

ARCHITECTURE POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

SOUS LA DIRECTION DE YANN BUBIEN
& CÉCILE JAGLIN-GRIMONPREZ

ARCHITECTURE POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

/
SOUS LA DIRECTION DE YANN BUBIEN
& CÉCILE JAGLIN-GRIMONPREZ

sommaire

ÉDITO

Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers..... 4

INTRODUCTION

Psychiatrie, santé mentale et handicap psychique

William Yadjel..... 6

1^{re} PARTIE

La psychiatrie demain : évolution et incidence sur les modes de prise en charge

Le point de vue du politique: les recommandations qui inspirent les projets

Denys Robiliard..... 13

Le point de vue du médecin: l'évolution des modes de prise en charge

Raphaël Gaillard et Pierre de Maricourt..... 25

Le point de vue de l'architecte: la nouvelle architecture psychiatrique et les enjeux sociétaux

Victor Castro..... 29

2^e PARTIE**L'évolution des grands sites****Ville-Évrard : conduire un schéma directeur**

Zaynab Riet 37

Le Vinatier : s'ouvrir à la cité

Hubert Meunier et Anne-France Argans 45

Sainte-Anne : définir une cohérence d'ensemble

Philippe Stallivieri 53

Gérard-Marchant : sauter dans la modernité

Christine Arnal 57

Les valeurs patrimoniales de l'architecture psychiatrique d'hier

Pierre-Louis Laget 65

3^e PARTIE**L'hospitalisation en question****Architecture et soins psychiatriques**

Vincent Camus 79

Servir un projet médical : l'exemple du centre de santé mentale angevin (CESAME)

Marine Plantevin, Matthieu Legras et Denis Leguay 89

Associer les soins psychiatriques et somatiques en hôpital général

Bénédicte Gohier 99

Enrichir les alternatives à l'hospitalisation

Christine Arnal 109

4^e PARTIE**L'architecture psychiatrique demain : éléments de recommandation****Les éléments clés d'une opération de conception construction**

Cécile Jaglin-GrimoNprez 121

Les éléments réglementaires spécifiques à la psychiatrie

William Yadjel 131

Les éléments de programmation

Élisabeth Lecureuil et Hervé cochet 139

Les spécificités d'un programme de gérontopsychiatrie

Alcina Matos Queirós et Armin von Gunten 151

Les spécificités d'un programme d'établissement privé

Nathalie Kleimann, Houria Mezemate et Patrick Lemoine 157

Les recommandations architecturales

Jérôme Bataille 165

Les recommandations pour la maintenance et l'exploitation

Christine Arnal et Philippe Orgebin 175

Liste des encadrés 180**Cartographie des établissements et projets présentés**... 182**Présentation des auteurs** 186

édito

/

« Les personnes souffrant
de troubles psychiques
sont des citoyens à part entière
ayant droit de cité » [UNAFAM]

/

YANN BUBIEN,

directeur général du CHU d'Angers

La psychiatrie occupe une place à part dans le système de soins français, comme dans notre imaginaire.

En France, 1 personne sur 4 est susceptible de souffrir d'une pathologie mentale, 2 millions de patients sont suivis en ambulatoire et 415 000 personnes sont hospitalisées dans les établissements de santé. La psychiatrie a fait l'objet d'une vingtaine de rapports ces quinze dernières années.

Depuis l'avènement des asiles départementaux en 1838, la place des malades mentaux dans la société n'a cessé d'être débattue : enfermés et mis à l'écart au XIX^e siècle, ils sont soignés dans les établissements de santé spécialisés au tournant du XX^e siècle. L'enjeu est aujourd'hui de concilier le soin et la réinsertion dans la cité, de considérer les besoins de la personne et sa qualité de citoyen à part entière.

Le développement important de lieux de soins et d'accompagnement social hors des murs des hôpitaux, la diversification des acteurs – un tiers de l'offre de soins psychiatriques est dispensé dans des établissements de santé pluridisciplinaires publics et privés, et des dispositifs communautaires se sont multipliés – ont-ils transformé la situation ?

Ni le sénateur Denys Robiliard, dernier parlementaire à l'origine d'un rapport sur le sujet¹, ni l'Union nationale de familles

LA PSYCHIATRIE DEMAIN :

ÉVOLUTION ET INCIDENCE SUR LES MODES DE PRISE EN CHARGE



Depuis le milieu du XX^e siècle, la prise en charge des maladies mentales est marquée par de profondes évolutions liées au souci de réintégrer les patients dans la cité et par l'apparition de médicaments (neuroleptiques et tranquillisants) qui favorisent le traitement ambulatoire en améliorant la maîtrise des symptômes associés aux troubles psychiatriques.

Au tournant du XXI^e siècle, cette dynamique est portée par une demande sociale croissante de décloisonnement entre les intervenants et d'une meilleure considération de la citoyenneté des patients.

La perception de la maladie mentale a évolué et celle-ci est aujourd'hui reconnue comme une pathologie chronique qui justifie un suivi de long terme, une maladie

associée à des besoins de soins somatiques insuffisamment pris en compte, et un facteur de handicap psychique qui nécessite un accompagnement pour que les droits de ceux qui en souffrent soient pris en compte tout au long de leur parcours et de leur vie.

Ces intentions, largement connues et partagées, peinent à se généraliser dans les faits.

À l'issue d'une décennie de rapports convergents, Denys Robiliard, rapporteur de la dernière mission parlementaire sur le sujet, ajoute à ses 30 préconisations un vœu 30*bis* appelant à cesser de commander des rapports et à privilégier la mise en œuvre des recommandations récurrentes. —

LA MAISON DE SANTÉ DE VÉZELAY : BANALISER LES PREMIERS SOINS PSYCHIATRIQUES

À la toute nouvelle maison de santé de Vézelay, dans l'Yonne, les premiers soins sont accessibles rapidement et en toute discrétion. Dans un cabinet similaire à tous les autres, une psychologue officie. Ses patients viennent la voir spontanément, à moins qu'ils y aient été encouragés par l'un des généralistes des lieux.

Ils y viennent d'autant plus volontiers que le site est facilement accessible, et d'autant plus plaisant que l'architecture en sublime le cadre.

C'est en effet au pied de la colline éternelle de Vézelay, dans le périmètre du site de la basilique, classé au patrimoine mondial de l'UNESCO, que la maison de santé s'inscrit.

Pour honorer cet environnement d'exception comme son tissu urbain médiéval et son bâti pittoresque, elle se construit dans la mesure, la sobriété et l'élégance discrète. Elle se séquence en quatre parallélépipèdes coiffés chacun d'une toiture à deux pentes, et rythme ses façades par des travées de charpente répétitives faisant effet de pilastres (en référence aux colonnades romanes de la basilique). Le strict ordonnancement qu'ainsi elle définit marque son refus de toute surenchère formelle, et en contrepartie son attachement à une composition classique. Il réussit à mettre en valeur et en perspective le village, la basilique et le paysage, grâce à quelques déhanchements opportuns et un subtil tracé régulateur, mais aussi à des proportions maîtrisées avec notamment un bâtiment bas qui, en pied de site et en premier plan, s'abstient d'être un obstacle aux vues.

Pour s'y fondre tout en douceur et harmonie, elle privilégie en façades, un bois d'essence régionale et non traité (le Douglas du Morvan), en pignons, une pierre massive de Bourgogne et en toiture, une tuile plate patinée. Trois matières et trois tonalités rentrant en parfaite résonance avec celles du territoire qui l'accueille.

Pour renforcer encore son ancrage dans la cité et au-delà dans la communauté de communes Avallon-Vézelay-Morvan dont elle dépend, elle inaugure depuis son parvis une promenade qui emprunte un escalier comme creusé dans le volume de l'un des bâtiments et grimpe jusqu'au pied de la basilique, et elle installe en contrebas du site, au plus près de la route départementale, un parc de stationnement paisiblement aménagé.

Pour répondre à ses impératifs fonctionnels, elle place sur l'axe majeur de composition, à l'interconnexion entre le cheminement piéton et le parking,

la pharmacie. Et elle étire, en façades sur l'espace central, introverti et protégé des flux, l'ensemble des pièces dédiées aux consultations et/ou aux soins. Lesquelles bénéficient ainsi d'une douce intimité et, profitant encore de la matière bois qui se livre en intérieur dans toutes ses vérités brutes (teintes, touché, odeurs), s'offrent le luxe de la sérénité. De quoi rassurer les patients, adoucir leurs angoisses vis-à-vis de leurs troubles, quels qu'ils soient, somatiques ou psychiques. ■

BQ+A architectes



UHSA GÉRARD-MARCHANT : VIVRE UNE ARCHITECTURE SÉCURITAIRE

Vincent Espagno et Richard Milani,
architectes

Destiné à l'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques des personnes détenues en milieu pénitentiaire, l'UHSA s'inscrit dans l'enceinte du centre hospitalier Gérard-Marchant. Une enceinte close et contrôlée, au bâti organisé à partir d'une composition orthonormée et dont les écritures, qu'elles datent du XIX^e siècle et soient signées par Jean-Jacques Esquié ou de la fin du XX^e et signées au cas par cas par des héritiers de la charte d'Athènes, satisfont un même registre d'alignement structuré.

Dans ce contexte, l'UHSA surprend par sa singularité, par l'utilisation qu'il fait du cercle. Un cercle comme enceinte pour adoucir l'impact de la construction carcérale dans le parc hospitalier, mais qui intègre, outre un anneau « pénitentiaire », des ailes d'hébergement au tracé orthogonal et conformes aux lignes directrices du site. Un cercle comme figure fondatrice d'un concept architectural qui revendique la capacité à transcender les codes sécuritaires au profit d'un lieu de soins à part entière et qui se décline tripartite pour porter les trois grandes ambitions du programme : optimiser les fonctions de surveillance depuis un poste central, minimiser l'identité carcérale, définir une image la moins traumatisante possible... Un cercle comme forme simple enveloppante et apaisante et qui, en contact avec les lignes droites des quatre demi-unités d'hébergement, génératrices quant à elles d'un ordre rassurant, fractionne et dynamise les parcours de soins (et de vie) des patients, structure leur perception de l'espace (et du temps), encourage leur éveil et invite aux rencontres.

Le béton, matériau brut mais anobli par sa texture et ses imperfections, trouve ici, par l'iconographie (un rideau de troncs d'arbres) qu'il inscrit (*via* le dessin d'un fond de coffrage) dans sa matière, une finition poétique. Une finition choisie en référence au travail sur le végétal des peintres du courant « japonisme » et notamment d'un tableau de E.H. Taylor, et destinée à favoriser le développement de l'imaginaire, à suggérer aux patients/détenus que la nature n'est pas loin – à la portée d'un esprit qui saurait s'évader.

Pour éviter toute « prise » possible et propice à l'escalade des murs, ce motif est réalisé sans relief. Il se lit par une simple différenciation des textures du béton (lisse pour les figures et légèrement rugueux pour le fond), et des lumières captées qu'elles induisent. Il se lit aussi par séquences répétitives, toutes étant issues d'une même matrice.



Grâce à la technique du double mur (deux parois de béton entre lesquelles s'insère une couche d'isolant) et de son motif à dominante verticale, la peau extérieure se décline, face aux ouvrants, en claustras faisant office de barreaudage de sécurité et de brise-soleil. Les branchages qui ainsi se dessinent, en évitant de renvoyer aux occupants de l'UHSA une stricte image carcérale de leur lieu de vie, réussissent à transcender la problématique notion d'enfermement... ■

LE POINT DE VUE DU MÉDECIN: L'ÉVOLUTION DES MODES DE PRISE EN CHARGE

RAPHAËL GAILLARD
et PIERRE DE MARICOURT

Quelle psychiatrie aujourd'hui et surtout demain?

Quelles seront les grandes lignes selon lesquelles la psychiatrie
pourra se structurer demain?

Quels impacts ces évolutions auront-elles sur l'hôpital en psychiatrie?

Pour anticiper ce que pourront être demain les établissements psychiatriques,
il faut se risquer à dessiner les grandes lignes de l'avenir de cette discipline
complexe qu'est la psychiatrie. —

Les grandes évolutions de la psychiatrie

Si les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses sont relativement nombreuses en psychiatrie, il faut souligner qu'il existe néanmoins des besoins non satisfaits. En effet, quelles que soient les pathologies concernées (dépression, schizophrénie ou troubles anxieux), environ un tiers des patients ont une pathologie résistante aux traitements dont nous disposons actuellement. L'avènement des antidépresseurs et des antipsychotiques dans les années 1950 a changé le visage de la psychiatrie. Les multiples innovations thérapeutiques des décennies suivantes ont permis d'améliorer la tolérance des traitements, et ce faisant de déstigmatiser les maladies mentales.

Pourtant, cette dynamique semble s'essouffler désormais. Les *big pharma* se détournent de la psychiatrie. On songe ainsi au désinvestissement de la compagnie Eli Lilly, ne poursuivant ses recherches que dans le champ de l'Alzheimer, après avoir pourtant produit les deux *blockbusters* qu'ont été la fluoxétine (Prozac) dans la dépression et l'olanzapine (Zyprexa) dans la schizophrénie. De fait, le modèle actuel de l'industrie pharmaceutique – celui de niches bien circonscrites auxquelles correspondent des molécules généralement onéreuses – est en

»»

L'ÉVOLUTION DES GRANDS SITES



Largement façonné par la loi Esquirol du 30 juin 1838, qui prévoyait la création d'un établissement public spécialisé dédié aux maladies mentales par département, le patrimoine hospitalier psychiatrique a été très marqué par la pratique de l'internement et le développement de sites asilaires situés à la campagne ou en périphérie des villes.

Lorsque le secteur a été institué en 1960, les nouveaux dispositifs ont été naturellement rattachés aux établissements spécialisés, qui ont rejoint le monde des hôpitaux, tout en conservant de forts particularismes.

Cet héritage historique, qui a subi un retard important d'investissement, était au mieux largement obsolète, au pire accusé de justifier des conditions indignes d'hébergement au moment de la mise en place du Plan hôpital 2007.

Les sites du XIX^e siècle ont depuis été modernisés, restructurés et bénéficient de bâtiments neufs. Pour autant, leur adaptation reste une gageure tant leur conception est éloignée des nécessités actuelles. Concentrant encore l'essentiel des moyens sanitaires de la psychiatrie, ils restent pourtant incontournables. —

LE VINATIER : S'OUVRIR À LA CITÉ

**HUBERT MEUNIER
et ANNE-FRANCE ARGANS**

Le Vinatier, principal établissement public de santé mentale de la région Auvergne-Rhône-Alpes, a amorcé en 2009 une profonde mutation de son site historique de Bron dont la pièce maîtresse est un projet architectural alliant construction neuve et réhabilitations.

Initié dans le cadre du plan Hôpital 2012 d'aide à la modernisation des hôpitaux, un nouvel édifice de 33 434 m² a ouvert ses portes en 2013 et 2014 et accueille désormais 350 lits d'hospitalisation des trois pôles de psychiatrie de l'adulte, ainsi que le pôle direction et des locaux d'enseignement.

Outre le remplacement de bâtiments datant du XIX^e siècle par des lieux d'accueil et de soins adaptés à la psychiatrie moderne, cette restructuration, la plus importante qui soit intervenue depuis la création de l'établissement, a également permis la mise en œuvre physique de la nouvelle organisation médicale de l'établissement en pôles, en application des dispositions d'une ordonnance de 2006.

D'autres travaux sont en projet d'ici 2020 pour compléter cette opération majeure et terminer la modernisation du site en conciliant besoins des patients et des personnels dans le respect du patrimoine et de l'environnement. —

À l'origine, une construction pavillonnaire fermée sur l'extérieur

Construit selon les plans de l'architecte Antonin Louvier, l'asile départemental du Vinatier a ouvert ses portes en 1876, accueillant dès les premiers jours plus de 900 patients. De part et d'autre d'une chapelle en croix grecque, s'étendaient deux grands bâtiments d'hospitalisation (hommes et femmes) alors reliés par des galeries couvertes et structurés autour d'une grande bâtisse accueillant les services généraux et les équipements dédiés à l'hydrothérapie. Cet établissement de mode pavillonnaire constituait à l'époque une innovation architecturale.

Prévue pour 1 200 patients, la capacité initiale a été, du fait de restriction budgétaire, réduite à 600. Les plans de construction ont ainsi dû être rapidement repensés, faisant émerger de multiples difficultés techniques. Les premières années et les faibles ressources de l'établissement furent alors consacrées à la mise aux normes des infrastructures. Le système de chauffage, d'éclairage ou encore l'approvisionnement en eau firent ainsi l'objet de ces grands chantiers menés jusqu'en 1950.

Dès son ouverture, le Vinatier a dû faire face à une surpopulation, nécessitant la construction de nouveaux bâtiments.

»»

D'abord groupées autour des services généraux, ces nouvelles constructions s'éparpillèrent par la suite à l'intérieur du parc dont les sols étaient jusqu'alors principalement occupés par la culture et l'élevage. Répartis en fonction de leur état (« tranquilles », « semi-tranquilles », « agités », « faibles » et « vieillards »), les patients ne sortaient que très rarement de l'enceinte de ces murs. Les constructions étaient alors constituées de hauts murs et les cours et jardins de sauts-de-loup, limitant ainsi tout lien avec l'extérieur.

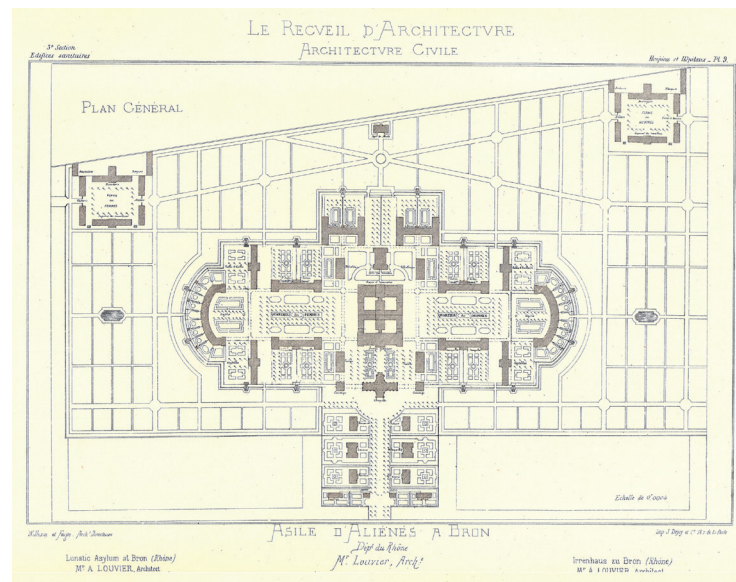
Au lendemain de la Libération, l'hôpital est à l'abandon et, devant l'ampleur des dépenses, il est envisagé de quitter définitivement les infrastructures au bénéfice de nouvelles, répondant davantage aux conceptions de la psychiatrie moderne.

L'opinion publique prend alors conscience des conditions d'hospitalisation et les financements nécessaires à la modernisation de l'hôpital seront finalement trouvés. La découverte des neuroleptiques, apaisant les patients, permettra alors de penser le bâti différemment : des espaces plus modernes, plus confortables, mais surtout plus ouverts.

L'ouverture sur la cité

L'évolution architecturale du Vinatier fut ainsi, jusque dans les années 1950, fortement liée à l'accroissement de sa file active. L'arrivée de traitements médicamenteux efficaces permit alors de soigner différemment et donc de bâtir autrement.

Les années 1960 et 1970 furent ainsi consacrées à la modernisation de l'hôpital, *via* notamment la création de quatre nouveaux bâtiments de 50 lits, une cafétéria, une salle de spectacle ou encore un département de réadaptation professionnelle, signe de l'ouverture de l'hôpital.



Les années 1980 et 1990 furent marquées par le développement des structures extra-hospitalières, et des unités spécifiques et spécialisées (unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents, unité de soins intensifs en psychiatrie...) virent le jour dans les années 2000.

À l'aube du second millénaire, Le Vinatier compte désormais parmi les plus importants établissements psychiatriques de France. Fort de son évolution, il s'interroge alors sur les nombreuses transformations architecturales, opérées au fil des

LES VALEURS PATRIMONIALES DE L'ARCHITECTURE PSYCHIATRIQUE D'HIER

PIERRE-LOUIS LAGET

Des quartiers d'insensés aux asiles d'aliénés, l'architecture psychiatrique s'est écrite de manière spécifique. Pour grande partie détruite pour moult raisons, de décence et d'hygiène notamment, quelques-unes de ses pièces emblématiques subsistent toutefois, ayant bénéficié de mesures de protection et/ou de programmes de respectueuse réhabilitation. Mais elles sont le plus souvent amenées à changer d'affectation. —

L'institution asilaire : une patrimonialisation tardive

Des quartiers d'« insensés »

Le mouvement de création d'établissements dédiés spécifiquement au soin de malades mentaux – appelés « insensés » jusqu'en 1819, année de la publication du rapport d'Esquirol – prit naissance bien avant la loi du 30 juin 1838 qui lui conféra un caractère institutionnel et national.

Ces établissements, auparavant fort inégalement répartis, se rencontraient principalement dans la capitale, dans les anciennes provinces de Flandre et d'Artois, enfin en Provence. On comptait ainsi à Aix-en-Provence l'hôpital des Insensés ou de La Trinité fondé en 1697-1698, à Marseille la maison de Saint-Lazare, maladrerie commuée en lieu d'accueil pour insensés en 1699, à Avignon la maison de la Miséricorde ouverte en 1728. En Flandre existait depuis 1615 la maison de la congrégation du tiers ordre de Saint-François d'Armentières qui, après s'être consacrée à l'éducation des enfants, s'orienta vers l'accueil de personnes atteintes de démence. Elle ne tarda pas à s'étendre en établissant, en 1679, une succursale à Saint-Venant en Artois. Près de Paris, les frères de la Charité avaient adjoint à leur hospice de Charenton, fondé en 1641, une maison de santé pour fous dont les familles étaient en mesure de payer pension.

»»



Aix-en-Provence, asile de Montperrin, les pavillons alignés.



Aix-en-Provence, asile de Montperrin, les galeries.

Gérard-Marchant, etc. Tous ces établissements subsistent sans transformations notables en raison du faible besoin des thérapies mentales en gros appareillages médicaux et en installations techniques lourdes, et contrairement aux établissements de soins de type généraliste où l'emprise du plateau technique est ainsi passée de 10 à plus de 40% en un demi-siècle¹⁰.

De graves menaces se précisent cependant comme à Saint-Égrève où il est prévu de détruire les deux tiers des pavillons pour édifier des bâtiments plus fonctionnels répondant aux normes contemporaines et où l'entreprise de démolition a même déjà commencé.

En revanche à l'asile de Navarre, près d'Évreux, où la rénovation est achevée depuis peu, la qualité et la monumentalité de son architecture ont semble-t-il incité l'administration à conserver l'alignement principal de pavillons, sacrifiant l'alignement secondaire peu visible, car situé sur l'arrière du terrain d'assiette, et constitué de surcroît des bâtiments difficiles à réutiliser ou même carrément déjà abandonnés tels les anciens quartiers d'agités.

Cet alignement principal comprenait le bâtiment de l'administration encadré par les pavillons des malades placés en continuité avec lui. Ce fut à l'instigation de Maximien Parchappe, nommé inspecteur des asiles d'aliénés en 1848, que fut adopté le parti de disposer sur un même alignement cet ensemble de bâtiments, avant l'exécution du projet entre 1862 et 1868. Ce médecin aliéniste se montrait fort soucieux de marier les exigences de la médecine aliéniste avec des préoccupations esthétiques, mariage inaccoutumé chez quelqu'un occupant pareille fonction d'inspecteur. Parchappe semble avoir reproché au système pavillonnaire son défaut de monumentalité.

L'HOSPITALISATION EN QUESTION



Le développement du secteur psychiatrique a favorisé la diversification et la délocalisation des lieux de prise en charge, permettant de construire un parcours intégré aux patients d'un territoire.

Comme les autres disciplines médicales, la psychiatrie est soumise à une attente forte de désinstitutionnalisation et de développement d'une offre ambulatoire : psychiatrie hors les murs, rapprochement des professionnels du lieu de vie des patients, principe du « aller vers », dispositif orienté vers les besoins globaux des patients et favorisant leur réinsertion dans la société.

En parallèle, certains excès de la sectorisation sont combattus à l'intérieur même des établissements par le développement d'activités intersectorielles ou extra-sectorielles permettant, notamment, de développer des unités de prise en charge spécifiques aux manifestations aiguës de la maladie (urgences psychiatriques, centre de crise) ou de préparer la sortie d'hospitalisation (réadaptation). On peut constater un rapprochement des logiques et des emprunts au vocabulaire somatique (« urgences », « lits de crises », « soins intensifs », etc.).

Cette dynamique, qui s'accélère sur les dernières décennies, se traduit par un émiettement des lieux, une dispersion des alternatives, mais aussi des intervenants du parcours de soins.

Le nombre croissant des acronymes traduit la double tentation de s'émanciper du secteur psychiatrique, mais aussi de réinventer l'offre pour développer des services spécialisés.

La Cour des comptes fait le constat que l'hôpital reste, malgré la diminution des lits d'hospitalisation complète, l'élément central du dispositif d'organisation des soins psychiatriques.

Le pragmatisme incite à utiliser ce patrimoine, les compétences développées et les moyens qui y sont attachés, tout en favorisant une évolution et en reconvertissant l'existant, pour favoriser l'autonomie des patients, préparer la sortie de l'hospitalisation et accueillir tous les services nécessaires au parcours de vie. —

SERVICE DE PSYCHIATRIE DE BERGERAC : CONSTRUCTION DE PARCOURS THÉRAPEUTIQUES

Le centre hospitalier Montpon-Ménésterol, établissement de santé spécialisé pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, propose plusieurs centres d'accueil et de soins répartis sur le territoire bergeracois (à Montpon, Périgueux, Bergerac, etc.). Dans le souci de répondre aux exigences de proximité, de continuité des soins et maintien du patient dans son environnement, les services adultes, initialement localisés sur le site de Montpon, ont déménagé en 2012 dans une toute nouvelle structure construite à Bergerac.

Celle-ci s'adresse à une population adulte présentant de multiples pathologies. Pour répondre à la complexité des parcours de soins qui en résultent, l'équipement s'offre une grande richesse de composition et d'espaces qu'il réussit à conforter avec une tout aussi grande simplicité d'usage.

L'architecture, ici qualifiée d'« urbaine », participe du parcours de soins. Ses quartiers identifient les services, ses places et autres patios deviennent les carrefours des espaces partagés, ses rues s'affirment comme autant de parcours et/ou espaces de déambulation... Les uns et les autres inaugurant des relations à l'autre, préparant à une autonomie recouvrée et facilitant in fine le retour à une vie sociale « en dehors » de l'institution.

Le « hors les murs », que revendique la psychiatrie du XXI^e siècle, est d'ailleurs ici annoncé par une architecture volontairement ouverte. Une architecture qui multiplie les vues sur l'extérieur, par transparences et/ou percées visuelles sur l'environnement proche et lointain, diversifie ses ambiances par un large panel de formes, matières et couleurs, sollicite la curiosité par un enchaînement dynamique et sensuel des espaces...

Une architecture qui rejette aussi le mur en tant que représentation d'une psychiatrie de l'enfermement et de l'isolement, lui préférant la symbolique du toit pour une psychiatrie de l'accueil et de la protection, mais d'un toit qui, s'il généralise un effet de décollement pour traduire son caractère fédérateur d'un lieu unique et d'une communauté thérapeutique, se séquence aussi pour identifier les quatre entités du programme : unité hospitalière d'addictologie (UHA), hospitalisation libre (HL), psy gériatrique, hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers (HO/HDT). Ces entités font



BVL Architecture, architectes

également valoir, par les volumes et espaces fonctionnels qu'elles génèrent, des caractéristiques identitaires :

- L'UHA privilégie ainsi son autonomie, par sa mise à distance de la zone commune, et, par sa densité, les proximités (et les liens qui en découlent) entre les patients et le personnel.
- L'HL favorise, par son organisation de l'hébergement en modules de quatre chambres associés chacun à un seuil et à une distribution propre, l'intimité des patients, et, par son ouverture sur un jardin intérieur et sa terrasse (à l'accès libre), leur autonomie de parcours.
- La psy gériatrique engage les patients à la déambulation libre par sa circulation alternant lignes droites et courbes et encore enrichie de prolongements extérieurs et protégés.
- La HO/HDT garantit, par un poste de soin centralisé, traité tout en transparence et adossé à un vaste jardin intérieur en périphérie duquel s'enroulent les circulations, une surveillance permanente et sécurisante pour tous (patients et personnel). ■

SERVIR UN PROJET MÉDICAL :

L'EXEMPLE DU CENTRE DE SANTÉ MENTALE ANGEVIN (CESAME)

**MARINE PLANTEVIN, MATTHIEU LEGRAS
et DENIS LEGUAY**

Les établissements héritant d'un patrimoine ancien se réinventent, en se reconstruisant sur eux-mêmes au service d'un projet de réorganisation de l'offre de soins favorisant la désinstitutionnalisation, privilégiant la liberté d'aller et venir, préparant la réinsertion sociale des patients.

Le centre hospitalier CESAME, établissement spécialisé du Maine-et-Loire, a ainsi placé au cœur de son plan directeur l'aménagement de deux nouvelles unités destinées à accueillir en amont de l'hospitalisation et à préparer le retour au domicile en aval de l'hospitalisation.

L'unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO) et l'unité de réhabilitation psychosociale (URP) ont ainsi été respectivement conçues comme interlocuteur de première intention (pour éviter les passages systématiques aux urgences) et sas préparant à la reconquête de l'autonomie. —

L'unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO)

Question d'espace

Le projet médical du CESAME donne à l'UPAO l'objectif suivant : « Un espace suffisamment ouvert pour que le patient ne se sente pas enfermé et suffisamment contenant pour qu'il ne se sente pas esseulé. »

Une unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation des problématiques psychiatriques est un projet ambitieux, ne pouvant exister qu'avec l'accord de l'établissement tout entier et du territoire. La question architecturale est centrale dans la construction d'un tel programme, car l'espace est primordial en psychiatrie : des espaces de soin, des espaces pour penser, pour déambuler, des espaces d'apaisement et de soins intensifs, des espaces en dehors du soin, pour les familles et les aidants, des espaces réglementaires, des espaces intégrés, des espaces pour se retrouver seul ou entre patients, des espaces d'échanges soignant-soigné, des espaces de discrétion ou encore de sociabilisation.

L'histoire de la psychiatrie a une proximité certaine avec cette question de l'espace qui a accompagné toutes les avancées du

»»

UN EXEMPLE D'UNITÉ MIXTE : L'UNITÉ D'HOSPITALISATION MÉDICO-PSYCHIATRIQUE AU CHU D'ANGERS

Pour répondre aux situations de crise, le CHU d'Angers a ouvert une unité d'hospitalisation médico-psychiatrique (UHMP) qui accueille les patients après un passage aux urgences ou une admission en réanimation.

Cette unité de court séjour comprend dix-huit lits d'hospitalisation. Les patients y sont pris en charge principalement au détour d'un passage par le service d'admission des urgences ou de réanimation médicale en cas de tentative de suicide, de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, de situation de crise psychosociale ou de pathologies traumatiques ou encore de troubles addictologiques.

L'unité a un fonctionnement classique de type MCO avec un règlement intérieur qui ne diffère pas de celui du CHU en général, hormis quelques précautions sécuritaires liées à l'accueil de patients suicidants. L'accès à l'unité est totalement ouvert, les visites sont autorisées de 13 h à 20 h, les patients ont accès à leur téléphone et tout autre moyen de communication. L'unité étant située au 2^e étage d'un bâtiment de médecine, les fenêtres sont bloquées et l'accès aux salles de soins et de repos est sécurisé par un digicode. Les patients peuvent aller et venir dans l'unité et dans l'enceinte du CHU librement.

Les patients sont communément examinés aux plans psychiatrique et somatique de manière systématique par un médecin psychiatre et un médecin somaticien. Selon leur situation clinique initiale, ils pourront bénéficier de consultations spécialisées et/ou d'examens complémentaires et donc du plateau technique du CHU. L'intégration des soins somatiques et psychiatriques sur une unité de lieu et de temps permet au patient une véritable prise en charge globale. La durée moyenne de séjour est située entre 4 et 5 jours, pendant laquelle le patient sera rencontré par le même psychiatre et plusieurs fois par jour par un-e infirmier-ère. Selon la problématique, il pourra bénéficier d'une information sur son diagnostic, les traitements, au moyen d'outils variés (site Internet, plaquettes d'information, groupe de patients).

Systématiquement durant le séjour, un contact est pris avec le médecin ou psychiatre traitant, mais aussi le médecin du travail si nécessaire ou tout autre professionnel de santé impliqué dans les soins. L'entourage est reçu avec l'accord du patient. L'objectif est d'évaluer et replacer le patient dans son contexte environnemental le plus rapidement possible.

Un travail de recherche a permis de comparer la population de patients suicidants accueillis sur l'unité et ceux accueillis sur les unités de médecine somatique. Sur l'unité, les patients étaient vus plus souvent par le même psychiatre. La famille ou l'entourage proche étaient plus souvent rencontrés et le lien avec le médecin traitant systématique. Du côté du ressenti des patients, si les deux populations avaient bénéficié des soins recommandés (évaluations somatiques, psychiatrique et sociale), ceux de l'unité s'étaient sentis plus écoutés par un personnel formé tout autant aux soins somatiques qu'aux soins psychiatriques, alors que ceux des autres unités de médecine, où la population est beaucoup plus hétérogène sur le plan médical, s'étaient sentis parfois incongrus face à d'autres « vrais malades nécessitant de vrais soins ».

Un autre intérêt des unités réside dans l'évaluation systématique sur le plan somatique, avec le souci de profiter de ce moment d'hospitalisation pour proposer une évaluation somatique approfondie, auprès d'une population ayant une accessibilité aux soins compliquée par leur pathologie. L'anhédonie ou la dévalorisation du patient déprimé, le désespoir du patient suicidaire, les peurs des anxieux sont peu favorables à des soins optimaux. Si la France est un pays où l'espérance de vie est élevée, la mortalité prématurée (des moins de 65 ans) est aussi importante, en particulier pour les patients souffrant de troubles psychiatriques souvent accompagnés de complications somatiques du fait de l'iatrogénie des traitements psychotropes, de la sédentarité souvent associée aux troubles psychiatriques et/ou de la précarité secondaire. Ceci entraîne bien souvent un diagnostic et des soins tardifs. ■

CHPG MONACO : ENRICHIR LES ATOUTS INITIAUX

Le concours a été jugé en 2013. Avec à la clé un projet architectural de grande élégance et de belles performances techniques sur un projet médical de grande ambition de service pour la population.

Un projet global qui s'inscrit en résonance dans la ville et le paysage avec les célèbres rocher de la Tête de Chien et jardin exotique (deux points de repère séculaires de la Principauté) et dans la société monégasque, avec sa quête nouvelle de cité à l'excellence environnementale.

Un projet qui se revendique durable avec une empreinte énergétique promise minime, un rapport étroit avec son environnement, une évolutivité garantie notamment par la possible adjonction d'une quatrième aile bâtie. Or, cette évolutivité est d'ores et déjà validée, puisque le programme d'une nouvelle aile, dédiée à la psychiatrie, a été entériné deux années après le début des études et annonce sa construction en phase 3. Une évolutivité d'autant plus exemplaire que, loin de contredire la cohérence architecturale d'ensemble, elle la gratifie par un parfait équilibre des différents volumes et la sublime même en exacerbant les qualités d'ouverture, de transparence, de lumière, de repérage, de rapport à la nature qui ont guidé la conception

initiale et qui s'imposent désormais aussi comme la parfaite illustration des nouveaux paradigmes de la psychiatrie moderne.

Toutefois, la nouvelle aile, qui calque ses atouts d'accessibilité et de mise en relation avec les plateaux médico-techniques (bloc opératoire, urgences, imagerie, rééducation fonctionnelle), les espaces d'accueil généraux, les plateaux logistiques via l'épine de distribution verticale et centralisée (à l'interconnexion des quatre ailes), s'attribue quelques caractéristiques propres de fonctionnement, de prise de vue et de lumière verticale, et de prolongements extérieurs. La particularité de cette entité psychiatrique réside dans sa verticalité puisqu'elle occupe 5 niveaux (du N5 au N9) de ladite aile, chacun proposant une fonction propre (unité fermée, unité ouverte, unité de long séjour, plateau d'activités et plateau ambulatoire).

Et la particularité de ces plateaux, en regard de ceux que développent les trois autres ailes d'hébergement, réside dans leurs aménagements adaptés aux différentes affectations, dans la recherche de lumière et de percées visuelles en cœur de bâti et dans les prolongements extérieurs et leurs fonctions thérapeutiques.



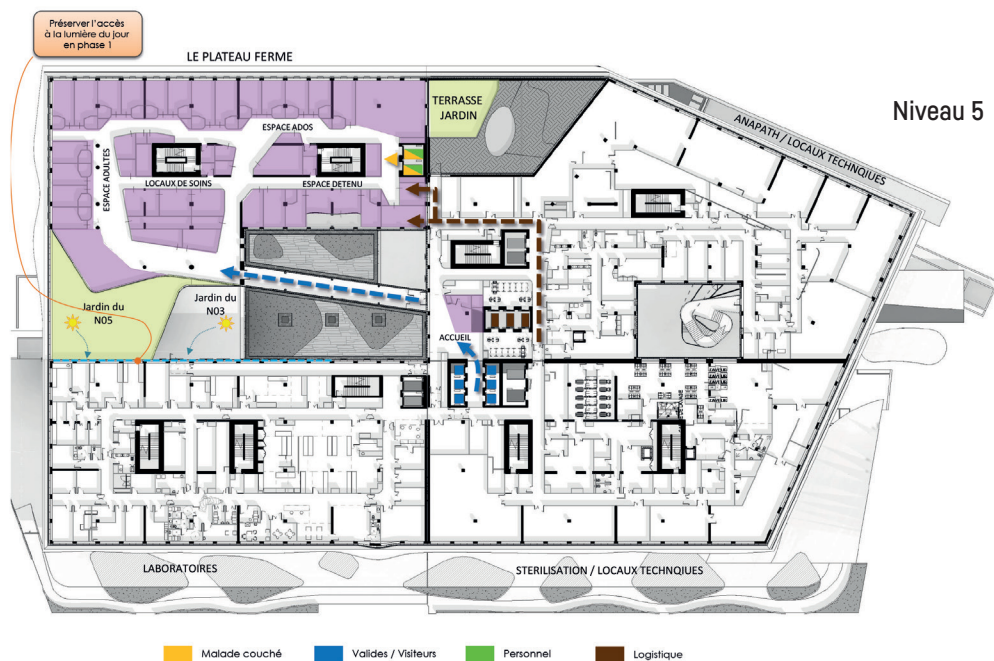
Les aménagements bannissent ainsi les circulations rectilignes au profit d'espaces de déambulation aux contours souples, aux respirations amples et aux perspectives sur le paysage multipliées et toujours avantageusement cadrées. Ils soignent l'intimité des chambres, accentuent les effets de seuil et de leur privatisation. Ils sécurisent aussi les lieux, par un accueil secondaire pouvant contrôler les arrivées des visiteurs depuis l'accueil général de niveau ou depuis les ascenseurs, et éventuellement (notamment pour l'unité fermée) par des dispositifs techniques de contrôle.

La lumière complémentaire nécessaire se gagne par l'inscription de puits de lumière traversant jusqu'à quatre niveaux. Des puits aux typologies variées, pour structurer les différents parcours thérapeutiques, pour signifier ici une place publique, point de rencontres et d'échanges, là une aire de repos ou d'attente...

Pour libérer aussi des vues insolites entre niveaux, pour que les regards se croisent et s'interpellent d'une unité à l'autre, pour que les patients gagnent un sentiment de liberté visuelle et se rapprochent progressivement du monde extérieur.

Quant à la lumière artificielle, elle s'offre quelques sophistications, pour accentuer un effet de courbe dans les espaces de déambulation, pour se moduler et créer des ambiances naturelles au plus proche des rythmes circadien et biologique, pour servir un possible traitement (luminothérapie).

Les terrasses et jardins se dessinent à l'abri des vents et des masques d'ombres portées par les ailes adjacentes. Elles se qualifient au regard des usages thérapeutiques (repos, sport, activités ludiques, jardinage...). En traduisant « en miniature » l'univers végétal du paysage environnant, elles réussissent à repousser les frontières... ■



ENRICHIR LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

CHRISTINE ARNAL

Le centre hospitalier Gérard-Marchant a créé dès les années 1970 des hôpitaux de jour, des centres médico-psychologiques au cœur de Toulouse. Une seconde vague, après l'explosion de l'usine AZF en 2001, s'est appuyée sur des cahiers des charges définis conjointement entre communauté soignante et médicale et service travaux.

Ces toutes dernières années voient l'explosion des unités mobiles, légères et réactives qui exportent dans les lieux de vie et de prise en charge l'expertise et les pratiques en s'affranchissant d'un besoin en lieux de soins. —

Un panel classique d'alternatives à l'hospitalisation

Les premières structures extra-hospitalières développées furent des centres médico-psychologiques (CMP) et des hôpitaux de jour (HJ) parfois spécialisés.

Des lieux d'hospitalisation avec locaux à sommeil furent aussi mis en place en milieu urbain : un centre de post-cure, un centre de soins pour étudiants de 5 lits, des appartements thérapeutiques avec une présence soignante plus ou moins continue.

Au début de la psychiatrie « hors les murs », ces nouveaux dispositifs de soins en l'absence de modèle se sont souvent installés dans des locaux inadaptés : appartements, villas, pseudo-bureaux. L'implantation géographique au sein du secteur était le critère principal du choix des locaux. La fonctionnalité n'était pas alors une préoccupation. L'important était d'être dans la cité, au plus près des lieux de vie des patients.

L'explosion d'AZF de 2001 fut l'occasion d'accélérer le développement de la politique extra-hospitalière du centre hospitalier. Tous les lits ne furent pas réinstallés, dégageant du personnel pour développer des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). L'indemnisation du sinistre a permis de revoir le parc immobilier, et ses extérieurs, du centre hospitalier.

»»

ITEP DE LA TOUR DU CRIEU : VARIER DE TEMPO

L'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) de la Tour du Crieu est destiné aux enfants présentant des troubles du comportement qui leur imposent d'être exfiltrés du système scolaire traditionnel comme du cadre familial. Pris en charge par un encadrement circonstancié, 5 j/7, ils trouvent en ces lieux des chambres et des espaces de vie, des salles de cours et des ateliers pédagogiques, des espaces extérieurs ludiques et sportifs, des locaux thérapeutiques...

Situé à l'entrée du village, sur un terrain plat mais avec vue lointaine sur les premiers contreforts des Pyrénées, l'équipement bénéficie d'un environnement apaisant. D'autant plus apaisant que son architecture se dessine dans un même esprit. Calme. Et pourtant plurielle. La palette des espaces, si elle s'écrit de façon homogène, se livre en effet variée. Pour permettre une prise en charge « à la carte » de l'enfant, isolé ou en groupe. Pour offrir des temps dissociés et rythmer à façon les journées de chacun et de tous. Pour multiplier les écritures et leur mode d'appropriation – de l'architecture « cabane », qui identifie l'univers domestique, à l'architecture moderne qui renvoie l'image d'une institution rigoureuse et structurante. Pour enfin libérer ici d'amples ouvertures et là de délicates percées visuelles qui contredisent avec bonheur l'idée préconçue que ce type d'établissement devrait se fermer au monde extérieur et vivre en autarcie...

L'internat, en fond de site, s'ouvre au sud sur une plaine champêtre avec en fond de scène le paysage de montagne, et s'il se développe en longueur, il se séquence aussi, en trois maisonnées (ou cabanes perchées) en référence au modèle familial. Avec les espaces de vie et d'activités placés au rez-de-chaussée et accessibles depuis une rue intérieure commune aux trois cabanes et ayant valeur d'espace de rencontres informelles ou de repli stratégique. Avec les chambres, à l'étage et sous les toits et qui, regroupées par sept, confèrent à chaque unité un effet de nid douillet.

Le bâtiment scolaire se déroule parallèle à la ligne de l'habitat, libérant, entre les deux entités, l'espace récréatif.

L'espace thérapeutique/service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) place son aile dédiée, perpendiculairement aux deux précédents bâtiments, et clôt avantageusement l'espace privé et protégé (la cour de récréation des enfants), le séparant de surcroît de l'espace « public » investi par le parking des visiteurs et du personnel.

Vincent Espagno et Richard Milani, architectes



Plan masse

01 5 10m

Cette composition tripartite, d'une grande lisibilité, s'impose alors comme une efficace aide au repérage, indispensable à la vie quotidienne des enfants et à leur sérénité. ■



L'ARCHITECTURE PSYCHIATRIQUE DEMAIN :

ÉLÉMENTS DE RECOMMANDATION



Soumis à des tensions contradictoires, contesté comme épicentre de la prise en charge des malades, l'hôpital a su depuis 50 ans se transformer, intégrer les évolutions thérapeutiques, s'ouvrir sur la ville et se projeter hors les murs.

À condition de poursuivre sa mutation, de considérer les besoins de la personne et sa qualité de citoyen à part entière, mais aussi d'élargir son positionnement pour constituer un espace de liaison entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social, l'hôpital conserve une place primordiale dans le parcours de santé des patients atteints de pathologies mentales, auxquels il peut offrir une prise en charge psychiatrique et somatique par des équipes multidisciplinaires, un accueil 24 h/24 h, et l'accès aux dernières évolutions et innovations thérapeutiques.

Les 635 établissements autorisés pour l'activité de psychiatrie ont un rôle à jouer dans la nécessaire mise en réseau des acteurs et la coordination des parcours de santé. Leur restructuration est aujourd'hui largement entamée, mais pas achevée.

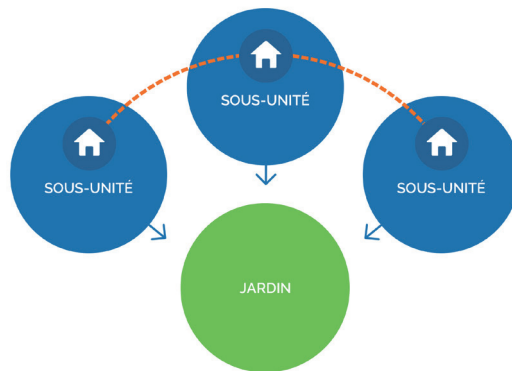
Les programmistes et les architectes sont interpellés pour proposer aux maîtres d'ouvrage des solutions permettant de concilier les impératifs de fonctionnalité et d'efficacité économique, mais également de s'appuyer sur le dernier état de l'art et les résultats des recherches en sciences humaines et sociales, pour apporter aux personnels et aux patients un environnement accueillant, favorisant le bien-être.

L'ambition des établissements accueillant des patients atteints de pathologies mentales pourrait alors être de devenir des *magnet hospitals*, selon l'expression de Linda H. Aiken, associant qualité des soins et satisfaction du personnel, remettant l'humain au cœur de leur projet. —



L'orientation choisie par le centre hospitalier Georges Mazurelle de la Roche-sur-Yon, a été d'accoler des sous-unités de 9 à 18 lits.

HÉBERGEMENT FRACTIONNÉ EN SOUS-UNITÉS



LÉGENDE

→ Accès au jardin

--- Lien fort entre les sous-unités (surveillance et soins)

Dans une autre approche, un établissement a plutôt souhaité des couloirs très simples dans la zone des chambres pour ne pas les assimiler à des espaces de vie, éviter le stationnement des patients dans les circulations, et les encourager à se rendre dans les lieux de vie. La configuration du projet et son organisation projetée doivent participer de manière active au soin, par la proposition d'un environnement structurant et apaisant. Les programmes insistent systématiquement sur la qualité des espaces intérieurs, mais aussi extérieurs, comme un complément essentiel aux soins. Cette préoccupation est d'autant plus importante que certains patients n'ont accès qu'à l'unité et à un jardin clos.

Aider le travail du personnel

La limitation aux déplacements des patients est très prégnante en médico-social. En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), c'est plutôt la notion de distance pour le personnel qui est prise en compte. En psychiatrie, ce thème est abordé de manière différente, car les patients sont généralement mobiles. Il s'agit plutôt de traiter l'attractivité des zones communes, leur bonne identification et la rapidité d'intervention pour le personnel. Du fait des risques de crise des patients, les unités doivent permettre une assistance rapide du personnel envers un patient ou d'autres soignants. Le positionnement judicieux des locaux de soins et une maîtrise des distances sont essentiels pour répondre correctement à cet objectif.

Synthèse et perspectives

Incidence sur la programmation

La programmation dans le domaine de la psychiatrie place le patient au centre de la prise en charge, au détriment d'une logique de process, plus impersonnelle.

CONSEILS POUR L'ACCUEIL DE PERSONNES EN CRISE SUICIDAIRE

Lors de la conférence de consensus sur la crise suicidaire (2000), l'une des recommandations portait sur la possibilité de proposer un temps d'hospitalisation à toute personne ayant fait une tentative de suicide ou en crise suicidaire. L'un des objectifs de l'hospitalisation est de permettre protection et apaisement auprès d'une personne traversant une période de crise émotionnelle et où le risque de passage à l'acte est majeur.

En période de crise suicidaire, la personne est submergée par des émotions négatives allant d'un sentiment de dévalorisation à celui du désespoir de ne plus pouvoir continuer à vivre et devoir faire face à des situations éprouvantes. Le suicide apparaît alors comme une solution, celle d'échapper à sa vie devenue insupportable. Si le passage à l'acte peut permettre une relative diminution de la tension psychique, le sujet reste vulnérable et sensible. Ses propres pensées, les réactions de l'entourage sont autant de facteurs accélérant possibles vers un nouveau passage à l'acte. Il est alors nécessaire de le protéger dans un environnement calme, apaisant, contenant.

Il va de soi qu'un certain nombre de précautions de base doivent être prises: une unité située en rez-de-chaussée ou à défaut avec des fenêtres sécurisées, la distribution et la prise de médicaments sous surveillance, un inventaire des effets personnels à l'arrivée en enlevant les objets tranchants et ceintures, l'absence de fils ou câbles électriques (chargeur d'ordinateur ou de téléphone) et tout objet susceptible d'être utilisé comme moyen suicidaire par précipitation, suffocation, intoxication, blessure sanglante, pendaison.

La configuration architecturale du service est tout aussi importante. Dans l'idéal, le poste de soins devrait être central afin de favoriser la surveillance des patients en chambre et dans les espaces communs, tout en préservant leur intimité. Pour des personnes qui se sont progressivement isolées, repliées, parfois honteuses et souvent culpabilisées, il doit aussi pouvoir faciliter le lien. Il est nécessaire, pour les personnes en crise suicidaire, d'aménager un temps d'éloignement de l'environnement habituel, ce qui ne signifie pas un isolement de l'entourage. Les visites, le plus souvent réconfortantes, peuvent aussi être source de nouvelles tensions. Il est donc nécessaire d'accompagner les « retrouvailles » après un événement traumatisant pour le patient comme pour ses proches dans des espaces adaptés, alliant intimité, réassurance et confidentialité. Les patients bénéficient d'entretiens individuels et familiaux

et on privilégiera les espaces clairs et spacieux aux espaces sombres et confinés, en eux-mêmes pourvoyeurs d'anxiété et de tension.

Une vigilance quant à la sécurisation des espaces de soins doit être constamment renouvelée et chaque personne intervenant dans les unités de soins spécialisées dans l'accueil des patients suicidaires doit y être sensibilisée. Les équipes médicales, paramédicales, et toute personne y travaillant doivent être informées et respecter les mesures de sécurité. Un fil électrique inadéquat, une fenêtre anormalement ouverte, un comprimé laissé à terre, une paire de ciseaux nécessitent d'être signalés.

Ce sont parfois les patients eux-mêmes qui nous sollicitent en évoquant des scénarios imaginés pour un nouveau passage à l'acte dans le service ou dans l'environnement immédiat. Cette recherche de moyens n'est pas une constante chez les personnes en crise suicidaire mais leur ambivalence (rester en vie ou prendre la fuite) entraîne des pensées alternatives et il convient, dans la surveillance, de poser la question des idées suicidaires et de la recherche de moyens, y compris dans le service. Au-delà de la surveillance, ce questionnement fait partie intégrante des soins et de la possibilité de trouver un apaisement en proposant des stratégies plus appropriées.

Ces précautions liées à la thématique du suicide peuvent paraître pesantes et contraires aux principes de liberté du patient dans un contexte de soins consentis. Il est nécessaire d'expliquer, au patient et à son entourage, les raisons de ces précautions. Par exemple, l'inventaire fait en début de séjour peut être difficile pour le patient ayant le sentiment de non-respect de son intimité. De même, retirer le fil de recharge de portable ou d'ordinateur peut être source d'incompréhension, voire de difficulté dans l'inévitable confiance entre le patient et l'équipe soignante. Cette nécessaire explication est aussi un premier temps d'évaluation des idées suicidaires éventuellement encore présentes au moment de l'admission. La fermeture des fenêtres peut donner une impression de privation de liberté, voire de carcéralité, ce que disent les patients. Il faut informer, expliquer en exprimant notre inquiétude, en proposant un cadre qui va permettre de remédier à l'insécurité interne qui les conduit à leur propre ambivalence. Rompre avec le cadre habituel, dans un espace protecteur, bienveillant, discrètement sécurisé, doit favoriser les modifications internes émotionnelles et cognitives et permettre au patient de reprendre le cours de sa vie, autrement. ■

qu'elles augmentent la sensation d'oppression et la stigmatisation psychiatrique. Quant aux soignants, ils souhaitent être dégagés de la responsabilité de l'oubli de fermer la fenêtre avec le risque de suicide que cela implique. Ils souhaitent diminuer toutes les tâches qui nécessitent le trousseau de clés. Pour éviter les barreaux aux fenêtres, il serait aussi possible d'envisager des dispositifs orientaux comme le *moucharabieh*.

L'isolation thermique doit être adéquate au regard du risque de déshydratation de la clientèle âgée en situation de fortes chaleurs. Quant à l'isolation phonique, elle doit impérativement être du meilleur niveau.

C'est en satisfaisant à l'ensemble de ces recommandations que le nouvel hôpital psychogériatrique du canton de Vaud devrait pouvoir s'afficher comme une réalisation exemplaire. —

LE PROJET C'PSY

Le projet C'PSY recouvre la construction d'un nouveau bâtiment hospitalier pour la psychiatrie adulte et de l'âge avancé et la rénovation du bâtiment actuel de l'âge avancé (HPAA), ainsi que la création de trois nouvelles entités : établissement de réhabilitation sécurisé pour adultes (ERS), unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM), unité d'hospitalisation psychiatrique de crise pour patients souffrant d'un handicap mental (UPCHM).

Les auteurs remercient C'PSY, en particulier M.-A. Villar du département de psychiatrie – CHUV, et le bureau d'architecture CCL architetti de Lugano, d'avoir mis à leur disposition les documents et informations techniques et les images concernant le projet architectural C'PSY.

HRS ; CCL architetti, architectes



EHPAD DU MAS ROME (LIMOGES) : RALENTIR L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE VERS LA DÉPENDANCE

Cette unité de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Mas Rome à Limoges accueille les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou autres et assimilées à des troubles psychiatriques). Pour les accompagner dans l'évolution de leur maladie et les aider à construire « malgré tout » un projet de vie, pour soutenir leurs familles et les encourager à participer activement à ce dernier, pour optimiser les conditions de travail du personnel soignant et les inciter à l'empathie nécessaire, cet équipement se dessine tout en douceur et en référence aux typologies des villages du Limousin, avec une volumétrie fragmentée, des places, des rues, des allées, des jardins publics... inscrits dans un paysage boisé.

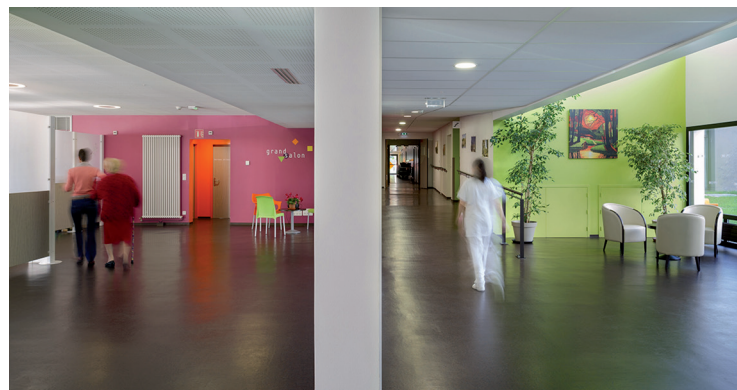
Son échelle domestique, que confortent le bâti n'excédant pas deux niveaux, comme la découpe des toitures ici en terrasses, là à une ou deux pentes, ou encore les transparences gagnées par de larges fentes creusées dans l'épaisseur des murs et par de généreuses baies vitrées ouvertes sur le paysage lointain ou en vis-à-vis de part et d'autre d'un patio, interdit tout effet oppressant, tout effet d'enfermement.

Ses usages privilégient, en dehors des moments d'intimité (garantis par des chambres individuelles regroupées par petites unités placées à l'écart des principaux flux), les temps de partage que suggèrent la somme et la générosité spatiale des espaces communs rassemblés autour de « la place du village », et les temps de liberté que proposent les parcours intérieurs comme les cheminements extérieurs traités en promenades bucoliques (pour résidents accompagnés) avec vues sur le lointain.

Ses ambiances fraîches, douces et feutrées sont offertes par une subtile mise en couleurs des extérieurs comme des intérieurs. Du blanc et du gris pour séquencer les façades et minimiser le caractère monolithique d'une fonctionnalité ayant, par sa compacité, recherché l'efficacité et privilégié des parcours « à pas comptés » pour le personnel soignant. Des touches de rose, orange ou jaune pour faciliter le repérage des accès depuis le parvis d'accueil, ou depuis les cheminements tracés entre les arbres du paysage...



BVL Architecture, architectes



Des aplats de rouge, mauve ou vert pour animer les espaces de circulation, qualifier les espaces communs, apaiser les espaces nuit.

Ses jardins clos à rez-de-chaussée comme ses terrasses à l'étage sont aménagés pour permettre à tous (y compris les personnes à mobilité réduite), depuis chacune des unités d'hébergement et notamment de leur salon/espace de vie, des déambulations, sécurisées certes, mais surtout stimulantes, de façon à augmenter leurs capacités physiques et sensorielles et à ralentir *in fine* l'évolution de leur maladie vers la dépendance. ■

LES SPÉCIFICITÉS D'UN PROGRAMME D'ÉTABLISSEMENT PRIVÉ

**NATHALIE KLEIMANN, HOURIA MEZEMATE
et PATRICK LEMOINE**

La clinique privée participe à l'offre des soins psychiatriques. Par le passé développée le plus souvent dans de belles demeures avec parc, elle tend aujourd'hui à se moderniser pour mieux satisfaire les nouveaux modes de prise en charge des patients, pour leur offrir aussi des activités thérapeutiques qui les conduiront le plus rapidement possible sur le chemin du retour à domicile et à une saine vie sociale. Quand elle se construit neuve, elle recherche les qualités d'environnement qu'hier elle proposait, mais inaugure encore des espaces plus confortables, plus ergonomiques, pour le patient mais aussi pour le personnel qu'elle doit fidéliser. —

Dedans/dehors et réalité

Architecte et historien, Donato Severo s'exprime sur l'architecture d'un établissement psychiatrique: «Ce qui compte, c'est de construire un lieu de vie agréable, lumineux, favorisant la rencontre, le bien-être... Ce qui vaut pour le bien-portant vaut pour la personne fragilisée! » Comment ne pas approuver cette réaction salutaire aux abominables conditions de vie qui régnaient dans tant d'asiles psychiatriques des XIX^e et XX^e siècles jusqu'à une époque récente? À première vue, ce postulat d'apparence humaniste d'un lieu de vie agréable paraît en tout point indiscutable et pourtant... Est-il vraiment toujours d'actualité?

Il faut en effet garder en tête la profonde évolution de la prise en charge psychiatrique en milieu hospitalier. Autrefois, lorsque les séjours étaient prolongés, souvent même définitifs, les cliniques s'efforçaient d'en faire des lieux de (sur) vie les plus plaisants possible. Aujourd'hui, les durées de séjours atteignent en moyenne 4 à 6 semaines et l'objectif est de favoriser autant que faire se peut les allers-retours/dedans-dehors. En d'autres termes, en externalisant un certain nombre d'activités, notamment sportives ou culturelles, on aide le patient déprimé ou phobique à ne pas perdre son lien avec la vraie vie, voire à le recréer.

»»

CLINIQUE D'AUFRÉRY À PIN-BALMA: CRÉER UN CLIMAT DE BIENVEILLANCE

Établissement privé – et familial, qui se transmet depuis plusieurs générations de père en fils –, la clinique d'Aufréry avait investi les murs d'un château Napoléon III inscrit dans un parc identifié remarquable par la qualité de ses cèdres du Liban centenaires. Mais en bon gestionnaire, le directeur actuel des lieux fut amené à bouleverser le cours de l'histoire de ce site, à installer dans le château une résidence « séniors » et à construire, en lisière de parc, un équipement neuf, fonctionnel, sécuritaire et rentable.

Une rentabilité escomptée notamment par une architecture compacte et rationnelle identifiant deux ailes parallèles et reliées entre elles par un corps de bâti transversal – une composition inscrite sur la trame orthogonale déjà révélée par celle du château. Une rentabilité encore accrue par la mutualisation d'un certain nombre d'espaces (bureaux, mais aussi espaces thérapeutiques, médiathèque...) et par l'optimisation du travail du personnel soignant. Leurs parcours se dessinent « à pas comptés », à partir de postes de soins centralisés, contrôlant (et sécurisant) couloirs et séjours.

Mais ici, la sécurité s'exprime aussi discrètement par moult astuces luttant, entre autres, contre les risques suicidaires. Les grandes fenêtres des chambres sont fixes, ne proposant qu'une lame vitrée ouvrante, et qui, nécessaires à la ventilation des lieux, sont protégées par un *moucharabieh*. Les terrasses à ciel ouvert sont, tels des patios, contenues par des murs de couleur, mais percés de grandes baies vitrées...

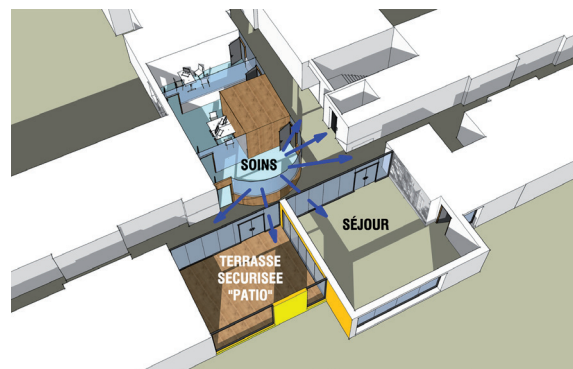
Rentabilité et sécurité pour autant ne nuisent pas à la qualité de vie et de soins promise aux patients pour leur repos, leur reconstruction progressive et leur guérison.

Les espaces d'accueil sont volontairement enveloppants pour rassurer, atténuer le stress des patients, engager les visiteurs à de fréquentes visites. Les chambres révèlent les atours d'un hôtel « de charme », avec de grands tableaux imprimés de couleurs déclinant les ambiances du parc, un mobilier en bois, des vues diversifiées sur le paysage: l'ancien château, le parc boisé et même, au loin, les Pyrénées. Les quelques chambres doubles (ou VIP) identifient clairement deux espaces nuit et disposent aussi de deux ouvertures sur le paysage pour que chacun des patients puisse bénéficier d'une évasion qui lui soit propre. Les circulations sont éclairées naturellement,

en pouses et aux carrefours des unités (au droit des espaces de soins et des terrasses patios). Les salles d'activités ou ateliers thérapeutiques sont accessibles depuis une terrasse centrale ayant valeur de place de village ouverte sur le parc et inaugurant d'agréables promenades à pieds ou à bicyclette... Inaugurant un retour bienveillant à la nature et demain à une vie quotidienne sereine. ■



Vincent Espagno et Richard Milani,
architectes



LES RECOMMANDATIONS ARCHITECTURALES

JÉRÔME BATAILLE

L'architecture et la psychiatrie : le sujet est vaste et les thèmes d'autant plus inépuisables, qu'ils ne cessent d'évoluer.

Les notions d'enfermement et d'isolement semblent ainsi reléguées à l'histoire et relayées par celles d'ouverture et de contact avec l'autre. Et si la qualification de l'espace psychiatrique par Esquirol (1777-1840) comme « instrument de guérison » et comme « agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales », apparaît toujours d'actualité, elle trouve aujourd'hui des traductions architecturales antinomiques des sites asilaires que le psychiatre bâtisseur concevait dans un esprit hygiéniste novateur.

L'espace reste sans doute structurant dans le parcours de soins du patient, mais se nourrit de nouveaux paradigmes. En faisant tomber les murs, il s'ouvre sur le monde extérieur et cherche même à s'y fondre. En cherchant à stimuler les sens du patient, il multiplie ses effets et fait confiance à l'apport des nouvelles techniques et technologies. —

Réformer l'architecture psychiatrique

Il existait une architecture psychiatrique asilaire : une architecture de grand site situé à l'écart et au plus loin des villes, guidée par une structure orthogonale, construite sous un mode pavillonnaire. Ses concepteurs, quelques figures de la psychiatrie alors émergente (Pinel, Tenon et Esquirol), plaidaient contre les situations carcérales dans lesquelles étaient cantonnés les « insensés », et en faveur de lieux et d'espaces novateurs. Mais ces sites ont vieilli et sont devenus, pour nombre d'entre eux, indignes d'une prise en charge humaniste, recouvrant même la situation contre laquelle ils avaient été édifiés...

Synonymes d'isolement et d'enfermement, de surveillance et de sécurité, que traduisent des murs d'enceinte sinistres et des pavillons insalubres, ils appelaient une cruciale et urgente restructuration. Une restructuration engagée pas à pas depuis deux décennies et qui a pour effet de modifier radicalement leur image. Instruite par de nouveaux schémas directeurs, qualifiés d'« urbains », car reliant enfin les sites à leur agglomération, elle privilégie aussi la démolition des pavillons au profit d'équipements neufs satisfaisant de nouveaux projets médicaux.

PÔLE BORDEAUX SANTÉ MENTALE : REVITALISER UN SITE PAVILLONNAIRE OCCUPÉ

Inauguré en 1890, l'hôpital psychiatrique Château Picon, trouve en 1974 dans une nouvelle appellation [centre hospitalier Charles-Perrens] un moyen tout à fait symbolique d'énoncer son ambition de rompre avec le passé, et son caractère asilaire, pour suivre la nouvelle politique de santé mentale du moment avec la mise en place de la sectorisation et le développement de soins extra-hospitaliers. Mais ce n'est vraiment que quarante ans plus tard qu'il réussit pleinement à révéler sa dynamique créative en matière de soins, d'enseignement et de recherche, et à réformer son image par la restructuration d'un certain nombre de pavillons, l'ajout de quelques équipements neufs répartis sur le site et, surtout, la réalisation du pôle Bordeaux Santé mentale (BSM) à l'architecture contemporaine revitalisante.

Le site, placé sous la vigilance des Monuments historiques (avec une cour centrale, d'anciennes cuisines, des façades de pavillons et une fontaine du XVII^e siècle classées à l'inventaire), n'en conserve pas moins ses caractéristiques académiques. Sa composition est en effet scrupuleusement régie par une trame orthogonale, introduite en façade urbaine par une entrée principale monumentale et marquée par deux axes majeurs – l'un public (nord/sud), le long duquel s'inscrivent l'administration, le restaurant, la maison des syndicats, la chapelle, et l'autre, hospitalière (est/ouest), associé à un passage couvert sur lequel se greffent perpendiculairement les six unités d'hébergement.

C'est dans ce contexte historique que se dessinent donc les quatre nouvelles unités, installées en proue ouest du site et parfaitement respectueuses de la trame orthogonale. Chacune d'entre elles se connecte au cheminement couvert, ouvrant même sur ce dernier son jardin linéaire de façon certes à orchestrer d'aimables percées visuelles, mais aussi à révéler le rythme des séquences bâties suggéré par la typologie pavillonnaire.

Chacune d'entre elles installe également un patio central et clos, sur lequel s'ouvrent douze chambres « fermables », ceci pour répondre à une psychiatrie dite « lourde ». Toutefois, ici point d'effet d'enfermement, puisque nombre de parcours s'étirent en transparence sur les espaces paysagers et qu'une alternance parfaitement orchestrée de corps de bâtiment à un et deux niveaux, permet aux résidents du R + 1 (des douze chambres complémentaires) de faire filer leurs regards au-dessus des socles à rez-de-chaussée.

Chacune d'entre elles, enfin, revendique une efficiente modularité avec un système de cloisons autorisant que celles-ci puissent être déplacées à la demande et ainsi satisfaire, au gré de l'évolution des protocoles de prise en charge, des espaces aux caractères pouvant osciller entre « contenants » et « ouverts ». Des espaces qui déjà se préparent à la psychiatrie de demain, une psychiatrie escomptée de plus en plus « légère ». ■



AIA Architectes



INSTITUT MGEN LA VERRIÈRE : RECOUVRER LE MONDE EXTÉRIEUR

Créé en 1959 par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), le site de La Verrière – premier établissement du groupe et dédié historiquement au personnel de l'éducation nationale, de la culture, de la recherche et de la jeunesse et des sports – fait peau neuve.

Ses deux équipements, l'Institut de santé mentale Marcel-Rivière, emblématique de la psychiatrie française, et le centre gériatrique Denis-Forestier (quant à lui fondé en 1974), sont entièrement démolis et se reconstruisent, certes pour satisfaire les nouvelles exigences normatives, mais aussi pour inaugurer de nouveaux parcours de soins, plus appropriés au développement d'une psychiatrie moderne.

Sa vocation reste cependant double, mais l'organisation de ses nouveaux bâtiments (soit quelque 35 000 m² au total, pour 485 lits – contre 409 hier – et 45 places), identifie dorénavant quatre pôles cliniques – « psychiatrie adulte », « psychiatrie et psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte », « médecine/SSR » [gériatrie, soins palliatifs, addictologie], « médico-social » [polydépendances, Alzheimer, gériatrie-psychiatrie] –, un plateau technique et un restaurant.

Son attachement à une pratique médicale « humaniste et ouverte », portée avec forte ambition par le psychiatre Paul Sivadon, initiateur et premier directeur de l'Institut Marcel Rivière, est également prorogé avec le même enthousiasme, mais avec une tout autre traduction architecturale.

Depuis le château de La Verrière, un axe est/ouest se dessine et structure la répartition institutionnelle des nouveaux pôles, avec au nord, au calme et à proximité des bois, les pôles « psychiatrie » et au sud les pôles « médecine » et « gériatrie ».

Depuis la porte d'entrée du site, un axe nord/sud traverse le paysage, organisant le parc de stationnement, la dépose minute couverte qui se prolonge en cheminement piéton jusqu'à l'espace d'accueil (où sont délivrées les formalités administratives), et au-delà jusqu'aux deux parvis (placés en vis-à-vis) des pôles « médecine » et « gériatrie ». Avant d'achever sa course en rencontrant l'axe nord/sud, il dessert le plateau technique et la terrasse du restaurant. Ces derniers, ainsi placés à la croisée des axes majeurs, témoignent de la volonté du projet médical d'attribuer aux espaces



AIA Architectes

mutualisés et conviviaux une situation et un rôle majeurs. Ceci pour permettre à la communauté médicale d'échanger à tout moment et d'offrir à tous les résidents des parcours thérapeutiques finement concertés. Des parcours personnalisés, adaptés donc à leur pathologie et surtout à leur progression vers un retour à leur environnement naturel... Mais ils témoignent aussi du rôle que peut jouer l'architecture (et le projet paysager) en s'associant pleinement à ces volontés. Ainsi, le plateau technique se déploie sur l'extérieur, profitant du parc pour accompagner les résidents vers un dehors particulièrement aimable et engageant. Lequel réussit même à mettre à profit le dénivelé naturel du terrain pour inscrire un amphithéâtre de verdure – un lieu de spectacles, d'exercices et d'initiatives partagés. Quant au restaurant, il ouvre sa terrasse face au château, et s'emplit ainsi d'une profonde perspective proposant, en premier plan et en contrebas, le parc thérapeutique et, en second plan et comme légèrement surélevé, les jardins à la française du château. De quoi dynamiser les regards, donner envie de poursuivre son chemin ascendant...

Mais parc et jardins présentent encore un avantage thérapeutique certain : ils s'ouvrent au public et promettent ainsi aux résidents de belles rencontres, et une motivation supplémentaire pour recouvrer rapidement le monde extérieur. ■

LES RECOMMANDATIONS POUR LA MAINTENANCE ET L'EXPLOITATION

CHRISTINE ARNAL
et **PHILIPPE ORGEBIN**

Les patients accueillis en établissement psychiatrique peuvent être exposés, du fait de leurs pathologies, soit à des risques exogènes pour lesquels une attention particulière doit être portée, soit à des risques qu'ils ont eux-mêmes générés.

Les personnes en charge de l'entretien et de la maintenance des locaux participent à la bonne prise en charge des patients, mais aussi à la sécurité de tous (patients, soignants, visiteurs).

Si les unités psychiatriques ne sont pas d'une complexité technique comparable à celle des hôpitaux généraux, les patients qui y sont pris en charge présentent parfois une complexité qui interagit avec le bâtiment.

Ceci oblige les services techniques à anticiper les risques et les conséquences des comportements spécifiques de cette patientèle. Exploiter des bâtiments en psychiatrie, c'est aussi réfléchir à la façon de limiter les nécessités d'interventions. —

Minimiser les risques

Certains risques sont spécifiques aux patients psychiatriques :

- ◆ Le risque suicidaire est le plus connu d'entre eux et il convient de limiter les moyens permettant au patient de parvenir à ses fins. Les médecins et soignants savent bien que le patient déterminé trouvera toujours un moyen de se donner la mort. L'attention pourra tout de même être portée aux locaux dans lesquels il se retrouve le plus souvent seul : sa chambre et la salle d'eau. Dès la conception, le pommeau encastré est préféré au pommeau avec flexible. Des patères pouvant céder sous le poids d'un corps et des porte-serviettes à faible préhension interdisent toute fixation de drap. Le lit, qui est souvent un lit d'hébergement plus qu'un lit hospitalier, renonce aux roulettes pour éviter les projections et blocages de portes, et ses panneaux de tête et de pied pleins permettent de prévenir tout accrochage de cordage.
- ◆ Les risques de déshydratation et de sensibilité aux températures émoussée par les traitements médicamenteux doivent être combattus par une gestion optimisée de la température, notamment en période estivale et encore plus précisément dans les chambres d'isolement ou d'apaisement, là où les patients sont temporairement confinés pour retrouver leur calme. Maîtriser la chaleur qui fragilise fortement le patient, >>>

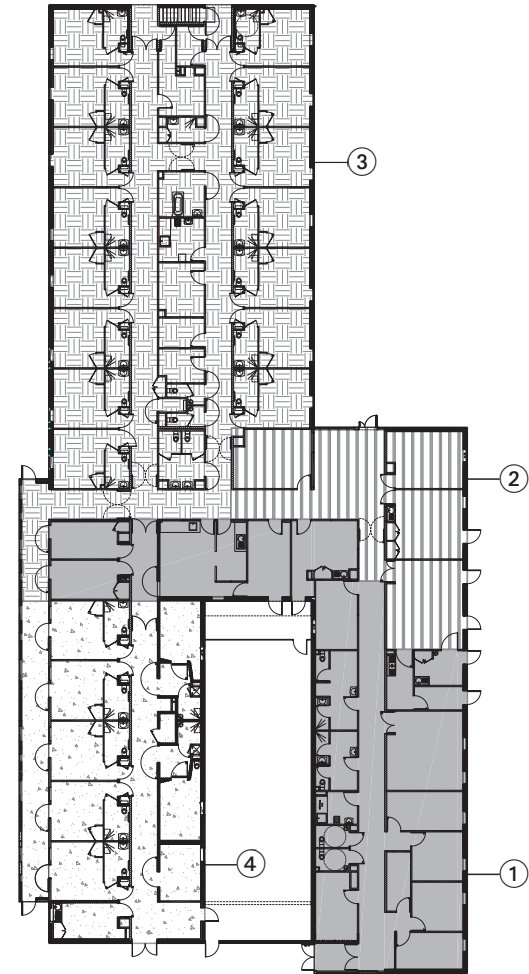
de soins, locaux du personnel). La méthodologie d'intervention peut être classique et ne nécessite que peu de précautions particulières.

- ◆ La zone 2 est accessible aux patients en hospitalisation libre accompagnés ou non (salle à manger, salle d'activité, salle TV). La surveillance du matériel est renforcée et l'aide des soignants est ponctuellement requise pour gérer les patients le temps des interventions.
- ◆ La zone 3 correspond à la zone d'hébergement des patients en hospitalisation libre. Les interventions doivent avoir lieu hors de la présence des patients.
- ◆ La zone 4 correspond à une zone ou un ensemble de locaux fermés pour quelques patients hospitalisés sous contrainte. Un accompagnement systématique doit être prévu et le matériel doit être extrêmement surveillé.

Pour assurer un niveau de sûreté *optimum*, la maintenance doit être anticipée dès le début de la conception afin de minimiser le nombre d'interventions dans les zones les plus sensibles. Pour ce faire, les fluides doivent être accessibles depuis des gaines techniques extérieures, des vides sanitaires, des toitures ou des combles techniques.

Le plancher chauffant est à ce titre une technique adaptée qui permet à la fois la suppression d'équipements facilement dégradables et dangereux dans les services (les radiateurs) et l'externalisation de la maintenance hors des zones d'hébergement.

De la même façon, l'ensemble des réseaux d'évacuation doit être facilement accessible en vide sanitaire ou à l'extérieur grâce à des regards suffisamment proches. Le débouchage hebdomadaire de certains réseaux est une activité récurrente des services de maintenance suite aux actions des patients.



Zonage de maintenance d'une unité.

présentation des auteurs



Yann Bubien

Diplômé en sciences politiques, droit et philosophie, ancien élève de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Yann Bubien a commencé sa carrière aux Hospices civils de Lyon.

De 2000 à 2005, il est directeur de cabinet à la Fédération hospitalière de France (FHF). Secrétaire général du centre hospitalier sud-francilien, de 2005 à 2007, il rejoint le cabinet de Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, comme conseiller social. En 2009, il est nommé conseiller social auprès de l'ambassadeur de France au Royaume-Uni. En 2010, il devient directeur de cabinet adjoint de Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, puis de Xavier Bertrand, ministre du travail et de la santé, jusqu'en octobre 2011, date à laquelle il est nommé directeur général du CHU d'Angers.

Il est vice-président de la Conférence des directeurs généraux de CHU et en préside la commission communication. Il est également administrateur des Hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) et délégué de la FHF des Pays-de-la-Loire. Il est par ailleurs président de l'association Tournesol, artistes à l'hôpital (<http://associationtournesol.com>) depuis 2012 et président du Groupe de recherche et d'applications hospitalières (GRAPH, www.le-graph.com) depuis 2013.

Il est l'auteur de plusieurs ouvrages : *Droits du patient* (Masson, 2004), *La culture générale* (Les Études hospitalières, 2012), *Concevoir et construire un hôpital* (Le Moniteur, 2014). —



Cécile Jaglin-Grimonprez

Diplômée de l'Institut d'études politiques de Bordeaux et de l'EHESP, titulaire d'un master de sociologie de l'action organisée de l'école doctorale de Sciences Po Paris et du diplôme « Hôpital Plus » de l'EHESP, Cécile Jaglin-Grimonprez est directeur d'hôpital.

Déléguée générale du groupement de coopération sanitaires Hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) depuis février 2014, elle a dirigé le projet de reconstruction du CHU de Nantes « Île de Nantes » de 2004 à 2014, après avoir créé, au centre hospitalier de Versailles, une direction réunissant la qualité et la gestion des risques, intégrant les problématiques de sécurité des bâtiments. Elle avait auparavant occupé divers postes au CHU de Rouen et à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé. —

ARCHITECTURE POUR LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

SOUS LA DIRECTION DE YANN BUBIEN
& CÉCILE JAGLIN-GRIMONPREZ



La psychiatrie occupe une place à part dans le système de soins français, comme dans l'imaginaire collectif. Depuis l'avènement des asiles départementaux en 1838, les projets architecturaux sont intimement liés aux approches thérapeutiques et se font l'écho des débats sur la place des malades mentaux dans la société.

Héritiers d'un patrimoine reflétant des pratiques et des conceptions ancrées dans leur temps, les hôpitaux se transforment, s'ouvrant aujourd'hui sur la ville et se projetant hors les murs, en privilégiant la liberté d'aller et venir et en préparant la réinsertion sociale des patients. Dans ce contexte, comment l'architecture peut-elle aider à concilier soin et réinsertion, à répondre aux besoins du patient et à garantir sa qualité de citoyen à part entière ? S'il n'existe pas d'architecture spécifique à la psychiatrie, toutes les réalisations contemporaines répondent à des impératifs de fonctionnalité, d'efficacité économique, tout en veillant au bien-être des patients et à la qualité de vie au travail.

Chefs d'établissement, médecins, architectes, historiens et sociologues retracent ici l'évolution de l'architecture des établissements psychiatriques au fil des époques et des législations, décrivant dans le détail les réalisations et projets architecturaux les plus notables, qui, par leur richesse et leur diversité, constituent autant de repères pour concevoir les lieux d'accueil de demain. Un ouvrage qui permet de comprendre, de l'intérieur, comment penser l'architecture pour la psychiatrie de demain en mettant l'humain au cœur du projet.

Yann Bubien est directeur général du CHU d'Angers et vice-président de la Conférence des directeurs généraux de CHU.

Cécile Jaglin-Grimonprez est déléguée générale du Groupement de coopération sanitaire Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO). Elle a dirigé le projet de reconstruction du CHU de Nantes « Île de Nantes » de 2004 à 2014.

ISBN : 978-2-8109-0560-7



9 782810 905607

www.pressess.ehesp.fr

40 €