



HAL
open science

Faire le care malgré le cure? Le devenir des sanatoriums entre isolement et proximité

Myriem Kadri, Marianna Cyrino, Mathilde Sergent-Mirebault, Camille Mortelette, Corinne Luxembourg, Collectif Hors-Champ

► To cite this version:

Myriem Kadri, Marianna Cyrino, Mathilde Sergent-Mirebault, Camille Mortelette, Corinne Luxembourg, et al.. Faire le care malgré le cure? Le devenir des sanatoriums entre isolement et proximité. GéoProximitéS, 2024. hal-04663921

HAL Id: hal-04663921

<https://hal.science/hal-04663921v1>

Submitted on 11 Nov 2024

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

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

Faire le *care* malgré le *cure* ? Le devenir des sanatoriums entre isolement et proximité

Providing care despite
the cure? The evolution
of sanatoriums between
isolation and proximity

Camille Mortelette
Maîtresse de conférences en aménagement et urbanisme
Université Grenoble Alpes
UMR 5194 PACTE

camille.mortelette@gmail.com

Myriem Kadri
Doctorante en géographie et sociologie (CIFRE)
Laboratoire Pléiade UR 7338
Université Sorbonne Paris Nord
UMR 8019 CLERSE
Université de Lille

myriem.kadrihassanii@gmail.com

Mariana Cyrino
Doctorante en architecture
Ecole des Ponts Paris Tech
UMR LATTS et UMR LAVUE-LET

maricpdiaass@gmail.com

Mathilde Sergent-Mirebault
Doctorante en sociologie
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne
UR 2483 CETPCOPRA (Centre d'étude des techniques, des
connaissances et des pratiques)

mathilde.sergentm@yahoo.fr

Corinne Luxembourg
Professeure des universités en géographie et aménagement
Université Sorbonne Paris Nord
UR 7338 Pléiade

corinne.luxembourg@univ-paris13.fr

Résumé :

Cet article explore la réhabilitation des sanatoriums en zones rurales à travers une approche interdisciplinaire, en mettant l'accent sur les concepts de *care* (soin) et *cure* (guérison). En analysant les cas d'Aincourt, Bergesserin et Montigny-en-Ostrevent, l'étude examine comment ces anciens établissements médicaux, autrefois dédiés au traitement de la tuberculose, sont intégrés dans les projets de développement territorial. L'article discute des défis et des opportunités liés à la transformation de ces sites historiques, qui peuvent être abandonnés, réaffectés ou patrimonialisés. Il met en lumière l'importance de préserver la mémoire de leur passé sanitaire tout en les adaptant aux besoins contemporains, contribuant ainsi à la revitalisation des territoires ruraux.

Mots-clés : sanatoriums, *Care*, projet de territoire, patrimoine, territoires ruraux.

Abstract:

This article explores the rehabilitation of sanatoriums in rural areas through an interdisciplinary approach, focusing on the concepts of care and cure. By analyzing the cases of Aincourt, Bergesserin, and Montigny-en-Ostrevent, the study examines how these former medical facilities, once dedicated to the treatment of tuberculosis, are integrated into territorial development projects. The article discusses the challenges and opportunities related to the transformation of these historic sites, which can be abandoned, repurposed, or heritage-listed. It highlights the importance of preserving the memory of their sanitary



past while adapting them to contemporary needs, thereby contributing to the revitalization of rural territories.

Keywords: sanatoriums, care, territorial project, heritage, rural areas

Cet article est issu d'une recherche collective exploratoire et pluridisciplinaire sur les sanatoriums¹, visant à comprendre la place que ces objets architecturaux particuliers, périphériques à plus d'un titre, occupent dans des projets territoriaux. Ce texte s'intéresse principalement à des espaces ruraux, éloignés et dont une part de l'organisation spatiale a été marquée par la présence des sanatoriums. Certains de ces bâtiments sont laissés à un processus de ruine, d'autres sont réinvestis par des dynamiques locales associatives ou plus institutionnelles.

Dans cette contribution le *care* est pris en compte dans deux niveaux scalaires imbriqués : celui du territoire actuel qui prend en compte l'héritage spatial des politiques visant à lutter contre la tuberculose et celui d'une attention portée appliqué aux patient·es des sanatoriums et des imaginaires collectifs qui lui sont liés. Ainsi, le *care* n'est pas tout à fait *cure*, même s'il lui est indissociable de façon plus ou moins informelle :

« Cure, au sens de traitement, d'éradication de la maladie et de sa cause, tend aujourd'hui à prendre le pas sur le sens de care (soin, intérêt, attention). »
(Winicott, 1970).

Nous reprenons ici, d'abord, la définition large du *care* qu'en donne Joan Tronto :

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre

//////////

¹ Le collectif Hors-Champ est une équipe pluridisciplinaire regroupant des chercheur·es, des archivistes, des artistes et des habitant·es. <https://horschamp.hypotheses.org/>

« monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-même et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. » (Tronto, 2009).

Aborder les sanatoriums par ce prisme permet de relier la conception de ces bâtiments construits dans leur rapport à l'environnement, au paysage, les mobilisant comme moyens thérapeutiques lorsqu'ils étaient en fonctionnement, leur destination dans les périodes d'après la phase – finalement très courte – de traitement de la tuberculose sous les formes diverses d'EHPAD, de centre de convalescence, d'institut médico-pédagogique... et le dessin de leur destination actuelle sous l'aspect protéiforme de tiers-lieu. Aborder les sanatoriums par cette double entrée *care/cure*, en pensant le rapport à la spatialité, montre comment la gestion de la distance, l'acception de la proximité ou l'injonction à la mise à l'écart viennent interroger cette tension entre le traitement et le soin des personnes, ceci dans une logique quasiment inverse de l'attention portée à l'espace.

Nous verrons d'abord comme l'histoire récente des sanatoriums montre une identification de la proximité, voire de la promiscuité comme facteur aggravant de la propagation de la maladie et le choix de l'éloignement social et physique comme traitement, puis à partir de quelques cas d'étude comment cet isolement devient également l'objet de nécessaires soins sociaux.

1. La lutte contre la tuberculose : contrôle des corps et des espaces.

1.1. Une logique de mise à l'écart

L'histoire longue du traitement des maladies infectieuses s'illustre par des stratégies spatiales et paysagères marquées par l'isolement des personnes afin de rompre toute propagation contagieuse. Elle est intimement liée

à la double prise en compte de la distance : la proximité comme alliée de la contagion, l'éloignement comme soustraction de la maladie au monde social et économique. L'exclusion et la surveillance (Foucault, 1977) sont les deux principaux mécanismes à l'œuvre. En 1882, il est scientifiquement acquis que le développement de la tuberculose était dû à la propagation d'un bacille², tout comme la lèpre³. Le traitement de la maladie a alors impliqué une exclusion et une surveillance des personnes malades dans des centres de soin d'un aspect inédit. La gestion de la contagiosité trouve, assez logiquement, des traductions spatiales, paysagères, architecturales particulières. Si les premières constructions prennent l'apparence de villas comme sur les hauteurs d'Arcachon (Dotte, 2018, p. 222-224), ce sont par la suite des formes architecturales plus variées : les sanatoriums nouvellement construits pour accueillir les patients ont majoritairement suivi le principe d'une localisation loin des centralités urbaines, en périphérie des petites communes dans lesquelles ils étaient implantés. Ils ont pour certains pris des formes pavillonnaires mais plus fréquemment ce sont de longs bâtiments de plusieurs milliers de mètres carrés. Leur orientation, selon les contextes locaux (forestiers, littoraux, montagnards) est définie par la pensée d'un paysage et d'un climat thérapeutiques. Philippe Grandvoinnet rapporte les propos d'André Ménabréa dans *L'Architecture d'aujourd'hui* de mars 1932 :



² La transmissibilité de la tuberculose est établie par différents médecins, parmi eux principalement Pierre-François-Olive Rayer en 1843 : (P. Rayer, *Fragment d'une étude comparative de la phtisie pulmonaire chez l'homme et chez les animaux*, Arch. Méd. comp., 1, 1843, 189), puis Jean-Antoine Villemin en 1865 : (J. A. Villemin, *Études sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, Baillière, 1868, 640 p. (cf. p. 431-462). (Théoridès, 1993).

Le bacille de la tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) est identifié en 1882 par Robert Koch.

³ La lèpre est une maladie infectieuse chronique provoquée par le bacille de Hansen, proche de l'agent responsable de la tuberculose, identifié en 1873 par Gerhard Armauer Hansen. Le sanatorium de la Chartreuse de Valbonne, puis le sanatorium de l'Hermitage dans l'Oise ont été des lieux spécialisés pour l'accueil des lépreux.

« le remède que dispense [le sanatorium], c'est la lumière du soleil. En conséquence, son architecture se distingue de l'architecture ordinaire en ce qu'elle regarde cette lumière comme une source de vie, qu'elle l'appelle comme une collaboratrice et qu'elle l'accueille comme une amie » (Grandvoinnet, 2024).

Ce qui marque également la vie dans les sanatoriums c'est la séparation des patients par genre assigné, par génération (adultes et enfants) et d'être organisés selon des règlements rythmant les journées et la fréquentation des lieux.

« Air, lumière, ensoleillement, repos absolu et contemplation de la nature, conjugués à une stricte discipline, souvent vécue comme carcérale, deviennent les mots d'ordre d'une nouvelle thérapeutique qui se fonde essentiellement sur l'impact bénéfique des effets de l'environnement sur le corps humain et selon un concept préalablement établi par les médecins hygiénistes anglais du XIXe siècle, ainsi que par les idéologues du mouvement germanique Lebensreform. » (Cremnitzer, 2005, p.9).

Ce faisant, ils ont participé à la constitution d'une hétérotopie (Foucault, 1967 ; Lefebvre, 1974) pour les patients où les seules incursions de l'extérieur sont le courrier, quelques visites, dans une moindre mesure, les personnes soignantes et exceptionnellement des fêtes (en fin d'année civile) ou des représentations théâtrales dans les salles de spectacle. Ajoutons que leur fonctionnement hors du temps et de l'espace social commun (fig. 1) ainsi que la création parfois de véritables petites unités urbaines fonctionnant comme des villes renforcent cette impression « d'espace autre » (Foucault, op. cit. 1967) et d'un régime d'habiter spécifique (Stock, 2003) produisant une proximité spécifique dans l'isolement.

Figure 1 : Carte Postale : La cure dans les bois au sanatorium d'Oissel en 1910.
(Henry, 2013)



1.2. Contrôler les corps : un « armement » moralisateur.

Ainsi, le contexte de la construction des sanatoriums est-il marqué par une argumentation forte appuyée sur des statistiques du nombre de décès dus à la tuberculose au début du XXe siècle. Le chiffre de 150 000 décès par an, en France marque alors durablement les esprits (Mouret, 1996) quand la morbidité tuberculeuse de l'époque est finalement peu connue :

« Ce vide statistique est propice aux exagérations dans un contexte historique favorable à la surenchère sur les risques réels ou imaginaires que la tuberculose fait courir à la société. La montée des fléaux sociaux dans l'imaginaire de la Belle Époque se nourrit de la «névrose fin de siècle» comme des diverses tensions sociales et politiques ».

Les dispositifs de lutte contre la tuberculose se développent en France principalement durant la Première Guerre mondiale encadrés, notamment par les lois Bourgeois de 1916 et Honnorat de 1919 qui « *constitu[ent] jusqu'à l'ordonnance du 31 octobre 1945 le fondement juridique de la lutte contre la tuberculose en France* » (Pierre cité par Viet, 2016).

En effet le contexte est multiple. (i) Économiquement, l'industrialisation et l'urbanisation rapide provoquent une augmentation de la promiscuité dans les logements et une diffusion accélérée de la tuberculose. Les représentations de la maladie en font l'apanage des classes ouvrières, de la pauvreté. (ii) Géopolitiquement, la période de l'entre-guerre « *mobilise volontiers la métaphore militaire [...] Cette rhétorique fut renforcée au début de la Première Guerre mondiale en raison de l'afflux massif de militaires tuberculeux dans des structures hospitalières débordées et incapables de les prendre en charge. La métaphore militaire impliquait [...] la construction d'un «armement antituberculeux» qui faisait totalement défaut et qui nécessitait la mobilisation d'importantes ressources.* »

(Granvoinet, 2034). (iii) Socialement, et principalement dans l'entre-deux guerres, il s'agit d'engager une moralisation de la population ouvrière. Cela passe au domicile par la mise en place de consignes moralisatrices liant d'une part alcoolisme, mauvaise hygiène du logis et tuberculose et d'autre part portant sur la responsabilité de la vaillance des futurs bataillons de la patrie (fig 2 et 3), discours que l'on retrouve par exemple sur les tracts de vente du timbre antituberculeux. La lutte contre la tuberculose ne se limitait pas à la poursuite de la *cure* des malades, mais s'étendait aussi à l'éducation des patients dans le but d'écarter, dans leur mode de vie, « *tout ce qui affaiblit, prédispose* », à savoir les « *surmenage, taudis, lieux surpeuplés, alimentation insuffisante, alcoolisme...* » (Knibiehler, 1979, p.322), moralisation reprise sous la forme d'un renversement de discours par le syndicat principal : la baisse du temps de travail entrainera, entre autres, la fin de la tuberculose (fig. 4).

Les campagnes d'information expliquent donc les modes de propagation de la tuberculose, et les dispositifs d'hygiène à adopter, portant parmi des préconisations sanitaires un puissant discours moralisateur jouant sur la culpabilité, le devoir patriotique et la valorisation du travail agricole au grand air. Le contexte urbaphobe de l'entre-deux guerres est également à prendre compte dans les présupposés hygiénistes qui prescrivent les implantations des sanatoriums : c'est d'une part la condamnation de la ville industrielle, ouvrière et de sa « banlieue rouge » et d'autre part la conviction du pouvoir thérapeutique du paysage. Deux grandes idées motivent alors l'implantation des sanatoriums loin des villes, en hauteur et entourés d'arbres résineux, dont l'odeur et les essences térébenthineuses passent pour avoir des vertus curatives. Premièrement, le rejet de la maladie qui conduit à isoler les personnes contaminées et donc à placer les sanatoriums dans des territoires peu denses, en marge des espaces urbanisés. Deuxièmement, l'idée que le paysage, ses caractéristiques et sa contemplation détiennent un pouvoir thérapeutique.

Figure 2 : Rapeño, Armand. Fonction indéterminée. **COMBATTEZ LA TUBERCULOSE**. 1918. Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque municipale de Rou

Figure 3 : American national Red Cross. Suivez ces conseils, vous vivrez longtemps.. 1917-1920. Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque municipale de Rouen

Figure 4 : Confédération Générale du Travail. Réduisons les heures de travail. Source : IHS Georges Séguy : <https://www.ihs.cgt.fr/reduire-le-temps-de-travail-dans-le-sens-de-l-histoire/>



Le refus de la proximité, de ce que l'on définira ensuite comme l'urbanité c'est-à-dire le « *couplage de la densité et de la diversité des objets de société dans l'espace* » (Lussault, 2003)

La discipline des malades à l'intérieur des sanatoriums induit notamment un contrôle du temps et des corps. À Saint-Sever, le règlement implique un morcellement de la journée des patientes en tranches de deux heures pour lesquelles l'obligation au silence s'ajoute à l'obligation au repos :

*« 8h lever et petit déjeuner ;
10h visite du médecin et
examen radio pour certaines ;
la cure de silence en chaise
longue dans la galerie
des cures exposée au sud
étaient interrompue par une
promenade dans le parc
intérieur au milieu de l'après-
midi. »* (Laroze, 2002, p. 6)

On retrouvera une organisation quasi identique en 1953 au sanatorium d'Aincourt :

« Le 5 mai 1953. [...] Je suis très bien tombée dans une chambre à 6 lits toutes les 5 gentilles. Devant chaque est une porte-fenêtre qui s'ouvre sur la cure (au vent) avec un fauteuil spécial. [...] Lever 7h30 petit-déjeuner. Quartier libre jusqu'à 10h. Jusqu'à midi cure, déjeuner midi. Cure de 14h à 16h. Goûter. Cure jusqu'à 19h. Le dîner. Extinction [de la] lumière 21h30. Et ça recommence. Nous lavons, nous repassons nos affaires chacune. Les jours vont se passer assez vite je pense. Ce matin radio tubage et prise de sang chaque mois. Tout est très suivi donc aucun risque de contagion [...]. Mes voisines m'ont donné de belles tulipes, de cette façon la chambre est fleurie à tous les lits. Il fait très beau. Nous dormons tout ouvert. Il a fait beaucoup de vent cette nuit et n'ai guère fermé l'œil. [...] Ne vous inquiétez pas pour moi il

y a ici de très bons docteurs à ce qu'il paraît. J'espère un mot à la fin de la semaine. Les lettres seront comme à Foche mon seul divertissement car je n'espère pas beaucoup de visite ici non plus mais je prends patience et les jours s'écoulent si vite, c'est à ne pas y croire. [...] » (extraits d'une carte postale envoyée par une patiente à ses parents depuis le sanatorium d'Aincourt).

L'importance de l'avis médical est lisible dans d'autres courriers, accompagnée d'une double expérience : le manque d'explication quant aux soins prodigués (nécessité d'opération) et l'impossibilité, devant cette incertitude, de contester la décision médicale.

« Saint-Sever ce 10 février 1932. [...] Je commence à m'habituer mais tu sais au sujet du pneumo c'est bien embarrassant. Dans une quinzaine de jours il compte me l'essayer, mais par acquis de conscience il y a neuf chances sur 10 pour qu'il ne réussisse pas. Après il tente à ses malades la [phrénicectomie] c'est-à-dire qu'il coupe un nerf, au sommet du poumon près du cou, ce qui permet au poumon de s'affaïsser et par la suite de rétracter les cavités. On fait ce traitement au cas où le pneumothorax ne marche pas. [...] Je ne connais pas de malades refusant un traitement et tout cela m'ennuie bien. [...] » (extraits d'une carte postale envoyée par une patiente à son mari depuis le sanatorium de Saint-Sever).

On le voit à travers ces courriers, l'asymétrie des rapports entre les médecins et les patientes participe de cette discipline des corps, illustrant un rapport de pouvoir rendant passives les personnes malades dans les processus de traitement. Le caractère hétérotopique des lieux montre des rituels d'habiter

spécifiques en dehors du monde qui, malgré leur disparition concomitante de la fin des sanatoriums, contient certaines permanences dans les représentations et les imaginaires mais aussi dans certaines mémoires. Si la dimension de traitement (*cure*) est assez évidente dans ces rapports à la médecine, le *care* est présent dans la proximité physique et sociale que les patient·es construisent par nécessité, dans la proximité qui perdure avec la famille et les ami·es par les échanges épistolaires. Ainsi, le dispositif est-il organisé par l'institution sanitaire responsable du traitement, les politiques publiques de prophylaxie, les patient·es individuellement et en interaction ainsi que par les proches des patient·es. Ce qui caractérise spécifiquement ces lieux c'est surtout leur dépendance à l'existence d'un agent tiers, ici une infection contagieuse.

Lorsque nous confrontons ces textes écrits par les patientes aux imaginaires actuels sur le vécu des sanatoriums il ressort une grande dissonance. Nombre de familles ont compté en leur sein au moins une personne touchée par le bacille de Koch, l'éloignement physique, l'assignation à la pauvreté, voire à la bonne moralité, de la tuberculose a participé à une forme d'invisibilisation de ces lieux de vie hors de la quotidienneté commune. L'hypothèse que nous avons formulée est que l'effacement de ces lieux dans les projets de territoires ou les difficultés de les revitaliser peut être liée à ces dissociations des quotidiens qui se sont déroulés de part et d'autre du fait de cet agent tiers dans la contingence des causalités.

2. Un terrain exploratoire multisitué

Pour produire une première présentation de cette recherche exploratoire nous nous sommes arrêtés sur trois sites d'études aux profils divers (fig. 5). Nous nous intéresserons ici aux sanatoriums d'Aincourt (Val-d'Oise), de Bergesserin (Saône-et-Loire), et de Montigny-en-Ostrevent (Nord). À l'exception de ce dernier, construit et inauguré avant la Première Guerre mondiale, présentant une forme de pavillonnaire disséminé dans un parc, les bâtiments sont construits

au début des années 1930, dans une forme longiligne, étroite, installés à flanc de pente. Ils sont tous les trois réaffectés ou promis à des réaffectations (logements, EPHAD, tiers-lieu) après avoir été laissés parfois à un processus de « ruïnification » (Morcrette, 2014).

Le choix de la construction d'un terrain multisitué (Bocquet, 2019) obéit à la nécessité d'envisager la diversité des dispositifs hérités et des attentions qui leur sont portées actuellement. Ainsi, cette prise de position implique de ne pas cumuler un inventaire de monographies mais d'en lire des dynamiques multiscalaires et diachroniques qui ne soient pas seulement comparatives. Au début de cette recherche, nous mobilisons trois sources principales de collectes comme socle de la mise en relation des lieux vécus avec l'espace : la collecte de cartes postales pour chacun des sites et la collecte actuelle de témoignages à propos des sanatoriums, qu'ils recouvrent la narration d'une expérience vécue qu'elle soit ou non en lien avec le fonctionnement effectif de ces établissements hospitaliers et les documents ou les projets incluant la trajectoires de ces lieux dans l'aménagement territorial. Ces lieux conservent tous la particularité de cette double dimension spatiale liée à l'isolement curatif qui a présidé à leur construction et à la proximité de villages ruraux qui, le temps de leur fonctionnement, hébergeaient le personnel soignant. Le croisement de ces trois sources se situe ici dans une démarche de *care* portée aux terrains et aux territoires. Il s'agit en effet de constater ce qui fait commun et comment ce commun intervient dans une dimension de « réparation » spatiale prenant en compte à la fois une perspective patrimoniale et une perspective projectuelle comme outil du *care*.

2.1. Le patrimoine pour prendre soin d'une histoire sanitaire complexe.

Malgré l'inscription de certains des sanatoriums (pour tout ou partie d'entre eux) à l'Inventaire supplémentaire des monuments historiques, la détérioration

Figure 5 : Tableau récapitulatif des situations et trajectoires des sanatoriums d'Aincourt, Bergesserin, Montigny-en-Ostrevent et Saint-Sever-en-Calvados.

Site sanatorial investigué par le collectif Hors-Champ	Situation géographique	Trajectoire du bâtiment
<p>La Bucaille – Pavillon Les Tamaris (ex Pavillon Adrien Bonnefoy Sibour - hommes)</p> <p>Sur le même site Pavillon Les Cèdres (enfants), Pavillons Les Peupliers (ex Pavillon Edmond Vian – femmes)</p>	<p>Aincourt (879 habitants en 2020) – Val d'Oise</p> <p>Colline de la Bucaille.</p> <p>PNR du Vexin.</p>	<p>1930 : décision du préfet et du président du conseil général de la construction d'une « Maison de Cure » sur la colline de la Bucaille.</p> <p>Entre avril 1931 et juillet 1933 : construction de 3 bâtiments espacés de 400 mètres, 220 m de long sur 10 de large. Ouverture le 18 juillet 1933 (alors plus grand sanatorium d'Europe).</p> <p>Juin 1940 : évacuation des patients vers d'autres sanatoriums plus éloignés du front.</p> <p>Octobre 1940 : réquisition pour devenir le 1er camp d'internement administratif de la zone nord sur ordre du Préfet de Seine et Oise en accord avec l'armée d'occupation allemande.</p> <p>15 septembre 1942 : fermeture du camp d'internement</p> <p>Novembre 1942 : centre d'entraînement des groupes mobiles de réserve.</p> <p>13 septembre 1943 : fermeture du centre d'entraînement.</p> <p>1946 : retour de la fonction sanatoriale.</p> <p>1972 : devient un centre médical du groupement hospitalier intercommunal du Vexin.</p> <p>Les pavillons Les Tamaris (ex hommes) et Les Peupliers (ex femmes) inscrits à l'Inventaire supplémentaire des monuments historiques par décret du 1er février 1999.</p> <p>2001 : fin d'activité aux Tamaris.</p> <p>2018 : vente des Tamaris pour la production de 65 logements à l'horizon 2023.</p>
Bois de La Châtelaine	Bergesserin (201 habitants en 2020) – Saône-et-Loire	<p>1929 : décision de la construction d'un sanatorium dans la forêt du lieu-dit Bergesserin et d'un accès aménagé depuis la gare de Clermain.</p> <p>1932 : début de la construction jusqu'à sa suspension 1939. Reprise et fin de la construction en 1946. Plus grand sanatorium de France en un bâtiment.</p> <p>1944 : formation du maquis qui participe le 11 août à la bataille de Cluny. Le 13 septembre, signature au sanatorium de l'engagement de 850 maquisards dans le Commando de Cluny.</p> <p>A partir de 1974 : Bergesserin est un établissement relevant du Centre hospitalier de Mâcon.</p> <p>2008 : fin d'activités.</p>
Cité du sanatorium	Montigny-en-Ostrevent (4774 habitants en 2020) - Nord	<p>Le modèle n'est pas conçu par des architectes mais par le Professeur Albert Calmette, fondateur de la Ligue du Nord contre la tuberculose. Il est construit entre 1904 et 1905 selon un système de petits pavillons pour accueillir les personnes malades et les membres de leur famille, dispersés dans un parc autour du château de Lambrecht qui est conservé.</p> <p>Le coût du lit excessif et la structure familiale bourgeoise proposée en inadéquation avec le modèle économique et le mode de vie familial des malades de classe ouvrière en font un lieu difficilement stable économiquement.</p> <p>1912 la direction et la gestion sont confiées à l'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris.</p> <p>août 1914, le lieu est évacué et réquisitionné par l'armée allemande comme hôpital militaire jusqu'à sa retraite en octobre 1918 où le lieu est vidé du matériel médical, les salles des machines et installations d'épuration d'eau dynamitées. Le lieu est ensuite réquisitionné par l'armée anglaise.</p> <p>Après ces dégradations puis l'acquisition des terrains mitoyens du sanatorium par la Compagnie des mines d'Aniche en 1919, la Ligue du Nord contre la tuberculose cède le terrain du sanatorium à la Compagnie en 1920. Une cité minière est développée sur le site du sanatorium.</p> <p>Les pavillons sont détruits pour l'essentiel au début des années 1980, ne restent que 2 pavillons pour célibataires profondément remaniés et un pavillon familial. Le château de Lambrecht agrandi d'une extension accueille une maison de retraite depuis 1999, agréée depuis 2002 en EPHA</p>

des bâtiments est un des facteurs de leur attrait pour les urbexeurs. C'est, par exemple, le cas de deux des trois bâtiments du sanatorium de la Bucaille à Aincourt (Val-d'Oise). Cette situation paradoxale d'un lieu patrimonialisé pourtant en ruine n'est pas propre aux sanatoriums :

« Les dynamiques d'abandon et de patrimonialisation semblent a priori opposées en termes de valorisation. Pour autant, l'état d'abandon ne manifeste pas nécessairement une absence de reconnaissance patrimoniale. Il est en effet fréquent qu'un classement officiel au titre du patrimoine ne se traduise pas par une protection et un entretien effectifs du lieu » (Le Gallou, 2021).

Dans une approche constructiviste, le patrimoine est un objet du passé, considéré comme étant digne d'intérêt et devant être légué aux générations futures par un groupe social donné. Cette logique de préservation souligne l'importance des questions d'acteurs et des groupes sociaux dominants ou minoritaires, de la (re)connaissance sociale et de droit, des valeurs culturelles, historiques et symboliques de l'objet-patrimoine (Veschambre, Ripoll, 2005). Dans le cas très particulier du pavillon Les Tamaris du sanatorium de La Bucaille, le classement à l'inventaire supplémentaire des monuments historiques est moins dû à sa qualité architecturale remarquable qu'à son utilisation pendant la Seconde Guerre mondiale en camp d'internement administratif de la Zone Nord avant de laisser la place à un centre d'entraînement de la Milice (groupes mobiles de réserve) de novembre 1942 à septembre 1943. Cette période est commémorée notamment par l'Amicale Chateaubriant-Voves-Rouillé-Aincourt portée par des descendants de Résistants et de Résistantes à l'occupation nazie lors d'une cérémonie nationale annuelle. L'ensemble du bâtiment Les Tamaris après rénovation et requalification par un promoteur privé doit devenir un ensemble de 66 logements. Les brochures et vidéos

promotionnelles du futur ensemble résidentiel insistent sur la qualité de l'air et ses incidences bénéfiques pour la santé, reprenant ainsi des éléments de discours mêlant paysage ouvert, isolement, air pur et bonne santé liés au sanatorium et éludent totalement la période 1940-1943⁴

2.2. Produire des dynamiques de revitalisation et de réparation par les structures institutionnelles et associatives locales

Depuis les années 2020, le site du Sanatorium de Bergesserin fait l'objet d'actions culturelles et de réappropriations pour en faire un tiers-lieu d'abord à l'initiative de la communauté de communes du Clunisois puis, toujours avec son soutien, porté par un collectif d'associations actrices du territoire⁵. Le glissement de gouvernance de la communauté de communes vers le collectif de gestion du tiers-lieu s'accompagne d'une volonté de démocratie oblique

////////////////////
4 « Ici on est Parc du Vexin, donc pour le groupe François 1er, au pavillon des Tamaris. Un projet assez exceptionnel. Le pavillon des Tamaris est super bien situé. On est 40 minutes de la Défense, 60 km du centre de Paris et pas très loin de Pontoise. L'avantage pour moi ici, c'est qu'on a l'air le plus pur d'Ile de France. Ça c'est quand même un vrai plus et en plus on est bien placé. On est à la ville et à la campagne à la fois. On respire, on se détend et on est près des pôles d'attraction pour travailler donc là je dis chapeau bas ! On dit que l'emplacement est important là l'emplacement est tourné vers la nature. Luminosité. La luminosité c'est bon pour les appartements pour les coups de cœur mais c'est aussi bon pour la santé. Pour moi ça reste un investissement idéal. Sûr. On va pas perdre d'argent. On investit déjà dans la pierre, ça c'est bien et on a un parc protégé. Les enfants vont se balader, vont courir. Pour moi c'est un placement sûr. L'emplacement, l'emplacement, l'emplacement, c'est tout ce que j'ai appris dans l'immobilier. Eh ben là, j'ai un site classé, pas de travaux, pas de construction en face, donc je serai toujours tourné vers la nature et je vais vivre vieux. Je vais vivre très très vieux, peut-être 120 ans. » Présentation d'un animateur télé sur l'immobilier.

<https://francois1er.com/portfolio/pavillon-des-tamaris-aincourt/>

⁵ Voir la thèse en CIFRE de Ludovic Martin, *De l'action publique territoriale à la gestion des biens communs territoriaux : une recherche-action en Clunisois*.

Figure 6 : Pavillon Les Tamaris du sanatorium de La Buaille à Aincourt (Val-d'Oise) octobre 2022. Photographie Hors-Champ.



Figure 7 : Intérieur du bâtiment Les Tamaris à Aincourt, octobre 2022. Photographie Hors-Champ.



Figure 8 : Image du projet de reconversion du pavillon Les Tamaris du sanatorium d'Aincourt en logements par le promoteur François 1er <https://francois1er.com/portfolio/pavillon-des-tamaris-aincourt/>



Figure 9 : Bergesserin, avril 2023. Photographie Clarisse Rebotier.



entre différents collègues d'intervenants incluant les associations actrices du site, la communauté de communes, les personnes voisines du site comme les personnes intéressées par le processus de réaffectation du lieu que par un souhait d'une forme de patrimonialisation.

« Dans la perspective du lancement d'un grand projet, assez transversal, par la ComCom (ex : réinvestissement du sanatorium de Bergesserin), organisation de différents temps d'échange entre agents et élus, afin de l'alimenter : différents services pourraient témoigner, faire part de leur expérience en matière de projets développés avec l'implication plus ou moins forte de citoyens engagés, puis initier un débat sur les conditions de réussite et de reproductibilité. »⁶

Ainsi, en parallèle de l'activation de dispositifs économiques et artistiques (différentes troupes de spectacle vivant, brasserie...), la collecte de témoignages des personnes ayant connu le site en activité constitue un élément important dans la constitution du tiers-lieu. Les tentatives de redonner vie au site de Bergesserin s'accomplissent dans une recherche et actualisation des souvenirs via des ateliers d'« imaginations collectives », d'« appels à souvenirs » et des expositions des images d'archives des espaces de soin (galeries de cure, etc.). Ces expériences permettent de ne pas figer le bâtiment dans sa fonction sanatoriale qui n'a finalement été qu'une courte période de son activité et d'envisager une sorte de « réparation territoriale » par le projet collectif et l'expérimentation démocratique.

« J'ai connu ce lieu y'a 18-20 ans quand c'était encore tout en état, je venais rendre visite à une amie qui était en

////////////////////
⁶ Agir ensemble dans le Clunisois : *Diagnostic d'engagement et propositions dans le cadre de la démarche « Territoires d'engagement »* mars 2022.p. 80

convalescence ici : j'ai été éblouie par cet endroit, c'était un jour de soleil magnifique, les robinetteries, lavabo, carrelage, l'immensité des couloirs : on sentait que c'était bien construit. C'était tranquille, t'avais presque envie d'être malade ou en convalescence. [...] Le projet ici c'est d'être dans le vrai, c'est d'être ensemble, les humains, la forêt, les choses invisibles qu'on voit pas, tout, tout. Refaire du vivant, du vrai vivant, et pas du virtuel. Ici, c'est un truc monumental, et nous face à ça, on est plus comme des fourmis, chacun sa tâche. Il faut collaborer et être en lien avec les plantes, il faut planter des arbres. Il faut créer un groupe de jardin. » (Une habitante de Bergesserin, propos recueillis lors de la journée porte ouverte d'avril 2023 par le collectif Hors-Champ)

2.3. Le projet dans le projet : un tiers-lieu en structure

La « cité sanitaire » du Sanatorium de Montigny-en-Ostrevent ne bénéficie pas aujourd'hui d'une animation territoriale comme celle de Bergesserin, mais a été réhabilitée en EHPAD privé en 1999. La démarche de revitalisation du Château Lambrecht, lieu principal de la « cité » prend la forme d'une réactivation de son histoire et de sa fonction médicale.

Au quatrième étage de l'EHPAD, une petite exposition compte des photographies illustrant l'inauguration du sanatorium par le Président de la République en 1905, d'anciennes maisons pavillonnaires des tuberculeux à proximité. À l'époque, ce modèle d'habitat est présenté comme une alternative innovante à l'accompagnement des tuberculeux car il intègre les effets vertueux du maintien des liens familiaux dans le processus de guérison des tuberculeux. Une place est également consacrée aux archives de deux histoires de reconversion du lieu :

Figure 10 : Journées porte ouverte du sanatorium de Bergesserin en vue de la mise en place de la coordination du tiers-lieu, avril 2022. Photographies Hors-Champ

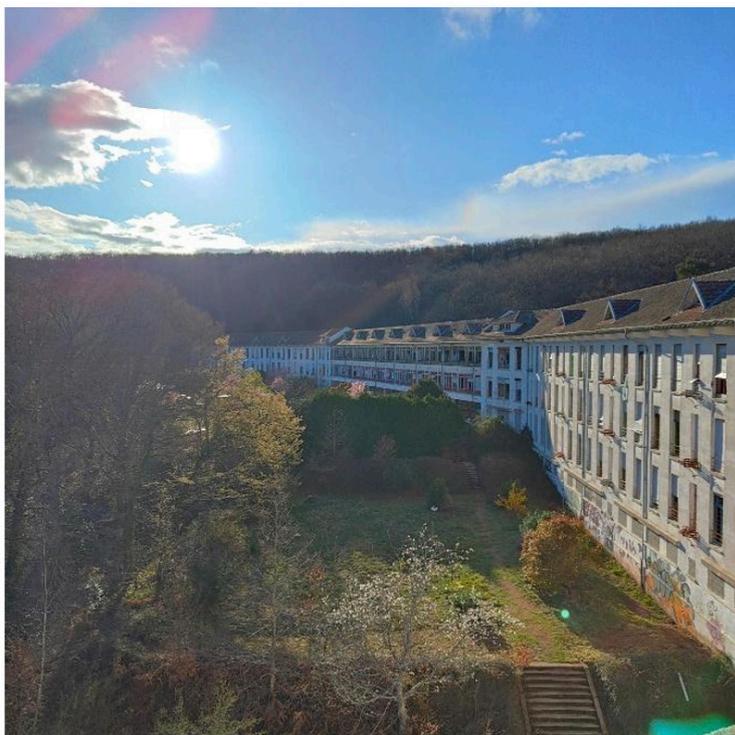


Figure 11 : Château de Lambrecht réaffecté aux fonctions d'EHPAD. février 2023. Photographies Hors-Champ.



en centre de formation professionnelle des mineurs puis en hôpital militaire allemand pendant la Première Guerre mondiale (Laget, 2005).

L'effet de sélection de ces événements historiques et politiques interpelle. Il est possible de dire que cette visibilité de la mémoire glorieuse de la « cité sanitaire », au détriment des mémoires personnelles et collectives de la relation à ce lieu médicalisé, se justifie probablement par une déperdition des souvenirs et des récits personnels, en lien avec la disparition des résidents et/ou de leurs proches. Les reconversions et requalifications diverses du lieu, mais aussi son abandon, ont également dû jouer leur rôle. Ajoutons qu'elle peut également se comprendre comme une stratégie mémorielle, en vue de ne pas compromettre sa reconnaissance, au présent, comme lieu idéal et alternatif du soin. Entretenir l'histoire prestigieuse et politique du sanatorium peut sembler être l'occasion pour l'EHPAD privé d'occuper une place dans la continuité de cette histoire⁷.

3. Conclusion : La projection des lieux comme possibilité d'un *care* spatial.

Outre leur caractère patrimonial peu ou prou mis en valeur dans ces trois cas de notre étude exploratoire, porter une attention aux territoires, comme aux paysages, de façon diachronique implique la prise en compte des mouvements ascendants des différents collectifs. Ces lieux particuliers dont l'existence est justifiée par la volonté d'isoler et soigner des personnes tuberculeuses n'ont rempli leur fonction que peu de temps. Il y a une sorte d'inadéquation entre le gigantisme des sanatoriums et le temps de fonctionnement. Pour autant, ces lieux de soins (*cure*) ont été des lieux d'attention (*care*) mais sans que cela relève du

7 La semaine Portes Ouvertes organisée autour de cette exposition était aussi l'occasion d'exposer la modernisation des certains locaux, en blanchisserie et autres espaces techniques, valoriser l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées de l'EHPAD, en lien avec les instructions actuelles de l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

cadre institutionnel, mais bien plus des constructions de proximités sociales entre patient·es et des liens préexistants, familiaux et/ou amicaux.

Cet isolement intrinsèque rend la relation avec les territoires ruraux complexe ou souvent perturbée. Toutefois, la réflexion qui conduirait à penser le *care* comme dimension de pensée de l'espace trouve dans certaines démarche de réaménagement une prise en charge réelle de la réparation et du maintien de la vie. Si cela est discutable lorsqu'il s'agit de passer sous silence une partie de l'histoire d'un lieu, comme celui du pavillon des Tamaris au sanatorium de La Bucaille à Aincourt, plus apparent pour l'ouverture du tiers-lieu interne à l'EHPAD afin de créer de la porosité entre l'institution et la société, c'est encore bien plus saillant et abouti dans la démarche du tiers-lieu de Bergesserin. Toute se passe alors comme si, la (re)projection de ces lieux dans une dynamique multiscale des territoires participait alors d'une mise en œuvre d'un *care* spatial.

Figure 12 : Pavillon pour deux familles de la cité du Sana à Montigny-en-Ostrevent. juin 2023. Photographie Hors-Champ.



Références bibliographiques :

- Bégout B., 2022. *Obsolescence des ruines*, Paris : Inculte – Dernière marge.
- Bocquet D., 2019. "Les études multi-situées : entre pragmatisme et construction scientifique d'une posture." *Espaces et sociétés*, 178, 175-182. DOI : 10.3917/esp.178.0175
- Chaurand D., 2016, « Réduire le temps de travail : dans le sens de l'histoire », éclairage, IHS CGT, 15 septembre. <https://www.ihs.cgt.fr/reduire-le-temps-de-travail-dans-le-sens-de-lhistoire/>
- Cremnitzer J.-B., 2005. *Architecture et santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe*, Paris : Ed A et J Picard.
- Cremnitzer J.-B. & Toulhier B., 2004. *Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe*. Acte de colloque. Paris : Docomomo International.
- Dessertine D., 2013. « Le sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (des origines à 1940) » In : *Enfance, santé et société*. LARHRA DOI : 10.4000/books.larhra.2638
- Dotte I., 2018, *Architectures balnéaires à Arcachon. Du néo-classicisme aux prémices de l'art nouveau*, Thèse soutenue à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour. <https://www.theses.fr/2018PAUU1034/document>
- Fabre D., 2013, « Le patrimoine porté par l'émotion », in D.I Fabre, *Émotions patrimoniales*, Paris, Éd. de la MSH (« Ethnologie de la France. Cahiers » 27), p. 13-98.
- Fleury C. & SCAU (dir.), 2022. *Soutenir : ville, architecture et soin*, Paris : Ed. du Pavillon de l'Arsenal.
- Foucault M., 1967, *Des espaces autres*, conférence au cercle d'études architecturales, 14 mars.
- Foucault M., 1977, *Surveiller et Punir, Naissance de la prison*, Paris : Gallimard.
- Grandvoinet P., 2017. « Valoriser le patrimoine climatique : la reconversion des sanatoriums de cure antituberculeuse », *In Situ*, 31, DOI : 10.4000/insitu.14173
- Grandvoinet P., 2010. *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945). Une architecture en quête de rendement thérapeutique*. Thèse soutenue à l'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (UVSQ) ; Université de Genève. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01935993>
- Grandvoinet P., 2024, « Habiter les espaces de soin : l'asepsie dans les anciens sanatoriums de cure antituberculeuse », in Barrère C., & Grout C., *L'épreuve de l'hospitalité. De l'hôpital à la ville*. Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq, p 91-104.
- Gravari-Barbas M. & Jacquot S., 2014. « Patrimoine mondial, tourisme et développement durable en Afrique : discours, approches et défis », *Via tourism*, 4-5, DOI : 10.4000/viatourism.853
- Guillaumin C., 1985. « Sur la notion de minorité ». In: *L'Homme et la société*, 77-78. Racisme, antiracisme, étrangers, étrangers. pp. 101-109. DOI : 10.3406/homso.1985.2224
- Halbwachs M., 1950. *La mémoire collective*. Paris : PUF.
- Henry S., 2013. *Vaincre la tuberculose (1879-1939) : La Normandie en proie à la peste blanche*. Presses universitaires de Rouen et du Havre. DOI : 10.4000/books.purh.5516
- Hertz E., 2002. « Le Matrimoine », in *Le Musée cannibale*, M.-O. Gonseth, J. Hainard et R. Kaehr (dir.), Neuchâtel : Musée d'Ethnographie, p. 153-168
- Higon Calvet J.L., Veru J.L., Perez Igualada J., Cabezos Berna P., Martinez Piqueras J. & Cabodevilla-Artieda I., 2018. « Graphical Analysis of the Landscape in and Around the San Francisco de Borja Fontilles Sanatorium ». In: Castaño Perea, E., Echeverria Valiente, E. (eds) *Architectural Draughtsmanship*. EGA 2016. Springer, Cham. DOI : 10.1007/978-3-319-58856-8_105
- Knibiehler Y., 1979. «La « lutte antituberculeuse » instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930)», *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 2, p. 321-336.
- Laget P.-L., 2014 « L'invention du système des immeubles à gradins. Sa genèse à visée sanitaire avant sa diffusion mondiale dans la villégiature de montagne et de bord de mer », *In Situ*, 24, DOI: 10.4000/insitu.11102
- Laget P.-L., 2005, « Le sanatorium familial de Montigny-en-Ostrevent (Nord) : échec d'une tentative de création d'un établissement antituberculeux modèle, de caractère national », *In Situ*, 6, DOI : 10.4000/insitu.9316

- Laget P.-L., 2003, « Patrimoine hospitalier à travers l'Europe : un dilemme entre restructuration ou désaffectation », *In Situ*, 3, DOI: 10.4000/insitu.1903
- Laroche C., 2017. « Quelques réflexions sur l'architecture hospitalière. » *In Situ*. 31. DOI : 10.4000/insitu.14112.
- Laroze A., 2002. *Du sanatorium à l'IME de Saint-Sever. Reflets de notre histoire*. Villedieu-les-Poêles, imp. personnelle
- Locht C., 2016, « La tuberculose, une histoire toujours d'actualité », *Médecine / Sciences*, 32, DOI : 10.1051/medsci/20163206001
- Le Gallou A., 2021. « Explorer les lieux abandonnés à Détroit et à Berlin : tourisme de l'abandon et trajectoires patrimoniales », *Géococonfluences*, <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/patrimoine/artices/lieux-abandonnes-berlin-detroit>
- Lévy A., 2020, « Urbanisme et santé : de l'hygiénisme à l'écologisme », *Contretemps*, 45, Paris : Ed. Syllepse.
- Lussault M., 2003 [2013], « Urbanité », in Jacques Lévy et Michel Lussault, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin p. 966.
- Lüthi D., 2005. « L'influence du bon air sur l'architecture. Une «guérison formelle» ? Apparition du sanatorium alpin en Suisse 1880-1914 », *Revue de géographie alpine*, t. 93, n°1. Le bon air des Alpes. pp. 43-52. DOI : 10.3406/rga.2005.2331
- Morcrette Q., 2014, "La présence des petits bâtiments en ruine dans les Alpes-de-Haute-Provence", *Carnets de géographes*, 7. DOI: 10.4000/cdg.538
- Mouret A., 1996, « La légende des 150 000 décès tuberculeux par an. In: *Annales de démographie historique. Morbidité, mortalité, santé*. pp. 61-84. DOI : 10.3406/adh.1996.1910
- Orianne J.-F., 2018. « Collective ou sociale ? La mémoire neuve de Maurice Halbwachs », *Revue de neuropsychologie*, 4, Vol. 10, p. 293-297. DOI : 10.1684/nrp.2018.0476
- Ostrom E. 1990. *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action (Political Economy of Institutions and Decisions)*. Cambridge : Cambridge University Press. DOI : 10.1017/CBO9780511807763
- Rautemberg M., 2004, *La rupture patrimoniale*, éd. À la croisée, coll. "Ambiances", Bernin.
- Savelsberg J., 2008, « L'organisation sociale du déni et de la reconnaissance : atrocité, connaissance et interventions juridiques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (n° 173), p. 111-118. DOI : 10.3917/arss.173.0111
- Scott D., 2019. *Ruine. Invention d'un objet critique*, Paris : Ed. d'Amsterdam – Les Prairies ordinaires.
- Stock M., 2003, "Pratiques des lieux, modes d'habiter, régimes d'habiter : Pour une analyse trialogique des dimensions spatiales des sociétés humaines." In: *Travaux de l'Institut Géographique de Reims*, vol. 29-30, n°115-118, Habiter. pp. 213-229. DOI : 10.3406/tigr.2003.1473
- Theodorides J., 1993, « De la transmissibilité de la morve à celle de la tuberculose : Rayer inspirateur de Villemain » in: *Histoire des sciences médicales*, 27 (1), p. 41-48
- Tronto J., 2009, *Un monde vulnérable : pour une politique du « care »*, Paris, La Découverte.
- Veschambre V. & Ripoll F., 2005, « Introduction », *Norois*, 195 | 2005, 7-15.
- Veschambre V., 2008, *Traces et mémoires urbaines : enjeux sociaux de la patrimonialisation et de la démolition*, Rennes : Presses universitaires de Rennes
- Viet V., 2016, "La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France." *Revue d'histoire de la protection sociale*, 9, 52-67. DOI : 10.3917/rhps.009.0052
- Winnicott D. W., 1970, « Cure » dans Claire Marin, éd., 2015, *À quel soin se fier: Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.worms.2015.01.0019

Pour citer cet article :

MORTELETTE Camille, KADRI Myriem, CYRINO Mariana, SERGENT-MIREBAULT Mathilde, LUXEMBOURG Corinne, collectif Hors-Champ « Faire le care malgré le cure ? Le devenir des sanatoriums entre isolement et proximité », 2 | 2024 - *Le care : une notion des proximités(s) ?*, GéoProximitéS, URL : <https://geoproximities.fr/ark:/84480/2024/06/01/care-al4/>



CC BY-NC-SA 4.0 DEED

Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International