



**Accessibilité, conception universelle et usagers au cœur du processus de conception d'une architecture du soin à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.**



***Comment la parole des usagers, leur expérience et leur mémoire des lieux peuvent aider l'architecte au processus de conception d'une architecture de la santé, accessible à tous?***



École Nationale Supérieure d'Architecture Paris-Val de Seine  
Directrice de mémoire : Lila Bonneau  
Étudiant : Hugo Vasseur



# REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à :

**LILA BONNEAU**, architecte spécialisée dans le patrimoine, historienne, professeur à l'ENSA Paris-Val de Seine et ma directrice de mémoire pour m'avoir fait découvrir un grand intérêt au monde de la recherche, de l'architecture de la santé, de me lire et de m'avoir encadré pour ce mémoire.

**La Chaire ARCHIDESSA - Architecture, Design et Santé**, de m'avoir sélectionné pour bénéficier de la bourse d'aide à la recherche, dans l'objectif de créer de nouvelles connaissances dans les domaines de l'architecture et/ou du design dans celui de la santé.

**CATHERINE AGIUS**, cheffe de projet Mission handicap, pour m'avoir guidé sur le sujet d'accessibilité universelle et ses problématiques liées au site, et pour m'avoir permis la rencontre de nombreux acteurs de la santé de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

**NELLY AZAIEZ**, médecin généraliste et coordinatrice de l'UNISS, pour m'avoir accueilli au sein de l'unité pour les sourds, pour m'avoir partagé de nombreuses informations et participer à la récolte de la parole des usagers.

**L'équipe soignante de l'UNISS**, l'unité d'informations et de soins pour les sourds, de m'avoir reçu au sein de leur unité, d'avoir partagé de nombreux documents, informations, témoignages, d'avoir permis de retracer l'histoire de cette unité depuis sa création en 1995.

**SOPHIE GALLAS**, chargée de coordination et communication du Centre de Référence Déficiences Intellectuelles de causes rares, de m'avoir accueilli au sein du service et de me présenter leur projet de service expérimental en terme de signalétique dans le cadre du fonds APRES.

**FRANÇOISE HÉMEURY**, médecin en pédiatrie, ancien directeur de recherches en psychologie périnatale, ma grand-mère, qui m'a soutenu tout au long de mes études en architecture, qui m'a partagé ses expériences professionnelles et qui m'a lu de nombreuses fois.



## AVANT-PROPOS

C'est au cours de mon cursus d'étudiant en architecture, dans le séminaire de S8 intitulé « Architecture, Santé, Environnement » à l'ENSA Paris-Val de Seine que j'ai pu m'intéresser, avec ma camarade Carine Thomin, au cours d'une étude de cas, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Une demande provenant de la mission handicap de l'AP-HP avait été formulée à la chaire Archidessa pour les aider sur la question de l'accessibilité, de sa conception universelle et sur l'orientation à la Pitié-Salpêtrière. Problème complexe avec de nombreux paramètres à prendre en compte sur ce site, chargé d'histoire et de transformations successives.

Grâce à cette étude de cas, j'ai pu m'intéresser à cet hôpital, à la complexité du site, à son patrimoine, mais surtout à la question de l'accessibilité et de sa conception universelle. En poursuivant mes recherches sur ces enjeux, sont venues rapidement des questionnements sur les différentes catégories de personnes auxquelles pouvait s'adresser ces notions. Toutefois, dans le cadre d'un mémoire de master en architecture, avec un temps inférieur à un an, il m'aurait été impossible de pouvoir analyser et traiter l'ensemble des types de handicaps pouvant se rattacher à des normes d'accessibilité, ni à l'ensemble du site que constitue l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière avec ses 33 hectares.

C'est pourquoi, au fil des discussions et des entretiens, deux types de handicaps sont devenus les sujets d'étude, pour pouvoir les comparer avec toujours cette idée d'accessibilité et de conception universelle, avec comme objectif une qualité d'usage pour l'ensemble des usagers. J'hésitais jusqu'alors entre différents services avec qui j'avais été mis en relation par la responsable de la mission handicap de l'AP-HP, Catherine Agius. C'est donc en me rapprochant de l'UNISS, l'Unité d'Informations et de Soins pour les Sourds avec le docteur Nelly Azaiez que j'ai pu alors commencer à travailler dans cette unité. C'est après un premier entretien avec ce médecin, coordinateur de l'unité très impliqué dans la question de soigner la surdité d'un point de vue social, qui m'a bouleversé en me racontant l'historique de la prise en compte des citoyens sourds dans notre société jusqu'à la situation actuelle dans laquelle se trouvait l'unité. Il a été proposé de mettre en place un certain nombre d'entretiens et de mettre en place des questions sur l'adaptation du service et sa mise en accessibilité. J'ai pu également aller à la rencontre d'un second service, celui du centre de génétique, auprès de Sophie Gallas, chargée de coordination et de communication de ce service.

C'est un travail qui pour pouvoir s'ancrer sur le site, prendre de l'importance dans la question de l'accessibilité et de sa conception universelle, ne devrait pas être uniquement un objet isolé. Il était nécessaire d'aller à la rencontre d'autres services avec leurs propres problématiques face à l'accessibilité « universelle ». J'ai pu rencontrer également Sophie Gallas (chargée de coordination et de communication) du Centre de Référence Déficiences Intellectuelles de causes rares situé dans le bâtiment de rééducation. Au cours de cette rencontre, j'ai appris l'appel à projet de l'AP-HP



du fond APRES et leur projet d'expérimentation de leur service pour une meilleure signalétique et la réalisation d'un livret d'accueil en FALC. Ces deux services se trouvaient être dans le secteur sud Salpêtrière, définissant la zone d'étude de ce mémoire.

C'est un travail d'entretiens et d'analyses architecturales destiné à remettre au cœur de la conception architecturale, la parole des usagers, qu'ils soient soignants, patients ou accompagnants, leur expérience des lieux, pour l'architecture de la santé. C'est dans le cadre de ce mémoire qu'ont été associés deux services, pour les citoyens sourds et les personnes ayant une déficience intellectuelle de cause rare. Ce projet s'inscrit avec l'objectif d'une plus grande échelle, celle de l'accessibilité, et celle de sa conception universelle.

Ce travail pourrait se poursuivre sur une recherche plus approfondie avec d'autres services spécialisés tels que l'handi-consult, le service d'ophtalmologie ou le service de rééducation, permettant d'inclure la multitude de pathologies et donc de situations handicapantes existantes. Une recherche qui s'étalerait dans le temps avec davantage d'entretiens, de relevés, en collaboration avec la chargée de relations usagers de la Pitié-Salpêtrière, Marie-Annick Tricoire afin de recueillir l'expérience des patients et d'enrichir ce diagnostic.

Ce mémoire constitue un travail de recherches pour un futur architecte avec son regard professionnel comparé à celui des soignants et des patients, c'est-à-dire des usagers. Je suis dans un master de transformation de l'existant où l'on donne toujours une grande importance à l'histoire, et la mémoire des lieux. Cette méthode de travail m'a permis une prise de distance pour le futur projet de re-localisation de l'UNISS qui devrait se réaliser d'ici quelques années, en utilisant à la fois l'histoire de cette unité de soin créée en 1995 et le projet d'expérimentation du centre de génétique qui pourrait alors s'étendre à l'ensemble du site, dans un futur plus lointain. Il s'agira toujours d'un travail comparatif pour comprendre les besoins et les enjeux auxquels doivent répondre le processus de conception. L'architecte devra y faire face pour répondre à la problématique de l'accessibilité et de sa conception universelle. Sans oublier le progrès des recherches et des soins ou l'augmentation du nombre de patient qui entraîneront leur évolution.



# SOMMAIRE

Remerciements .....	3
Avant-propos .....	5
Introduction .....	11
I. Expérience des lieux : un cheminement au sein du secteur Salpêtrière, de l'entrée Chevaleret au bâtiment de rééducation	
1. Histoire du lieu .....	21
2. Transformations et nécessités .....	27
3. État actuel - parole des usagers .....	37
II. Accessibilité (universelle) des lieux	
1. Notion d'accessibilité et de handicap - rappel historique .....	47
2. Accessibilité depuis l'entrée Chevaleret, jusqu'au bâtiment de rééducation .....	57
3. Accessibilité depuis l'entrée au seuil de l'institut de cardiologie, jusqu'au box de consultation - paroles des usagers, UNISS .....	69
III. Processus de conception	
1. Besoins et enjeux in situ .....	81
2. Lieux touristiques et culturels - réponses pour l'accessibilité dans d'autres situations .	89
3. Dispositifs architecturaux, urbains, paysagers, de design .....	103
Conclusion .....	115
Annexes	
Sources .....	125
Bibliographie .....	127
Iconographie .....	133
Fiches identités .....	141



**Figure 01 - Photo aérienne de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière avec zone d'étude du secteur sud Salpêtrière en rouge, 2022**  
© Google maps retravaillé par Hugo Vasseur

# INTRODUCTION

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière situé dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris est comparable par son étendue à un quartier de la ville, il s'agit du plus grand hôpital d'Europe, un véritable laboratoire d'expérimentation sur les questions qui nous intéressent, à savoir l'accessibilité et l'orientation des patients.

Au cours de son histoire, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière s'est construit par strates successives, ce qui est d'ailleurs le cas de l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP, soit par le biais de restructurations, de cessions ou de ventes de terrains vides donnant la possibilité de bâtir et de s'étendre. C'est donc un quartier en perpétuelle transformation qui sera l'objet d'étude de ce mémoire.

L'accessibilité, d'un point de vue sociologique est définie comme « la capacité d'atteindre les biens, les services ou les activités par un individu »<sup>1</sup>, c'est également une notion définie dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

« Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation ont été conçus. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente. » (Définition de l'accessibilité inscrite dans la loi du 11 février 2005)<sup>2</sup>.

L'hôpital, par sa fonction, est un lieu qui accueille tout le monde, tous les publics. Il doit répondre à une multitude de difficultés pour sa mise en accessibilité. Cet hôpital est un laboratoire exceptionnel par son site, mais avec des difficultés d'accessibilité et des contraintes liées aux

---

<sup>1</sup> CAUBEL David, *Outils et méthodes des enjeux/impacts sociaux d'une politique de transports urbains : le concept d'accessibilité* [en ligne]. ARSDF : Lyon, septembre 2023, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <<https://shs.hal.science/halshs-00096415/document>>

<sup>2</sup> LÉGIFRANCE, *LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* [en ligne]. 12 février 2005, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>>



monuments historiques. Il existe sur ce site des filières spécialisées pour le handicap, mais la logique d'accessibilité pour tous, au plus grand nombre dans une logique de conception universelle n'est pas encore réalisée.

L'objectif est que « La conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisées par tous, dans toute la mesure du possible, sans nécessiter ni adaptation, ni conception spéciale. »<sup>3</sup>

Au cours de ma formation d'architecte, à l'École Nationale Supérieure d'Architecture Paris-Val de Seine (ENSAPVS), le séminaire de S8 intitulé « Architecture, Santé, Environnement » m'a permis d'aborder ces questions que l'AP-HP avaient évoquées. Il était alors question de deux problématiques majeures, l'une sur la question d'une signalétique efficace et accessible au plus grand nombre. Actuellement, il existe des plans avec des codes couleurs pour s'orienter ou trouver un bâtiment, mais qui ne se révèlent pas être performant par les représentants des usagers. La seconde problématique est celle du pavé, c'est-à-dire comment concilier l'accessibilité dans un bâti ancien historique avec un pavé également historique. Bien qu'il y ait déjà eu par le passé certaines réflexions et réalisations pour concilier l'accessibilité et la conservation sur d'autres sites.

D'un point de vue méthodologique, mes recherches ont commencé en première année de master lors de ce séminaire entraînant mes premières visites sur les lieux. Le choix du sujet de mémoire s'est précisé sur la question de l'accessibilité à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Les archives de l'AP-HP au Kremlin-Bicêtre ont été une source importante de cartes et de plans historiques du site. De ces recherches en archives et de mes nombreuses visites sur site s'est défini la problématique de ce mémoire, et en accord avec les problématiques évoquées précédemment par les représentants des usagers. Catherine Agius m'a orienté vers mes premiers interlocuteurs sur site. Parce que c'est dans une logique de faisabilité dans un laps de temps assez court que se réalise le mémoire de master en deuxième année d'architecture. Le choix a été de s'intéresser à une partie de l'hôpital qui pourrait ensuite, une fois analysé, s'élargir sur l'ensemble du site dans une même logique, mais avec des dispositifs adaptés aux différents contextes et situations. Il s'agissait d'abord de comprendre et de définir plusieurs notions que sont l'accessibilité, le handicap, la chaîne de déplacement et la notion de conception universelle pour nous conduire à celle d'accessibilité et de sa conception universelle dans une logique de qualité d'usage pour tous. De nombreuses lectures m'ont permis de définir ces notions, mais en comprenant en parallèle l'évolution historique du site. La situation actuelle, ainsi que l'évolution de la place du handicap dans la société avec les apports et notions qui l'accompagnent (signalétique, pictogramme, prescription).

---

<sup>3</sup> MERILLE Nicolas, *L'accessibilité universelle : un besoin pour certains, un confort pour tous* [en ligne]. 25 septembre 2020, [consulté le 18 novembre 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.architectes.org/l-accessibilite-universelle-un-besoin-pour-certains-un-confort-pour-tous>

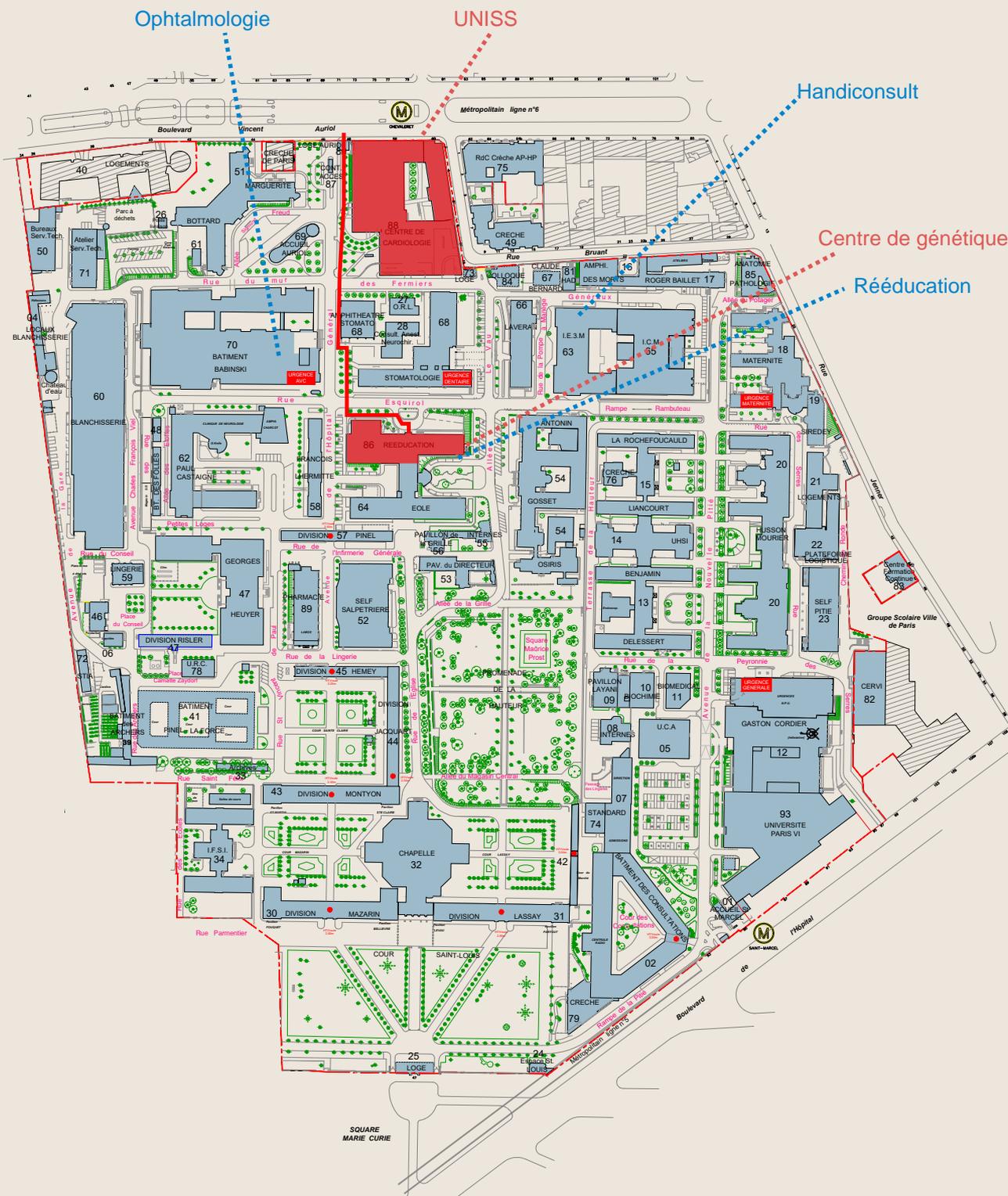


Figure 02 - Plan masse de la Pitié-Salpêtrière avec localisation de notre zone d'étude en rouge, en bleu les autres services avec lesquels la recherche pourrait se poursuivre, 2020  
 © AP-HP retravaillé par Hugo Vasseur

C'est par l'intermédiaire de Catherine Agius, que j'ai été mis en relation avec certains services spécifiques de l'hôpital. Ce sont des filières clefs où l'on peut rencontrer des usagers, autant professionnels que patients, avec l'objectif de recueillir leurs paroles. Il y avait alors cinq filières : l'Handiconsult (dédiée à des personnes avec un handicap lourd ayant besoin de soins, des personnes accueillies dans des établissements médico-sociaux, et accompagnées par des professionnels, présentant des poly-handicap, autisme, ou trouble du comportement). La consultation de génétique (accueille les personnes avec un handicap majoritairement intellectuel, souvent accompagnées par des tiers), l'UNISS (Unité d'informations et de soins des sourds), la consultation d'ophtalmologie (pour des personnes mal ou non voyantes) et enfin le service de rééducation (pour des personnes ayant à minima un trouble moteur parfois associé à des troubles cognitifs).

J'ai été mis en relation avec ces filières afin de pouvoir récolter la parole des usagers. L'UNISS, a été la plus réactive à cette demande, m'accueillant dans leurs locaux, m'exposant leurs problématiques, leurs rôles et leur fonctionnement. Ce travail a donc commencé par la récolte de la parole des usagers professionnels, en rencontrant de nombreux membres du personnel (médecin, secrétaire, assistante sociale, interprète et inter-médiaireur de l'UNISS).

Mais dans le souci de travailler à une plus grande échelle, et non dans un unique service pour aborder la question de l'accessibilité alliée à la notion de conception universelle, j'ai également pu aller à la rencontre du centre de référence génétique déficit intellectuel de causes rares que Sophie Gallas (chargée de coordination et de communication au centre de génétique) m'a présentée leur service, leurs problématiques, ainsi que leur projet en réponse au fond APRES (Appui aux Projets pour le Renforcement du Sens). Afin de devenir le service expérimental en mettant en place une signalétique adaptée aux patients accueillis dans leur unité de soin. Par manque de temps, mais aussi beaucoup dans l'impossibilité de pouvoir recueillir la parole des usagers patients dans les salles d'attentes des autres « filières clefs ». Ce mémoire s'est donc appuyé majoritairement sur ces deux services.

Ainsi, c'est dans la continuité du projet du centre de référence génétique, de mettre en place une signalétique adaptée depuis l'entrée Chevaleret, boulevard Vincent Auriol jusqu'au bâtiment de rééducation de ce centre de référence, que la zone d'étude de l'hôpital que j'allais étudié fut défini. Ce choix d'un cheminement depuis l'entrée de l'hôpital jusqu'au seuil d'un bâtiment se trouvait d'autant plus logique avec l'emplacement de l'UNISS, dans le bâtiment de cardiologie, qui se trouve à l'entrée Chevaleret. Ce cheminement aurait d'ailleurs pu s'étendre jusqu'au bâtiment IE3M qui accueille le Handi-consult, et qui bénéficierait également d'une signalétique adaptée à ses patients.

Dans un premier temps il s'agissait donc de comprendre en suivant ce cheminement défini, ce qui avait déjà été fait, ce qui manquait et de le comparer avec d'autres références mises en place dans d'autres sites. Comprendre les besoins d'une population spécifique et leurs difficultés pour



s'adapter aux lieux permettraient d'améliorer l'accessibilité au sens large, avec une information lisible, visible et compréhensible par tous. Dans un second temps, c'est avec l'expérience des lieux et la récolte de la parole des usagers de l'UNISS que l'on va s'inscrire dans la continuité la notion de chaîne de déplacement. Mais en allant plus loin dans ce cheminement accessible, c'est-à-dire depuis le seuil du bâtiment de cardiologie qui abrite l'UNISS, jusqu'au box de consultation en tenant compte des contraintes.

Ainsi, avec cette méthodologie de travail et grâce aux nombreuses rencontres et échanges faites au cours de mes recherches pour ce mémoire j'ai pu définir l'actuelle problématique.

*Comment la parole des usagers, leur expérience et leur mémoire des lieux peuvent aider l'architecte au processus de conception d'une architecture de la santé, accessible à tous?*

Concernant le site de la Pitié-Salpêtrière, de nombreux ouvrages, comme celui de Gilles-Antoine Langlois et Anne-Sophie Pimpaud<sup>4</sup> ou Anne Pétillot<sup>5</sup>, l'ont décrits et détaillés. Il n'était donc pas question de refaire ici l'entièreté de l'histoire du site puisque déjà réalisée, mais de s'appuyer sur eux pour comprendre la logique d'évolution de ce site. Cependant, les ouvrages concernant la Pitié-Salpêtrière se concentrent principalement sur son histoire, essentielle pour la comprendre, mais qui ne traite pas assez de ses possibilités d'adaptations futures, aux nouveaux besoins, ni aux priorités de la société. Il y a un réel manque sur le sujet de la mise en accessibilité au sein de cet hôpital. Les archives de l'AP-HP au Kremlin-Bicêtre ont également été une source d'informations, avec de nombreuses cartes historiques relatant l'évolution du site, ainsi qu'une multitude d'articles de journaux relatant l'actualité de l'époque. Dans le domaine de l'accessibilité, de nombreux mémoires d'architecture ont été écrits et certains sujets sont récurrents notamment la question du logement, de la mobilité, des musées et des centres-villes. Quelques-uns évoquent leur impact sur l'architecture existante, dans des bâtiments publics ou les risques qu'ils peuvent engendrer dans des sites patrimoniaux. Mais aucun ne traite de l'adaptation du patrimoine hospitalier aux nouvelles réglementations et normes de mise en accessibilité, et aucun de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, d'après Archirès, ou les ouvrages consultés durant cette recherche. Concernant les réglementations et les préconisations sur l'accessibilité, les textes de loi sont les principales sources d'informations, avec des textes de prescriptions normatives et de mise en accessibilité. De nombreuses revues d'actualité, provenant des archives privées de l'UNISS, ainsi que les plans des premiers locaux datant de sa création ont permis de comprendre les enjeux de l'époque, et développer une culture autour des besoins d'une personne sourde.

Afin de répondre au mieux à cette problématique complexe, nous allons dans un premier temps nous intéresser à l'expérience des lieux à travers le cheminement au sein de ce secteur Salpêtrière, depuis l'entrée Chevaleret jusqu'au seuil du bâtiment de rééducation, en prenant en

---

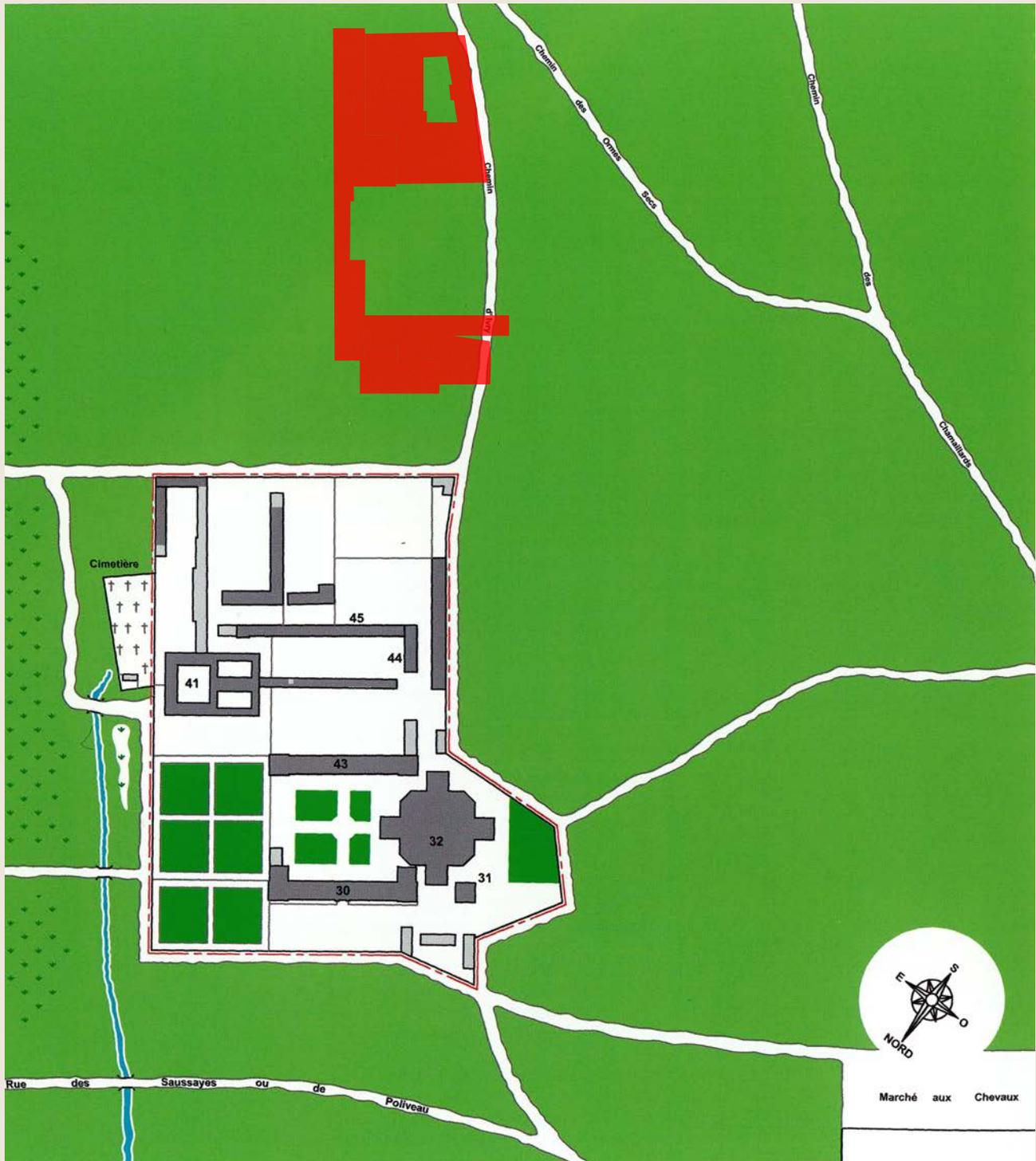
<sup>4</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris SomogyParis : Assistance publique Hôpitaux de Paris, 2012.

<sup>5</sup> PÉTILLOT Anne, *Patrimoine hospitalier*, Paris : Éditions Scala : Fédération hospitalière de France, 2004.



compte l'histoire du lieu, ses transformations pour arriver à un descriptif de l'état actuel de la zone d'étude. Puis dans une seconde partie, il s'agira de s'intéresser à l'accessibilité (universelle au sens large) des lieux, en faisant un rappel historique des notions d'accessibilité et de handicap, mais aussi de relever les différentes caractéristiques de cette mise en accessibilité depuis l'entrée Chevaleret jusqu'au bâtiment de rééducation. Puis avec l'UNISS, on continuera ce relevé en partant du seuil de l'institut de cardiologie, jusqu'aux box de consultations à travers la parole des usagers. Enfin, dans une troisième partie, nous nous intéresserons au processus de conception en comprenant les besoins et enjeux du site. Quelques cas d'études exposant des réponses pour l'accessibilité dans des lieux touristiques et culturels ayant des similitudes avec notre site d'étude et enfin, proposer des dispositifs architecturaux, urbains, paysagers ou de design qui pourraient être mis en place in situ, afin de rendre l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière accessible à tous.

1690



**Figure 03 - Carte de la Salpêtrière en 1690, 2012**  
© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

La zone d'étude qui est en dehors de l'enclos de la Salpêtrière à cette époque, le site est alors composé des bâtiments issus du Petit Arsenal et des constructions nouvelles dont l'Église Saint-Louis, les divisions Mazarin et Montyon, et la Force

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

# I - Expériences des lieux : un cheminement au sein du secteur Salpêtrière, de l'entrée Chevaleret au bâtiment de rééducation

## 1 - Histoire du lieu

Avant d'aborder la zone d'étude de ce mémoire qui se situe dans la partie sud du secteur Salpêtrière, il est important de comprendre les origines et l'histoire du site, la complexité de son patrimoine où s'effectuent ces recherches. L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière est le fruit de la réunion de deux hôpitaux pour former aujourd'hui un site de 33 hectares<sup>6</sup> qui ne cesse de se moderniser depuis près de cinquante ans. Retracer l'histoire de cet hôpital permet de comprendre son évolution, les logiques de construction qui se sont succédées, afin d'appréhender les enjeux historiques et les contraintes dont nous héritons aujourd'hui.

Son histoire de plus de 400 ans, débute en 1612<sup>7</sup> lorsque Marie de Médicis décide la fondation de l'hospice Notre Dame de la Pitié pour accueillir les pauvres, et vider les rues de Paris de ses mendiants<sup>8</sup>. Cet hospice se situait à l'ouest du site actuel de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à l'emplacement de la mosquée de Paris, dans le 5<sup>ème</sup> arrondissement en face du jardin des Plantes. À l'origine du site actuel de l'hôpital, deux opérations urbaines étirent les limites de Paris vers l'est, celles de la création du Jardin du roi en 1626<sup>9</sup> et la construction du Petit Arsenal en 1634. Sur ce dernier, fut installée une fabrique de salpêtre<sup>10</sup> en 1650 composée d'un portail, de deux entrepôts et d'une chapelle. Puis, vinrent s'ajouter divers entrepôts encore visibles aujourd'hui (division Hémeu), différents corps de bâtiments et des pavillons. Ainsi, un ensemble de constructions réalisées à distance de la Seine, à l'abri des inondations qui, avec une petite chapelle dédiée à Saint-Denis et un château, ont pris le nom de Salpêtrière<sup>11</sup> et avait également pour fonction la réalisation et le stockage de poudre à canon.

La réhabilitation de ces bâtiments du Petit Arsenal en un lieu d'enfermement fut possible par la forme des bâtiments en longueur et la création d'un enclos conçu en lien avec sa fonction originelle. La population enfermée en son sein évolue considérablement jusqu'à atteindre 8000 personnes à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle<sup>12</sup> ce qui conduisit à la réalisation de nombreux bâtiments

---

<sup>6</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p.16.

<sup>7</sup> *Idem*

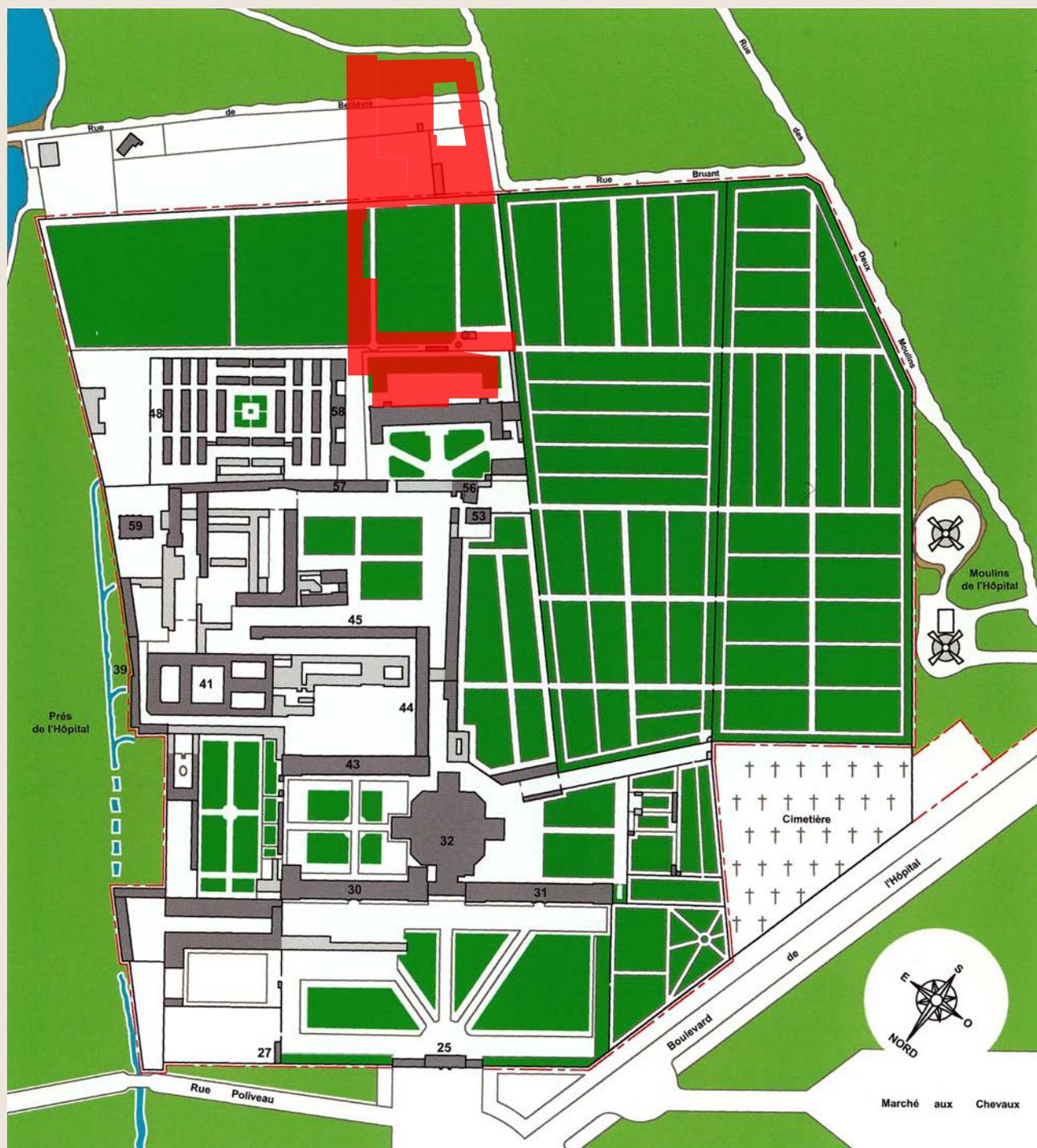
<sup>8</sup> DIRECTION DE LA COMMUNICATION PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, *Une page d'histoire [en ligne]*. Juin 2016, [Consulté le 06.11.2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux>

<sup>9</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p.24.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p.25.

<sup>11</sup> *Idem*

<sup>12</sup> *Ibid.*, p.27.



**Figure 04 - Carte de la Salpêtrière en 1797, 2012**  
 © Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

La zone d'étude est en partie sur ses vergers, le site a triplé de surfaces pour accueillir les espaces de cultures maraîchères au sud, de nombreuses constructions apparaissent dont l'infirmerie générale au sud, à la limite de notre zone d'étude.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

techniques (puits, fontaines, buanderies, cuisines, égouts, latrines). C'est alors une multiplication des espaces et des architectures divisées en quartiers suivant les catégories de personnes enfermées (mendiantes, infirmes, vieilles femmes, « folles », malades mentales).

Au moment de la création de ces lieux d'enfermement, une importante population de mendiants inquiète à l'époque du règne de Louis XIII<sup>13</sup>. La guerre de trente ans augmente le nombre d'indigents, près de 40 000<sup>14</sup>. Une situation alors en contradiction avec la politique monarchique qui se met en place avec Louis XIV. Ainsi, le 27 avril 1656, Louis XIV signe un édit amenant à la création de l'Hôpital Général<sup>15</sup> pour y placer les pauvres. On cherche à les sortir des rues de la capitale et à les enfermer dans un projet d'Hôpital général sur les terrains du Petit Arsenal. De cette époque, proviennent les bâtiments les plus anciens présents encore aujourd'hui dans l'hôpital comme la division Hémeu ou une partie de la division Jacquart<sup>16</sup>. Ces lieux d'enfermement fonctionnent alors en quasi-autonomie dans un enclos sur les terres qui entourent l'hôpital. Deux moulins y servent de lieux de production en nourriture et en remèdes pour l'hôpital.

« Les architectures de la Salpêtrière concentrent aujourd'hui un rare échantillon des architectures hospitalières de toutes les époques, qui se sont tour à tour efforcées de répondre aux besoins dictés par les missions du lieu : secours, prison, asile, infirmerie, clinique, établissements médicaux et chirurgicaux, pavillons spécialisés, lieux de recherche, de cours et d'enseignement, locaux techniques et administratifs de toutes sortes. »<sup>17</sup>

Afin de répondre à ces besoins de sécurité et la production des cultures, l'Hôpital général ayant besoin de beaucoup d'espace ne cesse de s'agrandir. À cette époque, l'hôpital général est géré par des personnes nommées de façon permanente par le roi. Pour permettre les transformations et constructions nécessaires, l'hôpital va faire appel à une agence d'architecture et de travaux que va diriger Antoine Duval. En 1658<sup>18</sup>, celui-ci propose alors un plan général composé d'un assemblage de cours où apparaît pour la première fois une église en forme de croix grecque. L'architecte du roi, Le Vau prendra sa succession en 1669 et proposera, contrairement au plan de Duval, qui envisageait une ouverture vers la Seine, de s'ouvrir plutôt vers le jardin du roi. À la demande du roi Louis XIV et en s'inspirant du plan en croix de l'église de Duval, il va proposer un nouveau dispositif de nefs et chapelles autour d'un chœur central. L'église devient alors par son emplacement, l'élément central d'un corps de bâtiment majeur dont le bâtiment Mazarin ne serait plus que l'aile gauche. Il projette l'aménagement des bâtiments historiques, encore visibles

---

<sup>13</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 27.

<sup>14</sup> DIRECTION DE LA COMMUNICATION PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, *op. cit.*, p. 2.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>16</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 30.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 39.

1836

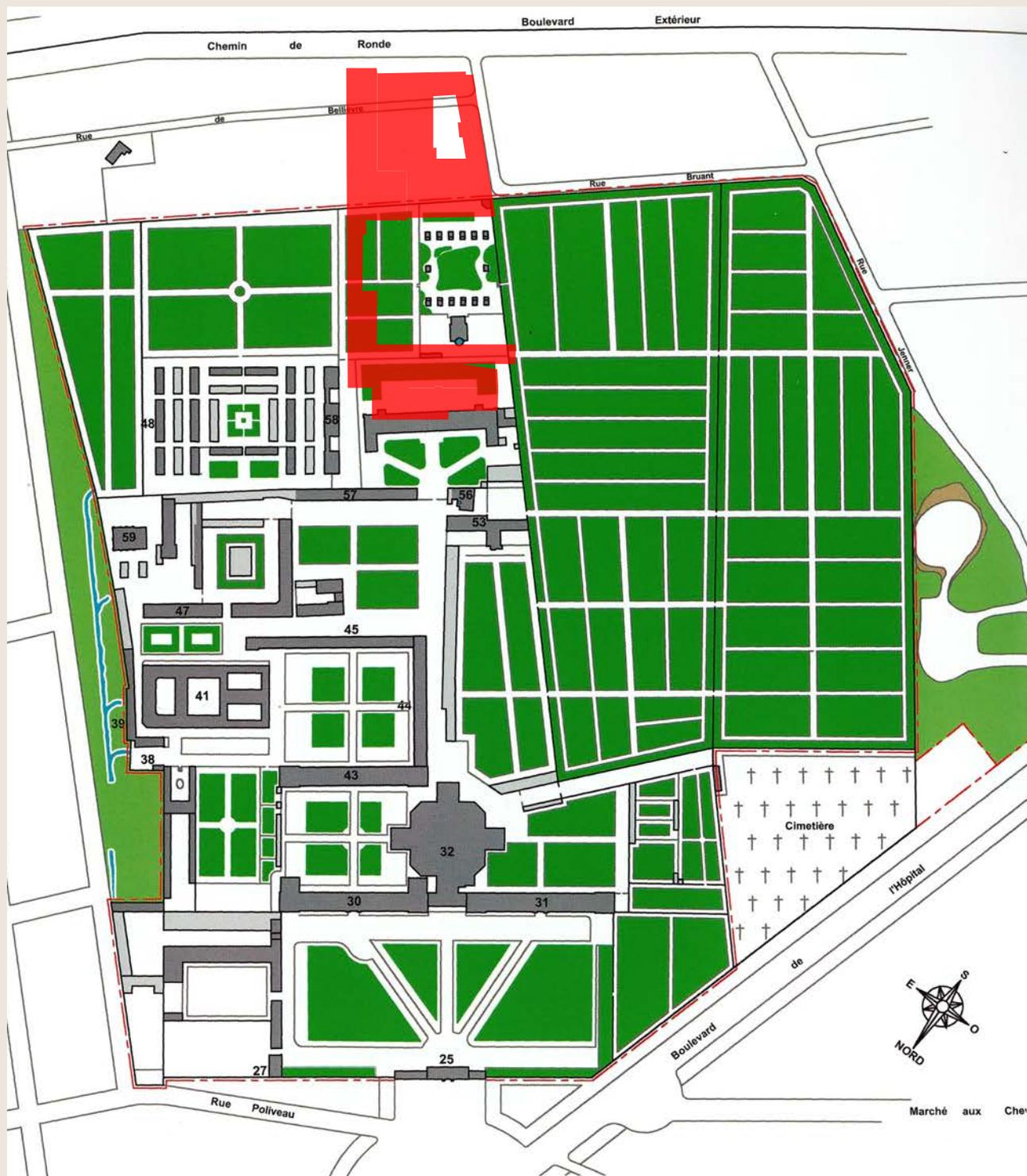


Figure 05 - Carte de la Vieillesse-Femmes en 1836, 2012

© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

Les chalets des aliénés se multiplient au sud, et la cour Sainte-Claire est libérée de ses anciens bâtiments.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

aujourd'hui comme la division Mazarin doublée du bâtiment Sainte Claire (division Montyon)<sup>19</sup>, ou le bâtiment Saint-Jacques (division Jacquart).

À la mort de Le Vau, l'architecte Bruant reprendra ses projets sans en modifier le plan masse. Des difficultés financières en 1674<sup>20</sup> vont arrêter le chantier de l'église Saint-Louis. Vers 1682, l'architecte Pierre Barthélémy entre à l'hôpital général et sera chargé de réaliser les premiers bâtiments de la Force. Les différents architectes qui se sont succédés et les problèmes financiers de l'époque empêchent alors toute nouvelle construction au sein de l'Hôpital général.

En 1684<sup>21</sup>, un édit du roi ajoute à la fonction d'asile de l'Hôpital général, une prison, la maison de la Force. Ce bâtiment réalisé par l'architecte Pierre Barthélémy, composé de trois cours se prolongeant dans la cour Sainte Claire et rejoindre le bâtiment de Saint-Jacques (Jacquart) reste inachevé. De la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, Barthélémy est l'architecte de l'hôpital. À sa mort, l'architecte Deslespine lui succède dans un contexte financier toujours compliqué avec la guerre de Succession d'Espagne. Les réalisations architecturales au sein de l'hôpital vont alors stagner. Il reste à ce poste de 1706 à 1724<sup>22</sup>, période pendant laquelle il réalise les premières constructions de la rue des Archers, avant d'être remplacé par l'architecte Germain Boffrand bien connu à l'époque. Il prend la tête de l'agence des travaux de l'hôpital général et est à l'origine de la construction d'un manège avec son réservoir, des dortoirs (division Pinel), les premières loges des « folles » (malades mentales). Jusqu'alors, le chantier de l'église Saint-Louis n'est toujours pas terminé. Un projet de grenier à blé au sud des moulins de l'hôpital en 1737<sup>23</sup> permet de libérer les nefs de l'église qui servaient jusqu'alors de lieu de stockage des denrées. Il achève les travaux de création des ateliers de métiers à tisser de la rue des Archers, dessine la nouvelle aile Lassay, ainsi que la grande porte d'entrée. Boffrand réalise ses nombreux travaux d'après le premier plan directeur de Le Vau et non celui de Duval réalisé pourtant tard.

Le bâtiment de la Force est alors agrandi par une cour vers l'arrière sur l'emplacement du premier cimetière. L'extension du domaine permet la construction de l'aile Lassay. Les plans de l'époque indiquent une répartition équitable entre espaces plantés (jardins, plantations, vergers) et espaces architecturés (cours et bâtiments), ce qui souligne le besoin d'approvisionnement sur le site. En 1754<sup>24</sup>, à la mort de Boffrand, l'architecte Antoine-Jacques Payen succède et réalise les bâtiments projetés par son prédécesseur. En 1755, dans un contexte de diverses crises, économique, politique, sociétale, la veuve du marquis de Lassay fait deux dons successifs qui vont permettre la construction de l'aile Lassay et la possibilité de terminer enfin les travaux de l'église Saint-Louis,

---

<sup>19</sup> DIRECTION DE LA COMMUNICATION PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, *op. cit.*, p. 4.

<sup>20</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p.48.

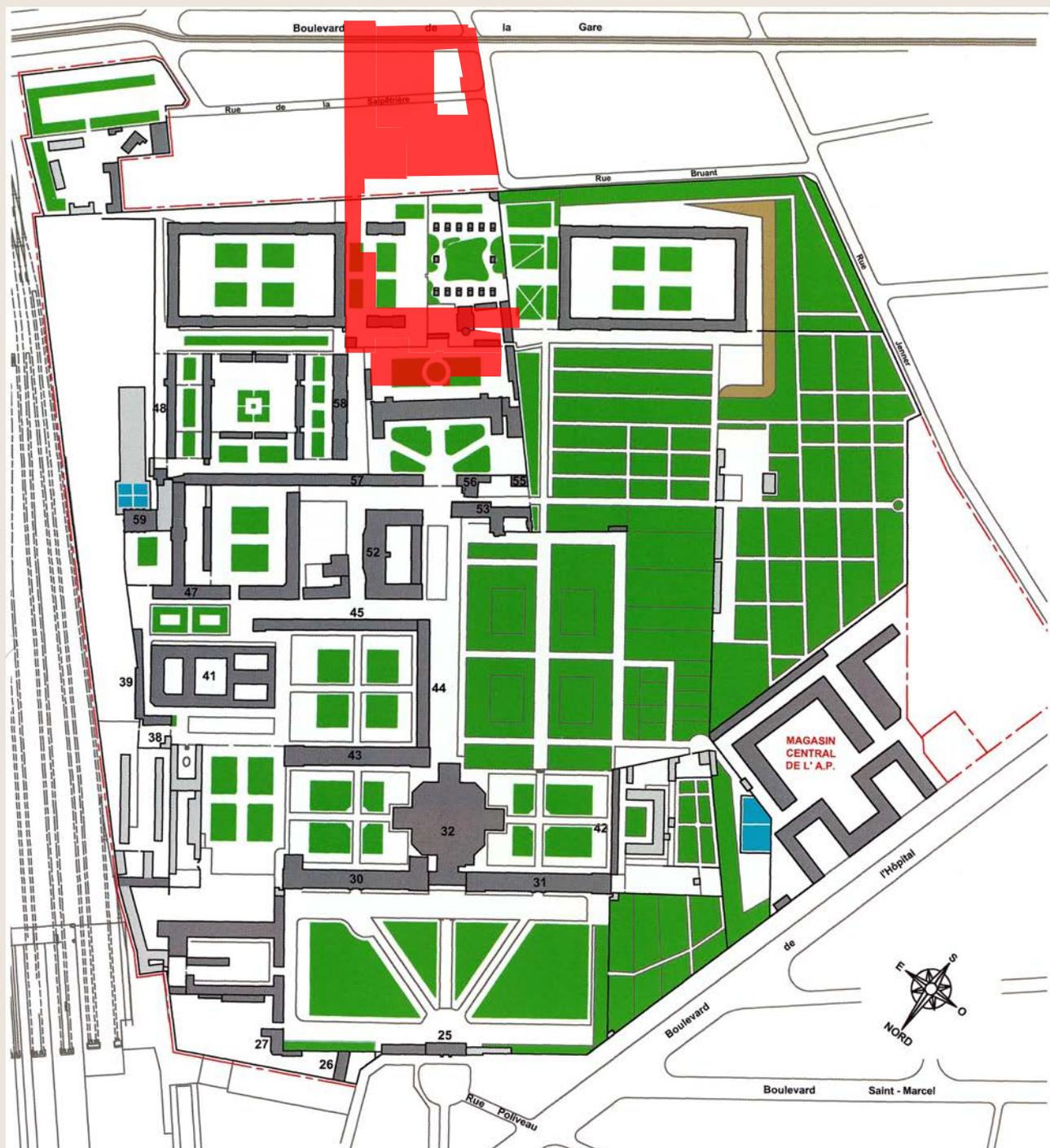
<sup>21</sup> *Ibid.*, p.51.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 56.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p. 60.

1880



**Figure 06 - Carte de la Salpêtrière en 1880, 2012**  
© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

Apparition du magasin central au nord sur l'emplacement de l'ancien cimetière, ainsi que les divisions Rambuteau et Esquirol au sud.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

un siècle après son commencement. La façade principale de l'hôpital est achevée dans l'esprit du dessin de Le Vau, Payen réalise l'aile Lassay en copie exacte de l'aile Mazarin. Les autres constructions rêvées par Boffrand, les quadrilatères des cours Lassay et Montyon ne seront jamais réalisées, permettant aujourd'hui de bénéficier du jardin de la hauteur. La construction de l'aile Lassay entrainera pour une seconde fois le déménagement du cimetière de l'hôpital en dehors de son enceinte. Payen réalise le portail de l'entrée sur le boulevard de l'hôpital en 1770 et deux pavillons au sud de « la promenade de la hauteur » ainsi que la sacristie de l'église dans la cour de Lassay, toujours visible.

En 1781, l'architecte Charles-François Viel seconde Payen, il lui succèdera en 1785<sup>25</sup> pour construire l'infirmerie générale sur les plans de Payen. Cette construction n'est pas anodine car elle suggère que la Salpêtrière devienne un lieu de soin. Depuis 1672, existe déjà une première « infirmerie » servant en réalité de lieux d'attente avant le transfert à l'hôtel Dieu. C'est le résultat d'un décret en 1754 qui interdit aux malades des maisons de force d'être reçus à l'hôtel Dieu et de l'incendie de ce dernier en décembre 1772<sup>26</sup>. Cette décision va conduire à réaliser à la Salpêtrière, pour la première fois, une Infirmerie Générale. Payen va alors construire ce bâtiment dans l'axe de l'église Saint-Louis en parallèle de la façade principale de l'hôpital pour fermer au sud, de la même manière que le portail d'entrée au nord.

La zone sud de la Salpêtrière qui nous intéresse dans ce mémoire est jusque dans les années 1780 encore non bâtie, réservée encore pour les besoins en nourriture, en vergers. Seul le bâtiment de l'infirmerie générale qui se situe à l'emplacement de l'actuel bâtiment Éole qui abrita pour la première l'UNISS en 1995 est alors repérable à cette époque. Les architectes se succèdent, l'Hôpital Général est alors encore un lieu d'enfermement, d'hospice et non de soin, même si l'apparition de l'Infirmerie Générale annonce ses prémices.

## 2 - Transformations et nécessités

À partir des années 1780-1790, se produit un changement important dans l'architecture hospitalière. La philosophie des Lumières remet en question la fonction de l'hôpital, dans le contexte de la Révolution Française alors que l'hôtel dieu vient de brûler pour la troisième fois, soulignant l'état des bâtiments hospitaliers de l'époque<sup>27</sup>. On s'interroge alors sur le rôle social de l'hôpital comme institution, sur son financement, sur la façon de le bâtir et de l'organiser. Ces débats remettent en cause le modèle pavillonnaire de l'hôpital, et surgit la conception d'un hôpital moderne.

---

<sup>25</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 67.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 72.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 80.

1912



Figure 07 - Carte de la Salpêtrière et de la Pitié en 1912, 2012

© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

Le chantier de la nouvelle Pitié est terminé, plans masse des pavillons en H le long d'un axe, et une nouvelle entrée est crée sur le boulevard de l'Hôpital.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

« On n'a pas encore donné aux architectes les principes d'après lesquels il faut construire [les infirmeries] ; et enfin les dimensions des salles ne sont pas arbitraires, elles sont dans la nature, comme tout ce qui a rapport aux Hôpitaux ; elles se déduisent essentiellement de la stature de l'homme, de la nature de ses maux, du climat qu'il habite, & d'une certaine économie dans le service. »<sup>28</sup>

Deux courants de pensée vont alors s'opposer pendant près de dix ans. Celui des hôpitaux autour du malade et de la maladie et celui de l'hôpital qui doit assurer l'assistance aux pauvres. Ainsi, pour les médecins, l'hôpital ne doit pas être pour les pauvres, mais pour ceux qui souffrent. Il doit donc être dissocié de l'hospice. Des débats et des questionnements remettent en question les principes, après la Révolution Française, de l'architecture hospitalière. Viel qui est alors architecte de la Salpêtrière va réaliser à cette époque un inventaire historique des locaux et de leurs évolutions successives. On constate que les constructions les plus importantes ont été réalisées jusqu'en 1780<sup>29</sup>, sans avoir été replacées dans un ensemble selon les plans directeurs réalisés par Le Vau ou Duval ; les bâtiments des loges se trouvent être très hétérogènes, délabrés. De nouvelles loges sont construites jusqu'en 1789. La révolution vient arrêter l'ensemble des travaux en cours ou à réaliser. Les bâtiments de la prison sont évacués en 1796 et l'hôpital perd alors sa fonction de prison. L'hôpital général perd ses fonctions initiales successives d'hospice, d'enferment et de prison.

Les bâtiments de la prison sont alors réinvestis et les bâtiments en mauvaises états ou inutiles sont démolis, seule subsiste la division Hémeu. Viel a jusqu'alors transformé la Salpêtrière d'un lieu d'enferment en un lieu d'hospice, s'appuyant sur les plans de Le Vau et Boffrand. Il achève les travaux de l'infirmerie générale et construit les nouvelles loges dont ne restent aujourd'hui que les pavillons Lhermitte récemment restaurés<sup>30</sup>. Il finit la construction de la division Jacquart en 1800, en face du marché qui s'y tient, jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Enfin, il dessine également les loges pour les « folles » selon un plan conforme aux préconisations de Tenon<sup>31</sup> dans une logique d'isolation des bâtiments selon les catégories de malades. Les nombreux travaux réalisés par Viel permettent de libérer les places et les cours.

En 1795<sup>32</sup>, Viel projette la modification des bâtiments de la Force en raison de leur changement de destination, ainsi de nouveaux pavillons remplacent la majorité des loges de Boffrand, Payen. En 1823, la Salpêtrière prend le nom d'hospice de la Vieillesse-Femme. Les bâtiments réalisés par la suite sont issus d'une architecture modeste dans une logique programmatique de séparation des malades et de la circulation des fluides. La plupart sont construits pour les aliénés, spécialité de la

---

<sup>28</sup> TENON Jacques, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris : P.-D. Pierres, 1788, p.186, cité par LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, p. 84-85.

<sup>29</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 89.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 92.

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 96.

1940

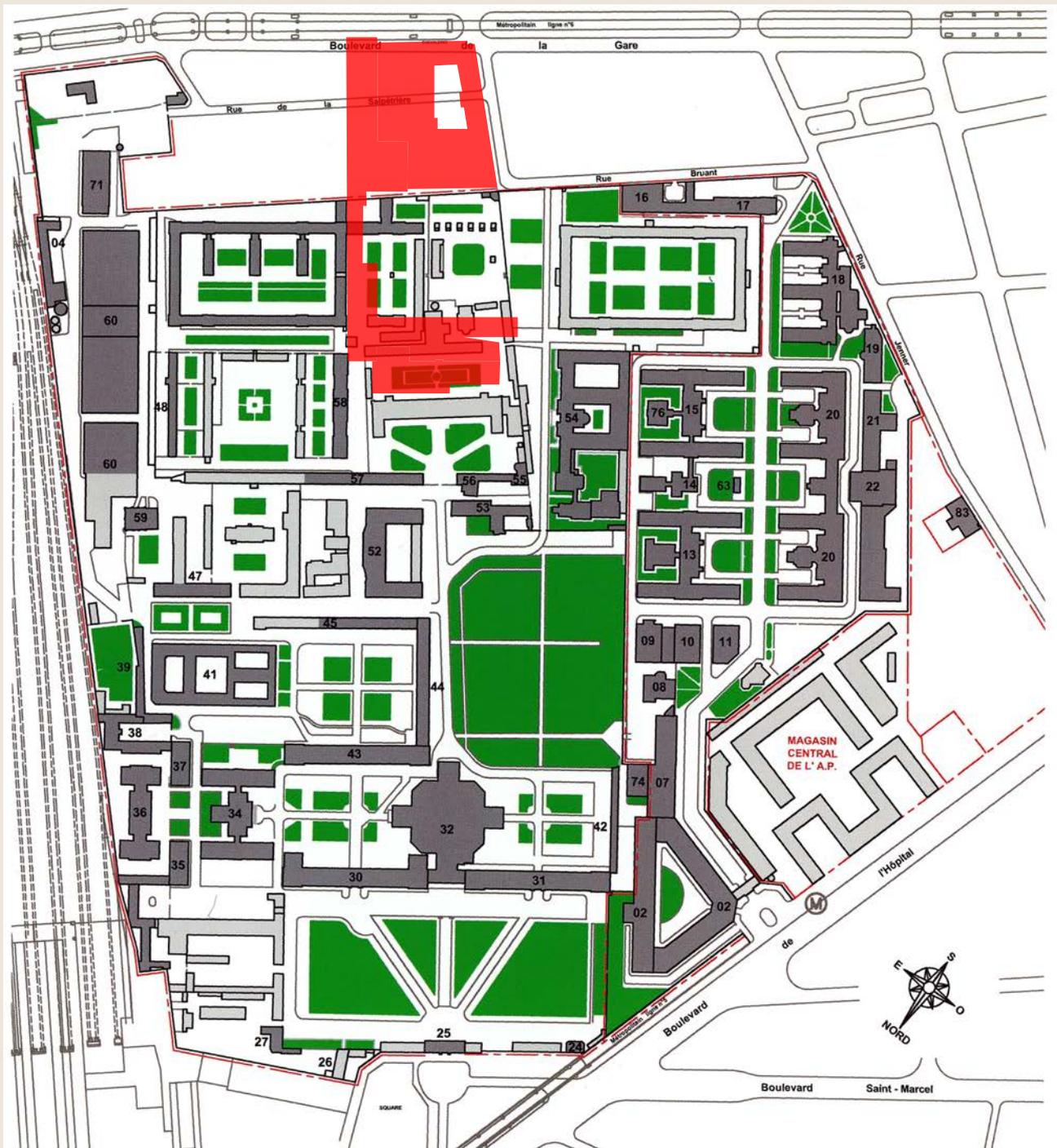


Figure 08 - Carte de la Salpêtrière et de la Pitié en 1940, 2012  
© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

Plusieurs bâtiments disparaissent dont celui de l'infirmerie générale et le magasin central de l'Assistance publique.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

Salpêtrière à cette époque avec les médecins Pinel, Esquirol, Parisot et Trélat<sup>33</sup>. Ainsi, deux pavillons de la division Esquirol au nord des loges de Viel, quatorze chalets derrière l'infirmierie générale et quatre pavillons de la division Rambuteau au sud est vont être réalisés. Par la suite, de nombreux architectes de l'hospice de Paris puis de l'Assistance publique vont se succéder sans pour autant laisser de constructions significatives.

En 1882, à la demande du célèbre médecin Charcot qui fonde une chaire de clinique des maladies du système nerveux<sup>34</sup>, vont être construits à l'économie de nombreux édifices dans la division Parisot de Dival. On constatera que peu de travaux seront pourtant réalisés dans le vieil hôpital dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle. L'attention étant surtout portée sur la construction des nouveaux hôpitaux sur les modèles pavillonnaires. La réflexion sur l'architecture hospitalière s'inspire de la doctrine aériste de Tenon<sup>35</sup>, et les grandes découvertes médicales de l'époque telles que l'antisepsie. Une révolution de l'architecture hospitalière arrive avec le modèle du pavillon moderne de chirurgie Osiris à la Salpêtrière, une clinique autour d'un espace technique et non plus d'un lit. Il est alors question de désaffecter ou de reconstruire les bâtiments vétustes. Dans cette même période, la Pitié toujours située face au jardin des Plantes se trouve dans une situation telle de vétusté que les locaux ne peuvent plus être restaurés, la Pitié est donc déménagée. L'architecte Justin Rochet doit dresser les plans de ce nouvel hôpital sur les terrains libres au sud-ouest de la Salpêtrière. Deux hôpitaux, la Pitié et la Salpêtrière se retrouvent alors voisins et formeront par la suite le plus grand établissement hospitalier en France.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle en 1903, par manque de personnels déjà formés aux questions d'hygiène et d'asepsie, l'Assistance publique et son architecte Paul Louis Renaud engage la construction d'une école d'infirmières<sup>36</sup>. Le nouvel hôpital de la Pitié est projeté par Justin Rochet, dans l'esprit d'une architecture hospitalière du XIX<sup>ème</sup> siècle sans qualité particulière dans les espaces jusqu'alors occupés par les vergers et les potagers de la Salpêtrière. La même année, l'architecte Mesureur présente un programme de travaux sur la vétusté et la surcharge des établissements qu'il a en charge à l'Assistance publique, imaginant l'entrée de la Pitié boulevard de la garde (actuel boulevard Vincent Auriol). Cette proposition a été critiquée à cause de son emplacement dans un 13<sup>ème</sup> arrondissement mal vu et pauvre. Mais ce projet va voir le jour en raison du caractère gratuit du foncier à côté de la Salpêtrière, qui conduit au retournement de la Pitié vers l'extérieur de Paris.

À partir de 1904<sup>37</sup>, éclot un projet pour utiliser l'espace résiduel près la nouvelle entrée avec un bâtiment administratif de l'architecte Rochet ainsi que des bâtiments et des services le long de

---

<sup>33</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 97.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 99.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 100.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 103.

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 110.

1980

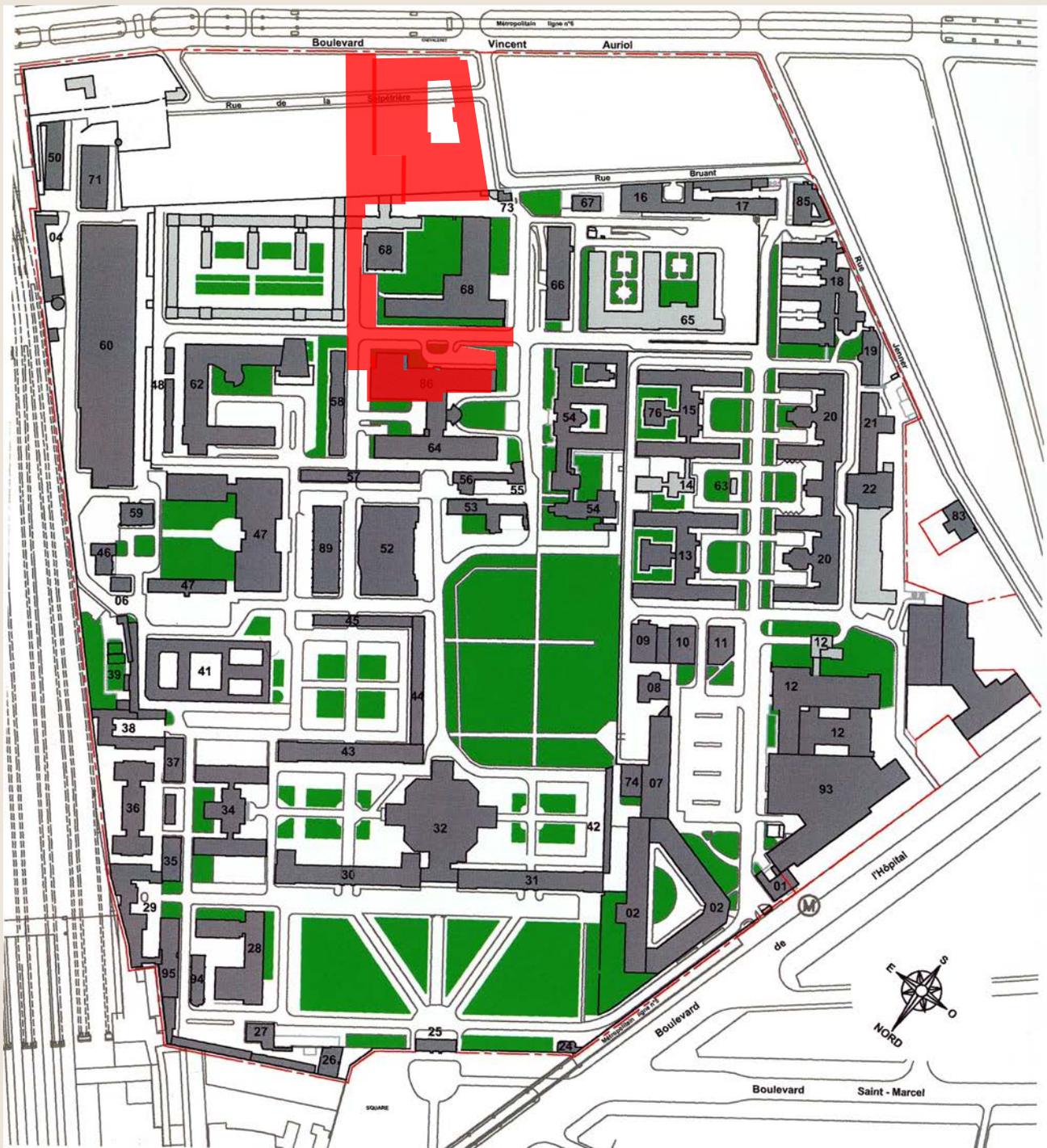


Figure 09 - Carte de la Pitié-Salpêtrière en 1980, 2012  
© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

La zone d'étude de ce mémoire ressemble à celle que l'on connaît aujourd'hui avec le bâtiment de rééducation, Éole, ainsi que l'institut de stomatologie en L et son amphithéâtre.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

l'axe central de la nouvelle Pitié, chacun ayant un plan masse en H instauré pour la séparation des sexes.

« L'hôpital de la Pitié représente un effort considérable pour concilier les exigences de l'hygiène moderne avec la plus sévère doctrine administrative de simplicité et d'économie. »<sup>38</sup>

De 1903 à 1905, va être créée devant l'entrée de l'hôpital une ligne de métro qui traversera la Seine. Les travaux de la nouvelle Pitié commenceront et seront inaugurés en 1913<sup>39</sup>. Le contexte de la première guerre mondiale ne sera pas favorable à investir en priorité dans l'Assistance Publique.

En 1921, les derniers « aliénés » quittent l'hôpital mettant fin à la Vieillesse-Femmes avec une nouvelle vocation médicale de l'hospice. De nombreuses cliniques de spécialités sont créées dans la Salpêtrière, avec des services isolés, comme la clinique chirurgicale Antonin Gosset en 1933<sup>40</sup>. Entre 1928 et 1933, de nombreux travaux en béton modernisent les bâtiments Mazain, Montyon, Jacquart et Hémeu. Par nécessité de financements et selon une politique publique d'assurance sociale, arrive une charte hospitalière en décembre 1941<sup>41</sup> qui ouvre l'accès des hôpitaux publics à tous.

Après la Libération, le financement des hôpitaux selon le nombre de nuitées d'hospitalisation et les ordonnances de décembre 1958 vont aboutir à la fusion de la Pitié et de la Salpêtrière en un nouveau centre hospitalier universitaire (CHU) qui aura les fonctions d'hôpital, de recherches et d'enseignement médical et infirmier<sup>42</sup>. Avec l'arrivée de l'hôpital Beaujon, un débat se crée entre l'hôpital pavillonnaire et l'hôpital monobloc, mais comme depuis longtemps le choix se limitait entre développement vertical ou horizontal en fonction du foncier disponible, une nouvelle conception arrive à la Pitié-Salpêtrière sur le maintien de l'idée de l'hôpital général en plusieurs pôle de spécialités avec chacun ses propres services. Le projet de centre universitaire de la Pitié-Salpêtrière est confié à l'architecte Jacques-Henri Riedberger pour créer ces unités de recherches et d'enseignement au sein même de l'hôpital. Il va profiter en 1961<sup>43</sup> du déménagement du magasin central de l'Assistance publique en banlieue et de l'acquisition d'un terrain mitoyen à la Pitié pour son projet de nouveau bâtiment inauguré en 1966. Ce projet architectural ne reprend aucune qualité des architectures quantitatives et modélisées des années 1950 avec la construction industrialisée, comme pour le logement avec assemblage de bloc et panneaux en béton préfabriqués. Les projets avec un mode de construction rapide et économique seront

---

<sup>38</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 111.

<sup>39</sup> JAYLE F. « L'hôpital de la Pitié ». *La presse médicale*. 20 juin 1912, n°53, p.557.

<sup>40</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 114.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 115.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 116.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 117.

2012

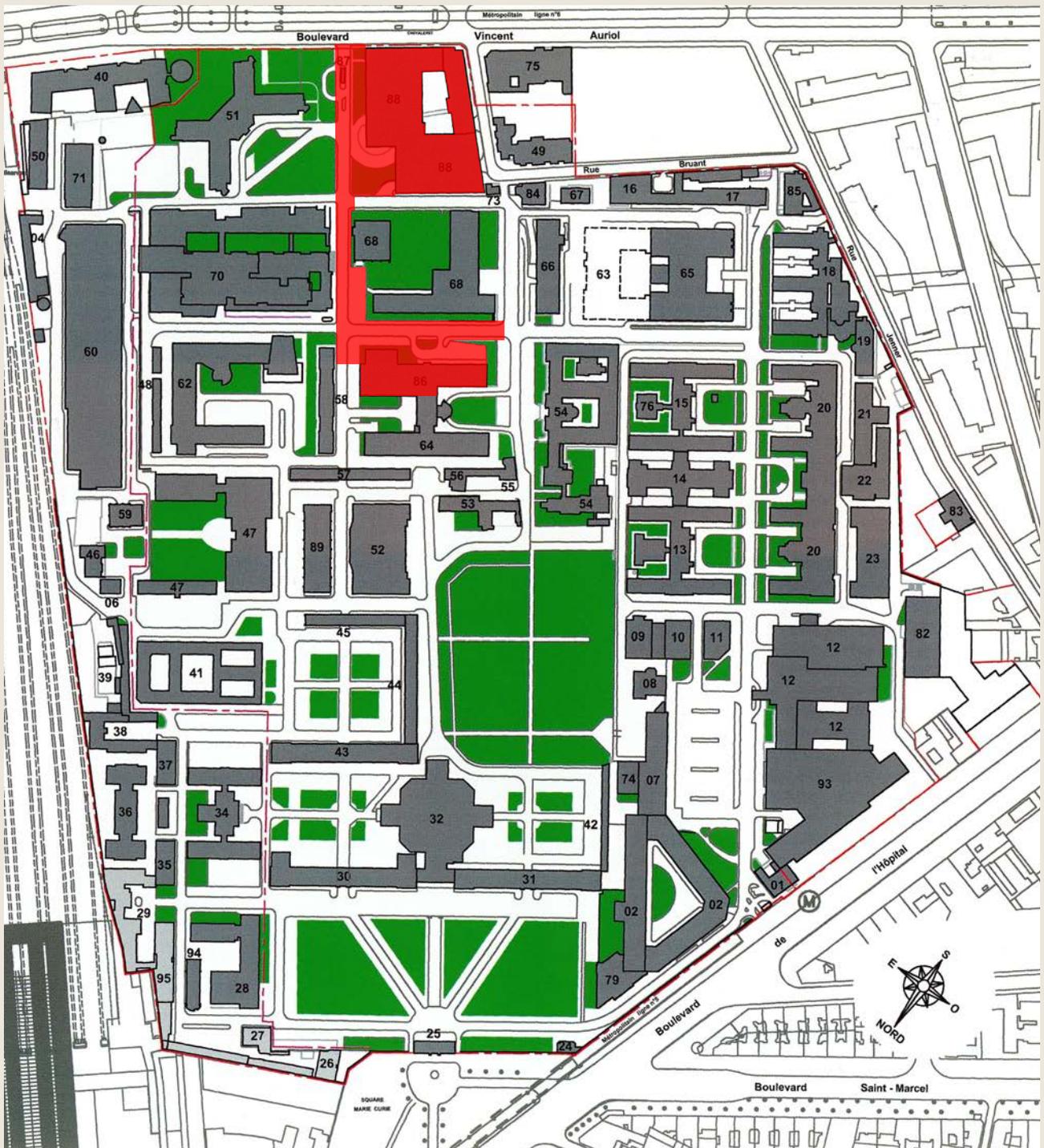


Figure 10 - Carte de la Pitié-Salpêtrière en 2012, 2012  
© Raffaële Grieco retravaillé par Hugo Vasseur

Nouvelle frontière de l'hôpital au sud qui s'étend jusqu'au boulevard Vincent Auriol, les bâtiments les plus récents sont construits comme Babinski ou l'institut de cardiologie.

- Zone d'étude
- Bâtiments démolis
- Bâtiments existants
- Espaces verts

financés par le ministère concerné, conduisant à la destruction de nombreux bâtiments anciens de la Pitié-Salpêtrière. Le public a considéré cette solution comme un échec<sup>44</sup>, avec un vieillissement rapide des constructions, toutes avec des matériaux modestes. Ces bâtiments posent d'ailleurs à l'Assistance publique des problèmes d'exploitation en raison des frais d'entretien et de modernisation.

Cependant, cette période de construction massive au sein de l'hôpital va provoquer de belles réalisations comme la réalisation de l'institut de stomatologie de 1960 à 1965<sup>45</sup> par l'architecte Pierre Pinsard, bien qu'il soit construit sur la pompe et le manège de Viel, et de la cour des chalets détruits pour sa réalisation. Ainsi, les bâtiments les plus critiquables se trouvent être sur l'emplacement des bâtiments anciens, sans aucune prise en compte d'une potentielle transformation ou restauration. De ce mouvement, les divisions Parmentier, Esquirol et Parisot, les ateliers de la rue des Archers, la majorité des loges et des certaines parties des divisions Pinel et Hémeu, l'infirmerie générale de Payen ont été détruites. La plupart des bâtiments anciens de la Salpêtrière vont ainsi disparaître en 1960 et 1970<sup>46</sup>. Afin d'interrompre cette destruction massive, les bâtiments anciens ainsi que les cours avoisinantes de la Salpêtrière vont être inscrits dans un périmètre de protection en 1975, puis classés au titre des monuments historiques. En 1980, l'Assistance publique met alors fin aux destructions et commence une politique de commande d'architecture pour l'hôpital. Les années suivantes voient arriver le développement de l'activité médicale et des groupes de recherches qui entraîne la construction de nombreux nouveaux bâtiments.

Pour permettre d'améliorer les spécialités, l'Institut Hospitalier Universitaire doit s'organiser en pôle de cliniques, de recherches et d'enseignement. Ainsi, l'Assistance publique établit un plan directeur de la Pitié-Salpêtrière. Le premier dessiné par l'architecture Guerlin, du bureau central des études d'architecture de l'Assistance publique en 1958<sup>47</sup>. Puis, un second en 1989 par l'architecte Rémy Butler et un dernier en 1992 par l'architecte Pierre Riboulet. Christian Portzampac d'après le livre de Gilles-Antoine Langlois en préparerait un nouveau<sup>48</sup>.

Depuis près de 20 ans une nouvelle architecture de la Pitié-Salpêtrière s'impose avec le bâtiment Babinski de Pierre Riboulet réalisé entre 1992 et 1996. De même, l'institut de cardiologie de Jean-Michel Wilmotte et Jean-Marie Valentin, en 2001 ainsi que, du même architecte, en 2010, l'institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM)<sup>49</sup>.

---

<sup>44</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 119.

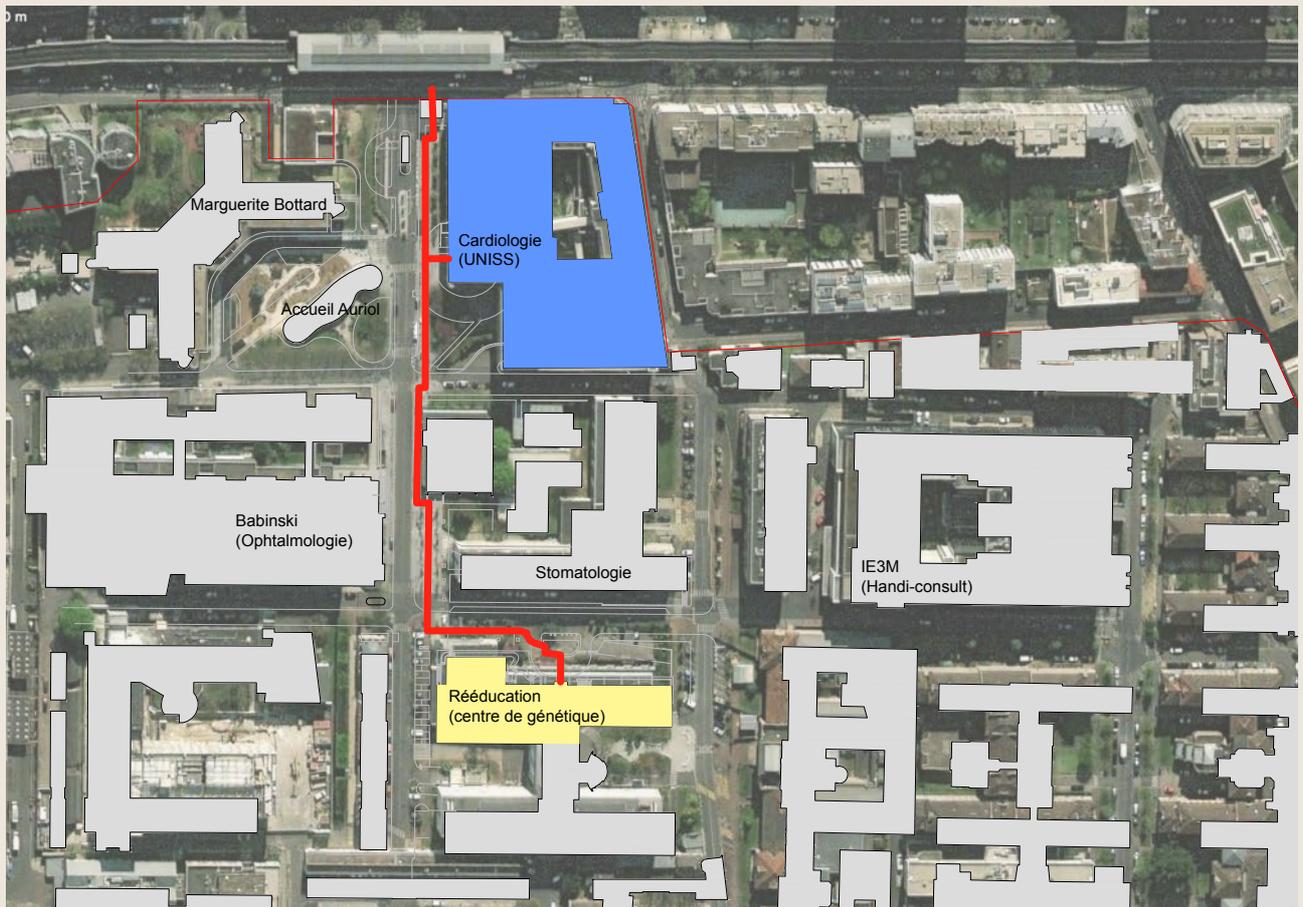
<sup>45</sup> Se référer à la fiche identité n°07, p. 148.

<sup>46</sup> LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *op. cit.*, p. 121.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 127.



**Figure 11 - Cheminement en rouge depuis le boulevard Vincent Auriol, en passant par l'institut de cardiologie, jusqu'au bâtiment de rééducation, 2022**  
 © Géoportail retravaillé par Hugo Vasseur



**Figure 12 - Guérite noire qui signale l'entrée piéton sur le boulevard Vincent Auriol, 2022**  
 © Hugo Vasseur

Ainsi, la fusion de l'hôpital de la Pitié et de la Salpêtrière, a permis le déménagement du magasin central libérant aussi un espace pour un nouveau site de la faculté. Les transformations institutionnelles associées aux caractères anciens des bâtiments de la Salpêtrière ont conduit à créer des liens et des cheminements jusqu'alors inexistantes entre la Pitié et la Salpêtrière. De nombreux travaux sont réalisés pour créer des voies de communications avec des routes, des escaliers et des ascenseurs vite construits. La Pitié-Salpêtrière hérite d'une longue histoire, où de nombreux architectes se succèdent dont certains grands noms. Il a su évoluer et s'adapter comme auparavant, prenant en compte les difficultés de mise en application des questions techniques, financières ou institutionnelles. On constate ainsi que les transformations successives du site résultent principalement des besoins du moment, des avancées en médecine sans pour autant prendre en compte le site dans sa globalité. Aujourd'hui, bien que de nombreuses transformations, constructions et liaisons ont été réalisées et restent encore venir, le manque de considération de ces dispositifs architecturaux et paysagers amènent à constat qui pose des problèmes dans la mise en accessibilité du site et dans les liaisons entre les deux secteurs principaux Pitié et Salpêtrière.

### **3 - État actuel**

La connaissance du site, de son histoire, et de ses multiples transformations sont nécessaires pour comprendre l'état actuel de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Dans le cadre de ce mémoire, nous allons désormais nous intéresser à notre zone d'étude, c'est-à-dire le sud du secteur Salpêtrière, dans une logique de cheminement depuis l'entrée Chevaleret sur le boulevard Vincent Auriol jusqu'au bâtiment de rééducation. Ce choix de zone ne se fait pas de façon aléatoire, mais selon le déroulement des échanges avec les différents services ayant répondu à mon appel sur le sujet de l'accessibilité et de sa conception universelle. Il s'agit du service d'informations et de soins pour les sourds (UNISS) qui se situe dans le bâtiment de cardiologie, ainsi que le centre de référence génétique « Déficiences Intellectuelles de causes rares » situé dans le bâtiment de rééducation sur l'emplacement de l'ancienne infirmerie générale. Il a donc semblé logique de s'intéresser à cette zone qui s'inscrit dans la continuité du projet du centre de référence de génétique. Le service expérimente la mise en place d'une signalétique adaptée aux patients qu'ils reçoivent. Il s'inscrit également de façon plus globale dans la question de l'accessibilité et de sa conception universelle. Avant tout commentaire ou analyse, s'impose un descriptif précis de ce cheminement depuis l'entrée Chevaleret en prenant en compte l'ensemble, des dispositifs architecturaux, bâtiments, mobiliers, signalétique, revêtements, situations qui jalonnent ce parcours et peuvent entraver l'accès à l'unité.

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière comporte actuellement deux entrées principales, dont celle qui nous intéresse sur le boulevard Vincent Auriol. Depuis ce boulevard, seul le bâtiment de cardiologie vient composer la façade de l'hôpital, à l'image d'un bâtiment tête, à l'angle de la rue Bruant et du boulevard Vincent Auriol. Ce grand bâtiment composé d'une colonnade et sa clôture



Figure 13 - Plan situé à l'entrée Chevaleret, 2022  
© Hugo Vasseur



Figure 14 - Plan de la Pitié-Salpêtrière accessible en ligne, 2021  
© AP-HP



Figure 15 - Place qui s'ouvre face à l'entrée de l'institut de cardiologie, 2022  
© Hugo Vasseur

métallique noire délimite le site hospitalier depuis la rue. L'entrée nous est signalée à la fois par le flux des véhicules entrant et sortant du site et par une sorte de petite guérite noire accolée au portail d'accès des véhicules où est inscrit « Hôpital Universitaire La Pitié Salpêtrière ». Cette guérite permet de signaler l'entrée pour les piétons venant du boulevard et de contrôler les entrées et sorties des usagers. Une entrée qui sépare les patients ou les visiteurs d'un côté par le contrôle d'une personne de la sécurité et de l'autre les professionnels avec un accès contrôlé par un badge. On peut déjà apercevoir depuis le boulevard Vincent Auriol un premier plan de l'hôpital visible à travers les portes vitrées de cette guérite qui s'ouvrent par l'action du personnel de sécurité, ainsi qu'une borne interactive servant probablement d'information, mais qui lors de mes nombreuses visites n'était jamais en fonctionnement.

Une fois entré dans l'enceinte de l'hôpital, l'utilisateur fait face à un long trottoir longeant d'un côté le bâtiment de cardiologie et de l'autre la voie de circulation des véhicules au cœur de l'hôpital. Ce trottoir est revêtu d'un large pavé en pierre sans relief, gris qui contraste avec la couleur des lampadaires éclairant le cheminement. On remarque également une grille d'aération au sol qui vient se placer le long du chemin. Un premier panneau d'information, une fois le contrôle de sécurité passé se trouve être sur le côté dans la largeur d'une bande végétalisée longeant le bâtiment de cardiologie. Il permet de se rapprocher du plan sans être dans le flux des usagers. Un premier plan de la Pitié-Salpêtrière en deux couleurs signale d'un côté le secteur Salpêtrière en orange et de l'autre le secteur Pitié en bleu. On y retrouve les noms des différents bâtiments ainsi que ceux des rues, en plus petit, le long des axes. Sont signalés en rouge sur certains bâtiments les services des urgences, ainsi que par un pictogramme, le bâtiment d'accueil situé de l'autre côté du trottoir par lequel l'utilisateur arrive. Enfin, un dernier aplat de couleur verte nous signale le parc de la hauteur. L'utilisateur en arrivant dans l'enceinte de l'hôpital continue sur ce trottoir encadré d'un côté par la végétation devant le bâtiment de cardiologie et de l'autre par des barrières, croix de Saint-André métalliques, qui les sécurisent en séparant le flux des véhicules et des piétons. On peut cependant remarquer que ces barrières de sécurité servent également de points d'accroche pour stationner les vélos (qui ne semblent pas avoir de lieu de stationnement dédié à l'entrée de l'hôpital). Il semble, bien que les trottoirs soient larges (4 mètres), que ces vélos soient un obstacle pour les usagers s'ils ne les voient pas. De même, les rebords de la bande végétalisée qui remontent à une dizaine de centimètres sans contraste visuel avec le revêtement du chemin présentent des risques potentiels pour certains usagers.

Ainsi cet accès piéton, unique depuis le boulevard Vincent Auriol, nous conduit directement devant l'entrée du bâtiment de cardiologie signalé par un élargissement du trottoir, formant une place devant le bâtiment dont la partie inférieure de la façade vient s'arrondir à l'arrière des colonnes structurales. Le sol du bâtiment du rez-de-chaussée est plus haut que celui du trottoir, adapté par la présence d'une rampe, facilitant l'accès à l'ensemble des usagers, y compris les personnes en fauteuil roulant. Tous passent par une seule et même porte automatique vitrée. Cette dernière est signalée également par l'inscription « cardiologie » en toutes lettres au-dessus de la rampe d'accès.



**Figure 16 - Accueil Auriol, face à l'institut de cardiologie, 2022**  
© Hugo Vasseur



**Figure 17 - Dispositifs de bateaux (à l'angle de la rue des fermiers généraux et de l'avenue de l'hôpital général), 2022**  
© Hugo Vasseur

On remarque également des problèmes de négligences et d'incivilités de la part de certains usagers laissant des vélos le long des barrières, mais également de deux roues motorisées sur la place face au bâtiment de cardiologie. De même par manque de place de stationnement, des voitures garées à moitié sur le trottoir rendent impossible en certains points le passage d'une personne en fauteuil roulant. Le mobilier, comme les poubelles ou les bancs, sont plus ou moins visibles, mais en retrait du cheminement, ce qui leur permet de ne pas devenir des obstacles. Face à l'entrée du bâtiment de cardiologie, se trouve un passage piéton signalé par deux potelets et une bande d'éveil tactile au sol, afin de compenser la différence de hauteur entre le trottoir et la route, et permettre aux fauteuils roulants de ne pas subir des ressauts à leur passage. Un bateau est mis en place avec une pente douce, mais qui semble perturber de nombreux usagers venant brusquement rater leur pas, à l'absence de changement du revêtement au sol ou de contraste faisant disparaître la perception de différence de hauteur. La traversée de cette route permet d'accéder aux différents bâtiments s'y trouvant telle que l'accueil Auriol<sup>50</sup>, ou à l'arrière de celui-ci le bâtiment Marguerite Bottard<sup>51</sup>.

Ce cheminement étant déjà défini pour se rendre au bâtiment de rééducation, il se poursuit du même côté de la route que celui emprunté depuis l'entrée de l'hôpital. Une fois le passage piéton dépassé, se trouve une pelouse plantée de quelques arbres situés sur le parvis du bâtiment de cardiologie qui masque en grande partie l'inscription en toutes lettres « Cardiologie » sur la façade arrondie du bâtiment, même lors de mes visites sur site en hiver sans les feuilles des arbres. De l'autre côté du trottoir, la route, où l'interdiction de stationner est signalée mais rarement respectée par les voitures (mésusages). Le chemin continue ensuite sans obstacle. Les lampadaires, poubelles et pots de fleurs colorés sont placés latéralement dans un même axe, ce qui laisse libre de passage et permet le croisement d'au moins deux personnes. On arrive ensuite à une première intersection avec la route, signalée par des potelets et une bande d'éveil tactile précédée d'un nouveau panneau signalétique, semblable à celui de l'entrée ne présentant désormais plus de plan, mais des flèches indiquant les directions à prendre pour les bâtiments souhaités. Les panneaux signalétiques se trouvent au milieu de l'espace de circulation, ils sont signalés à leur base et en hauteur avec la couleur orange attribuée au secteur Salpêtrière où il se situe. On peut également remarquer depuis ce premier panneau, avant d'avoir traversé l'intersection, un second panneau entièrement rouge indiquant la direction à prendre pour les urgences (dentaires, maternité et générales), ainsi qu'en contrebas le centre d'implants auditifs (qui ne semble pas avoir de lien particulier avec les urgences signalées au-dessus). Les informations semblent s'être juxtaposées au rythme de la création ou du déménagement de services sans rénovation des panneaux signalétiques). Selon le même principe, le bateau, non perceptible en face du bâtiment de cardiologie, des bateaux ont été mis en place à chaque intersection à l'angle des trottoirs facilitant le passage des fauteuils roulants. Depuis cette intersection on peut apercevoir de l'autre

---

<sup>50</sup> Se référer à la fiche identité n°05, p. 146.

<sup>51</sup> Se référer à la fiche identité n°06, p. 147.



**Figure 18 - Bateau (sur le trottoir qui longe l'amphithéâtre de stomatologie), une personne mal voyante pourrait l'interpréter comme une possibilité de traverser, 2022**

© Hugo Vasseur



**Figure 19 - Place à proximité de l'institut de stomatologie qui s'improvise en stationnement pour les deux roues, devenant des obstacles pour les piétons, 2022**

© Hugo Vasseur

côté de la route l'arrière de l'amphithéâtre de stomatologie<sup>52</sup> et en face le bâtiment Babinski<sup>53</sup>.

Une fois l'intersection traversée, le trottoir se resserre entre l'arrière de l'amphithéâtre de stomatologie et la route, sans qu'aucun obstacle ne soit présent. Le revêtement sur le sol est actuellement le même depuis l'entrée de l'hôpital. Face à lui, l'utilisateur trouve un long trottoir longeant la route qui ne semble s'arrêter qu'au niveau du bâtiment Pinel<sup>54</sup>, perpendiculaire à l'Avenue de l'Hôpital Général que nous empruntons depuis le début. Puis, le cheminement s'élargit vers une place au niveau d'un bateau dans la largeur du passage comme précédemment, mais il ne fait face à rien, sauf à la route, peut-être un vestige d'une transformation précédente, ou au contraire le projet d'un nouvel aménagement de la traversée à ce niveau. Il serait plus judicieux au niveau de la place aménagée plus loin, permettant de passer à côté, inutile là où il se trouve. Il n'y a pas de bande d'éveil tactile. La présence de deux potelets peut porter à confusion, d'autant plus pour une personne mal voyante ou non voyante pourrait alors interpréter ce dispositif comme une permission ou une possibilité de traverser. L'emplacement de ce bateau devient un obstacle au moment où le regard se dirigera vers l'espace qui se dégage sur le côté gauche libérée par l'espace entre l'amphithéâtre, et le grand bâtiment en L de la stomatologie. Cette place minérale est plantée d'arbres de façon régulière entre lesquels sont placés des bancs permettant de se reposer sans gêner la circulation des autres usagers. Bien que l'on remarque cette fois-ci, face au bâtiment de la stomatologie, une zone de stationnement pour les vélos, elle est insuffisante au vu du nombre de ceux attachés aux barrières en croix de Saint-André. La place semble également se transformer en stationnement pour les deux roues motorisées qui constituent des véritables obstacles pour les différents usagers.

Cette place se situe à l'angle de l'Avenue de l'Hôpital Général et de la rue Esquirol et donc à l'intersection de routes utilisées par les voitures. À l'angle de la place, se trouve un grand bateau non repérable en amont qui signale encore une fois les deux passages piétons par la présence de bandes d'éveil tactile au sol et de deux potelets par traversées. On ne remarque pas de panneau signalétique à l'angle de cette intersection si ce n'est de l'autre côté de la route, donc non lisibles sans avoir traversé la rue. On peut également apercevoir, depuis cette angle, de l'autre côté de la route, le bâtiment de rééducation<sup>55</sup> et face à lui, de l'autre côté de la route le bâtiment François Lhermitte<sup>56</sup>. À l'angle opposé de cette place, se situe également un des arrêts de la navette qui dessert l'ensemble du site, mais visible seulement pour la première fois depuis notre arrivée, et semble rare, ailleurs ou absente.

---

<sup>52</sup> Se référer à la fiche identité n°07, p. 148.

<sup>53</sup> Se référer à la fiche identité n°08, p. 149.

<sup>54</sup> Se référer à la fiche identité n°09, p. 150.

<sup>55</sup> Se référer à la fiche identité n°04, p. 145.

<sup>56</sup> Se référer à la fiche identité n°10, p. 151.



**Figure 20 - Trottoir qui longe le bâtiment de rééducation, les panneaux verticaux signalant les places réservées aux personnes à mobilité réduite deviennent des obstacles, 2022**  
© Hugo Vasseur



**Figure 21 - Entrée du bâtiment de rééducation où le trottoir n'est pas assez large pour permettre un fauteuil d'y passer, le dépôt minute est souvent occupé, 2022**  
© Hugo Vasseur

Après la traversée de la rue Esquirol, l'environnement et le traitement du sol change du tout au tout. La zone semble moins récente, n'ayant pas encore bénéficié d'aménagements, ni de mise en conformité pour l'accessibilité. On remarque donc après avoir pratiqué un revêtement en enrobé coloré rouge foncé accessible par un bateau qui n'est pas signalé. On distingue alors un panneau de signalisation qui indique par des flèches avec le même code couleurs par secteur de l'hôpital, les différents bâtiments vers lesquels on souhaite se rendre dont le bâtiment de rééducation qui nous intéresse particulièrement. Le revêtement du sol semble avoir été repris plusieurs fois, avec pour résultat un sol relativement plat mais craquelé, irrégulier et fissuré de façon importante, à risque de chutes.

Grâce aux informations du panneau, l'usager va trouver la direction de l'entrée du bâtiment de rééducation en prenant à gauche sur la rue Esquirol. Le trottoir est longé d'un côté par une haie le long du bâtiment et de l'autre par des places de stationnement automobile en bataille. Ce dernier côté semble plus problématique pour plusieurs raisons : la dimension des places de parkings, insuffisantes, l'absence de butées amènent les voitures à empiéter sur le trottoir. La majorité des places réservées aux personnes à mobilité réduite sont signalées de façon verticale sur le trottoir par des panneaux qui sont devenus avec le temps obliques, obstacles pour les usagers, et peu visibles ou illisibles. Enfin, ces places de stationnement réservées nécessitent d'être adaptées, élargies, pour permettre le passage du fauteuil roulant. Des arbres peuvent les empêcher de sortir de leur place vers la route ou vers le trottoir car le ressaut est celui d'un trottoir sans bateau aménagé et trop important.

En se rapprochant de l'entrée du bâtiment de rééducation, le revêtement du sol change de couleur (noir). Un banc de la même couleur s'avère dans le passage sans être contrasté. L'usager arrive alors devant l'entrée, avec un trottoir très étroit (40cm), ne permettant pas le passage de son fauteuil. Il se retrouve dans l'obligation de passer par la voie de circulation des voitures qui sert également de dépose minute pour les ambulances souvent gênées elles-mêmes par les voitures mal stationnées. Les bateaux ne sont signalés par aucun dispositif, mais l'entrée du bâtiment est bien repérable grâce à un grand auvent et l'inscription en toutes lettres « rééducation ».

Ce descriptif d'un cheminement très difficile depuis l'entrée Chevaleret jusqu'à l'entrée du bâtiment de rééducation impose de rendre le centre de référence génétique qui s'y trouve, comme un service expérimental avec la mise en place d'une signalétique adaptée selon les différents handicaps des usagers. En prenant en compte les différents éléments relevés le long de ce cheminement, on peut se rendre compte d'un grand nombre d'obstacles, d'incivilités, mais également d'inadaptation ou manque de continuité des informations que l'usager rencontre tout le long de ce parcours et qui sont souvent pour lui sources de craintes ou d'anxiété.

## **DÉFINITIONS**

### **Accessibilité**

« Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente. » (Définition inscrite dans la loi du 11 février 2005).

### **Chaîne de déplacement**

« la chaîne de déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur inter-modalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite » (Définition inscrite dans la loi du 11 février 2005)

### **Handicap**

« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Définition inscrite dans la loi du 11 février 2005).

## II - Accessibilité (universelle) des lieux

### 1 - Notion d'accessibilité et de handicap - rappel historique

Avant de comprendre toute l'évolution historique, il est nécessaire de rappeler quelques définitions importantes.

« On dénombre actuellement en France environ 3,5 millions de personnes handicapées, dont 2 millions sévèrement touchées. La plus récente étude de l'Inserm avance un taux de 1% des enfants d'une génération porteurs d'une déficience sévère - les déficiences les plus nombreuses étant cognitives -, soit 7500 nouveau-nés par an. »<sup>57</sup>

La question du handicap a beaucoup évolué au cours du temps, en s'adaptant aux évolutions sociales et culturelles de notre société. La simple analyse du vocabulaire pour désigner les personnes en situation de handicap est révélateur d'une société sur la différence entre les individus, en passant de « l'anormal » à la « personne en situation de handicap ».

Dans l'antiquité, naître « différent » des autres individus n'était pas accepté dans une société où les hommes devaient être apte au combat, ces « mal formés » étaient tués ou exclus considérés comme impurs<sup>58</sup>. Cependant en Égypte, on peut remarquer la présence de personnes en situation de handicap : elles étaient exonérées des taxes professionnelles après un examen médical<sup>59</sup>. Avec la montée de la puissance de la culture romaine, les personnes invalides sont considérées comme des malédictions divines et mis à l'écart par la société<sup>60</sup>.

Au Moyen-Âge, on assimile à des puissances surnaturelles, certaines formes de handicap perçues alors comme une épreuve divine où les infirmes doivent faire face. Les personnes handicapées sont alors à la charge des collectivités<sup>61</sup>. L'Église et sa doctrine de l'aumône attribuent aux mendiants handicapés une place dans la société en tant qu'objets de charité chrétienne. Les personnes en situation de handicap ont un droit reconnu pour demander l'aumône, parfois même officialisé par une lettre de mendicité. Cette question du handicap suscite la peur et la société a souvent eu pour solution de les cacher dans les hospices.

---

<sup>57</sup> GODARD Claude (directeur de la publication), *Équipements culturels et handicap mental*, Paris : Ministère de la culture et de la communication, 2010, p. 16.

<sup>58</sup> ALLÉLY Annie, *Handicaps, malformations et infirmités dans l'Antiquité* [en ligne]. 2018, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <<https://journals.openedition.org/pallas/5572>>

<sup>59</sup> *Idem*

<sup>60</sup> *Idem*

<sup>61</sup> LAVAU Brigitte, *Le handicap au Moyen Âge* [en ligne]. 1 août 2018, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/handicap-realites-en-mouvement/le-handicap-au-moyen-age.aspx>>

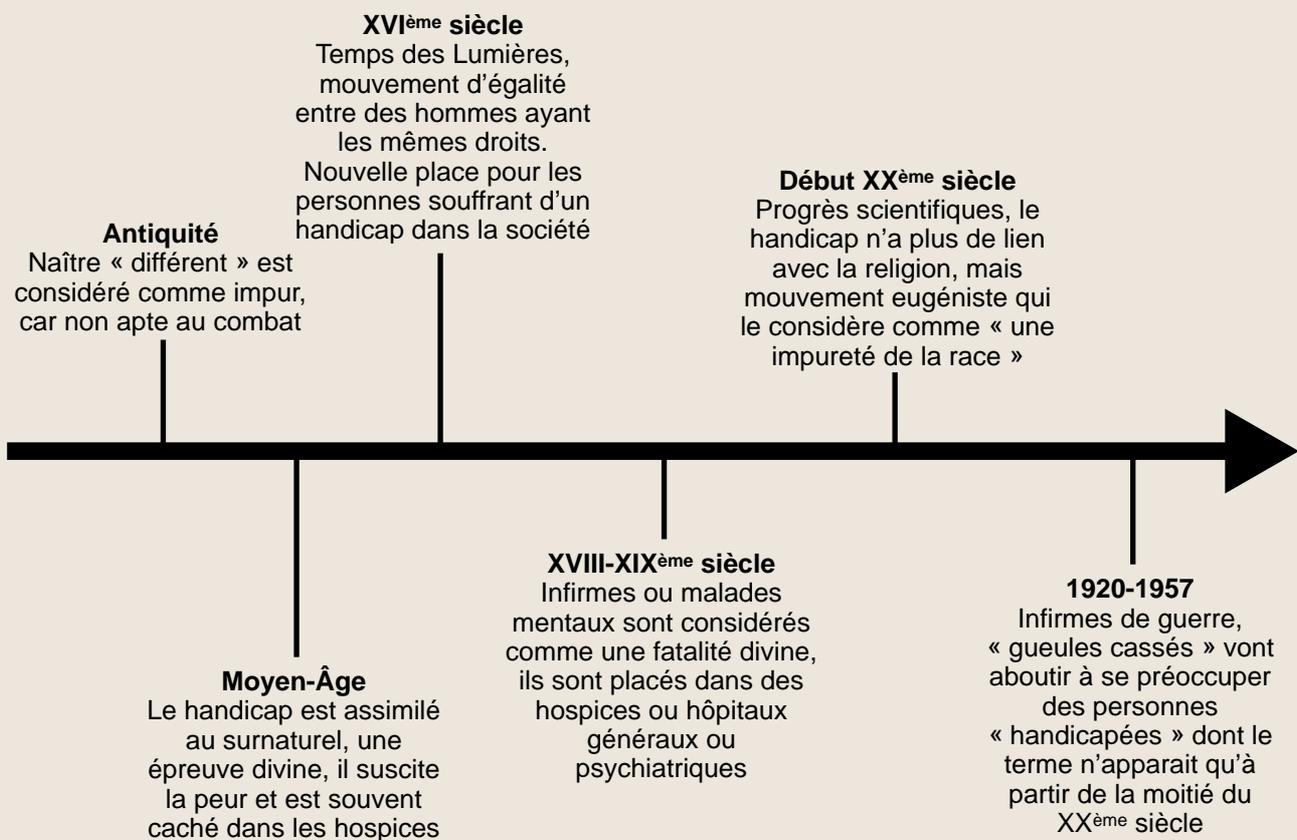


Figure 22 - Évolution de la notion du handicap depuis l'Antiquité, 2022  
© Hugo Vasseur

Il faudra attendre la fin du XVI siècle avec le temps des Lumières pour avoir une conception, en dehors de toute considération, religieuse ou caritative pour le handicap. Le principe d'égalité entre des hommes ayant les mêmes droits, est prônée par ce mouvement : *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*, 1749 de Diderot<sup>62</sup>. Cette lettre ouvre la voie à d'autres pour essayer de donner accès aux personnes souffrant d'un handicap de prendre place dans la société, d'y participer et de pouvoir s'instruire. Dans ce même mouvement, on retrouvera l'Abbé de l'Épée pour les personnes sourdes ou Valentin Haüy et son élève Louis Braille pour les personnes aveugles<sup>63</sup>.

Du XVII<sup>ème</sup> au XIX<sup>ème</sup> siècle, le fait d'être infirme ou d'avoir une maladie mentale est considéré comme une fatalité divine car les soins étaient inefficaces jusque-là. Ces personnes en situation de handicap se retrouvaient généralement enfermées ou abandonnées par la société, placées dans des hospices, des hôpitaux généraux ou psychiatriques.

Au XX<sup>ème</sup> siècle avec les progrès scientifiques, on admet enfin l'absence de lien entre handicap et religion, mais les traitements accordés n'évoluent pas toujours : marginalisés, enfermés. Avec le fascisme en Europe, le mouvement eugéniste, on observe une régression dans la vision du handicap perçu comme « une impureté de la race »<sup>64</sup>. Une politique d'élimination est mise en place. À cette même époque en France, de nombreuses personnes handicapées meurent par abandon de soin, il faudra attendre les guerres et les « gueules cassés » pour que la société se préoccupe des personnes dépendantes ou handicapées. Les législations entre 1920 et 1957 prévoient des dispositions pour les infirmes de guerres. Dans cet élan, les personnes handicapées tentent de trouver des solutions à leurs besoins. Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, qu'apparaît le terme de « handicapés » pour désigner des personnes atteintes de façon physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique.

« L'accessibilité aux bâtiments, aux services, est le préalable à l'accès aux soins. »<sup>65</sup>

En France, trois dates marquent l'histoire de la politique d'accessibilité, 1975, 2005 et 2015. Ces dates marquent l'évolution de notre société, la prise de conscience du besoin d'un cadre de vie

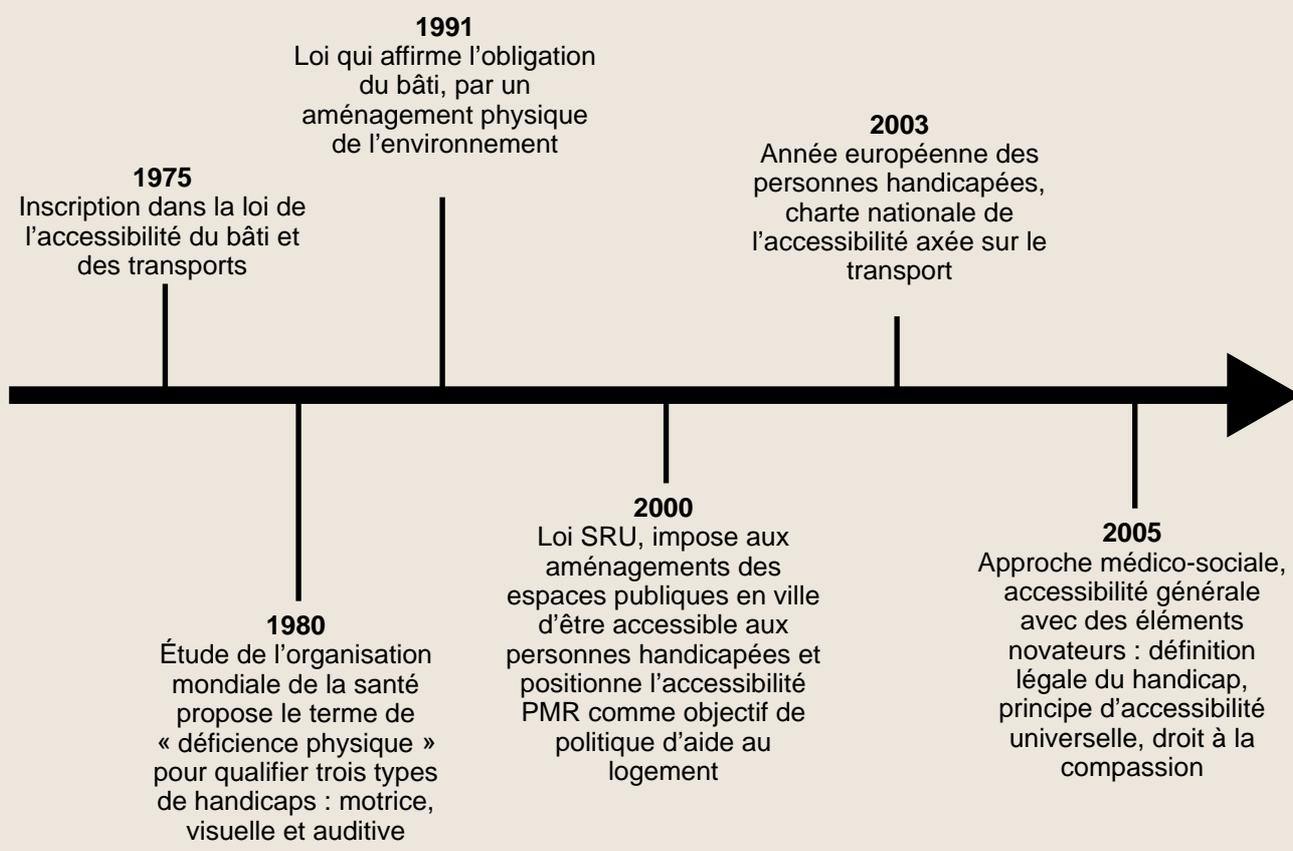
---

<sup>62</sup> DIDEROT Denis, *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* [en ligne]. 1749, [consulté le 14 décembre 2022]. Disponible à l'adresse : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5544966d/f343.image>

<sup>63</sup> BÉZAGY-DELUY Maryse, « L'instituteur gratuit des Sourds et muets et deux de ses élèves ». *Le journal de Saint-Jacques*. 2012, n°40, p. 3-5.

<sup>64</sup> ANDRIEU Bernard. « À qui appartient le corps ». In DIEDERICH Nicole (sous la dir. de), *Stériliser le handicap mental ?* [en ligne]. 1998, [consulté le 13 décembre 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-97.htm>

<sup>65</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *Accessibilité aux bâtiments hospitaliers* [en ligne]. Paris : avril 2016 [consulté le 14 avril 2022], p. 5. Disponible à l'adresse : [https://www.aphp.fr/sites/default/files/APHP\\_Guide-Accessibilite\\_Avril216.pdf](https://www.aphp.fr/sites/default/files/APHP_Guide-Accessibilite_Avril216.pdf)



**Figure 23 - Évolution de la politique sur l'accessibilité en France, 2022**  
 © Hugo Vasseur

simple et ouvert à tous<sup>66</sup>. En 1975, l'État prend conscience de l'oubli d'une partie de sa population : les plus défavorisés et les plus faibles. Cette période est alors qualifiée d'années glorieuses<sup>67</sup> pour l'action sociale et les droits civils pour mettre fin à des années d'exclusion. En 2005, naît l'engagement de la nation dans le cadre de la mondialisation et de la redondance des droits des personnes handicapées. Enfin en 2015, apparaît la notion d'accessibilité universelle. Pour autant, 2005 reste dans l'imaginaire collectif comme la date clef dans l'histoire de l'accessibilité en France<sup>68</sup>. Les lois adoptées en 1975 portaient pourtant déjà sur les bases de l'accessibilité et de l'inclusion sans obtenir malheureusement de résultats concrets ni une totale adhésion.

Ainsi dans la loi du 30 juin 1975, est inscrite l'accessibilité du bâti et des transports, mais cette dernière n'est pas respectée pour deux raisons<sup>69</sup>. La première en raison d'une faible mobilisation des acteurs et la seconde par la lenteur des publications des principaux décrets d'application, seulement trois années plus tard en 1978. Une enquête en 1989, menée par le ministre de l'équipement, révèle que 60% des constructions ne sont pas accessibles malgré l'obligation qui leur en a été faite. Il n'est pas question de connaissance des droits, ni d'affirmation de citoyenneté, mais plutôt d'une loi en faveur des personnes handicapées.

En 1980, une étude de l'organisation mondiale de la santé va proposer le terme de « déficience physique »<sup>70</sup> qui est à l'incapacité de faire les actions du quotidien pour être en société, se traduisant par un handicap, c'est-à-dire la restriction ou la limitation d'activité. Cette déficience qui entraîne une incapacité est génératrice de handicap. Ce terme de déficience physique regroupe alors trois types de déficiences : motrice, visuelle et auditive.

Avec la loi du 13 juillet 1991, est affirmée l'obligation d'accessibilité du bâti, par un aménagement physique de l'environnement. Encore une fois, le décret sort bien plus tard en 1994, ce qui retarde son application. Une dernière loi précédant celle de 2005, le 13 décembre 2000 est relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbain : la loi SRU. Outre l'obligation d'accessibilité à la voirie publique ou privée posée en 1991, elle impose aux aménagements des espaces publics en ville d'être accessibles aux personnes handicapées et positionner l'accessibilité PMR (Personnes à Mobilités Réduite), comme objectif de politique d'aide au logement. Dans un constat de 2002 sur la politique de compensation du handicap, on remarque cependant que l'accessibilité reste très

---

<sup>66</sup> MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ÉNERGIE ET DE LA MER, MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE, *La France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire adaptation de la loi du 11 février 2005 [en ligne]*, Paris : 2016, p. 8. [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <http://www.handipole.org/IMG/pdf/-85.pdf>

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>69</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>70</sup> JANODY Michel, *Rendre accessibles les ERP existants*, Voiron : éditions Territorial, 2009, p. 10.

## Les différentes situations de handicap

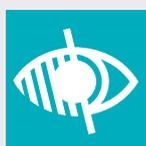
---

L'article 2 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 redéfinit la notion de handicap afin de l'étendre à tous les types de handicaps et non plus au seul handicap moteur (loi d'orientation du 30 juin 1975), et que le handicap soit provisoire ou définitif.

**L'utilisation des pictogrammes suivants est recommandée :**



Handicap  
sensoriel  
auditif



Handicap  
sensoriel  
visuel



Handicap  
physique



Handicap  
mental



Handicap  
psychique



Personnes  
à motricité  
réduite



Personnes  
à motricité  
temporaire



Personnes  
accompagnées  
d'enfants

**Figure 24 - Pictogrammes des différents types de handicap, 2017**

© Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, du logement et de l'habitat durable

illusoire : les intentions ne suffisent pas<sup>71</sup>.

En 2003, l'Union Européenne déclare l'année européenne des personnes handicapées<sup>72</sup>, c'est à cette occasion qu'arrive une proposition de charte nationale de l'accessibilité principalement sur le transport. Cette charte signée en décembre 2003 par de nombreux ministres rappelle les principes fondateurs d'une bonne accessibilité. Ainsi, l'accessibilité des nouveaux aménagements doit être garantie dans la continuité de la chaîne de déplacement. L'ensemble du patrimoine existant doit être amélioré et prévoit la mise en place d'une formation qualitative.

La loi du 11 février 2005 fonde un tournant législatif et sociétal. La France à cette époque est en retard dans la prise en compte du handicap et de l'accessibilité. Il semble illusoire d'après le rapport « la France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire adaptation de la loi du 11 février 2005 »<sup>73</sup> que l'ensemble du patrimoine ancien, pour ne pas dire historique, puisse être rendu accessible. 2005 est donc un pivot dans la vision du handicap où l'on passe d'une approche médicale à une approche médico-sociale. Avec cette loi, l'accessibilité doit être générale. Elle apporte quatre éléments novateurs tels que la définition légale du handicap, le principe d'accessibilité universelle, le droit à la compassion et la simplification des procédures avec la mise en place de Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MPDH). Cette redéfinition du handicap permet d'étendre à tous les types de handicap et non plus au seul handicap moteur (loi d'orientation 1975), qu'ils soient provisoires ou définitifs.

Il s'agit alors que l'accessibilité donne accès à un lieu, un service, un bien, des personnes, ainsi qu'à toutes les activités de la société. Cette loi de 2005 fixe un délai précis de 10 ans pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP) existants, et pour les bâtiments neufs. Les obligations sont une conception générale et universelle voulue pour l'accessibilité. Ainsi, les communes doivent adopter avant fin 2009<sup>74</sup> un plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics (PAVE), faire un état des lieux de l'accessibilité de l'espace public et des transports sur leur territoire.

Les ERP doivent rendre accessible avant 2015 les parties ouvertes au public et permettre aux personnes handicapées d'accéder, de circuler et de recevoir les informations. Les bâtiments neufs doivent être conformes à la réglementation dès leur ouverture. Les contraintes varient alors selon la catégorie de l'ERP : pour les catégories 1 à 4, chaque mètre carré doit être accessible alors que la catégorie 5 ne doit mettre aux normes qu'une petite partie<sup>75</sup>. Il existe pour autant différentes dérogations possibles face à certaines impossibilités de mise en accessibilité.

---

<sup>71</sup> MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ÉNERGIE ET DE LA MER, MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE, *op. cit.*, p. 9.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 10.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>74</sup> *Idem*

<sup>75</sup> *Ibid.*, p. 14.



À mi-parcours entre l'annonce de la loi de 2005 et son application, en 2010 ont lieu les journées territoires de l'accessibilité (JTA) afin de faire un constat de la situation<sup>76</sup>. Il met en évidence un manque important de connaissance de la loi et de ses obligations, expliqués en partie par les faibles avancées en matière d'accessibilité durant ces cinq dernières années. Également une hiérarchisation des priorités est mise en place avec l'idée de définir des itinéraires prioritaires. Le décalage entre le délai proposé en 2015 et l'ampleur des travaux à faire, par manque de moyen est considérable. Enfin, la nécessité de trouver des mesures de substitution et d'accessibilité raisonnées pour répondre à une impossibilité technique impose de réfléchir pour améliorer la qualité de vie des usagers.

Le principe d'accessibilité à tous les établissements recevant du public, introduit en 2005 est complété par celui de conception universelle en 2010 au cours de la convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. Ainsi, tout doit être conçu de telle sorte que les équipements, les programmes, les services puissent être utilisés par tous, sans avoir recours à des adaptations ou des conceptions spécifiques dans la mesure du possible. Un accès à tout, pour tous, ce concept s'inscrit dans une démarche de confort d'usage pour tous<sup>77</sup>.

Apparaissent également des difficultés de mises en œuvre car réaliser les dispositifs de mise en accessibilité sont souvent très coûteux. Le manque de connaissances sur la question du handicap, et de l'accessibilité s'accroît avec les différences entre les handicaps. Les connaissances de ces deux notions se résument surtout au handicap moteur. Les préconisations techniques pour la prise en compte des autres types de handicap (sensoriels, mentaux) restent encore mis à l'écart. Certaines améliorations sont également relevées avec la création d'une signalétique simple et compréhensible. L'allègement de la réglementation pour trouver des compromis entre une application stricte de la réglementation et la réalité du terrain fait avancer l'accessibilité. Elle ne peut pas progresser sans changement de regard sur le handicap.

Enfin en 2015, date du report de Claire-Lise Champion « Réussir 2015 - Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics »<sup>78</sup>, deux points importants apparaissent. Celui de ne pas reporter les échéances de la loi de 2005, ce serait une erreur et l'apparition de l'agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) pour la première fois. Cet agenda a pour objectif de programmer des travaux d'accessibilité qui s'étaleraient sur plusieurs années.

Depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975, l'objectif est pour tous, quel que soit le niveau de handicap, de pouvoir se déplacer et accéder à tous les espaces de façon indépendante, au même

---

<sup>76</sup> MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ÉNERGIE ET DE LA MER, MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE, *op. cit.*, p. 19.

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 24.

Cliquez sur les numéros pour accéder aux fiches correspondantes.

Tout d'abord, voici un panorama du parcours patient et les différents points qui vont être développés dans les fiches.



**Figure 25 - La chaîne de déplacement dans le cadre hospitalier, 2017**

© Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, du logement et de l'habitat durable

titre qu'une personne valide. C'est un objectif commun d'offrir une meilleure qualité d'usage des espaces publics et des voiries. La loi de 2005 permettra ensuite d'améliorer et de renforcer cette mise en accessibilité avec la mise en place du Plan d'Aménagement de la Voirie et des Espaces publics (PAVE). L'objectif est toujours de rendre la voirie accessible à tous, mais introduit l'obligation de prendre en considération tous les types de handicaps et de concevoir une accessibilité au sens large. Elle établit également que la notion de « chaîne de déplacement » doit prendre en compte le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transports et leurs intermodalités. Le but est ainsi de supprimer tout obstacle situé le long de cette chaîne de déplacements. Il y a donc un soin particulier à apporter aux traitements des interfaces entre les différentes étapes de cette chaîne et les déplacements.

De par sa mission de soin, l'hôpital doit pouvoir accueillir toutes personnes sans exception. Il est donc nécessaire d'avoir la connaissance des normes architecturales de l'accessibilité. Ce terme est perçu, tout d'abord comme une réponse adaptée pour faciliter l'accès des personnes handicapées physiques, aux bâtiments et aux moyens de transports. Depuis la loi de 2005, l'accessibilité prend également une dimension d'inclusion de ces personnes dans la société. Cette accessibilité doit permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder de façon autonome et sécurisée à tous les lieux et services ; c'est donc un dispositif universel pour l'amélioration d'une qualité d'usage pour tous<sup>79</sup>.

Une dernière notion, celle de « situation technique de handicap » ou « situation handicapante » qui « caractérise la difficulté pouvant exister dans la relation entre un usager et un objet de l'environnement urbain »<sup>80</sup>. Ainsi, une personne se retrouvant dans l'impossibilité de faire une action requise par l'objet, fait face à une situation handicapante qui se traduit par une exclusion. Nombre de ces situations techniques de handicap sont connues. Il est nécessaire de ne pas les reproduire dans les projets futurs ou de les régler dans l'existant.

## **2 - Accessibilité depuis l'entrée Chevaleret jusqu'au service de génétique (bâtiment de rééducation)**

Au cours de ce travail, ma rencontre avec Sophie Gallas, chargée de la coordination et de la communication du centre de Référence Déficiences Intellectuelles de causes rares, m'a permis de découvrir le projet expérimental auquel ce service de génétique a répondu au fond APRES (Appui aux Projets pour le REnforcement du Sens) de l'AP-HP. Il s'agit de faire du service de génétique, et plus particulièrement de ce centre de référence le service expérimental pour la mise en place d'un livret d'accueil et d'une signalétique adaptée aux patients qui y sont suivis pour des troubles neurologiques du développement. Cette unité de génétique médicale se situe dans le bâtiment de

---

<sup>79</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 8.

<sup>80</sup> JANODY Michel, *op. cit.*, p. 11.

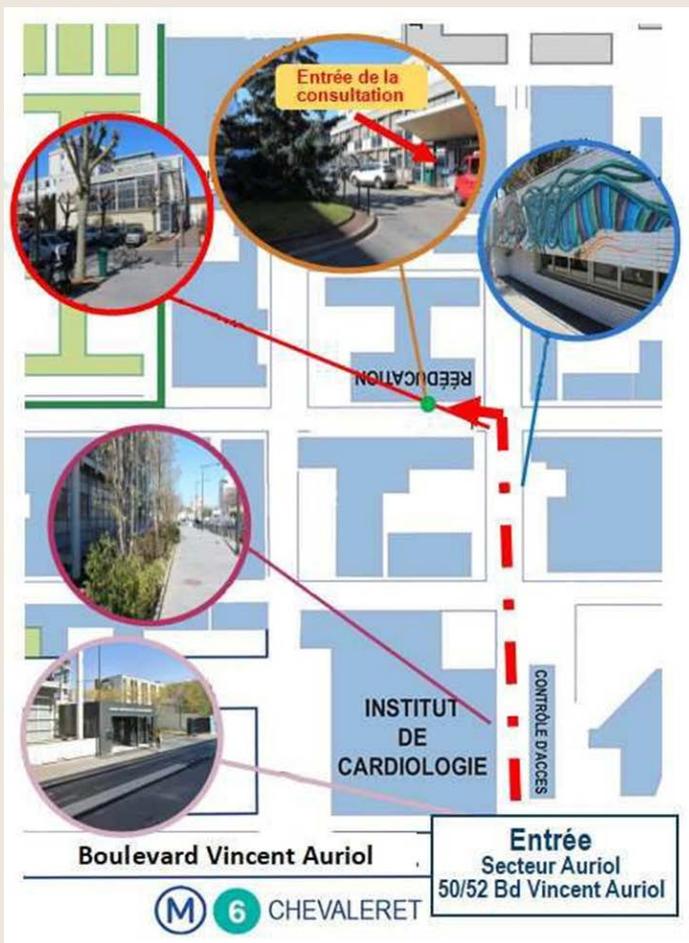


Figure 26 - Proposition d'un plan FALC, 2022  
© ESAT en collaboration avec l'AP-HP



Figure 27 - Proposition d'un plan FALC, 2022  
© Service de génétique de l'AP-HP

rééducation au sud du secteur Salpêtrière de l'hôpital. Elle regroupe plusieurs centres de références dont celui des déficiences intellectuelles de causes rares. Les personnes qui y sont suivies pour des troubles et des anomalies du développement ont des difficultés pour s'orienter, des troubles de coordination, et de l'attention. Ils nécessitent un accompagnement pour la consultation.

L'accompagnement du patient consiste également à gérer son anxiété. Plus le patient est préparé et accompagné pour affronter une situation, plus il sera en mesure de tirer le meilleur bénéfice de celle-ci. Pour ces patients, il est encore très important de préparer leurs venus à la consultation. C'est pourquoi il a été décidé dans ce projet expérimental de créer ce livret d'accueil de lecture simple, « facile à lire et à comprendre » (FALC). Ce livret pourrait être transmis en amont au patient et son accompagnateur de différentes manières, par mail, par courrier ou même accessible depuis un site internet. Il est actuellement en cours de création avec un établissement et un service d'aide par le travail (ESAT), avec des travailleurs en situation de handicap. Le FALC est une méthode qui a pour principe de transposer un langage courant en un langage compréhensible par tous, en simplifiant un texte pour être compris par des personnes en situation de handicap mental, mais également pour des personnes pouvant être dyslexiques, malvoyantes, âgées ou maîtrisant mal le français.

« Rendre un lieu accessible, c'est tendre vers l'autonomie maximum du plus grand nombre de visiteurs, en repoussant autant que possible le principe d'assistance. C'est offrir au visiteur handicapé mental l'assurance qu'il puisse se repérer et s'orienter, accéder et circuler, communiquer, atteindre et utiliser, se reposer, être en sécurité, sortir et évacuer les lieux. »<sup>81</sup>

Il est question pour des documents en FALC qu'ils soient validés par les patients en situation de handicap eux-mêmes. Il semble nécessaire d'avoir leur expertise et de les inclure dans sa conception. Ces personnes de l'ESAT sont venues à plusieurs reprises pour observer le service, faire des réunions et être en totale immersion afin d'obtenir un retour concret sur les difficultés rencontrées, à la consultation, par la signalétique ou le cheminement. Actuellement, ce travail concerne une seule des entrées, Chevaleret, la plus proche du service, un trajet assez court, direct, mais qui présente de nombreux obstacles et difficultés pour les patients suivis dans ce service. Ce travail est possible avec la collaboration de plusieurs acteurs, tels que l'ESAT, la mission handicap du siège, la direction des usagers de l'hôpital et la direction de la sécurité. Néanmoins, il est important de souligner, bien que ce travail ait été réalisé avec des personnes en situation de handicap avec l'ESAT, pour la conception des documents en FALC, que les situations des patients accueillis dans ce centre de référence n'ont pas forcément tous la même autonomie ou les mêmes aptitudes, notamment le fait de pouvoir lire. Cela pose la question encore une fois de mettre au cœur du processus de conception l'utilisateur concerné. On a fait appel à des personnes en situations de handicaps, mais sans prendre en compte toutes les situations handicapantes, y compris poly-handicaps, auxquelles font face les patients du centre de génétique

---

<sup>81</sup> GODARD Claude (directeur de la publication), *op. cit.*, p. 41.



Figure 28 - Espaces extérieurs du bâtiment de rééducation, 2023

© Hugo Vasseur

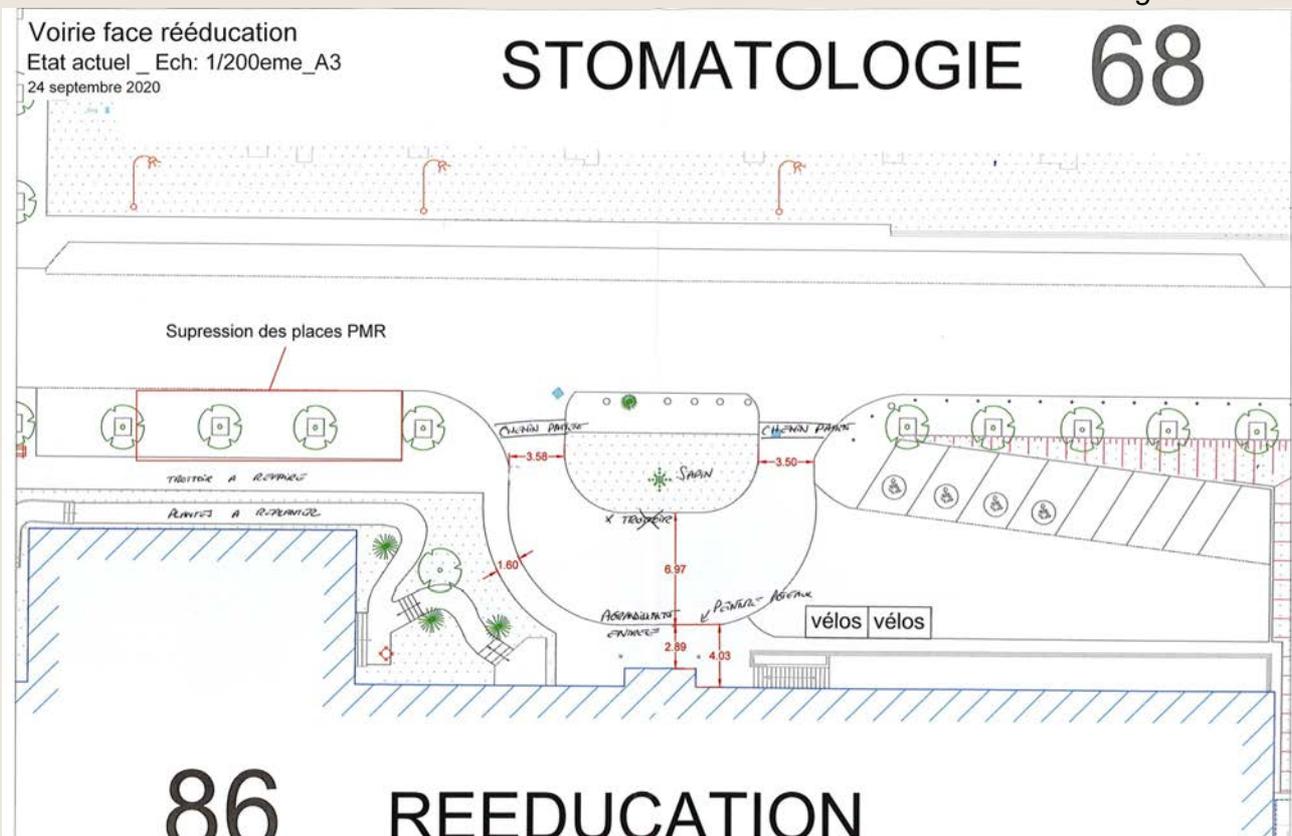


Figure 29- Plan de rénovation des espaces extérieurs du bâtiment de rééducation, 2020

© AP-HP

au quotidien. Ce livret ne relève pas de l'architecture, mais la représentation de l'espace dont l'architecte à la maîtrise pourrait participer à sa création.

Selon le handicap, qu'il soit moteur ou sensoriel, les besoins varient selon leurs types et leurs degrés de handicap. Ainsi, une personne peut être mal voyante ou non voyante, mal entendante ou non entendante. Peut s'ajouter également la possibilité de poly-handicap. En plus de ces différents aspects des handicaps, interviennent d'autres paramètres tels que la connaissance ou non des lieux. Lorsqu'une personne vient pour la première fois à la Pitié-Salpêtrière les besoins de repérage des lieux et de guidage sont primordiaux. Une représentation mentale des lieux est nécessaire notamment pour les personnes ayant une déficience visuelle, mais également ceux ayant des troubles de l'orientation, ou de la représentation de l'espace<sup>82</sup>.

Le handicap mental, qu'il ne faut pas confondre avec le handicap psychique, représente une déficience intellectuelle avec ses conséquences au quotidien<sup>83</sup>. Ce handicap entraîne des difficultés de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision qui nécessitent d'être accompagné humainement.

En tenant compte du principe de chaîne de déplacement précédemment évoqué, cet accompagnement doit se faire tout au long du parcours du patient, c'est-à-dire depuis les cheminements extérieurs de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière jusqu'aux boxes de consultation. Cette première étude de cas avec le centre de référence sera donc un premier point d'analyse sur la question de l'accessibilité depuis l'entrée Chevaleret de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière jusqu'au seuil du bâtiment de rééducation qui accueille cette unité de soin. Il existe un certain nombre d'obligations pour les établissements recevant du public et ses installations. Elles vont permettre d'identifier les différents points importants de ce parcours.

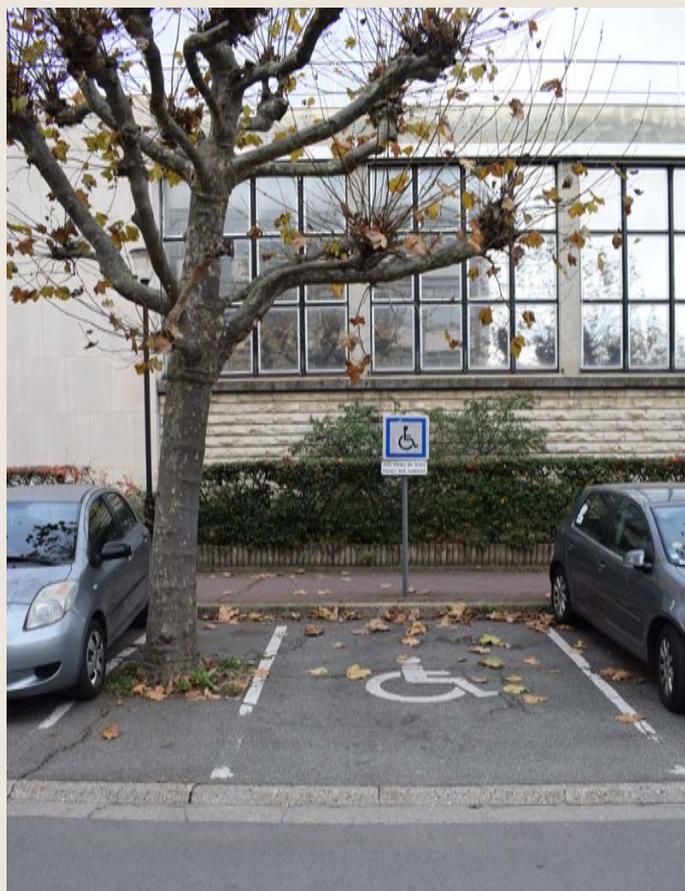
Les cheminements extérieurs : pour se rendre jusqu'à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, il existe plusieurs possibilités, les transports en commun de la RATP avec un réseau de bus, de RER et de métro sont très bien connectés aux entrées de l'hôpital avec la station Chevaleret du métro 6 devant l'entrée Chevaleret et la station Saint-Marcel du métro 5 qui se situe juste devant l'entrée côté boulevard de l'Hôpital. Il sera question dans ce mémoire de traiter l'hôpital en lui-même, mais il était important de rappeler que l'accessibilité commence également par les réseaux de transport qui constituent les cheminements extérieurs. La RATP met déjà en place équipements et services adaptés à différentes situations handicapantes. De nombreux travaux de mise en accessibilité sont intégrées dans le schéma directeur de l'accessibilité de la RATP en Île-de-France.

La seconde possibilité, la voiture qui nécessite des places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage exclusif. Plusieurs prescriptions techniques

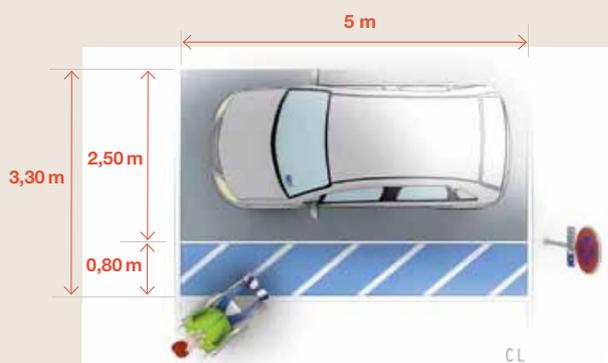
---

<sup>82</sup> Entretien avec Sophie GALLAS, chargée de coordination et communication du Centre de Référence déficiences intellectuelles rares. [entretien du 23 novembre 2022].

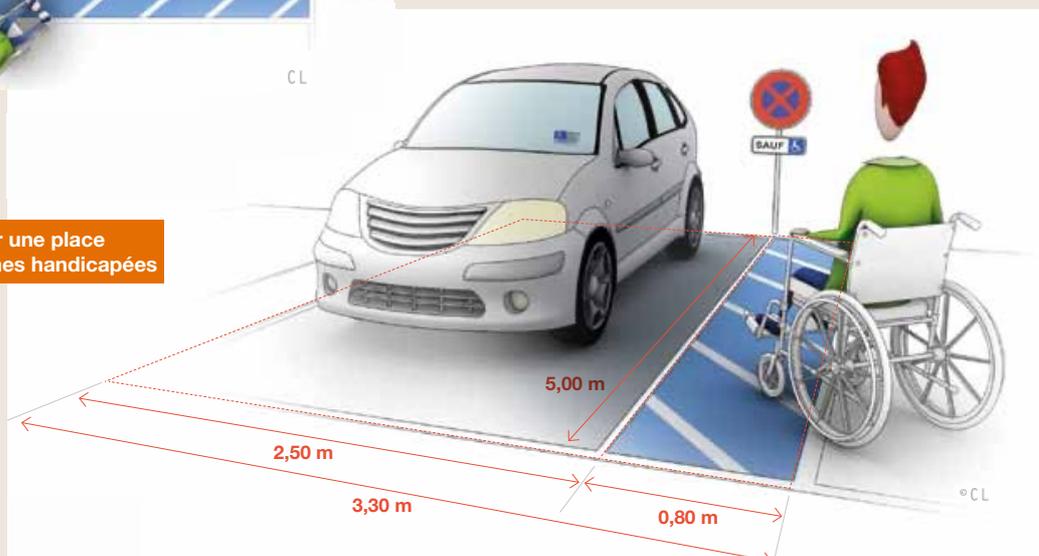
<sup>83</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 20.



**Figure 30- Place de stationnement réservée aux personnes handicapées, face au bâtiment de rééducation, 2023**  
© Hugo Vasseur



Taille réglementaire pour une place de parking pour personnes handicapées



**Figure 31- Prescription pour réaliser une place de stationnement accessible aux personnes en fauteuil, 2017**  
© Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, du logement et de l'habitat durable

existent déjà pour ces places comme leur proximité des entrées et du hall d'accueil. Elles doivent être reliées par un cheminement accessible même en fauteuil roulant. Il est également nécessaire que ces places soient signalées, repérables au sol par un marquage particulier, mais également par une signalisation verticale. De nombreuses préconisations existent quant aux réalisations techniques de ces places comme des revêtements antidérapants. Un plan à l'entrée du site peut signaler l'emplacement de ces places de parkings réservées. La possibilité de prévoir un dépose minute adaptée pour sécuriser la charge et décharge de personnes en fauteuil roulant, ou des places à l'abri lors du transfert de la voiture au fauteuil par temps de pluie.

La situation actuelle de stationnement à proximité du bâtiment de cardiologie pose problème pour ce qui est de l'accessibilité. Comme vu précédemment dans le descriptif, les places réservées au stationnements des personnes à mobilités réduites sont nombreuses à proximité dans l'entrée, mais non adaptées au milieu dans lequel elles s'insèrent. Les places donnant sur la rue Esquirol présentent des ressauts qui empêchent les fauteuils de les franchir et obligent donc ses usagers à passer par la route quand cela ne leur est pas rendu impossible par la présence d'un arbre dans la bande de circulation. Dans un projet de rénovation de l'espace extérieur du bâtiment de génétique<sup>84</sup>, ces places vont justement être supprimées et le trottoir se situant derrière refait pour permettre de libérer les poteaux qui signalaient la présence de place PMR penchés avec le temps et devenant des obstacles pour les piétons. La place de la voiture dans les hôpitaux est un sujet important, trop de voitures dans les espaces extérieurs de circulation, rajoute une source de stress et diminue les espaces de circulations pour les piétons ou les espaces verts pour se poser, se détendre. Cependant, au nombre de places de parking existantes au sein de l'hôpital, il n'y en a visiblement pas assez, ce qui amène à des situations handicapantes pour certains usagers, avec des voitures prenant les places des ambulances, des parkings, ou à moitié garées sur les trottoirs.

De même, le dépose minute actuellement fait office de parking pour les taxis et ne permet plus son usage initial. Les trottoirs pour les piétons qui le longent ne sont pas assez larges pour permettre à un fauteuil de passer. Dans ce même projet de rénovation, les trottoirs seront élargis, le parvis également et des places pour vélos ajoutées<sup>85</sup>.

Il est aussi question de la signalétique, comme l'a fait remarquer lors d'un échange Sophie Gallas sur le projet de mise en place d'une signalétique de l'entrée de l'hôpital jusqu'à leur service et à la consultation. Actuellement, rien n'est adapté pour les personnes suivies dans ce service. L'idée est d'expérimenter et de proposer à long terme une signalétique sur l'ensemble du site. Pour le moment, il s'agit d'un service test pour élaborer un plan adapté, à intégrer au livret d'accueil, avec une signalétique depuis l'entrée Chevaleret jusqu'au service. Ce projet expérimental pourrait s'élargir avec d'autres services spécifiques de l'hôpital comme l'UNISS qui se situe dans le bâtiment de cardiologie, mais aussi pour l'handi-consult qui se situe dans le bâtiment IE3M. Pour

---

<sup>84</sup> Entretien avec Sophie GALLAS, chargée de coordination et communication du Centre de Référence déficiences intellectuelles rares. [entretien du 23 novembre 2022].

<sup>85</sup> *Idem*



Figure 32 - Signalétiques doublées, 2022  
© Hugo Vasseur

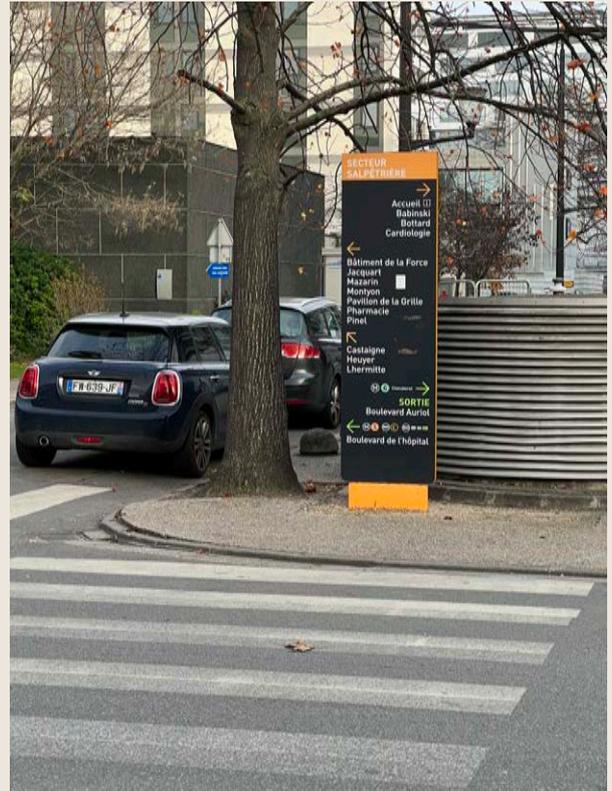


Figure 33 - Signalétique seule, 2022  
© Hugo Vasseur



Figure 34 - Signalétique improvisée, 2022  
© Hugo Vasseur

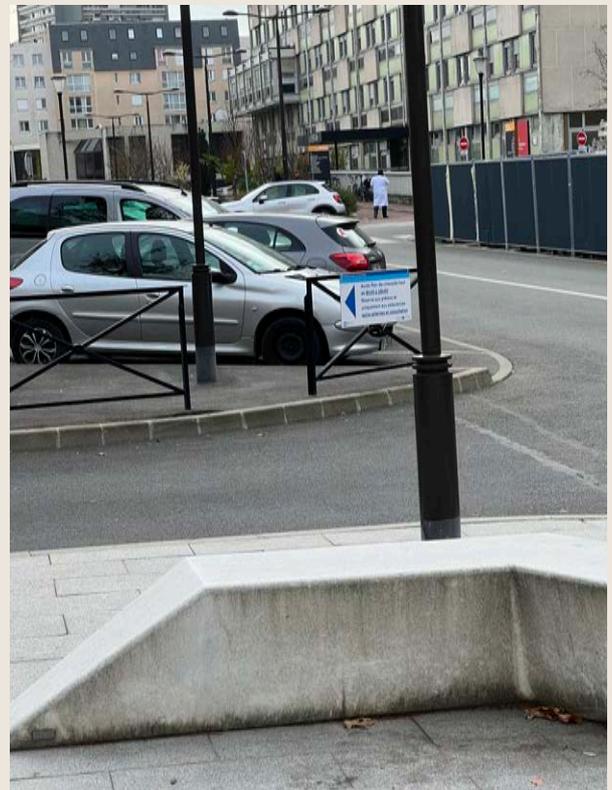


Figure 35 - Signalétique improvisée, 2022  
© Hugo Vasseur

se déployer sur l'ensemble du site, ce projet doit faire l'objet d'une gestion des propositions et des expérimentations.

Lorsque des informations doivent être communiquées aux patients de façon permanente, c'est-à-dire tout le long du cheminement, elles doivent faire appel à une signalisation visuelle et sonore, dans le but d'être acquise et comprise par toutes personnes, en situation de handicap ou non. Ces informations doivent être visibles et/ou lisibles par tous, y compris par des personnes atteintes de déficiences mentales. Ces informations doivent donc être visibles, lisibles et compréhensibles par tous. Pour ce faire, les informations devront se situer en un même lieu et non éparpillées sur différents panneaux, être contrastées par rapport à leur support, leur contexte immédiat et permettre une lecture en position debout comme assise. Cette signalisation doit être choisie et placée de façon à éviter tout reflet, tout effet de contre-jour par rapport aux lumières, qu'elles soient naturelles ou artificielles et situées à une hauteur raisonnable et accessible pour permettre à une personne atteinte de déficience visuelle de s'approcher au plus près.

Afin que cette signalétique soit lisible, les informations doivent être contrastées sur leur support. La taille et la police d'écriture doivent être proportionnées aux circonstances, selon l'importance de l'information, des dimensions du local et de la distance de lecture<sup>86</sup>. Enfin, pour qu'elles soient compréhensibles, il est parfois nécessaire de faire appel à des pictogrammes utilisant ceux déjà existants. Dans cette perspective d'usage pour tous, cette signalétique doit également être interprétables et adaptées aux personnes aveugles. Au sein de la Pitié-Salpêtrière aucun dispositif n'existe pour les personnes non-voyantes.

La chaîne de déplacement, comme la signalétique sont une chaîne d'informations qui ne doit pas être interrompue, au risque de gêner la compréhension des utilisateurs, notamment les personnes malvoyantes, mais aussi les perturber en ajoutant une source de stress, d'anxiété aux personnes en situation de handicap mental (ainsi qu'aux autres usagers, handicapés ou non). Les pictogrammes doivent être uniformisés, utilisant une seule charte graphique sur l'ensemble du site pour ne pas perturber les visiteurs. Une signalétique visuelle doit également être accompagnée de messages sonores et/ou tactiles pour les personnes aveugles. Il est important de ne pas surcharger d'informations la signalétique et de veiller à sa simplicité et son homogénéité au sein du site. Certaines préconisations existent quant à la réalisation de cette signalétique. Pour éviter les risques de se heurter aux obstacles, il est préférable de disposer ces informations sur les murs. Si cela n'était pas possible, il faudrait bien contraster cette signalétique pour qu'elle ne constitue pas un obstacle supplémentaire le long du cheminement. Pour qu'une personne malvoyante puisse s'approcher au maximum, il est nécessaire de faire attention au caractère accessible de la signalétique en évitant d'entraver son accès par un obstacle. Enfin, les lettres doivent être contrastées par rapport au fond et limitées à deux couleurs<sup>87</sup> au maximum.

---

<sup>86</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 22.

<sup>87</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 41.



Figure 36 - Guidage au sol, 2022  
© AP-HP



Figure 37 - Bandes de guidage colorées au sol avec pictogrammes, 2022  
© AP-HP



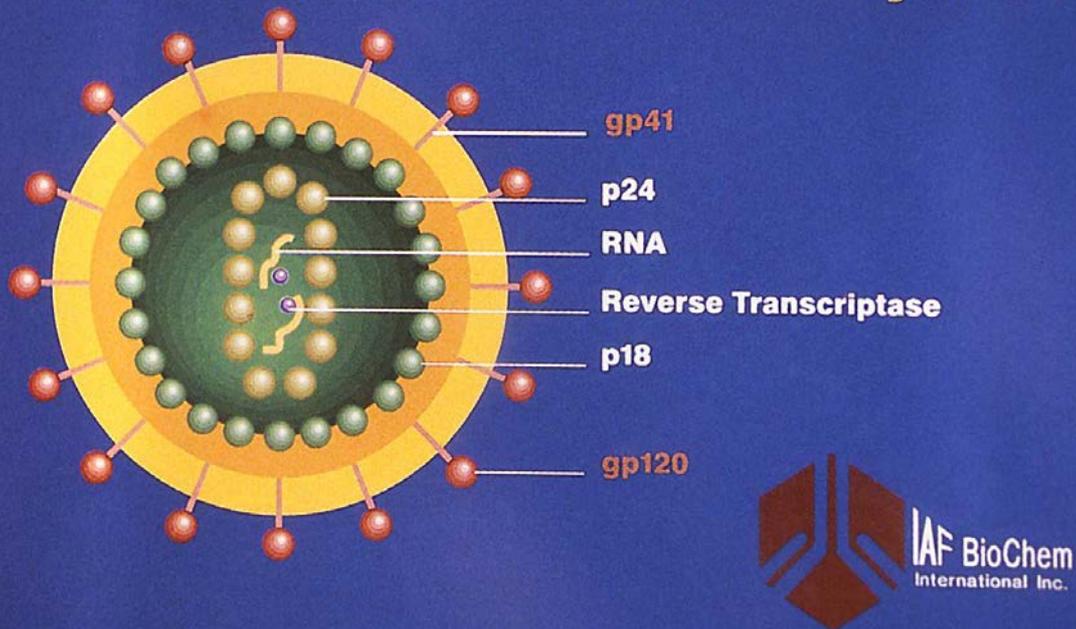
Figure 38 - Entrée du bâtiment de rééducation reconnaissable à sa grande marquise, 2023  
© Hugo Vasseur

Quand ces questions pour l'arrivée sur le site et la signalisation du chemin seront adaptées pour les visiteurs et accessibles à tous, Il conviendra aussi de rendre accessible les cheminements extérieurs. Un cheminement accessible doit par son choix et son aménagement se placer dans la continuité de la chaîne de déplacement à l'extérieur de l'hôpital. Ce chemin accessible ne doit pas être annexe, mais être le chemin usuel, classique, utilisé par tous. Il doit rendre possible à une personne aveugle ou sourde de s'orienter, de se déplacer et de localiser depuis l'entrée du site à l'entrée du bâtiment de rééducation, pour une personne, en fauteuil roulant, permettre d'y accéder facilement. S'il existe différents cheminements, ceux rendus accessibles nécessitent d'être signalés et repérés pour des personnes ayant une déficience visuelle. Ceux-ci doivent tous répondre à des dispositifs de repérage, de guidage, avec des caractéristiques dimensionnelles et de sécurités constantes.

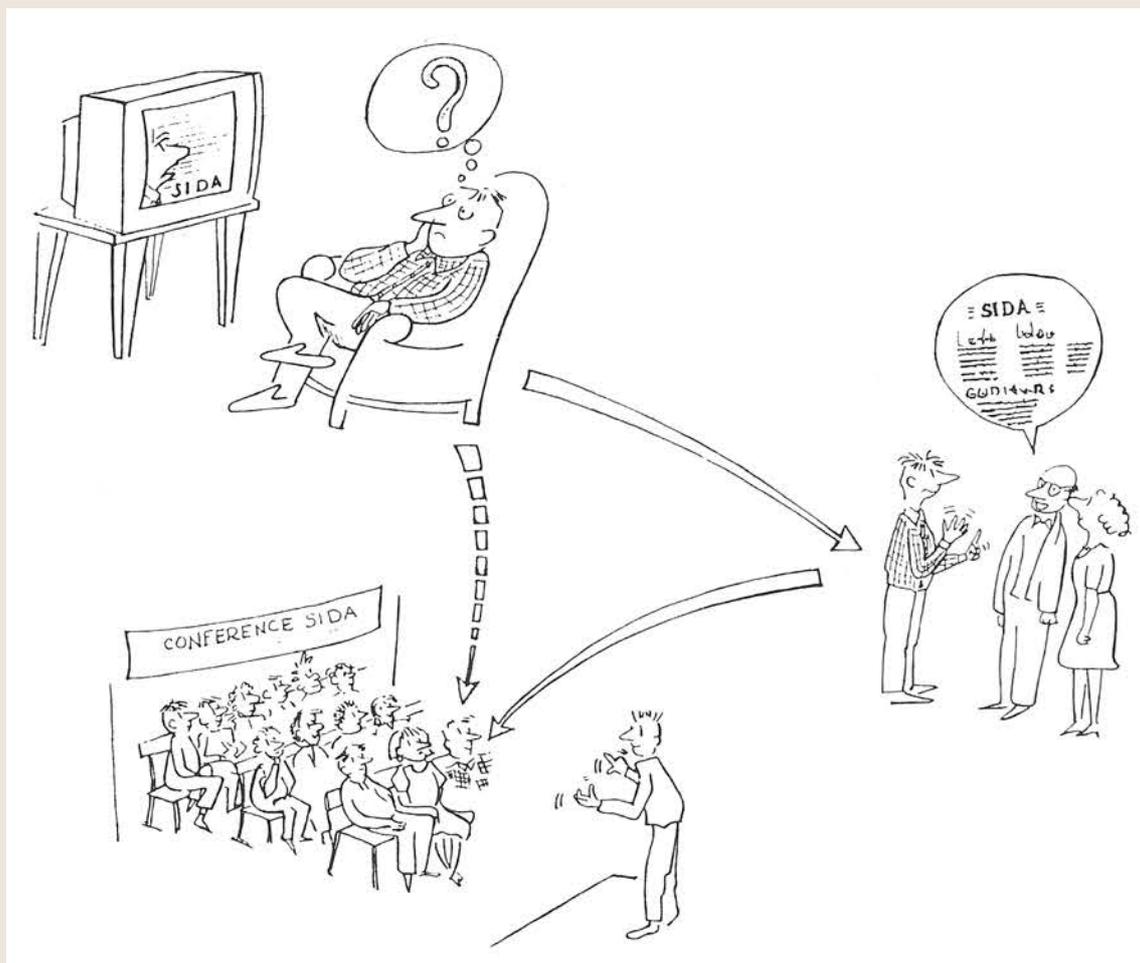
Il est important que les chemins accessibles soient signalés dès l'entrée du site, également pour les places de stationnement et plus généralement en tout point du cheminement « accessible » où un choix d'itinéraire est possible pour l'utilisateur. Son revêtement doit avoir un contraste visuel et tactile (bande de guidage pour les cannes d'aveugles) pour le rendre reconnaissable de son environnement par tous. Certaines prescriptions techniques sont précises, elles imposent des dimensions à respecter, des profils en long horizontaux dépourvus de ressauts. Si un dénivelé est inévitable une pente inférieure à 5% doit être aménagée avec des dimensions particulières selon la longueur et le pourcentage de pente avec prise en compte de paliers. Un profil en travers d'une largeur minimale de 1,0m qui soit libre de tout obstacle pour permettre le croisement notamment avec une personne en fauteuil roulant et des espaces de manœuvres pour faire demi-tour, ou à tout point du cheminement où un choix d'itinéraire est possible comme devant les seuils des bâtiments. Enfin, pour sécuriser ces cheminements, le sol ou son revêtement doit être accessible, en bon état, non meuble (terre, sable, cailloux), non glissant, ni réfléchissant et sans obstacle. Si des obstacles sont inévitables, ils doivent alors être suspendus à une hauteur minimale de 2,20m ou s'ils sont implantés sur le sol doivent être signalés et contrastés par rapport à l'environnement immédiat. Si le chemin des piétons doit croiser celui des véhicules, il est nécessaire de mettre en place un élément pour éveiller la vigilance des piétons. Un marquage au sol et une signalisation sont également préconisés pour les conducteurs de véhicule qui croisent les cheminements piétons.

Enfin, les entrées des bâtiments et l'accès à l'accueil doivent être facilement repérables par des éléments remarquables ou des matériaux différents contrastant visuellement. Un contraste de couleurs doit permettre au visiteur de repérer l'entrée sans doute possible. Si l'accès à ces bâtiments n'est pas libre et qu'il nécessite d'avoir recours à une sonnette ou un interphone, celui-ci doit être équipé d'un système permettant au personnel de visualiser le visiteur, même s'il n'est pas en capacité de communiquer. Actuellement l'entrée du bâtiment de rééducation est repérable grâce à une marquise importante, mais encore faut-il être arrivé jusqu'au bon bâtiment. Les nombreux obstacles et les discontinuités, l'hétérogénéité des signaux ou leur absence sont de

# The Human Immunodeficiency Virus



**Figure 39 - Affiches de prévention avec le schéma du VIH, 1990**  
© SUMPPS - Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé de Sorbonne Université



**Figure 40 - Illustration provenant d'un centre d'étude et de soins pour les sourds, représente l'incompréhension des sourds sur l'épidémie du sida, 1998**  
© Revue Sources

véritables freins pour les usagers de l'hôpital et particulièrement pour les patients de ce centre de référence génétique.

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière est en perpétuelle évolution selon les avancées scientifiques ou médicales, l'évolution de la société, les directives politiques, les avancées technologiques ou les techniques de construction ou re-constructives. Comprendre ces changements successifs complexes semblent parfois difficiles à saisir. Cet exemple pourrait servir de modèle pour d'autres transformations.

### **3. Accessibilité depuis l'entrée au seuil de l'institut de cardiologie, jusqu'au box de consultation - paroles des usagers, UNISS**

Avant de poursuivre sur les différents éléments relevant de l'accessibilité à l'UNISS, il me paraît important de rappeler l'origine de la création de cette unité, première à avoir été créée en France.

#### Rappel historique :

Dans les années 1990, jusqu'alors, lorsqu'une personne sourde avait un problème de santé, elle devait faire appel à un proche pour interagir avec le médecin avec l'absence de secret médical, d'intimité et de vraie relation thérapeutique. À ce moment, au début de l'épidémie de sida, les institutions n'ont pas pris conscience de cette problématique. Sur des affiches, le sida est représenté telle une boule avec des piques rouges orangés que les sourds vont traduire comme si c'était le soleil qui transmettait le virus par ses rayons<sup>88</sup>. Ainsi, de nombreux messages de santé publique vont alors être totalement incompris car les personnes sourdes sont alors de fait exclues des informations de santé<sup>89</sup>.

C'est alors dans ce contexte que l'on réalise enfin que les citoyens sourds sont exclus du système de soin français. Un médecin (Jean Dagon<sup>90</sup>) avec une assistante sociale (Françoise Galiffet) vont se saisir de cette problématique avec un bénévole (Bruno Moncelle) de Aides Sourds, l'association sida pour les sourds<sup>91</sup>. En conséquence, de nombreuses personnes sourdes meurent car elles n'ont pas accès ni aux informations<sup>92</sup> ni aux soins.

C'est de la rencontre entre le docteur Jean Dagon et le bénévole Bruno Moncelle de Aides Sourds que va naître pour les sourds de la Salpêtrière en 1995 la première Unité

---

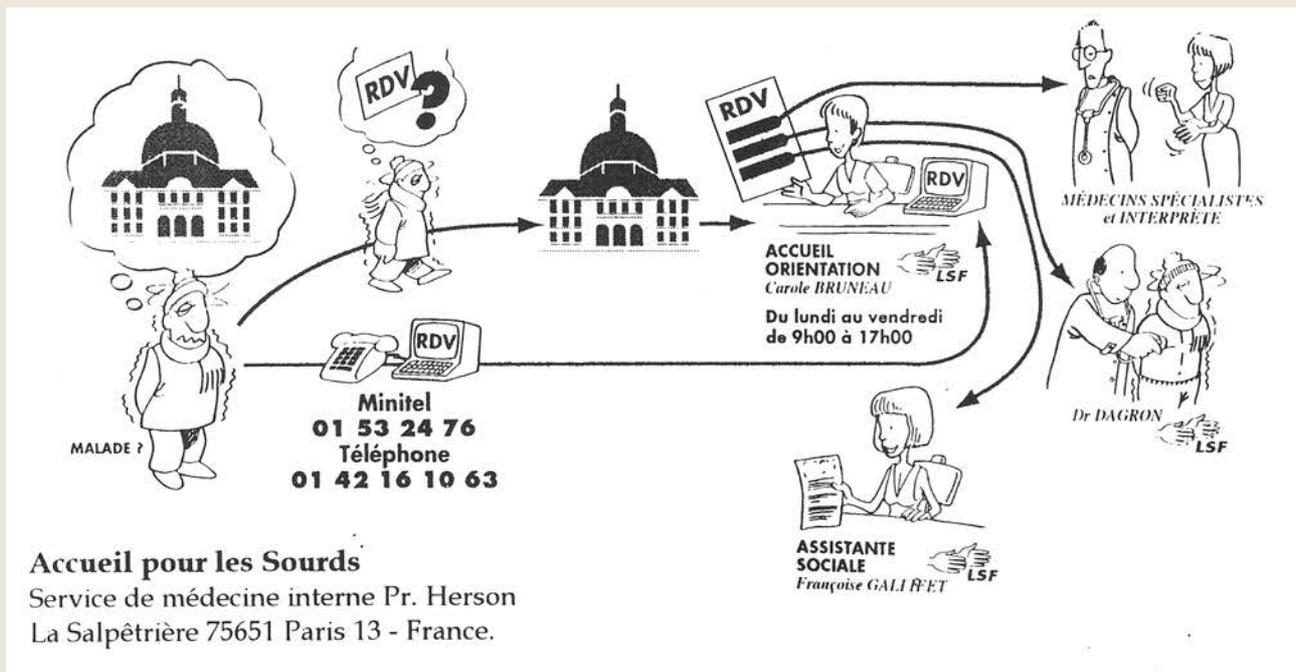
<sup>88</sup> DAGRON Jean, « Prévention du sida et accès aux soins des sourds », *Sources*. Juin 1998, n°7, p. 3.

<sup>89</sup> Entretien avec Nelly AZAIEZ, médecin généraliste et coordinatrice de l'UNISS. [entretien du 27 octobre 2022].

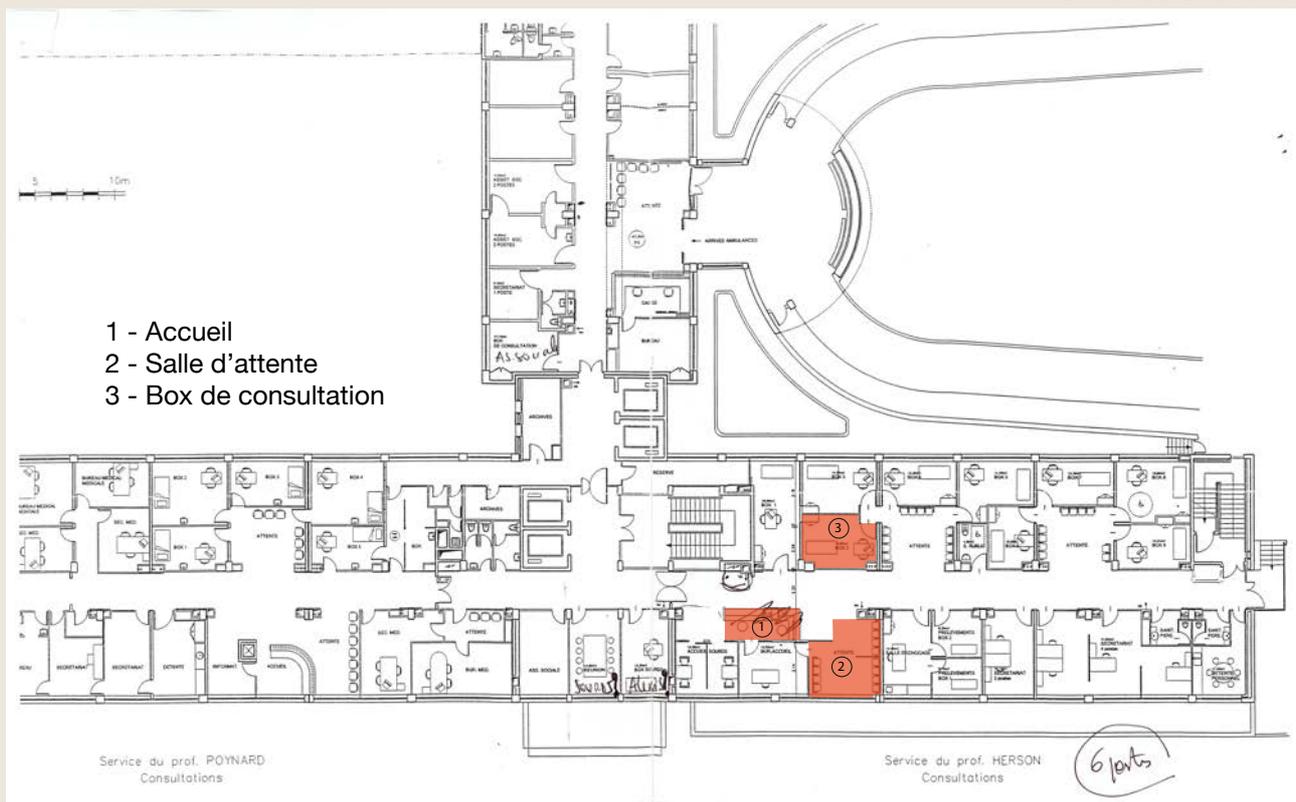
<sup>90</sup> ABOU Daniel, « Sourds et soignants, 20 ans d'histoire » [en ligne]. février 2015, [Consulté le 05/11/2022]. Disponible à l'adresse : <<https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51185-sourds-et-soignants-20-ans-d-histoire.html>>

<sup>91</sup> *Idem*

<sup>92</sup> AIDES, « Sida Info Signes » [en ligne]. Décembre 1994, [Consulté le 05/11/2022]. Disponible à l'adresse : <<https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51185-sourds-et-soignants-20-ans-d-histoire.html>>



**Figure 41 - Illustration provenant d'un centre d'étude et de soins pour les sourds, présentation d'un accueil pour les sourds à la Pitié-Salpêtrière (futur UNISS), 1998**  
 © Revue Sources



**Figure 42 - Plan du bâtiment des cliniques médicales (bâtiment Éole) RDC haut, 1996**  
 © Archives personnelles de l'UNISS

Au début de l'UNISS, en 1995, lors de son année pilote, l'unité est accueillie au coeur de l'unité de médecine interne au RDC haut du bâtiment des Cliniques médicales. Il y avait un unique box de consultation (3) sans fenêtre, ce box était celui du psychiatre Alexis Karacostas. Il n'y avait pas dans ses débuts de bureau d'accueil, un simple comptoir (1) où se trouvaient deux personnes qui recevaient les patients ainsi qu'une aide-soignante. Une salle d'attente (2) à proximité du comptoir d'accueil permettait au patient d'attendre pour sa consultation avec le médecin psychiatre ou pour son dépistage, mais cette salle d'attente n'était pas uniquement pour les patients sourds. Les espaces étaient partagés avec le service de médecine interne.

d'Informations et de Soins des Sourds (UNISS), la première en France. La Pitié-Salpêtrière est choisie, un hôpital adulte avec un gros plateau technique où la consultation est au départ censée accueillir 200 personnes mais qui en accueillera finalement plus de 2000 dès la première année. On se rend alors rapidement compte que les besoins de santé dépassent de loin les besoins infectieux liés au sida et on ouvre alors l'unité de soin UNISS à toutes les problématiques pour permettre aux patients infectés de venir sans se sentir discriminés. Cette unité va alors rapidement s'appeler consultation de médecine pour permettre à tout le monde de venir y compris ce qui venaient pour le sida sans être étiqueté<sup>93</sup>. Cette unité pilote va initialement servir dans l'inconscient politique, à prendre en charge les sourds qui ont le sida.

Pour la première fois dans la vie des personnes sourdes, c'est le professionnel qui fera l'effort de communication, adaptée au niveau de langue des signes du patient, de son niveau de français quel que soit son moyen de communication. Une grande satisfaction des personnes sourdes est l'utilisation de la langue des signes pour pouvoir comprendre et se faire comprendre même si pour certains la maîtrise de cette langue peut être encore difficile. Les personnes sourdes qui vont dans cette unité de soins savent qu'ils y seront accueillis avec la langue des signes LSF, dans l'ensemble de la chaîne de soin.

À l'époque de sa création, le docteur Alexis Karacostas, psychiatre et coordinateur de l'Unité de la Salpêtrière, montre que l'unité doit tenir compte de droits fondamentaux<sup>94</sup>. Le premier est le droit des personnes sourdes à être soignées avec des soins de même qualité que les personnes entendantes, dans les mêmes lieux sur un pied d'égalité avec une compréhension pleine et entière. La seconde est pour le personnel soignant, qu'ils puissent travailler efficacement dans de bonnes conditions pour comprendre les demandes, mais aussi les besoins de leurs patients.

Toujours dans la continuité de la chaîne de déplacement, nous avons pu aborder différents maillons de cette chaîne depuis l'arrivée au site jusqu'au seuil du bâtiment. Dans ce mémoire, les rencontres avec l'UNISS et de nombreux entretiens avec l'équipe soignante, l'expérience des lieux m'ont permis d'aller jusqu'au bout de cette chaîne de déplacement, depuis l'entrée du bâtiment de cardiologie qui accueille en son sous-sol l'UNISS jusqu'aux boxes de consultation.

La surdité est un handicap qui ne se voit pas. Comme pour tous les autres handicaps, il en existe différents degrés (du mal entendant au non entendant). La majorité des personnes atteintes de surdité s'expriment oralement, « seules 3% des personnes sourdes utilisent la langue des signes »<sup>95</sup>. Une personne atteinte de surdité rencontre donc des difficultés pour communiquer et

---

<sup>93</sup> DAGRON Jean, *op. cit.*, p. 7.

<sup>94</sup> ABBOU Daniel, *op. cit.*

<sup>95</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 19.



Figure 43 - Entrée du bâtiment de cardiologie, 2022  
© Hugo Vasseur

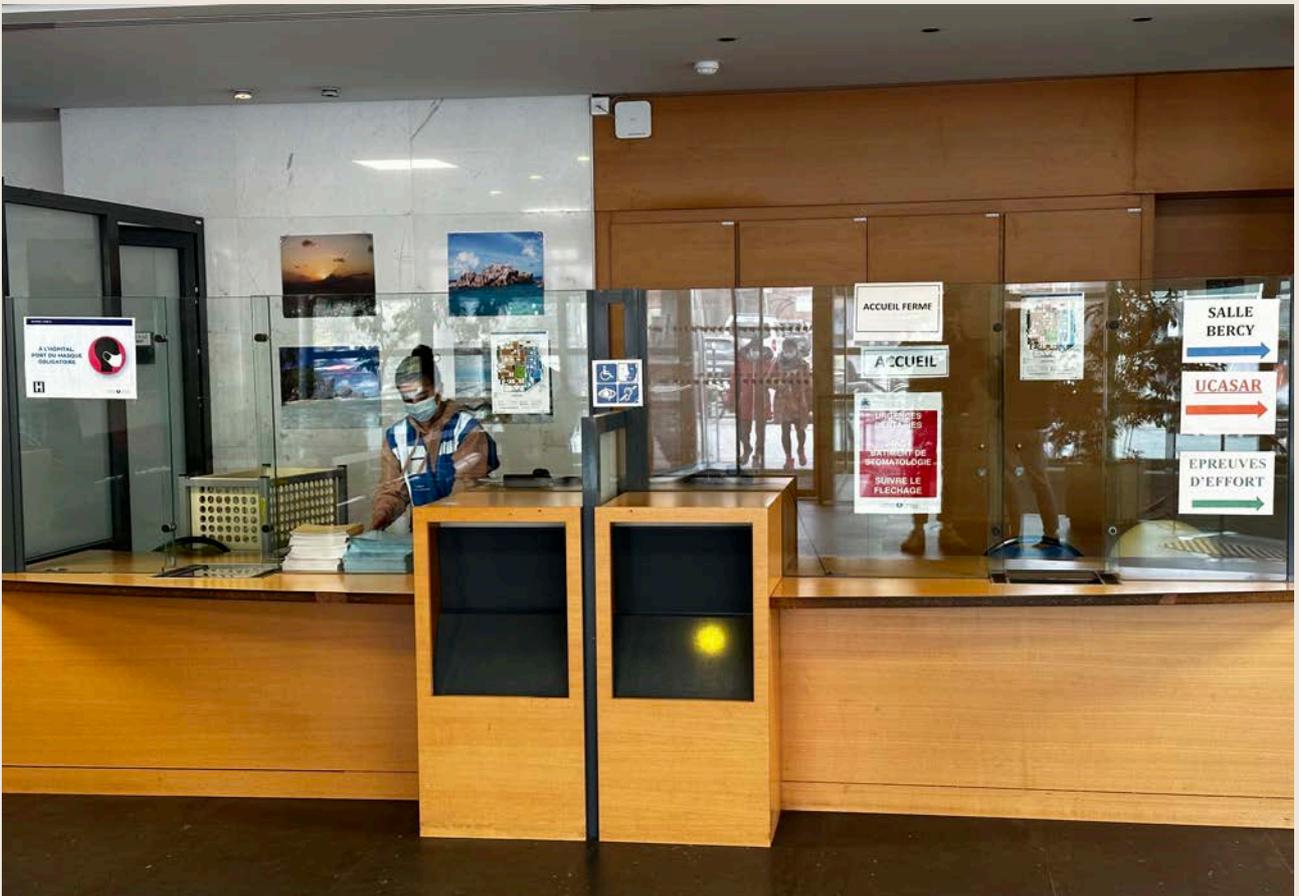


Figure 44 - Banque d'accueil de l'institut de cardiologie, 2022  
© Hugo Vasseur

accéder aux informations. Bien qu'il existe aujourd'hui de plus en plus d'aides techniques comme les boucles magnétiques, les sous-titrages ou des professionnels comme des interprètes, il reste encore de nombreux défis à relever afin de rendre facilement accessibles ces lieux de soins.

Comme nous avons pu le souligner, l'entrée d'un bâtiment doit être bien signalée et pouvoir être utilisée par tous. Actuellement, l'entrée du bâtiment de cardiologie est bien visible. La place qui se crée devant l'entrée du bâtiment nous invite à y entrer, cependant la localisation du bâtiment de cardiologie, bien qu'il soit l'un des bâtiments en tête de l'hôpital sur le boulevard Vincent Auriol n'est pas forcément une évidence pour tous. Le plan dès l'entrée de l'hôpital après la guérite noire indique « l'institut de cardiologie » en toute lettres. En prenant l'exemple de personnes ne sachant pas lire, ce qui est encore le cas pour de nombreuses personnes sourdes, ces personnes ne sauront pas trouver ce bâtiment sans aide supplémentaire. L'UNISS n'est indiqué à aucun moment dans l'espace extérieur de l'hôpital, ni sur aucun plan, ni même sur la façade de l'institut de cardiologie. On peut donc constater qu'il est nécessaire que la localisation de l'UNISS soit mieux signalée pour être comprise par tous, notamment les patients qui y sont suivis.

De même, lorsqu'un patient arrive dans le bâtiment, tous les équipements liés à l'accueil du public et les informations devraient pouvoir être repérés, accessibles et compréhensibles par une personne en situation de handicap. S'il existe plusieurs accueils, celui concerné doit être suffisamment signalé pour être repéré et trouvé de tous, pour réduire le temps d'attente, mais surtout l'anxiété ou la gêne du patient. Toutes les informations transmises doivent être adaptées et doublées d'une information visuelle. Il est également nécessaire en tout point à l'intérieur du bâtiment d'apporter un soin particulier à la qualité de l'éclairage. Notamment la renforcer aux niveaux des espaces destinés à la communication des informations. Dans une logique d'usage pour tous, les banques d'accueil doivent être praticables en position debout comme assise et permettre une communication visuelle permanente entre les usagers et le personnel.

Dans le cas où l'accueil serait sonorisé, un système de signal acoustique par induction magnétique doit être installé et signalé par un pictogramme adapté. L'accueil de l'UNISS n'étant pas installé au rez-de-chaussée du bâtiment de cardiologie, mais un niveau inférieur (rez-de-chaussée bas), le patient sourd est informé par l'accueil général de l'institut de cardiologie. Même si le personnel s'y trouvant n'est pas formé à l'accueil des patients atteints de surdité, il doit pouvoir être en capacité de lui indiquer le chemin à suivre grâce aux équipements et informations fournies dès le hall d'entrée. Afin de se rendre à l'UNISS, il est nécessaire de faire comprendre au patient qu'il doit descendre et lui donner le choix d'y parvenir, soit par l'escalier (signalé et visible dès l'entrée) ou par l'ascenseur (situé dans le couloir à l'arrière de la banque d'accueil).

Les ascenseurs mis à disposition des patients devraient aussi pouvoir être utilisés par tous, ils nécessitent d'être adaptés et de répondre à certaines caractéristiques en disposant notamment de commandes intérieures comme extérieures pour permettre leur utilisation. L'information adaptée reste toujours primordiale et ne doit jamais être interrompue quel que soit le stade. Il est



**Figure 45 - Accès depuis le hall du bâtiment de cardiologie à l'UNISS, 2022**  
© Hugo Vasseur

important que le patient reçoive de façon adaptée les informations sur les mouvements de la cabine (en montée, en descente ou à l'arrêt). Aux étages desservis, un système d'alarme devrait être à la fois visuel et sonore. Certaines préconisations existent déjà pour l'adaptation des ascenseurs comme la mise en place de miroir pour permettre à des personnes en fauteuil roulant de pouvoir manœuvrer en reculant pour sortir de l'ascenseur. Tous les niveaux devraient être identifiables dans l'ascenseur et à l'extérieur de l'ascenseur lorsque ses portes s'ouvrent. Des annonces sonores devraient doubler les informations visuelles au même titre que l'alarme. Il est également préconisé de situer à proximité des escaliers et des ascenseurs afin de donner le choix au patient et qu'il ne se sente pas obligé ou coincé face à une situation imposée.

Dans le cas où l'ascenseur ou l'escalier ne sont pas repérables depuis l'entrée du bâtiment, ils devraient alors être signalés de façon adaptés. Les escaliers répondent également à des caractéristiques dimensionnelles précises dans la largeur (1m20 minimum) pour permettre le croisement de personnes et dans la hauteur des marches (hauteur : 16cm et giron : 28cm) dans une logique de confort et de praticité pour tous. Des sécurités d'usages accompagnent l'escalier telles que des bandes d'éveil de vigilance tactile et visuelle (suffisamment contrastées). Des mains courantes de chaque côté de l'ascenseur doivent être à disposition, continues, accessibles facilement, et contrastées par rapport à la paroi soit grâce au contraste visuel ou à un éclairage adapté.

Lorsque le patient arrive au niveau du service, il lui faut emprunter les circulations horizontales. Les couloirs, devraient être accessibles et sans obstacle. Les éléments qui structurent le cheminement doivent être facilement repérables pour des personnes atteintes de déficience visuelle. Les usagers doivent pouvoir accéder à l'ensemble des locaux ouverts au public de façon autonome. Ces circulations de couloirs doivent donc répondre aux mêmes logiques d'agencement que les cheminements extérieurs pour être accessibles. Plus les espaces intérieurs de circulation se complexifient, plus le recours à la signalétique joue un rôle important pour permettre aux usagers de se repérer et se déplacer. Le cheminement doit être logique, intuitif, si possible rarement modifié, simplifié au maximum, et s'appuyer sur de forts contrastes entre les revêtements des sols, des murs, des plafonds et des mobiliers). Il est important d'apporter une ambiance sonore et lumineuse confortable, ni réfléchissante, ni anxiogène.

L'ensemble des locaux ouverts au public devrait être facilement repérable par les usagers. La présence d'une signalétique appropriée indiquant le sens d'ouverture des portes peut aider à résoudre ce problème. Si les portes sont automatiques elles devraient laisser un temps suffisant au passage d'une personne se déplaçant lentement. Enfin, s'il est nécessaire d'avoir un sas, il serait préférable qu'il soit vitré (pour éviter la sensation d'enfermement). La signalétique sur les portes peut permettre de reconnaître le service s'y trouvant par le biais d'un pictogramme.

Ces lieux d'attentes parfois stressants, pour une durée indéterminée nécessitent une conception soignée pour ne pas générer ou accentuer le doute et l'anxiété. Par exemple, le patient sourd

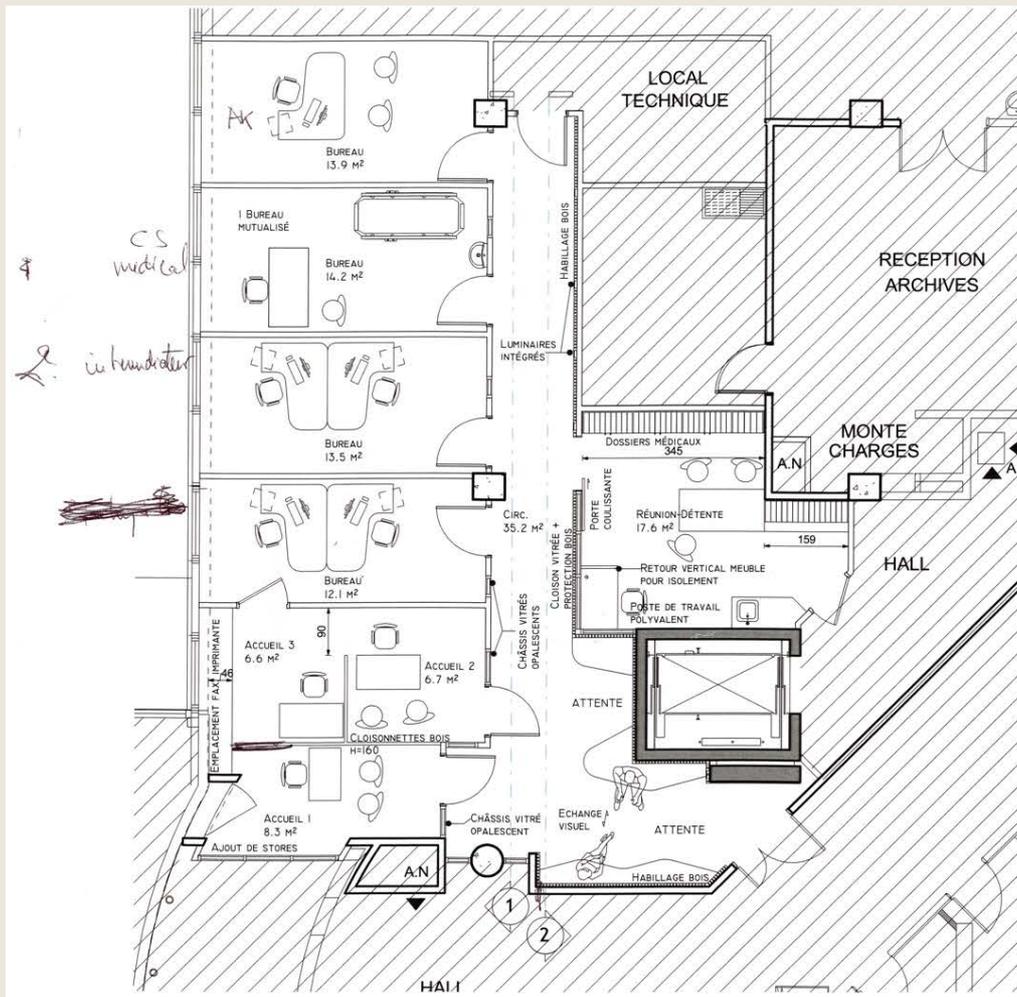


Figure 46 - Plan des locaux de l'UNISS dans le bâtiment de cardiologie pour son projet de déménagement, 2017  
© Atelier d'Architecture Hall & Idasiak

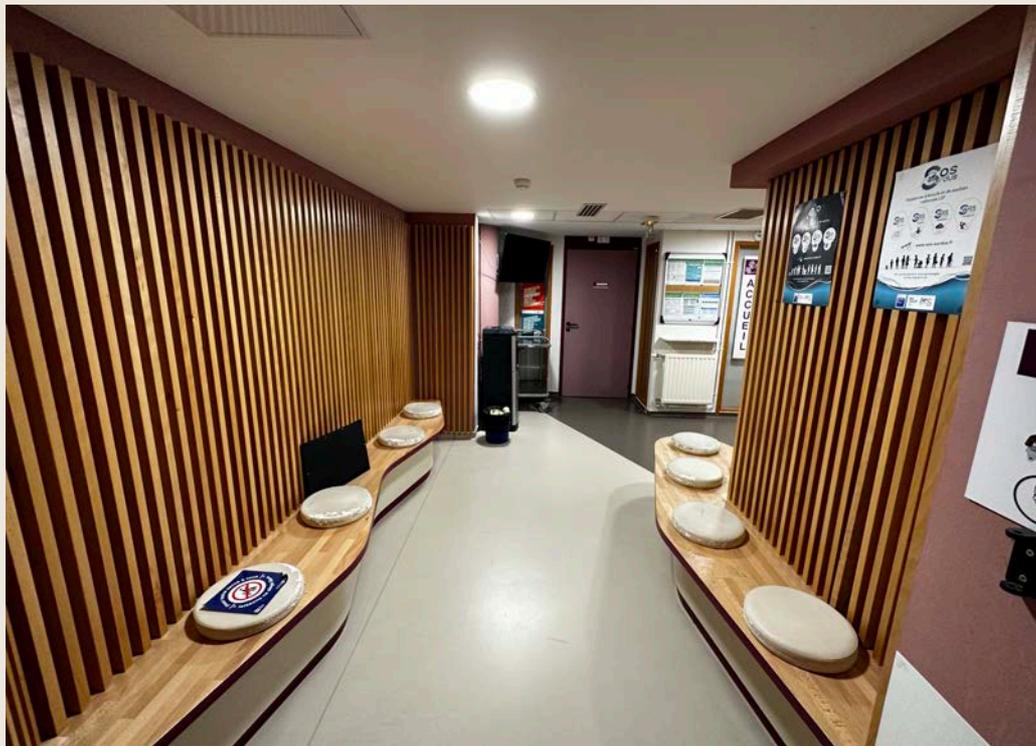


Figure 47 - Entrée dans la salle d'attente de l'UNISS, 2022  
© Hugo Vasseur

craint de ne pas entendre quand on l'appelle. Il est possible de mettre en place des solutions d'affichage de numéro lumineux visibles depuis tous les sièges pour appeler les patients sourds et malentendants. Si les emplacements sont fixes dans la salle d'attente, comme c'est le cas à l'UNISS, il est important de prévoir des emplacements plus larges pour un fauteuil roulant et suffisant pour permettre d'y manœuvrer. Il est préférable d'avoir un éclairage naturel, une intensité lumineuse suffisante et des informations lisibles et/ou compréhensibles sans pour autant surcharger d'information les usagers, ce qui pourrait déstabiliser une personne souffrant de troubles mentaux<sup>96</sup>. La qualité de l'éclairage, qu'il soit artificiel ou naturel, doit être conçue de telle sorte, sur l'ensemble du cheminement, qu'elle n'entraîne pas non plus de gênes visuelles.

D'après les plans de l'architecte qui a conçu cette unité de soins et d'informations, l'accueil est destiné à pouvoir accueillir une dizaine de personnes ce qui n'est pas suffisant par rapport aux flux de patients venant à l'UNISS<sup>97</sup> chaque jour. Cet espace d'accueil a été conçu dans une logique d'échanges visuels entre les différents patients afin qu'ils puissent communiquer. Ces places ne fournissent pas d'assises adaptées pour des pathologies lourdes, ni à la possibilité de mettre un fauteuil roulant. La proximité de cette salle d'attente avec les bureaux d'accueil ne permet pas d'intimité avec les patients qui auraient besoin d'échanger des informations confidentielles avec le personnel puisque visible par les patients depuis la salle d'attente. Par manque de place, les bureaux d'accueil sont composés de deux postes chacun, mais disposés de telle manière que pour accéder à celui du fond on est obligé de déranger le premier et est trop étroit pour permettre à une personne en fauteuil roulant de passer.

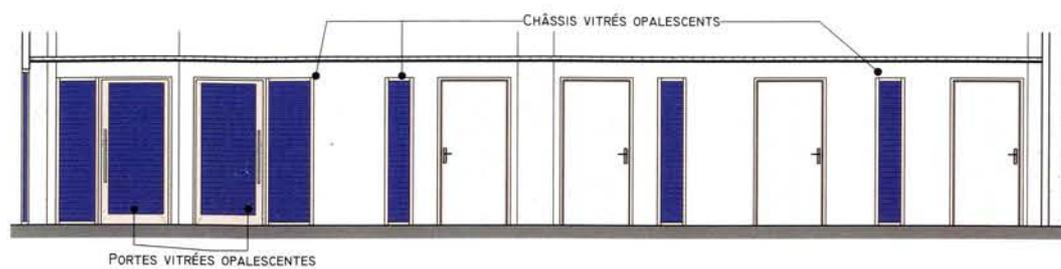
Enfin, après avoir été appelé par le médecin, le patient pénètre dans le cabinet de consultation médicale. Le lieu doit répondre à plusieurs objectifs. Celui d'accueillir le patient dans des conditions d'usage et de sécurité pour permettre au médecin travailler dans les conditions habituelles. L'agencement de cet espace et le choix des matériaux doivent avoir un effet favorable sur le patient dès l'entrée ainsi que pour les questions ou examens du médecin. Les bureaux sont positionnés le long d'un couloir face à un mur recouvert de tasseaux de bois et avec des dispositifs de bandes lumineuses intégrés entre. Ce dispositif au mur semble problématique pour l'ensemble des usagers de l'UNISS, patients comme professionnels. Ils sont à l'origine d'une sur-stimulation sensorielle qui nuit à la compréhension et à l'attention lors des échanges en langue des signes<sup>98</sup>. Les luminaires intégrés ont d'ailleurs été condamnés par le personnel car ajoutant un effet de contrejour. Ceux au plafond au-dessus des portes des consultations ont été déplacés en dehors de l'axe des ouvertures pour éviter ce même phénomène créant un obstacle et une gêne pour la bonne compréhension en entre les différents usagers.

---

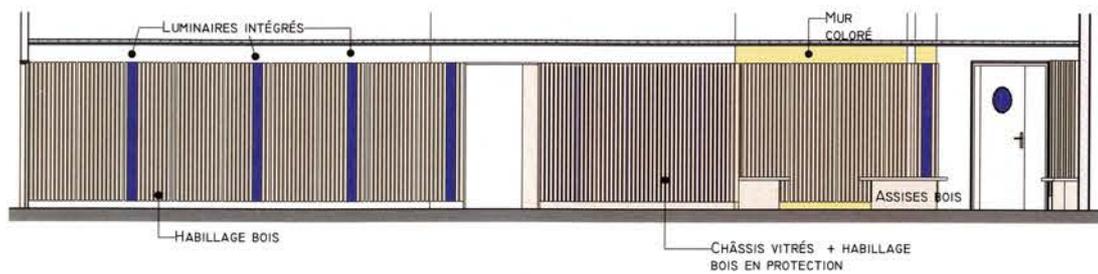
<sup>96</sup> Entretien avec Sophie GALLAS, chargée de coordination et communication du Centre de Référence déficiences intellectuelles rares. [entretien du 23 novembre 2022].

<sup>97</sup> Entretien avec Karim HADOUM, secrétaire à l'UNISS. [entretien du 16 novembre 2022].

<sup>98</sup> Entretien avec Nelly AZAIEZ, médecin généraliste et coordinatrice de l'UNISS. [entretien du 27 octobre 2022].



VARIANTE 1- COUPE 1



VARIANTE 1- COUPE 2

**Figure 48 - Propositions en coupes, pour les deux façades du couloir de l'UNISS, la première avec un système de portes vitrées opalescentes, la seconde avec un habillage en tasseaux de bois et luminaires intégrés, 2017**  
 © Atelier d'Architecture Hall & Idasiak

On constate de nombreux dispositifs propres aux besoins des personnes sourdes au sein de l'UNISS qui ne semblent pourtant évoquées dans aucun des ouvrages que j'ai pu jusqu'alors lire. Notamment des miroirs arrondis disposés de manière symétrique le long du couloir à côté de chaque porte permettent de percevoir l'ensemble du couloir et de repérer les personnes qui se rapprochent sans être vues ou entendues<sup>99</sup>. Des dispositifs lumineux sont mis en place au-dessus des portes avec un code couleur rouge et vert pour signaler si les bureaux sont occupés ou libres, mais semblent peu utilisés par le personnel de l'UNISS.

Enfin, on remarque dans les plans de l'UNISS des dispositifs d'ouvertures, des « châssis vitrés opaques » entre les bureaux et la circulation qui ont été pensés pour apporter de la lumière dans les parties qui ne comportent pas de fenêtre et donc pas de lumière naturelle directe. Ceux-ci sont finalement transparents, mais avec un système d'occultations, ce qui a eu pour conséquence, dans un souci de confidentialité, d'avoir des ouvertures toujours occultées et ne permettant pas le passage de la lumière.

---

<sup>99</sup> Entretien avec Antoine STERCKEMAN, inter-médiateur à l'UNISS. [entretien du 16 novembre 2022].

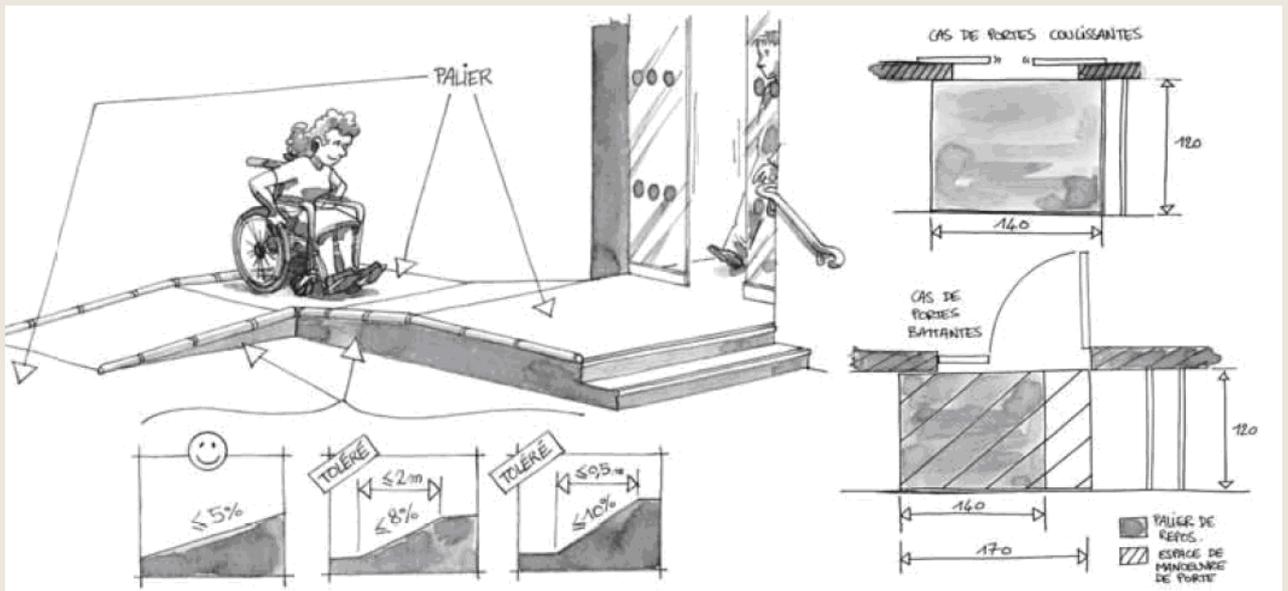


Figure 49 - Prescriptions techniques et dimensionnement d'une rampe d'accès, 2007  
© AC Nancy Metz

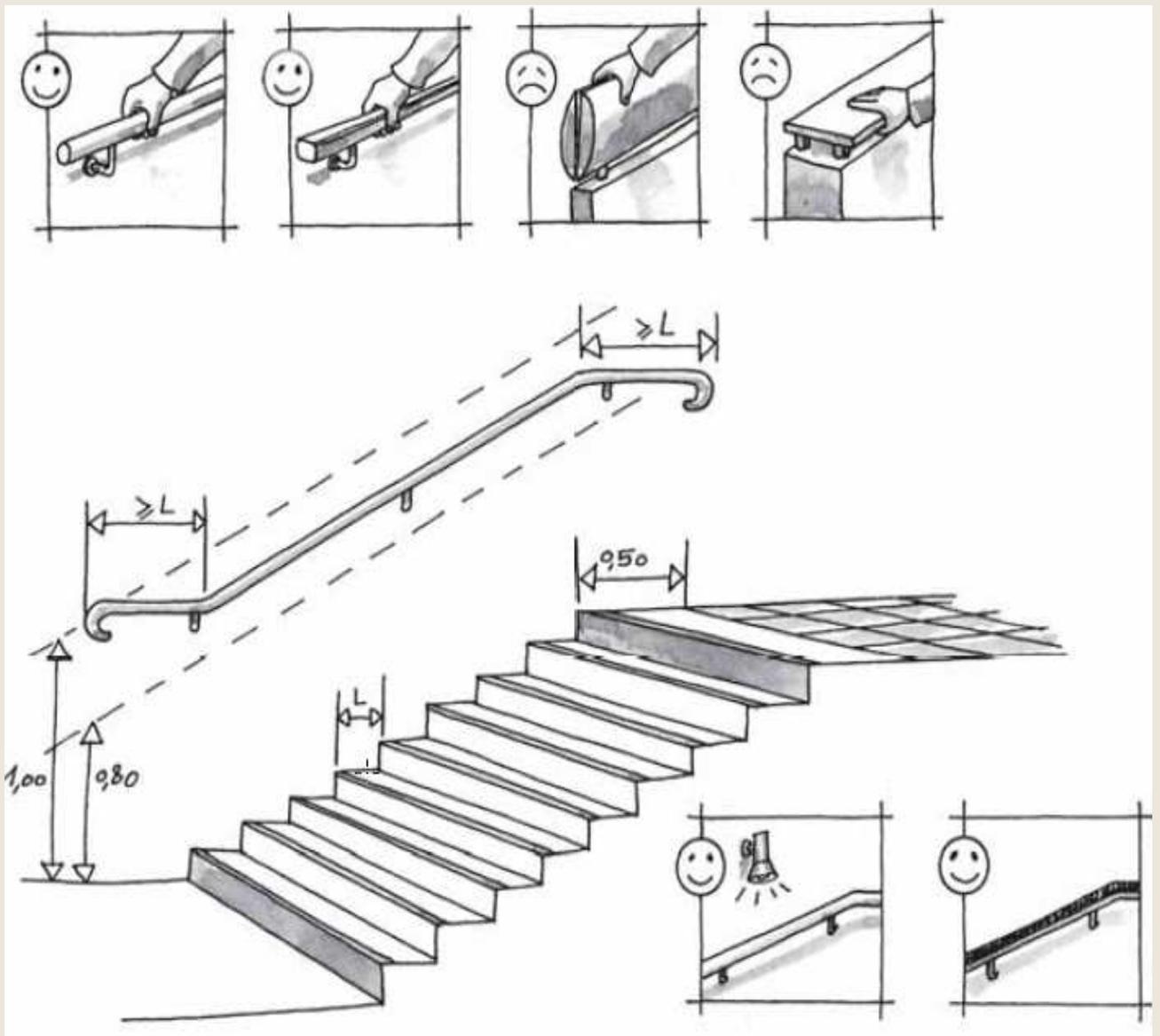


Figure 50 - Prescriptions techniques et dimensionnement d'un escalier, 2007  
© AC Nancy Metz

### III. Processus de conception

#### 1. Besoins et enjeux in situ

« Que signifie l'accès en autonomie au cadre bâti pour un public dont la caractéristique est la non-autonomie ? »<sup>100</sup>

Pour rendre accessible un site comme celui de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, il est important de comprendre l'ensemble des besoins des usagers. Il s'agit de pouvoir se repérer, s'orienter, circuler, accéder aux soins, communiquer, se reposer, être compris, pouvoir exprimer des demandes, des besoins, des craintes, des difficultés, etc.

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, comme tous les hôpitaux, est un lieu ouvert au public. C'est donc un lieu particulièrement concerné par la question de l'accessibilité et de sa conception universelle. Celle-ci doit permettre à tous, sans aucune discrimination ou différenciation, les mêmes conditions d'accès à tous les lieux ouverts au public, à l'ensemble des bâtiments qui composent ce site.

On peut en déduire qu'il existe une grande variété d'exigences, de besoins à prendre en compte lors du processus de conception dans une logique de mise en accessibilité de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ou de la transformation de certains services spécifiques. Il est important de saisir les différents besoins et types d'accessibilité selon le type d'usagers et leurs pathologies associées.

Pour une personne ayant un handicap moteur, il est important de prendre en compte les besoins de leur mobilité réduite, en créant des accès adaptés qui facilitent les déplacements en fauteuils roulants, l'utilisation des ascenseurs ou des escaliers adaptés, des rampes, des espaces de circulation large, des signalisations compréhensibles pour chacun, etc. Ces adaptations sont multiples et varient selon les lieux, intérieurs ou extérieurs, publics ou privés, ces exemples précédents ne sont pas une liste exhaustive des solutions à mettre en place, mais il est important de saisir les besoins des personnes qui ont un handicap moteur. Cela s'adresse également aux personnes âgées, avec canne, qui ont du mal à se déplacer, qui ont besoin de pouvoir se reposer régulièrement, de pouvoir faire des pauses, et donc d'avoir des lieux dédiés.

Pour une personne ayant une déficience sensorielle, il doit être mis en place des contrastes de couleurs adaptés, des signalisations sonores et/ou tactiles, des éclairages adaptés ou encore, des espaces silencieux, permettant de meilleures conditions pour saisir les informations nécessaires à la bonne orientation dans l'hôpital<sup>101</sup>. Un usager sourd aura notamment besoin dans le cas, où il est appareillé d'une boucle d'induction, de capteurs de son, de systèmes de vidéo-interprétation ou de pictogrammes clairs en complément des informations en toutes lettres. Un usager aveugle

---

<sup>100</sup> GODARD Claude (directeur de la publication), *op.cit.*, p. 43.

<sup>101</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 78.



Figure 51 - Proposition de signalétique pour l'accueil des consultations de génétique, 2022  
© AP-HP

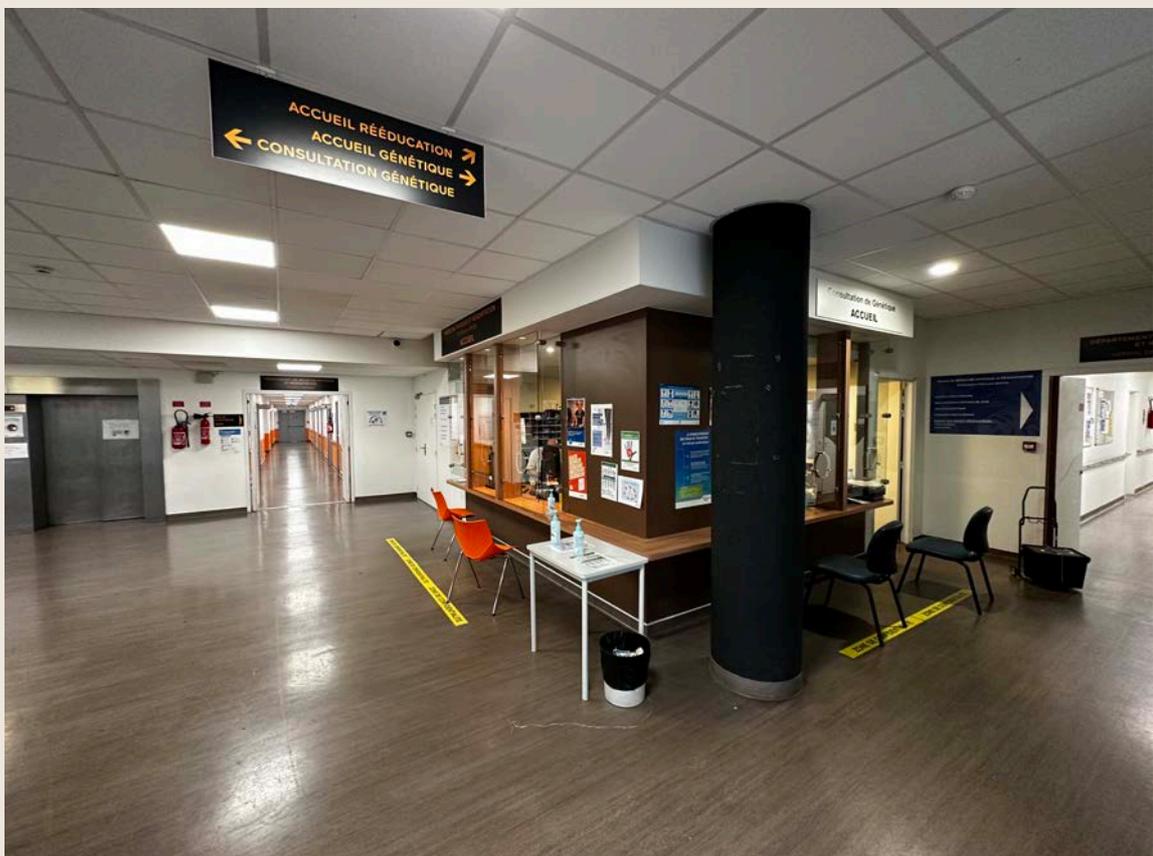


Figure 52 - Hall d'accueil du bâtiment de rééducation, 2023  
© Hugo Vasseur

ou malvoyant aura recours à des signalisations en braille, des bandes de guidage au sol pour les déplacements et la mise à disposition d'informations sonores ou de guides audio (à l'image des musées).

Pour une personne ayant une déficience cognitive, une signalisation simplifiée et explicite est nécessaire, prévoyant des espaces de repos, ou des dispositifs d'aide à l'orientation dans l'espace (exemple de la mise en place d'un livret d'accueil transmis en amont de la consultation ainsi pour les patients suivis au Centre de génétique « déficiences intellectuelles rares »)<sup>102</sup>.

Ces besoins nécessitent d'être pris en compte dès la conception des espaces ou des dispositifs architecturaux, en concertation avec l'intégralité des acteurs qui font évoluer l'hôpital par les transformations actuelles et futures. Pour identifier ces besoins spécifiques, il est important de s'entourer, de consulter et de questionner les personnes concernées : usagers patients, accompagnants, personnels soignants, associations, etc. Un certain nombre de normes et de réglementations en vigueur en matière d'accessibilité doivent être respectées, afin de garantir des aménagements répondant aux exigences et aux besoins des usagers handicapés.

Il est important de prévoir des aménagements qui puissent être modifiés dans une logique de flexibilité et de maintenance dans la conception architecturale, pour répondre aux besoins évolutifs des usagers, ainsi que des aménagements pouvant être entretenus et mis à jour. Des bénéfices pourront aller au-delà des besoins des différents handicaps. Ces aménagements des accès peuvent être aussi nécessaires pour des usagers anxieux, malades, peu familiers de ces lieux, inquiets sur leur santé.

Pour atteindre cet objectif, il aurait fallu pouvoir prévoir ce principe de « conception universelle » dès le début des projets, en phase de conception, ce qui à l'époque de leur création ne s'imposait pas. Pour y parvenir, s'impose désormais de transformer cet existant et d'intégrer en amont cette conception universelle dans notre processus de conception pour les futures constructions. L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, comme nous avons pu le développer précédemment, a subi de nombreuses transformations successives au cours de son histoire en fonction des besoins du moment sans prendre en compte le site dans sa globalité ou les dispositifs architecturaux.

La conception universelle est une stratégie, un schéma directeur qui tend à organiser l'ensemble des éléments d'un site pour donner à tous, dans un principe d'égalité, les mêmes droits sans distinction entre les différences et les capacités de chacun. Il faut donc pouvoir concevoir en amont des solutions qui soient adaptées et adaptables à tous les types d'usagers. Cette mise en accessibilité comporte également un enjeu économique, puisque en anticipant sur l'avenir, compte tenu l'augmentation de la durée de vie de la population vieillissante. L'organisation hospitalière devra obligatoirement faire face aux besoins grandissant de la société à venir. Les usagers de l'hôpital sont très nombreux, avec des besoins différents. La conception universelle est un moyen

---

<sup>102</sup> Entretien avec Sophie GALLAS, chargée de coordination et communication du Centre de Référence déficiences intellectuelles rares. [entretien du 23 novembre 2022].

« Aucune société ne pourrait évoluer dignement, tant qu'une partie de sa population, en raison de ses déficiences et par défaut d'accessibilité, doit se résigner à se faire soigner et court le risque d'être exclue du système de santé. »

pour rendre possible des parcours et des lieux d'accueil adaptés à l'ensemble de ses usagers.

« Aucune société ne pourrait évoluer dignement, tant qu'une partie de sa population, en raison de ses déficiences et par défaut d'accessibilité, doit se résigner à se faire soigner et court le risque d'être exclue du système de santé. »<sup>103</sup>

Chacun des usagers a sa propre spécificité, ses besoins qui évoluent avec leurs besoins, leurs adaptations, leurs types de pathologie ou les progrès médicaux ou techniques. Répondre de façon adéquate à l'accessibilité nécessite de comprendre en amont la multitude et la complexité des besoins existants. Les personnes qui pratiquent ces lieux au quotidien, connaissent les difficultés, les besoins, et s'adaptent au mieux dans la pratique des soins. C'est pourquoi la parole des usagers, leurs expériences professionnelles ou celles des patients sont des outils essentiels pour adapter nos projets à leurs besoins. L'architecte a une solide formation pour comprendre les principes fondamentaux de la conception architecturale et les méthodes pour les mettre en pratique. Il possède également des compétences techniques pour concevoir des bâtiments et des espaces qui répondent à un certain nombre de normes. Un ensemble de connaissance et de savoir-faire qui lui permet de concevoir en répondant aux besoins des usagers tout en respectant les normes de sécurité, les règles d'urbanisme et les critères esthétiques.

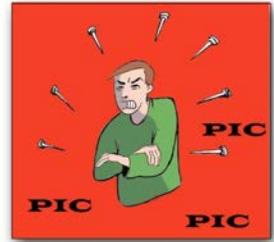
Nous avons pu observer précédemment les principes des cheminements accessibles, soulignant que tous ne le sont pas vraiment. Ainsi, on considère deux types de chemins, ceux utilisés par tous et qui doivent être accessibles, et ceux annexes, qui ne sont pas les plus empruntés et qui n'ont pas la nécessité d'être adapté en priorité. Deux études de cas sont présentées dans la seconde partie de ce mémoire, et ont pu être analysé grâce à l'expérience des lieux lors de mes nombreuses visites, et les nombreux entretiens réalisés avec différentes usagers de deux unités de soins de l'hôpital.

Tout d'abord le centre de référence génétique « déficiences intellectuelles de causes rares », fait l'objet d'une transformation pour en faire un service expérimental en créant un cheminement accessible depuis l'entrée Chevaleret jusqu'au bâtiment de rééducation, ainsi qu'un livret d'accueil. Au sein du centre de référence les patients ont du mal à s'orienter ; ils sont souvent accompagnés pour maîtriser le parcours et s'y rendre, même si ce n'est pas sur l'entièreté du chemin, ayant alors un sentiment d'autonomie qui les aident à progresser, et facilitent leur orientation. Des patients autistes ont parfois une forme d'agitation. Plus généralement, les patients suivis au centre de génétique présentent surtout des troubles de l'attention, de la concentration et de l'orientation. Ils ont besoin de beaucoup de repères, parfois même peut surgir un débordement psychologique dans l'espace s'il n'y pas de de limite autour d'eux les mettant en situation de stress important<sup>104</sup>. On ne peut pas modifier tout le parcours, mais s'ils y sont préparés, une information depuis

---

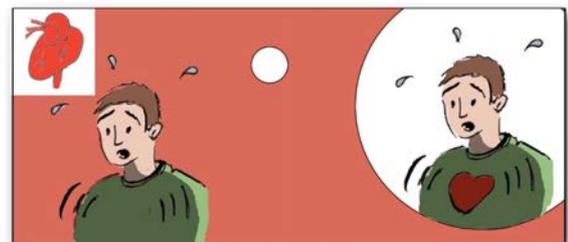
<sup>103</sup> ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *op. cit.*, p. 8.

<sup>104</sup> Entretien avec Sophie GALLAS, chargée de coordination et communication du Centre de Référence déficiences intellectuelles rares. [entretien du 23 novembre 2022].



OUI

NON



OUI

NON

OUI

NON

Figure 53 - Imagier pour faciliter la communication avec des patients qui ne peuvent pas s'exprimer oralement (pathologie somatique ou mentale, langue étrangère, etc.), 2016 © Centre hospitalier de Douai

l'entrée de l'hôpital pourrait les aider à reconnaître le chemin. L'idée d'envoyer ce livret d'accueil en amont de la consultation aurait pour but d'offrir un visuel, un « déjà vu ». L'accompagnant pourrait reprendre avec le patient le plan d'ensemble.

Une personne ayant une déficience intellectuelle rencontre des difficultés à communiquer et une réduction de leurs capacités de compréhension, de décision, de lecture, d'écriture ou même pour se situer dans l'espace. Il est donc primordial pour ces personnes d'avoir leurs propres repères, pour s'approprier l'espace et les informations mises à leur disposition. De la même façon qu'une personne qui ne saurait pas lire ou qui ne maîtriserait pas la langue du lieu où elle se trouve. Ces personnes ont besoin d'informations visuelles ou sonores simplifiées, associant l'image au texte.

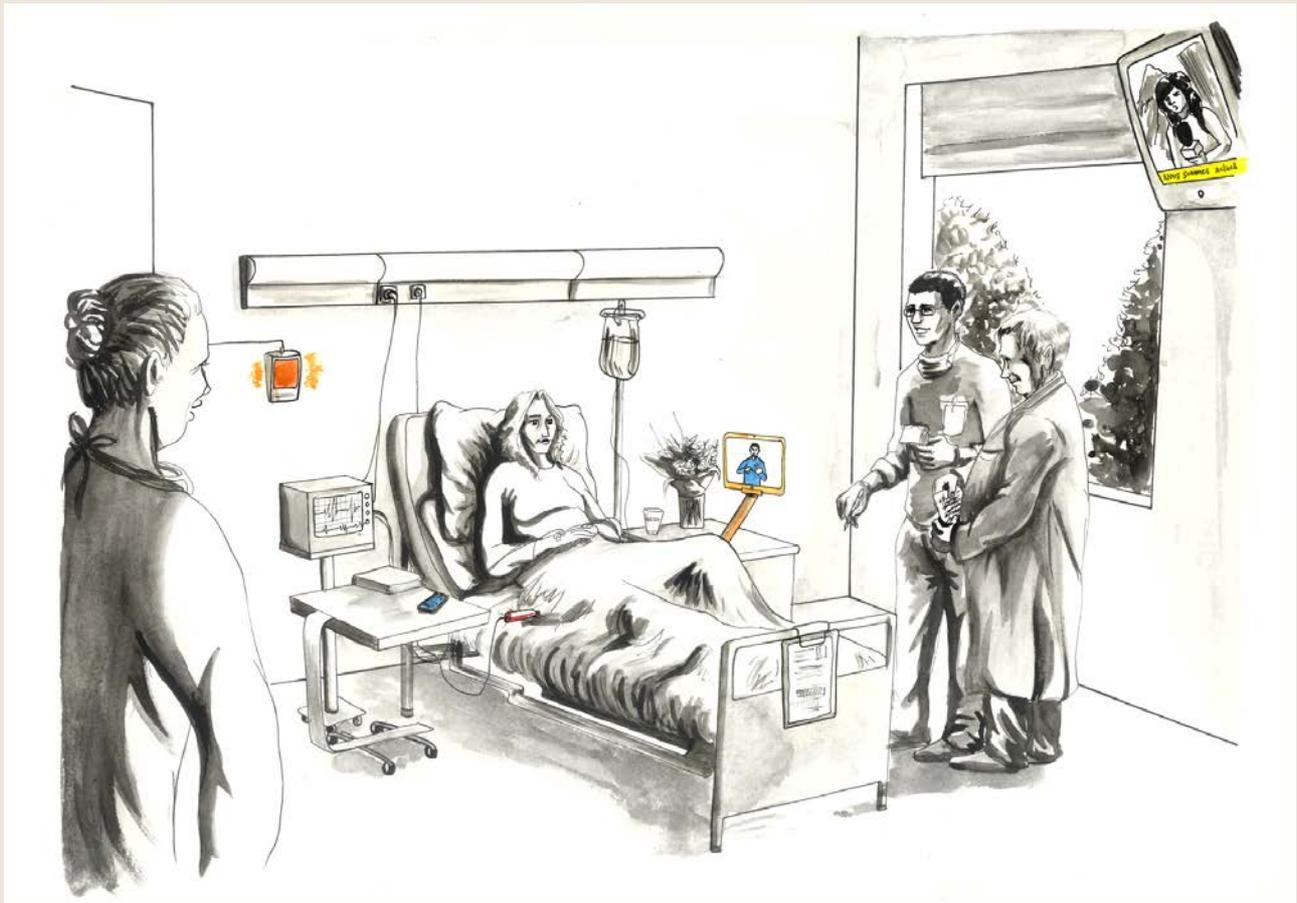
Le cheminement, pour se rendre jusqu'au centre de référence, bien qu'il soit court (environ 250 mètres, soit moins de 5 minutes pour une personne ne présentant pas de difficulté à s'orienter ou se déplacer) est presque entièrement linéaire, mais pose quelques problèmes. Ce chemin est parfois anxiogène car c'est l'une des deux entrées principales et donc des flux importants de personnes et de véhicules. Les patients ne savent pas tous lire, il faut donc trouver une signalétique qui soit compréhensible de tous, être visible et lisible. Sur ce même cheminement, se place l'entrée du bâtiment de cardiologie qui accueille en son sous-sol l'UNISS. Le même problème peut se poser pour les personnes malentendantes ou sourdes, mais également à tous les autres types de handicap. Quels sont alors leurs besoins spécifiques pour avoir les informations, de façon permanente dans le cheminement avec des signalisations visuelles ou sonores ? Ces informations doivent nécessairement être perçues et interprétées par tous, handicapés ou non. De nombreux patients se perdent au sein de l'hôpital, il faut indiquer les ascenseurs, les escaliers et préciser par exemple que l'UNISS se situe en rez-de-chaussée bas, ce qui inquiète certaines personnes<sup>105</sup>. Certains patients ne savent pas lire. La signalétique est principalement « UNISS » en pleines lettres et le logo aussi mis parfois. Cette signalisation constitue une rupture dans la chaîne d'information, et un manque d'unité dans la présentation et la mise en place de la signalétique au sein de l'hôpital.

Les patients sourds sont privés de l'environnement sonore et des codes de communication orale. En général, s'orienter dans l'espace est facile avec les perceptions sonores, alors que le premier moyen de communication d'une personne sourde non appareillée est la langue des signes. Ne pas pouvoir avoir accès au langage oral c'est également ne pas avoir accès à l'information courante. La personne sourde n'a pas le moyen d'anticiper ce qu'elle ne peut voir ou prévoir. Les espaces doivent donc être adaptés et répondre à ses besoins spécifiques. La conception architecturale doit donc avoir recours à des signes visuels forts et compréhensibles dès le premier abord. Un repère visuel en façade n'est pas suffisant. Pour s'orienter de façon autonome, il faut une signalétique « plurielle »<sup>106</sup>.

---

<sup>105</sup> Entretien avec Élodie CAPILLON, assistance-sociale à l'UNISS. [entretien du 16 novembre 2022].

<sup>106</sup> GOUTTE Cyril, *Concevoir des espaces accessibles à tous : accessibilité handicapés*, Champs-sur- Marne : CSTB, 2008, p. 15.



**Figure 54 - Dispositifs et adaptations pour la mise en accessibilité d'une chambre d'hôpital, 2016**

© Fédération Francophone des Sourds de Belgique

Les éléments colorés correspondent à des besoins spécifiques.

- Une alarme visuelle avec un flash qui permet d'avertir la personne sourde
- Un écran d'interprétation à distance pour communiquer par l'intermédiaire d'un interprète
- Le sous-titrage à la télévision
- Un bouton d'appel à portée de main
- Le médecin baisse son masque pour que le patient puisse lire sur les lèvres

Une personne sourde venant à la Pitié-Salpêtrière, peut venir pour l'UNISS, unité de soin spécifique, ou aussi aller dans n'importe quel autre service de l'hôpital. Il y a donc deux problématiques. Est-ce que le service de l'UNISS est adapté ? Est-ce que l'ensemble de l'hôpital est adapté ? On considère que la surdité est une situation de handicap partagée, c'est-à-dire que deux personnes ne partagent pas le même mode de communication. Ainsi, d'un point de vue sociologique, les sourds évoluent dans un environnement dont majoritairement, ils ne partagent pas le mode de communication et de pensée.

Les personnes sourdes ont des besoins spécifiques en matière d'accessibilité. En terme de communication, il est important de disposer de systèmes de communication en langue des signes française (LSF) pour permettre aux personnes sourdes de communiquer avec les professionnels de santé et les autres membres du personnel. Ces usagers ont besoins de disposer d'informations en langue des signes sur les différents services de l'hôpital, comme les horaires, les consignes de sécurité, la localisation des différents espaces. La mise à disposition d'affichage des informations en relief pour des personnes sourdes ou malvoyantes peuvent être disposés. Pour la sécurité, les alarmes incendies ou d'urgence sont habituellement sonores, ce qui posent problèmes pour les usagers sourds, il est donc important de prévoir des dispositifs lumineux ou des notifications par vibrations.

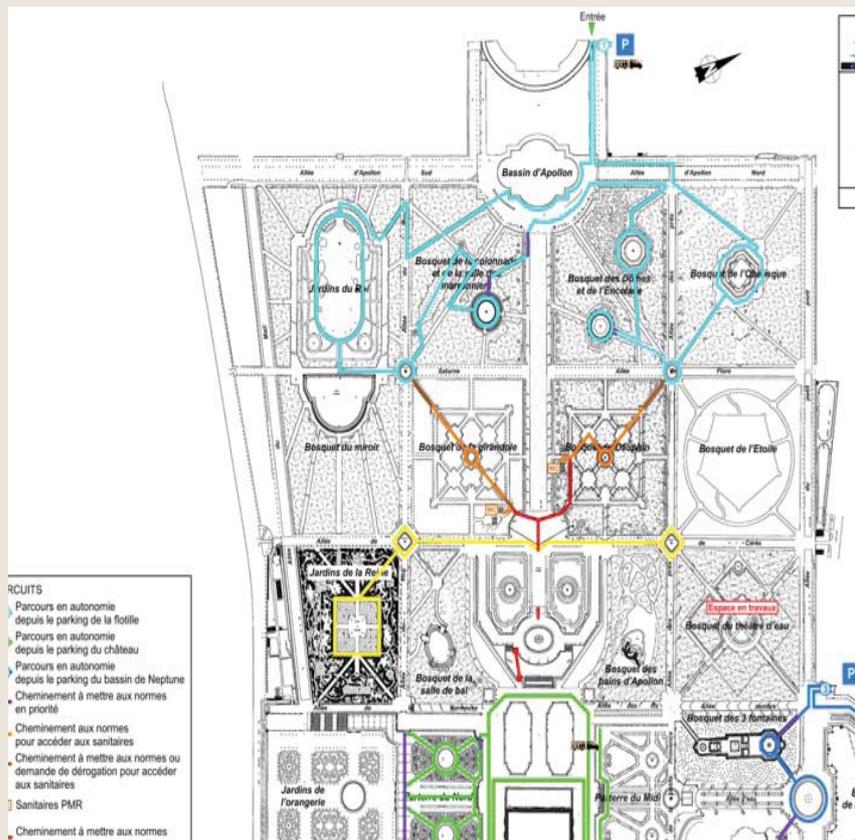
En somme, il y a de nombreux défis à relever pour garantir l'accessibilité de façon universelle. Il y a une volonté des instances, des différents services de l'hôpital, des usagers, d'améliorer l'accessibilité de l'hôpital. Les normes et les réglementations évoluent constamment pour prendre en compte les besoins des personnes en situation de handicap. Il y a des projets de rénovation ou de constructions de nouveaux bâtiments au sein de la Pitié-Salpêtrière, en utilisant des dispositifs adaptés pour faciliter leur accès. Il y a également des projets pilotes, expérimentaux pour identifier les obstacles et les améliorer.

## **2. Lieux touristiques et culturels - réponses pour l'accessibilité dans d'autres situations**

Dans cette partie, nous nous appuyerons principalement sur des cas concrets de mise en accessibilité mentionnés lors du séminaire européen « Accessibilité du cadre bâti ancien protégé » qui a eu lieu les 17 et 18 mars 2011 au château de Versailles. Un séminaire qui avait pour but de situer la question de l'accessibilité au sein d'un cadre bâti ancien protégé et contraignant, et de présenter des solutions qui ont pu être expérimentées en Europe. En réponse aux problématiques évoquées précédemment, certaines de ces solutions ont été retenues par leur écho à la situation actuelle de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.



**Figure 55 - Avenue Rockefeller et place d'Armes avec la statue de Louis XIV et château en arrière plan : avant et après son aménagement, 2011**  
 © F. Didier



**Figure 56 - Différents circuits proposés pour les personnes à mobilité réduite, 2011**  
 © D. Sancho

## 2.1. Études de cas : démarches globales pour l'accessibilité

### Exemple 1 : L'accessibilité du public au cœur des enjeux du Grand Versailles - France

Une étude de cas a été présentée par Daniel Sancho, directeur du patrimoine et des jardins du château de Versailles, ainsi que par Frédéric Didier, architecte en chef des monuments historiques en charge des travaux du château de Versailles depuis 1991<sup>107</sup>. L'intervention a pour objectif de comprendre comment un programme de restauration peut concilier le respect de l'histoire et l'accessibilité de tous les publics. Un travail qui a surtout porté sur la question du handicap moteur, en lien avec le schéma directeur du Grand Versailles mis en place entre 2003 et 2020. En 2011, la place d'Armes fait l'objet d'un programme d'amélioration d'accessibilité. Des trottoirs sont créés et un nouveau cheminement qui respecte la circulation des piétons, des bus et des véhicules légers. L'objectif est de rendre le sol plus agréable et passer du gravillon à un sol en béton plus lisse, avec un balisage pour le guidage latéral. Ce changement s'associe à une vraie volonté d'aménagement, discret, simple, qui cherche à s'intégrer dans son cadre.

Dans la cour haute, un travail sur le nivellement a permis de gagner près de soixante centimètres et de supprimer les perrons des Pavillons Dufour et Gabriel qui posaient des problèmes insurmontables de rampes. Ainsi, la cour a été remise à son niveau d'origine dans sa disposition historique, permettant une entrée de plain-pied dans le château. Le parc pose également des problèmes d'accès, et le rendre totalement accessible est impossible. En effet, les dénivelés sont trop importants, les escaliers trop nombreux et non compensables. La solution choisie a été de valoriser des circuits prioritaires, par un chemin sécurisé accessible depuis le parking. Une exception est permise grâce à un mécénat : le parterre nord est accessible grâce à un élévateur. Le but est de trouver des solutions alternatives pour créer des conditions de déplacement acceptables et amener le public dans des lieux inaccessibles de façon autonome. Le résultat désiré serait que tous les bosquets soient accessibles.

Ces transformations sont d'autant plus difficiles à intégrer dans un bâtiment, qu'il est historique et protégé. Comme Frédéric Didier le souligne « un autre paradoxe : dans les aménagements que la loi impose, il y a quelque chose qui est une tension créée entre la nécessité de visibilité de ces aménagements, qui est à l'encontre de ce que nous visons : l'intégration la plus discrète possible. Pour le handicap visuel, par exemple, on cherche le contraste, alors que nous [architectes des monuments historiques], on cherche à le limiter. C'est un vrai problème à résoudre. »<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles [en ligne]*, p. 56, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <<https://www.accessibilite-patrimoine.fr/wp-content/uploads/2016/11/actes-versailles-2011-web.pdf>>

<sup>108</sup> *Idem*



**Figure 57 - Vue de la modification des abords : un geste fort pour donner la priorité aux piétons et une meilleure lisibilité de l'espace, 2011**  
© Design for All Foundation



**Figure 58 - Une première photo montre l'entrée du musée en descendant des escaliers, perdant en visibilité. Une seconde photo montre l'entrée actuelle qui se fait dans le prolongement d'une pente naturelle. Elle est de plain-pied et signalée par des caractères contrastés et un renforcement en façade, 2011**  
© Design for All Foundation

## Exemple 2 : Accéder en relief contraint : l'abbaye de Montserrat - Espagne

Exemple présenté par Francesc Aragall, président-fondateur de la Design for All Foundation<sup>109</sup>. Il y est souligné, qu'à l'image du site de l'abbaye de Montserrat, les solutions à développer seront de types architecturaux et techniques, mais aussi humains et organisationnels. Pour une mise en contexte, l'abbaye est présentée par quelques chiffres : Montserrat a une hauteur de 615m de dénivellation et se situe à 65 km de Barcelone. C'est à partir de 1999 que l'abbaye décide de s'adapter pour être plus accessible à tous les visiteurs<sup>110</sup>.

Il s'agit dans un premier temps de travailler l'accès au site : pour favoriser les piétons et les transports publics plutôt que la voiture. Pour cela, a été mis en place un transport en commun accessible aux fauteuils roulants et personnes à déficience visuelle, entre le parking installé plus loin et l'abbaye. Un travail a été réalisé sur l'ensemble du site, mais aussi sur ses abords afin de garantir une continuité de la chaîne de déplacement. Cette solution de transport en commun sur site permet de limiter la circulation des voitures dans son enceinte. Ce point pourrait se développer à la Pitié-Salpêtrière, afin d'améliorer les intersections entre piétons et véhicules motorisés.

La seconde grande transformation sur les espaces extérieurs concerne le problème de la pente. Le but était ici de supprimer les escaliers. Ainsi, des pentes douces sont aménagées et l'entrée dans l'abbaye repensée. Elle se fait désormais dans le prolongement de la pente naturelle et s'intègre au mieux dans son site. Nous notons dans ce cas que le choix d'un design contemporain et réversible s'est fait pour les nouvelles rampes. Le but était de garder la lisibilité du bâti ancien et de le préserver au mieux.

## Exemple 3 : Organiser l'accessibilité autour de la nouvelle entrée : Queen's House Greenwich – Royaume-Uni

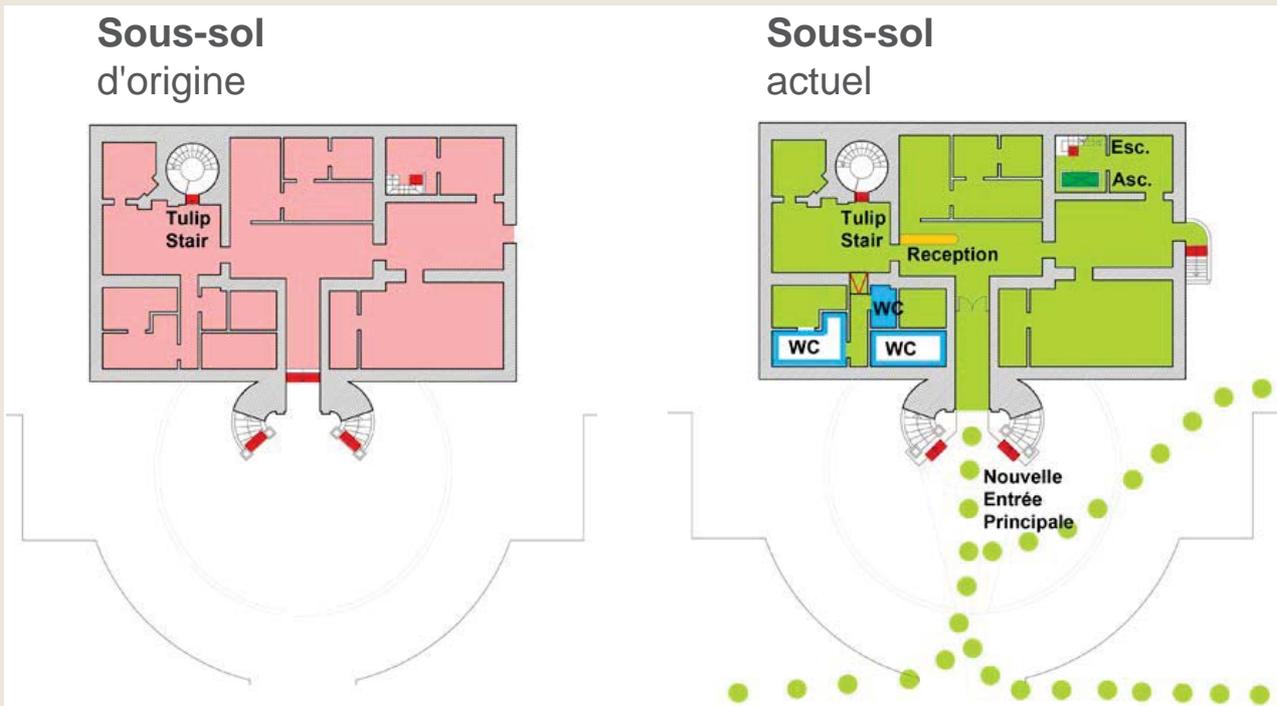
Cette étude de cas est présentée par Marcus Weisen, directeur du « Jodi Mattes Trust for accessible digital culture », qui a travaillé pendant 15 ans au Royal National Institute of Blind People et, pendant cinq ans, comme conseiller auprès des musées, bibliothèques et archives de l'Angleterre, ainsi que par Marine Semichon, architecte spécialisée dans l'accessibilité des bâtiments historiques et collaboratrice du cabinet d'architectes David Bonnett Associates<sup>111</sup>.

---

<sup>109</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *op. cit.*, p. 86.

<sup>110</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 96.



**Figure 59 - Plan du sous-sol de la Queen's House Greenwich : à l'origine l'accès au bâtiment se faisait par des escaliers sur les côtés et de front. Maintenant, entrée de plain-pied avec les cheminements extérieurs depuis l'entrée principale au sous-sol, 2011**  
 © David Bennett Associates



**Figure 60 - La place du siège de la cour Suprême à Stockholm avec un cheminement adapté sur les pavés, place de stationnement accessible, 2011**  
 © Oddbjorn Sormoen

Il s'agit ici de la transformation d'une maison de campagne de la famille royale, située au bord de la Tamise, en proie à un tourisme grandissant. Ce bâtiment est classé dans son intégralité grade 2, c'est-à-dire le plus haut classement au Royaume-Uni. Il est aussi classé à l'UNESCO. La consigne est que toute modification réalisée devait être la plus discrète possible.

Entre 1999-2000, d'importants travaux de mise en accessibilité sont réalisés. Pour limiter les déplacements jusqu'au musée, un dépôt minute est installé à proximité de l'entrée, ainsi que des places de parking handicapés. Une solution qui, encore une fois, permet d'éviter le stationnement gênant et envahissant sur un site. Puis, la création d'une entrée de plain-pied, à l'emplacement d'une ancienne entrée de service, permet de repenser tout le parcours du visiteur. Au lieu de lui faire emprunter un grand escalier pour accéder à l'accueil, une pente douce le mène à la porte d'entrée, située très clairement dans l'axe du musée. Les cheminements sont modifiés avec une sorte de gravier appelé *self binding gravel*, qui se tasse quand on marche dessus. Ce matériau est praticable par les fauteuils roulants et s'intègre très bien à l'existant.

## **2.2. Études de cas : dispositifs et pratiques d'accessibilité du cadre bâti ancien protégé**

### Exemple 1 : La démarche entrée digne

Intervention d'Oddbjorn Sormoen qui a coordonné le programme d'accessibilité au patrimoine des pays du nord de l'Europe<sup>112</sup>.

« L'entrée digne est une approche suédoise basée sur une philosophie et un principe : dans un bâtiment, même protégé, tout le monde doit être en mesure d'utiliser une même entrée »<sup>113</sup>

Le Siège de la cour Suprême à Stockholm est l'exemple qui a retenu mon attention. Devant le bâtiment, la surface du sol a été modifiée pour que le terrain soit plus négociable. Un cheminement plus adapté sur des pavés a été installé jusqu'à l'entrée du bâtiment. L'entrée est désormais de plain-pied, grâce à l'abaissement du niveau du sol. La surface est couverte de dalles de la même qualité que celles de la cour. Pour une meilleure visibilité, un mur en granit permet de bien marquer la différence entre la cour et le bâtiment. Ce muret permet également de dissimuler

---

<sup>112</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *op. cit.*, p. 126.

<sup>113</sup> *Idem*



**Figure 61 - Entrée du tribunal, avec dispositif de rampe cachée par le muret, 2011**  
© Oddbjorn Sormoen



**Figure 62 - Vue de l'entrée avant et après travaux du musée national de Azulejo, 2011**  
© Instituto dos Museus e da Conservação - Portugal

la rampe fixée et de garder ainsi une certaine intégrité patrimoniale. Cette réflexion n'est pas celle d'un seul, mais implique « un travail avec des concepteurs, des industriels pour trouver des solutions innovantes. Il y a un groupe de pilotage central avec des architectes, des industriels et ensuite d'autres petits groupes de pilotage pour chaque projet. Une solution adoptée pour un bâtiment peut être reproduite ailleurs »<sup>114</sup>. Ainsi, « l'accessibilité permet de valoriser à la fois le patrimoine, mais aussi l'individu »<sup>115</sup>.

### Exemple 2 : Principe de réversibilité ou d'interventions mineures appliqués au musée national de Azulejo – Portugal

Ce cas a été présenté par Mme Clara Mineiro qui travaille actuellement au sein de l'Instituto dos Museus e da Conservação dépendant du ministère de la Culture du Portugal, par M. Nuno Peixoto, responsable de la société ProAsolutions.pt Lda, délégué de la Design for All Foundation au Portugal et membre de l'European Concept of Accessibility<sup>116</sup>.

Le Musée National de l'Azulejo (MNAz) a été choisi comme projet pilote au Portugal afin de résoudre le problème de l'accessibilité. Les solutions doivent être simples et réversibles, pour répondre aux difficultés rencontrées lors de transformations sur le patrimoine au Portugal. Ces solutions sont le fruit de discussions avec les associations représentatives du patrimoine d'un côté, et de l'accessibilité de l'autre.

L'une des opérations les plus lourdes a consisté dans les travaux de l'extérieur. Tout est remis au même niveau pour faciliter l'accès à l'entrée principale, qui avait avant une différence de 5/6 cm avec le sol. Une des contraintes a été de garder exactement la même configuration et les mêmes matériaux au niveau du sol. Un matériau ancien, et d'apparence peu accessible, peut donc se conserver en se renouvelant et en s'adaptant à la situation. Concernant l'accès au jardin et la terrasse, une solution devait être trouvée pour améliorer l'accessibilité aux personnes en déficience visuelle. La solution, très simple, a été celle d'un marquage au sol afin de former un petit couloir, un petit cheminement qui guide l'utilisateur jusqu'à sa destination.

---

<sup>114</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *op. cit.*, p. 134.

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 140.

<sup>116</sup> *Ibid.*, p. 141.



**Figure 63 - Marquage au sol pour l'accès au jardin et à la terrasse pour l'accessibilité aux personnes en déficience visuelle, un cheminement pour l'eau de pluie qui guide l'utilisateur. Vue du dispositif avant/après, 2011**

*© Instituto dos Museus e da Conservação – Portugal*



**Figure 64 - La question de l'entretien : à Rome, du Panthéon à la fontaine de Trévi, des cheminements tactiles, 2011**

*© Isabella Steffan*

### Exemple 3 : Solutions ergonomiques et utilisation des dispositifs d'aide à l'orientation - Italie

Isabella Steffan est architecte et ergonomiste, basée à Milan, membre du bureau exécutif de la société italienne pour l'ergonomie. Elle enseigne l'ergonomie cognitive et le Design for All dans plusieurs établissements, dont l'école polytechnique de Milan<sup>117</sup>.

Il s'agit ici de mettre en valeur la ville et ses marqueurs du paysage, afin de donner des signaux communicatifs et des repères qui permettent de s'orienter. Un élément d'architecture, un bâtiment facilement reconnaissable ou un monument peut ainsi se transformer en point de référence pour aller dans la bonne direction : tournez après cette église, marchez jusqu'au parc, passez à droite de la palissade etc... Ce travail passe également par les matériaux, notamment des cheminements qui utilisent la signalétique multi-sensorielle faite de différentes textures de surfaces, évitant des contrastes de couleur trop importants.

Mais à Rome, huit ans après, la route où se trouvaient ces aménagements est désormais occupée par des terrasses de café. Une attention particulière doit être portée sur le long terme, de telle sorte que rien ne vienne entraver ces aménagements, par du mobilier urbain ou des voitures par exemple.

Le traitement de sol, qui semble adapté pour répondre à l'accessibilité d'un type de personne, peut entrer en contradiction avec un autre : « Dans un contexte historique, il est difficile de jouer sur les contrastes. Ainsi, l'homogénéité de couleur doit se compenser par des matériaux en relief. Cependant, on n'évite pas les conflits d'usages entre les personnes qui ont une déficience motrice, alors que les surfaces plus irrégulières, rugueuses, sont plus inconfortables mais repérables par des personnes en situation de déficience visuelle. Tout est une question de choix et de positionnement en fonction du contexte. »<sup>118</sup>

« La différenciation de sols contribue également à la qualité du projet. Il existe six codes différents pour différencier ces sols, en plus des différences de niveau. Habituellement, ces choix ne sont guidés que par des considérations esthétiques : il faut noter que ceux-ci sont aussi utiles pour les personnes distraites et malvoyantes, dans la signalisation d'obstacles notamment »<sup>119</sup>.

---

<sup>117</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *op. cit.*, p. 158.

<sup>118</sup> *Ibid.*, p. 161.

<sup>119</sup> *Ibid.*, p. 162.



**Figure 65 - Palazzo di Pietra et temple d'Hadrien, Rome, 2011**  
*© Isabella Steffan*



**Figure 66 - Contrastes sur les marches de Trafalgar Square,  
Londres, 2011**  
*Inconnu*

#### Exemple 4 : Couleur, lumière et contrastes – Royaume-Uni

Keith Bright est consultant accessibilité indépendant et professeur émérite « Environnement facilitant l'intégration » de Reading (Royaume-Uni)<sup>120</sup>. Sur le même thème, il met en avant l'importance de la mise en œuvre des contrastes, qui pour la plupart se contenteraient d' « ajouter du fluo sur des marches ». Ce travail est en fait beaucoup plus complexe et peut tout à fait s'intégrer dans le cadre d'un bâti ancien. C'est le cas à Trafalgar Square, où des bandes contrastées ont été placées en haut des nez des marches. Ces contrastes s'intègrent bien dans l'existant, mais doivent être utilisés avec d'autres dispositifs comme des mains courantes. « Pour utiliser en toute sécurité un escalier, pour un déficient visuel, il est préférable d'allier ces bandes contrastées à une main courante »<sup>121</sup>

#### Exemple 5 : projet d'amélioration de la signalisation à la Bibliothèque Nationale de France à Paris - France

Un dernier exemple qui ne provient pas de ce séminaire mais d'un ouvrage sur les équipements culturels et le handicap mental est la bibliothèque nationale de France<sup>122</sup> qui a réalisé un projet pour améliorer la signalisation. Deux grands totems de 14m de haut signalent l'entrée, et sont le point de départ d'un cheminement accessible. Ces deux grands signaux incluent également un plan en relief permettant de situer le bâtiment dans son environnement en incluant l'avenue de France d'un côté et la passerelle de l'autre. Ces totems permettent donc de signaler un cheminement accessible, un point de départ et d'orienter pour les usagers dans l'environnement de la BNF. Ces cheminements sont également signalés au sol et contrastés. De nombreuses assises tout au long du parcours le permettent avec leurs trois hauteurs d'assises. Ce cheminement possède un revêtement adapté antidérapant qui est équipé d'un éclairage la nuit. Pour guider les usagers, un traitement différencié au sol et des indications de directions pour choisir un itinéraire assurant le guidage, ainsi que des balises visuelles et sonores dans le but d'informations adaptées à tous dans une logique d'accessibilité et de sa conception universelle.

Pour conclure, nous pouvons dire que cette liste de solutions n'est pas exhaustive, mais elle indique bien que la réflexion sur l'accessibilité doit être prise en compte le plus tôt possible dans un projet, afin de l'intégrer au mieux. La concertation avec les personnes les plus concernées est souvent bienvenue, afin de répondre aux enjeux avec efficacité. Des solutions parfois discrètes, parfois clairement affichées, peuvent dialoguer avec l'environnement et prendre en compte l'histoire du bâtiment qui les accueille. Nous remarquons qu'il peut être parfois difficile de concilier

---

<sup>120</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *op. cit.*, p. 168.

<sup>121</sup> *Ibid.*, p. 176.

<sup>122</sup> GODARD Claude (directeur de la publication), *op. cit.*, p. 45.



**Figure 67 - Dispositif de manchon tactile à apposer sur des mains courantes , 2006**  
© Accès+

certaines solutions, notamment quand cela concerne le traitement du sol pour les personnes à mobilité réduite et les personnes en difficulté visuelle. L'objectif de l'accessibilité des espaces extérieurs à tout public est atteignable. Il résulte d'un long processus de réflexion puis de mise en place. Améliorer l'accès à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, c'est intégrer le patient au projet, participer à son confort, mais aussi lui donner une dignité dans un lieu qui ne le rejette pas.

### **3. Dispositifs architecturaux, urbains, paysagers, design**

Il existe une grande variété de dispositifs qui pourraient être mis en place pour améliorer l'accessibilité de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Dans les exemples précédents, la mise en place de ces dispositifs permettrait de créer un environnement plus inclusif et adapté aux besoins des différents usagers, tout en améliorant leur expérience et en favorisant leur autonomie.

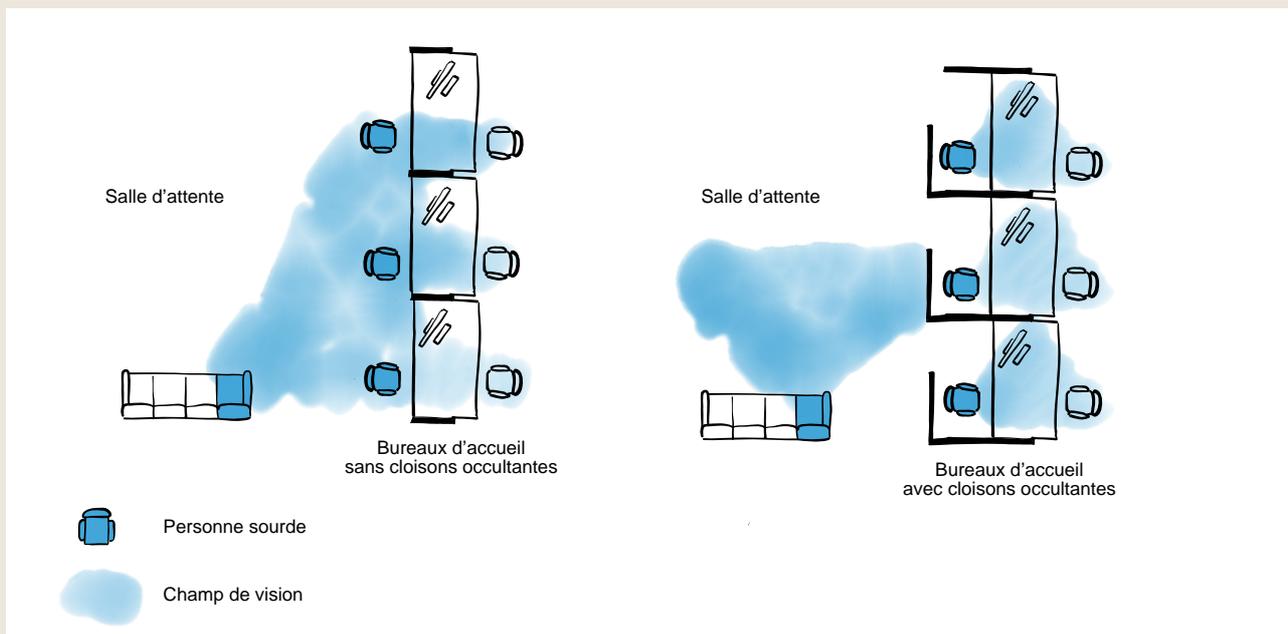
Les dires des usagers, leurs expériences, sont des éléments qui contribuent à mettre en place une meilleure accessibilité. En intégrant des différents acteurs dans le processus de conception, architectes, ingénieurs, planificateurs pourraient mieux saisir les besoins, les préférences et les difficultés des patients, des soignants et des visiteurs. Ils pourraient concevoir un espace qui répondrait mieux à leurs besoins. Il existe différentes méthodes de travail pour intégrer les usagers au cœur du processus de conception, telles que des entretiens individuels, des ateliers participatifs, des enquêtes, des observations in situ. Ces méthodes aident à informer ainsi sur les besoins et les usages adaptés en termes d'accessibilité, mais aussi de confort, de sécurité, pour mieux circuler et s'orienter.

Pour reprendre les observations et les échanges réalisés dans les deux services de l'hôpital, l'UNISS et le centre de génétique, des patients ont signalé des problèmes<sup>123</sup> pour localiser un service et sur la communication des informations à dispositions. Toutefois, ce problème n'est pas exclusif à ces deux services car les difficultés d'orientation et de prise d'information dans les espaces extérieurs de l'hôpital se pose également pour des personnes ne présentant pas de situation de handicap ou ayant d'autres pathologies que celles des patients suivis à l'UNISS ou au centre de génétique. Une difficulté en terme de visuel dans l'hôpital, qui est à l'échelle d'une ville. Tous les services ne peuvent pas être affichés ou mis en valeur. Sans même indiquer le service de l'UNISS, le fait d'avoir une pancarte avec le pictogramme des mains qui signent et une flèche directionnelle aux entrées et dans les grands axes, ainsi que qu'à chaque croisement, pourraient être un progrès. D'autant plus qu'il est préconisé<sup>124</sup> de toujours doubler les informations de façon visuelle pour les personnes sourdes et dans le même principe, doubler de façon sonore pour les personnes aveugles. Il existe même des mains courantes qui délimitent certaines portions du parcours dans lesquelles sont imprimées en relief des écritures en braille. Ainsi, la personne

---

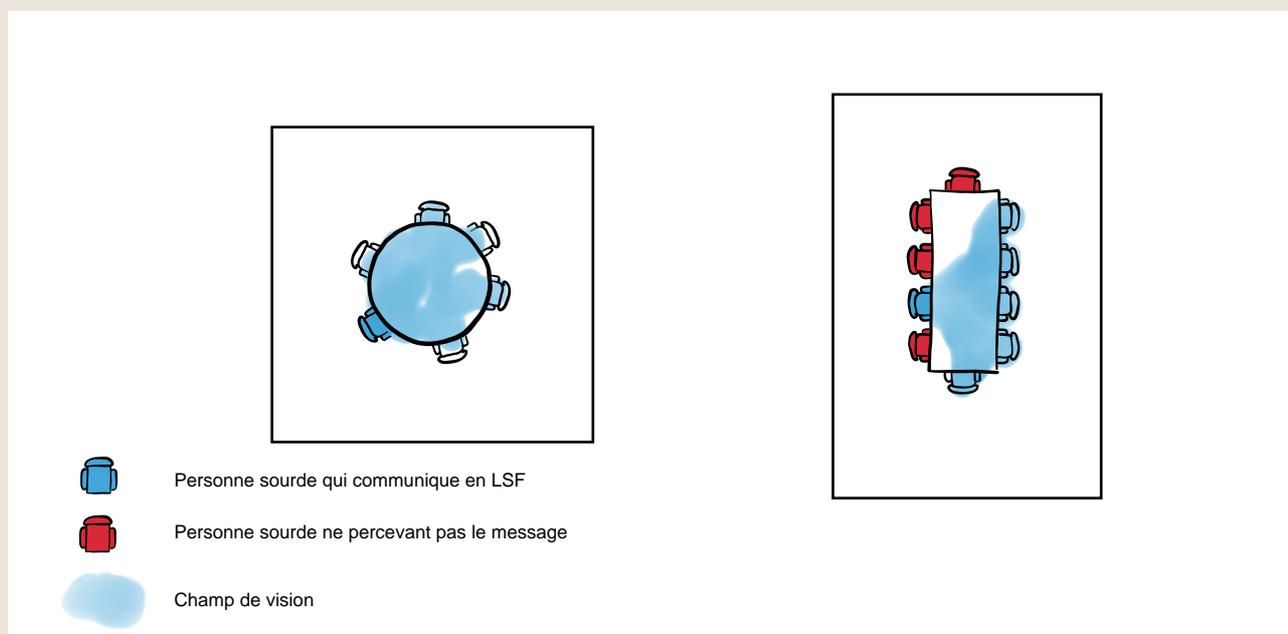
<sup>123</sup> Entretien avec Élodie CAPILLON, assistance-sociale à l'UNISS. [entretien du 16 novembre 2022].

<sup>124</sup> Entretien avec Antoine STERCKEMAN, inter-médiateur à l'UNISS. [entretien du 16 novembre 2022].



**Figure 68 - Principe de confidentialité entre des bureaux avec et sans cloisons occultantes. La langue des signes est visuelle, les patients ont besoin d'une adaptation pour leur garantir une intimité, sans être vu depuis la salle d'attente , 2023**

© Hugo Vasseur



**Figure 69 - Positionnement des interlocuteurs autour d'une table avec des personnes sourdes. La position en cercle permet à tous les interlocuteurs de se voir, ce que le rectangle ne permet pas, par sa forme les discutants se cachent les uns des autres , 2023**

© Hugo Vasseur

aveugle qui s'aidera de la main courante pour s'orienter et se sécuriser aura également accès à une information adaptée sans cumuler avec d'autres déjà nombreuses qui n'apporteraient aucune information aux personnes voyantes ou ne sachant pas lire le braille.

De mes échanges avec le personnel de l'UNISS, il est souvent revenu le manque de place et de confidentialité. Il est important de comprendre ces manques, entraves à leurs activités, à leurs échanges et leurs pratiques, et comprendre leurs besoins initiaux. Il est important de décider avec les usagers, de dispositifs comme la mise en place de tasseaux verticaux dans la salle d'attente. Ce n'est pas une question esthétique, mais aussi pratique. Ces tasseaux viennent brouiller la communication entre les différents usagers, car c'est une sur-stimulation sensorielle<sup>125</sup> de la vue alors que ce canal est préférentiel dans les échanges des personnes sourdes. De même, la mise en place de lumière au-dessus des portes crée une situation de contre-jour et empêche la communication visuelle. Le personnel de l'UNISS a su s'adapter en déplaçant ces luminaires en dehors des axes des ouvertures.

La localisation en sous-sol induit deux difficultés majeures. L'absence de lumière naturelle nécessite une lumière artificielle adaptée ou adaptable, le langage pour les personnes sourdes étant visuel, une attention particulière pourrait être portée au confort lumineux afin de ne pas créer d'effet de contre-jour, ni de fatigue accentuée par cet apport artificiel pour les personnes souffrantes de pathologies visuelles. Une sous-population des patients également sourds est particulièrement concernée. Aux situations de surdité, viennent s'ajouter des problèmes de cécité progressive avec le syndrome de Usher. Une plus grande flexibilité et des réglages adaptés aux besoins de ces pathologies sont nécessaires. La question de confort lumineux est un réel enjeu pour la communication, avec la langue des signes. L'éclairage ne devrait pas entraver la bonne compréhension des échanges. En arrière ou au-dessus de la personne qui signe, il peut créer un effet de contrejour. De même, signer face à une fenêtre devrait être évité autant que possible et nécessite de positionner le bureau de façon à ce que la lumière vienne sur le côté des personnes et non devant ou derrière directement. Le fait d'être en sous-sol pose le problème de l'absence de lumière naturelle. L'apport de lumière artificielle est nécessaire. Elle ne doit pas éblouir les usagers. Plutôt que d'avoir une lumière depuis le plafond, il faudrait des lumières indirectes diffusant vers le plafond et rayonnant ensuite dans l'ensemble de la pièce. Cette localisation en sous-sol pose également la question des connexions internet qui passent très difficilement, alors qu'il est le principal moyen de communication. Il est donc nécessaire d'avoir une haute qualité de débit. On ne parle pas avec la voix, mais avec le pixel, on a besoin d'une image de haute résolution et une haute fluidité sinon le mouvement des doigts, lorsque deux interlocuteurs signent (LSF), ne passent pas.

---

<sup>125</sup> Entretien avec Nelly AZAIEZ, médecin généraliste et coordinatrice de l'UNISS. [entretien du 27 octobre 2022].



**Figure 70 - Dispositifs et adaptations pour la mise en accessibilité d'un accueil, 2016**  
 © Fédération Francophone des Sourds de Belgique

Les éléments colorés correspondent à des besoins spécifiques.

- Une signalétique claire où les différences sont indiqués, dans l'idéal avec un pictogramme
- Un distributeur de ticket permet d'éviter d'attendre debout, et d'afficher clairement où et quand s'y rendre
- Un écran en coordination avec les tickets pour éviter l'appel aux personnes
- Une boucle à induction magnétique à chaque guichet et signalé par un pictogramme
- Un accueil par une personne qui parle en langue des signes
- Une signalétique au-dessus des guichets correspondant au ticket d'attente
- Une tablette permettant l'interprétation à distance en LSF dans le cas où le personnel ne la pratique pas

Travailler en équipe est indispensable avec tous les différents types d'usagers, y compris les patients, en considérant les spécifiés des besoins des usagers. Le « deafgain »<sup>126</sup> est un terme utilisé par le monde sourd pour signaler les inventions qui ont été faites pour les personnes sourdes, mais qui participent finalement à la vie de tous. Il en est des rétroviseurs de voiture, la télécommande, les messages écrits qui défilent dans les bus. Dans cette même perspective du « deafgain », la rampe qui permet de franchir des dénivelés aux personnes en fauteuil, améliore le confort aux personnes qui montent difficilement les escaliers, ou avec des poussettes, ou des valises. Il s'agit donc de s'adapter à des pathologies spécifiques, handicapantes. Les dispositifs d'adaptations peuvent considérablement améliorer la qualité de vie de l'ensemble des patients comme du personnel soignant ou des visiteurs.

On a pu évoquer une sous population de personnes sourdes-aveugles, très représentée chez les patients de l'UNISS. Ces usagers cumulent différents degrés de handicaps : mal-voyant / non voyant, mal-entendant / non voyant), syndrome de Usher. Il n'y a pas actuellement de parcours de soin hospitalier ou extra-hospitalier pour ce type de population<sup>127</sup>. Il existe également un projet au sein de l'UNISS, pour avoir une unité psychiatrique en langue des signes, un ergothérapeute et un éducateur pour les patients atteints du syndrome d'Usher pour avoir un référent. Il existe en France un seul pôle de rééducation l'ARAMAV à Nice, pour apprendre la langue des signes aux personnes sourdes. C'est un protocole<sup>128</sup>, de trois à quatre mois en pension. Il permet d'apprendre la langue des signes tactiles, mais il faut un délai d'attente d'un an et demi pour en bénéficier, l'usage de la canne blanche et le braille. Ces acquisitions sont essentielles pour préserver l'autonomie et éviter l'institutionnalisation de ces personnes, les décompensations du corps et de l'esprit. Leurs premières difficultés sont le soleil, le contre-jour, la vision de nuit, ou tubulaire. Pour toutes ces spécificités, il n'existe rien de concret pour accompagner ces personnes, l'aide d'un guide humain semble alors devenir indispensable dans certaines situations.

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière est la référence majeure pour les personnes sourdes. Dans le projet du futur déménagement de l'unité, il serait nécessaire de faire un « parcours patient » adapté. Il existe déjà au sein de l'hôpital des certifications où des parcours patients réalisés, avec les mêmes principes. Dans une recherche plus longue sur ce sujet, on pourrait aussi en proposer un pour les patients ayant un polyhandicap (sourds et aveugles). Dans cette logique de polyhandicap, le concepteur peut se trouver face à une multitude de situations différentes.

Le mode de communication des personnes sourdes est la langue des signes, c'est une langue qui se voit, qui a besoin d'être vue, mais qui demande également de la place, du recul, qui a besoin d'inimitié. Ce mode de communication implique également des aménagements et des ressources humaines qu'il faut prendre en compte lorsque l'on conçoit des espaces dédiés à les accueillir.

---

<sup>126</sup> Entretien avec Nelly AZAIEZ, médecin généraliste et coordinatrice de l'UNISS. [entretien du 27 octobre 2022].

<sup>127</sup> *Idem*

<sup>128</sup> *Idem*



Dans le cadre d'un rendez-vous avec un professionnel de l'hôpital, un inter-médiateur est souvent nécessaire pour permettre de reformuler, d'expliquer, de questionner, d'intervenir quand la compréhension se bloque ou qu'apparaît un malaise. Le patient sourd a rarement la connaissance du vocabulaire médical en langue des signes. L'inter-médiateur doit également être présent dans le cas où le médecin ou le spécialiste ne signe pas. Outre le médecin et l'inter-médiateur, il peut être nécessaire d'avoir à faire appel à un interprète pour traduire une langue des signes étrangère à une autre ou de la langue des signes à une personne ne la comprenant pas. Fidèle au message, il ne peut le modifier en ajoutant ou enlevant des informations sauf dans le cas d'une adaptation culturelle. Il intervient par exemple dans le cas où le médecin ou la famille ne parle pas la langue des signes. Ainsi, on perçoit la nécessité de nombreuses adaptations, à la compréhension dans le cas de la consultation avec une personne sourde. Les médecins sont très satisfaits de ce travail avec l'inter-médiateur<sup>129</sup> qui pourrait également être mis en place avec d'autres patients, d'autres pathologies, d'autres situations handicapantes .

La langue des signes a besoin d'être vue, a besoin de place, d'espace, pour accueillir en même temps patient, médecin, interprète et inter-médiateur. La taille des espaces est un sujet important, elle est donnée par le programmiste, mais sa forme peut être adaptée avec l'architecte en fonction des besoins particuliers des usagers. Les boxes de consultations qui accueillent parfois jusqu'à quatre personnes nécessitent de disposer les différents interlocuteurs en rond, autour d'une table, nécessitant une pièce plus proche du carré que du rectangle. Le but premier étant de pouvoir se placer pour se voir tous en simultané sans se cacher, comme ce pourrait être dans le cas de l'ovale : les premières personnes à proximité se verraient, mais ensuite se cacheraient les unes les autres.

Dans la seconde partie de ce mémoire, on a pu constater dans les locaux de l'UNISS que de nombreux vitrages et occultations amovibles avaient été mis en place, notamment une cloison vitrée entre les deux postes dans le bureau d'accueil pour pouvoir communiquer. Ce même dispositif pourrait permettre également de pouvoir échanger depuis les couloirs vers les bureaux ou inversement, mais par soucis de confidentialité, les occultations ne sont jamais relevées. Il serait préférable alors d'envisager de mettre en place des vitres capables d'être translucides et transparentes par simple action d'une commande (ce qui existe déjà), permettant d'occulter lorsque cela est nécessaire lors d'un entretien confidentiel notamment. Un dispositif architectural aux niveaux des accueils avec un panneau occultant entre les patients d'un côté pour la confidentialité et de l'autre transparent pour permettre d'être appelé depuis la salle d'attente permettrait d'une part, au patient sourd de bénéficier d'une situation d'échanges en langue des signes restent confidentiel, non visible des autres patients, et d'autre part, d'éviter l'anxiété des autres usagers, en attente d'être appelés pour se présenter à leur rendez-vous.

---

<sup>129</sup> Entretien avec Magali FRIDMAN, interprète à l'UNISS. [entretien du 17 novembre 2022].

utilisant des pictogrammes  
à chaque fois que cela est  
possible



Point d'information pour personnes aveugles ou malvoyantes



Point d'information pour personnes sourdes ou malentendantes



Point d'information en langue des signes



Cheminement adapté



Ascenseur adapté



WC adapté



Escalier pour monter



Escalier pour descendre



Entrée



Sortie



Toilettes



Place de stationnement adaptées



Point de rencontre



Téléphone



Restaurant

Figure 71 - Pictogrammes existants permettant d'homogénéiser la signalétique, 2017  
© Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, du logement et de l'habitat durable

En comparant les anciens locaux de l'UNISS situés dans l'actuel bâtiment Éole<sup>130</sup>, ancienne clinique médicale et les locaux actuels, il serait préférable d'imaginer des adaptations et une mise en accessibilité qui serviraient pour les futurs locaux. Il est nécessaire de rendre à l'échelle de ce service, un lieu totalement adapté aux personnes sourdes, mais pour autant l'ensemble des services doit-il être adapté de la même façon ? Il n'est pas utile d'avoir un hôpital spécialisé pour sourd. Ce n'est pas la vocation de cette unité ni d'aucune autre. Pour ne pas être isolé des autres, il est nécessaire de travailler en commun, c'est-à-dire avec les autres services de l'hôpital, pourquoi pas même être intégré comme auparavant dans le bâtiment des cliniques médicales au service de médecine générale. Il est important de garder la volonté d'autonomisation des personnes, quelques soient leurs pathologies ou la situation handicapante à laquelle ils doivent faire face. Il est important que l'ensemble de l'hôpital puisse être adapté à tous, c'est sa vocation de pouvoir accueillir et soigner toute la population sans exception, ni discrimination.

Au même titre que l'orientation et la signalisation dans l'hôpital pour se rendre au centre de référence génétiques, l'ensemble de l'hôpital pourrait avoir pour objectif final d'étendre une signalisation universelle, comprise par tous, sur l'intégralité du site. Permettant à ceux pour qui la bonne compréhension de ces panneaux est impossible de pouvoir s'orienter, et aussi de rendre plus facile à tous, leur expérience de circulation dans cet hôpital à l'échelle d'une ville.

Ces observations in situ permettent de mieux comprendre les dynamiques de l'utilisation de l'espace, leurs points forts et leurs points faibles en tenant compte des dispositifs de l'environnement existant. Ils permettent d'identifier les opportunités d'amélioration. Il est également important de considérer les expériences des usagers pour concevoir des espaces qui répondent à leurs besoins en terme de confort et de soutien émotionnel. Cela peut passer par la mise en place de dispositifs favorisant les interactions sociales (salle d'attente, place dans l'espace paysager), le repos, la détente. De même que la mise en valeur des abords extérieurs, de la nature, de la lumière permet d'offrir une meilleure qualité de vie aux usagers.

Pour proposer ces dispositifs de la façon la plus adaptée, il est essentiel que les professionnels de la santé, les patients, les architectes, les décideurs collaborent et se concertent pour percevoir les besoins des usagers. Pour ce faire, différents dispositifs, dans l'architecture peuvent comporter des adaptations telles des marches et des ascenseurs de secours, des entrées libres d'obstacles, des portes plus larges, des signaux d'entrées, des rampes, des éclairages adaptés, etc. Ces dispositifs parfois également de design comme des panneaux d'affichage en relief, des assises conçues pour différents niveaux d'assises, des indicateurs de directions, des plans en axonométrie, des couleurs adaptées et contrastées, des icônes et des symboles standardisés (pictogrammes). Ainsi, créer des objets et des interfaces qui sont compréhensibles utilisables par tous, comme des boutons de commande de taille appropriée pour des personnes ayant des déficiences visuelles, avec des contrastes de couleurs élevés. Pour des personnes avec des

---

<sup>130</sup> Se référer à la fiche identité n°01, p. 142.



déficiences intellectuelles, la manière d'accéder à l'information et son format devrait être pensé et conçu pour que ces personnes puissent s'en saisir et les comprendre.

L'accessibilité et sa conception universelle sont des enjeux essentiels et complexes qui nécessitent de faire appel à de nombreux dispositifs, dans tous les aspects de l'architecture, de l'urbanisme, du paysage et du design. Cela peut inclure, de façon non exhaustive, des trottoirs, des passages piétons sans obstacle, des passages piétons en reliefs avec bande de guidage pour les aveugles, des espaces verts accessibles pour les personnes en fauteuil roulant. Il est également important de considérer l'accessibilité des zones de loisirs et de détente pour les personnes ayant des besoins spécifiques.



## CONCLUSION

Ce mémoire est l'aboutissement d'un cursus de master en architecture, me permettant de m'interroger sur le processus de conception d'une architecture de la santé et sur l'intérêt d'y intégrer l'utilisateur au travers de ses vécus, de son expérience des lieux. Ce travail s'est principalement appuyé sur une méthode d'entretiens avec les usagers de deux services de l'hôpital : l'UNISS et le centre de génétique. Il paraît évident au cours de mes études, que l'architecte a un savoir-faire, des connaissances qui font de lui l'un des acteurs de la conception des lieux. L'utilisateur n'est pas l'unique clé permettant d'aider l'architecte au processus de conception d'une architecture de la santé qui soit accessible à tous, mais elle permet d'intégrer au mieux les besoins de ces derniers en saisissant leurs enjeux.

L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, « plus grand hôpital d'Europe » d'une superficie de 33 hectares est également l'un des plus anciens hôpitaux de Paris, fondé en 1656 par un édit du roi Louis XIV. Au cours de son histoire, l'hôpital a subi de nombreuses évolutions et transformations en fonction des besoins et des avancées médicales sans toujours prendre en compte la globalité du site et ses bâtiments ou dispositifs architecturaux. Depuis des bâtiments de style Renaissance, construits par l'architecte François Le Vau au XVII<sup>ème</sup> siècle jusqu'aux bâtiments les plus récents des architectes Riboulet ou Wilmotte, la Pitié-Salpêtrière continue toujours à évoluer pour s'adapter aux besoins des soins actuels et pour améliorer les soins aux patients et leur usage par l'expérience des patients et du personnel. Ces transformations visent à améliorer l'accessibilité dans sa conception universelle, à moderniser les bâtiments existants et à construire de nouveaux bâtiments en prenant en compte les dernières avancées en médecine.

Ces transformations successives conduisent aujourd'hui à une situation qui révèle des problèmes complexes d'accessibilité et d'orientation au sein de l'hôpital. La problématique de l'accessibilité n'est pas nouvelle. Son évolution en France a été marquée par plusieurs lois importantes. Les premières lois et réglementations adoptées dans les années 1970, garantissent l'accès des personnes handicapées aux bâtiments publics, est surtout ciblée sur l'accès physique aux bâtiments. Puis, ces réglementations ont été renforcées dans les années 1980 à 1990 pour garantir l'accès des personnes handicapées aux transports publics. Avec la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, oblige notamment les bâtiments publics d'être accessibles et adaptés aux personnes handicapées. Une succession de lois et de réglementations ont pour objectif de rendre les espaces publics accessibles à tous. L'accessibilité et sa conception universelle permettent une qualité d'usage pour chacun, handicap ou non. Les chaînes de déplacement ou de l'information en font partie.

En 2020, une nouvelle réglementation est entrée en vigueur, la loi « Mobilité et Accessibilité pour tous » (loi Elan), renforçant les obligations d'accessibilité pour les bâtiments publics et les logements existants, en imposant des délais pour les aménager et prévoyant des sanctions pour



ceux qui ne respecteraient pas ces obligations. Cette dernière loi offre, comme celle de 2005, une échéance de 10 ans afin de rendre l'ensemble des bâtiments accessibles aux personnes handicapées, soit d'ici 2025.

Différentes réglementations et lois ont déjà permis des avancées significatives, en matière d'accessibilité en France, mais il reste encore beaucoup à faire pour garantir l'accès de façon égale pour tous les bâtiments et services publics. Il est important de continuer et d'améliorer la mise en accessibilité pour garantir l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées.

Le caractère universel de l'accessibilité ne se limite pas aux personnes en situation de handicap. Elle prend en compte également les besoins des personnes âgées, des personnes ayant des besoins temporaires (femmes enceintes, poussettes, valises, béquilles) et des personnes ayant des besoins d'adaptations culturelles ou linguistiques spécifiques. Pour permettre de garantir cette accessibilité et sa conception universelle, il est important de prendre en compte les besoins de tous les utilisateurs potentiels lors de la conception, de la construction, de l'entretien et des modifications des bâtiments, des espaces publics, des produits ou des services. Cela peut inclure des adaptations architecturales, des aménagements paysagers, des équipements et des technologies adaptées, ainsi que des services de communication adéquats.

Dans ce mémoire, la récolte de la parole des usagers, par des récits de leurs expériences des lieux et aussi la mienne, jouent un rôle important dans la conception d'une architecture de la santé qui soit accessible à tous. En prenant en compte les perspectives et les expériences des personnes en situation de handicap, avec celles des usagers de l'UNISS et du centre de génétique, les concepteurs pourraient mieux comprendre les défis, les enjeux et les besoins spécifiques pour améliorer l'accès et la fréquentation dans l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, comme beaucoup d'autres hôpitaux.

On a souligné l'importance d'intégrer les retours d'expérience des usagers dans le processus de conception. Ce travail est un temps long, dont le concepteur n'a pas toujours, la méthode encore jusqu'alors peu utilisée dans la conception des lieux de soins. Les personnes en situation de handicap peuvent identifier les problèmes, signaler les obstacles rencontrés sur leur chemin pour se rendre dans les différents services ou les parties extérieures qui les desservent. Par exemple, une personne sourde pourra signaler une rupture dans la chaîne d'information, l'obligeant à revenir sur ses pas, ou une personne en fauteuil roulant pourra signaler des obstacles dans les couloirs ou les espaces publics, ou indiquer des aménagements spécifiques pour faciliter les déplacements. Il est possible d'avoir un regard attentif et sensible aux différents besoins liés aux spécificités des individus en fonction de leurs pathologies.

En comparant les différents lieux qu'ont occupé des services, les expériences des usagers a un rôle important sur la conception architecturale. En prenant en compte les expériences des



personnes qui les ont pratiqués, les architectes peuvent mieux comprendre les besoins actuels et futurs en termes d'accès et d'utilisation. Les usagers sont des témoignages « clés » dans le processus de conception, s'ils sont pris en compte. Les expériences et les besoins des usagers (patient ou soignant), l'architecte peut imaginer des solutions plus adaptées et plus inclusives.

Il est important de tenir compte de la diversité des usagers, cela peut inclure des patients comme des personnels soignants, des personnes de différents âges, niveaux d'aptitude physique et mentale, cultures et langues. Il est nécessaire de considérer les besoins des usagers en situation de handicap pour garantir cette accessibilité et sa conception universelle. Les besoins peuvent varier en fonction du type de handicap, c'est pourquoi il est important d'avoir une approche globale pour garantir l'accessibilité pour tous les types de handicap avec des schémas directeurs ou des agendas Ad'AP. Ainsi, pour permettre de penser dans sa globalité et par phasage, en priorisant certains besoins, de rendre un site accessible à tous. Il est aussi nécessaire de consulter les usagers, tout au long du processus de conception pour recueillir leurs critiques et leurs idées sur les solutions proposées. Les usagers peuvent être aussi impliqués dans les études de faisabilité et les tests de prototypes pour évaluer les différentes hypothèses.

Remettre l'utilisateur au cœur du processus de conception ou d'évolution d'un site est une notion qui apparaît sous le terme de démocratie sanitaire apparue récemment depuis la réforme de la santé en 2016<sup>131</sup>. Soutenue par l'ARS en Île-de-France, cette notion va dans ce sens, mais qu'en est-il dans la pratique ? L'accessibilité et sa conception universelle ont pour objectif de rendre un lieu accessible à tous, pour tous et offrir une qualité d'usage à tous sans perturber, ni entraver l'accessibilité des autres. Mais est-ce nécessaire que l'ensemble du site de la Pitié-Salpêtrière soit accessible à tous, partout, est-ce même envisageable ou même possible ?

« un projet d'accessibilité réussi implique la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires - expertes : signalétique, lumière, acoustique, etc. La mise en conformité ne doit pas être pensée de façon sectorielle : la prise en compte des besoins de toutes les personnes, et en particulier de celles en situation de handicap sensoriel ou intellectuel, impacte le bâtiment »<sup>132</sup>

On doit se poser aussi la question des limites à cette accessibilité. Jusqu'où doit-on aller dans l'accessibilité et sa conception universelle ? C'est une question éthique et morale. Toutes les personnes devraient d'un point de vue utopique avoir le même degré d'accessibilité et d'autonomie, mais est-ce possible ? Avoir conscience que les meilleurs aménagements ne pourront jamais tout résoudre, mais faciliteront l'autonomie et les conditions de vie de ces patients.

Enfin, un dernier point non abordé au cours de ce mémoire, mais qui paraîtrait important de développer en poursuivant des recherches sur ce sujet, les progrès en terme de connaissances et

---

<sup>131</sup> ARS, *Qu'est-ce que la démocratie en santé ?* [en ligne]. 3 janvier 2023, [consulté le 28 janvier 2023]. Disponible à l'adresse : <<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3>>

<sup>132</sup> MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *op. cit.*, p. 158.



d'avancées technologiques. L'avenir de l'accessibilité et de sa conception universelle sont aussi liées aux tendances et aux développements actuels et ont un rôle sur la manière dont les bâtiments, les espaces publics, les services ou les produits sont conçus, construits et utilisés. L'utilisation croissante des technologies numériques (applications mobiles, capteurs de proximité, assistants vocaux, technologie de réalité augmentée, système de navigation) permet d'élargir les possibilités d'utilisations plus adaptées et plus accessibles pour les personnes en situation de handicap. L'intégration des données, leur collecte, leur analyse et leur mise en commun, les besoins des usagers permettent de mieux comprendre les exigences de l'accessibilité « universelle » et de créer des solutions plus adaptées. Son avenir pourra en partie être liée à l'utilisation croissante des technologies numériques, une meilleure intégration des données, mais surtout à une prise de conscience de son importance en intégrant progressivement l'accessibilité dans les pratiques de développements durable, par exemple avec le développement d'une application de manière à ce qu'elle soit inclusive.

Les limites de ce travail sont d'abord logistiques, un temps beaucoup plus long aurait été nécessaire, ainsi qu'un plus grand nombre d'entretiens, de personnes pour traiter l'ensemble du site et pouvoir aller dans plus de services de la Pitié-Salpêtrière. Ce travail de mémoire s'inscrit dans une logique future de recherches approfondies pour questionner l'accessibilité et sa notion universelle de façon plus large. Il aurait été également préférable dans la récolte de la parole des usagers de pouvoir échanger avec davantage d'usagers patients, mais l'organisation des entretiens dans les salles d'attente ou dans les espaces extérieurs de l'hôpital en l'absence d'un cadre plus formel, avec des espaces dédiés, ont freiné cette source d'informations. Néanmoins, certains entretiens avec des patients ou visiteurs ont été possibles, mais de façons brefs et informels dans les cheminements extérieurs de l'hôpital ou aux arrêts des navettes. Ce mémoire, s'intéresse à un fragment de l'hôpital qui n'est pas forcément le plus représentatif de l'ensemble des problématiques, puisqu'il s'agit d'une partie plutôt récente qui pose moins la question des enjeux de protection patrimoniale sur les bâtiments anciens ou le pavé historique aux alentours de l'église Saint-Louis. Ce choix fut motivé par l'emplacement de filières spécifiques de l'hôpital qui se trouvent dans cette partie sud du secteur Salpêtrière. Ce mémoire n'a pas vocation à donner des réponses définitives ou des mises en applications pour résoudre les problèmes de mise en accessibilité pour ces situations handicapantes sur ce site, mais plutôt de questionner la façon d'aborder les processus de conception à travers la méthodologie mise en place pour les recherches de ce mémoire, et peut-être l'adaptation future du site.

Ce travail pourrait se poursuivre, en organisant davantage d'entretiens, de réunions de concertation avec des architectes, des chercheurs, des représentants des usagers. Il pourrait également s'ouvrir à des hôpitaux plus récents, en les analysant, voire même auprès des concepteurs des futurs hôpitaux comme le futur centre hospitalier à Saint-Ouen<sup>133</sup>.

---

<sup>133</sup> ALBERT Marie-Douce, « Renzo Piano associé à Brunet Saunier remporte le concours de l'hôpital Grand Paris Nord », *Le Moniteur [en ligne]*. 08 mars 2021, [Consulté le 6/02/2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.lemoniteur.fr/article/renzo-piano-associe-a-brunet-saunier-remporte-le-concours-de-l-hopital-grand-paris-nord.2133244>>



<b>Sources</b> .....	<b>125</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>127</b>
<b>Iconographie</b> .....	<b>133</b>
<b>Fiches identités</b> .....	<b>141</b>



### **ARCHIVES**

Archives AP-HP, 1072W452

Archives AP-HP, 9L128

Archives AP-HP, 9L144

### **ENTRETIENS**

(En respect de la non divulgation de ces entretiens auprès de leurs auteurs, aucunes retranscriptions ne seront partagées)

AGIUS Catherine (cheffe mission handicap de l'AP-HP) le 12 octobre 2022

AZAIÉZ Nelly (Médecin généraliste et coordinatrice de l'UNISS) le 27 octobre 2022

CAPILLON Élodie(Assistance sociale de l'UNISS) le 16 novembre 2022

FRIDMAN Magali (Interprète de l'UNISS) le 17 novembre 2022

GALLAS Sophie (coordination et communication du centre de référence Déficiences Intellectuelles de causes rares, Génétique médicale) le 23 novembre 2022

HADOUM Karim (Secrétaire de l'UNISS) le 16 novembre 2022

STERCKEMAN Antoine (Intermédiaires de l'UNISS) le 16 novembre 2022

### **VISITES SUR SITE**

11/04/2022, 20/04/2022, 12/05/2022, 08/10/2022, 27/10/2022, 02/11/2022, 03/11/2022, 09/11/2022, 10/11/2022, 16/11/2022, 17/11/2022, 18/11/2022, 08/12/2022, 09/12/2022, 20/12/2022, 21/12/2022, 02/01/2023, 03/01/2023 , 11/01/2022, 12/01/2022, 18/01/2022, 01/02/2023, 02/02/2023, 05/02/2023



## COLLOQUES / CONGRÈS / CONFÉRENCES

CAUBEL David, *Outils et méthodes des enjeux/impacts sociaux d'une politique de transports urbains : le concept d'accessibilité* [en ligne]. ARSDF : Lyon, septembre 2023, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse : <https://shs.hal.science/halshs-00096415/document>

## OUVRAGES

BERNARD Alexandre, ENCREVÉ Florence, JEGGLI Francis, *L'interprétation en langue des signes*, Paris : Éditions PUF, 2007, 177 p.

BIEDMA Roberto, *Ça ne va pas être possible : tu es sourd !*, Village-Neuf : Éditions du Lys, 2007, 168 p.

DAGRON Jean, *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine*, Paris : Éditions In Press, 1999, 173 p.

DAGRON Jean, *Les Silencieux, Chronique de 20 ans de médecine avec les Sourds*, Paris : Éditions Presse Pluriel, 2008, 287 p.

FERTÉ Dominique, *L'accessibilité en pratique : de la règle ... à l'usage*, Paris : édition le Moniteur, 2008, 200p.

GODARD Claude (directeur de la publication), *Équipements culturels et handicap mental*, Paris : Ministère de la culture et de la communication, 2010, 195 p.

GOUTTE Cyril, *Concevoir des espaces accessibles à tous : accessibilité handicapés*, Champs-sur-Marne : CSTB, 2008, 185 p.

GROSBOIS Louis, *Handicap et construction : conception inclusive de l'accessibilité*, Paris : Éditions le Moniteur, DL, 2020, 347 p.

HUSSON Armand, *Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène & du service des salles de malades*, Paris : P. Dupont , 1862, 607 p.

JANODY Michel, *Rendre accessibles les ERP existants*, Voiron : éditions Territorial, 2009, 78 p.

LANGLOIS Gilles-Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, 190 p.

MEYNARD André, *Soigner et faire taire les Sourds*, Ramonville : éditions Erès, 2010, 323 p.

PÉTILLOT Anne, *Patrimoine hospitalier*, Paris : Éditions Scala : Fédération hospitalière de France, 2004, 335 p.

## **OUVRAGES EN LIGNE**

ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, *Accessibilité aux bâtiments hospitaliers [en ligne]*. Paris : avril 2016 [consulté le 14 avril 2022], 115 p. Disponible à l'adresse :  
<[https://www.aphp.fr/sites/default/files/APHP\\_Guide-Accessibilite\\_Avril216.pdf](https://www.aphp.fr/sites/default/files/APHP_Guide-Accessibilite_Avril216.pdf)>

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, *Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles [en ligne]*, [consulté le 14 avril 2022], 201 p. Disponible à l'adresse :  
<<https://www.accessibilite-patrimoine.fr/wp-content/uploads/2016/11/actes-versailles-2011-web.pdf>>

MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT, DE L'ÉNERGIE ET DE LA MER, MINISTÈRE DU LOGEMENT ET DE L'HABITAT DURABLE, *La France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire adaptation de la loi du 11 février 2005 [en ligne]*, Paris : 2016, 80 p. [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse :  
<<http://www.handipole.org/IMG/pdf/-85.pdf>>

## **REVUES**

BÉZAGY-DELUY Maryse, « L'instituteur gratuit des Sourds et muets et deux de ses élèves ». *Le journal de Saint-Jacques*. 2012, n°40.

DRAGON Jean, « Prévention du sida et accès aux soins des sourds », *Sources*. Juin 1998, n°7.

JAYLE F. « L'hôpital de la Pitié ». *La presse médicale*. 20 juin 1912, n°53.

## **WEBOGRAPHIE**

ABBOU Daniel, « Sourds et soignants, 20 ans d'histoire » **[en ligne]**. 23 février 2015, [Consulté le 05/11/2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51185-sourds-et-soignants-20-ans-d-histoire.html>>

AIDES, « Sida Info Signes » **[en ligne]**. Décembre 1994, [Consulté le 05/11/2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/51185-sourds-et-soignants-20-ans-d-histoire.html>>

ALBERT Marie-Douce, « Renzo Piano associé à Brunet Saunier remporte le concours de l'hôpital Grand Paris Nord », *Le Moniteur* **[en ligne]**. 08 mars 2021, [Consulté le 6/02/2023].

Disponible à l'adresse :

<<https://www.lemoniteur.fr/article/renzo-piano-associe-a-brunet-saunier-remporte-le-concours-de-l-hopital-grand-paris-nord.2133244>>

ALLÉLY Annie, *Handicaps, malformations et infirmités dans l'Antiquité* **[en ligne]**. 2018, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://journals.openedition.org/pallas/5572>>

ANDRIEU Bernard, « À qui appartient le corps ». In DIEDERICH Nicole (sous la dir. de), *Stériliser le handicap mental ?* **[en ligne]**. 1998, [consulté le 13 décembre 2023]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-97.htm>>

ARS, *Qu'est-ce que la démocratie en santé ?* **[en ligne]**. 3 janvier 2023, [consulté le 28 janvier 2023]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3>>

DIDEROT Denis, *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient* **[en ligne]**. 1875, [consulté le 14 décembre 2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5544966d/f343.image>>

LAVAU Brigitte, *Le handicap au Moyen Âge* **[en ligne]**. 1 août 2018, [consulté le 14 avril 2022].

Disponible à l'adresse :

<<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/handicap-realites-en-mouvement/le-handicap-au-moyen-age.aspx>>

LÉGIFRANCE, *LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* [en ligne]. 12 février 2005, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>>

MERILLE Nicolas, *L'accessibilité universelle : un besoin pour certains, un confort pour tous* [en ligne]. 25 septembre 2020, [consulté le 18 novembre 2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.architectes.org/l-accessibilite-universelle-un-besoin-pour-certains-un-confort-pour-tous>>

DIRECTION DE LA COMMUNICATION PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, *Une page d'histoire* [en ligne]. Juin 2016, [Consulté le 06.11.2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux>>





**Figure 01** - VASSEUR Hugo, *Photo aérienne de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière avec zone d'étude du secteur sud Salpêtrière en rouge*, photographie aérienne retravaillé sur logiciel informatique, 2022, © Google Maps

**Figure 02** - VASSEUR Hugo, *Plan masse de la Pitié-Salpêtrière avec localisation de notre zone d'étude en rouge, en bleu les autres services avec lesquels la recherche pourrait se poursuivre*, plan masse retravaillé sur logiciel informatique, 2020, © AP-HP

**Figure 03** - Raffaële Grieco, *Carte de la Salpêtrière en 1690*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 230.

**Figure 04** - Raffaële Grieco, *Carte de la Salpêtrière en 1797*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 231.

**Figure 05** - Raffaële Grieco, *Carte de la Vieillesse-Femmes en 1836*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 232.

**Figure 06** - Raffaële Grieco, *Carte de la Salpêtrière en 1880*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 233.

**Figure 07** - Raffaële Grieco, *Carte de la Salpêtrière et de la Pitié en 1912*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 234.

**Figure 08** - Raffaële Grieco, *Carte de la Salpêtrière et de la Pitié en 1940*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 235.

**Figure 09** - Raffaële Grieco, *Carte de la Pitié-Salpêtrière en 1980*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 236.

**Figure 10** - Raffaële Grieco, *Carte de la Pitié-Salpêtrière en 2012*, In LANGLOIS Gilles Antoine, PIMPAUD Anne-Sophie, *La Pitié-Salpêtrière = The Pitié-Salpêtrière*, Paris : Somogy, 2012, p. 237.

**Figure 11** - VASSEUR Hugo, *Cheminement en rouge depuis le boulevard Vincent Auriol, en passant par l'institut de cardiologie, jusqu'au bâtiment de rééducation*, photographie aérienne retravaillé sur logiciel informatique, 2022, © Géoportail

**Figure 12** - VASSEUR Hugo, *Guérite noire qui signale l'entrée piéton sur le boulevard Vincent Auriol*, photographie, 2023

**Figure 13** - VASSEUR Hugo, *Plant situé à l'entrée Chevaleret*, photographie, 2022

**Figure 14** - AP-HP, *Plan de la Pitié Salpêtrière accessible en ligne [en ligne]*, 2021, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://pitieosalpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/58/files/2022/08/Plan-PSL.pdf>>

**Figure 15** - VASSEUR Hugo, *Place qui s'ouvre face à l'entrée de l'institut de cardiologie*, photographie, 2022

**Figure 16** - VASSEUR Hugo, *Accueil Auriol, face à l'institut de cardiologie*, photographie, 2022

**Figure 17** - VASSEUR Hugo, *Dispositifs de bateaux (à l'angle de la rue des fermiers généraux et de l'avenue de l'hôpital général)*, photographie, 2022

**Figure 18** - VASSEUR Hugo, *Bateau (sur le trottoir qui longe l'amphithéâtre de stomatologie), une personne mal voyante pourrait l'interpréter comme une possibilité de traverser*, photographie, 2022

**Figure 19** - VASSEUR Hugo, *Place à proximité de l'institut de stomatologie qui s'improvise en stationnement pour les deux roues, devenant des obstacles pour les piétons*, photographie, 2022

**Figure 20** - VASSEUR Hugo, *Trottoir qui longe le bâtiment de rééducation, les panneaux verticaux signalant les places réservées aux personnes à mobilité réduite deviennent des obstacles*, photographie, 2022

**Figure 21** - VASSEUR Hugo, *Entrée du bâtiment de rééducation où le trottoir n'est pas assez large pour permettre un fauteuil d'y passer, le dépose minute est souvent occupé*, photographie, 2022

**Figure 22** - VASSEUR Hugo, *Évolution de la notion du handicap depuis l'Antiquité*, frise chronologique, 2022

**Figure 23** - VASSEUR Hugo, *Évolution de la politique sur l'accessibilité en France*, frise chronologique, 2022

**Figure 24** - Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, ministère du logement et de l'habitat durable, Pictogrammes des différents types de handicap [**en ligne**], La France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire ad'aptation de la loi du 11 février 2005, 2017, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse :

<<https://www.accessibilite-patrimoine.fr/wp-content/uploads/2016/11/actes-versailles-2011-web.pdf>>

**Figure 25** - Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, ministère du logement et de l'habitat durable, *La chaîne de déplacement dans le cadre hospitalier* [**en ligne**], La France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire ad'aptation de la loi du 11 février 2005, 2017

**Figure 26** - ESAT en collaboration avec l'AP-HP, *Proposition d'un plan FALC*, photomontage, 2022

**Figure 27** - AP-HP, *Proposition d'un plan FALC*, photomontage, 2022

**Figure 28** - VASSEUR Hugo, *Espaces extérieurs du bâtiment de rééducation*, photographie, 2023

**Figure 29** - XXX, *Plan de rénovation des espaces extérieurs du bâtiment de rééducation*, plan annoté, 2020 © AP-HP

**Figure 30** - VASSEUR Hugo, *Place de stationnement réservée aux personnes handicapées, face au bâtiment de rééducation*, photographie, 2023

**Figure 31** - Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, ministère du logement et de l'habitat durable, *Prescription pour réaliser une place de stationnement accessible aux personnes en fauteuil* [**en ligne**], La France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire ad'aptation de la loi du 11 février 2005, 2017

**Figure 32** - VASSEUR Hugo, *Signalétiques doublées*, photographie, 2022

**Figure 33** - VASSEUR Hugo, *Signalétique seule*, photographie, 2022

**Figure 34** - VASSEUR Hugo, *Signalétique improvisée*, photographie, 2022

**Figure 35** - VASSEUR Hugo, *Signalétique improvisée*, photographie, 2022

**Figure 36** - XXX, *Guidage au sol*, photographie, 2022 © AP-HP

**Figure 37** - XXX, *Bandes de guidage colorées au sol avec pictogrammes*, photographie, 2022 © AP-HP

**Figure 38** - VASSEUR Hugo, *Entrée du bâtiment de rééducation reconnaissable à sa grande marquise*, photographie, 2023

**Figure 39** - XXX, Affiches de prévention avec le schéma du VIH **[en ligne]**, 1990, [consulté le 14 décembre 2022]. © SUMPPS -Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la santé de Sorbonne Université. Disponible à l'adresse :  
<<https://santetudiant.com/media/expo-photo-2/>>

**Figure 40** - XXX, *illustration provenant d'un centre d'étude et de soins pour les sourds, représente l'incompréhension des sourds sur l'épidémie du sida*, Revue Sources, 1998

**Figure 41** - XXX, *illustration provenant d'un centre d'étude et de soins pour les sourds, présentation d'une accueil pour les sourds à la Pitié-Salpêtrière (futur UNISS)*, Revue Sources, 1998

**Figure 42** - XXX, *Plan du bâtiment des cliniques médicales (bâtiment Éole) RDC haut*, 1996  
© Archives personnelles de l'UNISS

**Figure 43** - VASSEUR Hugo, *Entrée du bâtiment de cardiologie*, photographie, 2022

**Figure 44** - VASSEUR Hugo, *Banque d'accueil de l'institut de cardiologie*, photographie, 2022

**Figure 45** - VASSEUR Hugo, *Accès depuis le hall du bâtiment de cardiologie à l'UNISS*, photographie, 2022

**Figure 46** - Atelier d'Architecture Hall & Idasiak, *Plan des locaux de l'UNISS dans le bâtiment de cardiologie pour son projet de déménagement*, 2017 © Archives personnelles de l'UNISS

**Figure 47** - VASSEUR Hugo, *Entrée dans la salle d'attente de l'UNISS*, photographie, 2022

**Figure 48** - Atelier d'Architecture Hall & Idasiak, *Propositions en coupes pour les deux façades du couloir de l'UNISS, la première avec un système de portes vitrées opalescentes, la seconde avec un habillage en tasseaux de bois et luminaires intégrés*, 2017 © Archives personnelles de l'UNISS

**Figure 49** - XXX, Prescriptions techniques et dimensionnement d'une rampe d'accès [**en ligne**], 2007, [consulté le 18 décembre 2022]. Disponible à l'adresse :  
<[https://www4.ac-nancy-metz.fr/echanges-pedagogiques-btp/sites/default/files/accessibilite/Guide\\_Accessibilite\\_pers\\_handicap.pdf](https://www4.ac-nancy-metz.fr/echanges-pedagogiques-btp/sites/default/files/accessibilite/Guide_Accessibilite_pers_handicap.pdf)>

**Figure 50** - XXX, Prescriptions techniques et dimensionnement d'un escalier [**en ligne**], 2007

**Figure 51** - AP-HP, *Proposition de signalétique pour l'accueil des consultations de génétique*, photomontage, 2022

**Figure 52** - VASSEUR Hugo, *Hall d'accueil du bâtiment de rééducation*, photographie, 2023

**Figure 53** - Centre hospitalier de Douai, *Imagier pour faciliter la communication avec des patients qui ne peuvent pas s'exprimer oralement (pathologie somatique ou mentale, langue étrangère, etc.)* [**en ligne**], 2016, [consulté le 2 février 2023]. Disponible à l'adresse :  
<<https://www.doc-promotionsantebretagne.fr/dyn/portal/index.xhtml?alold=13351&page=alo>>

**Figure 54** - Fédération Francophone des Sourds de Belgique, *Dispositifs et adaptations pour la mise en accessibilité d'une chambre d'hôpital* [**en ligne**], dessin interactif, 2016, [consulté le 13 janvier 2023]. Disponible à l'adresse :  
< <http://visualmundi.ffsb.be/> >

**Figure 55** - DIDIER F., *Avenue Rockefeller et place d'Armes avec la statue de Louis XIV et château en arrière plan : avant et après son aménagement* [**en ligne**], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles, [consulté le 14 avril 2022]. Disponible à l'adresse :  
<<https://www.accessibilite-patrimoine.fr/wp-content/uploads/2016/11/actes-versailles-2011-web.pdf>>

**Figure 56** - SANCHO D., *Différents circuits proposés pour les personnes à mobilité réduite* [**en ligne**], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 57** - Design for All Foundation, *Vue de la modification des abords : un geste fort pour donner la priorité aux piétons et une meilleure lisibilité de l'espace* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 58** - Design for All Foundation, *Une première photo montre l'entrée du musée en descendant des escaliers, perdant en visibilité. Une seconde photo montre l'entrée actuelle qui se fait dans le prolongement d'une pente naturelle. Elle est de plain-pied et signalée par des caractères contrastés et un renforcement en façade* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 59** - David Bennett Associates, *Plan du sous-sol de la Queen's House Greenwich : à l'origine d'accès au bâtiment se faisait par des escaliers sur les côtés et de front. Maintenant, entrée de plain-pied avec les cheminements extérieurs depuis l'entrée principale au sous-sol* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 60** - SOMOEN Oddbjorn, *La place du siège de la cour Suprême à Stockholm avec un cheminement adapté sur les pavés, place de stationnement accessible* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 61** - SOMOEN Oddbjorn, *Entrée du tribunal, avec dispositif de rampe cachée par le muret* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 62** - Instituto dos Museus e da Conversação - Portugal, *Vue de l'entrée avant et après travaux du musée national de Azulejo* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 63** - Instituto dos Museus e da Conversação - Portugal, *Marquage au sol pour l'accès au jardin et à la terrasse pour l'accessibilité aux personnes en déficience visuelle, un cheminement pour l'eau de pluie qui guide l'usager. Vue du dispositif avant/après* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 64** - STEFFAN Isabella, *La question de l'entretien : à Rome, du Panthéon à la fontaine de Trié, des cheminements tactiles* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 65** - STEFFAN Isabella, *Palazzo di Pietra et temple d'Hadrien* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 66** - XXX, *Contrastes sur les marches de Trafalgar Square* [en ligne], Accessibilité du cadre bâti ancien protégé : actes du séminaire européen, 17 et 18 mars 2011, Château de Versailles

**Figure 67** - Accès+, *Dispositif de manchon tactile à apposer sur des mains courantes* [en ligne], photographie, 2006, [consulté le 13 janvier 2023]. Disponible à l'adresse : <https://accesplus.fr/product/manchon-braille-pour-main-courante/>

**Figure 68** - Vasseur Hugo, *Principe de confidentialité entre des bureaux avec et sans cloisons occultantes. La langue des signes est visuelle, les patient ont besoin d'une adaptation pour leur garantir une invité, sans être vu depuis la salle d'attente*, dessin à la main, 2023

**Figure 69** - Vasseur Hugo, *Positionnement des interlocuteurs autour d'une table avec des personnes sourdes. La position en cercle permet à tous les interlocuteurs de se voir, ce que le rectangle ne permet pas, par sa forme les discutant se cachent les uns des autres*, dessin à la main, 2023

**Figure 70** - Fédération Francophone des Sourds de Belgique, *Dispositifs et adaptations pour la mise en accessibilité d'un accueil* [en ligne], dessin interactif, 2016

**Figure 71** - Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer, ministère du logement et de l'habitat durable, *Pictogrammes existants permettant d'homogénéiser la signalétique* [en ligne], La France face au défi de l'accessibilité de la nécessaire ad'aptation de la loi du 11 février 2005, 2017



## FICHES IDENTITÉS

Fiche identité n°01 - bâtiment Éole . . . . .	142
Fiche identité n°02 - loge Auriol . . . . .	143
Fiche identité n°03 - institut de cardiologie . . . . .	144
Fiche identité n°04 - bâtiment de rééducation . . . . .	145
Fiche identité n°05 - bâtiment accueil Auriol . . . . .	146
Fiche identité n°06 - bâtiment Marguerite Bottard . . . . .	147
Fiche identité n°07 - bâtiment de stomatologie . . . . .	148
Fiche identité n°08 - bâtiment Babinski . . . . .	149
Fiche identité n°09 - bâtiment Pinel . . . . .	150
Fiche identité n°10 - pavillon François Lhermitte . . . . .	151

## FICHE IDENTITÉ N°01 BÂTIMENT ÉOLE // EX CLINIQUES MÉDICALES

### DATE DE CONSTRUCTION

1968

### IMPLANTATION

Au centre de la parcelle, sur l'ancien emplacement de l'Infirmierie générale détruite en 1965

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

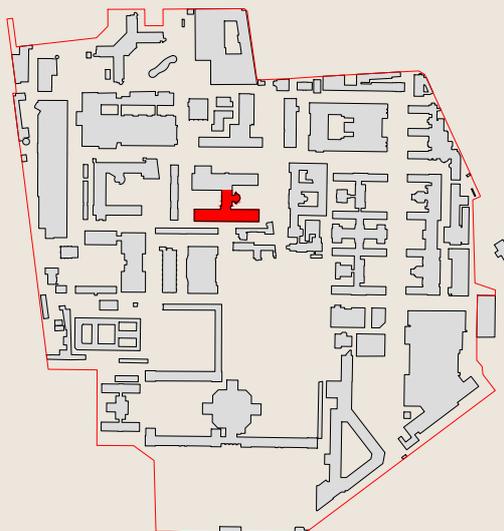
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Pour la restructuration en 2019 : ÉMERGENCE  
Atelier d'architecture HALL IDASIAK

### ÉTAT SANITAIRE

Neuf. Restructuration du bâtiment livré en 2019 pour devenir le nouveau bâtiment Éole.



Inauguration du nouveau bâtiment Éole, septembre 2019  
© AP-HP



Bâtiment Éole, 2022  
© Hugo Vasseur



Cliniques médicales, 1995  
© AP-HP

### DESCRIPTION

Une architecture d'assemblage de blocs et de panneaux en béton pré-construits en usine, qui a amené à la destruction de nombreux édifices anciens de l'hôpital. Ces types d'édifices amènent à des agencements qui ne sont pas conçus à un besoin précis et optimal. Un bâtiment qui d'après le livre de Gilles-Antoine Langlois possède « des qualités d'efficacité d'équipement et de confort dans leurs deux ou trois premières décennies ». Un édifice qui pose des problèmes de rentabilité pour l'Assistance Publique dans son exploitation pour des questions de frais importants pour l'entretien et la modernisation.

Inauguration en septembre 2019 du nouveau bâtiment Éole (nouveau nom pour l'aile Nord qui accueillait la gastro-entérologie) pour réunir un département « Respiration, réanimation, réhabilitation, sommeil » (R3S) et l'unité de soins intensifs du service d'hépatogastro-entérologie. Travaux de rénovations pour contenir une centaine de lits, accueillant en rez-de-chaussée les soins externes, partie de l'aile où était l'UNISS à ses débuts en 1995. La structure ainsi que l'organisation du nouveau bâtiment Éole ont été réalisées avec les équipes soignantes concernées dans le but de mettre en commun leurs compétences.

## FICHE IDENTITÉ N°02 GUÉRITE D'ENTRÉE // LOGE AURIOL

### DATE DE CONSTRUCTION

2021

### IMPLANTATION

Bâtiment d'entrée placé sur le boulevard Vincent Auriol.

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Inconnu

### ÉTAT SANITAIRE

Neuf.



Loge Auriol côté boulevard Vincent Auriol, 2022  
© Hugo Vasseur



Loge Auriol côté intérieur de l'hôpital, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

Projet d'une nouvelle guérite pour l'accès principal de l'hôpital, en distinguant séparant l'entrée du public et celle du personnel. Le premier par un contrôle humain et le second par un badge et tourniquet. Une guérite assez simple qui vient s'accoler à l'entrée des véhicules et au bâtiment de cardiologie. De couleur noire et assez sobre, elle n'as pas pour effet de créer un signal d'entrée depuis le boulevard Vincent Auriol, équipée de portes vitrées coulissantes, ces dernières permettant une transparence pour voir à travers cette guérite.

## FICHE IDENTITÉ N°03 BÂTIMENT DE CARDIOLOGIE // INSTITUT DE CARDIOLOGIE

### DATE DE CONSTRUCTION

2000

### IMPLANTATION

Bâtiment tête au sud de l'hôpital, sur le boulevard Vincent Auriol

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

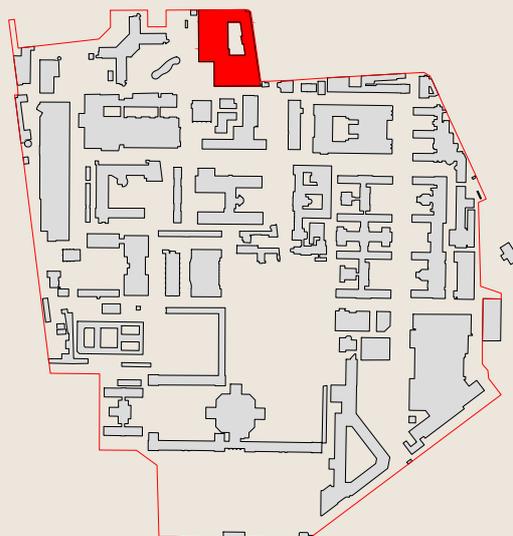
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Jean-Michel Wilmotte et Jean-Marie Valentin

### ÉTAT SANITAIRE

Bon état



Entrée de l'institut de cardiologie, 2022  
© Hugo Vasseur



Institut de cardiologie depuis le boulevard Vincent Auriol, 2003  
© Association ADICARE

### DESCRIPTION

Bâtiment en tête de l'hôpital, caractérisé par sa colonnade en façade et ses jardins zens à l'intérieur de ses patios. Cette architecture se trouve être très peu documentée et même absente des sites des agences qui l'ont réalisée. On retrouve donc assez peu d'informations. C'est ce bâtiment qui accueille en son rez-de-chaussée bas, l'UNISS, l'un des deux cas d'études de ce mémoire.

## FICHE IDENTITÉ N°04 BÂTIMENT DE RÉÉDUCATION

### DATE DE CONSTRUCTION

1970

### IMPLANTATION

Au centre de la parcelle, à proximité de l'ancien emplacement de l'Infirmierie générale détruite en 1965

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

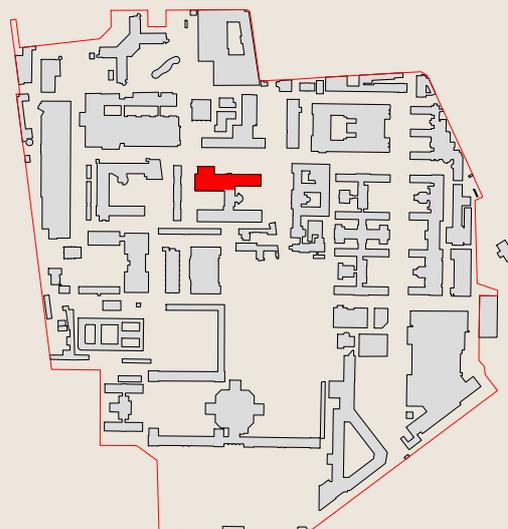
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Inconnu

### ÉTAT SANITAIRE

Mauvais état des façades, intérieurs rénovés



Bâtiment de rééducation, 2022  
© Hugo Vasseur



Entrée du bâtiment de rééducation, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

Bâtiment qui forme avec le bâtiment Éole un ensemble en H, probablement construit en deux phases : en premier Éole puis celui de rééducation. Une architecture d'assemblage de blocs et de panneaux en béton pré-construits en usine comme son voisin. (Se référer à la fiche descriptive n°01)

**FICHE IDENTITÉ N°05**  
**BÂTIMENT ACCUEIL AURIOL // PAVILLON BOTTARD**

**DATE DE CONSTRUCTION**

2016

**IMPLANTATION**

Au sud du secteur Salpêtrière, à proximité de l'entrée Chevaleret sur l'esplanade du bâtiment Marguerite Bottard, face au bâtiment de cardiologie.

**MAÎTRISE D'OUVRAGE**

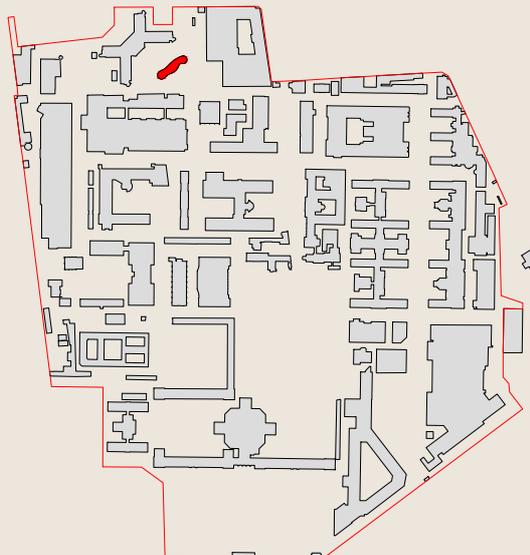
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

**MAÎTRE D'ŒUVRE**

ARISTEE Architectes

**ÉTAT SANITAIRE**

Très bon état



**Bâtiment d'accueil Auriol, 2016**  
© ARISTEE Architectes



**Entrée du bâtiment d'accueil Auriol, 2022**  
© Hugo Vasseur

**DESCRIPTION**

Bâtiment à la forme ondulé qui contraste avec les autres bâtiments orthonormés de l'hôpital. Bâtiment d'accueil et d'information pour guider les usagers dans la Pitié-Salpêtrière en s'ouvrant sur la voie principale avec de grandes parois vitrées.

## FICHE IDENTITÉ N°06 BÂTIMENT MARGUERITE BOTTARD //EX MAISON DE CURE MÉDICALE

### DATE DE CONSTRUCTION

1984

### IMPLANTATION

Au sud du secteur Salpêtrière, en léger retrait du boulevard Vincent Auriol

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Inconnu

### ÉTAT SANITAIRE

Mauvais état, façades vieillissantes et noircies par la pollution



Bâtiment Marguerite Bottard, 2022  
© Hugo Vasseur



Bâtiment Marguerite Bottard, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

Bâtiment en tête de l'hôpital, caractérisé par sa colonnade en façade et ses jardins zens à l'intérieur de ses patios. Cette architecture se trouve être très peu documentée et même absente des sites des agences qui l'ont réalisée. On retrouve donc assez peu d'informations. C'est ce bâtiment qui accueille en son rez-de-chaussée bas, l'UNISS, l'un des deux cas d'études de ce mémoire.

## FICHE IDENTITÉ N°07 BÂTIMENT DE STOMATOLOGIE

### DATE DE CONSTRUCTION

1960-1965

### IMPLANTATION

Au sud du secteur Salpêtrière, sur l'ancien emplacement de la pompe et du manège de Viel, des anciens bains et de la cour des chalets.

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

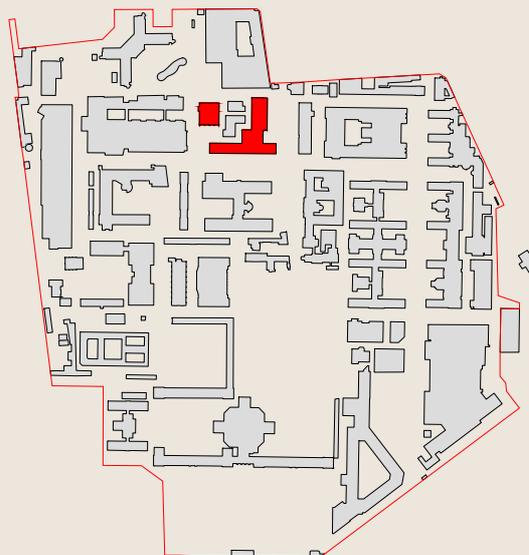
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Architecte Pierre Pinsard

### ÉTAT SANITAIRE

Mauvais état des façades vieillissantes et noircies par la pollution



Bâtiment de stomatologie, 2007  
© AP-HP



Façade du côté de la rééducation, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

Édifice de forme quadrilatère composé de deux éléments qui forment un L, l'un pour la consultation, l'enseignement et la recherche, l'autre pour l'hospitalisation et la chirurgie, d'un grand jardin et d'un dernier bâtiment dans le coin opposé abritant un amphithéâtre et une bibliothèque. Les différents éléments sont reliés par des galeries souterraines. Une façade régulière avec des panneaux préfabriqués en béton, les allèles et les murs pignons s'intègrent aux architectures des bâtiments anciens et possèdent un revêtement en pierre agrafée. La bibliothèque est à demi-enterrée et est revêtue de briques et de parements en pierre.

## FICHE IDENTITÉ N°08 BÂTIMENT BABINSKI

### DATE DE CONSTRUCTION

1996

### IMPLANTATION

Au sud du secteur Salpêtrière, le long de l'axe de l'avenue de l'hôpital général

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

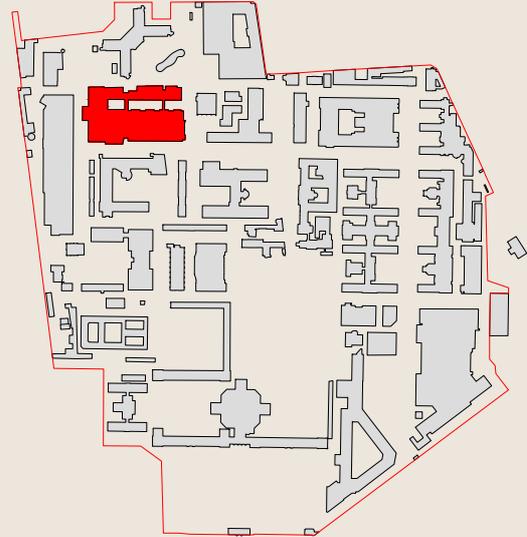
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Pierre Riboulet

### ÉTAT SANITAIRE

Bon état



Bâtiment Babinski, 2022  
© Hugo Vasseur



Loggias et brises soleil, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

Conçu comme un des bâtiments « tête » de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, dans un parcelle prédéfinie, un îlot rectangulaire, c'est une architecture composée d'une série de volumes simples et réguliers avec la même orientation. Il possède en façade une série de loggias protégées par des brises-soleils qui viennent rythmer et souligner par des vitrages horizontaux sa longueur et son orientation.

## FICHE IDENTITÉ N°09 BÂTIMENT PINEL

### DATE DE CONSTRUCTION

1815

### IMPLANTATION

Au centre de la parcelle, parallèle à la façade principale de l'hôpital côté boulevard de l'hôpital, perpendiculaire à l'avenue de l'Hôpital général.

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

Administration de l'Hôpital général

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Charles-François Viel

### ÉTAT SANITAIRE

État d'origine, façades présentant de nombreux manques de modénatures



Bâtiment Pinel depuis la cour Sainte-Claire, 2018  
© AP-HP



Bâtiment Pinel à l'angle de la division Jacquart, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

La révolution française a freiné les chantiers des bâtiments de l'Hôpital général dont celui des bâtiments des épileptiques. Inscrit dans l'architecture des prédécesseurs de Charles-François Viel, il s'agit d'une architecture ordonnée et adaptée aux édifices voisins. Bâtiment qui vient fermer la cour Sainte Claire avec la vision Hémeu, Jacquart et le bâtiment de la Force. Bâtiment recouvert d'enduit laissant transparaître les pierres de tailles qui le composent, toitures en tuiles plates ainsi que quelques chiens assis. Un porche y est aménagé en son centre pour laisser passer le flux des véhicules et des piétons avec le boulevard de l'Hôpital général, il vient avec les trois pavillons François Lhermitte être la frontière entre la partie récente de la Salpêtrière sud et la partie ancienne nord.

## FICHE IDENTITÉ N°10 PAVILLON FRANÇOIS LHERMITTE // EX CHASLIN

### DATE DE CONSTRUCTION

1785

### IMPLANTATION

Au centre de la parcelle, le long de l'avenue de l'Hôpital général, perpendiculaire à la division Pinel.

### MAÎTRISE D'OUVRAGE

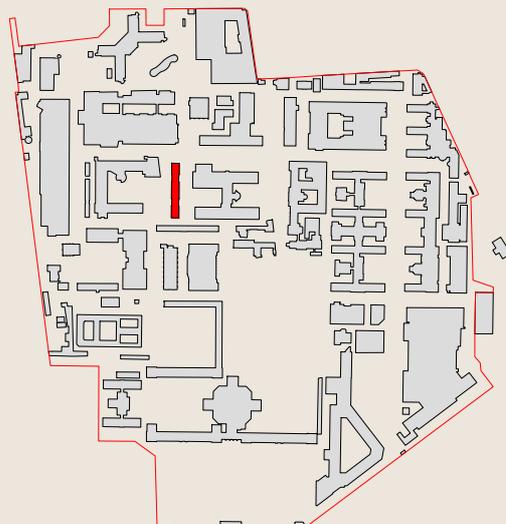
Administration de l'Hôpital général

### MAÎTRE D'ŒUVRE

Charles-François Viel

### ÉTAT SANITAIRE

État neuf, récemment restauré



Pavillon François Lhermitte, 2022  
© Hugo Vasseur



Pavillon François Lhermitte, 2022  
© Hugo Vasseur

### DESCRIPTION

Après la révolution Française et l'augmentation de la population au coeur de l'hôpital il devient nécessaire de construire des nouvelles loges qui sont dans un état de dégradation totale. Les constructions de ces nouvelles loges débutent en 1786 et se termineront en 1789. Il subsiste de ces loges une rangée ainsi que les trois pavillons Lhermitte qui forme l'actuel bâtiment François Lhermitte, anciennement Chaslin.

Trois pavillons récemment restauré donc l'architectures est propre à chacun, en enfilade l'un en pierres de taille apparentes et toiture en tuiles à quatre pans avec chiens assis, celui du milieu avec deux façades visibles très ajourées avec des menuiseries en bois et une toiture refaite en zinc, le dernier, recouvert d'enduit et laissant deviner des pierres de tailles aux angles ainsi qu'une toiture en ardoise avec une charpente en mansards.

