

Mémoire
Alban LANDAIS

Enseignante encadrante
Lila BONNEAU

Séminaire
Le temps du soin



Préface et origines	07
Introduction : La vie interrompue par la maladie, la scolarité interrompue par le soin	14
01 L'hôpital Necker-Enfants Malades et la place de la pédagogie	18
01 La construction de l'hôpital Necker-Enfants Malades	20
02 L'école à l'hôpital	24
03 Les bâtiments, réceptacles de la pédagogie à l'hôpital	26
02 Habiter le soin : l'école au coeur de la chambre d'hôpital	42
01 Architecture de la chambre d'hôpital : entre soin et intimité	46
02 L'enseignement en chambre, une pédagogie de l'instant	52
03 Invisibilité et vulnérabilité de l'acte éducatif	58
03 Traverser le soin : l'enfant à la rencontre de l'école	64
01 Implantation des espaces scolaires : entre contrainte médicale et opportunité spatiale	68
02 Codes et repères architecturaux : entre stabilité et fragmentation	76
03 Les salles de classe : lieux aux usages pluriels	80
Conclusion	84
Bibliographie	86

Figure 01 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



UNIVERSITY

OF THE STATE

Remerciements

Avant de clôturer cet exercice, sûrement le plus prenant jusqu'à maintenant, il est crucial de remercier les différents acteurs de cette réflexion. Au-delà d'être le fruit d'un travail long d'une année et demie, il murmure les prémices de la fin d'un cursus académique et par conséquent, la concrétisation d'un parcours de fond.

Je remercie sincèrement Lila Bonneau, pour son encadrement sans faille, son optimisme à toute épreuve et sa capacité inconditionnelle à déceler le meilleur dans chacun de nos travaux. Sa pédagogie bienveillante a, j'en suis convaincu, fait émerger le meilleur de chacune de nos réflexions.

Je remercie également les différents encadrants de séminaire, qui ont nourri tout au long de l'année nos connaissances autour du temps du soin. Leur passion profonde pour leur discipline a su nous inspirer et rendre chaque séance aussi stimulante que passionnante.

Je remercie la Chaire Archidessa d'avoir cru en ce projet et de l'avoir soutenu.

Je remercie Catherine Le Failler, directrice du service de scolarité de l'hôpital Necker-Enfants Malades, pour son engagement sincère et désintéressé, témoignant d'une rare générosité dans l'accompagnement de ce travail.

Je remercie les enseignants qui ont accepté de m'accueillir lors des journées d'observation, et d'avoir partagé avec moi des instants souvent empreints d'une grande pudeur.

Je remercie enfin tous les enfants hospitalisés ainsi que leurs familles, pour leur bienveillance, leur accueil et leur tolérance à l'égard de ma présence dans un moment si sensible de leur parcours.

Enfin, si je parlais précédemment de parcours de fond, je remercie l'entière de mes proches de m'avoir épaulé lors de ce marathon.

« Il y a des chemins qui ne mènent nulle part et d'autres qui mènent quelque part. Il y a des chemins qui mènent à soi. »
— Hermann Hesse

Certains sujets semblent d'abord s'imposer sans logique apparente. L'architecture scolaire en milieu hospitalier, au moment de l'aborder, paraissait presque accidentelle. Pourtant, au fil de l'écriture, une cohérence discrète s'est imposée : nos choix ne naissent jamais de rien. Ils prolongent des traces enfouies, des récits entendus, des gestes observés.

Préface/Origine.

Deux voix inspirantes marquaient mon quotidien familial. Celle d'une mère enseignante, habitée par la passion de transmettre, qui nous comptait ses programmes, ses méthodes et nous transmettait sa joie d'éveiller ses élèves. Celle d'un père dont le travail l'immergeait dans le monde médical, familier des blocs opératoires, des outils chirurgicaux, des protocoles et des contraintes de l'hôpital. Entre ces deux registres, l'enfance se construisait comme sur une ligne de crête : d'un côté, l'amour pédagogique ; de l'autre, le dévouement du soin et de la technique.

À distance, cette double appartenance révèle toute sa force. Le monde scolaire et l'univers hospitalier, que tout semblait séparer, poursuivent finalement une quête semblable : accompagner l'humain à toute épreuve. Si l'un s'adresse au corps malade, l'autre, lui, nourrit à l'esprit en

devenir. Tous deux exigent patience, méthode et attention à l'autre. Finalement l'architecture offre le cadre où ces logiques s'entrelacent, s'opposent et se complètent.

Ce mémoire naît de ce croisement. Il ne s'agit pas d'un choix arbitraire, mais d'un retour aux évidences qui traversaient déjà l'enfance. L'étude des salles de classe logées dans les hôpitaux, ou de la chambre transformée en espace pédagogique, n'est finalement qu'une façon de prolonger un dialogue ancien : celui qui, à la maison, fait résonner deux univers.

Écrire sur l'école dans l'hôpital, c'est finalement comprendre que la recherche est aussi un geste de mémoire. C'est, pour ma part, reconnaître que nos parcours sont façonnés par des héritages intimes, souvent silencieux. Ici, l'architecture devient médiatrice : elle révèle comment soin et apprentissage peuvent coexister, parfois difficilement, parfois avec évidence.

Ce mémoire est peut-être cela avant tout : une tentative de donner forme, par l'architecture, à une rencontre prenante, discrète mais essentielle à mes yeux.



Figure 02 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



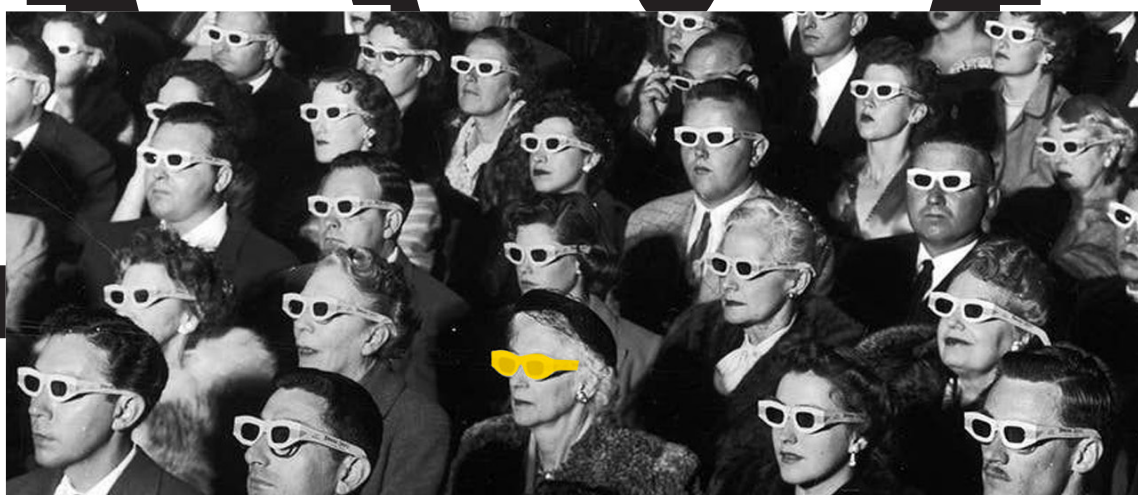


Figure 03 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



Figure 04 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).

L'enfant, à sa naissance, s'apprête à sauter dans un train en marche. Dans un monde où progrès, rapidité et avancement se placent comme stimuli principaux de notre société, il faut comprendre pourquoi et comment apprendre. Se distinguent alors deux formalités d'apprentissage : apprendre par la nécessité ainsi que par le « choix ».¹



Dans un premier temps, l'enfant apprend, par nécessité, à survivre un lieu par la quête de l'autonomie. À sa naissance, le sujet arrive au monde « inachevé ». Incapable de subvenir seul à ses besoins, c'est à travers la relation à l'autre (parents, adultes, pairs) que, petit à petit, il gagne « une autonomie suffisante pour s'approprier le monde ». ² Dans un second temps, l'Homme, soumis à la pression du progrès, laisse derrière lui un héritage intellectuel toujours plus conséquent. Apparaît alors la question du « choix ». Habiter un monde aussi riche, c'est renoncer à tout savoir, sélectionner pour avancer. Henri Wallon nous éclaire sur cette faculté d'apprentissage par le « choix ». L'enfant côtoie continuellement des milieux dits locaux et fonctionnels, le sensibilisant à certaines réflexions. D'une

part, l'un lui permet de côtoyer une portion précise de l'environnement à un moment donné, par exemple, pour un bébé, il peut s'agir du berceau et de ses jouets. D'autre part, l'autre lui offre une finalité d'usage qui diffère selon le perceuteur. Un escalier peut être vu comme un jeu d'exploration pour un tout petit, mais également comme un simple passage pour un enfant plus grand. Habiter ces deux milieux permet à l'enfant de se construire. Alors, l'environnement côtoyé constitue ici le « choix » de l'enfant. Plus la rencontre avec ces milieux est riche et variée, plus l'enfant aura accès à des expériences plurielles.³ Sans ces deux temps, apprendre par nécessité ainsi que par choix, l'enfant ne peut survivre et habiter le monde qui lui est offert. Au-delà d'un droit à l'apprentissage, il s'agit ici d'un réel droit à l'humanité. Pour pallier les inégalités, de nos jours, la transmission du savoir est en partie assurée par la scolarité chez l'enfant. Alors, nous pouvons imaginer les conséquences d'une rupture scolaire sur ces êtres en construction.



Cette réflexion naît au cœur de l'hôpital Necker-Enfants Malades. Territoire d'excellence médicale pédiatrique, cet ensemble architectural s'impose comme contexte privilégié afin de comprendre comment l'architecture hospitalière, conçue premièrement pour soigner, accueille la transmission du savoir. Lorsque le quotidien de l'enfant se voit bouleversé, apprendre ne disparaît pas, il se réinvente. L'hôpital Necker – Enfants malades est un centre hospitalier situé perpendiculairement

au boulevard Montparnasse, dans le 15^e arrondissement, à Paris. Si celui-ci suit une appellation composée (Hôpital « Necker » d'un côté, et « Enfants Malades » de l'autre), celle-ci trouve ses ancrages dans l'histoire des deux sites. Originellement, ces deux hôpitaux, bien qu'édifiés à une même époque sur deux par celles voisines, ont emprunté des chemins différents pendant presque deux siècles. Cet établissement de référence pédiatrique en France offre un cas d'étude monographique particulièrement pertinent.

La littérature consacrée à la scolarité en milieu hospitalier apparaît éclatée, prise entre des approches qui se complètent sans réellement se rencontrer. D'un côté, les recherches médico-pédagogiques s'attachent surtout à comprendre les conditions de maintien de la continuité scolaire au sein de l'hôpital. Bourdon et Toubert-Duffort décrivent ainsi l'évolution des dispositifs destinés aux enfants malades ou accidentés, en insistant sur les stratégies d'apprentissage ajustées à la fragilité du patient-élève. T o u - bert-Duffort p r o - longe cette lecture en interrogeant le travail en petits groupes et ses effets sur l'identité scolaire de l'enfant hospitalisé. Quant à Bourdon et Toullec-Théry, ils révèlent les compromis pédagogiques réalisés par les enseignants au contact d'élèves atteints de pathologies graves, mais sans jamais véritablement questionner le cadre matériel où ces ajustements prennent forme.



À l'inverse, les travaux issus de l'architecture hospitalière se concentrent sur la qualité des espaces de soin, sur le confort du patient, sur le rôle thérapeutique de la lumière et des am-



biances. Les archives et études historiques portant sur l'architecture hospitalière française, en particulier celles conservées par l'AP-HP, retracent les transformations successives du site Necker-Enfants Malades, depuis ses premières formes au XVIII^{ème} siècle jusqu'aux interventions contemporaines comme la rénovation du bâtiment Laënnec par Philippe Gazeau. Elles documentent les logiques urbaines, fonctionnelles ou techniques qui ont façonné l'établissement, mais la question de l'enseignement reste en marge, presque inabordable. Les archives de l'APHP dédiées à « l'école à l'hôpital » apportent, quant à elles, une chronologie précise des dispositifs éducatifs mis en place depuis la fin du XIX^{ème} siècle. Elles



rappellent l'importance du maintien scolaire comme élément constitutif du soin, mais l'analyse demeure centrée sur les cadres réglementaires et les évolutions administratives. La spatialité concrète de cet enseignement, l'endroit exact où il s'inscrit, les formes matérielles qu'il prend, les déplacements qu'il impose, reste largement impensée. Ainsi, peu de travaux interrogent réellement la manière dont l'architecture configure la rencontre entre soin et apprentissage. Que permet ou empêche la chambre, selon sa géométrie, sa lumière, son acoustique ? Comment la position d'une salle de classe dans le bâtiment affirme-t-elle, ou au contraire invisibilise-t-elle, la place de l'élève dans le parcours hospitalier ? Quelles stratégies spatiales facilitent, ou contraignent, le passage de l'enfant du statut de patient à celui d'apprenant ? C'est dans cet interstice que se situe cette recherche. En adoptant une lecture architecturale d'un enjeu humain majeur, ce mémoire croise architecture hospitalière et pédagogie adaptée, pour considérer l'espace comme un acteur engagé dans la transmission du savoir. L'étude du site Necker-Enfants Malades devient alors un terrain pour observer comment l'institution, à travers ses choix architecturaux concrets (implantation des salles de classe, cheminements depuis les



chambres, signalétique, ambiances) accueille, soutient ou limite la cohabitation entre soin et enseignement. L'espace hospitalier apparaît ainsi non comme un cadre figé, mais comme un milieu actif où se négocie chaque jour la présence de l'école au cœur du soin.

Finalement, dans le cadre de cette étude, il semble pertinent de s'interroger sur l'impact de l'hospitalisation durant la scolarité. Effectivement, la maladie, par son caractère soudain, lorsqu'elle survient, bouleverse la vie de l'enfant. Son quotidien ; camarades, école et activités ; se voit envahi par le temps du soin. Alors, quelle place occupe maintenant la scolarité devenue secondaire face à un besoin vital immédiat ? Chacun des deux milieux, si différents qu'ils soient, incarne une importance primordiale dans la survie du sujet. Obligation soudaine, soin, et solution pérenne, scolarité, doivent maintenant coopérer afin d'éviter toute rupture entre le malade et sa situation antérieure.

In fine, comment l'architecture de l'hôpital Necker-Enfants Malades, premièrement lieu de soin, permet-elle la mise en place de l'enseignement pour le malade ?

¹ Bourdon, Toubert-Duffort, « Enjeux, évolution et perspectives », *Scolariser les enfants malades ou accidentés*, n79-80, 2017, p. 215-225

² Bourdon, Toubert-Duffort, « Enjeux, évolution et perspectives », *Scolariser les enfants malades ou accidentés*, n79-80, 2017, p. 215-225

³ CASTEL Robert, « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et Politiques*, n°34, 1995, p 13-21.

⁴ BOSSY, DUPONCHEL « L'expérience du collège-lycée Élie Vignal de Caluire-et-Cuire (69) », *Scolariser les enfants malades ou accidentés*, n79-80, 2017, p. 153-170

Le maintien de la scolarité pendant le temps de soin joue un rôle crucial chez le patient. D'abord, celle-ci permet au sujet de conserver son statut d'élève, oubliant ainsi son corps malade. La maladie se doit d'exister, mais elle ne doit devenir la nouvelle identité du sujet au risque que celui-ci ne s'efface. L'enseignement offre alors la possibilité à l'enfant de se resituer dans un ensemble plus large. Son histoire n'est plus simplement celle d'un corps dont la maladie jouit, mais bien celle de son corps et d'une maladie. L'enfant redevient alors acteur, par le biais de cours par exemple, de son quotidien.⁴ Ensuite, l'enseignement à l'hôpital offre à imaginer une perspective d'avenir. Si jeune, il peut être difficile de se projeter dans un futur hors de ces lieux. L'enseignement se doit d'offrir de la visibilité sur les événements futurs du patient afin que ce dernier, lors des nombreux temps morts à l'hôpital, ne se sente pas désolidarisé du reste du monde. Par ailleurs, imaginer un retour à l'école ou au sein du foyer participe à l'amélioration de l'état de santé de l'enfant.⁵ Enfin, la scolarité à l'hôpital permet le maintien du sujet dans le tissu social. La mise en place de cours, en cohérence avec le parcours de l'élève, le rapproche de ses camarades de classe. Malgré sa situation, il suit et apprend comme les autres. Dans le cas d'un enfant, ce point est particulièrement important. La singularité de son identité naît d'une base partagée avant qu'elle ne s'émancipe : « le « je » existe dans le regard d'autrui et dans le rapport du soi à soi ». ⁶

Ainsi une réflexion mêlant architecture, scolarité et hospitalisation constitue le cœur de cette étude. Portés par une éthique émergente du care, telle que théorisée par Joan Tronto qui considère le care comme « l'activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde »⁷, des espaces inhabituels au sein de structures hospitalières se répandent ces dernières

années. Ces lieux, auparavant simplement des lieux de soin physique, tendent à prendre en compte le bien-être psychique des patients. Ces nouvelles considérations introduisent la conception et la réflexion de nouveaux espaces au sein des hôpitaux. Originellement lieux de soin et dorénavant porteurs de nouvelles valeurs, ils deviennent de réels lieux de vie. Au sein de l'hôpital Necker-Enfants Malades, un service de scolarité est mis en place pour les patients. Chez l'enfant, nous pouvons distinguer trois grandes situations pathologiques qui permettent la mise en place d'un suivi scolaire à l'hôpital. Ces dernières situations incluent : les enfants nécessitant une présence hebdomadaire à l'hôpital, une hospitalisation courte ou bien une hospitalisation longue. Ces publics sont donc les usagers principaux des espaces scolaires au sein de l'hôpital Necker-Enfants Malades. ⁸

Cette étude s'appuie sur une approche mixte combinant plusieurs méthodologies complémentaires. La première étape consiste à remonter le fil du site, à en comprendre la généalogie spatiale. De novembre 2024 à février 2025, un travail sur les fonds d'archives de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a permis d'examiner les successives restructurations de l'hôpital Necker-Enfants Malades, depuis les années 1800 jusqu'aux plans récents relatifs aux espaces pédagogiques. Cette enquête archivistique se double d'une recherche bibliographique approfondie, mobilisant à la fois les références majeures en architecture hospitalière, en pédagogie en contexte médicalisé. Ce socle théorique forme le cadre sur lequel repose l'ensemble de l'analyse. Vient ensuite le passage du document au lieu. L'entrée sur le terrain s'opère en mars 2025, à travers un premier entretien conduit le 19 mars avec Catherine Le Failler, directrice du service de scolarité. Cette rencontre amorce la compréhension des logiques institutionnelles, des modes d'organisation pédagogique et des contraintes spatiales auxquelles l'équipe

est confrontée. La première visite des lieux, effectuée le même jour, agit comme une prise de contact avec la réalité du service : couloirs, salles, recoins, circulations. Ces éléments commencent à dessiner les conditions concrètes de l'enseignement à l'hôpital. Quelques échanges spontanés avec les enseignants, saisis au fil de la visite, ont inscrit cette entrée en matière dans une dynamique d'immersion progressive. Suite à cela, plusieurs visites autonomes des lieux ont été réalisées. Enfin, deux journées d'immersion approfondie viennent compléter cette démarche. Elles constituent le cœur de l'observation, menée au sein même du service de scolarité. À travers ces journées, il s'agit de saisir les dynamiques spatiales et pédagogiques dans leur déroulement réel : déplacements entre chambres et salles de classe, ajustements de l'enseignant dans les espaces contraints, coexistence quotidienne des temporalités du soin et de celles de l'apprentissage... La matière recueillie prend des formes variées : observations directes, notes de terrain, mais aussi des échanges informels. Ensemble, ils spécifient ce qu'est l'espace pédagogique hospitalier.

Dans le cadre de cette étude, il ne s'agit pas simplement de mobiliser les outils scientifiques grâce auxquels l'architecte apprend, comprend et conçoit. Dans un lieu aussi sensible, recueil de nombreuses situations délicates et parfois douloureuses, l'usage d'outils plus sensibles s'impose également. Ainsi, ce mémoire s'appuiera sur les outils méthodologiques traditionnels de l'architecte, mais il ne pourra atteindre une compréhension pertinente du sujet qu'en assumant une dualité intrinsèque entre le scientifique et l'émotionnel. Observations, journées d'immersion et entretiens constitueront dès lors les piliers de cette approche mêlant rigueur et humanité. Si, dans une première partie, il convient de s'atteler, à poser le cadre précis de cette étude, par la suite, celle-ci se déploie selon deux grandes temporalités. Dans un

premier temps, l'analyse portera sur la manière dont la pédagogie s'imisce au sein des lieux de soin ; puis, dans un second temps, elle s'attardera sur le mouvement du patient vers les espaces pédagogiques. Ces deux dynamiques spatiales croisées permettent d'interroger plus largement la manière dont l'hôpital, à travers ses espaces, accueille non seulement la maladie, mais aussi l'apprentissage.

⁵ BOURDON, TOULLEC-THERY, « La scolarisation des enfants et adolescents avec une maladie grave : que disent de leurs pratiques des enseignants confrontés à ces élèves ? », *Scolariser les enfants malades ou accidentés*, n79-80, 2017, p. 133-152

⁶ TOUBERT-DUFFORT, « Enjeux du travail pédagogique en petit groupe pour des enfants ou des adolescents malades en milieu hospitalier », *Scolariser les enfants malades ou accidentés*, n79-80, 2017, p. 171-188

⁷TRONTO, Joan , *Un monde vulnérable : pour une politique du care*, traduit de l'anglais par Hervé Maury, La Découverte, 2009, 238 pages

⁸ Entretien avec Catherine Le Failler, directrice du service de scolarité, hôpital Necker-Enfants Malades, réalisé le 19 mars 2025. Retranscription : Annexe 1





Figure 05 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025.
(voir annexe 5 pour détails des sources).

01

Né d'une histoire faite de mutations successives, tant architecturales qu'usagères, le centre hospitalier Necker-Enfants Malades s'est construit au fil du temps, jusqu'à devenir l'unité médicale d'exception qu'il représente aujourd'hui.

D'une part, en 1626, le terrain du futur hôpital Necker se voit légué par la veuve d'un conseiller. Un groupe de religieuses, les bénédictines, s'y installe ainsi, édifiant un nouveau couvent et une chapelle, bénite en 1663. En 1776, contraintes de fuir les lieux, les religieuses abandonnent alors leur couvent repris par Suzanne Necker. Femme du ministre du roi, dans un contexte où l'Hôtel-Dieu, hôpital principal de la ville, porte le lourd fardeau d'un centre malfamé, elle décide, avec son mari, d'édifier un nouvel hôpital. Celui-ci devra, selon les dires de Suzanne Necker, permettre à chacun de profiter d'un lit individuel. Jouissant d'une position privilégiée, le roi Louis XVI versera aux Necker une subvention de charité annuelle afin de permettre cet élan progressiste. Malgré tous ces efforts prometteurs, en 1778, l'Hôtel-Dieu conserve un taux de mortalité largement inférieur (20 %) à celui de l'hôpital Necker.¹

D'autre part, en 1694, le futur hôpital Enfants malades est racheté par Ange Le Proust. Celui-ci abrite à l'époque une école gratuite ainsi qu'un pensionnat pour les jeunes filles de la noblesse sans fortune. Effectivement, parallèlement, la pauvreté touche une grande partie du

peuple (plus de 20 000 pauvres en 1780), et beaucoup d'enfants se retrouvent abandonnés suite à des naissances illégitimes, approximativement 7 000 enfants par an. Ces facteurs favorisent la prolifération de maladies au sein des populations. De ce fait, en 1724, le curé de Saint-Sulpice loue les lieux abandonnés par Ange Le Proust afin d'y installer l'Hôpital de l'Enfant Jésus, lieu de soin pour les femmes pauvres. En 1802, après avoir servi diverses causes, ces lieux deviennent l'habitable de l'hôpital pour Enfants malades, premier lieu dédié à cette cause en Europe.²

Au fil des années, chacun des deux hôpitaux s'est attaché, de manière autonome, à perfectionner les conditions de guérison de ses patients. De nombreux travaux sont alors menés : abaissement des plafonds, élargissement des fenêtres pour l'un ; ajout de lits et travaux sur l'insalubrité pour l'autre. Chacun mène un combat quotidien pour permettre à ses patients de meilleures conditions de guérison, se concentrant ainsi sur le bien-être physique d'autrui. Finalement, à partir du XIX^{ème} siècle, grâce à l'étroite proximité qu'entretiennent ces deux édifices, certains services des hôpitaux fusionnent afin d'accroître leur rayonnement. Alors, le conseil de l'Assistance publique demande, en 1927, la fusion définitive des deux hôpitaux afin de promettre au peuple un hôpital tourné vers la médecine moderne : on assiste à la fondation de l'Hôpital Necker - Enfants malades.³

Dès lors, le tissu urbain de cet hôpital entre dans une ère transitoire. L'architecture pavillonnaire, à l'instar de celle des autres hôpitaux de l'époque, se voit doucement remplacée. Autrefois prêchée

pour des raisons sanitaires (aération, lumière), l'apparition de nouveaux édifices plus imposants et compacts se fait sentir. Une modification significative du tissu urbain façonne alors le nouvel hôpital. Parmi les raisons à l'origine de ces modifications, nous pouvons citer : une nouvelle organisation allant de pair avec la complexité des édifices, les coûts de fonctionnement ou encore l'urbanisation d'une ville comme




La construction de l'hôpital.

¹GERVAIS Raymond, *Histoire de l'Hôpital Necker (1778 - 1885)*, Paris, A. parent, imprimeur de la faculté de médecine, 161 pages.

²Idem

³Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « Hôpital Necker - Enfants malades » (1778-2010), Archives de l'AP-HP / France Archives, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/85ad7743ccca5fc-dea74e10c2a2c00210e31b7e3>

⁴ARDENNE Paul, *Un hôpital en ville : Necker enfants-malades*, Paris, Paris, Archibooks + Sautureau, 2015, 223 pages.



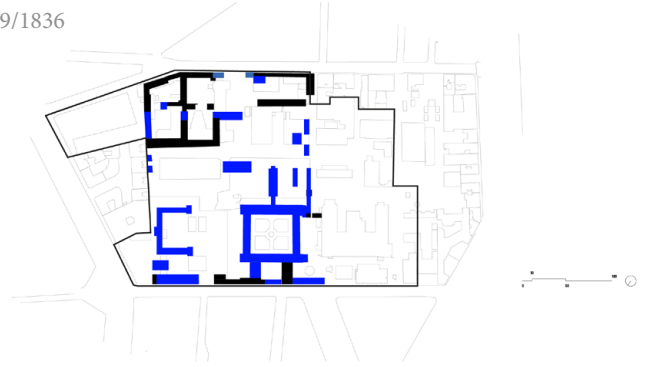
celle de Paris. Alors, de nombreux édifices existants se voient détruits au profit de nouveaux bâtiments, en adéquation avec les besoins contemporains. Parmi les bâtiments restants de l'époque, nous pouvons noter l'emblématique carré Necker, aujourd'hui lieu d'entrée au sein de l'hôpital.

En 2009 se lance l'une des plus importantes modifications de l'hôpital Necker : la création du bâtiment Laennec. Conçu selon les ambitions modernistes, l'édifice regroupe en un seul lieu, les services répartis initialement dans 10 bâtiments (sur 3 différents sites). Parallèlement, l'intervention permet le dessin d'un parc d'un hectare au cœur de l'hôpital.⁴

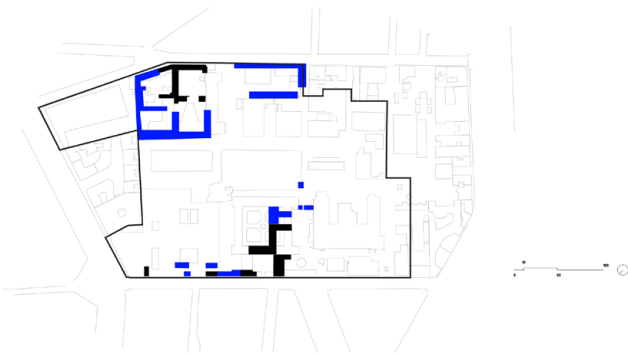
Début XVIII^{ème}



1809/1836



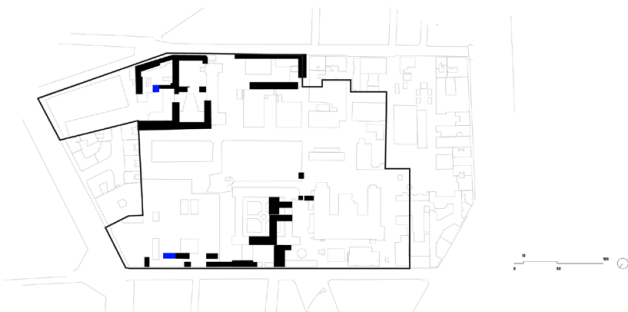
Fin XVIII^{ème}



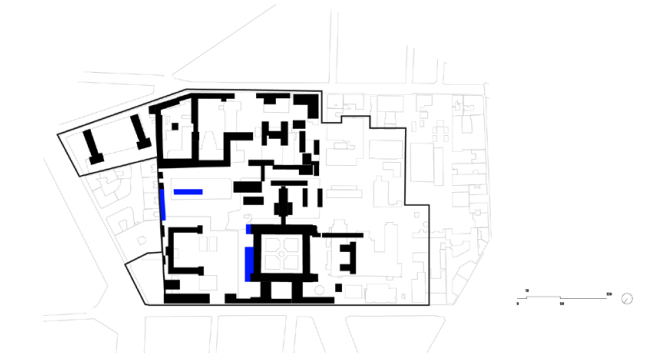
1866



Fin XVIII^{ème}



1899



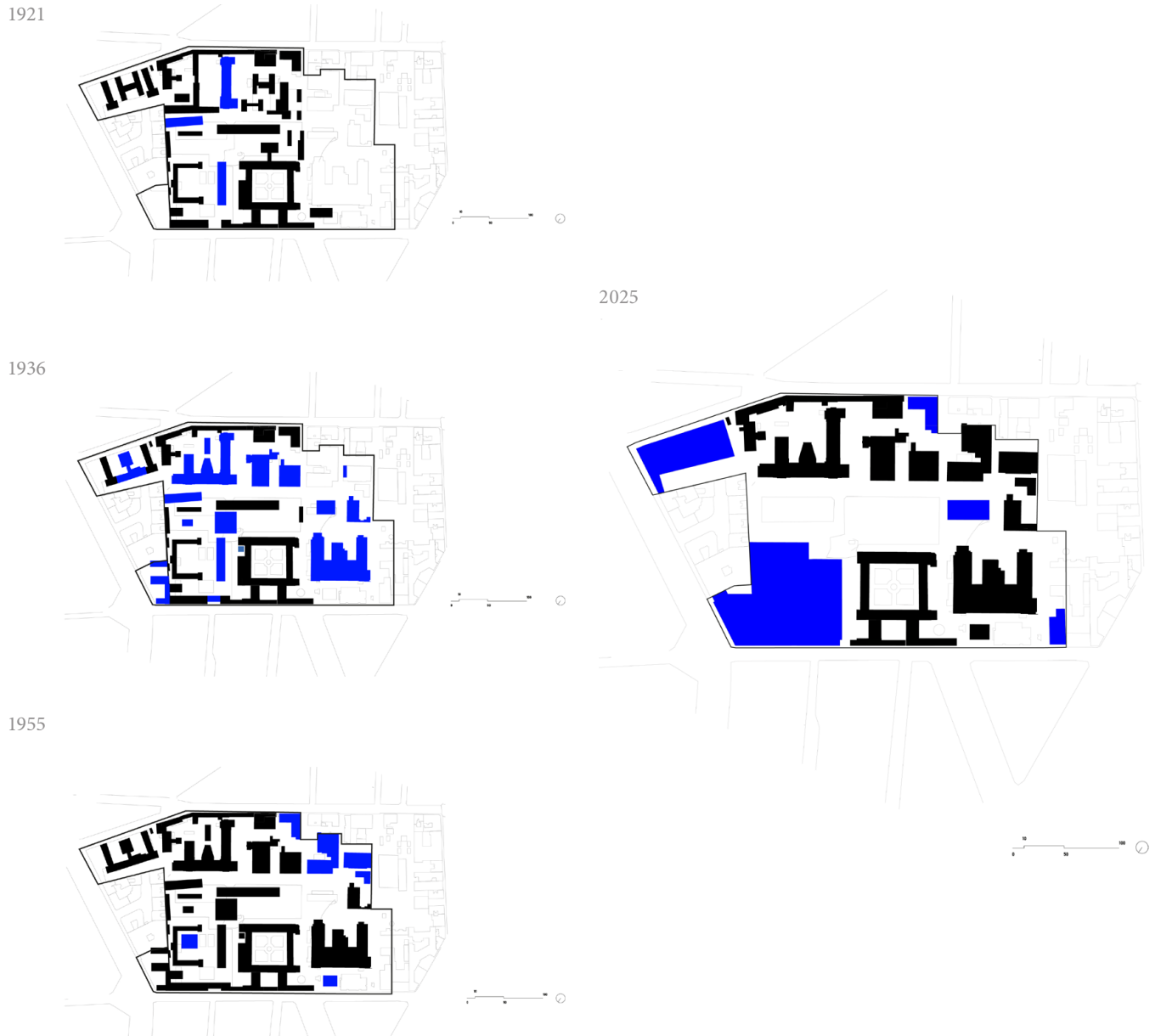


Figure 06 - Redessin personnel des plans de l'hôpital Necker-Enfants Malades à partir de : ARDENNE Paul, *Un hôpital en ville : Necker enfants-malades*, Paris, Paris, Archibooks + Sautureau, 2015, 223 pages., comparaison avec les plans de 1865-66 disponibles aux archives de l'APHP (Annexe 4).

01

02

L'école à l'hôpital.

Figure 07 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).

¹NICKL Hans, NICKL-WELLER Christine, « Healing Architecture - Comment l'architecture contribue à la guérison », HEWI MAG / Knowledge, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.hewi.com/fr/mag/74-healing-architecture>

² Site web Hôpital-Necker

³ Entretien avec Catherine Le Failler, directrice du service de scolarité, hôpital Necker-Enfants Malades, réalisé le 19 mars 2025. Re transcription : An-

nexe 1

⁴ Idem

⁵ Idem

⁶ Idem

Les transformations architecturales récentes des espaces pédagogiques au sein de l'hôpital découlent d'une évolution

plus large de la pensée médicale. Si auparavant, soigner la condition physique du patient constituait l'entière priorité de ces lieux, aujourd'hui, l'importance d'une approche holistique se fait ressentir. Les croyances médicales muent et l'architecture hospitalière en est le premier réceptacle.¹

Au cœur de l'hôpital Necker-Enfants malades, une structure, rattachée à l'Education Nationale et intégrée au fonctionnement hospitalier, assure la scolarité des patients. Si elle ne constitue pas un établissement en soi puisque les élèves restent rattachés à leurs établissements d'origine, ce service se place comme un pansement au cours de l'hospitalisation de l'enfant. Les enseignants doivent pallier une rupture scolaire provoquée par la nécessité, souvent vitale et soudaine, du soin. La continuité scolaire est donc assurée tout en atténuant une potentielle rupture administrative. Cette cellule de l'Education Nationale, composée d'une directrice ainsi que d'une équipe de 10 enseignants, se déploie dans la quasi-totalité des services hospitaliers, à l'exception de la cardiologie et de l'hôpital de jour. Le groupe se forme à l'aide d'enseignants du premier et second degré mais se voit également ré-



gulièrement accompagné des professeurs de la ville de Paris, ainsi que d'une association bénévole « L'école à l'hôpital ». ²

Les élèves hospitalisés proviennent d'établissements allant de la petite section à la terminale. La durée de chaque hospitalisation est très variable, constituant une moyenne d'environ 5 jours.³ Selon les politiques hospitalières actuelles, les séjours écourtés sont favorisés au profit de séjours plus longs, engendrant une potentielle surcharge des secteurs. Le service priorise les élèves contraints à



des séjours plus long, puisqu'ils constituent un enjeu plus important dans le cursus scolaire.⁴ Pour autant, au sein de l'hôpital nombreux sont les enfants à bénéficier du service de scolarité. Chaque séance d'enseignement est individualisée. Durée, intensité et contenu se voient modulés selon la fatigue, la nécessité de traitements médicaux ou encore l'état psychologique du patient. Chaque minute est précieuse lors de ces temps scolaires et la méthode d'enseignement est optimisée selon les besoins du patient (examen, panser certaines lacunes).⁵

Deux espaces permettent la mise en place de séances chez l'enfant. Des salles de classes, disposées principalement dans deux bâtiments, se voient très peu utilisées par les élèves. Effectivement, fréquenter ces lieux insinue chez l'enfant une capacité et surtout une volonté de se déplacer, des conditions rarement réunies. La chambre d'hôpital est donc l'espace principal de ces séances scolaires, offrant, a priori, un cadre sécurisant et une praticité inégalable.⁶

D'autres lieux, même si non fréquentés par la cellule scolaire, manifestent l'intérêt de la pédagogie au sein de l'hôpital Necker-Enfants Malades. Parmi eux, nous pouvons compter une médiathèque, l'espace plein ciel (une toiture-terrasse située sur le dernier étage du bâtiment Robert-Debré) ou encore de nombreux espaces verts tels que parcs et jardins. Leur simple présence témoigne de l'importance croissante accordée à la pédagogie dans l'espace hospitalier.

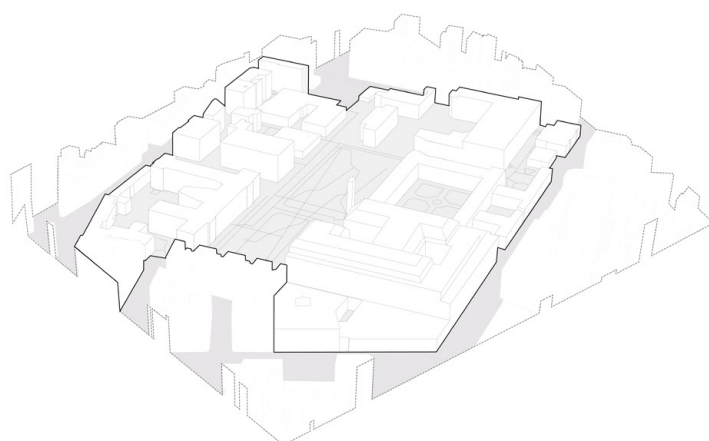
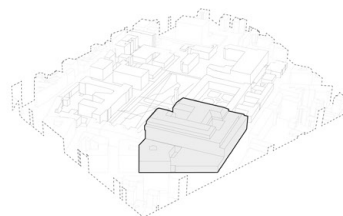
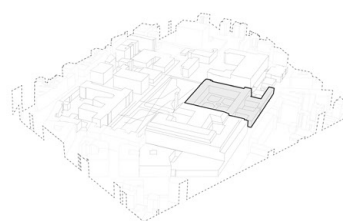
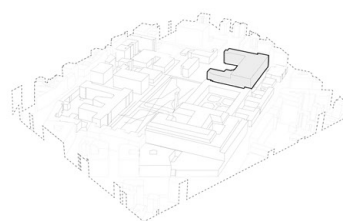
Finalement, souplesse, humanité et réactivité caractérisent le quotidien des enseignants hospitaliers, régis par les contraintes de la maladie. Une coopération quotidienne s'organise avec le personnel soignant, tous deux attentifs au bien-être de l'élève, pour l'un, et du patient, pour l'autre. Même si la cellule scolaire constitue le cœur et l'image principale de la pédagogie à l'hôpital, d'autres lieux sont aussi issus de cette science émergente.

Les bâtiments réceptacles de la péda

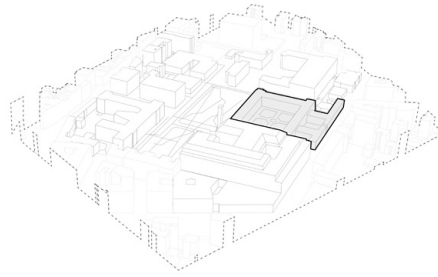
01

03

Pour atteindre une compréhension plus profonde de la place de l'école au sein de l'hôpital Necker-Enfants Malades, il est nécessaire de déplier l'architecture qui l'abrite. Si l'établissement s'est bâti au fil des siècles, il en résulte des évolutions, transformations ou encore des ruptures architecturales qui reflètent les mutations des mœurs sociétaux. Etudier ces architectures successives, c'est tendre à comprendre comment le projet architectural s'est progressivement ouvert à divers intérêts, dont la pédagogie. Ces trois bâtiments réceptacles, le carré Necker, Jean Hamburger ainsi que le bâtiment Laënnec, nous expliquent silencieusement la place qu'occupe l'école dans des lieux conçus premièrement pour soigner.



agologie à l'hôpital.



En 1778, le carré Necker, aujourd'hui lieu d'entrée au cœur de l'hôpital Necker-Enfants Malades, devient le premier bâtiment originel de ce qui sera, plus tard, l'un des grands centres hospitaliers français pour enfants. Sa conception suit des principes en accord avec les croyances médicales de l'époque. Apports de lumière importants, ventilation accrue ainsi que gestion du flux des malades sont les priorités pour l'organisation de ce bâtiment, dont l'objectif, bien au-delà de soigner, est de promettre un taux de mortalité inférieur à l'Hôtel Dieu.¹

L'édifice se forme sur la base d'un cloître, dont chacune des ailes se caractérise par une finesse remarquable (12 mètres de largeur) en comparaison des autres pôles du site. Les façades en pierre de taille sont rythmées par des fenêtres boisées d'une hauteur importante de deux mètres quarante, elles-mêmes subdivisées en petits carreaux.

Dans un hôpital où les patients se reposaient dans des dortoirs, contenant jusqu'à une vingtaine de malades, les ouvertures ainsi que la possibilité d'aération se plaçaient en solution clé face à la prolifération des bactéries.² Des espaces de repos traversants s'imposent donc pour la sécurité du malade.

Au-delà d'une recherche sur la salubrité des lieux, le plan en cloître permet une gestion simple et efficace du flux des patients. Les malades pouvaient être acheminés, dès leur entrée, vers les dortoirs sur les ailes latérales et, en cas de maladie trop contagieuse, étaient placés aux extré-



Carré Necker.

Figure 08 - Photographie personnelle de la façade sur cour intérieure du carré Necker.

Figure 09 -
Photographie personnelle des anciennes portes du
carré Necker.



mités des ailes, dans des chambres partagées plus intimes.³

Cette époque laisse place à des édifices empreints d'une technique médicale rationnelle et hygiéniste. Accompagner le malade n'est pas l'objectif de ces lieux, il s'agit simplement de le contenir. Aucune attention n'est portée au confort psychologique ou émotionnel du patient à une époque où les performances scientifiques ne suffisent pas à garantir la simple survie du sujet. Les seuils et espaces d'accueil du patient sont des espaces qui ne sont, à l'époque, pas intégrés dans la réflexion architecturale.

Ce bâtiment, aujourd'hui le plus ancien du groupe hospitalier, révèle les tensions entre une architecture historique et les exigences des normes contemporaines. Conservé et partiellement inscrit aux monuments historiques, celui-ci ne peut prétendre, au même titre que des bâtiments plus récents, à soigner des patients en son sein.⁴ Le carré Necker accueille aujourd'hui des fonctions administratives et logistiques, notamment celle du groupe scolaire. Grâce à son organisation en cloître, il constitue également un nœud de circulation central au sein de l'hôpital.

Pour autant, afin d'user pleinement de son rôle d'accueil des patients, ce bâtiment a nécessité une intervention, visant à remettre aux normes son accessibilité. Un lieu si emblématique de l'hôpital se devait d'être accessible et révélé aux yeux de tous les usagers. Une intervention légère, visant à ne pas dénaturer le lieu est alors privilégiée. L'installation de rampes boisées discrètes pallie les différences de hauteur de sol entre bâtiments et cours, rendant possible l'accès depuis l'entrée vers les autres pôles du site. D'autres interventions, elles, peu visibles des patients, telles que l'ajout d'ascenseurs dans des cages existantes, l'adaptation des sanitaires aux dernières normes ainsi que l'élargissement ponctuels de certaines portes, permettent aux usagers l'accès à ce lieu historique de l'hôpital.⁵

Cette rénovation se pense selon une philosophie de réversibilité. Si le caractère patrimonial prime, l'intervention visant à rendre l'accessibilité à tous doit, elle, humblement s'effacer au risque de nuire aux qualités du lieu.

Au premier étage, dans l'aile latérale gauche du cloître Necker, se nichent aujourd'hui les bureaux et salles de réunions d'une partie du personnel de l'hôpital. La directrice du centre scolaire hospitalier partage cette aile avec les acteurs de la prise en charge des enfants malades, par exemple les psychologues. Une distribution centrale dessert simplement et efficacement, chacun des bureaux.

Aujourd'hui, le carré emblématique de l'hôpital permet donc l'accueil de l'utilisateur et la gestion des différents acteurs engagés dans le suivi global de l'enfant. Au-delà d'incarner l'un des fondements de ce lieu, il conserve un rôle fondamental dans la structuration de ce dernier. S'il fut autrefois pensé selon un aspect fonctionnel et une radicalité médicale, c'est finalement ce qui lui permet de conserver son rôle discret mais central de gestion, en partie scolaire. Finalement, ce lieu, sujet d'intervention architecturale, ne permet pas le soin mais génère d'autres espaces, tels que le bureau de la directrice du centre scolaire, qui sont tout aussi fondamentaux.



Figure 10-
Photographie personnelle des rampes ajoutées pour l'accessibilité du Carré. Opposition entre la légèreté des lattes de bois et les murs massifs en pierre de taille.

¹ GERVAIS Raymond, *Histoire de l'Hôpital Necker (1778 - 1885)*, Paris, A. parent, imprimeur de la faculté de médecine, 161 pages.

² Idem

³ Archives APHP : 793 FOSS 48 : Plans : Hôpital Necker-Enfants Malades

⁴ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « Hôpital Necker - Enfants malades » (1778-2010), Archives de l'AP-HP / France Archives, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/85ad7743ccca5fcdea74e10c2a2c00210e31b7e3>

⁵ CANAL Architecture, « Hôpital Necker, Carré Historique - Réhabilitation de la cour Laennec et des bâtiments attenants » (2006-2013), [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://canal-architecture.com/hopital-necker-carre-historique/>



Jean Hambur

Figure 11 -
Photographie personnelle de la façade vue en contre-
bas.

Le bâtiment Jean Hamburger se voit édifié dans les années 1970. A cet instant, alors que la médecine moderne connaît un essor rapide¹, les hôpitaux doivent s'adapter à de nouveaux impératifs techniques et fonctionnels. Soins lourds et technologies médicales contemporaines poussent au développement de nouvelles conceptions, toujours plus fonctionnelles.²

Ainsi ce bâtiment illustre la transition d'une architecture pavillonnaire vers les prémices d'une architecture plus compacte, organisée selon des plateaux techniques. L'édifice s'implante alors sous la forme d'un plan en peigne. L'épine dorsale, elle, loge les espaces de distribution ainsi que les lieux d'accueil au sein de chaque niveau tandis que les trois ailes perpendiculaires desservent les lieux de soin. Edifié dans une époque où le béton permet des prouesses techniques, une rapidité de construction ainsi qu'une image de puissance et de modernité, ce bâtiment adopte une architecture brutaliste. L'hôpital est conçu comme une machine à soigner, et au-delà d'être une simple idée de l'époque, celle-ci transpire dans l'architecture façadière du bâtiment. Les lignes rigides, les modules d'ouvertures identiques et répétés, la duplication des baies : l'entière organisation de la façade obéit à une logique strictement fonctionnelle, tels les rouages d'une machinerie. Effectivement, l'organisation interne ultra-fonctionnelle des distributions afin de

garantir une efficacité clinique maximale laisse place à un dessin épuré, un même module, souvent celui de la chambre, répété sur l'entièreté des façades.

Cette quête de performance prime dans la conception de cet édifice au détriment d'une architecture humaine. Si les façades dissimulent des centaines de vies différentes, celles des patients, des médecins ou encore du personnel, son immensité et son caractère répétitif laissent une sensation froide et impersonnelle, presque endormie. Au sein des services, plusieurs opérations de rénovation (peinture, mise en place de matériaux tels que le bois, jeux de transparence au sein des étages) tendent à redonner à ce lieu un semblant d'humanité. Seul signe de vie extérieur, les protections solaires en tissu vert sapin. Posées sur une façade si monotone, leur simple ouverture ou abaissement attise la curiosité, insinue une vie, un mouvement, et offre finalement à penser que ce lieu de soin est animé.

Au sein de ce bâtiment, les enfants sont accueillis dans plusieurs services répartis par étages : pneumologie, dermatologie-allergologie, immuno-hématologie/rhumatologie et pédiatrie générale. Seules 2 salles de classe sont présentes dans l'entièreté de ces services. L'une, très petite car peu fréquentée, se trouve en immuno-hématologie. Les enfants présents dans ce service sont soumis à des

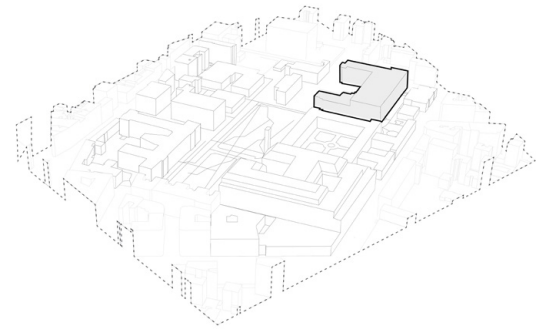


Figure 12 - Photographie personnelle du bâtiment Jean Hamburger depuis le Carré Necker.

règles strictes concernant la contagion des maladies, les empêchant ainsi souvent de se rendre en salle.³ Cette dernière est donc très petite au vu de son utilisation réduite et est partagée avec une éducatrice. L'autre se situe en pédiatrie générale et se dimensionne telle une chambre, puisque plus fréquentée par les différents patients. Outre ces salles de classe, nous pouvons noter au même niveau la présence d'une salle de jeu ainsi que d'une salle d'activité.⁴

La place de la pédagogie au sein de cet étage est assez importante mais ne semble pas bénéficier d'une attention particulière dans un bâtiment où la motivation de conception se résume à la quête de performances médicales. Si ces salles témoignent d'une volonté de maintenir la continuité pédagogique, elles semblent reléguées à des interstices du programme hospitalier.

¹ GARCIA Miguel, « De la machine à guérir à l'architecture qui guérit – une balade à travers l'histoire des hôpitaux », *Modulart*, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.modulart.ch/fr/de-la-machine-a-guerir-a-larchitecture-qui-guerit-une-balade-a-travers-lhistoire-des-hopitaux/>

² KISACKY Jeanne, « When Designs Became Interventions in Hospitals », *AMA Journal of Ethics*, vol. 26, n°12, décembre 2024, p. E948-962.

³ Entretien avec Catherine Le Failler, directrice du service de scolarité, hôpital Necker-Enfants Malades, réalisé le 19 mars 2025. Retranscription : Annexe 1

⁴ Idem





Laënnec.

Le projet de construction du bâtiment Laënnec fut livré en 2008. Témoinnant d'une volonté d'émancipation et de rupture avec l'architecture froide et ultra-fonctionnelle des décennies précédentes, ce bâtiment se conçoit selon les principes architecturaux contemporains. Le concept du « care » semble guider et façonner ce projet dont la parcelle est située dans une artère très fréquentée de Paris, le boulevard Montparnasse. Effectivement, ce bâtiment semble intégrer une architecture pensée pour prendre en compte la vulnérabilité des usagers en favorisant la lumière, la transparence, l'intimité, et un lien ouvert avec la ville, traduisant ainsi concrètement une responsabilité attentive et bienveillante envers les patients, visiteurs et soignants.

Ce bâtiment compact se caractérise selon un travail de façade poussé et détaillé aux abords d'un édifice si imposant. Ces dernières suivent un dessin léger et dynamique : l'alternance de la disposition de panneaux vitrés ainsi que la présence de fins supports métalliques façonnent une façade vivante selon un principe simple. Du côté du boulevard Montparnasse, c'est la démultiplication en verre d'une forme schématique plus complexe qui habille des coursives extérieures, élément assez rare pour un hôpital, afin de distancer et d'intimiser, par le travail du reflet, les lieux de soin d'un espace public fréquenté de tous.

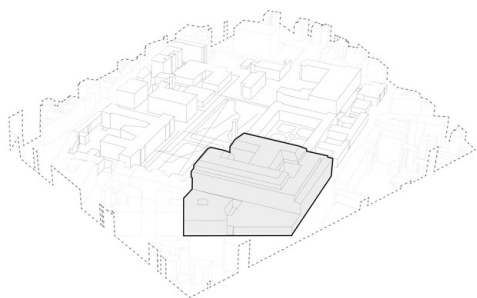


Figure 14 -
Photographie personnelle de la façade du bâtiment Laënnec depuis le boulevard Montparnasse.



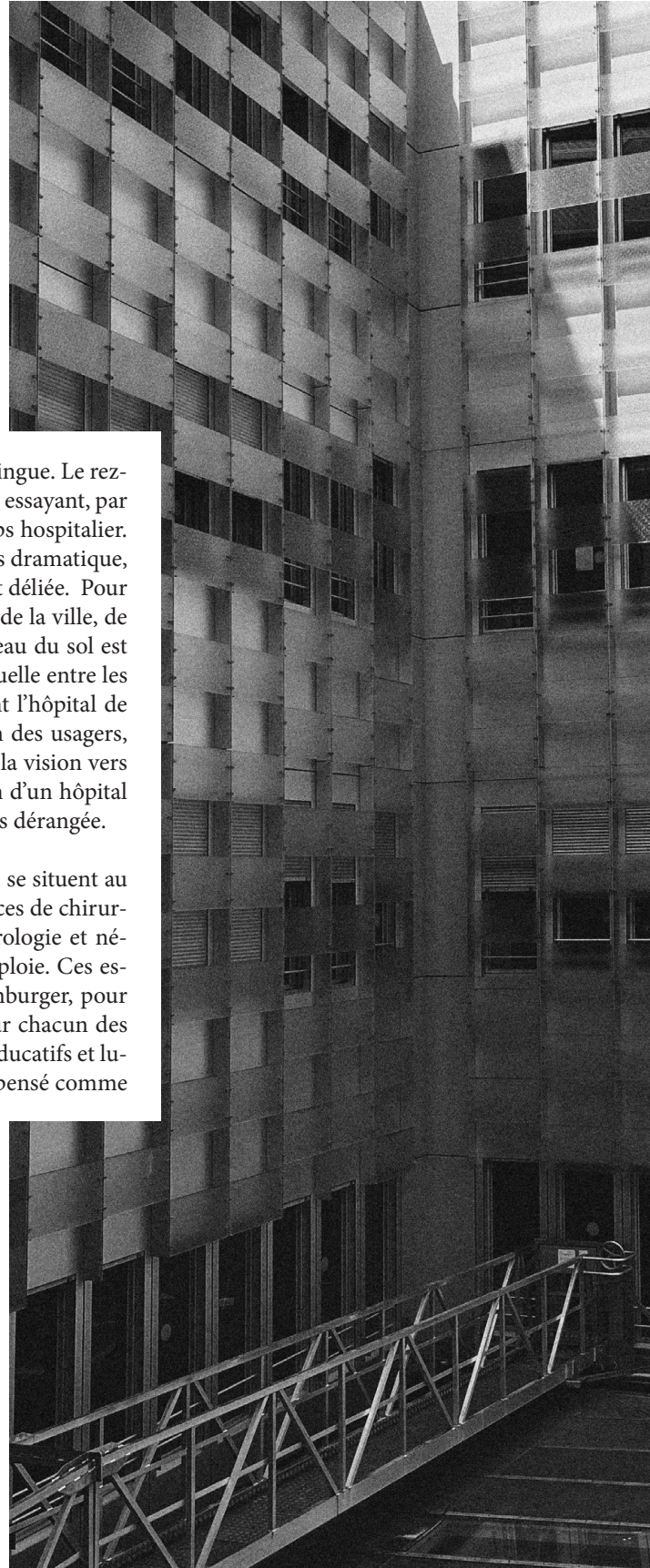


Si dans cette description, le travail du verre semble omniprésent, ceci s'explique par la recherche d'une luminosité abondante dans les espaces intérieurs. Dans une époque où l'impact de l'apport lumineux a largement fait ses preuves sur la santé du patient¹, il s'agit d'offrir à ce dernier une exposition lumineuse importante, tout en protégeant les surfaces intérieures, évitant ainsi tout inconfort thermique.

Son emplacement assez spécifique, donnant sur l'un des boulevards les plus fréquentés de la ville, nécessite une réflexion architecturale particulière.

En opposition à de nombreuses architectures hospitalières plus classiques, renfermées sur elles-mêmes pour des raisons d'hygiène ou encore de
c o n f i -
d e n -

Figure 16 -
Photographie personnelle d'un patio du bâtiment
Laënnec.



tialité², c'est dans le traitement du rapport à la rue que ce bâtiment se distingue. Le rez-de-chaussée, espace d'accueil, est pensé comme un lieu à la vue de tous, en essayant, par le billet de la transparence, d'éviter toute distance entre l'usager et le corps hospitalier. Ce rapport à l'espace public nourrit l'idée que l'hôpital n'est pas un ailleurs dramatique, l'entrée dans les lieux de soin est finalement plus simple et la parole se voit déliée. Pour autant, si d'un côté le rez-de-chaussée semble être une extension vivante de la ville, de l'autre, un travail sur l'intimité du patient est mené avec rigueur. Le niveau du sol est abaissé par rapport à celui de la rue, évitant ainsi toute confrontation visuelle entre les patients et de simples promeneurs. De plus, deux parois vitrées séparent l'hôpital de l'espace public. Si de l'intérieur, celle-ci ne change pas tant la perception des usagers, de l'extérieur, grâce à la luminosité naturelle, le reflet sur la vitre brouille la vision vers les espaces d'accueil. Finalement, ce travail permet d'un côté la sensation d'un hôpital ouvert sur la ville, tandis que de l'autre, l'intimité du patient ne semble pas dérangée.

Dans ce bâtiment ont été pensées trois salles de classe : deux d'entre elles se situent au troisième étage tandis qu'une seule est logée au deuxième. Ainsi les services de chirurgie viscérale et maxillo-faciale, neurochirurgie, orthopédie, gastro-entérologie et néphrologie sont ceux dans lesquels le service de scolarité à l'hôpital se déploie. Ces espaces sont conçus spécifiquement, à la différence du bâtiment Jean Hamburger, pour être des lieux d'enseignement. Couplée à ces espaces, une salle de jeu sur chacun des deux étages est assurée par la surveillance d'une bénévoles³. Les espaces éducatifs et ludiques trouvent enfin une place spécifique dans ce bâtiment de l'hôpital pensé comme un milieu de vie, aussi bien que de soin.

¹ ARIPIN, Srazali. « 'Healing Architecture': Daylight in Hospital Design », University of Queensland, School of Geography, Planning and Architecture, 2006.

² ARDENNE Paul, Un hôpital en ville : Necker enfants-malades, Paris, Paris, Archibooks + Sautureau, 2015, 223 pages.

³ Entretien avec Catherine Le Failler, directrice du service de scolarité, hôpital Necker-Enfants Malades, réalisé le 19 mars 2025. Retranscription : Annexe 1

Figure 15 -
Photographie personnelle du double revêtement de façade du bâtiment Laënnec.

Pour saisir l'évolution de la pédagogie au sein de l'hôpital Necker-Enfants Malades, il est nécessaire d'observer une suite d'évolutions architecturales et symboliques associées aux croyances médicales de chaque époque. En premier lieu, le carré Necker, qui a été conçu pour contenir et ventiler, découle d'une médecine préoccupée par la prolifération des bactéries. Par la rigueur brutale de son architecture, le bâtiment Jean Hamburger reflète la tendance à l'efficacité et à la rationalisation qui définit la médecine moderne. En fin de compte, le bâtiment Laënnec embrasse une philosophie du « care ». Chaque architecture témoigne d'une technicité médicale différente, étroitement liées aux espaces pédagogiques actuels.

Dans cet écrit, l'école n'apparaît pas soudainement comme une innovation. Elle a toujours été là, bien qu'autrefois plus discrète.¹ Ce qui évolue actuellement, c'est la prise de conscience croissante de son importance. L'hôpital ne se limite plus à être un lieu de soins physiques, il adopte désormais une approche holistique du soin². L'enseignement dispensé en milieu médical favorise la guérison en préservant le statut d'élève, en nourrissant une perspective d'avenir et en intégrant l'enfant dans un groupe qui transcende les limites de sa chambre.

Necker illustre parfaitement cette dynamique. Ici, la pédagogie se déploie à travers deux modalités : des salles de classe et un enseignement en chambre. Dans les deux cas, la structure détermine l'interaction : elle peut favoriser, entraver ou simplement permettre.

Cette première partie démontre comment l'hôpital, symbole d'excellence médicale, commence progressivement à intégrer la pédagogie comme nouvelle nécessité. Une tension s'établit entre le soin et l'enseignement, et l'architecture incarne l'espace où cette interaction se matérialise. Par la suite, ce mémoire examinera ces tensions en se concentrant sur deux aspects. Dans un second temps, l'écrit se concentrera sur l'intervention pédagogique au sein même de la chambre, à l'instant où l'enfant est le plus vulnérable, puis celui-ci traitera, dans un troisième temps, du parcours de l'enfant vers la salle de classe à l'hôpital. Ces deux mouvements, une fois corrélés, bâtissent une compréhension solide du sujet, tant sur l'espace approprié par la pédagogie que sur celui défini. Chacun des mouvements, opposés mais complémentaires, expriment finalement la même idée : l'enfant hospitalisé reste, en dépit de sa maladie, un élève.

Conclusion

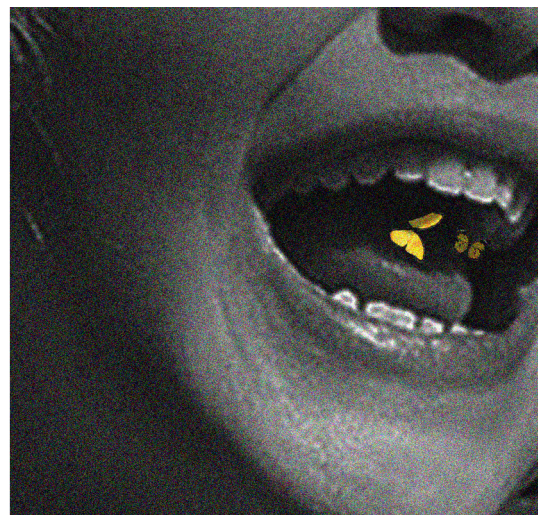
¹ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « L'école à l'hôpital », Archives de l'AP-HP, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://archives.aphp.fr/le-cole-a-lhopital/>

² ARDENNE Paul, *Un hôpital en ville : Necker enfants-malades, Paris*, Paris, Archibooks + Sautureau, 2015, 223 pages.

WMO
WMO



Figure 17 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



Introduction



Figure 18 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).

Observer les chambres du bâtiment Laënnec revient à entrer dans le cœur de l'hôpital Necker-Enfants Malades. Avec ses 404 lits, ce bâtiment concentre à lui seul la majorité de la capacité d'accueil de l'hôpital.¹ Lors des journées d'observation, c'est logiquement dans ce bâtiment qu'ont été menées la plupart des immer-

sions. La répétition des chambres, standardisées, uniformisées, ne doit pas masquer leur rôle fondamental : elles façonnent l'expérience même de l'hospitalisation. Une chambre d'hôpital ne

se réduit pas à ses dimensions normatives ou à son mobilier réglementaire : elle constitue un environnement vécu, senti, parfois subi. Dans cet espace clos se jouent des enjeux existentiels, dignité, autonomie, identité, qui marquent profondément l'expérience des jeunes patients.²

¹ ARCHDAILY, « Necker Enfants Malades Hospital / Philippe Gazeau » (2013), ArchDaily, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.archdaily.com/617321/necker-enfants-malades-hospital-philippe-gazeau>

² RUSZNIEWSKI, Martine. « Dignités, liberté et autonomie de la personne malade en institution », Espace éthique de l'AP-HP, 1995.

Architecture de la chambre d'hôpital : entre soin et intimité.

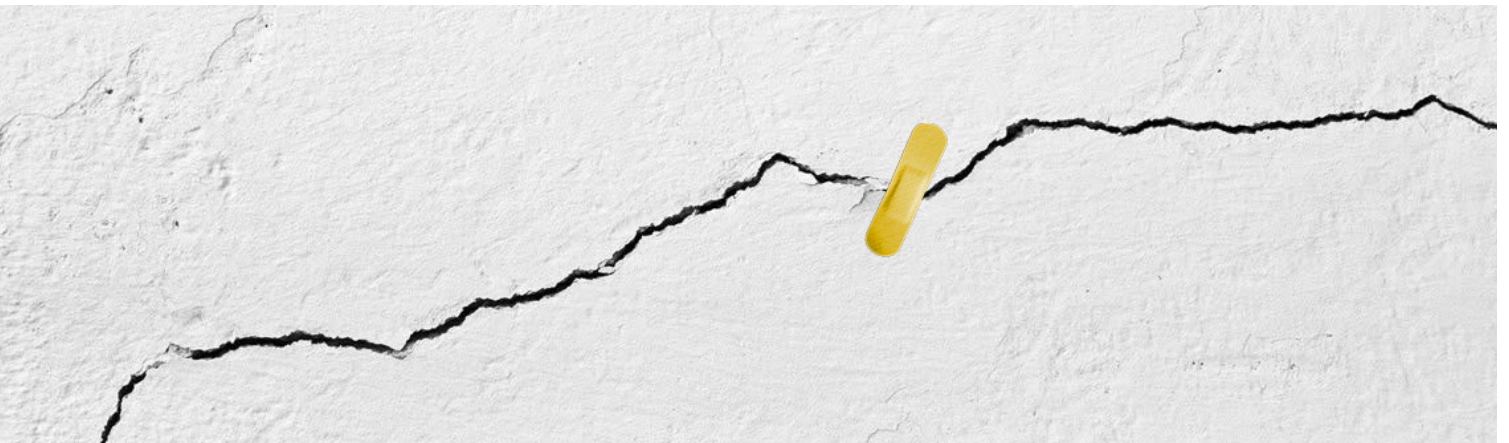


Figure 19 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



Dès l'entrée, la chambre se révèle comme un territoire d'hypersensibilité. La maladie transforme la perception du lieu. Effectivement, le malade pénètre son nouveau cocon à l'instant où son enveloppe corporelle est souffrante. Chaque détail architectural, chaque lumière, chaque bruit prend une intensité décuplée. L'espace devient une architecture sensorielle où l'intensité des ressentis détermine une expérience négative ou positive de l'hôpital.

L'architecture tente de répondre à cette sensibilité accrue. Les chambres du bâtiment Laënnec, par exemple, s'ouvrent largement sur l'extérieur. Les surfaces vitrées représentent environ 25 % des parois de la pièce. Grâce à une double peau vitrée, la lumière naturelle se filtre, adoucie par des dépolis et des effets plastiques. Cette diffusion évite l'éblouissement, protège l'intimité et restitue un rapport au temps (alternance du jour et de la nuit) essentiel pour ne pas perdre ses repères. Le détail

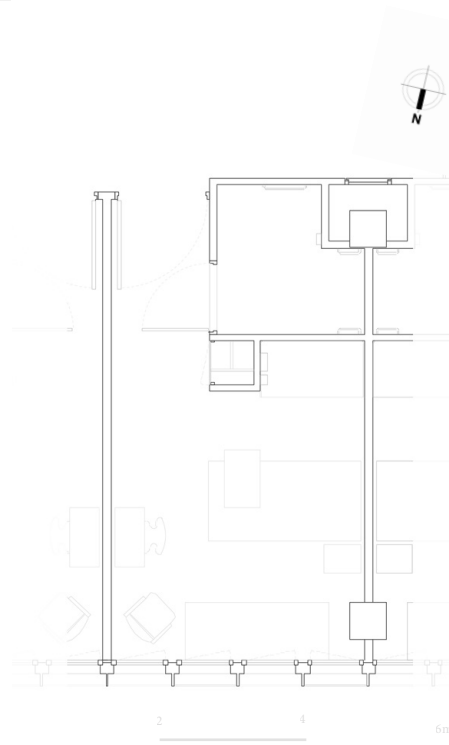


Figure 20 - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : chambre du bâtiment Laënnec.

¹ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « Enquête sur le respect de l'intimité, de la confidentialité et de la vie privée à l'hôpital » (2018), Centre d'éthique clinique de l'AP-HP, [En ligne], consulté le 24 novembre 2025, <https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/ap-hp-realisation-dune-enquete-sur-le-respect-de-lintimite-de>

de l'allège, dimensionnée à soixante centimètres, prend ici une valeur symbolique : à hauteur d'enfant, la fenêtre permet de voir dehors même pour les plus petits. La chambre n'est pas totalement coupée du monde ; elle maintient un fragile contact avec l'extérieur.

Cette attention se prolonge dans le traitement des couleurs chaudes, rosées, orangées, qui cherchent à contrebalancer le caractère clinique du mobilier. Les tons chaleureux participent à procurer une expérience et une appréhension positive du lieu.

La chambre, à la différence des couloirs saturés de flux, de signaux et d'agitation, se présente comme un cocon hermétique à l'extérieur. Les surfaces y sont plus sobres, plus apaisées. Pourtant, cet espace demeure paradoxal : calme et protecteur, il n'échappe pas à la logique de l'hôpital, établissement tourbillonnant, fourmillant, qui l'englobe. Rien n'y est libre, tout répond aux besoins médicaux.

L'architecture hospitalière des chambres

renie toute intimité. La chambre semble être un espace privé, pourtant, celle-ci est constamment soumise aux intrusions. Médecins, infirmiers ou encore aides-soignants pénètrent cet espace de repos sans médiation. L'architecture rationalisée, revendiquée dans ces lieux, est pensée pour l'efficacité. Effectivement, l'espace est conçu pour l'intervention : il faut y entrer facilement, rapidement avec la fluidité la plus importante. Dans un contexte tel que celui-ci, l'intimité n'est pas permise par l'architecture mais s'entretient simplement par la discrétion et la sensibilité des gestes.

Si d'un côté l'architecture facilite l'intrusion soignante, l'omniprésence spatiale du matériel médical la légitimise. Dans la chambre, cela se comprend rapidement par la centralité du lit. Ce meuble principal de la pièce, de par ses dimensions précises et fixes, organise l'espace. Tout s'oriente autour de ce mobilier, plaçant ainsi le patient au cœur d'un dispositif technique. Prises d'oxygène et d'aspiration, potences, moniteurs, plans de travail incrustés, lavabos intégrés : tout converge vers le lit, où le corps devient accessible à l'intervention.

Une chambre individuelle du bâtiment Laënnec mesure 18 m². Cependant, cette surface se fragmente : 120 cm de dégagement autour du lit pour la circulation soignante, un plan de travail de 140 cm pour les gestes médicaux, 70 cm de placard intégré pour les effets personnels, un fauteuil-lit pour l'accompagnant. Les



se ressentir dans la présence parentale. Chaque chambre se voit attribuer un fauteuil convertible. Ce dispositif permet à un des parents d'accompagner son enfant jour et nuit durant toute la période du soin. Ce mobilier, pouvant sembler banal en apparence, transforme l'espace. Il introduit une dimension familiale, protectrice, intime dans l'univers médical.

Au sein du bâtiment Laënnec, certaines chambres destinées aux adolescents prolongent cette logique. En reconnaissant que l'intimité devient un enjeu identitaire majeur à cet âge, elles tentent de concilier surveillance médicale et autonomie croissante.

Enfin, l'intimité de la chambre d'hôpital semble également provenir de l'appropriation du lieu. Malgré la contrainte médicale, la

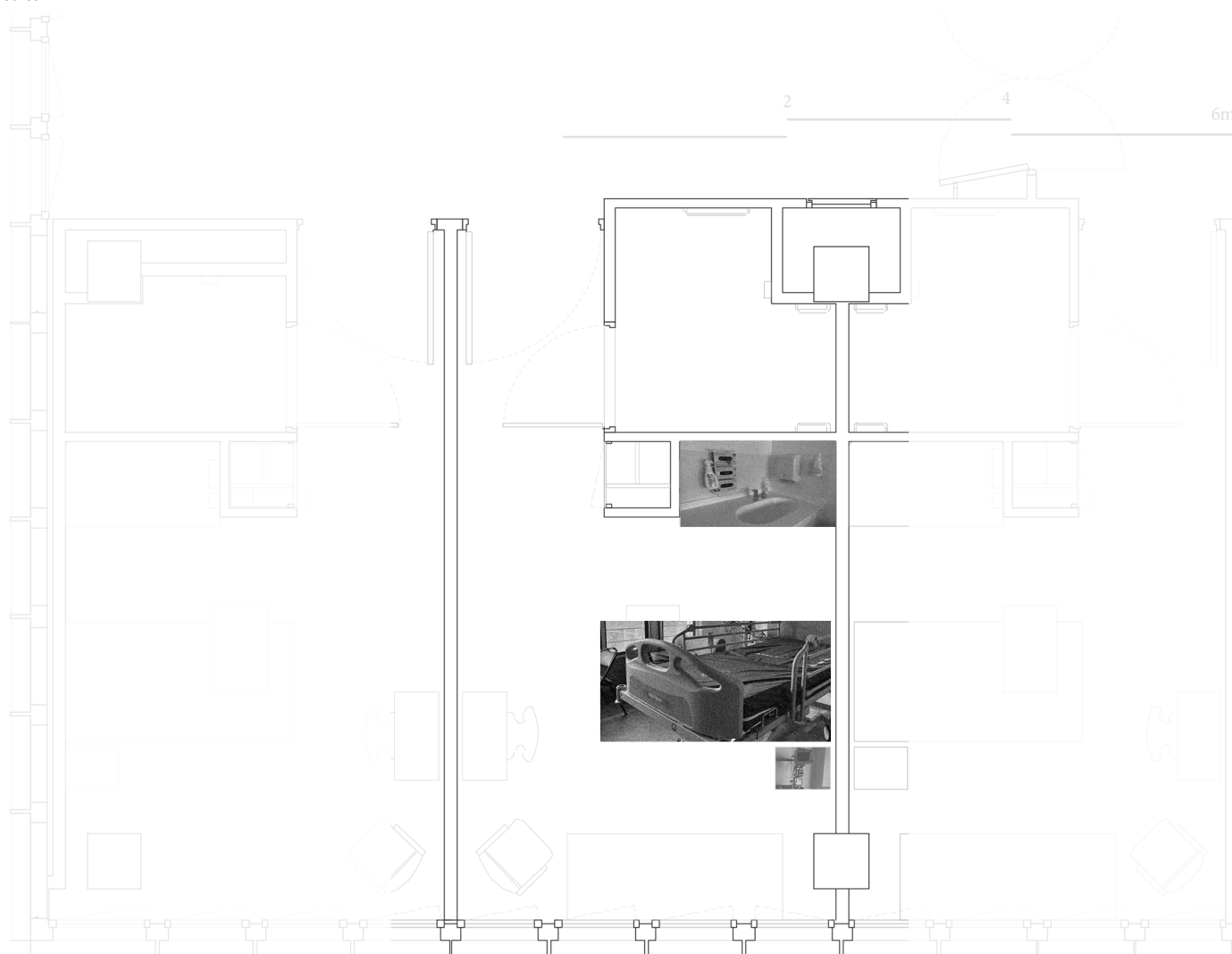
chambre demeure un espace neutre autorisant ainsi toute appropriation. Nombreuses des surfaces neutres se voient ainsi envahies par les effets personnels. Vêtements, jouets, dessins, doudous viennent personnifier l'espace standardisé, y inscrivant ainsi des traces singulières. Lors des différentes immersions, aucun enfant n'a jamais transformé sa chambre de la même manière. Chacun installe ses repères, ses signes, et rend unique un lieu pourtant conçu pour l'anonymat.

équipements indispensables au soin du patient occupent près de 2 m² de l'espace. Même intégrés dans des modules m u - raux pour en limiter l'impact visuel, ils rappellent la présence constante du soin. Les apparitions médicales fréquentes sont ainsi continuellement légitimées, le patient en oublie leur caractère intrusif. Concernant l'enseignement, seul un petit bureau, aux qualités architecturales critiquables, est initialement installé dans la chambre. Lors des observations, ce dernier était souvent déplacé, sorti de la chambre afin de libérer de l'espace pour le parent présent.

Chez l'enfant, l'intimité semble parfois

Figure 21 -
Photographie personnelle, le mobilier pédagogique
dans les chambres du bâtiment Laënnec.

Figure 22 -
Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants
Malades : chambre du bâtiment Laënnec. le mobilier
médical.



Un équilibre délicat guide la conception des chambres d'hôpital. Maitriser son espace tout en ayant la possibilité de s'y abandonner correspond à l'enjeu de conception principal de ces lieux. La chambre d'hôpital doit savoir jongler : elle protège tout en exposant, apaise tout en contraignant et finalement elle accueille tout en rappelant constamment la logique du soin. Offrir au patient l'opportunité d'habiter, c'est le leitmotiv implicite architectural qui guide la réalisation de ces espaces. Le corps malade ne doit pas simplement maintenir l'accessibilité médicale mais également s'approprier l'espace. Dans le cadre d'une chambre d'enfant hospitalisé, un sens particulier est donné à cet équilibre. Désir de protection et d'autonomie, de dépendance et de liberté qualifie le quotidien de l'enfant hospitalisé. Alors, l'architecture joue un rôle crucial dans son expérience de l'espace. La chambre d'hôpital est donc le recueil d'une tension palpable : l'enfant y installe ses affaires personnelles tout en restant contraint d'un espace pensé pour l'intervention médicale. Chaque tentative d'appropriation est permise sans être pleinement tolérée.

Enfin, cette dualité prend tout son sens lorsqu'on observe la place de l'école. Effectivement, le dilemme architectural entre intimité et vitalité se prolonge. L'élève doit-il rester dans le lit, recevoir l'enseignant dans un espace déjà marqué par la vulnérabilité, ou franchir le seuil vers la salle de classe de l'hôpital, espace collectif mais plus difficilement accessible ? Dans ce choix apparaît toute l'ambivalence de la chambre d'hôpital : un lieu de soin, de repos, d'attente, mais également premier espace possible de l'apprentissage.

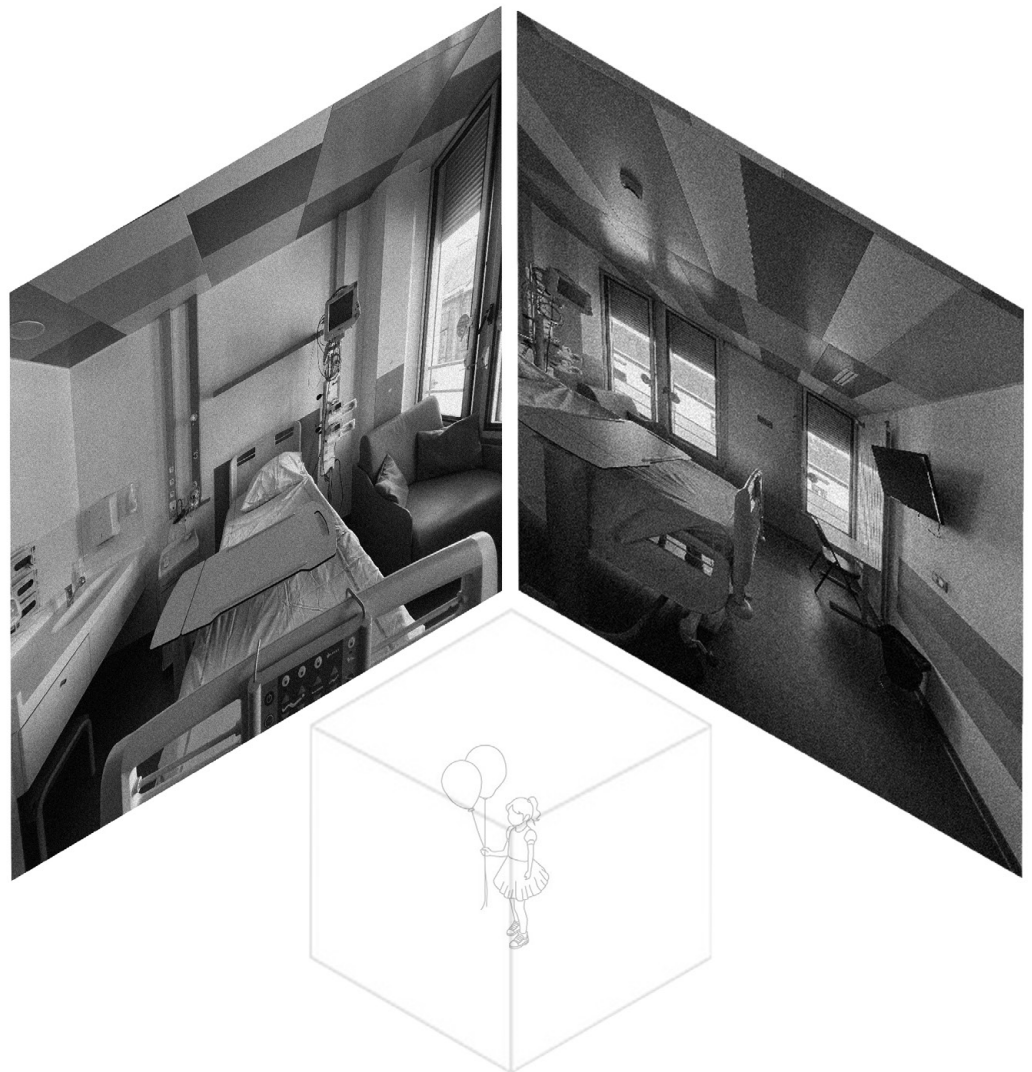


Figure 23 - Collage à partir d'images personnelles : chambre d'hôpital du bâtiment Laënnec.

L'enseignement en chambre s'impose lorsque l'enfant, retenu par son état de santé, ne peut rejoindre la salle de classe de l'hôpital. Alors l'école franchit le seuil de la chambre, pénétrant au cœur de l'espace de soin. Ce renversement de logique, celui d'un enseignement allant à l'élève et non l'inverse, oblige à transformer un lieu qui n'a pas été conçu pour cela.

Cette intervention répond d'abord à des contraintes médicales strictes : isolement en chambre stérile, appareillages lourds, surveillance constante, fatigue extrême. Au-delà du cadre médical, certains enfants choisissent l'intimité de la chambre plutôt que l'exposition du groupe. La maladie marque le corps, fragilise le rapport au regard d'autrui, et fait de la chambre un refuge discret, presque confidentiel.

La durée de l'hospitalisation renforce encore cette diversité : parfois quelques jours où l'enseignement n'a qu'une portée symbolique, parfois plusieurs semaines qui exigent un programme suivi et coordonné, parfois des mois où la chambre devient une salle de classe individuelle à part entière. Chaque chambre de 18 m² peut ainsi se transformer en unité scolaire temporaire, où s'entrelacent vie intime, soin et apprentissage.

Observer ce fonctionnement, c'est comprendre comment la pédagogie se réinvente dans un espace saturé de fonctions, qui doit être tour à tour lieu de repos, de soin, d'intimité et de transmission.

Entrer dans une chambre pour y enseigner, c'est adopter un rituel particulier. La séance commence bien avant la rencontre avec l'élève. Hors de la chambre, l'enseignant, en salle de classe, consulte le planning médical, échange avec les soignants, s'informe de l'état de santé de l'enfant.¹ Chaque porte de chambre rappelle par ailleurs la primauté du soin : un panneau fixé à hauteur de buste et indique les conditions d'entrée (port de

masque, surblouse, désinfection) soulignant que l'acte pédagogique s'insère dans un protocole pensé pour la médecine, non pour l'école.

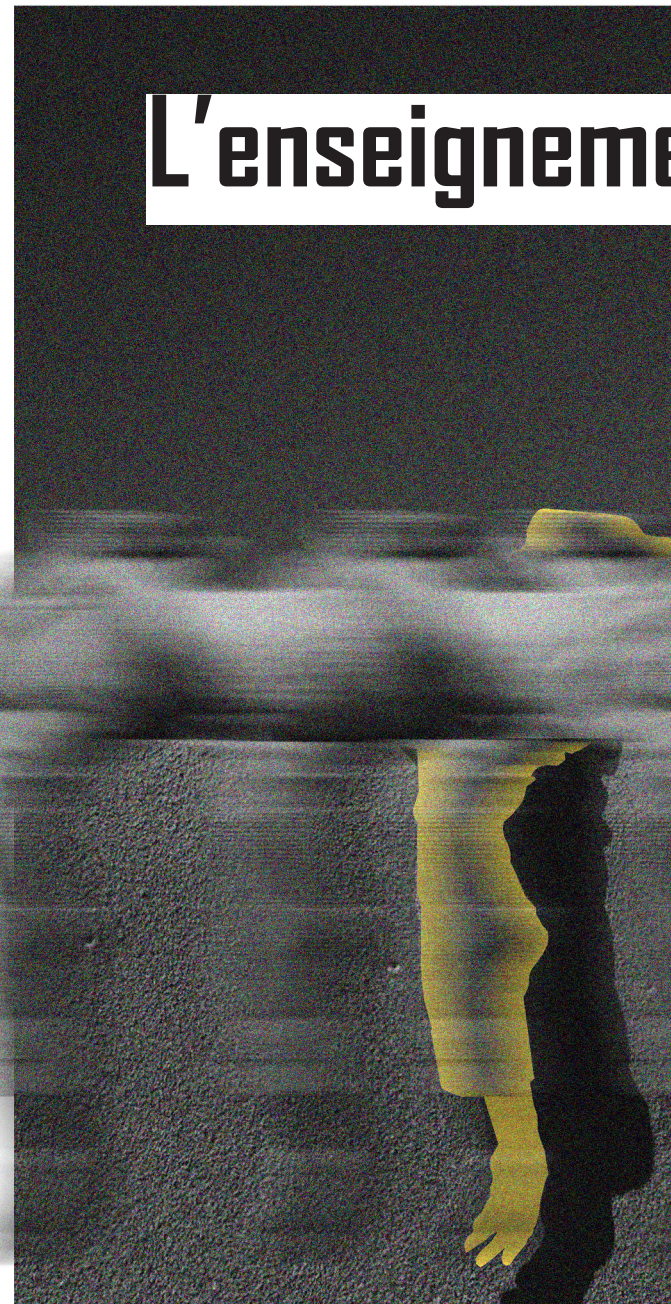
Une fois admis, il faut trouver une place. L'installation est toujours précaire : parfois une chaise est libre, parfois l'enseignant s'assoit au bord du lit ou reste debout. Le matériel scolaire, transporté, se déploie sur des supports improvisés : table de nuit, table roulante, rebord de fenêtre. Rien n'est prévu pour l'enseignement ; tout doit être détourné. La séance elle-même se construit alors dans une atmosphère fragile, faite de compromis spatiaux.²

Le temps d'enseignement est court, entre quinze et quarante-cinq minutes, et dicté par l'état de l'enfant ou l'intervention médicale.

Fatigue, douleur, concentration fluctuante de l'enfant assigné au lit imposent à l'enseignant d'adapter son rythme. Jeux, récits, activités orales alternent avec des exercices plus scolaires. La pédagogie est adaptable et ajustée en temps réel à l'état du corps malade. Chaque minute doit être exploitée avec justesse car l'attention peut se rompre d'un instant à l'autre.

Aussi, l'enseignement reste vulnérable aux interruptions. Une visite médicale, une prise de tension, un soin programmé ou imprévu : le cours s'interrompt immédiatement. L'en-

Figure 24 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



ent en chambre : une pédagogie de l'instant.



seignement développe alors une logique de flexibilité extrême : séquences courtes, matériel léger, progression modulable. L'aléa, imposé par les conditions de santé, transforme l'école en une pédagogie de l'instant, toujours prête à être suspendue.

¹ Annexe 2
² Annexe 2

La chambre impose aussi des contraintes physiques inédites. L'enfant-élève, le plus souvent, reste allongé. Le lit, mobilier unique de son quotidien, devient également celui de son apprentissage. Écrire sur une tablette posée sur les genoux, lire en regardant vers le plafond, suivre une explication en position semi-couchée : tout est marqué par la posture contrainte engendrant de potentielles douleurs (cervicales, fatigue oculaire...).

Face à lui, l'enseignant adopte des positions inconfortables. Penché, agenouillé, assis à demi, il adapte son corps à un espace qui ne le reconnaît pas. Là où une école dispose de tables, de chaises, de tableaux, la chambre offre seulement un lit et des surfaces médicales détournées.

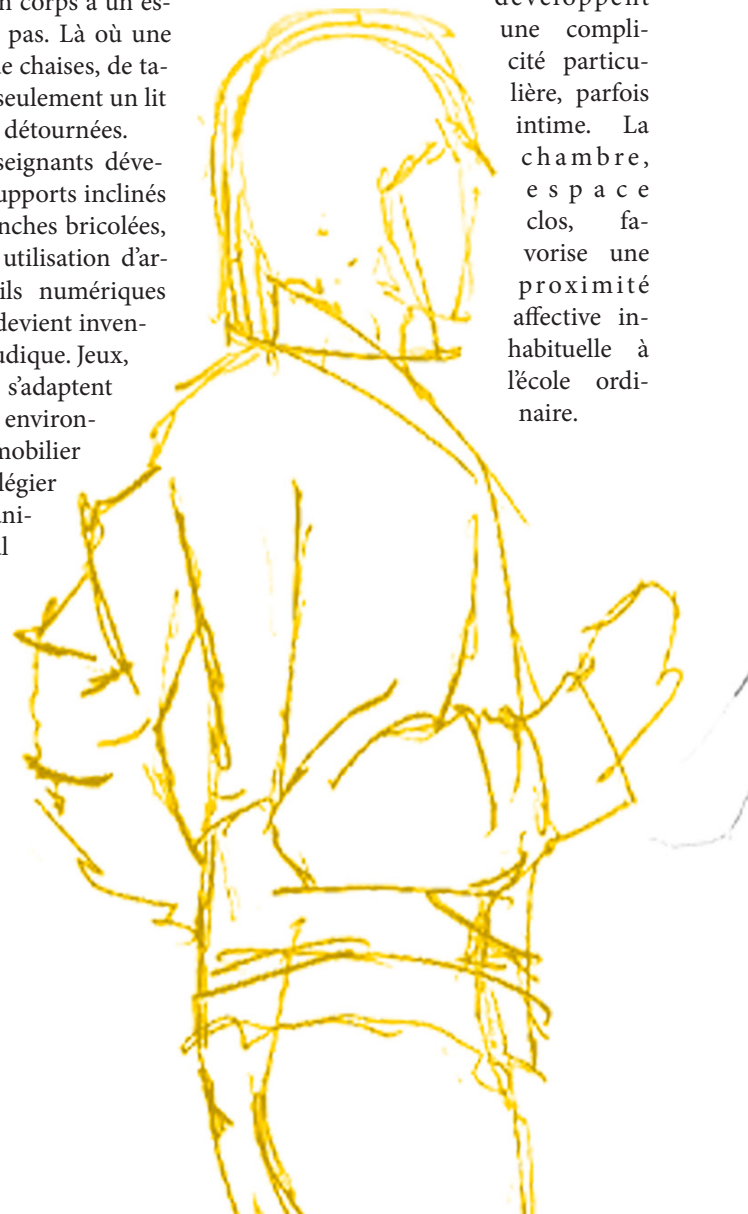
Pour compenser, les enseignants développent des stratégies : supports inclinés grâce à des coussins, planches bricolées, alternance debout/assis, utilisation d'ardoises légères ou d'outils numériques portables. La pédagogie devient inventive, sensorielle, parfois ludique. Jeux, devinettes, récits oraux s'adaptent mieux que l'écrit à cet environnement. L'absence de mobilier stable pousse à privilégier un échange oral, la manipulation simple. Le seul bureau parfois présent dans la chambre n'est qu'une simple petite table accompagnée d'une chaise, eux-mêmes disposés face aux radiateurs. Cet

objet aux qualités architecturales devient souvent inutilisé et disparaît même parfois des chambres d'hôpital.

Une autre difficulté est la concentration. Dans la chambre, rien n'épargne l'élève des bruits de l'hôpital : alarmes des machines, va-et-vient des soignants, appels des autres patients. La chambre, censée isoler, devient paradoxalement traversée de flux et de sons.

Au-delà des contraintes matérielles, l'enseignement en chambre produit une relation inédite chez l'enfant, intensément duelle. Dans ce face-à-face prolongé, en -

seignant et élève développent une complicité particulière, parfois intime. La chambre, espace clos, favorise une proximité affective inhabituelle à l'école ordinaire.



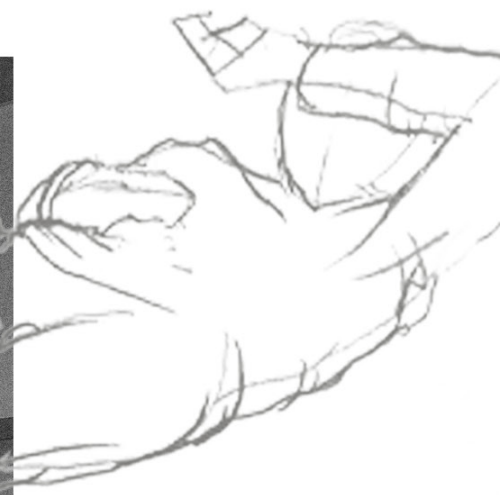
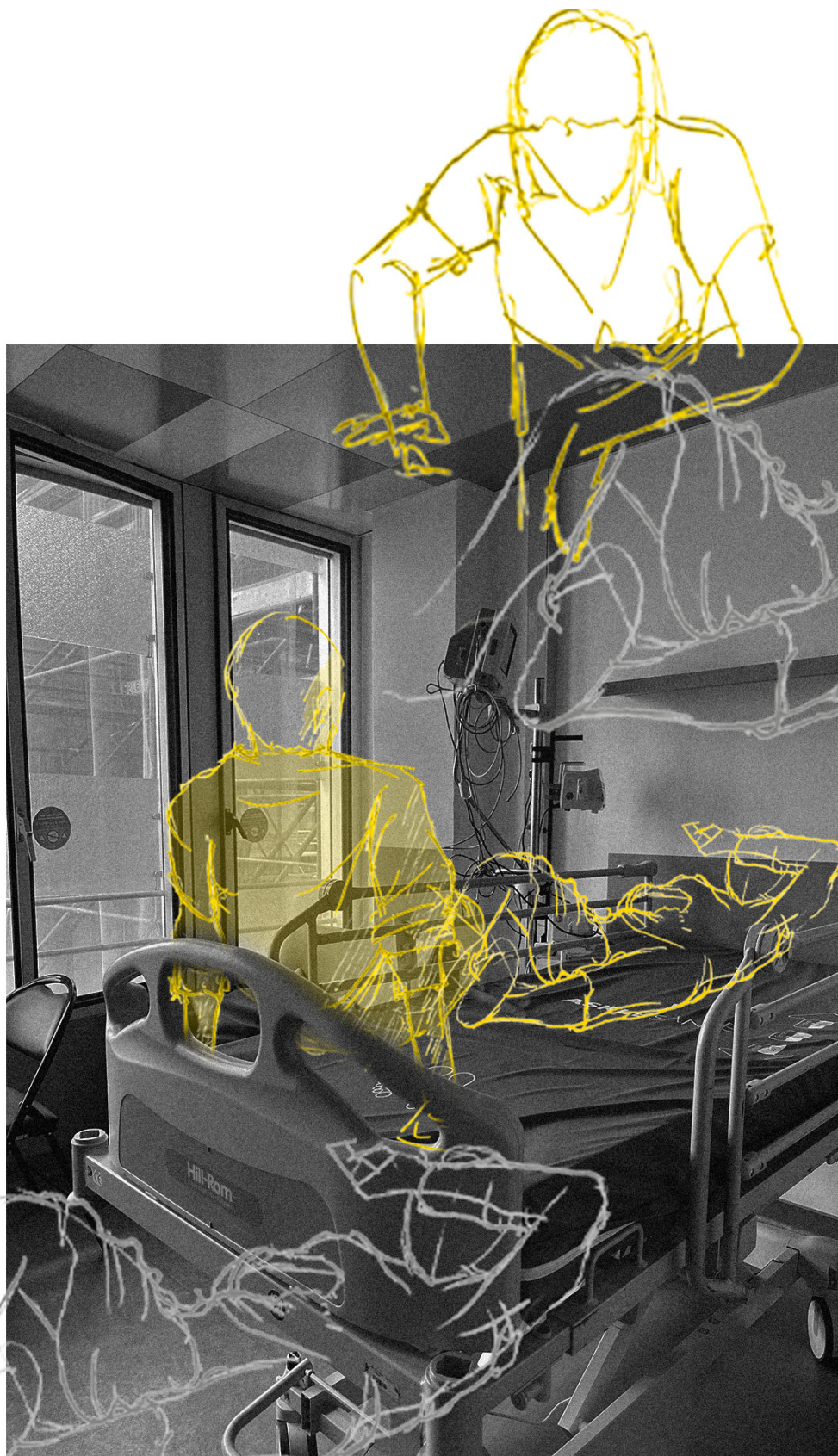


Figure 25 -
Croquis sur photographie personnelle : le mouvement
de l'enseignant au fil de la séance.

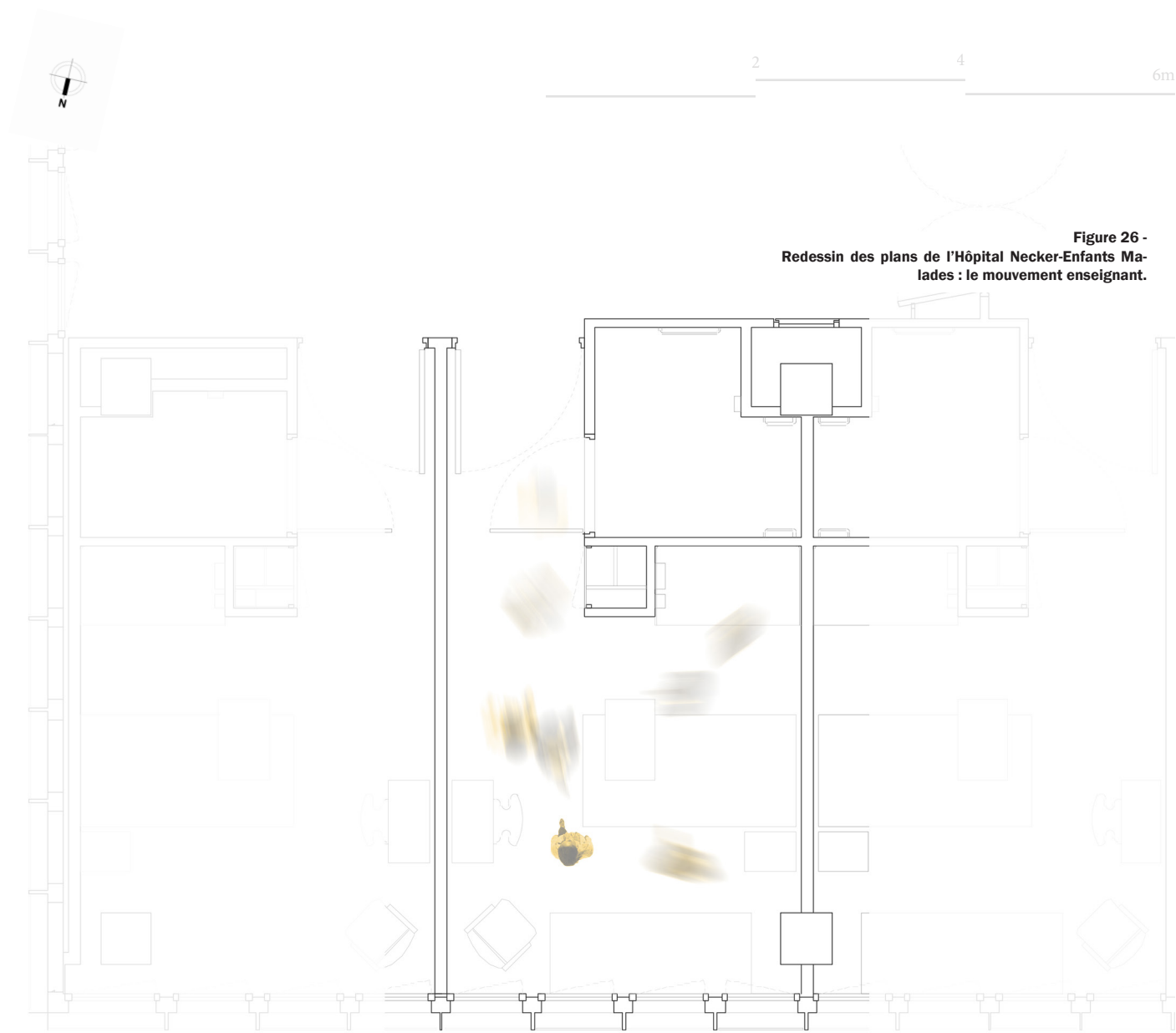


Figure 26 - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : le mouvement enseignant.

espace qui ne l'attend pas. Là où tout est à inventer, le cours demeure fragile et se construit dans la confrontation permanente entre contrainte médicale et geste pédagogique.

Cette pratique donne naissance à une pédagogie éphémère, soumise à une adaptation constante. Les supports sont légers, presque fragiles, les activités brèves et variées. Tout peut s'interrompre à tout instant. Déjà contraints par le corps médical, la fatigue, les douleurs ou en-

core la concentration de l'enfant fatigué réduisent également le temps d'enseignement. Chaque minute devient précieuse, chaque échange est optimisé. L'enseignement en chambre ressemble ainsi à une école mobile, toujours prête à apparaître, disparaître, puis renaître dans un autre temps.

Enfin, c'est davantage une relation éducative particulière qui caractérise ces instants. Loin du groupe de classe traditionnel, l'apprentissage se déroule dans un face à face intime. La proximité imposée par l'architecture confère à la séance une intensité particulière, rendant ainsi au patient un statut fragile

L'enseignant devient parfois confident, parfois substitut parental, dépositaire de confidences qui dépassent le cadre scolaire.

Cette intimité est renforcée par la proximité physique. L'enseignant, faute de place, s'assoit au bord du lit, manipule les affaires personnelles, partage l'espace le plus intime de l'enfant. Le cours se donne dans un lieu de sommeil, de soin, de vie familiale.

De cette proximité naissent pourtant des liens uniques. Des rituels s'installent, des blagues, un langage commun. L'enfant projette avec l'enseignant des projets au-delà de l'hospitalisation. La chambre, espace de contrainte, devient paradoxalement le lieu d'une pédagogie incarnée, intime, profondément humaine.

Une organisation souple, à l'écoute des moindres aléas de la vie hospitalière, tel est le fonctionnement de l'enseignement en chambre. Chaque séance s'inscrit dans les temps morts du soin. Une fois informé et préparé, l'enseignant entre dans un

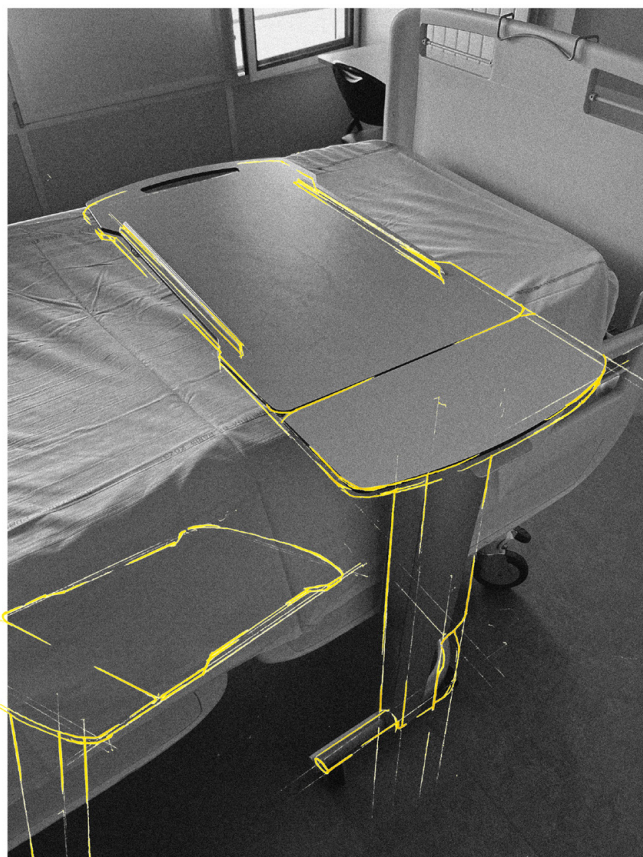


Figure 27 -
Croquis sur photographie personnelle : la table amovible.

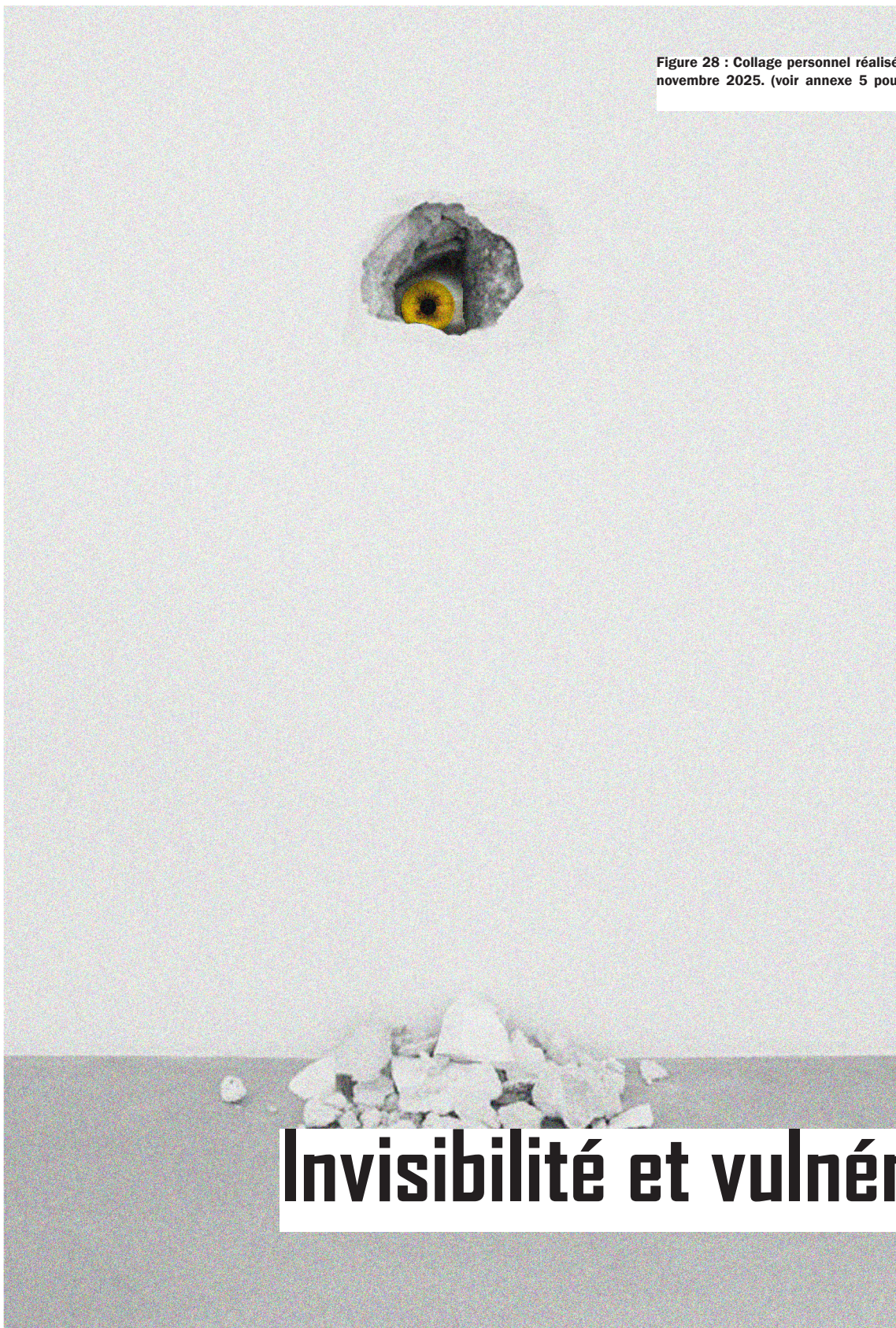


Figure 28 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).

Invisibilité et vulnérabilité



Après avoir appréhendé la chambre dans sa fonction première de lieu de soin, puis observé la manière dont l'enseignement s'y déploie au quotidien, il devient nécessaire d'interroger ce que l'architecture elle-même produit comme contraintes. Si la chambre rend possible la rencontre pédagogique, elle ne l'a jamais pleinement anticipée. Entre lit médicalisé, mobilier fonctionnel et espace saturé d'appareillages, l'acte d'enseigner s'inscrit dans un cadre qui l'accueille sans vraiment le reconnaître.

Étudier ces limites architecturales, c'est donc comprendre comment la configuration de la chambre infléchit la relation entre élève et enseignant et conditionne la manière dont l'apprentissage peut ou non trouver place au coeur du soin.

Dans l'architecture hospitalière, rien n'annonce l'arrivée de l'enseignant. Contrairement aux soignants ou aux visiteurs, ceux dont la présence est attendue, ritualisée, l'enseignant franchit le seuil de la chambre sans médiation en passant directement du couloir à l'espace intime. Ainsi, cette absence de transition, pourtant si essentielle à la construction d'une relation pédagogique, installe d'emblée une tension. Dans une pièce saturée d'appareillages médicaux, de mobilier fonctionnel et d'effets personnels, il doit trouver sa place. Alors qu'aucun support ne lui est offert, il ne bénéficie d'aucune reconnaissance spatiale.

De son côté, l'enfant reste assigné à son lit. Ses seules marges de mouvement se limitent généralement aux possibilités offertes par le mécanisme du lit médicalisé, rarement plus qu'une inclinaison du buste. Aucun seuil symbolique n'est franchi par l'élève en devenant. L'enfant mange, se repose, reçoit les soins, et apprend dans le même espace. Cette sédentarité imposée réduit la possibilité de rupture, empêchant l'enfant de se détacher, ne serait-ce qu'un instant, de sa condition de malade.

é de l'acte éducatif. Si l'un demeure allongé et l'autre debout ou penché, la relation pédagogique naît alors

d'une dissymétrie marquée. Une hiérarchie spatiale implicite est induite par la position de chacun. Effectivement, l'enseignant, dont la légitimité de la présence reste floue, se retrouve, faute de place, face à l'élève, surplombant ainsi son espace de repos. Parfois, contraint, il s'assoit au bord du lit, brouillant encore davantage les repères entre espace d'intimité, de soin et lieu d'apprentissage.

Cette vulnérabilité est amplifiée par le mobilier, à la fois souple et inadapté. La table roulante, destinée à un usage médical, s'adapte au lit sans jamais être une véritable table

de travail. Par conséquent, l'architecture ne permet jamais de servir de médiateur entre l'élève et le professeur : la chambre n'est ni une salle d'étude ni un espace personnel. La tentative échouée d'immersion d'un bureau en est la preuve. Ce mobilier presque anecdotique dans la chambre ne transforme pas le statut de malade en apprenant, il ne motive guère la volonté d'apprendre. Alors, il en vient à disparaître. Elle reste dans une zone intermédiaire floue où l'on observe la pédagogie au lieu de l'adopter pleinement. Dans ce brouillage architectural, l'enseignant joue le rôle d'un intrus temporairement accepté. Par conséquent, la relation pédagogique évolue dans une ambiguïté spatiale due à l'absence d'indicateurs architecturaux scolaires.

Comme mentionné, la chambre d'hôpital n'est pas conçue pour servir de cadre scolaire. On peut l'observer à travers le manque de mobilier spécifique, d'espaces définis et de systèmes de rangement. L'enseignement n'est jamais indiqué. Ainsi, l'école se transforme en une activité passagère, fugace, qui apparaît sans laisser d'empreinte. À chaque séance, le professeur apporte son équipement, l'installe et le reprend ensuite. Il ne reste rien.

Cette absence d'inscription spatiale contribue à invisibiliser l'acte pédagogique. L'enfant ne voit pas toujours cette intervention comme un moment structurant et légitime. L'environnement qui modifie la posture, suscite l'attention et favorise la concentration fait défaut. Sans un environnement concret dédié aux devoirs ou à la réflexion individuelle, l'éducation se limite à la présence de l'instructeur et disparaît dès son départ. Il ne reste aucune trace architecturale.

Dès que le personnel soignant entre dans la pièce, l'environnement se redéfinit instantanément. Il n'y a pas de débat, la priorité est mise sur le soin. L'enseignant, dont la reconnaissance spatiale est floue, se retrouve mis à l'écart. C'est une adaptation spatiale quotidienne : le soin immédiat remplace l'enseignement. Aucun espace

neutre n'est partagé.

Parfois, il est demandé à l'enseignant de se retirer de la salle durant la visite ou l'intervention. Le cours est mis en pause, parfois même annulé. Il n'y a aucune certitude quant à sa reprise. Il n'y a pas de trace, ni mémoire matérielle ou spatiale de la session commencée. Ce vide architectural tend progressivement à diminuer la présence de l'école dans la chambre, renforçant l'idée que l'apprentissage est secondaire, toléré, jamais nécessaire.

Même les quelques éléments disponibles (chaise, table à roulettes, tablette) s'avèrent souvent non appropriés. Destinés à une multitude d'usages médicaux, ils ne sont pas conçus pour une tâche spécifique. Leur flexibilité, initialement considérée comme un avantage, se transforme en contrainte. Par exemple, la tablette ajustable en hauteur et munie de roulettes n'est pas adaptée aux lits à barrières élevées.

Dans ce cadre, l'enseignant est tenu de faire preuve d'inventivité. Il dépose ses objets sur le bord du lit, s'agenouille, se sert d'une boîte comme appui. Il se sert de la situation du patient alité, se dissimule et frappe des mains pour l'aider à apprendre à compter, entre autres... L'enseignement devient bricoleur, créatif, mais constamment instable. Le manque de mobilier fixe fait obstacle à la répétition, à l'organisation et à une concentration soutenue. Elle rend l'action éducative vulnérable et effaçable.

L'analyse de chambres du bâtiment Laënnec souligne une contradiction architecturale majeure : l'architecture hospitalière tolère l'enseignement, mais seulement à travers son propre prisme. Lorsque l'on se pose la question de savoir comment l'espace favorise l'apprentissage, la réponse n'est pas si évidente.

L'architecture hospitalière ne condamne pas l'enseignement, elle le néglige. Cette absence de considération architecturale contraint l'éducation à s'installer dans des lieux pour lesquels elle n'a jamais été en-

visagée. L'institution éducative s'introduit maladroitement dans la chambre, se sert des appareils médicaux de manière indirecte, occupe les zones inoccupées pendant les traitements et vient à disparaître si les enseignants ne sont pas présents.

Cette intrusion est facilitée par certaines qualités architecturales accidentelles. La vue à hauteur d'enfant confère à l'espace une lumière naturelle abondante, la présence du fauteuil-lit qui peut servir de siège... Tous ces éléments, bien qu'ils ne soient pas spécifiquement conçus pour l'enseignement, offrent des opportunités fragiles. L'architecture de l'hôpital du bâtiment Laënnec, son ambiance apaisante, son acoustique contrôlée et ses espaces d'adaptation, génèrent un cadre qui n'empêche pas l'enseignement, bien qu'il ne le favorise guère.

L'enseignement en chambre fonctionne non pas grâce à l'espace, mais malgré lui. Chaque session se confronte à l'architecture là où elle devrait l'accompagner : déséquilibre des positions, instabilité du mobilier, interruptions incessantes, invisibilité de l'action éducative. L'espace impose sa logique médicale à toutes les autres activités, faisant de l'école un usage toléré, mais jamais légitimé.

L'étude des chambres de l'hôpital Necker offre à penser la possibilité d'une architecture hospitalière qui ne se limiterait plus à négliger l'enseignement, mais l'incorporerait dans sa conception. Alors, il ne s'agit pas de transformer la chambre en salle d'étude mais simplement à l'architecture de reconnaître que l'enfant malade reste apprenant.

Cette progression pourrait nécessiter des ajustements mineurs mais importants. La mise en place d'un mobilier modulable favorisant des positions d'apprentissage, des espaces de rangement pour les outils pédagogiques ou encore des zones de retrait pour l'enseignant lors des actions médicales pourrait participer à inclure la pédagogie au sein des lieux de soin. Finalement, elle inciterait à réimaginer la chambre non seulement comme un espace de soin adaptatif, mais plutôt comme un lieu d'apprentissage et de soin adaptatif.

L'enjeu va au-delà de la simple problématique pédagogique. Il s'agit de reconnaître intégralement l'enfant hospitalisé d'un point de vue architectural : non seulement comme un patient, mais également comme un élève, un individu social et apprenant. Par ses récentes innovations, des chambres pour adolescents, une attention particulière aux familles, un environnement coloré, l'hôpital Necker trace déjà les contours de cette approche. Le prolongement logique de cela pourrait être l'intégration de l'enseignement en chambre.

Ainsi, l'architecture des chambres hospitalières dédiées aux enfants se situe à un tournant décisif. Entre une efficacité médicale incontestable et la prise en compte des besoins globaux de l'enfant, elle se doit de chercher de nouveaux points d'équilibre. Les caractéristiques, ainsi que les restrictions, des chambres de l'édifice Laënnec, dépeignent les limites de cette architecture en évolution : une architecture qui guérit et éduque, qui préserve et émancipe, qui prend en charge l'enfant malade tout en restant attentive à l'enfant dans son ensemble.

En effet, cela pourrait bien être la conclusion ultime de cette enquête : l'enfant en milieu hospitalier ne cesse jamais complètement d'être un étudiant. En dépit de la maladie, en dépit des contraintes architecturales, en dépit de tous les obstacles, l'envie d'apprendre demeure. L'enseignement en chambre, malgré sa fragilité intrinsèque, en fournit une preuve manifeste. Il ne reste plus qu'à l'architecture hospitalière de s'en saisir.

Cette volonté persistante permet des situations pédagogiques variables. Si, pendant un temps, l'enfant reste trop faible pour se libérer de son nouvel habitacle, dans un second temps, suivant le chemin de la guérison, celui-ci s'adonne à parcourir les couloirs hospitaliers en quête des salles de classes.

MEMPHIS



Figure 29 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).

Si l'hôpital incarne avant tout un lieu de soin, il s'est pourtant doté, au fil du temps, d'espaces voués à la scolarité plus assumés. Des salles de classe, discrètes mais présentes, ne forment pas à proprement parler une « école » mais plutôt des fragments d'architecture scolaire. Elles n'existent pas comme un projet autonome : elles se greffent, s'insèrent, se faufilent dans des interstices de l'architecture hospitalière. Alors, il convient de se questionner : que signifie faire école dans un espace pensé pour guérir ?

La question relève plus de leur inscription dans l'architecture hospitalière que de leur existence. Effectivement, l'école ordinaire se conçoit selon une architecture précisément codifiée. Chaque seuil contribue à transformer l'enfant en élève. Au cœur de l'hôpital Necker-Enfants Malades, en revanche, le chemin vers les salles de classe est inhabituel. Les cinq salles sont réparties sur deux bâtiments et semblent obéir à une autre logique organisationnelle. Elles se placent en fonction des services médicaux, pas simplement des nécessités pédagogiques. Alors, l'enfant, pour lequel le chemin de l'école semble une évidence tant il l'emprunte, éprouve-t-il la même sensation en tant que patient ?

Ce « mouvement second » de l'analyse consiste donc à observer comment se dessine le chemin du patient vers ces espaces. Où se situent-ils ? Quels critères d'implantation justifient leur localisation ? Leur insertion répond-elle à une intention pédagogique ou à une simple opportunité fonctionnelle ? Ces questions constituent le point de départ d'une réflexion plus large : l'école à l'hôpital peut-elle réellement exister comme un lieu, ou n'est-elle qu'un service qui s'adapte aux contraintes médicales ?

Introduction

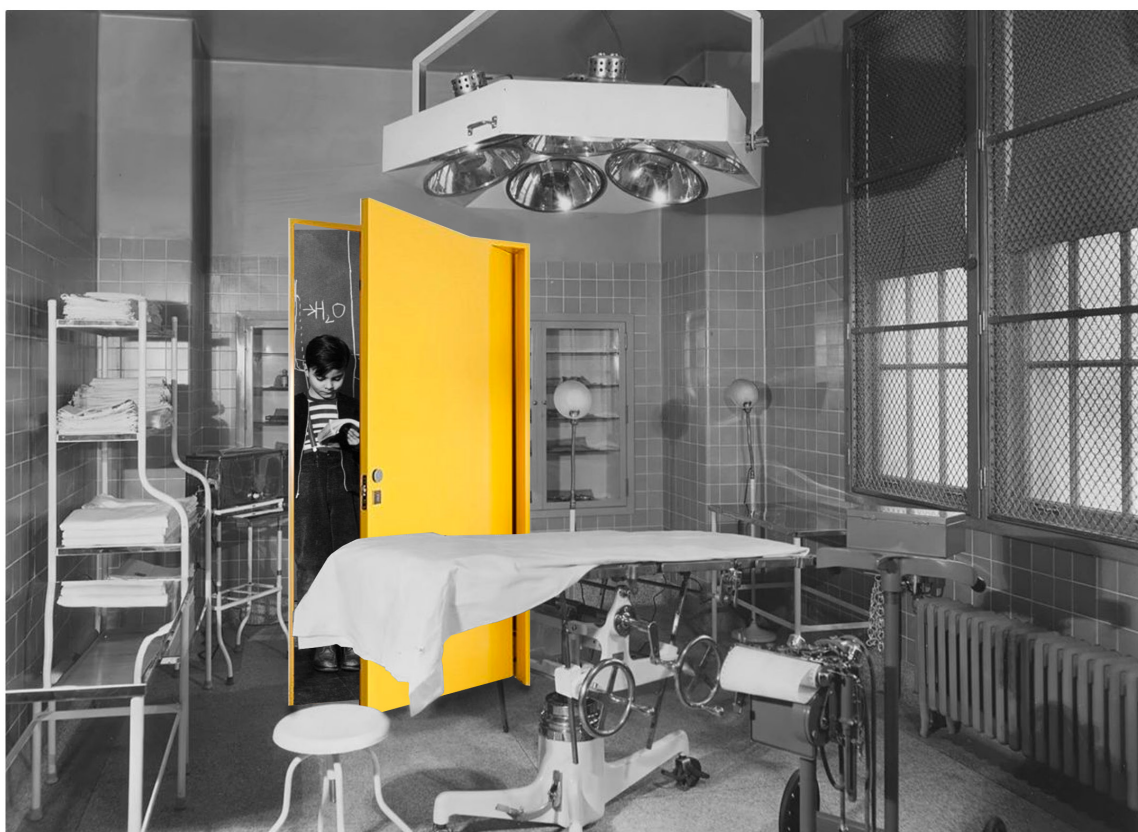


Figure 30 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).



- ¹ Observation in-situ
- ² Echanges informels
- ³ Echanges informels
- ⁴ Idem
- ⁵ Observations in-situ

Implantation des espaces scolaires : entre contrainte médicale et opportu

L'école à l'hôpital pose une première question : celle de son inscription dans l'espace. Où sont situées ces salles et selon quelle logique ont-elles été implantées ? Dans ce cas d'étude, leur répartition tend à révéler une évidence : l'école s'organise selon la contrainte médicale, et non la volonté pédagogique. L'architecture n'a pas programmé leur présence ; elle les a tolérées, dans les espaces laissés disponibles par la priorité du soin. À Necker-Enfants Malades, 5 salles de classe réparties sur 2 bâtiments (Jean Hamburger : 2, Laënnec : 3) selon une logique spécifique.

L'hôpital compte aujourd'hui 5 salles de classe réparties sur deux bâtiments : deux dans le Jean-Hamburger, trois dans le Laënnec. Leur répartition est empreinte d'une programmation médicale : chaque salle s'insère dans un service ou parfois un regroupement de services (pneumologie, pédiatrie générale, chirurgie, néphrologie).¹ La logique organisationnelle se détache de celle d'une école, où

les niveaux scolaires structurent l'espace. Au sein de l'hôpital, les pathologies organisent la distribution.

Cette hiérarchie des services produit une sélectivité implicite. Les enfants hospitalisés dans les unités lourdes (immuno-hématologie, réanimation) ont très peu accès à la salle de classe. Leur état de santé impose parfois un isolement strict, des perfusions continues ou encore une surveillance rapprochée.² Toutes ces contraintes rendent le déplacement presque impossible. La salle d'immuno-hématologie se voit ainsi réduite à 17 m² et ressemble d'avantage à une chambre bis ou un lieu de stockage qu'à une salle scolaire. La conception de salles dans ces services est presque négligée.

À l'inverse, les enfants hospitalisés pour des soins plus légers et, parallèlement, des temporalités plus courtes, (orthopédie, pédiatrie générale) peuvent rejoindre les salles plus aisément : elles sont plus nombreuses et valorisées dans ces services. La distance d'accès reste limitée (environ 50

à 200 mètres selon les services) et un accompagnement pour le déplacement est possible.³ Cependant ces déplacements restent des temps rares.⁴ Ainsi, la possibilité d'accéder à la salle de classe est plus fréquente, ne dépend pas de l'intention pédagogique mais plutôt de la compatibilité médicale.

Bien que cette organisation révèle d'une logique d'anticipation de la fréquentation de ces espaces, il reste notable que, pour un enfant gravement malade, se rendre en classe est plus complexe. Cependant, un enfant dont l'hospitalisation sera plus courte et moins impactante, sera plus à même d'étudier en salle. La conception de ces espaces est nettement négligée lorsque leur fréquentation se prévoit faible. Si aujourd'hui, il est reconnu qu'apprendre s'inscrit dans le processus de guérison, il est étonnant de noter que cette organisation est défavorable à ceux dont la santé est la plus fragile. Alors, la question est la suivante : faut-il sacrifier en temps/argent/espace des lieux dont

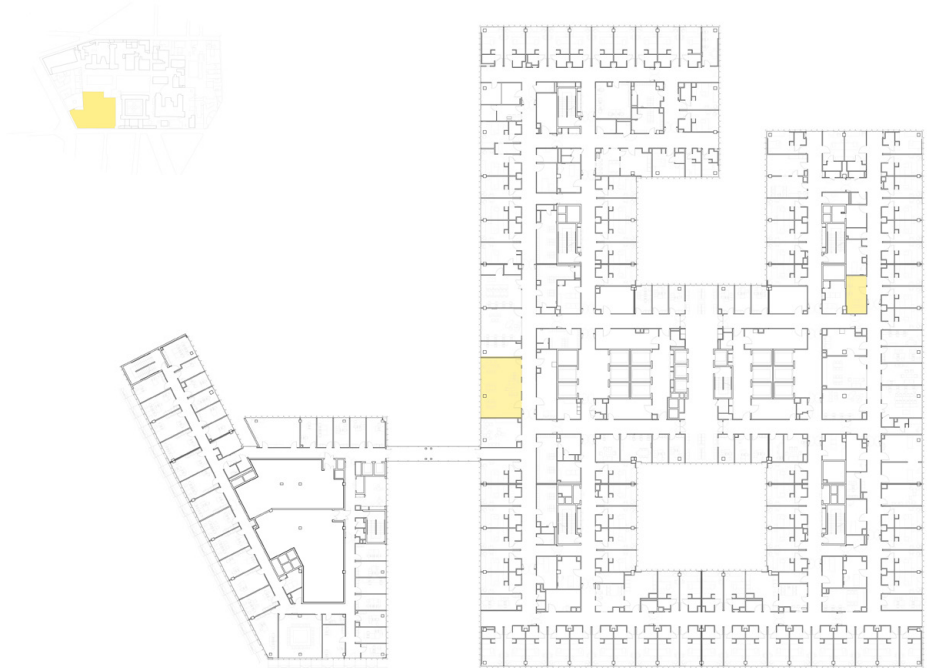


Figure 31bis - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des salles de classe - bâtiment Laënnec.

Unité spatiale

l'utilisation demeurera faible malgré l'enjeu primordial qu'ils peuvent représenter pour le patient ?

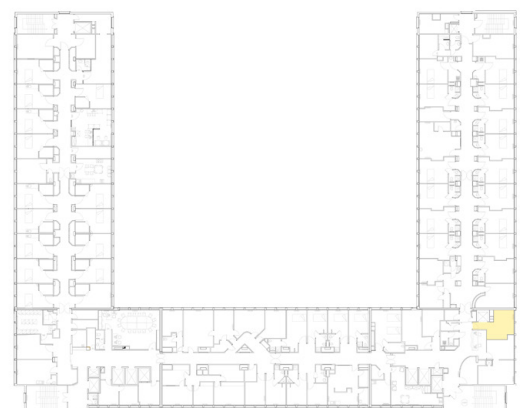
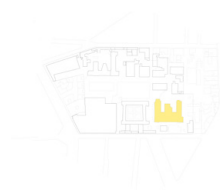


Figure 31bis - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des salles de classe - bâtiment Jean Hamburger.

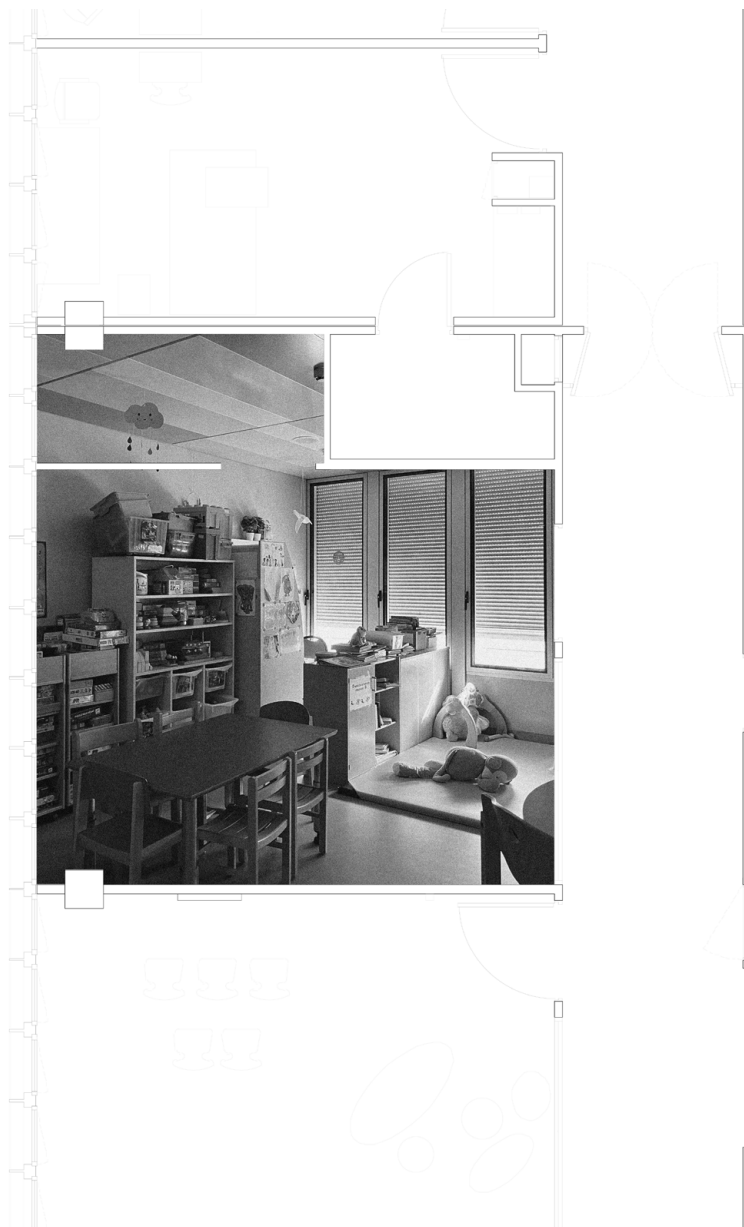


Figure 32 - Collage sur redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des salles de classe - bâtiment Laënnec.



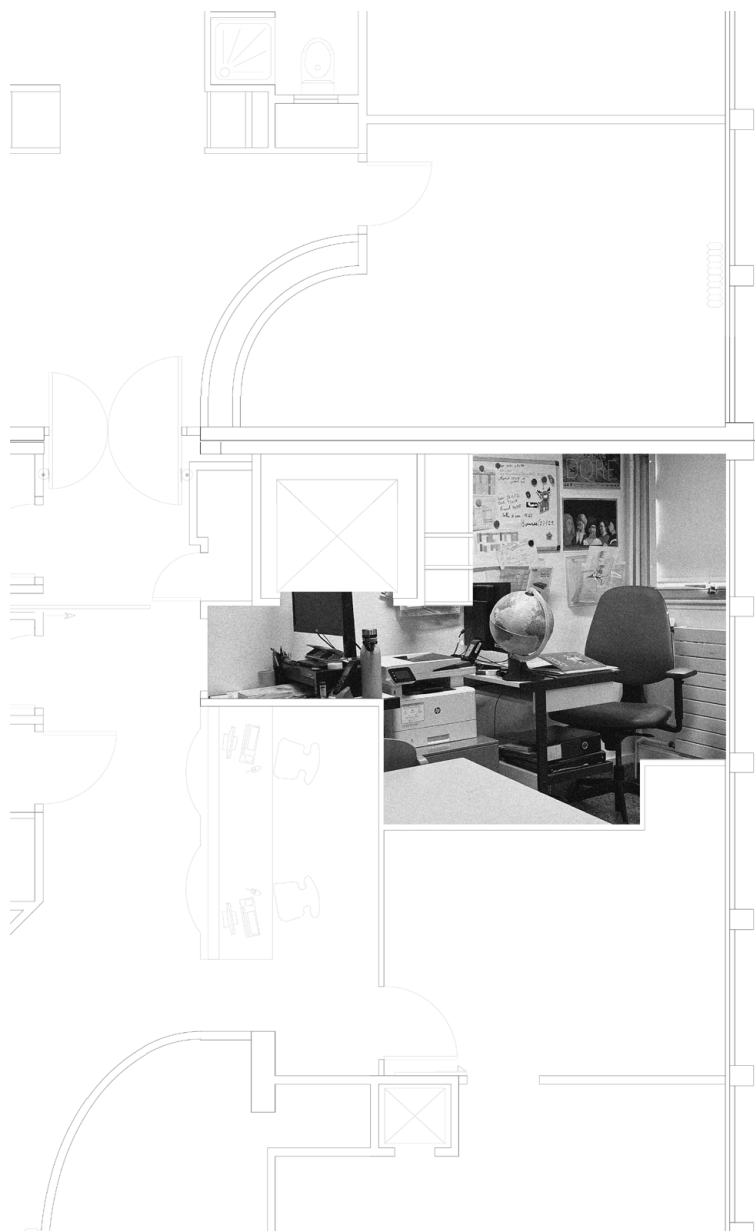


Figure 33 - Collage sur redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des salles de classe - bâtiment Jean Hamburger.



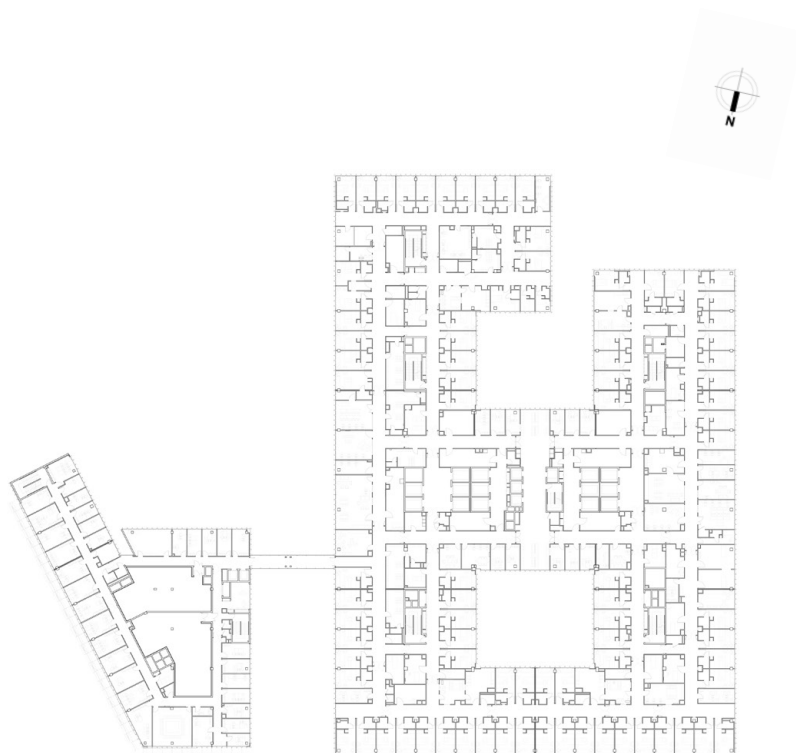


Figure 34 -
Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : bâtiment Laënnec.

L'emplacement des salles semble répondre à trois impératifs médicaux.

D'abord, la proximité avec les chambres restreint la difficulté du parcours. Fatigue et risques liés aux déplacements se voient alors limités. Ensuite, leur éloignement relatif des zones techniques (blocs, salles d'examen, postes de soins) vise à garantir une forme de calme bien que les nuisances sonores ne disparaissent jamais totalement. Enfin, l'école ne doit en aucun cas gêner les flux soignants. Les salles s'installent donc à la marge afin que le passage des brancards et le déploiement des protocoles ne soient pas impactés.⁵

Cette localisation, pragmatique, ne permet pas d'échapper à la présence constante du soin. Les signalétiques d'hygiène balisent les portes, le personnel soignant peuple les couloirs et semble pouvoir intervenir à tout instant. La conception des espaces pédagogiques reste sous la tutelle médicale, l'architecture hospitalière tolère tant qu'elle n'en souffre pas.



Figure 35 -
Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des salles de soin - bâtiment Laënnec.

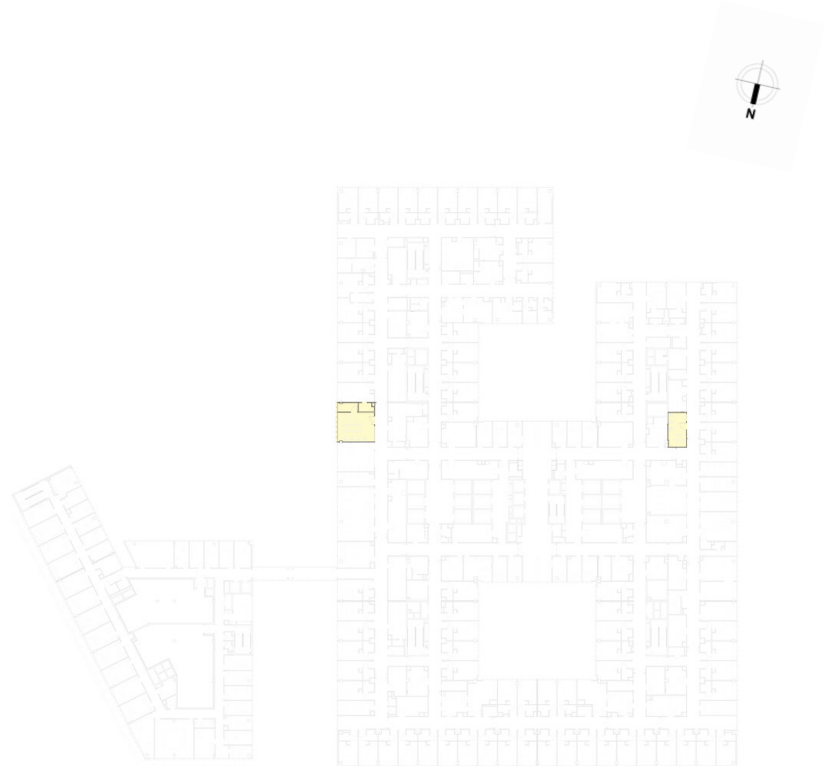


Figure 36 - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des salles de classe - bâtiment Laënnec.

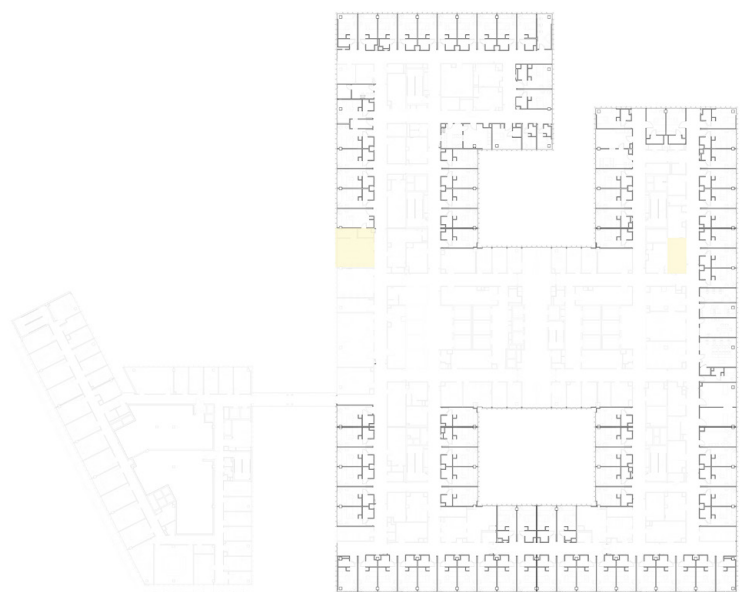
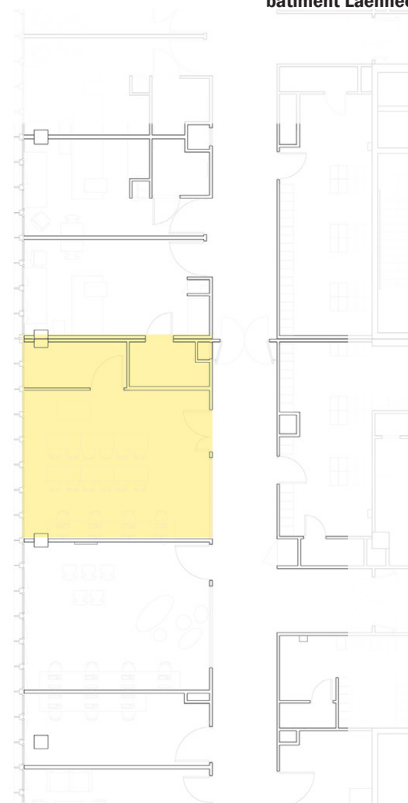


Figure 37 - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : localisation des chambre - bâtiment Laënnec.

Figure 38 - Redessin des plans de l'Hôpital Necker-Enfants Malades : vitrage des espace commun (salle de classe...) sur couloir - bâtiment Laënnec.



Depuis les couloirs, peu d'éléments distinguent une salle de classe d'un poste de soin, d'un local technique ou d'une chambre. Les portes sont toutes identiques. La façade sur couloir reste monotone. Concernant les espaces dédiés aux utilisateurs (salle de classe, de jeux, salon des parents), seule la matérialité change. Le mur en plâtre se voit remplacé par un vitrage si opaque que la lumière naturelle peine à atteindre le couloir depuis la salle. Certains signaux apparaissent : des panneaux « école », des stickers d'une couleur homogène disposés sur le vitrage, ou encore quelques dessins éparpillés. Aucun signe engageant ne vient signaler l'existence d'un lieu d'apprentissage. Face à la saturation des couleurs, des matériaux et des circulations, l'école reste discrète contrairement à l'agitation hospitalière. Elle se noie dans l'homogénéité des codes architecturaux du service.

D'un autre côté, on peut se demander comment valoriser ces lieux. Par exemple, rendre ces espaces visibles par la transparence, c'est rompre un sentiment d'intimité et sécurisant pour l'enfant en cours. Ce dernier ne peut pas devenir un exposé de la salle. Dans une situation où son état psychologique est parfois impacté par la maladie, il doit pouvoir étudier en toute intimité et discrétion. Ainsi, la salle de classe peine à se détacher visuellement de l'ensemble hospitalier, oscillant entre la quête d'intimité pour l'élève d'un temps et l'attrait pour celui à venir.

Les salles de classe ne représentent pas dans l'hôpital un réel enjeu de conception. Leur présence semble relever d'une opportunité fonctionnelle, plus que d'une véritable intention architecturale. Orientation, acoustique, lumière, signalétique : tout semble secondaire face à la priorité du soin. Cette insertion fragile questionne : si l'école n'existe pas dans l'hôpital comme espace affirmé, à part entière, peut-elle encore y jouer pleinement son rôle de lieu de transformation pédagogique ?



VITRAGE TRANSLUCIDE

Figure 39 - Photographie personnelle : vitrage des salles de classe du bâtiment Laënnec sur couloir.

Codes et repères architecturaux : entre stabilité et fragmentation

¹ CHATELET Anne-Marie, *Architectures scolaires 1900-1939*, Paris, édition du patrimoine, 2018, 176 pages.

² DARGERE Vanessa. «L'espace pédagogique : des faits aux symboles», *Spirale - Revue de recherches en éducation*, n°53, 2014

Comparer une salle de classe hospitalière avec la classe ordinaire, c'est mesurer l'écart entre deux architectures éducatives. D'une part, l'école traditionnelle, même si soumise à différentes expérimentations au fil des années¹, repose sur des codes établis. Ses séquences spatiales et temporelles ritualisées transforment progressivement l'enfant en élève. D'autre part, l'hôpital spatiale l'école par fragments, dans des espaces contraints, sans jamais offrir de cadre totalisant. L'expérience scolaire appréhendée par l'enfant bouleverse toutes ses habitudes. Les repères spatiaux stables laissent place à une école construite dans une adaptation permanente.

L'école ordinaire se conçoit selon un rituel précis. L'élève entre, franchit un portail, traverse une cour de récréation, un hall, des couloirs, pour rejoindre finalement la salle de classe. Chaque seuil spatial est associé à une fonction symbolique : entrer dans la cour revient à quitter la sphère familiale ; franchir la porte de la classe induit une posture d'apprentissage.² Là-bas, les codes sont explicites, renforcés par une signalétique pédagogique omniprésente. Sonores ou visuels, ces éléments

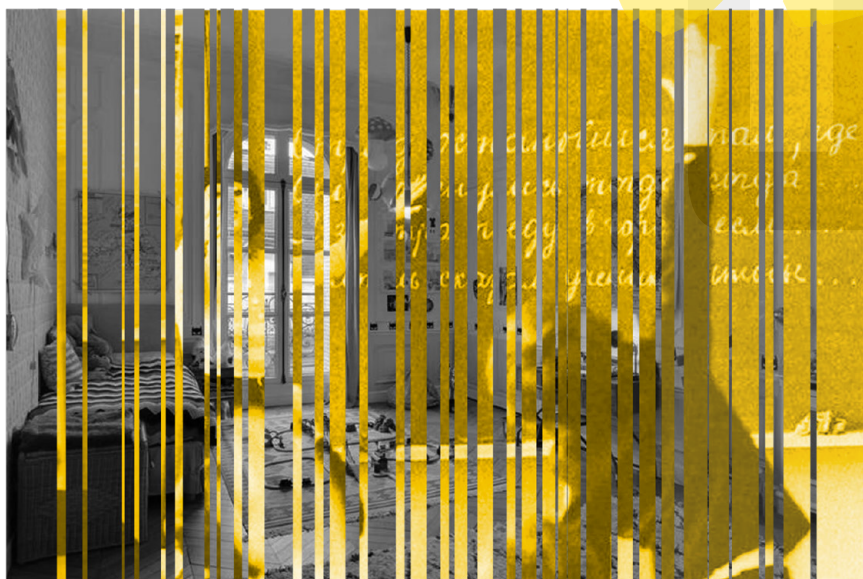
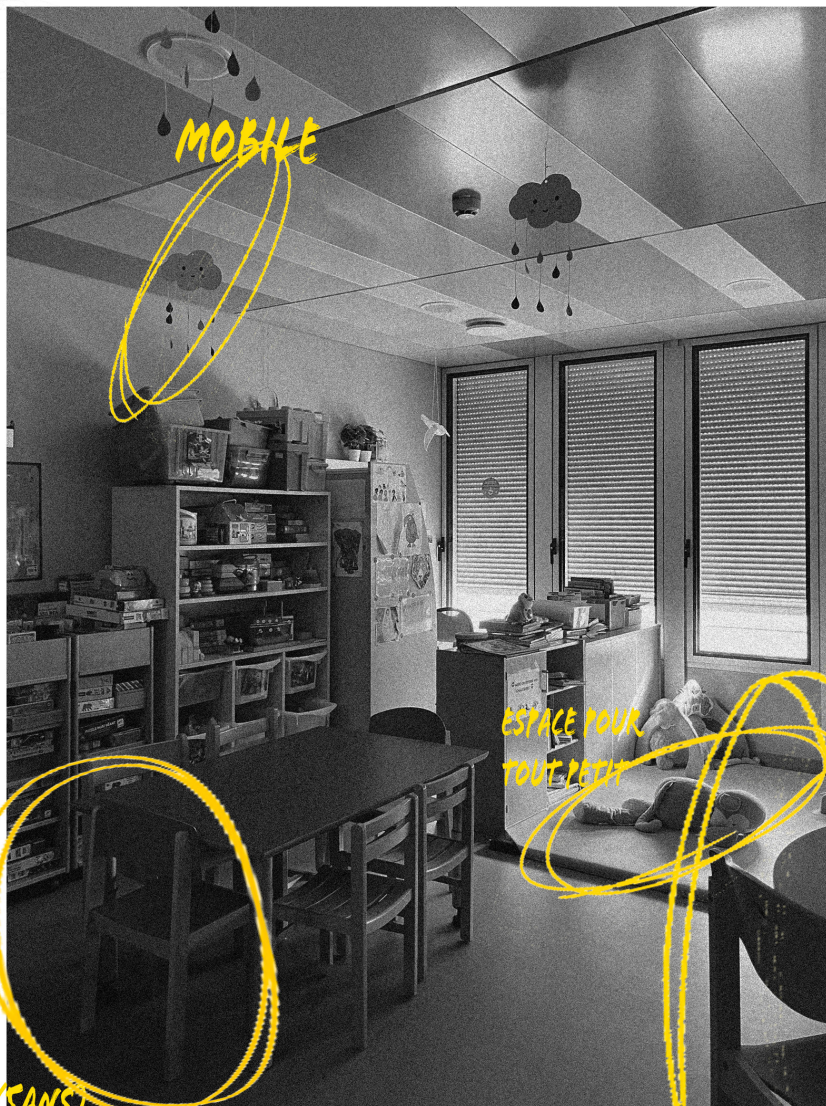


Figure 40 : Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. (voir annexe 5 pour détails des sources).

ments permettent l'appartenance au groupe scolaire et également, au statut d'apprenant. Architectures et rituels inscrivent l'enfant dans une temporalité et une identité spécifiques : devenir élève. À l'hôpital, cette séquence disparaît. Le chemin vers la classe

est réduit au strict minimum, ne faisant écho à aucun repère passé chez l'enfant.

Depuis la chambre, le couloir médical mène directement à la porte de la salle, identique à toutes les autres. Aucun sas symbolique, aucun seuil préparatoire n'est franchi et ne signale la transition depuis l'espace hospitalier vers un lieu pédagogique. Ainsi, l'enfant n'échappe jamais vraiment au corps médical. Finalement, la salle de classe est conçue comme un fragment isolé compris dans un environnement qui reste, en permanence, médical. Puisqu'aucun espace ne permet de transition posturale, l'enfant ne peut pleinement assumer son statut d'élève.



À l'intérieur, la différence est tout aussi marquante. La classe ordinaire est un espace particulièrement règlementé : chaque élève trouve sa place, son bureau, ses rituels d'installation. Affiches, travaux, bibliothèques spécialisées par niveau nourrissent un sentiment d'appartenance au groupe, à sa classe le temps

ASSISE (SANS)

d'une année. A l'école traditionnelle, l'architecture conserve les souvenirs et la mémoire de l'année en cours.⁴³

La salle de classe hospitalière, elle, est soumise à d'autres contraintes. Elle accueille toute section d'élèves dans un même lieu réduit, de 35 m² tout au plus. Chacun doit se sentir accueilli en ces lieux. Alors, on y trouve un mobilier spécifique : des chaises de 3 tailles différentes, accompagnées de 3 tables adaptées, une bibliothèque mêlant récits pour tout âge ou encore des souvenirs du passage de certains élèves. Tous ces repères surchargent l'espace d'informations di-

verses, allant d'un dessin griffonné aux annales du bac, rendant, par conséquent, son appréhension plus complexe. Dans ces lieux aux dimensions restreintes et aux portées multiples, rien n'identifie un groupe fixe, un niveau, une identité collective. La salle demeure anonyme, adaptée à la variabilité des enfants qui la fréquentent.

Cet écart ne semble pas seulement traduire une différence d'ambiance ; il démontre deux conceptions architecturales de l'éducation. L'école ordinaire est une architecture de permanence composée de repères spatiaux stables, de temporalités

ESPACE POUR TOUT PETIT

ASSISE (SANS)

régulières et d'une mémoire collective. A contrario, la salle de classe hospitalière est une architecture de transition, de l'instant et en ce sens, suit le caractère soudain du soin. Les espaces y sont compressés, les codes faibles et les rituels inexistantes.

Le passage de l'ensemble (école) au fragment (salle hospitalière) entraîne une perte de repères architecturaux identitaires : absence de seuils clairs, anonymat des lieux, multiâges dans un même espace. L'architecture de l'école à l'hôpital ne s'inscrit pas dans la continuité d'une architecture scolaire traditionnelle. Elle comprend son statut de pansement, s'y adapte, et tout cela se ressent dans les usages qui découlent de ces lieux.

Figure 41 -
Photographie personnelle : salle de classe - bâtiment
Laënnec.

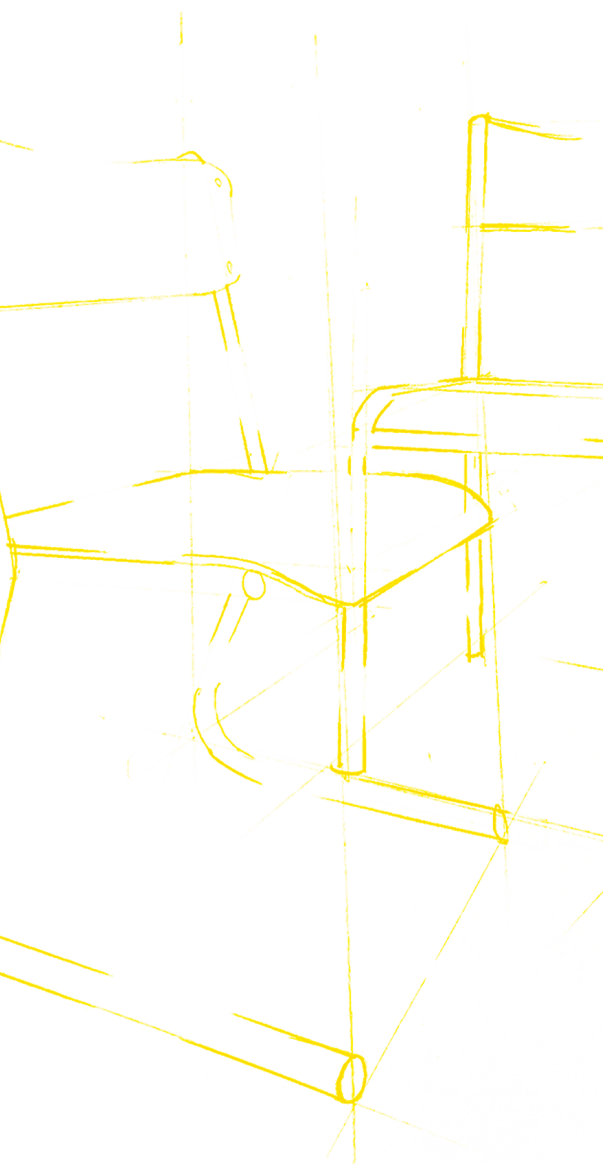


Figure 42 -
Photographie personnelle : Chaises de la salle de
classe - bâtiment Laënnec.



003

Les salles de classe : lieux aux usages pluriels

Figure 43 -
Photomontage à partir de photographies personnelles
: les usages des salles de classe - bâtiment Laënnec.

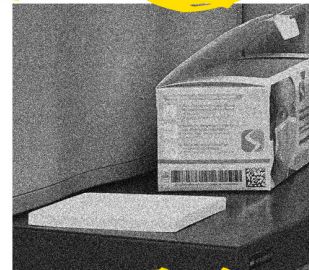
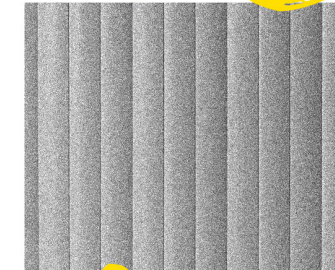
Après avoir analysé l'implantation des salles de classe à l'échelle de l'hôpital et des différents services, avoir comparé un modèle architectural d'école fragmentaire avec celui d'une école traditionnelle, il s'agit maintenant de s'interroger sur l'usage qu'il convient de ces espaces. Quel public use de ces lieux ? A quelle fréquence ? Dans quel but ? Ici, l'écart entre fonction pensée, accueillir les enfants pour apprendre, et fonction effective se révèle important.

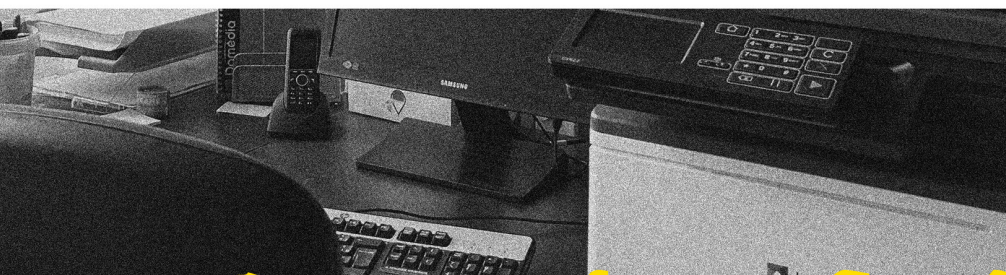


Les usagers des salles de classe se détachent en deux publics distincts.

D'une part, la salle de classe hospitalière semble incarner un repère architectural et logistique pour l'équipe éducative. La mise en scène de ces lieux comme espace d'apprentissage se révèle rare. Cette petite cellule du service hospitalier concentre des fonctions dispersées dans l'école traditionnelle : bureau des enseignants, salle de préparation, espace de rangement, lieu de réunion et, ponctuellement, salle de cours. Cette centralisation a un avantage pratique évident, tout est regroupé en un seul lieu. Pour un corps enseignant décrit comme ultramobile, cela fixe un repère dans l'espace. Cependant cet usage est permis au prix d'une dilution des multiples fonctions : aucune n'est véritablement dédiée, tout doit être partagé puisque centralisé.

D'autre part, ces salles sont également utilisées par d'autres intervenants comme des bénévoles ou associations. Souvent y sont organisées, malgré la présence de salles de jeu, des animations légères et très ponctuelles, destinées à occuper les enfants entre deux temps de soins. Ces moments maintiennent ainsi le rôle d'espace de respiration dans le quotidien hospitalier, mais sans finalité strictement scolaire. Dans ces instants, les salles servent alors d'alternatives temporaires à la chambre, d'espaces tampons entre le soin et la vie ordinaire, presque





GANISER



ANGER



VITAILLER



UDIÉER

plus sociales qu'éducatives.

Paradoxalement, les enfants y sont peu présents. Au long du temps de soin, plusieurs freins se cumulent : isolements infectieux, appareillages lourds, fatigue ou douleurs. Tous ces facteurs rendent la sortie de la chambre difficile, voire impossible. Même lorsque l'enfant est en condition de se déplacer, la temporalité médicale impose ses priorités : horaires de soins, examens imprévus, accompagnements nécessaires. Alors, les salles, souvent discrètes et peu engageantes, n'usent finalement que rarement de leur rôle principal. Le déplacement demande un effort disproportionné au patient, en particulier face à celui nécessaire pour un enseignement individualisé en chambre.

Parfois, certains parents, dont les enfants sont hospitalisés dans le service, pénètrent ces lieux afin de découvrir le service de l'école à l'hôpital. Ainsi la salle de classe est utilisée comme un lieu d'information concernant les potentielles séances d'enseignement, souvent données en chambre.

Les salles de classe hospitalières ne sont pas des classes au sens ordinaire. Elles sont des espaces hybrides, précieux pour les professionnels qui les animent, mais périphériques pour les usagers qui devraient en être les premiers bénéficiaires. Leur usage est dominé par la logistique et les activités parallèles. Ainsi, leur statut se révèle ambigu : indispensables au fonctionnement de l'école à l'hôpital, elles restent marginales pour l'expérience scolaire de l'élève. Pourtant, les études menées sur le sujet sont radicales : les bénéfices pédagogiques sont réels lorsque les patients y accèdent (séances plus longues, dynamique de groupe, socialisation ponctuelle)¹. Néanmoins, cette présence architecturale au sein des services hospitaliers participe à valoriser un acte souvent trop invisible aux yeux des malades tout en informant à son sujet.

¹TOUBERT-DUFFORT, « Enjeux du travail pédagogique en petit groupe pour des enfants ou des adolescents malades en milieu hospitalier », *Scolariser les enfants malades ou accidentés*, n79-80, 2017, p 89-105

Les salles de classe hospitalières ne sont pas des classes au sens ordinaire. Elles échappent aux différents seuils progressifs de l'école, à la stabilité des repères ainsi qu'à la permanence des traces pédagogiques. Leur implantation est principalement régie par les impératifs médicaux : proximité des chambres, respect des flux hospitaliers, invisibilité volontaire pour ne pas gêner les circuits de soin. Les salles de classe s'implantent là où leur présence est la plus légère. Elles s'adaptent aux espaces disponibles mais n'assument jamais un projet architectural autonome.

Ces espaces hybrides sont avant tout des repères éducatifs hospitaliers. Trois différents publics et fréquences d'usages se distinguent ainsi. Indispensables au quotidien des enseignants, utiles comme relais pour les autres acteurs, mais seulement conditionnellement bénéfiques pour les élèves, ces salles à taille réduite révèlent un usage morcelé. Leur valeur architecturale se raccroche à leur fonction de repère pour les enseignants, de ressource, de lieu-tampon où l'école tente d'exister. Ainsi, leur potentiel pédagogique demeure réel mais sous-exploité.

Cette partie soulève deux points architecturaux pour ces espaces. Leur implantation est subie plutôt que programmée et parallèlement leur multi-usage diffuse l'identité d'un lieu scolaire. Autant de limites qui interrogent : peut-on encore parler de « classe », au risque de potentiellement décevoir certains enfants curieux de ces lieux ? Une autre désignation, par exemple dispositif éducatif hospitalier, ne serait-elle pas plus adéquate ?

Conclusion

Ainsi, cette immersion au sein du monde hospitalier permet d'esquisser, au fil des mouvements, une réponse à notre réflexion initiale. Comment l'architecture de l'hôpital Necker-Enfants Malades permet-elle la mise en place de l'enseignement pour le patient ? Cette problématique engage deux des enjeux majeurs de l'hôpital du XXI^e siècle : lorsqu'une partie de ses forces se concentre à soigner et protéger le corps malade, l'autre s'attèle à accompagner et nourrir l'esprit en devenir. Ce dialogue entre soin et apprentissage prend part sur les devants de l'architecture : comment le projet architectural traduit-il la tension palpable entre vulnérabilité et développement ?

Afin d'aborder sous toutes ses faces l'architecture de l'école à l'hôpital, ce mémoire s'est matérialisé selon deux mouvements. Le premier, celui du patient vers l'école, permet une analyse approfondie de l'architecture scolaire au sein des services hospitaliers. Le second, lui, étudie comment, à son tour, l'enseignement s'immisce au cœur du soin. Ces deux mouvements, une fois corrélés, bâtissent une compréhension solide du sujet, tant sur l'espace défini que sur celui approprié.

Dans un premier temps, l'enseignement s'insère dans les lieux de soin. Les chambres d'hôpital, lieux aux usages multiples, sont les premiers recueils de la pédagogie. Leur lumière naturelle abondante, leurs couleurs chaudes ou encore leur facilité d'accès favorisent indirectement l'installation de la pédagogie dans ces espaces. Effectivement, la nécessité d'un confort pour la guérison du patient contribue à la création d'un terrain propice à l'apprentissage. Alors, ces chambres libèrent une architecture du possible : elles ne programment pas mais rendent praticable.

Pourtant, cette même architecture bâtit un obstacle concret à l'enseignement. Loin d'être un lieu d'étude, la chambre reste un dispositif médical. Entre mobilier et obligations de soin, les postures des acteurs se retrouvent contraintes : l'enfant reste alité, l'enseignant se meut dans un espace intime, sans neutralité ni distance symbolique. Les rares tentatives d'intégration du scolaire, une chaise, un bureau, échouent à incarner une véritable bascule vers le statut d'élève. Ici, l'architecture hospitalière est paradoxale : elle empêche ce qu'elle rend possible.

Alors, si la chambre d'hôpital ne favorise pas l'enseignement, c'est finalement au cœur de la relation enseignant-enfant que se construit la véritable architecture scolaire. L'apprentissage se déploie dans un cadre fragile, mêlant proximité, délicatesse et temporalité éphémère. Cette pédagogie de la fragilité la rend, en somme, précieuse. L'architecture hospitalière échoue à formaliser l'enseignement, mais elle crée, sans le vouloir, les conditions d'un échange humain rare.

Dans un second temps, l'école à l'hôpital se révèle comme une pédagogie intermittente et dispersée. Les différentes salles de classe, éparées dans les services, ne répondent pas à une logique architecturale cohérente mais à une organisation spatiale de l'opportunité. Elles ne forment pas un ensemble identitaire fort, se diluant dans une architecture hospitalière au caractère plus affirmé. Deux temporalités s'y confrontent alors : celle du soin, rythmée par l'urgence, et celle de l'apprentissage, fondée sur la patience. L'école à l'hôpital s'inscrit donc dans les interstices du soin, elle existe dans ses marges, tout en les humanisant.

Malgré sa fragilité architecturale, l'école reste vitale. Elle est le seul espace où l'enfant hospitalisé retrouve une part de sa normalité, où le statut de patient s'efface au profit de celui d'élève. Ainsi, l'école hospitalière n'enseigne pas seulement : elle réhumanise. Par ce geste, elle dépasse la modestie des lieux pour devenir un acte symbolique fort.

Aujourd'hui, l'école demeure une composante tolérée de l'hôpital, rarement pensée comme partie intégrante du soin. Le bâtiment Laënnec en témoigne : il amorce une

transition, encore timide, vers une architecture capable d'accueillir la fonction éducative sans la dissoudre. Reconnaître l'enfant hospitalisé comme élève permanent devient alors l'enjeu d'une véritable mutation architecturale.

Ces constats ouvrent des perspectives qui dépassent Necker. Comment concevoir, demain, des espaces hospitaliers qui reconnaissent l'apprentissage non comme activité résiduelle mais comme composante du soin ? Comment accorder deux logiques spatiales, médicale et pédagogique ?

Cette recherche, toutefois, porte ses limites. Elle s'inscrit dans un temps restreint, au fil d'immersions ponctuelles, et se concentre sur un lieu unique. L'étude monographique de Necker, sous le prisme de la problématique proposée, ne saurait être généralisée : chaque hôpital possède sa propre architecture, sa propre organisation, sa propre culture du soin. De plus, la parole de l'enfant et des familles, absente ici, aurait permis d'élargir la compréhension des usages réels.

Ces limites esquissent de futures pistes d'enquête : explorer d'autres établissements pédiatriques, conduire des entretiens avec les enfants hospitalisés, ou analyser des projets contemporains intégrant, dès la conception, les enjeux éducatifs dans le soin. Peut-être alors l'architecture hospitalière pourra-t-elle dépasser sa dualité, et faire émerger un modèle d'équilibre entre traitement et autonomie. L'enjeu n'est plus de séparer mais d'unir. Soigner le corps et cultiver l'esprit ne sont pas deux missions parallèles mais deux gestes indissociables. L'avenir de l'hôpital réside peut-être dans cette double architecture : celle qui soigne, et celle qui instruit. L'enfant doit pouvoir habiter sans cesser d'apprendre, être soigné sans cesser de grandir.

BRAND



DRAW



ARCHIVES :

Cote ENM/O/1 : Travaux (hôpital des Enfants malades) : registre des demandes de réparations et interventions urgentes, 1er janvier 1853 - 3 août 1866.

ENM/L/1, 3 : Administration : Hôpital Necker : carnets de rapport de direction / Hôpital des enfants malades / Hôpital Necker – Enfants malades : carnets de rapport de direction

793 FOSS 48 : Plans : Hôpital Necker-Enfants Malades, 40 pièces

OUVRAGES :

CHATELET Anne-Marie, *Architectures scolaires 1900-1939*, Paris, édition du patrimoine, 2018, 176 pages.

MOELLMANN Julia, ZEISE Oliver, *The patient room : planning, design, layout*, Basel, Birkhäuser, 2020, 264 pages.

ALLY Marion, « La scolarisation des enfants malades », MFE sous la direction de Agnès Desbiens, Ecole supérieure du professorat et de l'éducation Académie de Lille, 42 pages.

SAADI Yasmina, SAOULI Hana, « L'impact de l'hospitalisation répétée sur la scolarité de l'enfant diabétique », MFE, sous la direction de Noui Ali, Institut National de Formation Supérieure Paramédicale de Biskra, 71 pages.

COLBOC Emmanuelle, « La chambre d'hôpital », MFE, sous la direction de Claude

Vie, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Paris-Belleville, 1985, 75 pages.

MENU Margot, « Le « Prendre soin » de l'enfant à l'hôpital », Projet professionnel, sous la direction de Mme Laugel, Institut de formation en santé (ISF), 73 pages.

COUTANT Aurore, GENDEK Erwan, « L'inclusion des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire dans le second degré », MFE, sous la direction de Céline Chauvigné, Institut national supérieur du professorat et de l'éducation de l'Académie de Nantes, 150 pages.

HOSPITAL Corinne, *L'enfant, l'hôpital et l'architecture*, Montpellier, Ed de l'Espérou, 2002, 167 pages.

ARDENNE Paul, *Un hôpital en ville : Necker enfants-malades, Paris*, Paris, Archibooks + Sautureau, 2015, 223 pages.

GAZEAU Philippe, *Groupe hospitalier Necker enfants malades*, Bruxelles, AMM, 2006, 127 pages.

ILLICH Ivan, *Une société sans école*, Paris, Ed. du Seuil, 1971, 219 pages.

GERVAIS Raymond, *Histoire de l'Hôpital Necker (1778 – 1885)*, Paris, A. parent, imprimeur de la faculté de médecine, 161 pages.

RUSZNIEWSKI Martine, « Dignités, liberté et autonomie de la personne malade en institution », Espace éthique de l'AP-HP, 1995.

ARTICLES :

INSEI, « Scolariser les enfants malades ou accidentés », n°79-80, 2017, 360 pages

AL SAAD EGBARIAH, Abdelnasser, « Le sujet entre honte, maladie et exclusion : Histoire d'une adolescente », *L'enfance qui finit*, n°153, 2001, p 87-97.

BOSSY Laurence, DUPONCHEL Nathalie, « Éclairages sur les pratiques inclusives de scolarisation des adolescents malades ou accidentés », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°79-80, 2017, p 29-41.

EBERSOLD Serge, « Inclusion », Recherche et formation, n°61, 2009, p 71-83. KHEROUFI-ANDRIOT Olivier, « Le processus d'exclusion / inclusion des enfants en situation de handicap à l'école », *Comprendre l'exclusion pour mieux tendre vers l'inclusion ?*, n°54, 2019, p 369-387.

CASTEL Robert, « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et Politiques*, n°34, 1995, p 13-21.

BOUCHARD Camil, « Permettre la citoyenneté pour prévenir l'exclusion », *Cahiers de recherche sociologique*, n°27, 1996, p 9-16

KISACKY Jeanne, « When Designs Became Interventions in Hospitals », *AMA Journal of Ethics*, vol. 26, n°12, décembre 2024, p. 948-962.

ARIPIN Srazali, « 'Healing Architecture': Daylight in Hospital Design », University of Queensland, School of Geography, Planning and Architecture, 2006.

DARGERER Vanessa, « L'espace pédagogique : des faits aux symboles », *Spirale - Revue de recherches en éducation*, n°53, 2014

WEBOGRAPHIE :

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « Hôpital Necker - Enfants malades » (1778-2010), Archives de l'AP-HP / France Archives, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/85ad7743cca5fcdea74e10c2a2c00210e31b7e3>

NICKL Hans, NICKL-WELLER Christine, « Healing Architecture - Comment l'architecture contribue à la guérison », HEWI MAG / Knowledge, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.hewi.com/fr/mag/74-healing-architecture>

CANAL Architecture, « Hôpital Necker, Carré Historique - Réhabilitation de la cour Laennec et des bâtiments attenants » (2006-2013), [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://canal-architecture.com/hopital-necker-carre-historique/>

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « L'école à l'hôpital », Archives AP-HP, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://archives.aphp.fr/lecole-a-lhopital/>

Fondation Comyces pour l'Enfance, « Agir contre les cancers pédiatriques », Fondation Comyces pour l'Enfance (créée 2023), [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.fondation-comyces.org/>

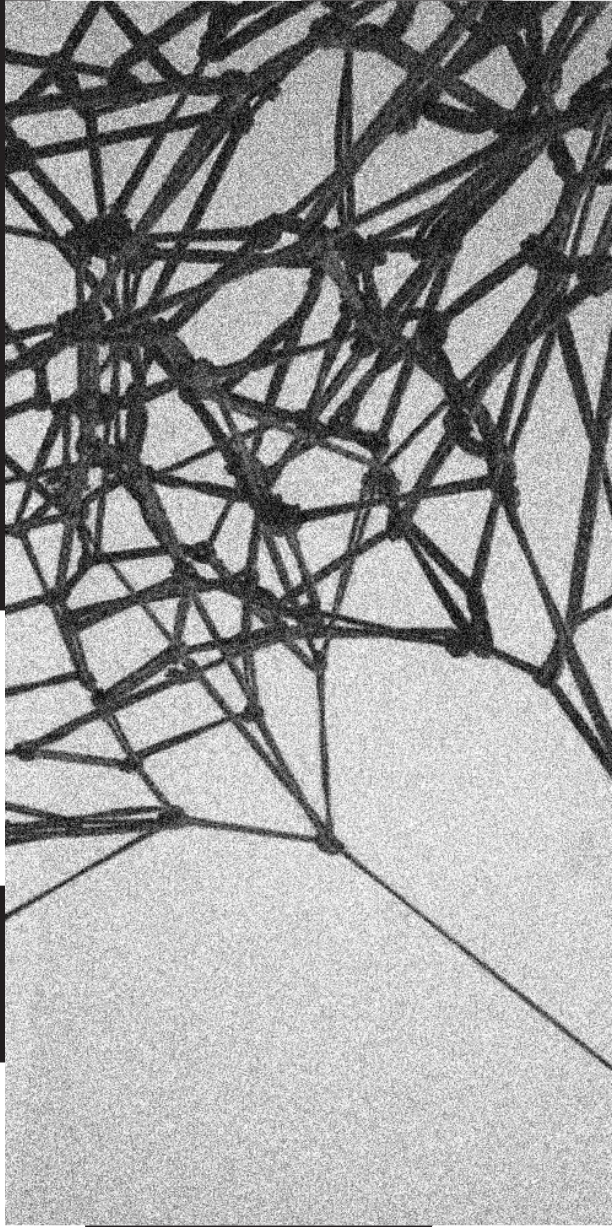
ARCHDAILY, « Necker Enfants Malades Hospital / Philippe Gazeau » (2013), ArchDaily, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.archdaily.com/617321/neker-enfants-malades-hospital-philippe-gazeau>

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « L'école à l'hôpital », Archives de l'AP-HP, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://archives.aphp.fr/lecole-a-lhopital/>

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « Enquête sur le respect de l'intimité, de la confidentialité et de la vie privée à l'hôpital » (2018), Centre d'éthique clinique de l'AP-HP, [En ligne], consulté le 24 novembre 2025, <https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/ap-hp-realisation-dune-enquete-sur-le-respect-de-lintimite-de>

GARCIA Miguel, « De la machine à guérir à l'architecture qui guérit – une balade à travers l'histoire des hôpitaux », Modulart, [En ligne], consulté le 20 novembre 2025, <https://www.modulart.ch/fr/de-la-machine-a-guerir-a-larchitecture-qui-guerit-une-balade-a-travers-lhistoire-des-hopitaux/>





Entretien : Catherine Le Failler

Alban Landais

Alors, dans un premier temps, je me disais que vous pourriez vous présenter et me parler un peu de votre rôle.

Catherine Le Failler

Avant même de parler de mon rôle, je vais d'abord vous parler de mon parcours. Donc, je suis Catherine Le Failler, directrice du centre scolaire à l'hôpital Necker depuis deux ans.

À l'origine, je suis professeure des écoles. J'ai enseigné dans des classes ordinaires pendant plusieurs années avant de devenir enseignante spécialisée. J'ai alors travaillé dans ce qu'on appelait à l'époque les CLIS (Classes d'intégration Scolaire), qui accueillent des enfants avec un trouble cognitif plus ou moins léger. Ces élèves pouvaient être scolarisés mais avaient un retard mental, donc ils alternaient entre des temps d'intégration en classe ordinaire et des temps de reprise dans la classe spécialisée.

Par la suite, j'ai eu besoin de voir autre chose et je suis devenue enseignante référente. Ce poste impliquait un travail davantage administratif : l'enseignant référent coordonne le parcours scolaire des élèves en situation de handicap. Cela signifie se déplacer dans les établissements, être en lien avec les médecins et les familles, et réfléchir aux aménagements scolaires les plus adaptés, de la petite section jusqu'au BTS. J'ai exercé cette fonction pendant six ans avant de devenir directrice d'un centre scolaire hospitalier. La première année, je n'ai pas eu de poste attitré, mais on m'a proposé un remplacement à l'hôpital Trousseau pendant quatre mois. Je n'avais pas d'avis particulier sur la scolarisation des enfants malades, alors j'ai accepté en me disant : « Au pire, ce sera une expérience difficile, mais je tiendrai bon. Et au mieux, ce sera une belle découverte. » Finalement, ça a été une belle découverte ! Ensuite, j'ai travaillé trois ans au Kremlin-Bicêtre et à l'hôpital Gustave-Roussy (le poste était couplé avec ces deux hôpitaux comme Necker et Curie), qui a un fonctionnement différent

Annexe 1

avec ces deux hôpitaux comme Necker et Curie), qui a un fonctionnement différent d'ici. Mon poste ayant été rendu à l'Académie de Créteil, j'ai dû partir, et j'ai pris mes fonctions à Necker il y a deux ans.

L'équipe enseignante ici est assez conséquente, avec 12 (10 à Necker et 2 à Curie) professeurs des écoles. Il y a aussi l'Institut Curie, où deux professeurs des écoles sont présents à temps plein et que je rencontre ponctuellement, bien qu'ils soient assez autonomes. À Necker, ces 10 enseignants sont répartis dans tous les services, à l'exception de la cardiologie, pour une raison historique qui m'échappe. Nous n'intervenons pas non plus en hôpital de jour, car les enfants y enchaînent des consultations, notamment dans le bâtiment Robert-Debré.

En plus des professeurs des écoles, nous avons également des enseignants du second degré. La dotation horaire est de 72 heures, réparties entre différentes matières :

- 18 heures de français,
- 18 heures de mathématiques,
- 18 heures d'anglais,
- 9 heures d'histoire,
- 3 heures de SVT,
- 3 heures de physique-chimie.

En revanche, il n'y a pas d'allemand, de philosophie, ni de sciences économiques et sociales.

Nous travaillons également avec l'association «L'École à l'Hôpital», située juste à côté de mon bureau. Ce sont des bénévoles qui assurent un travail similaire au nôtre, mais de manière totalement gratuite. Ils sont d'une grande aide, car ils prennent en charge les enfants hospitalisés pour de courts séjours, tandis que nous nous concentrons sur ceux qui restent au minimum 15 jours. Parfois, ils s'occupent aussi d'enfants mineurs isolés qui ne sont scolarisés nulle part.

Il est important de préciser que nos élèves sont tous inscrits dans un établissement de l'Éducation nationale, quel que soit leur lieu de résidence en France. Ils ne sont pas officiellement inscrits à Necker, mais dans leur établissement d'origine.

mais dans leur établissement d'origine.

Enfin, nous avons des professeurs de la Ville de Paris qui interviennent dans trois disciplines spécifiques : musique, arts plastiques et éducation physique et sportive (EPS). Nous disposons ainsi de 14 heures d'enseignement par matière.

Alban Landais

OK, vous avez déjà fait un bon premier balayage du sujet...

Catherine Le Failler

Oui.

Alban Landais

J'ai essayé de regrouper mes questions en deux parties : une première sur la scolarité à l'hôpital et une seconde qui aborderait davantage le lien entre scolarité et architecture hospitalière.

Catherine Le Failler

Très bien, je serai sûrement plus à l'aise sur la première partie que sur la seconde.

Alban Landais

L'idée, c'est surtout d'avoir votre avis et votre ressenti sur une série de questions. Le fait que vous n'avez pas étudié l'architecture n'a aucune importance pour moi, au contraire ! Ce qui m'intéresse, c'est votre perception des choses et votre expérience sur le terrain. Pour la première partie, certaines questions ont déjà été en partie abordées, donc je vais les revoir rapidement.

Catherine Le Failler

Oui, on peut dire que j'ai déjà répondu à plusieurs d'entre elles dans ce que j'ai évoqué précédemment. Mais allez-y, posez-les dans l'ordre sans reformuler.

Alban Landais

D'accord. La première question concerne la structure du service de scolarité : comment est-il organisé ?

Catherine Le Failler

Nous sommes présents dans la quasi-to-

totalité des services de l'hôpital. Nous intervenons notamment en pédopsychiatrie, diabétologie, métabolisme, pédiatrie générale, hématologie, pneumologie, dermatologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale, neurochirurgie, ORL, chirurgie maxillo-faciale, orthopédie et néphrologie/dialyse.

Alban Landais

Cela représente quel pourcentage des services de l'hôpital ?

Catherine Le Failler

Pratiquement tous, à l'exception de ceux que j'ai mentionnés plus tôt, comme la cardiologie et l'hôpital de jour, où nous n'intervenons pas. En dehors de ces cas spécifiques, nous sommes présents partout.

Alban Landais

D'accord. Pour ma deuxième question, vous avez mentionné que vous priorisez les enfants hospitalisés pour plus de 15 jours. Cela signifie-t-il que ceux qui restent moins longtemps sont uniquement pris en charge par les bénévoles ?

Catherine Le Failler

Pas uniquement, non. Tout dépend de la situation. Parfois, il y a beaucoup d'hospitalisations longues, et les enseignants se concentrent sur ces élèves. Mais en ce moment, par exemple, dans certains services, il n'y a quasiment que des séjours courts, donc les enseignants interviennent aussi auprès de ces enfants.

C'est un fonctionnement imposé par l'institution, mais la réalité est plus nuancée. Certains enfants arrivent à Necker sans avoir été scolarisés du tout, soit parce qu'ils étaient malades à domicile, soit parce qu'ils viennent d'un autre hôpital en province. Il peut nous falloir un peu de temps pour obtenir ces informations et comprendre leur parcours scolaire.

Parfois, un élève arrive pour un séjour court, mais sa prise en charge médicale évolue et il finit par rester plus longtemps. Dans ces cas-là, on adapte notre interven-

tion. Il peut aussi arriver qu'un enfant ait eu une scolarité totalement ou partiellement interrompue avant son hospitalisation, ce qui complique l'évaluation de ses besoins dès son arrivée.

Alban Landais

D'accord. Et dans les cas où la scolarité a été totalement interrompue, comment vous organisez-vous ?

Catherine Le Failler

On essaie d'abord d'évaluer où l'élève en est dans son parcours scolaire et de lui proposer une reprise adaptée. En général, on ne surcharge pas tout de suite avec trop de matières, car la maladie a souvent eu un impact sur sa capacité à suivre les cours. Parfois, même lorsqu'ils ont la possibilité de reprendre, certains élèves ont du mal à s'y remettre.

Prenons l'exemple d'un jeune en hématologie qui n'est pas inscrit dans un établissement mais qui aimerait reprendre un CAP. On lui propose alors des cours de français, de mathématiques et d'anglais, en douceur, pour l'aider à reprendre un rythme scolaire progressif.

Alban Landais

D'accord. Une autre question que j'avais : est-ce que vous entretenez un lien avec l'établissement d'origine des élèves ?

Catherine Le Failler

Oui, mais ce ne sont pas moi directement, ce sont les enseignants qui prennent contact avec les établissements, bien sûr avec l'accord des parents. On reste très discrets sur la maladie, car certaines familles préfèrent ne pas en parler.

Parfois, certains établissements ne sont même pas au courant de la gravité de la situation. Par exemple, à l'Institut Curie, où nous suivons uniquement des enfants atteints de cancer, il arrive que des écoles nous demandent : « Mais c'est grave ? ». On ne peut pas toujours leur donner de détails médicaux, on se contente de leur dire que oui, c'est très sérieux, sans entrer dans les précisions. À l'inverse, certaines

familles sont totalement transparentes avec l'école.

Alban Landais

Et ce lien avec l'établissement d'origine, il se fait uniquement à l'arrivée de l'élève à l'hôpital ?

Catherine Le Failler

Pas forcément. Parfois, dès son arrivée, les parents nous fournissent les identifiants Pronote de l'élève, ce qui permet aux enseignants de voir en temps réel les chapitres étudiés en classe. L'idée, c'est qu'au moment de son retour à l'école, l'élève ait suivi la même progression que ses camarades.

Ensuite, à la fin de l'hospitalisation, on envoie généralement un compte rendu des cours suivis, avec des appréciations des enseignants. Le suivi dépend des situations, mais en principe, un contact est toujours établi avec l'établissement d'origine.

Alban Landais

Et à la fin du séjour, est-ce que ce lien avec l'école se limite à un compte rendu ou y a-t-il aussi un suivi après ?

Catherine Le Failler

Il peut y avoir un suivi supplémentaire. Souvent, les enseignants appellent le professeur principal ou le chef d'établissement pour faire un point. De plus, beaucoup d'enfants reviennent en consultation après leur hospitalisation, parfois à la journée en hôpital de jour. Quand on sait qu'un élève qu'on suivait bien repasse à l'hôpital, quelqu'un du service prévient et on peut ainsi reprendre contact avec lui.

Alban Landais

Quelles sont les matières enseignées et comment sont-elles adaptées aux besoins spécifiques des enfants hospitalisés ? J'ai vu que vous aviez des salles de classe ?

Catherine Le Failler

Oui, à l'hôpital Necker, nous avons sept salles de classe, même si l'une d'elles est

peu utilisée. Dans le bâtiment Robert Debré, il y en a une, mais elle accueille peu d'élèves. Dans le bâtiment Hamburger, nous avons deux salles de classe : une très jolie et une plus petite, qui est plus ou moins adaptée aux besoins des enfants. Il y en a quatre dans le bâtiment Laënnec, trois ont une belle surface, la quatrième est petite et peu utilisée.

Alban Landais

Et du coup, les cours et les enseignements se donnent uniquement dans ces salles de classe ?

Catherine Le Failler

Non, il y a aussi des cours donnés au chevet des enfants. Ça dépend de plusieurs facteurs. Par exemple, si on peut former un petit groupe avec deux élèves d'âges proches et leur proposer une matière commune ou une activité collective, on privilégie cette approche.

Mais souvent, les cours sont donnés dans les chambres, car certains enfants sont trop fragiles pour se déplacer. Ils peuvent être branchés à des appareils médicaux ou ne pas avoir l'autorisation de sortir de leur chambre. Dans ces cas-là, les enseignants viennent directement à leur chevet.

Alban Landais

Et lorsque les cours en groupe sont possibles, est-ce une approche que vous privilégiez ?

Catherine Le Failler

On essaie, mais ce n'est pas toujours évident. À l'hôpital, la priorité est toujours donnée aux soins. Il arrive donc fréquemment qu'un cours soit interrompu après seulement dix minutes parce qu'un médecin arrive pour un examen ou un soin.

De plus, à Necker, il y a beaucoup d'associations, de bénévoles et d'éducateurs qui interviennent, donc il faut aussi trouver notre place. Mais globalement, on s'adapte et on arrive à organiser les choses.

Alban Landais : J'avais aussi des questions sur le lien que vous entretenez avec les soignants. Comment fonctionne la connexion entre les enseignants et le personnel médical ?

Catherine Le Failler

Le matin, ce n'est pas toujours moi directement, mais je le fais régulièrement. On va au poste de soins pour se renseigner sur les élèves présents.

Le lundi, par exemple, on regarde les nouveaux arrivants du week-end et ceux qui doivent être admis dans la journée. Les infirmières nous indiquent quels enfants sont en âge d'être scolarisés et nous donnent leur âge (mais rarement leur niveau scolaire précis). On leur demande alors s'ils sont en état de suivre des cours. Si l'enfant est en mesure d'avoir une scolarité ce jour-là, on va le voir pour discuter de son état général et voir ce qu'il est possible de mettre en place. Mais parfois, on nous dit qu'il a des examens médicaux toute la journée et qu'il vaut mieux revenir le lendemain.

Alban Landais

Les enfants sont-ils généralement reconnaissants de cette opportunité scolaire ?

Catherine Le Failler

Les parents le sont énormément, c'est certain. Les enfants, c'est plus variable. Certains le prennent comme une contrainte, car après tout, ils sont à l'hôpital, malades, et n'ont pas forcément envie d'avoir des cours.

D'autres, au contraire, sont anxieux à l'idée de prendre du retard et sont soulagés de pouvoir continuer à suivre un enseignement. Globalement, nous sommes bien accueillis.

Alban Landais

Et dans les cas où ils sont réticents, essayez-vous de les convaincre ?

Catherine Le Failler

Oui, en général, on commence par leur proposer les matières qu'ils aiment. Par

Par exemple, s'ils apprécient la musique, on va démarrer par ça pour leur donner envie de participer.

Pour ceux qui passent des examens, comme le brevet ou le bac, c'est différent : on les suit de façon prioritaire. Les élèves de troisième, première et terminale sont plus enclins à accepter les cours, car ils savent qu'ils ont des échéances importantes à venir.

Cela dit, avec la réforme du bac et la multiplication des spécialités, c'est parfois compliqué d'avoir les bons enseignants pour les matières spécifiques.

Alban Landais

Les examens comme le bac ou le brevet peuvent-ils être passés à l'hôpital ?

Catherine Le Failler

Oui, tout à fait. Je suis en lien avec la maison des examens, et chaque année, des élèves passent leurs épreuves ici.

Par exemple, certains enfants suivent des cours plusieurs demi-journées par semaine à l'hôpital, mais restent très fatigués et ont besoin d'aménagements pour leurs examens.

L'année dernière, nous avons eu une élève de première qui avait été opérée tout le mois de mai. Même après avoir quitté l'hôpital, elle était trop faible pour retourner en classe et a préféré passer son bac de français ici, dans un environnement plus rassurant.

Chaque année, nous avons des enfants qui passent leurs examens à l'hôpital, car leur état de santé ne leur permet pas de se rendre dans leur établissement d'origine.

Alban Landais

Et en moyenne, combien d'élèves suivez-vous simultanément ?

Catherine Le Failler

C'est très variable, car nous avons des enfants de tous âges, de la petite section jusqu'à la terminale. Cela dépend des semaines. Finalement, il n'y a pas tant d'élèves que ça. On peut aller jusqu'à une cinquantaine au maximum, mais cela in-

inclut aussi des bébés et des enfants trop malades pour suivre des cours.

Il y a aussi des services où nous intervenions beaucoup, comme la pédopsychiatrie pour adolescents, mais leur organisation a changé récemment. Ils ont mis en place une unité de semaine, où l'école n'est pas prioritaire pour l'instant. Cependant, j'ai l'impression qu'ils réfléchissent à une nouvelle organisation.

Souvent, ces jeunes sont des adolescentes atteintes de troubles du comportement alimentaire, qui sont généralement d'excellentes élèves. Mais dans leur cas, la scolarité passe au second plan.

Chaque semaine, la situation évolue. Certains enfants restent plus longtemps, mais la majorité ne fait que des séjours courts.

Alban Landais

Justement, en moyenne, combien de temps les enfants restent-ils à l'hôpital ?

Catherine Le Failler

De moins en moins longtemps. La durée moyenne d'hospitalisation est d'environ cinq jours sur l'année.

Aujourd'hui, les séjours sont plus courts pour plusieurs raisons : les contraintes de moyens, le nombre de soignants, le nombre de lits disponibles... Il y a une politique de rotation des patients. Par exemple, une jeune fille opérée l'année dernière est sortie après son intervention, mais elle est revenue aux urgences trois jours plus tard parce que son état s'était aggravé. On préfère libérer un lit rapidement, quitte à ce que l'enfant revienne aux urgences si besoin.

Alban Landais

Donc, l'enseignement est très individualisé ?

Catherine Le Failler

Oui, il est complètement personnalisé et adapté aux besoins de chaque élève. Certains cours durent un quart d'heure seulement, d'autres peuvent aller jusqu'à 45 ou 50 minutes pour les plus grands.

Un élève en tête-à-tête avec un ensei-

gnant est très sollicité, donc nous devons évaluer leur fatigue. Parfois, ils se sentent en forme, mais on perçoit qu'ils commencent à s'épuiser. On adapte toujours la durée et l'intensité du cours en fonction de leur état.

Alban Landais

Et en moyenne, une séance type dure combien de temps ?

Catherine Le Failler

En général, entre 30 et 45 minutes.

Alban Landais

Et comment se déroulent les cours ? Plutôt des exercices, des échanges ?

Catherine Le Failler

Ça dépend. Certains élèves peuvent écrire, d'autres non. On privilégie beaucoup l'oral et la vidéo, surtout pour les langues. Nous avons des tablettes qui circulent, donc il y a pas mal d'exercices de compréhension et d'activités adaptées à chaque enfant. Tout se fait au cas par cas.

Alban Landais

Vous avez donc du matériel mis à disposition ?

Catherine Le Failler

Oui, nous avons des tablettes et des ordinateurs portables. Ce n'est pas du matériel spécialement adapté, mais c'est suffisant pour assurer les cours.

Alban Landais

J'imagine que travailler avec des enfants hospitalisés peut être difficile. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez en tant qu'enseignant ?

Catherine Le Failler

L'aspect émotionnel est sans doute le plus compliqué. Voir des enfants très malades, physiquement diminués, est parfois impressionnant.

Malheureusement, il y a aussi des décès. Suivre un enfant pendant plusieurs semaines, s'attacher à lui et à sa famille, puis

apprendre son décès... c'est dur à encaisser.

Parfois, on sent que l'état d'un enfant se dégrade, et on sait qu'on marche sur un fil.

Un jour, on reçoit une bonne nouvelle, et la semaine suivante, c'est l'inverse.

Mais il y a aussi des histoires positives. Par exemple, une petite fille en CM2 était arrivée avant les vacances de février. Son école m'avait contactée pour organiser son travail, mais elle est rapidement passée en réanimation. À ce moment-là, j'ai dû dire : « L'école n'est plus la priorité. »

En revenant après les vacances, la question était de savoir si elle était toujours en réa ou si elle était décédée... Et finalement, elle était toujours là, en train de se remettre doucement.

On sait que tout est fragile, mais il y a aussi des enfants qui guérissent, qui rentrent chez eux et qu'on ne revoit plus ou juste ponctuellement.

Alban Landais

Est-ce que ce sont les enseignants spécialisés qui interviennent dans les services où c'est plus difficile ?

Catherine Le Failler

Non, pas forcément. Par exemple, l'année dernière, une professeure d'espagnol, d'origine colombienne, est arrivée. Elle est très solaire, dynamique, et elle intervenait beaucoup en hématologie, où les séjours sont longs. Ce sont des enfants en attente de greffe de moelle osseuse.

Elle s'était attachée à une adolescente qui, malheureusement, est rentrée chez elle en soins palliatifs. L'hôpital avait décidé de la transférer dans un établissement de proximité. Quand on a appris son décès, cette enseignante a été bouleversée. Pour elle, l'élève était simplement « partie », elle n'avait pas pris conscience qu'il s'agissait d'un départ définitif.

Aujourd'hui, je prépare mieux les nouveaux enseignants qui arrivent, car beaucoup ne choisissent pas d'être affectés ici. Ils ne mesurent pas toujours l'impact émotionnel de leur mission.

Alban Landais : Y a-t-il des dispositifs mis en place pour accompagner les enseignants face à ces situations difficiles ?

Catherine Le Failler

Très peu. À l'Institut Curie, ils sont bien accompagnés, car ils font face à des cancers très lourds et rares. Ils bénéficient d'un psychologue du travail et d'un groupe de parole.

À Necker, c'est différent. Il n'y a qu'une psychologue du travail pour tout l'hôpital. J'avais fait le lien avec elle, et elle s'était proposée pour animer un groupe d'analyse de pratiques. Mais seulement deux enseignants étaient intéressés, ce qui n'était pas suffisant pour mettre en place un vrai groupe de soutien.

Certains enseignants ont peut-être un suivi personnel de leur côté, mais il n'y a pas eu de réelle mobilisation institutionnelle sur ce sujet.

Alban Landais

Y a-t-il beaucoup d'abandons de poste ?

Catherine Le Failler

Non, pas vraiment. L'année dernière, la professeure d'espagnol a terminé l'année très éprouvée et ne souhaitait pas reprendre. J'ai soutenu sa demande en expliquant les raisons.

Elle a finalement été réaffectée car elle n'était présente ici que trois heures par semaine, et elle complétait son service dans un autre établissement. Cette année, nous lui proposons des élèves avec des situations moins lourdes, pour limiter les risques d'épuisement.

Alban Landais

Comment les enseignants gèrent-ils les interruptions fréquentes dues aux soins ?

Catherine Le Failler

Quand c'est possible, ils reviennent plus tard. Mais parfois, le cours ne dure que dix minutes, et il faut accepter que ce jour-là, ce soit ainsi.

Un enseignant qui travaille trois heures dans la matinée verra trois ou quatre

élèves maximum, en raison des déplacements, des imprévus et des temps d'attente. Parfois, à 11h, aucun adolescent n'est réveillé, donc il ne reste qu'une heure de cours possible avant la fin de la matinée.

Certains services permettent plus de régularité. En dialyse, par exemple, les enfants arrivent vers 8h et sont généralement disponibles à partir de 9h.

Alban Landais

Y a-t-il des conflits liés au bruit dans certains services ?

Catherine Le Failler

Cela arrive, oui. La salle de dialyse, par exemple, où il y a cinq lits, ressemble parfois à un hall de gare. Entre les soignants qui discutent entre eux et les allées et venues, il y a beaucoup de bruit.

Mais personne ne s'en plaint vraiment. Ça fait partie du quotidien ici, et les élèves s'adaptent.

Alban Landais

Avez-vous des perspectives d'amélioration ou de changement pour les années à venir concernant le service de scolarité ?

Catherine Le Failler

Honnêtement, ce sera plutôt une dégradation qu'une amélioration. Les postes d'enseignants à l'hôpital sont dans le viseur, car nous ne sommes pas considérés comme « rentables » d'un point de vue purement numérique. Nous ne sommes pas face à une classe de 30 élèves, et cela joue en notre défaveur.

Il y a trois ans, des fermetures de postes avaient été envisagées. Notre inspectrice ne mesurait pas à quel point les chefs de service tenaient à l'école à l'hôpital. Moi, je suis en lien avec eux au moins en début d'année, puis selon les besoins. Lorsqu'ils ont appris ces possibles suppressions, ils se sont mobilisés.

Nous sommes dans un grand hôpital parisien, avec des spécialistes de maladies rares, des experts qui ont aussi des relations politiques. Certains ont directement

appelé Brigitte et Emmanuel Macron. Grâce à cette mobilisation médicale et politique, les fermetures ont été évitées. Mais à moyen terme, l'objectif semble être de réduire les postes via les départs à la retraite, sans remplacement.

Alban Landais

Et à titre personnel, y a-t-il des changements que vous souhaiteriez voir ?

Catherine Le Failler

Pas particulièrement. L'équipe est déjà assez mobile. Par exemple, l'enseignante du premier degré peut aller dans un autre service lorsqu'il n'y a pas d'enfants en âge scolaire, comme en pneumologie en janvier, où il n'y a que des bébés atteints de bronchiolite. Cette adaptabilité existe déjà, ce qui n'était pas le cas avant mon arrivée.

Les conditions de travail restent particulières. Il n'y a pas de gestion de classe, de discipline ou de conflits de groupe. Un enseignant qui n'a pas une autorité naturelle peut tout à fait être à l'aise ici, puisqu'il enseigne essentiellement en individuel.

Alban Landais

Connaissez-vous d'autres établissements hospitaliers qui proposent des modèles d'enseignement intéressants à étudier ?

Catherine Le Failler

À Paris, il y a quatre grands centres hospitaliers :

- Necker et Robert-Debré : Ils fonctionnent de manière similaire, avec à peu près le même nombre d'enseignants et de services. Robert-Debré est encore plus grand.

- Trousseau : Un plus petit hôpital, où il ne reste plus que quatre professeurs des écoles.

- La Pitié-Salpêtrière : Un fonctionnement un peu à part, avec un service de pédopsychiatrie qui accueille des jeunes déscolarisés. Certains sont hospitalisés à temps plein, d'autres viennent uniquement en journée pour suivre des cours.

En dehors de Paris, il y a Garches, ainsi que plusieurs cliniques spécialisées de soin de suite (après une greffe par exemple) comme Edouard Rist (16e arrondissement), MArgency, ou encore Bullion, qui sont des hôpitaux pédiatriques combinant soins et enseignement.

Alban Landais

Et en termes d'infrastructures, avez-vous des remarques sur l'architecture des lieux ?

Catherine Le Failler

L'architecture varie beaucoup. Par exemple, Robert-Debré est un hôpital récent, alors que La Pitié-Salpêtrière est un bâtiment ancien et inadapté aux besoins actuels. D'ailleurs, leur service va déménager à Trousseau.

Ici, à Necker, les locaux sont aussi anciens. Mon bureau, par exemple, était une ancienne chambre d'hôpital, avec des fenêtres qui ne s'ouvrent pas et qui ne se nettoient pas.

Alban Landais

N'hésitez pas à me signaler tout élément qui vous semblerait important.

Catherine Le Failler

Je pense que ça viendra naturellement au fil de la discussion.

Alban Landais

Oui, en tout cas, votre témoignage est très précieux. Jusqu'ici, j'avais très peu de visibilité sur ce qui se passe réellement à l'intérieur du service scolaire hospitalier. Les seules informations disponibles étaient celles du site de l'hôpital Necker.

Y a-t-il d'autres lieux, en dehors des salles de classe ou du chevet, qui sont dédiés à l'enseignement ? Par exemple, la médiathèque ?

Catherine Le Failler

Non, les élèves ne vont pas à la médiathèque. En revanche, il y a l'Espace Plein Ciel, dans le bâtiment Robert-Debré, situé au dernier étage. C'est un peu

notre « concurrent » après 12h00, car ils accueillent les jeunes à partir de 10 ou 11 ans. L'après-midi, des services civiques et des éducateurs prennent le relais pour proposer des activités. Là-bas, c'est un véritable paradis : baby-foot, photos, guitare, dessin... Les enfants adorent !

Il y a aussi un autre lieu, la Suite, qui propose divers services. Par exemple, un conseiller d'orientation vient tous les 15 jours pour accompagner nos élèves, dont les parcours scolaires sont souvent chaotiques. On y trouve aussi une distribution de vêtements, avec des couturières qui ajustent si besoin. Il y a même des interventions sur des thématiques comme la santé sexuelle des adolescents. Ce n'est pas directement lié à la scolarité, mais je suis en contact avec l'équipe, notamment pour l'orientation scolaire.

Alban Landais

Est-ce que les enfants vous font parfois des retours sur les services ?

Catherine Le Failler

Pas vraiment sur les services, mais globalement, ils sont contents d'avoir des cours. Certains reviennent même en septembre pour me donner leurs notes aux examens. On garde parfois un lien, y compris avec les familles des enfants décédés. J'écris généralement un mot au nom du service scolaire, et certains parents me répondent en disant à quel point leur enfant aimait nos cours et s'amusait avec nous.

À l'inverse, l'absence de nouvelles est souvent une bonne chose : cela signifie qu'ils ne reviennent pas à l'hôpital, donc que leur état de santé s'améliore.

Alban Landais

Est-ce qu'ils expriment ce qui leur fait du bien dans les cours ?

Catherine Le Failler

Pas vraiment. Certains parlent de fatigue ou disent qu'ils en ont marre. Quand un élève est réticent, on commence souvent par une discussion plus légère : « Qu'est-ce que tu aimes à l'école ? » S'ils répondent

« rien », on cherche plus loin : « Tu n'aimes pas les profs ? Pas les cours ? Tes copains te manquent ? »

Pour les enfants qui ne peuvent pas toujours être en classe, il existe aussi des solutions comme les robots de téléprésence. Ils leur permettent de suivre les cours à distance, via un ordinateur. Ils peuvent lever la main, participer sans être forcément visibles, ce qui est important pour ceux qui ont perdu leurs cheveux ou ne veulent pas être vus par leurs camarades. Ces dispositifs sont proposés par les rectorats et fonctionnent plus ou moins bien. Par exemple, dans certains lycées parisiens anciens avec beaucoup d'escaliers, il faut porter le robot d'une salle à l'autre, ce qui peut être compliqué.

Un autre frein, c'est l'acceptation par les enseignants. Certains peuvent être mal à l'aise à l'idée d'être écoutés à distance, d'autant plus si des parents sont à côté de l'élève. Même si rien n'est enregistré, cela les expose davantage.

Alban Landais

Aujourd'hui, d'après ce que vous m'avez dit, il y a plusieurs salles de classe réparties dans différents bâtiments ?

Catherine Le Failler

Oui, principalement dans deux bâtiments : Hamburger et Laennec. Il y a aussi une petite classe à Robert-Debré, mais je n'y vais jamais, car elle n'accueille que les élèves de ce bâtiment.

Alban Landais

En tant qu'enseignante, trouvez-vous que ces salles sont conçues différemment des classes classiques ?

Catherine Le Failler

Non, elles ressemblent à des classes classiques. En hématologie, l'espace est un peu adapté, car il y a trois services sur place, deux professeurs des écoles et une éducatrice qui n'a pas de bureau et partage donc l'espace. Sinon, les autres classes sont belles et agréables.

Alban Landais

Y a-t-il un aménagement particulier, comme des couleurs spécifiques ou une disposition spéciale ?

Catherine Le Failler

Non, pas vraiment. En revanche, il y a des règles strictes d'hygiène : nettoyage des tables avec des produits adaptés, port du masque même si l'élève n'est pas contagieux, désinfection du matériel... Dans certains services, on ne ressort pas le matériel pour éviter les contaminations.

Alban Landais

Et concernant la ventilation ? L'aération des salles est-elle obligatoire ?

Catherine Le Failler

Ici, dans ce bâtiment, il n'y a pas de classes, donc je ne sais pas trop. À Laennec, qui a environ 20 ans, et en PG où les locaux ont été récemment rénovés, j'imagine que la ventilation est conforme. Mais dans certains services, il est difficile d'ouvrir les fenêtres, voire interdit.

Alban Landais

Y a-t-il d'autres protocoles d'hygiène spécifiques ?

Catherine Le Failler

Oui, notamment l'utilisation de gel hydroalcoolique et de masques. Dans certains services, on utilise des pochettes plastiques pour éviter la contamination des documents. En hématologie, les règles sont encore plus strictes.

Alban Landais

Les salles de classe ont-elles été conçues en collaboration avec des spécialistes ?

Catherine Le Failler

Non, pas du tout. Ce sont de grands espaces, mais ils sont souvent convoités par les médecins, les internes et les soignants qui manquent de salles. Je dois régulièrement me battre pour les conserver à des fins pédagogiques.

Alban Landais

Ces salles sont-elles utilisées pour d'autres activités en dehors des cours ?

Catherine Le Failler

Oui, par exemple en néphrologie-dialyse, une association appelée NOC (Nous On Crée) propose des cours d'arts plastiques le lundi et le mardi. La salle de classe est utilisée pour ces ateliers lorsque nous n'y sommes pas. En gastrologie il y a un très bel espace et certains voudraient en faire une salle de réunion, une salle de soins, voire un espace de repos pour les soignants.

Alban Landais

Donc, pour les salles de classe, il y en a plusieurs, c'est bien ça ?

Catherine Le Failler

Oui, il y en a plusieurs. On entend parfois dire qu'il n'y a pas beaucoup d'enfants dans une salle, mais ce n'est pas parce qu'elle semble vide qu'il n'y a personne.

Alban Landais

En dehors des cours en groupe qui ne se font pas au chevet, est-ce qu'il arrive que les cours aient lieu à l'extérieur, par exemple quand il fait beau ?

Catherine Le Failler

Non, pas vraiment. Le professeur de sport essaie parfois d'organiser des activités dans des espaces comme les paliers ou près des ascenseurs, où il fait jouer les enfants à la pétanque ou au badminton pour mettre un peu d'ambiance. Mais en général, ils ne sortent pas beaucoup.

Alban Landais

C'est vrai que j'ai visité l'hôpital en début d'année, quand le temps n'était pas très beau. Mais aujourd'hui, en voyant la cour avec la pelouse, c'est vraiment agréable.

Catherine Le Failler

Oui, mais on évite de sortir avec les enfants, pour éviter qu'ils attrapent froid. C'est une question de responsabilité. En

revanche, les parents, eux, peuvent sortir avec leur enfant. Quand les profs sont là, j'encourage souvent les parents à aller prendre un café ou à marcher un peu pour souffler. Certains acceptent et apprécient ce moment de pause.

Alban Landais

D'accord. Et concernant l'organisation des classes, auriez-vous des remarques sur leur disposition, ou même sur l'enseignement au chevet ?

Catherine Le Failler

Ce sont surtout les soignants qui se plaignent du manque d'espace. En dermatologie, par exemple, les infirmières partagent un petit bureau et doivent souvent s'installer à huit sur des tabourets. Il y a aussi des disparités entre les services : certains ont plusieurs éducateurs spécialisés, d'autres n'en ont aucun. Certaines associations interviennent dans certains services, mais pas partout. Par exemple, les clowns ne sont pas bénévoles, donc leur venue dépend des financements. C'est pareil pour les personnalités invitées : elles vont souvent en hématologie, car ce service émeut plus de monde. Par exemple, Mbappé est venu en hémato, mais pas ailleurs.

Alban Landais

Et pour l'enseignement au chevet, comment cela se passe-t-il ? L'enfant reste-t-il dans son lit ?

Catherine Le Failler

Ça dépend des cas. Quand c'est possible, on encourage l'enfant à s'installer sur un fauteuil.

Alban Landais

Il y a des bureaux à disposition ?

Catherine Le Failler

Non, mais il y a des petites tables à roulettes, comme celles qu'ils utilisent pour leurs repas. Sinon, certains restent dans leur lit. Parfois, les médecins demandent aux enfants de se lever, car cela fait

partie de leur rééducation. Il arrive qu'on les encourage à marcher jusqu'à la salle de classe. Après, certains enfants s'écoutent beaucoup, notamment quand ils ont mal, et il est parfois difficile de savoir ce qui est réel ou non. Mais on suit toujours les consignes médicales.

Alban Landais

Les salles de classe sont-elles proches des chambres et des lieux de soins, ou bien sont-elles plus isolées ?

Catherine Le Failler

Oui, elles sont situées dans chaque service, à proximité des chambres et des espaces de soins. Elles sont bien indiquées grâce à une signalétique claire, et tout le monde dans l'hôpital sait qu'il y a une école. Les soignants sont aussi au courant des cours proposés. On intervient même parfois en réanimation quand l'équipe médicale estime que cela peut être bénéfique à l'enfant. Même si l'on ne sait pas toujours ce qui va se passer ensuite, cela peut contribuer à la guérison ou, du moins, à une certaine normalité. Aller à l'école, c'est la normalité.

Nous sommes présents dès la rentrée scolaire et tout au long de l'année, en dehors des périodes de vacances. Par exemple, l'an dernier, un jeune est resté hospitalisé toute l'année scolaire. Au début, il venait en cours, mais à partir d'avril, il s'est complètement renfermé. Il ne voulait plus voir personne. La maladie l'avait profondément affecté et, à un moment donné, il n'était plus possible pour lui de continuer.

Alban Landais

Dans ces cas-là, il n'y a pas une volonté de se raccrocher à vous, aux cours ?

Catherine Le Failler

Ça dépend vraiment des enfants. Lui ne pouvait pas sortir de sa chambre, ses conditions de vie étaient très difficiles. Et puis, il y a un moment où c'est trop dur, où on ne peut plus forcer les choses.

Alban Landais : Et concernant les salles

de classe, sont-elles isolées des bruits liés aux soins ?

Catherine le Fayard

Oui et non. Les professeurs des écoles ont chacun leur salle, car ils sont présents à temps plein, 24 heures par semaine. En revanche, les enseignants du secondaire n'ont pas d'espace attribué, donc ils doivent parfois utiliser un ordinateur ou imprimer des documents, ce qui crée un peu de passage. Je ne pense pas qu'ils se sentent isolés.

Alban Landais

Vous communiquez beaucoup avec les soignants ?

Catherine Le Failler

Oui, énormément, plusieurs fois par jour. Entre enseignants, nous utilisons WhatsApp, et nous avons aussi nos téléphones personnels pour rester en contact. La communication est essentielle, car les cours sont organisés au jour le jour.

Alban Landais

J'imagine qu'il faut sans cesse s'adapter.

Catherine Le Failler

Exactement. Parfois, un enfant a un scanner prévu à 11h00, puis il est décalé à 15h00. Si l'enfant est stressé par l'examen, on va ajuster notre emploi du temps en fonction. Notre groupe WhatsApp nous permet de mettre à jour les informations en temps réel.

Alban Landais

Et certaines salles de classe sont utilisées pour d'autres usages ?

Catherine Le Failler : Oui, ce sont des espaces qui existent depuis longtemps, mais qui sont parfois réaménagés en fonction des besoins de l'hôpital. Depuis que je travaille ici, je n'ai jamais fait autant de cartons ! On nous déplace, on nous réinstalle, on doit tout réorganiser régulièrement.

Par exemple, avant, la direction avait son

bureau au rez-de-chaussée, ce qui était plus pratique pour tout le monde. Il y avait un palier avec une table ronde, ce qui rendait l'endroit convivial. Maintenant, mon bureau est au premier étage, et il faut venir me chercher... ce que certains ont parfois la flemme de faire !

Ce compte rendu est en cours de rédaction

Contexte de l'observation :

Observation réalisée au sein de l'hôpital Necker, bâtiment Laënnec

Objectifs :

Observer le comportement d'enfants et enseignants au sein de l'hôpital Necker, lors de séance d'observation en chambre

Date :

Jeudi 3 Avril 2025

Durée de l'Observation

45 min

Il s'agit ici d'un court long, témoignant du « bon » état de santé de l'enfant

Acteurs

L'enfant : Christopher, 7 ans, Portugais, iles de madère

Retard scolaire, Actuellement en CE1 mais niveau CP

L'enseignant : Benoit Chanez : Enseignant premier degrés

Titulaire du service

Rôle : communique a chaque enseignant les infos concernant les

malades : chambre/prénom (nom anonyme je crois)/Capacité à

recevoir des cours : possibilité d'accepter ou non

Enseigne auprès des élèves

Parcours professionnel :

31 années d'enseignement : 7 ans en centre

Besoin de formation : 7 années à travailler dans des classes

pour les personnes nécessitant une attention particulière

(Ulisse, IME, MECSS, EREA

10 années d'enseignement traditionnel

Enseignant à l'hôpital

Le fonctionnement (selon Mr Chanez)

1ere visite :

Recueil de premières informations :

Prénom (nom anonyme) /N° chambre / Capacité à recevoir le cours / Volonté de recevoir le cours

Généralement les jeunes acceptent bien, moins les plus grand

2 ème visite :

Approche plus pédagogue

Essaie de faire du ludique : objectif : faire sourire l'enfant afin qu'il éprouve

l'envie de revoir l'enseignant

L'enseignant s'adapte à l'élève :

Utilisation du jeu

Dans le première degré utilisation simple : jeu de plateau souvent

Lorsque l'enfant est plus grand, mode plus traditionnel, livre etc alors

qu'ils ne sont pas utilisés pour les plus petits

Si l'absence dure plus d'une semaine :

Prise de contact avec l'école, toujours avec l'accord des parents :

Demander les cours, les enseignant ne demande pas des exercices précis,

plutôt les notions abordées et s'adaptent

Annexe 2

Utilisation du problème afin d'optimiser la mobilisation de connaissances :

Un problème de mathématique peut aussi mobiliser du français, de l'histoire, de la SVT etc...

Le travail se fait avec un seul élève :

Enseignant est donc libre de ses choix : chacun trouve son prisme

Le médecin parfois très intéressé par les résultats scolaire (lien maladie=fonctionnement du cerveau)

LA SCEANCE

J'arrive à 14h00. Mr Chanez m'attend dans une salle de classe de Laennec. Nous entretenons une brève discussion sur l'hôpital, les pôles, leur importance etc. Il me donne pas mal d'informations sur plusieurs sujets que je ne note pas ici, car ils n'ont pas d'importance pour la suite de la recherche.

Nous visitons les espaces pédagogiques du service. J'aperçois brièvement : une salle de jeu pour les plus jeunes (2 par plateau), un salon pour parents dans lequel ces derniers vont souvent pendant les séances, 1 salle de réunion par service et 2 salles de classe par étage (à vérifier). Un parent est autorisé à rester constamment dans la chambre.

Nous entrons dans la chambre de Christopher. Il s'agit d'un enfant de CE1 de 7 ans originaire des îles de madère. Il intègre l'hôpital Necker car celui-ci lui permet un accès à certains soins plus techniquement développés. Nous n'échangeons pas plus au sujet de la raison pour laquelle Christopher est hospitalisé. Lorsque nous entrons dans la chambre, j'observe que l'entière de sa jambe droite est plâtrée. Christopher est immobilisé.

Nous entrons dans la chambre. Celle-ci est une chambre individuelle. Christopher est avec son père qui est allongé sur le canapé convertible, dans l'angle droit, entre le lit et la fenêtre. Celui-ci sort le temps de notre séance. Lors de notre arrivée, l'enfant joue dans son lit avec ses feutres. Les barrières de son lit sont relevées prévenant ainsi toute chute. Parfois, l'enseignant doit tenir compte de certaines directives protocolaire afin d'éviter tout danger de contamination. Dans ces moments-là, une pancarte est laissée sur la porte de la chambre. Ici, il n'y en a pas.

Dans les cas où on en trouve, Mr Chanez m'explique qu'il faut parfois porter une blouse, des gants, une charlotte, des sur-chaussures...

Dans la chambre sont disposés :

- Un fauteuil
- Un canapé convertible
- Un tensiomètre électronique
- Un lit : sur roulette et de hauteur réglable
- Une table
- Une armoire (un petit meuble)
- Un porte manteaux
- Un support pour gel hydroalcoolique

Trois couleurs vives prédominent : orange, rose et jaune

L'enseignant commence sa séance. Nous ne sommes plus que trois dans la salle (Voir croquis plan).

Il commence par parler à l'enfant de ses jeux. Il a dans son lit une baguette (3 feutres de son grand pot encastrés). L'enseignant demande « à quoi cela sert ? ». Il essaie d'intégrer les effets personnels de l'enfant dans la discussion.

L'enfant ne présente pas de troubles spécifiques (dis).

L'enseignant utilise une ardoise. Il m'explique que, lorsque les barrières sont relevées, il

ne peut pas utiliser la tablette amovible puisqu'elle ne passe pas.

L'enseignant se tient à gauche du patient, à l'opposé de l'endroit où se tenait le parent quand nous sommes rentrés. D'un côté du lit, j'observe tous les effets personnels de l'enfant et la famille, de l'autre (celui où est situé l'enseignant), se placent tous les objets à visée médicale. Le lit s'implante comme la frontière entre les deux.

La séance a commencé. L'enseignant joue sur le côté ludique de l'apprentissage, il utilise une ardoise qu'il passe à l'enfant. Cet outil est très pratique compte tenu de la situation : l'enseignant utilise la malléabilité de l'objet pour son cours. (Outil médiateur)

L'enseignant demande, après 5 min de cours, si l'enfant veut continuer. Il utilise une fois de plus les effets personnels de l'enfant afin de les mettre au service de l'apprentissage.

L'enseignant reste debout, à côté du lit, du côté des soignants, et se tient constamment en mouvement. La porte ainsi que la fenêtre sont ouvertes.

Au début de la séance, il y a assez peu de nuisances sonores : on n'entend pas du tout le personnel soignant dans les couloirs par exemple.

Plus la séance avance, plus l'enseignant se penche par-dessus la barrière du lit de Christopher.

Au milieu de la séance, un groupe de deux soignants entre. Ces derniers se placent autour de l'enseignant (voir plan) et ne passe pas de l'autre côté du lit, celui où l'on trouve les effets personnels de l'enfant. La séance d'enseignement est donc interrompue pendant environ 3 min : il s'agit d'une simple prise de tension et un contrôle de température. Ils viennent assez régulièrement dans la chambre de Christopher du moins (toute les heures).

Un premier bruit lié au matériel médical se fait entendre : le tensiomètre électronique sonne une première fois. Le bruit peut être assez angoissant : le tensiomètre n'avait plus de batterie.

Lors de l'entièreté de la séance, la tête de l'enfant est tournée d'un seul côté de son lit. Il ne voit pas la lumière, seulement le matériel médical.

Le tensiomètre sonne encore.

L'enseignant utilise son corps et l'environnement comme outil pédagogique : par exemple, il demande à l'enfant de lui citer un objet de la pièce. Ensuite, il en fait un exercice : ici nommer la télé, écrire correctement le mot, corriger le mot, épeler les sons et les syllabes.

Le tensiomètre sonne encore : cette fois-ci, nous pouvons entendre de nouveaux bruits.

Le tensiomètre sonne encore.

L'enseignant ne sort absolument pas du côté des soignants.

Le tensiomètre sonne encore.

L'enseignant utilise le point d'eau pour nettoyer l'ardoise. Il utilise ensuite la baguette de l'enfant (3 stylos encastrés). Il joue sur la perspective de l'enfant et se place dans un endroit où ce dernier ne le voit pas mais l'entend : le couloir d'entrée. Il utilise les stylos pour taper contre le mur et effectuer un certain nombre de fois le même son : l'enfant doit compter les sons entendus.

La machine se remet à sonner, cela perturbe l'enfant pour compter.

L'enfant demande si son père revient quand l'enseignant part.

La séance se termine.

ANALYSE DES OBSERVATION :

Deux espaces sont facilement distinguables dans la chambre d'enfant :

Celui où les acteurs publics interviennent (soignants, enseignants, bénévoles)

Un autre, plus intime, où l'enfant dépose toute ses affaires personnelles, celle des parents etc.

Les affaires personnelles de l'enfant sont assez importantes, elle personnifie la chambre et la rend plus chaleureuse, elles sont aussi pratiques lors de la session d'enseignement. L'enfant est beaucoup plus enjoué de travailler avec ses affaires personnelles mises en scène.

Les meubles servant à abriter ces objets relèvent donc d'une importance primordiale

Le mobilier n'est peut-être pas toujours adapté à tous les cas :

Ici l'enseignant aurait aimé utiliser la table mais elle ne se place pas bien lorsque les barrières sont levées.

L'enseignant favorise donc l'utilisation d'un objet beaucoup plus malléable : une ardoise légère, facile à prendre en main... : objet qu'il ramène par ses soins car il n'est pas prévu dans la chambre du patient.

Les nuisances sonores provenant de la partie « soin » ne proviennent pas de l'extérieur de la salle mais de l'intérieur (tensiomètre) :

Compte tenu de l'objectif d'« oublier » son corps malade grâce à l'enseignement, ceci peut être un peu paradoxal.

Aussi, lors de toute la séance l'enfant ne regarde pas vers l'extérieur, il subit une position enclavée dans le soin et vers l'hôpital. (Aussi, il n'est pas dans une position très saine puisqu'il tord son dos pour voir l'enseignant)

La condition de l'enfant offre des opportunités ludiques d'apprentissage :

L'utilisation des sens de l'enfant (ici vue et ouïe) pour lui apprendre à compter etc....

Contexte de l'observation :

Observation réalisée au sein de l'hôpital Necker – Enfants Malades, bâtiments Laënnec et Jean Hamburger :

Objectifs :

Observer le fonctionnement quotidien des enseignants du centre scolaire hospitalier, depuis la répartition des élèves le matin jusqu'aux séances menées en chambre et en salle de soins. Étudier les postures de l'enseignant dans l'espace hospitalier, les conditions d'installation, les interactions avec les enfants, et la manière dont la contrainte médicale influence la pédagogie.

Date : Vendredi 2 Mai 2025

Durée de l'Observation : Environ 3 heures (de 9h00 à 12h00)

Matinée complète, comprenant la préparation des enseignants, plusieurs tentatives de cours en chambre, puis une séance observée en salle de dialyse et une autre en chambre individuelle.

Acteurs :

- La directrice du centre scolaire hospitalier :
 - Supervise le fonctionnement quotidien de l'école à l'hôpital.
 - Oriente les enseignants selon les informations médicales reçues le matin.
 - Accompagne l'observateur lors de la première heure, avant la répartition des cours.
- Les enseignants :
 - En charge des interventions pédagogiques auprès des enfants hospitalisés.
 - Se réunissent chaque matin dans la salle de classe du bâtiment Laënnec.
 - Consultent le planning médical, vérifient l'état de santé et la disponibilité des élèves.
 - Se répartissent les visites selon la possibilité d'intervention (isolement, soins, fatigue, etc.).
 - Matériel utilisé : tablette numérique, cahiers, jeux éducatifs et supports légers permettant un déplacement rapide d'une chambre à l'autre.
- Les élèves :
 - Enfants hospitalisés de niveaux et d'âges variés.
 - Certains en isolement médical, d'autres en traitement chronique (notamment dialyse).
 - Leur disponibilité dépend de leur état de santé, des soins en cours, ou du consentement à recevoir un cours.

LA SEANCE

J'arrive dans le bureau de la directrice de l'école à l'hôpital Necker-Enfants Malades. Nous rejoignons ensuite les enseignants dans la salle de classe du bâtiment Laënnec. Il est 9h du matin, personne n'est encore arrivé. Le temps que les premiers enseignants arrivent, j'échange avec la directrice sur le déroulement de la journée, tout en réalisant

Annexe 3

un relevé architectural de la salle de classe.

Peu à peu, les enseignants rejoignent la salle. Ils échangent sur l'organisation de la journée, se connectent au poste de travail, puis réalisent un suivi des élèves à voir : état de santé, disponibilité, priorités. Chacun établit son ordre de passage, car il arrive que deux enseignants interviennent auprès d'un même élève dans la journée, lorsque son état le permet.

Nous partons ensuite avec une enseignante pour entamer la tournée des chambres. Plusieurs visites sont envisagées, mais les enfants prévus sont finalement indisponibles. Nous parcourons les couloirs, passons devant plusieurs chambres : certains enfants sont absents, d'autres déjà en cours avec un enseignant. J'observe rapidement une séance : l'enseignant se tient très proche du lit de l'enfant, à côté de sa tête. Dans plusieurs chambres, les parents sont également présents. D'après ce que l'on me dit, les enseignants préfèrent généralement travailler sans les parents, estimant que cela facilite la mise en place d'un environnement plus scolaire.

Ne trouvant pas d'élève disponible, l'enseignante se rend au poste de soins pour obtenir des informations sur les enfants susceptibles d'être vus dans la matinée. Il s'est déjà écoulé une heure et demie depuis l'arrivée des enseignants.

Nous passons devant une chambre vide : j'en profite pour demander à en faire le relevé. L'accès est délicat, car les chambres sont désinfectées entre deux patients, mais j'obtiens l'autorisation d'y entrer pour prendre les mesures nécessaires. J'échange alors longuement avec l'enseignante. Elle me raconte une histoire marquante : celle d'un élève gravement malade, déterminé à passer son brevet coûte que coûte. Elle m'explique que le jour de l'oral, l'enfant semblait affaibli. Après vérification auprès du poste de soins, il s'est avéré que son état s'était dégradé durant le week-end. Les résultats du brevet sont arrivés dès le lendemain matin – il avait réussi. L'enfant est décédé dans l'après-midi. Selon l'enseignante, sa volonté d'obtenir ce diplôme avait soutenu son moral et même influé sur son état de santé. Nous quittons la chambre d'hôpital.

Nous nous rendons ensuite dans la salle de dialyse. Celle-ci comprend six lits occupés par des enfants qui viennent presque quotidiennement pour leurs traitements. Leur scolarité est fortement impactée, d'où la nécessité d'un suivi régulier. De petits tabourets à roulettes sont disposés pour les enseignants. Deux d'entre eux se trouvent déjà sur place. Les lits sont alignés, simplement séparés par des rideaux translucides. Les perturbations sonores sont donc nombreuses.

Pendant une séance, un enfant reçoit un cours d'anglais à l'aide d'une tablette portable. Les autres patients parlent, rient, échangent entre eux. Si ces interactions rendent l'enseignement plus difficile, elles témoignent aussi d'une forme de vitalité partagée : une ambiance presque récréative, contrastant avec la lourdeur du lieu. L'élève, d'abord réticent, finit par se prendre au jeu et sourit à la fin de la séance. Les infirmiers interviennent régulièrement pour les soins, interrompant le cours. Entre les bruits, les branchements et les manipulations techniques, les conditions restent précaires pour enseigner.

Enfin, nous rejoignons le bâtiment Jean Hamburger. Nous croisons une patiente, une adolescente d'environ seize ans, qui accepte un cours en chambre. Je m'assois sur le fauteuil, tandis que l'enseignante se place au pied du lit. Les barrières n'étant pas relevées,

la tablette amovible peut être installée entre l'élève et l'enseignante. La séance se déroule calmement, principalement sous forme d'échanges oraux. Un court travail sur papier permet de garder une trace du passage de l'enseignante.

La chambre est très sombre : les rideaux sont tirés, la patiente explique que la lumière lui provoque des maux de tête. L'enseignante ressort une tablette numérique, mais l'élève, gênée par sa perfusion, peine à l'utiliser. En cours de séance, le repas de midi est servi. Se pose alors la question du support : la tablette amovible, utilisée jusqu'ici comme bureau, doit être libérée pour accueillir le plateau-repas. L'enseignement cède alors la place au soin et au quotidien.

ANALYSE DES OBSERVATIONS :

- L'architecture hospitalière impose une flexibilité permanente/incertitude spatiale :
 - L'enseignement n'est jamais garanti :
 - après une heure et demie de recherche, plusieurs tentatives restent infructueuses.
 - L'espace pédagogique n'existe pas à proprement parler :
 - négocier en permanence avec les contraintes médicales et l'état des patients.
 - Salle de classe du bâtiment Laënnec :
 - davantage de point de ralliement administratif que d'espace d'enseignement effectif, concentre la préparation matinale, la consultation du planning médical et la répartition des visites, mais aucun cours n'y est dispensé.
- Le mobilier hospitalier détermine la position de l'enseignant/limite les modalités pédagogiques :
 - En salle de dialyse :
 - les tabourets à roulettes permettent une mobilité rapide mais imposent une position basse et instable. L'enseignant doit s'adapter aux lits alignés et aux rideaux translucides qui séparent faiblement les patients.
 - En chambre individuelle avec adolescente :
 - la tablette amovible constitue le seul support de travail disponible dans certains cas. Elle fonctionne lorsque les barrières du lit ne sont pas levées, mais devient indisponible dès que le soin nécessite leur utilisation.
 - La position de l'enseignant varie selon la configuration : tantôt au pied du lit, tantôt à côté de la tête de l'enfant mais garde une proximité forte avec l'enfant
- Les nuisances sonores et lumineuses :
 - En salle de dialyse :
 - les bruits sont multiples et diffus – conversations entre patients, rires, interventions infirmières, manipulations techniques. Ces perturbations créent paradoxalement une ambiance récréative, vécue comme vivante et collective malgré la lourdeur médicale.
 - En chambre individuelle :

- l'obscurité volontaire (rideaux tirés pour éviter les maux de tête) impose un environnement sombre qui contraint l'usage des outils numériques.

- La temporalité du soin prime sur celle de l'enseignement :

- L'arrivée du plateau-repas en pleine séance impose la libération immédiate de la tablette amovible.

- Dans la salle de dialyse, les interventions infirmières régulières interrompent les cours, fragmentant le temps pédagogique en séquences courtes et discontinues.

- Cette précarité temporelle empêche la construction d'une progression pédagogique structurée et oblige l'enseignant à concevoir des activités courtes.

Annexe 4

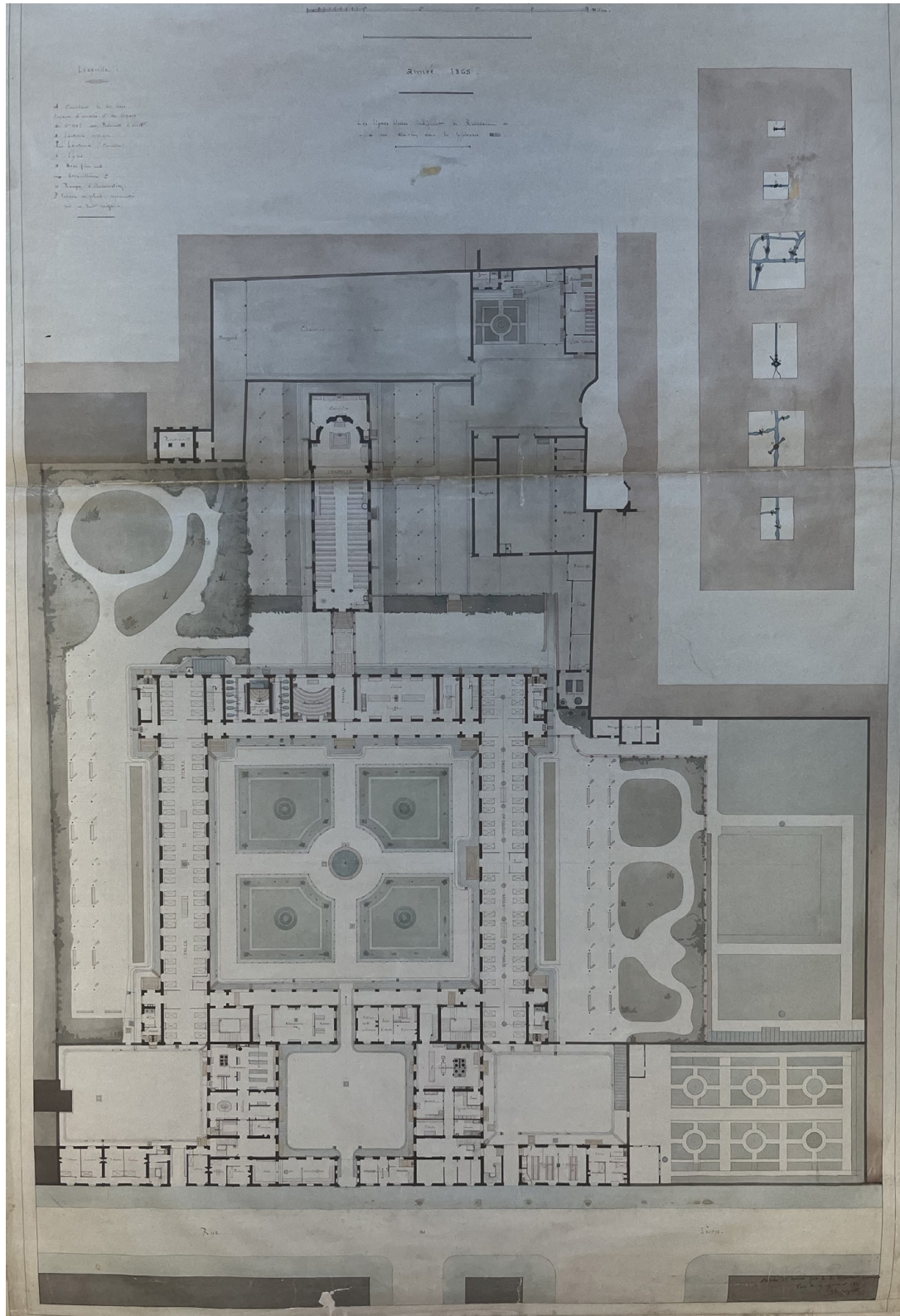


Figure 01

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographies en noir et blanc montrant un homme en costume debout, les jambes visibles en bas de cadre (source non identifiée), vue d'une plage/horizon marin en arrière-plan (<https://fr.pinterest.com/pin/827677237755770837/>), et tête remplacée par une forme en fumée/nuage noire (<https://fr.pinterest.com/pin/474215035754937848/>).

Figure 02

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie en noir et blanc montrant un homme en costume et chapeau tenant une valise (source non identifiée), marchant sur un chemin rural traversant un paysage de campagne (<https://fr.pinterest.com/pin/492649950261408/>), et grand rectangle jaune vif.

Figure 03

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie vintage en noir et blanc montrant une foule de spectateurs portant des lunettes 3D dans une salle de cinéma (<https://substack.com/home/post/p-170354516>), visage avec lunettes jaunes en surimpression

Figure 04

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie aérienne en noir et blanc montrant une vue d'en-haut d'une foule urbaine (source : <https://fr.pinterest.com/pin/70437488180142/>), silhouette en jaune en position centrale (source non identifiée).

Figure 05

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir d'une photographie par l'auteur du bâtiment Laënnec, photographie d'une salle de classe (<https://fr.pinterest.com/pin/95420085849660597/>)

Figure 07

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie montrant des mains en mouvement flou en noir et blanc (<https://fr.pinterest.com/pin/80994493293724566/>) et d'une touche clavier jaune ESC (source non identifiée).

Figure 17

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de pho-

Annexe 5

tographie en noir et blanc montrant un enfant en bas âge (<https://fr.pinterest.com/pin/708613322637768197/>), tissu jaune fluide (source non identifiée)

Figure 18

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographies en noir et blanc (source non identifiée) et d'éléments graphiques (papillons).

Figure 19

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie de mur blanc avec fissure (<https://kr.pinterest.com/pin/1091771134664941770/>) et pansement/bandage jaune (source non identifiée).

Figure 24

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie montrant un homme soutenu par un muret (source non identifiée).

Figure 28

Collage personnel réalisé à partir de l'œuvre To Permit de Xinahn Yú

Figure 29

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie en noir et blanc montrant une femme ou une jeune fille dans un champ (<https://fr.pinterest.com/pin/1618549864560871/>), fleur jaune de lys remplaçant la tête (source non identifiée).

Figure 30

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie d'intérieur hospitalier ou médical vintage en noir et blanc (<https://www.metrotimes.com/news/michigans-mental-health-scandal-9900977/>), porte jaune mise en évidence (source non identifiée), et photographie d'un enfant en salle de classe (<https://fr.pinterest.com/pin/136445063681856838/>)

Figure 40

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie montrant un lit d'hôpital/patient en noir et blanc (<https://www.clarku.edu/news/2023/09/28/1942-46-clark-offers-nursing-education/>), barres/grilles jaunes verticales en surimpression créant un motif de seuil ou de séparation (<https://fr.pinterest.com/pin/40462096630935368/>).

Collage personnel réalisé par l'auteur, novembre 2025. Composition à partir de photographie montrant un lit d'une chambre de maison en noir et blanc (source non identifiée), barres/grilles jaunes verticales en surimpression créant un motif de seuil ou de séparation (<https://fr.pinterest.com/pin/40462096630935368/>).