

**UNIVERSITE PARIS-EST MARNE LA VALLEE**

**en partenariat avec le CFC : MPPPH de l'AP-HP**

**Master 2 de philosophie**

**Ethique médicale et hospitalière appliquée**

**De l'importance de l'architecture dans une unité  
d'hospitalisation psychiatrique.**

**François BOSSIS**

**Responsable de la formation : Eric FIAT**

**4 septembre 2018**

## SOMMAIRE

Introduction.....	p. 4
Chapitre premier.....	p. 7
Expérience de reconstruction d'un service de psychiatrie	
1 - Une participation écourtée à la programmation.....	p. 7
2 - Avant la reconstruction.....	p. 9
3 - Après la reconstruction.....	p. 10
4 - Face au projet architectural finalisé.....	p. 11
5 - Dans le service reconstruit.....	p. 14
Chapitre II.....	p. 17
Architecture et soins psychiatriques	
1 - Eléments historiques.....	p. 17
2 - Le jardin.....	p. 20
3. L'espace.....	p. 24
4 - Les limites.....	p. 28
5 - Habiter.....	p. 29
6 - S'approprier un nouveau lieu.....	p. 32

7 - La notion d'ambiance.....p. 33

8 - Troubles mentaux et sensibilité à l'ambiance.....p. 34

9 - Potentialité thérapeutique de l'architecture.....p. 35

### Chapitre III

Ethique et architecture en psychiatrie.....p. 38

1 - Convenance architecturale.....p.38

2 - Le temps présent architectural.....p.40

3 - Espace de l'intimité.....p. 41

4 - Lieu de contrainte.....p. 42

5 - Architecture de la rencontre.....p. 45

6 - Architecture du lien.....p. 48

7 - Esthétique architecturale.....p. 50

Conclusion.....p. 53

Bibliographie.....p. 56

## INTRODUCTION

Dans notre mémoire de M1, nous nous étions intéressé aux contraintes de fonctionnement qui pèsent de plus en plus sur les services hospitaliers, et plus particulièrement en psychiatrie où nous exerçons notre activité professionnelle en tant que médecin psychiatre. Nous posions la question de savoir si le bon soin était encore possible au regard de ces contraintes. Nous avons tenté de dégager des pistes de réflexion pour remettre la relation entre le soignant et le patient au centre du processus thérapeutique, en insistant particulièrement sur la place de la temporalité dans l'organisation des soins et sur la place de l'éthique dans la pratique soignante au quotidien.

Cependant, l'organisation d'une équipe soignante ne constitue pas le seul facteur en jeu dans la production d'un soin de qualité. Il est assez courant, dans un même hôpital, de constater des différences importantes d'ambiance et de manière de faire entre deux services, ceux-ci étant pourtant soumis aux mêmes contraintes. C'est que le rapport à ces contraintes peut être très variable d'un service à l'autre. Dans le meilleur des cas, elles viennent assez peu gêner les soins, elles n'en dénaturent ni le sens ni l'éthique. Dans d'autres cas, elles peuvent alimenter sur un mode revendiquant un discours un peu creux, "faux prétexte", justification d'un désinvestissement partiel du processus de soin. Dans les cas les plus extrêmes, elles génèrent chez les soignants une souffrance telle que ce processus de soin peut devenir gravement dysfonctionnel, avec des conséquences forcément fâcheuses sur les patients.

La qualité des soins prodigués dans un service, en l'occurrence une unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie, ne serait donc pas qu'une question d'organisation. Deux autres paramètres nous semblent devoir être pris en compte. D'une part la personnalité de celles et ceux qui sont à la tête du service et de l'équipe soignante. D'autre part, les lieux, les espaces physiques, architecturaux, où va se faire la prise en charge des patients.

Il est souvent dit qu'un service est à l'image de son chef de service, et plus largement de la manière dont il fait équipe avec les médecins qui l'entourent. La place du cadre supérieur de santé étant devenue de plus en plus importante, l'entente avec le chef de service, et la manière dont il va faire équipe de son côté avec les autres cadres qui l'entourent, est aussi essentielle pour mettre en œuvre au mieux les soins, c'est à dire développer la capacité de sollicitude et de contenance thérapeutique de l'institution, capacité portée au quotidien par l'équipe soignante dans sa façon première de se rendre accueillante, disponible et fiable.

Il est souvent dit aussi que l'ambiance d'un service peut se sentir dès l'entrée dans les lieux, dans ce que donne à voir l'espace physique, la manière dont il est aménagé et entretenu, que cette ambiance est souvent un reflet assez immédiat de la qualité de ce qui se passe dans les soins, laissant ainsi deviner les liens étroits que peuvent avoir espace physique et espace psychique.

Organisation des soins, personnalités à la tête de la structure de soins, lieux des soins, ces trois paramètres constitueraient donc une sorte de trépied, les trois pieds d'une assise qui soutiendrait les bases d'un bon soin. Que ces pieds soient de longueurs inégales et cette assise perd de sa stabilité, de sa solidité, les trois paramètres s'influencent les uns les autres.

Notre expérience de psychiatre hospitalier nous a confronté récemment à un changement radical de l'un de ces paramètres, à savoir un déménagement des lieux de soins où nous exerçons vers des locaux neufs, entièrement repensés et reconstruits.

Nous avons participé aux premières réunions programmatiques de ce projet de reconstruction, projet qui concernait aussi les 3 autres services de psychiatrie adulte de l'hôpital selon des modalités superposables. Quelques mois plus tard, nous avons découvert le projet finalisé et validé. Puis, après deux années de travaux, nous avons pu investir notre nouveau service, tout en vivant le déménagement, la perte et le deuil des anciens locaux. Maintenant, nous avons cinq années de recul, cinq ans de pratique dans ce service reconstruit à neuf. Ces différentes étapes nous ont amené à nous interroger sur la place et l'importance des lieux dans notre pratique soignante au quotidien : lors de l'élaboration du projet lui-même, en essayant de nous servir de nos observations et expériences

passées ; une fois le déménagement réalisé, en considérant la manière dont les patients et les soignants investissaient de nouveaux espaces, en considérant en même temps la manière dont ceux-ci pouvaient modifier ou pas leurs comportements et leurs conduites.

Certaines architectures peuvent-elles améliorer par elles-mêmes la qualité de la prise en charge ? Y a-t-il des architectures qui influent sur les manifestations et réactions psychiques pathologiques ? C'est autour de ces questions que nous souhaitons mener notre travail, avec en contrepoint une autre interrogation : Y a-t-il des architectures qui favorisent la pratique et l'éthique soignante ?

## **CHAPITRE PREMIER**

### **EXPERIENCE DE RECONSTRUCTION D'UN SERVICE DE PSYCHIATRIE**

Il nous semble important de partir de cette expérience puisque nos interrogations et réflexions pendant son déroulement sont à l'origine de notre sujet de mémoire.

#### **1 - Une participation écourtée à la programmation**

La phase préparatoire à laquelle nous avons participé nous a permis de nous projeter avec un certain enthousiasme dans cette reconstruction. Cependant, pour des raisons indépendantes de cette phase préparatoire elle-même, elle s'est assez rapidement interrompue. Nous avons surtout été présent à la période où il s'agissait de définir avec notre maître d'ouvrage, en l'occurrence notre institution hospitalière, nos besoins, en terme d'espaces, de lieux mais aussi de fonctionnalité, de définir ce que nous considérons comme nécessaire pour des soins de qualité, et où il s'agissait par ailleurs de transmettre ces données au programmiste afin qu'il puisse nous aider à les rendre plus claires, plus explicites.

La programmation recueille les besoins et en fait la synthèse, permet la mise en forme de l'appel d'offre pour les architectes. La programmation a une place déterminante dit Stéphane Courteix<sup>1</sup>, architecte et docteur en psychologie, "en tant qu'articulation entre l'univers intime de notre inconscient dans lequel naissent nos rêves d'institutions, et la scène de la réalité matérielle dans laquelle nous aspirons

---

<sup>1</sup>. Courteix S., "La programmation : un maillon indispensable entre inconscient et réalité", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp 68-76.

à les concrétiser, chaînon tantôt manquant, tantôt affaibli par des contextes opérationnels peu favorables ou marqués par l'urgence". Un des enjeux de cette étape apparaît d'emblée dans cette formulation, à savoir que se projeter dans la réalisation d'une unité d'hospitalisation psychiatrique interroge forcément nos représentations conscientes et inconscientes de la vie psychique et de la maladie mentale, nos conceptions là aussi conscientes et inconscientes des soins, et plus largement notre conception du monde en ce sens où la pathologie mentale vient régulièrement la malmener. "Entre l'inconscient et la réalité, le maillon essentiel est donc bien celui qui fait passer du dessein au dessin : la programmation, qui accompagne au mieux le passage depuis cette scène où règne en maître le principe de plaisir, siège de la toute-puissance du lieu à satisfaire toutes les attentes et tous les désirs, vers cette autre scène où tout un chacun bute sur le principe d'une réalité parfois brutale", ajoute Stéphan Courteix<sup>2</sup> en conclusion de son article.

Après avoir dû suspendre notre participation aux réunions, au tiers du chemin dans la phase de programmation, c'est à cette réalité brutale que nous nous sommes trouvé confronté quelques mois plus tard. Nous découvrons alors un projet architectural finalisé dans ses grandes lignes, où les réaménagements possibles ne peuvent plus se faire qu'à la marge. Cette réalité nous est apparue d'autant plus brutale que nous avons conscience que la réalisation d'une unité d'hospitalisation psychiatrique engageait pour une trentaine d'années, que sa conception initiale était donc fixée pour une longue période, alors même que les idées concernant la façon de soigner les troubles psychiques et psychiatriques sont en évolution constante. Comme a pu le formuler notre collègue psychiatre Nicole Horassius-Jarrié<sup>3</sup> : "On attend des architectes qu'ils créent, dans la réalité matérielle la plus concrète, une institution évolutive, souple, qui s'adapte au changement des idées et des conditions de soins. On va presque jusqu'à leur

---

<sup>2</sup>. Courteix S., "La programmation : un maillon indispensable entre inconscient et réalité", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp 68-76.

<sup>3</sup>. Horassius-Jarrié N., "La mise en place du cahier des charges", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp 81-82.

demander de concevoir en "dur", en béton ou en pierre de l'éphémère et du provisoire".

Avant d'aller plus loin dans le récit de notre expérience, présentons rapidement l'avant et l'après de la reconstruction.

## **2 - Avant la reconstruction**

Le service comprend 50 lits répartis dans 2 bâtiments.

Le premier est une unité d'admission de 28 lits, datant de 40 ans, très dégradée dans son ensemble, où l'on retrouve sur 2 niveaux :

- 11 chambres à 2 lits et 6 chambres à 1 lit, chambres ayant un simple coin lavabo pour l'hygiène et globalement peu accueillantes de part leur configuration.

- Sanitaires, douches individuelles et wc, regroupés dans 2 espaces communs.

- Lieux de vie : salles d'activité et TV, salle à manger, terrasse et jardin clos.

- Bureaux d'entretien, salle d'examen et pharmacie.

- 2 chambres d'isolement ou de sécurité installées au rez-de-chaussée à côté de chambres ordinaires.

- Espaces de circulation de taille réduite, avec des recoins et peu lumineux.

- Espaces d'accueil limité dans l'unité pour les visites de personnes extérieures.

- Jardin clos arboré.

Le second est une unité d'hospitalisation de longue durée de 22 lits, datant de plus de 100 ans, aussi très dégradée dans son ensemble, où l'on retrouve sur 2 niveaux :

- 10 chambres à 2 lits à l'étage et 2 chambres à 1 lit au rez-de-chaussée, ayant en général un lavabo mais pas toujours.

- Sanitaires, douches individuelles et wc, regroupés dans un espace commun principal.
- Lieux de vie : salles d'activité et TV, salle à manger, terrasse et jardin clos.
- Bureau d'entretien, salle d'examen et pharmacie.
- 1 chambre d'isolement ou de sécurité au rez-de-chaussée.
- Espace de circulation limité.
- Espace d'accueil limité et dans l'unité pour les visites de personnes extérieures.
- Jardin clos arboré.

### **3 - Après la reconstruction**

Le service comprend 40 lits dans un bâtiment entièrement de plain-pied.

Les précédentes unités d'admission et de longue hospitalisation sont donc regroupées dans ce nouveau service où l'on retrouve :

- 40 chambres individuelles comportant toutes une salle de bain et wc. Elles sont réparties sur 3 couloirs (correspondant à 3 ailes du bâtiment) qui convergent vers un espace-hall-carrefour central où se situent les bureaux des équipes soignantes, bureaux vitrés permettant un contact visuel avec les personnes qui y circulent.

- Lieux de vie auxquels on accède à partir de ce même espace-hall-carrefour central : 2 salles TV, une grande salle permettant diverses activités et une grande salle à manger donnant toutes les deux sur une terrasse extérieure et sur un jardin clos, 1 salle de détente et d'activités physiques.

- Bureaux d'entretien, salle d'examen et pharmacie.

- 2 chambres de soins intensifs (ancienne chambre d'isolement ou de sécurité) situées derrière les bureaux des équipes soignantes et donc à l'écart de

l'unité elle-même. L'admission dans ces chambres de soins intensifs peut se faire par une entrée spécifique, différenciée de l'entrée habituelle de l'unité.

- Espaces de circulation étendus, assez larges, sans recoins, et assez lumineux.

- Espaces d'accueil contigus à l'unité mais permettant des visites de personnes extérieures sans pénétrer dans l'unité elle-même.

- Jardin clos arboré.

#### **4 - Face au projet architectural finalisé**

Notre réaction à la découverte de ce projet architectural finalisé s'est focalisé sur un élément et un seul, élément négatif de notre point de vue, presque rédhibitoire, qui a fonctionné comme un puissant attracteur et ne nous a pas permis, au moins dans un premier temps, de voir et d'apprécier à leur juste valeur tous les autres éléments largement positifs. Alors que le cahier des charges avait fixé à 40 le nombre de lits d'hospitalisation complète de notre service de psychiatrie reconstruit, alors qu'il nous était toujours apparu comme une évidence que le projet architectural allait se faire sur la base de 2 unités de 20 lits, ce qui était la norme dans toutes les constructions ou reconstructions récentes en France, nous découvrions que notre futur service ne comporterait qu'une seule unité d'hospitalisation complète de 40 lits.

Plusieurs craintes nous sont immédiatement venues en tête, se sont mises à y tourner pendant quelques jours et même quelques nuits, avant de commencer à s'apaiser par un effort assez conséquent de mise à distance de nos inquiétudes, d'auto-persuasion quant à nos capacités d'adaptation dans cette nouvelle configuration de ce lieu de soins. Et puis les collègues, à qui nous faisons part de nos craintes quant à la taille de notre futur service, ne semblaient pas les partager, en tous les cas pas avec la même intensité. Enfin, l'ouverture de ce futur service nous projetait au moins deux années en avant, et cela laissait du temps pour réfléchir sur plans à la manière de l'investir et de le faire fonctionner, pour voir

comment transposer et faire évoluer dans ces nouveaux lieux nos pratiques soignantes, pour les réinterroger aussi, exercice nécessaire et toujours intéressant.

Notre première inquiétude concernait la problématique du mélange des pathologies. A partir du moment où il n'y avait plus qu'une seule unité d'hospitalisation plein temps, se retrouveraient ensemble des patients avec des troubles très différents allant de la "simple" dépression réactionnelle à différentes formes plus ou moins graves de schizophrénies, en passant par des décompensations de troubles bipolaires, de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, d'un problème d'addiction, ou encore d'un trouble déficitaire. Cela fait très longtemps que l'on reproche à l'hôpital psychiatrique public ce "mélange des populations", accusé d'aggraver l'état psychique de certains patients fragiles, voire de "les rendre vraiment fous s'ils ne l'étaient pas au départ". Du point de vue des patients, la question posée est celle du côtoiement d'une altérité parfois radicalement perturbée, avec ce que cela peut faire naître d'angoisse pour sa propre sécurité intérieure. Du point de vue des soignants, c'est la question de la difficulté à personnaliser des soins dans un même lieu pour des pathologies très différentes. Des efforts avaient été faits dans notre hôpital pour limiter les effets délétères de ce "mélange des populations", avec la création de structures spécifiques pour certaines pathologies (celles conduisant à une importante perte d'autonomie et nécessitant une longue voire très longue hospitalisation) ou pour certaines tranches d'âges ( personnes âgées, adolescents). Il nous semblait qu'il y avait là, avec ce nouveau projet, une remise en cause de cette évolution déjà entamée, même si par ailleurs la création en parallèle d'une structure inter-service de longue hospitalisation, en permettant de diminuer de 10 le total des lits du service, permettait de limiter d'autant la présence en son sein de patients dits "chroniques" et le plus souvent déficitaires.

Notre seconde inquiétude concernait la problématique du fonctionnement psychique et comportemental d'un groupe de 40 patients et de sa gestion par les équipes soignantes. Crises anxieuses, accès d'excitation psychomotrice ou accès délirant aigu, phénomènes de transgression ou d'agressivité, voire de violence, tous ces éléments cliniques peuvent faire partie de l'expression pathologique psychiatrique, et il n'est jamais simple de les contenir, de les apaiser à un niveau individuel, à fortiori lorsqu'ils s'inscrivent dans une dynamique groupale avec les

phénomènes de déstabilisation et de contamination que l'on peut imaginer. Philippe Weiss et Vincent Arques<sup>4</sup> rappellent que déjà dans les années soixante, se référant aux notions théoriques et empiriques sur le fonctionnement des groupes, l'Organisation Mondiale de la Santé et un psychiatre comme Paul Sivadon recommandaient des unités de 7 lits pour le traitement précoce des états psychiatriques aigus, et des unités de 25 lits pour des unités classiques, unités qu'il était conseillé de diviser en deux en terme de fonctionnement. Par ailleurs, dans le cadre d'un service entièrement de plain-pied, avec des distances relativement importantes entre les points les plus excentrés, intervenir au mieux auprès de 40 patients nous semblait une tâche difficile, d'autant qu'il était prévu que l'ouverture de ce nouveau service plus fonctionnel s'accompagne d'une diminution des effectifs de l'équipe soignante.

Une autre inquiétude concernait l'évolutivité du projet architectural défini. Comme nous l'avons déjà dit, un tel projet engage pour une longue période alors même qu'il est bien difficile de dire ce que seront les soins psychiatriques dans dix ou quinze ans. Il nous semble que cette question de l'évolutivité a été trop souvent négligée dans le passé, que la conception des hôpitaux psychiatriques a souvent été en retard par rapport à l'évolution des concepts de soins. Même s'il s'intéresse surtout aux effets à long terme de notre civilisation technologique, la lecture de Hans Jonas<sup>5</sup> nous a fait nous interroger sur la responsabilité qui est la nôtre dans le temps à travers certains engagements, certaines réalisations, architecturales en l'occurrence, responsabilité vis à vis de la ou des générations suivantes, ici pour des patients atteints de troubles mentaux. Penser un projet en anticipant sur l'avenir, peut aider à ne pas le fixer et le figer, à garder une ouverture, à laisser une marge évolutive aux adaptations qui ne manqueront pas de se faire dans le futur. Nous avons eu à souffrir au début de notre carrière professionnelle d'exercer dans un hôpital psychiatrique conçu sur le mode de l'hôpital-village, isolé en pleine campagne à 20 km de la ville, projet réalisé pour des raisons de politique locale et

---

<sup>4</sup>. Weiss P., Arques V., "L'architecture comme outil de soins", *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, janvier 2014, Tome VIII, n°72, pp 31-35.

<sup>5</sup>. Jonas H., *Le principe Responsabilité*, Editions Flammarion, Champs essais, Paris, 2013.

alors même que ce concept avait depuis plusieurs années déjà été largement critiqué et abandonné. Il aura fallu trente années pour que cet hôpital soit fermé et relocalisé dans la cité, trente années pendant lesquelles les soins pour les patients ont été assez souvent entravés par les conditions de fonctionnement de celui-ci. Plus largement, si l'on se réfère à l'histoire de l'architecture psychiatrique - nous nous y intéresserons au Chapitre II - on peut dire que les premiers établissements pour aliénés, construits selon des plans symétriques et imposants, ont d'une certaine manière commandé pendant un siècle et demi leur visée thérapeutique de départ. Ces lieux pensés pour soigner les malades mentaux ont une place fondamentale dans l'histoire de la psychiatrie, mais peut-être pouvons nous faire l'hypothèse que, à un moment donné, ils ont contribué par leur architecture-même à freiner voire à empêcher l'évolution des soins. Si cette hypothèse a du sens, on perçoit immédiatement le nombre de générations de patients atteints de maladie mentale qui ont pu souffrir de cet état de fait, devenant les victimes de réalisations architecturales très difficiles à faire évoluer, auto-entretenant leur propre logique de fonctionnement, devenant elles-mêmes aliénantes au fil du temps, alors qu'elles avaient été conçues au départ pour soigner les aliénés.

## **5 - Dans le service reconstruit**

Il se trouve que très vite après l'emménagement dans notre nouvelle unité d'hospitalisation psychiatrique, nous avons été à la fois rassuré et agréablement surpris de voir que nos inquiétudes de départ ne se trouvaient pas validées. A l'évidence, même si la question de la taille de l'unité restait posée, elle n'entraînait pas de problème patent, et les conséquences redoutées n'étaient pas au rendez-vous.

Après un déménagement que les patients ont vécu avec beaucoup de calme, ils sont assez vite apparus apaisés par les nouvelles conditions d'hospitalisation. Sans doute, au départ, et cela est vrai pour les patients et les soignants, peut-on y voir un effet direct de ce qu'il y a d'un peu impressionnant à être les premiers à pénétrer dans des lieux neufs, à prendre possession de nouveaux espaces. Comme s'il fallait du temps pour les habiter, pour y trouver sa place, y avoir des repères. Comme si cela demandait de la prudence, une sorte de respect pour un endroit

encore vierge et indemne de la vie et de ses souffrances, et que celles-ci soudain hésitaient à s'exprimer. Cependant, au fil des mois et des années, il nous semble que cet effet s'est globalement maintenu, même si les accès pathologiques aigus n'ont évidemment pas disparu, même si des dynamiques délétères de groupe peuvent toujours exister, même si par ailleurs plusieurs réajustements dans l'organisation des équipes soignantes ont été nécessaires pour trouver un fonctionnement en adéquation avec la nouvelle configuration des lieux.

Les patients étant les mêmes avant et après le déménagement, les équipes soignantes et les principes de soins aussi, le seul changement étant celui des espaces et des lieux, il nous semble donc possible de faire l'hypothèse de leur implication dans le fonctionnement globalement plus apaisé du nouveau service. De là naît notre envie de pousser plus loin notre réflexion à ce sujet, de nous engager dans une démarche de réflexion empirique sur la manière dont le nouveau bâtiment a pu agir positivement sur l'ambiance générale de ce fonctionnement, tant aux niveaux des patients qu'au niveau des soignants.

Pour cela, il nous paraît utile de préciser les changements majeurs que l'architecture du nouveau service a apportés par rapport aux conditions antérieures. En comparant les éléments descriptifs mentionnés précédemment dans l'avant et l'après reconstruction, nous retenons ceux-ci :

- les chambres et lieux de toilettes sont devenus individuels privés.
- les chambres de soins intensifs avec la gestion des crises et de la violence qui s'y associe ont été mises à l'écart, dans un lieu spécifique.
- les espaces de déambulations et les espaces de vie se sont élargis et se sont agrandis.
- l'esthétique générale des lieux a été transformée : locaux neufs, dessin différent des espaces et des volumes, luminosité, couleurs choisies pour cette enveloppe architecturale à l'extérieur comme à l'intérieur.

Nous nous proposons donc dans ce mémoire d'envisager ces changements d'un point de vue éthique, de déterminer de quelle manière ils ont pu transformer

les comportements et les conduites de ceux qui y séjournent pour une période plus ou moins longue, patients et soignants.

Auparavant, il nous apparaît important de revisiter l'histoire des liens entre psychiatrie et architecture, liens qui se sont tissés dès l'apparition de la psychiatrie comme discipline médicale, avec la création des premiers établissements construits spécifiquement pour la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux, on parlait alors d'aliénés. Par ailleurs, il nous semble que cette sorte de matérialisation de la folie que propose l'architecture, doit passer par la prise en compte de différentes notions avec lesquelles justement la folie entretient un rapport difficile, nous pensons en particulier aux notions d'ambiance, d'espace et de limites, d'intérieur et d'extérieur, et bien sûr à la notion d'habiter.

## CHAPITRE II

### ARCHITECTURE ET SOINS PSYCHIATRIQUES

#### 1 - Eléments historiques

C'est à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, dans la dynamique des Lumières, qu'a commencé à émerger une véritable réflexion sur l'hôpital et sur les malades. Ainsi, en 1785, est publié à Paris, par l'Imprimerie royale, un rapport écrit par deux médecins, Jean Colombier et François Doublet : *Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*.

En 1788, Jacques-René Tenon, lui aussi médecin, est chargé d'un autre rapport intitulé : *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. "Un hôpital est en quelque sorte un instrument qui facilite la curation ; mais il y a cette différence frappante entre un hôpital de fiévreux et de blessés et un hôpital de fous curables, que le premier offre seulement un moyen de traiter avec plus ou moins d'avantage, selon qu'il est plus ou moins distribué, tandis que le second fait lui-même fonction de remède ; car, ..., un point essentiel dans le traitement de la folie, c'est de ne pas contrarier ceux qui en sont affectés, de ne les priver de leur liberté qu'autant qu'ils pourraient nuire, de les laisser à leur volonté dans leurs loges, infirmeries, galeries, promenoirs" écrit-il, cité par Mathilde et Jackie Pigeaud<sup>6</sup>. L'idée est exprimée clairement que, pour la folie, l'hôpital lui-même est un outil du soin, et cette idée va structurer les projets et constructions à venir.

La constitution de l'asile au début du XIX<sup>ème</sup> siècle n'a pas pour seul but d'enfermer les insensés, de les isoler vis à vis de la société et de la famille, mais il

---

<sup>6</sup>. Pigeaud M. et Pigeaud J., "L'asile et ses jardins", *Psychiatrie Française*, n°4-92, décembre, pp 115-129.

répond aussi à un projet thérapeutique. Ceux que l'on appelle alors les aliénistes, considèrent qu'il y a toujours, même chez le malade mental le plus grave, l'aliéné le plus grave, une possibilité minimale de raison, et que celle-ci peut être entendue et corrigée par le traitement moral, défini par Philippe Pinel, cité par Donato Severo<sup>7</sup>, comme "l'art de subjuguier et de dompter, pour ainsi dire, l'aliéné, en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui, par ses qualités physiques et morales, soit propre à exercer sur lui un empire irrésistible, et à changer la chaîne vicieuse de ses idées".

Cette première expression d'un traitement psychologique est à l'origine du cadre architectural des grands asiles classiques. Le traitement moral de l'aliéné ne prend alors son sens que s'il est articulé avec le traitement de l'ensemble de son existence. Les plans de ces asiles sont pensés avec une symétrie parfaite pour contenir et corriger la désorganisation de la folie. Le principe est posé d'une répartition des malades selon leur pathologie et selon leur comportement, avec différents quartiers, des patients les plus calmes aux patients les plus agités. Ils comprennent des jardins, exigences environnementales qui doivent assurer la pureté de l'air et de l'eau, et des zones agraires permettant aux aliénés de participer à des travaux agricoles, l'oisiveté étant considérée comme une des sources de la maladie mentale - nous reviendrons plus précisément sur cette place des jardins au sein de l'asile car elle nous semble particulièrement importante. Au total, il s'agit bien de construire un espace rationnel pour l'irrationnel que représente la folie.

La question a ainsi été posée dès le départ d'une architecture qui aurait une fonction thérapeutique. "Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales " dit l'aliéniste Etienne-Dominique Esquirol en 1819, cité par Donato Severo<sup>8</sup>, qui par la suite va collaborer activement avec l'architecte Emile-Jacques Gilbert pour la construction de l'hospice de Charenton.

---

<sup>7</sup>. Severo D., "Dépendances environnementales, architecture et psychiatrie : l'asile est-il de retour ?", *Soins Psychiatrie*, n°280 - mai/juin 2012, p. 16, Elsevier Masson.

<sup>8</sup>. Idem

La forme de l'asile classique va durer sans grande évolution jusqu'à la seconde guerre mondiale, alors que se poursuit une démarche rationnelle dans la classification des maladies et en parallèle une répartition des malades de plus en plus réfléchi. Va alors se développer le concept d'hôpital village, la disposition des pavillons autour d'un centre reconstituant quelques fonctions d'un village et devant aider les malades à intégrer les valeurs de vie collective d'une microsociété. Ce concept va très vite être considéré comme dépassé. On lui reproche son isolement en campagne, la ségrégation du fait de son éloignement, et surtout le surinvestissement du cadre au détriment du relationnel. Le concept d'hôpital urbain de petite taille, intégré dans la cité, avec un projet de développement des soins dans la communauté, se développe dès les années 1960. Le psychiatre Jean-Charles Pascal<sup>9</sup> revient sur la controverse qui va opposer les tenants de l'hôpital village et ceux de l'hôpital urbain. Au-delà de considérations géographiques et architecturales, elle illustre "la fracture entre les tenants de deux théories du soin psychiatrique institutionnel. Les défenseurs de la psychothérapie institutionnelle relationnelle, d'une part, qui s'appuyaient sur les valeurs d'échanges idéalisés, la sociothérapie, l'utopie normalisante de l'institution et de façon plus générale sur une lecture marxiste de l'aliénation qui à travers un hôpital image d'une structure idéale, reconstituait une structure thérapeutique, et de l'autre, les tenants de la psychothérapie institutionnelle psychanalytique qui préféraient l'hôpital urbain susceptible à leurs yeux de permettre une prise en charge centrée sur la modulation transférentielle et interprétante tout en diminuant les effets paradoxaux dus au cadre du faux village". Et l'auteur de remarquer qu'à l'époque de cette controverse, qui a pu durer jusque vers la fin des années 80, jamais "la question du confort des patients n'est posée, un peu comme si la pensée désaliénante et humaniste avait eu quelques difficultés à se représenter le malade dans une réelle altérité citoyenne". Est fait allusion par là à des questions devenues par la suite beaucoup plus essentielles comme l'intimité des patients, la

---

<sup>9</sup>. Pascal J.-C., "Théorie du soin en psychiatrie et architecture", Communication aux XXIème journées de Fontevraud sur le thème : Architecture Espace et Psychiatrie, 13 mai 2006, CHU Angers, Service de psychiatrie et psychologie médicale.

possibilité pour ceux-ci, par exemple, d'avoir des chambres individuelles avec cabinet de toilette personnel.

Au cours des vingt dernières années, les lieux de soins psychiatriques ont évolué, avec une diminution très importante du nombre de lits d'hospitalisation, des services recalibrés à la baisse, avec des standards d'accueil et de fonctionnalité de plus en plus précis mais n'empêchant pas une réflexion architecturale minimale, et en parallèle un développement de petites structures proposant des soins alternatifs, ambulatoires, petites structures réparties dans la cité, dont une des caractéristiques est d'être au maximum intégrées, fondues dans le tissu architectural ordinaire.

On perçoit, à travers ce rapide survol historique, les rapports intimes entre psychiatrie et architecture, celle-ci ayant à chaque époque matérialisé une idée de la folie, accompagnant et suivant les représentations de cette folie. Reste posée la question du rôle de l'architecture sur la prise en charge de la maladie mentale. Y a-t-il une architecture spécifiquement psychiatrique ? On voit qu'elle a été évolutive dans le temps et qu'elle reflétait les conceptions du soin psychiatrique, qu'elle était en quelque sorte au service de cette conception du soin psychiatrique. Mais quelle est l'importance réelle sur l'évolution clinique des patients de cette architecture en termes de formes, de volumes et d'espaces, d'agencement de ceux-ci ? Pour trouver quelques pistes de réponses, il nous faudra réfléchir aux rapports de l'individu à son espace environnant, et de manière peut-être plus large aux rapports de l'individu à l'ambiance dans laquelle il se trouve. Mais avant, nous souhaitons nous attarder dans le jardin de l'asile, dans cette architecture environnementale dont nous avons vu qu'elle avait eu toute sa place dès la construction des premiers asiles.

## **2 - Le jardin**

D'emblée, le jardin a été considéré comme un outil thérapeutique, pouvant agir sur les patients à différents niveaux complémentaires. Philippe Pinel, particulièrement, y attachera beaucoup d'importance. Nous-mêmes sommes très sensibilisés à cette dimension, d'autant que nous avons hérité dans notre hôpital

d'une réflexion ancienne sur la place du jardin et des espaces verts, que leurs aménagements ont depuis longtemps bénéficié d'une attention particulière, les bienfaits de ceux-ci ayant toujours été considérés comme essentiels.

Dès le départ, le jardin est envisagé comme un lieu d'apaisement et de détente par les marches que l'on peut y faire, comme un lieu d'harmonie, de rêverie aussi, et l'eau y a une place assez importante car on considère qu'elle a des vertus calmantes pour celui qui la regarde. Mathilde et Jackie Pigeaud<sup>10</sup> citent cet extrait de la seconde édition de 1809 du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* de Philippe Pinel: " Les mélancoliques se tiennent à volonté renfermées dans leurs loges, ou elles errent librement sous des voûtes de verdure qui ont le double avantage de récréer leur vue et de tempérer les ardeurs du soleil. La fontaine qui est au milieu de leur cour leur fournit en abondance l'eau qui peut servir à leurs besoins et à rafraîchir leurs demeures solitaires. Les femmes en démente, ou celles qui sont au déclin de la manie et dont le moindre objet peut exaspérer le caractère, jouissent de toute leur liberté, soit dans les cours et les allées qui leur sont destinées, soit dans le jardin adjacent couvert de gazon, et déjà ombragé par de jeunes tilleuls qui prennent chaque jour de l'accroissement." Des débats auront lieu pour savoir le type de jardin le plus approprié dans un asile. Le jardin à la française est en général préféré, sans doute pour sa régularité, son ordonnancement, sa volonté de mise en ordre de la nature, avec l'idée de favoriser, comme par l'architecture des murs, une remise en ordre psychique des aliénés. Certains défendront le jardin à l'anglaise, paysager, avec ses formes irrégulières, son aspect plus proche de la nature, où sont recherchées la surprise et la découverte, la poésie, avec l'idée de jouer sur la sensibilité des aliénés.

Le jardin est également envisagé comme un lieu d'occupation et de travail qui va aider le patient à se détourner de sa folie en ramenant son attention sur des tâches précises, des habitudes, en proposant une hygiène de vie en terme d'effort et d'activité. Il peut s'agir de l'entretien des jardins d'agrément mais aussi du

---

<sup>10</sup>. Pigeaud M. et Pigeaud J., "L'asile et ses jardins", *Psychiatrie Française*, n°4-92, décembre, pp 115-129.

travail dans des jardins agricoles. Mathilde et Jackie Pigeaud<sup>11</sup> citent cet autre extrait de la seconde édition de 1809 du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* de Philippe Pinel : " Ce serait remplir l'objet dans toute son étendue que d'adjoindre à tout hospice d'aliénés un vaste enclos ou plutôt de le convertir en une sorte de ferme, dont les travaux champêtres seraient à la charge des aliénés convalescents et où les produits de la culture serviraient à leur consommation et à leurs dépenses..."

Enfin, Mathilde et Jackie Pigeaud rapportent les écrits de certains aliénistes comme Scipion Pinel, le fils de Philippe Pinel, qui considèrent qu'une autre fonction du jardin est de cacher la prison où les aliénés se trouvent, en dissimulant par des arbres et de la végétation les murs de l'hôpital qui étaient alors la règle et qui pouvaient être imposants, que ce soit le mur d'enceinte ou les murs de séparation entre les différents pavillons.

Quelles qu'en soient les modalités, rapport à la nature à travers les promenades ou rapport à la terre par l'activité agricole, on voit donc toute la place du jardin dans l'architecture asilaire. Il nous semble qu'il y prend une fonction d'autant plus importante qu'il vient offrir un espace de liberté dans un lieu d'enfermement, une hétérotopie au sein même d'une autre hétérotopie, selon le concept de Michel Foucault<sup>12</sup>, à savoir un lieu autre à l'intérieur d'une société, construit par la société elle-même, et pour lequel il donne six principes.

"Premier principe, c'est qu'il n'y a certainement pas une seule culture au monde qui ne constitue des hétérotopies. C'est là une constante de tout groupe humain". Dans notre société, il existe en particulier des hétérotopies que Michel Foucault appelle hétérotopies de déviation, dans lesquelles sont placés les individus dont le comportement apparaît déviant au regard de la norme. Sont mis

---

<sup>11</sup>. Pigeaud M. et Pigeaud J., "L'asile et ses jardins", *Psychiatrie Française*, n°4-92, décembre, pp 115-129.

<sup>12</sup>. Foucault M., "Des espaces autres" (conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967), *Empan*, vol n°54, n°2, 2004, pp 12-19.

dans cette catégorie les prisons bien sûr, mais aussi les établissements psychiatriques.

" Second principe, c'est que, au cours de l'histoire, une société peut faire fonctionner d'une façon très différente une hétérotopie qui existe et n'a jamais cessé d'exister".

"Troisième principe. L'hétérotopie a le pouvoir de juxtaposer en un seul lieu réel plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles"... "peut-être que l'exemple le plus ancien de ces hétérotopies en forme d'emplacements contradictoires, est le jardin", dit Michel Foucault<sup>13</sup>, qui ajoute : "Le jardin, c'est la plus petite parcelle du monde et puis c'est la totalité du monde. Le jardin c'est, depuis le fond de l'antiquité, une sorte d'hétérotopie heureuse et universalisante".

Mentionnons également que l'hétérotopie est fréquemment associée à une rupture avec le temps ordinaire (quatrième principe), qu'elle suppose toujours un système d'ouverture et de fermeture qui à la fois l'isole et la rend accessible (cinquième principe).

Ce concept d'hétérotopie nous semble particulièrement fécond dans la manière dont il interroge la place du jardin au sein des premiers asiles comme au sein d'hôpitaux plus récents. Un asile sans jardin ne ressemblerait-il pas plus ou moins à une prison ? Pour qu'une hétérotopie de déviance soit vivable, ne faut-il pas justement lui associer une autre hétérotopie permettant de créer un espace d'illusion ou encore un espace de compensation (fonctions de l'hétérotopie que Michel Foucault définit dans le sixième principe) ? Il s'agirait alors, au-delà des qualités thérapeutiques proprement dites du jardin, de rendre tout simplement vivable ce lieu qu'est l'asile ou l'hôpital psychiatrique actuel. Cette problématique nous semble en effet toujours d'actualité. Lorsque l'on recueille les témoignages de patients hospitalisés dans certains services de psychiatrie intégrés dans les hôpitaux généraux standardisés, sans réels espaces verts autour, lorsque certains

---

<sup>13</sup>. Foucault M., "Des espaces autres" (conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967), *Empan*, vol n°54, n°2, 2004, pp 12-19.

de ces services se trouvent en étage, entre des services de médecine somatique ou de chirurgie, ils se plaignent souvent du confinement, du manque d'ouverture sur l'extérieur, de l'absence d'un endroit autre où se détendre et se ressourcer. A contrario, dans notre expérience personnelle, à l'époque où nous étions encore dans notre vieux service à la dégradation avancée, nous avons entendu plusieurs fois cette remarque concernant la qualité et la beauté des espaces verts autour qui permettaient de compenser d'une certaine façon les conditions hôtelières devenues déplorables, et nous-mêmes avons pensé et exprimé à plusieurs reprises l'idée que le seul espace correct du service était le jardin et le parc alentour, mesurant dans ce contexte l'importance qu'ils prenaient pour les patients.

Dans un travail sur les jardins thérapeutiques, Jérôme Pellissier<sup>14</sup>, chercheur en psychologie et en écopsychologie, cite longuement Roger Ulrich. Ce professeur d'architecture américain a fait beaucoup de recherches sur la qualité résiliente que peut avoir un jardin et a souligné l'intérêt qu'il a alors dans la réduction du stress des personnes hospitalisées ; ce jardin est envisagé à la fois comme support d'autonomie et d'intimité, support de liens sociaux, support d'activités et support de distraction. De son côté, Jérôme Pellissier insiste sur le fait que le jardin favorise l'attention involontaire ou passive, reposante pour l'esprit ; qu'il favorise la rêverie, l'émergence de souvenirs et d'émotions pouvant renvoyer au jardin d'enfance ou à un coin de nature de notre enfance que nous avons tous en tête ; que le jardin est un lieu d'ouverture sensorielle ; que le jardin enfin, et nous sommes là dans le cadre d'activités thérapeutiques plus spécifiques, peut être un support au prendre-soin du milieu et en retour au prendre soin de soi.

### **3 - L'espace**

Dans la définition première du dictionnaire, l'espace est un lieu, plus ou moins délimité, où peut se situer quelque chose.

A partir de là, il existe plusieurs façons d'envisager cet espace, et les philosophes sont nombreux à s'être intéressé au sujet, avec des conceptions parfois

---

<sup>14</sup>. Pellissier J., *Jardins thérapeutiques et hortithérapie*, Editions Dunod, Malakoff, 2017.

très différentes. L'espace est-il une donnée concrète ou bien une conception abstraite ? Est-il distinct de son contenu ou en est-il indissociable ? Est-il une réalité absolue ou au contraire le résultat d'un travail permanent de construction et d'abstraction ?

Si l'on se réfère au cours d'Eric Fiat en Master 2 Ethique médicale et hospitalière appliquée, Kant dote l'expérience d'intelligibilité : quelque chose peut bien se produire, mais si rien ne permet qu'elle soit intelligible, elle ne sera pas vécue. Kant souligne ainsi le caractère intuitif de l'espace sensible. Pour lui, l'espace est une forme *à priori* de la sensibilité (comme l'est aussi le temps). Il remet en cause la conception commune selon laquelle l'espace serait une réalité objective indépendante de notre perception et ayant une réalité propre. Il conçoit l'espace comme une condition de possibilité de l'expérience. "L'espace n'est que la forme de tous les phénomènes externes, c'est à dire la condition subjective de la sensibilité" dit-il dans la *Critique de la raison pure*, cité dans l'article sur le concept d'espace du dictionnaire pratique de philosophie sous la direction de Laurence Hansen-Love. L'espace est donc pour Kant une structure par laquelle le sujet se représente ce qui est donné aux organes des sens.

Il nous semble que cette conception kantienne de l'espace est particulièrement pertinente dans le cadre de notre travail, lorsqu'il s'agit d'envisager la manière dont les patients présentant des troubles mentaux vont réagir et inter-réagir avec leur environnement. En effet, si l'espace n'est pas une donnée naturelle et indépendante de la représentation humaine, on comprend que les troubles mentaux puissent en altérer la perception.

Dans sa psychopathologie phénoménologique (ou phénoménologie psychiatrique), Georges Charbonneau<sup>15</sup> définit les structures prépsychologiques de l'expérience en référence à Kant. Cette notion, dit-il, "s'inscrit dans cette idée, centrale pour la philosophie européenne, que les phénomènes ne surviennent pas d'eux-mêmes, *ex nihilo*, sans modalités, structures, instances qui les portent préalablement. Qui les portent en un double sens que la philosophie de Kant a

---

<sup>15</sup>. Charbonneau G., *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*, Tome II, MJW Fédition, Paris, 2010.

bien défini : elles rendent l'expérience à la fois possible et intelligible". Nous verrons que cette approche phénoménologique et cette notion de structures prépsychologiques de l'expérience est particulièrement opérante lorsqu'il s'agit d'appréhender les patients psychotiques et la manière dont est parfois gravement altéré leur rapport au monde en général, et à l'espace en particulier.

Peut-on cependant complètement écarter l'idée que l'espace serait une réalité objective indépendante de notre perception ? Ne serait-il pas plus fécond d'envisager les choses dans une relation interactive réciproque entre cette réalité objective physique et un individu en tant que corps sensible ? Dans cette hypothèse, il nous semble qu'un espace architectural pourrait, par sa conception même, dégager ou pas une sorte de réceptivité attentive à cet individu, et qu'il pourrait ainsi en retour favoriser ou pas les conditions de son appropriation. "L'aménagement de l'espace est une donnée déterminante dans un projet de soin. Tout espace architectural, en qualifiant la relation de la personne à son environnement, contribue à la structuration ou à la dérégulation de celle-ci." écrit dans ce sens la philosophe Chris Younès<sup>16</sup>.

Du côté de l'individu, et en l'occurrence du patient présentant des troubles mentaux, on est souvent amené à évoquer son espace privé, à se représenter celui-ci comme une bulle, plus ou moins grande, mais dont il importe de respecter les limites sous peine de porter atteinte à son intégrité, de déclencher des réactions défensives variées allant de comportements d'inhibition jusqu'au passage à l'acte plus ou moins agressif ou violent. Le respect de cette bulle renvoie à la question de la distance dans les relations interindividuelles.

L'espace est un lieu, plus ou moins délimité, où peut se situer quelque chose, mais l'espace signifie aussi l'intervalle d'un point à un autre, et le verbe espacer est l'action de séparer par un intervalle. Edward T. Hall<sup>17</sup>, anthropologue américain, a créé le terme de "proxémie" pour désigner "l'ensemble des observations et des

---

<sup>16</sup>.Younès C., "L'architecture du prendre soin", *Urbanisme*, n°305 - mars/avril 1999, pp 47-54.

<sup>17</sup>. Hall E. T., *La dimension cachée*, Edition du Seuil, Paris, 1971.

théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique". Il insiste sur le fait que le rapport de l'homme à l'espace et à la distance n'est pas statique, mais qu'il est au contraire dynamique car lié à l'action qui peut être accomplie dans l'espace qui lui est donné. Il définit ainsi quatre distances physiques caractéristiques dans les échanges interindividuels : distance intime, distance personnelle, distance sociale et distance publique, correspondant à des distances objectivables, mesurables, assez constantes d'un individu à l'autre, même si elles peuvent légèrement varier avec les éléments de personnalité et avec les caractères de l'environnement.

La distance intime : " A cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision (souvent déformée), l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine, constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps". Cette distance intime, entre 0 et 45 cm, renvoie à la notion d'espace intime, espace intérieur de l'individu.

La distance personnelle : "désigne la distance fixe qui sépare les membres des espèces sans-contact. On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres". Cette distance personnelle se situe entre 45 et 125 cm, elle peut correspondre à la distance d'un entretien rapproché. Le langage mimique prend le pas sur le langage verbal.

La distance sociale : "La frontière entre le mode lointain de la distance personnelle et le mode proche de la distance sociale marque, ..., la limite du pouvoir sur autrui". Cette distance sociale se situe entre 125 et 360 cm, le langage verbal relègue au second plan le langage mimique.

La distance publique : "elle est située hors du cercle où l'individu est directement concerné". Elle se situe au-delà de 360 cm et elle renvoie à l'espace public. C'est la distance de l'orateur face à son public.

Ce découpage peut apparaître un peu artificiel, d'autant qu'Edward T. Hall le détaille encore plus en dédoublant chacune de ces quatre distances. Il s'agit de

mettre en avant le rôle particulièrement important que joue la distance objective dans la façon d'échanger des individus. Par ailleurs Edward T. Hall a remarqué que ces distances variaient selon les cultures, mais aussi selon les lieux où ces échanges interindividuels se passent. Comment alors ne pas les prendre en compte lorsqu'il s'agit d'élaborer un projet architectural spécifique comme une unité d'hospitalisation psychiatrique ?

#### 4 - Les limites

La représentation et la construction d'un espace ne peuvent se faire qu'à partir de la mise en place de limites qui vont petit à petit mettre en forme des liens entre les différentes parties de cet espace. C'est de cette même façon que Didier Anzieu<sup>18</sup> a envisagé, à travers son concept de moi-peau, la représentation et la construction de l'appareil psychique. A l'origine de son développement conceptuel, la volonté de ramener le corps au centre de la théorie psychanalytique, "comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée globale présexuelle et irréductible, comme ce sur quoi s'étaient toutes les fonctions psychiques", et la volonté de mettre en évidence l'importance des soins précoces de ce corps dans le développement psychique immédiat et ultérieur d'un individu. Il s'aide pour cela des travaux en éthologie de Lorenz et Tinbergen sur le phénomène de l'empreinte, de ceux du psychanalyste Bowlby sur la question de l'attachement, et de ceux de Winnicott sur les phénomènes transitionnels et l'espace transitionnel qui, dit-il, peuvent très bien être entendus comme des effets de l'attachement entre la mère et son enfant.

"Par moi-peau nous désignons une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps", explique Didier Anzieu<sup>19</sup>. Le moi-peau trouve son étayage sur trois fonctions de la peau : une première fonction d'enveloppe contenant qui retient à l'intérieur les bonnes expériences ; une seconde fonction de barrière protectrice qui marque la limite

---

<sup>18</sup>. Anzieu D., "Le moi-peau", *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°9, 19774, pp 195-208.

<sup>19</sup>. Idem

avec le dehors et qui protège des mauvaises expériences extérieures ; une troisième fonction d'échanges avec autrui.

Nous pouvons nous représenter le moi-peau comme un espace fermé par une limite assimilable à une peau psychique, différenciant deux espaces complémentaires, tout en permettant les échanges entre eux. A l'intérieur, l'espace psychique dans lequel vivent en ordre ou en désordre des contenus psychiques tels que les affects, les cognitions et les pensées. A l'extérieur, le monde physique, naturel, mais aussi les autres individus avec leurs propres contenus psychiques. "Le moi-peau permet de se sentir séparé, différent, capable de penser et d'aimer" explique Alberto Eiger<sup>20</sup> lorsqu'il utilise cette notion pour développer son concept d'habitat intérieur.

Ce que rapporte aussi Didier Anzieu dans son article princeps sur le moi-peau, ce sont les conséquences psychiques d'une perturbation dans la construction précoce de ce moi-peau, conséquences à court et moyen termes mais aussi à beaucoup plus long terme. Il nous semble alors intéressant d'envisager un espace de soins potentiellement réparateur de part des fonctions assez proches de celles du moi-peau : fonction de contenance des troubles mentaux et de la souffrance psychique qui les accompagne ; fonction protectrice vis à vis des sentiments d'agression ressentis à l'extérieur ; régulation des échanges entre le patient et son entourage, entre le patient et l'extérieur, lui permettant de retrouver petit à petit confiance en lui et en les autres, de reconstituer un intérieur qui a été malmené, parfois gravement, par ses troubles mentaux.

## **5 - Habiter**

Une fois envisagées les notions d'espace et de limites, se pose la question de la manière dont la personne, l'individu, va prendre possession de cet espace et de ses limites, la manière dont il va l'habiter.

---

<sup>20</sup>. Eiger A., *L'inconscient de la maison*, Editions Dunod, Paris, 2004.

Si l'on se réfère au dictionnaire Littré, habiter vient du latin *habitare*, fréquentatif de *habere*, avoir, signifiant donc : avoir souvent, être souvent, habiter, résider.

La notion d'habiter au sens commun de résider apparaît-elle pertinente pour évoquer la situation des professionnels et des patients lorsque l'on parle d'une unité hospitalière de psychiatrie ? A priori, non, même si pour quelques patients, des durées de séjour particulièrement longues, plusieurs années, peuvent transformer cette unité en une sorte de lieu de vie.

En revanche, du côté de la philosophie, habiter peut prendre un sens plus large, de manière d'être dans un lieu, de s'y comporter, manière d'habiter le monde, ainsi que l'écrit Heidegger<sup>21</sup> : "Si nous parvenons à penser le verbe "habiter" avec suffisamment d'ampleur et de sens, il nous nomme la façon dont les hommes accomplissent sur terre et sous la voûte du ciel leur migration de la naissance vers la mort". Il fait ainsi de cet habiter un élément fondamental, ontologique, de la condition humaine, au sens du séjour sur terre. Dans un autre texte, partant de l'étymologie du mot allemand *Bauen*, Heidegger<sup>22</sup> revient sur cette dimension de l'humain sur terre, mais il précise les rapports entre habiter et bâtir : "Habiter et bâtir sont l'un et l'autre dans la relation de la fin et des moyens. Seulement, aussi longtemps que notre pensée ne va pas plus loin, nous comprenons habiter et bâtir comme deux activités séparées, ce qui exprime sans doute quelque chose d'exact ; mais en même temps, par le schéma fin-moyen, nous nous fermons l'accès des rapports essentiels. Bâtir, voulons nous dire, n'est pas seulement un moyen de l'habitation, une voie qui y conduit, bâtir est déjà, de lui-même, habiter." Heidegger inverse ainsi le lien habituel entre bâtir et habiter, laissant entendre que l'acte d'habiter précède l'architecture : "Nous n'habitons pas

---

<sup>21</sup>. Heidegger M., "Hebel, L'ami de la maison", in *Questions III*, NRF Gallimard, Paris, 1966, pp 44-70.

<sup>22</sup>. Heidegger M., "Bâtir, habiter, penser", *Essais et conférences*, Editions Gallimard, Paris, 1958, pp 170-193.

parce que nous avons "bâti", mais nous bâtissons et avons bâti pour autant que nous habitons, c'est-à-dire que nous sommes *les habitants* et sommes *comme tels*".

La première considération d'Heidegger nous signifie notre condition humaine partagée, que l'on soit soignant ou patient, la vulnérabilité commune qui est la nôtre en tant qu'humain, le respect et la bienveillance qui devraient en découler dans notre positionnement soignant, avant même de les déployer dans nos fonctions plus techniques.

La seconde considération d'Heidegger nous semble avoir toute sa pertinence dans cette phase de réflexion qui précède et accompagne la programmation d'un projet architectural comme celui d'une unité d'hospitalisation psychiatrique, dans le sens où il est essentiel de penser les lieux, les rêver, s'y projeter au maximum, afin de les bâtir au plus proche de ce à quoi ils sont destinés, en l'occurrence soigner des patients présentant des troubles mentaux. Nous avons eu l'occasion de dire que notre participation à cette phase avait été interrompu prématurément, et il s'agit sans doute d'une des raisons qui sous-tend notre choc à la découverte du projet finalisé. Nous avons été stoppé dans cette lente maturation partagée qui conduit à s'approprier un projet finalisé, qui conduit à l'habiter, et nous avons découvert un bâti que justement nous n'avions pas eu le temps d'habiter.

Au-delà de notre expérience individuelle, cette question de l'habiter souligne la nécessaire réflexion participative des différents acteurs concernés par un tel projet de construction d'une unité d'hospitalisation psychiatrique : représentants du corps médical, de chacun des corps professionnels soignants et non soignants, mais aussi représentants des usagers par le biais des associations de patients et anciens patients. Il s'agit encore une fois de permettre à toute une équipe de professionnels d'habiter les lieux pour garantir au mieux l'adéquation de sa future réalisation. "Un projet architectural, aussi bon soit-il, ne sera jamais à même de pallier un manque d'élaboration des données du programme, et moins encore des enjeux du projet médical. Mais la sollicitation des professionnels "de terrain" est également déterminante afin de capitaliser le fruit des expériences de chacun pour réfléchir aux dispositifs éprouvés et efficaces, voire à ceux qui pourraient être inventés, mais également en vue d'éviter la reproduction d'erreurs, sources de dysfonctionnements possibles", écrivent B. Laudat, J.-P. Pascal, S. Courteix, Y.

Thoret<sup>23</sup>, dans un travail commun entre architectes et psychiatres sur la façon de mener un projet architectural en psychiatrie.

## **6 - S'approprier un nouveau lieu**

Nous venons d'en aborder l'une des conditions, à savoir un travail précoce et conséquent de réflexion et de proposition de la part des différents professionnels amenés à travailler ensemble dans ce nouveau lieu, en l'occurrence une nouvelle unité d'hospitalisation, travail intégrant la voix des usagers. L'appropriation concrète se fait lors d'une deuxième étape qui est le moment de l'emménagement, succédant au déménagement avec ce que cela peut signifier en terme de perte des repères habituels, mais aussi de mise en danger de la continuité d'une histoire qui se déroule à différents niveaux, individuel, groupal et institutionnel.

S'approprier une nouvelle unité de soins, c'est faire le deuil de l'ancienne, ou de celle idéale dans laquelle chacun se projetait et avec laquelle, forcément, il y aura un écart. S'approprier une nouvelle unité de soins requiert par ailleurs des capacités d'adaptation et d'investissement au niveau pratique en terme d'action mais aussi et surtout peut-être au niveau affectif.

"Tout sujet, ou tout groupe, pour s'approprier l'espace, doit pouvoir ancrer son expérience de/dans l'environnement en y trouvant quelque chose qui le sécurise ; mais cet espace trouvé doit lui laisser une place pour y lover quelque chose de son imaginaire, pour y créer ainsi une part de lui-même, et par ce mouvement, le faire sien. S'approprier l'espace, c'est sans doute, d'abord et avant tout, adhérer aux représentations auxquelles il renvoie, avant même qu'on y construise ses propres images" écrivent B. Laudat, J.-Ch. Pascal, S. Courteix et Y.Thoret<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup>. Laudat B., Pascal J.-C., Courteix S., Thoret Y., "Mener un projet architectural en psychiatrie", EMC, Elsevier Masson SAS, Paris, 37-876-A-80, 2008.

<sup>24</sup>. Idem

## 7 - La notion d'ambiance

Si l'on se réfère à la définition première du dictionnaire, l'ambiance est une atmosphère matérielle ou morale qui environne une personne ou un groupe de personnes. L'étymologie renvoie au latin *ambire* signifiant entourer. L'ambiance entoure de tous côtés, constitue le milieu où l'on se trouve, elle environne, forme un contexte. De façon plus familière, l'expression *il y a de l'ambiance ici* renvoie à une atmosphère gaie, pleine d'entrain, laisse entendre que l'ambiance possède une action sur le psychisme, peut agir dans un sens ou dans l'autre sur l'humeur d'une personne mais aussi sur celle d'un groupe de personnes par un effet de partage, de bain commun.

Au niveau d'un service de psychiatrie, on peut aisément comprendre la manière dont l'ambiance va pouvoir agir sur le psychisme des patients, d'autant que ceux-ci ont souvent une sensibilité exacerbée aux éléments constituant une ambiance. L'on voit dès lors l'intérêt qu'il y a à être attentif à cette question : éviter les effets délétères d'une mauvaise ambiance et essayer à l'inverse de la promouvoir comme facteur thérapeutique. On peut aussi comprendre la manière dont l'ambiance va pouvoir agir sur le psychisme des soignants qui prennent en charge les patients, l'enjeu étant alors qu'elle favorise le plus possible les conditions d'un bon exercice professionnel.

Ces effets délétères possibles de l'ambiance dans un service de psychiatrie ont été étudiés par Jean Oury<sup>25</sup> qui les regroupe sous le terme de pathoplastie. Il insiste sur le lien avec ce qu'il nomme "sous-jacence institutionnelle", c'est à dire ce qui résulte des aléas du fonctionnement du groupe soignant. Si l'on se réfère à la définition du dictionnaire rapportée précédemment, c'est l'atmosphère morale qu'il met en avant, à laquelle il attache le plus d'importance. Jean Oury a beaucoup insisté sur le travail d'analyse de l'institution elle-même afin de mettre en évidence les paramètres susceptibles de fabriquer de la pathologie. La qualité de l'atmosphère morale est bien sûr essentielle dans l'ambiance d'un service de

---

<sup>25</sup>. Oury J., "Chemins vers la clinique", *L'évolution psychiatrique*, 72, 2007, pp 3-14.

psychiatrie, mais il nous semble important de ne pas négliger l'autre versant pouvant y participer, à savoir l'atmosphère matérielle, tout ce qui peut être en lien avec les lieux, l'espace architectural proposé, la manière aussi dont cet espace va être mis en valeur par la décoration intérieure et entretenu au quotidien.

## **8 - Troubles mentaux et sensibilité à l'ambiance**

La sémiologie psychiatrique fait souvent référence à la façon dont un patient entretient son rapport au monde. Ce rapport peut être perturbé, et cette perturbation est parfois centrale, particulièrement dans les pathologies psychotiques comme la schizophrénie, pathologies dont le plus grand nombre est soigné à l'hôpital. La grande fragilité du sentiment de continuité de soi, les sensations de morcellement de l'être profond, la forme de perméabilité plus ou moins constante qui existe entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre les objets internes et les objets externes, tout cela semble à l'origine d'une très grande sensibilité aux influences de l'environnement et de l'ambiance. La syntonie, c'est à dire le contact en phase avec l'ambiance, fait partie des éléments sémiologiques à rechercher au cours de la démarche d'évaluation clinique d'un patient schizophrène, et elle y est souvent perturbée.

Un abord phénoménologique va mettre l'accent sur la défaillance dans la schizophrénie du noyau identitaire profond, constant, fixe, identité ipséique, point d'arrimage à partir duquel peuvent se déployer les identités sociales. Cette lacune d'un noyau fixe, d'un point de rassemblement, se ressent d'ailleurs intuitivement en présence d'un schizophrène, présence qui semble diffuse, diluée, fragmentée. On peut ainsi parler d'ambiance schizophrénique et plusieurs auteurs ont évoqué le fait qu'un psychiatre expérimenté pouvait faire un diagnostic très rapide, intuitif, par le relevé inconscient d'une constellation microsémiologique ambiante. L'identité ipséique chez le schizophrène est extrêmement friable et malléable, volatile, à la merci de toute modification du milieu.

Par ailleurs, des chercheurs en sciences cognitives ont montré chez les schizophrènes une perte du sens de l'agentivité, c'est à dire une perte de la capacité à discriminer ce qui vient de soi et ce qui vient de l'environnement, les limites de

soi étant incertaines et insuffisantes pour différencier phénomènes internes et externes, l'hallucination accoustico-verbale en est une illustration. Jean Oury<sup>26</sup>, en son temps, avait été amené à définir les schizophrénies comme des pathologies de l'espace.

D'autres pathologies psychiatriques peuvent être évoquées dans ce qu'elles ont d'hypersensibilité à l'ambiance, par exemple les pathologies de la personnalité dites états-limites, mais nous n'en dirons pas plus pour ne pas alourdir notre propos. Des auteurs psychiatres comme Christophe Chaperot et Adrien Altobelli<sup>27</sup> défendent en résumé la thèse suivante : "une grande proportion de patients traités en institution psychiatrique souffrent de troubles identitaires. Et, à ce titre, ils sont vulnérables aux effets délétères de l'ambiance, et plus susceptibles a contrario de bénéficier utilement d'un travail psychiatrique de l'ambiance".

## **9 - Potentialité thérapeutique de l'architecture**

A la lumière de notre expérience personnelle et avec l'aide des réflexions développées précédemment, l'architecture d'un service de psychiatrie nous semble devoir répondre à plusieurs enjeux :

- proposer des lieux apaisants, apportant sécurité, sérénité et quiétude, et mettant le plus possible à distance de sensations oppressantes voire agressives.
- permettre des espaces de transition entre l'individu dans son intimité, sa bulle existentielle, et l'échelle du groupe des autres patients hospitalisés, permettre des espaces de rencontre entre l'espace d'individuel du patient, sa chambre, et les espaces collectifs organisés par l'institution.

---

<sup>26</sup>. Oury J., "Corps et structure institutionnelle", in Chemla P. Editor. *Expériences de la folie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2010, pp 159-172.

<sup>27</sup>. Chaperot C., Altobelli A., "Psychiatrie et ambiance", *Evolution Psychiatrique*, XXX, Elsevier Masson, 2013, pp 1-15.

— favoriser les ouvertures entre l'intérieur de l'unité de soins et l'extérieur, favoriser les perspectives vers le dehors, rendre possible un accès à des espaces extérieurs même si ceux-ci doivent aussi respecter quelques contraintes en terme de surveillance et de sécurité.

A travers ces enjeux, s'entend une des spécificités d'une unité d'hospitalisation psychiatrique par rapport à une unité d'hospitalisation d'une autre spécialité médicale : les patients en psychiatrie sont des patients debout, qui circulent, qui ne sont pas confinés dans leur chambre.

Mais comment les éléments architecturaux eux-mêmes, qui donnent l'atmosphère matérielle à l'ambiance d'une unité d'hospitalisation, peuvent-ils être au service de la personne y séjournant pour des troubles mentaux ? Quels sont les éléments architecturaux auxquels cette personne pourra être sensible et qui participeront à la création d'une atmosphère matérielle propice à son accueil et à ses soins ?

Jean-Charles Pascal<sup>28</sup> rappelle que l'existence d'une architecture qui serait spécifiquement psychiatrique est un débat ancien, qui va et vient entre deux courants qui ont toujours plus ou moins dialogué : "un courant fonctionnaliste, où domine essentiellement le souci de mettre à la disposition des équipes et des patients des structures adaptées au confort nécessaire et à l'état actualisé des pratiques ; un courant "symboliste/signifiant" qui tente de traduire directement ou indirectement, une idée théorique ou, plus précisément, une certaine représentation de la maladie mentale. Ce dernier utilise la "contamination signifiante positive", il est héritier en quelque sorte du traitement moral et donne un sens, une qualité thérapeutique propre, au dispositif architectural."

Ce débat est loin d'être tranché. Pour certains soignants, qui considèrent que c'est la qualité de l'équipe soignante seule qui a une valeur thérapeutique, la configuration des lieux n'a pas de réel intérêt. En ce qui nous concerne, il nous semble difficile de ne pas prendre en compte la dimension psychologique et

---

<sup>28</sup>. Pascal J.-C., "Architecture et théories du soin en psychiatrie", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp28-39.

émotionnelle qu'un bâtiment peut procurer, aussi se doit-on d'être exigeant vis-à-vis des conditions matérielles concrètes d'un lieu d'hospitalisation. Notre expérience nous a appris que cette dimension était trop souvent négligée, or le respect que nous portons aux patients et que de manière plus large leur porte la société à travers l'institution qui les accueille, s'illustre là.

Avant d'aller interroger plus concrètement ces éléments architecturaux, il est important de rappeler la manière dont ils ont, dans le même temps, des répercussions directes et indirectes sur les conditions d'exercice professionnel des soignants. Les lieux du soin nous portent et nous conditionnent dans notre façon d'être, de nous comporter, de travailler, d'être dans la relation aux patients. C'est une évidence qu'il convient de ne pas oublier et à partir de laquelle s'entreprennent tout projet de construction. Citons l'architecte Victor Castro<sup>29</sup>, très impliqué dans la réflexion sur l'architecture hospitalière psychiatrique, qui écrit que "la considération des conditions de travail pour les soignants et autres intervenants dans les lieux de soins n'est jamais dissociée de l'objectif final d'offrir un environnement favorable au bien-être des patients tant l'amélioration des conditions de vie et d'évolution du patient se répercute directement sur les conditions de travail des soignants et vice-versa".

---

<sup>29</sup>. Castro V., "Le point de vue de l'architecte : la nouvelle architecture psychiatrique et les enjeux sociétaux", *Architecture pour la psychiatrie de demain*, Presses de l'EHESP, Paris, 2017, pp 29-32.

## CHAPITRE III

### ETHIQUE ET ARCHITECTURE EN PSYCHIATRIE

#### 1- Convenance architecturale

L'étymologie du mot éthique nous ramène au mot grec *ethos*. Nous avons appris que ce terme change de signification selon son écriture avec un e court (*epsilon*) ou un e long (*êta*). Si *éthos* signifie en effet les coutumes, les habitudes, les manières de vivre, *êthos* signifie en revanche le séjour, l'habitat. L'éthique s'enracine donc dans la manière même d'habiter le monde. Les lieux invitent à une certaine manière de vivre, à certaines conduites plutôt qu'à d'autres, et il n'y a pas de raison pour que les lieux hospitaliers du soin y échappent. Tout endroit construit, aménagé, influe sur l'individu qui s'y trouve, qui est amené à y séjourner. Cette influence se fait au niveau de sa perception sensible et émotionnelle du monde et des autres. On se rend compte ainsi que l'architecture doit répondre à des questions qui vont bien au-delà de celles qui concerne la matérialité physique des lieux et la fonctionnalité des espaces. La dimension de l'esthétique s'entrevoit déjà et nous aurons l'occasion de nous y intéresser ultérieurement.

"L'architecture, au sens le plus large mais aussi le plus précis et le plus exact du terme — art, savoir et technique de l'espacement, chorégraphie générale (écriture de l'espace) — est condition première de la coexistence. Elle est donc le soubassement le plus sûr, le plus solide, la condition *sine qua non* de l'éthique. L'être-avec suppose en effet la séparation, la possibilité, au moins, de la séparation, et donc : des parois et des murs, des ouvertures, des fenêtres et des

portes", écrit le philosophe Benoît Goetz<sup>30</sup>, en introduction d'un article sur la convenance architecturale. "La convenance signifie qu'un espace architecturé ne prend tout son sens que dans l'occasion qu'il offre à des existences de venir s'y déployer. Il ne se présente pas pour être contemplé en tant que tel, mais pour être investi par des vagues de venues, d'allées et venues".

Cette proposition nous semble très signifiante dans le contexte d'un service de psychiatrie. Du fait de leur souffrance psychique, les patients accueillis sont assez souvent tiraillés entre la tentation du repli fusionnel au sein de l'institution et le rejet de celle-ci en tant qu'elle représente une contrainte, un enfermement, une privation de liberté. En effet, la question de la séparation, de l'individuation, est centrale chez de nombreux patients dont nous avons souligné les difficultés identitaires, particulièrement chez les patients psychotiques. La première privation de liberté est celle infligée par la maladie mentale elle-même, et ainsi est-il important de ne pas la redoubler dans des lieux n'offrant que peu de perspectives pour en retrouver la jouissance. L'architecture d'un service de psychiatrie doit se mettre au service de l'exercice de la liberté, elle doit prendre en compte les existences qui auront à y séjourner plus ou moins longtemps pour des soins, elle doit penser dès le départ les liens existentiels qui se tisseront entre la construction elle-même, les lieux, et les personnes qui seront amenés à y vivre, les patients, mais aussi les soignants. Il s'agit bien là de définir un rapport de convenance au sens où l'architecture de ce service de psychiatrie doit convenir à tout ce qui fait la spécificité du soin, ses différentes modalités d'action. Encore faut-il que celles-ci soient définies au préalable, que les enjeux de la prise en charge thérapeutique des troubles mentaux soient pensés et théorisés, et pris en compte au moment même où s'élabore cette architecture. Cela souligne encore l'importance d'une méthodologie de travail participative associant les différents professionnels concernés dès que le projet est lancé.

---

<sup>30</sup>. Goetz B., "La variété infinie des convenances : Tentative de réactivation d'un concept de l'ancienne théorie architecturale", *Ethique, architecture, urbain*, Editions La Découverte, Paris, 2000.

## 2 - Le temps présent architectural

Nous avons insisté lors de notre mémoire de M1 sur l'importance de la dimension temporelle dans les soins en psychiatrie. Le temps relationnel disponible et sa continuité auprès des patients, par une remise en perspective de leur histoire personnelle, sont des éléments essentiels en ce sens qu'ils permettent aux patients de reconstruire progressivement une existence malmenée voire déchirée par l'irruption pathologique. Mais pour le patient, lorsqu'il s'agit de soin en hospitalisation temps plein, et particulièrement en cas d'hospitalisation sous contrainte, l'espace, le lieu, peut venir impacter cette dimension temporelle. L'espace prend le pas sur le temps, le temps de la vie et de la guérison s'effaçant au profit de l'espace, de l'immédiateté d'un lieu récusé, refusé.

"Je crois que l'inquiétude d'aujourd'hui concerne fondamentalement l'espace, sans doute beaucoup plus que le temps ; le temps n'apparaît probablement que comme l'un des jeux de distribution possibles entre les éléments qui se répartissent dans l'espace." dit Michel Foucault<sup>31</sup> dans sa conférence sur la notion d'hétérotopie. N'est-ce pas cette dimension que nous avons sous-estimée dans notre propre expérience de reconstruction d'une unité d'hospitalisation psychiatrique ? N'est-ce pas ce rapport à l'espace et à ses effets que nous n'avons pas assez pris en compte lorsque nous nous projetions dans son fonctionnement ? Cela nous fait associer avec cette phrase de Maurice Merleau-Ponty, tirée de son ouvrage *Phénoménologie de la perception* et si souvent citée dans les ouvrages de psychiatrie : "Ce qui garantit l'homme sain contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace...". C'est une phrase qui nous était jusque-là demeurée un peu mystérieuse et qui prend soudain tout son sens, notamment pour les patients psychotiques dont les symptômes engendrent bien souvent des représentations spatiales particulières, déformées ou déstructurées. Nous l'avons entrevu au chapitre II en abordant la notion d'espace, notre représentation spatiale est au bout du compte notre seule prise directe sur le monde.

---

<sup>31</sup>. Foucault M., "Des espaces autres" (conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967), *Empan*, vol n°54, n°2, 2004, pp 12-19.

A ce point d'avancée de notre réflexion sur éthique et architecture en psychiatrie, il nous semble intéressant de revenir sur ce que les patients ont pu expérimenter concrètement dans l'espace de notre nouvelle unité d'hospitalisation.

Au chapitre I, nous avons repéré, par rapport à l'ancienne unité d'hospitalisation, quatre apports architecturaux importants, et nous avons fait l'hypothèse sinon le constat qu'ils venaient modifier les conditions antérieures et transformer les comportements et les conduites des patients. Il nous semble qu'à chacun de ces changements majeurs peut se rattacher une question éthique :

- les chambres et lieux de toilettes devenus individuels et privés interrogent la dimension de l'intimité.

- les chambres de soins intensifs et leur mise à l'écart interpellent la dimension de la contrainte.

- les espaces de déambulation et les espaces de vie élargis et agrandis renvoient à question de la rencontre, de la relation à l'autre.

- l'esthétique générale des lieux transformés dans le sens du beau intéresse les liens entre esthétique et éthique.

Ainsi, nous proposons nous maintenant de reprendre et de développer chacun de ses points.

### **3 - Espace de l'intimité**

L'intimité, c'est l'espace individuel, l'espace de la chambre, qui la représente le mieux au plan architectural. C'est l'espace du retour à soi, souvent important à prendre en compte dans un processus thérapeutique. Ce peut être aussi l'espace du retrait et de l'isolement, qui peut venir entraver ce même processus thérapeutique. Au moment de la phase de programmation des nouvelles unités d'hospitalisation, il est apparu évident, à nous et à la majorité des personnes impliquées dans ce processus de réflexion, que les chambres ne pouvaient être qu'individuelles et avec tout le confort d'un bloc sanitaire intégré associant lavabo, douche et wc. Néanmoins quelques voix ont défendu la possibilité de chambres à deux lits, pour

des patients dont justement la tentation du retrait et de l'isolement pouvait nécessiter de penser pour eux une sorte d'altérité à visée de soutien, de stimulation psychique, éventuellement de surveillance même si cela n'était pas clairement exprimé.

Depuis une bonne quinzaine d'années, le principe de la chambre individuelle est devenu la norme dans les nouvelles institutions, qu'elles soient hospitalières ou médico-sociales. Il s'agit d'une évolution qui suit celle de la société, où l'individu est de plus en plus appréhendé par ses capacités d'autonomie, et mis en situation, voire contraint parfois, d'assumer cette autonomie. Cependant, il nous semble que l'espace de la chambre en tant qu'espace d'intimité n'a de sens que s'il est envisagé d'emblée comme point de départ, ouverture vers les espaces collectifs, les lieux de vie de l'unité, les espaces extérieurs aussi. Cet espace de la chambre doit donc être pensé comme une invitation à en sortir. C'est ainsi, par exemple, que la présence d'une grande fenêtre, à mi-chemin entre baie vitrée et fenêtre de taille standard, dans la chambre du patient, lui permet, qu'il soit alité, assis ou debout, de porter son regard au dehors, de voir le ciel et les espaces verts qui entourent le bâtiment, celui-ci étant de plain-pied.

#### **4 - Lieu de contrainte**

Une unité d'hospitalisation psychiatrique peut être un lieu de contrainte. La nature de certaines pathologies psychiatriques, leur expression clinique parfois bruyante au plan comportemental, l'existence assez fréquente d'une non conscience des troubles et de leurs conséquences, nécessitent parfois d'hospitaliser un patient sans son consentement, c'est à dire sous contrainte. Celle-ci implique la rédaction de certificats médicaux détaillés et se fait dans un cadre administratif et juridique bien précis. Il s'agit d'abord de protéger le patient d'un acte potentiellement dangereux vis à vis de lui-même et/ou vis à vis des autres, de le mettre en sécurité lui et/ou son entourage, le temps qu'il s'apaise, qu'il retrouve un état de santé dans les limites de la normale, avec un minimum de discernement, de contrôle, et de liberté dans son fonctionnement psychique. Dans certains cas, et pour une durée variable, cette contrainte peut s'exercer physiquement par l'utilisation d'une chambre de soins intensifs (chambre d'isolement, si l'on se réfère

à la dénomination qui reste encore la plus courante) et parfois même par l'utilisation de contentions.

Cette dimension de contrainte a longtemps été un point sensible, un point de dénonciation d'un arbitraire médical et social, elle le reste toujours dans un contexte général qui a bien sûr évolué par rapport aux années 60-70, à celles de l'entre-deux guerres, ou encore au XIX<sup>ème</sup> siècle. Il est toujours malaisé de faire comprendre que cette dimension de contrainte, cette utilisation de la force, répond à la violence potentielle ou réelle de certains troubles comportementaux. Ceux-ci peuvent être ponctuels, par exemple à l'occasion d'une prise de toxiques, mais ils peuvent aussi entrer dans le cadre de décompensations d'une pathologie psychiatrique évoluant au long cours.

Dans une unité d'hospitalisation psychiatrique, la prise en charge de ces troubles comportementaux aigus peut avoir lieu à tous moments. Elle se fait cependant dans la grande majorité des cas à l'admission et dans les jours qui suivent, ces troubles étant justement à l'origine de l'admission du patient. S'il est essentiel alors de penser une réponse soignante en terme de moyens humains, l'utilisation de produits psychotropes est souvent indispensable pour apporter une réponse rapide en terme d'apaisement et de sédation, et il peut y avoir nécessité dans certain cas de recourir à un lieu spécifique d'isolement. Dans cette optique, la tâche première de l'architecte sera de proposer pour ce lieu une architecture certes de la contrainte, mais surtout de la protection, les deux nous semblant indissociables.

Face à des troubles du comportement aigus, le maintien physique s'impose le plus souvent, la communication verbale n'étant plus possible, la parole soignante n'apportant plus d'apaisement, ayant parfois même un effet inverse. Le premier niveau de réponse est l'isolement dans une chambre adaptée, c'est à dire une chambre où le patient est mis à distance des stimulations sensorielles et psychiques susceptibles d'alimenter ses troubles, et en même temps où il ne peut pas se faire de mal du fait d'aménagements spécifiques. Dans certains cas graves d'excitation, d'auto ou d'hétéro agressivité, de désorganisation psychique majeure, cet isolement peut être complété par une contention physique sur le lit, le patient étant maintenu, entravé au plus près de son corps.

Lors de la phase de programmation pour la reconstruction des nouvelles unités d'hospitalisation de notre hôpital, le nombre de chambres de soins intensifs a été fixé à deux. Les principales réflexions ont concerné leur positionnement par rapport aux autres chambres de l'unité, leur accessibilité au moment de l'admission, leur proximité des lieux de soins et de l'équipe infirmière, le confort de la chambre (volume conséquent, luminosité naturelle, cabinet de toilette complet à l'accès contrôlable...), la possibilité d'un espace intermédiaire attendant fermé mais offrant cependant un début d'ouverture par rapport à la chambre elle-même. Le résultat obtenu sur ces différents points est très largement positif si l'on se réfère à ce qu'étaient les chambres d'isolement de l'unité précédente.

Les points essentiels sont que ces deux nouvelles chambres se situent dans un même lieu, à l'écart du reste de l'unité, mais à proximité des bureaux infirmiers, de la salle de soins et de la pharmacie, et que ce lieu est accessible de l'extérieur par une entrée distincte. Concrètement, la prise en charge en admission d'un patient agité et potentiellement violent peut se faire sans venir troubler la vie de l'unité elle-même comme cela était le cas auparavant, sans réveiller ou provoquer d'inquiétude ou d'anxiété chez les patients qui y séjournent déjà, sans risquer un éventuel effet de contamination en terme d'agitation ou d'agressivité.

Par ailleurs, ces situations, où la contention physique est nécessaire et où les soignants hommes sont systématiquement sollicités, ne sont pas sans susciter un certain nombre d'interrogations chez les patients qui en sont témoins, interrogations en terme d'image et de représentation de la fonction soignante. Peut-on faire confiance à des soignants exerçant une contrainte physique et un rapport de force ?

Une des difficultés du travail des soignants en psychiatrie est le traitement de ces moments aigus où l'attention et l'écoute bienveillante font place à l'isolement et la contention, la parole en direction du patient devenant inopérante en terme de réassurance et d'apaisement. Il nous semble nécessaire que cette partie de l'exercice professionnel se réalise au maximum à l'abri du regard ou de l'écoute des autres patients hospitalisés, que cette dimension de contrainte de la fonction soignante reste circonscrite au moment de la crise, dans la relation avec le patient,

dans une expérience sans doute pénible mais partagée, qui devra par la suite être reprise et mise en sens.

## 5 - Architecture de la rencontre

"L'espace est le lieu de l'ouverture, le lieu dans lequel je suis ouvert aux choses et les choses à moi, et moi aux autres", dit Henri Maldiney<sup>32</sup>. Il ajoute : "C'est au fond la première tâche, peut-être l'unique, d'une architecture, de constituer un espace épiphanique, auprès duquel tout le reste est conditionnement, fabrication de contenants pour des contenus".

L'étymologie du mot épiphanie nous renvoie au grec *epiphaneia* signifiant une manifestation, une apparition soudaine. L'épiphanie est la compréhension soudaine de l'essence ou de la signification de quelque chose. Dans le domaine de la psychiatrie, on peut faire le lien avec le terme anglais *insight* qui renvoie à une prise de conscience de son trouble par le patient, prise de conscience qui peut se faire plus ou moins vite et à des degrés variables, mais qui est considérée de façon générale comme un élément positif dans son processus de soins. Il s'agit là d'une rencontre avec soi, rencontre avec soi nécessaire pour pouvoir rencontrer autrui dans son altérité.

L'architecture reçoit des individus, patients et soignants pour ce qui est d'une unité d'hospitalisation, et le rapport à l'autre s'y trouve d'emblée posé. Il faut donc penser cette architecture en terme de relations et de liens, envisager comment elle va pouvoir les favoriser et selon quelles modalités.

Il nous semble qu'avant même la parole échangée, ces relations et ces liens peuvent se décrire à un niveau corporel en terme de mouvement et de circulation. La volumétrie des lieux de circulations et des lieux de vie doit être pensée dans ce

---

<sup>32</sup>. Maldiney H., "Rencontre avec Maldiney : Ethique et architecture", *Ethique, architecture, urbain*, Editions La Découverte, Paris, 2000, pp13-23.

sens, et Victor Castro<sup>33</sup> explique "qu'elle doit éviter les angles vifs et agressifs générateurs d'anxiété et leur préférer la courbe, organique, génératrice de dynamisme et d'une envie d'aller au-delà, de poursuivre sa route."

Attardons-nous sur les lieux de circulation qui ont longtemps été les parents pauvres de l'architecture hospitalière psychiatrique, ramenés à une simple fonction de distribution entre les lieux de soins proprement dits. Couloir rectiligne desservant des chambres réparties symétriquement de chaque côté, croisant à angle droit un ou deux autres couloirs menant aux pièces de vie, à l'infirmerie, à la pharmacie ou aux bureaux d'entretien, c'est cette organisation qui a longtemps prévalu et qui persiste encore dans nombre de projets. Le plaidoyer de Victor Castro pour un traitement différent de ces espaces de desserte nous fait associer sur la notion de temps informels dans les soins, notion que nous avons développée dans notre mémoire de Master 1, temps informels pendant lesquels il s'agit pour les soignants d'aller à la rencontre des patients, individuellement ou en groupe, sans objectif opérationnel particulier, si ce n'est être présent, témoigner d'une mise à disposition, d'une ouverture possible à la relation. Il nous semble que Victor Castro envisage les lieux de circulation comme des espaces informels pouvant favoriser les rencontres et les relations de soin informelles. Chris Younès<sup>34</sup>, sur ce sujet, évoque d'une manière assez voisine le traitement architectural de ces lieux où l'on circule, de ces lieux considérés comme vides : "Si l'on accorde au vide une certaine autonomie, si l'on reconnaît sa capacité à susciter des comportements, des activités et, surtout, son caractère symbolique et signifiant, il constitue un véritable espace de liberté pour les patients et le personnel, car il est le lieu habituel de la déambulation "sauvage", là où les patients peuvent échapper au contrôle du rapport hiérarchique qui s'exerce dans un bureau, dans un cabinet de consultation ou dans une salle d'activités. C'est dans cet interstice entre rationalité et champ libre que le projet architectural devient

---

<sup>33</sup>. Castro V., "De l'architecture, des patients", *PRATIQUES en sante mentale*, N°1, 2013, pp 12-15.

<sup>34</sup>.Younès C., "L'architecture du prendre soin", *Urbanisme*, n°305 - mars/avril 1999, pp 47-54.

outil, et peut servir le projet thérapeutique". Concrètement, cela revient à transformer la fonction juste utilitaire des couloirs, en rompant par exemple leur linéarité habituelle par des courbes et des dilatations, en y aménageant des endroits de convivialité avec des ouvertures sur l'extérieur amenant de la lumière naturelle.

On peut avoir la même réflexion sur les espaces de vie proprement dits. S'affranchir d'une volumétrie et d'une géométrie standardisées, pièces carrées ou rectangulaires aux murs rectilignes et aux angles droits, permet d'imaginer des lieux dont on peut espérer que l'inventivité architecturale ait une influence sur l'inventivité relationnelle, que la surprise architecturale favorise la surprise de la rencontre.

L'autre espace qui permet la surprise de la rencontre est bien sûr le jardin attenant à l'unité, jardin clos mais arboré, suffisamment vaste et organisé, avec des allées pour déambuler et des endroits pour se poser un moment. Ce jardin existait déjà dans l'ancienne unité d'hospitalisation et sa conception a été reconduite. A l'époque de la construction de cette ancienne unité, nous avons déjà mentionné que la question des espaces verts et de leurs aménagements avait été assez centrale dans la réflexion sur les espaces de soins. Les jardins clos attenants aux unités étaient eux-mêmes intégrés dans un parc auquel les patients pouvaient accéder en fonction de leur état clinique, et ce principe a lui aussi été reconduit.

Il reste que cette architecture de la rencontre et du soin informels, qu'elle soit intérieure ou extérieure, n'a de sens que si elle vient en complémentarité d'une architecture que nous pourrions définir comme plus classique, en référence aux premiers asiles. Il nous semble en effet que les théorisations qui en ont sous-tendues la conception conservent une certaine pertinence lorsqu'il s'agit de définir dans une unité d'hospitalisation les lieux de soins plus formels et de penser à travers leur ordonnancement leur fonction d'apaisement et de réassurance. Leur organisation, leur localisation précise, la spécificité même de leurs aménagements, sont autant de nécessités en terme de repérage des limites et en terme symbolique pour des patients qui sont souvent perturbés dans ces registres.

## 6 - Architecture du lien

Le lien ne peut être dissocié du lieu. Le lien entretient avec le lieu une relation que l'on pourrait qualifier de circulaire. Le lien ne peut pas non plus être dissocié de la rencontre. Pour créer un lien, il faut préalablement un lieu et une rencontre. Et la question du lieu du lien, de l'endroit où s'est produit la rencontre, la première rencontre, suscite souvent l'intérêt. Sans doute le lieu compte-t-il de manière essentielle lorsqu'on parle de la rencontre et du lien. Or, nous l'avons vu, la rencontre comme le lien ne sont pas toujours faciles pour des patients présentant une souffrance psychique importante, une maladie psychiatrique grave comme la schizophrénie, et particulièrement dans des phases de décompensation justifiant leur présence dans une unité d'hospitalisation temps plein. C'est que la relation à l'autre y est souvent chargée d'une grande ambivalence, pouvant rapidement osciller d'une demande fusionnelle à un rejet empreint de persécution. Les soignants doivent sans cesse trouver la bonne distance, ni trop près ni trop loin, être là sans être là, être présents mais pas forcément actifs dans la relation. En même temps, chez les patients, il y a souvent un besoin de savoir où sont les soignants, ce qu'ils font, d'aller vérifier leur présence dans le bureau infirmier ou dans les différents espaces de l'unité. Il est intéressant d'observer dans une unité d'hospitalisation psychiatrique la manière dont un certain nombre de patients se positionnent par rapport aux soignants, la manière dont ils ont besoin de rester au contact des soignants.

Dans l'ancienne unité de notre service, les patients pouvaient ainsi venir stationner de longs moments devant la porte vitrée du bureau infirmier, parfois sans avoir de demande particulière, juste être là, savoir les soignants proches ou les voir, parfois avec une demande anodine, simple prétexte pour vérifier leur disponibilité. Ils pouvaient de la même manière stationner à proximité des soignants au moment de la pause de milieu de service autour d'une table de la salle à manger. Dans la nouvelle unité de notre service, nous avons pu constater la quasi-disparition de ces phénomènes, et c'est à l'occasion d'un échange récent avec un cadre de santé ayant participé au travail de programmation pour la nouvelle construction, que nous avons pris conscience que ce qui avait sans doute fait quasiment disparaître ces phénomènes était un aménagement de l'architecture intérieure permettant de maintenir, dans les lieux de circulation et de vie

collective, un contact visuel presque permanent et réciproque entre les soignants et les patients.

La problématique du lien visuel, de la surveillance visuelle, est très souvent centrale lorsqu'il s'agit d'élaborer une architecture pour des établissements privant de liberté des individus. On pense bien sûr au panoptique imaginé par Jeremy Bentham à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, architecture carcérale, mais dont différentes déclinaisons ont pu être proposées par la suite pour des lieux comme les hôpitaux psychiatriques, en particulier pour des unités accueillant des patients difficiles ou dangereux. Le projet de ce modèle architectural de Jeremy Bentham est de permettre, à un gardien logé dans une tour centrale, une observation des prisonniers enfermés dans des cellules disposées autour de cette tour centrale, cela sans que ces prisonniers ne puissent savoir véritablement la réalité de cette surveillance, la vision n'étant pas réciproque. Michel Foucault<sup>35</sup> a pu en dénoncer la dimension totalitaire et en faire la représentation symbolique d'une société du contrôle social, mais il semble cependant que le rapprochement qu'il a pu faire entre prison et asile relève d'abord de l'amalgame, les réalisations asilaires d'inspiration panoptique ayant été très rares. "Contrairement à l'idée reçue, le panoptisme,..., fut accueilli avec scepticisme par les aliénistes. Le plan panoptique est critiqué pour sa rigidité incompatible avec les nombreuses divisions jugées nécessaires par les médecins", écrit Donato Severo<sup>36</sup>. "La volonté affichée par les aliénistes de démarquer l'asile des institutions carcérales les a conduit à demander aux architectes l'introduction de toute une série de dispositifs donnant l'impression de liberté", ajoute-t-il dans un travail retraçant l'histoire de l'architecture des hôpitaux psychiatriques.

Il n'en demeure pas moins que la question du lien visuel entre soignants et patients reste d'actualité, pour les soignants en terme de surveillance bien sûr, mais aussi pour les patients en terme de réassurance. Il ne s'agit pas de réduire la

---

<sup>35</sup>. Foucault M., *Surveiller et punir*, Editions Gallimard, Paris, 1975.

<sup>36</sup>. Severo D., "Les métaphores de l'hôpital psychiatrique", *Architecture et psychiatrie*, Editions Le Moniteur, Paris, 2004, pp 16-27.

relation de soin à un contact visuel, elle passe évidemment par beaucoup d'autres choses, les temps d'écoute et d'échange, les temps du partage, du faire avec, et différents autres temps plus techniques comme par exemple ceux relevant de la psychoéducation. Il s'agit juste de prendre en compte l'effet de présence que le contact visuel permet et la manière dont il peut participer à une ambiance plus apaisée et à la contenance institutionnelle. Au plan architectural, il a été permis par l'utilisation de cloisons et de murs largement vitrés entre les pièces de vie (salles de télévision, salle d'activités, salle à manger), les espaces de circulations (hall central et couloirs de desserte de ces salles), et le grand espace du bureau infirmier. Cette transparence existe également, par l'intermédiaire de larges baies vitrées, entre la salle d'activité et la grande terrasse extérieure qui ouvre sur le jardin et que les patients investissent beaucoup dès que le temps le permet. D'une certaine façon, et pour cette partie de l'unité qui est une partie de vie commune, le concept du panoptique est en œuvre mais avec une réciprocité permanente qui permet à chacun, soignants et patients, de savoir avec qui il est en lien visuel.

## 7 - Esthétique architecturale

Le mot esthétique est employé dans son sens le plus ordinaire comme synonyme de beau, et renvoie à la beauté en général. Il peut aussi être rattaché à une théorie de la sensibilité à la beauté, et particulièrement à la beauté artistique. Le mot esthétique vient étymologiquement du grec *aisthêsis* signifiant sensation et/ou sentiment. Garder en tête cette étymologie est particulièrement important, car elle nous précise d'emblée les niveaux où l'esthétique nous atteint, à savoir le corporel et l'affectif, niveaux très souvent mis en jeu et malmenés dans les troubles mentaux.

Quel lien peut on faire entre esthétique et éthique ? Quel est leur point de rencontre ? Henri Maldiney<sup>37</sup> explique que l'esthétique est une éthique en ce sens que "l'épreuve esthétique est révélatrice en chacun de ce que réellement il est, de

---

<sup>37</sup>. Maldiney H., "Rencontre avec Maldiney : Ethique et architecture", *Ethique, architecture, urbain*, Editions La Découverte, Paris, 2000, pp13-23.

qui il est". Dans la rencontre avec la beauté, particulièrement avec celle d'une œuvre d'art, il développe l'idée d'une coprésence entre un sujet et un objet, entre un moi et une œuvre. "Pour la première fois peut-être, un moi s'éprouve exister, parce que participant à l'existence d'une œuvre. C'est là que se trouve le point de rencontre entre esthétique et éthique". Plus loin, il centre ses propos sur l'art architectural : "La mise en présence de quelqu'un dans une architecture a quelque chose de plus sensiblement requérant que dans n'importe quel art, parce qu'il s'y trouve accordé à la tonalité d'un espace qui l'enveloppe et l'investit, étant donné qu'une architecture se définit comme un lieu habité." " Il s'agit d'offrir des lieux où exister. Mais exister au sens plein, au sens vrai du mot — c'est à dire hors de soi, en suspension dans une ouverture qu'elle révèle."

La problématique du beau pour un hôpital psychiatrique est ancienne. Elle est souvent mise en face, pour ne pas dire en opposition, avec la problématique de la fonctionnalité, de l'efficacité de l'outil thérapeutique qu'il doit être. Michel Crapet<sup>38</sup> reprend les écrits de Scipion Pinel dans la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle qui, parlant d'un projet futur d'asile, considère que "le luxe ne convient guère à un pareil asile de douleur" et que "tout doit y être bien mais sévère ; son luxe étant la propreté, l'ordre, la disposition saine des bâtiments, l'harmonie de toutes les parties du service". A l'époque, ce point de vue semble assez largement partagé, même si quelques voix ont pu avoir une vision différente. De nos jours, nous pouvons penser que la majorité de nos confrères psychiatres sont d'accord avec ce que disent Philippe Weiss et Vincent Arques<sup>39</sup>, à savoir "que le beau est un droit et qu'il est de notre devoir de le rechercher dans toutes nos réalisations". Néanmoins, avec un recul de plus de trente d'années comme psychiatre à l'hôpital public, il nous semble que ce consensus est assez récent. Certaines remarques sous-entendent encore l'inutilité du beau pour des malades mentaux. Et puis il y a aussi des observations qui se raréfient mais que l'on peut encore faire de temps en

---

<sup>38</sup>. Craplet M., "Modes architecturales en psychiatrie", *L'évolution psychiatrique*, tome 52, fascicule 1, 1987, pp 109-132.

<sup>39</sup>. Weiss P., Arques V., "L'architecture comme outil de soins", *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, janvier 2014, Tome VIII, n°72, pp 31-35.

temps sur le terrain : une certaine négligence dans l'entretien de la décoration intérieure d'une unité, dans le rangement et l'accueil des chambres ou des espaces communs. Nous avons par exemple remarqué dans certaines unités de soins ce que nous dénommons pour nous-mêmes le "syndrome du mobilier dépareillé", qui pouvait concerner les chambres des patients de la même façon que les pièces communes ou les bureaux d'entretien. Mais sans doute sommes-nous là dans un syndrome qui ne concerne pas que le rapport au beau, mais aussi la dynamique soignante de l'institution dans sa fonction d'accueil au sens large : la qualité de celle-ci passe aussi par la manière dont les lieux sont entretenus, et cela peut-être le symptôme d'un service en souffrance. On ne doit pas non plus oublier que, de part certains états d'agitation comportementale, une unité de psychiatrie a tendance à se dégrader plus vite qu'une unité de médecine où les patients sont allongés la plus grande partie du temps, qu'il faut donc que suivent les décisions administratives en terme de moyens financiers disponibles pour cet entretien, et que cela n'est pas toujours le cas. Soulignons à nouveau que la qualité esthétique d'une unité de soins concerne les patients mais aussi les soignants, que l'investissement et le plaisir au travail de ceux-ci ne peuvent qu'être meilleurs dans un cadre architectural accueillant et agréable.

## CONCLUSION

L'architecture de l'hôpital psychiatrique a toujours matérialisé une idée de la folie, et elle a bien sûr évolué depuis la construction des premiers asiles jusqu'aux réalisations actuelles.

Les lieux sont importants quand il s'agit de contenir et d'apaiser les manifestations les plus bruyantes des troubles psychiatriques, et de façon plus large quand il s'agit d'aider à la reconstruction d'une identité souvent mise à mal par ces troubles. Réfléchir à ce que doit être l'architecture d'une unité d'hospitalisation psychiatrique, c'est donc mettre le patient au centre des préoccupations, vouloir prendre soin de lui aux différentes étapes de son cheminement thérapeutique dans la configuration même des lieux.

L'unité d'hospitalisation psychiatrique idéale n'existe pas, mais certaines lignes de force peuvent néanmoins se dessiner qui vont favoriser le soin. Un des enjeux va être d'associer la dimension fonctionnelle que requiert tout lieu hospitalier, et une dimension esthétique, plus poétique, pouvant activer les besoins sensoriels et émotionnels des patients hospitalisés, apaiser leur rapport au monde.

A la différence des patients somatiques le plus souvent alités et confinés dans leur chambre, les patients psychiatriques sont des patients debout et qui circulent. Ils ont besoin d'espaces, intérieurs et extérieurs, à la fois clos et ouverts, dans lesquels ils vont pouvoir expérimenter progressivement leurs capacités retrouvées tant au plan de la relation aux autres qu'au plan de leur adaptation à la réalité.

Une architecture éthique serait une architecture qui favoriserait le bon soin et le bien-être des patients, au même titre qu'un comportement soignant éthique. Parmi les titres de sous-chapitre de ce travail, nous avons choisi "une architecture de la rencontre" et "une architecture du lien". On y devine les attentes pour que l'architecture vienne s'associer et renforcer ce qui fait le cœur de la pratique soignante en psychiatrie. On pourrait de la même façon développer "une

architecture de l'écoute", ou encore "une architecture des sens" qui solliciterait chez les patients la sensorialité et l'expérience corporelle à travers le rapport aux différents espaces intérieurs et extérieurs, et nous avons insisté sur cette configuration architecturale singulière qu'est le jardin. Finalement, en dehors des moments de crises, d'expressions pathologiques aigues, ce sont d'espaces d'ouverture et de liberté dont les patients ont besoin, d'espaces qui peuvent leur permettre de se réapproprier une existence malmenée par les troubles, une manière d'être au monde, d'habiter le monde.

Une unité d'hospitalisation psychiatrique ne peut être seulement pensée en termes techniques et fonctionnels, lieu impersonnel, presque conçu comme un espace-machine, comme cela est assez souvent le cas dans les services de médecine somaticienne. Une unité d'hospitalisation psychiatrique a besoin d'ordonnement et de limites, pour ses effets de contenance et de réassurance, mais il est important aussi qu'elle favorise l'apaisement et la détente par le traitement architectural de ses espaces, que ce soit en terme de volumes, de courbure et de douceur des lignes, de lumière, ou encore de travail sur les matériaux et les couleurs. Elle doit par ailleurs favoriser une ambiance chaleureuse et une certaine convivialité.

En reprenant en compte les différents moments possibles du parcours de soin d'un patient hospitalisé en psychiatrie, il nous semble important d'insister sur ce que l'on pourrait définir comme l'évolutivité de l'architectural, évolutivité dans le présent, c'est à dire dans le temps du soin. Cela signifie que les lieux de soins d'une unité d'hospitalisation psychiatrique doivent pouvoir répondre au mieux aux différentes étapes possibles dans le cheminement thérapeutique du patient, en offrant des espaces permettant une graduation dans les capacités d'autonomie psychique et psychosociale : contrainte maximum en chambre de soins intensifs, intimité refuge d'une chambre individuelle, espace de déambulation et de rencontre en intérieur et en extérieur, jardin clos de l'unité et parc ouvert de l'hôpital, espace de la cité autour de l'hôpital. Il s'agit à chaque fois d'offrir au patient l'espace le plus approprié à son état présent tout en lui permettant de se projeter dans un espace autre, de favoriser ainsi une dynamique vers une autonomie retrouvée.

Enfin, si nous avons beaucoup insisté sur les effets de l'architecture sur les patients, il ne faut pas oublier les effets de cette architecture sur les soignants, sur le bien-être des soignants dans leur exercice professionnel, bien-être ne pouvant que favoriser en retour le soin aux patients. Ceci pour dire que, bien évidemment, l'architecture d'une unité psychiatrique, aussi bien pensée soit-elle, n'a de sens que si elle est investie, habitée par des soignants attentifs et disponibles auprès des patients.

## BIBLIOGRAPHIE

Anzieu Didier, "Le moi-peau", *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°9, 19774, pp 195-208.

Castro Victor, "Le point de vue de l'architecte : la nouvelle architecture psychiatrique et les enjeux sociétaux", *Architecture pour la psychiatrie de demain*, Presses de l'EHESP, Paris, 2017, pp 29-32.

Castro Victor, "De l'architecture, des patients", *PRATIQUES en santé mentale*, N°1, 2013, pp 12-15.

Chaperot Christophe, Altobelli Adrien, "Psychiatrie et ambiance", *Evolution Psychiatrique*, XXX, Elsevier Masson, 2013, pp 1-15.

Charbonneau Georges, *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*, Tome II, MJW Fédition, Paris, 2010.

Courteix Stéphan, "La programmation : un maillon indispensable entre inconscient et réalité", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp 68-76

Craplet Michel, "Modes architecturales en psychiatrie", *L'évolution psychiatrique*, tome 52, fascicule 1, 1987, pp 109-132.

Eiguer Alberto, *L'inconscient de la maison*, Editions Dunod, Paris, 2004.

Foucault Michel, *Surveiller et punir*, Editions Gallimard, Paris, 1975.

Foucault Michel, "Des espaces autres" (conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967), *Empan*, vol n°54, n°2, 2004, pp 12-19.

Goetz Benoît, *Théorie des maisons*, Collection "Art et architecture", Editions Verdier, Paris, 2011.

Goetz Benoît, "La variété infinie des convenances : Tentative de réactivation d'un concept de l'ancienne théorie architecturale", *Ethique, architecture, urbain*, Editions La Découverte, Paris, 2000.

Hall Edward Twitchell, *La dimension cachée*, Edition du Seuil, Paris, 1971.

Hansen-Love Laurence (sous la direction de), *La philosophie de A à Z*, Editions Hatier, Paris, 2011.

Heidegger Martin, "Bâtir, habiter, penser", *Essais et conférences*, Editions Gallimard, Paris, 1958, pp 170-193.

Heidegger Martin, "Hebel, L'ami de la maison", in *Questions III*, NRF Gallimard, Paris, 1966, pp 44-70.

Horassius-Jarrié Nicole, "La mise en place du cahier des charges", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp 81-82.

Jonas Hans, *Le principe Responsabilité*, Editions Flammarion, Champs essais, Paris, 2013.

Laudat B., Pascal J.-C., Courteix S., Thoret Y., "Mener un projet architectural en psychiatrie", EMC, Elsevier Masson SAS, Paris, 37-876-A-80, 2008.

Maldiney Henri, "Rencontre avec Maldiney : Ethique et architecture", *Ethique, architecture, urbain*, Editions La Découverte, Paris, 2000, pp13-23.

Oury Jean, "Chemins vers la clinique", *L'évolution psychiatrique*, 72, 2007, pp 3-14.

Oury Jean, "Corps et structure institutionnelle", in Chemla P. Editor. *Expériences de la folie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2010, pp 159-172.

Oury Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Les éditions du champ social, Paris, 2001.

Pascal Jean-Charles, "Architecture et théories du soin en psychiatrie", *Architecture et psychiatrie*, Editions le Moniteur, Paris, 2004, pp28-39.

Pascal Jean-Charles, "Théorie du soin en psychiatrie et architecture", Communication aux XXIème journées de Fontevraud sur le thème : Architecture Espace et Psychiatrie, 13 mai 2006, CHU Angers, Service de psychiatrie et psychologie médicale.

Pellissier Jérôme, *Jardins thérapeutiques et hortithérapie*, Editions Dunod, Malakoff, 2017.

Pigeaud Mathilde et Pigeaud Jackie, "L'asile et ses jardins", *Psychiatrie Française*, n°4-92, décembre, pp 115-129.

Severo Donato, "Les métaphores de l'hôpital psychiatrique", *Architecture et psychiatrie*, Editions Le Moniteur, Paris, 2004, pp 16-27.

Severo Donato, "Dépendances environnementales, architecture et psychiatrie : l'asile est-il de retour ?", *Soins Psychiatrie*, n°280 - mai/juin 2012, p. 16, Elsevier Masson.

Sivadon Paul, "Un espace pour l'homme", *Espace et psychopathologie*, Editions Economica, Paris, 1983, pp 19-29.

Weiss Philippe, Arques Vincent, "L'architecture comme outil de soins", *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, janvier 2014, Tome VIII, n°72, pp 31-35.

Younès Chris et Mangematin Michel, "Habitable ou inhabitable", *Ethique, architecture, urbain*, Editions La Découverte, Paris, 2000.

Younès Chris, "L'architecture du prendre soin", *Urbanisme*, n°305 - mars/avril 1999, pp 47-54.

Dès sa naissance, la psychiatrie a pensé l'architecture des lieux de soin comme un outil thérapeutique, et cela a perduré dans le temps. Dans le champ de la médecine, cette particularité tient au fait que les patients hospitalisés en psychiatrie sont des patients debout, qui déambulent, qui ont besoin d'espaces contenant et apaisants, contraignants parfois, qui ont besoin en même temps d'espaces d'écoute et de rencontres, d'ouverture et de liberté. Construire de nos jours une unité d'hospitalisation psychiatrique nécessite toujours d'interroger notre conception de la maladie mentale, de mettre le patient au centre de nos préoccupations en pensant aux modalités de prise en charge de celui-ci, à la manière dont la configuration des lieux va pouvoir accompagner et favoriser le processus et la qualité des soins. Nous développons l'idée qu'il existe une éthique des espaces de soins au même titre qu'il y a une éthique de la pratique soignante.

mots clés : psychiatrie - architecture - espace de soin - éthique