École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Bordeaux

Travail Personnel d'Étude et de Recherche (TPER) de la formation Paysagiste DEP

année universitaire 2022/2023

SANCHEZ Alwin

Les «*espaces verts*» de la psychiatrie

Étude du recours aux aménagements paysagers par les hôpitaux de psychiatrie face à leur enjeu d'ouverture sur la cité

image de couverture / photographie personnelle prise sur le Centre Hospitalier d'Ainay-le-Château

SANCHEZ Alwin

Les «*espaces verts*» de la psychiatrie

Étude du recours aux aménagements paysagers par les hôpitaux de psychiatrie face à leur enjeu d'ouverture sur la cité

date de soutenance orale : 27 janvier 2023

remerciements

En premier lieu, je souhaiterais remercier ici les personnes m'ayant apporté leur soutien au cours de ce mémoire, à commencer par Mr. Alexandre Moisset, entre autre paysagiste, maître de conférence et chercheur associé à l'UMR Passage, et enseignant à l'École Nationale Supérieure d'Architecture et de Paysage de Bordeaux (ENSAP Bx), pour le temps et l'attention mis à disposition pour assurer le suivi de mon travai ; de même que Mr. Rémi Bercovitz, paysagiste, docteur en géographie, maître de conférence et chercheur associé à l'UMR Passage, aussi enseigant à l'ENSAP Bx, pour son regard encourageant et la pertinence de ses remarques. Je tiens à remercier par ailleurs Mme. Anne Queguier pour ses conseils critiques, enthousiastes, et son sens de la pédagogie.

J'aimerais aussi exprimer ma gratitude sincère envers les personnes qui ont fait don de leur temps pour répondre à mes questions, qui m'ont aidé à comprendre les thèmes que je manipule ici, et qui ont eu la prévenance de m'orienter vers d'autres approches du sujet, et plus largement du reste.

Enfin, il me faut remercier mes proches, à savoir mes parents pour avoir su trouver la manière juste de me soutenir pendant cet exercice de réflexion et d'écriture ; Lorraine Vernot, amie chère, pour son aide et son attention ; et enfin mes amis et amies de l'ENSAP Bx, pour avoir été des soutients pendant la traversée de cette période.

remerciements p.5

sommaire

glossaire des sigles et acronymes p.9

introduction générale p.11

Paysage et psychiatrie : des dialectiques analogues qui ne se côtoient pas p.11
Annonce du plan p.12
Méthode de recherche p.13

I / S'exclure du paysage pour mieux le retrouver : une histoire de l'hôpital de psychiatrie p.15

a. Un hors-lieu longtemps fermé sur lui-même p.15

Soigner par l'enfermement : se rapprocher des cours d'eau pour trouver l'autarcie hors des villes p.16
Soigner par l'air : espacer les formes bâties p.16
Soigner par les médicaments : économiser l'espace et se rapprocher de la ville p.18

b. L'ouverture progressive de l'hôpital et les prémices d'un vocable paysager p.19

S'ouvrir sur le territoire par la politique de secteur p.19
La psychiatrie en période de crise p.20
Un droit de cité, un droit de paysage ? p.21

Conclusion de partie et formulation des hypothèses p.23

II / Les espaces *«verts»* : une interface entre l'hôpital et la ville p.25

a. Le vert : une vertu de soin en soi p.25

Le vert ancestral p.25
Le vert culturel p.26
Le vert médical p.27
Le vert paysager ? p.29

b. Compenser l'hospitalisation par des vues sur l'extérieur p.30

S'évader des murs-médicaux p.30
Retrouver des repères invisibilisés par l'architecture p.32

Se réapproprier sa condition par le comportement p.33
Un espace de rencontre avec l'extérieur p.35
Report de la surveillance et de l'administration médicale dans le dessin des aménagements p.36

c. Reproduire les codes de la ville pour banaliser l'hôpital de psychiatrie p.39

«Une ville dans la ville» : l'hétérotopie paysagère p.39
Convier «l'esprit de la ville» : le théâtre des événements culturels p.42
«C'est l'évolution» : écologisation des pratiques et adaptation du paysage hospitalier p.44
Une vitrine de l'hôpital, un reflet de la cité ? p.44

Conclusion de partie p.47

III / S'ouvrir sur le paysage p.49

a. Croiser les regards et les vécus p.49

La rencontre des réalités p.50
Débattre pour définir les modalités d'ouverture du paysage hospitalier p.51

b. Différencier les traitements de l'espace hospitalier p.53

Aménager l'intime p.53
Aménager l'accueil p.54
Aménager l'extérieur p.57

c. Un bien commun en partage p.58

Les sites hospitaliers comme lieu ressource pour leur environnement p.58
Convier des approches pluridisciplinaires pour valoriser les aménagements paysagers p.60

Conclusion de partie p.62

conclusion générale p.65

Le paysage, un outil d'ouverture sur la cité p.66
Une recherche à poursuivre dans la cité p.66

bibliographie p.69

annexes p.73

glossaire des sigles et acronymes

Étant donné les terminologies particulières au domaine de la santé mentale, et pour faciliter l'écriture et la lecture de ce mémoire, certains éléments seront évoqués via les abréviations suivantes :

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

ANESEM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHSI : Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

loi HSPT : Hôpital, Santé, Patients, Territoire

LPO : Ligue de Protection des Oiseaux

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

SISM : Semaine d'Information sur la Santé Mentale

UNAFAM : Union Nationale des Amis et FAMilles de personnes handicapées et/ou malades psychiques

introduction générale

Paysage et psychiatrie : des dialectiques analogues qui ne se côtoient pas

La relation entre l'accès au paysage et son influence sur la santé mentale trouve ses prémices dans une histoire lointaine. On pourrait déjà voir dans la pratique des villégiatures à la Renaissance (elles-même inspirées de l'*otium* antique, et potentiellement des ermitages de l'époque médiévale) une fonction de cet ordre : celle de composer un lieu à l'écart des villes et de la vie publique, qui profite du paysage de campagne environnant pour favoriser l'apaisement et l'émulation intellectuelle. Plus tard, au cours du XIXème siècle, on retrouve une trace plus évidente de l'association entre le recours au paysage et la bonne santé avec le développement de la pensée hygiéniste. Il semble que ce soit à partir de ce tournant scientifique de l'ère pré-industrielle que les bienfaits du paysage s'inscrivent dans nos mœurs occidentales. C'est notamment par l'intégration de ce concept à l'urbanisme français avec le nouveau modèle Haussmannien, ou encore par la démocratisation du tourisme de la santé qui s'ensuit (alpinisme, tourisme balnéaire, thermal, sanatorium...) que santé et paysage s'associent (FERRATA, 2020). Dès lors, la capacité du paysage à être vecteur de bien-être devient un consensus européen, si bien que la Convention du Conseil de l'Europe sur le Paysage en 2000 à Florence inscrit dans sa préface qu'il *«constitue un élément essentiel du bien-être individuel et social, et dont sa protection, sa gestion et son aménagement impliquent des droits et des responsabilités pour chacuns»* (Convention Européenne du Paysage, 2000). D'une même manière, il est défini dans le champ du paysage comme un besoin, *«une donnée constitutive et ineffaçable de l'existence humaine ; qu'il en est une condition, une absolue nécessité»* (BESSE, 2018). Aujourd'hui, des suites de la crise de Covid-19 et de l'expérience commune d'une privation de paysage, ses bienfaits sur la santé mentale ne sont plus qu'une donnée théorique mais une vérité éprouvée et défendue individuellement et collectivement.

Pour autant, il semble que l'accès au paysage dans le cadre du soin psychiatrique - qui serait un milieu particulièrement concerné par la notion de bien-être - n'ait pas été une évidence. Composé initialement à l'écart des villes, le soin des "insensés" repose jusqu'au début du XXème siècle sur des modèles architecturaux pensés pour contrôler et isoler les "déviants" hors d'un paysage commun, et au sein même des institutions. La mise en place de la psychiatrie de secteur au tournant des années 1960 comme nouvelle politique de santé vise à rompre avec ce modèle hospitalo-centré fermé sur lui-même. Elle propose une approche territoriale de la santé par la répartition et la multiplication des structures et méthodes de soin extra-hospitalières, selon une découpe démo-géographique du territoire. Tendant d'abord à banaliser le soin de la santé mentale et à le rapprocher du lieu de vie des populations, cette politique de santé ouverte sur l'extérieur est aujourd'hui renouvelée par l'enjeu d'ouverture de l'hôpital de psychiatrie sur la *cité*, ce au regard de ses acceptions tant spatiales, sociales, culturelles, que politiques. Ce changement de paradigme, associé au contexte de crise écologique à laquelle la psychiatrie n'échappe pas, invite finalement à repenser la construction du lieu de soin (SEVERO, 2018).

En posant la question du territoire, des représentations, et du rapport sensible à l'espace contenu dans la notion d'*ambiance* qu'elles ont en commun, les champs de la psychiatrie et du paysage semblent manipuler des dialectiques analogues, mais qui ne se rencontrent pas. Des domaines connexes au paysage gravitent autour de l'enjeu d'ouverture de l'hôpital : dans le champ de la géographie de la santé, de la psychologie environnementale, ou de l'architecture psychiatrique, les écrits théoriques et réglementaires introduisent la notion de *paysages thérapeutiques*, ou soulignent l'importance de donner accès à des "*des vues sur l'extérieur*", ou à des "*espaces verts*" (PETIT, 2010). Les aménagements paysagers et le paysage en général présentent alors le potentiel d'être un outil mobilisé par l'hôpital pour déplacer le soin en dehors de ses bâtiments et s'inclure à la cité. Toutefois, la discipline du paysage ne paraît pas s'être investie du terrain de la psychiatrie à en voir l'absence de littérature scientifique sur le sujet. C'est donc face à ce paradoxe et au manque de qualification du paysage dans le champs de la psychiatrie que j'ai décidé d'orienter ma recherche sur le sujet, organisé autour de la problématique suivante :

Dans quelle mesure les aménagements paysagers peuvent-ils participer à l'ouverture de l'hôpital de psychiatrie sur la *cité* ?

Annonce du plan

Pour répondre à cette problématique, nous nous attacherons dans une première partie à revenir sur l'histoire de l'hôpital de psychiatrie pour mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit cette démarche de recherche et mieux comprendre les enjeux auxquels fait face l'institution publique. Nous pourrons notamment nous rendre compte du poids de l'histoire qui explique la prégnance des représentations culturelles associées à l'hôpital, et dont l'institution publique cherche actuellement à se défaire. À la suite de ces éléments de contexte qui justifieront du positionnement théorique adopté, nous formulerons alors des hypothèses de réponse que les parties suivantes tenteront de vérifier.

Dans une seconde partie, nous chercherons à rendre compte des différents regards portés sur les aménagements paysagers des sites hospitaliers afin de mieux comprendre la manière dont ils sont mobilisés pour ouvrir l'hôpital sur la cité. Dans un premier temps, nous verrons qu'ils permettent de projeter le soin en dehors des murs de l'hôpital par leur capacité propre à être vecteur de bonne santé mentale et physique. Ensuite, nous verrons qu'ils parviennent à créer une espace *autre* en mesure de s'échapper à la fonction médicale du lieu. Enfin, dans un dernier temps, nous pourrons voir que les codes de la ville y sont volontairement imités par l'institution pour changer les représentations associées à l'hôpital, banaliser le soin de psychiatrie, et favoriser l'abolition des barrières séparant l'hôpital de la ville.

Finalement, dans une troisième et dernière partie, nous proposons d'appréhender l'objectif d'ouverture de l'hôpital sur la cité par une approche de médiation paysagère. Par ce regard, nous tenterons de démontrer le potentiel de l'outil paysage pour mettre en débat les perceptions et prévenir des conflits d'intérêt lié à l'usage des lieux. En définissant et en qualifiant le paysage par les vécus de chacun, nous pourrons voir qu'en résulte une différenciation des espaces

contenus dans le paysage de la psychiatrie, et donc une différenciation du traitement des aménagements paysagers. Enfin, en considérant les "espaces verts" de la psychiatrie comme un bien commun, nous verrons que ceux-ci présentent le potentiel d'être un lieu ressource pour leur environnement qui appellent à y croiser les acteurs et les disciplines au delà des frontières du médical.

Méthode de recherche

Pour mener ce travail de recherche, nous adopoterons une démarche inductive nourrie de l'étude de deux terrains, qui sera croisée avec les données théoriques résultant de l'état de l'art, de la collecte de témoignage de personnes ayant été hospitalisées en hôpital de psychiatrie, et d'entretiens avec des personnes rencontrées sur les terrains d'étude.

L'état de l'art comprendra des textes réglementaires et des écris scientifiques traitant de la psychiatrie à l'heure actuelle et passée. Le corpus mobilisé comprendra des disciplines variées allant de la sociologie à l'architecture, en passant par la philosophie, la géographie et la médecine, et sera référencé au long et en fin du document.

L'étude de terrain a été menée sur deux centres hospitaliers publics ayant vécu les évolutions des politiques de santé au cours du XXème siècle, à savoir le CH Charles Perrens situé dans la métropole Bordelaise (33), et le CH Ainay-le-Château, situé sur la commune rurale d'Ainay-le-Château (03). Jouissant d'une histoire, d'un fonctionnement et d'une situation géographique différente, la comparaison de ces deux sites hospitaliers nous permettra de faire ressortir des récurrences et des différences dans le traitement des aménagements paysagers face à leur enjeux d'ouverture sur la cité. Des documents photographiques seront mobilisés au cours du document, et des documents complémentaires (cartes, plans, photos, présentations officielles des centres hospitaliers) seront ajoutés en annexe pour permettre aux lecteurs et lectrices de compléter leur compréhension de la spatialité de ces sites et la raison de leur sélection.

Enfin, des entretiens semi-directifs ont été menés lors du travail de terrain et en dehors pour participer au recueil de données et construire notre réflexion. La mobilisation de ces entretiens aura pour but de croiser les regards des différents acteurs du paysage de la psychiatrie, personnes soignées, soignantes, association aidante, services espaces verts et administratifs. Il me faut spécifier ici qu'étant donné la difficulté à entrer en contact avec des personnes ayant recours au soin psychiatrique, la récolte de leur parole n'a pas été possible sur un des sites, et a nécessité de m'entretenir avec des personnes y ayant reçus des soins par le passé via des biais détournés tels que des questionnaires ou des échanges épistolaires. Les différents types de données seront mobilisées dans chacune des parties permettant la construction du propos tenu dans ce mémoire. Par soucis éthique, aucun nom ne sera mentionnés, et les fonctions ou places occupées par les personnes interrogées ne seront évoqué que lorsque le propos tenu le justifiera.

I/ S'exclure du paysage pour mieux le retrouver : une histoire de l'architecture psychiatrique

Aujourd'hui encore la question de la santé mentale est un sujet sensible qui véhicule des représentations dont l'hôpital de psychiatrie porte le stigmate. Dissociée de l'ordinaire et du banal, *«La psychiatrie occupe une part à part dans le système de soin français, comme dans notre imaginaire»* (BUBIEN, 2017, p.4), de même que l'hôpital qui la représente. Il faut dire que la notion d'*hospitalité* sur laquelle se fonde celle d'*hôpital* relève elle-même d'une dualité étymologique nourrissant sa séparation idéologique avec l'espace commun. Formée de "*hospès*" qui évoque le fait de recevoir, et "*hostis"* qui est associé à la notion d'hostilité, l'*hospitalité* est un concept qui repose originellement sur l'accueil d'une population autant que sur son contrôle et son exclusion, étant donné le supposé risque qu'elle présentait pour la bienséance collective. Appliquée à l'espace, l'*hospitalité* est finalement une *«relation spatialisée à autrui»* selon la sociologue Anne Gotman, *«articulant une relation interpersonnelle, un rapport social et des dispositifs matériels»* (BARRERE, GROUT, 2018, p.17-18)

À travers différents modèles architecturaux que sont l'asile, les pavillons puis l'hôpital-bloc, nous verrons que l'hôpital de psychiatrie a connu différentes rapports au soin, incluant des rapports soignants-soignés et des relations aux paysages fondés d'abord sur le contrôle et la privation de liberté. À partir de la deuxième moitié du XXème siècle, nous verrons que l'institution psychiatrique cherche finalement à se reconnecter puis à s'ouvrir au territoire, changeant de fait la conception du lieu de soin. Ce changement de paradigme s'accompagne d'une production d'écrits théoriques et réglementaires visant à défendre le retour de la psychiatrie dans la société, et son inclusion dans la *cité*. Parallèlement, on remarque que cet essor récent de la littérature scientifique autour de l'enjeu d'ouverture de l'hôpital sur la cité tend à manipuler un vocable paysager, engageant de fait à poser un regard paysagiste sur la question et soulignant le rôle des aménagements paysagers et du paysage dans la mutation du paysage de la psychiatrie.

a. Un hors-lieu longtemps fermé sur lui-même

Avant d'être un lieu spécifique, l'hôpital était initialement une organisation informelle située dans les villes et supervisée par des membres de l'Église. Afin de prémunir ceux qui étaient appelé les "fous" de l'insécurité de l'extérieur, les "insensés" ou encore ceux qui ont "perdu les esprits" (en référence au *Saint-Esprit)* étaient d'abord gardés dans des établissements précaires. Au XVIIème, lors de la Grande Peur, ces établissements d'enfermement précaires sont jugés *«malsains, porteurs d'épidémies, et où la déraison est confondue avec une maladie transmissible»* (PETIT, 2010). La garde des "fous" va donc chercher à s'exercer en dehors des villes pour les prémunir de ses "déviants".

Soigner par l'enfermement : se rapprocher des cours d'eau pour trouver l'autarcie hors des villes

> *«jusqu'au XVIIème siècle, voir jusqu'au XVIIIème, l'hôpital n'était ni une prison ni un lieu de soin, mais un endroit où étaient enfermés vieillards, fous, malades, déviants en tous genre, sur ordre du roi ou du directeur d'établissement, celui-ci ayant les pleins pouvoirs. Seules les familles pouvant assurer la surveillance et l'entretien du fou pouvaient espérer pouvoir conserver leur parent au domicile familial, les autres étant obligés de confier leur parents aux institutions publiques»* (PETIT, 2010, p.22).

Initialement, l'enjeu des lieux où s'opérait l'*hospitalité* n'était donc pas de soigner, mais de protéger les personnes accueillies de la société et inversement ; il fallait les tenir sous contrôle pour *«ne pas qu'ils dérangent la société, les bien portants, la bienséance sociale»* selon les propos d'une personne interrogée au cours de ce mémoire. Des lieux spécifiques sont mis en place au cours du XVIIème siècle à l'extérieur des villes, et dans l'idée de limiter les interactions entre la société et l'hôpital, l'hôpital recherche son autarcie. L'institution publique s'implante donc à proximité des points d'eau qui représente une ressource importante pour cette organisation encore précaire, puisqu'elle permet autant de servir à l'agriculture, qu'à la toilette des "fous", qu'au lavage des linges et vêtements. Sur les cas d'étude, bien que l'histoire des deux sites soit différente, nous pouvons remarquer la présence proche d'un cours d'eau : celui du Peugue dans le cas de Bordeaux (voir **annexe 8**), et celui de La Sologne pour Ainay-le-Château (voir **annexe 2**). Dans le cas du CHS Charles Perrens, comme le raconte une personne interrogée, à l'intérieur de l'enceinte close de l'hôpital se trouvaient des cultures, de l'élevage, des vignes. À noter qu'à l'époque, le CHS Charles Perrens qui s'appelait "Château Picon" englobait le CHU à proximité jusqu'au stade Chaban Delmas. Dans le cas du CHSI d'Ainay-le-Château, étant donné le fonctionnement en "colonies familiales" (ancêtre de l'AFT), la présence de personnes déviantes ne nécessitait pas la conception d'un lieu spécifique. Cependant, d'après l'histoire connue des personnes rencontrées sur place, le premier point de présence sur le territoire était "une succursale en ville", permettant la gestion administrative de l'hôpital et la correspondance avec l'hôpital Saint-Anne à Paris dont il dépendait.

Cependant, le recours à l'eau participe à la prolifération de maladies nosocomiales, et les hôpitaux deviennent le lieu où se transmettent les épidémies de l'époque, entraînant de fait des conditions de vie déplorables pour les résidents. En 1784, Jean Colombier, médecin militaire, est commandité par Louis XVI pour rédiger un rapport sur l'état des hôpitaux en France, et publie en 1785 l'*Instruction sur la manière de gouverner les insensés*. À cela s'ajoute un rapport du duc La Rochefoucauld-liancourt en 1790 qui révèle la médiocrité des conditions d'accueil et l'inadéquation de l'environnement au soin des malades. L'état de l'institution publique y est mise en exergue, et la conception du lieu de soin devient encadrée par le gouvernement. Pour pallier aux problèmes de promiscuité posés par l'environnement des hôpitaux, l'état va donc mettre en place des mesures de manière à ce que les institutions s'aèrent et s'organisent en espaçant les bâtiments et en séparant les personnes en fonction de leurs pathologies : le corps médical entre dans l'enceinte de l'hôpital.

Soigner par l'air : espacer les formes bâties

L'intégration du corps médical au sein de l'hôpital s'incarne à la fin du XVIIIème siècle par l'arrivée de Philippe Pinel, qui théorise un «*Traitement moral de la folie*» et pro-

pose une réflexion sur l'hôpital en suggérant une nouvelle organisation rationnalisée. Il déclarera notamment avoir *«la conviction que ces aliénés ne sont intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté»* (PETIT, 2010). À partir de 1838, ce renouveau dans la pensée du soin psychique devient spatiale avec la loi de Jean-Etienne Esquirol, aliéniste français. Sont alors créés sous décret national des "asiles" dans chaque département français, des établissements qui reposent sur deux principes fondamentaux : l'isolement du patient et la spécialisation de l'institution dans un type d'aliénation, supervisé par un seul médecin-chef. Formellement, le modèle asilaire intègre une nouvelle ressource au lieu de soin : l'air. En espaçant les constructions et en créant des chambres plutôt que des dortoirs pour le malade, la forme architecturale de l'hôpital n'est plus contenue dans un seul bâtiment mais divisée en plusieurs bâtiments organisés en peigne, où chaque aile correspond à une pathologie.

Sous un autre aspect, Philippe Pinel fait figure de libération du mauvais traitement des "aliénés" par l'Église, notamment en ayant proscrit l'enchaînement des malades comme il était courant de le faire. Cependant, comme l'exprime Michel Foucault en 1976 qui dira que *«la psychiatrie est une police des fous et l'asile sa prison»*, ce changement de gouvernance n'est finalement pas une libération des personnes placées en institution, mais un transfert de l'autorité religieuse à l'autorité médicale (PETIT, 2010) puisque le soin reste fondé sur un modèle de l'enfermement et sur un rapport de domination du corps médical sur les personnes placées. De plus, dans les faits les lois de l'époque déresponsabilisent officiellement les malades : ils perdent leurs droits civiques, et leurs biens sont gérés par un "administrateur provisoire", ce qui vaut la démocratisation du terme d'"aliéné" pour les désigner. (PETIT, 2010). Sur les sites d'étude, si les membres de l'Église ne sont plus présents dans le paysage de la psychiatrie, les lieux de cultes demeurent comme témoins de ce

fig.1 / photographie personnelle de la chapelle présente sur le site du CH Charles Perrens

changement de gouvernance de l'institution (**fig.1**).

Plus tard, les découvertes de Louis Pasteur sur l'implication de la vie microbienne dans la diffusion de maladies de la rage, de la peste et de la choléra, vont nourrir la théorie hygiéniste en faveur de l'espacement des constructions bâties. Dans le paysage psychiatrique, ces avancées induisent une nouvelle forme de construction : les constructions sous formes de pavillons, influencées par le modèle des cité-jardin hospitalière en Angleterre (VAGUET, LEFEBVRE, PETIT, 2012). Enfin, la découverte du vaccin pour soigner les maladies virales (dont les maladies nosocomiales) va changer radicalement la conception du lieu de soin médicalisation de la maladie entale, et jouer en faveur d'un retour vers la société.

Soigner par les médicaments : économiser l'espace et se rapprocher de la ville

En 1929, la découverte de la pénicilline par Alexander Fleming signe un nouveau tournant dans le paysage de la psychiatrie. Capable de soigner les maladies bactériennes, la découverte du *Penicillium notatum* a donné le la à la création des antibiotiques. Une nouvelle conception de l'institution psychiatrique naît alors, suivant l'idée que le lieu de soin de la maladie mentale peut se passer d'un traitement particulier de l'espace pour pallier aux maladies nosocomiales, favorisant ainsi le rapprochement de l'hôpital vers la ville et la concentration de ses services. Sous l'influence du modèle américain, la création des hôpitaux-blocs intègre le paysage de la psychiatrie française durant l'entre-deux guerre, favorisé par la découverte de nouvelles méthodes et matériaux de construction. Cette innovation architecturale s'accompagne en 1937 d'un changement de vocabulaire dans les politiques, le termes d'asiles d'aliénés devennant "hopital psychiatrique" (PIERRON, 2018). Aussi, à partir de 1958, la réforme «Débré» met en place les CHU (Centres hospitalo-universitaires) dans l'idée de promouvoir la recherche médicale et la rentabilisation de l'économie qu'elle génère, et favorise de fait le rapprochement des hopitaux de psychiatrie à proximité des villes, de même que leur construction industrialisée et fonctionnalistes.

La conception de l'hôpital suit donc de nouveaux principes : *«regrouper les fonctions et éviter les déplacements inutiles, éviter un contact physique et psychologiques entre différentes catégories d'usagers»* (SEVERO, 2018, p.52), et devient un objet architectural approprié par les concepteur pour les innovations techniques qu'il permet , en tant que *«facteur de modernisation des techniques de la construction»* grâce à l'utilisation de nouveaux matériaux comme le *«béton précontraint, [...] constructions plissées ou coques, préfabrication, flexibilité»* (SEVERO, 2018, p.50). Bien que ce modèle architectural fut brièvement développé dans l'histoire de la psychiatrie française, il reste prégnant vis-à-vis des représentations du soin de la santé mentale, et amène aujourd'hui l'hôpital à mener *«lutte contre l'hôpital-bloc caractéristique de la médecine biomédicale fonctionnaliste»* (PIERRON, 2018, p.142).

Enfin, en 1951 les neuroleptiques sont découverts par Henri Laborit. Cette découverte, au-delà d'être une évolution de la médecine et du traitement de la maladie mentale, amène à penser un autre rapport à l'espace. L'hôpital, en tant qu'objet architectural et médical, n'a plus à pallier à l'insécurité des patients ni à celle de la ville, puisque les comportements des personnes soignées sont inhibés par l'usage des neuroleptiques, aussi appelés "camisole chimique" plusieurs fois au cours des

entretiens. Dans le paysage psychiatrique, ces innovations changent radicalement le rapport à l'espace, au territoire, et aux ambiances des lieux de soin. L'hôpital n'est plus compris que comme l'endroit où s'opère le traitement médicamenteux de la maladie psychiatrique. Sur les sites hospitaliers étudiés, bien qu'il n'aient pas été concernés par la construction d'hôpital-bloc, les personnes interrogées racontent que la démocratisation de l'usage des neuroleptiques a eu pour effet de changer le rôle des soignants qui étaient autrefois décrit comme des "rugby-mans". Un ancien employé du CH Charles Perrens raconte aussi que l'ambiance du site hospitalier changeait anciennement en période de pleine lune, entraînant davantage de crise chez les patients, et davantage de cris sur le site. Désormais, les neuroleptiques capables de gérer les comportements jugés dérangeants aident à atténuer les symptômes des personnes souffrantes. Chemin faisant, la réintégration à la société d'une population jusqu'alors exclue s'envisage.

b. L'ouverture progressive de l'hôpital et les prémices d'un vocable paysager

Durant la deuxième guerre mondiale, la psychiatrie conventionnelle s'est retrouvée délaissée par l'État, et laissée sans moyens. En France, ce sont officiellement 45 000 patients morts de faim au cours de ce qui est appelé l'*Hécatombe des fous*, entre 1940 et 1945. Pour trouver des moyens de subsistance en cette période de crise, la psychiatrie demande à se réinventer et à trouver des alternatives au modèle conventionnel. Plusieurs professionnels du soin en santé mentale expérimentent des manières autres de penser le soin, parmi lesquelles nous pouvons souligner l'exemple de l'hôpital de St-Alban dirigé par le psychiatre François Tosquelles. Il met en place plusieurs principes en faveur de l'inclusion de l'hôpital sur le territoire, en favorisant la libre circulation des patients à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, en les impliquant dans l'économie et le fonctionnement de l'institution par l'emploi et l'attribution de responsabilité, ou favorise encore les interactions avec les habitants de St-Alban en les incluant à la logistique et aux ateleirs de l'hôpital. Le modèle fonctionne, et associé à d'autres démarches telles que celles de Fernand Deligny ou Jean Oury, parvient à fonder le nouveau mouvement de la psychothérapie institutionnelle, qui propose de penser le lieu de soin et son fonctionnement comme un outil de soin en soi, intégrant les patients, et intégré au territoire. Cette nouvelle pensée associée à la découverte des neuroleptiques engage les politiques publiques à réorganiser le système de santé pour l'ouvrir sur le territoire.

S'ouvrir sur le territoire par la politique de secteur

Pour rendre le partage de l'espace à nouveau envisageable, les politiques publiques agissent en faveur d'une ouverture de l'hôpital en développant la psychiatrie de secteur à partir de la circulaire du 15 mars 1960. Concrètement, cette politique consiste à penser l'offre de soin par rapport à une zone démo-géographique, et cherche à instituer une continuité de la prise en charge entre le domicile et le lieu de soin par la multiplication des structures extra-hospitalières (hôpitaux de jour, CMP, ateliers…). Visant à rompre avec le schéma hospitalo-centré, cette politique favorise le rapprochement de la ville en tant que bassin de vie des population, et participe au développement des soins ambulatoires. En se disséminant sur le territoire, l'hôpital de psychiatrie tend finalement à réduire son enclavement et à banaliser la psychiatrie, de même qu'à réduire les recours à l'hospi-

talisation complète qui coûte nt cher, tant en termes économiques qu'en termes affectifs pour les patients. Pour compléter ces mesures politiques en faveur d'un décloisonnement du soin psychiatrique, nous pouvons souligner qu'en 1970 l'hôpital de psychiatrie public passe du ministère de l'intérieur au ministère de la santés.

Enfin, à partir de la loi HSPT (Hôpital, Santé, Patients, Territoire) de 2005, l'hôpital de psychiatrie public va instituer une nouvelle direction par des personnes issues de formations administratives, dans l'intention de redresser l'économie de l'hôpital public et de faciliter les coopérations avec l'extérieur. En prenant la suite des médecins désormais relayés dans les CME (Comité Médical d'Établissement) pour diriger l'établissement, ce changement de gouvernance induit un rapport d'économie et de rentabilité du soin. Dans la lignée, le plan hôpital 2007 met en place la T2A : la taxe de tarification à l'activité. Si autrefois le budget national alloué aux hôpitaux publics dépendait de leur effectifs, désormais elle dépend du nombre d'actes médicaux qu'ils effectuent. Des multiples effets produits par cette réforme, un changement de paradigme s'immisce dans le système de soin en cherchant la rentabilité du soin, l'introduction d'une notion de "quotas" et de "concurrence" au sein de l'hôpital, ainsi qu'une multiplication des procédures administratives pour les soignants.

Ce changement de paradigme induit une conséquence directe sur les aménagements paysagers. En réduisant le site hospitalier à un lieu exclusivement dédié à la pratique d'actes médicaux, et en encourageant à écourter les séjours des patients pour rentabiliser l'économie de l'hôpital, l'hôpital ne devient plus qu'un lieu de soin, en opposition au lieu de vie dont il prenait le rôle autrefois, aussi éphémère soit-il. Dans le cas précis des espaces verts, les personnes rencontrées sur le site de Charles Perrens expliquent que les moyens attribués aux espaces verts ont été réduits du fait de ce changement de politque, entraînant moins d'effectifs, et moins de budget. De même, l'hôpital ne finance plus les pratiques occupationnelles : autrefois les patients étaient employés et rémunérés par l'hôpital dans différents services comme les espaces verts afin de les occuper sur leurs journées d'hospitalisation. Un ancien du CH Charles Perrens raconte qu'autrefois, les espaces verts étaient chargés de la culture des plantes annuelles (pensées, paquerettes, bégonias) et potagères sur site, dans des serres, et que chaque année les massifs fleuris étaient renouvelés. Ils plantaient aussi des prairies fleuries, et produisaient des fleurs coupées. Désormais, il explique qu'avec la baisse du budget et la réduction du personnel, ils ne plantent plus que des vivaces et leur mission se réduit surtout à de l'entretien. Ce changement de pensée, appelé cette fois "camisole budgétaire", marque un délaissement du paysage par la psychiatrie.

La psychiatrie en période de crise

Après la crise conséquente à la deuxième guerre mondiale ayant entraîné le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, l'institution psychiatrique connaît aujourd'hui de nouveaux troubles conduisant à devoir repenser le cadre de vie dessiné par l'hôpital. D'une part, en accompagnant l'ouverture de l'institution psychiatrique sur le territoire d'un encadrement administratif et d'une recherche de de rentabilisation des actes médicaux, la pratique des professionnels de santé ainsi que leur conditions de travail s'est transformée en incluant davantage de procédures au soin. Une ancienne soignante du CH Charles Perrens l'explique par son expérience :

> *«j'en suis partie pour ça [...] à cause du fait que tu te retrouves à deux ou à trois pour 28 patients, et on te demande de remplir des fiches au taquet parce que lui il doit sortir, parce que lui il est isolé il faut que t'y ailles limite toutes les 10 minutes. Enfin voilà,*

c'est des choses qui n'existaient pas avant. [...] À l'époque où c'était pas autant légiféré, même des patients en HO [Hospitalisation Ouverte] je les amenais et on allait au stade en fait » (propos issus d'un entretien avec une ancienne soignante du CH Charles Perrens)

Comme l'explique une autre personne interrogée, les conditions données par l'administration médicale amène à une perte de sens pour les soignants et ne leur permet plus d'accueillir les personnes soignées dans des conditions humaines, alors que leur engagement dans la profession repose initialement sur des valeurs humaines. Cette frustration ressentie par le corps médical, accrue durant la période de Covid 19, a entraîné une désertion du secteur de la psychiatrie par les professionnels qui se retrouve aujourd'hui en manque d'effectifs. Le directeur du CHU de Bordeaux l'explicite lors de la conférence tenue à Charles Perrens le 20.1022 à l'occasion de la SISM (Semaine d'Information sur la Santé Mentale) : l'hôpital de psychiatrie a pour enjeu actuel de veiller aux conditions de travail des personnes soignantes et à leur cadre de travail pour les fidéliser. De plus, du côté des personnes soignées, la complexité des démarches administratives, associées au stigmate de la maladie mentale, représente une barrière freinant l'accès au parcours de soin.

D'autre part, nous nous rendons compte actuellement des conséquences écologiques émises par le recours aux soins médicamenteux. L'industrie pharmaceutique fait actuellement l'objet de préoccupations environnementales car elle représente une part d'émission de gaz à effet de serre supérieur au secteur automobile, et est la source de pollution des rivières mondiales dont un quart contiennent un taux de substances médicamenteuses jugé dangereux. Par ailleurs, la démocratisation de la consommation de médicament entraîne le phénomène de "rejet" : en consommant des substances médicamenteuses puis en en évacuant une partie dans nos excréments et nos urines, ceux-ci se retrouvent réinjectés dans l'environnement par le traitement des eaux usées. À nouveau, lorsque nous consommons des denrées alimentaires produites par l'exploitation des ressources en eau (polluées), nous consommons involontairement ces substances médicamenteuses. Ce phénomène qui concerne la population dans son ensemble, favorise l'accoutumance à certaines molécules par l'organisme, et donc la réduction de l'effet des traitements médicamenteux. Cette bio-résistance, nécessite donc de penser notre rapport au soin par-delà le recours aux médicaments et induit un *«changement de construction face au contexte écologique, et aux changements de paradigme»* (SEVERO, 2018, p.50).

Changer le rapport au soin passe donc par un changement de l'environnement de soin. L'hôpital s'attache aujourd'hui à ce que son environnement ne soit plus seulement un lieu de *«soin»*, mais un lieu où *«prendre soin»*, tel que l'a théorisé la sociologue française Françoise Liot (LABARCHEDE, 2018, p.95). Cette nouvelle dimension engage à une attention au vécu des patients durant leur séjour et à veiller à la prise en considération de leurs avis, de leur approbation et leur consentement vis-à-vis du soin, cherchant ainsi à garantir les droits des patients à l'intérieur de l'hôpital. En recherchant à inclure les patients dans la société, la réglementation et la recherche tendent par ailleurs à défendre leurs droits civiques à l'extérieur de l'hôpital, et à accompagner l'ouverture sur la cité d'un droit de cité.

Un droit de cité, un droit de paysage ?

Depuis les années 2000, une série de textes théoriques et réglementaires accompagne l'ouverture de l'hôpital sur le territoire par une lutte pour défendre les droits

civiques des personnes souffrant d'un trouble psychique. Ainsi, via le combat mené par les associations telles que l'UNAFAM (Union NAtionale des amis ou FAMilles des personnes malades et/ou handicapées psychiques) qui défend l'idée que *«Les personnes souffrant de troubles psychiques sont des citoyens à part entière ayant droit de cité»* (BUBIEN, 2017, p.4), une série de lois garantes des droits des patients voient le jour. Parmi elles, nous pouvons citer la loi de 2005 tendant à garantir l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et la loi Kouchner de 2002 visant à assurer les droits des personnes soignées durant leur hospitalisation, qui a eu entre autre pour effet de leur permettre d'être représentés lors des prises de décision au sein des établissements de soin.

L'institution publique s'applique donc à prendre en compte les droits des patients et de leur vécu afin de limiter les sensations de privation de liberté qui se perpétuent dans les ressentis. Dans les textes réglementaires autant que dans les discours politiques, ces nouveaux enjeux de l'hôpital passent par une conscientisation du cadre de vie (VAGUET, LEFEBVRE, PETIT, 2012), lieu dans lequel s'opère le soin et la politique de l'hôpital. En 2009, la loi HPST a permis la mise en place de l'ANAP (Agence nationale d'Appui à la Performance) en 2009, qui a pour but de produire des référentiels aidant à la qualité des structures de soin pour améliorer l'accueil des patients. Parmi les différents thèmes traités, ce rapport intègre la question de la qualité environnementale du lieu de soin et de son impact sur la santé, en soulignant que *« "Dans le cadre des établissements de santé, il est important que les malades hospitalisés puissent ressentir une impression de bien-être et éprouver un certain apaisement dans des chambres offrant une vue sur le monde extérieur et baignées d'une lumière douce, mélange de lumière naturelle et de lumière artificielle» [Certivéa 2008, p.148] »* (VAGUET, LEFEBVRE, PETIT, 2012, p.219). Tantôt qualifiée de «vue sur le monde extérieur» comme ici, ou tantôt "d'espace vert" ou "d'espace de nature" par les professionnels de la santé mentale et les politiques présents lors de la conférence du 20.10.22 au CH Charles Perrens, l'hôpital semble avoir en conscience le potentiel que représentent les espaces extérieurs de la psychiatrie pour favoriser le rétablissment des personnes souffrantes. La notion de paysage semble cependant avoir du mal à être évoquée, témoignant de la méconnaissance de la discipline et du désinvestissement du terrain de la psychiatrie par le paysagisme.

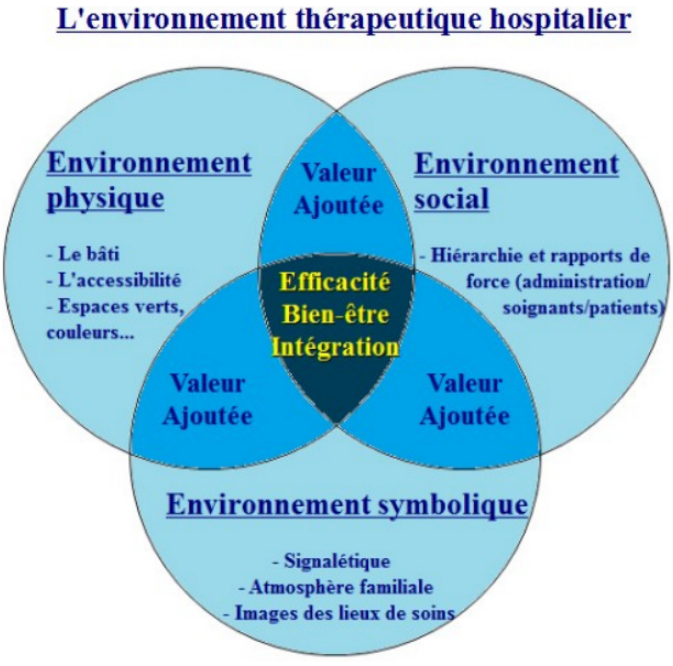


fig.2 / schéma du concept de paysage thérapeutique, extrait du mémoire de M2 de Mélanie Petit *(source : voir bibliographie)*

Cependant, cette conscientisation du cadre de vie et de l'ouverture de l'hôpital fait l'objet d'une appropriation théorique dans des champs connexes au paysage qui tendent à mentionner la discipline. Ainsi, du côté de la géographie de la santé on peut voir la notion de *paysage* s'immiscer dans le champ du soin en santé mentale via le concept de *paysage thérapeuthique* (**fig.2**). Cette approche théorisée par Wilbert M. Gesler, propose de penser les lieux de soin au regard de trois de ses com-

posantes que sont les dimensions physiques, sociales et symboliques de manière à ce que combinées, l'association de ces trois regards tende à *«l'efficacité clinique, la promotion du bien-être et l'intégration dans la société»* (PETIT, 2010, p.9). Dans la première parution du concept en 1992 dans *Social Science and Medecine*, Wilbert M. Gesler définit les paysages thérapeutiques *«comme des lieux englobant des environnements tant physiques que psychologiques et qui sont associés à la guérison et au bien-être. Ils sont sont connus pour avoir "une réputation durable dans la réalisation du processus de guérison physique,mentale, ou spirituelle"»* (PETIT, 2010, p.14). Au regard de cette définition, le paysage thérapeutique intègre les représentations culturelles des lieux, et inclut un regard sur l'espace transcendant les limites géographiques et administratives du lieu de soin. À noter que dans le domaine de la psychologie environnementale paru en même temps que la politique d'ouverture du soin psychiatrique sur le territoire, le lien entre les perceptions individuelles et les espaces était déjà mis en exergue autour de la notion d'*ambiance*. Comme l'explique Mélanie Petit en s'appuyant sur les propos de Wilbert M. Gesler, la psychologie environnementale «considère la relation à l'espace et au vivant qui nous entoure comme un système d'interdépendances complexes dans lequel le rôle et la valeur de celle-ci sont notamment déterminées par la perception et l'évaluation subjective dont un lieu, un animal, une plante, un paysage…sont l'objet" dans ses dimensions spatiales et temporelles» (PETIT, 2010). Enfin, dans le cas de l'architecture dont la littérature autour de l'hôpital de psychiatrie est plus abondante, la place des aménagements paysagers est régulièrement mentionnée et soutenue par les concepteurs qui en parlent en utilisant la terminologie d'*espaces verts*.

Conclusion de partie et formulation des hypothèses

Comme nous avons pu le voir, l'histoire de la psychiatrie est aussi celle de la construction archtiecturale visant à reproduire un lieu de vie en dehors de la société. Si avant la moitié du XXème siècle les hôpitaux de psychiatrie reposent sur des figures d'enfermement et de privation de libertés, elles tentent à partir de l'invention des médicaments (antibiotiques puis neuroleptiques) à réinvestir les villes et à ouvrir le lieu de soin sur le territoire. Via la politique de sectorisation et les textes théoriques, l'ouverture de l'hôpital sur le territoire et sur la ville pose aujourd'hui la question de l'ouverture sur la cité, dans ce qu'elle revêt d'espaces en partage et de droits pour les personnes hospitalisées. En ce sens, l'ouverture de l'hôpital sur la cité implique de repenser l'espace hospitalier de manière à ce qu'il prenne en compte les droits des patients, dont un droit à un cadre de vie de qualité mis en exergue par les textes réglementaires et la littérature scientifique, en faveur du bien-être des patients et de l'ouverture de l'hôpital sur le territoire. Bien que la discipline du paysage n'intègre pas le terrain de la psychiatrie, le vocable utilisé par les disciplines connexes et par les textes réglementaires appelle cependant à son investissement. Ce regard peut s'avérer d'autant plus utile que le contexte socio-politique dans lequel se trouve l'institution psychiatrique publique induit un métissage des représentations et des territoires associés aux sites hospitaliers. Au cœur du lien entre l'hôpital et la cité, les espaces verts des hôpitaux se retrouvent alors en partage entre paysage psychiatrique et paysage ordinaire, et tendent à être transformés par les enjeux actuels de la psychiatrie.

À partir de ce constat, nous nous demandons :

Dans quelle mesure les aménagements paysagers peuvent-ils participer à

l’ouverture de l’hôpital de psychiatrie sur la *cité* ?

Pour répondre à cette problématique, nous supposons d'abord qu'étant donné l'absence du domaine du paysage dans la conception des lieux de soins, les aménagements extérieurs résultent de la tradition médicale et architecturale, et suivent donc soit des modèles de parc et jardin dans la lignée des *espaces verts*, soit des modèles de jardins thérapeutique dont le concept émerge actuellement. Dans les deux cas, nous supposons que le dessin des espaces extérieurs se fait en désarticulation avec le paysage dans lequel ils s'implantent, et que par conséquent leur conception actuelle freine leur partage avec la ville. De même, étant donné la fonction médicale du lieu et la méconnaissance des pratiques paysagiste tenant à croiser les points de vue, nous supposons que la prise en considération des différents acteurs dans les choix d'aménagements est moindre, et que les espaces verts ne sont pas un espace où s'applique le *droit de cité* entendu au sens de prise en compte des choix des patiens sur leur cadre de vie.

Une deuxième hypothèse serait qu'en adoptant une posture paysagiste vis-à-vis de l'enjeu d'ouverture de l'hôpital sur la cité, et en ayant recours à un outil de médiation par le paysage, celui-ci peut-être garant de la qualité du nouveau cadre de vie créé par l'ouverture du site hospitalier. Il permettrait de mêler les espaces, les personnes et les disciplines en prenant en compte leurs représentations propres, favorisant la mise en commun des espaces verts de la psychiatrie avec la *cité*.

Les partie suivantes s'attacheront donc à vérifier ces hypothèses à partir des données récoltées sur le terrain, croisées avec la littérature scientifique traitant de l'ouverture de l'hôpital de psychiatrie sur la cité.

II/ Les espaces *«verts»* : une interface entre l'hôpital et la ville

Comme le souligne l'architecte et historien Donato Severo, en interrogeant la notion de "*parcours de santé"* la loi de 2015 relative à la modernisation de notre système de santé induit la notion de *continuum* telle que développée par le géographe urbain Jean Gottmann. Il apparaît alors que *«l'hôpital ne peut plus être considéré comme une simple construction fermée en elle-même ni comme une succession de bâtiments ou de plateaux techniques, mais bien comme un continuum du domicile à l'hôpital (et vice-versa), lui-même ouvert sur la vie et la ville»* (SEVERO, 2018, p.51-52). Les espaces verts, premiers concernés sur le transect hôpital-ville, font alors figure d'interface entre le lieu de soin et le lieu de vie. Par leur capacité propre à être vecteur de bien-être, et par leur relation avec les bâtiments où s'opèrent les actes médicaux, ils sont alors un moyen mobilisé par l'institution psychiatrique pour déplacer le soin de la santé mentale en dehors de ses bâtiments, de même qu'ils marquent une transition vers la ville en en reproduisant le paysage.

a. Le *vert*, une vertu de soin en soi

Définis seulement au regard de leur couleur, les "espaces verts" se comprennent communément comme des espaces marqués par la présence du végétal, en opposition aux espaces bâtis où domine le minéral. Le "vert" résume donc à lui seul la variété infinie des formes et ambiances possibles. Pour autant, il désigne dans le langage courant des endroits particuliers, et véhicule des valeurs qui participent à qualifier un lieu réel, matériel. C'est notamment par la perception symbolique du *vert* et de la notion d'espace de *nature* que les aménagements paysagers sont perçus, et profitent de leur réputation d'être des espaces qui "font du bien", participant en ce sens au bien-être psychique.

Le vert ancestral

En tant qu'élément de "nature", les espaces verts sont souvent qualifiés comme étant des espaces bénéfiques pour la santé physique et morale, tant dans la littérature que dans les paroles récoltées sur le terrain. Dans *Du bon usage des arbres, un plaidoyer à l'attention des élus et des énarques*, le botaniste Francis Hallé explique la capacité des arbres à influer notre bien-être en relatant les études du paléoanthropologue Yves Coppens au sujet de nos origines primitives. Les travaux du chercheur ont permis de situer l'apparition du genre zoologique *Homo* dans les canopées dans les forêts équatoriales d'Afrique de l'Est. De fait, selon Francis Hallé, notre être, notre pensée et notre relation aux environnements résultent du *«souvenir de nos origines arboricoles»* (HALLÉ, 2011, p.73). Cette idée entre en résonance avec la notion d'*archétype* telle que théorisée par le psychologue Carl Gustave Jung dans la première moitié du XXème siècle, et réinvestie par Gaston Bachelard dans *La poétique de l'espace*. Le concept désigne une *«structure psycho-physique fondamentale, primitive et universelle, relevant de l'inconscient le plus archaïque»* (BACHELARD, 1957, p.355), et conditionne selon l'auteur nos perceptions des espaces et des environnements. À en suivre ces hypothèses, no-

tre rapport aux lieux est façonné par des images archétypales latentes sur lequel se fonde notre inconscient : *«Par l'éclat d'une image, le passé lointain résonne d'échos»* (BACHELARD, 1957, p.28). Par ailleurs, lors de sa conférence portant sur la relation entre la "nature" et la santé mentale tenue à Saint-Vincent de Tyrosse en octobre 2022 à l'occasion de la SISM (Semains d'Information sur la Santé Mentale), Estelle Alquier, co-fondatrice de la Fédération Française des Jardins de Nature et de Santé explique à son tour les bienfaits des espaces végétalisés par leur faculté à stimuler nos sens, notamment l'odorat, et à réveiller ainsi des *«sentiments archaïques»*. Le *vert* serait alors un vecteur de bien-être dans lequel nous trouvons une sensation de réconfort parce qu'il évoque - d'aussi loin que ce soit - notre premier espace domestique.

Le vert culturel

La création de notre perception symbolique du *vert végétal* se poursuit plus récemment dans la construction de notre histoire et de notre culture occidentale. Inscrite dans une longue tradition dichotomique de la pensée, notre rapport à la nature s'est créé en opposition à celui du monde humain, en témoigne l'histoire du paysage. Perçu dès l'antiquité comme le territoire des divinités, l'environnement naturel se conçoit en opposition avec celui des Humains dans ce qu'il a d'imprévisible et d'inhospitalier, de sauvage. Le jardin constitue alors un espace intermédiaire entre l'espace domestique et le paysage "de nature", dont il présente une version docilisée. C'est un espace autre, réellement investi à la Renaissance comme une interface entre l'architecture et le paysage, qui se montre et se parcourt, et dans lesquels les érudits se réfugient pour trouver le repos loin des villes et profiter d'un environnement favorable à la réflexion. Pour autant, au-delà du jardin, la *nature* reste un lieu dont les forces dépassent celles humaines, et l'on peut voir jusqu'à la période romantique dans la notion de *sublime* une distinction fondamentale entre le domestique et le sauvage - inconciliable avec l'*habiter* humain. C'est au détour des avancées scientifiques du XIXème siècle, entre épidémies de choléra, de tuberculose, de peste et d'alcoolisme, et des suites des découvertes de Louis Pasteur sur les contaminations microbiennes, que la nature se fait peu à peu l'alliée du monde humain. En France notamment, les villes se chargent d'une représentation délétère, malpropre et incompatible à la bonne santé, puisque c'est le lieu où se concentrent les personnes, les flux, et qui favorise la circulation des maladies. En réaction à ces événements sanitaires du XIXème siècle, le courant de l'hygiénisme s'applique à initier la transformation de notre environnement pour qu'il soit salutaire. De nouvelles conceptions de l'habitat émergent et amènent à modifier la ville selon les principes émis par Haussmann. Les tissus urbains s'aèrent par la création de grandes percées, et se ponctuent de parcs, bois, promenades et jardins. Les prémices des "espaces verts" sont posées. Par ailleurs, c'est dans la lignée de ces transformations de notre rapport aux environnements que se développent des formes de tourisme liés aux paysages de nature, autrefois lieux du sauvage et de l'inaccessible, comme le tourisme thermal, balnéaire et les sanatoriums. Notre culture, empreinte de l'histoire et aidée de la science, intègre alors l'idée que le grand air et les espaces de nature sont favorables à notre bonne santé, et encore actuellement, cette connotation perdure et s'entretient par un tourisme orienté vers la notion de bien-être et de quiétude promise par les environnements naturels.

De cette acception culturelle des vertus du vert, nous pouvons ajouter que l'expérience récente du confinement décrété sous l'état d'urgence sanitaire liée à l'épidémie du Covid-19 a largement contribué à nourrir le consensus selon lequel les espaces

fig.3 / photographie personnelle de l'aménagement récent de tables de pique-nique en face de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers sur le site du CH Charles Perrens

verts "font du bien". Cet événement a marqué les consciences, si bien que des mesures particulières avaient été progressivement prises pour faciliter l'accès à des milieux végétalisés et garantir ainsi la bonne santé mentale des populations. Dans le cadre de nos terrains d'études, il est à noter que des aménagements matériels ont résulté de cette expérience du confinement, comme par exemple l'installation de tables de pique-nique dans une partie du parc du CH Charles Perrens (**fig.3**), la direction désormais consciente de la plus-value que jouent les espaces verts dans la qualité du cadre de vie. Les espaces verts se perçoivent alors comme un vecteur de bien-être et de qualité de l'environnement de vie et de travail des personnes fréquentant les centres hospitaliers. De même, à l'échelle de la France les initiatives visant à aménager les espaces extérieurs des hôpitaux en réaction aux conditions imposées par le confinement existent en nombre, et démontrent le potentiel de soin des espaces verts non négligeable tant pour les personnes accueillies que pour les personnes accueillantes.

Le vert médical

Au-delà d'un regard empirique et culturel, la science a permis de prouver le rôle bénéfique que pouvait jouer la présence de l'élément végétal dans le cadre du soin, et dont l'étude d'Ulrich publiée en 1984 dans le magazine *Science* reste une référence. L'étude consistait à comparer deux groupes de 23 personnes ayant subi une même opération de la vésicule biliaire entre 1972 et 1981, en convalescence dans des chambres similaires, à la différence que celles d'un groupe offraient une vue sur un mur de brique, et celles de l'autre sur une cour arborée. Il s'est avéré qu'à l'étude des dossiers médicaux de chaque patient, les personnes ayant eu une vue sur des arbres le temps de leur recouvrement ont eu recours à moins d'analgésique, ont eu un meilleur rapport avec les soignants, et sont sortis en moyenne un jour

plutôt que les personnes de l'autre groupe. On sait aujourd'hui que les vues sur des espaces végétalisés favorisent l'apaisement, réduisent l'anxiété et les sentiments dépressifs, et participent par conséquent de la stabilisation de l'activité cardiaque et cérébrale, et à la réduction des tensions musculaires (PETIT, 2010, p.44).

Par ailleurs, les espaces de nature sont le milieu d'une vie microbienne impliquée dans nos émotions, nos affects, et plus largement dans notre bien-être psychique. Les recherches récentes dans le cadre du soin psychiatrique attestent de «l'implication du microbiome» et de «l'ensemble de la flore intestinale, dans les troubles psychiatriques» (GAILLARD, MARICOURT, 2017, p.27). Ainsi, comme l'explique Estelle Alquier, nous pouvons trouver dans les environnements naturels certains de ces micro-organisme tels que la géosmine (reconnaissable à l'odeur de la terre après la pluie) ou les phytoncides (reconnaissables à l'odeur présente dans les forêt de pins), qui sont impliqués dans la réduction de l'anxiété et dans la production de cellules cancéreuses.

L'importance que joue la présence du végétal dans le cadre du soin psychique est alors probante, d'autant qu'elle réduit les risques de déclenchement de la schizophrénie selon ce que s'accordent à dire des psychiatres lors de la conférence de la SISM tenue au CH Charles Perrens. Selon Estelle Alquier, l'implication des éléments de nature dans le cadre du soin en santé mentale peut s'éprouver de différentes manières, et liste une gradation des différents accès à la nature dans l'ordre suivant : 1- voir des images de nature ; 2- voir la nature directement ; 3- avoir accès à des espaces verts ; 4- pratiquer des bains de forêts ; 5- faire du jardinage ; 6- être inclus dans la pratique d'un jardin thérapeutique. Bien que cette liste soit à relativiser, elle propose une manière d'évaluer les façons de mobiliser l'élément végétal dans le cadre de la santé mentale. Sur les terrains d'études, nous avons pu nous rendre compte de la variété d'utilisation et de la récurrence du motif végétal dans les différents espaces de soin qui composent le milieu hospitalier. Dans le cas du CHS Charles Perrens, les images de nature sont omniprésentes sur le site (**fig.4, fig.4 bis**) et participent à dissimuler les façades des unités de soins et des bâtiments. Dans le cas du CH Ainay-le-Château, une partie des tâches confiées aux employés espaces verts est dédiée à cultiver des plantes d'intérieur et d'extérieur afin de les distribuer dans les unités de soins et dans les parties administratives (**fig.5**). De plus, une partie des soins prodigués aux patients prend le jardin de l'hôpital comme support, via les ateliers jardin menés par le service d'ergothérapie, ou via les ateliers occupationnels réalisés avec le service espaces verts. Comme le souligne une infirmière interrogée sur site, la pratique du jardinage occupent une place importante dans le processus de soin :

> *«ça les place autrement en fait. Rien que l'atelier jardin, ça renverse un peu les choses, c'est eux qui prennent soin de quelque chose, c'est pas quelqu'un qui prend soin d'eux. [...] ça rend les choses concrètes : quand ils sèment, qu'il faut faire les caisses de semis, ils sont là "olala que c'est long", faut semer graine à graine [...], et puis après quand on commence à mettre les plants en pot ça commence à être concret. Puis quand ils voient que le tunnel est plein du début à la fin, tous, même semaine, ils ont dit "beh on a fait tout ça ?"»* (propos issus de l'entretien avec une soignante du CH Ainay-le-Château)

Pour les patients accueillis, le lien au vivant est finalement une aide au rétablissement, dans le sens où les actions successives qu'il induit permet de se rendre compte du travail effectué, de prendre confiance en soi et en ses capacités, et aide ainsi à se projeter vers la guérison en renversant son rôle de personne "aidée".

Cela nourrit *«la pulsion de vie»* pour reprendre les termes d'Estelle Alquier ; *«La conservation des graines nourrit l'espoir d'une renaissance»* (GOZÉ, VERGNES, MASSAT, 2018, p.176). Finalement, les espaces verts deviennent un lieu de soin au même titre que l'hôpital, où prennent place des pratiques non médicamenteuses utiles au soin de la santé mentale, et inscrites au traitement médical des patients. D'une même façon, sur le site du CH Charles Perrens des "sorties parc" sont prescrites par les médecins pour participer à leur réhabilitation psychosociale progressive.

Le vert paysager ?

Qu'il soit culturel ou médical, le *vert* ne permet cependant pas de qualifier l'espace ni d'impliquer des aménagements spécifiques en termes de paysage. Parmis les tendances d'aménagement dans le milieu médical, les jardins thérapeuthiques se développent mais restent un dispositif médical - et non paysager - dans le sens ces jardins répondent à une logique isolée et *«fonctionnaliste»* de l'espace comme le souligne l'artiste Denis Cointe lors de la conférence tenue à Charles Perrens lors de la SISM, missionné pour la réalisation d'un jardin à la MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) du Barail. Selon lui, il semble plus sensé de prendre d'autres références plus adaptées aux milieux dédiés au soin psychique. En s'appuyant sur les concepts théorisés par Gilles Clément, il explique que jouer sur un jardin en *«désordre»* permettrait une allégorie possible avec le *«désordre mental»* des personnes ayant recours au soin psychiatrique. Ce parallélisme entre l'espace et le public auquel il se destine permettrait une assimilation, une identification et une projection salvatrice du patient dans son lieu de vie.

D'une autre manière, cette anecdote nous offre un indice intéressant quant

fig.4 / photographie personnelle de la chaufferie biomasse sur le site du CH Charles Perrens, représentant une image de sous-bois

fig.4 bis / photographie personnelle de la façade d'un bâtiment sur le site du CH Charles Perrens, inspiré d'un motif végétal

fig.5 / photographie personnelle de l'intérieur de la serre chaude sur le site du CH Ainay-le-Château où sont cultivées des plantes d'intérieur, ensuite redistribuées dans les différentes unités et services

à la capacité du végétal à être vecteur de soin : en tant qu'humains, il semble plus évident de percevoir des similitudes avec le vivant qu'avec le minéral, et en ce sens le végétal offre un autre soutien que ne permet pas l'architecture. Nietzsche disait : *«Des sentiments hérités, des état d'âme personnels s'éveillent en présence des objets de la nature. Nous voyons quelque chose de nous-même - dans ce sens, ce monde est aussi notre représentation. Forêts, montagnes, ne sont pas seulement des concepts, sont notre expérience et notre histoire, une part de nous-même»* (LE BRETON, 2010, p.89) Cet anthropomorphisme nécessaire à la rêverie humaine apparaît alors comme étant constitutive de sa propre individualité, comme un moyen se (re)trouver dans le paysage. C'est ce que révèlent les commentaires de soignants présents lors de la conférence tenue au CH Charles Perrens qui s'accordent à dire que l'absence de nature participe au phénomène de déréalisation et de dépersonnalisation. Les lieux de soins sans espaces végétalisés, en plus d'être décrits comme *«tristes»* ou *«moches»* par les personnes rencontrées, seraient des espaces de soin dont la fonction n'est pas entièrement remplie, puisque il manquerait le soin apporté par cet espace *autre* qu'est l'espace *vert*. Ainsi, les extérieurs de l'hôpital psychiatrique participent de fait au report de l'offre de soin en dehors de l'hôpital, en complément à celle dispensée à l'intérieur des bâtiments.

b. Compenser l'hospitalisation par des vues sur l'extérieur

Comme nous l'avons vu en première partie, la notion d'hospitalité repose sur une ambiguïté fondamentale contenue dans son étymologie. En ce sens, *«elle implique deux parties [...] réunies dans une relation asymétrique entre celui qui reçoit dans un monde familier, et celui qui est reçu dans un monde étranger»* (BORNAND, HAPPI, 2018, p.81). Ce rapport spatialisé entre soignants et soignés implique des aménagements qui permettent d'exercer la fonction médicale de l'hôpital et la gouvernance du corps médical sur les espaces et les personnes.

S'évader des murs-médicaux

Le rapport de soin, ambigu dans le sens où il repose sur un don d'espace en même temps que sur son contrôle, induit une autorité du corps médical qui *«limite tacitement»* les patients dans l'exercice de leur propres libertés (CHARTRÉ-LEFEBVRE, TESSIER, 2018, p.121). Pour illustrer ce droit du corps médical sur les libertés des patients à pratiquer l'espace et les paysages, nous pouvons prendre l'exemple particulier de la chambre d'isolement. Isolé des vues sur l'extérieur par *«un film opaque sur la fenêtre pour pas être vu»*, le patient peut être contenu *«avec contention physique et chimique lors d'épisodes d'hétéroaggréssivité»* (propos issu d'un entretien sur le site du CH Charles Perrens). Bien que non souhaité par aucune des parties, le recours à l'isolement marque lourdement les représentations de l'hôpital psychiatrique et participe au coût moral qui peut être vécu lors d'une hospitalisation.

Sans en arriver à cet extrême, le reste de l'espace hospitalier n'en reste pas moins représentatif de sa fonction médicale et de la maîtrise des comportements des patients sur laquelle elle repose. Les chambres, situées aux étages, ont des fenêtres dont l'ouverture est limitée à une dizaine de centimètres pour éviter les défenestration, tandis qu'aux rez-de-chaussée des unités se concentrent tous les services (bureaux des infirmiers ; espace repas ; espaces collectifs ; lieu de prise des médicaments…) pour faciliter le travail et la gestion des soignants (**fig.6**). Chaque

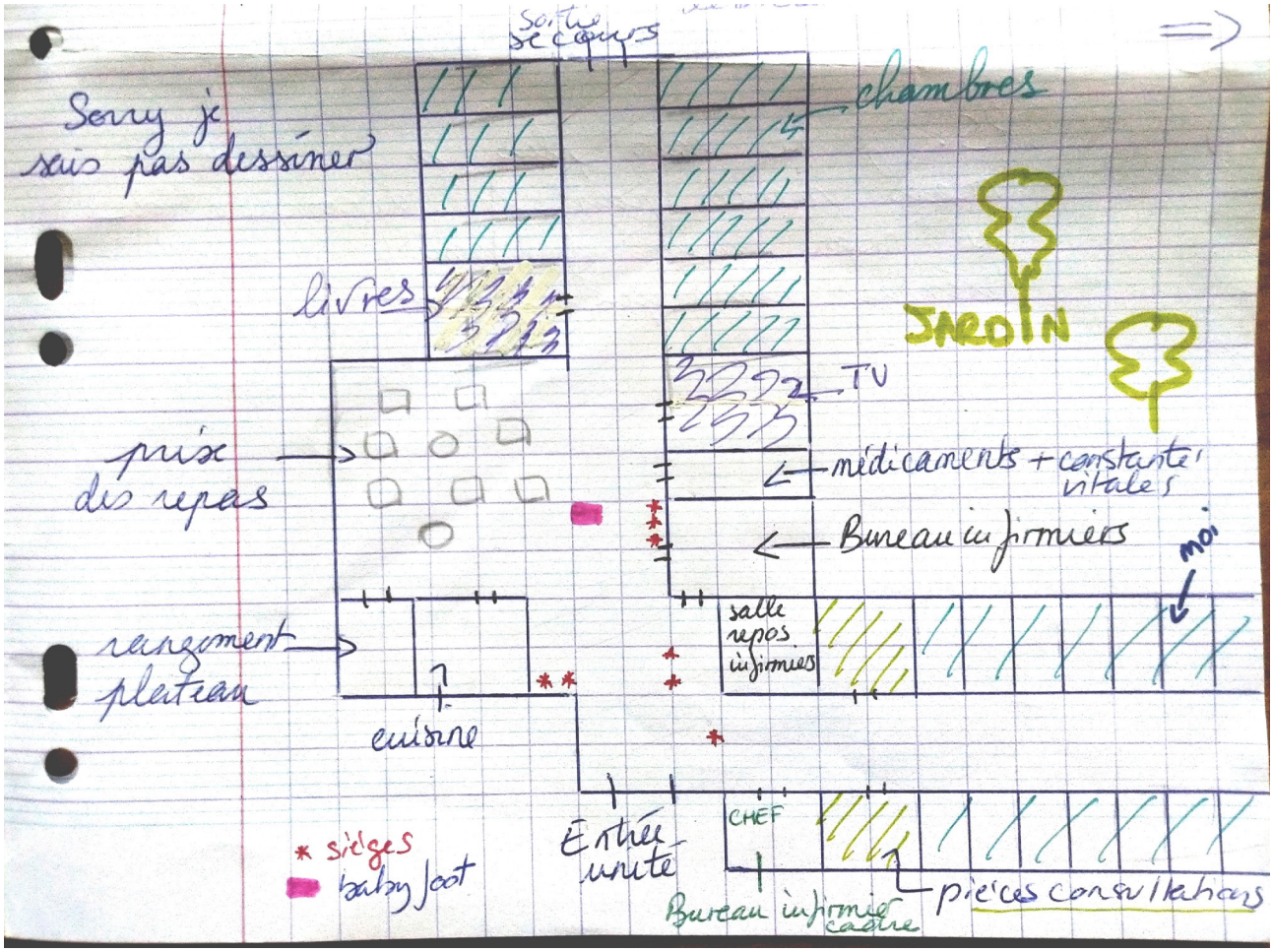


fig.6 / reconstitution du plan du RDC d'une unité de soin de l'hôpital de Nantes par une patiente interrogée après son hospitalisation (issu de notre correspondance écrite)

part de l'espace hospitalier se dessine alors selon sa fonction médicale, dont les murs se font les représentants, si bien que de nombreux témoignages définissent l'espace de soin psychiatrique comme un espace où *«les murs t'as envie de les gerber»*, selon les propos d'une personne interrogée sur le terrain, et *«où le mobilier même est hostile»* (GUILLER, 2018, p.210). Par ailleurs, dans les deux terrains effectués pour la réalisation de ce mémoire, les personnes interrogées ont toutes indiqué se trouver davantage en inconfort à proximité des espaces bâtis, qualifiés d'*«austères»*, de *«dépersonnalisant», «froids»* ou *«sinistres»* (propos issus des réponses aux questionnaires envoyés à des personnes variables ayant fréquentés le site du CH Aiany-le-Château ou du CH Charles Perrens). À contrario, les espaces où ils se sentaient le mieux était souvent des espaces végétalisés extérieurs : *«dans le petit parc accolé au centre»*, là où il y a *«le bruit du vent dans les feuilles»* en opposition au *«bruit des personnes à l'intérieur»* (Idem).

Pour offrir des respirations spatiales tant aux soignants qu'aux soignés, les théoriciens de l'architecture psychiatrique rappellent *«l'importance d'avoir un espace perdu, au sens où l'ensemble de l'espace ne leur paraît pas attribué aux fonctions hospitalières»* (BORNAND, HAPPI, 2018, p.86) et de maintenir l'ouverture sur les jardins *«pour atténuer la sensation d'enfermement»* (SEVERO, 2018, p.58). Les aménagements extérieurs portent alors ce rôle de secours en ce qu'ils permettent de s'échapper à l'espace médical, et au sentiment de privation de liberté représenté par l'architecture psychiatrique.

Ajouté à cela, il faut souligner que les soins en santé mentale induisent un rapport particulier et sensible à l'espace et au temps, et qu'au-delà de son rôle d'apaisement, l'espace extérieur porte le rôle de repère pour certaines personnes accueillies. La maladie mentale, sous ses divers aspects, *«est une crise spatiale»* (PIERRON, 2018, p.142). Parmi les symptômes variables qu'elle provoque, *«le déficit des fonctions cognitives [...] entraîne une désorientation dans le temps et dans l'espace, accentuée par une sensibilité accrue aux stimulations de l'environnement»* (LABARCHEDE, 2018, p.89). Les espaces végétalisés endossent alors une place notable dans le cadre du soin en santé mentale : celle d'être un repère dans le temps et dans l'espace, aidant les personnes à s'échapper à l'injonction de la fonction médicale, autant qu'à trouver des ancrages au réel.

Retrouver des repères invisibilisés par l'architecture

> *«Le faux plafond de couleur blanche limite mon champs visuel, je l'examine attentivement dans l'espoir d'apercevoir une lumière, un ciel, un horizon, une échappatoire à ce moment, à cet imprévu [...] les architectes de ces lieux auraient pu m'offrir une ouverture, une lumière naturelle pour m'aider à m'orienter dans le temps, à me situer dans cet espace dont je ne perçois que la blancheur du plafond et les murs jaunâtres. Ils auraient pu m'aider à m'échapper visuellement. Ils auraient pu m'offrir la possibilité d'un ailleurs moins hostile, d'un refuge à cette situation angoissante où je suis seule et vulnérable. [...] Je m'interroge sur l'heure qu'il est et le jour que nous sommes. Depuis combien de temps suis-je enfermée dans cette cave sans ouverture ? Et je cherche sans succès une lumière naturelle, une fenêtre, une vue sur un patio, une terrasse ou une rue»* (BENDAHMANE, 2018, p.217)

Les témoignages de personnes ayant séjourné en hôpital psychiatrique explicitent l'importance d'avoir des vues sur l'extérieur depuis l'hôpital, pour se repérer dans le temps, dans l'espace, et au sein même des bâtiments. Car l'aménagement impersonnel de institution et leur construction parfois systématique empêche de reconnaître facilement les lieux. Dans certains hôpitaux, les unités se différencient par leur couleur, mais les vues sur l'extérieur aident elles aussi à l'orientation, et il est conseillé par les concepteurs de différencier leur traitement afin d'aider à l'orientation dans l'établissement hospitalier : *«La nature est intégrée aux différents patios qui se distinguent par leur géométrie, leur traitement différencié permettant de s'orienter à l'intérieur du bâtiment»* (SEVERO, 2018, p.57)

Par delà un repère dans l'espace, c'est aussi un repère dans le temps que permettent les aménagements paysagers attenants aux lieux de soin en santé mentale. Le rythme du vivant est donné à celles et ceux qui pratiquent les espaces végétalisés, aidant à situer reconnaître un moment de l'année : *«l'absence de feuilles sur les arbres les aide à se situer en hiver»*(PETIT, 2010, p.44). Ainsi, laisser voir les repères donnés par le paysages est important pour les patients, afin qu'ils vivent au mieux leur séjour : *«C'est essentiel pour le moral-horizon du malade. De son lit, voir le temps qu'il fait, estimer l'heure de la journée, la faune, la flore, l'activité humaine, rêver de voler…»* (DUQUESNOY, 2018, p.228). Les périodes de l'année sont autant de temps qui marquent des renouveaux dans le paysage hospitalier. Au CH Ainay-le-Château, où les services espaces verts ont une activité encore fortement présente, chaque année les personnels des espaces verts fleurissent les massifs répartis sur le site avec des plantes annuelles, et les changent à l'automne, après la floraison, inculquant de fait une temporalité au paysage hospitalier (**fig.7**).

La pratique du jardinage accroît la fonction repère des espaces extérieurs de l'hôpital, en permettant de se resituer dans une saison en ayant une activité en adéquation.

fig.7 / photographie personnelle de l'intervention d'un employé espace vert en train de changer les massifs fleuris proches des bâtiments administratifs sur le site du CH Ainay-le-Château

Comme l'indique une soignante du CHSI Ainay-le-Château : *«c'est un rythme aussi, on suit le rythme de la nature. Et ça leur donne des repères. Parce que quand je suis arrivée je suis pas sûre qu'il y en avait beaucoup qui savaient les saisons»*, ce à quoi un patient lui répond *«ah si, moi si, mais dans le mauvais sens»*. La temporalité du paysage, aussi révélée par la plantation de plants potagers, amène à créer périodiquement des micro-événements que sont la dégustation des fruits, légumes, ou encore la mise en place de *«rituels»* tel que la fête de la Courge à Ainay-le-Château, et qui *«constituent un autre composant du paysage symbolique»* (PETIT, 2010, p.49). De même qu'à Ainay-le-Château, lors de la période creuse hivernale en termes de jardinage, les patients sont invités à participer à la restauration du mobilier dans un atelier couvert, alliant ainsi le changement d'activité au changement de saison et au changement d'espaces de travail (ici l'atelier au lieu du jardin habituellement).

Se réapproprier sa condition par le comportement

Le soin psychiatrique repose sur un règlement tacite donné par le corps médical, autorisant l'accès à certains espaces et à des comportements associés. En compensation à cette contrainte ressentie à l'intérieur des établissements, les espaces verts sont le théâtre des comportements malvenus à l'intérieur et qui permettent pour patients et soignants de retrouver une condition et des rapports non-médicaux.

Dans son article parut dans le volume 18 des cahiers thématiques de l'École d'Architecture et de Paysage de Lille, le philosophe Jean-Philippe Pierron relève une citation du témoignage publié d'Ariane K :

> *«Chaque patient adopte un comportement pour tenir le coup. Il y en a qui marchent*

fig.8 / photographies personnelles de la promenade aménagée sur le site du CH Ainay-le-Château, plantée d'une roseraie et couverte d'une pergola

> *tout le temps. Arpenter un couloir toute la journée, à priori ça ne parait pas normal, mais je peux comprendre, c'est une façon de garder un rythme de vie. Un jour, je suis sortie dans le jardin. J'ai pensé à l'Enfant sauvage de François Truffaut. Je me suis creusé une tanière dans le sol et je m'y suis blottie, recouverte de branches que j'avais coupées. C'était comme un instinct animal»* (PIERRON, 2018, p.137).

De ces propos, il déduit que *«la maladie altère notre présence à soi, aux autres et au monde, et que l'invention de conduites spatiales originales (marcher, se blottir) permet d'y remédier.»* (PIERRON, 2018, p.137). Le jardin d'un établissement hospitalier se fait alors le terrain parfait pour pratiquer ces comportements qui facilitent le vécu de la crise et de son séjour en hôpital, parce que les espaces extérieurs *«suivent moins de normes»* selon les propos de Denis Cointe et du sociologue Thierry Oblet.

Parmi les comportements aidant au rétablissement des personnes, la marche y est une figure récurrente. Plus bénéfique à l'extérieur qu'à l'intérieur, l'anthropologue David Le Breton explique les multiples bienfaits de la marche. C'est déjà un comportement qui *«remet en contact avec soi et avec la sensation d'exister [...] exister au sens fort comme l'étymologie le rappelle, ex-sistere : s'éloigner d'un lieu fixe, sortir hors de soi»* (LE BRETON, 2020, p.16-17). Par la mise en mouvement du corps dans l'espace, le marcheur se retrouve *«en congé de soi, il change son existence et son rapport aux autres et au monde, il n'est plus enfoncé dans son état civil, sa condition sociale, le poids de son histoire, il est disponible aux découvertes au fil de son itinérance»* (LE BRETON, 2020, p.143-144). En ce sens, la marche est un comportement qui permet de sortir de son statut médical, et de s'approprier sa condition sociale et spatiale en participant à trouver dans l'espace hospitalier un *«chez soi identificatoire»* (MARGIER, 2013), de même qu'elle revêt un caractère thérapeuthique dans le cadre de la santé mentale : *«elle donne enfin sa pleine mesure à l'intériorité. Détour nécessaire pour rassembler les fragments épars de soi, elle élague les pensées trop lourdes qui empêchent de vivre par leur poids d'inquiétude»* (LE BRETON, 2020 p.142). Finalement, la marche peut être comprise comme un moyen de se projeter vers le monde extérieur : *«L'horizon est toujours un lointain qui ne cesse de se déplacer, il vient briser l'enfermement dans les soucis en restituant l'individu au plein vent du monde»* (LE BRETON, 2020, p.148).

Sur le CH d'Ainay-le-Château, la pratique de la marche est aidée par l'aménage-

fig.9 / photographie personnelle d'un module du parcours sportif aménagé sur le site du CH Charles Perrens

ment d'une promenade végétalisée (**fig.8**) tandis que dans le CH Charles Perrens, les personnes rencontrées expliquent que les nouvelles constructions sur le site ont pris place sur les projets d'une nouvelle promenade. L'aménagement d'un cheminement reste un sujet flottant ayant été évoqué mais non résolu, seuls restent les traces d'un ancien parcours sportif aujourd'hui désuet (**fig.9**). Les théoriciens de l'espace hospitalier précisent pourtant la nécessité d'encourager la marche dans le cadre du soin : *«travailler les espaces de déambulation, de promenade ou de circulation n'est pas neutre en terme de maintien de soi par le rythme»* (PIERRON, 2018, p.145). Selon Pierron, la marche permet de rentrer en rythme avec l'espace, pour s'ouvrir à lui et s'ouvrir à l'extérieur, de même qu'en se déplaçant les personnes créent des opportunités de rencontre avec le paysage hospitalier mais aussi avec les individus qui le composent.

Un espace de rencontre avec l'extérieur

Les extérieurs de l'hôpital sont le cadre où soignants et soignés réalisent des activités qui les détournent momentanément de leurs rapports médicaux et de la hiérarchie sur laquelle ils reposent. Parmi ces activités, les "pauses clopes" prises à l'extérieur de l'établissement permettent de sortir d'un rapport asymétrique entre soignants et soignés, du fait d'avoir un comportement et un espace communs, comme le souligne une ancienne infirmière du CHS Charles Perrens : *«les pauses clopes c'est là où il se passe le plus de trucs souvent par rapport à l'accompagnement des personnes en fait, c'est là où elles se livrent le plus presque, enfin voilà t'as une autre relation avec les personnes quoi.»,* ce à quoi un de ses collègues ajoute que c'est à ces moments là que se joue *«une autre relation, que juste la blouse et les entretiens médicaux, là tu peux aussi montrer que derrière la blouse t'es un citoyen lambda. [...] que eux*

aussi, ce n'est pas que des patients, ils ont leur conditions de patients parce qu'on est à l'hôpital certes, mais c'est aussi des gens remplis de culture, d'amour, de tout ce qu'on veut». L'exercice d'activités communes en dehors des bâtiments permet alors de transformer les rapports sociaux, ce qui paraît davantage encore lors d'activité de jardinage *: «ce moment étrange et déroutant où l'on se retrouve comme nu sans le cadre rassurant de la relation médecin-malade, les mains dans la même terre humide*» (GOZÉ, VERGNES, MASSAT, 2018, p.176). De même, Denis Cointre raconte qu'après la réalisation du jardin à la MAS du Barail, la directrice de l'établissement lui a confié *«avoir découvert les patients»* car ils pouvaient s'exprimer dehors en tant que personnes à part entière, et non plus en tant que personne malade.

En tant qu'espaces *autres*, les espaces verts sont aussi le terrain de rencontres indépendantes au soin avec des *«autruis significatifs»* (FRAUENFELDER , BIGNON , NADA, 2015) pour les personnes devant rester sur site. Dans les deux cas d'étude, les employés des services espaces verts par exemple expriment leur bons rapports avec les personnes hospitalisées, car l'absence de *«blouse blanche»* permet aux patients de *«se confier plus facilement»*. Ils expliquent passer des moments avec eux, demandeurs de ces relations informelles, *«jouer au golf avec eux quand y a le temps»*, et devenir repères sociaux avec les années : *«il a plus de famille, sa famille c'est l'institution et puis nous»* (propos issus des entretiens réalisés avec les employés des services espaces verts des deux terrains d'étude). De même, les parcs des sites hospitaliers sont le lieu où les patients reçoivent des visites, et nécessitent donc des espaces intimes où pouvoir passer un moment. Cependant, les espaces extérieurs prennent peu en compte ce besoin d'aménager des lieux de rencontre comme le suggère l'ANESM (Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) : *«il est conseillé d'accompagner, faciliter et rendre agréable la visite de l'entourage tout en garantissant une certaine intimité»* (ANESM, 2012, p.4). Sur les deux sites, les parcs proposent des vues dégagées avec un traitement homogène dans la plupart des espaces. Sur le site d'Ainay-le-Château, une personne interrogée explique que le CH a *«aménagé quelques coins tranquilles, mais pas plus que ça»*. Finalement, à en voir les différents aménagements extérieurs, on se rend compte que ceux-ci peinent à s'éloigner d'une conception de l'espace basé sur la maîtrise et le contrôle (du végétal et des personnes), dans la tradition de la pensée architecturale et médicale.

Report de la surveillance et de l'administration médicale dans le dessin des aménagements

Par sa relation aux établissements hospitalier, les espaces verts de la psychiatrie n'échappent pas à l'enjeu de sécurité propre à l'hôpital. Sur le terrain, les équipes des espaces verts expliquent être en contact avec les services techniques pour *«dégager les angles de vue des caméras»*, de la même manière qu'un ancien raconte qu'autrefois il était arrivé de devoir arracher des massifs arbustifs parce que des patients s'y cachaient pour consommer des stupéfiants. Pareillement, le dessin des cours des unités suit cette logique de sécurité, et se composent de *«un ou deux grands arbres max»* selon les propos d'une soignante ancienne soignante du CH Charles Perrens, *«pour éviter que les patients ne grimpent aux arbres»*, et pour maintenir les vues depuis l'intérieur des bâtiments, ce qui participe à avoir des espaces ouverts et sans recoins (**fig.10**). De plus, dans les unités fermées, plus sensibles, le mobilier-même suit cette injonction à la sécurité du patient : les table de pique nique sont *«scellées pour éviter de s'échapper, poubelle sans déco,*

moulée d'un pet, pour éviter de pouvoir arracher des parties de la poubelle» (selon les propos d'une personne du CH Charles Perrens). Au CH Charles Perrens, cet appauvrissement des cours des unités est dénoncé par certaines personnes aidantes, bien que le parc reste méliorativement perçu :

> *«Et là tu vois les cours, et pouah, mais comment les gens ils peuvent aller mieux quoi ? [...] je trouve les cours hyper tristes, t'as même pas l'impression d'avoir une mauvaise herbe qui pousse quoi [...] J'me dis, t'es en prison en fait, alors que t'es dans un lieu de soin [...] et t'as rien qui t'invite à ça en fait. Hormis la relation avec le soignant, mais sinon dans le décor et tout ça... C'est gris en fait, t'as l'impression que c'est gris.»* (propos issu de l'entretien avec une personne aidante)

Les espaces extérieurs sont aussi le terrain d'un jeu de découpe de l'espace relatif à l'organisation du système médical. Dans les deux cas d'étude, nous pouvons voir des clôtures qui sous-divisent l'espace, séparant les unités soit parce qu'elles représentent des secteurs géographiques différents du territoire (**fig.11**) ; soit parce qu'elles

fig.10 / photographie personnelle de la cour d'une unité du pôle UNIVA sur le site du CH Charles Perrens

fig.11 / photographie personnelle de la cour d'une unité du pôle UNIVA sur le site du CH Charles Perrens : selon les personnes interrogées sur le terrain, les sous-espaces clos par les grillages correspondent à des secteurs géographiques du territoire

fig.12 / photographie personnelle de la clôture de l'unité d'accueil du CH Ainay-le-Château dissimulée par la plantation d'arbre et arbustes de part et d'autres

fig.13 / photographies personnelles des aménagements paysagers permettant de dissimuler les angles des bâtiments sur le site du CH Ainay-le-Château

fig.14 / photographie extraite du site internet du CH Charles Perrens où l'on peut voir la clôture d'enceinte de l'établissement en train d'être recouverte d'images évoquant la nature par l'artiste A-MO (*source : https://www.ch-perrens.fr/actualites/respiration-culturelle-decembre)*

représentent des étapes différentes dans le parcours de soin des patients. Il est intéressant de noter que malgré leur fonction pratique, les clôtures ont aussi une fonction symbolique conscientisée par les professionnels : *«service ouvert : symboliquement, normalement, le portail reste toujours ouvert. Mais y a quand même des consignes médicales, et c'est le médecin qui statue si le patient a le droit de sortir ou pas. Après c'est à toi en tant que soignant de faire marcher cette symbolique là : le portail qui reste ouvert mais t'as pas le droit de sortir»* (propos issu de l'entretien avec une ancienne soignante du CH Charles Perrens).

Ainsi, les clôtures et plus généralement l'aménagement de l'espace, symbolisent ce rapport complexe entre l'*ouvert* et le *fermé*, le *dedans* et le *dehors* propre aux préoccupations actuelle de l'institution psychiatrique publique. En ce sens, différentes stratégies sont mobilisées pour réduire ou renforcer les ressentis d'isolement portés par les murs et clôtures séparant l'espace psychiatrique. Par moments, les fermetures doivent être appuyées pour s'adapter aux besoins des patients, comme l'explique un employé espace vert du CH Charles Perrens : *«[l'unité] nous a demandé de planter des grimpantes pour cacher un p'tit peu la vue, on a mis des ptits jasmin étoilés, ça garde les feuilles l'hiver, comme ça ils sont contents»*. Mais les clôtures cherchent la plupart du temps à être légères, ou à être dissimulées par différentes stratégies d'aménagement. Par exemple, dans le cas du CHSI d'Ainay-le-Château, des plantations de part et d'autre du grillage masquent la séparation de l'espace (**fig.12**). D'une même manière, on trouve sur le site hospitalier de nombreux aménagements paysagers aux abords des bâtiments, qui dissimulent leur rigidité dans le paysage végétal (**fig.13**). Dans le cas de Charles Perrens, le recouvrement de la clôture d'enceinte par une

fig.15 / photographie personnelle du site du CH Ainay-le-Château : on peut y voir au premier plan un château d'eau dans l'enceinte du site hospitalier, en arrière plan un château d'eau de la commune

œuvre de street art a été l'occasion de réduire l'impact de la séparation entre ville et hôpital en profitant d'un événement culturel pour inviter la *cité* dans l'enceinte hospitalière (**fig.14**).

c. Reproduire les codes de la ville pour banaliser l'hôpital de psychiatrie

L'hôpital de psychiatrie s'est historiquement conçu de manière à reproduire un milieu ordinaire à l'écart des villes, afin d'offrir un cadre apaisé aux personnes soignées indépendamment de l'agitation urbaine. Si aujourd'hui l'enjeu est de rompre cet isolement en se tournant davantage vers l'extérieur, il reste que les sites hospitaliers gardent les traces de leur recherche d'autarcie, notamment par les équipements bâtis dont l'usage perdure dans le temps (**fig.15**). Aujourd'hui, le paysage hospitalier cherche à s'ouvrir sur son environnement en invitant les codes de la ville à l'intérieur de l'institution pour en abolir les frontières.

Une "ville dans la ville" : l'hétérotopie paysagère

L'ouverture progressive de l'hôpital sur la ville et le développement urbain en ses abords ont amené les institutions psychiatriques à adapter leurs aménagements extérieurs, et ont favorisé l'immixtion du vocabulaire urbain à l'intérieur de l'enceinte psychiatrique. En demandant à une patiente de l'hôpital de Nantes de décri-

fig.16 / photographie personnelle du site d'Ainay-le-Château où l'on peut voir le mobilier (banc, cendrier, table de ping-pong, luminaire) semblable à un mobilier urbain de parc public

fig.17 / photographie personnelle du site d'Ainay-le-Château où l'on peut voir des plantations de gaura en bord de route

fig.18 / photographie personnelle d'une plantation de gaura sur le site du CH Charles Perrens

re le site hospitalier, celle-ci répond en le définissant comme *«un grand espace avec des bâtiments séparés, des routes, des ronds-points, des rues, des trottoirs et pleins d'espaces verts»* (propos issu d'une correspondance écrite avec une ancienne patiente de l'hôpital de Nantes). Le champ lexical utilisé indique que le paysage hospitalier est associé à une ambiance urbaine. Sur les terrains d'études, ce sont aussi les différents éléments de paysages (panneaux de signalisation, parkings, ronds-points) et la palette végétale (platanes, tilleuls, cyprès, peupliers, gauras, troène, chênes…) qui rappelle le vocabulaire paysager du milieu ordinaire urbain (**fig.16, fig.17** et **fig.18**). Loin d'être accidentelle, l'évocation du paysage urbain est une stratégie de l'hôpital pour faciliter le retour des patients à l'extérieur : *«Ils* [les espaces verts] *se végétalisent avec des essences locales et en référence aux jardins de ville ou aux paysages que les patients ont pour l'habitude de fréquenter en dehors de leur séjour en institution, et leur rappelle ainsi les agréments ou l'activité du monde extérieur»* (BATAILLE, 2017, p.171). Par ailleurs, comme l'explique Lina Bendhamane, *«l'institution "mime" le dehors et essaie d'en reproduire les marques d'hospitalités dans le sens où le lien social avec les amis, la famille et la cité caractérisant l'extérieur de l'institution est "mimé" à l'intérieur de celle-ci, d'une part par l'aménagement d'espaces de salon, de repas, de bar et de commerce, et d'autre part en octroyant aux couloirs des nom de rue et au hall d'entrée celui de "place de village"»* (BENDAHMANE, 2018, p.45). Sur le terrain, nous avons pu vérifier ce recours à une toponymie similaire à celle de la ville dans les espaces extérieurs de l'hôpital, avec par exemple l'*allée du Parc*, l'*allée du Peugue*, le *Square des Platanes* et le *Square des Palmiers* sur le CH Charles Perrens.

fig.19 / photographie personnelle du city-stade et du parking du CH Ainay-le-Château

Au-delà d'imiter les codes de la ville, l'hôpital en reproduit divers services et équipements qui prennent place sur le site hospitalier, comme les city-stades (**fig.19** et **fig.20**), les bibliothèques, coiffeurs, cafétéria, etc. Les professionnels interrogés sur le CH Charles Perrens expliquent qu'à l'époque le parc était plus étendu, et qu'il y avait plus de services et de corps de métiers représentés au sein de l'hôpital, comme les peintres, maçons, la poste, le service des impôts, dentistes, gynécologues… et dont il ne reste que les espaces de travail (encore appelé "'atelier du peintre"), progressivement réhabilités. Si ces espaces et fonctions ont disparu progressivement en faisant de l'hôpital un lieu exclusivement dédié au soin en santé mentale, les lieux où exercer une sociabilité similaire à celle de la ville semble encore nettement marquée, et sont, selon les employés, *«plus présents que dans l'hôpital général»*. Comme l'explique une patiente à propos de la cafétéria,

fig.20 / photographie personnelle du city-stade du CH Charles Perrens

c'est *«l'endroit où t'as le sentiment de la vie ordinaire, j'achète le journal, etc… la dame derrière le comptoir n'est ni patiente, ni médecin»*. En reproduisant une idée de la ville dans son paysage et ses services, les sites hospitaliers créent finalement des *hétérotopies* au sens où Foucault les définit en 1966, c'est-à-dire comme un *«contre-espace»* qui *«a pour règle de juxtaposer en un lieu réel plusieurs espaces qui, normalement, seraient, devraient être incompatibles»*, et repose sur *«un système d'ouverture et de fermeture qui les isole par rapport à l'espace environnant»* (FOUCAULT, 1966, p.28-32). Reproduire la ville à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital permet finalement de recréer un contexte de vie ordinaire, semblable à la ville, mais toujours protégée et isolée d'elle-même.

Convier l'«esprit de la ville» : le théâtre d'événements culturels

Faire entrer la ville à l'intérieur des murs de l'institution, c'est aussi en faire rentrer "l'esprit de la ville" comme le sociologue Thierry Oblet la définit lors de la conférence au CH Charles Perrens, c'est-à-dire comme un *«horizon culturel, intellectuel, effervescent»*. Dans cette idée, faire entrer la culture dans l'institution est un moyen privilégié par celle-ci pour se lier à son environnement et rompre avec sa fonction purement médicale : *«les projets culturels développés participeraient autant d'une intégration et d'une ouverture sur le territoire de l'institution hospitalière que d'un renouvellement des relations patients-professionnels-visiteurs. La culture est ainsi comprise comme un facteur d'humanisation en ce qu'elle serait productrice de liens sociaux»* (LABARCHEDE, 2018, p.100-101).

Les deux sites étudiés, conscients du potentiel de la culture, invitent des événe-

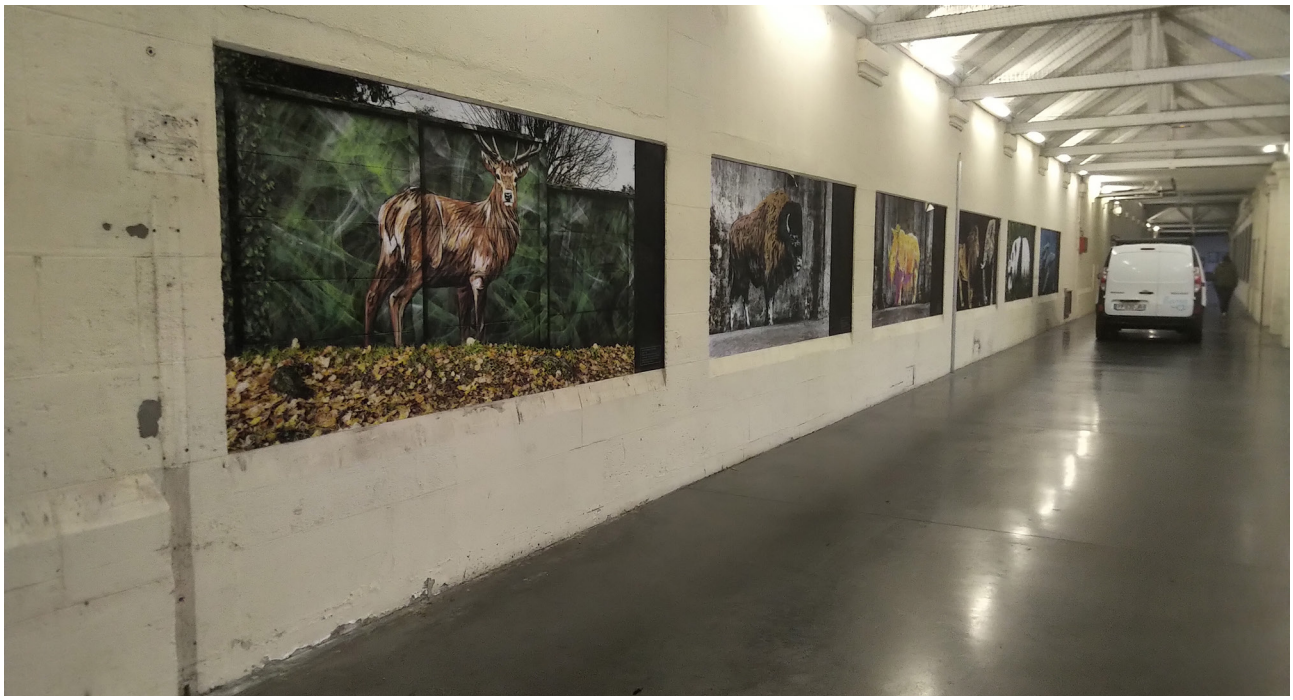


fig.21 / photographie personnelle du Passage Ouest du CH Charles Perrens, réhabilité en espace d'exposition

ments dans leurs murs pour lier l'hôpital au milieu ordinaire, à la différence que dans le cas du CH Ainay-le-Château ces événements se passent plutôt dans les bâtiments ou hors site (expositions photo, concerts, spectacles de théâtre) et se destinent principalement aux patients, tandis que dans le cas de Charles Perrens ce sont les espaces extérieurs de l'hôpital qui s'en font le théâtre afin d'ouvrir ces événements à toutes et tous. Le centre hospitalier bordelais, composé d'un pôle culturel destiné à animer l'hôpital, s'attèle donc à mettre en place diverses initiatives : classé monuments historiques depuis 1997, une partie des bâtiments, du parc et des arbres classés de Charles Perrens sont montrés au public lors des journées du patrimoine, via une visite guidée adressée aux personnes extérieures et aux usagers de l'espace hospitalier. De même, les différentes inaugurations publiques sur site sont l'occasion d'événements culturels, comme en 2022 lors de la célébration d'un nouveau bâtiment où la compagnie de danse Tango Nomade avait performé sur sa façade. Ces initiatives occupent momentanément l'espace et le modifient symboliquement, et matériellement comme le démontre l'installation d'un lieu d'exposition dans des galeries extérieures jugées autrefois *«affreuses»* (propos issus de l'entretien avec une ancienne soignante du CH Charles Perrens) (**fig.21**) : *«avant c'était ici le couloir sombre, glauque, vieux carrelage, tout fermé. Et là maintenant, c'était l'idée ça s'appelait la galerie, ici, et donc d'en faire une galerie»* (propos issu de l'entretien avec une personne employée au CH Charles Perrens, associée à l'administration). De telle manière, en s'ouvrant sur la cité via la production d'offres culturelles, l'hôpital entend faire évoluer les regards portés sur le soin en santé mentale et se détourner de la représentation pesante de l'hôpital de psychiatrie en s'adaptant aux mœurs de la ville.

fig.22 / photographie personnelle d'un sujet d'érigéron sur le site du CH Charles Perrens

fig.23 / photographie personnelle d'un espace géré en gestion différenciée sur le site du CH Ainay-le-Château, au niveau des services espace vert

fig.24 / photographie personnelle d'un espace géré en gestion différenciée sur le site du CH Charles Perrens, au niveau du parking entre l'allée du parc et l'allée de la chapelle

«C'est l'évolution» : écologisation des pratiques et adaptation du paysages

En invitant les codes urbains dans l'enceinte de l'hôpital, celui-ci en adopte les mœurs. Le travail de terrain nous a permis de remarquer que l'aménagement des espaces extérieurs s'est empreint de la pensée écologique au même titre qu'en ville. Dans les deux cas d'études, les employés des services espaces verts expliquent que leur pratique a changé, notamment à partir du passage en "0 phyto" dont la réglementation contraint l'utilisation. Le paysage hospitalier s'en est trouvé impacté, en passant de *«l'époque du thuya taillé au cordeau»*, du *«tout clean»* (propos issu de l'entretien avec des membres du service espace vert du CH Ainay-le-Château) à un paysage qui laisse la place aux aléas du vivant, aux *«herbes dans les caniveaux»* qui *«auraient fait sale avant»* (propos issu de l'entretien avec des membres du service espace vert du CH Charles Perens). Ce laisser-faire écologique (résultant aussi d'une baisse des budgets alloués aux espaces verts) implique des formes végétales accidentelles, dont l'érigeron qui *«graine»* et *«en fout partout»* s'en fait l'exemple (Idem) (**fig.22**). Cela implique aussi des aménagements spécifiques, comme des espaces gérés en gestion différenciée visibles dans les deux cas d'études (**fig.23** et **fig.24**). Enfin, cet recherche d'écologisation des pratique induit des interventions plus conséquentes, comme des campagnes de reboisement avec des essences adaptées au réchauffement climatique et aux terrains, prévues dans les deux cas pour l'année en cours.

Cependant, les choix d'implantation de ces aménagements posent question, car selon les propos des personnes interrogées, ils prennent place de manière homogène et aléatoire sur le site. Sur les deux sites, les futures plantations d'arbres se répartissent sur l'ensemble du site, selon les endroits favorables au développement des arbres, mais ils ne sont pas expliqués par rapport aux ambiances qu'ils génèrent, ou aux relations avec les paysages environnants. Par ailleurs, pour le CH Charles Perrens, la future plantation fait l'objet d'un inauguration publique, tout comme une ancienne plantation à l'initiative de l'ancien directeur avait sollicité une couverture médiatique par *FR3*. Au cours des entretiens, une personne interrogée explique que les choix d'entretien et d'aménagement dépendent en fait des situations géographiques des espaces traités. Pour certains lieux, *«il faut que ça fasse à peu près propre parce qu'il y a pas mal de monde qui passe ici»* et qu'à d'autres : *«vu que les gens ont pas un visuel direct dessus c'est moins important»* (propos issu de l'entretien avec des personnes employées sur le CH Charles Perrens). De même, il est souligné au cours des entretiens que l'hôpital reçoit des visites fréquentes de l'ARS ou d'autres représentants administratifs de la santé. On peut alors se rendre compte que par les choix d'aménagement se manient des représentations. En tant qu'interface entre l'institution et la ville, les espaces verts font donc figure d'image de l'hôpital en dehors de ses murs ; et leur place est d'autant plus importante que les établissements sont notés par rapport à la qualité apparente de leur cadre de vie.

La vitrine de l'hôpital, un reflet de la cité ?

Les aménagements extérieurs sont dans une certaine mesure pensés de manière à produire une certaine image de l'hôpital, comme l'écrit Arnaud Théval, artiste travaillant au sein des institutions publiques : *«L'hôpital est un haut lieu de la maîtrise de tout, et d'abord des signes contribuant à son image»* (THÉVAL, 2018,

fig.25 / photographie personnelle du square des Palmiers sur le site du CH Charles Perrens où l'on peut trouver un sujet mort

p.192). En tant qu'organisation reposant sur un système hiérarchique (avéré par son organisation, sa réglementation et le ressenti des personnes concernées), la question se pose alors de savoir si cet l'enjeu de valorisation de l'image institutionnelle ne met pas de côté la prise en considération des patients dans la fabrication du cadre de vie généré par les aménagements de l'hôpital.

Pour poser cette question par l'exemple, nous pouvons déjà nous demander si la patrimonialisation des monuments de l'hôpital est une initiative pertinente au regard de la charge symbolique qu'ils portent. Comme l'explique Yann Bubien lors de la conférence au CH Charles Perrens, directeur général du CH de Bordeaux, la patrimonialisation des bâtiments anciens au style qualifié de *«lourd»* empêche leurs modifications, et les paysages hospitaliers doivent composer avec des éléments jugés *«affreux»*, *«glauques»* et *«flippants»* par les personnes interrogées. Plus important, ces bâtiments ne sont plus effectifs comme il le précise, et patrimonialiser ces bâtiments revient à faire perdurer dans le temps des objets architecturaux désuets en contradiction avec les besoins actuels de la psychiatrie. Enfin, dans le cadre spécifique des aménagements paysagers, nous pouvons prendre l'exemple du Square des Palmiers au CH Charles Perrens, dont les sujets ont subi les ravages du charançon ces dernières années. Pour autant, il a été décidé de remplacer les palmiers par d'autres, pour maintenir le square tel quel (**fig.25**). Deux ans après la replantation, les méfaits écologiques se reproduisent puisqu'un sujet est déjà mort.

Par ailleurs, ce même square actuellement fréquenté et approprié par les patients du fait de la proximité avec la cafétéria, est aujourd'hui prospecté par l'administration pour devenir un lieu invitant le public extérieur par la production d'offres culturelles, du fait de la proximité avec l'amphithéâtre. Là encore, nous pouvons nous poser la question de la pertinence de ce changement de fonction, étant donné que pour les personnes

soignées *«qui souffrent de désocialisation à l'extérieur»*, s'approprier un espace exclusif avec des semblables permet de trouver *«un lieu inclusif où partager sans honte leur affects et leurs difficultés quotidienne»* (AÏT MEHDI, 2018, p.156).

La patrimonialisation des lieux de soins et le recours à la culture pour ouvrir le site hospitalier sur la ville semble alors être un moyen de valoriser l'hôpital en l'incluant à l'offre culturelle offerte à la ville, mais pose des conflits d'intérêts avec d'autres enjeux de l'hôpital d'écologisation des pratiques et de prise en conséidération du vécu des patients dans la conception du cadre de vie.

Enfin, nous pouvons nous interroger sur la part de *citoyenneté* des patients mise en œuvre dans les choix d'aménagement du paysage hospitalier, car comme nous avons pu nous en rendre compte sur le terrain, ils semblent peu pris en compte dans les choix effectués. Comme le souligne Yann Bubien, à propos du CHU de Bordeaux, ils ne sont d'ailleurs pas représentés dans les jurys destinés à décider des projets de l'établissement. Une personne interrogée affirme d'ailleurs que la Maison des Usagers (lieu d'information pour les usagers, leurs familles, les permanences des assos, etc...) mise en place sur l'hôpital de Bordeaux se serait construite sans usagers, et parle de *«façadisme de participation»*, tandis qu'au CH d'Ainay-le-Château les choix d'aménagement sont apparemment faits sans concertation des patients.

Dans une autre mesure, cette séparation entre ceux qui décident des aménagements et ceux qui les vivent au quotidien est dénoncée par des personnes aidantes qui accusent d'un manque de continuité dans les projets mis en place par l'établissement, d'un manque de concertation, et de mobilisation des différents acteurs qui créent le paysage hospitalier. À propos de l'installation de citations poétiques dans le parc du CH Charles Perrens dans l'idée de créer un "chemin de parole" pour aider momentanément les patients et visiteurs à s'évader du contexte médical, des personnes aidantes et anciens soignants rebondissent en expliquant que ces initiatives restent *"très descendantes"*, et que *"foutre ça sur les murs pour foutre ça sur les murs et le mettre sur le rapport d'activité 2020 [inaudible] au sujet des activités culturelles, ça sert à rien. [...] faut aussi que les équipes soient mobilisées"*. Comme l'expliquent des personnes rencontrées sur le terrain, le fonctionnement de l'hôpital retient la rencontre entre les différents acteurs du paysage. En fonctionnant par instance, services et catégories socio-professionnelle organisées hiérarchiquement, chacun joue son rôle dans la fabrique du paysage psychiatrique indépendamment des autres. Il y a d'une part *«les têtes pensantes»* (les services des travaux et administratifs) qui décident des aménagements, *«les entreprises extérieures»* (prestataires répondant aux marchés publics publiés par l'hôpital) qui interviennent ponctuellement dans les aménagements extérieur et l'entretien, les *«jardiniers exécutants»* (employés des services espaces verts) qui entretiennent les aménagaments paysagers au quotidien, les *«blouses blanches»* (corps médical) qui proposent à postériori des interventions diverses pour adapter les aménagements aux besoins thérapeutiques, puis les patients et visiteurs, pratiquants l'espace (termes issus des différents entretiens réalisés sur les sites d'étude). En séparant les acteurs des prises de décisions concernant l'aménagement des espaces extérieurs, l'hôpital freine la mise en commun du paysage hospitalier, accroît les risques de conflits d'intérêts au sujet de l'usage de ces espaces, et empêche la mise en pratique du *débat* - notion inhérente à celle de *cité*.

Conclusion de partie

Finalement, nous pouvons nous rendre compte que les aménagements paysagers occupent une place capitale dans le milieu hospitalier et dans son objectif d'ouvrir l'institution sur la cité. Le *vert*, vecteur de bien-être, joue un rôle de soin et d'apaisement auprès du public concerné, et participe en ce sens à un déplacement de l'espace de soin hors-les-murs de l'hôpital. Cependant, il ne suffit pas à faire paysage, puisque perçu seulement au regard de sa couleur, le *vert* ou ses formes paysagères ne se différencie d'autres, et ne permet pas de composer l'espace selon une approche paysagiste.

En observant les aménagements paysagers au regard de leur lien complémentaire avec l'architecture psychiatrique, nous pouvons mieux comprendre certaines formes et représentations des espaces verts dans le cadre de la psychiatrie. Ils permettent de faire repère depuis l'intérieur des bâtiments, et de réduire l'impression d'enfermement. Par ailleurs, ils autorisent à des pratiques de l'espace qui ne sont pas exerçables à l'intérieur de l'hôpital, ce qui induit des aménagements particuliers liés à ces pratiques tels que les promenades, les parcours sportifs, les espaces de jardinages, etc. Pratiquer les espaces verts, c'est aussi s'ouvrir à des rencontres autres que celles liées aux fonctions médicales, et en ce sens les extérieurs de l'hôpital est l'endroit où retrouver une place en tant que personne, en dehors de son statut dans le milieu hospitalier, et ainsi préparer à un retour au milieu ordinaire.

Le milieu ordinaire d'ailleurs, la cité, s'invite à l'intérieur des sites hospitaliers par le vocabulaire paysager que celle-ci invoque. Semblables à l'urbain dans les éléments de paysages (mobilier, équipement, palette végétale), l'institution psychiatrique semble imiter le milieu urbain, tant du fait de son histoire, de ses besoins logistiques, que pour reproduire volontairement un milieu ordinaire. Convoquer les codes de la ville, dans ses formes paysagères, tout comme dans ses mœurs actuels (l'écologisation) et ses pratiques (la culture) est un moyen mobilisé par l'institution pour s'ouvrir sur le milieu ordinaire : en participant à produire de l'offre culturelle, pour ses usagers tant que pour les personnes extérieures, l'hôpital permet de déstigmatiser le soin de santé mentale, de même qu'il facilite le vécu des usagers en détournant l'espace de sa fonction médicale. Les espaces verts de la psychiatrie sont alors le théâtre de ces événements culturels, et aident à façonner l'image de l'hôpital auprès de la cité. Cependant, en coupant l'espace et les acteurs en catégories, en fonctions et en procédures, la barrière institutionnelles perdure mentalement et administrativement, et freine la mise en commun du paysage hospitalier. Dans une certaine mesure, ce mémoire-même est représentatif des barrières immatérielles qui perdurent entre l'hôpital et le paysage, au vu des difficultés que j'ai éprouvé à être mis en contact avec le milieu hospitalier (multitudes des standards téléphoniques, absence de communication sur les procédures de contact, sécurité informatique classant les mails dans les spams), au vu des représentations que j'avais personnellement du soin en santé mentale, de même que par la méconnaissance des personnes rencontrées de la notion de *paysage* du point de vue contemporain.

Quelques indices repérés sur les sites d'étude nous indiquent cependant les prémisses d'une approche paysagiste pour appréhender les problématiques posées par le métissage des paysages hospitaliers et urbains, et nous verrons dans une troisième partie de quelle manière le recours à l'outil paysage permet de réunir les personnes, les espaces et leurs représentations autour du *commun* que sont les aménagement paysagers.

III/ S’ouvrir sur le paysage

Face à son enjeu d’ouverture sur la cité, l’hôpital mène aujourd’hui une *«lutte contre la figure de l’enfermement qui la hante»* (PIERRON, 2018, p.142). L’institution psychiatrique met donc en œuvre différents moyens matériels et immatériels pour moduler son image de manière favoriser son association au paysage ordinaire. Cependant, comme nous avons pu le voir, le fonctionnement des procédures d’aménagement de l’hôpital reposent sur une séparation des acteurs et des fonctions, sur leur hiérarchisation. En perpétuant son fonctionnement dans les prises de décisions d’aménagement de l’espace, l’institution perpétue finalement une appréhension fonctionnelle du *pays*, causant de fait des conflits d’intérêts et freinant son accès à la *cité* et à ses paysages.

La notion de *paysage*, considéré comme *«la relation médiale ou mésologique globale qu’entretient une société à son environnement»*, propose une approche holistique permettant à la fois de croiser les acteurs, leurs expériences sensibles d’un territoire et les représentations qu’ils en ont. Cette approche transversale se comprend alors comme un outil pour *«percevoir et de donner à voir la manière dont les sociétés mettent en valeur les ressources et aménagent les lieux mais aussi les mots et les images qu’elles utilisent pour les qualifier»*. De cette manière, par le croisement des regards, les acteurs du paysage sont amenés à adopter une posture *«distanciée et réflexive propre au paysage»*, constituant alors «*la condition pour construire un cadre de débat aussi large que possible, d’accepter le regard et les savoirs d’autrui, d’entamer un processus de connaissances sur lequel peut émerger un programme d’actions et des interventions adaptées au territoire.»* (BERCOVITZ, 2022). En adoptant une approche paysagiste des problématiques socio-spatiales de l’hôpital, et en considérant le paysage comme un potentiel outil permettant de les appréhender, nous pouvons alors profiter d’une nouvelle entrée conceptuelle aidant à déterminer les conditions selon lesquelles les espaces verts de la psychiatrie peuvent participer à de l’ouverture de l’hôpital sur la cité.

Comme l’explique Rémi Bercovitz, *«la médiation paysagère pose l’exigence démocratique du sensible»*. Ce rapport sensible aux espaces extérieurs de la psychiatrie pré-existe dans toutes les instances de l’hôpital à en croire les personnes interrogées qui expliquent que *«l’attention aux espaces verts est importante, surtout pour la psychiatrie»*, que c’est un espace *«bien vu»*, qui *«tient assez à coeur»*. Des directeurs aux patients, les espaces extérieurs de l’hôpital ont l’avantage de rassembler les acteurs et actrices du paysage hospitalier, ne manque alors que l'*«exigence démocratique»* posé par le paysage. En croisant les vécus de chacun et chacune, une approche paysagiste du milieu hospitalier permettrait de définir ses paysages, de manière à les mobiliser comme levier d’action engageant au décloisonnement de l’institution psychiatrique, et à son ouverture sur la *cité*.

a. Croiser les regards et les vécus

Au cœur des enjeux de l’hôpital, les aménagements paysagers sont un bien commun reliant chaque acteur du paysage hospitalier. Dans le contexte de crise de la psychiatrie tel que nous avons pu le voir en première partie, les espaces verts sont

un moyen d'améliorer le cadre de vie des hôpitaux et la condition des personnes les fréquentant (tant pour les personnes accueillies que pour les personnes accueillantes), de même qu'ils sont vecteurs de bien-être, qu'ils amenuisent la sensation d'enfermement et tempèrent sa fonction exclusivement médicale. À la croisée des individus et des problématiques, la question se pose alors de savoir comment *«cet espace commun peut renvoyer à différentes réalités»,* comme l'explique une personne interrogée sur le site du CH Charles Perrens, associée à l'administration.

La rencontre des réalités

> *«on va écouter une chanson ensemble, moi c'est la guitare qui m'a beaucoup plu, toi c'est le chant, et ainsi de suite. Donc nous percevons la réalité au travers de nos percepts propres [...] Cette perception que nous avons, c'est à la fois quelque chose qui nous sécurise, et nous joue des tours, donc le psychisme, l'affectivité, l'affect [...] On va tous voir la même chose, mais ce qui me parlera beaucoup plus, c'est pas ce qui te parlera»* (propos issu d'un entretient avec une personne associée à la direction du CH Charles Perrens)

Comme cherche à le montrer par la métaphore une personne interrogée, mêler les perceptions au sujet de l'espace amène à trouver un compromis entre les différentes réalités qui y coexistent. Appliqué au champ de la psychiatrie, cela signifie aussi que *«si la pathologie mentale affecte une qualité de la présence, l'espace bâti doit prendre en compte l'espace vécu, y compris pathologiquement»* (PIERRON, 2018, p.144). Confronter les points de vus revient alors à garantir l'adéquation des aménagements aux besoins spécifiques des patients et à leur perception. Pourtant, il semble que *«les procédures excluent le soigné de la prise de décision»* à en voir la littérature sur le sujet, les réalités administratives et les ressentis des personnes concernées. Garantir l'hospitalité et le droit de *cité* vis-à-vis de l'espace, doit alors permettre d'instaurer une droit de regard des personnes soignées sur l'aménagement de leur lieu de soin, et de composer la cadre de vie de l'hôpital selon une hospitalité *«spatiale, sociale et procédurale»*, c'est-à-dire de faire entrer les patients dans les procédures d'aménagement de l'espace, ce d'autant que *«l'implication des patients dans l'amélioration de leur cadre de vie permet de favoriser l'inclusivité des lieux, et de créer un sentiment d'appartenance»* (CHARTRÉ-LEFEBVRE, TESSIER, 2018, p.121-123). C'est donc en considérant les patients comme acteurs du paysage et en les incluant à sa fabrication, que celui-ci se fera garant de la qualité de leur hospitalisation tout en permettant l'ouverture du site hospitalier sur la cité.

Ce croisement des regards induit la prise en considération de la parole des personnes soignées, tout comme celle des personnes soignantes, car face au mal-être des professionnels évoqué en première partie, qui induit leur délaissement du secteur de la psychiatrie, l'aménagement des espaces verts agit comme un outil vecteur de bien-être et présente le potentiel de garantir la fidélisation des soignants. Comme l'explique une personne interrogée : *«si les soignants sont mal, ça amène du dysfonctionnement dans le soin»*. Finalement, la mise en commun des acteurs garantit la création d'un paysage bénéfique à tous, de même qu'il favorise l'accomplissement des fonctions plurielles de l'hôpital. Impliquer les acteurs aux prises de décision revient alors à assurer l'effectivité des aménagements auprès des toutes les personnes concernées, comme le préconise le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé dans le Plan psychiatrie et santé mental 2011-2015 : *«Pour que les investissements aient un meilleur impact sur l'accueil des usagers et des familles, sur les conditions de travail et sur les pratiques des personnels, il est souhaité que les associations d'usagers et de proches, ainsi que les professionnels participent à l'élaboration et au suivi des projets»* (JAGLIN-GRIMONPREZ, 2017, p.129).

En définissant les vécus et les perceptions de chaque acteur impliqué par le paysage psychiatrique, l'enjeu est finalement de mieux définir le paysage, afin de mieux établir ses modalités d'ouverture sur le paysage ordinaire.

Débattre pour définir les modalités d'ouverture de paysage hospitalier

Intégrer la *cité* à l'intérieur de l'hôpital revient à en reproduire le paysage urbain. Au regard d'un lieu de soin, cette ambition est à mesurer, surtout lorsque nous savons que l'environnement urbain est impliqué dans les facteurs influant sur la santé, tant physique que psychique. Cet aspect est par exemple mise en exergue par l'Observatoire Régional de la Santé qui inclut une part environnementale à l'évaluation de la santé des ville traduire par des critères d'évaluation tels que le taux de "surface artificialisée", de "surface des espaces naturels agricoles et forestiers",de "population potentiellement exposée aux bruits routiers" (ORS Nouvelle Aquitaine, *Indicateur de santé Bordeaux*). De même, l'impact du paysage urbain sur la sensation de bien-être est aussi exprimé par les personnes interrogées qui ont confié être en situation d'inconfort lors qu'ils sont en présence de *«bruit»* ou qu'il y a *«beaucoup trop de monde»* (propos issus des réponses au questionnaire distribué à des personnes diverses sur le site du CH Charles Perrens). La sociologie de la ville aussi est à prendre en compte comme composante du paysage de la cité. De ce point de vue, la ville représente *«un effet traumatisant continu»* selon le discours du sociologue Thierry Oblet lors de la conférence du CH Charles Perrens, du fait de l'imprévisibilité des rencontres qu'elle représente, et des sur-stimulations nerveuses qu'elle implique par l'effervescence et la multiplicité de ses composante. Comme l'explique le sociologue en s'appuyant sur le travail de Matthew B.Crawford, la ville modifie le lien au réel en sollicitant notre vigilance constante et induit une *«société de l'attention»* dans le sens où la publicité, les véhicules, les interactions sociales imprévues suscitent un *«arrachement au réel»*. Par la pratique de l'espace, le paysage joue un rôle salvateur comme nous avons pu le voir. Mais la sociabilité qu'il induit est à prendre en considération, car comme l'explique David Le Breton, être seul à pratiquer le paysage peut être un choix salvateur, et les rencontres indésirées un *«arrachement au paysage»* (LE BRETON, 2020, p.119) qui empêcherait de profiter de ses vertus.

Les mise en débat des perceptions amène finalement à révéler des vécus spécifiques et préviennent des conflits d'intérêt posés par l'enjeux d'ouverture de l'hôpital sur la cité. Il semble donc nécessaire de confronter les points de vue pour définir vers quels paysage l'hôpital tend à s'ouvrir, et quel est leur environnement proche qu'il s'apprête à inviter dans ses mur. Si on peut voir dans les terrains d'études des motifs paysagers récurrents dans l'enceinte hospitalière tels qu'ils ont été énoncés en deuxième partie de ce mémoire, il demeure que leur situation est radicalement différente et engage des perméabilités avec le paysage environnant différentes (**fig.26** et **fig.27**). Dans les deux cas, abolir les frontières de l'hôpital demande à ce que le métissage du paysage hospitalier et du paysage ordinaire induise un travail de définition du paysage, de manière à différencier des traitements spécifiques des aménagements paysagers. Ce sont autant de garants des qualités du nouveau paysage que des conditions à son partage avec la *cité*.

fig.26 / photographie personnelle prise depuis CH Ainay-le-Château, montrant l'environnement de campagne et l'horizon dégagé autour du site.

fig.27 / photographie personnelle prise depuis CH Charles Perrens, montrant l'environnement urbain et l'horizon rapproché autour du site.

b. Différencier les traitements de l'espace hospitalier

Via la brève observation que nous avons pu faire des données contenues dans la littérature et sur les terrains d'étude, nous avons pu comprendre que la transition du paysage de la psychiatrie au paysage ordinaire induit l'enchevêtrement de plusieurs espaces : *«L'espace individuel qui se projette sur l'espace collectif, l'espace collectif qui se projette sur l'espace extérieur, l'espace extérieur qui se projette sur la ville…»* (CASTRO, 2017, p.31). De la sorte, il induit une différenciation des traitements des aménagements paysagers.

Aménager l'intime

> *«Globalement on est toustes souvent dehors. On passe nos journées à fumer des clopes, assis sur le goudron devant l'entrée des unités. Des fois sur des bancs blancs, il y en a quelques uns mais très peu. L'herbe devant les entrées est trop sale pour s'y mettre, elle est saturée de mégots et de crachats [...] être dehors fait du bien, être au jardin était ce qu'on peut faire de mieux, même chez soi on a pas de jardin et là si, MAIS le dehors, l'extérieur est surtout, ou au moins à part égale, associé à l'insécurité, à la vigilance, au stress. [...] Le fait que n'importe qui puisse rentrer dans l'enceinte du lieu, + que certains patients soient, disons-le, terrifiants, font que les espaces extérieurs, bien que bénéfiques, te mettent en état de vigilance constante. [...] La clôture mentale, qui est aussi physique, traduire dans l'espace par les barrières, grillage, elle est forcément là, et tant mieux. Ce qu'on veut, ce qu'on recherche en arrivant dans ce lieu, c'est être dans une bulle, c'est ça qui fait du bien»* (propos issus d'une correspondance écrite avec une personne ayant séjourné à l'hôpital de Nantes)

L'ouverture de l'hôpital et la liberté de circulation en son sein posent la question de la préservation de l'intimité de ses résidents. La personne nous ayant confié son témoignage explique qu'elle trouve refuge sous des arbres et y passe la plupart de son temps, pour *«ne pas être vues depuis les bâtiments»*, pour ne pas être importunées par des visiteurs imprévus. L'aménagement de l'espace doit alors prendre en compte cette condition, car comme l'explique l'ANESM : *«Limiter l'existence des espaces fermés, saisir chaque occasion pour décloisonner les espaces au sein des établissements appellent une vigilance soutenue sur les risques que cette liberté fait peser sur la sécurité physique ou psychique des personnes accompagnées»* (ANESM, 2012, p.4). La création de lieux exclusifs dans le pay-

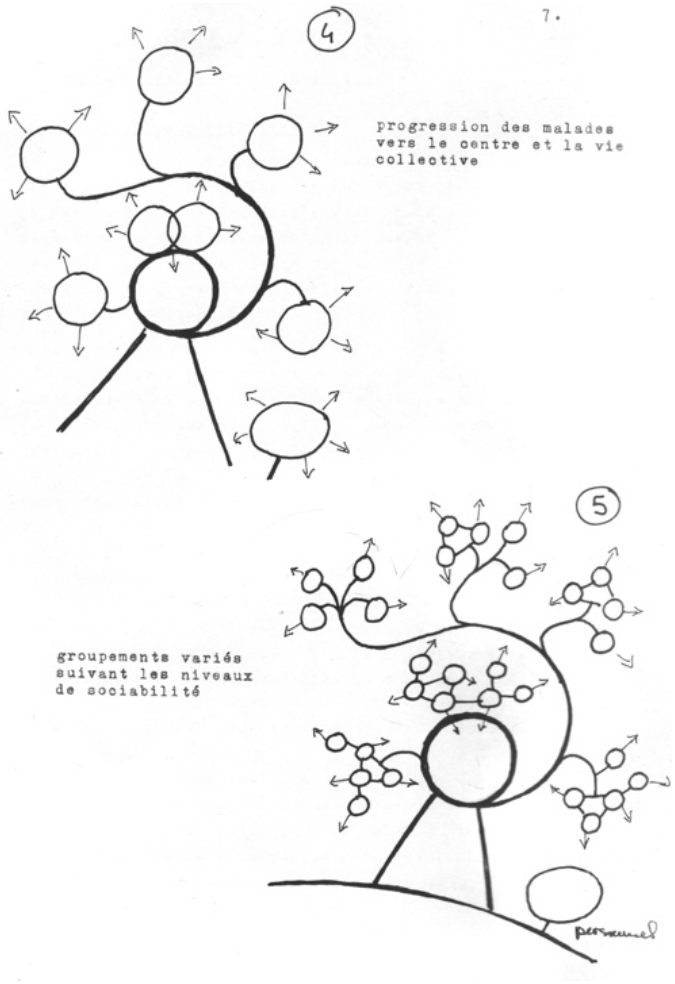


fig.28 / Schémas d'implantation du bâti d'un site hospitalier selon le niveau de sociabilité des patients pour Soisy-sur-Seine, Nicole Sonolet, années 1960, Archives Nicole Sonolet, Collection Christine De Bremond D'ars (source : https://journals.openedition.org/terrain/23254)

fig.29 / photographie personnelle des espaces extérieurs adjacents au lieu de vie sur le CH Ainay-le-Château

sage de la psychiatrie semble alors nécessaire, ce hors-lieu n'étant à ce sens pas représentatif de l'enfermement, mais d'un lieu refuge où se mettre en retraite du monde ordinaire, pour mieux se rétablir.

Dans les années 1960, le travail de Nicole Sonolet avait cherché à prendre en compte le rapport à l'intime et à la sociabilité pour concevoir des lieux de soin (**fig.28**). Lorsque les murs sont déjà construits, l'aménagement paysager permet de fabriquer le caractère intime du paysage. En adoptant des dimensions proches de celles de l'espace domestique, l'espace permet de *«se recréer un "petit chez soi" à l'intérieur du lieu de soin»* (PETIT, 2010, p.43). Sur le site d'Ainay-le-Château, nous avons pu voir que les aménagements paysagers prenait en compte cette spécificité en créant un extérieur "privatif", caché des vues par des haies végétalisées, agrémenté de *«terrasse, ptit bar, parasol, salon de jardin»* à proximité du "centre de vie" qui représente *«vraiment le lieu des patients, où ils se réunissent, accueillent leur propre famille»* (propos issus de l'entretien avec les services espaces verts du CH Ainay-le-Château) (**fig.29**).

Aménager l'accueil

> *«Dans son acception d'analyse institutionnelle, l'accueil n'est pas à confondre avec le premier moment d'un contact, ou plus simplement avec l'arrivée quelque part. L'accueil n'est pas l'affaire ni d'un seul lieu ni d'une personne déterminée. Il ne se résume pas à un geste unique. Il ne se résume pas non plus à un entretien ou à une réunion (dits «d'accueil»), mais se constitue de chaque intervention (micro ou macro) et de l'ambiance produites dans la vie quotidienne. Dans une institution, l'accueil est une des dimensions qui détermine les conditions de rencontre entre les sujets.» (PARADA, 2015, p.30)*

Une figure récurrente dans la littérature a été la notion d'accueil, comprise comme une fonction de l'hôpital tout comme un motif architectural. Au vu de la rencontre entre l'hôpital et la cité, cette notion revêt une importance singulière dans la mesure où elle est le cadre spécifique *«d'accueil de la folie»* (LABARCHEDE, 2018, p.94), autant qu'elle ambitionne d'être le lieu d'accueil de l'espace normé que représente la *cité*. Dans sa fonction qui *«marque la transition entre le dedans et le dehors»* (Idem), l'accueil implique d'être vigilant à sa forme et aux ambiances qu'elle fabrique. Comme le soulignent les auteurs et autrices, la question se pose alors de savoir quels objets composent l'accueil ? Du fait qu'il soit souvent habitée par un service de sécurité placé en interface, Wilbert M.Gesler émet l'idée que l'accueil, et notamment le personnel d'accueil, *«peut être positionné de sorte à constituer un barrage entre les experts et le public»* (PETIT, 2010, p.45), accentuant de fait la séparation entre le milieu médical et le milieu ordinaire. La fonction d'accueil de l'institution, tant de la folie que de la norme, nécessite donc une attention aux ambiances, comprises ici comme *«une des caractéristiques les plus complexes d'une institution. Elle comprend aussi bien des éléments physiques (architecturaux, décoratifs, etc.) que psychiques.» (PARADA, 2015, p.37)*. En comparant les lieux-interfaces entre les sites hospitaliers étudiés et leur environnement, nous pouvons rapidement

fig.30 / photographies personnelles de l'interface avec l'espace public à l'entrée du site du CH Ainay-le-Château

fig.31 / photographies personnelles de l'interface avec l'espace public à l'entrée du site du CH Charles Perrens

fig.32 / photographie personnelle de la floraison du cimetière communal par les services espaces verts du CH Ainay-le-Château

nous faire une idée de ce qu'implique le complexe d' *«éléments physiques»* et d' *«éléments psychiques»* servant d'accueil (**fig.30** et **fig.31**). Bien entendu, cette notion est à approfondir au regard des personnes concernées par la rencontre organisée via ces espaces d'accueil, de même qu'à appréhender d'un point de vue paysagiste. Cependant, en l'évoquant nous pouvons déjà comprendre que de même que la confrontation des paysages hospitaliers et ordinaires nécessite d'aménager des lieux exclusifs et intimes, elle nécessite une attention et un aménagement particuliers pour créer un paysage inclusif pour chacune des parties vouées à se rencontrer.

Aménager l'extérieur

Enfin, pour s'ouvrir au paysage ordinaire, les terrains d'études nous ont montré que l'hôpital avait recours à des aménagements paysagers en dehors de ses murs. Dans les deux cas d'étude, l'environnement proche de l'hôpital était investi pour des pratiques sportives ou culturelles, ou *«dans des lieux aléatoires lors de visites de proches»* comme le confie une personne soignée au CH Charles Perrens.

Au-delà d'une seule pratique de l'espace, les hôpitaux étudiés ont été amenés à aménager l'espace extérieur de diverses manières. Dans le cas du CH Charles Perrens, cette intervention prend notamment place via un atelier thérapeutique destiné à des groupes d'adolescents soignés à l'hôpital, sous la forme d'une participation à la culture d'une parcelle dans le jardin de Bacchus, un jardin partagé situé dans le jardin de la Béchade accolé au centre hospitalier. Sans avoir pu nous entretenir avec les personnes concernées par cette initiative, nous pouvons supposer que le choix d'intervenir à l'extérieur plutôt que dans l'enceinte de l'hôpital joue un rôle thérapeutique dans la réhabilitation psycho-sociale des patients, en même temps qu'elle participe d'une fonction symbolique de déstigmatisation de la psychiatrie en milieu ordinaire.

À Ainay-le-Château, les aménagements paysagers engagés par l'hôpital couvrent un autre sens symbolique. L'établissement fleurit chaque année 560 tombes d'anciens patients enterrés dans la commune, par des chrysanthèmes cultivées, acheminées et plantées par les services espaces verts et par les patients (**fig.32**). Un employé explique que cette pratique perdure à travers le temps alors que de moins en moins de patients sont inhumés sur la commune.

De manière plus anecdotique mais

fig.33 / photographie personnelle du jardin itinérant réalisé lors d'un atelier thérapeutique au sein du CH Ainay-le-Château

tout aussi symbolique, nous pouvons noter la création d'un jardin itinérant au cours d'atelier thérapeutique (**fig.33**). Cette installation créée pour la participation à une activité culturelle mené dans une commune voisine d'Ainay-le-Château a été utilisée d'abord comme support thérapeuthqiue et pédagogique permettant la rencontre des patients de l'hôpital et d'élèves en école primaire du milieu ordinaire ayant participé à la co-création de ce jardin vertical. Micro-espace de rencontre entre les milieux, ce jardin a ensuite été exposé à l'abbaye de Noirlac, organisatrice de l'événement culturel, et comme pour l'aménagement du cimetière cette installation a agit comme médiateur permettant de représenter l'hôpital en dehors de ses murs. Finalement, en s'invitant dans l'aménagement du milieu ordinaire, non seulement l'hôpital parvient à amenuiser les barrières qui l'enclavent, mais il devient une ressource et un acteur du paysage.

c. Un bien commun en partage

En tant que bien commun, le paysage peut être perçu comme une ressource à partager, une portion du territoire au cœur de champs pluridisciplinaires, à la croisée des personnes et des compétences. Dans cette optique, évaluer la ressource que représentent les espaces verts de la psychiatrie pour le territoire les place en *commun* partagé entre l'hôpital et son environnement. *In fine*, nous verrons que cette approche engage à la valorisation du paysage.

Les sites hospitaliers comme lieu ressource pour leur environnement

> *«Ces minuscules jardins soulignent que l'ASM-13 à Paris n'est pas un lieu où les patients sont enfermés, éloignés de la ville et oubliés — ce n'est pas un asile dans la ville. Au lieu de cela, c'est un lieu de soin et de guérison qui offre des commodités aux travailleurs, aux résidents et aux voisins : tous partagent le parfum de la même parcelle de lavande et font l'expérience de la guérison comme quelque chose que l'architecture et l'infrastructure du quartier peuvent offrir de l'intérieur et de l'extérieur. Ces petits jardins adoucissent les frontières entre cure et vie quotidienne»* (TENHOOR, 2022)

Par la définition du paysage hospitalier et du paysage dans lequel il s'implante, l'hôpital peut finalement parvenir à s'ouvrir sur l'extérieur en devenant ressource de celui-ci. Comme le justifie une personne interrogée à propos du site de Charles Perrens, dans un contexte urbain les espaces verts de la psychiatrie représentent une ressource non négligeable autant qu'un moyen de déstigmatiser la santé mentale : *«Passer les murs de l'hôpital psychiatrique, ça se fait pas spontanément. Alors que c'est un parc. J'veux dire, dans le quartier on pourrait très bien venir ici profiter du parc. C'est ouvert.»*. (propos issus d'un entretien avec une personne associée à l'administration du CH Charles Perrens)

Dans le cas du CH Charles Perrens, au-delà d'être une potentielle ressource spatiale, l'hôpital entend être une ressource culturelle, comme nous avons déjà pu le voir. Cette ambition couvre l'idée de déstigmatiser l'hôpital, et repose sur les équipements et moyens de l'hôpital pour inverser son rôle vis-à-vis de la cité. Comme l'explique une personne interrogée au sein du CH Charles Perrens, associée à l'administration : *«on a des amphis»*, *«on a fait venir l'orchestre national de Bordeaux Aquitaine»*, *«l'hôpital doit tendre vers la culture, non pas que nous soyons des consommateurs, mais aussi des producteurs, ou des lieux de production»*. Cet enjeux prend diverses formes. Parmi les événements ayant participé à ouvrir l'hôpital sur

son environnement, nous notons un événement nommé *“Comment ça va, comment ça va vraiment”* qui consistait à recueillir le témoignages de diverses personnes pour réaliser ensuite une exposition dans l'hôpital. Réalisée à l’intérieur du site hospitalier et dans son environnement proche (rue du tauzin, rue de la béchade), cette initiative mêlant le discours de patients et de riverains permettait de créer une culture commune, en dehors de la catégorisation des participants, participant de fait à relier les personnes et à co-créer une culture et un regard commun grâce à l’initiative du CH Charles Perrens. Enfin, dans son contexte rural en manque d'événmeents culturels et à l’image des initiatives menées par l’hôpital de Bordeaux, nous pourrions supposer que les espaces verts d’Ainay-le-Chpateau puisse être mobilisés pour être le terrain d’une production d’offre culturelle ouverte au territoire.

Sur le terrain, le CH Ainay-le-Château nous montre la multiplicité des ressources qu’il représente pour l’environnement rural sur lequel il s’implante. Au regard spécifique des espaces verts, le site d’Ainay-le-Château a su tirer parti de sa ressource *«en herbe»* en ayant entamé récemment un partenariat avec un prestataire en éco-pâturage : le site accueille 11 moutons (**fig.34**) qui participe à l’entretien du parc. Rapidement approprié par les patients dont certains *«ne peuvent pas passer une journée sans aller les voir»* (propos d'une soignante) et par les services espace-vert qui ont intégré le changement des clôtures à leur pratique, la présence des moutons représente un intérêt commun, dans le sens où pour l’hôpital c’est une plus value participant à l’écologisation des pratiques, présente un intérêt de médiation animale dans la thérapie des patients, de même que pour le prestataire la présence d’herbe sur le site du CH a été d’un secours considérable lors des période de sécheresse de cet été,

fig.34 / photographie personnelle des moutons présents sur le site du CH Ainay-le-Château

comme l’explique un employé espace vert. De même, le format de prestation représenterait un avantage pour l’hôpital, car comme le précise un employé :*«on est pas bergers, alors si y a de la maladie..»* cela impacte peu les responsabilités de l’hôpital.

De manière plus élargie, du fait de son fonctionnement en AFT, l’hôpital d’Ainay-le-Château est d’abord un poumon économique par l’emploi des familles réparties sur 35 km autour de l’établissement, et par le recours aux grands distributeurs pour assurer son fonctionnement. Par ailleurs, par les activités thérapeutiques menées dans l’hôpital à travers les divers ateliers (menuiserie, terre, mosaïque, bricolage, bouture, créatif, encadrement, imprimerie), l’hôpital est un lieu de production et de commerce ouvert aux personnes extérieures. Par exemple,

fig.35 / photographie personnelle de l'enclos abritant les ruchers du CH Charles Perrens

fig.36 / photographie personnelle d'une cabane à oiseau disposée sur un peuplier du site du CH Charles Perrens

ces ateliers sont sollicités pour pour la fabrication d'encadrement de tableaux par des personnes extérieurs, ou encore pour l'impression de faire-part de mariage et des bulletins municipaux. Moyennant des moyens financiers revenant à l'Association des Oeuvres Sociales d'Ainay-le-Château, la ressource que l'hôpital représente pour l'extérieur est ainsi réinvestie dans l'hôpital et participe à son économie. Par ailleurs, ces productions sont vendues à l'extérieur de l'hôpital lors du Marché de Noel d'Ainay-le-Chateau ce qui représente un autre moyen de s'immiscer dans l'économie locale, et de s'impliquer comme acteur du paysage local. Pareillement, le site du CH Charles Perrens accueille des ruchers sur ces espaces extérieurs (**fig.35**), dont le miel parfumé aux tilleuls du parc est revendu à l'Association l'Amicale du personnel, et l'argent généré est donc réinvesti au sein de l'hôpital.

La qualification des ressources permet finalement de déceler le potentiel d'imbrication des intérêts portés par les espaces extérieurs de l'hôpital, conditionnel de la mise en *commun* du paysage. Réciproquement, en cherchant des acteurs ressources à l'extérieur du site hospitalier, l'hôpital s'engage dans son ouverture et dans la valorisation de son paysage.

Convier des approches pluridisciplinaires pour valoriser les aménagements paysagers

Par sa capacité à être un bien commun et en ce sens, à représenter une imbrication d'intérêts divers, les espaces verts de la psychiatrie appellent à concerter des regards et des compétences variées à même de participer à la fabrication et à la gestion des aménagements paysagers de la psychiatrie. En croisant les disciplines, l'hôpital parvient finalement à valoriser son paysage.

Entre tous ses aspects, l'hôpital de Bordeaux est aussi un lieu refuge LPO (Ligue pour la Protection des Oiseaux), et par conséquent signataire de la Charte des Refuges LPO. En ce sens, les espaces verts aménagent diverses cabanes à mésange, à chouette, à bergeronnette, réparties dans le parc de l'hôpital de manière à accueillir de l'avifaune (**fig.36**). Pour régler des nuisances causées par des pigeons, l'hôpital a fait l'acquisition d'un couple d'éperviers afin de les chasser. Le couple qui revient nicher chaque année sur site, fait l'objet d'un suivi des naissances supervisé par un membre de la LPO. Du fait de sa gestion écologique et de son attention à agir en faveur de la biodiversité via plusieurs aménagements, l'établissement de Charles Perrens a été labellisé "écojardin", ce qui a eu pour effet, entre autres, d'augmenter le budget alloué aux espaces verts pour pouvoir garder ce label, et perpétuer une image méliorative de l'hôpital et un cadre de vie de qualité pour ses pratiquants.

Par ailleurs, au sujet de la patrimonialisation des arbres remarquables du CH Charles Perrens, comme l'explique une personne interrogée sur le sujet, la classification des arbres leur permet d'être référencés par la ville de Bordeaux, et de fait, *«un arbre, une fois classé, devient un patrimoine national. Et ce patrimoine-là, Charles Perrens ne peut plus s' occuper. Ce ne sont plus notre personnel ici qui s'occupent. C'est les gens qu'envoient l'association, parce qu'ils savent comment découper, etc.»* (propos d'une personne associée à l'administration du CH Charles Perrens). La patrimonialisation amène donc à faire intervenir des personnes spécialisées au sein des aménagements paysagers, afin de garantir leur préservation. Au-delà de la préservation des seuls arbres, cette classification a par le passé su prémunir le parc de l'urbanisation, et

fig.37 / photographie personnelle des arbustes taillés par des patients du CH Ainay-le-Château lors d'une session d'ergothérapie

d'après les propos récoltés sur place, il a protégé une partie du site hospitalier du rachat par le CHU à proximité. Enfin, un effet non négligeable relevé par une autre personne et non des moindres : *«dans le plan de l'hôpital maintenant il y a les arbres»* (propos d'une personne associée à l'administration du CH Charles Perrens).

Dans le cas du CH Ainay-le-Château, nous avons pu voir que l'appropriation du parc par les différentes instances impliquées à l'hôpital participe à l'entretenir, notamment via des ateliers thérapeuthiques (**fig.37**), de même qu'en ayant conscience des ressources que le site représente, il permet de faire appel à des prestataires en mesure de participer à sa gestion, notamment en faisant appel à des services d'éco pâturage. Fort de la participation des patients à la fabrique du paysage hospitalier, et de ses pratiques éco-responsables, le jardin candidate actuellement à un concours organisé par l'association des Jardins d'Hippocrate basée à Chaumont sur Loire, visant à valoriser les initiatives promouvant l'aménagement des espaces verts dans les institutions médico-sociales. À

l’issue de ce concours, l’hôpital recevra potentiellement une récompense financière, ainsi qu’une formation en hortithérapie, favorisant ainsi l’appropriation du média jardin comme support de soin et son aménagement. Mais comme le souligne une personne interrogée, le prix n’est qu’un prétexte, la participation au concours étant déjà un moyen de valoriser le travail réalisé autour de l’aménagement paysager du centre hospitalier, ainsi que les patients y ayant pris part. Finalement, sous ses formes diverses, l’aménagement des espaces verts et la recherche de valorisation pour l’espace propre qu’il représente permettent de croiser les compétences et les regards, et est un moyen pour s’investir à en dehors des murs de l’hôpital.

Conclusion de partie

En définitive, une approche paysagiste de l’enjeu d’ouverture de l’hôpital sur la cité permet de trouver de nouveaux outils pour y répondre. Dans son intention à prendre en compte les vécus et les perceptions des différents acteurs impliqués par les aménagements paysagers de l’hôpital, l'outil paysage permettrait de croiser les différents points de vue afin d’en faire ressortir les spécificités. Par l'exercice de qualification du paysage qu'il induit, et en adoptant un rapport distancié, nous pouvons nous rendre compte des conflits d’intérêts potentiels que présente l’ouverture de l’institution sur son environnement. La confrontation des points de vue parvient finalement à mettre en exergue certaines qualités du paysage de la psychiatrie à préserver pour garantir son ouverture sur le paysage ordinaire. Il résulte donc que l'aménagement du paysage doit inclure des traitements différenciés, et garantir des aménagements associées à l'intime, des aménagements pour organiser l'accueil de la ville à l'intérieur de l'enceinte hospitalière, et des aménagements à l'extérieur du site pour pour donner une place au milieu de la psychiatrie dans le milieu ordinaire.

En s‘ouvrant sur le paysage, les espaces verts de la psychiatrie deviennent un bien commun à l’hôpital et à la cité. En ce sens, il nécessite d’évaluer la ressource qu’il représente pour son environnement, tant matérielle que immatérielle. Comme nous avons pu le voir sur le terrain, cela amène à inviter différents corps de métiers et compétences propres au paysage (LPO, élevage, apiculture...) de manière à partager et valoriser les sites hospitaliers, et ainsi à les inclure dans un paysage commun.

conclusion générale

Le paysage, un outil d'ouverture sur la cité

Dans le cadre de la psychiatrie, les sites hospitaliers souffrent d'une image d'enfermement et de privation de liberté qui résulte de leur histoire. Face à ces représentations culturelles prégnantes et des suites du changement de paradigme dans la conception des lieux de soin, les politiques publiques oeuvrent à banaliser la psychiatrie, notamment par la politique de seceur mise en place depuis les années 1960. Celle-ci agit en faveur de l'ouverture des sites hospitaliers sur leur territoire et sur la ville, en préconnisant de porter attention au cadre de vie et aux droits des personnes concernés par le soin de la santé mentale. Dans l'idée, ces ambitions tendent d'une part à amoindrir la distinction entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital en banalisant le lieu soin psychiatrique, et d'autre part à faciliter les transitions entre le lieu de vie (la ville) et le lieu de soin (l'hôpital) par les patients. Les espaces verts de la psychiatrie font alors figure d'interface entre l'institution et la ville, et sont appelés à être partagés entre un espace de soin et un espace public ouvert à la *cité*.

Si nous supposions initialement que les *"espaces verts"* de la psychiatrie étaient peu mobilisés au regard de l'ouverture de l'hôpital sur la cité, il résulte de notre analyse que les institutions en charge savent finalement avoir recours aux aménagements extérieurs en tant qu'objets symboliques pour faciliter la banalisation de leur paysage. Comme nous avons pu le voir, les espaces verts des sites hospitaliers permettent d'une part de déplacer le lieu de soin en dehors des murs de l'hôpital par la capacité propre au végétal à être vecteur de bonne santé. Par ailleurs, ce sont un espace *autre*, dans la mesure où ils permettent de s'échapper au milieu exclusivement médical, et évoquent le milieu ordinaire et la vie urbaine tout en restant protégés de la ville. Enfin, en reproduisant les codes du paysage urbain par un mimétisme de ses éléments (palette végétale, mobilier, équipements...), de ses événements culturels et de ses préoccupations écologiques, les aménagements extérieurs de la psychiatrie permettent finalement de réduire les frontières de l'hopital en transformant son image.

Cependant, si ces initiatives permettent d'ouvrir l'espace hospitalier à la ville, il semble que son accès à la *cité* dans la notion de droit qu'elle invoque ne soit pas encore permis, étant donné que les procédures d'aménagement des hôpitaux excluent entre autre les patients et leurs représentants des prises de décisions. En adoptant une approche paysagiste des espaces extérieurs de la psychiatrie et de son enjeu d'ouverture, nous pouvons alors faire émerger de nouvelles dynamiques repérées sur les cas d'études en faveur de l'intégration de l'hôpital à la *cité* et à ses paysages. Par la capacité du paysage à être médiateur entre ses acteurs, celui-ci amène à débattre des perceptions et des vécus associés aux pratiques des sites hospitaliers. Par le travail de définition que ce débat induit, résultent alors une catégorisation des espaces qui composent le paysage hospitalier, et par conséquent une différenciation des traitements des aménagements paysagers. La prise en considération de ces perceptions est alors un garant de la défense des intérêts de chaque personne incluse dans le paysage hospitalier, de même qu'elle suggère des conditions à son partage avec le paysage ordinaire. Enfin, le recours à l'outil de médiation paysagère permettrait d'évaluer les ressources que représente le site hospitalier pour le territoire dans lequel il s'implante et pour son environnement. En ce sens, cela amènerait à mettre en place des coopérations avec des disciplines externes à la fonction médicale, voire propre au paysage, et joueraient en faveur de la mise en commun des espaces verts de la psychiatrie avec ceux de la *cité*.

Une recherche à poursuivre dans la cité

Aussi, cette recherche nous a permis de révéler le besoin d'aménager des espaces à l'extérieur des sites hospitaliers pour trouver des lieux inclusifs où représenter la maladie mentale et y sensibiliser dans le milieu ordinaire. Comme l'explique Estelle Alquier lors de sa conférence à Saint-Vincent-de-Tyrosse lors de la SISM, du fait que

le paysage ait une incidence sur la santé mentale, nous pouvons poser la question de la responsabilité des aménageurs de l'espace public sur l'exclusion que représentent certains lieux publics pour les personnes en souffrance psychique. Comme l'explique Henri Maldiney en 1985 *«l'architecte, l'urbaniste, l'ingénieur sont les responsables (du moins les plus visibles) des structures spatiales de notre environnement, par le relais desquels nous communiquons avec les êtres, les choses et nous même dans un monde. En chiffrant l'espace, il engagent l'homme dans un rythme ou le vouent à une arythmie»* (BARRERE, GROUT, 2018, p.9). Cette perception de la conception de l'espace amène à penser un devoir de responsabilité vis-à-vis des vécus qu'implique l'acte d'aménager. Au regard de la santé mentale, cela signifie que prendre en considération les droits des personnes concernées (qui se chiffrent à un tier de la population en France) nécessite de les considérer au-delà des seuls aménagements paysagers réalisés par l'hôpital, mais cela concernerait aussi l'espace public de la *cité* dans son ensemble.

Dans cette idée, notre enquête nous a amenés à prendre connaissance du travail des CLSM (Conseil Local de Santé Mentale), des instances crées à partir de 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé qui a instauré les PTSM (Projet Territoriaux de Santé Mentale) et favorisé leur mise en place au sein des collectivités. Leurs missions sont diverses, mais leur intérêt réside surtout dans leur organisation. Reposant sur une structure horizontale, les CLSM s'attachent à réunir tout acteur de la santé mentale autour de tables rondes : représentants de personnes concernées par les soins, de leur famille, des associations, des gestionnaires des structures de soin, etc. Piloté par des coordinateurs et indépendant des cadres institutionnels, les CLSM permettent de faire remonter les demandes de chaque acteur, et rassembler les moyens en mesure de répondre à ces demandes.

Dans le cas du CLSM de Bordeaux Métropole, celui-ci mène diverses actions dans le paysage public visant à sensibliser à la santé mentale pour en banaliser et en prévenir le soin. Lors de la conférence tenue au CH Charles Perrens lors de la SISM, la présidente du CLSM de Bordeaux a expliqué que la collectivité avait récemment engagé un projet de végétalisation des cours d'écoles à la suite du confinement pour prévenir des troubles de la santé mentale chez les élèves et favoriser leur bien-être. Récemment, le CLSM a aussi été sollicité par deux associations représentantes des usagers et de leur famille (l'UNAFAM et l'ARI) afin de mettre en place une résidence accueil pour des personnes malades et/ou handicapées psychiques. Destiné à proposer des logements individuels pour favoriser l'inclusion et l'autonomie des résidents, ce projet repose sur *«un enjeu très fort, que ce soit implanté dans la cité, à proximité des commerces [...] C'est pas pour faire quelque chose en dehors de la ville, et puis on les "parque", et voilà quoi»* comme l'explique une personne interrogée. Pour mener ce projet, le CLSM a donc réuni les différents acteurs des politiques de santé de la ville parmi lesquels on trouve les services d'urbanisme de la métropole Bordelaise. Démarche novatrice dans le cadre de la santé mentale, le recours aux aménageurs permet de garantir une situation foncière du projet intégrée à un paysage urbain, à proximité des partenaires de santé, des commerces, des transports et des lieux de sociabilité. Cette démarche vise tant à un objectif de réhabilitation psycho-sociale qu'à une recherche de déstigmatisation du soin de la santé mentale. Elle est aussi un nouveau moyen mis en oeuvre par les acteurs de la santé mentale pour s'inclure à la *cité* en ayant recours à ses paysages, et en en devenant acteur. Pour nous, ces initiatives marquent de nouvelles perspectives de recherche invitant à poursuivre l'exploration du lien entre le recours au paysage et la bonne santé mentale initié dans ce mémoire.

bibliographie

AÏT MEHDI Gina, 2018, «*Ma fada*» du cabanon, (In)Hospitalités et spatialités ordinaires dans un service de santé mentale au Niger, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.147-158

ANESM, 2012, *Synthèse, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, document non publié [en ligne]. URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese_rbpp-ouvenvironnement.pdf

BACHELARD Gaston, 2020 (réédition de l'ouvrage publié la première fois en 1957), *La poétique de l'espace*, Paris, éditions Quadrige

BATAILLE Jérôme, 2017, Les recommandations architecturales, In. BUBIEN Yann, JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, *Archtiecture pour la psychiatrie de demain*, Rennes, éditions Presses de l'EHESP, p.165-174

BARRÈRE Céline, GROUT Catherine, 2018, introduction, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.7-22

BENDAHMANE Lina, 2018, Par-delà le corps immobilisé, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.217-220

BERCOVITZ Rémi, « L'invention de la médiation paysagère », *Projets de paysage* [En ligne], 26 | 2022, mis en ligne le 28 septembre 2022, consulté le 22 décembre 2022. URL : http://journals.openedition.org/paysage/29045

BESSE Jean-Marc, 2018, *La nécessité du paysage*, Marseille, éditions Parenthèses

BORNAND Elvire, HAPPI Line, 2018, L'espace physique et symbolique du prendre soin quand la relation se complique : le parcours de soin des patients amputés, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.77-88

BOUTEFEU Emmanuel, 2007, « La nature en ville : des enjeux paysagers et sociaux », *Géoconfluences*, [en ligne] URL : http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/paysage/PaysageViv.htm

CASTRO Victor, 2017, Le point de vue de l'architecte : la nouvelle archtiecture psychiatrique et les enjeux sociétaux, In. BUBIEN Yann, JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, *Archtiecture pour la psychiatrie de demain*, Rennes, éditions Presses de l'EHESP, p.29-36

BUGNON Géraldine, FRAUENFELDER Arnaud, NADA Éva, 2015, « S'ouvrir sur l'extérieur » : une réforme saisie par les professionnels d'un centre éducatif fermé, *Espaces et sociétés*, Espaces d'enfermement (n°162), p.111-128

CHARTRÉ-LEFEBVRE Félix, TESSIER Alexandra, 2018, De l'accessibilité universelle à l'hospitalité : penser un nouveau cadre théorique pour l'inclusivité sociale

des environnements, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.115-126

CLS Bordeaux Métropôle, [document non daté], *Indicateur de santé de la ville de Bordeaux*, document non publié [en ligne]. URL : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2022/09/07-Bordeaux.pdf

CONSEIL DE L'EUROPE, 2000, *Convention du Conseil de l'Europe sur le paysage*, document non publié, [en ligne] URL : https://rm.coe.int/16807b6bc8

DUQUESNOY Sylvie, 2018, Récits, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.227-231

FERRATA Claudio, 2020, Le paysage comme remède, *Les Carnets du Paysage*, Paysage de la santé, Santé du paysage (n°37), [pagination inconnue]

FOUCAULT Michel, 2009 (retranscription d'un conférence radiophonique prononcée en 1966), *Les corps utopiques, les hétérotopies*, éditions Lignes

GAILLARD Raphaël, DE MARICOURT Pierre, 2017, Le point de vue du médecin : l'évolution des modes de prise en charge, In. BUBIEN Yann, JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, *Archtiecture pour la psychiatrie de demain*, Rennes, éditions Presses de l'EHESP, p.25-28

GUILLER Natacha, 2018, Poétique de l'hospice, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.209-216

GOZÉ Tudi, VERGNES Julie, MASSAT Frédérique, 2018, Accueil et espace dans le soin psychothérapique institutionnel : expérience de l'atelier «plante», *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.173-178

HALLÉ Francis, 2011, *Du bon usage des arbres, un plaidoyer à l'attention des élus et des énarques*, Arles, éditions Actes Sud

JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, 2017, Les éléments clés d'une opération de conception construction, In. BUBIEN Yann, JAGLIN-GRIMONPREZ Cécile, *Archtiecture pour la psychiatrie de demain*, Rennes, éditions Presses de l'EHESP, p.121-130

LABARCHÈDE Manon, 2018, Repenser l'hospitalité pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : représentations de l'habitat et pratique de l'espace, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.89-98

LE BRETON David, 2020, *Marcher la vie, un art tranquille du bonheur*, Paris, éditions Métailié

LEFEBVRE Bertrand, PETIT Mélanie, VAGUET Alain, 2012, *Lieux de soins et paysages thérapeutiques. Du concept à la méthode. (Healthcare places and therapy landscapes. From concept to method)*, In: Bulletin de l'Association de géographes

français, 89e année, 2012-2, La géographie de la santé en France, p. 214-223, [en ligne] URL : https://www.persee.fr/doc/bagf_0004-5322_2012_num_89_2_8258

MARGIER Antonin , 2013, L'espace public en partage, Expériences conflictuelles de l'espace et marginalisation, *Cahiers de géographie du Québec*, 57(161), p.175–192. [en ligne] URL : https://doi.org/10.7202/1024899ar

PARADA Carlos, 2015, « Accueil, folie et institutions », *VST - Vie sociale et traitements, 2015/2 (N° 126)*, p. 30-38, [en ligne] URL : https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2015-2-page-30.htm

PETIT Mélanie, 2010, *Les paysages thérapeutiques : éléments de différenciation de l'offre de soin ?*, mémoire de M2 de géographie,Université de Rouen, UFR des Lettres et Sciences Humaines, Département en Géographie, [en ligne]. URL : https://lisolisa.hypotheses.org/files/2012/03/Master2-M%C3%A9lanie-Petit-2010.pdf

PIERRON Jean-Philippe, 2018, Pour une philosophie de l'attention spatiale, Architecture des soins et soin de l'architecture, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.137-146

SEVERO Donato, 2018, Le *continuum* de l'hospitalité, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.49-62

TENHOOR Meredith , « Des architectures du soin : », *Terrain* [En ligne], 76 | mars 2022, mis en ligne le 03 mai 2022, consulté le 29 décembre 2022. URL : http://journals.openedition.org/terrain/23254 ; DOI : https://doi.org/10.4000/terrain.23254

THÉVAL Arnaud, 2018, Ni sexy ni attractif, *Cahiers thématiques, Architecture et Paysage - conception/territoire/histoire/matérialité*, Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence (n°18), p.187-194

annexes

p.74-79 *Dossier de présentation du CH Ainay-le-Château*

annexe 01 / plan d'établissement du CH Ainay-le-Château *(source : services techniques CH Ainay-le-Château)*

annexe 02 / Plan IGN du site du CH Ainay-le-Château *(source : géoportail.fr)*

annexe 03 / photographies satellite du site du CH Ainay-le-Château *(source : géoportail.fr)*

annexe 04 / photographies historiques du site du CH Ainay-le-Château *(source : géoportail.fr)*

annexe 05 / capture d'écran de la présentation de l'établissement sur le site internet du CH Ainay-le-Château *(source : http://chs-ainay.fr/)*

annexe 06 / capture d'écran de la présentation de l'histoire du CH Ainay-le-Château sur le site internet du CH Ainay-le-Château *(source : http://chs-ainay.fr/)*

p.80-85 *Dossier de présentation du CH Charles Perrens*

annexe 07 / plan d'établissement du CH Charles Perrens *(source : https://www.ch-perrens.fr/)*

annexe 08 / plan IGN du site du CH Charles Perrens *(source : géoportail.fr)*

annexe 09 / photographies satellites du site du CH Charles Perrens *(source : géoportail.fr)*

annexe 10 / photographies historiques du site du CH Charles Perrens *(source : géoportail.fr)*

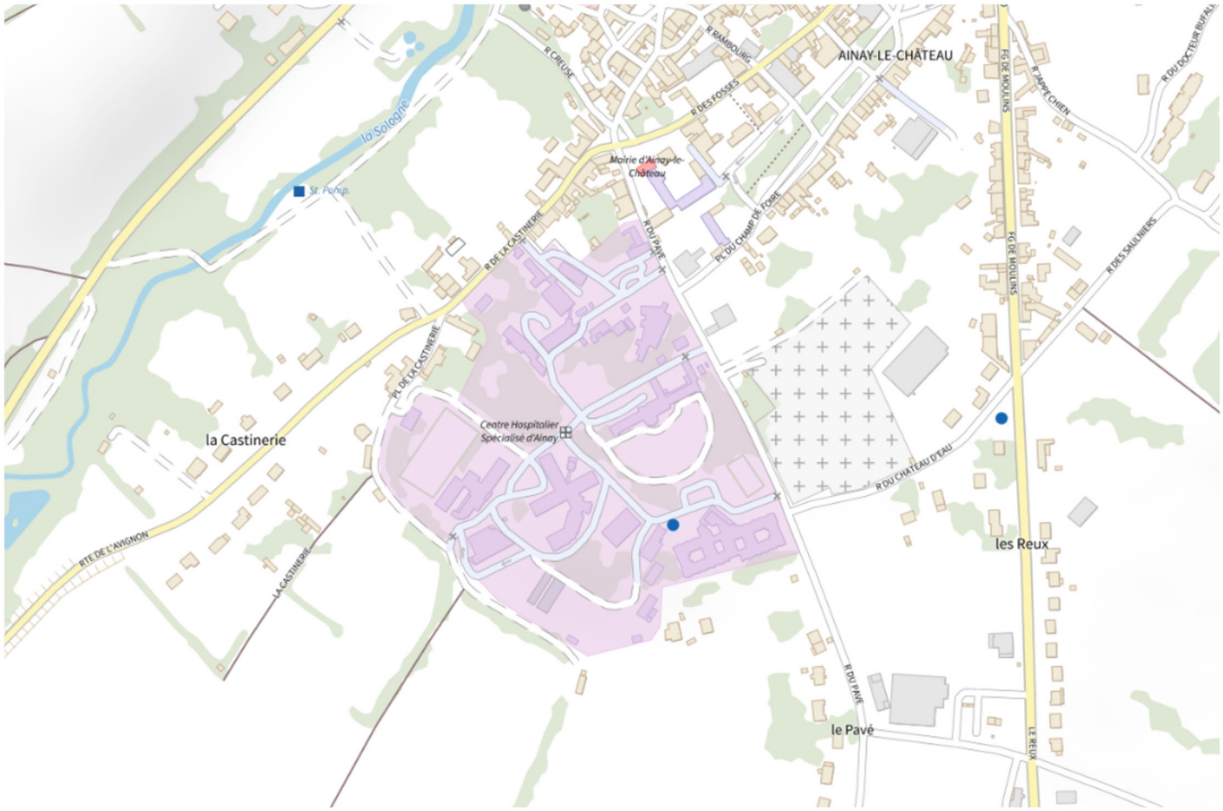
annexe 11 / capture d'écran de la présentation de l'établissement sur le site internet du CH Charles Perrens *(source : https://www.ch-perrens.fr/)*

annexe 12 / capture d'écran de la présentation de l'histoire du CH Charles Perrens sur le site internet du CH Charles Perrens *(source : https://www.ch-perrens.fr/)*

annexe 01 / plan d'établissement du CH Ainay-le-Château *(source : services techniques CH Ainay-le-Château)*

Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay-le-Château_ plan IGN

0 500 N



Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay-le-Château_ plan IGN

0 100 N

annexe 02 / Plan IGN du site du CH Ainay-le-Château *(source : géoportail.fr)*

Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay-le-Château_ photographie satellite

0 500 N

Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay-le-Château_ photographie satellite

0 100 N

annexe 03 / photographies satellite du site du CH Ainay-le-Château *(source : géoportail.fr)*

Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay-le-Château_ photographie historique 1950 0 500 N

Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental d'Ainay-le-Château_ photographie historique 1950 0 100 N

annexe 04 / photographies historiques du site du CH Ainay-le-Château *(source : géoportail.fr)*

Le Centre Hospitalier d'Ainay le Château est un Etablissement Public de Santé Mentale qui œuvre dans deux domaines :

PSYCHIATRIE ADULTE

Le Secteur :
Selon le principe de la sectorisation, le Centre Hospitalier a la responsabilité du secteur nord ouest du département de l'Allier.

L'Accueil Familial Thérapeutique vise à favoriser la réadaptation et la réinsertion des patients adultes.

L'objectif de ce mode de prise en charge est d'offrir à des patients ne pouvant vivre seuls mais ne justifiant pas pour autant de soins en milieu fermé, une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles, d'autonomie et de resocialisation.

L'accueil est réalisé au sein d'une famille. L'accueillant familial thérapeutique est recruté par le Centre Hospitalier. Il travaille en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et participe à la mise en œuvre des projets thérapeutiques des patients qui lui sont confiés.

Seule l'hospitalisation libre permet ce type de soins.

L'admission des patients est nationale.

LES SOINS DE LONGUE DUREE

L'Unité de Soins de Longue Durée a pour mission d'assurer une prise en charge globale, médicale, sociale et psychologique des personnes âgées de plus de 60 ans, ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante ou un traitement d'entretien continu.

annexe 05 / capture d'écran de la présentation de l'établissement sur le site internet du CH Ainay-le-Château
(source : http://chs-ainay.fr/)

HISTOIRE

En 1892, le Docteur Auguste MARIE est nommé Directeur de la première colonie familiale à Dun sur Auron (Allier). Ainay le Château, annexe de Dun depuis 1898 devient **autonome en 1900 sous la direction du Docteur Wolf.** Une infirmerie de sept lits est installée.

Devant l'exiguïté des locaux, le Préfet de la Seine en 1901 décide d'une **nouvelle implantation.** L'ancienne manufacture de porcelaine est achetée.

En 1904, 261 placements sont répartis dans 6 communes dont 2 équipées de petites infirmeries. Dès 1933, le problème de l'occupation des pensionnaires est évoqué par le Docteur Vié, médecin directeur. Ce problème sera source de nombreuses polémiques durant des décennies.

En 1939, on dénombre 885 patients et les nourriciers sont au nombre de 481. Les travaux de la nouvelle infirmerie commencent. Elle ne sera définitivement opérationnelle qu'en 1953.

L'établissement fête son **cinquantenaire le 6 juin 1950** en présence du Ministre de l'époque. A cette occasion, on inaugure des **nouveaux services :** imprimerie, atelier de reliure, cordonnerie, bibliothèque ainsi qu'un cabinet dentaire.

Au cours des années 50, les neuroleptiques et les psychotropes font leur apparition. En 1964, on dénombre un peu moins de 1 200 patients. Ils sont répartis dans environ 600 accueils dans dix communes autour d'Ainay le Château.

Les années 70 verront la construction de **nouveaux bâtiments :** unités de soins, logement du personnel, premier atelier d'ergothérapie, château d'eau...

De 1989 à 1991, le statut des familles d'accueil évolue vers un **métier d'Accueillant Familial Thérapeutique.**

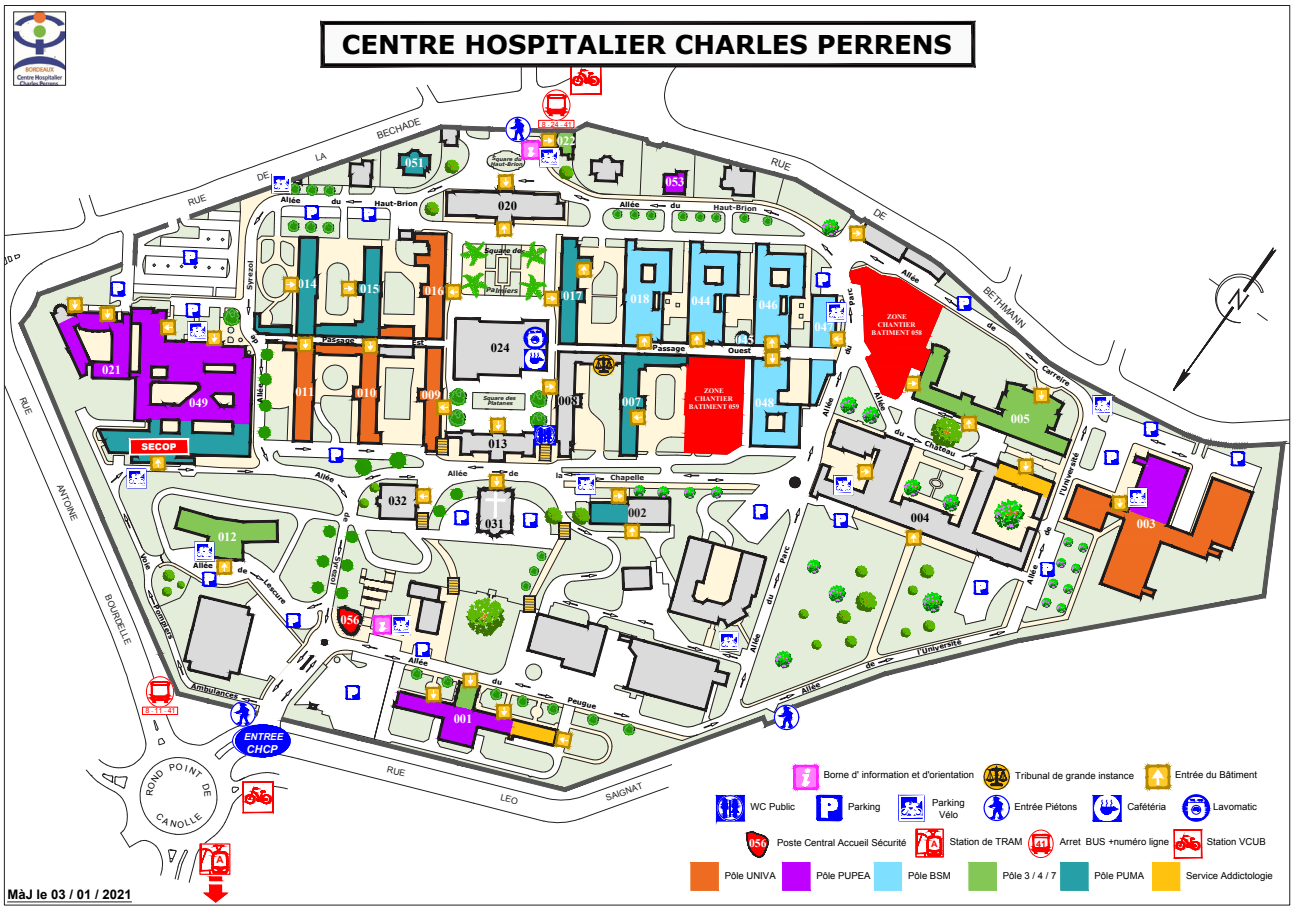
En 1995, les travaux du **Centre de Vie** s'achèvent.

En 1998, un **pavillon de Long Séjour** (USLD) comportant 40 lits est ouvert.

Achevés en juillet 2008, les travaux réalisés dur le bâtiment **Ergothérapie** en ont doublé la surface.

En 2014, la **pharmacie à usage interne** emménage dans un bâtiment nouvellement construit.

annexe 06 / capture d'écran de la présentation de l'histoire du CH Ainay-le-Château sur le site internet du CH Ainay-le-Château *(source : http://chs-ainay.fr/)*



POLE PUMA

¤ Consultations	(Bâtiment 017)
¤ ARGUIN	(Bâtiment 017)
¤ C.R.P.	(Bâtiment 051)
Centre régional psychotraumatisme	
¤ E.M.G.P.	(Bâtiment 017)
¤ E.P.I.C.	(Bâtiment 049)
¤ FALRET	(Bâtiment 015)
¤ Médecine Somatique	(Bâtiment 014)
¤ MOREL	(Bâtiment 007)
¤ POST-URGENCES	(Bâtiment 049)
¤ SECOP	(Bâtiment 049)
¤ TRANSGENDER	(Bâtiment 002)

POLE BSM

¤ Consultations	(Bâtiment 047)
¤ BSM 1	(Bâtiment 046)
¤ BSM 2	(Bâtiment 044)
¤ BSM 3	(Bâtiment 018)
¤ CHARCOT	(Bâtiment 048)

POLE UNIVA

¤ Consultation	(Bâtiment 003)
¤ CARREIRE 1	(Bâtiment 003)
¤ CARREIRE 2	(Bâtiment 003)
¤ CARREIRE 3	(Bâtiment 003)
¤ CARREIRE 4	(Bâtiment 003)
¤ CARREIRE 6	(Bâtiment 003)
¤ DUMESNIL	(Bâtiment 009)
¤ E.C.T.	(Bâtiment 003)
Unité de soins Electroconvulsivothérapie	
¤ FOVILLE	(Bâtiment 016)
¤ GENIN	(Bâtiment 011)
¤ TOULOUSE	(Bâtiment 010)
¤ U.T.E.P.	(Bâtiment 003)

POLE 3 / 4 / 7

¤ Consultations	(Bâtiment 005)
¤ Consultations	(Bâtiment 012)
¤ Centre Expert Anxiété et Dépression	(Bâtiment 001)
¤ Centre Expert Bipolaire	(Bâtiment 012)
¤ Centre Expert Schizophrénie	(Bâtiment 012)
¤ CERPAD	(Bâtiment 001)
Centre de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression	
¤ CRIAVS-ERIOS	(Bâtiment 022)
Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles	
¤ EMSI²	(Bâtiment 002)
Equipe Mobile de Soins Intensifs et Initiaux	
¤ LESCURE 1	(Bâtiment 012)
¤ LESCURE 2	(Bâtiment 012)
¤ REGIS	(Bâtiment 005)
¤ SMPR (annexe)	(Bâtiment 022)

POLE PUPEA

¤ Consultations	(Bâtiment 001)
¤ Consultations	(Bâtiment 021)
¤ Consultations	(Bâtiment 049)
¤ CRA	(Bâtiment 001)
Centre ressources autisme	
¤ CCS	(Bâtiment 001)
Centre consultations spécialisées	
¤ EMR ASE	(Bâtiment 021)
Equipe mobile ressource aide sociale à l'enfance	
¤ HDJ Crise	(Bâtiment 021)
Hôpital de jour de crise	
¤ P.C.O. T.N.D	(Bâtiment 053)
Plate forme coordination et orientation Trouble neurodéveloppement	
¤ R.P.P. U.M.E.	(Bâtiment 003)
Réseau Psychiatrie Périnatale	
¤ S.A.F.T.	(Bâtiment 049)
Service Accueil Familial Thérapeutique	
¤ UPSILON	(Bâtiment 049)
Unité psychiatrie infanto-juvénile et de liaison de Gironde	
¤ UTAA	(Bâtiment 049)
Unité traitement ambulatoire adolescents	

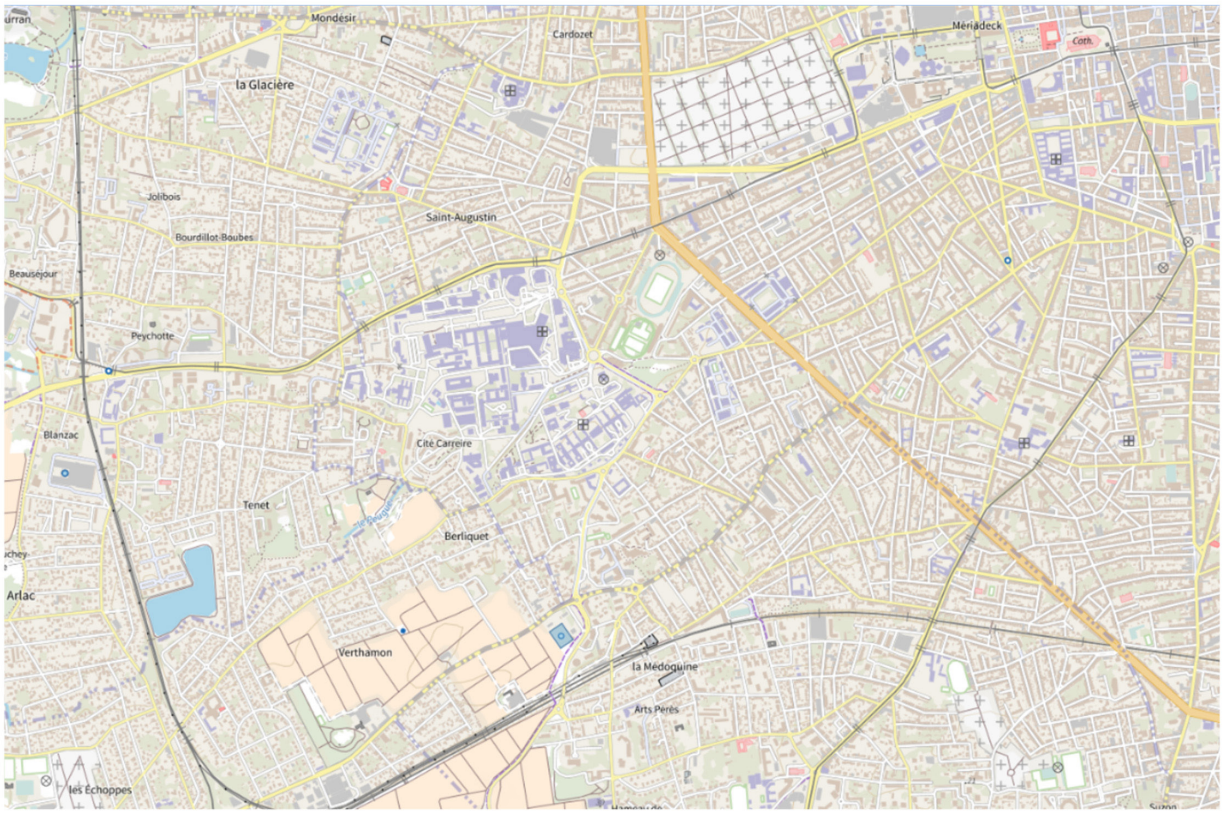
Pôle Inter-Etablissements ADDICTOLOGIE

¤ ADDICTOLOGIE 1	(Bâtiment 004)
¤ ADDICTOLOGIE 2	(Bâtiment 004)
¤ ADDICTOLOGIE 3	(Bâtiment 001)

AUTRES

- Administration Générale	(Bâtiment 020)
- Amphithéâtre	(Bâtiment 013)
- Cafétéria	(Bâtiment 024)
- Chapelle	(Bâtiment 031)
- C.U.M.P.	(Bâtiment 021)
- E.E.G.	(Bâtiment 002)
- Esthétique	(Bâtiment 024)
- IFSI	(Bâtiment 004)
- Internat	(Bâtiment 004)
- Kinésithérapie	(Bâtiment 024)
- Lavomatique	(Bâtiment 024)
- P.C.A.S.	(Bâtiment 056)
- Pharmacie	(Bâtiment 032)
- Psychomotricité	(Bâtiment 024)
- Salle de Sport	(Bâtiment 008)
- Salle Polyvalente	(Bâtiment 024)

annexe 07 / plan d'établissement du CH Charles Perrens *(source : https://www.ch-perrens.fr/)*



Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, Bordeaux_ plan IGN

0 500 N

Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, Bordeaux_ plan IGN

0 100 N

annexe 08 / plan IGN du site du CH Charles Perrens *(source : géoportail.fr)*

Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, Bordeaux_ photographie satellite

0 500 N

Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, Bordeaux_ photographie satellite

0 100 N

annexe 09 / photographies satellites du site du CH Charles Perrens *(source : géoportail.fr)*

Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, Bordeaux_ photographie historique 1950

0 500 N

Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens, Bordeaux_ photographie historique 1950

0 100 N

annexe 10 / photographies historiques du site du CH Charles Perrens *(source : géoportail.fr)*

Présentation

Le Centre Hospitalier Charles Perrens est un établissement Public de santé doté de la personnalité morale et sous tutelle de l'État représenté par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. Comme tous les hôpitaux publics, il est chargé d'une mission de service public en matière de diagnostic, de soins, d'enseignement et de recherche. Avec la sectorisation psychiatrique dont il a reçu en 1986 toute la responsabilité administrative et financière, ses missions s'étendent de la prévention à la postcure des maladies mentales.

La zone d'attraction géographique de la population hospitalisée s'étend sur :

- Sur la ville de Bordeaux
- Les communes de Bordeaux Métropole situées sur la rive gauche de la Garonne
- L'ouest du département, de Lesparre à Arcachon

Pour certains services la zone d'attraction de population hospitalisée s'étend sur toute la région Nouvelle - Aquitaine.

Le Centre Hospitalier forme avec l'Université et le groupe hospitalier Pellegrin du CHU de Bordeaux un des plus importants pôle hospitalo-universitaire de France.

annexe 11 / capture d'écran de la présentation de l'établissement sur le site internet du CH Charles Perrens
(source : https://www.ch-perrens.fr/)

Histoire

La légende de Charles Perrens

La légende rapporte qu'au XVI siècle un marchand Arnaud Giraud, perdit la raison car il avait perdu sa fortune sur un navire qui fut considéré comme perdu. Son vaisseau revint un jour et son propriétaire retrouva argent et esprit.

Par compassion pour les malheureux dont il avait partagé le sort, il créa un petit hôpital sur le terrain qu'il possédait dans l'endroit dans le quartier Saint Jean à Bordeaux (1551). Cet hôpital, dénommé Enclos-Guiraud, subit des transformations au cours des siècles. Complètement remanié sur ordre de Napoléon Ier, il devint l'asile Saint jean en 1802. Pour répondre aux nécessité de la loi sur les aliénés votée en 1838 on va construire un nouvel asile, Château-Picon, qui est inauguré en 1890. Le département de la Gironde possédera deux établissements pour les malades mentaux : l'un consacré aux hommes, Cadillac, l'autre consacré aux femmes, Château-Picon. Les politiques de santé mentale élaborées à partir de 1960 conduiront à la mixité des deux établissements. En 1974, l'hôpital psychiatrique Château-Picon reçoit une nouvelle appellation sous le vocable de centre hospitalier Charles-Perrens. Cette mesure était symbolique : on entendait rompre avec le passé alors que débutait une nouvelle politique de santé-mentale, en particulier par la mise en place de la sectorisation et de nouvelles pratiques résolument orientées vers le développement des soins extra-hospitaliers.

Au cours de ces trente dernières années, le centre hospitalier Charles Perrens s'est inscrit dans une dynamique créative des plus innovantes en matière de soins psychiatriques, d'enseignement et de recherche. Situé près de l'université de Bordeaux et du groupe hospitalier Pellegrin du CHU de Bordeaux, le centre hospitalier Charles Perrens est au cœur des dispositifs de soins de santé publique de la communauté urbaine de bordeaux.

annexe 12 / capture d'écran de la présentation de l'histoire du CH Charles Perrens sur le site internet du CH Charles Perrens *(source : https://www.ch-perrens.fr/)*

École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Bordeaux

année universitaire 2022/2023

SANCHEZ Alwin

////////////// RÉSUMÉ //

Fortement impacté par les représentations culturelles de la maladie mentale et l'imaginaire autour de l'hôpital de psychiatrie, le soin de la santé mentale est l'objet d'une politique de désenclavement menée depuis le milieu du XXème siècle par des politiques publiques en faveur de son inclusion sur les territoires. Autrefois limitée à la multiplication des lieux et méthodes de soin extra-hopitaliers, cette politique dite de secteur appelle aujourd'hui les hôpitaux de psychiatrie à s'ouvrir sur la *cité*, dans ce qu'elle revêt de citoyenneté, de culture, et d'espaces en partage. Si la discipline du paysage ne semble pas porter de regard sur ce nouvel enjeu, d'autres disciplines connexes comme la géographie de la santé, l'architecture, ou encore les textes politiques et réglementaires tendent à l'évoquer par l'utilisation d'un vocabulaire analogue. Face à ce constat, ce mémoire s'attache à étudier la place qu'occupent les aménagements paysagers en vue de l'ouverture de l'hôpital de psychiatrie sur la cité, en s'appuyant sur l'étude de terrain de deux sites hospitaliers situés dans la métropole de Bordeaux (33), et sur la commune rurale d'Ainay-le-Château dans l'Allier (03). Partagés entre un espace de retraite en faveur du bien-être, et un espace ouvert invitant l'esprit de la ville, les paysages de la psychiatrie tendent à être transformés en un bien commun.

////////////// ABSTRACT //

Highly impacted by the cultural representations of mental illness and an imaginary world surrounding the psychiatric hospital, the health system has been conducting a policy since the middle of the 20th century to open up mental health care by promoting its inclusion in the territories. Today, this so-called sector policy calls on hospitals to open toward urban areas in all of its citizenship aspects, culture and shared spaces. If landscape design does not seem to take into account this new issue, other disciplines such as health geography, architecture, and political and regulatory texts tend to evoke it by using a similar vocabulary. Faced with this observation, this dissertation aims to study the place occupied by landscaping to open up the psychiatric hospital towards the city, based on a field study of two hospital sites located in the metropolis of Bordeaux (33), and in the rural commune of Ainay-le-Château in the Allier (03). Divided between a retreat space promoting well-being, and an open space inviting the city's spirit, the landscapes of psychiatry call for their transformation into a common good.

############## MOTS-CLEFS ##############

hôpital - psychiatrie - aménagements paysagers - espaces verts - santé mentale - ouverture sur la cité - politique de secteur