

Mener un projet architectural en psychiatrie

B. Laudat, J.-C. Pascal, S. Courteix, Y. Thoret

Depuis que la psychiatrie s'est constituée en discipline médicale, projet thérapeutique et projet architectural ont été intimement liés. Mais la dimension thérapeutique de l'architecture existe-t-elle ? Quelle que soit la réponse à cette question, le processus qui transforme un besoin en objet construit est tout aussi complexe que réglementé, et correspond toujours à un tournant de la vie institutionnelle. Le processus d'élaboration d'un projet s'effectue dans un ordre précis. Il débute avec la phase de programmation qui est la mise en mots du problème, sa description et sa quantification. Elle est un outil qui permet à des architectes choisis selon des règles strictes de produire une esquisse qui est la première formulation du projet. Après un travail collectif de mise au point et la production de documents techniques, on construit le bâtiment qui est ensuite investi et utilisé. Chacune de ces étapes participe à l'élaboration d'un cadre de soin destiné à prendre en charge les patients de la façon la plus appropriée. Mais doit-il exister une architecture spécifique à la psychiatrie ? L'histoire a montré les limites du recours à des modèles architecturaux, en psychiatrie comme dans d'autres domaines. La prise en compte d'un contexte élargi, différent à chaque projet comme il l'est pour la prise en charge de chaque patient, est un élément fondamental de l'élaboration d'une réponse pertinente et adaptée. Le placement permanent du patient au centre des préoccupations thérapeutiques et architecturales en est un autre.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Psychiatrie ; Santé mentale ; Architecture ; Programmation ; Institution ; Changement ; Espace ; Perception ; Cadre bâti ; Appropriation ; Cheminement ; Sollicitations ; Expériences ; Typologie ; Harmonie ; Déménagement ; Emménagement

Plan

■ Introduction	1
Santé mentale et cadre bâti. Rappel historique.	
Point sur l'état des connaissances	1
Architecture et dimension thérapeutique	2
■ Initier un projet	2
■ Lancer l'opération : la programmation	3
Enjeux et objectifs	3
Démarche	3
Méthodologie	4
■ Sélectionner la maîtrise d'œuvre	4
■ Du dessin au projet : l'esquisse, une première formalisation du projet	5
Point de vue du donneur d'ordre	5
Point de vue du concepteur	5
■ Choisir un projet	5
■ Mettre au point l'esquisse	6
■ Suivre les études et la réalisation	6
■ Passer de l'objet construit au lieu habité	6
Déménagement et problématique du changement	7
Emménagement et problématique de l'appropriation	7

■ Doit-il exister une architecture spécifique à l'univers psychiatrique ?	8	46
Patient au centre des préoccupations	8	47
Vers une architecture sensuelle	8	48
Une architecture de l'écoute	8	49
Construire l'espace entre le patient et le soin	9	50
■ Conclusion	10	51

■ Introduction

Santé mentale et cadre bâti. Rappel historique. Point sur l'état des connaissances

La psychiatrie, plus qu'une spécialité, est une discipline médicale. Son champ, immense, s'étend de la linguistique aux neurosciences en passant par l'anthropologie, la sociologie, et en fait couvre tout ce qui concerne l'homme, son histoire, sa créativité, sa communication mais aussi l'expression pathologique de son être au monde.

La psychiatrie s'est tout d'abord constituée dans la distinction du surnaturel et du pathologique, et si les médecins grecs et arabes avaient déjà isolé les grands ensembles pathologiques : délire, manie, mélancolie, épilepsie et hystérie, il aura fallu cinq siècles de régression et d'exclusion (même si ici ou là la maladie mentale pouvait être perçue comme un parcours initiatique), pour que la médecine mentale reprenne la parole.

Un colloque « Architecture et psychiatrie » s'est tenu les 26 et 27 octobre 2001 à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris, organisé par l'Association pour l'assurance qualité en santé mentale (APAQUESM), présidée par madame le professeur Kovess. La publication des *acts* de ce colloque a été assurée sous la direction de Kovess, Sévero, Causse et Pascal^[1] ; ce document constitue la synthèse la plus récente et la plus complète sur le sujet.

Après le questionnement de la Renaissance sur le normal et le pathologique (alors que nous sommes maintenant plus préoccupés par la différenciation entre le pathologique et ce qui ne l'est pas), la première remise en question du sort fait aux malades mentaux vient des Lumières après le grand renfermement des insensés, grand renfermement qui a précédé le grand déplacement des structures asilaires en dehors de la cité.

Quoiqu'il en soit, les mouvements philanthropiques, dès la deuxième partie du XVIII^e siècle, vont se saisir de la question de l'aliénation et la création par Turgot en juillet 1774 d'une commission d'enquête peut être considérée comme une des premières reconnaissances de la nécessité d'une meilleure prise en charge de ceux qui n'étaient pas encore désignés comme étant des malades mentaux et de l'individualisation des méthodes thérapeutiques^[2, 3].

La constitution de l'asile n'avait pas pour seul objet l'enfermement des insensés, mais répondait aussi à un projet thérapeutique. N'oublions pas que le traitement moral, première expression d'un traitement psychologique, a été à l'origine du cadre architectural des grands asiles classiques qui étaient comme dessinés par leur symétrie autour de la désorganisation de la folie à laquelle ils étaient sensés pouvoir remédier. L'asile était, au-delà de son objectif d'isolement des malades mentaux et bien qu'il ait été aussi longtemps le véhicule d'une certaine rédemption, un outil thérapeutique : « *Entre les mains d'un médecin habile, c'est (la maison d'aliénés) l'agent le plus puissant contre les maladies mentales* » (Esquirol, 1822^[4, 5]).

Par la suite, au-delà de la révolution freudienne si tardivement venue en France mais si passionnément investie, c'est pratiquement le silence, avec un combat non encore arbitré entre les somatistes et les psychopathologistes. On note également, à partir de 1920, les réflexions des hygiénistes avec la création de la ligue d'hygiène mentale et celle de l'hôpital Henri Rouselle, premier hôpital psychiatrique français ouvert. Quoiqu'il en soit, jusqu'aux années 1950, le soin psychiatrique s'inscrit dans une perspective strictement post-« pinélienne », et ce malgré l'apport de la psychanalyse qui allait interroger de façon si pertinente la question du normal et du pathologique et réinscrire le Sujet dans l'Objet qu'était trop souvent devenu le malade mental.

Parallèlement ont commencé à s'exprimer certains questionnements apparus avant la deuxième guerre mondiale avec les premières théorisations d'une psychiatrie sociale fille de la psychiatrie classique et de l'hygiénisme, et qui reposait sur trois axes : prévention, traitement et traitement social de la maladie mentale avec déjà la question non encore résolue aujourd'hui de la déstigmatisation^[6-10].

Architecture et dimension thérapeutique

L'articulation entre le projet de soins et l'architecture amène à se poser la question de l'existence d'une architecture qui serait spécifiquement psychiatrique, ou pour être plus précis qui s'exprimerait aussi dans une fonction thérapeutique. Au risque de paraître réducteur, on peut articuler cette question autour de deux positions archétypales, celle des « *fonctionnalistes/pragmatiques* » chez qui domine le souci de mettre à la disposition des équipes soignantes des structures adaptées aux soins psychiatriques et donnant aux patients le maximum de confort possible, et celle qualifiée par l'un d'entre nous^[11] de « *symboliste/signifiante* » qui tenterait de traduire directement ou indirectement une représentation de la maladie mentale, dans son espace théorique ou thérapeutique. Serait ainsi posée la question de l'impact thérapeutique spécifique de l'architecture soignante. Si certaines expériences ont poussé la symbolisation,

voire la métaphorisation, au-delà du raisonnable, il faut bien reconnaître que le dialogue entre l'espace architectural fonctionnel et l'espace à objectif signifiant est une nécessité.

Pour Daley, cité par Crapelet^[12], il s'agit de « *faire que les formes de toutes les parties de la construction ne soient que la traduction la plus simple, la plus exacte et la plus complexe de leurs fonctions* ». Les formes doivent traduire des stratégies et non des théories sur les formes.

Initier un projet

Comment lutter contre la fatalité qui paraît avoir si souvent marqué les projets architecturaux en psychiatrie, fatalité qui s'est le plus souvent exprimée à travers le fait que les théorisations qui ont inspiré des réalisations architecturales étaient le plus souvent obsolètes quand le projet se réalisait ? Ainsi, l'hôpital village qui, comme le rappelle Crapelet^[12], est un concept modélisé en Allemagne, a été considéré en France comme étant dépassé à peine promu. L'hôpital village est présenté comme un projet idéal mais Daumezon ironise : « *Pourquoi pas des villes de fous de cinquante mille habitants ?* » et Bonnafé, dans « *Château en Espagne* » en 1958, enrage de n'avoir pas su suffisamment critiquer « *l'asile village* » « *dans son potentiel négatif, le bucolique conservatoire d'aliénés, sans que cette mise en cause n'entraîne le souhait de loger et soigner les fous dans l'acceptation du type d'habitations à limitation immodérée de l'espace qui est affligée aux habitants des villes dortoirs* »^[13].

Les aléas de l'hôpital village (mais on pourrait aussi s'intéresser à ceux de la clinique de ville dans ses liens complexes avec l'ancien espace asilaire maintenu, comme en réserve) devraient conduire à prendre une certaine distance entre les conceptions actualisées du soin et leurs supports architecturaux, et la relecture de l'histoire de ces liens complexes montre que le meilleur choix aurait probablement toujours été de privilégier la qualité de vie des patients et leur meilleure intégration dans leur espace de vie habituel^[14, 15].

S'engager dans la mise en œuvre d'un projet architectural, en psychiatrie comme dans tout autre domaine, constitue une aventure tout à la fois passionnante et complexe, dont l'issue n'est pas indépendante du contexte dans lequel en est apparue l'idée, contexte dans lequel interfèrent plusieurs niveaux : sociétaux, institutionnels et interindividuels.

Projeter la construction ou la réhabilitation d'un bâtiment s'inscrit toujours dans la perspective de corriger une situation : capacité d'accueil insuffisante, apparition de nouveaux besoins, locaux devenus vétustes ou inadaptés en matière de superficie, de fonctionnalité, de conformité aux diverses réglementations... Le registre du négatif, depuis la notion de manque jusqu'à celle de carence ou de dangerosité de l'état actuel, se trouve donc au fondement de tout projet, qu'elles qu'en soient la nature et l'ampleur.

Au-delà, voire en dehors, de ces référents au contenu relativement objectif, un projet quel qu'il soit s'inscrit toujours dans un contexte plus global duquel on ne peut l'isoler : contexte historique, social, politique, qui colore les orientations et les décisions inaugurales, contexte général dans la société, mais aussi et surtout contexte spécifique du secteur de la santé mentale (événement ou incident marquant sur un établissement, évolution des théories et pratiques en santé mentale, nouvelles orientations politiques...) ^[16-20].

En outre, pour l'institution et/ou le service touchés par l'opération, et pour les individus concernés (décisionnaires, professionnels, patients et familles), le lancement d'un projet architectural constitue toujours une période fortement chargée sur le plan émotionnel, mêlée d'affects les plus divers et opposés, allant de l'excitation à la crainte de la désillusion, du désir de changement à l'angoisse de la perte.

Initier un projet architectural correspond en effet à un tournant de la vie institutionnelle, puisque la remise en cause de l'environnement bâti (réhabilitation plus ou moins lourde, extension, construction...) interroge le cadre de la prise en charge à travers sa dimension spatiale, perçue bien souvent comme la plus stable, la plus concrète et pérenne.

Face à cette immuabilité parfois inquiétante et contraignante, mais aussi rassurante, l'ébranlement du socle spatial, s'il laisse entrevoir la chance d'ouvrir de nouveaux possibles, de frayer une voie vers un changement ou une évolution parfois attendue de longue date, fait dans le même mouvement peser le risque d'un effondrement du fonctionnement institutionnel, à travers la remise en question de son organisation, la crainte d'une perte de ce qui a parfois pu être chèrement acquis (perte de fonctionnalité, perte de repères, de valeurs, bref perte d'identité), face à une nouveauté aux contours encore incertains.

Il faut dès lors rendre tolérable le risque de la perte pour tenter l'obtention d'un mieux... d'un « mieux-faire » tout autant que d'un « mieux-être ».

Dans le domaine de la santé mentale, plus qu'ailleurs, cette démarche auxquels les professionnels sont confrontés dans l'accompagnement des patients doit s'appliquer.

Les recherches cliniques sur les fonctionnements institutionnels et leurs modalités d'organisation fantasmatique montrent combien les établissements du secteur de la santé mentale sont sensibles aux irruptions de l'inconscient dans la structuration profonde, mais aussi dans les aléas de la vie institutionnelle [21, 22].

Un moment aussi important que la mise en œuvre d'un projet architectural ne peut pas ne pas être émaillé de désirs, d'angoisses, de fantasmes à l'œuvre au sein de la collectivité que forme une institution, mais aussi et surtout au sein de chacun des sujets qui la composent.

Initier un projet doit ainsi passer en partie par une période d'interrogation sur les motivations qui en sont à l'origine, tant objectives (fonctionnelle, dimensionnelle, réglementaire : constats de carences ou d'inadaptations des locaux, apparition de nouveaux besoins...) que subjectives, teintée d'éléments d'affectivité et de productions plus ou moins conscients (matérialisation d'une nouvelle position idéologique liée aux soins, mouvement utopique de changement, fuite d'une image dévalorisée...). Certes, toute option prise lors de la programmation doit être questionnée pour en conscientiser les motivations profondes, et en désamorcer éventuellement la charge fantasmatique et idéologique. Ainsi, certains choix peuvent apparaître particulièrement pertinents compte tenu des caractères spécifiques de la pathologie que cette institution prendra en charge. On peut citer, à titre d'exemple, l'intérêt croissant des soignants (et des patients) de psychiatrie pour l'instauration systématique de chambres individuelles dans les nouvelles unités d'hospitalisation en psychiatrie, cette spécialité étant en charge des difficultés concernant au plus près l'identité, l'intimité et l'intégrité de l'individu. On peut rappeler que cette proposition de ne créer que des chambres individuelles fut énoncée en 1751 par Battie, administrateur de l'asile londonien de Bedlam [11, 23-25].

Il s'agit en quelque sorte d'interroger la préhistoire et les fondements du projet... préalable à notre sens indispensable pour se donner les moyens de le concrétiser, sur des bases saines.

Cela relève d'un véritable travail d'élaboration des enjeux inconscients à l'œuvre au moment où s'initie le projet de modifier le cadre architectural ou d'en créer un nouveau... faute de quoi ils pourraient, à l'insu de leurs auteurs, trouver une traduction depuis la scène du latent jusque dans les prescriptions du programme, voire être matérialisés dans le projet architectural et produire, in fine, les effets les plus dévastateurs sur la prise en charge, par leur transcription brute dans le cadre architectural. De récents travaux menés sur des équipements médico-sociaux ont mis en évidence ce type de phénomènes [26-28].

S'il est facile de repérer le nécessaire grand mouvement de désinstitutionnalisation, le rapprochement des lieux de soins des lieux de vie, l'inscription de la psychiatrie à l'hôpital général et le déplacement du point central du soin de l'hôpital vers l'extrahospitalier, beaucoup de questions restent posées à travers la nécessité ou non d'une totale intégration de la psychiatrie dans le dispositif médical classique, ou dans l'adaptation des cliniques de ville aux pathologies les plus lourdes.

Par ailleurs, l'interface entre la psychiatrie et le médico-social est encore flou, même si tout permet de penser qu'à terme il s'agira de deux axes ayant des liens certes, mais des perspectives et des modes d'organisation très différents. Ce n'est donc probablement pas dans le cadre d'une politique de santé générale que s'inscriront les projets les plus riches de sens, mais plutôt dans un espace de concertation au plus près de l'objectif réunissant architectes, médecins et administratifs, sans oublier bien sûr les associations de patients [29-32].

■ Lancer l'opération : la programmation

Enjeux et objectifs

Introduite dès 1973 par la loi sur l'ingénierie et rendue obligatoire dans le cadre de la commande publique par la loi sur la maîtrise d'ouvrage publique (dite loi MOP) de 1985 et ses décrets d'application de 1993, la programmation est une étape indispensable du processus visant la mise en œuvre d'un projet architectural.

« La programmation permet de définir une commande d'ouvrage et de maîtriser cette commande tout au long du processus de réalisation du projet » [33]. Il s'agit d'une démarche de travail analytique et prospectif visant à garantir, par une réflexion globale sur l'ensemble des facteurs à prendre en compte pour la réalisation de l'opération, que toutes les conditions sont réunies pour la mener à son terme de façon cohérente et maîtrisée.

La programmation a pour objectif la définition des besoins auxquels le projet devra répondre en termes d'usages, l'évaluation de l'opportunité de l'opération, l'estimation de la faisabilité du projet dans le cadre d'une mise en cohérence de l'ensemble des exigences et contraintes fixées par toutes les parties prenantes (besoins dimensionnels, exigences fonctionnelles, caractéristiques du site, réglementations et normes, cadre financier, calendrier de réalisation). Sur le plan formel, la programmation vise la production d'un document définissant la commande du maître d'ouvrage, commanditaire de l'opération, qui permettra à l'équipe de maîtrise d'œuvre, constituée de l'architecte et de ses différents partenaires, de concevoir le projet.

Certains chercheurs s'intéressant à l'investigation méthodologique des processus aboutissant à la réalisation de projets architecturaux comparent ceux-ci à des processus de formulation/résolution de problème [34].

Ce processus se présente comme une démarche complexe d'exploitation et de transformations de données au cours de quatre étapes singulières :

- celle de la formulation de problème, ou programmation ;
- celle de la formulation de la solution, ou conception ;
- celle de la concrétisation de la solution conçue, ou réalisation ;
- celle de l'utilisation de la solution réalisée, ou appropriation.

Ce processus rend ainsi compte de l'ensemble des événements en amont et en aval de l'existence de l'objet architectural. Il englobe l'ensemble des acteurs qui prennent part au processus, et les différents déterminants qui l'ont jalonné.

La programmation, première étape du processus, est déterminante en ce qu'elle est inaugurale, mais aussi par le fait que son objet est de donner un cadre, plus ou moins contraignant, au travail de l'architecte (conception), en anticipant pour une grande part la façon dont les usagers occuperont le bâtiment (appropriation) une fois celui-ci construit (réalisation).

Toutes les étapes ultérieures du processus prennent ainsi racine, plus ou moins profondément, dans les choix arrêtés dans le cadre de la programmation. La cohérence de la démarche et la qualité de la méthodologie adoptée revêtent dès lors une grande importance.

Démarche

La programmation s'organise en deux grandes étapes de travail.

352 La première phase, dite préopérationnelle, consiste en un
353 recensement de tous les besoins et paramètres à prendre en
354 compte et en la vérification, par leur mise en cohérence, de la
355 faisabilité de l'opération, sur la base éventuelle de différents
356 scénarios. S'y met en œuvre, en quelque sorte, la problématisa-
357 tion de la commande d'ouvrage : à quels besoins le projet doit-il
358 répondre, dans quel cadre (technique, urbanistique, environne-
359 mental, réglementaire, économique) et avec quel niveau
360 d'exigence ?

361 À l'issue de cette phase, le maître d'ouvrage doit être en
362 mesure de lancer l'opération si ces études préalables en confir-
363 ment le bien-fondé, de la différer si nécessaire, voire de
364 l'abandonner ou de modifier profondément les bases du projet
365 initialement prévu.

366 La seconde phase, dite opérationnelle, a pour objet de définir,
367 de façon précise, les attentes et exigences constitutives de la
368 commande du maître d'ouvrage, dans le cadre d'un document
369 de référence, le « programme technique détaillé ». Il s'agit de la
370 formulation exhaustive du problème auquel le maître d'œuvre
371 devra apporter une solution.

372 Le programme servira de cadre au travail de conception et de
373 référence, permettant d'évaluer l'adéquation entre le projet
374 proposé par la maîtrise d'œuvre (une solution possible) au
375 problème posé.

376 Dans ce travail, la particularité de la démarche, la complexité
377 et la diversité des savoirs à mobiliser (techniques, économiques,
378 normatifs, réglementaires) amènent généralement le maître
379 d'ouvrage à solliciter un accompagnement, tout au long du
380 travail de réflexion et de formalisation de sa commande, par des
381 professionnels (programmistes, assistants à la maîtrise d'ouvrage,
382 maîtres d'ouvrages délégués).

383 Méthodologie

384 Dans la phase préopérationnelle des études de programma-
385 tion, la mise en place d'une méthodologie de travail participa-
386 tive apporte sans doute aucun les meilleures garanties : non
387 seulement par la pleine adhésion des professionnels et différents
388 acteurs du projet à la définition de la commande d'ouvrage que
389 cela engendre, mais également par l'instauration d'une réelle
390 dynamique entre le projet médical et les prescriptions énoncées
391 dans le cadre du programme, seule à même d'en favoriser la
392 traduction ultérieure dans le travail de conception archi-
393 tecturale.

394 Ce travail de mise en pensée des enjeux de la prise en charge
395 thérapeutique de la souffrance psychique et/ou de la maladie
396 mentale, et des conditions au quotidien de l'accompagnement
397 des personnes, est d'autant plus important que le projet médical
398 ne peut être isolé des représentations individuelles et groupales
399 sur lesquelles il repose et qu'il suscite [28]. Une articulation
400 cohérente de ces représentations peut seule permettre d'aboutir
401 à la définition d'une commande d'ouvrage elle-même homo-
402 gène et pertinente.

403 Plusieurs niveaux de sollicitation peuvent être considérés
404 dans la mise en œuvre de cette méthodologie participative.

405 Au niveau décisionnel, bien que les décisions stratégiques
406 appartiennent en dernier ressort au représentant légal du maître
407 d'ouvrage et aux instances, les orientations de travail lors des
408 étapes de programmation (étude de faisabilité, étude de besoins,
409 scénarios, préprogrammation, programmation technique
410 détaillée) demandent bien souvent des prises de position qui
411 doivent reposer sur un socle collégial.

412 Le comité de pilotage est mis en place pour assurer le suivi
413 et la validation des grandes options programmatiques. Il est
414 composé du maître d'ouvrage et de ses représentants légaux,
415 d'administrateurs, de représentants des instances médicales et de
416 chaque corps professionnel, éventuellement de personnalités
417 extérieures ou de représentants d'usagers.

418 Aux niveaux élaboratif et réflexif, la traduction progressive
419 des besoins auxquels le projet devra répondre, identifiés pour les
420 prises en charge et l'accompagnement au quotidien à partir des
421 objectifs du projet médical, se fait dans des groupes de travail
422 techniques parfois thématiques, sollicités pour réfléchir aux
423 prescriptions organisationnelles, fonctionnelles, dimensionnelles

et techniques à formuler à l'attention des équipes de maîtrise
d'œuvre pour leur permettre d'en assurer la formalisation la plus
efficiente.

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 experien-
ces de chacun pour réfléchir aux dispositifs éprouvés et effica-
ces, voire à ceux qui pourraient être inventés, mais également
en vue d'éviter la reproduction d'erreurs, sources de dysfonc-
tionnement possible.

La phase opérationnelle des études de programmation est
quant à elle plus centrée sur les tâches rédactionnelles visant la
production du programme. Une écriture et une formalisation
spécifique, bien souvent le fait de programmistes professionnels,
y sont mises en œuvre afin de pouvoir procéder à la consulta-
tion de maîtres d'œuvre.

Il s'agit d'une écriture exigentielle et performantielle qui doit
fixer le niveau de contrainte et de liberté laissée aux concep-
teurs dans la réponse qu'ils doivent apporter au programme.
Cela consiste en la définition d'attentes et d'un niveau de
performance à atteindre, plus qu'en la description de solutions
à adopter.

Sa forme, de même que son contenu, en sont relativement
cadrés, le programme devant comporter un certain nombre de
parties renseignant le maître d'œuvre sur le contexte et les
différents paramètres de la commande du maître d'ouvrage.

Malgré la somme d'informations qui le compose, le pro-
gramme doit bien se contenter de formuler, de façon exhaus-
sive, le problème, sans anticiper sur une ou des solutions, même
si le champ des solutions possibles se trouve réduit du fait
même des contraintes qu'il contient. L'exercice est difficile, le
programme ne devant être élaboré que comme système ordonné
et cohérent de données, ouvert aux apports ultérieurs propres
au travail conceptuel des architectes qui, par cet enrichissement,
déployeront tout un univers de possibles en réponse aux
questions posées par le programme.

La sélection de la maîtrise d'œuvre permet d'engager la phase
de conception proprement dite du projet architectural, sur la
base du programme, document de présentation de la com-
mande d'ouvrage, ayant valeur contractuelle.

■ Sélectionner la maîtrise d'œuvre

Un bâtiment naît de la collaboration entre un maître
d'ouvrage (l'établissement représenté par son directeur) et une
maîtrise d'œuvre (architectes et bureaux d'études). Si le maître
d'ouvrage suit l'opération pendant les études et la construction,
et gère ensuite son exploitation, la maîtrise d'œuvre, quand à
elle, s'en éloigne dès son achèvement. Elle n'en reste pas moins
responsable pendant 10 ans (garantie décennale) et toute sa vie
au plan de l'éthique professionnelle. Ce qui les lie n'est donc
pas anodin, et le code des marchés publics, avec son arsenal de
textes, est là pour le rappeler. Les maîtres d'ouvrage privés ne
sont pas tenus de s'y conformer, mais beaucoup s'inspirent de
ses procédures et de son cadre juridique.

Le concours d'architecture est le cadre de la rencontre. Pour
pouvoir postuler, la maîtrise d'œuvre doit afficher une situation
administrative irréprochable, annoncer un chiffre d'affaire
conséquent pendant les 3 dernières années, justifier d'une masse
salariale importante et avoir construit plusieurs bâtiments dans
le même domaine de référence. Ayant sacrifié à ces obligations,
il lui reste à présenter une plaquette de références la plus
séduisante possible pour attirer l'attention.

Pour choisir les candidats, le maître d'ouvrage s'entoure d'un
jury composé de représentants de l'établissement (membres du
conseil d'administration, de la commission médicale d'établisse-
ment), des futurs utilisateurs (chefs de service, cadres de santé,
etc.), de techniciens (services techniques, architectes, ingé-
nieurs), de représentants de l'administration (contrôleur de la
légalité, trésorier payeur). Il peut également s'adjoindre les

494 compétences d'un maître d'ouvrage délégué ou conducteur
495 d'opération, qui veillera pour lui au bon déroulement des
496 opérations, sans prendre les décisions à sa place.

497 Après avoir fait paraître dans les presses locales et spécialisées
498 une annonce décrivant l'opération, le lieu, les délais, les
499 montants et les pièces administratives à fournir, le jury dispose
500 d'un nombre de candidatures très variable, de cinq à une
501 centaine selon les opérations. Afin de faciliter la tâche du jury,
502 le maître d'ouvrage délégué ou lui-même établit des familles de
503 candidats selon des critères objectifs : taille d'agence, références
504 dans le domaine concerné, localisation géographique, conformi-
505 tés des dossiers. Choisir, c'est d'abord éliminer jusqu'à ce qu'il
506 ne reste plus qu'une dizaine d'équipes jugées compétentes.
507 S'ensuit alors un débat dont l'objet est de retenir les trois ou
508 quatre candidats qui seront amenés à produire une esquisse sur
509 la base du programme de l'opération.

510 Cette procédure est destinée à garantir au maître d'ouvrage la
511 fiabilité et la capacité des équipes à mener à bien son opération.
512 Elle privilégie la taille, l'organisation et les références des
513 agences. Certains jurys choisissent parfois d'emblée de réserver
514 une place à une jeune équipe dont la production, même
515 éloignée du sujet, leur semble digne d'intérêt. C'est parfois
516 l'occasion de s'éloigner de modèles maintes fois éprouvés.

517 ■ Du dessein au dessin : l'esquisse, 518 une première formalisation 519 du projet

520 Point de vue du donneur d'ordre

521 Le lancement des études de maîtrise d'œuvre, quelle qu'en
522 soit la procédure (commande directe, mise en concurrence...) est
523 un moment charnière de toute opération.

524 Du dessein du maître d'ouvrage, décrit dans le programme,
525 au dessin du maître d'œuvre, qui propose une première forma-
526 lisation du projet architectural, l'esquisse est une étape délicate
527 dans toute opération.

528 S'y opère un mouvement de bascule à plusieurs niveaux.

529 Dans le système d'acteurs, là où le maître d'ouvrage opérait
530 seul en phase de programmation (bien qu'assisté de ses person-
531 nels et de professionnels spécialisés), la maîtrise d'œuvre
532 travaille « isolément » au cours de cette étape qui se déroule
533 souvent dans le cadre d'un concours anonyme. Le programme
534 revêt donc une importance cruciale, relais unique qui se doit
535 d'être le plus « autosuffisant » possible, entre commanditaire et
536 maître d'œuvre pour favoriser dans l'esquisse l'émergence d'une
537 réponse adaptée.

538 Dans la nature des données exploitées, la définition du
539 problème posé dans le cadre du programme, quand bien même
540 celui-ci comporte des supports graphiques (schémas organisa-
541 tionnels, plans du site...), est quasi toute entière contenue dans
542 des mots. Le programme est de nature éminemment textuelle.
543 La formulation d'une solution, processus initié par la réalisation
544 de l'esquisse, repose quant à elle essentiellement dans un travail
545 de mise en forme. Le projet architectural, bien que vecteur de
546 sens, est avant tout dans sa dimension substantielle un système
547 de formes.

548 Ainsi, l'esquisse est l'occasion de la rencontre inaugurale, sans
549 coprésence des acteurs, entre maître d'ouvrage et maître
550 d'œuvre. Elle opère la toute première traduction des mots du
551 programme, dans la forme du projet architectural.

552 Le statut de l'esquisse est ainsi particulier : pour être la
553 première étape du travail de conception, elle n'en constitue pas
554 moins aussi l'épilogue du travail de programmation. En effet,
555 par le biais d'un travail de transformation, d'interprétation, de
556 hiérarchisation des données du programme propre au maître
557 d'œuvre, et condensé dans ce que l'on appelle communément
558 le « parti », l'esquisse dessine les contours du futur projet
559 architectural ; dans le même temps, elle permet de vérifier
560 l'efficacité atteinte par le programme : son niveau d'exhausti-
561 vité et de cohérence, la clarté des exigences, la délimitation

entre zones de contrainte et de liberté données au maître
d'œuvre lui ont-ils permis de comprendre le dessein du
commanditaire ?

Le parti architectural qui s'exprime dans l'esquisse est-il en
cohérence avec la problématique sous-tendue par les données
du programme ?

L'esquisse y apporte-t-elle une réponse adéquate, en interroge-
t-elle les fondements pour la faire évoluer par l'apport original
du regard du maître d'œuvre ?

Tout l'enjeu de cette première étape du processus de concep-
tion architecturale, pour le maître d'ouvrage, se trouve dans la
réponse que l'esquisse va apporter à ces interrogations.

574 Point de vue du concepteur

575 Mais une esquisse n'est pas encore un projet. Si la mise en
576 forme des intentions des concepteurs y est inéluctable, elle n'en
577 constitue pas pour autant l'élément essentiel qui est ailleurs,
578 enfoui dans la profondeur du dessin. Le trait n'exprime pas
579 tout. Il invite par la simplicité de son expression à rester en
580 surface alors que l'architecture offre des niveaux de lecture
581 différents. C'est une alchimie savante et magique qui trans-
582 forme un magma insensé de contraintes de toute nature, rêves,
583 envies, besoin, budget, fonctionnalités, réglementations,
584 technique, sécurité, terrain, contexte, relations humaines, dits et
585 non-dits, en lieu. Mais ce mystère ne se dit pas. Selon de
586 Portzamparc, « il existe une pensée qui ne passe pas par le langage,
587 qui y est irréductible et sans elle l'architecture devient bavardage. On
588 ne pourra que commenter, indiquer ses préoccupations, communiquer
589 le pourquoi et comme toute forme dans un projet tient son existence
590 autant d'une raison extérieure que d'une volonté délibérée, l'explica-
591 tion les rendra indépendantes quand elles sont au contraire fondues
592 dès qu'elles ont donné lieu à un trait » [35].

593 L'esquisse est le seul moyen ou le seul moment consacré à
594 l'appréhension de cette face cachée de l'architecture. Comprendre
595 la philosophie originale de ce qui n'est pas encore le projet,
596 c'est percevoir la force qui lui permettra de vaincre les incom-
597 préhensions et de résister aux critiques tout en appréciant sa
598 souplesse pour s'infléchir, être plus juste, se charger de sens.

599 Cette production solitaire s'ouvre pour la première fois au
600 monde, en l'occurrence au jury. Cette œuvre inachevée, reven-
601 diquée en tant que telle, ne vise pas le caractère définitif de la
602 perfection à ce stade. Même si les outils informatiques tendent
603 à faire croire le contraire, c'est de sa permissivité qu'il faut juger,
604 de sa capacité à s'installer progressivement dans un paysage, de
605 la liberté qu'elle offre aux futurs utilisateurs de la nourrir de leur
606 expérience. Sa force tient dans sa capacité à recevoir sans rien
607 perdre de son essence.

608 ■ Choisir un projet

609 Au terme d'un délai contractuel de 8 à 12 semaines, les trois
610 ou quatre candidats retenus remettent une esquisse, de façon
611 anonyme.

612 Une commission technique composée du responsable des
613 services techniques de l'établissement et/ou du maître d'ouvrage
614 délégué, du programmiste, des représentants des futurs utiliza-
615 teurs et d'éventuels techniciens extérieurs, ingénieurs et
616 économistes, analyse chaque esquisse. Son travail consiste à
617 vérifier leur compatibilité avec le programme des points de vue
618 fonctionnel, quantitatif (surface et coût), réglementaire (sécurité
619 de personnes et incendie), constructif, et elle produit un rapport
620 dans lequel chaque projet est présenté et commenté selon les
621 critères définis ci-dessus. En aucun cas elle ne doit aboutir à un
622 classement des offres, ni même émettre un avis sur la perti-
623 nence de la proposition, voire sur son esthétique. Ces questions
624 sont abordées par le jury le jour de sa réunion, à l'occasion de
625 laquelle il découvre les projets et prend connaissance du rapport
626 de la commission technique ; l'objet en est de procéder au
627 classement des offres, et de proposer à la personne responsable
628 du marché un avis motivé lui permettant de désigner le lauréat.

629 Les membres du jury, dont la majorité ne possède pas de
630 connaissance particulière en architecture, émettent un avis après
631 la lecture des panneaux de présentation des esquisses, des textes

produits par les candidats ou, bien souvent, seulement d'un résumé d'une page lue par le rapporteur de la commission technique, et l'écoute attentive de son rapport. S'engage ensuite un débat à l'issue duquel a lieu un vote. Plusieurs tours de scrutin peuvent être nécessaires pour dégager une majorité de voix en faveur d'un candidat. Le jury propose ensuite un lauréat au président qui, immédiatement ou à l'issue d'un temps de réflexion, valide ou invalide le choix du jury. Dans ce dernier cas, il a la possibilité de choisir son propre lauréat.

La responsabilité du jury est grande car les enjeux financiers sont importants et l'architecture est un art qui s'inscrit dans le temps, en marquant fortement le paysage et en influençant durablement les comportements. Paradoxalement, il ne dispose que d'une journée, parfois même d'une seule demi-journée pour choisir un lauréat.

Cette situation le pousse parfois à être prudent et à éviter de prendre ce qui apparaîtrait à ses yeux comme un risque financier pour la collectivité.

Il est ainsi demandé aux architectes de produire des esquisses de plus en plus précises, avec des images qui, moyens informatiques aidant, doivent montrer la réalité future du bâtiment dans ses moindres détails, et de s'engager sur un prix de façon plus ou moins ferme, de préférence dans le respect de l'enveloppe annoncée par le maître d'ouvrage.

Dans ces conditions, le produit tient plus du projet que de l'idée. La demande croissante de précision est antinomique de la phase de réflexion que constitue l'esquisse. Elle met le jury en situation de choisir des « objets » finalisés. Ce qui est très paradoxal par rapport au fait que les échanges entre concepteurs et utilisateurs se sont limités à une visite sur le terrain, et que le débat sur le projet n'a pas eu lieu.

Le budget de l'opération peut-il être figé définitivement avant d'avoir été dessiné puis mis au point ? Il est certes nécessaire de définir une enveloppe prévisionnelle de façon à prévenir les risques de dérives programmatiques et architecturales. Mais comme l'esquisse a besoin d'une mise au point, le budget également doit bénéficier de cette phase. C'est la garantie de mener à bien l'opération jusqu'au bout. Si l'on constate parfois des dépassements importants de budget, il est prudent, avant de jeter l'opprobre sur tel ou tel, de vérifier la pertinence de l'enveloppe prévisionnelle.

La lourdeur des éléments demandés empêche le débat d'idées. Une esquisse qui présenterait un point de vue général sur l'architecture du soin en santé mentale, un schéma d'organisation fonctionnel, plus organigramme précis que plan, une implantation sur le terrain et un esprit d'image donnant une orientation esthétique par rapport à l'environnement, permettrait au jury de plus se concentrer sur la pertinence du point de vue et les capacités à évoluer dans le sens souhaité par les professionnels de santé.

Les équipes ayant été choisies parmi des dizaines d'autres sur leur dossier de références, elles sont réputées pouvoir répondre aux exigences de qualité portant sur le traitement volumétrique du projet. Le coût de l'opération est exempt de dérive s'il a été correctement établi lors de la programmation et que les surfaces entre la demande et la proposition sont cohérentes. Le choix d'un projet se ferait sur sa capacité à prendre du sens en se nourrissant d'apports extérieurs motivés. Le concours est un moment de débat dont l'architecture, en tant que création d'un environnement pour l'homme, est le centre. C'est la seule occasion de débattre du fond.

■ Mettre au point l'esquisse

La mise au point de l'esquisse est un moment d'échange entre les futurs utilisateurs et la maîtrise d'œuvre, sous l'œil bienveillant du maître d'ouvrage.

La perméabilité des points de vue permet de découvrir de nouveaux questionnements. Pendant cette phase, il n'y a pas de questions futiles, pas de doutes inutiles. En exposant leur démarche conceptuelle, les architectes font entrer les utilisateurs dans leur projet. C'est un premier pas vers une appropriation qu'il convient d'effectuer tout au long des études et pendant la phase de construction. L'énoncé par les équipes du projet

médical était théorique pendant la phase de programmation. Il a désormais un cadre qu'il convient d'appréhender de façon critique en explorant ses recoins, en éprouvant ses limites, en le parcourant en compagnie des concepteurs. Cette promenade virtuelle est destinée à valider les processus fonctionnels, mais aussi à appréhender ce que le dessin ne montre pas : les lumières, les transparences, les perceptions, les volumes...

À la fin de cette phase essentielle, il importe que le projet soit partagé.

■ Suivre les études et la réalisation

L'équipe soignante, par le biais de son représentant, doit rester intacte. Même pendant la phase de construction, il est indispensable qu'elle se rende régulièrement sur le chantier pour ne pas le découvrir une fois terminé. L'idée qu'elle s'en fait doit grandir en même temps que lui, pour éviter de trop grands décalages entre une image sublimée et la réalité. Cette réalité qui nécessite environ de 12 à 18 mois d'études selon l'ampleur de l'opération, compris démarches administratives, et 2 ans de chantier. Le déroulement de ces deux phases est le suivant :

- l'esquisse : établissement des bases consensuelles du projet ;
- l'avant-projet sommaire : calage des plans ;
- l'avant-projet détaillé : dimensionnement ;
- le projet : description des ouvrages, détails ;
- le dossier de consultation des entreprises ;
- l'assistance pour la passation des contrats de travaux ;
- la direction de l'exécution des contrats de travaux ;
- l'assistance aux opérations de réception de travaux.

Entre l'énoncé des besoins et la livraison du bâtiment, il s'écoule environ 4 années. La réflexion programmatique, d'abord, puis la proposition architecturale ensuite doivent contenir une dimension visionnaire et anticipative, sous peine d'être dépassées dès la prise de possession des lieux. L'architecture existe dans la durée, et navigue entre l'obsolète et le permanent. De sa capacité à évoluer et à s'adapter dépend son dynamisme et sa pertinence, deux notions dont l'esquisse doit rendre compte.

■ Passer de l'objet construit au lieu habité

Le projet a vu le jour, les travaux ont été réceptionnés, le bâtiment est livré..., reste alors à prendre possession des lieux..., à habiter.

L'installation dans un nouvel environnement d'hébergement et de prise en charge pour les patients, et de travail pour les professionnels, constitue un temps fort dans la vie de toute institution, et de tout sujet qui en est partie prenante.

Emménager... cela suppose aussi parfois, préalablement, de déménager quand le(s) service(s) concerné(s) existe(nt) déjà. Face au nouveau lieu, la problématique de l'appropriation se conjugue alors avec celle du changement.

Dans le cas d'un service existant, le transfert d'activité dans le nouveau bâtiment doit être travaillé et préparé avec les patients, pour limiter les effets néfastes de ce qui peut être parfois perçu comme un bouleversement radical, dangereux, des repères et habitudes du sujet, d'autant plus quand le cadre spatial participe de ses étayages et processus défensifs.

Mais qu'il s'agisse d'accompagner des patients vers un autre lieu que celui jusqu'alors connu, ou de les accueillir dans un nouveau service qui naît en même temps que son cadre spatial, la capacité du personnel à contenir les angoisses des patients, à gérer les phases d'illusion/désillusion qu'ils pourront traverser, dépend bien évidemment de la façon dont les professionnels eux-mêmes font face à leurs propres productions psychiques inhérentes aux lieux à investir.

Déménagement et problématique du changement

Eiger n'y va pas par quatre chemins, quand il dit qu'en déménageant, « le choc entre fantasme et réalité peut être rude et les conséquences douloureuses »...

« Quand on décroche les tableaux des murs pour les transporter ailleurs », nous raconte Eiger, « les rapports de contiguïté établis entre objets et murs devraient disparaître pour se réinstaller ailleurs. Mais ce processus n'est pas aussi simple, parce que l'accrochage du tableau a une histoire qui sollicite le travail du deuil de l'histoire, au moment du départ.

De ce fait, on se demandera si les avatars du déménagement ne dépendent pas des rapports entre les choses [et si] déménager [ne] ressemble [pas] à un « défilage » pour un retissage de fils psychiques, de liens, plus qu'à un transport d'objets » [36].

Face à cet ébranlement des repères qu'est un déménagement se pose la question de pouvoir assurer la continuité de l'histoire individuelle, groupale et institutionnelle, pour assurer la pérennité du fonctionnement du service.

Un double mouvement, de désappropriation de/dans l'existant et d'appropriation du nouveau, doit être mis en œuvre. Les contenus psychiques individuels et collectifs et leurs modes d'articulation/structuration dans le lieu quitté doivent faire l'objet d'un travail psychique, qui s'apparente aux tâches bien matérielles de tout déménagement : (re)découvrir, trier, abandonner, jeter, conserver, emporter avec soi et réinstaller, ou archiver... en se questionnant sur la pertinence de cet export et sur l'assurance de leur trouver une place dans la future demeure.

Il s'agit ici, ni plus ni moins, de se préparer à investir du nouveau dans la continuité de soi. Car changer de lieu n'est pas refonder l'institution... le contraire serait sans doute dangereux. Il s'agit d'occuper un nouvel environnement, que l'on souhaite plus approprié, pour permettre que se poursuive la tâche assignée au service par l'institution, dans la continuité de son histoire.

Dans cette perspective, plusieurs questions demandent, a minima, d'être posées à défaut de recevoir une réponse ferme :

- Quelles assises fantasmatiques trouve-t-on dans l'espace aujourd'hui occupé ?
- Qu'en sera-t-il au moment de s'en détacher pour un ailleurs ?
- Quel écart entre l'espace fantasmé, actuel et futur, et celui de la réalité à habiter ?

On peut, à ce propos, rappeler un ouvrage de Binswanger sur le problème de l'espace en psychopathologie [37].

Comme tout changement dans le parcours d'une vie, l'installation d'un service dans un nouvel environnement est un moment de questionnement et de doute. Et limiter les heurts dans le passage d'un lieu à l'autre est sans doute en grande partie facilité par la façon dont s'opère l'appropriation du nouveau lieu.

Emménagement et problématique de l'appropriation

L'appropriation est un processus psychologique fondamental dans les transactions entre un (groupe de) sujet(s) et un espace ; elle se traduit par des relations de possession et d'investissement sur le plan affectif. Diverses modalités d'occupation lui sont attachées : allant de la simple revendication par l'utilisation, jusqu'à l'action transformatrice visant la personnalisation.

« L'appropriation repose essentiellement sur le procès d'identification », nous dit Sansot, « qu'il y ait ou non modification de la réalité concernée. Je m'approprie ce à quoi j'aime m'identifier, ce que je consens à reconnaître comme mien [...]. Nous situons la notion d'appropriation plutôt du côté de la sphère affective que de l'agir » conclut-il [38-41].

Même si, selon la formule de Moles, « l'appropriation est comme attachée au Moi plutôt qu'à un lieu géographique » [42], on ne peut évacuer la composante matérielle du lieu auquel ce processus se trouve confronté. L'appropriation, dynamique par

essence, est en effet sous-tendue par deux dimensions : l'aptitude du(des) sujet(s) à investir l'espace sur les plans pratique et psychoaffectif ; la propension de cet espace à se faire objet d'un investissement qui reste à advenir.

On est là face à une problématique avec laquelle tout un chacun, bébé, a eu affaire : le trouvé-créé, dans cette aire d'expérience et de jeu intermédiaire qui existe entre réalité interne et réalité externe.

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.

Or, 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.

Se reconnaîtra-t-on, individuellement et collectivement, dans cette « construction dans la construction » ? Du *dessein* du maître d'ouvrage et des professionnels et de ses fondements latents, que retrouve-t-on dans le *dessin* des maîtres d'œuvre et sa concrétisation bâtie ? De quelle appropriation « imaginaire » a fait l'objet le futur équipement au fil de sa préhistoire (programmation, conception) par ses futurs usagers, et comment habiter le réel avec un tel bagage ?

Qu'a-t-on imaginé de cette architecture avant qu'elle ne voit le jour, qu'imagine-t-on face à ce qu'elle donne à rêver ou à redouter aujourd'hui, et face à ce l'on pourra en faire prochainement ?

Autant d'axes de réflexion qui peuvent permettre à tout un chacun de mettre du sens sur ce qui le traverse d'excitation et de désignation, de plaisir et de mécontentement, dans sa prise de possession des lieux.

Dans une institution, s'engager dans la voie du nouveau et/ou du changement sur le plan architectural ne peut se faire sans le constat de manques à combler, de nouveaux besoins à satisfaire... s'y trouve mobilisée, plus ou moins consciemment, une part de rêves et de désirs, tournés vers un mieux-être. Cette composante, fondamentalement nécessaire, pose la question de la part de réalité du projet et de celle de l'imaginaire qui en est le moteur... de la part du possible et de l'impossible... bref, de la dialectique qui anime toute la vie psychique entre principe de plaisir et principe de réalité.

Dès lors qu'il s'agit de prendre possession des lieux, le(s) sujet(s) est(sont) confronté(s) à un véritable travail de deuil, puisqu'en ce moment où l'on investit de nouveaux locaux, parfois longtemps appelés de ses vœux, il s'agit de faire le deuil du lieu idéal tel qu'on le fantasmatiquement jusque-là et qu'on s'attendait à le trouver (et tel qu'il ne sera sans doute jamais), et parfois de faire le deuil du lieu que l'on quitte (délocalisation/reconstruction), ou tel qu'il était avant transformation (réhabilitation), sécurisant car connu, même emprunt de défauts, et tel qu'on ne pourra probablement plus le retrouver.

C'est donc son propre rapport à la toute-puissance qu'il faut envisager ici, entre idéal inatteignable et impossible retour au paradis perdu.

Aussi, tout changement dans les lieux doit s'accompagner d'un travail d'élaboration des bouleversements fantasmatiques qu'il peut initier sur le plan inconscient ou sur le rôle défensif qu'il peut être amené à jouer. Cela suppose un travail de perlaboration, au sens où l'entend Freud : mise en sens par un travail interprétatif, dépassant les résistances et l'œuvre de la répétition [43].

Cela est d'autant plus important que le changement attendu de/dans l'espace ne peut trouver ses effets que si ce qu'il mobilise est porté, intériorisé par ceux qui sont concernés (qu'ils l'induisent ou le subissent).

Attendent-t-on des nouveaux dispositifs spatiaux qu'ils accueillent de nouvelles modalités relationnelles entre professionnels, entre soignants et patients ? Seule la mobilisation des structures interindividuelles en jeu et des productions inconscientes qui y sont liées pourront engendrer ce changement.

Pour y parvenir, il faut sans doute pouvoir tolérer tout risque d'être à jamais bouleversé ou, au contraire, que rien ne puisse

jamais changer ; c'est là un prérequis permettant de s'engager dans le changement, en étant préparé au nécessaire travail à faire pour passer le cap de la désillusion sans s'enfermer dans l'illusion.

Alors, s'impose à tous, aménageurs et professionnels de santé, dans le champ de la santé mentale plus qu'ailleurs, de prendre en compte la dimension fantasmatique qui a partie liée avec la dimension architecturale, à travers :

- les représentations et l'imaginaire véhiculés par les lieux ;
- les défenses et les désirs dont l'espace se fait le support ;
- les expériences du vécu quotidien qui en sont les vecteurs.

■ Doit-il exister une architecture spécifique à l'univers psychiatrique ?

L'histoire a montré les limites du recours à des modèles d'architecture en psychiatrie comme ailleurs. Si la connaissance du milieu et la confrontation à des problématiques récurrentes dans ce domaine sont des outils indispensables, la prise en compte des spécificités de chaque projet, quelles soient médicales, sociales ou techniques, est prépondérante dans la recherche de propositions pertinentes. Les réflexions qui vont suivre ne constituent pas des recettes. Chaque projet est une aventure originale qui se nourrit des précédentes sans les plagier.

Patient au centre des préoccupations

Placer le patient au centre des préoccupations est fondateur du changement d'approche philosophique dans la prise en charge et dans le mode d'élaboration des projets. Y ajouter un statut de citoyen à part entière avec des droits mais aussi des devoirs parfait à un processus révolutionnaire devant conduire à une meilleure réponse apportée aux questions que se pose la psychiatrie en termes de lieu de prise en charge.

L'architecture doit bien entendu suivre ce mouvement et se mettre en situation d'apporter des solutions qui ne soient pas qu'architecturales. Sa pertinence repose sur sa capacité à comprendre les problèmes que rencontrent les usagers de la psychiatrie, et à s'inscrire à une place déterminée de façon consensuelle dans l'élaboration du projet médical.

Plus question d'être le bras armé de l'administration pour surveiller et contraindre. Elle doit au contraire créer un environnement permissif dont le contrôle lui assurera une fonction thérapeutique.

L'architecture n'étant pas monolithique, elle propose plusieurs niveaux de lecture. Des choses sont visibles, d'autres cachées. Elle présente des ambiguïtés. Rendre ces diverses strates lisibles nécessite l'introduction au niveau de la conception d'une organisation qui permet de traverser les différents univers. On peut ainsi, même si cela semble paradoxal, contrôler un espace de liberté. Des ruptures dans la lecture de l'espace par des changements d'échelles permettent des appropriations différentes d'un même lieu en fonction de l'histoire, de l'état physique, de l'état mental, des raisons de sa présence. En vérité, tout ce qui relie au monde, et qui fait que l'on est ici et maintenant. La diversité d'espaces ainsi générée, la nécessaire gestion de la mixité des pathologies, est résolue. Des prises en charges variées peuvent s'effectuer. Des zones fonctionnelles nécessitant des ambiances particulières peuvent cohabiter.

Faire exister ces endroits, c'est organiser un combat entre rationalité et subversion, et utiliser la complexité comme moyen. Dans ce contexte, la complexité ne s'oppose pas à la simplicité, qui reste le but ultime. Car c'est elle seule qui doit apparaître et se lire. Le projet se nourrit de toutes les intentions puis se débarrasse de tout ce qui parasite la perception de l'essentiel. La complexité se niche dans la superposition des différentes strates de l'architecture, dans sa dimension cachée, dans l'invisible. Sans elle, la simplicité se résumerait à la lecture évidente du fonctionnement.

La simplicité n'empêche pas la profondeur, qui se ressent plus qu'elle ne se lit. C'est une sensation mystérieuse qui se superpose au simple usage du lieu.

Elle témoigne d'une densité spirituelle, d'une épaisseur sensorielle. Ce sont par exemple des emplacements en creux, inaccessibles directement depuis l'extérieur et qui, avec l'ombre qui les baigne, enrichit l'ensemble de mystère. Un lieu dont tous les espaces sont visibles directement depuis l'entrée et se présente de façon ostentatoire n'a pas de profondeur. Un bâtiment qui se dissimule a de la profondeur.

Vers une architecture sensorielle

La fonctionnalité est une composante fondamentale de l'architecture, mais elle n'en est pas l'essence. Sauzet et al. lui opposent ou plutôt lui opposent l'idée de « *fonctionnalité du deuxième degré, celle des besoins psychologiques et sensoriels, celle d'un désir archaïque* » [44].

Fonctionnalité et poésie ne s'opposent pas, mais prenons garde à ne pas anéantir une composante essentielle de la nature humaine : son besoin de ressentir des émotions, des sensations. Les prises de décisions ne sont pas aux mains des poètes, alors que, comme nous le rappelle Hölderlin, « l'homme habite en poète ». Il faut des garde-fous face à des exigences sociétales faites pour les hommes, mais qui les oublient en chemin. L'architecture écrit une histoire entre ces hommes et les lieux où ils vivent. Ce savoir de conteur ne se puise pas dans la logorrhée programmatique, mais dans la volonté de rester en contact avec la nature. C'est dans les rapports profonds que l'homme entretient consciemment ou non avec son environnement qu'il puise sa force et son équilibre.

L'architecture peut devenir expérience physique, sollicitation sensorielle et se dissoudre dans une pratique archaïque, voire animale du lieu ou du parcours basée uniquement sur l'expérience. L'architecture, par la contrainte qu'elle impose au corps, induit volontairement des situations. Il est par exemple fréquent de devoir monter des marches pour accéder à un bâtiment public ou religieux, et ceci pour bien montrer qui doit alléger à l'autre. Dans le même ordre d'idée, les architectes s'appliquent à rendre l'entrée d'un édifice public la plus évidente possible, ce qui a pour conséquence de placer le visiteur dans un rapport dominant/dominé à son désavantage. Et le public de se plaindre si ce n'est pas le cas. Mais emmener quelqu'un où l'on veut peut se faire plus subtilement. Berque, qui a analysé le traitement de l'espace au Japon, nous rappelle que « *notre propre organisation de l'espace commence à peine à entrevoir que les ordres simplistes et rigides du premier degré ne suffisent pas à l'homme. La grande vertu de la spatialité japonaise n'est pas tant d'économiser l'étendue brute que d'offrir à l'homme les irrégularités, les rugosités, les prises qui lui permettent d'être là et de se situer dans le flux spatiotemporel en vivant chaque lieu à chaque instant. Pourquoi, dans une déambulation, créer des incidents ? Il faut associer le corps aux impressions esthétiques et donner à celles-ci une réalité physique. Un geste provoqué par un lieu inscrit son existence dans le corps, donc dans sa mémoire. Il se l'approprie par sa propre expérience physique* » [45, 46].

Une architecture de l'écoute

La dimension cachée de l'architecture peut exister dans n'importe quel bâtiment, quelle que soit sa destination. Mais si elle constitue une sorte de plus-value salutaire dans la plupart des cas, elle est véritablement essentielle lorsqu'il s'agit des lieux de soins psychiatriques car elle constitue une sorte d'intervalle spatial où l'écoute devient possible.

Cette architecture de l'écoute, qui est aussi, dans le cas qui nous intéresse, celle de l'ennui et de la déambulation, existe dans les espacements. Le projet doit se construire à partir de leur traitement en tant que lieux, c'est-à-dire en tant que mise en espace d'une pratique qui est la prise de conscience d'être au monde.

Un édifice est ainsi composé d'emplacements et d'espacements qui les séparent et les relient [25]. Dilatés, étirés, fractionnés, ces derniers permettent l'appropriation individuelle de l'ensemble. Ce qui introduit la notion de choix, donc de liberté.

Loin de ressembler à une introspection ou à un voyage initiatique au fond de soi-même, c'est une expérience sensorielle

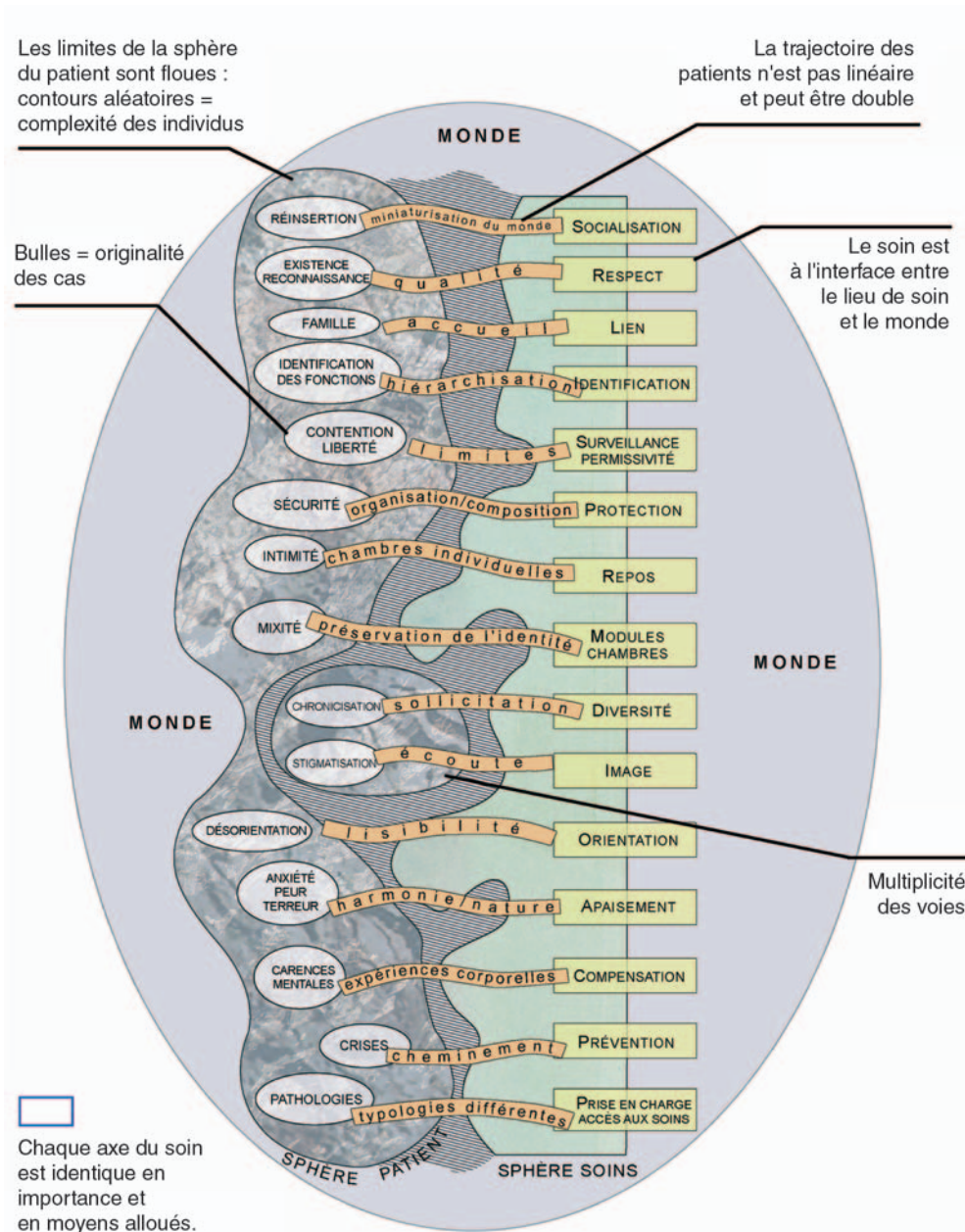


Figure 1. Modèle des finalités diverses du travail architectural pour un service de soins en psychiatrie (source : Bruno Laudat, architecte DPLG).

1051 qu'il doit proposer. Cela suppose pour les architectes d'aban-
 1052 donner le schéma habituel d'appréhension des programmes qui
 1053 privilégie l'organisation, la rationalité et l'emploi de la géomé-
 1054 trie comme outil conceptuel, au profit de l'utilisation des
 1055 ressources du site, de la recherche d'éléments permettant
 1056 l'expérience corporelle organisés le long d'un parcours où sont
 1057 privilégiés les sollicitations sensorielles et le contact avec la
 1058 nature.

1059 Il est moins question d'engager un conflit entre rigueur et
 1060 sensibilité que de tenter d'inverser l'ordre d'utilisation des
 1061 différents moyens conceptuels dans l'architecture dispose.

1062 Il s'agit ainsi de se trouver dans un état propice à l'écoute du
 1063 lieu, de soi-même et des autres. L'architecture favorise cette
 1064 communion en transcendant un discours convenu qui serait le
 1065 reflet du pouvoir institutionnel. Être au service du soin, c'est
 1066 pour l'architecture taire son savoir de façon à permettre une
 1067 mise en mots de la souffrance, influencée le moins possible par
 1068 la présence d'éléments parasites et redondants.

1069 Oury disait en 1976 : « il s'agit de créer, dans un contexte de
 1070 groupe, des espaces un peu vivables, qui ne soient pas bombardés par
 1071 l'oppression, la ségrégation, les habitudes de pensée, les préjugés ; des
 1072 espaces un peu libres, où la parole rendue possible favoriserait un
 1073 processus de désaliénation au cœur même des organismes de soins les
 1074 plus aliénés » [47].

Construire l'espace entre le patient et le soin

1075
 1076
 1077 Ces espaces sont absents de la liste des fonctions. Ils sont
 1078 libres de toute contrainte organisationnelle et indépendants de
 1079 codes comportementaux prédéterminés. Tout ce qui s'y passe est
 1080 visible. Chacun tient le rôle qu'il a choisi et peut en changer à
 1081 tout moment. Observateur, observé, le rapport à l'espace
 1082 change. La posture que l'on adopte modifie notre rapport à
 1083 l'espace. C'est également le cas des outils architecturaux qui
 1084 produisent des effets sur les modes d'habiter les lieux. L'archi-
 1085 tecte suggère une façon d'être au monde en manipulant des
 1086 associations procédé architectural/effet spatial/conséquence, tout
 1087 en acceptant la part qui lui échappe fatalement, celle de l'usage
 1088 qu'en font les habitants (Fig. 1).

1089 Citons-en quelques uns :

- 1090 • fragmentation/éclatement/diversité ;
- 1091 • superposition/confrontation/surprises ;
- 1092 • feuilletage/densité/canalisation ;
- 1093 • écartement/dilatation/fluidité ;
- 1094 • transparence/vue/apparition ;
- 1095 • abstraction/mystère/sensation ;
- 1096 • intériorité/protection/sensualité.

1097 Les articulations entre certaines de ces associations induisent
1098 des enchaînements qui nourrissent l'espace et rendent le
1099 bâtiment actif dans le processus de prise en charge du patient.
1100 Il y devient acteur de son devenir et de sa façon d'être au
1101 monde. Les soignants, par leur capacité à laisser faire, agissent
1102 en observant.

1103 L'architecture psychiatrique consiste à placer un patient avec
1104 ses problèmes au centre des préoccupations, de mettre en espace
1105 autour de lui des propositions de soins et de jeter des passerelles
1106 entre les deux. La trajectoire du patient prend corps dans
1107 l'expérimentation de ces passerelles. Le bâtiment est assimilable
1108 à une promenade thérapeutique, où les postures dynamiques
1109 sont orchestrées par un processus basé sur les connivences entre
1110 le soin et l'architecture.

1111 Si l'on reconnaît l'espace physique et ses notions d'universa-
1112 lité, d'immuabilité, d'immobilité, on ressent l'espace sensible et
1113 sa subjectivité, sa capacité à se laisser investir, son renouvelle-
1114 ment, sa dynamique [25].

1115 Si la psychiatrie est enfin parvenue à exister sur le même plan
1116 que les autres disciplines médicales, elle doit assumer ses
1117 spécificités architecturales, en s'affranchissant notamment de
1118 principes d'organisation cartésiens, rationnels et simplificateurs
1119 dont l'objet est de produire un outil adapté à un problème
1120 spécifique. Même si sa finalité est de guérir, elle a ceci de plus
1121 que les autres disciplines qu'elle ne peut s'appuyer uniquement
1122 sur des processus techniques. La dimension humaine des
1123 rapports entre soignants et soignés dépasse le simple cadre de
1124 l'accompagnement pendant le traitement que l'on est en droit
1125 d'attendre lors de tout séjour à l'hôpital, quelles qu'en soient les
1126 raisons. L'écoute et l'empathie des uns envers les autres font
1127 partie intégrante du soin. La spécificité de l'architecture
1128 psychiatrique réside dans cet espace qu'elle se doit de leur offrir,
1129 mais qui ne peut être identifié, quantifié et mis en relation avec
1130 les autres phases du processus de soin.

1131 ■ Conclusion

1132 Construire n'a pas pour simple but de protéger de la pluie et
1133 du froid. C'est une composante essentielle de la relation
1134 qu'établissent les hommes et le monde dans leur comportement
1135 et dans l'image qu'ils veulent projeter.

1136 La prise de conscience des limites de la géométrie et de la
1137 rentabilité de l'espace fonctionnel ouvre des perspectives où
1138 l'expérience physique et sensorielle des lieux aide au recouvre-
1139 ment de l'harmonie entre l'homme et ce qui l'entoure, y
1140 compris lui-même.

1141 Si la psychiatrie s'attache à réparer le défaut de lien entre le
1142 patient et son environnement, elle peut s'appuyer sur l'archi-
1143 tecture, en la considérant comme un moyen qui permet,
1144 patiemment, de redonner aux gens qui souffrent une image
1145 positive de leur corps et de leur présence au monde.

1146 L'homme, même souffrant, existe. L'homme souffrant psy-
1147 chiquement existe aussi. Construire pour lui constitue une
1148 magnifique preuve de reconnaissance.

1149 ■ Références

- 1150 [1] Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC. *Architecture et psychiatrie*
1151 *(évolution historique, enjeux de l'architecture psychiatrique, program-*
1152 *mation et évaluation, création de nouvelles unités, réhabilitation de*
1153 *structures existantes)*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004.
1154 [2] Postel J, Quérel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod;
1155 2002.
1156 [3] Quérel C, Morel P. *Les Fous et leur médecine, de la Renaissance au*
1157 *vingtième siècle*. Paris: Hachette; 1979.
1158 [4] Esquirol JE. *Des établissements d'aliénés en France et des moyens*
1159 *d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté à son Excel-*
1160 *lence le Ministre de l'Intérieur*. Paris: Huzart; 1819.
1161 [5] Esquirol JE. *Des maladies mentales considérées sous les rapports*
1162 *médical, hygiénique et médico-légal. Deux tomes*. Bruxelles/Méline:
1163 Causse et compagnie; 1838.

- [6] Massé G. Déshospitalisation à la française : perspective d'avenir. *Nervure* 1993;**16**(5):23-32. 1164
- [7] Massé G, Mie JC. Évolution et devenir des institutions psychiatriques. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-917-A-20, 1995. 1165
- [8] Massé G, Castro V, Leeman J, Leguénec JL. Réhabilitation du Centre Henri-Rousselle de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. p. 121-3. 1166
- [9] Daumézon G. Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du XIX^e siècle. *Inf Psychiatrique* 1960;**36**:5-29. 1167
- [10] Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard; 1975. 1168
- [11] Pascal JC. Architecture et théorie du soin en psychiatrie. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. p. 28-39. 1169
- [12] Crapelet M. Modes architecturales en psychiatrie. *Évol Psychiatrique* 1987;**52**:109-32. 1170
- [13] Bonnafé L. « Château en Espagne ». *Recherches* 1987(n°spécial): 115-97. 1171
- [14] Sivadon P. Architecture psychiatrique : principes, tendances actuelles. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-925-A-10, 1968 : 4p. 1172
- [15] Sivadon P. Réalisations françaises d'architecture psychiatrique. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-925-C-10, 1969 : 4p. 1173
- [16] Kovess V. *Évaluation de la qualité en psychiatrie*. Paris: Economica, collection « santé publique »; 1994. 1174
- [17] Kovess V. *Psychiatrie années 2000. Organisation, évaluation, accréditation*. Paris: Flammarion; 1999. 1175
- [18] Kovess V. Architecture et qualité des soins en psychiatrie. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. p. 40-8. 1176
- [19] Pinon P. *L'hospice de Charenton : temple de la raison ou folie de l'archéologie*. Liège: Mardaga; 1989. 1177
- [20] Bissuel V. De l'asile à l'hôtel de cure. In: *Actes des deux colloques « Architecture et psychiatrie »*. Nice: édités par l'École Supérieure Libre d'Architecture, d'Urbanisme et d'environnement; 1987. 1178
- [21] Kaës R. *L'institution et les institutions, études psychanalytiques*. Paris: Dunod; 1987. 1179
- [22] Kaës R. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris: Dunod; 1996. 1180
- [23] Bourgeron JP, Morel P, Roudinesco E. *Au-delà du conscient. Histoire illustrée de la psychiatrie et de la psychanalyse*. Paris: Hazan; 2000. 1181
- [24] Thoret Y, Bicheron C, Laudat B, Gosset H. Mantes-la-jolie, lieu pluriel pour pathologies multiples. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: éditions « Le Moniteur »; 2004. p. 155-63. 1182
- [25] Triantafyllou M, Laudat B, Paris P. L'exemple du nouveau service de psychiatrie de Dreux. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. p. 164-71. 1183
- [26] Courteix S. Architecture et santé mentale : penser les lieux d'accueil pour le handicap lourd en secteur médico-social. *Rev Hosp Fr* 1999(n°6):36-52. 1184
- [27] Courteix S. Les Maisons d'accueil spécialisées, architecture et représentations d'un lieu utopique de la réparation. [thèse de Doctorat de Psychopathologie et Psychologie Clinique], Université Lyon 2: CRPPC; 2001 (inédit). Consultable sur Internet: http://demeter.univlyon2.fr:8080/sdx/theses/notice.xsp?id=lyon2.2001.courteix_s. 1185
- [28] Courteix S. La programmation : un maillon indispensable entre inconscient et réalité. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. p. 68-76. 1186
- [29] Courteix S. L'architecture en question. Propositions pour une démarche de restructuration des établissements en santé mentale. *Nervure* 1988;**11**(8):10-2. 1187
- [30] Michal B, Truche F. L'espace comme moyen éducatif et thérapeutique. *Lien Social* 1992(n°176-177):12-4. 1188
- [31] Canneva J. L'UNAFAM, association représentant les familles et les proches des personnes souffrant de troubles mentaux. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. 1189
- [32] Longuet M. Association France-Dépression. In: Kovess V, Severo D, Causse D, Pascal JC, editors. *Architecture et psychiatrie*. Paris: Éditions « Le Moniteur »; 2004. 1190
- [33] Institut pour la programmation en architecture et en aménagement. 2004. *Guide-Annuaire pour le choix d'un programmiste*. Paris: édition du SYPAA; 2004. 1191

- 1241 [34] Prost R. *Conception architecturale, une investigation méthodologique*. Paris: L'Harmattan, collection « Villes et entreprises »; 1992. 1255
- 1242 [35] De Bure G. « *Christian de Portzamparc* ». Toulouse: Éditions Terrail 1256
- 1244 Architecture; 2003. « Villes et entreprises »; 1998. 1257
- 1245 [36] Eiguier A. *L'inconscient de la maison*. Paris: Dunod, « Psychismes »; 1259
- 1246 2004. 1260
- 1247 [37] Binswanger L. *Le problème de l'espace en psychopathologie. Préface 1261*
- 1248 *et traduction française de C. Gros-Azorin*. Toulouse: Presses Univer- 1262
- 1249 sitaires du Mirail, collection « Philosophica »; 1998. 1263
- 1250 [38] Sansot P. *Notes sur le concept d'appropriation. Actes de la troisième 1264*
- 1251 *conférence internationale de psychologie de l'espace construit*. 1265
- 1252 Strasbourg: Groupe d'études de psychologie de l'espace de l'Univer- 1266
- 1253 sité Louis Pasteur; 1976. 1267
- 1254 [39] Sansot P. *Les pierres pensent à nous*. Paris: Fata Morgana; 1995. 1267
- [40] Sansot P. *Du bon usage de la lenteur*. Paris: Manuels Payot; 1998. 1255
- [41] Sansot P. *Chemins aux vents*. Paris: Payot; 2000. 1256
- [42] Moles A. *Psychosociologie de l'espace*. Paris: L'Harmattan, collection 1257
- « Villes et entreprises »; 1998. 1258
- [43] Freud S. Remémoration, répétition et perlaboration [1914]. In: Freud S, 1259
- editor. *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 1981. p. 105-15. 1260
- [44] Sauzet M, Younès C, Larit C. *Habiter l'architecture, entre transforma- 1261*
- tion et création*. Paris: Éditions Charles Massin; 2003 (225p). 1262
- [45] Berque A. *Vivre l'espace au Japon : vivre, penser, bâtir*. Paris: PUF; 1263
1982. 1264
- [46] Berque A. *Le sens de l'espace au Japon*. Paris: PUF, collection « Argu- 1265
- ments »; 2004. 1266
- [47] Oury J. « *Il, donc* ». Paris: Union générale d'Éditions; 1978 (185p). 1267

1268

1269 B. Laudat, Architecte DPLG (bruno.laudat@wanadoo.fr).

1270 18, rue de Longpuy, 63140 Chatel-Guyon, France.

1271 J.-C. Pascal, Psychiatre des Hôpitaux.

1272 EPS Erasme, 143, avenue Armand-Guillebaud, 92160 Antony, France.

1273 S. Courteix, Architecte DPLG, docteur en psychopathologie et psychologie clinique.

1274 23, rue du Bon-Pasteur, 69001 Lyon, France.

1275 Y. Thoret, Neuro-psychiatre, praticien hospitalier honoraire, docteur d'état en psychologie, président de l'Évolution psychiatrique.

1276 53, avenue Anatole-France, 78300 Poissy, France.

1277 Toute référence à cet article doit porter la mention : Laudat B., Pascal J.-C., Courteix S., Thoret Y. Mener un projet architectural en psychiatrie. EMC (Elsevier
 1278 Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-876-A-80, 2008.

Disponibles sur www.emc-consulte.com

Arbres
décisionnelsIconographies
supplémentairesVidéos /
AnimationsDocuments
légauxInformation
au patientInformations
supplémentairesAuto-
évaluations