

# Rencontres Architecture + Patrimoine

## Du premier cri au dernier souffle

Du 17 au 19 octobre 2019

### **Une architecture ballotée entre exigences de médecins partisans des doctrines aéristes et celles d'architectes épris de fonctionnalité".**

*Pierre-Louis Laget, conservateur honoraire du patrimoine*

Jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux n'offraient pas une configuration architecturale qui leur était spécifique quoique leur caractère d'édifice public tendit alors à s'affirmer dans l'espace urbain même s'il se trouve moins souvent mis en scène que l'hôtel de ville ou encore le théâtre.

Sur la base des écrits issus du vaste mouvement de réflexions de médecins et d'architectes suscité par après l'incendie de l'hôtel-Dieu de Paris en 1772, allait naître un parti architectural spécifique dont le promoteur fut le chirurgien Jacques-René Tenon qui le publia en 1788 dans un célèbre rapport. Appelé par la suite système pavillonnaire, ce parti architectural se déclinerait avec quelques nuances jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale. Pareille conception architecturale, malgré son caractère novateur, se trouvait en fait sous-tendue par la croyance en l'antique doctrine aériste fondée sur les écrits de la médecine hippocratique. Selon cette doctrine, l'air pouvait se trouver corrompu par des éléments insaisissables engendrés par des matières en décomposition ou des corps malades, lesquels étaient qualifiés de miasmes.

Les publications de Pasteur, à partir de 1861, sur la découverte de germes microbiens dans l'air, dans l'eau ainsi que dans tous les milieux ambiants, apporta une réalité matérielle à ces fameux miasmes. Paradoxalement, la diffusion de ces découvertes eut pour effet de raffermir la croyance en la responsabilité de l'air comme vecteur de transmission des maladies infectieuses au lieu de l'infirmier car médecins et chirurgiens ne retinrent de la nouvelle théorie microbienne que la présence des microbes véhiculés par l'air ce qui venait conforter l'antédiluvienne doctrine miasmatique. De ce fait, les hôpitaux édifiés après 1880 se virent contraints d'obéir à des conceptions aéristes encore plus draconiennes que ceux bâtis depuis les publications de Tenon et selon ses préceptes. La profession médicale, portée par la vague puissante de l'hygiénisme qui venait de recevoir en sus la caution scientifique du pasteurisme, réussit en effet réussi à subjuguier les autorités politiques et à imposer de ce fait son dictat aux architectes dans la conception architecturale des édifices hospitaliers.

Une meilleure compréhension du mode de diffusion des maladies infectieuses – minimisant le rôle de l'air comme vecteur de transmission des maladies et majorant celui de contacts directs –, qui finit par triompher dans la dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle, jointe au renchérissement du prix des terrains dans les grandes villes, fit subitement abandonner, à partir du début des années 1930, le système pavillonnaire auquel fut substitué, presque sans transition, un mode de construction à la fois compacte et de grande hauteur et ce au nom de la fonctionnalité du service des malades remise désormais à l'honneur sous l'influence des architectes et des administrateurs.

Dans les années 1980 la grande hauteur se vit à son tour condamnée, partie en application de normes de sécurité par rapport au risque d'incendie, partie au nom de la notion fourre-tout d'humanisation. L'on en revint alors à un type de construction plus basse et plus éclatée sans abandonner pour autant une certaine compacité, gage de meilleure fonctionnalité et de moindre coût de fonctionnement.