française pour la traduction française (1996) de *Knaurs Lexicon der Symbol*, Droemersche Verlagsanstalt TH. Knaur Nachf. München, 1989.

symboles discrets. L'édifice est une demi-voûte de béton brut coulé en place, adossée à la façade sur rue. Le choix d'une forme englobante répond au souhait du concepteur qui voulait une chapelle « presque souterraine, byzantine, à l'image des cryptes des premiers chrétiens »[362]. La façade sur rue est percée de sept ouvertures verticales accueillant chacune un vitrail aux sept couleurs de l'arc-en-ciel[363].

Les autres lieux de cultes, salles omnicultes ou polycultuelles, destinés uniquement aux cérémonies de départ des corps, sont conçus dans l'idée d'une certaine neutralité et dans un effacement des signes distinctifs de la religion catholique quand ils sont déjà présents. Ces salles possèdent des placards différenciés où les signes et objets liturgiques de chaque religion sont rangés après usage. Seule la salle de culte du service mortuaire de Lyon-Sud présente une croix inamovible. Elle est située dans un jardinet extérieur, clos de hauts murs de béton brut, dans le prolongement de la salle de culte. Ces deux espaces sont séparés par une large baie vitrée. Des stores peuvent occulter la vision de la croix en cas de cérémonie non catholique. Pour ces salles, le mobilier a été pensé de manière à ne pas évoquer directement le mobilier de culte catholique. Il est sobre, en bois clair. L'autel est remplacé par une simple table. A la Croix-Rousse, le plateau de la table se déplie afin de retrouver les proportions plus habituelles d'un autel.
On peut toutefois émettre quelques réserves quant à la neutralisation complète des éléments distinctifs de la religion catholique en ces lieux. En effet, la disposition des bancs, de part et d'autre d'une allée centrale, orientés vers le fond de la salle, face à la table, suffit à suggérer un dispositif traditionnellement catholique. De même, les vitraux non figuratifs d'une scène religieuse, de la salle omniculte du centre hospitalier du Pays d'Aix évoquent directement l'image d'une chapelle catholique.

[362] Propos de Christian Kock, rapportés par Hervé Cividino, *op. cit.*
[363] Il s'agit d'un symbole également utilisé par l'artiste Caroline Sorger dans son projet *chemins de vie* au CESCO de Genève.

Chapelle, hôpital Bellevue

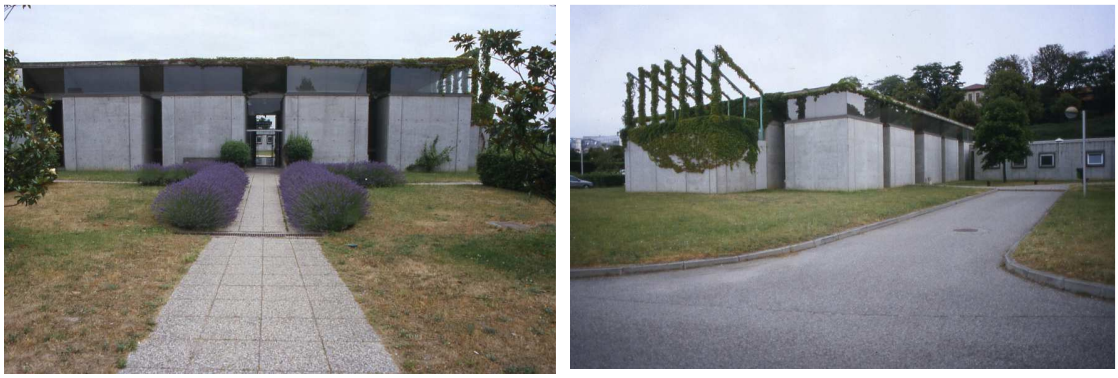
Stores permettant d'occulter la croix située dans le patio, chambre mortuaire de Lyon-Sud

Dans le registre des concepteurs, le choix de la forme du bâtiment constitue un outil efficace d'expression de la pensée de l'auteur. Ce choix met en lumière les références des architectes et leur adhésion à l'idée que la forme du bâtiment peut fonctionner comme un symbole ou encore procurer, par sa géométrie, certaines impressions ou sentiments chez l'usager. L'ouvrage *Dernières demeures,* de Robert Auzelle illustre bien cette conception. A travers l'analyse de l'architecture funéraire, l'auteur relie les différents composants d'un projet aux impressions ou aux sentiments qu'ils évoquent : inscription architecturale dans le site, tour à tour axée, accusée par la végétation (solennité) ou noyée dans la végétation (intégration, effacement discrétion); dominante des volumes : horizontale (repos), verticale (résurrection), combinée (opposition, reflets); lignes horizontales (stabilité), verticales (élan spirituel), oblique (tristesse), combinées (opposition); nature des matériaux : pierre (force, durée), béton (souplesse, résistance), brique (couleur, propreté), bois (chaleur, souplesse); modénature : vigueur et sobriété (pérennité), finesse sans mièvrerie (spiritualité); percement : ouvertures étroites (recueillement, intimité), larges ouvertures (accueil, communion)…etc.[364].

De même, Charles Delfante, dans le dessin du volume de la chambre mortuaire de Lyon-Sud, semble avoir voulu utiliser le potentiel que peuvent offrir la détermination d'une forme, l'accentuation de lignes directrices, la mise en scène du bâtiment grâce à la perspective et enfin le choix des matériaux. Le volume général, d'une extrême sobriété et simplicité, est un parallélépipède rectangle de plain-pied. La façade

[364] Robert Auzelle, *Dernières demeures*, Chez l'auteur, Paris, 1965, p.371-372.

principale met en valeur sa composition symétrique axée, avec emphase, sur son centre. L'axe central de symétrie est marqué par l'entrée, faille traversant l'ensemble du volume. Il est accentué par l'effet de perspective que donne le chemin d'accès. Les lignes horizontales sont situées en hauteur et évoquent l'idée de légèreté. Le bandeau de verre transparent laisse apparaître le décollement de la toiture qui, à ses extrémités, semble être aussi fine et légère qu'une feuille de papier. Cet effet est appuyé par la massivité des quatre blocs de béton sans soubassement qui s'ancrent dans le sol. Des failles plus étroites marquent le bâtiment de lignes verticales ainsi que l'autonomie des blocs tout en donnant à la façade une épaisseur. L'ensemble de ces effets concourt à procurer la sensation de force, de stabilité, de pérennité, de solennité tout autant que de spiritualité. Ce bâtiment évoque d'une certaine manière l'image du temple.



Façades Nord (avant) et Est, chambre mortuaire de Lyon-Sud

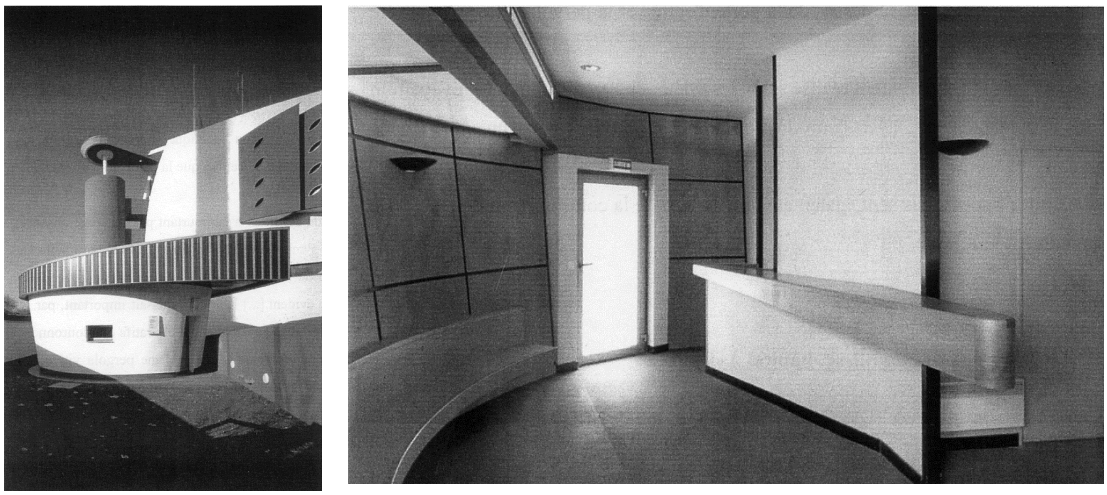
L'architecte Michel Bourdeau, pour la conception de l'accueil des familles de la chambre mortuaire de l'hôpital franco-musulman Avicenne en Seine-Saint-Denis, a également joué de l'expressivité des formes. Le projet, réalisé en 1990, est un minuscule bâtiment, de 57 m² de surface brute.

A l'origine, l'accueil des familles était un volume jouxtant le reste de la chambre mortuaire, démoli du fait de l'implantation du bâtiment des urgences, réalisé par le même architecte. La salle d'attente des familles est donc venue prendre la place de l'ancienne réserve de charbon, située à quelques mètres de la chambre mortuaire. Les deux parties du service sont aujourd'hui reliées par un cheminement couvert. L'édicule abritant l'accueil des familles se présente sous la forme d'un tronc de cône s'évasant vers le ciel. Il est couvert par une toiture dont le plan peut s'apparenter à

une larme. La pointe de cette « larme » vient, en avancée, créer un auvent au-dessus de l'entrée.

Au-delà de la volonté du concepteur de « créer un lieu esthétique », dans le sens empreint d'une certaine beauté, l'architecte a choisi « une forme douce et ronde propice au recueillement ». Ce lieu de petites dimensions a été conçu dans l'esprit « des petites chapelles que l'on trouve parfois dans les cimetières »[365]. La salle d'attente, conçue comme un objet, tant par son implantation que par son vocabulaire architectural, affirme son indépendance et ne renvoie en rien au bâtiment existant d'inspiration mauresque. La réalisation est restée fidèle à la volonté d'origine et à l'expression de l'architecte qui par ailleurs aime jouer sur les images. Le bâtiment des urgences est ainsi construit sur un plan en forme de poisson et présente en façades des ouïes ainsi qu'un aileron de requin.

Le dispositif consistant à séparer la salle d'attente de la chambre mortuaire est inhabituel et résulte plus d'un manque de place autour du bâtiment existant que d'une réelle volonté. La réalisation de ce projet est véritablement due au concours de circonstances, qui a voulu qu'une partie du service mortuaire soit détruite du fait de l'implantation du bâtiment des urgences, plutôt qu'à une réflexion en amont de la maîtrise d'ouvrage.



Accueil des familles, de la chambre mortuaire de l'hôpital franco-musulman Avicenne

[365] Entretien avec Michel Bourdeau, architecte d.p.l.g, mai 1999.

Outre le potentiel de suggestion offert par le dessin de la forme d'un bâtiment, ce qui n'est possible qu'en cas de construction neuve, les architectes mobilisent encore deux outils d'expression : le choix des matériaux et la maîtrise de la lumière.
L'ensemble des concepteurs des projets cités, a opté préférentiellement pour une lumière indirecte et zénithale quand ils le pouvaient. Ce choix pourrait apparaître comme une évidence d'autant qu'il est lié aux contraintes des vues : ne pas enfermer totalement les usagers sans pour autant les exposer au monde extérieur, préserver leur intimité et créer une « coque » protectrice. Ces données amènent naturellement les architectes à placer les ouvertures au-dessus du champ de vision et/ou protéger les ouvertures verticales par des systèmes permettant une vision claire uniquement de l'intérieur (brise-soleil extérieurs ou profondeur très importante de l'ébrasement des ouvertures). L'ambiance lumineuse, dans tous les projets, est douce, propice au recueillement. La lumière naturelle est complétée par des sources indirectes de lumière artificielle à intensité variable (sources placées dans des gorges en faux-plafond ou appliques dirigées vers le plafond).

Les matériaux choisis par les concepteurs des projets récents de chambre mortuaire mettent en évidence une volonté commune d'exprimer une grande sobriété. Ils exploitent les qualités propres des matériaux. Le béton brut banché, cher aux architectes, ne semble pas utilisé dans une évocation de la souplesse et de la résistance, comme l'analysait Robert Auzelle, mais plutôt comme ersatz de la pierre. Il est traité de manière à exprimer une certaine massivité, la solidité et la pérennité.
La pierre est utilisée pour la noblesse du matériau. Elle prend place sur les sols, marquant une différence considérable avec les linos ou résines dont les surfaces des services hospitaliers sont habituellement recouvertes, pour cause d'hygiène. Les salons de présentation du service mortuaire de la Croix-Rousse présentent quant à eux un parquet de bois. Le bois, toujours clair, est d'ailleurs, le second matériau utilisé de manière préférentielle. Il vient réchauffer les matériaux froids comme le béton ou la pierre. Il se retrouve dans le mobilier mais également en plaques de parement acoustique sur les murs.
Quand les matériaux ne sont pas utilisés bruts pour leur matière ou leur couleur, ils sont recouverts d'une peinture d'un ton clair, proche du blanc. Seul l'architecte Michel Bourdeau, pour l'attente des familles de l'hôpital Avicenne, a osé des couleurs

soutenues et contrastées. Le sol est en résine verte tandis que les murs, encadrés par des montants noirs, sont peints en jaune vif.

Enfin, l'ensemble des lieux montre un grand souci dans les finitions qui forment avec les matériaux l'essentiel de la décoration. La simplicité et la sobriété souhaitées par les architectes s'expriment entièrement dans leurs choix des matériaux et de leur traitement.

D - Entre expression et impression

Le premier ensemble de projets et réalisations qu'il nous a semblé pertinent de réunir sous une même bannière se caractérise par une grande cohérence illustrée tant dans le discours des concepteurs que dans la manière dont ils appréhendent « l'expression » de leur conception. Dans ce contexte, cette « expression» signifie la représentation d'idées par le biais de signes iconographiques participant au registre de la décoration ou donnant forme au lieu. Si les thèmes abordés sont la marque d'une volonté d'exprimer une certaine spiritualité, ils mettent également en valeur une recherche de plus petit dénominateur, susceptible d'être compris et perçu par chacun, quelque soient ses convictions sur la mort. La récurrence des idées convoquées est remarquable : présence de la communauté, passage du temps (allégorie de la vie et de la mort à travers le jour et la nuit, renouvellement des générations, suspension du temps, éternité), relativité de l'homme au cœur du cosmos par la mise en relation de différentes zones, mais également par la référence à la nature et aux éléments primordiaux, transcendance en la présence d'une faille ou d'une lumière zénithale. Ces idées sont appuyées par l'usage constant de formes géométriques « pures », trapèze, tronc de cône, ellipse (présentes dans l'œuvre de Spalletti), ou le cercle et le carré dans les architectures de papier comme dans l'œuvre de Caroline Sorger. Pour ces projets, le choix des signes iconographiques peut relever d'une volonté affichée de puiser dans le registre symbolique religieux (Sophie Vigneau) avec toutefois le souci de trouver le signe « minimal » et commun à différentes confessions. Il peut s'agir de symboles répertoriés évoquant la nature (Caroline Sorger) ou encore une recherche d'équivalent laïc de signes religieux comme en témoignent les rectangles mauves pensés en tant que tels, par Pierre-Henri Bouchacourt.

Si une certaine iconographie n'est pas absente du second ensemble de projets, elle n'en n'est toutefois pas la caractéristique principale. L'expression des concepteurs ne joue pas ici de la surabondance des symboles. Le statut des lieux apparaît lié à la place occupée dans la composition d'ensemble (position prestigieuse du centre ou de l'entrée) et de l'association que peut provoquer la proximité géographique de la chambre mortuaire avec le lieu de spiritualité. L'expression des concepteurs apparaît également jouer du registre formel entendu dans son sens large. Il s'agit moins de

références explicites que d'effets provoqués par le choix de lignes dominantes, le dépouillement des surfaces, le travail sur la lumière, le choix des matériaux ou encore sur l'agencement des volumes. La perte de repères spatiaux par un jeu sur la géométrie ou sur la couleur (*Salle des départs* et *Tag und Nacht raum*), ou au contraire leur accentuation (chambre mortuaire de Lyon-Sud) participent d'une même démarche cherchant à provoquer des « impressions » ou des « sensations » chez l'usager.

La démarche des concepteurs analysée ici (consciente ou inconsciente) n'est pas sans écho dans l'histoire de l'architecture française. Elle s'est particulièrement illustrée dans l'architecture funéraire, terrain de prédilection d'une réflexion sur « l'expression » architecturale depuis le XVIIIe siècle dont les projets de *cénotaphe pyramidal pour Turenne*, *cénotaphe troncônique* ou encore *cénotaphe pour Newton* d'Etienne-Louis Boullée, en sont des exemples typiques.

> Le cénotaphe troncônique marque le milieu d'un vaste cirque bordé par l'enceinte circulaire des charniers et par une couronne de pyramides satellites. Tous les plans particuliers sont circulaires ou carrés avec croix grecques ou cercle inscrit. Les masses sont traitées en volumes géométriques : le cube, le pyramide, le tronc de cône, le cylindre et la sphère ; elles ne sont plus qu'un harmonieux partage entre la lumière et l'ombre.[366]

Au fil du XIXe siècle, les réflexions des architectes sur les modalités de l'expression architecturale tendent à prendre la forme d'un véritable savoir constitué, qu'Estelle Thibault désigne sous le terme des « esthétiques scientifiques de l'architecture » [367]. Les recherches des architectes sur ce thème sont développées à la fois dans une visée analytique et dans une visée opératoire, elles s'appuient sur le présupposé commun que l'architecture est capable de communiquer des affects, des idées, des sensations. De ce présupposé découle une entreprise visant à répertorier, à isoler les éléments architecturaux dans le but d'en saisir les effets sur l'individu posé comme générique.

> Au moins depuis le milieu du 19e siècle, le questionnement sur les modalités de l'expression architecturale conduit à une diversité de formulations et s'appuie sur des modélisations diverses de la perception. Celles-ci évoluent globalement depuis des

[366] Jean-Marie Pérouse de Montclos, *Etienne-Louis Boullée, 1728-1799, de l'architecture classique à l'architecture révolutionnaire,* Arts et métiers graphiques, 1969, p.185.

[367] *Entre expression et sensations, les esthétiques scientifiques de l'architecture en France* (1860-1950), Estelle Thibault, Thèse de doctorat sous la direction de Yannis Tsiomis, Université de Paris VIII, Mai 2005.

> conceptions associationnistes héritées du 18e siècle, en en passant par des conceptions empathiques, vers des explications d'ordre psychophysiologiques où les réactions affectives sont ramenées à des enchaînements mécaniques de processus organiques. Le dénominateur commun de ces discours est de chercher à identifier les réactions présumées les plus constantes, communes au-delà des individualités. A partir de là s'ouvre la possibilité d'élaborer des « langages » architecturaux sinon universels, du moins susceptibles d'être partagés, accordés à leurs destinataires, que ceux-ci soient envisagés comme un homme générique ou comme un homme situé dans un contexte historique et social particulier.[368]

Ces réflexions ne font pas l'économie d'un débat sur la nature relative ou universelle des signes par lesquels l'architecture exprime, appuyé par des réflexions engagées par des théoriciens du langage au moins depuis le XVIIIe siècle, prolongeant les distinctions reprises notamment par Condillac, dans *l'Essai sur l'origine des connaissances humaines,* entre les signes « artificiels », créés par convention, et des signes « naturels » dont la valeur serait fondée sur une relation évidente avec leur référent.[369]

La réflexion sur le symbolisme iconographique initiée par César Daly dès 1840 illustre bien ces interrogations, évoluant vers l'idée d'un symbolisme inhérent à la géométrie, qui serait non pas défini arbitrairement mais perçu par association spontanée. Parallèlement, la *Grammaire des arts du dessin* de Charles Blanc tend à diffuser une conception de l'expression architecturale comme une capacité à communiquer des émotions. Pour l'un comme pour l'autre, la connotation affective conférée à certains éléments formels, en particulier les lignes, -horizontales, verticales, obliques ou courbes- est largement dépendante des référents naturels où ces éléments dominent : paysages, faune et flore, mais encore physionomies expressives. La droite sera associée à la stabilité, la courbe au mouvement ; la verticale, à l'activité, en référence au corps debout, l'horizontale, à la passivité. Il faut souligner le fait que ces réflexions sur un vocabulaire formel signifiant sont, là encore, prioritairement appliquées à l'architecture funéraire, considérée comme le lieu par excellence de l'architecture expressive : en témoigne les développements de César Daly dans son recueil *L'architecture funéraire contemporaine* (1871), dans lequel il note par exemple que « les tombeaux présumés représenter « l'idée de la mort » sont plutôt de forme horizontale , alors que ceux insistant sur « l'invocation

[368] *Ibid*. p.358
[369] *Ibid*. p. 196

religieuse » mettent en œuvre une composition verticale ».[370] Dans le contexte vitaliste du tournant du siècle, les architectes qui réfléchissent à la question de l'expression, tels Léon Labrouste ou Gustave Umbdenstock, tendent à classifier ces éléments formels en deux grandes catégories : ceux référés à la « vie » et ceux qui renvoient à la « mort ». Leurs interprétations finissent par former un ensemble relativement cohérent des qualités formelles présumées « actives » ou associées à la mort.

Ces recherches sur la constitution d'un langage universel de l'architecture trouvent des prolongements au XXe siècle, par exemple dans l'ouvrage de Robert Auzelle publié en 1965[371], elles trouvent encore aujourd'hui des échos certains dans les démarches des concepteurs sur les lieux de mort en milieu hospitalier. Les modalités d'expression d'une certaine spiritualité dans le cadre précis de la laïcité de l'Institution semblent jouer de l'alternative suivante : mettre à sa place chaque entité religieuse (avec ses propres codes) au sein d'un ensemble ou lui substituer un seul équivalent « neutre », générique. Lorsque les concepteurs optent pour cette seconde solution, ils héritent ainsi, plus ou moins sciemment, de réflexions sur l'expression architecturale de la mort qui ont été historiquement construites depuis plus d'un siècle

[370] *Ibid*, p. 205
[371] Robert Auzelle, *Dernières demeures*, *op.cit*.

TROISIEME PARTIE : CREATION DES UNITES DE SOINS PALLIATIFS

Au cours de l'investigation menée sur les chambres mortuaires et les nombreuses visites de structures se soins, une opération réalisée au début des années 1990, a particulièrement retenu notre attention. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un lieu de mort, mais d'un lieu destiné à accueillir les derniers instants de patients atteints de maladie incurable. L'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse à Ivry, dont la conception architecturale relève d'une recherche d'innovation certaine, a donc constitué un jalon dans notre réflexion et nous a conduit à ouvrir le corpus de notre travail aux lieux de fin de vie, sinon d'extrême fin de vie. L'intérêt pour la conception architecturale des unités de soins palliatifs en France constituait une suite logique aux observations que nous avions mené sur le renouveau de la conception architecturale des chambres mortuaires, dans la mesure où la pratique palliative développée ces 25 dernières années, a constitué un moteur dans la redéfinition des conditions de survenue de la mort en milieu hospitalier.

La médecine palliative, lorsqu'elle apparaît en France au début des années 1980, est une pratique « novatrice » en ce qu'elle propose une alternative à une médecine « technologique » dont les dérives comme l'acharnement thérapeutique, sont critiquées depuis les années 1970. La pratique palliative propose quant à elle un accompagnement humanisé des derniers instants des mourants dans une conception holistique de la personne, donnant une place prépondérante à l'environnement social et matériel des patients.

A une nouvelle pratique médicale, allait-on répondre par un environnement spécifique, comme le laissait supposer la création de la première unité de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris ?

Afin donc, de saisir comment les premières unités hospitalières de soins palliatifs sont conçues, à partir de 1986, en France, il convient d'examiner dans un premier temps si la Grande-Bretagne, présentée comme pionnière et modèle du point de vue de la prise en charge palliative, l'est également pour la conception architecturale de ses centres d'accueil. Cette investigation a pour but de déterminer les influences et les éventuelles transformations ou adaptation à un système de santé différent.

Toutefois, établir une liste de centres de référence représente une première difficulté en Grande Bretagne qui compte, en 2000, plus de 200 hospices et unités de soins palliatifs. Cette sélection nécessite de définir précisément les critères selon lesquels ces centres seront retenus comme référence. La méthode choisie consiste à croiser plusieurs sources d'informations et notamment le dépouillement des publications répertoriées dans le plus grand centre d'informations européen en matière de soins palliatifs, la bibliothèque du Saint Christopher's Hospice à Londres ; la liste des centres de référence selon les agents administratifs chargés de la communication et le développement des soins palliatifs en Europe ; les bâtiments de référence selon des architectes investis dans la construction de ce type d'édifice et enfin les centres de référence cités par les personnes rencontrées au fur et à mesure des visites. Cette dernière catégorie de personne est moins homogène puisqu'elle regroupe aussi bien des administratifs (directeurs de centre), des médecins, *nurses* ou encore des bénévoles. Lors des entretiens, il a été demandé de citer à chacun de ces interlocuteurs, les hospices ou unités hospitalières pouvant, selon eux, constituer une référence du point de vue architectural. Les bâtiments cités devaient, de préférence être des bâtiments spécifiquement conçus dans le but de recevoir des mourants, et non pas des réhabilitations de bâtiments anciens. La majeure partie des édifices cités respecte ce critère. Quatre édifices ont toutefois été sélectionnés pour leur spécificité : Trinity Hospice (Clapham) est la réhabilitation de trois maisons mitoyennes de style Victorien, centre réputé pour son jardin thérapeutique ; le Lighthouse (Londres) est le premier centre conçu, en Grande-Bretagne, spécifiquement pour accueillir des malades atteints du Sida ; Demelza House (Sittingbourne) est un hospice réservé aux enfants et enfin, Pembridge Unit est un exemple récent d'unité intégrée à un hôpital (Saint Charles' Hospital, Londres).

Les architectes rencontrés font sans conteste partie des quelques spécialistes de Grande-Bretagne reconnus en la matière. Clive Hicks, est certainement le plus renommé puisqu'il s'est investi depuis plus de trente ans dans la conception d'hospices. Il participe, en tant que jeune architecte dans l'agence de Stewart Hendry and Smith, à la conception du premier bâtiment du *Mouvement Moderne des Hospices* : Le Saint Christopher's Hospice (Londres); ainsi que Saint Joseph's (Hackney) ; Saint Luke's (Scheffield), Sainte Gemma's (Leeds) ; Trinity Hospice

(Clapham), puis à sa retraite, comme co-partenaire de Lawrence & Wrightson, il conçoit un hospice à Turnbridge Wells en 1998.

Rod Hackney, est le concepteur de deux hospices au nord et au sud de Manchester et d'un plan que nous avons qualifié de « type ».

Enfin, l'agence Jane Darbyshire & David Kendal, basée à Newcastle upon Tyne, s'est spécialisée depuis quelques années dans ce domaine et a réalisé notamment, dans le nord de l'Angleterre, la réhabilitation de Sainte Gemma's (Leeds) ; Saint Oswald's (pour lequel l'agence reçoit un prix du Royal Institut of British Architects) et le Marie Curie Centre à Newcastle.

Ces croisements d'informations de sources différentes permettant d'obtenir un panorama transdisciplinaire, ont abouti à la sélection de 14 lieux d'accueils pour personnes en fin de vie, du sud de l'Angleterre à l'Ecosse. Ces bâtiments représentent différentes étapes de conception ; des premiers hospices conçus pour le *Mouvement Moderne des Hospices*, au projet en cours de réalisation de l'hospice Saint Oswald. Ils permettent d'esquisser ainsi l'évolution des besoins et des théories de conception sur près de quarante années. La spécificité de certains de ces hospices (centres exclusivement réservés aux malades du SIDA, hospices pour enfants) permet d'appréhender d'autre part des programmes inexistants en France.

Après une série d'entretiens avec les agents d'information du Saint Christopher's hospice, les architectes spécialistes de la question, l'enquête s'est poursuivie par la visite et l'analyse, en 2001, chacun des centres[372].

[372] Du sud de l'Angleterre à l'Ecosse :
- Hospice in the Weald, Turnbridge Wells; Clive Hicks, Acanthus & Wrightson architects, 1998.
- Demelza House , Sittingbourne
- Trinity Hospice, Clapham, Londres, centre de jour de Clive Hicks.
- Saint Joseph's ; Hackney, Londres ; agrandissements successifs de l'hospice d'origine (1957)
- Saint Christopher's hospice ; Syddenham, Londres, Stewart Hendry and Smith architects, 1967.
- Lighthouse; Ladbroke Grove; Londres; Robert Sproson/First Architecture; 1980-1985.
- Pembridge Unit, Saint Charles' Hospital, Paddington, Londres, 1999.
- Sainte Ann's Hospice, Heald Green (Manchester), Rod Hackney architect, 1971.
- Sainte Ann's Hospice, Little Hulton (Manchester), Rod Hackney architect, 1978.
- Sainte Gemma's Hospice; Leeds; Stewart Hendry and Smith architects (1980), rehabilitation de Jane Darbyshire & David Kendal (2001)
- Saint Oswald's hospice, Newcastel upon Tyne; Jane Darbyshire & David Kendal (1987)
- Marie Curie centre; Newcastel upon Tyne; Jane Darbyshire & David Kendal (1995)
- Maggie's centre, Western General Hospital, Edinburgh, Richard Murphy architect, 2000)
- Marie Curie center, Glasgow, (1980)

La sélection des unités de soins palliatifs en France s'est, dans un premier temps, principalement focalisée sur les premières unités hospitalières et centres extrahospitaliers construits (ou réhabilités) postérieurement à la circulaire ministérielle d'août 1986, préconisant la création et d'unités de soins palliatifs. Parmi les unités visitées en France[373] nous avons choisi d'analyser plus précisément l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse (Villejuif), la Maison médicale Jeanne Garnier (Paris) ; La Maison (Gardanne) et la Mirandière (Quetigny).
Dans un deuxième temps, cette enquête sur le terrain a été complétée par une enquête par courrier envoyé à l'ensemble des unités de soins palliatifs en France.

I- L'ANGLETERRE : PAYS PIONNIER EN MATIERE DE CONCEPTION ARCHITECTURALE DES HOSPICES

A- Le développement des soins palliatifs en Angleterre au XXe siècle

En janvier 2000, le Royaume-Uni comptait 212 unités pour les adultes et 21 pour les enfants, totalisant 3364 lits[374]. La très grande majorité des structures d'accueil se situe en dehors de l'hôpital et n'est financée qu'à hauteur de 32% par le gouvernement et 68% par les legs, dons et collectes de fonds (les hospices pour enfants, quant à eux ne reçoivent aucun financement du National Health Service). A titre de comparaison, la France compte en 2004, 78 unités[375]. La quasi totalité des unités est intégrée dans des hôpitaux, les quelques structures externes à l'hôpital ont le statut de PSPH, c'est à dire participant au service public hospitalier.

[373] Parmi les unités visitées :
L'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse (Villejuif), la maison médicale Jeanne Garnier (Paris); la Maison (Gardanne) ; la Mirandière (Quettigny) ; la maison des soins palliatifs de l'hôpital de la Pitié Salpétrière (Paris); l'unité de l'hôpital des Diaconesses (Paris), l'unité de l'hôpital Bretonneau (Paris), l'unité de l'hôpital des Charpennes (Villeurbanne), l'unité de l'hôpital des Charmettes (Lyon) et la Maison sur Seine (Paris).
[374] Chiffres donnés par *Directory 2000, hospices ans palliative care services in the United Kingdom and the république of Ireland,* Publié par The Hospice information Service at Saint Christopher, Londres, 2000. Ces chiffres ne tiennent pas compte des services de soins à domicile, uniquement des unités recevant des patients.
[375] Chiffres donnés par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs en juillet 2004.

La situation spécifique des hospices en Grande Bretagne, dont l'immense majorité se situe hors des structures hospitalières, tient au fait qu'ils ont été pensés, à l'origine comme une alternative aux traitements aigus dispensés à l'hôpital général, comme une autre ressource pour des malades dont le maintien des traitements curatifs n'était plus approprié. De plus, les financements publics très réduits ont nécessité de recourir à la recherche de financements privés, dons, legs. La plupart des hospices sont des initiatives particulières, originales, souvent à l'image des souhaits de leur fondateur. Aujourd'hui, la politique du National Health Service cherche, d'une part à développer la médecine palliative dans les hôpitaux généraux et, d'autre part à constituer un réseau de relations entre les hospices et le service public, afin de pouvoir d'établir une carte sanitaire plus homogène. Ainsi, la prise en charge palliative, traditionnellement dispensée dans des structures d'initiative privée, est en cours d'intégration dans certains hôpitaux publics, comme le montre la construction en 1999, de l'unité de Pembridge à l'hôpital Saint Charles de Londres.

Le Royaume-Uni, pionnier dans le domaine des soins palliatifs est unanimement présenté par les organismes européens visant à diffuser l'information, comme le modèle qui s'est exporté en Amérique du Nord et en Europe. Les soins palliatifs sont dispensés aujourd'hui dans plus de 60 pays du monde, toutefois, seule, la Grande-Bretagne a élevée cette pratique au rang des autres spécialités, depuis 1987.
Si l'histoire des soins palliatifs est marquée par le *Mouvement Moderne des Hospices* qui voit officiellement le jour en 1967 avec l'ouverture du Saint Christopher Hospice à Londres, la prise en charge des personnes en fin de vie est revendiquée comme traditionnelle en Grande-Bretagne, depuis le XIXe siècle.
L'assistance aux mourants s'effectuait pour dans la très grande majorité des cas à domicile et par les membres de la famille du mourant. Cependant, pour une partie de la population, qui, pour de multiples raisons (absence de famille, pauvreté, marginalité, etc...) ne pouvait être prise en charge à domicile, des Institutions telles que l'hospice sont créées. Il s'agissait d'Institutions religieuses fréquentées par des déshérités.

Les ouvrages anglais retraçant l'histoire des soins palliatifs fixent les fondements à l'initiative d'un prêtre jésuite qui, en 1900, demande à des soeurs irlandaises de venir

s'occuper des malades et des pauvres dans l'est de Londres, ce qui constitue un premier modèle à la fondation de l'hospice Saint Joseph de Londres, en 1905.
Selon Grace Goldin[376], l'hospice Saint Joseph fut un composant majeur pour le futur Saint Christopher, mais aussi pour Saint Luke's Home pour les pauvres mourants fondé en 1893 par le Docteur Howard Barreta. A la mort de ce dernier, en 1921, l'hospice est renommé Saint Luke hôpital pour cas avancés et, plus tard, Saint Luke, Bayswater.
C'est dans cet hospice, qu'en 1948, Cicely Sanders, jeune travailleur social de 29 ans, qui vient de quitter l'école d'infirmière fondée à St Thomas par Florence Nightingale, commence à travailler comme bénévole. Des sept années passées à Saint Luke, elle tire un grand enseignement sur les modalités de contrôle de la douleur. « Il était possible à ce moment d'exploiter les avancées thérapeutiques des années 1950; nouveaux médicaments psychotropes, chimiothérapie, palliative radiothérapie et techniques des nouvelles cliniques de la douleur et un meilleur savoir en réponse au stress et au deuil des familles »[377].

Cicely Sanders, figure capitale de l'histoire des soins palliatifs, fonde, en 1967 le Saint Christopher hospice où elle développe une nouvelle méthode de contrôle de la douleur. L'administration de morphine était auparavant donnée en cas de crise. Une dose élevée menait le patient à un pic de soulagement et parfois au delà, dans une zone de confusion et d'inconscience. La baisse suivant l'administration, faisait passer le malade de la zone confortable de la conscience sans douleur jusqu'à la douleur extrême. Cycliquement, le patient était habituellement soit dans la douleur, soit littéralement drogué. Au Saint Christopher's Hospice, Cicely Sanders développe une technique où l'administration de doses régulières par heure permet de maintenir les patients dans une zone de non douleur et de conscience. Cette technique permettait de les garder de la dépendance et leur donnait la possibilité de continuer à vivre plus ou moins normalement.
Mais la figure « mythique » de Cicely Sanders ne tient pas au seul développement de cette technique. En fondant l'hospice Saint Christopher, elle fonde également les principes de la philosophie de la prise en charge palliative. En effet, le contrôle efficace de la douleur donne une latitude et ouvre un espace d'intervention où la fin

[376] Grace Goldin, *Work of Mercy, a picture History of hospitals,* The Boston Mills Press, 1994.
[377] Grace Goldin, *ibid*.

de vie peut être appréhendée du point de vue social, psychologique et spirituel. Le but d'un hospice par une conscience qualifiée et expérimentée des symptômes et des sentiments d'un patient, est de l'aider à vivre dans la limite de son potentiel physique, de ses capacités mentales et émotionnelles et dans des relations sociales.

Outre la pratique, Cicely Sanders en tant que *nurse*, puis médecin, mène, à partir de 1967, une activité de recherche, d'enseignement et diffuse la philosophie du *Mouvement Moderne des Hospices*. En s'appliquant à constituer la fin de vie comme une entité distincte qui appellerait à une nouvelle forme de travail médical, elle parvient peu à peu à fonder et légitimer une spécialité dans la médecine.

B- Le cadre de vie, élément thérapeutique dans une prise en charge globale de la personne

1- Une évidence dans les pays anglo-saxons

De l'enquête menée en Grande-Bretagne dans 14 centres d'accueil pour personnes en fin de vie, auprès des architectes spécialisés et au centre d'information du Saint Christopher hospice, s'est dégagée une première évidence. Pour l'ensemble des personnes sollicitées, il semble en effet totalement naturel que la qualité du cadre de vie soit un élément thérapeutique participant à une prise en charge globale du patient. Ce cadre de vie est présenté comme le support d'usage d'une pratique spécifique donnant une place prépondérante à la relation. Cette relation est pensée, voire incitée, par des dispositifs réalisés à différents niveaux afin de maintenir un lien entre le patient et sa famille, mais aussi avec les nurses, médecins et le monde extérieur. Le centre de documentation du Saint Christopher hospice dispose d'ailleurs d'articles, chapitres d'ouvrages et guides de conception architecturale, écrits destinés aux architectes et à ceux désirant fonder un hospice. Les principes de conception préconisés sont étonnamment homogènes et les auteurs dressent quasiment un profil type du lieu d'accueil idéal. Cette évidence est mentionnée ici car elle constitue une différence dans l'approche que l'on peut trouver en France. Si le cadre de vie n'est toutefois pas un élément négligeable pour les chefs de services de soins palliatifs hospitaliers ou centres spécialisés, il n'est pas donné, comme en Grande-Bretagne, comme un argument premier dans la présentation de la prise en charge palliative.

L'intérêt pour la conception architecturale dépend bien sûr et en premier lieu des moyens financiers alloués, mais aussi de l'instigateur qui, selon sa sensibilité, peut placer l'architecture comme une priorité ou comme un bonus.

Le deuxième point remarquable observé dans cette enquête concerne la forme de l'hospice. Il semble naturel que celui-ci prenne l'aspect d'une maison. Ce qui semble être aujourd'hui une seconde évidence, ne l'était pourtant pas à l'origine, puisque les premiers hospices conçus spécifiquement pour recevoir des mourants, comme l'hospice Saint Christopher, Saint Joseph à Londres ou Sainte Gemma à Leeds, bien que considérés à l'époque de leur conception comme une alternative à l'hôpital, n'ont pas pris la forme d'une maison. Ils seraient facilement assimilables à de petites cliniques privées.
Aujourd'hui, un centre de jour pour personnes en fin de vie, comme le centre Maggie d'Édimbourg, se présente comme une véritable maison avec son petit jardin, opposant un contraste important avec les bâtiments de l'hôpital général dans l'enceinte duquel il se situe. L'architecture de ce lieu est revendiquée comme carte de visite. Le site web du centre est d'ailleurs quasiment entièrement dédié à l'architecture, et présente des photos et les plans du bâtiment conçu par Richard Murphy qui reçoit en 2000 un prix du Royal Institut of British Architects pour cette réalisation. Cette mise en avant de l'architecture n'est pas étonnante dans la mesure où la raison d'être et de création du premier centre Maggie a eu comme point de départ la constatation de la froideur, de l'impersonnalité, l'inadaptation des salles d'attente des services d'oncologie et l'absence d'un lieu où l'on puisse se poser un instant afin simplement de réaliser, d'intégrer l'annonce d'un diagnostic fatal, de pleurer, crier ou obtenir un conseil ou du réconfort.

L'importance allouée à la qualité du cadre de vie n'est pas à démontrer pour les fondateurs d'hospices en Grande-Bretagne. Cicely Sanders, préconisait elle-même qu'un usage imaginatif de l'architecture devait être fait, tandis que les auteurs de guide de conception mettent l'accent sur une pensée créative orientée par une compréhension des besoins des maladies en phase terminale[378]. Dans le domaine du

[378] «Terminal care», Cox, Anthony & Groves Philip, *Hospitals and health care facilities; a design and developmental guide*, Butterworth 1990.

bénévolat, tel qu'il est développé en Grande Bretagne, le succès et la bonne réputation peuvent non seulement attirer des dons charitables constituant l'essentiel des ressources des hospices mais également des bénévoles sans qui, leur fonctionnement serait compromis. L'architecture des hospices est donc tout aussi importante dans les dispositifs qu'elle met en place comme support d'usage d'une pratique spécifique, que dans le confort qu'elle propose aux travailleurs bénévoles et dans l'image qu'elle donne à voir au monde extérieur.

2- Caractère à donner à l'institution : discrétion ou publicité ?

Le caractère que doit prendre un hospice est une des premières problématiques soulevées par les concepteurs d'hospices ou d'unités de soins palliatifs. Les concepteurs évoquent le problème d'équilibre à donner entre l'image de l'institution et celle de la maison. L'institution, c'est à dire l'hôpital, représente tout à la fois la froideur, une mise en valeur de la technique avant l'humain et une perte de la prise en considération de l'individualité mais aussi l'assurance d'être dans un lieu où l'on pourra être soigné et guéri, donc porteur d'espoir. La maison rassure par les repères qu'elle apporte, par l'image chaleureuse du foyer, de la famille. Elle représente le côté social de la prise en charge, mais est néanmoins inefficace pour soulager les souffrances autres que morales ou psychologiques. Il s'agit donc de trouver un équilibre dans l'image à apporter en tenant compte des contraintes techniques, hygiéniques, normatives d'un lieu de vie en communauté (communauté qui, dans le cas particulier des hospices ou unités de soins palliatifs, n'est pas uniquement composée de patients et de soignants, mais également des familles et des proches).
Ce questionnement des concepteurs met alors en lumière un travail de définition des éléments constitutifs ou des symboles qui caractérisent la domesticité ou l'institution. Est-ce une question de couleur, d'odeur, de matériaux, de détails, de forme ou d'échelle ? Le travail de chaque concepteur met en évidence ses propres recherches de définition.

En 1976, un architecte américain, Lo-Yi Chan traverse l'Atlantique afin d'étudier la conception de l'hospice Saint Christopher, dans le but de réaliser un hospice à New Heaven[379].

> Comment un patient doit voir un hospice ? Il ne doit pas être trop petit, sinon il donnerait l'impression d'être confiné, il ne doit pas être trop grand car il pourrait apparaître écrasant de puissance. Il doit s'intégrer dans l'environnement sans perte d'individualité. Il doit avoir son propre caractère mais pas trop pour que le patient n'ait pas l'impression de se faire remarquer quand il entre ou sort. Il doit être robuste et assez substantiel pour protéger, une maison confortable qui va pour vivre comme une vieille chaussure va pour marcher. Il doit inspirer un savoir vivre, donner l'assurance contre l'insécurité sans domination et stimuler nos sentiments esthétiques. Il doit transmettre l'unité mais doit contenir des bonnes articulations d'espaces individuels. Il doit être ouvert et convaincre qu'à l'intérieur, l'individu est la mesure de toute chose. [380]

Clive Hicks investi dès les premières heures dans la conception d'hospices souligne la même recherche d'équilibre.

> Un hospice est le bâtiment d'une communauté, avec une très forte connotation domestique. Ce n'est pas non plus une maison, et ce serait inapproprié d'effacer complètement son caractère institutionnel. Ce n'est pas non plus une maison de retraite, ou maison de convalescence, et quelque chose de cette distinction doit être exprimé dans la conception architecturale. Il n'existe pas non plus de raison commerciale pour en faire une " vitrine ". Ce bâtiment a besoin de combiner le réconfort d'une maison et la sécurité d'une institution[381].

A la recherche du juste caractère à donner à cette institution, s'ajoute une constante évolution de la perception quant à son caractère domestique. La conception de l'hospice Saint Christopher, Sainte Gemma ou l'extension de l'hospice Saint Joseph représentait, à l'époque de leur réalisation autour des années 1970, une véritable alternative au cadre hospitalier. Ces premières constructions sont caractérisées par un nombre de lits supérieur à 30. Les chambres de quatre lits majoritairement sont concentrées un même « bloc » de deux à quatre étages. Conçu selon un plan libre,

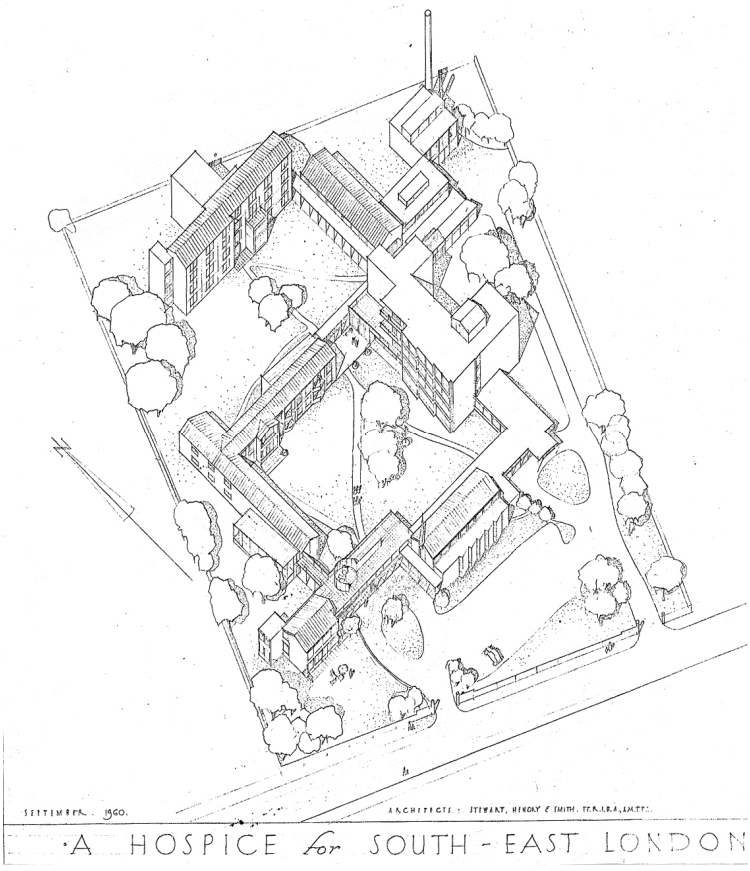
[379] En 1963, le Dr Cicely Sanders donne une conférence à Yale sur ses efforts pour aider les mourants en Angleterre. Cette conférence a pour conséquence le début des études concernant les besoins des mourants aux E.U. L'étude sous la direction de Florence Wald, former dean of Yale's School of nursing prouve la nécessité d'un nouveau niveau de soins. En 1971 est fondé Hospice inc., incorporé au *New Haven non profit groupe* dont le but était de démontrer l'efficacité de nouveaux soins et indirectement un changement d'attitude dans la société à l'encontre de la mort et du mourir. Cette société commissionne Prentice & Chan, en 1973, de concevoir son hospice.

[380] Lo-Yi Chan, AIA, *Hospice: a new building type to confort the dying,* AIA Journal, December 1976.

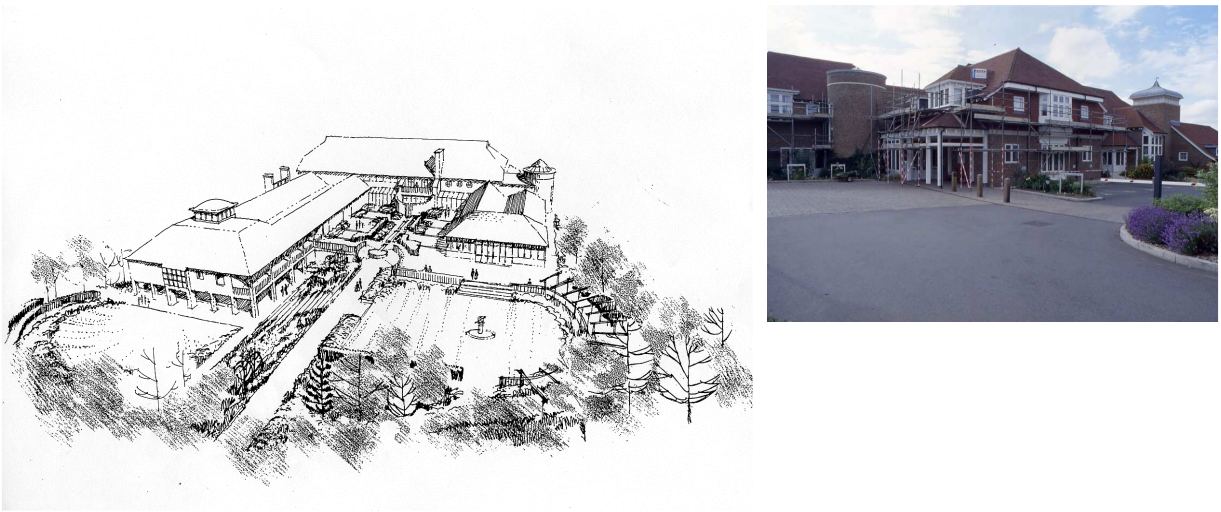
[381] Hicks Clive, RIBA, ARPS, *Building a new hospice (architectural and building consideration)* Fact Sheet n°17, (document interne) Hospice Information Service at Saint Christopher's, London, 1993.

ces « blocs » ont une façade rideau présentant ou non des pliures. Ils sont actuellement, tous trois en cours de réhabilitation car cette caractéristique leur donne, aujourd'hui une image jugée beaucoup trop hospitalière. Pourtant le programme a très peu changé et reste étrangement d'actualité dans un domaine en perpétuelle évolution. Il s'agit donc bien d'un changement du regard des architectes et des maîtrises d'ouvrage sur l'image que doit donner un hospice, en réponse aux attentes des patients et des familles.

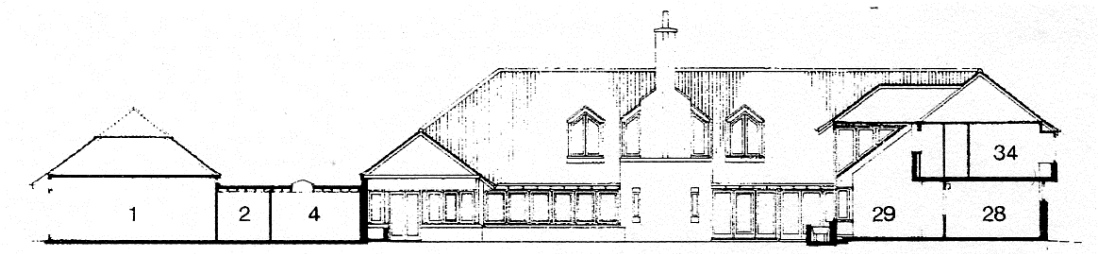
Les dernières réalisations visitées au cours de cette enquête montrent une préférence actuelle pour des constructions de plain pied ou avec un étage aménagé dans la pente de la toiture (les chambres des patients sont situées en rez-de-chaussée tandis que l'administration prend place au 1er étage). Beaucoup d'hospices sont en briques, avec des toitures de tuiles et des menuiseries en bois, une architecture faite d'éléments traditionnels et familiers afin de renforcer le caractère domestique des bâtiments.



Axonométrie de l'hospice Saint Christopher, 1967 (archives Clive Hicks)



Axonométrie Hospice in the Weald, 1998, Acanthus & Wrightson architects (archives Clive Hicks)



Coupe sur l'hospice Saint Oswald, 1987, Jane Darbyshire & David Kendal, architectes (archives JD associates)

Selon Clive Hicks, ce programme particulier ne doit surtout pas être le terrain de la « performance » architecturale, entendue dans le sens où l'expression propre à chaque architecte doit savoir rester modeste, s'effacer, puisque le but recherché est de créer un environnement familier pour les patients, proche d'une maison traditionnelle, tout en intégrant les contraintes d'une vie en communauté et d'une activité de soins. Et c'est certainement là que, pour Clive Hicks, réside la performance de l'architecte. La réussite et la qualité d'un projet se mesurant finalement par le fait de passer inaperçu, naturel, familier pour les usagers.

A cette position, on peut confronter celle de la maîtrise d'ouvrage des centres Maggie's, association philanthropique écossaise fondée en 1996 par Maggie Keswick Jencks, veuve de Charles Jencks qui profite de la renommée mondiale d'architectes pour la conception (bénévole) de centres de jour. Après la réalisation du premier centre dans le Western Hospital d'Edhinburg par l'architecte Richard Murphy en 1998, le centre de Dundee confié à Franck Ghery ouvre ses portes en 2003, tandis que Daniel Liebeskind conçoit un autre centre à Cambridge et Zaha Hadid dans l'hôpital de Kirkcaldy.

Il est clair que l'intervention d'un architecte mondialement connu donne l'assurance d'une certaine publicité et de publications pouvant apporter en conséquence des fonds nécessaires à la réalisation et au fonctionnement des projets (la recherche de fonds étant une activité vitale pour les hospices ou centres de jour). L'argumentation des maîtrises d'ouvrage porte sur la plus-value symbolique qu'apporte la renommée d'un architecte à l'image d'un tel programme ce qui valorise, en retour, la perception que se font les usagers d'eux-mêmes. C'est un souci tourné vers les usagers malades, passant sous silence la question de la publicité, que semble exprimer Derek Douglas, président des centre Maggies's.

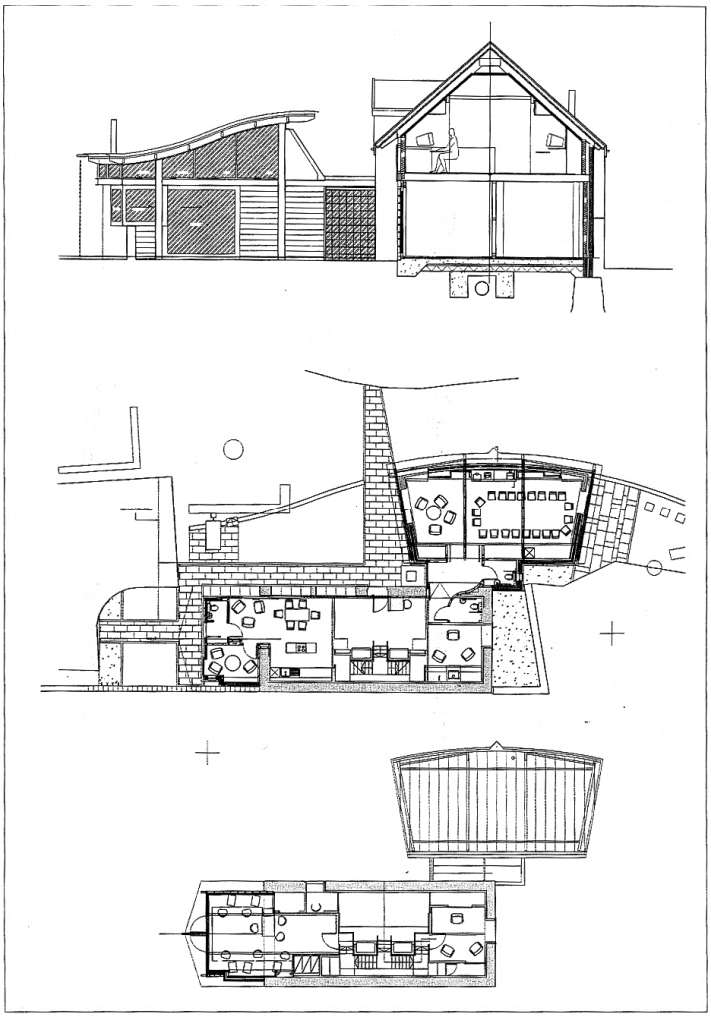
> Le design est extrêmement important pour ceux qui bénéficient des centres. Les bâtiments ne doivent pas du tout ressembler aux structures hospitalières traditionnelles. Nous voulons faire sentir aux patients un soulagement et une spécificité, afin qu'ils répondent de la meilleure des manières et que leur vie soit plus longue. [382]

Au moment de cette enquête, seul le centre d'Edinburgh était construit. Sa conception architecturale correspond assez bien aux principes énoncés par Clive Hicks. Par contre, si les réputations de Franck Ghery et Daniel Liebeskind peuvent être un gage de publicité et d'éventuels dons, leurs conceptions respectives montrent plus la préoccupation d'exprimer le vocabulaire qui les a rendu célèbres que celle de créer un environnement familier aux patients. Le centre de Dundee est une imbrication de volumes disparates tandis que la maquette du projet de Liebeskind se présente sous la forme d'un rectangle allongé de béton (légèrement en zigzag) transpercé d'une faille de lumière, ce qui n'est pas sans évoquer le musée juif de Berlin.

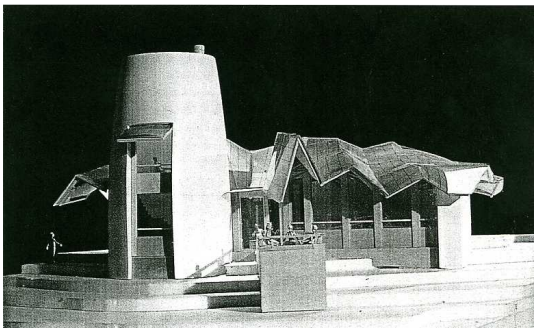
Discrétion, intégration, création d'un environnement déjà familier au patient ou publicité ?

La question ne peut, aujourd'hui trouver de réponse. Car si l'hospice-maison bénéficie de 40 années « d'expérience », il n'est pas évident que les centres conçus par les ténors de l'architecture ne conviennent pas aux patients. Ces réalisations ne pourront être jugées qu'à l'aune du temps passé, à l'usage des principaux intéressés.

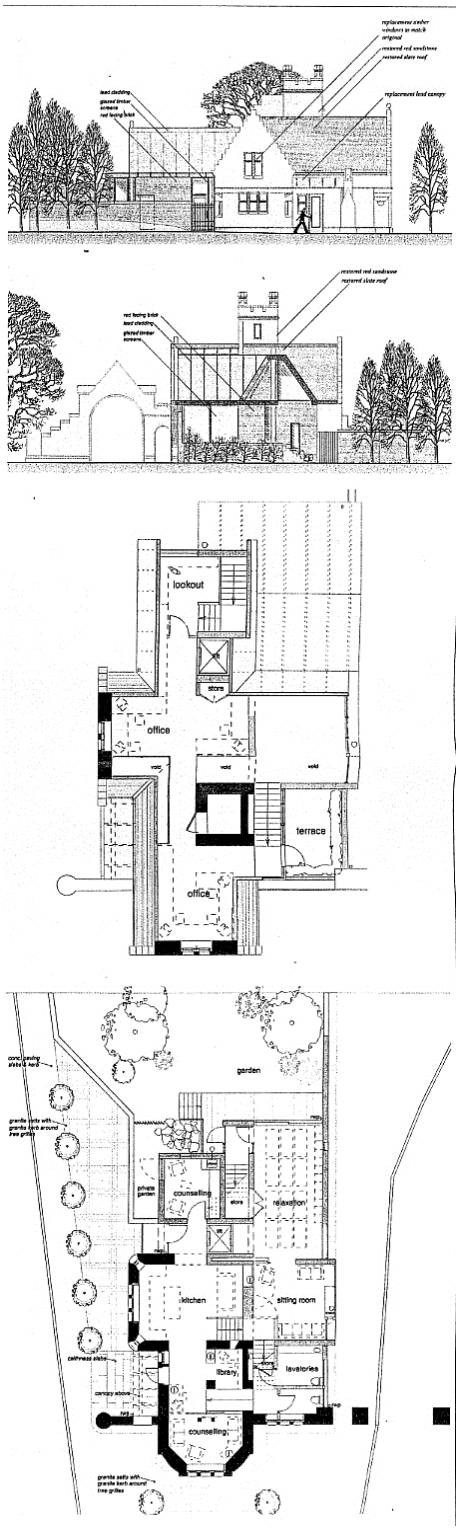
[382] « Architecture thérapeutique », in *Architecture intérieure Cree,* n°810, septembre 2003.



Maggie's Center, 2000, Western General Hospital, Edinburgh, Richard Murphy architecte



Haut : projet de D. Liebeskind pour le centre de Cambridge
Bas : projet de F. Ghery pour le centre de Dundee



Projet des architectes Page & Park's, 2001, reconversion d'une maison victorienne pour le Glasgow's Western Infirmary Hospital, publié dans *Building Health,* février 2001.

3- Principes de conception

Jardins et environnement suburbain

Les hospices, centres et unités de soins palliatifs visités lors de cette enquête sont tous situés dans un environnement urbain ou suburbain. Il ne s'agit pas d'un hasard dû à la vacance de terrains mais à une préconisation que l'on peut retrouver chez l'ensemble des prescripteurs en matière de conception architecturale de ce type de programme. Les patients en fin de vie apprécient le mouvement de la vie et préfèrent un hospice situé dans une rue relativement animée. Des relations visuelles avec les passants sont appréciées. Ainsi, l'intégration dans une communauté résidentielle et la proximité avec des commerces peut aider à enlever le sentiment d'isolement terminal[383]. Le site est choisi pour encourager la participation de la communauté, un contact direct avec la famille mais aussi avec les bénévoles. Un hospice doit être, en conséquence, facilement accessible, par les transports en communs et les véhicules particuliers.
L'entrée doit être accueillante, ni prétentieuse, ni intimidante, et les personnes entrant ou sortant doivent pouvoir le faire à pied. Comme toute structure de soins, les accès sont pensés pour recevoir des patients handicapés ou alités, et de manière à ce qu'un patient accueilli ne croise pas le départ d'un véhicule des pompes funèbres ou le cortège d'une famille endeuillée.

Le jardin est considéré comme un élément du programme d'un hospice. Il n'est, en effet, pas d'hospice sans jardin, et ceux situés en milieu urbain dense comme le Lighthouse de Londres ménagent tout de même une place à un petit jardin finement traité. Le jardin est un prolongement des bâtiments. L'atmosphère calme d'un espace vert, aide à faire face à l'anxiété, l'agitation, le stress et les troubles du sommeil des patients. La fin de vie est une période d'hypersensibilité, pendant laquelle on cherche à stimuler et donner du plaisir à travers chacun des sens. « La vue d'arbres, de gazon, de fleurs et d'eau, aide au mieux être en induisant un état contemplatif qui réduit la tension et la fatigue »[384]. Ce discours sur l'hypersensibilité des personnes en fin de

[383] « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit*.
[384] Sam Warner fait Référence à des études en psychologie environnementale menées dans les années 1990 sur le milieu hospitalier. Notamment : Ulrich RS, Parsons R., *Influences of passive experiences*

vie se rencontre très souvent chez les personnes interviewées en Grande Bretagne, comme en France, et influence directement les règles normatives d'un lieu de vie en communauté. La possibilité donnée aux patients de profiter de menus plaisirs comme fumer, manger ce qu'ils désirent, boire du vin, etc., oblige les responsables de centres à contourner des normes de sécurité qui n'ont pas été posées dans ce sens.

En Grande-Bretagne, le jardin est donc conçu comme une expérience sensorielle qui est ici considérée comme une prolongation des traitements complémentaires, facteur de bien-être des patients, de leurs proches et également du personnel et des bénévoles[385].

> Les patients peuvent profiter en toute sécurité de beaux points de vue à travers les pelouses, et les petits enclos permettent un sentiment de sécurité plus grand pour les moments de recueillement, de prières ou de paroles.[386]

Le jardin du Trinity Hospice a été dessiné par John Medhurst et David Foreman, réalisé en 1983-1984, commandé par des amis en souvenir du journaliste et architecte horticole Lanning Roper, décédé en 1983. Selon Anne Wood, jardinier au Trinity hospice le jardin doit être une succession d'aires variées, avec divers types d'abris plus ou moins clos. Les sens sont ainsi mobilisés soit par des contrastes de couleurs (pouvant être observés par ceux qui ne peuvent pas sortir), soit par des plantes aromatiques et odorantes.

De la même manière que les architectes ajustent leurs préconisations architecturales en fonction des troubles spécifiques que peuvent avoir les personnes en fin de vie, Vince Healy y accorde ses choix projectuels afin de réaliser un jardin thérapeutique. Selon lui, l'ouïe est le dernier sens à abandonner un mourant. Dans un jardin le son

---

with plants on individual well being and health. In: Relf D, ed. *The rose of in horticulture in human well-being and social development (*Portland, Oregon: timber Press, 1992: 93-105)

[385] Sam Warner Bass définit les cinq critères minimums pour qu'un jardin puisse avoir une valeur thérapeutique dans une structure de soins : Il est nécessaires que les allèges des fenêtres soient suffisamment basses pour permettre aux patients de voir le jardin depuis leur lit ; le jardin doit être aménagé pour être accessible aux fauteuils roulants ; il doit avoir un espace vert de marche pour les patients sur la voie de la guérison ou ceux sortant d'une opération, une variété d'espaces ouverts ou fermés, et des jardins pour le personnel et les visiteurs. « Un bon hôpital offre donc plusieurs jardins, certains ouverts, certains fermés, certains pour les patients seulement, d'autres partagés avec le personnel et les visiteurs », Bass Warner Sam ; Baron J.H, « Restorative gardens », *BMJ,* volume 306, 24 April 1993.

[386] Anne Wood, « Hospices gardens », in *European Journal of palliative care,* 1999, vol.6, n°1, p.19-21.

de l'eau peut jouer un rôle important, le bruit d'une cascade peut donner une certaine intimité, et faire office de chambre des pleurs ou de défoulement à l'extérieur de l'hospice.

Les personnes investies dans les soins palliatifs affirment l'extrême importance pour les mourants de toucher et d'être touchés. Le choix des plantes doit se faire dans cette optique : des plantes douces, sans épines, qui ne grattent pas, ne blessent pas. Le toucher peut être également stimulé par la présence d'animaux familiers que les patients peuvent caresser. Les ambiances doivent être contrôlées par le choix des végétaux eu égard à la sensibilité extrême des mourants (chaleur, sécheresse, humidité, courant d'air, ...). Beaucoup de patients ont des difficultés à ajuster leur vision aux contrastes extrêmes d'ombre et de lumière. Réduire ces contrastes, par le choix des matériaux et des couleurs peut compenser les difficultés des patients. Enfin, pour certains patients, un panel d'odeurs, comme la saveur des fruits du jardin, est un moyen de se remémorer des anciens souvenirs et d'évoquer des émotions.

Ces préconisations sont une des traductions possibles de la philosophie de la prise en charge palliative qui considère la fin de vie comme une entité spécifique autonome et la valorise comme une période ayant une valeur autant au jour le jour, dans le plaisir simple des sens, que dans un cheminement plus introspectif. Pour ce cheminement, le jardin est revendiqué comme un support de réflexion permettant à tout un chacun de se situer dans la perspective plus large du renouvellement naturel de la vie et de garder à l'esprit sa position dans l'ordre naturel des choses.

> Le temps prend une nouvelle dimension en fin de vie. Dans la plupart des hôpitaux le temps est calculé en rentabilité. Pour les mourants, il y a une angoisse du passage du temps, pas assez ou trop. Il n'est pas surprenant que les patients en parlent beaucoup. L'hospice de New Haven veut révéler le passage du temps naturel et universel. Et ceci en plaçant les patients de plain-pied, avec des fenêtres tout autour. Aube, coucher de soleil, été et hiver sont révélés et prennent leur place naturelle. [387]

[387] Lo-Yi Chan, AIA, *Hospice: a new building type to confort the dying,* AIA Journal, December 1976.

Hospice in the weald

Marie Curie Center, Newcastle

Lighthouse, Londres

Hospice Saint Christopher

Hospice Saint Oswald, Newcastle

Hospice Trinity, Londres

Hospice Trinity, Londres

Hospice Trinity, Londres

Echelle domestique des bâtiments

Si l'hospice Saint Christopher a été conçu pour 56 lits répartis dans 4 chambres de 4 lits du premier étage au troisième et 8 chambres individuelles au quatrième étage, il semble aujourd'hui que le nombre optimum se situe aux alentours de 15 lits et 8 dans le cas des hospices pour enfants. Les projets contemporains sont donc d'une taille et d'une échelle plus réduite. Mais ce qui joue le plus en faveur de l'image domestique est certainement le changement du mode constructif. Le Saint Christopher, Sainte Gemma et Saint Joseph ont été réalisés selon le mode constructif du plan libre. Selon l'architecte Ian Clarke[388], le choix de ce mode constructif était censé réduire le coût de la construction, par des façades légères, et laisser une certaine flexibilité quant à la partition des espaces intérieurs en fonction de l'évolution des besoins. Cette manière de penser étant cependant totalement inhabituelle en Grande-Bretagne, la partition intérieure des premiers hospices ne fut jamais changée. Aujourd'hui, le mode constructif unanimement adopté par les architectes est le mode de construction traditionnel, façades porteuses en briques, charpente en bois et toiture en pente. Outre le fait d'évoquer immédiatement l'image de la maison, ce mode constructif a l'immense avantage d'être plus économique car traditionnel et très largement répandu en Grande-Bretagne. Il est, d'autre part, plus adapté au climat du pays.

> Dans une nouvelle construction, il est préférable que toutes les dispositions, autant pour les patients internes qu'externes, soient de plain-pied. Ceci augmente considérablement la possibilité de créer une atmosphère intime de repos et de domesticité et permet une ouverture et un accès facile des chambres au jardin. [389]

L'inconvénient de ce dispositif est d'allonger considérablement les temps de parcours à l'intérieur du bâtiment. Pour y pallier, les centres de plain-pied ou d'un étage s'articulent autour d'une cour centrale sur laquelle des extensions viennent se greffer. Ce dispositif présente également l'avantage d'offrir des points de vue partiels de l'édifice concourant ainsi à donner l'impression d'une construction de petite taille.

Selon Clive Hicks, la taille idéale d'un hospice est un centre de 12 à 16 lits[390]. Il ne s'agit pas seulement d'un souci sur les possibilités de donner une image domestique

[388] Ian Clarke est architecte au sein de l'agence Jane Darbyshire & David Kendal (Newcastle upon Tyne)
[389] « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit.*
[390] Hicks Clive, RIBA, ARPS, « Building a new hospice (architectural and building consideration) » *op.cit.*

à l'institution, mais également une préoccupation d'ordre économique. En effet, un centre plus petit augmente les coûts de fonctionnement. Le nombre de 15 lits pour un hospice résulte, en conséquence, d'un compromis tenant compte de la volonté de créer une atmosphère domestique, du coût de fonctionnement et de la longueur des parcours à l'intérieur du bâtiment.

4- Programme et dispositifs théorisés comme spécifiques à la fin de vie

Des entretiens réalisés et préconisations publiées par les concepteurs d'hospices, nous avons dégagé sept thèmes (la communauté, la relation, la mobilité, les transitions, la douleur, la mort, l'intimité et la communauté de destin), sur lesquels les architectes se fondent pour concevoir des dispositifs spatiaux revendiqués comme spécifiques à la prise en charge des personnes en fin de vie. Ces dispositifs apparaissent comme la traduction architecturale des préceptes développés dans la philosophie du *Mouvement Moderne des* Hospices accordant une place prépondérante aux différentes phases psychologiques des mourants.

La communauté

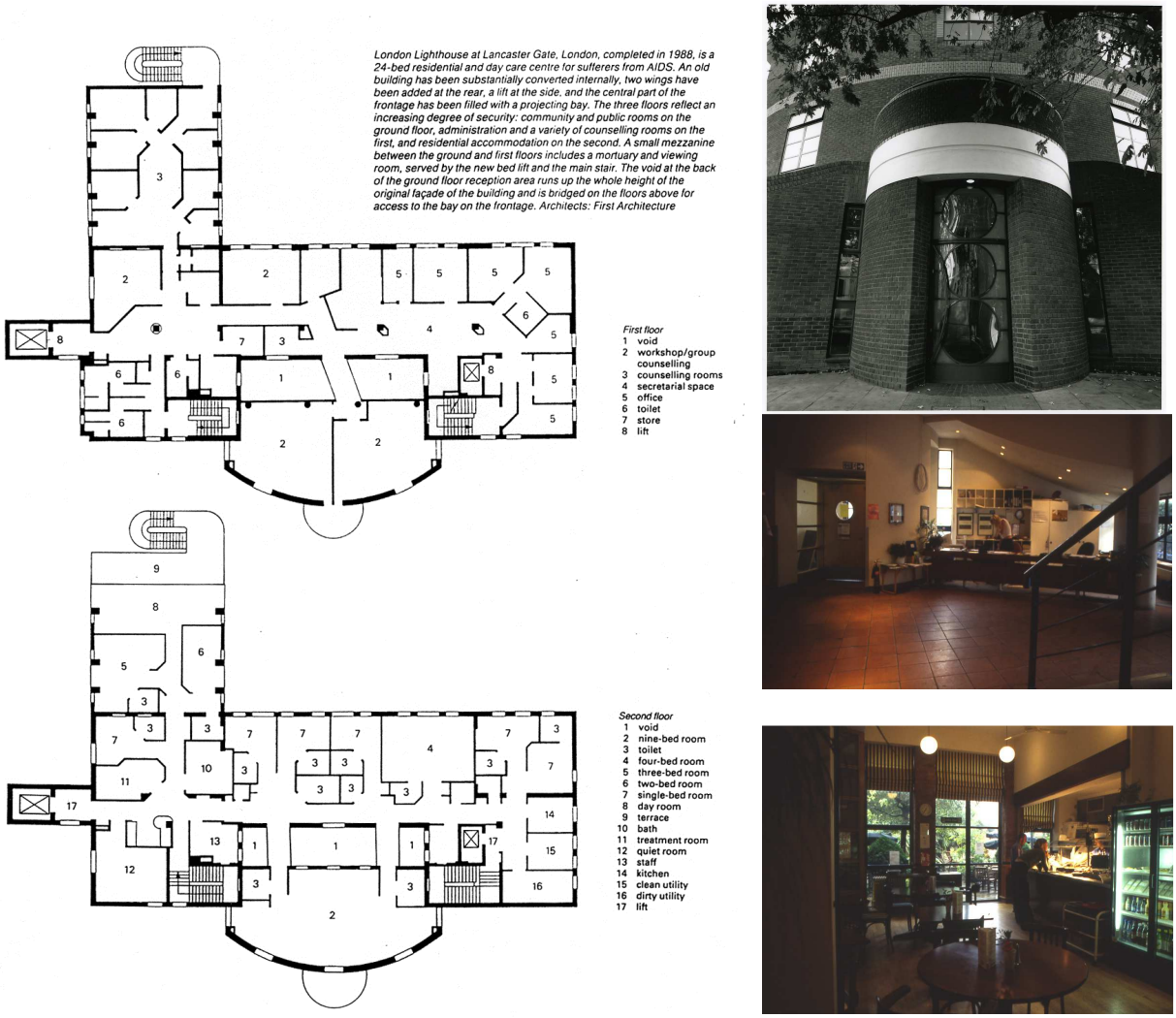
L'architecte Lo-Yi Chan place la communauté comme caractéristique première d'un hospice.

> Les hôpitaux dans leur recherche d'efficacité et dans la peur des infections, sont souvent des exemples extrêmes d'isolation. Un hospice est exactement l'opposé; la communauté est notre but. Pourquoi ? Car la peur de l'abandon est une source majeure d'anxiété pour ceux proches de la mort. Pour faciliter cette peur et soutenir ces patients, nous faisons tout pour rassembler les personnes (tout en restant attentifs aux infections et aux intrusions non nécessaires). Ce n'est pas une découverte. Les familles en crise répondent comme des soldats; elles s'aident entre-elles.[391]

Un hospice est un bâtiment destiné à une communauté composée des personnes en fin de vie, de leurs proches, des médecins et *nurses*, des bénévoles, du personnel administratif et enfin de personnes extérieures de passage, des enseignants, des formateurs et des étudiants. La surface qui n'est pas directement destinée aux patients est importante. Elle comprend des bureaux (pour l'administration et la recherche de fonds), salles de repos, salles de réunion suffisamment grandes pour

[391] Lo-Yi Chan, *op.cit.*

accueillir des personnes en formation, et selon les moyens, un centre de documentation. Les bénévoles réalisent un travail considérable dans un hospice. Ils ont besoin d'une pièce pour travailler et d'un endroit où se changer. Parmi les volontaires potentiels, il peut y avoir des jeunes mères, la prévision d'une crèche constitue donc un facteur important de leur recrutement. La présence de jeunes enfants est par ailleurs grandement appréciée chez les résidents. Le Lighthouse de Londres, centre d'accueil pour personnes atteintes du SIDA, grâce aux progrès des traitements, a abandonné son activité de séjour. Il est aujourd'hui un centre de jour classique, et une structure d'aide de retour à une vie sociale normale notamment par la recherche d'emploi. Dernièrement, la nécessité de créer une crèche pour les enfants atteints de la maladie s'est fait jour.



Lighthouse, 1985, Robert Sproson/First Architecture. Entrée-signal en forme de phare, l'accueil et la cafétéria

Pour les parties spécifiquement destinées aux mourants, un hospice peut comprendre trois éléments: des équipes de soins à domicile nécessitant un bureau dans les bâtiments, un centre de jour et un centre de séjour. Selon Anthony Cox et Philip Groves, si l'hospice inclut un centre de jour il est peut-être préférable de le voir comme un centre de soutien plutôt que comme une clinique. En plus de proposer le confort d'une salle de bains adaptée, les services d'un coiffeur, une physiothérapie pour soulager la douleur et améliorer la mobilité, une formation des proches aux soins à domicile, il est intéressant d'offrir une thérapie récréationelle où les patients externes peuvent venir se distraire et peut-être développer leur adresse ou apprendre d'autres activités[392].

La relation

La relation est un élément fondamental dans la prise en charge palliative. Elle est pensée à différents niveaux : les bénévoles assurent le maintien du lien social, les familles sont invitées à rester présentes et ne pas se décharger sur les « professionnels du mourir », et enfin on souhaite gommer la traditionnelle distance hiérarchique entre les professionnels de la santé et les patients.

L'accueil, comme le poste de soin, peut dans un service classique être perçu comme une barrière entre les non professionnels et les professionnels. Dans la conception d'origine du Lighthouse de Londres, la banque d'accueil avait volontairement été placée sur le côté pour ne pas entraver le mouvement des personnes venant de l'extérieur et les inviter à entrer plus avant dans le bâtiment.

En opposition au dispositif hospitalier, la relation visuelle entre le lit des patients et le poste des infirmières, n'a pas été pensée, dans les hospices visités, comme un élément important. Selon Anthony Cox et Philip Groves, il est préférable de disposer d'une pièce où l'équipe soignante peut se retirer pour se reposer un moment. Henry Wald confirme que l'absence de poste d'infirmière comme barrière traditionnelle entre les patients et les infirmières est hautement recommandée[393].

La relation entre les familles et leur proche en fin de vie est également une composante primordiale de la prise en charge palliative. Cette relation est rendue

[392] « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit*.
[393] Henry J. Wald, *A hospice for terminally ill patients,* Columbia University School of architecture, 1971.

possible par l'insertion de lieux de vie communs. Ces derniers représentent une surface très importante en comparaison de la surface totale allouée aux chambres des patients. Ces lieux de vie comprennent toujours un ou plusieurs salons, une salle à manger, une petite bibliothèque si les moyens le permettent. Ils sont pensés et meublés pour être confortables. Pour les prescripteurs, le caractère de ces lieux peut être discuté mais l'atmosphère d'une salle d'attente d'un côté et d'une cafétéria commerciale de l'autre, est proscrite. En plus d'être leur principal espace commun, les patients utilisent ce lieu pour recevoir leurs visiteurs. Il doit leur laisser la possibilité de se retirer et d'avoir un peu d'intimité[394].

A Demelza House, le cœur de cet hospice pour enfants est constitué de la cuisine et de la salle à manger où se prennent les repas en commun, personnel administratif, visiteurs, soignants, familles et enfants malades. La préparation des repas est un véritable rituel mis en scène par une cuisine conçue pour allier normes de sécurité obligatoires et la sensation de pouvoir y accéder librement comme toute cuisine domestique. Un meuble-bar en L sépare une partie accessible aux familles et patients où il est possible de préparer des en-cas, de la partie réservée au personnel autorisé. Il est toutefois possible d'observer toute la préparation des repas. Bien qu'elle soit équipée de matériel professionnel, cette cuisine présente l'aspect d'une cuisine domestique (meubles en bois, ustensiles usuels,..). A l'hospice Saint Christopher, la salle à manger était à l'origine commune aux soignants, malades et familles. Elle a été modifiée pour le confort du personnel qui ne pouvait pas, en cas de besoin, se détendre, rire, pleurer ou plaisanter en présence des patients ou des familles.

Demelza House, hospice pour enfants, salle à manger commune et cuisine

[394] « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit*.

Enfin, la relation famille-patient est favorisée par l'aménagement de logements pour les proches qui désirent rester auprès du mourant. La chambre du patient est suffisamment grande pour accueillir un lit d'appoint qui, parfois, est un élément fixe (banquette dans une alcôve de la dimension d'un lit d'une personne). Certains hospices prévoient de véritables suites indépendantes, notamment dans les hospices pour enfants où le temps de séjour peut être long. A Demelza House, au premier étage d'une aile distincte de la partie réservée aux enfants, quatre suites d'une très grande qualité (chambre double, salle de bain et chambre simple) et un séjour, salle à manger et cuisine sont destinés à l'usage exclusif des familles.

Demelza House, chambre d'enfant et suite pour les parents

La mobilité

Le mouvement, qu'il soit observé ou incité, est un contre-pied crucial à la sensation d'isolement terminal. La localisation idéale d'un hospice le situe donc au cœur d'un environnement relativement animé, afin que les patients puissent regarder et participer dans une certaine mesure à la vie du quartier. La présence de jardins se veut également être une incitation au déplacement. Selon les phases psychologiques que le patient en fin de vie traverse, il peut désirer s'isoler totalement ou au contraire se sentir au cœur de l'animation. Le dispositif intérieur doit autoriser différents types de comportement : de l'isolement volontaire, à la participation en passant par la simple observation. Une porte que les patients peuvent laisser ouverte ou fermée, l'aménagement de recoins, postes d'observation, dans l'espace commun, ou la création d'un centre de rassemblement autour d'un élément aussi symbolique que la cheminée sont autant de dispositifs donnant au patient le choix de la distance qu'il

souhaite entre le monde extérieur et lui-même. L'architecte Lo-Yi Chan souligne que l'apparence de la mobilité est aussi importante que la mobilité elle-même. En conséquence, les circulations doivent être pensées pour inciter et encourager le mouvement.

> La plupart des hôpitaux, dans le but d'être efficaces, autorisent peu de liberté de mouvement aux patients. Ils ont des systèmes de circulation étroits (souvent à double sens et le plus court possible. Les hospices doivent faire l'inverse. Pourquoi ? Car ceux proches de la mort ont peur de la perte du contrôle d'eux-mêmes et cette peur se concentre sur la perte de mobilité. [...] Les hospices ont différents dispositifs de circulation, prenant place sur une échelle du privé au public. Pour les alités le lit doit pouvoir rouler dans ces couloirs. Bien sûr, doubler la largeur des circulations représente un coût conséquent. Mais un passage peut aussi servir de living room. De même, de nombreuses portes menant à des terrasses, encouragent le mouvement vers l'extérieur. Elles peuvent servir de sorties en cas d'incendie, soulageant les autres passages très utilisés.[395]

Transitions

Lo-Yi Chan, dans ses préconisations, développe un concept intéressant qui n'a pourtant pas trouvé de réelle application dans la conception architecturale des hospices cités comme références en Grande-Bretagne. Ce concept touche à l'organisation des parcours dans un hospice ou à la création de séquences spécifiques d'espaces. Il s'agit bien sûr d'un thème d'analyse privilégié pour la conception de structures de soin dans les années 1960-1970. L'architecte se détache de la logique fonctionnaliste des parcours à l'hôpital (logique dominée par une séquence du propre au sale ou par le cheminement du patient, de sa chambre, à la salle de préparation, à une salle d'opération, puis à une salle post opératoire...) pour proposer un dispositif basé sur des préoccupations d'ordre psychologique. Cette démarche montre combien, les architectes investis dans la conception des premiers hospices, cherchent à créer un environnement innovant qui traduirait spatialement les besoins des usagers et la philosophie d'une pratique alors pionnière. Son concept consiste en la création de séquences de transitions, d'antichambres. La raison toute psychologique concerne la peur de l'inconnu qui représente une source d'angoisse parmi les patients et les familles. Dans ce contexte, la mort est l'ultime inconnue. Selon l'architecte, le mouvement dans un hospice doit se faire à travers des sas de soulagement pour que les gens puissent faire face graduellement à l'inconnu, avec de nombreuses

[395] Lo-Yi Chan, *op.cit.*

opportunités de retraits pour leur permettre de comprendre leurs sentiments. Ces transitions commencent par le site et l'approche du bâtiment. Pour les visiteurs et personnes admises, le passage devant la façade vitrée des chambres des résidents constitue une prise de conscience progressive de la réalité tandis que les patients peuvent observer la vie qui continue. Le dispositif intérieur quant à lui est conforme à celui préconisé par l'ensemble des architectes spécialisés : l'imbrication d'espaces fonctionnels avec des « espaces sympathiques ». Un foyer de cheminée et une alcôve pour le café renvoient aux anciens symboles d'hospitalité que sont la chaleur et la nourriture.

Enfin, l'architecte décline son concept de transition à l'ultime lieu d'un hospice : la chambre mortuaire. Il tente ainsi de renverser la tendance « primitive » de chacun qui consiste à fuir la présence de la mort. Son dispositif est censé aider à accepter la réalité de la mort et à vivre un deuil dans de meilleures conditions psychologiques. La salle de reconnaissance est une pièce longue et spacieuse à l'extrémité de laquelle est disposé le lit de la personne décédée. Elle est précédée par une antichambre agrémentée de nombreux espaces pour s'arrêter et se retirer.

La conception ne doit pas distraire les survivants mais doit les amener à l'acceptation de la réalité finale.

> La salle de reconnaissance est l'endroit où les survivants prennent congé du mort. Certains proches le font à contrecoeur. A nouveau il n'y a pas d'urgence dans la conception. La séquence de transitions est une séquence d'adieu.[396]

La douleur

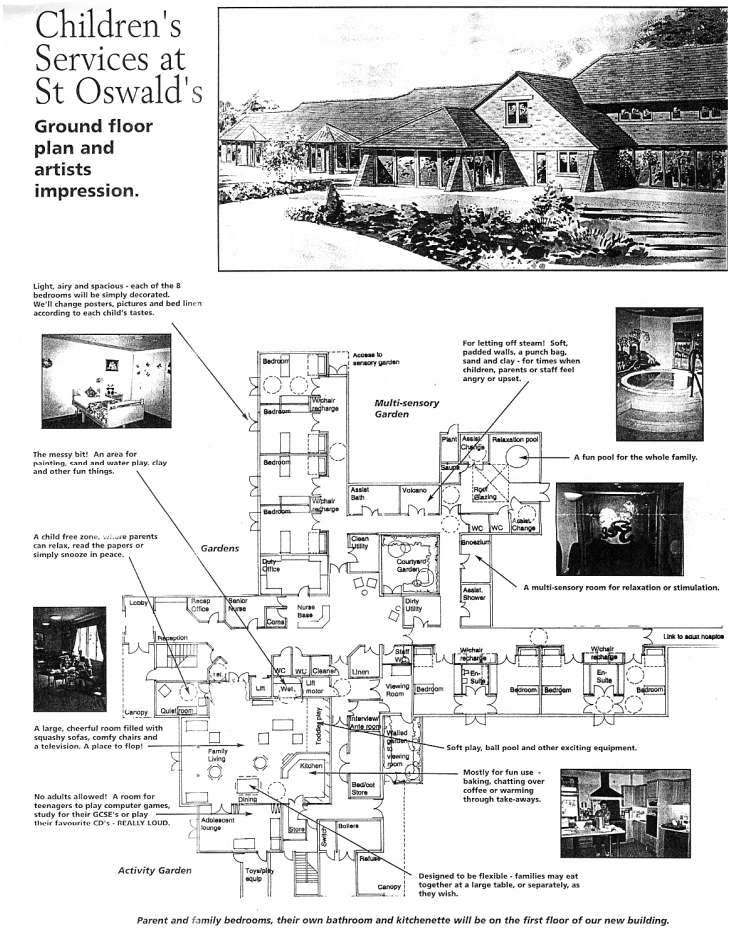
Le soulagement de la douleur constitue une partie essentielle et importante de la prise en charge palliative. Si le traitement de la douleur physique appartient entièrement aux médecins et *nurses*, les architectes, quant à eux, cherchent à concevoir des dispositifs permettant, dans une certaine mesure, d'alléger les souffrances morales des patients et des proches.

Ce souci se traduit par la continuelle préoccupation de laisser la possibilité aux usagers de moduler constamment la distance qu'ils souhaitent prendre en fonction de leur état psychologique. Ceci est valable pour les patients aussi bien que pour les accompagnants. Rester au chevet d'un malade, se mettre en retrait tout en restant

[396] Lo-Yi Chan, *ibid*

présent dans la chambre, participer visuellement à l'animation du lieu de vie depuis un poste d'observation protégé, prendre part aux activités communes, ou prendre une pause à l'écart, autant d'attitudes que la conception spécifique d'un hospice intègre à travers la chambre des patients, les lieux de vie communs ou le logement des proches.

En cas d'angoisse importante ou lorsque les patients ou les accompagnants ressentent le besoin de pleurer, de se défouler, certains hospices, en plus du jardin, proposent une pièce de relaxation par les sens ou une pièce « exutoire ». Dans la première version du projet de l'hospice pour enfants Saint Oswald à Newcastel, les architectes Jane Darbyshire et David Kendal vont jusqu'à prévoir une pièce entièrement capitonnée donnant la possibilité aux usagers de laisser libre cours à leurs émotions les plus vives.



A l'hospice pour enfants Saint Oswald, les architectes prévoient une pièce capitonnée pour le défoulement. Document JD & Associates

Salle de relaxation par les sens de l'hospice pour enfants Demelza House

Sur un plan plus spirituel, certaines personnes dans la souffrance chercheront du réconfort dans la méditation ou la prière. La prise en charge palliative est issue en Angleterre d'une longue tradition chrétienne d'assistance et de charité. La majorité des hospices possèdent un lieu de recueillement qui toutefois est exempt de tout signe religieux.

La mort

Le lieu recevant le corps des personnes décédées en attente de leur départ est le seul qui suscite chez les concepteurs des prises de positions différentes, voire opposées. Pour l'architecte Lo-Yi Chan, il s'agit d'une séquence cruciale d'adieu qui requiert une approche donnant la liberté au visiteur de se retirer ou de s'arrêter à tout moment. Anthony Cox et Philip Groves insistent sur la nécessité d'intégrer à la morgue une pièce de reconnaissance, de préférence avec une petite salle d'attente et des toilettes. Cette préconisation prend un relief particulier dans les pays anglo-saxons qui ont l'habitude de confier la prise en charge post-mortem au secteur privé, réduisant les morgues à de simples locaux techniques de conservation des corps dans les structures hospitalières. Il est de plus, « impensable de la cacher derrière des stores, la pièce des déchets ou la chaufferie »[397]. Si certains cherchent à affirmer l'importance de ce lieu d'autres préconisent de le rendre le plus discret possible, voire invisible. Pour Clive Hicks, « l'accès à la morgue est la plus sensible des issues. La position de cet accès doit être discrète, séparée des autres fonctions et bien cachée » [398]. Henry Wald souligne l'importance de penser les parcours pour que les patients vivants ne croisent pas le chemin d'une personne décédée[399]. La discrétion est la position communément adoptée dans les hospices visités au cours de cette enquête. A l'hospice Sainte Anne (Heald Green), réhabilitation d'anciens bâtiments hospitaliers, l'accès à la morgue jouxte l'entrée principale. Elle a soigneusement été masquée par un haut mur de brique. Dans le cas d'une construction neuve, il est possible de rendre discret cet endroit sans pour autant nier son importance, notamment pas le choix de sa position dans la composition générale du plan, en relation avec un accès distinct de l'accès principal. Plus que jamais, dans un hospice pour enfants, la question de la chambre mortuaire est sensible. A Demelza house, une succession de pièces de rangement créent un « sas » entre le couloir et la chambre

[397] « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit*.
[398] Clive Hicks, *op.cit*.
[399] Henry J. Wald, *op.cit*.

mortuaire composée d'une salle d'attente aménagée en salon « cosy », d'une « chambre spéciale » : une chambre d'enfant normale excepté le lit réfrigéré et une sortie particulière à l'arrière de l'hospice. Cette partie est traitée avec un tact remarquable.

Demelza House, chambre mortuaire composée d'un salon et d'une chambre d'enfant

Intimité et communauté de destin

La question de l'intimité ou du partage d'une communauté de destin se pose à travers le choix « idéal » du nombre de lits par chambre. La question de la chambre individuelle ou commune est très complexe et ne présente pas de réponse univoque. Selon les circonstances, la chambre individuelle peut être une bonne ou mauvaise solution. Il s'agit d'une question encore d'actualité en Grande-Bretagne. Toutefois, les concepteurs des premiers hospices, optent tous pour une majorité de chambres de quatre patients et quelques chambres individuelles. Ce choix fait référence à des études menées dans les années 1960, sur la psychologie des mourants. Celles-ci cherchent à démontrer combien il est bénéfique que les patients vivent leurs derniers instants parmi d'autres mourants. A cette époque, la tendance dans la conception des hôpitaux est déjà celle de donner un maximum d'intimité aux patients, et par incidence de faire des chambres individuelles. Les architectes citent le travail d'Elisabeth Kübler-Ross ou d'autres médecins moins médiatiques ayant acquis de l'expérience auprès de patients en fin de vie. En 1971, Henry Wald se réfère ainsi aux études réalisées par le Dr Thomas Hackett dans une unité de soins intensifs de l'hôpital général du Massachusetts, tandis que Lo-Yi Chan cite, en 1976 la réponse du Dr Silvia Lack interrogée sur le nombre idéal de lits par chambre.

> Deux est un désastre. Quand un patient s'est lié d'amitié, et que son ami meurt, la perte est assez traumatisante pour convaincre le survivant de ne pas risquer d'autres relations. Trois ou cinq sont mieux mais il y a le problème géométrique d'une

> personne de trop. Des chambres simples sont nécessaires pour ceux voulant de l'intimité. Que se passe-t-il quand une personne meurt dans une chambre de quatre ? N'est-ce pas traumatisant d'exposer la mort aux autres ? Un patient est en train de mourir, la douleur et les nausées sont sous contrôle, tout comme la majorité des symptômes. Ses sentiments sont parfois exprimés, souvent non, car pour lui la lutte est terminée. Les proches et les soignants sont autour du lit. Quelqu'un tient sa main, lui assurant si possible qu'il n'est pas tout seul. Les compagnons de chambres et la famille sont près. Quand le patient meurt, il y a de la peine. Mais la chose importante est le fait de voir que la mort n'est pas horrible. Les survivants peuvent voir que la réalité n'est pas aussi terrible que ce qu'ils avaient imaginé. Le côté naturel de la mort (sans tubes, machines pour le cœur...) est un exemple clair pour les vivants que " mourir n'est pas aussi effrayant, comme certains veulent le croire" (comme E. Kübler Ross l'a écrit). La mort est pleine de peine, mais naturelle, un partie de la vie.[400].

Ces études proposent une version quelque peu idéale du passage à trépas et mettent en valeur une vision totalement pacifiée de la mort passant sous silence ses aspects triviaux : la perte de contrôle du corps pouvant donner lieu chez le mourant à un sentiment d'indignité de soi au regard des autres. Encore une fois, dans ces discours, l'aspect psychologique de la prise en charge est valorisé, laissant croire à une idéale acceptation de la mort chez les patients.

Selon les préconisations des architectes, une majorité de chambres doit donc comporter quatre lits autour desquels est ménagé suffisamment d'espace pour les accompagnants ainsi qu'une place pour s'asseoir près de la fenêtre. Cet espace destiné aux proches est pensé pour qu'ils ne se sentent pas exclus de la chambre, notamment au moment des soins.

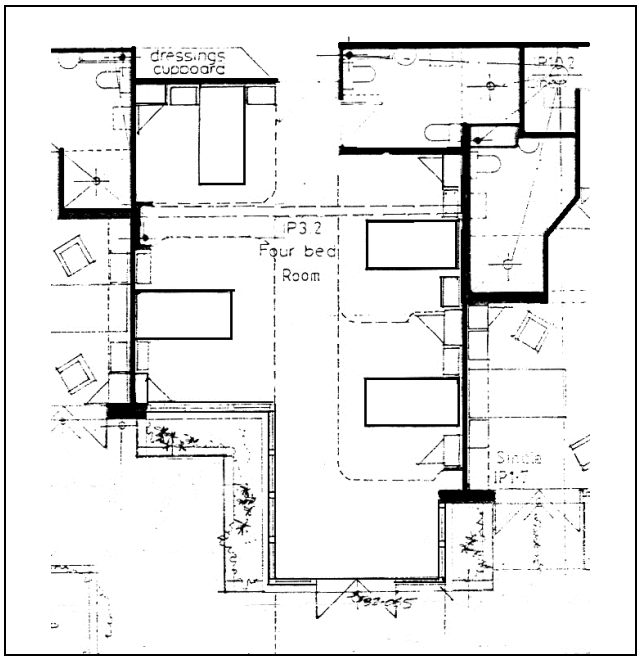
La disposition des lits requiert une attention particulière chez les architectes. Lo-Yi Chan choisit, en 1971, de disposer deux lits côte à côte face à deux lits similaires.

Ce choix est aujourd'hui remis en question par Jane Darbyshire et David Kendal. Forts d'une certaine expérience dans ce domaine, les architectes proposent une chambre dont la surface, les proportions, la volumétrie et la disposition des lits, est, selon eux, optimum. Ce dispositif permet de créer un espace véritablement privatif autour de chaque lit, tout en donnant au patient alité des points de vue plus riches que la vue unique d'un lit semblable disposé en face de lui[401].

---

[400] Lo-Yi Chan, *op.cit.*.

[401] En Grande Bretagne il est habituel de séparer, dans les structures de soin, les lits des patients par des rideaux. Anthony Cox et Philip Groves réfléchissent au moyen d'en gommer l'aspect hospitalier. « Des rideaux de lits sont obligatoires, mais les rideaux suspendus au plafond donnent inévitablement l'impression d'une salle d'hôpital. Peut-être doit on considérer la possibilité d'intégrer les rails dans le plafond ou de les incorporer dans la structure si elle est visible » in « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit.*

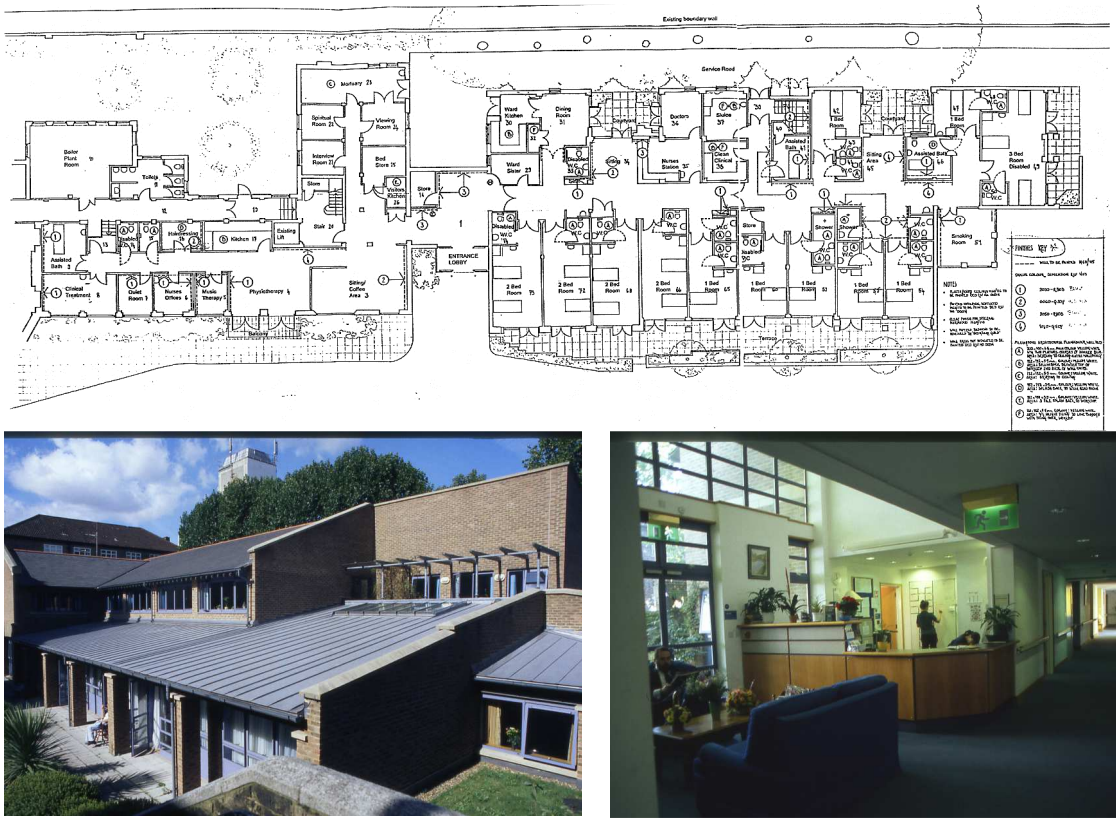


Disposition idéale d'une chambre de 4 lits selon les architectes Jane Darbyshire et David Kendal, Centre Marie Curie, Newcastel

En 1990, Anthony Cox et Philip Groves estiment, selon leur expérience, que les chambres individuelles sont nécessaires pour des raisons médicales, dans une juste proportion de 20% du nombre total des lits. Aujourd'hui, la tendance constatée lors de cette enquête, est de réaliser la proportion inverse : 80% de chambres individuelles et 20% de chambres de quatre lits pour les patients redoutant la solitude. La demande en chambres individuelles est d'autant plus importante que le temps de séjour des mourants s'est réduit, pour une part, en raison de la politique de maintien des personnes à domicile. Les patients arrivent en plus mauvais état physique, avec un corps qu'ils ne peuvent souvent plus « maîtriser », offrant une image peu digne, dans leur esprit, pour des compagnons de chambrée.

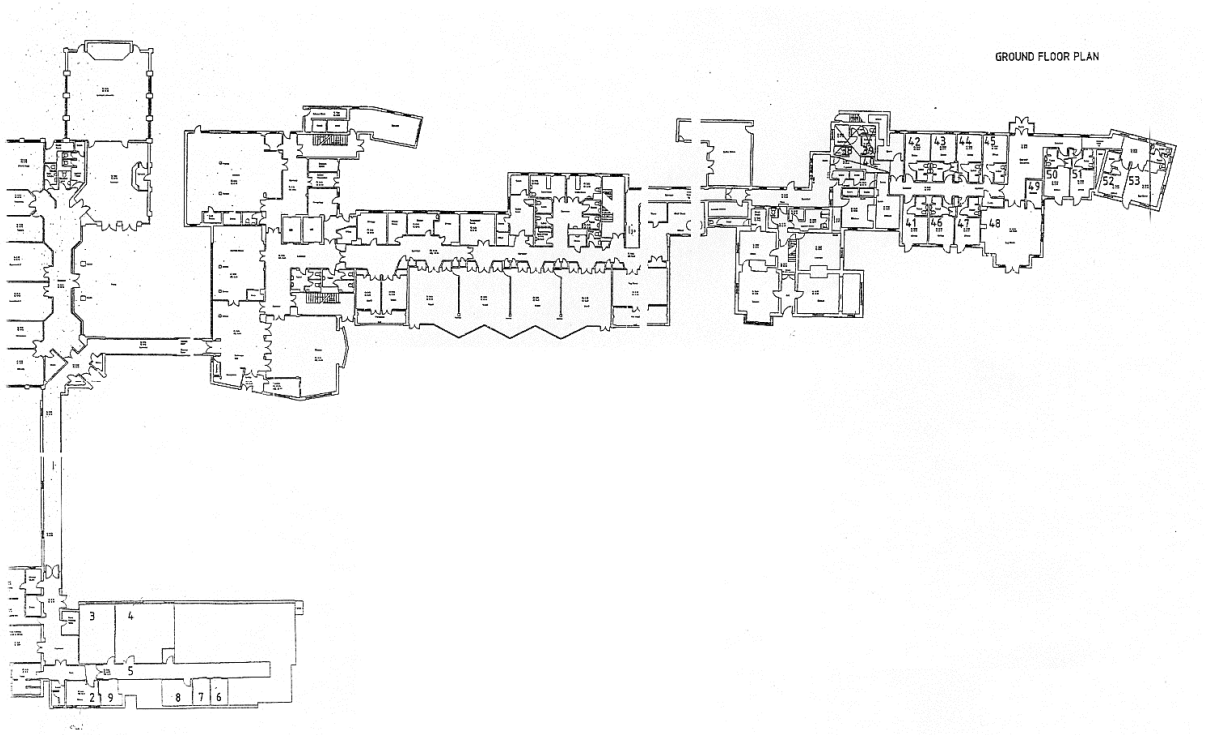
L'unité Pembridge de l'hôpital Saint Charles à Londres (2000) ainsi que la réhabilitation de l'hospice Sainte Gemma de Leeds (2001) proposent une nouvelle alternative avec des chambres de deux lits. L'hospice de Leeds, tout comme l'hospice Saint Christopher et l'hospice Saint Joseph sont des constructions de la première génération. Leur réhabilitation touche en priorité la transformation des chambres d'origine de quatre lits. La première phase des travaux à Sainte Gemma concernait la partie résidentielle. Les nouvelles chambres proposent aujourd'hui un standing de l'ordre d'un service hôtelier de bonne qualité. Une cloison courbe entre

deux chambres délimite l'espace du lit de celui du « living » (meublé d'une table ronde et de chaises en bois) en relation directe avec le balcon ou la terrasse. Les courbes dans les chambres ne sont pas une figure de style, elles ont été imposées par la structure existante. Celle-ci est une grille de poteaux de 6mètres d'entraxes ce qui est trop grand pour une chambre individuelle et trop petit pour deux chambres si on divise cet espace en deux par une cloison rectiligne. Les chambres en quinconce deux à deux laissent ainsi un espace plus grand au niveau du lit et plus étroit pour le « living »[402].

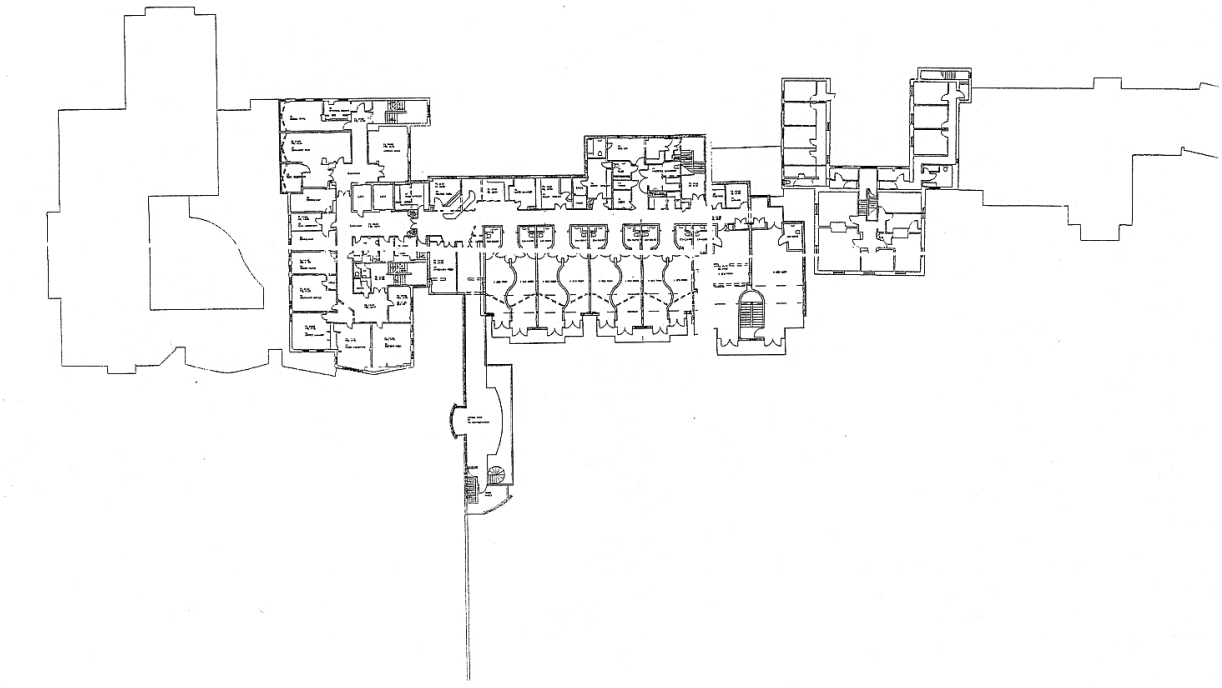


L'unité Pembridge de l'hôpital Saint Charles à Londres, 2000

[402] Nous passons, dans ce développement sur les aspects techniques et hygiéniques de la conception d'une chambre. Ils ne sont toutefois pas absents des préconisations données par les architectes. Ils concernent notamment le contrôle des odeurs, qui peuvent être une nuisance. Pour cela il est préconisé que le courant d'air provenant des fenêtres des grandes baies soit contrôlé pour avoir une pression négative.
De plus, les toilettes handicapées et les douches doivent être le plus proche possible des chambres, de même que les salles de bain normales et assistées. Il a été observé que les toilettes ne doivent pas être blanches (clinique) mais avoir un caractère chaleureux et joyeux, car certains patients y passent beaucoup de temps. Peut-être doivent-ils avoir une étagère pour les livres et des images accrochées aux murs. « Terminal care », Cox, Anthony & Groves Philip, *op.cit.*.



Hospice Sainte Gemma avant réhabilitation portant en premier lieu sur les chambres de 4 lits et leur façade « pliée)



Projet de réhabilitation des architectes Jane Darbyshire et David Kendal, 2001. Les chambres sont divisées en deux grâce à des parois courbes.

Hospice Sainte Gemma en cours de réhabilitation, 2001. Vue de l'extension construite sur le jardin et les balcons des chambres

Chambre pour deux personnes

Salon commun

L'apparition, dans la conception architecturale des hospices, de chambres de deux lits, choix délibéré ou contraint par des raisons techniques, ainsi que l'inversion des proportions chambres de quatre lits/chambres individuelles dénote de l'évolution des besoins dans la prise en charge palliative; mais également des sensibilités. Si les choix conceptuels des architectes suivent ces évolutions, ils n'en restent pas moins, en droite ligne de la conception des premiers hospices, attachés à des considérations touchant, en premier lieu, à la psychologie des mourants.

Vocabulaire architectural

Le vocabulaire que les architectes déclinent aujourd'hui dans la conception des récents hospices, emprunte de nombreux éléments au lexique domestique. Ce vocabulaire participe à la recherche du caractère d'un hospice, équilibre entre la maison et l'institution curative. Les premiers hospices conçus répondaient à la même recherche d'image, mais n'intégraient toutefois pas d'éléments symboliques de la maison pris tel quels. Seuls les dispositifs spatiaux suffisaient, à l'époque, à suggérer l'espace de vie familial. Il semble que les sensibilités aient évolué puisque leur image est remise en cause et jugée, aujourd'hui, trop hospitalière. Parmi les éléments les

plus significatifs empruntés à la maison se trouvent la cheminée, le mobilier, les matériaux et la cuisine comme dispositif. La cheminée symbole du foyer est devenue quasiment incontournable dans les salons des hospices. Les matériaux sont choisis pour être chaleureux, quitte à ne pas présenter toutes les qualités hygiéniques requises dans un lieu de soin. Le linoléum communément présent dans les premiers hospices est remplacé par de la moquette. Les meubles ni trop contemporains ni particulièrement anciens sont choisis dans un registre susceptible de plaire au plus grand nombre. Généralement en bois et tissus pour les fauteuils, ils s'intègrent au décor « cosy », qui dans ce cas se comprend sous toutes les acceptations du terme : confortable, douillet, intime et rassurant. Dans les hospices récents, la décoration vient en complément du choix du système constructif traditionnel qui, quasiment à lui seul, suffirait à créer une atmosphère domestique.

Hospice in the Weald

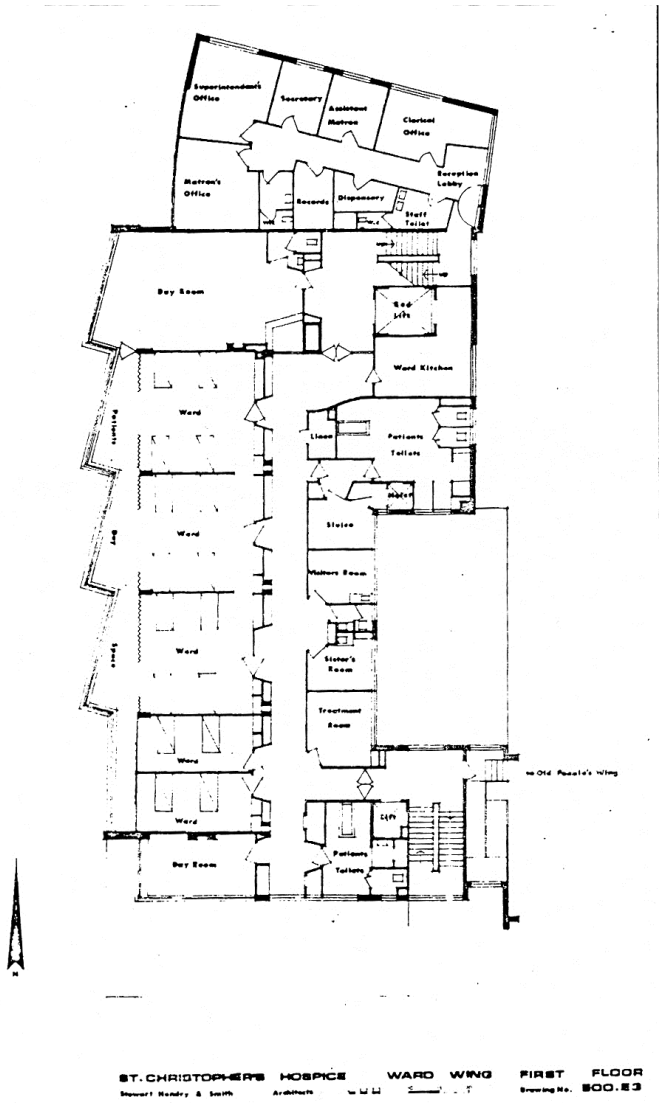
Hospice Saint Oswald

Haut : Centre Marie Curie, Newcastle
Bas : Hospice Saint Anne, Little Hulton

4- Evolution des structures en Grande-Bretagne : vers un plan type

« L'histoire » plus longue des structures d'accueil en Grande-Bretagne, permet de tracer quelques grandes lignes de l'évolution des besoins et des concepts de conception des bâtiments.
Si les premiers hospices n'étaient que des réhabilitations ou des adaptations de bâtiments préexistants comme Saint Luke, Saint Joseph ou même Trinity Hospice, les constructions nées du *Mouvement Moderne des Hospices* sont les premières à être pensées et conçues spécifiquement dans le but de recevoir des mourants.

L'hospice Saint Christopher, réalisé en 1967, précédemment évoqué, constitue un véritable modèle du point de vue médical mais également pour des architectes venus d'outre Atlantique. Il a influencé la conception de la partie résidentielle de l'hospice Sainte Gemma à Leeds qui lui emprunte les « pliures » si caractéristiques de sa façade. Mais peut-être était-ce simplement une conception dans l'air du temps dans les années 1960, puisque la construction de l'aile résidentielle de l'hospice Saint Joseph, réalisée en 1957, adoptait déjà ces principes (même si la façade de présente pas de « pliures »). Malgré leur petit nombre, ces bâtiments constituent une première génération d'hospices qui tire son importance de la traduction architecturale quasiment littérale des principes originaux de la prise en charge palliative inaugurés avec la fondation du *Mouvement moderne des hospices* par Cicely Sanders.

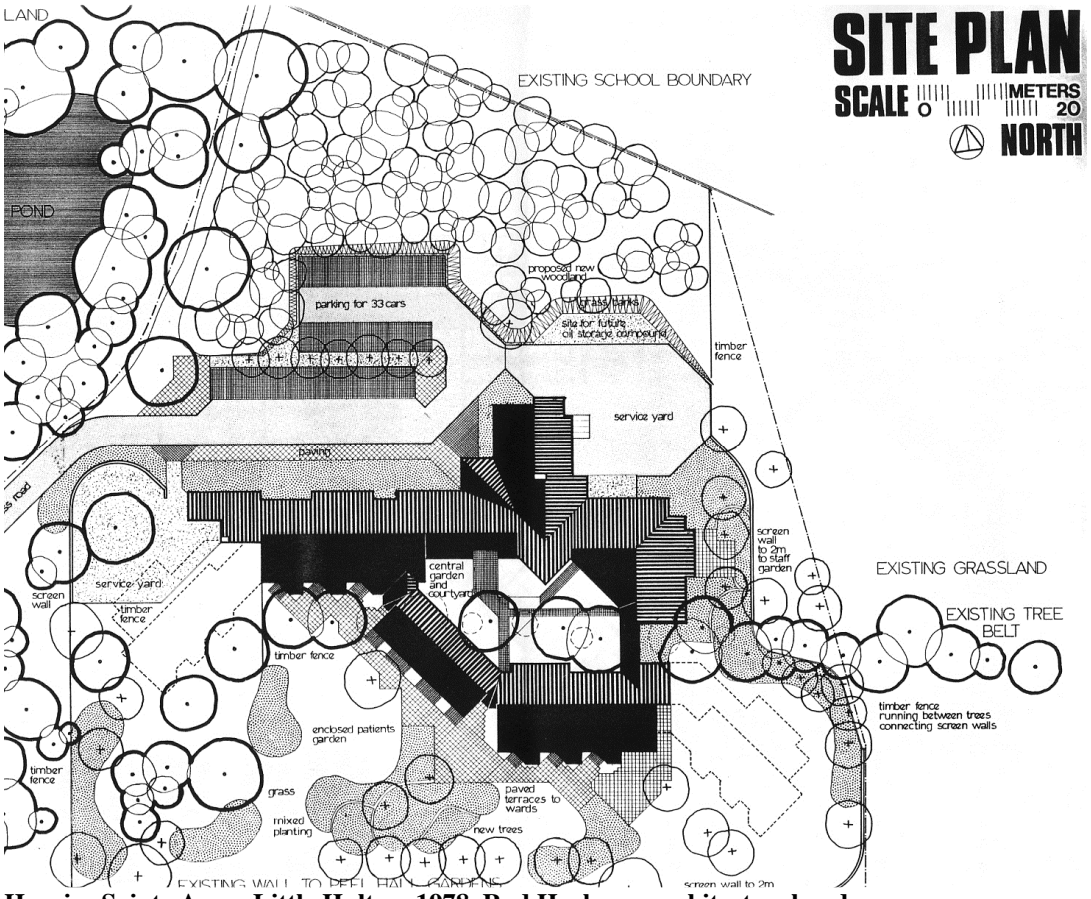


Plan du premier étage de l'hospice Saint Christopher, 1967

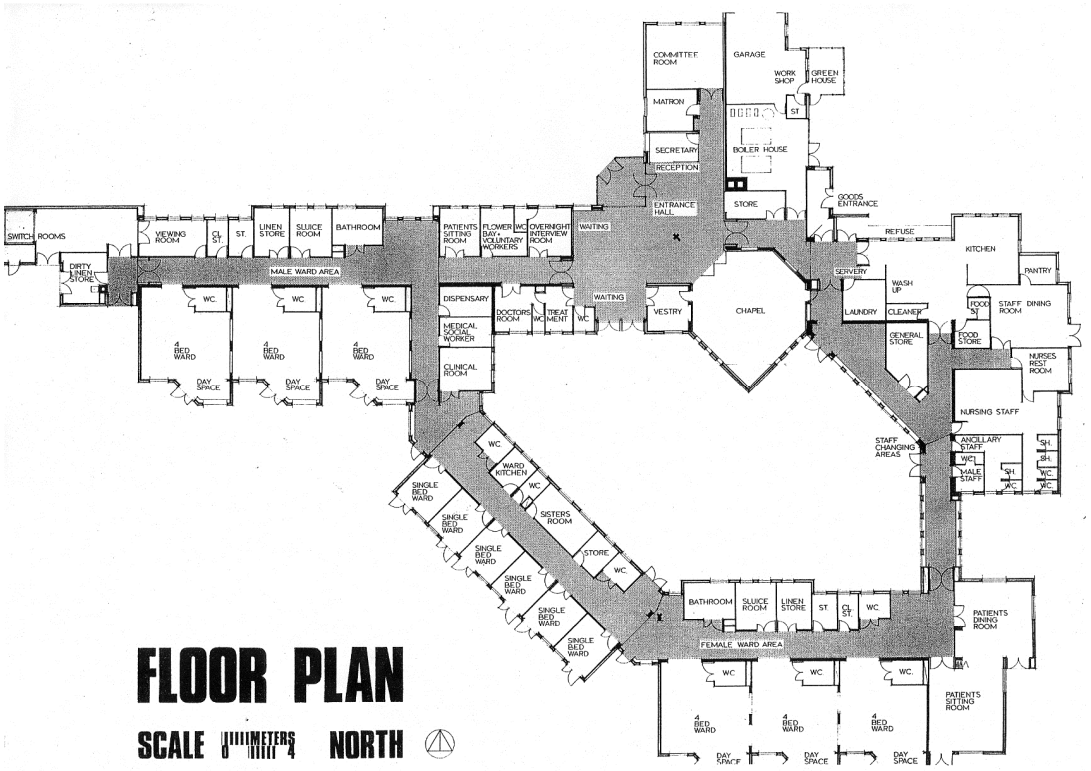
Haut : Façade des chambres de l'hospice Saint Christopher
Milieu : Hospice Saint Gemma avant réhabilitation
Bas : Hospice Saint Joseph, 1957, avant réhabilitation

Presque simultanément à cette première génération d'hospices « modernes », une deuxième génération est née sur le modèle de l'hospice Sainte Anne (Little Hulton), conçu par l'architecte Rod Hackney. L'hospice Sainte Anne ouvre ses portes en 1978, mais les principes de sa conception architecturale font l'objet dès 1967 d'une « expérimentation » dans la transformation d'anciens bâtiments du Cheadle Royal Hospital en hospice à Heald Green. Rod Hakney est le premier architecte à se détacher du modèle du Saint Christopher pour proposer une traduction différente des principes de la philosophie de la prise en charge palliative. Alors que les premiers

hospices regroupent et superposent les étages des chambres, Rod Hackney conçoit un bâtiment entièrement de plain-pied organisé autour d'une cour centrale polygonale sur laquelle, se greffent des extensions. Ce dispositif présente de nombreux avantages : la compréhension globale du bâtiment, la possibilité de regrouper des activités dans une branche tout en restant proche du cœur, la différenciation facile des circulations (entrées des malades et des visiteurs, départs des convois mortuaires, livraisons, etc..), la création d'un parcours circulaire annulant l'impression, pour les malades désorientés, d'être enfermés, l'éclairage naturel de la totalité des locaux, la possibilité d'ouvrir chaque chambre sur l'extérieur, et enfin, la possibilité d'agrandir l'hospice par l'ajout d'une branche. D'autre part, Rod Hackney est le premier architecte à opter pour un système constructif traditionnel, changeant ainsi radicalement l'image de l'hospice.



Hospice Sainte Anne, Little Hulton, 1978, Rod Hackney, architecte, plan de masse



Hospice Sainte Anne, Little Hulton, plan « type » de la seconde génération d'hospices

La conception de l'hospice Sainte Anne semble constituer un véritable type, puisque l'on retrouve sa déclinaison dans la conception des hospices contemporains publiés, récompensés par des prix du RIBA et considérés comme des références en Grande-Bretagne. L'hospice Saint Oswald et le futur hospice pour enfants Marie Curie de Newcastle, ou encore l'hospice Princesse Alice, réalisé en 1985 par les architectes Hutchison Locke & Monk, adoptent des principes similaires de composition[403].

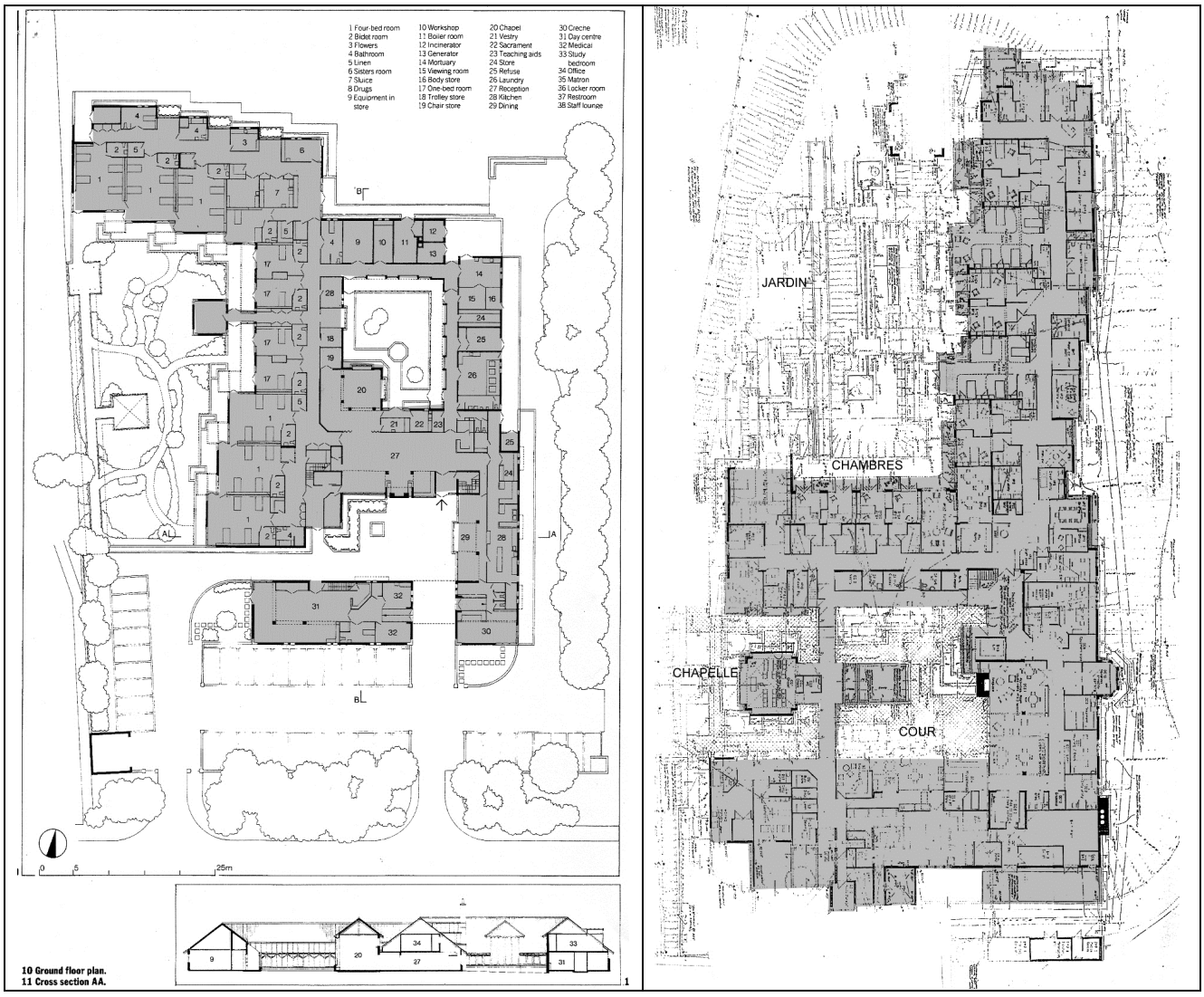
Pour preuve de son institution en type, le plan a été dénommé « The Macmillan Layout ». Même si les auteurs des hospices contemporains ne revendiquent pas officiellement cette référence, les principes d'organisation restent identiques. Cette dénomination proviendrait, selon l'architecte Ian Clarke de Newcastle, d'une analogie avec les villages Macmillan, composés d'un green central autour duquel viennent se greffer constructions et voies de dessertes.

[403] Il est à noter que le bon fonctionnement de ce plan type ne peut être possible que dans une situation géographique identique. C'est-à-dire sur un terrain suffisamment grand pour accueillir les extensions futures et un paysage naturel autour.

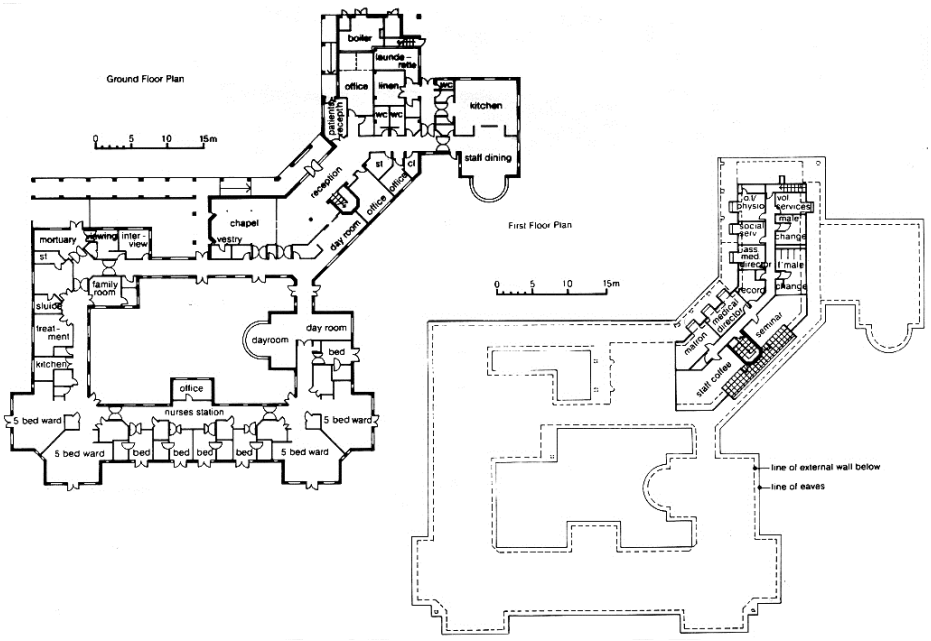
Cour intérieure, Sainte Anne Little Hulton

Marie Curie Newcastle

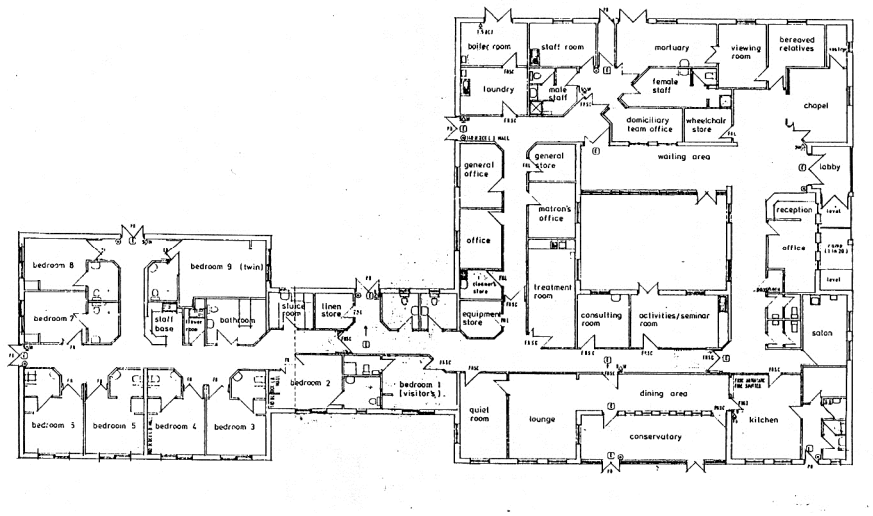
Saint Oswald



Hospice Saint Oswald et centre Marie Curie, Newcastle, Jane Dabyshire & David Kendal, architectes



Hospice Princesse Alice, réalisé en 1985 par les architectes Hutchison Locke & Monk



Plan de l'hospice Prince of Wales

Cette enquête menée en Grande-Bretagne sur la conception architecturale d'hospices cités comme références par les différents professionnels investis dans la prise en charge palliative aurait pu révéler un paysage totalement disparate. Au contraire, elle fait apparaître des principes de conception très homogènes chez les architectes qui vont jusqu'à adopter un plan que l'on pourrait aujourd'hui qualifier de « type », décliné de la fin des années 1960 à nos jours, reconnu et récompensé par les instances garantes de la discipline architecturale en Grande-Bretagne.

Les principes développés par les concepteurs s'attachent particulièrement à donner une traduction spatiale des valeurs fondatrices de la prise en charge palliative en

créant des dispositifs susceptibles d'être le support de pratiques spécifiques. Ces dispositifs sont ainsi conçus pour permettre, inciter ou ne pas perdre le lien entre le mourant et ses proches, les soignants ou la société à travers les bénévoles. Ils peuvent encore chercher à encourager la mobilité ou à soulager, dans une certaine mesure, la souffrance psychologique des patients et des accompagnants. L'ensemble des ces principes est basé en premier lieu sur des préoccupations d'ordre psychologique, ce qui, à la fin des années 1960, constitue une position très originale et militante au regard de la conception des établissements de soins soumis, en Angleterre comme ailleurs, à l'impérialisme du fonctionnalisme.
Si, par ailleurs, l'histoire plus longue des structures d'accueil en Grande-Bretagne met en évidence une évolution des sensibilités quant à la conception de l'image domestique que doit donner une telle institution, les concepts théorisés dans les préconisations des architectes, des années 1970 à nos jours, n'en restent pas moins dans une continuité et toujours attachés à la psychologie des usagers.

Cette enquête exclusivement axée sur les hospices ne doit toutefois pas laisser croire que la création de structures d'accueil spécialisées et indépendantes constitue la panacée en matière de prise en charge palliative. En effet, Cicely Sanders, dès l'origine, estimait que la prise en charge ne devait pas se limiter à être dispensée dans des structures indépendantes. Les nouvelles attitudes et compétences pouvaient être ainsi pratiquées dans une variété de dispositifs. Pour Cicely Sanders, il était plus important de disposer de chambres spécialisées dans les hôpitaux, des soins palliatifs dispensés à domicile et des équipes hospitalières travaillant en relation avec les médecins de ville, que de développer des unités spéciales. Il s'agit toutefois d'un dispositif qui s'est trouvé incontournable notamment à l'origine comme réaction à l'inadaptation des soins curatifs dispensés aux mourants dans les hôpitaux, comme centre de référence pour la formation des professionnels et le développement d'une nouvelle discipline, et comme accueil des personnes ne pouvant être maintenues à domicile. Le développement d'unités de soins palliatifs au sein des hôpitaux répond aujourd'hui à l'idée très tôt formulée que la philosophie des soins palliatifs ne pouvait pas être le monopole d'une entité individuelle, mais devait être le soin basique de tout soin de santé. Au lieu de créer un système de services séparés, il était nécessaire d'introduire les concepts des soins palliatifs dans les autres services de soin, et de transformer la médecine entière en une activité holistique de soin.

Aujourd'hui, la pratique palliative est développée dans plus de soixante pays du monde. Par des formes institutionnelles diverses, les soins palliatifs ont dû s'adapter aux caractéristiques du système dans lequel ils prenaient place. Une recherche menée en 2002 par Henk Ten Have et David Clark cherche à déterminer pour sept pays de l'Europe de l'ouest (Royaume Uni, Allemagne, Suède, Italie, Belgique, Espagne et Pays Bas), selon quelles valeurs et sous quelles formes s'est exportée la prise en charge palliative telle qu'elle a été définie dans le *Mouvement moderne des hospices*[404]. Les chercheurs mettent en évidence la variété de dispositions dans lesquelles les soins palliatifs sont délivrés : domicile, quasi-domicile et institution, dispositions qui ne sont pas priorisées uniformément selon les pays. Au début de la période étudiée (1967 à 1991), ils soulignent l'évidente influence du Saint Christopher et de sa fondatrice. Certains pays ont fondé des hospices cherchant à transplanter le concept du Saint Christopher plus ou moins intact. D'autres impressionnés par le modèle, en ont vu les limites et ont essayé de l'adapter au contexte local.

Les différentes interprétations du modèle original ont conduit certains pays, comme la Suède et l'Italie, à rejeter explicitement le modèle de l'hospice ou de l'institution indépendante pour développer en priorité un service de soins à domicile. Toutefois, selon cette recherche, les lieux de séjour constituent le fondement des services de soins palliatifs dans 5 des 7 pays. Au Royaume Uni, après les hospices pionniers, sont apparues, au milieu des années 1970, les premières unités de soins continus (comme elles étaient nommées à l'époque) au sein du National Health Service, le plus souvent comme des services spécialement conçus dans des hôpitaux de soins aigus. Depuis le milieu des années 1990, ces unités représentent environ ¼ des services soins palliatifs en Grande-Bretagne.

En Allemagne, les lieux de séjour à la fin des années 1990 sont perçus comme inadéquats. Il est alors estimé que seulement 1 ou 2 % des patients, en phase terminale du cancer, peuvent être pris en charge dans une unité spécialisée ou un hospice. Seulement trois unités ont été établies dans les universités allemandes depuis 1998, à Cologne, Berlin et Göttingen.

[404] Henk ten Have ; David Clark, *The ethics of palliative care, European perspectives,* Open University Press, Great Britain, 2002.

En Espagne le contexte hospitalier a été le moteur du développement initial des soins palliatifs. Depuis 1999, 23 unités hospitalières ont été créées contre un seul hospice indépendant, CUDECA à Malaga, réalisé dans le but de soigner la communauté expatriée de la Costa del Sol.
En Belgique, le nombre de lits à l'hôpital a été décidé par un décret royal de 1997, selon un calcul des besoins, basé sur un chiffre de 360 lits pour tout le pays, répartis dans des départements de 6 à 12 lits chacun, pour être éventuellement dispersés sur tout le territoire belge.
Aux Pays Bas, les efforts se sont portés sur la création de 6 centres académiques de soins palliatifs, partie d'une réforme d'ensemble cherchant à intégrer les hospices danois au sein du système de santé. Finalement, les Pays bas comptent uniquement deux unités hospitalières.

La France, quant à elle, a choisi d'intégrer les soins palliatifs au sein des structures hospitalières. Selon les chiffres de la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs, elle compte en 2004, 78 unités de soins palliatifs et 225 équipes mobiles de soins palliatifs ainsi qu'un réseau de soin constitué. Comment le modèle anglo-saxon a-t-il été importé en France ? Sous quels aspects, la philosophie originale de la prise en charge palliative a-t-elle survécue, et sous quels autres s'est-elle transformée, adaptée à un système de soins et à une culture différente ? L'existence d'une réflexion sur la conception architecturale d'un hospice a-t-elle été prise en compte par les architectes appelés à réfléchir sur la création des premières structures d'accueil ? Ces questions nous conduisent à examiner le contexte d'émergence des soins palliatifs en France ainsi que les réflexions des architectes chargés de la conception des premières structures d'accueil.

II- LES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ET LA CONCEPTION ARCHITECTURALE DE LA PREMIERE UNITE DE L'AP-HP

L'émergence des soins palliatifs en France survient, comme le retrace le sociologue Michel Castra, au cours d'une reformulation des représentations collectives du « mourir » et de la mort qui commence grossièrement au début des années 1970[405]. Cette « survenue » dans le monde médical, puis dans la société, résulte d'un double mouvement : l'importation du modèle existant dans les pays anglo-saxons et son adaptation à une culture et à un système de santé spécifiques. D'élément étranger importé, les soins palliatifs vont alors contribuer à leur tour à façonner et parfaire les représentations de la fin de vie et de la mort en France jusqu'à devenir aujourd'hui, dans les discours, assimilés ou synonymes de « fin de vie ».
L'émergence de la médecine palliative en France va aussi se traduire par la nécessité de créer des lieux spécifiques, supports d'usage de nouvelles pratiques. C'est notamment la création de la première unité de l'Assistance Publique spécifiquement conçue pour accueillir des personnes malades-mourantes qui nous intéresse particulièrement. Avant la création de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif, il existe, en France, une unité hospitalière ouverte en 1987 par le docteur Abiven à l'Institut Mutualiste Montsouris et sept établissements privés participant au service public hospitalier recevant des personnes en fin de vie, dont la Maison médicale Jeanne Garnier, centre de référence en matière de prise en charge palliative[406]. L'unité du Docteur Abiven est le réaménagement d'un service hospitalier courant marqué par un couloir central distribuant des pièces de part et d'autre, tandis que la Maison médicale Jeanne Garnier, jusqu'à sa réhabilitation en 1994, occupe des locaux datant du XIXe siècle.

Au delà de l'intérêt que représente l'analyse de la conception et la mise en espace d'un programme auparavant inexistant, cette unité, par son statut de pionnière à l'Assistance publique est investie d'un rôle important si l'on considère qu'au moment

[405] Michel castra, *Bien mourir,* Presses Universitaires de France, Paris, 2003.
[406] Ces structures d'accueil sont des établissements confessionnels, existants avant la circulaire de 1986, pour mourants ou personnes âgées, qui n'ont pas été conçu spécifiquement pour recevoir des personnes en phase terminale de vie.

de sa réalisation, elle est le point visible de l'engagement de l'institution hospitalière face à la question de la fin de vie. Par ailleurs, le médecin chargé de « mettre au monde » la première unité de l'Assistance publique appartient au cercle restreint des promoteurs des soins palliatifs qui ont travaillé à les faire accepter en France tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution curative. Au moment où ces promoteurs sont en pleine recherche de légitimation d'une « nouvelle pratique », la réalisation d'une unité vient offrir une visibilité sociale ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle de leur travail. Cette unité est plus qu'un simple projet, elle peut être considérée comme un manifeste des valeurs des soins palliatifs que l'on souhaite promulguer à cette époque. Pourtant le bâtiment conçu par les architectes n'a pas comblé toutes les attentes des commanditaires.

Les tensions au cours des études et du chantier, qui se sont manifestées entre la maîtrise d'ouvrage et les architectes, ont pour effet de révéler, pour les parties impliquées, les différences de représentations de la réponse pressentie. Ces tensions permettent de mettre en lumière ce qui n'est jamais inscrit dans un programme, mais pourtant inhérent à construction de tout édifice : la représentation que se font respectivement les commanditaires et les architectes d'un bâtiment répondant à un certain type de programme.

Le développement suivant vise à saisir les décalages, dans les discours et dans les représentations sous-jacentes, mis en évidence par les désaccords et tensions au cours de la réalisation du projet. La méthode d'enquête a consisté à réaliser, d'une part, une série d'entretiens avec les principaux acteurs investis dans cette réalisation : maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, usagers (soignants) et, d'autre part, à consulter le matériel plus neutre des compte rendus de chantier et dossiers relatifs à la construction de l'unité dans les archives de l'Assistance Publique. Sans constituer l'objet principal de cette investigation, le contexte général d'émergence des soins palliatifs en France, constitue un éclairage important pour saisir l'importance des enjeux que représentait la création de la première unité de soins palliatifs de l'Assistance Publique. Si certains ouvrages sur les soins palliatifs, tracent une chronologie des principaux événements jalonnant leur émergence, seul, l'ouvrage de Michel Castra aborde le sujet du point de vue sociologique. Nous puiserons dans l'analyse de la construction du « segment » des soins palliatifs en France du sociologue qui cherche, d'une manière générale, à dégager l'idéologie véhiculée dans

les discours et la pratique palliative. Puis, l'analyse de l'objet architectural réalisé, confronté, point par point, aux discours des concepteurs et de la maîtrise d'ouvrage viendra, dans un regard croisé avec la sociologie cerner les modalités « d'apparition » et de création de la première unité de l'Assistance Publique.

A- L'émergence des soins palliatifs en France

Les principaux acteurs et pionniers des soins palliatifs en France constituent un petit cercle de personnes qui, promues spécialistes, se retrouvent dès les premières années, dans toutes les positions stratégiques permettant de diffuser les préceptes de la pratique palliative : médecin-chef de service, enseignant, consultant concerné par les décisions politiques en matière de développement des soins palliatifs, président d'association, etc. C'est le cas du docteur Sebag-Lanoé, chef du service de gériatrie de l'hôpital Paul Brousse, investie dès les premières heures dans la promotion des soins palliatifs en France, qui se verra confier la « mise au monde » de la première unité de soins palliatif de l'Assistance publique, en 1987.

Selon Michel Castra, le premier cercle des personnes engagées dans les soins palliatifs se caractérise par la double appartenance à deux mondes sociaux : le monde médical et le monde de la religion chrétienne.

> Certaines personnes qui reconnaissent l'influence du facteur religieux dans le mouvement des soins palliatifs tiennent toutefois à relativiser leur affirmation en soulignant l'ouverture de la discipline à des personnes non croyantes. Dans cette perspective, on pourrait interpréter le discours éthique que cherche à promouvoir le segment comme une tentative de laïcisation de la discipline. Toutefois ce discours éthique reste totalement en adéquation avec les valeurs de la morale chrétienne. [407]

C'est dans le partage de ces valeurs que le sociologue situe l'opposition radicale du groupe à l'euthanasie. Ce groupe intègre des personnes d'horizons divers, dont le père jésuite Patrick Vespieren. Le rôle de ce dernier est présenté comme central dans la mise en relation des personnes, dans le tissage d'un réseau qui peu à peu va constituer le noyau initial des promoteurs des soins palliatifs, unis par des liens d'amitié mais aussi par des convictions communes. Le père Vespieren, outre son

[407] Michel Castra, *op.Cit.*p. 50.

conséquent travail de diffusion des idées et du modèle anglais à travers l'organisation de rencontres et la publication d'articles, invite en 1978 le professeur canadien Balfour Mount à exposer le fonctionnement de la première unité de soins palliatifs intégrée à un hôpital. La conception de l'unité du Royal Victoria Hospital (Canada) est la première à casser l'image classique de l'hôpital en introduisant des éléments de la domesticité. Par ailleurs, l'intégration de ce type de soins au sein d'une structure hospitalière, selon le modèle canadien, s'avère culturellement plus proche du système institutionnel français que son développement au sein « d'hospices » indépendants. Les représentations de la fin de vie véhiculées par les modèles canadien et anglais conduisent les pionniers français à envisager une nouvelle définition du quotidien de la pratique hospitalière. La représentation de la phase terminale de l'existence des malades voit, dans la pacification et l'apaisement de cette période, une alternative positive à la représentation commune du moment, synonyme de violence et de déshumanisation. « La fin de vie est perçue de manière confuse comme un champ d'innovation possible »[408].

L'importation des soins palliatifs en France, pour Michel Castra, ne relève pas de la diffusion mécanique d'un modèle, uniforme et historiquement daté.

> [Il s'agit] davantage d'un phénomène de diffusion progressive, sporadique et aléatoire. Si l'on observe bien un transfert de technique de lutte contre la douleur, on ne peut pas véritablement parler d'importation d'un modèle : le processus d'importation s'accompagne en effet d'un travail d'adaptation, d'interprétation, de transformation, en fonction des attentes, des besoins et des contraintes des acteurs. Ainsi l'introduction des soins palliatifs en France relève également d'une innovation sociale. [409]

Si les premières actions des pionniers sont donc de l'ordre de l'initiative personnelle, basées surtout sur l'application de nouvelles techniques de lutte contre la douleur, peu à peu s'esquisse la construction d'une activité partagée et de valeurs communes.

Michel Castra analyse l'intégration des soins palliatifs en France selon les termes d'une stratégie relevant quasiment du plan de bataille. L'enjeu final de celle-ci est de déplacer les frontières ou de modifier les limites de la médecine sans s'exclure, puisque la finalité est de s'intégrer au système hospitalier existant. Les participants, pour gagner leur propre territoire, partent avec une triple difficulté : celle de

[408] Michel Castra, *ibid*. p. 53.
[409] Michel Castra, *ibid*. p. 55.

s'intégrer à un monde où les enjeux de pouvoir sont importants, celle liée au statut de la mort dans la société et celle liée au statut de la médecine définie avant tout par le curatif comme système de référence. Or, les soins palliatifs se caractérisent par l'inversion des priorités d'un service classique : un faible poids des techniques et thérapeutiques et une grande importance donnée au relationnel. Au regard des références existantes, cette discipline naissante risquait donc de souffrir d'un faible prestige et d'être reléguée au rang d'une simple « médecine de confort ».

La première étape de la « stratégie » consiste en la construction de l'identité du groupe, étape préliminaire à la reconnaissance de la légitimité de la pratique palliative tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution hospitalière. Cette construction est analysée en termes d'affirmation d'une culture et d'une histoire commune, d'élaboration d'une doctrine et d'une pratique qui passeront par la redéfinition des rapports médecine-fin de vie ou la réaffirmation d'une éthique collective de la fin de vie. Celle-ci s'appuie sur la dénonciation des conceptions de la mort définies comme « déviantes » dans la médecine curative : l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie et l'abandon du mourant.

> Les promoteurs de la discipline affirment détenir la solution aux demandes d'euthanasie. La stratégie consiste à "traduire" et à transformer la demande d'euthanasie du patient ou de sa famille en besoin de soins palliatifs, montrant ainsi que ces soins constituent un moyen parfaitement adapté pour tarir la source même de l'euthanasie. Les partisans des soins palliatifs revendiquent la capacité, grâce à leur expérience et à leur savoir-faire, de réduire, voire même de supprimer ces demandes. [410].

Par opposition, les praticiens des soins palliatifs vont formuler leurs propres valeurs qui, selon le sociologue, déterminent des prescriptions normatives nécessaires à une « bonne » prise en charge. Elles posent ainsi les bases des pratiques « idéales » qu'il convient d'adopter à l'approche de la mort. L'affirmation d'une culture et d'une histoire commune se construit, quant à elle, par l'inscription dans une longue tradition d'assistance aux mourants. La référence constante à l'histoire et aux « mythes fondateurs » que représentent les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross et Cicely Sanders, est analysée comme un moyen de situer les soins palliatifs à l'opposé d'une « mode ».

[410] Michel Castra, *ibid*. p. 63.

La seconde étape, selon la vision stratégique de Michel Castra, consiste en une entreprise de valorisation de la pratique palliative face à la pratique curative dominante. Les promoteurs des soins palliatifs vont avancer un nouveau modèle culturel de la fin de vie, basé sur l'idée que la prise en charge palliative accordant une place prépondérante au registre du relationnel, de la psychologie et de la psychanalyse, serait en somme constitutive de l'essence même de la médecine. Le questionnement éthique des acteurs des soins palliatifs est également vu comme un outil efficace de valorisation symbolique de la discipline.

> On entend redéfinir la démarche éthique à l'approche de la mort, inscrivant ainsi les soins palliatifs dans un processus de construction de normes et d'interprétation des règles traditionnelles de l'éthique médicale. En s'appuyant sur des principes et des valeurs "humanistes" (souci de solidarité, appel à la dignité, la liberté et l'intégrité physique, notion de respect de la vie et de la personne, respect des choix de l'individu malade ou de son autonomie), les promoteurs donnent des règles de conduite et des repères, des normes susceptibles de réguler leur pratique médicale. […] Le développement d'une telle argumentation fonctionne ici comme un puissant outil de légitimation ou les soins palliatifs sont assimilés à une éthique de la fin de vie auprès de leurs pairs.[411]

Intégrer les soins palliatifs dans la société représente un enjeu de taille d'autant que les soins palliatifs sont quasiment inconnus des politiques et du grand public au début des années 1980. Et pourtant, en quelques années, les promoteurs des soins palliatifs, par le biais d'associations, deviennent les interlocuteurs incontournables dans les débats sur la fin de vie. Le réseau associatif permet de diffuser un discours social, de formuler publiquement la fin de vie comme problème sanitaire et social et d'occuper une place légitime en dehors de l'institution curative. Le discours des associations vient alors renouveler les débats en s'opposant à celui de *l'association pour le droit de mourir dans la dignité* (ADMD), fondée en 1980 qui milite pour la légalisation de l'euthanasie volontaire. Michel Castra voit, dans les discours des associations, la diffusion d'une représentation pacifiée et nostalgique de la mort donnée comme la bonne manière de mourir.

> La réappropriation des écrits particulièrement suggestifs de Philippe Ariès (qui offre un bon support pour la mise en scène de cet imaginaire social) s'inscrit en effet le plus souvent selon une logique normative qui vise à reconstruire une certaine conception de la mort avec laquelle il faudrait renouer. On en appelle alors à des sociétés ou des époques révolues mais objets d'idéalisation, sur lesquelles on projette "le fantasme proprement moderne d'une 'naturalité' perdue du rapport à la mort".

[411] Michel Castra, *ibid*. p. 79.

> L'âge romantique de la "mort apprivoisée" du Moyen-Age évoquée par Philippe Ariès constitue sans doute l'Archétype de ce discours associatif et profane qui prédomine dans les années 1980. Au travers de leur mission sociale, la volonté affirmée de "changer les conditions de la mort", le souci du "bien-être du malade mourant", "l'humanisation de la mort, "la promotion d'une éthique de la fin de vie" constituent autant de facettes du discours moral véhiculé par les associations. [412.]

En 1984, profitant d'une certaine visibilité sociale et médiatique grâce à son opposition à l'ADMD, les promoteurs des soins palliatifs engagent le débat public en définissant la situation des mourants comme problématique. En 1985, Edmond Hervé confie à Geneviève Laroque la mission de proposer des mesures d'amélioration pour les conditions de prise en charge des personnes malades en fin de vie. Cette mission conduit à la rédaction d'une circulaire ministérielle en août 1986 qui constitue la reconnaissance officielle, institutionnelle, externe à l'hôpital, de la fin de vie comme problème social. La question de la fin de vie ne se pose plus en termes de droit individuel à mourir mais en termes d'organisation des soins aux mourants et de gestion médicalisée de l'approche de la mort. Cette organisation préconise, pour la première fois, la création de petites unités spécialisées au sein des hôpitaux. La circulaire ouvre donc officiellement la voie au développement de cette pratique au sein de l'institution hospitalière et à la mise en place de formations et filières d'enseignement. En gagnant une légitimité à travers le politique, le groupe gagne du même coup, son droit d'existence au sein du monde médical.

L'analyse réalisée par le sociologue Michel Castra sur l'émergence des soins palliatifs en France, situe à quels niveaux se placent les débats dans les années 1980. Les enjeux sont importants et touchent tout aussi bien l'Institution hospitalière que la Société d'une manière globale. Ceci constitue un éclairage important permettant de saisir ce que représente, en 1987, la création de la première unité de soins de l'Assistance publique et l'importance de l'image qu'on souhaite lui donner.

[412] Michel Castra, *ibid*. p. 97.

B- Les enjeux de la création de la première unité de l'AP-HP

En 1986, au moment où est rédigée la circulaire ministérielle en faveur du développement des soins palliatifs[413], il n'existe, en France, qu'une seule unité hospitalière qui, par ailleurs, ne fait pas partie à l'Assistance publique. En septembre 1987, l'hôpital Paul Brousse rédige un rapport sur un projet de création d'une unité de soins palliatifs dans ses locaux. Ce dernier insiste sur la nécessité pour une institution comme l'Assistance publique de ne pas se situer à la traîne en matière d'innovation.

> L'assistance publique ne peut pas confirmer sa position de premier hôpital de France voire d'Europe en ne favorisant pas une activité innovante comme doit être ressentie aujourd'hui l'activité de soins palliatifs : la création en son sein d'un centre pilote participerait à son rayonnement.[…] N'est-il pas d'ailleurs paradoxal de constater que la première U.S.P. a été créée dans le champ géographique du C.H.R. et U. de Paris, mais en dehors de sa structure même, à l'hôpital de la Cité Universitaire ?[414].

D'autre part, les rédacteurs de ce rapport destiné à convaincre la direction générale de l'institution mettent en avant les obligations et missions dues au caractère spécifique du service public. « La prise en charge spécifique des malades en phase terminale n'est-elle pas une mission de service public à laquelle les hôpitaux publics ne pourront pas échapper dans les années qui viennent ? Pionnière, l'assistance publique doit être présente »[415]. Ces arguments sont accompagnés du malheureux constat que, malgré les discours et la bonne foi des équipes médicales, cette mission est mal ou n'est pas assurée : la mort est trop souvent considérée comme un échec technologique. Comme tout échec, elle induit des comportements et des attitudes peu propices à l'aide que sont en droit d'attendre les malades ou leur famille.

Ce plaidoyer en faveur de la création d'une unité de soins palliatifs auprès de la direction générale pourrait laisser penser que cet argumentaire est destiné à obtenir des fonds. Il n'en est toutefois rien, et l'ensemble de ce rapport ne cesse de justifier la bonne foi de l'entreprise engagée.

> Il est important de souligner que la démarche de la direction de l'établissement n'est pas négative, en ce sens qu'elle ne tend ni à obtenir par une voie détournée des moyens supplémentaires pour une autre activité, ni à remplacer, par simple

[413] Circulaire du Ministère des affaires sociales et de l'emploi n°86-32bis (Bulletin officiel) « soigner et accompagner jusqu'au bout », 1986.
[414] *Rapport sur u projet de création d'une unité de soins palliatifs à Paul Brousse,* Hôpital Paul Brousse, septembre 1987. Archives AP-HP, dossier n°555W118.
[415] *Ibid*.

> opportunité du moment, une activité déclinante. Ce projet n'est que l'aboutissement d'une volonté commune, direction-corps médical, d'assurer une nouvelle mission vis-à-vis des malades qui nous sont confiés et de leur famille. [416]

Le financement de l'opération se fera par redéploiement des ressources existantes comme le prévoit la circulaire d'août 1986. Dans ce rapport la direction de l'hôpital Paul Brousse affirme clairement sa volonté et son ambition de concevoir une unité modèle.

> Il est important de souligner que, conçue comme une unité pilote pour l'Assistance publique, devant servir de modèle « exportable », l'U.S.P. de Paul Brousse devra bénéficier dans sa réalisation comme pour son fonctionnement de moyens à la hauteur de ses ambitions : moyens non inflationnistes, mais réalistes, évalués au plus juste en fonction de l'organisation adoptée et des missions qui lui seront imparties.[417]

Dans l'ambition de créer un modèle « exportable », on saisit ici l'importance que représentait (entre autres) l'image de l'unité pilote. L'enjeu, s'il concerne en premier lieu l'hôpital Paul Brousse en tant qu'instigateur du projet, s'étend à l'ensemble de l'Assistance publique et met également en cause la crédibilité des promoteurs des soins palliatifs. A ce stade, la définition d'une unité de soins palliatifs est encore générale. Le rapport ne précise pas la forme que doit prendre l'entreprise mais définit ce qu'une U.S.P. doit être, et ce qu'elle ne doit pas être, ainsi que les grandes lignes de ses missions : soins, enseignement et recherche.

> [Une U.S.P. ne doit pas être] un lieu d'isolement pour cacher la mort qui dérange, un "mouroir" où seraient concentrés des malades dans les heures qui précèdent leur mort, un service où seraient accomplis des gestes actifs précipitant l'ordre normal des choses, et enfin un refuge de ce qui est souvent ressenti comme un échec de la technologie médicale.[Par contre, une U.S.P. doit être :] un secteur de prise en charge, d'assistance, d'accompagnement, d'aide psychologique et médical dans l'intérêt fondamental des malades eux-mêmes et de leur proches, où le savoir faire des équipes de soins et l'humanisme hospitalier doivent s'exercer.[418]

C- Concours Variations architecturales sur la fin de vie

S'il est important de replacer la conception de la première unité de soins palliatifs de l'Assistance publique dans son contexte, notamment dans le processus d'émergence

[416] *Ibid*.
[417] *Ibid*.
[418] *Ibid*.

d'une quasi discipline au sein du monde médical, il est aussi nécessaire de regarder la production architecturale du moment concernant particulièrement les structures de soins.

En effet, le début des années 1980 marque la volonté d'un certain renouveau de l'image de l'hôpital. Ceci s'avère facilité par l'instauration en 1978, des concours d'architecture et d'ingénierie qui ouvrent la conception architecturale hospitalière à des architectes non spécialistes, tandis que la politique des modèles est définitivement abandonnée.

L'architecture d'Aujourd'hui, dans un numéro spécial « santé », dresse un premier bilan des préoccupations qui habitent, en avril 1988, les maîtrises d'ouvrage et les maîtrises d'œuvre en matière de conception architecturale hospitalière[419]. Selon la revue, à l'uniformité rigide de la construction hospitalière des années 1960-1970, a succédé une politique du « coup par coup ». Les besoins moins importants en nombre de lits réduisent la taille des opérations. Même si, selon de vieilles habitudes, la fonctionnalité prime encore, l'hôpital cherche à construire une image plus « humaine », à s'ouvrir sur la ville, et affronte la réhabilitation de son patrimoine. Les projets montrés mettent en valeur deux problématiques : l'effacement du caractère institutionnel rigide à travers des interventions ponctuelles de petite échelle relevant parfois de l'architecture intérieure (réhabilitation d'un pavillon pour personnes âgées dans l'hôpital Emile Roux, centre d'urgence et de diagnostic rapide de l'hôpital Necker ou l'unité de soins palliatifs à Paul Brousse) ou la recherche d'une nouvelle morphologie pour l'hôpital. Les assemblages d'éléments de petite échelle prédominent, ainsi que la question de l'insertion urbaine (l'hôpital dans la ville, la ville dans l'hôpital qui se déclinera dans bon nombre de projets en rues intérieures avec boutiques et services de proximité). Les premiers projets issus des concours d'architecture et d'ingénierie sont présentés. Ils opèrent une rupture avec l'architecture standardisée des blocs des années 1960-1970 : l'hôpital Robert Debré réalisé par Pierre Riboulet, un bâtiment de l'hôpital Avicenne de Jean-Louis Veret, le projet du futur hôpital Georges Pompidou d'Aymeric Zublena et quelques réalisations récentes étrangères[420].

[419] *L'Architecture d'Aujourd'hui,* n°256, avril 1988.

[420] Notamment l'hôpital de Berlin-Neukölln (Josef Paul Kleihues architecte); l'hôpital cantonal à Scharzenburg en Suisse (Atelier 5) et l'hôpital universitaire du Sart Tilman à Liège (Charles Vandenhove, architecte).

La recherche d'une nouvelle image pour l'hôpital se lit également à travers la consultation lancée par l'Assistance Publique pour des lieux de vie adaptés aux handicaps des vieillards. Il s'agit en effet d'un problème urgent. Le constat de l'allongement de la durée moyenne de vie, de l'augmentation du nombre des personnes âgées de plus de 80 ans induisant une dépendance importante qu'elle soit liée à un handicap physique ou psychique, de l'inadaptation architecturale des établissements de long séjour, pousse Alain Gille, directeur des équipements de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris à engager, en 1986, une réflexion de fond sur le programme des lieux de fin de vie. Le renouveau souhaité par Alain Gille, « polytechnicien humaniste [qui] voit en effet dans les architectes à la fois des porte-parole du corps social et des porteurs d'utopie »[421], se lit dans l'appel à une réflexion pluridisciplinaire, que l'architecte doit traduire spatialement.

La grande majorité des équipes a répondu sur le thème de l'hébergement des personnes âgées et dépendantes. Le jury dégage sept tendances : l'institution adaptée (adoucir, favoriser l'intimité, adapter l'architecture aux handicaps) ; la maisonnée (regroupement d'un petit nombre de pensionnaires dans une structure proche de la maison) ; l'institution comme spectacle (l'activité mise en scène devient le support de nouvelles relations sociales) ; favoriser l'autonomie par la technologie ; réhabiliter le patrimoine dans l'idée du logement plus que celle de la structure hospitalière ; ouvrir l'hôpital sur la ville ; et enfin la dernière catégorie *crépuscule*, s'attachant à la question du mourir. Frédérique Gravelaine pour qui « certains ont projeté leurs fantasmes dans des visions crépusculaires et des approches conceptuelles »[422], règle le sort de ces projets d'une manière quelque peu définitive et hâtive. La journaliste balaye, à revers de fantasmes, l'intérêt de la démarche des concepteurs que nous avons pu analyser précédemment.
Ces trois projets auraient simplement pu marquer une recherche théorique si l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris n'avait confié à l'équipe Avant-Travaux, lauréate de la catégorie *crépuscule*, la réalisation de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse. Il faut voir dans ce concours les prémisses (pour les architectes) de la conception de la première unité de soins palliatifs à l'Assistance Publique.

[421] Frédérique Gravelaine, « Jusqu'à la fin », in *L'Architecture d'Aujourd'hui,* n°256, avril 1988.
[422] Frédérique Gravelaine, *ibid*.

D- La création de l'unité Paul Brousse

La fin de l'histoire de la réalisation de la première unité de soins palliatifs de l'AP-HP montre à elle seule l'importance des tensions et frictions qui se sont manifestées entre la maîtrise d'ouvrage et les architectes au cours de l'élaboration du projet. En effet, le Groupe de Presse *le Moniteur* décerne en 1992 le *prix de la première œuvre* à l'agence Avant-Travaux pour l'unité de soins palliatifs de Paul Brousse. Ce prix est attribué conjointement à une maîtrise d'œuvre et une maîtrise d'ouvrage. Lors de la remise des prix, personne de l'hôpital n'est présent. Alain Gille, directeur des équipements de l'Assistance Publique qui, à l'origine, avait proposé l'équipe des jeunes architectes, reçoit alors le prix au nom de l'Institution et de l'hôpital Paul Brousse. Quelques années plus tard, alors que le bâtiment est flambant neuf, la direction de l'hôpital Paul Brousse alloue un budget pour transformer totalement la décoration des chambres de l'unité et en faire des chambres plus « classiques » selon les références hospitalières. Ce fait est assez inhabituel et mérite toute notre attention car ces chambres ont été modifiées non pas pour cause d'inadaptation fonctionnelle mais pour l'image qu'elles donnaient à voir. « Mauvaise » réponse des architectes ? Décalages dans les représentations respectives que se font les parties impliquées dans la réalisation du projet ? Différence entre discours officiel sur les soins palliatifs et discours latent ? L'histoire de ce projet nous intéresse autant pour les modalités de « construction » d'un nouveau programme (ce qui est un fait assez rare) que comme révélateur des processus d'élaboration d'un projet.
Comment a été formulé le programme donné aux concepteurs par la maîtrise d'ouvrage ? Qui en est l'auteur ? Quelles idées et quelles références présidaient à son élaboration ? Quelles étaient les connaissances de la maîtrise d'œuvre concernant la médecine palliative ? Comment l'équipe de maîtrise d'œuvre a-t-elle été « initiée » à la philosophie des soins palliatifs ?

L'histoire de la création de la première unité de l'Assistance Publique est fortement liée aux personnages qui s'y sont impliqués et notamment le Docteur Renée Sebag-Lanoé. Le Dr Sebag-Lanoé s'intéresse à la prise en charge des personnes en fin de vie avant de prendre ses fonctions à Paul Brousse en 1977. « Je connaissais déjà les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross depuis 1974. Et j'ai découvert l'existence du Saint Christopher Hospice durant l'hiver 1976-1977. Je savais donc que l'on pouvait faire

des choses pour améliorer la fin de vie. Je suis arrivée à Paul Brousse en septembre 1977 dans ce qui était un hospice pour vieillards »[423]. A cette époque la mort est un sujet complètement tabou en milieu hospitalier et l'air du temps est à une idéologie favorable à l'euthanasie avec notamment la publication du livre de Léon Schwarzemberg, *Changer la mort*[424]. L'abandon des mourants pour lesquels on ne peut plus rien d'un point de vue curatif et l'euthanasie ne plaisent pas « moralement » au Dr Sebag-Lanoé. Elle engage au printemps 1978, avec son ami psychanalyste Hugues Liborel, une réflexion sur la prise en charge des personnes mourantes, au sein d'un petit groupe de soignants volontaires. Celle-ci est suivie, en 1980, par un accompagnement des malades et des premiers soins palliatifs. Très vite, ce travail est connu de l'Assistance Publique.

> On s'est vite retrouvés passant du statut de débutants dans une pratique clinique à celui de formateurs parce qu'il y avait une grande demande. Dès 1983-1984, on intervenait dans des formations, dans des colloques. Et en 1984, on s'est retrouvés propulsés sur la scène publique et médiatique car il y a eu toute une controverse sur l'euthanasie notamment en février et en septembre 1984. Là nous avons affirmé que l'on pouvait faire autre chose que des euthanasies. On pouvait pratiquer les soins palliatifs et l'accompagnement.[425]

C'est à la suite du congrès de *l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* (A.D.M.D.) qui se déroule à Nice en septembre 1984, que se met en place la commission ministérielle dont le Dr Sebag-Lanoé fait partie. Cette commission donne lieu à la rédaction de la circulaire ministérielle d'août 1986, laquelle préconisait la création d'unités de soins palliatifs. Quelques mois auparavant, l'ouvrage *Mourir accompagné* du Dr Sebag-Lanoé sort en librairie[426]. Entre temps, elle visite en 1982 le Saint Christopher Hospice à Londres et en retient l'impression d'une « grande simplicité, de modestie, à la fois des soins et des lieux...et beaucoup d'humanité »[427].

En juin 1987, le Docteur Maurice Abiven convaincu par le modèle des USP canadiennes accueille les premiers mourants dans la nouvelle unité de l'hôpital

[423] Entretien avec le Docteur Renée Sebag-Lanoé du 08/12/2003.
[424] Léon Schwarzemberg, *Changer la mort,* Club français des livres, Paris, 1977.
[425] Entretien avec le Docteur Renée Sebag-Lanoé, *ibid*.
[426] Renée Sebag Lanoé, *Mourir accompagné,* Desclée de Brouwer : Epi, Paris, 1986.
[427] *Ibid*.

international de l'Université de Paris[428]. Trois semaines plus tard, le Dr Sebag-Lanoé est contactée par le secrétaire général de l'Assistance Publique qui lui donne carte blanche pour créer la première unité de l'Institution. Jusque là, le Dr Sebag-Lanoé avait plusieurs fois, et avant même la sortie de la circulaire ministérielle, attiré l'attention de la direction générale sur la nécessité de réaliser une unité au sein de l'Assistance Publique. « Mais le directeur de l'Assistance Publique de l'époque était contre, il voyait cela comme un mouroir »[429].

Le projet est lancé et monté en interne au sein de l'hôpital Paul Brousse. Il prendra place dans le pavillon 6, une aile de bâtiment ancien situé à l'entrée principale de l'hôpital. Le Dr Sebag-Lanoé se charge de l'aspect médical tandis que le directeur de Paul Brousse, Alain Lepère, de la partie administrative et financière. Le programme de la future USP est élaboré par les services techniques de l'hôpital en adaptant un programme de service classique. Les archives du projet montrent deux plans comparés : le nouveau service du Dr Abiven à l'hôpital international de l'Université de Paris et une esquisse du premier étage du pavillon 6 à Paul Brousse[430]. Les similitudes entre l'esquisse et l'unité fraîchement conçue de l'hôpital universitaire sont évidentes et ne remettent pas en question le schéma hospitalier classique qui distribue de part et d'autre d'un couloir central, chambres et autres locaux. Mais tandis qu'à l'hôpital universitaire (371m² utiles) les dix chambres individuelles sont regroupées, l'esquisse pour Paul Brousse (258m² utiles) propose un service en L, avec dix chambres individuelles dispersées autour d'un couloir animé par le creux des portes. A la jonction des deux couloirs, sont prévues deux salles pour les familles[431]. A ce stade des études, la création, sur le plan architectural, de la première unité de l'Assistance Publique ne relève ni de l'importation d'un modèle architectural étranger, ni d'une démarche expérimentale.

[428] Aujourd'hui l'Institut Mutualiste Montsouris.
[429] Entretien avec le Docteur Renée Sebag-Lanoé, *ibid*.
[430] Dossier 555W118, Archives de l'AP-HP.
[431] Le programme signé par Jean Carel (ingénieur de maintenance) en août 1987 correspond à cette esquisse. Il précise : Au rez-de-chaussée, les locaux restent disponibles, le premier étage du pavillon 6 est réservé à la création d'une USP (10 chambres individuelles de 10m² avec WC, douche et lavabo ; un office de soins de 12m², un bureau de surveillant de 9m² ; une lingerie de 7m² ; un office alimentaire de 13m² ; une salle à manger et kitchenette de 25m², une salle de détente pour les malades de 15m², une réserve, une salle de bain avec baignoire de 6m², un bloc sanitaire pour le personnel), le 2ème étage est réservé à la création d'un secteur de consultation rattaché à l'USP du 1er étage. Dossier 555W118, Archives de l'AP-HP.

L'esquisse du projet est, à ce moment, le point de vue d'un médecin mis en forme par un ingénieur. Le docteur Sebag-Lanoé souligne, d'emblée lors de l'entretien, que la qualité du cadre architectural est totalement secondaire au regard des activités s'y déroulant. Il faut comprendre cette position dans le contexte d'urgence de l'époque où les malades en fin de vie sont complètement abandonnés et où l'absence ou le peu de moyens financiers impose des choix drastiques pouvant se traduire par : se contenter d'un cadre modeste pour un grand nombre de personnes ou construire un cadre plus luxueux pour une minorité de personnes. Pourtant, le choix entre ces deux alternatives n'est absolument pas imposé dans le cadre de la création de l'unité de Paul Brousse. La position du médecin dénote de l'importance du sens et des valeurs qu'allait porter l'image de l'unité « pilote ».

> Encore une fois on pourrait avoir la plus belle USP qui soit avec des professionnels incompétents et qui se comportent mal...Je ne vois pas l'intérêt. Entre les deux, s'il faut choisir, je n'hésite pas. Bien sûr il faut des espaces pour que l'équipe puisse se réunir, et pour que l'on puisse recevoir les familles. Mais tout cela peut s'aménager dans des locaux standards. J'avais aussi beaucoup travaillé sur la décoration intérieure dans mon service de gériatrie. La décoration intérieure, c'est fondamental pour les malades, les familles, les visiteurs, mais aussi pour les soignants qui travaillent là huit heures par jour. J'avais travaillé sur la couleur, la décoration des murs avec des reproductions harmonieuses de tableaux. [432].

Si, pour le médecin, la décoration intérieure est fondamentale pour l'ensemble des usagers, l'aménagement spatial reste, quand à lui, secondaire. Il s'agit ici d'une vision spécifique de l'architecture qui procède d'une distinction, d'une part entre ce qui relève de l'image produite, et d'autre part, de la spatialité des lieux apparaissant sans relation particulière avec des usages.

C'est ce projet déjà « sur les rails » que récupère l'équipe Avant-Travaux.
L'équipe des concepteurs est composée d'architectes jeunes diplômés qui, selon Philippe Bonneville, de par leur jeunesse ne se sentaient pas concernés par la mort et ne connaissaient absolument rien des soins palliatifs, encore peu connus du grand public en 1987[433]. Comment ces jeunes architectes ont-ils été initiés à la philosophie de la prise en charge palliative ? Quels sont les éléments qui leur ont permis de

[432] A la demande de précision quant à la nature des « reproductions de tableaux harmonieux » le Dr Sebag-Lanoé répond « plutôt des paysages, des impressionnistes ».
[433] L'agence Avant Travaux est composée en 1987 de Philippe Bonneville, Laurent Gardet, Laurent Gerbaud, Yves Lamblin. Entretien avec Philippe Bonneville du 21/10/2003.

construire leur propre représentation du mourir en institution ? Qu'ont-ils saisi des discours de la maîtrise d'ouvrage ?

Le Dr Sebag-Lanoé, comme Philippe Bonneville, ne garde pas de souvenir exact des informations échangées sur les soins palliatifs. L'équipe des architectes est allée visiter le nouveau service du Dr Abiven à l'hôpital international de l'Université de Paris. Ils en ont gardé le souvenir d'un service quasiment classique dans un bâtiment des années 1960, banal, sombre avec toutefois un effort réalisé sur la décoration : dans le couloir, un éclairage indirect, des plantes, des fauteuils. Les architectes s'initient à la philosophie des soins palliatifs grâce au travail d'une étudiante travaillant à la Croix Saint Simon, qui leur conseille des lectures et leur donne son mémoire à lire.

> On en avait tiré que, jusqu'alors en France, pour une question idéologique on refusait les soins palliatifs. On nous avait expliqué qu'il y avait un problème avec le catholicisme tandis que l'abord protestant dans les pays du Nord n'était pas le même. En France, pour les médecins, les mourants devaient souffrir. En découvrant les soins palliatifs, on a pensé que c'était vraiment bien. Puisque l'on avait accepté la mort dans notre concours et eux aussi, en voulant aider les mourants à mourir, on a adhéré à 100%.[434]

Les archives de l'Assistance Publique gardent le dossier remis préalablement aux architectes. Ce dossier comprend notamment différents textes, plaidoyers en faveur des soins palliatifs, note explicative sur les objectifs d'une USP[435], la circulaire ministérielle d'août 1986, une revue de presse et quelques indications concernant les attendus en matière de conception architecturale à travers la description de l'unité de l'hôpital international de l'Université de Paris.

> L'USP a été conçue pour offrir aux familles un environnement matériel et psychologique leur permettant d'entourer leur malade dans les meilleures conditions possibles : 120m² sur 800m² leur sont consacrés. On pourra passer la nuit auprès d'un malade, s'isoler ou se détendre dans l'un des salons, cuisiner un plat préféré...Au-delà du confort matériel, les familles trouveront auprès de l'équipe et

[434] Entretien avec Philippe Bonneville du 21/10/2003.

[435] « De la nécessité des USP » plaidoyer du directeur de l'hôpital Paul Brousse adressé à la direction générale (septembre 1987) ; Note de Patrice Corbin, secrétaire général de l'AP-HP sur la nécessité d'accompagner les mourants adressée au directeur général (14/09/1987), note du Dr Salamagne qui sera recrutée par le Dr Sebag-Lanoé à l'USP de Paul Brousse, sur les objectifs d'un service de soins palliatifs (31/07/1987).

> des bénévoles, l'accueil et le soutien dont elles auront besoin pendant cette période difficile et même plus tard dans le deuil. [436]

Un article du nouvel observateur, joint au dossier, met l'accent sur l'attention portée à la décoration du service

> Une perspective en ogive se dessine agréablement le long du couloir. Le Dr Abiven tient à ce que cet endroit soit " joli ". Il se demande si là bas, tout au bout du champ de vision, il peut décemment poser une belle statue, un nu de femme... " On verra... ". Dans les niches qu'on est en train d'aménager il y aura des plantes vertes, quelques tableaux aussi. On a prévu des cuisines et des chambres pour les parents des malades. Dans la salle à manger, des boxes astucieusement disposés permettent de sauvegarder l'intimité des familles et de leur agonisant pendant leur dernier repas ensemble. Il y aura des tables de coiffure, des salons de relaxation, des salles de bains adaptées. [437]

L'idée de confort tirant sur le luxe qui se dégage de cet article correspond à une réalité très enjolivée des choses. Le discours emphatique sur la conception des premiers lieux de fin de vie en France sert et supporte l'idée d'innovation que les promoteurs des soins palliatifs souhaitent faire passer.

On peut reconnaître cette même instrumentalisation de l'architecture dans la description faite du service sans lit, lieu de réunion des équipes mobiles de l'Hôtel Dieu[438],.aménagé en 1989 par l'architecte Olivier le François. Ce dernier hérite d'une portion d'étage et tout comme à l'hôpital universitaire garde la distribution des pièces de part et d'autre du couloir central. Le projet ne présente aucune innovation et relève de la décoration, dans le travail sur la lumière, l'animation du couloir par le creux des portes ou la couleur. La description du service met toutefois en exergue son soit disant caractère novateur.

> La réalisation de ce projet novateur est lié à un double objectif : créer une structure d'accueil de soins et de formation qui soit intégrée à l'environnement hospitalier et

[436] Extrait du dossier sur l'historique de l'USP du Dr Abiven à l'hôpital international de l'Université de Paris. Archives AP-HP, 555W118.

[437] « Les maisons de fin de vie, la mort en douce », in *Le nouvel observateur,* du 20 au 26 février 1987. Les autres articles de presse joints au dossier donné aux architectes concernent les soins palliatifs d'une manière générale sans aborder la question des lieux d'accueil : « La mort en face », in *Télérama* du 15 octobre 1986 ; « Mieux assister les mourants, de nouvelles unités de soins palliatifs seront crées en France », in *Le monde* du 25/10/1986) ; « Soins palliatifs, soigner à la vie à la mort », in *Le médecin en France* du 06/11/1986 ; « Accompagnement des mourants : l'hôpital universitaire de Paris offre une prise en charge globale », in *Le quotidien du médecin*.

[438] Ce service est ouvert le 4 septembre 1989 sous la responsabilité des docteurs Jean-Michel Lassaunière ; Geneviève Lemaignan et Marie-Sylvie Richard. Le service de 230m² a été réaménagé par l'architecte Olivier le François. Fascicule de l'AP-HP sur les soins palliatifs (s.d. c.1991), Délégation de la communication.

> qui soit en rupture avec ce milieu. L'aspect novateur réside donc dans la conception d'espaces semblables à ceux d'une " maison " à l'intérieur même de l'hôpital. Le dépaysement doit être important en abandonnant le système de référence des services de soins actuels. L'aspect hospitalier est un accompagnement dans le cheminement du patient. Celui-ci abordera d'abord un volume d'accueil où l'œil s'égare sur différents espaces, à savoir : standard, secrétariat, réunion et attente. Ensuite un couloir, sorte de colonne vertébrale du centre, relie cet accueil aux salles de réunion et de formation situées à l'autre extrémité. Les salles de soins et de consultation accompagnent cet espace de transition qui offre de multiples fonctions : prolongement de l'accueil, accès aux bureaux médicaux et vestibules des salles de réunion. Voici une première réponse au problème posé. Les baies donnant sur l'extérieur en partie basse des façades et la hauteur sous plafond d'environ 2,30m caractérisent ce lieu. Une autre réponse a été donnée face à ces contraintes importantes du lieu : la réalisation d'une structure de plafond accompagnée de corniches lumineuses a effacé cet aspect inconfortable. Le traitement de la lumière a permis de créer l'unité indispensable des espaces à découvrir au cours du cheminement. Telle une maison, ce centre doit permettre à la fois de réaliser les interférences entre les trois fonctions accueil, soin, formation qui sous-tendent l'objectif novateur à savoir, créer des espaces qui permettent une rupture avec le milieu hospitalier. [439]

Les discours concernant l'aménagement des premiers services de soins palliatifs par leur emphase, leur tendance à enjoliver la réalité montrent à quel point, à cette époque, l'idée d'innovation doit aussi se traduire à travers l'aménagement des lieux d'accueil. Sans avoir accès à des exemples représentant une véritable recherche du point de vue spatial, et notamment les exemples anglo-saxons, les architectes de l'unité de Paul Brousse ont toutefois dû être marqués, à travers ces discours, par l'importance accordée à la décoration, à la volonté de se situer en rupture par rapport à l'univers hospitalier, l'idée de la maison (sans que celle-ci soit réellement analysée) et la nécessité d'innover. Ils sont partis, d'autre part, avec l'idée que dans un lieu tel qu'une unité de soins palliatifs, on accepte de regarder la mort en face.

[439] *Ibid*.

E- Conception architecturale et idéologie des soins palliatifs

1- L'innovation en réaction à un service hospitalier classique

Le programme remis aux architectes pour la future unité de Paul Brousse est un programme quantitatif élaboré, pour les surfaces, sur la base d'une unité de soins classique et pour la nature des pièces sur les réalisations visitées par la maîtrise d'ouvrage, notamment l'unité de l'hôpital de la cité universitaire de Paris. Il intègre ainsi des pièces qui, à l'époque, constituent une nouveauté par rapport à la programmation d'un service de soins classique. L'ensemble de ces pièces (excepté un lieu de recueillement) sont liées à la maison : une salle à manger, une cuisine, un salon, une chambre pour les familles.

> Il y avait un glissement par rapport à un programme d'hôpital. Ce n'était peut-être pas : il faut que ce soit comme à la maison, mais il faut que les gens se sentent comme s'ils étaient chez eux. C'était la chose importante. Il fallait sortir de l'hôpital, enlever le côté technique de l'hôpital puisqu'ils admettaient que la technique n'était plus là.[440]

La nuance qu'exprime Philippe Bonneville sur le fait de ne pas faire une maison d'une manière générale, mais un lieu permettant à chacun de se sentir « chez lui » pointe véritablement les difficultés et les subtilités que représente la conception d'un tel lieu et notamment les représentations de la maison qu'en avaient la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'oeuvre.

L'idée de se « sentir chez soi » renvoie à des solutions simples, des aménagements suffisamment flexibles pour permettre une personnalisation des lieux (comme la chambre), mais ceci n'exclut toutefois pas de définir ce que sera la représentation de la maison dans les parties communes.

Si pour autant l'évocation de la maison est clairement présente dans le programme, ce n'est pas cette idée que les architectes utilisent en premier lieu pour signifier l'innovation. Les concepteurs ont en effet une idée très précise de l'innovation posée comme réaction aux institutions totalitaires selon les termes d'Ewing Goffman[441] et

[440] Entretien avec Philippe Bonneville, architecte, agence Avant-Travaux, 21/10/2003.
[441] Ewing Goffman, *Asiles,* Les éditions de minuit, Paris, 1968.

l'institution comme entreprise économique rentable. Ces deux représentations de l'institution toute puissante se traduisent spatialement par le couloir rectiligne desservant des pièces de part et d'autre et imposant un parcours précis.

> Quand on voit l'unité telle qu'elle est, on sort de tous ces lieux qui nous ramènent aux lieux d'enfermement. On se rend bien compte que tous les lieux de collectivité sont sur ce principe : un couloir, des portes à droite et à gauche, l'hôpital, l'école, la prison.[…] On a eu l'opportunité de sortir du schéma de l'hôpital : du couloir de tant de large pour le passage des chariots, des redents des salles de bains. On est parti sur l'idée d'un espace complètement fluide, sans couloir. C'était une réaction vis-à-vis de l'hôpital en général. En fait, les hôpitaux sont des usines. Par rapport à l'hôpital, on était gênés, je ne sais pas si c'était en tant qu'architecte ou en tant que personne, par la notion de rentabilité maximale. [442]

Si, selon les discours sur la conception des premières unités, l'innovation est synonyme d'environnement en rupture avec l'univers hospitalier, l'aspect extérieur de l'unité pourrait laisser penser à la volonté explicite de signifier cette idée. L'unité se présente en effet comme une « boite » décollée du sol, venant se glisser en partie dans le bâtiment existant. L'entrée dans l'unité s'effectue par une passerelle. La façade, de bardage métallique gris et de pavés de verre, se distingue immédiatement du bâtiment de meulière du XIXe siècle dans lequel il s'insère. La toiture, également de métal gris, joue sur la décomposition des plans inclinés afin de donner une lumière naturelle indirecte à l'intérieur du bâtiment. L'aspect général extérieur a d'ailleurs souvent été qualifié de futuriste[443]. Toutefois les architectes se défendent d'avoir utilisé ce vocabulaire architectural dans cette intention et précisent qu'ils ont simplement conçu une architecture contemporaine. Philippe Bonneville explique qu'il ne s'agissait aucunement « d'un effet en plus. [...] Le bardage était uniquement pragmatique. Aujourd'hui, par rapport au mode de construction des bâtiments à isolation, on est toujours confrontés à la peau extérieure. [...] Certains architectes font des bâtiments en dur, en béton. Pour nous ça a toujours été une question, c'est pour cela qu'il y a ce fameux bardage qui fait un peu usine »[444].

[442] Entretien avec Philippe Bonneville, *ibid*.
[443] Selon Philippe Bonneville.
[444] Entretien avec Philippe Bonneville, *ibid*.

Vue extérieure de l'unité

Façade des chambres

Jeux de lumière en sous face de la toiture

Pour la création de cette première unité, l'environnement architectural pensé comme rupture avec l'hôpital « classique » est un moyen de rendre visible et donc présent, une nouvelle branche de la médecine qui cherche, à ce moment précis, une légitimité au regard du système de référence dominé par les logiques de la médecine curative. Marquer une forte différence au regard du système existant, se rendre visible est donc fortement lié au contexte d'émergence de la médecine palliative à l'hôpital. La position de l'unité à l'entrée de l'hôpital, même si celle-ci résulte plus d'un concours « bienheureux » de circonstances que d'une volonté affirmée, concourt à cette idée.

> L'unité a été placée là car il y avait des locaux vides. Mais ils ont sauté sur l'occasion. Ils ne voulaient pas qu'elle soit au fond de l'hôpital, ça nous a été dit. Ils ont profité du fait que les locaux étaient vides. Ils n'ont pas vidé exprès les lieux pour créer l'unité, mais ils étaient contents que tout le monde à l'hôpital passe devant. Quelqu'un se rendant à la maternité ne sais pas forcément ce qu'est une unité de soins palliatifs, mais il va la voir.[445]

En dehors de raisons strictement contextuelles, la rupture avec l'environnement hospitalier classique correspond également à des caractéristiques propres à la prise en charge palliative. Nous nous appuierons dans les développements suivants sur les analyses de Michel Castra sans toutefois adhérer à l'hypothèse du sociologue soutenant que l'idéologie sous tendue dans les pratiques développées en soins palliatifs procède de la mise en place d'une normalisation, relativement stricte, du « bien mourir ». Cette hypothèse mérite aujourd'hui d'être nuancée tant elle apparaît liée au contexte de la création des premières unités de soins palliatifs en France et

[445] Entretien avec Philippe Bonneville, *ibid*.

plus particulièrement celle de Paul Brousse. L'enquête menée par le sociologue s'est justement déroulée dans cette unité qui n'est pas citée mais identifiable (ce qui représente tout notre intérêt) mais les conclusions tirées semblent s'appliquer d'une manière générale aux soins palliatifs. Cette hypothèse laisse sous-entendre une pratique homogène et généralisable à toute la France ce qui, à priori, est loin d'être une évidence. Nous prendrons donc les analyses du sociologue comme cas particulier.

Michel Castra met en lumière l'élaboration, pour les soignants, d'un nouveau rapport au temps, tant au niveau de sa représentation que de sa perception ou de son organisation. L'entrée de soignants dans une équipe de soins palliatifs implique une adaptation, une remise en question des schémas acquis dans un service hospitalier classique qui correspondent à une logique de rentabilité , d'efficacité, de productivité proches des schémas tayloriens ou fordistes. L'unité de soins palliatifs est vécue par ceux qui y travaillent comme un univers à part dans l'hôpital en rupture avec ce qui a pu être connu auparavant. « La routine hospitalière classique et ses contraintes disparaissent au profit d'une routine " hôtelière ". Plus largement, on affiche la volonté de desserrer les contraintes institutionnelles qui pèsent sur le malade, à travers notamment l'assouplissement des règles de l'hôpital »[446]. Pour le malade, le changement radical de cadre est un moyen de signifier une rupture dans l'histoire de sa maladie, associée à un parcours douloureux. L'entrée dans un service de soins palliatifs ne se fait pas sans l'accord du patient ou de la famille. Michel Castra décrit l'entretien d'admission des patients comme un passage en quelque sorte initiatique.

> Pour cette consultation, le patient est conduit dans un local " à part " comme en retrait de l'activité du service. Le cadre dépouillé et impersonnel de la pièce utilisée uniquement pour l'occasion contraste nettement avec le reste de l'unité. Cette zone neutre entre deux territoires incarne cette situation spéciale où le malade se trouve matériellement et socialement : " il flotte entre deux mondes ". […] L'admission est une séquence cruciale dans le séjour du patient et dans le dispositif de prise en charge ; elle conditionne et pose les bases du travail du travail relationnel qui sera poursuivi ultérieurement. […] Le candidat passe en somme de statut de malade curable au statut de malade incurable. Les conditions d'admission apparaissent ici comme des " changements de statuts organisés " la décision d'arrêt du traitement,

[446] Michel Castra, *op.cit*.

> loin d'être progressive est au contraire " mise en scène " de façon clairement explicite au moment de l'entrée du malade dans l'unité.[447]

Le changement radical de cadre pour le patient prévenu et consentant représente effectivement un passage et l'accession à un autre stade de son histoire et de sa maladie. La prise de conscience, pour le malade, de son changement de statut est fortement liée, d'une part, au fonctionnement de cette unité, et d'autre part, à un point précis de l'idéologie du *Mouvement moderne des Hospices*. En Grande-Bretagne, l'entrée d'un patient en hospice a été traditionnellement conditionnée par cette prise de conscience ouvrant la voie à un travail différent et à l'appréhension d'une phase de vie particulière pour le malade. Toutefois, cette question suscite aujourd'hui, en France, des débats, notamment sur le caractère traumatisant du passage d'un service de soins curatifs à une unité de soins palliatifs (surtout lorsque l'environnement est radicalement différent). Le passage initiatique décrit par Michel Castra est donc lié à la prise en charge développée dans cette unité qui, sans être un cas unique, constitue un point de vue particulier au regard d'autres dispositifs induisant un cheminement psychologique du patient plus progressif[448].

2- Communauté, travail collectif, interdisciplinarité, hiérarchie

L'idée de fluidité déjà mentionnée comme réaction aux institutions totalitaires est, dans un deuxième temps associée, pour les architectes, à la liberté (de circulation) que donne la non hiérarchie des différents lieux de ce service. Dans un service classique certaines pièces sont fermées et accessibles uniquement aux responsables, à ceux qui détiennent le pouvoir ou les plus hautes compétences. Dans ce système fluide où chacun est libre de déambuler, d'entrer dans des pièces traditionnellement réservées aux professionnels, les limites physiques sont totalement effacées donnant l'illusion d'une communauté de personnes égales.

> L'idée de fluidité était en réaction à l'hôpital avec ses trajets précis, et ensuite, il y avait l'idée d'ouverture. On nous avait expliqué que si une famille voulait venir à une heure du matin, on l'accueillait. Pour nous l'ouverture était signifiée par la

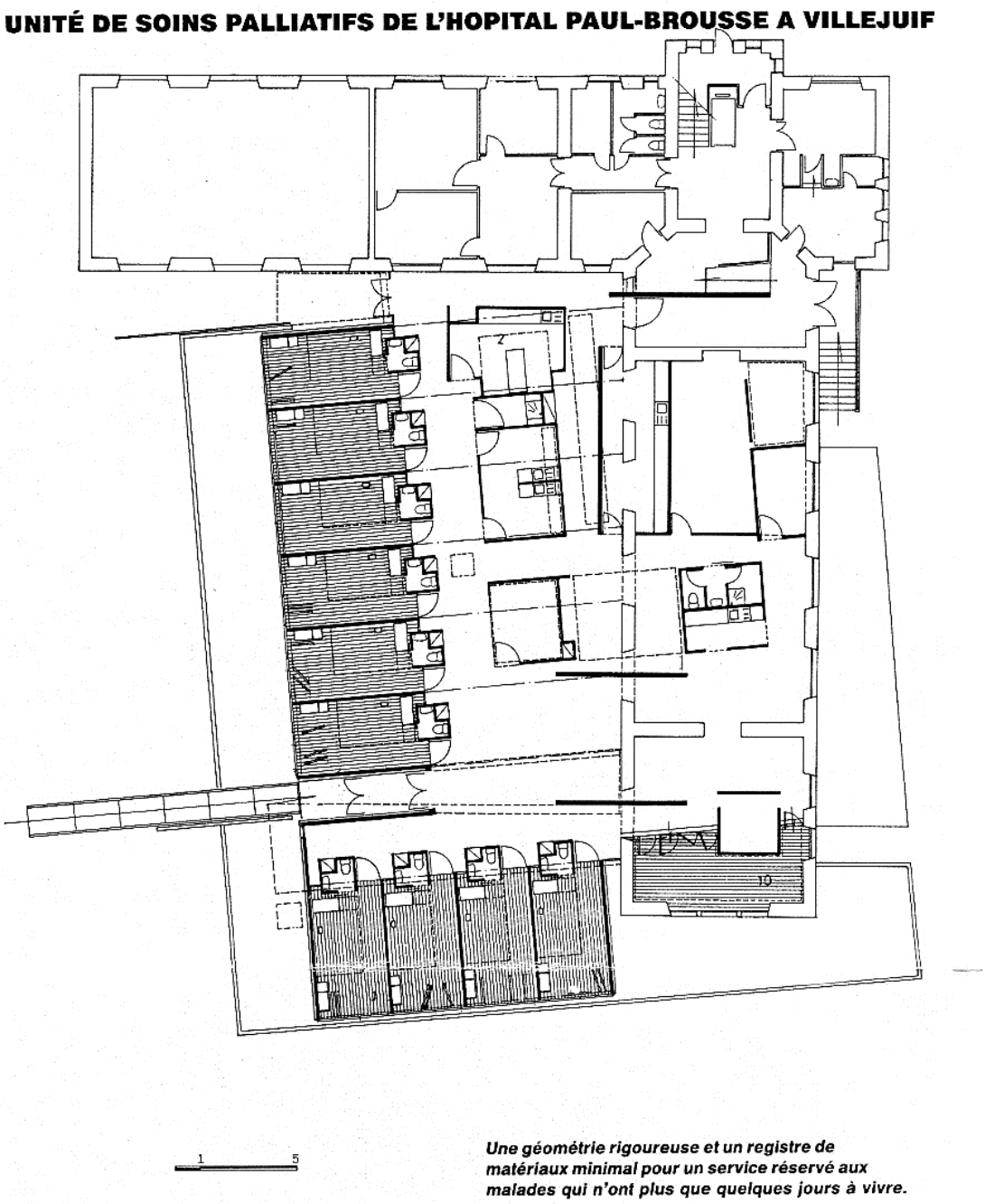
[447] Michel Castra, *ibid*. p. 199 / p. 203

[448] Nous développerons ce point dans le paragraphe *Un antagonisme plus ambigu entre la prise en charge palliative et la médecine curative ; questionnement sur les unités « ghettos »* dans le chapitre suivant.

> fluidité du lieu, qu'il n'y ait pas de chemin prédéterminé, que l'on puisse l'utiliser dans tous les sens. Les seuls espaces momentanément fermés aux gens en dehors du personnel, sont : la salle de soins (pendant les soins) et la salle de réunion, accessible à n'importe qui en dehors des réunions.[449]

La fluidité, caractéristique de la distribution des éléments du projet, correspond assez bien à une volonté de signifier le travail, sans hiérarchie marquée, d'une communauté des personnes très différentes. Cette signification presque involontaire, donnée par les concepteurs, appuie l'idée que l'on souhaite donner du travail effectué dans une USP. La fluidité n'a pas été mentionnée spontanément à propos des qualités et défauts architecturaux de l'unité. Seules les « erreurs » sont signalées. Toutefois, à la question : est-ce que le côté fluide de l'espace vous convenait ? Le Dr Sebag-Lanoé répond par l'affirmative. « Oui, mais cela devait quand même respecter les normes de confidentialité en milieu hospitalier. Le fait qu'il y ait des grands espaces, une salle de séjour, le patio, ça me convenait bien »[450].

[449] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.
[450] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.



Plan de l'unité publié dans la revue *AMC*, n°11, mai 1990

Le travail d'équipe d'une communauté de personnes, de compétences différentes partageant les mêmes valeurs, est un des principes fondamentaux de la prise en charge palliative. L'interdisciplinarité se situe ainsi dans la continuité des préceptes donnés par les fondateurs du *Mouvement Moderne des Hospices* en Angleterre qui intègre la présence active de la famille et celle de bénévoles. Mais ce qui est habituel dans la culture anglo-saxonne, l'est beaucoup moins en France. La famille ne joue pas simplement le rôle de visiteur, elle est invitée, par les membres du personnel, à

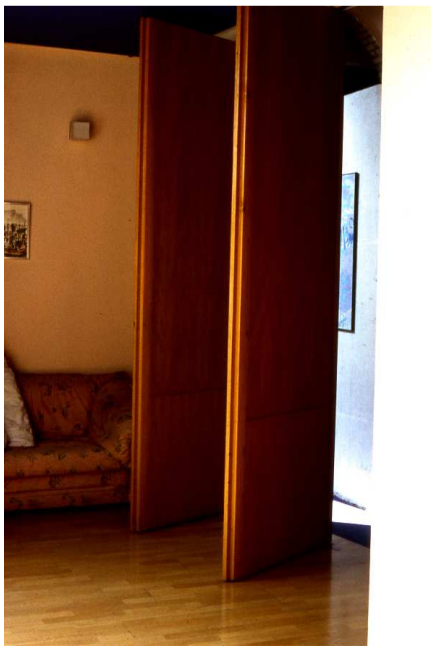
accomplir un accompagnement auprès de son proche, ce qui permet d'éviter le déchargement de la famille sur les « professionnels du mourir ». Dans les premiers hospices anglais, ce lien était maintenu et signifié par la distance précise du proche au lit du malade et par le recoin lui permettant de prendre un peu de distance pendant les soins sans être exclu de la chambre. Les bénévoles peuvent, quant à eux, jouer un rôle dans la division du travail tout en restant largement dépendants et subordonnés aux soignants. Ils peuvent ainsi avoir un rôle de surveillance mais aussi de confident si la malade ne souhaite pas se confier à un professionnel. L'équipe de l'USP est composée de médecins, psychologues, soignants, plus ponctuellement aumônier, bénévoles, et familles. L'analyse de Michel Castra ajoute à cette liste le patient lui-même qui, lors de son admission, est enjoint à participer à ses propres soins selon un contrat visant à spécifier les devoirs et prescriptions qui découlent de son changement de statut. « Le malade mourant est alors considéré comme partenaire du processus de soin, à la fois coproducteur et bénéficiaire du service qui revêt les traits d'une entreprise commune »[451].

La collaboration entre les différents membres de l'équipe (excepté les familles et les malades) constitue une grande part du travail effectué dans l'USP. Les réunions d'échange d'informations permettent une connaissance collective des personnes en fin de vie. Les spécificités de chacun construisent une approche globale du patient. Ces réunions permettent d'affirmer la position et le sens du travail de chacun. Mais selon le sociologue, « cette volonté de décloisonnement entre les fonctions d'interactions, de partage d'informations ne conduit pas à nier et annuler les différences de compétences et les stratégies des multiples catégories d'intervenants. Bien plus, ces réunions sont une « mise en scène » de l'idéologie de la pluridisciplinarité. Les différenciations professionnelles, la complémentarité des rôles et des fonctions demeurent et sont mêmes valorisées. Chacun est ainsi convié à participer à l'élaboration de cette œuvre collective en fonction de sa compétence et de son expérience professionnelle »[452]. La cohésion du groupe est importante dans le soutien qu'elle peut apporter à chaque membre. En effet, accompagner des mourants n'est pas une activité anodine. La succession de deuils peut être profondément déstructurante au niveau personnel, même si chaque membre de l'équipe a

[451] Michel Castra, *op.cit,* p. 214
[452] *Ibid,* p. 233

consciemment choisi de travailler dans ce service. Les risques d'implication personnelle et émotionnelle sont grands, mais toutefois identifiés, reconnus par le groupe comme l'une des principales sources de difficultés. Les réunions sont aussi un moyen d'évacuer ou diminuer les tensions inhérentes à l'accompagnement des mourants. La cohésion du groupe est également maintenue par une recherche de convivialité au quotidien facilitée, il est vrai, par le fait de donner du temps et la priorité à la relation (entre soignants ou entre soignants et familles). Les lieux conçus à cet effet favorisent ce type de comportement. La préparation d'un repas, la pause au coin de la table autour d'une tasse de café ou confortablement installé dans un fauteuil du salon, sont autant de moments « informels » facilitant la parole dans le cadre d'un travail professionnel mais aussi de relations personnelles.

Salle à manger, meubles IKEA



Appartement des familles

Le groupe, dans une USP, peut facilement être vu comme un idéal en termes de travail d'une communauté de personnes. A l'origine, les architectes conçoivent certains lieux (secrétariat, bureau du médecin), comme de petites boîtes sans plafond, posées dans l'espace fluide de l'unité dont la hauteur sous plafond est importante. Cette idée pourrait constituer une traduction de l'idéal de division du travail développé dans une USP. L'échange d'informations, la communication entre tous les membres de l'équipe laisseraient supposer idéalement l'absence d'informations confidentielles et donc la non nécessité de disposer de lieux clos. Intention

consciente des concepteurs ou inexpérience des jeunes architectes ? En tout état de cause, les bureaux ouverts ont provoqué une réaction intense chez le docteur Sebag-Lanoé « [Ce projet] était même une hérésie sur la plan médical. Il y avait des bureaux dont les cloisons ne montaient pas jusque en haut : la confidentialité n'était donc pas respectée ! C'était au mépris même des utilisateurs médecins, psychologue, malades et familles... Mais ils étaient soutenus...C'était un petit groupe...Ils étaient très très jeunes »[453]. Ceci pose les limites du partage d'une communauté de destin des usagers de l'unité.

Par ailleurs, même si le travail collectif tient une place prépondérante dans l'unité, remettant ainsi en question la stricte hiérarchie souvent dénoncée des services hospitaliers « classiques », il serait vain de croire à une absence totale de hiérarchie. Il est en effet difficile d'envisager l'organisation efficace du travail au sein d'un groupe sans aucune hiérarchie. Michel Castra précise, qu'il existe bien une modification du travail soignant et un assouplissement des relations hiérarchiques traditionnelles. L'infirmière habituellement d'un statut plus élevé collabore étroitement avec l'aide-soignante et effectue des tâches ordinairement délaissées car jugées indignes. Le médecin est un partenaire de soins dépendant des informations que les soignants détiennent. La logique soignante prédominante du service, qui se fait au détriment du curatif, gomme les différences de compétences habituelles entre médecins et soignants. Toutefois, selon le sociologue, l'évaluation de la hiérarchie au sein du service se fait sur le critère très particulier de la relation dans le soin.

> L'importance du travail relationnel est ainsi lié au moindre travail sur les corps : à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie de l'unité, le contenu et l'importance de la relation se font plus significatifs tandis que le contact avec la salissure et l'impureté devient plus rare. On peut observer une hiérarchie de la relation assez proche de la hiérarchie issue de la division médicale du travail qui prévaut dans tout service hospitalier. Les médecins et psychologues occupent une position dominante. C'est en particulier sur les questions concernant le rapport à la maladie et à la mort, où ils sont les seuls " autorisés " à pouvoir prendre l'initiative, que l'on observera leur volonté de se distinguer des autres intervenants de l'unité. Si au niveau médical on tend plutôt à valoriser une compétence d'ordre psychologique, voire psychanalytique, au niveau soignant, on revendique davantage une « compétence émotionnelle »454.

[453] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.
[454] Michel Castra distingue encore les agents de service hospitalier (ASH) qui ne reçoivent pas de formation spécifique à la relation d'aide et échangent peu avec les mourants. « Leur positionnement

L'idée de fluidité dans la distribution des éléments du programme, l'absence de couloir et de parcours unique, de hiérarchie évidente entre les différentes boîtes posées dans un espace unique, vont bien au-delà des intentions premières des concepteurs souhaitant simplement innover par rapport à la distribution classique des services hospitaliers et plus généralement des lieux d'enfermement. Cette idée traduit en effet parfaitement l'idéal d'un travail collectif pluridisciplinaire instauré (le travail et non pas l'idéal) comme fondement des pratiques menées dans les unités de soins palliatifs. Un profane se laisserait facilement tenter par l'idéalisation, certes quelque peu naïve, mais très séduisante du travail collectif en service de soins palliatifs.

3- Resocialiser la mort

A l'époque de la création de la première unité de soins palliatifs de l'Assistance Publique, socialiser la mort se pose plutôt en termes de rendre visible socialement une activité, en réaction à la situation antérieure marquée par une mort honteuse et occultée à l'hôpital. Ne plus cacher ne signifie donc pas, dans ces premiers temps, simplement *être là* mais *se rendre apparent*.

L'émergence des soins palliatifs en France s'appuie largement sur le secteur associatif qui permet de diffuser les informations auprès des non-spécialistes et formuler publiquement la fin de vie comme problème sanitaire et social. Ce lien s'impose par ailleurs assez naturellement puisque la « discipline » affirme le caractère dominant du social sur le curatif comme fondement de son activité. Pour Michel Castra, la place significative accordée aux acteurs profanes traduit de manière plus concrète la volonté de maintenir une existence sociale des malades mais aussi de gommer l'idée de ghetto associée traditionnellement au mouroir. Il s'agit d'éviter tout sentiment d'isolement ou d'abandon représentatif de la situation à laquelle on souhaite remédier. « Le rôle des bénévoles vise surtout à assurer une présence non spécialisée permettant la production de " liens sociaux ". Ils incarnent en quelque sorte une forme de lien entre les mourants et la société civile dont ils sont les représentants symboliques »[455].

en bas de la hiérarchie hospitalière coïncide avec une participation quasi inexistante au travail relationnel ». Michel Castra, *op.cit*. p. 234.

[455] Michel Castra, *ibid,* p.153.

Resocialiser la mort, pour les concepteurs de l'unité, se situe en parfaite continuité des idées avancées lors du concours *Variations architecturales sur la fin de vie*. Dans leur réponse, les architectes avaient tenté de situer leur projet dans la ville en le superposant de manière théorique et quelque peu artificielle à différents types de tissus (pavillonnaire, dense, ou encore de grands ensembles). La « réintégration » de la mort dans la société se pose, dans le cadre précis de la conception de l'unité, en termes de liens entre l'extérieur et l'intérieur du bâtiment. Ceci se traduit par le choix du verre comme matériau des façades. Il s'agit tout autant de ne pas cacher, d'inviter les personnes extérieures à entrer que de créer, de l'intérieur, une relation visuelle avec l'environnement extérieur. Par la transparence des portes d'entrée vitrées, les architectes ont voulu signifier l'accueil.

> Dans un espace public, si vous butez sur une porte opaque, il sera plus difficile d'entrer. En général, quand on veut accueillir quelqu'un dans un bâtiment public, on va lui donner à voir. [...] Rien n'est caché. Un bâtiment opaque, fermé signifie qu'il se passe des choses mal à l'intérieur. Alors que s'il est ouvert, lumineux, il invite les passants à venir voir ce qu'il se passe à l'intérieur. [456]

Le dispositif d'accueil dans l'unité entre en cohérence avec cette idée d'invitation. L'entrée dans l'unité ne s'effectue pas d'une manière conventionnelle dans un service de soins, c'est-à-dire par le passage obligé devant une banque d'accueil, mais directement dans un salon où sont disposés des fauteuils confortables autour d'une table basse (cette manière d'accueillir les personnes externes à l'unité renforce également l'idée d'une communauté où l'on souhaite atténuer les différences entre professionnels et profanes et donc ne pas marquer la distinction par une limite physique).

Le discours tenu par les architectes sur leur projet dans la phase d'Avant Projet Sommaire montre la volonté de pas isoler le mourant dans sa chambre, d'une part, par le choix de la distribution générale du service et d'autre part, par l'ouverture des chambres sur l'extérieur dans le jeu des transparences et semi-transparences des parois.

> Chaque unité fonctionnelle vient se placer à l'intérieur du volume général de la construction, introduisant des variations d'échelle. Apparaissent alors des espaces traversants, lieux de vie spécifiques propres à affirmer la convivialité d'une telle unité (lieu d'attente, fonction de vie, ...) Une fluidité transversale souligne la

[456] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.

> diversité des correspondance entre la chambre et la globalité des services ". [Pour la chambre, plus spécifiquement], tout est mis en œuvre de manière à ce que les différentes perceptions possibles préexistent dans leur qualité (" mur mémoire ", vision oblique, vision latérale en plongée, contre plongée...). En façade l'ensemble des lames verticales permettent toutes les variations de la transparence à l'occultation totale et définissent des sous volumes aléatoires. A ce système générateur de l'espace de la famille, se superpose la présence physique de celle-ci interposant un nouveau filtre au passé du malade, la ville. [457]

Le manque de clarté évident du discours des architectes dans l'énoncé de leurs intentions projectuelles nous permet de comprendre certaines des raisons ayant concouru aux problèmes de communication des différentes parties impliquées. Le discours de l'architecte lors de l'entretien se révèle moins « savant », mais beaucoup plus explicite. « Les parois translucides de la chambre sur l'unité et sur l'extérieur étaient là pour que la personne malade ne se sente pas cloîtrée. Quand vous êtes alités, vous n'avez pas la possibilité d'aller voir ce qui se passe derrière. Ces deux parois permettaient de ressentir ce qui se passait à l'intérieur de l'unité et à l'extérieur »[458]. Les portes des chambres sont traitées dans cet esprit : une structure métallique encadre des parois de verre translucide. Paradoxalement et contrairement aux intentions des concepteurs, le docteur Gilbert Desfosses, présent à l'ouverture de l'unité, évoque à propos de ces portes des lieux symbolisant l'enfermement définitif. Selon lui, ces portes étaient trop lourdes, trop massives. Elles angoissaient les malades trop faibles pour les manipuler. « Les portes dans une USP sont très importantes. Les malades veulent qu'elles soient ouvertes ou fermées selon les moments, voir la vie ou rester tranquille. La porte est une régulation par rapport à l'extérieur. Et là, ces portes massives étaient comme des portes de prison, voire de tombeau »[459].

[457] Compte rendu de l'Avant Projet Sommaire, 14 avril 1988, Direction des équipements. Archives de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ; 630W94.
[458] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.
[459] Entretien avec le docteur Gilbert Desfosses, médecin à l'USP de Paul Brousse de 1989 à 1992, 07/10/2003.

Relation intérieur/extérieur par la façade des chambres

Accueil de l'unité dans le salon commun

L'idée de resocialiser la mort, selon la conception des architectes, peut être également perçue à travers la manière d'appréhender un lieu particulier de l'unité : le lieu de recueillement. Ce lieu, est le premier élément, selon Philippe Bonneville, a avoir provoqué des tensions et révélé la différence des représentations des parties impliquées.

Les architectes ont, en effet, cherché à induire des comportements sociaux spécifiques, en adéquation avec l'idée que, dans une unité où l'on ne cache pas la mort, il n'existe pas de lieu particulier pour pleurer ou se recueillir. La douleur ou la peine d'un deuil quitte la sphère du privé pour réintégrer celle de la collectivité. Cette idée correspond assez bien à la vision développée par Philippe Ariès de la mort au Moyen-âge, mort pacifiée acceptée comme évènement social d'importance dans la vie de la collectivité. Cette idée entre dans la logique déjà mise à l'œuvre dans le traitement des parois de la chambre. Les architectes ont expliqué leur point de vue à la maîtrise d'ouvrage en soutenant que puisque l'hôpital était un parc, « si quelqu'un avait besoin de pleurer un moment, il pouvait sortir se promener dans le jardin. D'autres vont peut-être aller s'enfermer dans les toilettes. Mais, ça nous semblait complètement dingue, en tant qu'architecte, de dire à quelqu'un : tu dois pleurer dans ce lieu là. La manière de traiter l'unité, le rapport au jardin, signifiait : l'extérieur existe. A partir du moment où on ramenait l'extérieur dans le lit du malade, pourquoi une personne qui a besoin de se recueillir n'irait-elle pas aussi dans le jardin ? »[460].

[460] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.

Le lieu de recueillement est un petit espace de plan carré, sans porte, avec deux fentes, l'une en face de l'autre, pour y accéder.

> Pour nous, le lieu de recueillement devait être le seul où il n'y avait pas de porte puisque tout le monde pouvait y aller comme il voulait, comme dans une église. Nous étions quatre architectes élevés dans la tradition catholique et nous étions quand même marqués par des schémas. Pour nous, on ne ferme pas une église, et donc faire une pièce fermée était antinomique avec la religion, le recueillement. [461]

La désignation « lieu de recueillement » appelle naturellement à associer ce lieu à la prière et à la religion, ce qui ne correspondait peut-être pas forcément aux intentions de l'équipe soignante. Certes, la dimension spirituelle fait partie intégrante de la prise en charge globale de la personne mourante et de son entourage, mais elle reste plutôt discrète et fonction des convictions et des demandes particulières de chaque malade ou de sa famille. Mais d'où vient cette désignation ? Elle n'apparaît pas dans le programme de la première esquisse de l'unité avant l'intervention de l'équipe Avant-Travaux, mais Philippe Bonneville évoque le « lieu de recueillement » de l'unité du Dr Abiven à l'hôpital de la cité internationale universitaire. Pourtant, plus que la seule désignation, il semble que ce soit les propres visions et convictions des concepteurs qui aient primé dans les échanges à propos de la nature de ce lieu. En effet, un article rédigé par les architectes dans le catalogue de l'exposition *Paris d'hospitalité* tient lieu d'aveux : « Parfois la concertation tournait à la confrontation où chacun tenait son langage sans vraiment comprendre l'autre. Nous parlions lieu de recueillement et nous entendions isolement »[462]. Le conseil et la suggestion d'idées à la maîtrise d'ouvrage fait partie du rôle de l'architecte, toutefois le commanditaire reste habituellement maître de la décision finale. Sur ce point, l'inversion des rôles opérée par les architectes s'est cumulée aux différences de représentation induisant des tensions très vives entre maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage.

Outre cette référence à l'église, ce « lieu de recueillement » a suscité d'autres interprétations chez les concepteurs. Celles-ci ont été, pour l'équipe soignante, sources d'une plus grande incompréhension. Nous y reviendrons plus loin.

---

[461] *ibid*.

[462] Agence Avant-Travaux, « Unité de soins palliatifs, ne pas nommer la mort », dans *Paris d'hospitalité,* catalogue de l'exposition présentée au Pavillon de l'Arsenal, septembre 1990, Picard éditeur/Pavillon de l'Arsenal, Paris, 1990.

4- La maison

L'idée de maison présente dans le programme, nous l'avons évoquée, n'est pas celle mise en avant dans les discours et la conception des architectes. Cette idée est même très peu mentionnée par Philippe Bonneville lors de l'entretien, qui préfère parler, en premier lieu, de la remise en question du schéma hospitalier habituel. « On avait l'opportunité de sortir du schéma de l'hôpital. [...] Et comme on nous avait demandé le côté maison, on a sauté sur l'occasion »[463]. Les architectes répondent néanmoins à la demande de la maîtrise d'ouvrage, notamment par la personnalisation de la chambre. En effet, face au lit du malade, les trous des banches du mur de béton sont laissés tels quels. Ils permettent d'accrocher un panneau de photos et souvenirs ainsi qu'une tablette qu'il est possible de déplacer selon la convenance des malades. Les architectes optent également pour la moquette comme revêtement de sol dans les parties communes et un parquet en bois dans les chambres, matériaux généralement peu adaptés et adoptés en milieu hospitalier pour des raisons d'hygiène. Les revêtements de sol comme les meubles (faits sur mesure) en bois massif dans les chambres des mourants sont pensés « en réaction à l'hôpital où tout ce qui est lié à l'architecture de la maison individuelle est nié »[464]. La moquette bleue est très bien acceptée dans un premier temps. Puis, à l'usage, passer l'aspirateur se révèle être très long, bruyant et épuisant pour un personnel déjà peu nombreux. Ce choix suscite donc à posteriori un vif mécontentement chez les usagers[465].

[463] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.
[464] *ibid*.
[465] Alain Gille, directeur des équipements a pourtant rappelé aux usagers de l'unité qu'ils avaient bien accepté la moquette au moment de la conception du bâtiment. Il a tout de même fait installer une aspiration générale pour l'unité. Entretien Philippe Bonneville, *ibid*.

La chambre du malade, plaquette de l'agence Avant-Travaux

Les dissensions sur le choix du mobilier révèlent particulièrement bien les différentes visions de la maison de la maîtrise d'œuvre et de la maîtrise d'ouvrage. Les architectes n'ont pas de mission sur le mobilier, ils se mettent simplement d'accord avec Alain Gille et proposent du mobilier Knoll qui, selon eux, ne contredit pas l'esprit du projet. Le docteur Sebag-Lanoé a, quant à elle, une idée tout à fait différente et très précise du type de mobilier à intégrer, tout comme l'image générale qu'elle souhaite voir apparaître dans l'unité.

> [L'unité] était une maison. Le grand problème c'est qu'autrefois, la mort se déroulait à domicile et qu'aujourd'hui la mort survient en majorité en institutions. Je pensais donc qu'il fallait recréer une sorte de maison symbolique... Il fallait retrouver au sein de l'institution hospitalière un cadre architectural domestique. [...] Ma pensée était la suivante : je suis partie de deux idées simples. La mort est un phénomène anthropologique directement influencé par le milieu culturel. Il fallait donc que ce soit français, bien français. Ni canadien, ni anglais mais français. On était dans un hôpital public. C'était donc un lieu où allaient mourir des gens de toutes les catégories de la population. Il fallait tenir compte de cette diversité sociologique pour créer un lieu simple, neutre, mais inscrit par quelques signes dans la tradition française. [466]

[466] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.

Ces signes pour le Dr Sebag-Lanoé peuvent être du mobilier ou les matériaux. Ces deux catégories ne présentent pas réellement d'analogie et il est assez difficile d'associer un matériau particulier à une culture spécifique. Pour les meubles, « je n'aurais pas mis des meubles scandinaves...Peut-être cela aurait pu être du rustique français ? Cela aurait été davantage inscrit dans une tradition culturelle. Je n'aurais pas vu non plus des meubles en métal, en tubes, sauf pour la partie très médicalisée »[467]. Dans l'article rédigé à l'occasion de l'exposition *Paris d'hospitalité*, le médecin précise l'image qu'elle a en tête : « Nous rêvons d'un espace commun familial, traditionnel avec – pourquoi pas ?- une cheminée et un feu de bois pour réchauffer les durs moments ; quelques meubles anciens et modernes, mêlés, parleront de la continuité des générations, une comtoise égrènera les heures dans le calme, même si ce sont les dernières... »[468]. Le docteur pense à des matériaux chaleureux tels que le bois. Elle insiste également sur la nécessaire simplicité des lieux et l'oppose au « cosy » des pays anglo-saxons. « Entre temps, j'avais été à l'unité Notre-Dame à Montréal. Elle est très inscrite dans la culture anglo-saxonne. C'est très cosy, très anglais avec des petites fleurs partout. Je ne pensais pas du tout qu'il fallait faire cela en France. Moi, j'étais pour la simplicité »[469].
Finalement, les meubles de l'accueil (fauteuils, banquette et table basse) seront, selon les préconisations des architectes, choisis dans le catalogue Knoll, tandis que les meubles de la salle à manger (table, chaises et buffet), pour cause de budget réduit, achetés chez IKEA et choisis dans la gamme du fabricant pour ressembler le plus possible à des meubles rustiques.

Derrière la « simplicité », évoquée à de multiples reprises par le Dr Sebag-Lanoé, se dessine la volonté pour le médecin de réaliser un lieu qui représente le goût du plus grand nombre et non pas celui d'une élite privilégiée de la population. C'est encore ce qu'elle exprime à travers le choix des tableaux.

> Je voyais aussi des tableaux de peintres français....Mais pas forcément des choses " haut de gamme ", uniquement pour des PDG, mais des choses qui auraient parlé à des gens plus modestes.[...] Plutôt des paysages, des impressionnistes. Il faut voir

[467] *ibid*.
[468] Renée Sebag-Lanoé « Unité des soins palliatifs, une maison dans l'hôpital », dans *Paris d'hospitalité, op.cit*.
[469] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.

> que la majorité n'est pas sensible à l'art contemporain. On peut en mettre un peu, mais il ne faut pas exagérer. On ne travaille pas pour une minorité. [470]

Ailleurs, le médecin précise qu'une des idées fondamentales du projet était de répondre aux besoins de différentes catégories de la population pour que, ni les très riches, ni les très pauvres ne se sentent décalés. L'architecture contemporaine, dans l'esprit du médecin, est mise sur le même plan que l'art contemporain. Ils relèvent tous deux d'une culture partagée par une portion congrue de la population socialement privilégiée. Cette idée va à l'encontre de la volonté du médecin de gommer, dans la mesure du possible, les inégalités sociales des personnes devant la mort. Si le médecin insiste de nombreuses fois sur cette idée, c'est que la concentration de mourants en un lieu précis pouvait en apparence être hautement critiquable. Si, de plus, il s'agissait de créer un cadre douillet et haut de gamme au sein de l'Assistance Publique pour quelques privilégiés, tandis que l'immense majorité des gens plus modeste continue à mourir dans des conditions inacceptables, le projet, compris ainsi, pouvait susciter un véritable tollé général. Le Docteur Sebag-Lanoé est explicite à ce sujet : « Le cadre ne doit pas trop compter. Il ne doit pas trop correspondre à une catégorie sociale privilégiée, ce qui renforcerait l'idée selon laquelle seules les personnes d'un certain milieu ont accès aux unités de soins palliatifs » ou encore « Il y a d'ailleurs quelque chose qui me paraît suspect : c'est le luxe. Si l'on intègre l'idée que les soins palliatifs, l'accompagnement sont une forme de ritualisation du mourir, une façon d'apprivoiser la mort mais aussi de soulager la culpabilité des survivants, le luxe a quelque chose de suspect...Les gens ont pu vivre éventuellement dans un taudis avant, mais au dernier moment, c'est la promotion sociale ... ! »[471]. Au moment de la création de la première unité de soins palliatifs de l'Assistance Publique, l'idée des promoteurs des soins palliatifs en France est de diffuser le plus largement possible cette « nouvelle » pratique même si cela implique, dans un premier temps, de la rendre un peu plus visible que ce que l'on souhaiterait pour le long terme.

> Il vaut mieux que beaucoup de gens bénéficient du traitement de la douleur, de soins du corps adaptés et d'une attitude humaine vis-à-vis des familles, plutôt qu'une minorité seulement bénéficie du " top du top " tandis que le reste meurt dans de très mauvaises conditions comme avant. C'est un problème d'égalité sociale. Il faut bien sûr des lieux " top du top " pour l'enseignement et la recherche en soins palliatifs,

[470] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *ibid*.
[471] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *ibid*.

> mais il faut favoriser la diffusion de la pratique palliative pour le plus grand nombre. Sinon on crée une nouvelle inégalité devant la mort. [472]

Selon le Docteur Sebag-Lanoé, le choix du registre du mobilier est donc fortement lié à l'idée d'égalité sociale qui se traduit ici par son idée du goût du plus grand nombre, du goût populaire. Implicitement ce choix est également attaché à une catégorie d'âge. En effet, à la fin des années 1980, les meubles scandinaves IKEA représentent tout aussi bien le goût populaire (d'une classe d'âge toutefois plus jeune). Le médecin se défend cependant d'avoir voulu créer un lieu destiné à des personnes d'un certain âge : « l'USP était tous âges ». Toutefois elle avoue implicitement ce choix en le justifiant : « On était en 1987, il y a presque 20 ans maintenant....Il y avait quelques jeunes qui mouraient du Sida, mais la majorité des gens qui mouraient avaient déjà un certain âge... »[473]. La catégorie de la population visée à travers l'image de la maison a été source d'une certaine incompréhension de la part des architectes. Si, ces derniers n'étaient pas forcément conscients de la totalité des enjeux que leur conception allait susciter, ils étaient par contre très sensibilisés à la mort des jeunes, en ayant côtoyé à l'école des personnes atteintes de la maladie du Sida. Pourtant selon Philippe Bonneville, cette question a toujours été occultée et les concepteurs ont saisi dans les non-dits que leur architecture était destinée à des personnes plus ou moins âgées. Ces derniers étaient bien conscients du lien direct entre « le cosy » du docteur Sebag-Lanoé et la catégorie d'âge des patients visée. « Je me souviens qu'elle disait tout le temps le cosy, le cosy, et nous ne savions pas trop ce qu'était le cosy. Mais finalement nous avons compris ce qu'elle entendait par cosy »[474].

Pourtant, les architectes refusent de concevoir une architecture ou un décor destiné à une catégorie très précise de la population. Ces derniers mettent en avant la pérennité de l'architecture. Ceci implique non pas de réaliser une décoration liée aux références très éphémères d'une catégorie de la population, mais de s'attacher à la qualité architecturale des lieux, seule garante de sa tenue dans le temps. Pour les architectes, il est totalement vain de penser pouvoir créer une architecture dans laquelle le plus grand nombre puisse se projeter.

[472] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *ibid*.
[473] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *ibid*.
[474] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.

> Comment peut-on savoir ? Les personnes venues à l'unité vivent dans des endroits différents, ont des logement différents, du mobilier différent, s'habillent différemment. On ne peut pas dire que les gens aiment certaines choses et pas d'autres, cela devient subjectif. Le concepteur choisit ce qu'il aime et on ne peut pas échapper à cela de toutes façons. On ne croit pas que le plus grand nombre puisse se projeter dans un choix. [475]

Pour parfaire son argumentation, l'architecte souligne également qu'il ne s'agit pas non plus d'une question d'âge puisqu'une personne de 80 ans en 1987 pouvait très bien avoir comme référence les constructions d'un Le Corbusier des années 1920.
Les conceptions que se font les architectes et le Docteur Sebag-Lanoé de l'idée de maison dans un service de soins palliatifs sont très différentes. Sous la question du simple choix du registre du mobilier, se font jour des notions qui le dépassent largement. Celles-ci touchent, pour le médecin, à l'idée d'égalité sociale devant la mort, tandis que l'architecte justifie ses choix par des problématiques propres à l'architecture d'une manière générale, voire à « l'œuvre d'architecture », pérenne par sa qualité spatiale.

5- La bonne mort, le bien mourir, la vérité

Pour la totalité des entretiens réalisés à propos de la conception architecturale de la première unité de l'Assistance Publique vient en premier lieu l'évocation d'un élément très spécifique du projet. En effet, les critiques, souvent très violentes plus de 15 ans après l'ouverture de l'unité, se focalisent sur le mur de béton banché laissé brut face au lit du malade. Dans les chambres, « face au lit, un mur en béton, mur de la mémoire, est destiné à recevoir les images, les souvenirs »[476]. Le traitement de ce mur représente quasiment à lui seul le concept théorique selon lequel les architectes fondent le projet : la vérité.

Cette vérité est le fruit de l'interprétation que font les architectes de la présentation de la philosophie de la prise en charge palliative faite par le docteur Sebag-Lanoé.

> On nous a dit : ce sont des lieux de vérité (Dr Sebag-Lanoé). On nous a expliqué que l'on n'allait pas dire de but en blanc à une personne entrant à l'unité qu'elle était là pour mourir, mais que, dans ces lieux, on acceptait la mort, on ne la cachait plus, qu'il y avait une vérité à dire à la famille et au patient. Nous nous sommes dit : le

[475] *ibid*.
[476] Agence Avant-Travaux, plaquette de présentation du projet.

> médecin dit cela, nous, architectes, nous nous devons d'avoir la même attitude. L'architecture doit être vraie aussi, elle ne doit pas cacher. Nous voulions faire une architecture qui prenne tous les éléments pour ce qu'ils sont et pas pour autre chose.[477]

Cette vérité, pour les concepteurs, s'applique aussi bien à la relation entre forme et fonction d'un élément du programme, au traitement des surfaces des matériaux, qu'à la structure du bâtiment. Les architectes affirment cette idée dès la phase d'Avant Projet Sommaire.

> Le parti pris architectural ne peut être trahi par la valeur donnée aux matériaux; aussi la vérité structurelle et massive doit être posée comme essentielle à l'affirmation du projet. L'utilisation de matériaux brut (briques de verre, structure en béton brut, aile métallique...) accomplie dans une exécution stricte et précise, renforce l'idée d'un lieu au-delà de l'hospitalisation traditionnelle. L'ambition affichée par l'Assistance Publique s'inscrit, dès lors dans le contact au matériau. Il n'y a pas de faux-semblant architectural dans un lieu où la vérité est de mise. [478]

Cette affirmation est reprise ultérieurement dans la plaquette de présentation des travaux de l'agence, comme élément fondamental de la conception de ce projet. La *vérité* guide de nombreux choix dans la conception de l'unité et prend des traductions architecturales diverses. Il peut s'agir de ne pas mentir sur la nature du lit du malade. « On a admis tout de suite que le lit était un lit médicalisé malgré tout. On s'est battu sur la finition du lit. Ils voulaient un lit dont le dossier figurait du bois, nous avons refusé. Nous n'allions pas faire faire sur mesure des meubles en bois massif (étagères et placard de la chambre) pour avoir un faux lit médicalisé ! »[479]. Il peut s'agir également de ne pas cacher les éléments peu nobles de la construction. Ainsi la sous face de la toiture en tôles métalliques est laissée apparente. Les architectes refusent d'installer un faux-plafond dont le statut ne serait qu'un cache misère : « Et là on voulait dire : de dessous on peut lire la toiture qui vous protège. On avait quand même mis des toiles tendues blanches ». Cette dernière précision montre combien les jeunes architectes sont conscients que l'esthétique du bâtiment, conséquence de leurs choix théoriques et conceptuels, risque de ne pas être appréciée des futurs usagers.

[477] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.
[478] Compte rendu de l'Avant Projet Sommaire, 14 avril 1988, Direction des équipements. Archives de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ; 630W94.
[479] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.

Le lieu de recueillement déjà évoqué, entre également dans la traduction de l'idée que se font les concepteurs de la *vérité*. Lors de leur visite de l'unité de l'hôpital international de la Cité universitaire, les architectes s'interrogent sur la cohérence entre la spatialité et la dénomination du lieu de recueillement.

> C'était une pièce dans une unité de soins avec une porte comme partout. On pouvait s'isoler dans cette pièce fermée. Il y avait un tableau un peu plus beau qu'ailleurs, un fauteuil et une plante verte. Pour nous, ce lieu de recueillement ne disait pas la vérité. C'était quoi ? Un bureau que l'on appelle lieu de recueillement ! Il fallait que ce lieu ait une vérité ![480]

Le premier point de dissension entre maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage porte sur l'ouverture que les architectes imposent, en référence à l'église, tandis que le docteur Sebag-Lanoé semble plutôt penser à un espace où s'isoler. Les concepteurs investissent beaucoup sur cet espace et le pensent comme le lieu symbole de l'unité. Plus étonnante est la seconde idée que les architectes associent au lieu de recueillement. Le lien entre religion et mort est assez traditionnel, tandis que celui avec les jeux des enfants l'est beaucoup moins. Il va susciter quelques incompréhensions chez les usagers.

> On s'est dit, comme le lieu de recueillement est l'endroit qui va symboliser l'unité, il faut que ce soit un lieu où les enfants puissent jouer. A partir du moment où on l'a dessiné comme cela et posé à cet endroit dans l'unité, on a dit : les enfants viendront jouer à l'intérieur et on l'a affirmé tout le temps. Et là...ce n'est plus passé. L'ensemble du corps médical n'a pas admis que le lieu de recueillement soit un lieu où l'on puisse jouer, ou faire ce que l'on veut. [481]

La logique du lien entre l'espace symbole de l'unité et les jeux des enfants n'est absolument pas évidente et l'association d'idées peu naturelle voire surprenante. Toutefois celle-ci peut se comprendre dans l'idée d'une acceptation idéale de la mort où l'insouciance des jeux des enfants symbolise la succession naturelle des générations et donc la vie. Le docteur Sebag-Lanoé se souvient « s'être battue » pour changer la couleur de la peinture murale du lieu de recueillement. « La couleur de l'espace de prière était rose fuchsia... ! Ils étaient complètement à côté. C'était même agressif. On ne s'est pas marré du tout »[482].

[480] *ibid*.
[481] *ibid*.
[482] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.

Enfin l'élément éveillant unanimement chez les soignants des réactions négatives est le « mur de la mémoire » des chambres des mourants. Il est nécessaire de préciser que la localisation de ce mur tient une place très importante. En effet, dans les parties communes de l'unité existent deux imposants murs de béton brut. Ces voiles sans apparente fonction structurelle sont placés ainsi afin de redonner une géométrie au lieu et ne pas laisser flotter les éléments du projet. Ces voiles et leur finition ne sont jamais mentionnés comme problème au cours des entretiens. Le docteur Salamagne mentionne toutefois qu'elle a pu ressentir une certaine honte à recevoir ses hôtes dans un lieu « non terminé », ce qui pourrait correspondre à l'usage du béton apparent d'une manière générale. L'ensemble des personnes, interrogées à propos de la conception architecturale, a mentionné en premier lieu que ce mur de béton leur évoquait immédiatement le caveau funéraire. « Le mur en béton brut des chambre m'a tout de suite fait penser à un caveau. Le béton brut c'est froid »[483] se souvient le docteur Desfosses, tandis que le docteur Sebag-Lanoé évoque la même association d'idée. Le béton « faisait caveau ! Ils ont laissé parler leur inconscient ! ». Cette dernière ne se souvient pas d'une quelconque explication de la part des architectes : « Ils ne nous ont pas donné d'explications. Mais on a compris que c'était ça. C'était " in " de faire du béton brut. [...] C'était à la mode à l'époque, on en trouvait partout.... »[484]. Les architectes se souviennent, quant à eux, très bien de l'échange à propos de ce fameux mur.

> On a toujours essayé d'expliquer notre choix....Alors on s'est entêtés. Je me souviens très bien de la discussion à propos de ce mur en béton. Un jour, on s'est retrouvé avec tous les médecins et les infirmières qui nous ont parlé de la connotation très négative du béton et de la connotation " caveau funéraire ". Moi, j'ai raconté que mon arrière grand-père, entrepreneur dans les années 1930, dans une petite ville de 20 000 habitants en province, avait décidé de réaliser lui-même le caveau familial. Il achète une concession et construit le caveau en béton. Trente ans après, toute la ville en parle encore !! Comment pouvait-on imaginer faire un caveau en béton alors qu'à l'époque on les faisait en pierre ? [...] J'expliquais : il y a 50 ans ça posait un problème de faire un caveau en béton et maintenant vous me dites que le béton fait penser au caveau, à la mort ! Cela ne veut rien dire ![485]

Des soignants rapportent les réactions négatives de certains patients. Magali, présente dans cette unité depuis son ouverture, se souvient de la dernière semaine d'une mourante passée, selon elle, à hurler de peur plus que de douleur devant ce

[483] Entretien avec le Dr Gilbert Desfosses, *op.cit*.
[484] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.
[485] Entretien avec Philippe Bonneville, *op.cit*.

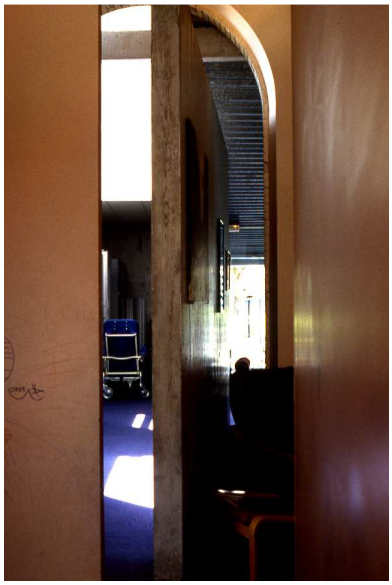
mur, tandis que deux malades confus ont vu dans les trous des banches des impacts de balles ou des nids de vipères. L'association des panneaux massifs de bois, du béton brut et des vis faisait dire à certains malades qu'ils étaient dans une tombe. Enfin, un patient juif y voyait le mur des lamentations.

Les vis métalliques fichées dans le mur font partie du système d'accroche de la tablette en bois et du panneau de souvenirs. Philippe Bonneville avoue qu'à l'époque aucun des membres de l'équipe n'avait pensé à cette association d'idée. A l'aune de son expérience, il reconnaît aujourd'hui que ces vis étaient de l'ordre de l'anecdote.

> On amenait un objet que n'avait pas de raison d'être. C'était du décor. Cela aurait pu être plus discret. Le fait de pouvoir déplacer un objet se suffit à lui-même. Il n'est pas nécessaire de mettre un système qui dit que l'objet peut être déplacé. On tombe dans ce qui est presque une lubie d'architecte. Par contre le béton était quelque chose d'important. [486]

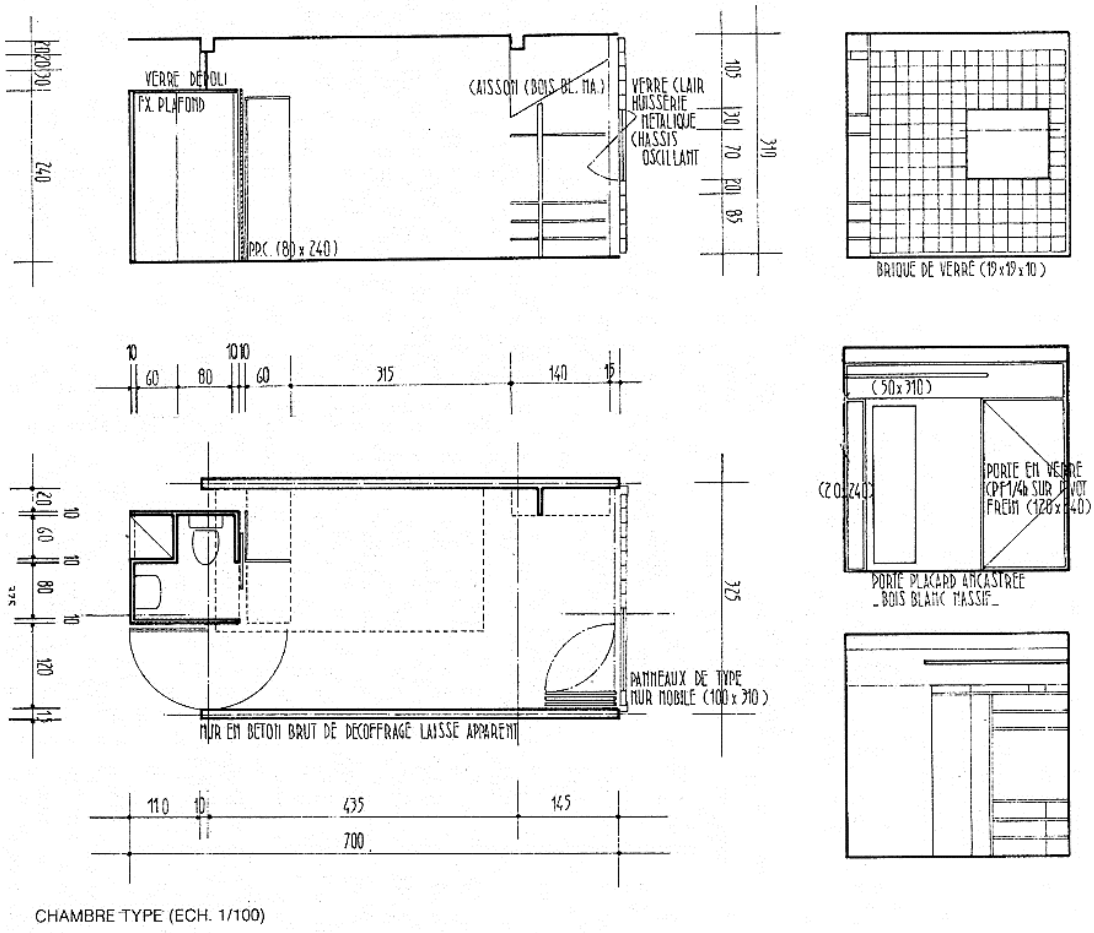
Il est clair, à propos de ces vis, que les différentes parties impliquées ne parlent pas le même langage. Les usagers expriment leurs propres représentations et associations d'idées quand les concepteurs discourent de problèmes foncièrement et spécifiquement attachés à des questions techniques de la pratique architecturale.

Voiles de béton vernis dans l'espace commun de l'unité



« Mur de la mémoire » de la chambre du malade

[486] *ibid*.



Plan et élévations d'une chambre « type », *AMC*, avril 1991

Si les architectes sont loin de se figurer les images provoquées par l'insertion de vis métalliques dans le mur de béton, ils sont parfaitement conscients de l'impact du choix du béton brut. « Ce mur, on le mettait en avant comme quelque chose de fort. On le faisait en béton, on n'était pas bête. On admettait que mettre un mur en béton dans une chambre d'hôpital pouvait poser des problèmes, déjà dans les bâtiments publics cela pose des problèmes ! »[487]. Pourtant, malgré les réticences et remarques de l'équipe médicale, les architectes, soutenus par Alain Gille, le directeur des équipements de l'AP-HP, campent sur leur position pour des raisons idéologiques. « On aurait pu lâcher, mais on nous avait vendu cela comme quelque chose de très fort, ce n'était pas une unité de soins comme une autre, et on y croyait. On ne s'est pas battu jusqu'au bout uniquement pour résister »[488]. Le mur de béton laissé brut avec les trous des banches est encore une traduction architecturale de l'idée de *vérité*.

[487] *ibid*.
[488] *ibid*.

Selon les architectes la vérité médicale était de mise dans cette unité, ils se devaient donc de montrer la vérité constructive du bâtiment.

> Aujourd'hui, l'architecture se construit en béton, c'est comme cela que tient le bâtiment. Dans un tel lieu il ne faut pas cacher le béton, il faut qu'il existe, qu'il soit là, présent. C'est vrai, on aurait peut-être pu le faire dans les parties communes uniquement. Mais on nous a dit que le lieu important par rapport à la vérité que l'on ne cache pas, est l'endroit du malade, sa chambre. Pour les personnes qui vont mourir dans l'unité, la dernière chose qu'elles verront sera cette pièce. Pour nous, c'était quelque chose de terrible de se dire, en tant qu'architecte, je suis en train de dessiner quelque chose que les usagers auront comme dernière image.[...] Donc, on s'est dit que, du point de vue architecture, il ne fallait pas que cette chambre cache les choses. [489]

A quels éléments se sont intéressés en priorité les concepteurs de la première unité de soins palliatifs de l'Assistance Publique ? Si l'on analyse les apports respectifs des différentes parties impliquées, il apparaît que la maison (intégrée au programme) est une idée de la maîtrise d'ouvrage et plus spécifiquement du docteur Sebag-Lanoé qui avait auparavant visité des hospices dans les pays anglo-saxons. Les architectes, quant à eux, prennent cette idée quasiment comme un prétexte afin de pouvoir innover dans la distribution de l'unité. Celle-ci est pensée en réaction au schéma distributif traditionnel de l'hôpital et des lieux d'enfermement d'une manière général et ne correspond pas à une distribution très classique et habituelle de logement (des boîtes autonomes posées dans un espace fluide). L'intérêt des architectes est très visible sur les points qu'ils ont tenu malgré les conflits qu'ils provoquaient : le lieu de recueillement et le « mur de la mémoire ». Le lieu de recueillement, pour les concepteurs, parle de religion mais également du renouvellement naturel des générations. Le « mur de la mémoire » parle, par la dénomination qu'ils en donnent, du temps passé mais aussi de la mort proche à venir à travers cette *vérité* que l'on ne peut ignorer dans un tel moment. Ces deux éléments sont pensés comme des symboles de l'unité et parlent explicitement de la mort. En soumettant aux médecins l'explication des architectes quant à leur idée de *vérité*, leurs réactions ont été violentes. « Oui, mais enfin... ! C'est cela : la vérité du matériau qui renvoie à la vérité...Enfin le nombre de gens qui ont dit que c'était un parking ou un caveau... ! Quand même ce n'est pas sérieux ! »[490], s'exclame le docteur Sebag-Lanoé tandis que le docteur Desfosses parle de violence et de brutalité de la part des architectes :

[489] *ibid*.
[490] Entretien avec le Dr Sebag-Lanoé, *op.cit*.

« On n'est pas dans la vérité assénée, on ne regarde pas la mort comme on regarderait le soleil, ce n'est pas ça du tout. C'est la vérité du malade pas celle du soignant ! »[491]. Ces réactions vives pointent du doigt l'ambiguïté des discours sur la prise en charge palliative qui, selon la perspective, tel un verre à moitié vide ou à moitié plein, peuvent être vue du côté de la vie ou du côté de la mort. La vision du corps médical serait plutôt tentée de regarder le verre à moitié plein, du côté de la vie. D'ailleurs, l'idée de maison est certainement le lieu de la vie quotidienne représentant au mieux la vie, simple, banale, avant la maladie et la mort. L'endroit qui, aujourd'hui ne parle absolument plus de la mort, tant celle-ci a pris ses appartements à l'hôpital. Ceci correspond assez bien à l'hypothèse qu'émet, dans la droite ligne de Norbert Elias[492], Michel Castra à propos de l'entreprise de pacification de la mort réalisée au sein de l'unité de soins palliatifs. Le sociologue va plus loin en dénonçant la mise en place d'une normalisation assez stricte du mourir d'une manière générale en soins palliatifs. Et ses conclusions peuvent apparaître quelques peu mécaniques, ôtant aux acteurs des soins palliatifs, l'humanité qui fondent originellement leurs actes.

Michel Castra, au long de son analyse, insiste sur la mise en place d'un cadre nécessaire à la construction d'une représentation pacifiée de la fin de vie. Cette construction, selon le sociologue passe par la sélection d'une « population » de malades répondant à des critères bien spécifiques quant à leur capacité à adhérer à un travail aboutissant à un cheminement dans leur fin de vie et se soldant idéalement par une acceptation de la mort.

> La logique de recrutement de l'unité consiste à rechercher une population susceptible d'épouser aux mieux le cadre de l'institution et ne posant pas trop les problèmes de l'intégration et de l'assimilation dans le concret du travail. Disposant d'une grande latitude dans sa capacité à refuser, et dotant le malade des mêmes facultés, le médecin se crée des conditions optimales de prise en charge en ne retenant que des fins de vie " travaillables ". On a affaire ici à un double mécanisme sélectif et adaptatif visant à la transformation du " client " en un malade assimilable par l'USP. [493]

[491] Entretien avec le Dr Gilbert Desfosses, *op. cit.*
[492] Norbert Elias, *La solitude des mourants,* Christian Bourgeois éditeur, 1987, pour la traduction française.
[493] Michel Castra, *op. cit.* p. 219.

Le temps présumé de passage dans l'unité, selon M. Castra, est également un critère de sélection. Ce temps ne doit ni être trop court, ce qui dans le logique de son hypothèse empêche, faute de temps, de mener un travail satisfaisant dans le cheminement du patient vers la mort (la frustration de l'équipe s'ajoute aux risques de déstabilisation qu'entraînent des décès très rapprochés), ni trop long, ce qui présente un risque pour les soignant de « trop » s'attacher au patient ou de s'épuiser au contact permanent d'un malade. Il est évident qu'une « sélection » des patients est réalisée lors de leur admission car ceci tient à la définition même du service. Il s'agit avant tout d'un service recevant des malades incurables en fin de vie. Il existe des malades incurables dont l'espérance de vie est relativement longue. Le profil de ces derniers correspond plus à celui des personnes hospitalisées dans un service de long séjour et recevant des soins palliatifs ou maintenues (ou renvoyées pour un temps) à domicile selon leurs vœux et leur état physique. D'autre part, les services de soins palliatifs n'ont, à l'origine, pas été pensés comme des mouroirs, des endroits spécifiques où seraient envoyés in extremis les personnes sur le point de mourir. Cette image d'un service de soins palliatifs se situe même à l'opposé des intentions des promoteurs des soins palliatifs. Il existe donc bien une durée moyenne de séjour des patients d'environ trois semaines (dans cette unité) correspondant à une catégorie de patients, comme il est habituel de le rencontrer dans les autres services hospitaliers.

C'est encore le caractère normatif de la prise en charge palliative que Michel Castra cherche à mettre en évidence avec l'analyse de l'attitude idéale des patients vue par les soignants.

> C'est précisément sur la conception normative d'une progression vers une mort sereine et apaisée que repose le travail de l'équipe médicale pour rendre le comportement des malades " convenable ". La manière appropriée et valorisée de mourir prend ici la forme d'une acceptation ou à défaut une compréhension lucide de sa situation. […] Dans cette perspective, le refus du mensonge, et la recherche d'un contexte de conscience ouverte se révéleraient en définitive salutaires pour le malade lui-même qui, au seuil de sa mort peut devenir acteur de son propre drame ; la fin de vie apparaît alors comme un moment privilégié où l'individu pourrait se réaliser en tant que sujet. Cette aspiration à une mort calme et paisible de l'individu autonome est très directement liée aux traits caractéristiques de nos sociétés contemporaines, qui influencent les nouvelles représentations de la mort en milieu hospitalier. [494]

[494] *ibid*. p. 253.

Cette nouvelle représentation de la « bonne mort » serait, selon le sociologue « une mort préparée, maîtrisée à laquelle les candidats participent sans jamais perturber l'ordre des vivants. "L'exemplarité " de leurs attitudes, le " courage ", la " maîtrise, la " dignité ", le parfait contrôle des affects parachèvent le caractère moralisateur de cette nouvelle conception de la fin de vie. [...] Ce modèle d'une fin de vie franchement positive représente le double inversé du modèle habituel de la mort maléfique-malheur. [...] Cette imagerie naïve de la " belle mort " en soins palliatifs évacue son caractère violent, perturbateur et désorganisateur. La réalité de la belle mort est redéfinie comme potentiellement chargée de sens, d'émotions, douce, calme et sereine »[495].

Cette analyse teintée d'une critique négative des modalités de construction de la prise en charge palliative et de l'idéologie à l'œuvre en soins palliatifs laisse imaginer la totale maîtrise que les médecins auraient de l'ensemble des situations. Il est bien peu probable que la réalité soit aussi systématique et les médecins interrogés à propos de leurs pratiques dans la prise en charge palliative avouent faire, par moments, simplement ce qu'ils peuvent, tant les trajectoires de chaque mourant sont différentes et ne peuvent correspondre à un unique schéma. La critique de Michel Castra porte sur l'entreprise de normalisation, selon lui à l'œuvre en soins palliatifs plus que sur la volonté de pacification de la mort qui apparaît toutefois dans son analyse comme une représentation quasiment imposée aux patients par le corps médical. Sans adhérer complètement à ce point de vue quelque peu systématique, on ne peut toutefois ignorer, lors des visites d'unités, l'impression de baigner dans une atmosphère quelque peu cotonneuse où la violence de la mort n'existe pas.

Il est évident que l'aspect brut des matériaux utilisé par les concepteurs de l'unité de Paul Brousse se situe en totale discordance avec l'image souhaitée. Pour le corps médical, il ne s'agissait pas d'exprimer la mort mais au contraire de se concentrer sur le caractère particulier de la période de vie précédant cette mort. Cette différence d'interprétation selon le corps médical, maîtrise d'ouvrage, et la maîtrise d'œuvre peut s'expliquer par l'ambiguïté des discours sur les soins palliatifs qui laissent facilement une porte ouverte à l'interprétation du « retour » d'une acceptation

[495] *ibid*.p. 245.

naturelle de la mort dans notre société. Il semble, de plus, que cette idée entrait tout à fait dans les conceptions idéalistes des architectes dont la réponse au concours *Variations architecturales sur la fin de vie* cherchait déjà, avec une certaine provocation, à réintégrer la mort dans la ville et la société.

Manifestement les représentations respectives très fortes et très différentes des parties impliquées se sont heurtées sur certains points à des résistances dans une communication qui parfois n'usait pas du même langage. Ceci fait aujourd'hui dire au docteur Sebag-Lanoé qu'elle n'a pratiquement pas été consultée au cours de l'élaboration du projet. Elle s'est sentie complètement dépossédée d'une création qui était aussi la sienne. Pourtant les archives du dossier travaux de l'unité contiennent une lettre du docteur Sebag-Lanoé, qui écrit en juin 1988 au directeur de l'hôpital Paul Brousse.

> Il me semble que nous pouvons dire à l'heure actuelle que la conception architecturale d'ensemble est positive, en particulier : cette unité échappe au schéma hospitalier habituel rectiligne, les espaces sont agencés de façon à faciliter une certaine convivialité, ce qui correspond parfaitement à nos objectifs. Par ailleurs, l'ouverture de six chambres sur la pelouse, l'accès de plain-pied au jardin sont également des éléments très agréables pour peu, bien entendu, que le jardin soit aménagé de façon adaptée. […] Par contre, je suis extrêmement réservée quant au fait que le mur de la chambre du malade qui se situera face à lui, c'est-à-dire face à son lit, soit en béton lisse fut-il teinté ou fut-il brillant. Cette matière ne me parait, à priori, ni chaleureuse, ni conforme à l'esprit, peut-être moins ambitieux sur le plan architectural que ne le voudraient nos architectes, mais peut-être plus familial que nous voudrions donner à l'unité. En particulier, une paroi en bois ou de liège nous paraîtrait beaucoup plus chaleureuse et fonctionnelle car elle permettrait au malade et à sa famille d'accrocher, sans aucun problème, les photos, les souvenirs, les images qui pourraient participer à la personnalisation de leur chambre. Pour le reste il me semble que le projet est bon. [496]

Les soignantes interrogées, ont exprimé une certaine satisfaction à avoir pu infléchir le choix de couleurs des architectes lors des dernières réunions de chantier. La couleur verte de l'unité qui, en association avec les avancées blanches des blocs sanitaires des chambres, les canalisations et gaines de ventilations visibles, leurs donnaient l'impression d'être dans la partie technique d'une « morgue »[497]. Par ailleurs, elles estiment dommage la manière dont les chambres ont été modifiées en 1998. Elles auraient préféré une « rectification des erreurs » plutôt qu'une

[496] Lettre du docteur Sebag-Lanoé à M. Colin, directeur de l'hôpital Paul Brousse, du 7 juin 1988. Dossier 630W94, archives de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.
[497] Entretien avec Mme Bardoulat et Magali, soignantes à l'USP de Paul Brousse ; 5 mai 1998.

transformation radicale des chambres originales en chambres hospitalières « classiques » avec papier gaufré beige au mur et linoléum imitation « parquet bois » qui se trouve, d'ailleurs, en dessous. Suite à leur expérience dans cette unité, elles affirment qu'elles ne souhaiteraient plus travailler dans le cadre architectural d'un service classique.

L'image porteuse d'un message opposée à celui souhaité, résumé très précisément dans le mur de béton des chambres et le lieu de recueillement, en est venue à occulter totalement le reste du projet, qui par ailleurs présente une véritable qualité spatiale. Les explications données par les architectes n'ont eu finalement que peu de poids au regard des enjeux que représentait la création de la première unité de l'Assistance Publique. Cette unité pensée à priori comme « pilote » et « modèle exportable » restera une expérience unique qui, si elle ne dit pas comment concevoir une unité de soins palliatifs, a le mérite de mettre en évidence ce qu'il est impossible d'y voir figurer.

III- EVOLUTION DES STRUCTURES D'ACCUEIL EN SOINS PALLIATIFS

A- Des unités atypiques marquées par l'influence du modèle anglo-saxon

L'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse est très significative du point de vue d'une recherche architecturale soucieuse de répondre à un nouveau type de programme. Cette opération présente d'autant plus d'intérêt, qu'elle n'a pas été calquée, par ses concepteurs, sur le modèle anglo-saxon existant. Deux centres réalisés en 1993 et 1994 se démarquent également des unités de soins palliatifs conçues après la circulaire de 1986. Leur conception, mettant l'accent sur l'aspect plus domestique qu'hospitalier, laisse sentir l'influence des hospices anglo-saxons. Ils constituent à eux seuls une catégorie à part.

La maison et *la Mirandière* sont deux centres situés en dehors des structures hospitalières dont le statut est celui de PSPH (participant au service public hospitalier).

La création de *la Mirandière* a été longue et a rencontré de nombreuses difficultés, notamment financières. Cette structure est née de la volonté d'une équipe de soignants et médecins d'une clinique de Dijon (Fondation Clément Rebon) dont le docteur Béal et Jacques Girardier. Ce dernier fait un voyage au Canada pour visiter les centres de référence comme l'unité Notre-Dame de Montréal au Royal Victoria Hospital et la Maison Michel Sarazin à Québec. Le programme du futur centre, dont la construction est souhaitée sur un terrain neutre, est élaboré par des médecins et soignants. Le projet est confié aux architectes du cabinet Lentz de Dijon[498].

La Maison, située à Gardanne près d'Aix en Provence, ouverte en 1994, est un centre recevant principalement des personnes en fin de vie, 12 malades en même temps (environ une centaine par an) et leurs familles. Le bâtiment actuel, signé par l'architecte Henri Paret, est le résultat d'un travail mené en collaboration avec la maîtrise d'ouvrage, des soignants et des bénévoles expérimentés en matière de soins palliatifs. Le centre est une réhabilitation et agrandissement d'une maternité désaffectée, ce qui, aujourd'hui, n'est plus perceptible.

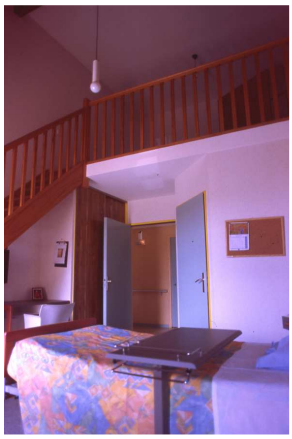
[498] Entretien avec le docteur Béal du 11/06/2002.

La conception de ces deux structures répond aux grand principes énoncés par architectes des hospices anglo-saxons d'autant qu'elles bénéficient d'une situation géographique considérée comme idéale par ces derniers. Le terrain de *la Mirandière*, cédé pour un franc symbolique par la ville de Quetigny (en banlieue de Dijon) se situe dans un quartier résidentiel pavillonnaire en périphérie du centre. *La Maison* est localisée le long de la voie principale de Gardanne, quasiment à la sortie de la petite ville. Ces situations respectives permettent aux centres de bénéficier de l'agrément d'un jardin.

Vue extérieure de la *Mirandière*

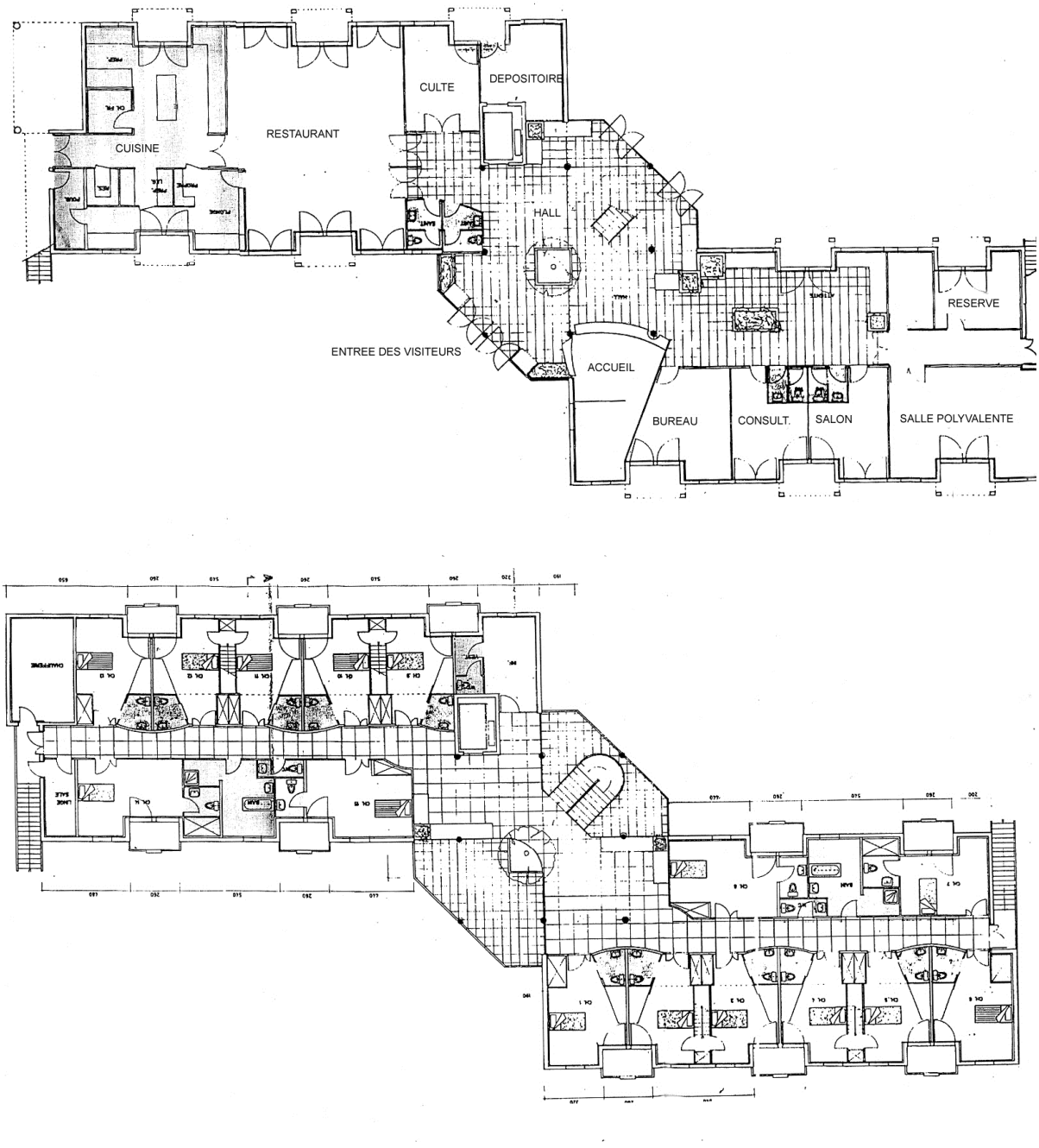
Hall d'accueil et escalier, pivot du bâtiment

Salle à manger commune



Chambre avec mezzanine pour les proches

Couloirs courbes



Haut : Plan du rez-de-chaussée de la *Mirandière* (version du plan qui sera légèrement modifiée). A ce niveau sont concentrés les espaces communs, bureaux et locaux techniques.
Bas : Plan du 1er étage, réservé exclusivement aux chambres.

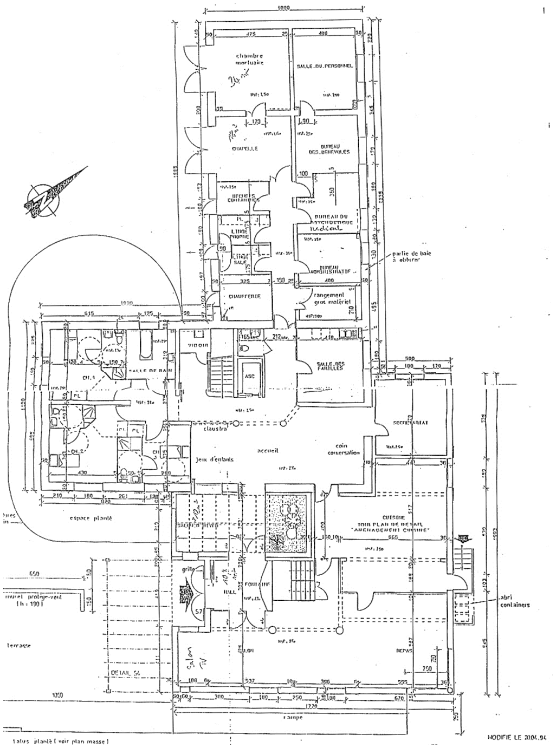
La Maison, vue extérieure

Salle à manger des soignants, des patients et des familles

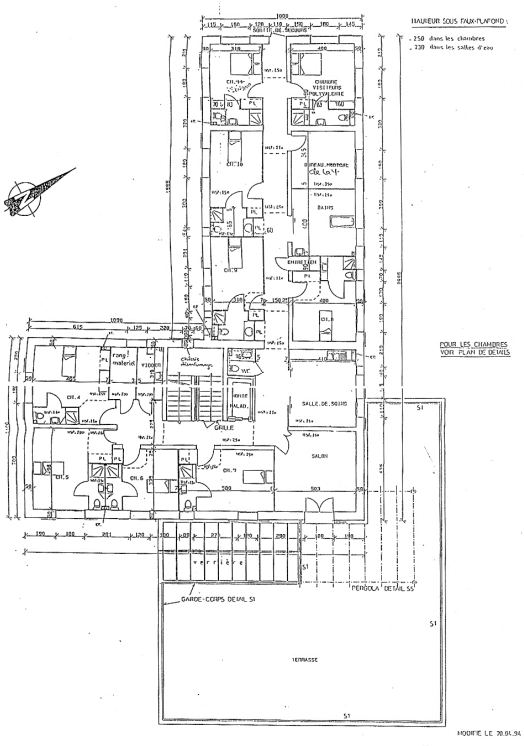
Chambre sans bandeau à oxygène

bibliothèque

Salon de musique



Plan du rez-de-chaussée de la *Maison*



Plan du 1er étage, occupé par les chambres

La composition des volumes montre, à *la Maison* comme à *la Mirandière*, une volonté des concepteurs de ne pas créer d'édifice évoquant directement un bâtiment hospitalier. Une extension de plain-pied, « encastrée » dans le volume de l'ancienne clinique, vient casser sa massivité et gommer le caractère institutionnel de *la Maison*. Les architectes de *la Mirandière*, ont quant à eux, choisi d'articuler trois volumes de deux niveaux avec des toitures à deux pentes. La composition des parties de l'édifice met en évidence l'importance allouée à l'accueil des malades et des visiteurs. L'entrée s'effectue dans le volume central largement ouvert sur l'extérieur, point de jonction entre deux ailes de deux niveaux. Ce volume sous double hauteur accueille en son centre un imposant escalier hélicoïdal distribuant chacune des parties du bâtiment. Cet espace a été pensé comme une place publique de réunion ou d'observation de l'activité du centre[499]. Les deux ailes accueillent, au premier étage, les chambres des patients tandis que le rez-de-chaussée est réservé aux lieux de vie communautaires, salle à manger, salon, lieu de recueillement d'une part et d'autre part les bureaux des soignants et administratifs, salle de réunion, pharmacie et locaux techniques.

A *la Mirandière*, de nombreux espaces destinés aux familles ont été intégrés, lieux d'entretiens informels dans des salons ou pièces de repos. La salle à manger au centre de laquelle trône une cheminée, convie l'ensemble des résidents, malades, proches, soignants, personnel administratif à prendre les repas en commun. Cette même option a été adoptée pour *la Maison*. Et s'il n'existe pas de cheminée dans la salle à manger, la convivialité et la domesticité sont données par la possibilité d'assister à la préparation des repas, voire d'entrer dans la cuisine ce qui nécessite un assouplissement des règles de sécurité d'un tel établissement. Les directions des deux centres se préoccupent des détails : la vaisselle est en porcelaine, les verres à pied, les nappes et serviettes en tissu.

Tout comme en Grande-Bretagne, le souci de moduler la distance entre le malade et les accompagnants a conduit les concepteurs de *la Mirandière*, à proposer une solution particulière : des chambres avec mezzanine. Ce dispositif offre l'avantage d'héberger les proches près de leur malade sans être directement à son chevet. Il

[499] Dans la conception de *la Maison*, une grande attention a également été portée à la distribution des locaux et aux circulations afin de pouvoir se déplacer en chaise ou en lit et surtout donner l'envie de circuler.

donne de plus un aspect domestique aux chambres qui bénéficient d'un volume en double hauteur dans la soupente de la toiture.

Le caractère des deux centres a fait l'objet d'une recherche en matière de décoration. Pour les commanditaires de *la Maison*, « la beauté vient de l'habité » [500] et donc du réel usage des lieux, ce qui autorise une certaine appropriation des lieux de la part des usagers. La manière de donner l'envie d'habiter *la Maison* a consisté à penser à une multitude de détails qui forment l'image domestique du centre: le mobilier a été choisi en grande partie chez IKEA (ce qui constitue une référence connue pour la majorité des patients jeunes), fait sur mesure, ou choisi chez des brocanteurs; les lits médicaux ont été choisis avec soin pour laisser transparaître le moins possible le côté médical, il n'existe pas de bandeau à oxygène en tête des lits (appareil mobile en cas de besoin), ni de chariot dans la salle des soins. Le mobilier de *la Mirandière* présente également une certaine hétérogénéité et la décoration donne une place importante à la présence de plantes vertes.

L'idée dominante mise en avant par la directrice de *la Maison* est celle du plaisir des sens: avoir la possibilité de boire du vin ou de fumer à table, plaisir des yeux par des couleurs chaleureuses et gaies (peintures à l'essuyé dans les chambres) autant que par des œuvres d'art offertes au centre (« importance de l'œuvre humaine »), plaisir de l'ouïe dans le salon de musique et enfin plaisir du toucher et du soulagement des douleurs par des soins du corps, des séances de relaxation par des bains agrémentés d'huiles essentielles.

Les conceptions architecturales de *la Maison* et de *la Mirandière* répondent point par point aux préconisations énoncées par les concepteurs (architectes et paysagistes) anglo-saxons : recherche d'un caractère entre l'institution et la maison grâce à l'échelle du bâtiment, à la composition de ses volumes, au choix d'un vocabulaire ; au maintien de la relation (de soin, familiale et sociale) ; à la priorité donnée à la mobilité ou encore à la création de lieux où l'on peut s'isoler, prendre une pause ou un peu de distance. La conception des chambres individuelles de *la Mirandière* montre une certaine recherche d'innovation (pour une structure de soins) tout comme

[500] Entretien avec Chantal Berthelot, directrice de *la Maison* de Gardanne, 06/2000.

la décoration des deux centres qui affirme son caractère local en comparaison du « cosy » anglo-saxon pouvant être perçu comme trop douillet.

Ces deux centres constituent toutefois une exception au regard de l'ensemble des unités de soins palliatifs mise en place postérieurement à la circulaire de 1986. La volonté de créer une image penchant largement en faveur de la maison plutôt que de l'institution, s'accompagne de certaines spécificités dans le projet institutionnel qui ne se retrouvent pas dans les unités hospitalières. Ceci est rendu particulièrement évident par la conception d'une salle à manger commune où l'ensemble de la « communauté » est invité à partager ses repas. Certains médecins investis depuis les premières heures dans les soins palliatifs considèrent qu'il s'agit là d'un manque de considération pour la pénibilité du travail des soignants, qui ne peuvent jamais prendre de réelle pause en présence permanente des familles et des patients.
Si le nombre de deux bâtiments semble peu important pour constituer une catégorie à part entière, cette appellation prend tout son sens dans l'impact que leur image peut avoir sur les représentations de la fin de vie. L'unité de soins palliatifs de Paul Brousse, *la Mirandière* et *la Maison* sont en effet quasiment les seules unités publiées ou montrées au grand public[501]. *La Maison* de Gardanne, dont l'image, parmi les trois opérations, est certainement la plus domestique, a servi de cadre à la réalisation du film *C'est la vie* de Jean-Pierre Améris, en 2001[502]. Contrairement aux publications concernant un public spécialisé et intéressé à la question, ce film a touché un large public. Il participe à deux titres à l'élaboration des représentations sur la fin de vie. En premier lieu, par l'image du centre qui tient plus de la colonie de vacances que du mouroir austère et, en second lieu, par le scénario du film adapté de

[501]« Unité de soins palliatifs » in *L'Architecture d'Aujourd'hui,* n°269, juin 1990.
« USP à Villejuif », in *AMC,* n°11, mai 1990.
« La vérité de la Fonction », Unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif, in *AMC,* avril 1991.
« Unité de soins palliatifs, ne pas nommer la mort » et « Une maison dans l'hôpital » dans *Paris d'hospitalité,* catalogue de l'exposition présentée au Pavillon de l'Arsenal, septembre 1990, Picard éditeur/Pavillon de l'Arsenal, Paris, 1990.
« Création d'une unité de soins palliatifs à Quetigny, en Côte d'Or », Dr Girardier, Mme A. Lautissier, *in ASP Liaisons,* mars 1993, pp.47-50.
La clinique Jeanne Garnier a également été l'objet d'un reportage. Celui-ci montre quelques images du bâtiment, notamment le couloir et l'intérieur des chambres. *Pour que ta mort soit douce,* reportage réalisé par Caroline Tresca et Anne Morillon, Rendez-vous production, 2002.
[502]*C'est la vie,* film réalisé par Jean-Pierre Améris, 2001, avec Sandrine Bonnaire et Jacques Dutronc ; production France 3 Cinéma & production René Goscinny.

l'ouvrage *La mort intime* de la psychologue Marie de Hennezel[503] qui propose une vision très pacifiée de la mort accompagnée.

B- un antagonisme plus ambigu entre palliatif et curatif ; questionnement sur des unités « ghettos »

Un peu partout dans le monde, les soins palliatifs sont dans une phase importante de développement. Si la Grande-Bretagne a élevé cette pratique au rang de discipline, la plupart des autres pays ont cherché ou cherchent encore comment faire le lien avec leur système de santé. Deux alternatives sont possibles : développer une discipline spécifique ou intégrer les soins palliatifs aux disciplines existantes qui relèvent de logiques différentes, si l'on se tient à la philosophie développée par le *Mouvement Moderne des Hospices*. La philosophie met l'accent sur le soin (care) et la communication plutôt que sur l'intervention et le traitement (cure). La médecine « classique » est toujours dominée par des valeurs de technologie et d'intervention active. Dans des contextes aussi antagonistes, la séparation et le développement comme une nouvelle discipline peut paraître plus faisable que de changer toutes les disciplines médicales.

La recherche menée par Henk ten Have et David Clark sur les valeurs véhiculées et sur les modalités de développement des soins palliatifs dans sept pays d'Europe met particulièrement en évidence le dilemme qui se présente aujourd'hui en matière d'intégration des soins palliatifs dans les systèmes de santé[504]. Selon les auteurs, la littérature sur les soins palliatifs avance comme argument que la médecine est toujours dominée par l'interventionnisme et le soin actif et que, de plus, le développement d'une attitude de compassion n'est pas le sujet premier dans les programmes d'études. En d'autres termes, le concept de la prise en charge palliative (care) est marginal dans la médecine moderne qui reste identifiée par la possibilité de soigner. Mais en même temps, les relations de plus en plus importantes avec la médecine curative ont aussi changé les concepts originaux des soins palliatifs. Malgré une évolution lente des mentalités, la médecine, aussi bien que les soins palliatifs, a aujourd'hui changé de manière significative. Elle est plus attentive aux besoins des mourants et les soins palliatifs ne s'opposent plus à la médecine

[503] Marie de Hennezel, *La mort intime,* éditions Robert Laffont, Paris, 1995:
[504] Henk ten Have ; David Clark, *The ethics of palliative care, European perspectives, op.cit.*

dominante aussi fortement que par le passé. Selon les chercheurs, les discours de la part du palliatif et du curatif sont, aujourd'hui, plus ambigus : d'un côté, les personnes impliquées dans les soins palliatifs critiquent les principes moraux de la médecine curative, d'un autre côté, cette médecine est regardée comme la base du futur développement des soins palliatifs. Qui plus est, la médecine clame qu'elle a déjà introduit ce type de soins dans sa pratique quotidienne et affirme qu'elle a un intérêt considérable dans son développement futur.

Comme le soulignait le docteur Béal de *la Mirandière*, le développement des soins palliatifs à domicile et le développement des techniques médicales, qui ne cessent d'évoluer, ont pour effet de prolonger la durée de vie des patients et de réduire la phase terminale de leur existence. Les patients arrivent, en unité de soins palliatifs la plupart du temps, alités et en plus mauvais état physique qu'il y a 20 ans. Le projet de vie ne fonctionne plus comme il avait été conçu à l'origine. La salle à manger, pensée pour accueillir les patients, familles et soignants à l'heure des repas, est désertée par les malades qui mangent dans leur chambre, faute de pouvoir se déplacer. Les unités se médicalisent. Pour le docteur Béal, les bandeaux à oxygène qui étaient une hérésie en 1986 (dans une structure comme *la Mirandière* ou *la Maison)* sont devenus obligatoires et soulagent les patients. Ou encore, la surface de la pharmacie a dû être multipliée par deux afin de répondre aux nouvelles normes.

Sur le plan des valeurs véhiculées par la prise en charge palliative, les notions morales motivant initialement les promoteurs des soins palliatifs, notamment en Grande-Bretagne, ont été vivement associées à la tradition chrétienne occidentale (amour, compassion, caractère sacré de la vie). Ces notions sont maintenant traduites dans des notions bioéthiques universelles (qualité de vie, dignité humaine, soin global), ce qui correspond aussi à une adaptation de ces valeurs à un service public laïc.

Par ailleurs, l'apparition de la notion de « soins continus » a remis en question l'identification des soins palliatifs à des soins uniquement « terminaux ». La plupart des participants aux débats sur les soins palliatifs soutiennent en effet que la pratique palliative doit être mise en œuvre dès que l'incurabilité du malade est diagnostiquée. Dans cette conception, curatif et palliatif sont considérés non plus opposés mais

complémentaires sur une période pouvant aller de quelques semaines à plusieurs années. Il s'agit d'améliorer la qualité de vie du patient, tout en utilisant l'ensemble des ressources de la médecine moderne. Les soins palliatifs s'intègrent à la pratique curative afin d'assurer une continuité des soins. L'équilibre entre le curatif et le palliatif est donc constamment réévalué en fonction de la progression de la maladie. Ce qui fait dire au Docteur Gomas que « la frontière entre curatif et palliatif est mouvante, car il s'agit en fait d'une approche globale du malade où ces deux " états d'esprits " sont intriqués. Ce qui lie de manière indissociable ces deux approches, est le caractère potentiellement mortel de la maladie »[505]. La notion de soins « continus » intègre l'idée d'une cohésion dans l'histoire du malade qui ne change ni d'équipe référente, ni de lieu. Cette conception du soin intègre la longue durée et donne en conséquence une place importante aux soins à domicile.

Si les praticiens en soins palliatifs ne peuvent être que favorables à l'intégration de la prise en charge palliative en amont de l'histoire du malade, certains préconisent également l'intégration « géographique » de lits de soins palliatifs en amont de l'unité de soins palliatifs, c'est-à-dire dans des services curatifs[506].

Le *Manuel des soins palliatifs* rapporte la création d'une unité de soins continus à la clinique Saint Luc en Belgique (rapport d'activité 1992-1993). Cette unité est intégrée dans le service clinique du centre des tumeurs. Elle comprend 6 lits de soins palliatifs parmi les 30 lits du service. Cette initiative comprend un volet hospitalier et un volet à domicile. Une partie du personnel soignant est formée aux soins palliatifs. Certains soignants ont une activité à temps partiel au sein de l'unité et au domicile du patient. Ils sont donc en mesure de voir le malade dans le service et, à d'autres moments, à domicile. L'hospitalisation courte du patient a pour but d'organiser son séjour à domicile. Il s'agit d'évaluer les interventions nécessaires pour contrôler ses symptômes, de préparer le patient et ses proches, d'arranger pratiquement le retour à domicile, d'assurer le retour en clinique dans le même service si l'état du patient le requiert, enfin, de réaliser une interface domicile-clinique. Les lits alloués aux soins palliatifs au sein du service ont une double fonction : une préparation au retour à

[505] Jean-Marie Gomas, « pourquoi des soins dits " palliatifs ? Quelques repères évolutifs pour des soins dits " continus " ». Dans *Soins palliatifs : réflexions et pratiques,* Véronique Blanchet (Dir.), Formation et développement, Paris, 2000.

[506] Il s'agit d'une des orientations de la circulaire ministérielle DHOS/02/DGS/SD5D2002/98 du 19 février 2002, relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

domicile mais aussi l'accueil du malade en cas d'aggravation de son état, voire pour ses derniers jours si le maintien à domicile devient impossible. Le docteur Marie-Sylvie Richard[507], souligne toutefois que la mise en œuvre d'un tel dispositif est irréaliste dans le sens où une même équipe ne peut avoir toutes les compétences requises pour suivre l'ensemble des phases de la maladie d'un patient. La continuité de soins doit alors se situer dans la communication entre les différentes équipes de professionnels concernés.

Un des principaux arguments cité en faveur des soins continus concerne le traumatisme que représente le passage, pour un patient, d'un service de soins curatifs à un service de soins palliatifs. Selon les auteurs favorables au développement des soins continus (hors unité de soins palliatifs), « adresser un patient en fin de vie dans une unité de soins palliatifs implique l'existence d'une " cassure " dans son évolution : ceux qui l'ont traité dans la phase curative estiment qu'il n'est plus indiqué de le reprendre parce que le service " curatif " ne traite pas un patient en fin de vie »[508]. Cette rupture peut être considérée par le patient comme un abandon de la part de l'équipe du service curatif et peut être vécu comme un traumatisme entraînant une perte totale d'espoir quant aux moments qu'il lui reste à vivre. Les critères d'admission dans une unité de soins palliatifs soulignent, en 1997, la même préoccupation : « traditionnellement dans les pays anglo-saxons, parmi les critères d'admission, il existe un item portant sur la nécessaire information du patient sur son diagnostic et sur son évolution fatale à moyen terme. Cette habitude n'est pas coutumière en France, et il ne nous semble donc pas nécessaire de la retenir comme critère d'exclusion, mais bien comme critère d'information au cours du séjour en lien étroit avec les soignants et la famille. D'autre part le patient ne sera jamais admis contre son gré, ni contre celui de sa famille ou de ses proches »[509].

Certains soignants en soins palliatifs relativisent le concept des soins continus. Le docteur Mallet pense qu'il est possible de diminuer cette violence et cette perte de repères par une attention soutenue des soignants et la verbalisation du traumatisme.

[507] Le docteur Marie-Sylvie Richard est chef de service à la Maison médicale Jeanne Garnier à Paris. Entretien avec Marie-Sylvie Richard, septembre 2004.
[508] Marie-Louise Lamau (Dir.), *Manuel de soins palliatifs,* éditions Privat, Toulouse, 1994.
[509] « Critères admis comme indispensables pour l'exercice des soins palliatifs en établissement de soins », 23 juin 1997. Document transmis par le Dr. Joël Cliche, clinique Saint-Roch (Cambrai).

« Le transfert ne serait pas alors uniquement matériel mais aussi symbolique. Il s'agirait de travailler sur la relation entre le patient, son entourage et l'équipe soignante afin qu'un nouvel investissement se fasse, porte ouverte au maintien de la dynamique de vie »[510]. Cette position est finalement assez proche de celle développée dans la pratique en Grande-Bretagne ou encore celle analysée par Michel Castra pour l'Unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse. La rupture provoquée par un changement d'environnement peut être perçue comme un point de départ d'une nouvelle phase de vie.

Le concept des soins continus, s'il ne remet pas en question la nécessité de disposer d'un nombre limité d'unités de soins palliatifs pour les cas les plus difficiles, entre dans une logique plus globale cherchant à fondre la pratique palliative à l'ensemble de la médecine moderne. Mais elle répond en même temps à l'idée, très souvent évoquée par les soignants consultés, de ne pas créer des unités ghettos pour les mourants. La construction des premières unités, par leur situation (unités distinctes, indépendantes des autres bâtiments de l'hôpital et ne ressemblant en rien à un service classique) peut effectivement appuyer cette idée. Et l'on peut se demander dans quelle mesure cette question n'est pas liée au souvenir relativement frais de l'hôpital-hospice-mouroir tant décrié dans les années 1960, qui sera le point de départ des plans « d'humanisation » de l'hôpital public.

C- Des unités plus hospitalières que domestiques

1- Enquête auprès des unités de soins palliatifs en France

Dans le cadre de cette recherche, Nous avons mené une enquête en mars 2002 auprès de l'ensemble des unités de soins palliatifs répertoriées en janvier 2001 par la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs. Un questionnaire a été envoyé à 63 unités[511]. Ce chiffre comprend 43 unités hospitalières et 15 cliniques, maisons médicales ou maisons de santé. L'enquête a recueilli 43 réponses. 15 unités, dont 2 structures fermées au moment de cette enquête et 5 unités ou centres antérieurs à la

[510]Docteur Mallet, « Quelques paradoxes des soins palliatifs dans le système de santé », in *Ethica Clinica,* n° 16, décembre 1999, pp. 19-25.

[511] Ce chiffre diffère du nombre total d'unités répertorié par la SFAP, car plusieurs services dans une même structure ne sont comptés qu'une seule fois et le service d'hospitalisation à domicile n'entrait pas dans nos problématiques de recherche.

circulaire de 1986, n'ont pas répondu. Cette enquête cherchait particulièrement à déterminer, non seulement la situation géographique de l'unité par rapport à l'ensemble des bâtiments, mais également sa relation aux autres services. Le questionnaire interrogeait les chefs de service sur la nature des locaux : l'unité avait-elle pris place dans des locaux spécifiquement conçus ou s'agissait-il d'une adaptation à des locaux existants ? Et enfin, existait-il des dispositions la démarquant d'un service de soins « standard » ? Les limites d'une enquête par questionnaire se situent dans l'impossibilité d'évaluer les éléments relatifs à la spatialité des lieux, elle offre toutefois un panorama assez complet de la situation des unités de soins palliatifs en France, en 2002.

L'ensemble des réponses fait apparaître que, parmi les unités hospitalières, 5 sont des services individualisés sur le plan géographique. L'immense majorité s'intègre au reste des bâtiments hospitaliers. Excepté ces services autonomes et indépendants, les unités sont soit intégrées soit contiguës à d'autres services. Elles sont en relation, pour 14 unités avec un service de gériatrie, pour 5 avec un service de soins de suite et de réadaptation, pour 5 avec un service de médecine (9 n'ont pas précisé). Le rapprochement avec des services de gériatrie correspond bien sûr à l'idée qu'une majorité de personnes décédant à l'hôpital est âgée (toutefois les unités de soins palliatifs ne reçoivent pas exclusivement des personnes âgées) mais également, à une logique de fonctionnement et de rémunération des services hospitaliers. L'intégration de lits de soins palliatifs au sein d'un service de soins aigus pose, d'une part, le problème d'une durée de séjour très différente (5 jours en moyenne pour un service de soins aigus pour 3 semaines en soins palliatifs) et fait chuter, d'autre part, la moyenne d'actes réalisés, ce qui détermine les moyens financiers annuels alloués au service. L'indice synthétique d'activité, ISA (en vigueur lors de cette enquête) affecte des points aux pathologies traitées et actes réalisés dans les établissements en fonction de leur valeur technique. La prise en charge palliative, nécessitant peu d'actes techniques et mobilisant des lits pour une plus longue durée, représente donc un handicap dans un système de rémunération à l'acte.

Cette enquête met également en évidence qu'une grande majorité des services s'est adapté à des locaux existants (28 sur 43). Dans ce cas, la contrainte imposée par la structure de l'existant réduit fortement les possibilités de modifier l'espace. Les

aménagements minimums concernent l'intégration d'une cuisine pour les familles, d'un salon (parfois bibliothèque) ou d'une salle à manger, d'une chambre pour les familles, d'une salle de bain aménagée pour la balnéothérapie. Dans le meilleur des cas, certaines chambres de 2 ou 4 lits sont transformées en chambres individuelles, permettant un accueil des familles avec coin repas et fauteuil-lit (transformation de 26 lits de long séjour en 11 lits de soins palliatifs au centre hospitalier Dupuytren, à Draveil). La création de lieux de vie communs résulte souvent de l'abattement de cloisons et leurs volumétries restent dépendantes de l'unité de base constituée d'une chambre hospitalière classique. Dans les services adaptés à des locaux préexistants, la décoration prend une importance déterminante. Le parti pris décoratif, est pour l'essentiel des services, de « signifier la maison » mais certains se démarquent de cette référence pour proposer des thèmes liés au voyage compris dans le sens large du terme : un paquebot de croisière, des thèmes régionaux ou des chambres décorées dans la symbolique du passage.
Le choix du registre décoratif passe par l'introduction de meubles domestiques contemporains ou anciens, par des tons gais de peinture murale, par l'accrochage de tableaux dans le couloir, et par la possibilité donnée aux patients et aux familles de personnaliser les chambres individuelles. La chambre, lieu de vie du patient, est décrite avec force détails par les chefs des services interrogés : pêle-mêle pour les photos personnelles, spot muni d'un variateur en tête de lit, voilages aux fenêtres, pendule, calendrier, lampe de chevet, tissus d'ameublement de couleur chaude, lit d'appoint.

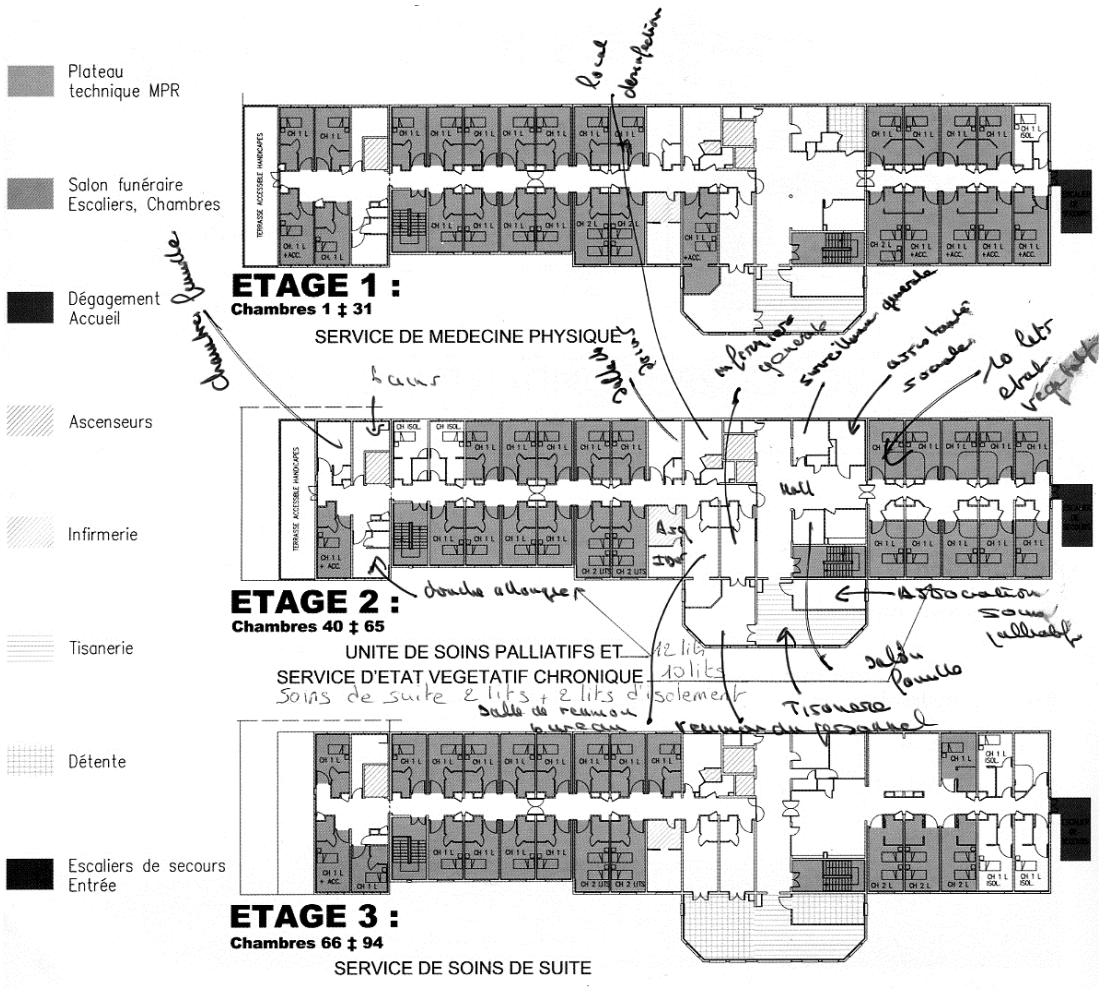
Parmi les unités hospitalières spécifiquement conçues pour recevoir des malades en fin de vie (nous exceptons ici l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse déjà évoquée et les centres spécialisés tels que *la Mirandière*, *la Maison* et la Clinique Jeanne Garnier), se manifeste un intérêt important quant aux questions spatiales et de relation du service avec l'extérieur. Aussi, quand la situation le permet, la localisation du service est choisie pour bénéficier d'un accès à un jardin (centre hospitalier Haguenau), à une terrasse (Hôpital J. Ducuing à Toulouse ; Hôpital Jean de Luxembourg à Haubourdin ; centre hospitalier de Puteaux) ou une véranda (centre national de gériatrie MGEN). Le programme peut s'enrichir d'éléments supplémentaires : un oratoire, un espace de jeux, une bibliothèque, un atelier d'arts plastiques. L'espace réservé aux proches peut devenir substantiel comme à l'hôpital

George Clemenceau où les appartements des familles occupent une surface de 100 m². Enfin trois services remettent particulièrement en question le schéma hospitalier classique qui distribue les pièces de part et d'autre d'un couloir rectiligne. L'unité du centre hospitalier d'Avesne sur Helpe, situé au 4e et dernier étage de l'hôpital présente un couloir courbe support de tableaux abstraits. L'unité de centre hospitalier de Puteaux a bénéficié d'une véritable recherche sur l'organisation du service : une extension réunissant les chambres, les postes de soins médicaux et infirmiers nécessaires au suivi et au traitement des malades, entoure un salon de lecture, deux vastes salons avec une baie vitrée ouvrant sur un terrasse arborée, une salle à manger des familles et une cuisine. Ces dispositions s'ajoutent à un studio réservé aux accompagnants. Enfin une recherche similaire a été menée à l'hôpital J. Ducuing de Toulouse. L'espace famille occupe un étage, il comprend une cuisine, deux salons chambres, deux salles à manger accessibles pour les lits des patients, ouvertes sur une terrasse sans seuil, un oratoire, un salon de jeux, une bibliothèque. Deux serres, l'une ouverte sur un atelier d'arts plastiques et l'autre sur un des salon des familles, réalisent des puits de lumière sur l'étage inférieur d'hospitalisation.

Unité de soins palliatifs de l'hôpital des Charpennes, Lyon,

Cuisine

Salon



Plan de l'unité de soins palliatifs de la clinique Saint Roch, Cambrai

Unité de soins palliatifs de l'hôpital Saint-André, Bordeaux

Si ces derniers exemples montrent une réelle volonté de créer un environnement susceptible de signifier la maison et rompant avec le schéma hospitalier classique, ils constituent une minorité de cas au regard de l'ensemble des unités hospitalières qui ont du s'adapter à des locaux existants. Ces dernières, malgré un programme et une décoration innovants par rapport à un service classique, gardent toutefois une image

singulièrement hospitalière donnée par le schéma distributif de pièces réparties de part et d'autre d'un couloir central.

2- Critères admis comme indispensables à l'exercice des soins palliatifs en établissement de soins

La circulaire rédigée par la commission ministérielle dirigée par Geneviève Laroque, selon la mission que lui confie Edmond Hervé, fixe, en 1986, les caractéristiques des unités de soins palliatifs[512]. Si la circulaire indique les éléments programmatiques recommandés (une pièce supplémentaire de réunion pour les soignants, familles et patients) ou les liaisons avec d'autres services souhaitées (proximité avec un plateau technique), elle ne précise pas l'image qu'elle doit donner[513]. Aucune mention concernant l'aspect domestique d'un tel service n'est faite. Pourtant même s'il ne s'agit pas d'une préconisation officielle, toutes les unités créées à la suite de cette circulaire adopteront des dispositions relatives à l'intégration d'éléments proprement domestiques au sein du service. C'est ce que viendra finalement officialiser la rédaction des critères admis comme indispensables à l'exercice des soins palliatifs en établissement de soins, en juin 1997, constituant un véritable programme architectural pour la création d'une unité de soins palliatif en milieu hospitalier. Ces critères viennent institutionnaliser « l'aspect plus hôtelier qu'hospitalier » notamment pour les chambres individuelles (tableau, pêle-mêle, vases, calendrier, réveil, réfrigérateur insonore, armoire, télévision, lit facilement mobilisable et manipulable par le patient et sa famille). La chambre doit être soigneusement décorée, être assez « spacieuse pour permettre l'installation d'un lit d'accompagnant, d'une table, de

[512] *Bulletin officiel,* fascicule spécial n°86/32bis. Relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, cette circulaire du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, direction générale de la Santé et direction des hôpitaux, n'a pas été publiée au *Journal officiel*.

[513] « - Lorsque l'unité de soins est regroupée, les locaux doivent être conçus de façon à ce que les chambres puissent être personnalisées et possèdent une liaison téléphonique avec la ville.

- Dans la mesure du possible, il est souhaitable qu'ils soient accessibles facilement.
- Outre les locaux de soins, l'unité dispose d'une pièce pour les réunions d'équipe et les rencontres avec les familles.
- Le malade doit pouvoir s'isoler à l'occasion avec sa famille dans cette pièce ou dans une autre aménagée à cet effet.
- Le service doit par ailleurs veiller à la qualité de l'accueil des familles dans les chambres mortuaires afin de les entourer au moment où elles vont veiller le corps.
- Les soins palliatifs pouvant se prolonger, ils doivent être dispensés à proximité d'un plateau technique suffisant afin que les malades puissent bénéficier de tous les traitements nécessaires. », *Bulletin officiel,* fascicule spécial n°86/32bis

fauteuils et de chaises » et donner éventuellement sur une terrasse extérieure. Selon ces critères, l'installation d'une unité de soins palliatifs requiert également l'aménagement de locaux pour les bénévoles et les familles. Celles-ci doivent pouvoir être hébergées dans le service ou à proximité immédiate si la surface du service est insuffisante. Idéalement, les proches doivent pouvoir bénéficier d'une chambre avec cabinet de toilette, d'un salon avec bibliothèque et d'une « tisanerie » comportant une kitchenette. En dehors de ces dispositions propres à la prise en charge des personnes en fin de vie, le service doit comporter un lieu d'accueil, un local de secrétariat, des bureaux pour les consultations, une salle de bain commune réservée à la grande toilette, une salle de réunion pour les soignants, les familles et les bénévoles, un bureau pour les intervenants extérieurs et psychologues, éventuellement une buanderie pour les effets personnels.

Si la conception architecturale des premières unités de soins palliatifs créées en France résulte pour beaucoup de l'initiative et des idées particulières d'un individu ou d'un groupe d'individus, peu à peu, le profil type d'un service de soins palliatifs en milieu hospitalier se dessine. Ces critères viennent, certes, officialiser un état de fait et des dispositions adoptées (dans la mesure de leurs possibilités) par la majorité des unités hospitalières, mais ils viennent également poser les premières normes quant à la nature d'un tel service.

D- Une conception inscrite dans les recherches menées sur la qualité architecturale

1- La fin de vie fondue dans des préoccupations générales sur la qualité architecturale

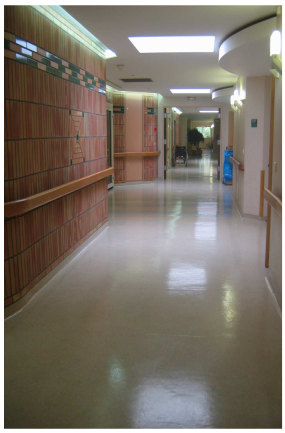
Parmi les établissements destinés à recevoir exclusivement des personnes en fin de vie, la maison médicale Jeanne Garnier constitue une approche qui la distingue de *la Mirandière* ou *la Maison*, structures souhaitées plus domestiques qu'hospitalières. La maison médicale Jeanne Garnier a le statut d'un hôpital privé à but non lucratif participant au service public hospitalier, géré par l'association des Dames du Calvaire (loi 1901). Sa fondation remonte au XIXe siècle[514]. Cet établissement reçoit 81 personnes en fin de vie. Sa taille importante la démarque des autres structures dont le nombre de lits dépasse rarement 15.

Installée depuis 1874 dans des bâtiments anciens au cœur du XVe arrondissement, l'institution a été réhabilitée de 1994 à 1996 par les architectes Moussaron et Tudez. Le parti architectural a consisté en la restructuration d'une aile existante ancienne, la construction d'une aile neuve à la place de l'ancienne chapelle transférée dans la partie ancienne et la conservation de la quasi-totalité du jardin. Les services se répartissent sur trois niveaux (2 services de 13 lits par étage). Les architectes ont choisi de placer les chambres individuelles autour d'un noyau central, concentrant les parties communes (cuisine pour les deux services, salle de bains, locaux de rangements, postes de soins, salle de réunion pour les soignants). Les postes de soins sont traversants, en relation directe avec les deux services. Ce dispositif relativement classique en matière de conception architecturale de bâtiments hospitalier, offre un maximum de linéaire de façade aux chambres des patients.

[514] En 1842, Jeanne Garnier, qui perd son mari et ses deux enfants, décide à 24 ans de dédier sa vie à l'accueil des femmes incurables. Elle fonde, avec des amies veuves l'œuvre confessionnelle du Calvaire à Lyon. En 1874, Aurélie Jousset, sur ce modèle, fonde la maison des Dames du Calvaire, à Paris. Cette maison change de nom en 1971 pour prendre celui de maison médicale Jeanne Garnier. Six autres maisons du Calvaire existent en France, en Belgique et aux Etats-Unis (Maison de santé des Dames du Calvaire de Bordeaux ; hôpital de Fourvière à Lyon ; Clinique Sainte Elisabeth et maison d'accueil spécialisée Sainte Elisabeth à Marseille ; centre de long séjour Sainte Elisabeth de Saint-Etienne ; Institut Albert Ier et Reine Elizabeth à la clinique Saint Luc à Bruxelles ; Calvary Hospital à New-York). D'autres structures sont équivalentes en France comme Notre dame du Lac à Rueil Malmaison ; la Maison Médicale Jean XXIII à Frelinghien et la Maison Claire Demeure à Versailles.

Une grande attention a été portée au traitement des couloirs et des dégagements. Une circulation de dimensions généreuses et variable court autour du noyau central. Elle s'élargit en trois points pour accueillir des salons signifiés en plafond par des verrières diffusant une lumière artificielle bleue. Au dernier étage, la verrière de lumière artificielle se transforme en véritable puits de lumière. La largeur de la circulation permet d'offrir des échappées visuelles et de garder une relation avec le jardin extérieur. Un des trois salons s'articule avec une cuisine et une salle à manger où les familles peuvent disposer d'un four à micro-ondes, réfrigérateur, cafetière, etc. Cet espace jouxte une chambre qui est destiné à leur hébergement temporaire.

La qualité architecturale de cette réalisation tient pour beaucoup au traitement quasiment luxueux du couloir, tant du point de vue spatial que décoratif. La décoration est réalisée pour l'essentiel par un travail sur des matériaux de qualité, panneaux de bois et placage de briques décoratives sur les murs des circulations (incrustation de briques vernissées bleues).

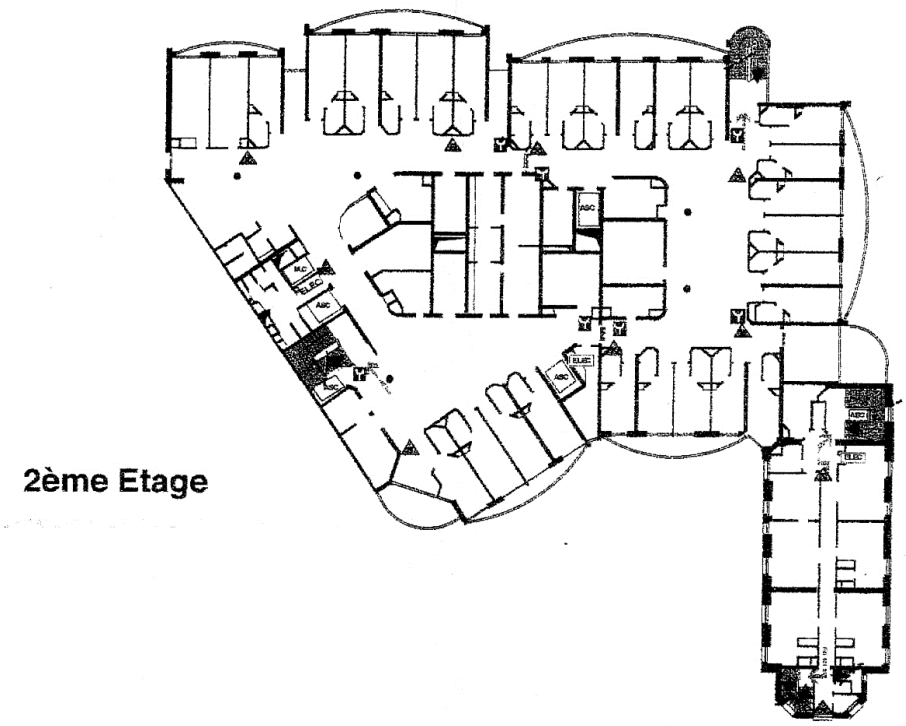


Maison médicale Jeanne Garnier, réhabilitation de 1998, Paris

Salon

Cuisine, salle à manger des familles

Atelier d'art thérapie



Plan du second étage de Jeanne Garnier. Au centre le poste de soin, à l'extérieur les chambres des patients

Cette recherche menée pour la restructuration de la maison médicale Jeanne Garnier s'inscrit totalement dans l'esprit des recherches architecturales menées, depuis vingt ans, sur la conception de l'espace hospitalier, et en particulier pour les services d'hospitalisation sans distinction de spécialité. Les opérations phares publiées et citées comme références attachent une grande importance à l'apport de lumière naturelle qui fait souvent défaut dans les couloirs des unités de soins. Outre l'introduction de lumière naturelle, la qualité de l'espace de circulation dépend de sa volumétrie et du traitement de ses parois. Le volume des salles d'eau et les entrées des chambres sont des occasions de créer des excroissances et des retraits permettant d'offrir une succession de séquences, rythmant le parcours et donnant une meilleure lisibilité des locaux desservis. Certains architectes jouent d'effets volumétriques et décoratifs par le traitement en transparence, semi transparence et opacité des façades des chambres. La composition des parois en verre sablé sérigraphié, verre transparent et verre feuilleté fragmenté des chambres de l'unité de soins de jour de la Fondation Adolphe de Rothschild à Paris (Jean-Pierre Vallier, architecte), ou les parois courbes et pleines de l'hôpital Robert Debré (Pierre Riboulet, architecte) sont deux exemples

parmi de nombreux autres, offrant une réelle qualité à l'espace du couloir. Le travail mené aujourd'hui par les concepteurs sur l'éclairage, les matériaux, les couleurs des murs, les plafonds, les parois des chambres, la forme du couloir qui, dans certains cas, abandonne la ligne droite pour adopter l'arc de cercle[515] ou la vague[516] est synonyme de qualité architecturale montrée aujourd'hui comme exemple. En effet la conception des couloirs, dont les surfaces sont considérables dans un bâtiment hospitalier est dépendante du ratio sdo/su (surface dans oeuvre / surface utile) fixé par le programme. Pour des raisons économiques, ce ratio est souvent revu à la baisse au fil de l'avancement des études, au détriment des possibilités d'intervention sur cet espace de distribution.

Les résultats du concours lancé en 1999 pour la reconstruction de l'hôpital Cognacq-Jay (destiné à accueillir principalement des mourants) à Paris illustre, comme la maison médicale Jeanne Garnier, des problématiques s'attachant à donner, d'une manière générale, une haute qualité architecturale à un établissement de soins, selon les critères encore actuels « d'humanisation » de l'hôpital qui tire le standard hospitalier vers l'hôtelier. Il s'agit là d'une réponse à l'accueil des personnes en fin de vie et par extension à tout autre service d'hospitalisation. La conception des unités ou centres de soins palliatifs qui, jusqu'alors, se démarquait de la conception des autres unités de soins, finit par fondre ses spécificités dans les problématiques actuelles d'ordre général concernant la recherche de qualité architecturale dans la conception de structures hospitalières. Il ne s'agit pas d'un nivellement par le bas mais au contraire, d'attentes en matière de conception architecturale hospitalière rattrapant, peu à peu, le niveau des structures spécialisées dans l'accueil des personnes en fin de vie.

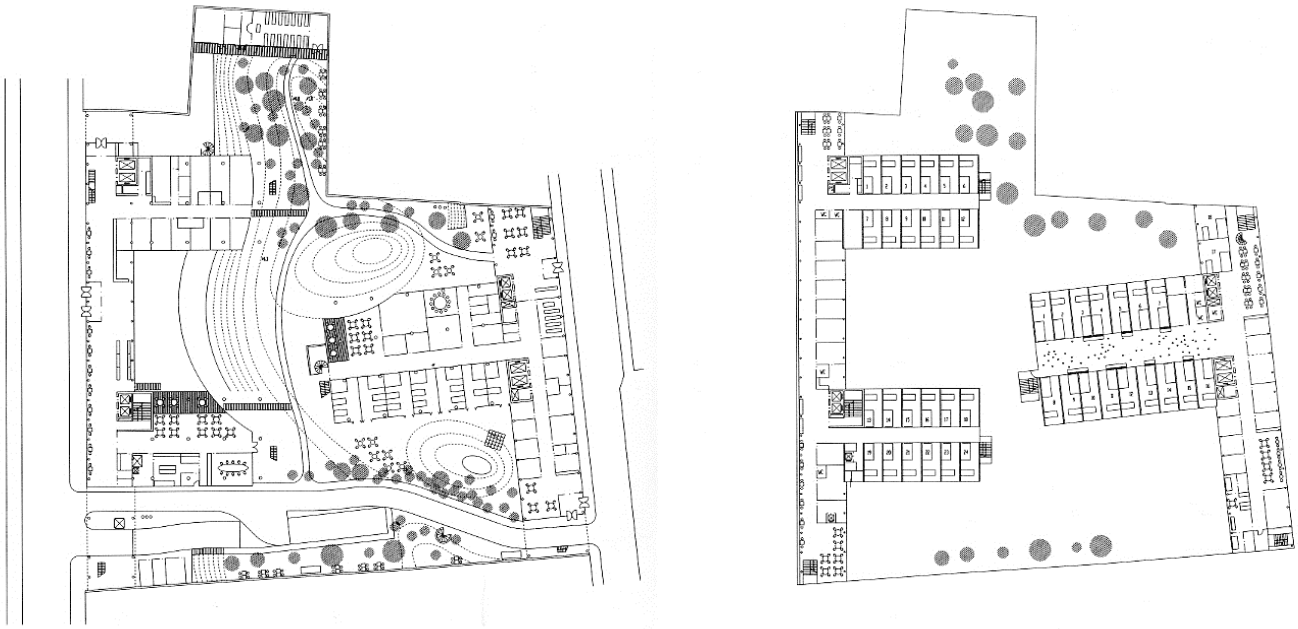
Créé en 1922 par la Fondation Cognacq-Jay, l'hôpital du XVe arrondissement de Paris est, pendant plus de cinquante ans une maternité privée, à but non lucratif. En 1978, son activité change et se concentre sur l'accueil de malades cancéreux arrivés au stade ultime de leur affection et sur les soins palliatifs. Afin de moderniser les conditions d'accueil, la Fondation lance un appel d'offres public. Cinq équipes

[515] Pavillon de la femme et de l'enfant de l'hôpital La Bauché à Saint Brieux, par l'Atelier Péneau ou le centre de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique de l'hôpital Paul Brousse par Claude Vasconi.
[516] Unité mère-enfant de l'hôpital Nord à Marseille par le Groupe 6.

d'architectes de renom sont retenues : Architecture Studio ; Chemetov + Huidobro ; Toyo Ito & associates, Architectures Jean Nouvel et Dominique Perrault. A l'issu de ce concours, l'architecte japonais Toyo Ito est désigné lauréat.

Le projet s'articule autour d'un élément central et structurant son unité : le jardin pensé dans une relation organique entre le bâti et la nature. Les zones fonctionnelles et publiques sont regroupées sur rues tandis que les trois pavillons, rassemblant les chambres, sont implantés dans le jardin en cœur d'îlot. L'ensemble des fragments du projet est relié en sous-sol par un plateau technique commun. Afin de préserver l'ambiance du lieu et la qualité de vie qui y règne, l'architecte opte pour une composition de volumes de petites dimensions plutôt qu'un grand volume traversant. Des circulations amples intégrant des petits salons contribuent à donner une échelle « humaine » à chaque entité hospitalière. Enfin, l'architecte s'est particulièrement attaché à travailler la matière des façades vitrées sur le jardin afin de renforcer la relation entre l'intérieur et l'extérieur du bâti. « Qu'est-ce que l'architecture contemporaine peut proposer ou apporter à des hommes face à leur propre mort ? Est-ce que, par sa force et sa beauté, l'architecture contemporaine peut aider à donner un supplément de dignité à la vie ? »[517]. A ces questions, Toyo Ito apporte une réponse qui se veut modeste et finalement adaptée à toute structure hospitalière confrontée à la souffrance humaine. Il s'agit avant tout d'offrir aux patients un espace qui ne soit pas isolé et qui puisse préserver intimité et confort. La volonté de ne pas constituer de lieu d'enfermement pour les mourants est également au cœur des préoccupations du Dr Plassais, chef de service de l'unité de soins palliatifs et président de la commission médicale d'établissement. Le médecin insiste sur le rôle majeur que joue l'espace naturel dans la prise en charge des patients, « afin qu'ils ne se sentent pas enfermés dans un ghetto... L'hôpital est tout sauf un mouroir »[518]. Avec la reconstruction de l'hôpital, sa capacité va passer de 72 à 152 lits. Pourtant l'unité de soins palliatifs disposera, comme auparavant, de 36 lits. L'ouverture sur le monde extérieur se fait par une certaine mixité au sein de l'établissement qui accueillera un service de traitement des séquelles neuro-psychiatriques liées au Sida, une prise en charge d'adolescents autistes et un service de soins de suite, moyen séjour.

[517] *Concours pour l'hôpital Cognacq-Jay,* Institut Français d'Architecture, Paris, 2000.
[518] Docteur Plassais, projet médical du futur hôpital Cognacq-Jay, site internet de l'hôpital.



Projet de Toyo Ito pour la Fondation Cognacq-Jay (Paris XV), plan rez-de-jardin et étage courant

Maquette du projet de Toyo Ito

Si, pendant près de 20 ans, les unités ou centres de soins palliatifs constituent en quelque sorte un idéal d'humanisation de tout service d'hospitalisation, il semble qu'aujourd'hui, ce qui pouvait être considéré comme un luxe, finit par devenir la normalité dans les attendus de toute construction hospitalière de qualité. Bien sûr, il s'agit là d'un idéal en matière de conception architecturale que seules quelques réalisations récentes atteignent. Toutefois il est certain que la conception des unités ou centres de soins palliatifs a servi de référence, en matière de qualité, dans la recherche architecturale sur les établissements de soins.

2- Convergence entre les services gériatriques et les unités de soins palliatifs

En matière de conception architecturale, les structures d'accueil pour personnes âgées, constituent, depuis plus de 40 ans, un vaste sujet de recherche. Sous l'impulsion de la politique gérontologique menée depuis le rapport Laroque en 1962, condamnant, d'une part, l'hospice et préconisant, d'autre part, un ensemble de mesures pour favoriser le maintien à domicile et l'insertion sociale des personnes âgées, la prise en charge en institution a totalement changé de visage. La population âgée, longtemps classée dans la catégorie unique du 3^{e} âge, s'est précisée avec l'apparition du 4^{e} âge à partir des années 1980, et de sous catégories déterminées selon le degré d'autonomie de la personne âgée. La sénélité, longtemps comprise dans la notion générale de vieillesse, est distinguée et considérée comme une véritable maladie. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence d'origine vasculaire constituent alors une prise en charge à part, souvent totale, en institution. A cette nouvelle classification répond la mise en place d'une variété de dispositions répondant à chacune des spécificités de la population des personnes âgées. Aux logements-foyers créés en 1954 et aux maisons de retraites (1958) viennent s'ajouter les CANTOUS (1977), les nouvelles maisons d'accueil pour personnes âgées (MAPA à partir de 1980), les maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (les MAPAD en 1986), les petites Unités de Vie (PUV) se présentant sous forme de quelques logements en rez-de-chaussée d'immeuble en relation avec des services extérieurs, les Maison d'Accueil Rurales (MARPA en 1986), une offre de résidences en co-propriété développée par des promoteurs privés, etc.

Parallèlement à la mise en place de ces différents modes d'habitat spécialisés, les conditions d'hébergement dans les structures hospitalières se sont beaucoup améliorées dans les années 1970-1980, conduisant à l'abandon définitif des salles collectives alors encore largement répandues. Après les premières chambres individuelles dotées d'un confort minimum, s'impose petit à petit le standard hôtelier. D'une manière générale, les projets récents (domaine privé et service public confondus) montrent une volonté de maintien ou reconquête de l'autonomie de la personne âgée et l'importance de l'élaboration d'un cadre de vie familier. Les

« projets de vie » constituent alors le véritable enjeu du programme soumis aux architectes qui réfléchissent à des principes de conception et d'organisation en adéquation avec ces projets : penser les distributions comme lien social, éviter l'isolement par un travail sur les limites intérieur/extérieur, inciter la mobilité par l'adaptation des seuils, des accès, des couloirs, etc.

Si le « projet de vie » d'une unité de soins palliatifs est relativement différent de celui d'un service de gériatrie, ils trouvent toutefois des traductions architecturales relativement proches. Et ceci est notamment évident dans la conception des parties communes souvent organisées autour d'une cuisine et d'une salle à manger. Ce dispositif aujourd'hui largement adopté et décliné dans la conception de lieux d'accueil pour personnes âgées est une variation du Cantou, prise en charge expérimentale lancée en 1977 par Georges Caussanel[519]. A l'hôpital, le rapprochement ou l'intégration des soins palliatifs aux services de long et moyen séjour (gériatrie et soins de suite) correspond à des logiques de fonctionnement liées à des durées de séjour plus longues et en conséquence, à des besoins identiques concernant la conception de lieux de vie en communauté.
Au cours des années 1990, la création d'unités de soins palliatifs intégrées ou en relation avec des services de gériatrie, ont bien souvent servi de catalyseur à l'amélioration du cadre de vie des services dans lesquels elles prenaient place. Mais aujourd'hui, la réalisation du dernier hôpital gériatrique parisien par les architectes Valode et Pistre, opère un renversement de situation : l'unité de soins palliatifs située, comme les autres services, dans une des « maisonnées » de l'hôpital Bretonneau, ne présente qu'un pâle reflet des services de gériatrie, voisins dont les dispositifs invitant à la convivialité sont plus nombreux. La réponse à cet état de fait se trouve dans l'évolution de l'état des patients lors de leur entrée en unité. La plupart du temps alités, les personnes en fin de vie ne peuvent plus profiter des lieux de vie communs qui deviennent le territoire quasiment exclusif des familles.

[519] En 1977, Georges Caussanel, directeur d'un foyer à Rueil Malmaison expérimente un nouveau type de prise en charge des personnes atteintes de sénélité. Cantou qui signifie en Occitan « coin du feu » a été transformé en sigle : Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles. Cette expérience, à l'époque, rompait radicalement avec les types de prise en charge existants et proposait une responsabilisation des personnes hébergées et de leur famille, par une participation aux tâches domestiques, en particulier, la préparation des repas. La structure familiale accueillait un maximum de 15 personnes autour d'un espace commun animé par une « maîtresse de maison ». Cette expérience a fait école et est officiellement consacrée en 1986 par une circulaire ministérielle encourageant leur création.

E- Evolution de la politique de santé

1- Evolution des textes

Depuis la circulaire ministérielle d'août 1986, préconisant la création d'unités de soins palliatifs, d'équipes mobiles au sein des établissements de soins et la mise en place de soins palliatifs à domicile, les orientations de la politique en matière de développement de ce type de prise en charge ont beaucoup évolué. La loi du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, pose un jalon décisif en assurant à « toute personne malade, dont l'état le requiert, le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »[520] . Ce texte met également en place le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. En application de cette loi, la circulaire ministérielle du 19 février 2002 précise les modalités pratiques d'organisation de l'accès aux soins[521]. Ce texte risque d'avoir des conséquences marquantes pour les lieux de la prise charge palliative.

La circulaire lance un second plan quadriennal dont l'objectif général est l'intégration progressive des soins palliatifs dans la pratique de tous les soignants, à domicile comme en établissement de santé. Par ailleurs, l'enjeu fondamental est de réaliser une complémentarité des actions entre le domicile et l'hôpital afin d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge. « La mise en œuvre de cette complémentarité repose sur la constitution de réseaux ». Les réseaux répondent au besoin de développer les relations ville-hôpital et d'optimiser les ressources existantes et à venir entre les différents dispositifs : soins palliatifs à domicile, lits d'hospitalisation à domicile (HAD), intervention des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), accueil en unités de soins palliatif et enfin lits identifiés « soins palliatifs ».

Ce dernier dispositif est un simple quota de lits, situés en dehors des unités de soins palliatifs, dans des services de courte durée, de soins de suite et de réadaptation ou éventuellement de soins de longue durée. Selon la circulaire, ces lits ont pour

[520] Art. L. 1er A. de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

[521] Circulaire ministérielle DHOS/02/DGS/SD5D2002/98 du 19 février 2002, relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

fonction d'assurer la continuité de la prise en charge palliative en accueillant des personnes, habituellement suivies dans l'établissement ou nécessitant des soins palliatifs dans un contexte de crise. Il peut s'agir d'un répit temporaire imposé par une prise en charge devenue trop lourde ou de demandes extérieures au service pour des cas complexes, émanant du domicile ou d'autres structures (y compris l'HAD). Dans le même temps, la circulaire cherche à répartir de manière plus homogène les unités de soins palliatifs dans la mesure d'une unité (au moins) en centre hospitalier universitaire ou en établissement de référence par région. Cette disposition peut s'entendre, dans une certaine mesure comme une volonté d'en limiter la création. Si les unités sont nécessaires et complémentaires des autres dispositifs, elles sont réservées aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles.

La « dispersion » de lits de soins palliatifs dans des services de soins curatifs entre dans une logique louable d'intégration progressive des soins palliatifs à la pratique de tous les soignants. Elle remet toutefois en question, par l'absence de lieux supports d'usages spécifiques à la fin de vie, bon nombre de caractéristiques de la prise en charge palliative.

2- Des lits de soins palliatifs dans un service de médecine interne

Si l'octroi de lits identifiés « soins palliatifs » dans un service curatif permet, selon les promoteurs de ce dispositif, de réaliser une meilleure continuité des soins et de minimiser les risques de traumatisme dû à l'abandon que peuvent ressentir les patients dans le transfert d'un service à un autre (changement d'équipe soignante, de médecin, de référent, de lieu), il s'agit aussi d'éviter de signifier, de manière radicale et souvent violente pour un patient, son changement définitif de statut. La prise de conscience pour un malade d'aborder la phase ultime de son existence que revêtait traditionnellement l'admission en hospice dans les pays anglo-saxons ne constitue pas, en France un item parmi les critères d'admission en soins palliatifs. Le passage du curatif au palliatif se veut plus progressif et fonction de la volonté et de l'état psychologique du mourant. Le maintien en service curatif d'un patient dans un lit de soins palliatifs, que rien ne distingue du lit voisin, peut aussi conforter, malgré les informations des soignants, le déni du patient de sa propre mort. Cette éventualité

revient à réduire les soins palliatifs au soulagement de la douleur qui améliore bien sûr grandement la qualité de vie du patient.

L'intégration de lits « soins palliatifs » dans un service curatif a, du simple point de vue du fonctionnement, de nombreuses conséquences.
La thèse de doctorat en médecine d'Isabelle Richard soulève nombre de questions posées par un tel dispositif[522]. Celle-ci a mené, pendant un an, une enquête auprès des soignants du service de médecine interne de l'hôpital universitaire de l'Assistance Publique Louis Mourier. Ce service comporte, au moment de l'enquête, soixante quinze lits et un hôpital de jour accueillant quotidiennement des patients sidéens et cancéreux. Tout en gardant le caractère généraliste d'un service de médecine interne, quatre grandes orientations dominent : rhumatologie, maladies infectieuses orientées vers le sida, cancérologie et, pour une part moins importante, cardiologie. Par ordre d'importance et d'apparition dans les entretiens, les thèmes abordés par les soignants concernent le manque de chambres individuelles, le manque de soutien psychologique, la présence insuffisante des familles et la charge « terrible » pour les surveillantes de prévenir et d'accueillir les familles, la lourdeur pour le personnel de la charge psychologique induite par la fréquence des décès, le manque de connaissance de la culture des autres, la toilette du corps après la mort, les soins palliatifs et la chirurgie, les formations, l'annonce de la mort aux jeunes enfants et enfin, le manque de moyens matériels.

Selon Isabelle Richard, le problème majeur et premier des surveillantes concerne les chambres « seules ». Cette préoccupation semble presque occulter toutes les autres et ce manque résumer à lui seul les problèmes de la mort à l'hôpital. Dans ce service, lorsque le décès d'un patient dans une chambre à plusieurs lits s'annonce, on le transfère dans une chambre individuelle. Ceci n'est réalisable que dans la limite des lits disponibles parfois en faisant des échanges avec d'autres personnes hospitalisées dans le service. « Ce faisant, on isole la personne mourante des autres malades. La gestion de cette opération délicate relève, en règle générale, de la responsabilité des

[522] Isabelle Richard, *La mort, l'accompagnement et les soins palliatifs dans un service de médecine interne, enquête auprès des soignants,* Thèse de doctorat en médecine, sous la direction de Philippe Vinceneux, Université Paris VII – Denis Diderot, Faculté de médecine Xavier Bichat, 1996.

surveillantes »[523]. Celles-ci soulignent d'emblée le caractère ambigu de ce geste qui, aux yeux du patient, peut signifier l'annonce de sa mort et être ressenti comme une mise à l'écart, un isolement, voire un abandon de la part des soignants. Selon l'analyse du médecin, la nécessité d'isolement est tout aussi ancrée dans les idées que se font les soignants des désirs du mourant que parmi les voisins de chambrée ou leur famille. Ces représentations portent sur l'inconvenance, la pénibilité supposée d'une mort en public et la nécessité d'intimité des derniers instants avec les proches et/ou les soignants.

L'intégration de lits identifiés « soins palliatifs » au sein d'un service curatif, pose finalement, à travers cet exemple, à une échelle plus réduite le même problème de rupture qu'opère le passage d'un service de soins curatifs à une unité de soins palliatifs. Le transfert d'un lieu à un autre devient le signifiant de l'accession du patient au statut de mourant, annonce vecteur d'angoisse pour le malade mais également pour l'équipe soignante et les autres compagnons de chambrée.

Même si aujourd'hui l'antagonisme entre la pratique curative et la prise en charge palliative est moins marquée qu'il y a vingt ans, ces deux pratiques relèvent encore de logiques différentes qui posent, dans la cohabitation d'un même service, des problèmes de fonctionnement dont la gestion revient en supplément aux équipes soignantes. Une logique de haute technicité et parfois d'urgence est parfois difficilement conciliable avec un accompagnement du mourant où la relation implique une continuité, un investissement et un temps différent.

Comme le souligne Isabelle Richard, l'accompagnement des personnes en fin de vie « n'est pas un geste comme un autre, comme un geste technique qu'on pourrait exiger de tout soignant : il s'agit de la mort, et il s'agit de relation. A ce titre, l'assentiment, et plus que le consentement, l'adhésion du professionnel sont requis. Même s'il y a une dimension technique, c'est sa personne et son histoire personnelle qui sont engagées »[524]. L'engagement personnel et volontaire du professionnel peut se révéler être un véritable problème de gestion du personnel dans un service de soins curatifs. La circulaire pointe du doigt cette difficulté en précisant : « l'équipe soignante affectée à cette prise en charge n'est pas une équipe spécialisée en soins palliatifs, mais se compose d'un minimum de personnes formées. Elle doit être dotée

[523] *Ibid*.
[524] *Ibid*.

d'un personnel en nombre suffisant pour soigner et accompagner les personnes malades et leur entourage afin d'éviter l'épuisement professionnel »[525].

L'optimisme sous-jacent de cette circulaire, qui se lit dans la volonté de généraliser la pratique palliative à l'ensemble de la pratique médicale se retrouve sur les questions relatives à l'aménagement minimum des locaux. « Les locaux doivent être adaptés à la pratique correcte des soins palliatifs et de l'accompagnement pour les personnes malades (chambres individuelles...), pour les familles (lieux de repos et d'accueil...) et pour les équipes soignantes et bénévoles (bureaux, salle de réunion) »[526].

Dans une vision empreinte d'un certain idéalisme, l'intégration de la pratique palliative à tout service d'hospitalisation requérrait finalement de les transformer selon les principes architecturaux des unités de soins palliatifs. Sans cela, le maintien de la relation famille-patient, le travail effectué par les bénévoles, ainsi que l'accompagnement et le soutien des familles par les soignants, faute de lieu et donc faute de temps passé dans le service, pourrait bien réduire la prise en charge palliative à un soulagement de la douleur et à un accompagnement entièrement dévolu aux professionnels.

[525] Circulaire ministérielle DHOS/02/DGS/SD5D2002/98 du 19 février 2002.
[526] *Ibid*.

CONCLUSIONS

Ce travail avançait la première hypothèse que la conception contemporaine des lieux de mort à l'hôpital, résultat d'actions individuelles, générait de la part des architectes et artistes, un ensemble homogène de discours mettant en valeur la volonté de donner, à travers l'architecture, un « sens » à ces lieux particuliers. Au terme de cette étude apparaît que ce « sens » tient, chez la plupart des architectes et artistes, à l'expression d'une certaine spiritualité ou de valeurs traditionnellement attachées au religieux.

Ces préoccupations présentes dans les projets récents de chambre mortuaires n'ont toutefois aucune commune mesure avec une époque où le service des morts était physiquement lié au lieu sacré de l'hôpital. Le lien, entretenu par un service des morts encore embryonnaire au lieu sacré de l'hôpital jusqu'au milieu du XIXe siècle, ne définit pas exclusivement son statut puisqu'il est également un simple élément logistique de l'hôpital. Le développement de la méthode anatomo-clinique va marquer la véritable naissance de ce service dévoué dorénavant à l'enseignement et au savoir pendant que les théories hygiénistes l'intègrent dans un système rationnel de gestion des flux. Cette logique amorcée dans l'hôpital pavillonnaire qui place le foyer dangereux de la décomposition en bout de chaîne, va se confirmer dans l'architecture fonctionnaliste de l'hôpital-bloc. L'amphithéâtre des morts perd du prestige que lui apportaient les besoins induits par la nouveauté de la méthode anatomo-clinique. Et si certains services intègrent encore des amphithéâtres d'anatomie, d'autres deviennent une simple dépendance du laboratoire d'analyse, reliée à lui par une galerie technique.

C'est ce dernier état que remettent en question les intentions et les projets de restructuration ou création de chambres mortuaires à partir du début des années 1980. A l'instigation des soignants s'opère une remise en question profonde et globale du statut, des pratiques, du personnel ou encore de l'image du service mortuaire à l'hôpital. En réponse à la fonctionnalité « inhumaine » de la situation précédente se met en place une réflexion pensée dans le contexte particulier de la laïcité qui, un siècle après la loi des séparation des Eglises et de l'Etat, questionne les modalités d'intégration et de représentation des principales religions en France. A cette problématique fort sensible et complexe s'ajoute une évolution des pratiques

funéraires qui se traduisent par un recul de la fréquentation des églises et un renouveau de la demande en matière de rituel de passage. Dans ces nouvelles conditions, la chambre mortuaire hospitalière se voit, dans une certaine mesure, investie d'un rôle inédit : celui de substitut laïque de l'Eglise pour les cérémonies de départ des défunts. Dès lors, on comprend aisément quelle importance revêt la conception d'une nouvelle image du service.

Le recours à l'art ou le recours « au secours » de l'art est porteur de différents niveaux de discours.

Le premier agit en dehors même de la signification intrinsèque de l'œuvre produite. Il s'agit d'un discours opérant grâce à la circulation des informations (interne, médias), destiné aux membres mêmes de cette institution et à la société. Ce discours porte sur la plus-value qu'apporte l'intervention d'un artiste d'une manière générale, indépendamment de la qualité et de la nature de la réponse apportées par le concepteur. Il est, certes révélateur des attentes des usagers, mais surtout d'une nécessité exprimée par les soignants, de valoriser et faire reconnaître leurs pratiques. Le désir des usagers ne constitue toutefois pas une condition suffisante pour permettre la mise en place de nouveaux dispositifs. Ces opérations n'ont pu voir le jour qu'avec une volonté politique des maîtrises d'ouvrages, d'affirmer les valeurs éthiques de l'institution hospitalière. Cette attitude se situe, rappelons le, encore à contre-courant de l'idéologie dominante ressortant d'une médecine omnipotente. Car l'intégration d'un projet artistique, dont la qualité et le prix des prestations sont largement supérieurs à un simple projet de réfection, est contrainte par le Code des Marchés Publics. Hors « 1% artistique », l'intervention d'un artiste oblige la maîtrise d'ouvrage à des montages financiers complexes qui sortent des procédures habituelles.

La signification intrinsèque des œuvres constitue le deuxième niveau de discours. Mais les deux discours sont indissociables, car l'institution hospitalière n'est pas en passe de devenir le dernier lieu d'exposition dans le cadre d'une expérimentation (parmi d'autres) de l'art contemporain. Il s'agit bien, à travers l'art, d'une recherche de réponse nouvelle à des questions appartenant traditionnellement à la sphère du religieux. Cette quête « d'un » sens pourrait entrer dans la logique des analyses dégagées par Max Weber qui affirme que si, dans le monde religieux moderne, s'opèrent des déplacements du croire au détriment des religions historiques, cela ne

signifie par pour autant « l'épuisement du besoin de sens, ni l'évanouissement du souci de donner aux impératifs moraux un fondement transcendant. Dans le mode moderne, c'est du côté de l'art, de la politique, de la jouissance des corps ou de la science elle-même, domaines que le processus de rationalisation a progressivement arraché à l'emprise des religions historiques que se tournent les appétits de signification »[527].

Le besoin de signification, exprimé aujourd'hui dans les nouveaux projets de chambre mortuaire ou de lieu de spiritualité à l'hôpital, induit deux comportements distincts chez les concepteurs. Ces deux attitudes se retrouvent chez les artistes comme chez les architectes et sont indépendantes du fait que les projets soient théoriques ou réalisés.

La première attitude consiste à exprimer une certaine spiritualité à travers la recherche d'un plus petit dénominateur commun susceptible de « faire sens » et de convenir à tout un chacun. Celle-ci se traduit par un discours sur le cosmos et la place que l'homme y tient, à travers une abondance de symboles censés prendre valeur de signes « universels ». Selon la culture et les convictions du concepteur, ce discours peut se teinter de la spécificité d'une religion en particulier. L'utilisation d'une iconographie constituée de symboles appelle toutefois un second niveau de lecture. Il s'agit de symboles dans la distance, détachés des rites. Ces images de symboles renvoient soit à un espace sacré, soit à un véritable acte rituel. Nous pourrions rapprocher nos conclusions de celles que faisait, en 1975, l'anthropologue Louis-Vincent Thomas à propos des cimetières. Ce dernier notait en effet «que cette pluralité de « symboles » dégénère souvent en simples signes à valeur seulement énonciatrice ou informative ; elle induit une simple lecture-traduction qui ne fait que médiocrement appel au registre de l'affectivité, comme cela devrait se produire s'il s'agissait de symboles authentiques »[528]. C'est encore ce que conclue, aujourd'hui, l'architecte Marc Barani, concepteur des cimetières de Valbonne, Roquebrune et d'un projet pour le cimetière de Venise. Il voit une certaine pauvreté dans le placage de symboles dont les significations restent vagues. La seule certitude que ces images

[527] Danièle Hervieu Léger, *La religion pour mémoire,* éditions du Cerf, Paris, 1993, p. 40.
[528] Louis-Vincent Thomas, *anthropologie de la mort,* éditions Payot, Paris, 1975, p. 464.

renvoient, réside dans le fait de savoir que ces symboles « parlent certainement de quelque chose de spirituel, mais de quoi ? »[529].
La seconde attitude joue moins du registre de l'iconographie que de l'expression spatiale. Cette attitude est plus spécifiquement adoptée par les architectes dans la mesure où la composition, la volumétrie, la lumière, les matériaux constituent les outils privilégiés de cette profession, mais elle est également perceptible chez certains artistes comme Ettore Spalletti, Michelangelo Pistoletto ou Pierre Buraglio. Ces architectures sans profusion d'images n'en sont pas moins « parlantes », tant le « silence », la sobriété ou la mesure des propos exprimés ici, revêtent une grande signification concernant la mort ou la spiritualité.

Mais quelle que soit la démarche des concepteurs (artistes ou architectes), le choix du registre symbolique ou expressif trouve un écho certain dans l'histoire et l'histoire de l'architecture. Les concepteurs héritent ainsi, plus ou moins consciemment, des nombreux travaux menés au cours du XXe siècle visant à répertorier les symboles et leurs significations ainsi que des réflexions sur l'expression architecturale de la mort, historiquement construites depuis le milieu de XIXe siècle.

Concernant la conception architecturale des premières unités ou centres de soins palliatifs en France, il nous semble important de revenir sur les a priori qui ont fondé ce travail. La question générale que nous nous posions sur les lieux de fin de vie « Comment conçoit-on un nouveau programme et en conséquence un nouveau type d'édifice ? » ne contenait-t-elle pas, dans ses termes, une partie de sa réponse ? Cette interrogation supposait, somme toute, son existence comme acquise. Au terme de ce développement, la réponse aurait immanquablement dû conclure sur l'émergence et l'analyse de ce nouveau type. Pourtant, ce qui apparaissait au début comme une certitude, se délite au fur et à mesure de l'approfondissement de la recherche et l'objet, sans contredire catégoriquement l'hypothèse première, devient de plus en plus insaisissable au point de menacer de disparaître dans ses dernières mutations.

[529] Entretien avec l'architecte Marc Barani, Nice, le 13 juin 2000.

Plus que la forme de la réponse donnée à un programme spécifique, l'intérêt de l'exemple anglo-saxon réside dans la conceptualisation qu'en font les architectes. Les principes de conceptions des hospices, qui finissent par donner un plan « type », sont pensés et revendiqués comme réponse spécifique aux particularités de la fin de vie. Et quelque soient les nuances et variations des réponses architecturales, elles ont pour trait commun une volonté d'innovation de la part des architectes. Parmi les premières opérations réalisées en France, la *Mirandière* et la *Maison* sont les uniques centres qui, du point de vue de leur conception architecturale, pourraient être qualifiés d'hospice à la française, selon le modèle qui s'est développé en Grande-Bretagne. Bien que leur image soit la seule à être connue du grand public, ces centres restent toutefois atypiques au regard de l'ensemble des structures d'accueil pour personnes en fin de vie, créées postérieurement à la circulaire de 1986.

Ces deux opérations ont en commun, avec l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse, la question de l'innovation architecturale comme réponse spécifique à la fin de vie. Quand le sociologue Michel Castra démontre la mise en place d'une normalisation du bien mourir, à travers la pratique développée dans la première unité de l'Assistance Publique, il généralise à l'ensemble de la pratique palliative un cas singulier. Et le tableau, que dresse le sociologue, ne correspond pas à une pratique générale qui serait valable en tout temps et en tout lieu, mais au contexte très particulier d'émergence des soins palliatifs en France. Les discours politiques alors à l'œuvre, que l'idée d'innovation architecturale sert et supporte, sont rendus emphatiques pour la cause et l'enjeu que constitue l'intégration des soins palliatifs à une pratique médicale dominée par les logiques du curatif. Ils conduiront, en 1999, à la rédaction d'une loi accordant le droit à tous d'accéder aux soins palliatifs et à un accompagnement. Celle-ci marque une reconnaissance sociale et institutionnelle des soins palliatifs en France.

Aujourd'hui, alors que l'évolution des mentalités est loin d'être acquise et les modalités organisationnelles résolues, les discours n'ont plus besoin de se distinguer autant du curatif pour obtenir cette reconnaissance institutionnelle. Les discours tenus par les praticiens rencontrés lors de cette enquête ont évolué. Ils ne mettent plus en valeur la distinction de la période du mourir comme phase à part entière où le patient conscient de son état et accompagné des soignants et des proches, chemine

psychologiquement vers la mort, mais sur un accompagnement « sur mesure » où le travail sur la fin de vie du patient est dépendant de son propre parcours.

Exceptée cette première catégorie de structures d'accueil dont la forme est fortement liée au contexte d'émergence des soins palliatifs en France, la quasi-totalité des unités créées postérieurement à la circulaire de 1986, offre une image très homogène. Celle-ci est le résultat de la conjonction d'éléments de natures très différentes : choix politique, contraintes pratiques, influence du modèle, évolution de la pratique palliative.
Il s'agit avant tout d'un choix politique qui opte pour l'intégration d'unités au sein d'établissements de soins et non comme institutions publiques hors des murs de l'hôpital. De ce choix ont découlé des contraintes financières et d'organisation. Celles-ci ont conduit de nombreux services à s'adapter à des locaux existants donnant une image plus hospitalière que domestique aux services. Beaucoup d'unités n'ont pas eu la possibilité de remettre en question le schéma distributif hospitalier classique et de bénéficier du potentiel qu'offre une réflexion sur la spatialité. Dans certains cas, la domesticité se résume à un simple habillage, un décor rappelant piètrement la maison. Toutefois, le bilan n'est pas négatif dans la mesure où leur programme, intégrant des éléments de la domesticité (cuisine, salon, salle à manger, appartement pour les familles), constitue une réelle originalité au regard d'un service classique. Cette intégration, qui donne lieu à la constitution d'un programme officiel en 1997, constitue en définitive ce qu'il reste du point de vue architectural du modèle anglo-saxon véhiculé par les médecins et promoteurs des soins palliatifs.

Selon la politique « d'humanisation » de l'hôpital mise en œuvre, sous différentes formes depuis le début des années 1960, le programme des unités de soins palliatifs crées depuis 1986 correspondait finalement à un idéal pour la conception de tout service d'hospitalisation. Dans certains cas, l'intégration d'unités, notamment à des services de gérontologie, a servi de catalyseur à l'amélioration de la qualité architecturale de ces lieux d'accueil. Par ailleurs, les recherches architecturales engagées, depuis les années 1960, sur les modes d'hébergements des personnes âgées et, depuis les années 1980, sur les établissements de santé, montrent une convergence dans les problématiques développées avec celles des unités ou centres de soins palliatifs. Cette convergence a pour effet de fondre petit à petit l'originalité et les

caractéristiques des premières structures d'accueil pour personne en fin de vie dans des considérations touchant à la qualité architecturale d'une manière générale. C'est en ce sens que l'objet d'origine de cette recherche se délite au fur et à mesure de son analyse, non pas dans les lieux réels qu'il désigne, mais dans l'effacement progressif des concepts architecturaux pensés comme réponse spécifique à la fin de vie. La convergence des recherches architecturales sur les établissements de santé, sur les structures d'accueil pour personnes âgées et sur les unités de soins palliatifs pourrait à terme finir par banaliser et, par conséquence, intégrer les lieux du mourir à l'ensemble des constructions hospitalières. Mais il ne s'agit encore que d'une tendance et la réalité des constructions hospitalières reste loin d'atteindre cet idéal. Ceci serait en adéquation avec les orientations prises en matière de politique de développement des soins palliatifs. C'est en effet ce même idéal que laisse entrevoir la circulaire ministérielle de février 2002, à travers sa dernière disposition concernant les lits « identifiés » soins palliatifs dans des services de soins curatifs. Parvenir à concrétiser une telle vision idéaliste nécessite des moyens à la hauteur de ses ambitions sous peine d'obtenir l'effet inverse : une réduction de la prise en charge palliative au soulagement de la douleur dans des lieux n'offrant plus la possibilité de donner une dimension sociale et familiale à la prise en charge des mourants.

Quant à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse, qui avait été pensée à l'origine par l'Assistance Publique comme une unité pilote et modèle exportable pour les futures unités, elle restera finalement un cas atypique, une expérience unique et une réponse des concepteurs jugée hors sujet par la maîtrise d'ouvrage et les usagers. Pourtant, cette expérience est capitale du point de vue des représentations sociales de la fin de vie. Selon le discours des architectes, les fondements du projet tenaient avant tout à la transcription architecturale de deux concepts ayant trait à la mort : sa socialisation et la notion de vérité. Ces deux références ont parfaitement été comprises par les usagers. Leurs réactions encore très vives près de quinze ans après la livraison du bâtiment montrent que la seule chose qu'il était impossible d'envisager figurer dans un lieu de fin de vie, était bien la mort. Le problème porte ici sur la représentation et non sur les dispositifs architecturaux (distribution, composition, hiérarchie, etc.) pensés comme réponse à la fin de vie qui, par ailleurs, donnent une véritable qualité spatiale à l'unité.

La réception de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse, comme les projets théoriques de la catégorie « crépuscule » du concours *Variations architecturales sur la fin de vie*, nous interrogent d'une manière générale sur la figuration de la mort. Ces architectes ont bien cherché à représenter un lieu matérialisant l'interface entre la vie et la mort. Mais alors que, l'éthique reconnaît aujourd'hui cette phase en accordant au mourant et non plus au malade des droits qu'il avait perdu durant une grande partie de ce siècle et que, la médecine distingue cette période par des soins différents, peut-il exister pour autant un lieu représentant le passage de la vie à la mort ? La réponse ne se situe pas dans l'impossibilité de représenter et concevoir un tel lieu de la part des architectes mais plutôt dans le caractère inacceptable de son existence réelle. En tout état de cause, les unités de soins palliatifs semblent certainement le dernier lieu dans la géographie hospitalière où pourrait figurer une référence à la mort.

Pour l'ensemble des objets de notre corpus, il convient finalement de distinguer les critères selon lesquels ils constituent une innovation. Il va sans dire que les pratiques mises en place, tout comme la remise en question (ou définition) du statut de ces services sont synonymes de renouveau, au regard de la situation antérieure. Les domaines de références, choisis par les concepteurs ou acceptés par les commanditaires, dans la conception architecturale de ces lieux pourraient, quant à eux, être définis par leur fort ancrage dans les valeurs traditionnellement et historiquement associées à la mort et la fin de vie : la religion (de manière plus ou moins directe) et la famille. Mais faut-il considérer, comme telle, la référence à ces deux champs particuliers? Ou faut-il chercher dans ces références un moyen d'exprimer autre chose, une articulation de l'individuel au collectif, dont ces domaines, autant dans la sphère privée que publique, sont des symboles particulièrement forts ?

Au terme de ce travail, nous pourrions enfin conclure que cette recherche ne constitue qu'une esquisse dans la mesure où la méthode d'investigation choisie contient ses propres limites. La première dépend de la construction d'un réseau de connaissances et des voies de circulation des informations, ce qui nous laisse légitimement supposer l'existence d'autres projets intéressants et susceptibles de modifier ou nuancer le propos que nous avons développé. La seconde limite de ce travail est liée à la période d'étude. Emettre des conclusions sur des processus en

cours de formation présente le risque de focaliser notre attention, voire de mettre en exergue un épiphénomène. A ce titre, ce travail mériterait d'être poursuivi afin de vérifier si la tendance exprimée à travers la conception architecturale des chambres mortuaires, se confirme. Nous pourrions en effet rapprocher l'expérience de la *Salle des départs* de celle de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse. Le recours à un artiste pour la conception d'une chambre mortuaire, ne correspondrait-il pas au recours à l'innovation architecturale pour une période où il s'avère nécessaire de valoriser une pratique et d'être, non pas seulement « présent », mais « visible » ? Une fois la reconnaissance institutionnelle acquise, sera-t-il alors toujours aussi fondamental de « s'afficher » ?

Sur le plan géographique, nous nous sommes limitées aux terrains anglais et français. Circonscrire le domaine d'étude à ces deux pays s'est rapidement révélé évident sous peine de nous perdre et de rapprocher artificiellement des objets dont les contextes d'élaboration ne sont pas réductibles les uns aux autres. Le défrichement d'un terrain nécessite, en effet, de saisir les enjeux afférents aux politiques sanitaires et sociales, à la culture, aux mentalités, etc. Par ailleurs, la constitution d'un réseau de personnes susceptibles de guider l'investigation, implique un investissement considérable. L'intérêt que représentent les questions que nous avons développées dans ce travail ne se limite donc pas à la France et à la Grande-Bretagne. Les visites que nous avons effectuées à l'hôpital Saint Vincenz Pallotti (Cologne), à l'hôpital Malteser (Bonn), à l'hôpital Havelhöhe (Berlin), à l'hospice Hildegard (Bâle) ainsi que des recherches bibliographiques[530], démontrent que l'Europe représente un terrain d'investigation intéressant concernant ces questions. Il serait donc envisageable de mettre ce travail en relation avec des travaux de chercheurs européens.

Enfin, sur le plan de la recherche architecturale, le recours à l'interdisciplinarité art/architecture comme mode opératoire, évoqué à propos de certains objets de notre corpus, ouvre un champ de recherche important sur la définition du statut des différents concepteurs, sur les modalités d'articulation des compétences au sein des équipes de maîtrise d'œuvre et sur les éventuels échanges d'outils, de méthodes,

[530] Notamment la recherche sur la conception des unités de soins palliatifs (Hospiz) en Allemagne du Dr.-Ing. Christa Kliemke, *Einrichtungen für strebende Menschen,* Techniche Universität Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften vormals Institut für Krankenhausbau, Berlin, 1999.

savoir et savoir faire. Ce domaine de recherche serait un terrain fécond pour saisir comment l'art peut, en apportant un regard neuf, réinterroger, nourrir la discipline architecturale et l'ouvrir à de nouveaux champs de réflexion, à d'autres manières de placer l'homme au cœur de son environnement

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

ARCHITECTURE

Ouvrages

AUGE Marc, *Non-Lieux,* Seuil, Paris, 1992

AUZELLE Robert, *Dernières demeures*, Chez l'auteur, Paris, 1965

BINET Jacques-Louis, *Les Architectes de la médecine*, L'imprimeur, Besançon, 1996

BORNE Louis, *La construction des hôpitaux,* Aulanier & Cie, Paris, c.1890

CHAMPY Florent, *Les architectes et la commande publique,* Presses Universitaires de France, Paris, 1998

DEHAN Philippe, *L'habitat des personnes âgées,* Le Moniteur, Paris, 1997

DESPIERRES G., *Histoire d'un hôpital, du vieux château du Perron à l'hôpital Jules Courmont*, Imprimerie A. Rey, Lyon, 1976

DESWARTE Francis-Jean, *Hôpital Saint-Joseph de Paris,* Presses de Maurice Lescuyer, Lyon, 1948

ELEB Monique, *L'apprentissage du « chez-soi »,* Parenthèses, Paris, 1994

ELEB Monique avec DEBARRE Anne, *Architectures de la vie privée, XVIIe-XIXe siècles,* AMM, Bruxelles, 1989

ELEB Monique avec DEBARRE Anne, *L'invention de l'habitation moderne, Paris 1880-1914,* AMM/Hazan, 1995

FERMAND Catherine, *Les hôpitaux et les cliniques,* Le Moniteur, Paris, 1999

FOUCAULT Michel, BARRET KRIEGEL Blandine, THALAMY Anne, BEGUIN François, FORTIER Bruno, *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Paris, 1979

GUADET Julien, *Eléments et théorie de l'architecture*, Aulanier & Cie, Paris, 1902

IMBERT Jean (Dir.), *Histoire des hôpitaux en France,* Privat, Toulouse, 1982

LAMBEAU Lucien, *La maison royale de l'Enfant-Jesus actuellement hôpital des enfants malades,* Commission du Vieux Paris, 1907

LE MANDAT Maurice, *Prévoir l'espace hospitalier*, Berger-Levrault, Paris, 1987

LEONARD Jean, WEISSMANN Martine, *Paris d'hospitalité,* Picard / Pavillon de l'Arsenal, Paris, 1990

PEROUSE DE MONTCLOS Jean-Marie, *Etienne-Louis Boullée, 1728-1799, de l'architecture classique à l'architecture révolutionnaire,* Arts et métiers graphiques, 1969

RAGON Michel, *L'espace de la mort. Essai sur l'architecture, la décoration et l'urbanisme funéraires*, Albin Michel, Paris, 1981

REYNAUD Léonce, *traité d'architecture*, Victor Dalmont, Paris, 1858

RIBOULET Pierre, *Naissance d'un hôpital*, L'imprimeur, Besançon, 1984

SCHUMACHER Thomas L., *Terragni e il Danteum 1938,* officina edizioni finito di stampare da Luciano Chiovini, Roma, 1983

THIBAULT Estelle, *Entre expression et sensations, les esthétiques scientifiques de l'architecture en France (1860-1950),* thèse de doctorat sous la direction de Yannis Tsiomis, Université de Paris VIII, Mai 2005

TOLLET Casimir, *Les hôpitaux au XIXe siècle, études, projets, discussions et programmes relatifs à leur construction, l'hôpital civil et militaire de Montpellier*, chez l'auteur, Paris, 1889

TOLLET Casimir, *De l'assistance publique et des hôpitaux jusqu'au XIXe siècle, plan d'un Hôtel-Dieu attribué à Phillibert Delorme*, Chez l'auteur, Paris, 1889

Architecture du grand âge, variations architecturales sur la fin de vie, Le Moniteur, Paris, 1988

Articles, revues

BORNE Louis, « hôpitaux », *L'encyclopédie de l'architecture et de la construction,* M.P. Planat (Dir.). Volume V, Paris, Librairie de la construction moderne, s.d. c. 1900

CIVIDINO Hervé, « Saint-Etienne, funérarium, chapelle et institut médico-légal, une présence discrète », *Construction moderne,* n°86, premier trimestre 1996

Domus, n°817, juillet-août 1999

L'architecture d'aujourd'hui, n°9, 1934.

L'architecture d'aujourd'hui, n°5, mai 1938

L'architecture d'aujourd'hui, « La santé publique », n°15, novembre 1947

L'architecture d'aujourd'hui, « La santé publique 2 », n°17, avril 1948

L'Architecture d'Aujourd'hui, n°214, avril 1981

L'Architecture d'Aujourd'hui, n°256, avril 1988

L'Architecture d'Aujourd'hui, n°341, juillet-août 2002

Technique et architecture, « Hôpital hospitalité », n°460, 2002

Archives

Plans des hôpitaux, archives Assistance Publique des Hôpitaux de Paris :
Bicêtre (793FOSS8) ; Bichat (793FOSS9) ; Boucicaut (793FOSS10) ; Bretonneau (793FOSS12) ; Broussais (793FOSS15) ; Necker (793FOSS48) ; Charles Foix (793FOSS33) ; Claude Bernard (793FOSS20) ; Cochin (793FOSS22) ; Enfants-Malades (793FOSS48) ; Hospice de la Reconnaissance (793FOSS52) ; Hôtel-Dieu (793FOSS32) ; La Pitié (793FOSS48) ; La Salpétrière (793FOSS58) ; Lariboisière (793FOSS36) ; Laennec (793FOSS34) ; Necker (793FOSS48) ; Paul Brousse (793FOSS68) ; Raymond Poincaré (793FOSS52) ; Saint Antoine (793FOSS54) ; Saint Louis (793FOSS55) ; Tenon (793FOSS46) ; Trousseau (793FOSS65)
Photos des chambres mortuaires de l'hôpital Beaujon et Saint Antoine (751FOSS)

ART

Ouvrages

CHARBONNEAUX Anne-Marie, HILLAIRE Norbert, *Œuvre et Lieu*, Flammarion, Paris, 2002

DE OLIVEIRA Nicolas, OXLEY Nicolas, PETRY Michael, *Installations, l'art en situation,* Thames & Hudson, Singapour, 1997

DE OLIVEIRA Nicolas, OXLEY Nicolas, PETRY Michael, *Installations II, l'empire des sens*, Thames & Hudson, Paris, 2003

ECCO Umberto, *L'œuvre ouverte,* éditions du Seuil, Paris, 1965

GENDRE Gilbert, *Le symbole demeure,* Heuwinkel, Genève, 1995

GENYK Isabelle, SAINT-MARTIN Isabelle, UHL Magali, *L'association artiste/architecte à l'épreuve de l'hôpital laïque,* recherche pour le Ministère de la Culture et de la communication, DAPA, juin 2005

HEINICH Nathalie, *Sociologie de l'art,* La Découverte, Paris, 2001

HEINICH Nathalie, *Le triple jeu de l'art contemporain*, les Editions de Minuit, Paris, 1998

HERS François, *Le Protocole,* Dijon-Quetigny, Les Presses du réel, Paris, 2002

MASBOUNGI Ariella (Dir.), *Penser la ville par l'art contemporain,* La Villette, Paris, 2004

MILLET Catherine, *L'art contemporain en France,* Flammarion, 3ème édition, 1994

NEGRIER Emmanuel, *Projets d'artistes et médiation territoriale, le programme des nouveaux commanditaires,* rapport pour la Fondation de France, mai 2005

PAGE Suzanne, *Ettore Spalletti*, MAM de la Ville de Paris, 1991

PANOFSKY Erwin, *L'œuvre d'art et ses significations*, 1955, Gallimard, 1969, pour la traduction française

WAT Pierre, *Pierre Buraglio,* Flammarion, Paris, 2001

Continenti di tempo, Michelangelo Pistoletto, Musée d'art contemporain, Lyon, 1998

Ettore Spalletti, salle des départs, ouvrage collectif, Galleria Massimo Minini, Brescia, 1997

Ettore Spalletti, Museum Folkwang, Essen, 1982

Le Lieu de recueillement et de prière, Institut Paoli-Calmettes / Fondation de France, 2000.

Un oratoire pour l'hôpital Bretonneau, Pierre Buraglio, DRAC d'Ile de France/AP-HP, 2001

Salle des départs, chronique d'une commande en Île-de-France, Fondation de France, 1996

50 espèces d'espaces, oeuvres du Musée National d'art moderne, catalogue d'exposition, Paris / Marseille, Centre Pompidou / Musées de Marseille, 1998

Articles, revues

GENYK Isabelle, « L'art, la mort et l'hôpital », *Le visiteur,* n°10, L'Imprimeur, printemps 2003

HERS François, « L'aventure a commencé au début des années 60 », *Beaux-Arts Magazine*, n°191, 2000

MIGAYROU Frédéric, « Art, architecture, principes de la collection sans objet », *Collections en mouvement, les fonds d'art contemporain,* ouvrage collectif, Flammarion, Paris, 1995

D'architecture, « Quelle place pour l'art dans la ville ? », n°113, septembre 2001

Technique et architecture, « Art et architecture », n°461, 2002

Archives

BURAGLIO Pierre, notice descriptive du projet artistique, « Un oratoire pour l'hôpital Bretonneau », document hôpital Bretonneau; 2000

HOPITAL

Ouvrages

GOFFMAN Erwin, *Asiles,* Les éditions de Minuit, Paris, 1968

IMBERT Jean (Dir.), *Histoire des hôpitaux en France,* Privat, Toulouse, 1982

POUCHELLE Marie Christine., CARPOT Lucienne, *Regards sur l'hôpital Boucicaut,* Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2000

POUCHELLE Marie Christine, PISSAVY Muriel, *Regards sur l'hôpital Laennec,* Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1999

POUCHELLE Marie Christine, VEGA Anne, *Regards sur l'hôpital Broussais,* Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1999

RIQUIER Sylvain (Dir.), RICHE Sophie, *Des hôpitaux à Paris, état des fonds des archives de l'AP-HP XIIe-XXe siècles,* Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2000

TENON Jacques, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris,* de l'Imprimerie de PH.-D. Pierres, Paris, 1788

Depuis 100 ans la société, l'hôpital [et les pauvres], Doin /Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 1997

"*Demain sera meilleur…*" *Hôpital et utopies,* musée de l'assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, septembre 2001

Notice historique sur l'Hôtel-Dieu, Administration générale des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile de la ville de Paris, de l'imprimerie de madame Huzard, imprimeur des hospices civils de Paris, 1823

L'Hôpital au XXIe siècle. Actes du colloque national, Cent-cinquantenaire de l'AP-HP, 7-8 décembre 1999, Maison de l'Unesco, AP-HP 2000

Patrimoine hospitalier, un parcours à travers l'Europe, Editions du Patrimoine, Paris, 2001

HIRSCH Emmanuel, *Soigner après la mort, pratiques en chambres mortuaires*, reportage photographique de Mathieu de France, CD-Rom, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, octobre 2004

Archives

TRAVIN C., RACLET C., « Conception d'accompagnement des familles », document interne au service mortuaire de l'hôpital de la Croix Rousse, Hospices Civils de Lyon.

Règlement concernant les salles d'autopsie dans les hôpitaux et hospices et les travaux anatomiques dans l'amphithéâtre des hôpitaux, Imprimeur des hospices, Paris, 1834, archives Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

MORT, MEDECINE

Ouvrages

AMEISEN Jean-Claude, HERVIEU-LEGER Danièle, HIRSCH Emmanuel, *Qu'est-ce que mourir ?,* Le Pommier, 2003

ARIÈS Philippe, *L'Homme devant la mort*, Seuil, Paris, 1977

BACQUE Marie-Frédérique, *Mourir aujourd'hui, les nouveaux rites funéraires*, Odile Jacob, Paris, 1997

BARRAU Annick, *Quelle mort pour demain ?,* L'Harmattan, Paris, 1992

BARRAU Annick, *Humaniser la mort,* L'Harmattan, Paris, 1993

BATAILLE Georges, *L'érotisme,* éditions de Minuit, Paris, 1957

BAUDRILLARD Jean, *L'échange symbolique et la mort,* Gallimard, Paris, 1976

BAUDRY Patrick, *La place des morts,* Armand Colin, Paris, 1999

CAROL Anne, *Les médecins et la mort,* Flammarion, Paris, 2004

DUPONT Marc et MACREZ Annick, *Le decès à l'hôpital, règles et recommandations à l'usage des personnels*, Doin / Lamarre / Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 1998

FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe – XXe siècles),* Anthropos-Economica, Paris, 1994

FERLENDER Paulette, HIRSCH Emmanuel, *Droits de l'homme et pratiques soignantes, textes de référence : 1948-2001,* 2ème édition augmentée, Doin / Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 2001

FOUCAULT Michel, *Naissance de la Clinique,* Presses Universitaires de France, Paris, 1963

HANUS Michel, *La mort retrouvée,* Frison-Roche, Paris, 2000

HENNIG Jean-Luc, *Morgue, Enquête sur le cadavre et ses usages,* Libres-Hallier, Paris, 1979

HUNEMAN Philippe, *Bichat, la vie et la mort,* Presses Universitaires de France, Paris, 1998

HINTERMEYER Pascal, *Politiques de la mort,* Payot, Paris, 1981

HINTERMEYER Pascal, *Euthanasie, la dignité en question,* Buchet/Chastel, Paris, 2003

JANKÉLÉVITCH Vladimir, *La mort*, Flammarion, Paris, 1977

KLARSFELD Arnaud, REVA Frédéric, *La biologie de la mort,* Odile Jacob, Paris, 2000

LIEBERMAN Herbert, *Nécropolis*, Seuil, 1977

MORIN Edgar, *L'Homme et la mort*, Seuil, Paris, 1970

POUCHELLE Marie-Christine, *L'Hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Seli Arslan, Paris, 2003

SICARD Didier, *La Médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Plon, Paris, 2002

STAROBINSKI Jean, *Histoire de la médecine,* Rencontre, Suisse*, 1963*

THOMAS Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris, 1975

THOMAS Louis-Vincent, *Les Chairs de la mort*, Synthélabo, Paris, 1999

THOMAS Louis-Vincent, *Mort et pouvoir,* Payot, Paris, 1978

URBAIN Jean-Didier, *La Société de conservation*, Payot, Paris, 1978

URBAIN Jean-Didier, *L'archipel des morts*, Librairie Plon, Paris, 1989

VIRILIO Paul, *Esthétique de la disparition,* Balland, 1980.

VOVELLE Michel, *La mort et l'Occident, de 1300 à nos jours,* Gallimard, Paris, 1983

ZIEGLER Jean, *Les vivants et la mort,* Seuil, Paris, 1975

Articles, revues

BERTHERA Bruno, « Les visiteurs de la Morgue », *L'Histoire,* n°180, septembre 1994

LIBERT Nicolas, « L'échange symbolique et le lieu », Patrick Baudry (Dir.), « L'anthropologie de la mort aujourd'hui », *Revue de l'Institut de sociologie, Université libre de Bruxelles*, 2002

POTEL Julien, « La mort est-elle un sujet dont on parle? », *Passage, le journal d'information du groupe PFG-Roblot*, Automne 1997, n°4

Bulletin de la Société de Thanatologie, n° 2, avril 1967

Bulletin de la Société de Thanatologie, n°3, 1968

Bulletin de la Société de thanatologie, 4e année, bulletin n° 1, janvier 1970

Etudes sur la mort, « rites et rituels », n°114, L'esprit du temps, 1998

Etudes sur la mort, « Les deuils d'enfants », n°119, L'esprit du temps, 2001

« Fin de vie et pratiques soignantes », *Espace éthique, La Lettre,* n°9-10-11, 1999-2000

Archives

OGF/PGF, *La maison funéraire, un enjeu pour les rites et le deuil*, Dossier de presse, avril 2003

Compte rendu de réunion du 7/06/1995, groupe de consultant n°9 « après décès » (M. Borde ; Mme Deloche ; Mme Quesada, Mme Giovon, Mme Lesage et Dr. Durigon du service d'anatomo-pathologie de l'hôpital de Garches). Archives hôpital Bretonneau.

RELIGION, LAÏCITE

Ouvrages

BAUBEROT Jean, *Vers un nouveau pacte laïque*, Paris, Seuil, 1990

DIANTEILL Erwan, HERVIEU-LEGER Danièle, SAINT-MARTIN Isabelle, *La modernité rituelle, rites politiques et religieux des sociétés modernes*, L'Harmattan, Paris, 2004.

ELIADE Mircea, *Traité d'histoire des religions*, Payot, Paris, 1949

HERVIEU-LEGER Danièle, *La religion pour mémoire,* Cerf, Paris, 1993

LEVY, Isabelle. *La religion à l'hôpital,* Presses de la Renaissance, Paris, 2004

POULAT Emile, *Notre laïcité publique,* Berg international, 2003

Encyclopédie des symboles, Librairie Générale Française pour la traduction française (1996) de *Knaurs Lexicon der Symbol*, Droemersche Verlagsanstalt TH. Knaur Nachf. München, 1989.

Œcuménisme et architecture, actes du colloque, Centre Thomas More, 15-17 mars 2001

Articles, revues

MOULET A., « L'exercice des cultes à l'hôpital », *Techniques hospitalières,* Juin-juillet 1983

Archives

Cahier des charges des aumôneries catholiques, Commission diocésaine d'art sacré, archevêché de Paris, 6 juin 1991. Archives de la Maison Diocésaine de Paris

Compte rendu de la réunion du 31 octobre 1991 entre l'Assistance Publique et l'Archevêché de Paris. Archives de la Maison Diocésaine de Paris

REPRESENTATIONS

Ouvrages

BACHELARD Gaston, *L'eau et les rêves, essai sur l'imagination de la matière*, Librairie José Corti, Paris, 1942

BACHELARD Gaston, *La poétique de l'espace*, Presses Universitaires de France, Paris, 1957

ELIADE Mircea, *Images et symboles*, Gallimard, Paris, 1952

JAUSS Hans Robert, *Pour une esthétique de la réception,* Gallimard, Paris, 1978

JUNG Carl Gustav (Dir.), *L'homme et ses symboles,* Robert Laffont, 1964

JODELET Denise (Dir.), *Les représentations sociales,* Presses Universitaires de France, Paris, 1989

LEVY Albert, *Les machines à faire croire,* Economica, Paris, 2003

MOSCOVICI Serge (Dir.), *Psychologie sociale*, Presses Universitaires de France, Paris 1984

Articles, revues

ELIADE Mircea, « Architecture sacrée et symbolisme », *Les Symboles du lieu, l'habitation de l'homme,* n° 44, éd. de L'Herne, Paris, 1983

L'architecture d'Aujourd'hui, « Sacré, profane », n°356, janvier-février 2005

Technique et architecture, « architectures sacrées », n°405, 1993

Technique et architecture, « Espaces sacrés », n°459, 2002

SOINS PALLIATIFS

Ouvrages

CASTRA Michel, *Bien mourir, sociologie des soins palliatifs,* Presses Universitaires de France, Paris, 2003.

CLARK D, HENK TEN HAVE (dir.), *The ethics of palliative care, European perspectives,* Open University Press, U.K, 2002

COX Anthony, GROVES Philip, *Hospitals & healthcare facilities: a design and development guide*, Butterwoth, 1990

DE HENNEZEL Marie, *La mort intime,* Robert Laffont, Paris, 1995

ELIAS Norbert, *La solitude des mourants,* Bourgeois, Paris, 1998

GOLDIN Grace, *Work of Mercy, a picture History of hospitals*, The Boston Mills Press, 1994

HIRSCH Emmanuel (dir.), *Face aux fins de vie et à la mort, éthiques et pratiques professionnelles au cœur du débat,* Espace éthique AP-HP / Vuibert, Paris, 2004

HICKS Clive, RIBA, ARPS, *Building a new hospice (architectural and building consideration)* Fact Sheet n°17, Hospice Information Service at Saint Christopher's, London, 1993

MILLS Simon, *The design implication of service provision for people with HIV, ARC or AIDS in New York and San Francisco*, privately published, 1992

KÜBLER-ROSS Elizabeth., *Vivre avec la mort et les mourants,* Tricorne, Genève, *1984*

NEUWIRTH Lucien, *Pour une politique de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement;* n°207, Sénat, session ordinaire de 1998-1999

RICHARD Marie-Sylvie, *Soigner la relation en fin de vie,* Dunod, Paris, 2004

WALD Henry J., *A hospice for terminally ill patients*, Columbia University School of architecture, 1971

SCHWARZEMBERG Léon, *Changer la mort,* Club français des livres, Paris, 1977

SEBAG LANOE Renée, *Mourir accompagné*, Desclée de Brouwer, Paris, 1986

Directory 2000, hospices and palliative care services in the United Kingdom and the republic of Ireland, Publié par The Hospice information Service at Saint Christopher, Londres, 2000

Soins palliatifs : réflexions et pratiques, ouvrage collectif, Formation et développement, Paris, 2000

Articles, revues

BASS WARNER Sam ; BARON J.H, « Restorative gardens », *BMJ,* volume 306, 24 April 1993

DE CONNO Franco, « The hospice of the future », *European Journal of palliative care,* 1994, vol.1, n°3

DE CONNO Franco, «The hospice of the future, part II», *European Journal of palliative care,* 1994, vol.1, n°4

DEGREMONT Nils, « Soins palliatifs et architecture : de l'hôpital vers l'homme », *European Journal of palliative care*, 1998, vol.5, n°4

DODSWORTH V., « Use of side rooms in terminal care », *Profession Nurse,* July 1993

HEALY Vince, « The hospice garden, addressing the patients needs through landscape », *The American Journal of Hospice Care,* September/October 1986

GIRARDIER J., LAUTISSIER A., « Création d'une unité de soins palliatifs à Quetigny, en Côte d'Or », *ASP liaisons*, mars 1993

LO-YI Chan, « Hospice: a new building type to comfort the dying », *AIA Journal,* December 1976

MATTHEWS Bridget, « Setting up terminal care units », *Nursing Times,* September 18, 1980

NUNEZ OLARTE Juan Manuel, « Soins aux mourants en Espagne au 18e siècle – une tradition en dehors des hospices », *European Journal of palliative care*, 1999, vol.6, n°1

SPOONER Derek P., « A British perspective on hospice, the development, planning, and inception of a program », *The American Journal of Hospice Care,* January/February 1986

OLDHAM Michael; FIELDHOUSE Ken, « A healing art », *Landscape Design*, April 1995

WOOD Anne, « Hospices gardens », *European Journal of palliative care,* 1999, vol.6, n°1

« Princess Alice Hospice », *Building,* 28 February 1986

L'architecture d'Aujourd'hui, n°256, avril 1988

Architecture intérieure Cree, « Architecture thérapeutique », n°810, septembre 2003

Textes législatifs

Circulaire du Ministère des affaires sociales et de l'emploi n°86-32bis (Bulletin officiel) *soigner et accompagner jusqu'au bout*, 1986.

LOI n° 99-477 du 9 juin 1999.visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement en application de la loi 99-477 de 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Archives

Rapport sur un projet de création d'une unité de soins palliatifs à Paul Brousse, Hôpital Paul Brousse, septembre 1987. Archives Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, dossier n° 555W118.

Compte rendu de l'Avant Projet Sommaire, 14 avril 1988, Direction des équipements. Archives Assistance Publique des Hôpitaux de Paris ; dossier n° 630W94.

Agence Avant-Travaux, plaquette de présentation du projet.

INDEX DES NOMS PROPRES

A

Aalto, Alvar 89
Abiven, Maurice312, 325, 327, 328, 344
Agam, Yaacov 140
Aillaud, Gilles176
Améris, Jean-Pierre 368
Ando, Tadao 88
Anthony Cox et Philip Groves, Agence 288, 289, 294, 297, 298
Architecture Studio, 384
Ariès, Philippe 8, 10, 29, 34, 35, 41, 126, 127, 317, 343
Auzelle, Robert 255, 258, 263
Avant-Travaux, Agence 22, 204, 205, 206, 210, 216, 217, 323, 327, 330, 344, 346, 350
Aveline, Jean-Marc 196

B

Bachelard, Gaston 220, 222, 223
Bailly, 50, 66
Barani, Marc 395, 396
Barrau, Annick 29, 30, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 135
Barreta, Howard 270
Bataille, Georges 112
Baudrillard, Jean 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 29, 126, 127
Baudry, Patrick 15, 16
Béal, Dr. 362, 370
Bellemin-Noël, Nicole 165, 202
Ben, 140
Bentham, Jéremy 65
Bernard, Claude 11, 71, 84, 180
Berthera, Bruno 29, 42
Besanceney, Jean-Claude 157, 158, 159
Bichat, Xavier 11, 53, 54
Blanc, Charles 262
Boesch, Jacques 143, 189
Bonneville, Philippe 205, 327, 330, 331, 332, 335, 341, 342, 343, 344, 345, 349, 351, 353, 354
Borne, Louis 45, 61, 62, 67
Bouchacourt, Pierre-Henri 187, 260
Boullée, Etienne-Louis 261
Bourdeau, Michel 256, 257, 258
Brancusi, Constantin 87, 97
Brunelleschi, Filippo 88
Bruyère, André 204
Buraglio, Pierre 24, 139, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 199, 245, 396
Buren, Daniel 140
Burquier, Sylvain 66, 67, 131

C

Caillon, Micheline 240
Canovas, 233
Capezzuto, Rita 225, 226, 227
Carol, Anne 29, 34, 35, 55
Carrel, 71
Cartier-Bresson, Henri 210
Cassan, Urbain 73, 75
Castra, Michel 30, 215, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 332, 333, 334, 337, 339, 340, 341, 357, 358, 359, 373, 397
Caussanel, Georges 387
Chantalat, André 86, 91
Chemetov, Paul 39, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 96
Chemetov + Huidobro, agence 384
Civitarese, Adriana 139, 180
Clark, David 310, 369
Clarke, Ian 285, 306
Claudel, Sophie 196
Colboc, Emmanuelle 204
Condillac, Etienne Bonnot de 262
Cordier, Alain 165

D

Daly, César 262
Dauge, Yves 142
Dayot, Michel 212, 213, 215, 216, 217
De Chirico, Giorgio 210
de France, Mathieu 53, 117, 119
de Hennezel, Marie 14, 369
de Portzamparc, Christian 176
Degrémont, Niels 23
Delfante, Charles 92, 253, 255
Desfosses, Glibert 342, 353, 357
Dezeuze, Daniel 140
Di Pietrantonio, Giacinto 154, 155
Diet, Arthur Nicolas 57
Dolla, Noël 140
Douglas, Derek 277
Du Mesnil, Dr. 35, 123
Dubus, Jean 210, 211, 217, 218
Dupont, Marc 118, 119
Durigon, Michel 143, 148, 196, 237

E

Eleb, Monique 15, 20
Eliade, Mircea 220, 221, 222, 223
Elias, Norbert 8, 12, 357

F

Fanti, Guido 139, 180, 182
Faure, Olivier 40
Favier, Christian 249, 250
Ferraris, Giorgio 139, 165, 168
Foreman, David 282
Foucault, Michel 6, 8, 10, 53, 54, 64
Fournier, Jacques 162
Frank, Charlotte 224
Fresnau, Dr. 121, 122
Fromanger, Gérard 140

G

Gagnebin, Laurent 161
Gardet, Philippe 205
Garnier, Tony 73, 75, 243
Gauthier, Martin Pierre 48
Gauthiers, Jean-Marc 204

Gendre, Gilbert 191, 192
Gerbaud, Laurent 205
Ghery, Franck 277, 278, 280
Gille, Alain 204, 322, 323, 345, 346, 355
Girardier, Jacques 362, 368
Giraud, Mrg.164, 165
Gläsker, Horst 195
Goffman, Erwin 330, 331
Goldin, Grace 270
Gomas, Jean-Marie 371
Gravelaine, Frédérique 322
Guadet, Julien 63

H

Häcker, Tina 192
Hackett, Thomas 296
Hackney, Rod 266, 267, 304, 305
Hadid, Zaha 277
Hanus, Michel 13, 16
Have, Henk ten 310, 369
Hayflick, Léonard 72
Healy, Vince 282
Héneux, Paul 236
Hennig, Jean-Luc 29, 42, 110
Hers, François 143, 145, 146, 147
Hervé, Edmond 318, 378
Hicks, Clive 266, 267, 274, 275, 276, 277, 278, 286, 295
Hirsch, Emmanuel 7, 83, 113, 118
Huneman, Philippe 54
Hutchison Locke & Monk, agence 306, 308

I

Imbault-Huart, Marie-José 40, 50, 53, 80
Imbert, Jean 40

J

Jane Darbyshire & David Kendal, agence 267, 268, 277, 285, 293, 297, 298, 300
Jencks, Charles 277
Jodelet, Denise 17, 18, 19
Jokish, Alexander 195
Jung, Carl Gustav 220

K

Kammerer, Jean 158
Karavan, Dani 141
Keswick Jencks, Maggie 277
Kock, Christian 241, 249, 254
Kübler-Ross, Elizabeth 8, 215, 296, 316, 324

L

Labrouste, Léon 263
Lack, Sylvia 296
Lang, David 196
Laroque, Geneviève 318, 378, 386
Lawrence & Wrightson, agence 267
Le Corbusier,Charles Edouard Jeanneret dit 212, 350
le François, Olivier 328, 329
Lentz, agence 362
Leroy, 66, 68
Levy, Albert 28
Liborel, Hugues 324
Lieberman, Herbert 108, 109
Liebeskind, Daniel 277, 278, 280
Lingeri, Pietro 225
Lott, Jean-Pierre 210, 211, 217, 218
Lo-Yi Chan, 274, 283, 286, 291, 292, 294, 296, 297
Lustiger, Jean-marie 165

M

Madeline, Léon 75
Magritte, René 97
Malaval, Robert 140
Mallet, Dr. 372, 373
Mally, Werner 192, 193
Maraninchi, Dominique 165, 178, 179, 181
Marchal, Christiane 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102
Masboungi, Ariella 141, 143
Medhurst, John 282
Metalnikov, 72
Metchnikoff, 11, 71
Milhau, Henri 148
Millet, Catherine 141
Morin, Edgar 8, 9, 10, 11, 72
Moscovici, Serge 17, 18
Moulet, A. 163
Mount, Balfour 315
Moussaron et Tudez, agence 380
Munch, Edvard 210
Murphy, Richard 268, 272, 277, 279

N

Necker, Jacques 64, 95
Negrier, Emmanuel 147
Ngojo, Bernard 139
Nouvel, Jean 384

O

O.G.F, 36

P

Pagès, Bernard 140
Panofsky, Erwin 28, 29
Paraire, François 88, 143, 145, 148, 153, 179
Paret, Henri 362
Perrault, Dominique 384
Peyron, 48
Phillipon, 48
Pilorgé, Fabrice 139, 176
Pistoletto, Michelangelo 24, 139, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 177, 199, 201, 244, 396
Pistre, Jean 139, 236, 387
Planat, P. 68
Plassais, Dr. 384
Plousey, Louis Victor 73
Poe, Edgar 222
Potel, Julien 14
Poulhes, Pierre 144
Poyet, Bernard 65, 66

Q

Quesada, Françoise 178, 179, 197, 237

R

Ragon, Michel 8, 9
Raynaud, Jean-Pierre 140, 143
Reichen, Bernard 186
Renaud, François 69
Reynaud, Léonce 61, 68
Riboulet, Pierre 27, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 144, 153, 321, 382
Riccaboni, Catia 152, 153, 154, 156, 180, 184, 197
Richard, Marie-Sylvie 268, 272, 277, 279, 328, 372, 390, 391
Rimbaud, Arthur 196
Robert, Philippe 186, 220, 255, 263
Roper, Lanning282

S

Saint Martin, Isabelle 200, 202
Saint Phalle, Nikki 143
Salamagne, Michèle 328, 353
Sanders, Cicely 270, 271, 273, 274, 303, 309, 316
Saytour, David 140
Scarpa, Carlo 89
Schultes, Axel 224
Schwarzemberg, Léon 324
Sebag-Lanoé, Renée 314, 324, 325, 326, 327, 328, 335, 339, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 356, 357, 360
Siame, Jérome 210, 211, 217, 218
Siza, Alvaro 89
Smadja, Gilbert 142, 143
Smith, Pierre 14, 15
Sorger, Caroline 189, 190, 191, 199, 200, 254, 260
Soutif, Daniel 154
Spalletti, Ettore 6, 9, 24, 139, 143, 148, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 180, 184, 196, 198, 199, 260, 396
Stendler, François 10
Stewart Hendry and Smith, agence 266, 267, 268

T

Tenon, Jacques 50, 51, 66, 67
Terragni, Guiseppe 225, 226, 227
Thomas, Louis-Vincent 8, 9, 12, 15, 16, 29, 110, 112, 126, 127, 128, 158, 161, 172, 193, 226, 270, 296, 395
Tollet, Casimir 61, 62, 63, 68
Toroni, Niele 140
Toyo Ito, 384, 385
Tremlet, David 153

U

Umbdenstock, Gustave 263
Urbain, Jean-Didier 8, 9

V

Vallier, Jean-Pierre 382
Valode, Denis 139, 236, 387
Van Gennep, Arnold 15
Veret, Jean-Louis 322
Vespieren, Patrick 314
Viallat, Claude 140
Vigneau, Sophie 183, 184, 185, 260
Virilio, Paul 8, 9
Vitani, Ch. 33, 34
Vovelle, Michel 8

W

Wald, Henri 274, 289, 295, 296
Walter, Jean 73, 75
Wat, Pierre 175, 176, 177
Weber, Max 394
Weissman, Martine 11, 71
Westphal, Nicolas 193, 194
Wood, Anne 282
Woodruf, 71

Z

Zahner, Walter 195
Ziegler, Jean 8, 9, 12
Zublena, Aymeric 322