

La Chesnaie, un lieu de soin habité par son histoire (1):

Il y a 62 ans le vicomte de Lestrangé cédait à un jeune médecin qui n'avait pas encore la qualification de psychiatre le château de la Chesnaie. Le futur Dr Claude Jeangirard avec le soutien du Dr Jean Oury et en compagnie de quelques amis, gens de lettre et du cinéma, artistes et quelques professionnels du monde de la santé, ouvrait la Clinique de Chailles. 30 lits en un premier temps avec un certain nombre de patients transférés de la Borde voisine de 15 km puis rapidement 60 pour atteindre un seuil de rentabilité.

En 1959 le château brûle. Cette catastrophe qui est surtout humaine avec des patients qui meurent pendant l'incendie, laissera une trace indélébile et refoulée (1) dans l'histoire du lieu. Cela aurait pu être la fin de l'institution mais l'équipe de soignants autour de C Jeangirard décide de se déplacer avec les malades, le temps des travaux, dans un autre lieu. Lorsque la clinique réinvestit le château de la Chesnaie, celui-ci a perdu un étage et gagné une aile, aussi laide que fonctionnelle selon les critères de l'époque.

En 1966 la clinique augmente sa capacité pour passer de 60 à 100 lits et atteint ainsi un chiffre optimal. Dans leur rapport ministériel, les Dr Guy Ferrand et Jean Paul Roubier (2), en tant que programmistes hospitaliers, décrivent une unité de 80 à 100 lits comme celle :

« semblant constituer l'univers et la collectivité minimum que puisse appréhender facilement un malade mental,

représentant un effectif de personnel tel qu'il constitue un collectif soignant et non pas une juxtaposition d'infirmiers et de moniteurs »

C'est aussi le nombre maximum de patients qu'une équipe médicale fonctionnant en collégialité peut appréhender sur le plan psychothérapique en maîtrisant parallèlement les divers lieux de cette psychothérapie.

Pendant cette première période jusqu'au milieu des années 70, la Chesnaie, se construit sur les fondements de la psychothérapie institutionnelle tout autant en investissant les bâtiments, en changeant leurs affectations qu'en mettant en place une organisation du travail de plus en plus structurée.

A l'absence de mur d'enceinte et à la limitation des espaces fermés aux locaux à risque et à ceux protégeant le secret médical, se constitue une trame virtuelle qui doit assurer le contenant que les bâtiments ne fournissent que partiellement. Les outils qui maintiennent cette trame continue d'être utilisés aujourd'hui :

C'est le service vigilance où, en plus de la surveillance assurée par les médecins, un soignant 7 fois sur 24 H rencontre la totalité des patients et rend compte de leurs difficultés au médecin coordinateur.

C'est la multiplication des lieux d'accrochage au travers des activités de la clinique et de ses associations qui contribuent à structurer le temps du soin, qui facilitent, organisent les rencontres, crée le lien à l'autre.

C'est une circulation de la parole maîtrisée à travers une architecture de réunions qui permet au patient de passer du stade d'être parlé à celui de prendre la parole.

C'est le principe de polyvalence qui permet que, quel que soit sa formation, infirmier, aide-soignant, éducateur spécialisé, psychologue, il existe un statut unique, moniteur, apte à tenir la quasi-totalité des fonctions de l'institution. Tous les 4 mois le tiers de l'ensemble des moniteurs changent de métier passant ainsi du travail de chambre au secrétariat médical ou à une fonction hôtelière. Cette disposition garantit pour le patient d'avoir toujours à rencontrer un soignant quel que soit l'endroit de la clinique où il se trouve et lui ouvre des espaces où il peut s'engager dans une activité qui ne sera pas du semblant. Toute proportion gardée, la clinique a cherché à décliner au niveau des locaux ce principe de polyvalence. Que ce soit dans le déplacement d'affectation d'un lieu à un autre ou du multi usage de certains espaces, tout doit concourir à maintenir une organisation en mouvement.

En 1971, après un nouvel incendie, sans victime celui-là, un ancien boissier, bâtiment agricole utilisé comme salle des fêtes et bar, est détruit. Cette année-là, un architecte, Chilperic de Boiscuillé, professeur à l'Ecole d'Architecture Spéciale de Paris, propose à Claude Jeangirard de le reconstruire avec ses étudiants. Ce dernier accepte le projet dans sa conception et son principe de faire appel à des matériaux de récupération. Le chantier durera 3 ans. Les deux premières années, il rassemblera professeurs, étudiants, soignants et pensionnaires qui, à partir d'une esquisse ayant permis d'obtenir le permis de construire, réaliseront ce qui reste aujourd'hui un lieu baroque, inchauffable, à l'esthétique post 68tarde. Le nouveau Boissier se montre dès l'entrée de la clinique, avec un toit en ardoise et une avancée en forme de pagode colorée en jaune, des façades roses, un appendice sur le toit avec un escalier en colimaçon qui mène nulle part, et quand le visiteur se rapproche, des fenêtres de 2CV à l'étage, des plaques de cuivre de rotative d'imprimerie assurant l'étanchéité, des jantes de voiture accumulées pour constituer des poteaux.

Le rêve d'une véritable auto-construction n'a pu entièrement se réaliser. Il fallait que le bâtiment, qui est d'une taille respectable, soit solide et apte à recevoir du public sans danger. Les premiers travaux sont donc restés assez traditionnels avec fondation, dalle coulée, construction de la charpente. Ce seront davantage dans les ouvertures et les ajouts de toit, la décoration des murs et à l'intérieur que les apports des uns et des autres seront visibles. Ces signatures inscrites dans la pierre et le bois représentent une mosaïque d'engagements anonymes. Beaucoup de ceux qui ont participé à l'expérience sont revenus à diverses occasions. Pour eux, il ne s'agissait pas uniquement d'édifier une salle des fêtes mais de construire collectivement une histoire qui, à leur insu, viendrait probablement, par ce surplus d'historicité et son esthétique, réparer les conséquences de l'incendie du château. Le Boissier qui est le lieu du club, du bar, des concerts mensuels ouverts au public extérieur depuis près de 40 ans, reste encore aujourd'hui la marque signalétique de la Chesnaie.

Il existe probablement une impasse conceptuelle sur le plan architectural entre la réalisation d'un bâtiment dont l'originalité de sa conception, son aspect social ou culturel spécifique, l'émotion esthétique qu'il suscite, créé de l'historicité et les souhaits très souvent formulés par les équipes en psychiatrie aux architectes « qu'ils créent dans la réalité matérielle la plus concrète, une construction évolutive, souple, fidèle au concept d'institution mentale : une institution qui s'adapte aux changements des idées et des conceptions de soins. On va presque, nous dit le Dr Nicole Horassius-

Jarrié, jusqu'à leur demander de concevoir en « dur », en « bâti », en béton ou en pierre, de l'éphémère et du provisoire » (3).

Le Boissier et plus tard le train vert sont devenus des bâtiments intouchables d'autant plus lorsqu'ils ont été inscrits en 20.....sur le Rien n'a pu depuis 1975 être déconstruit pour améliorer le chauffage ou l'accès au bar ou la praticabilité de la scène. Heureusement d'autres espaces dans la clinique, en particulier le château, ont vu leur affectation changer, leur volume se modifier, leur positionnement changer dans les circulations mais ils étaient nettement moins marqués par l'histoire.

En 1979, pour répondre officiellement à une exigence de la tutelle d'augmenter la surface dévolue à l'hospitalier, une nouvelle construction est mise en chantier. Le choix se posait de construire une nouvelle unité d'hospitalisation ou d'intégrer à la clinique, et de l'adapter aux normes de l'époque, une ferme attenante utilisée pour le logement du personnel et des stagiaires. Ayant opté pour la deuxième option, C Jeangirard demande à Chilpéric de Boiscuillé de lui proposer un projet qui ne pouvait que s'aligner sur l'expérience du Boissier et le recyclage des déchets. Les étudiants de l'Ecole Spéciale d'Architecture sont de nouveau invités à élaborer puis mettre en œuvre une construction recyclant des wagons de chemin de fer. 5 wagons-lits et un wagon restaurant réformés en attente d'être détruits sont rachetés et acheminés par la route jusqu'à leur future implantation. Une structure maçonnerie en T les attend et les disposent sur deux niveaux. Les chambres sont obtenues soit en utilisant un compartiment soit deux dans la version luxe. Le wagon forme une unité chauffée de 4 ou de 8 chambres avec douche et WC. Chaque aile est constituée de deux wagons. L'un est au rez-de-chaussée et l'autre qui lui fait face, de l'autre côté du quai, est à l'étage, porté par des murs délimitant un espace fermé. Les 3 quais rejoignent le noyau central qui abrite les locaux techniques, le foyer, un espace d'atelier et qui dessert par un escalier les deux wagons-lits et le wagon restaurant situés à l'étage.

Le chantier qui durera 4 ans va s'inscrire, comme le précédent, dans le catalogue qui s'enrichit chaque année des œuvres collectives. L'expérience va permettre à un certain nombre de patients de trouver une place dans la communauté des travailleurs mais aussi de créer une scène sans complaisance pour les symptômes. Quelques années plus tard, le gérant du train vert pourra dire aux patients qui venaient faire la cuisine ou le service du restaurant associatif : « laissez vos symptômes à la porte » - ce qu'ils faisaient le plus souvent.

Pour autant, la question a pu se poser de la valeur thérapeutique pour un patient de cette participation à un chantier de construction. La réponse est assez rapide. Outre l'engagement dans une aventure collective qui vient rompre l'isolement et l'apragmatisme, c'est retrouver une place symétrique à celle des autres intervenants et restaurer la blessure narcissique provoquée par la maladie et sa réponse psychiatrique. C'est aussi l'inscription dans une scène supplémentaire de l'institution où les émotions, les attitudes, les paroles ressentis par les soignants dans la rencontre et l'effort en commun avec le patient peuvent être repris dans les réunions d'élaboration et de réflexion où s'analyse explicitement ou non le transfert.

La rencontre entre des élèves architectes accompagnés de leur professeur et un groupe de soignants et de soignés ne va pas de soi. Cette configuration se retrouve dans des proportions moins impressionnantes dans les projets le plus souvent artistiques proposés par des acteurs d'origine diverse captés par le réseau informel qui s'est constitué au fil du temps autour de la Chesnaie. Ce

sont plusieurs cinéastes, dont l'un s'installera et créera sa société dans l'espace même du train vert, des musiciens, des artistes de cirque, des théâtres qui font une résidence et montent un spectacle, ou comme plus récemment deux bédésistes qui ont choisi la Chesnaie comme thème d'un album financé par le conseil général et qui donneront à leur ouvrage le titre de « la troisième population ».

A chaque fois un collectif triangulé se met en place avec les intervenants extérieurs en position de témoin, de technicien, de candide, trouvant très rapidement à se situer – la Chesnaie a une forte réputation d'accueil – à repérer les scènes pouvant être investies et celles où l'accompagnement est nécessaire. Ces intervenants redoublent par leur présence l'effet de lieu sans mur ni fermeture, ils ouvrent l'institution à la réalité extérieure, plus particulièrement dans un mouvement du dehors vers le dedans, condition d'une véritable déstigmatisation de la maladie mentale. Il faut pour traiter l'exclusion ou l'indifférence que le lieu de soin trouve une place dans son environnement local, y soit intégré et reconnu dans sa complexité comme peut l'être l'autre pour soi-même. La Chesnaie pour les habitants du village, c'est une clinique psychiatrique avec des malades mentaux parfois excentriques et bizarres dans leur comportement mais c'est aussi un lieu de concert, de rencontre culturelle, de kermesse annuelle, un espace qui n'accueille pas que les enfants des soignants dans la crèche parentale mais aussi ceux des parents des villages voisins - enfants qui tous les matins, en lente procession effectuent un parcours qui les mènent de la crèche au train vert, en passant par la mare aux poissons et les abords de la forêt, au milieu de patients et de soignants attentifs et respectueux. C'est le feu d'artifice du 14 juillet du village de Chailles tiré sur la pelouse de la clinique à la demande du maire en quête d'un terrain sécurisé.

Dans les années 2000, force est de constater que l'institution a vieilli et que ce qui pouvait être acceptable en matière de confort 20 ans auparavant ne l'était plus. Les chambres sont trop petites et pratiquement aucune ne possède une salle de bain complète. Il persiste des dortoirs de 6 lits. Un architecte, Lucien Kroll, choisi autant par son amitié avec Claude Jeangirard que par sa réputation est sollicité pour construire un bâtiment. Dans son esprit, Lucien Kroll, considéré comme le pionnier de la participation habitante, propose que le projet architectural soit élaboré en concertation avec les occupants futurs du lieu, les patients qui y logeront et les soignants qui y travailleront. Des réunions sont programmées pour que la parole de chacun puisse être entendue mais cette disposition est restée assez symbolique parce que le cahier des charges était relativement simple et peu modulable : il fallait créer un maximum de lit dans une enveloppe financière déterminée par l'expert-comptable et reprendre la configuration avec chambres, salon avec cheminée et salle avec mini cuisine intégrée d'un secteur de chambre, centré sur le travail d'un groupe fermé, amené à s'installer dans le nouveau bâtiment.

Le projet proposé par l'architecte sera donc validé sans modification notable et ce sera à 20 mètres du château, un rassemblement de petites maisons avec terrasses et toits de forme et de revêtements différents, divisés en 2 unités séparés par une terrasse couverte à 2 niveaux s'ouvrant en direction du train vert.

Jusqu'en 2005, les établissements de santé privés en psychiatrie dépendaient en matière de norme de l'annexe 23 d'un décret du 3 septembre 1956 (5). Le 25 juillet 2005 un nouveau décret annule un certain nombre d'articles. Dans ce nouveau texte, la partie concernant les établissements psychiatriques privés représentent 2 pages sur 130 et ne peut être considéré comme très exigeant en matière de confort. Il n'est pas fait mention d'une salle de bain complète par chambre et les surfaces

sont très éloignées de ce qui est régulièrement proposé dans les nouveaux établissements ou les réhabilitations. . Aujourd'hui la tendance qui tend vers la contrainte pour l'HAS (mais qui reste, comme beaucoup de paramètres, expert dépendant), est d'offrir au patient une chambre seule avec salle de bain intégrée avec mise à disposition, moyennant un supplément, de la télévision. Le malade mental doit être un malade comme les autres et doit pouvoir bénéficier du même confort que les autres- aménagement qui ne me paraît pas pouvoir répondre à la situation de tous les patients, en particulier ceux qui s'isolent, qui résistent aux sollicitations de l'institution, qui privilégient le bénéfice secondaire au travail d'introspection.

Nous ne sommes plus dans une configuration qui permettrait - si tant est que cela reste pertinent sur le plan théorico pratique – de proposer comme le faisaient Guy Ferrand et Jean Paul Roubier des tailles de chambre en fonction du patient, « une grande pour un claustrophobe, une petite plus sécurisante et contenant pour un angoissé ». Aujourd'hui, avec le prix du m², il paraît difficile de proposer des surfaces de chambres variables avec le minimum imposé et nous devons faire avec cette symétrie imposée. Sauf à être à la Chesnaie et devoir tenir compte de l'existant et du nouveau, du moderne et du vétuste, de confortable et du spartiate. Cette variabilité dans le confort, l'éloignement ou la proximité du cœur de la clinique, dans la taille et le nombre de lits par chambre, liée à cette histoire architecturale, offre un véritable outil thérapeutique. Une fois par semaine les moniteurs de chaque secteur de chambres se réunissent autour d'un médecin pour décider de l'affectation des nouveaux patients et des changements de chambre nécessaire pour répondre à des problématiques individuelles ou non. Les décisions ont toujours un impact sur les plans de soin.

En 2012, une visite des services vétérinaires à la cuisine s'est conclue par un avertissement administratif. La clinique était sommée de pallier à un certain nombre de défaut en particulier dans ses aménagements : surface insuffisante, matériaux inadaptés, marche en avant contrariée. De plus, la nécessité d'engager des travaux de réfection par tranche de bâtiment nécessitaient d'augmenter de nouveau la capacité hôtelière. Un nouvel architecte, Boris Roueff, est sollicité pour construire une nouvelle unité répondant aux exigences des services vétérinaires pour la cuisine, et à celle de la tutelle pour le nombre de chambres seules.

A distance de la réflexion qui a conduit à la construction d'un bâtiment de 1100 m² sur deux niveaux, accolé à l'ancienne « nouvelle aile », il est possible de repérer le travail d'interprétation qui se met en place entre le maître d'œuvre et l'architecte, celui qui passe commande et celui qui analyse cette demande avant de la réaliser. Il y a invitation parce que nous sommes dans le domaine du psyché, à faire le parallèle entre l'interprétation du thérapeute et la demande du patient car il y a rarement de situation où cette demande doit être prise au pied de la lettre. Aymeric Zublena, architecte de l'hôpital européen Georges Pompidou considère que « l'architecte est d'abord un généraliste à l'écoute des utilisateurs (personnel médical, patients, familles, etc ...) qui sait s'entourer des compétences techniques lorsque certains programmes très pointus l'exigent... Le rôle fondamental de l'architecte est de comprendre et de traduire spatialement non seulement un programme quantitatif, mais aussi de répondre à une attente de qualité souvent informulée, imprécise, contradictoire et pourtant latente. Il est enfin celui qui, dans le domaine dont il a la responsabilité, sait intégrer les évolutions inéluctables de programme et pourtant résister au risque de dérive permanent du projet initial » (6).

L'environnement actuel invite à un autre parallèle entre psy et architecte : celui de se confronter à la multiplication des normes produites par des travailleurs acharnés. Entre l'obligation que toutes les chambres soient accessibles aux handicapés sur le principe que nous pourrions embaucher un soignant en chaise roulante qui pourrait assurer la totalité des tâches d'une prise en charge de schizophrène, à la quantité de solutions hydro-alcoolique devant être consommée par an pour l'ensemble d'un collectif, en passant par la puissance d'une hôte aspirante capable d'avaler le calot du cuisinier et la crème chantilly, nous devons, professionnel de terrain, en s'appuyant sur un collectif se gardant des clivages, trouver l'énergie et l'inventivité pour continuer à s'occuper des affaires des autres – mais pas n'importe quels autres.

La Chesnaie, avec les principes de la psychothérapie qui l'animent, reste une institution en mouvement. Elle va être encore un lieu de remaniement architectural qui va se poursuivre dans les années à venir à une vitesse qui dépendra de son assise financière. Nous sommes un certain nombre à penser que, si les circonstances l'imposaient - et en même temps je ne vois pas lesquelles d'une façon réaliste, le déplacement dans d'autres locaux de son organisation actuelle serait la fin de l'institution. Il y a dans les murs de la clinique, dans l'agencement de ses bâtiments, dans leur polyphonie, une mémoire qui protège de l'obsessionnalité ambiante, qui crée un respect vis-à-vis de la multitude d'expériences et d'aventures vécus par ceux qui y ont travaillé ou ce sont soignés .

La Chesnaie, un lieu de soin résistant .

Les établissements de psychothérapie institutionnelle ont eu ou ont encore la réputation de garder les patients, de gérer la chronicité, de privilégier les conditions pour créer un lieu de vie au détriment du soin. Par leur proximité avec les patients, les soignants favoriseraient un état de dépendance des patients qui irait pour ces derniers jusqu'à les aliéner au lieu, les soustraire à ce qui aurait pu être leur propre trajectoire au nom de la doxa du moment : l'empowerment

Les médecins seraient censés relire les mêmes auteurs et se gauger des attendus de la modernité. Il y aurait chez soignants comme une nostalgie des années 70.

La réalité en est presque autrement.

Si soigner en psychiatrie consiste à adapter un traitement à une symptomatologie aiguë et passer le relais au secteur médico-social pour gérer le handicap, des lieux comme la Chesnaie n'ont plus lieu d'exister. Si l'ambition des soignants va au-delà de la sédation des troubles les plus observables et si l'on considère qu'à l'étiologie multifactorielle il faut penser une thérapeutique plurifocale associant la chimiothérapie la plus actuelle et la plus cohérente à une prise en charge d'un collectif travaillé par la transversalité dans un environnement piloté par le club qui laisse une place à la culture et à l'ouverture sur la réalité extérieure ; si la restauration du lien va bien au-delà de la fonction phatique ; si créer les conditions pour que le plus grand nombre des patients puissent être acteur de leurs soins ne peut se concevoir que dans l'accompagnement des plus forclos à la réalité commune ; si la réhabilitation psycho-sociale n'est envisageable qu'à l'aune d'une véritable conscience des troubles, du témoignage du drame intérieur et de l'emprise de phénomènes persistants ; alors la Chesnaie comme la Borde et quelques services dans le public qui ont maintenu l'histoire du mouvement ont gardé une légitimité à poursuivre un exercice à contre-courant des politiques qui s'imposent depuis la fin du 20^{ème} siècle dans le domaine de la santé mentale.

Soins actifs de durée variable pour une typologie des patients qui s'est peu modifiée. Trajectoires toujours singulières avec un terme générique, les psychotiques, qui garde sa pertinence. Avec toujours en majorité les collègues du service public, de secteur ou universitaire qui restent les principaux adresseurs :

« Travailler le sentiment d'insécurité, la relation à l'autre, acquérir de l'autonomie », « se stabiliser, construire un projet », « prendre de la distance avec la famille, réévaluer le projet de vie », reprendre un projet de réinsertion », « consolider son état, changer de vie », « se responsabiliser dans sa vie quotidienne, acquérir une meilleure gestion du temps et de son espace de vie », « accéder à un travail psychothérapique », « travailler la stabilisation clinique », « évaluer les capacités d'adaptation », « créer du lien, favoriser la revalorisation et la responsabilisation ». Ce florilège d'arguments pour une admission à la Chesnaie témoigne autant d'une perte, dans les services, des outils pour soigner la psychose que d'une reconnaissance par la profession de ce qui a pu être préservé à la Chesnaie et se résume par « prise en charge institutionnelle ».

Seul le séjour dit « de rupture » n'affiche aucune ambition de transformation destinal – il est du domaine du partenariat, de cette nécessité pour des patients difficiles, irréductibles aux outils de soin disponibles, de créer des espaces transitionnels, de coopération inter- institution, de mise en place d'un ternarité qui peut dans le meilleur des cas restaurer le lien transférentiel.

A contrario, et ce mouvement s'est aggravé depuis 20 ans, certain service de secteur se sont considéré comme invalidé à recevoir après un temps passé à la Chesnaie le ou les patients qu'ils avaient adressés. Cette position discutable sur le plan déontologique conduit dans les faits à un processus de sédimentation et confirmeraient le lien de dépendance que certains patients gardent avec l'institution.

Quand des malades « psychiques » français sont accueillis dans des institutions belges à un tarif qui peut dépasser celui de la Chesnaie ou lorsque des patients d'un foyer à double tarification sont adressés pour des soins actifs à une clinique de psychothérapie institutionnelle (appliquant un tarif moins élevé), que penser des exigences tutélaires de réduire le taux d'inadéquation ?

Qui peut croire, dans un environnement complètement ouvert qu'il y a un autre enfermement à celui du trouble psychiatrique ? Pourquoi garderions nous des patients quand les demandes d'admission affluent si nous n'avions conscience de l'aggravation des troubles, voire du risque vital pour certain que provoquerait une sortie.

Comment témoigner aujourd'hui du travail silencieux de l'institution, de l'imperceptible reprise de contact que peut assurer au quotidien un collectif de soignants engagés ?

Se soigner d'un trouble psychiatrique est un véritable travail, une épreuve – le plus souvent celle de réalité - à se dégager de la jouissance. Il ne reste parfois que peu de temps et d'énergie pour participer à une tâche commune.. Si pour certains patients , après un emploi du temps structuré à la clinique et plusieurs stages laborieux de quelques semaines en ESAT, une activité régulière de bénévolat une journée par semaine en complément d'une hospitalisation de jour à temps partiel a permis d'écarter la spirale des échecs et à poursuivre le travail de restauration narcissique. Pour d'autres une demi-heure d'activité dans une journée et dans un environnement contenant représente le maximum de ce que pourrait céder l'apragmatisme.

Dr Jean louis Place

- (1) : « les institutions ne peuvent exister qu'à maintenir passé sous silence ce qui en réunit les membres. Le prix du lieu est ce dont il ne saurait être question entre ceux qu'il lie, dans leur intérêt mutuel » R Kaes « Réalité psychique et souffrance dans les institutions » 1987 in R Kaes et col., « L'institution et les institutions, études psychanalytiques » Paris, Dunod, 1988, p 1-46 cité par Stéphan Courteix in Architecture et psychiatrie, pp 68-76, Ed « Le moniteur », 2004
- (2) : Guy Ferrand et Jean Paul Roubier : « L'hôpital psychiatrique dans la cité : programme d'un hôpital psychiatrique urbain de moins de cent lits » Rapport commandité par la Direction de l'Équipement Sanitaire et Social du Ministère des Affaires Sociales. In la revue Recherches de Juin 1967 pp.35 – 136
- (3) : « Les constructions reflètent, trahissent même, les conceptions que nous avons de la vie psychique et de la maladie mentale ; elles révèlent les idées que nous avons sur la façon de soigner les malades mentaux. Et ces idées – ou plutôt ces hypothèses, car des certitudes en psychiatrie seraient bien redoutables – évoluent sans cesse alors qu'un bâtiment, 10 ans, 20 ans après reste au contraire bien fixé et figé dans sa conception initiale. » Nicole Horassius-Jarrié in Architecture et psychiatrie pp 81 – 82, Ed « Le moniteur », 2004
- (4) : Le Boissier et le train vert sont des bâtiments qui témoignent d'une expérience architecturale en accord avec un programme thérapeutique. Ils sont représentatifs d'un mouvement d'auto-construction des années 60 – 70. Ces œuvres ont bénéficié d'une inscription sur l'inventaire supplémentaire des monuments historiques par arrêté du 9 janvier 2006
- (5) : Au printemps 2014, un mouvement de contestation des cliniques privées contre une politique jugé trop partiale, a abouti à un protocole d'accord. Dans celui-ci, et pour la psychiatrie représentée par l'UNCPsy, la DGOS s'était engagé à une simplification administrative des textes régissant les établissements psychiatriques privés sur le principe que ceux-ci adapteraient leurs moyens à leur projet médical. Un an et demi après de nombreuses réunions et réécriture l'espoir persiste.
- (6) : Aymeric Zublena, ouverture du Colloque Architecture et Psychiatrie d'oct 2011 in Architecture et Psychiatrie Ed Le Moniteur 2004 p.11
- (7) « L'architecture d'un lieu de soin est fondamentale. On peut dire qu'elle dicte en partie la philosophie de la Thérapeutique et que les soignants doivent s'y adapter » Adrien Altobelli, Vickie Frattini, Christophe Chaperot Psychothérapie institutionnelle, remédiation cognitive et organisation sectorielle : l'expérience du secteur G06 d'Abbeville in L'information Psychiatrique vol 94, n°1, janvier 2018