

◦ Prendre soin de la vieillesse ◦



Le rôle et l'adaptation de l'architecture thérapeutique dans la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Le cas de l'Institut Marcel Rivière.

Justine Beaugrand

Avant-propos

Dès l'enfance, j'ai côtoyé un lieu dont je ne soupçonnais en rien la véritable nature. Avec l'ERPD, mon école située à proximité de la résidence gériatrique Denis Forestier, nous nous rendions fréquemment au théâtre de cet Institut, un espace ouvert à tous, où l'art effaçait toute idée de soin ou d'institution psychiatrique. Ce n'est que bien plus tard, lors d'une mission d'archivage effectuée l'été au sein de l'extension administrative, dernier bâtiment avant sa démolition, que le site révéla une autre facette de son histoire.

Les nouvelles emprises bâties, surgissant au cœur d'un vaste chantier, marquaient la fin d'une ère dont j'ignorais jusque-là l'existence. Ce paysage en transformation fit émerger la conscience d'un passé effacé, d'un lieu dont la mémoire se dissolvait progressivement sous ses nouvelles fondations.

Un an plus tard, à la fin de ma première année de licence en architecture, je fis mes premiers pas au sein de l'EHPAD. J'y découvris un ensemble fraîchement construit, encore brut de décoffrage, où des résidents déplacés quittaient leur lieu de vie d'origine, pourtant situé à seulement deux cents mètres. Dans cet environnement neuf et dénué de repères familiers, l'architecture semblait encore chercher sa place auprès de ceux qu'elle devait accueillir.

Certains lieux s'inscrivent dans nos vies bien avant que nous en comprenions le sens. Ils nous accompagnent en silence, familiers et pourtant énigmatiques, façonnant nos souvenirs sans jamais se livrer pleinement. L'architecture, loin d'être un simple cadre bâti, devient alors le support d'une mémoire collective et intime, capable de révéler autant que de dissimuler.

[fig. 1] Photographie en couverture : le barbecue, 20 juin 2025. Photographie personnelle.

- Sommaire

Préface	9
Lexique	10
Introduction	12
État de l'art	16
 Partie 1 : L'Institut Marcel Rivière – La forme fragmentée au service du soin mental	 20
La Mutuelle de l'Education Nationale	26
Vers une autre méthode de soin	32
Étude de cas d'un site expérimental	34
L'échelle du pavillon	48
 Partie 2 : Adaptation, le cas de la reconstruction	 56
Le devenir de l'Institut Marcel Rivière au XXI ^{ème} siècle	62
Le projet de transformation	72
Détails sur l'EHPAD	84
Notion d'espaces sécurisés et sécurisants	92
 Partie 3 : Retour d'expérience : la pratique du soin en architecture au sein de l'EHPAD	 96
Santé mentale et vieillissement	102
Recherches et observations	106
Approches de l'espace	118
L'EHPAD de demain	124
 Conclusion	 132
Notes de fin	138
Table des illustrations	142
Table des matières	148

Préface

La dimension liée à la psychiatrie en EHPAD représente une exploration concrète du lien, paradoxalement invisible, entre le soin psychiatrique et la manière dont les résidents perçoivent et interagissent dans et avec leur espace.

Ayant travaillé au sein de cette structure, ce sujet de mémoire illustre concrètement ma propre expérience enrôlant en quelque sorte la position de l'usager. M'ayant particulièrement intéressée d'un point de vue social et organisationnel, j'ai décidé d'orienter mon mémoire vers ce sujet qui m'interroge grandement. Ainsi, tout au long de mon cursus, mon implication directe dans cette problématique a suscité en moi le désir de l'explorer davantage, que ce soit à travers l'élaboration d'un projet intergénérationnel durant ma troisième année, la rédaction de mon rapport de licence sur le sujet du logement, ou encore à travers l'écriture de ce mémoire.

De plus, le fait d'avoir poursuivi ma première année de master à Varsovie, en Pologne, a constitué une excellente occasion d'explorer une méthode et une structure différentes, notamment dans un contexte où l'accès aux soins psychiatriques est relativement limité. En effet, cela a permis d'explorer la façon dont la psychiatrie est traitée dans le cas spécifique des personnes âgées, en prenant compte de son histoire et sa continuité.

À travers de nombreuses observations, notamment des circulations et des espaces partagés dans un espace minutieusement défini, mais également des liens tissés avec de nombreux résidents, j'ai ainsi choisi d'orienter le sujet vers une observation qui demeure encore floue aujourd'hui : la prise en charge psychiatrique et les soins en EHPAD, du passage et de la transition d'un espace restreint à un espace commun.

Ce mémoire s'inscrit dans une expérience mémorielle traversée par différentes temporalités. Il se construit à partir de mon usage du bâtiment en tant que professionnelle, mais également de ma perception du lieu en tant que future architecte et stagiaire au sein de l'agence en charge du projet, AIA Life Designers.

« Comment vous occupez-vous de vos aînés ? »

Remarque faite par une collègue ASH, août 2021.

Lexique

La mise en place d'un lexique s'est avérée être primordial. En effet, effectuant des recherches dans un domaine qui ne semble pas me concerner directement, la distinction des différents termes relevant du médical m'a semblé indispensable.

- o CATTP : centre d'aide thérapeutique à temps partiel.
- o Centre Thérapeutique Résidentiel Spécialisé (CTRS) : Structure d'hébergement médicalisée, généralement fermée ou sécurisée, accueillant des patients présentant des troubles psychiatriques nécessitant un suivi thérapeutique intensif dans un cadre résidentiel.
- o ESPACE : Cadre physique, perceptif, représentatif ou conceptuel à l'intérieur duquel des objets réels ou représentés, mobiles ou immobiles, animés ou non animés, sont situés et déplacés, activement ou passivement, dans un système de relations spatio-temporelles.
- o DÉMENGE : Affaiblissement mental global frappant l'ensemble des facultés psychiques et altérant progressivement, avec l'affectivité et l'activité volontaire du patient, ses conduites sociales.
- o IMR : Institut Marcel Rivière.
- o PSYCHIATRIE : Spécialité médicale consacrée à l'étude, au diagnostic et au traitement des maladies mentales.
- o PSYCHISME : Structure mentale de l'être humain, ensemble de ses caractères psychiques.
- o PSYCHOLOGIE QUOTIDIENNE : Ensemble de concepts, savoirs et raisonnements qui permettent aux gens, dans la vie quotidienne, de comprendre les comportements et les renforcements, et de prédire ce qui advenir en la matière.
- o PSYCHOMOTEUR (SYNDROME) : Constellation de symptômes qui caractérisent la présence simultanée d'insuffisances psychologiques et motrices en relation avec des dysfonctionnements cérébraux.
- o THERAPIE INSTITUTIONNELLE : Le terme psychothérapie institutionnelle apparaît dans les années 1950 pour caractériser une psychiatrie ouverte (hôpitaux sans murs d'enceinte), fondée sur une relation « égalitaire » entre soignants et soignés et dans laquelle la vie de groupe est considérée comme importante
- o LE PÔLE MÉDECINE SSR : Soins de suite et de Réadaptation
- o L'Unité de Vie Protégée (UVP) « Alzheimer » : L'unité de vie « Alzheimer » correspond à un service d'hébergement et de vie collective protégé. Elle est conçue pour des personnes présentant des troubles du comportement, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, désorientées, démentes et déambulantes qui ont besoin de vivre librement dans

un milieu sécurisé. L'hébergement des personnes âgées psychiquement dépendantes doit s'organiser en relation avec les espaces extérieurs, soit généralement au niveau le plus bas (rez-de-jardin, rez-de-chaussée), selon une unité de vie clairement identifiée mais présentant les mêmes conditions d'hébergement que les autres locaux de sommeil. Ces secteurs proposeront également une logistique médico-technique, des locaux de vie communautaire et des aires de déambulation spécifiques à leur service.

- o Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : Il propose, durant la journée, aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales, ludiques et thérapeutiques. Cet accueil de jour interne à l'établissement offre, au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, un environnement adapté aux besoins des personnes accueillies.
- o L'Unité Géro-onto-Psychiatrique (UGP) : L'UGP est destiné à accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans présentant des pathologies psychiatriques stabilisées et compatibles avec la vie en collectivité. Son rôle est d'établir un projet de prise en charge individualisé afin de maintenir l'autonomie, accompagner les besoins et assurer un soutien psychologique.
- o L'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) : L'UHR est un espace aménagé dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) afin d'héberger des personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée entraînant d'importants troubles du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie. Contrairement aux PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) qui accueillent les résidents à la journée, les UHR proposent un accompagnement nuit et jour.
- o Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : Les élèves orientés en ULIS sont ceux qui, en plus des aménagements et adaptations pédagogiques et des mesures de compensation mis en œuvre par les équipes éducatives, nécessitent un enseignement adapté dans le cadre de regroupements.
- o Unité Psychiatrie pour Personnes Âgées (UPPA) : Unité fermée au sein d'un EHPAD destinée à accueillir des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et/ou psychiatriques avec troubles du comportement, nécessitant un cadre sécurisé et un accompagnement renforcé.
- o Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Structure ou service hospitalier assurant la prise en charge de patients après une phase aiguë (médecine ou chirurgie), afin de favoriser la rééducation, la réadaptation et le retour à l'autonomie. Depuis la réforme de 2022, les SSR sont officiellement intégrés dans la dénomination SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation).

Sources : *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Larousse, 2002 – *Abécédaire pour la construction et la restructuration des Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes, recommandations techniques et architecturales*, ADAUHR, Juin 2012, 65p, pour les personnes âgées.gouv, éducation.gouv

Introduction

La psychiatrie désigne la partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales et les troubles du psychisme. Depuis les années 1960 en France et la mise en place de la politique de secteur en psychiatrie, la prise en charge de la santé mentale a évolué vers une approche de désinstitutionnalisation, intégrant les patients atteints de démence hors des murs de l'hospitalisation¹.

Dans les années 1960, la question de la vieillesse finit par s'imposer dans le débat public. L'espérance de vie étant d'ores et déjà croissante, une recrudescence de personnes âgées avec des antécédents psychiatriques a été visiblement perçue. Le nombre de personnes âgées dites « psychiatriques » a donc cessé de s'intensifier. De plus, la réduction des lits hospitaliers a conduit à cette ouverture vers l'extérieur ; les hôpitaux psychiatriques, autrefois des asiles, ont laissé place à une émergence d'alternatives telles que les CATTP (centre d'aide thérapeutique à temps partiel), les hôpitaux de jour, les équipes mobiles et les unités spécialisées².

Les personnes âgées, dites stabilisées, ont été orientées vers les EHPAD. La problématique centrale de cette étude réside dans la compréhension des dynamiques entre la thérapie de l'esprit, la perception personnelle et l'interaction commune des résidents dans leur environnement partagé : l'EHPAD. Le placement et le rôle des seniors constituent l'une des préoccupations majeures de notre temps.

L'isolement et la stigmatisation des malades n'étant plus tout à fait d'actualité, la prise en charge générale des différents maux psychologiques reste à ce jour sujette à différentes interrogations : les personnes souffrant de ces troubles ont-elles leur place dans une telle structure ? Comment s'opèrent la cohésion entre les résidents psychiques et leurs pairs ? Comment se développe l'évolution du statut de « patient » à « résident » ? Quel espace leur est dédié, et comment est-il concilié à leur surveillance ? Comment se déploie la connexion entre l'espace clos et l'espace social ?



[fig. 2] Illustration ancienne d'une chambre capitonnée à l'hôpital psychiatrique Saint-Anne à Paris, Gaildrau, publié sur L'Illustration, Journal Universel, 1868.



[fig. 3] Carte postale de l'IMR, 1968. Archives MGEN.

Mon cas d'étude principal s'est directement dirigé sur le site de l'Institut Marcel Rivière, et plus précisément sur l'actuel centre thérapeutique et logistique MGEN, dont la réalisation s'est achevée en 2018.



[fig. 4] Plan de l'établissement, photographie de 2006.

La MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, a été créée en 1947 sur la base des sociétés de secours mutuel mises en place dès le 19^{ème} siècle pour assurer la protection sociale des enseignants. Le site, obtenu dans les années 50 par l'organisme, avait pour intention initiale de construire un troisième sanatorium, après Sainte-Feyre (Creuse) et Saint-Jean d'Aulps (Haute-Savoie), afin de lutter contre la tuberculose. En réponse, la MGEN décide de se concentrer sur la psychiatrie, influencée par les témoignages des militants mutualistes sur les conditions complexes des asiles.

Ce changement de programme marque ainsi le début de l'investissement de la MGEN dans le domaine psychiatrique, visant à transformer les conditions et les traitements dans les asiles. L'appel à Paul Silvadon, psychiatre novateur et engagé dans une réforme de la psychiatrie française, a permis une orientation pertinente du site. Silvadon, ayant déjà créé un centre de traitement et de réadaptation sociale (CTRS) à Ville-Évrard et travaillant comme expert pour l'OMS, participe à une enquête internationale en 1956 pour établir les bases d'un hôpital psychiatrique modèle³. Premier directeur de l'établissement, il a de ce fait perçu l'impact de l'espace sur les programmes thérapeutiques pour les patients, développant une réponse à contre-courant à une époque où l'enfermement était encore de mise.

3. BERNARD, Paul, Les organismes psychiatriques de la mutuelle générale de l'éducation nationale. Sous la direction de P. SILVADON, P. CHANOIT, R. AMIEL, G. CATHELAIN. L'information psychiatrique. 1961.



[fig. 5] Retour des patients vers leurs pavillons.

L'établissement est conçu en totale rupture avec le type d'asile traditionnel, comme en témoignent le rejet des figures principales des asiles tels que « les clés, les serrures et les blouses blanches »⁴. À la place, des espaces sont aménagés sous forme d'un établissement ouvert via la mise en place de villages, avec des pavillons de plain-pied de 30 lits, ouverts sur un environnement agréable et juxtaposés à des ateliers. Le nombre de patients est limité à 300 afin d'éviter le surpeuplement, souvent présent dans les anciens établissements.

Par conséquent, une grande importance est accordée à la conception architecturale, qui joue un rôle thérapeutique : l'alternance de lignes et de courbes, ainsi que de petits et grands espaces, vise à créer des environnements sécurisants favorisant la réadaptation des patients. L'hôpital dispose également d'infrastructures sociales et culturelles de qualité, dont un théâtre, accessible aux habitants des communes voisines, afin de faciliter l'intégration sociale des patients mentaux.

Ce lieu « a marqué de manière significative l'histoire immobilière de la MGEN tout en révolutionnant l'approche de la santé mentale. Au cœur de ce « village » thérapeutique, les connexions avec autrui, la nature, et la culture sont des éléments essentiels. Ainsi, dès ses débuts, le programme envisageait l'implantation en pleine nature d'un centre de soins, d'un théâtre, de salles de musique, ainsi que d'un restaurant commun destiné au personnel et aux résidents »⁵.

Depuis janvier 2013, l'Institut Marcel Rivière avait été regroupé, juridiquement et administrativement, avec le centre gériatrique Denis Forestier, autre établissement de la MGEN ouvert par la suite et également implanté sur la commune de La Verrière. Ce centre se caractérisait par de petites maisonnettes de deux étages maximum, connectées par des passages entièrement vitrés au cœur d'un espace boisé. Le projet de reconstruction, prévu dès 2016, offre une envergure importante, avec un effectif global de la fusion de ces deux centres sur l'un des sites, motivée par des problèmes de gestion et de coûts, a conduit à leurs démolitions⁶.

Les terrains côté gare ont été cédés à l'établissement public foncier d'Ile-de-France, où devrait se réaliser le futur quartier Gare-Bécannes de la ville, tandis qu'un nouvel ensemble a été érigé sur l'autre, avec la maîtrise d'œuvre architecturale confiée à AIA Life Designers, avec SPI Batignolles comme mandataires. Cette situation représente une solution adaptative, mettant en évidence la transformation et, dans ce cas précis, la non-préservation du bâti.



[fig. 6] Le travail artisanal de la terre ; modelage, travail au tour, la sculpture avec des niveaux croissants de difficulté et un grand parcours dans la maîtrise du matériau.

4. MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, ONTENIENTE Roger, CHANOIT Pierre-François, *L'Institut Marcel Rivière, un dispositif psychiatrique d'avenir (Les Cahiers de La Verrière)*, 1986.

5. AIA Life Designers. Centre thérapeutique et logistique MGEN, La Verrière (en ligne).

6. A2MO. « Retour sur un projet d'envergure : Le regroupement de l'Institut MGEN de La Verrière et de l'Hôpital Denis Forestier – La Verrière (78). » A2MO, 2021 (en ligne).

En quoi les évolutions des modèles de prise en charge psychiatrique transforment-elles les dispositifs spatiaux des établissements de soin, et comment l'architecture, entendue comme organisation des espaces, gestion des seuils, de l'intimité, de la surveillance et des usages, peut-elle devenir un véritable acteur thérapeutique plutôt qu'un pur cadre bâti ?

À travers ce mémoire, il s'agit d'examiner les raisons pour lesquelles la rénovation de cet hôpital a conduit à la décision de procéder à une reconstruction totale plutôt qu'à la conservation et à la transformation du site existant. Il s'agit de comprendre les facteurs économiques, techniques, architecturaux et sociaux qui ont influencé cette décision. Mon objectif est de discerner les motivations derrière cette orientation vers une reconstruction complète, tout en explorant les impacts sur la continuité, l'usage et la préservation historique et patrimoniale. Mon échange en Pologne a également permis d'élargir mes recherches grâce à une perspective internationale. Cette réflexion me permet de comparer l'organisation des pôles psychiatriques selon leur origine et d'émettre un diagnostic. J'ai notamment visité l'historique centre thérapeutique de Tworki et le pôle psychiatrique de l'hôpital moderniste Bródnowski.

De plus, il s'agit ici d'interroger en quoi les valeurs fondamentales de l'architecture psychiatrique ont évolué entre ces deux programmes successifs. Cette analyse devra permettre de comprendre comment des principes essentiels ont été réinterprétés ou modifiés. Cela concerne notamment le rapport à la nature, l'articulation cruciale entre les espaces intimes et les espaces collectifs, ainsi que la qualité des environnements et des ambiances générées. In fine, il conviendra d'examiner l'évolution des usages et des dynamiques relationnelles entre soignants et patients, et d'observer comment les dispositifs de soin eux-mêmes ont été directement impactés par ces choix architecturaux distincts.

[fig. 7] Le théâtre ; élément majeur du site, photo prise lors de sa destruction
Archives MGEN



État de l'art

Concernant le projet de 1960, de nombreuses sources indiquent que ce projet novateur a quelque peu révolutionné la pratique psychiatrique en France grâce à son organisation et son implantation, permettant une « thérapie institutionnelle ». Malgré cela, peu de documents se concentrent sur l'architecture originelle. On peut cependant citer Charlotte Siney-Lange, docteure en histoire, spécialisée dans l'histoire sociale et plus particulièrement dans l'histoire de la mutualité. Elle a notamment écrit plusieurs ouvrages sur la mutualité et ses institutions, comme par exemple « *À l'initiative sociale : les grands combats de la MGEN* » (2015) et « *La Mutualité : grande semeuse de progrès social – 1850-1976* » (2018), qui m'ont permis d'en connaître davantage sur l'histoire de la mutualité et du « cas particulier » de la MGEN.

Le projet actuel ne dispose également d'aucune documentation écrite, à l'exception de la présentation du projet par la maîtrise d'œuvre AIA et des articles régionaux relatant l'achèvement de la reconstruction. Plus surprenant encore, aucune critique n'a été formulée quant à la démolition du centre dans le cadre du projet de transformation. À travers l'exposé sommaire du parti architectural et fonctionnel, qui contient la justification des choix adoptés et présente les différentes maîtrises d'ouvrage, il a été constaté qu'aucune des propositions n'a intégré le projet existant, ni envisagé la réhabilitation et l'extension du patrimoine en place.

D'un point de vue plus large, de nombreux articles et ouvrages ont été réalisés par des acteurs importants de la maîtrise d'ouvrage, comme Paul Silvadon, premier directeur du centre, et Jean Garrabé, son successeur à ce poste. L'architecte en titre, Marcel Astorg, a également fait l'objet de nombreux articles en raison de son approche moderniste et de son attention aux qualités de vie offertes aux patients. Il s'est rapproché de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), sous l'impulsion de Marcel Rivière, dont les objectifs correspondaient à ses orientations politiques. Il a ainsi modifié ou édifié de nombreux centres de la MGEN, dans une écriture architecturale variée. Également, des citations d'artistes ayant effectué des résidences sur l'ancien site sont toujours disponibles, avec notamment le livre de Madeleine Abassade, anciennement directrice du Relais Mutualiste (organisation s'occupant du centre social du site) intitulé « *Danser avec les fous, expériences de l'art en milieu psychiatrique à l'Institut Marcel Rivière* ».

Par ailleurs, la mise en place d'une liste d'établissements similaires à l'établissement MGEN de La Verrière, notamment via le livre *Architecture pour la psychiatrie de demain*, sous la direction de Yann Bubien et Cécile Jaglin-Grimonprez, permet

d'établir des comparaisons et d'observer les différentes méthodes de transformation. Voici une liste non exhaustive des bâtiments présentant des similitudes :

- Le Vinatier, édifié en 1876, qui a été soumis à une mutation en 2009.

- L'Établissement Public de Santé (EPS) de Ville-Évrard est l'un des principaux hôpitaux spécialisés en psychiatrie et en santé mentale en Île-de-France. Construit au XIX^{ème} siècle, il s'agit de l'hôpital psychiatrique le plus complexe construit en France. Situé principalement à Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis), il couvre un large territoire et dessert une population importante de 33 communes du département. Héritier d'une longue histoire (l'ancien « asile de Ville-Évrard » a ouvert en 1868), l'établissement s'est modernisé pour répondre aux principes de la psychiatrie de secteur.

- La transformation de l'hôpital de Cery, 2023. Un exemple intéressant présentant les mêmes caractéristiques que l'Institut Marcel Rivière, à savoir un exemple intéressant et historiquement important, laissant place à un « élégant édifice modulaire »⁷. L'Hôpital de Cery, situé à Prilly (près de Lausanne), est l'un des sites les plus emblématiques de la psychiatrie en Suisse romande et fait partie du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois). Ces dernières années, le site a vécu une véritable métamorphose, passant d'un modèle « asilaire » du XIX^{ème} siècle à un campus hospitalier contemporain, ouvert et intégré à la cité.

7. « Franchir le seuil de l'Hôpital psychiatrique de Cery, précisément 150 ans après l'inauguration d'un premier asile sur le même site, revient à entamer un nouveau chapitre dans la jeune histoire de cette discipline. Dans son acception littérale, la médecine de l'âme ou de l'esprit – *psyche iatros* – décrit une spécialité récente, qui s'est détachée de la neurologie dans le dernier quart du XIX^e siècle. Les premiers traitements psychotropes, quant à eux, datent des années 1950. C'est l'époque qui a vu la mise en service des anciennes unités cliniques, complexe pavillonnaire désormais démolie pour faire place à un élégant édifice modulaire, caractérisé par sa forme en lacets intégrée à la topographie. » « Extrait de la présentation de projet », CHUV, 2023.



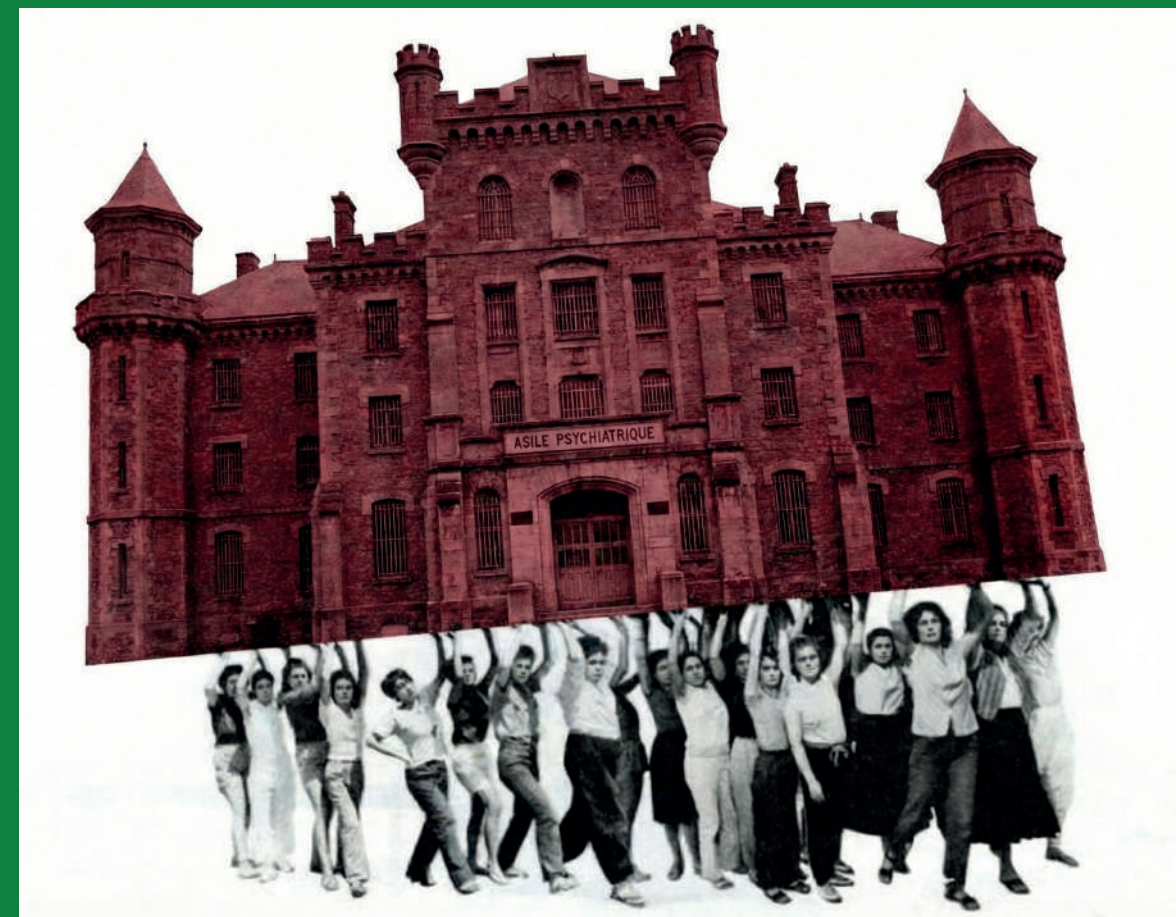
[fig. 8] Vue intérieure de l'hôpital de Ville-Évrard, Neuilly-sur-Marne. Blancard Hippolyte, 1871.

« Nous avons constaté que, dès l'instant où nous donnions des réponses à la pauvreté de l'interné, celui-ci changeait totalement de position, il devenait non plus un fou mais un homme avec lequel nous pouvions entrer en relation. Nous avons alors compris qu'un individu malade a comme première nécessité non seulement le traitement de sa maladie mais de nombreuses autres choses : il a besoin d'un rapport humain avec celui qui le soigne, il a besoin de réponses réelles regardant son être, il a besoin d'argent, d'une famille et de tout ce dont nous-mêmes, médecins qui le soignons avons besoin. Voilà ce que nous avons découvert : le malade n'est pas seulement un malade, mais un homme avec tous ses besoins. »

Franco Basaglia, conférence intitulée « les techniques psychiatriques : instruments de libération ou d'oppression », 18 juin 1979 à São Paulo



[fig. 10] Ugo Guarino, OPP Trieste, 1977-80.



[fig. 11] Le modèle asilaire remis en question.
Collage personnel.

◦ 1^{ère} partie

L'Institut Marcel Rivière – La forme fragmentée au service du soin mental

« M. Silvadon voulait que l'institut soit comme un grand village. Un village ouvert, pas une prison. [...] L'architecture était essentielle dans le projet. Tout a été étudié pour soigner ».

Marie-Aline Quémener,
infirmière au sein du centre thérapeutique de La Verrière, 2024

Ce concept initial et fragmenté repose sur des espaces de vie plus petits et autonomes, comparables à des maisons au sein d'un village, offrant un environnement plus familial et moins institutionnel. Ces espaces procurent un sentiment de sérénité tout en restant encadrés et sécurisés. Cette approche vise à réduire le sentiment d'isolement et à promouvoir une meilleure qualité de vie pour les résidents. L'accès de plain-pied aux espaces verts et aux zones partagées, que ce soit au sein de l'unité résidentielle ou à l'extérieur (comme les ateliers dédiés, le restaurant, la bibliothèque ou le théâtre), renforce les interactions sociales. Bien que ces interactions puissent être compliquées au départ en raison des différentes pathologies, elles sont également rendues difficiles dans des environnements contraints. Les analyses architecturales de ce centre montrent que l'intégration d'espaces verts, de lieux de socialisation et de structures à échelle humaine favorise le bien-être, à la fois psychologique et physique, des patients.

Dans cette première partie, nous dresserons un état des lieux de la psychiatrie en France, en retraçant ses principales périodes et courants, afin de situer l'histoire de la MGEN et son influence sur la prise en charge psychiatrique. Nous aborderons ensuite une nouvelle méthode de soin mise en place par la MGEN, qui a permis la création d'un site novateur pour la psychiatrie française, en analysant ses principes et son impact sur l'organisation des soins. Nous nous intéresserons ensuite au laboratoire d'expérimentation créé par la MGEN et à l'Institut Marcel Rivière qui en a découlé, en montrant en quoi ce bâtiment représentait une avancée pour l'époque, tant sur le plan architectural que thérapeutique.

Enfin, nous conclurons par une étude de l'échelle du pavillon et de ses différents aspects, afin de comprendre leur influence sur la vie quotidienne des patients et l'organisation des soins.

1• La Mutuelle générale de l'Éducation nationale

Les origines

Contexte - l'histoire des mutuelles

Face à l'urbanisation rapide, à l'émergence de la classe ouvrière et à une misère sociale généralisée, il n'existait aucune protection sociale étatique au XIX^{ème} siècle. Les travailleurs, souvent déracinés, n'avaient alors aucun filet de sécurité en cas de maladie, d'accident du travail ou de chômage.

Apparu à la fin du XVIII^{ème} siècle, le mouvement mutualiste, qui se développe tout au long du XIX^{ème}, est à l'époque pratiquement le seul à intervenir pour accompagner et protéger les personnes en cas de maladie. La Charte de la Mutualité de 1898 marque une grande étape : elle donne aux mutuelles un statut légal officiel, les définissant comme des organisations à but non lucratif et les distinguant des syndicats et des assurances privées.

4. MGEN. L'histoire de MGEN (en ligne).

Créée en 1946, dans la foulée de l'instauration de la Sécurité Sociale en 1945, la MGEN gère à la fois le régime obligatoire d'assurance maladie pour les fonctionnaires de l'Éducation Nationale (elle agit en remplacement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et leur assurance complémentaire. Elle est devenue l'un des piliers de la protection sociale des enseignants et un acteur majeur de l'économie sociale et solidaire en France ⁴.

[fig. 12] Création de la MGEN, 1946, photographie, MGEN (2025), L'histoire de MGEN.



Prendre soin de la vieillesse

La MGEN - historique

À sa création en 1946, la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) ne part pas de zéro. Elle est le fruit de la fusion de 130 sociétés de secours mutuels enseignantes, apparues depuis le milieu du XIX^e siècle en France. Parmi elles, l'Union nationale des sociétés de secours mutuels d'instituteurs et d'institutrices de France et des colonies (UNSSMI ou union des sanatoriums) et l'Antituberculeuse de l'enseignement public de la Seine se démarquent par les œuvres sociales qu'elles ont créées et qu'elles lèguent à la jeune Mutuelle.

A partir des deux sanatoriums de Sainte-Feyre (Creuse) et de Saint-Jean d'Aulps, ouverts en 1906 et 1932 et du dispensaire de la rue du Commandant Lamy, à Paris, créé en 1902, la MGEN met en œuvre un réseau d'établissements médico-sociaux à la pointe du progrès médical.

La lutte antituberculeuse est à ce stade bientôt complétée par la psychiatrie, le troisième âge, le handicap, la convalescence et la rééducation fonctionnelle, ainsi que des centres médicaux ⁵.

Politique médico-sociale de la MGEN

La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) est une mutuelle issue de la fusion de nombreuses sociétés de secours mutuels d'enseignants. Elle constitue un cas particulier dans le paysage mutualiste en raison de son engagement historique et structurant dans le secteur médico-social.

La situation de la psychiatrie dans les années 50 inspirait la peur et l'impuissance : la seule ressource était l'internement par voie administrative ou judiciaire dans les hôpitaux pour la plupart vétustes et encombrés et à qui on donnait encore le nom d'asiles d'aliénés.

En 1956, dix ans s'étaient écoulés depuis les journées psychiatriques de l'après-guerre. Celles-ci avaient marqué la volonté des psychiatres français de rompre avec les structures asilaires traditionnelles et de faire bénéficier leurs malades des progrès récents. Une élaboration thérapeutique et architecturale fut ainsi mise en place, s'appuyant sur les visites et les enquêtes de plus de cent institutions psychiatriques ⁶.

5. SINEY-LANGE, Charlotte, Soigner autrement ? : la politique médico-sociale de la MGEN : 1947-1991. Thèse de doctorat. 2006. 156p.

6. BERNARD, Paul, Les organismes psychiatriques de la mutuelle générale de l'éducation nationale. Sous la direction de P. SILVADON, P. CHANOIT, R. AMIEL, G. CATHELAIN. L'information psychiatrique. 1961.

Paul Silvadon

La refonte de la psychiatrie française

Paul Silvadon (1907-1992), psychiatre français aux différentes casquettes (il est également secrétaire général de la Ligue d'hygiène mentale et expert pour l'OMS) a profondément marqué le paysage de la santé mentale, notamment par son engagement auprès de la MGEN. Au sein de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), il fut l'acteur majeur de la politique de santé mentale. Ainsi, dès 1956, il fut chargé de concevoir et de mettre en œuvre l'ensemble des services psychiatriques de la mutuelle.

Fort de son expérience, notamment en tant que chef de service à l'EPS de Ville-Évrard en 1943 où il met en place des psychothérapies collectives innovantes⁷, le professeur Silvadon cherchait à cette époque à rénover les pratiques psychiatriques. Il recherchait les moyens de déployer ces méthodes novatrices dans un cadre dynamique, dont son expérience l'a inspiré pour la conception de l'Institut Marcel Rivière à La Verrière.

« L'IMR demeure longtemps comme l'hôpital le plus moderne du monde [...] dont tout psychiatre rêverait d'avoir la charge »

« Centenaire de la pharmacie mutualiste des Beaux-Arts (1877-1977) », 1977, archives de la Mutualité Française, boîte 95.

La création du docteur consistait à montrer, que contrairement aux croyances de l'époque, la plupart des maladies mentales pouvaient guérir ou être améliorées sous réserve d'offrir des conditions d'accueil humanisées, de disposer d'un personnel nombreux qualifié et de privilégier des méthodes thérapeutiques non contraignantes.

Il avait constaté également que bien des troubles mentaux, précocement traités, ne justifiaient pas d'hospitalisation et proposa à la MGEN un programme d'ensemble de lutte contre les maladies mentales qu'elle accepta de mettre en œuvre. Le parti choisi, pour une expérience novatrice, a été de valoriser la liberté du malade et d'abandonner toute référence à la contrainte physique et aux soins imposés.

Également, il est de réduire l'obligation d'hospitalisation en inventant des méthodes de traitement ambulatoires et en créant des établissements nouveaux de soins à temps partiel : centres de santé mentale, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques. Il a fallu attendre plus de 30 ans pour que l'ancienne loi de 1838 sur l'internement soit abrogée et remplacée par la loi du 27 juin 1990 qui recommande ces nouvelles méthodes⁸.

Il a instauré la classtherapie sur l'Institut Marcel Rivière de La Verrière. Il s'agit de l'une des modalités de la psychothérapie institutionnelle. « Elle ouvre à des échanges entre les malades et les soignants qui leur donnent des informations d'ordre général et d'ordre singulier sur leurs troubles et leurs traitements, et à la possibilité qu'ils croisent ces informations à partir d'échanges entre eux en expliquant ce qu'ils vivent »⁹.

7. au sein d'une structure expérimentale : le Centre de traitement et de réadaptation sociale (CTRS).

8. Ensemble de documents historiques présents dans la bibliothèque pour les résidents. Paragraphe décrivant les idées nouvelles sur la psychothérapie du Professeur Paul Silvadon.

9. CAIRE, Michel. « Classification des psychothérapies institutionnelles », Histoire de la psychiatrie en France, (en ligne).

Marcel Astorg

Son rôle au sein du processus de conception

Marcel Astorg est né à Paris le 30 janvier 1901 et mort à Neuilly-sur-Seine en 1982. Architecte, peintre et sculpteur, il a beaucoup travaillé pour des organismes mutualistes (et en particulier la Mutuelle générale de l'Éducation nationale, MGEN) et pour l'Office public de HLM de la ville de Paris (OPHLMVP)¹⁰.

Après des études de sculpture dans divers ateliers, entre autres chez Antoine Bourdelle, Marcel Astorg étudie l'architecture à l'école des Arts décoratifs. Exerçant à son compte à partir de 1938, il s'inscrit à l'ordre des architectes après la libération.

Après la guerre, il se rapproche de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), sous l'impulsion de Marcel Rivière (1901-1960), et dont les objectifs correspondent aux orientations politiques de Marcel Astorg, qui, au moins avant la guerre, était proche du communisme (il effectue avec son épouse Raymonde un voyage en URSS en 1933). Il modifie ou édifie de nombreux centres de la MGEN, dans une écriture variée, d'un modernisme parfois ponctuel, mais toujours attentive aux qualités de vie offertes aux patients.



[fig. 13] Marcel Astorg. Photographie issue de son portfolio d'agence. Archives du fond lié à l'architecte, Cité de l'Architecture.

[fig. 14] Cliché de Gabriel Jacob, vers 1961.



En décembre 1949, Marcel Astorg, alors architecte pour la MGEN, rend un rapport très positif à la suite de sa visite du château de La Verrière: « Cette propriété est de premier ordre. [...] Le château peut abriter dans une vaste organisation l'administration, les appartements directoriaux, et des logements de personnels supérieurs. Le parc permettrait la réalisation, au point de vue architecture, du grand programme de centre médico-chirurgical qu'envisage la MGEN »¹¹.



[fig. 15] L'entrée du site. Archives, Ville de La Verrière.

Son binôme formé avec Paul Silvadon

Le rôle tenu par Marcel Astorg au sein des discussions avec Paul Silvadon est révélateur de la place centrale de l'architecture qui prend une fonction thérapeutique. Ainsi, l'opposition entre lignes droites et courbes et entre petits et grands espaces est délibérée: il s'agit de créer une alternance entre lieux sécurisants et insécurisants, favorisant le recouvrement des fonctions adaptatives du malade. De la même manière, le choix d'un effectif de trois cents patients n'est pas le résultat du hasard. Si un tel chiffre peut aujourd'hui paraître excessif, il faut noter que la moyenne des établissements psychiatriques tourne à l'époque autour de huit cents lits¹².

Fruit d'une étroite collaboration de plusieurs années, leur travail sur l'Institut Marcel Rivière à La Verrière est un cas d'école de ce dialogue constant, où l'architecte ne se contente pas de « loger » une fonction, mais participe activement, par la conception des espaces, à la stratégie de soin.

10. Astorg-Bollack, Françoise. « Marcel Astorg – architecte et peintre, 1901-1982. Œuvres 1940-1970 », 2016.

11. Marcel Astorg, architecte, et Camille Aigreault, ingénieur-conseil, expertise du 13 décembre 1949, Archives nationales, dossier 19920083/9.

12. SINEY-LANGE, Charlotte, A l'initiative sociale. Les grands combats de la MGEN, Paris, Presses du Chatelet, 2015. p.185.

2• Vers une autre méthode de soin

État des lieux

La psychiatrie / psychogériatrie

Longtemps négligée par la médecine, la vieillesse devient un objet d'étude grâce aux aliénistes du XIXe siècle, marquant une évolution du concept de « démence ». La prise de conscience du vieillissement de la population remanie cette perspective, et dans les années 1970, la psychogériatrie voit le jour, devenant une discipline psychiatrique dédiée aux personnes âgées.

Environ 15% des adultes âgés de 60 ans souffrent d'un trouble mental et la dépression unipolaire touche 7% d'entre eux. Il est important, dit l'OMS, de préparer les personnels de santé comme les sociétés à répondre aux besoins particuliers des populations âgées¹.

Psychothérapie institutionnelle

Définition

La psychothérapie institutionnelle, pratique psychiatrique apparue en 1940 par François Tosquelles, repose sur le postulat que pour soigner les malades, il faut d'abord soigner l'hôpital lui-même². Autrement dit, il s'agit de ne jamais isoler le trouble mental de son contexte social, spatial et institutionnel. Cette approche a donné naissance à de nombreuses expériences à la fois psychiatriques, humaines et artistiques, fondées sur le collectif et la création.

Elles ont cherché à transformer les lieux d'isolement en espaces de protection, en refuges contre les violences sociales, où la parole, la relation et la participation prennent une valeur thérapeutique. Parmi les figures majeures de ce mouvement, on peut citer Jean Oury, dont le travail à la clinique de La Borde, dans le Loir-et-Cher, reste une référence essentielle. Le chercheur et réalisateur François Pain a par ailleurs recueilli la parole de nombreux praticiens et praticiennes de cette approche, rassemblant artistes, soignant-es et éducateur-rices autour de pratiques artistiques collectives menées dans divers contextes liés à la santé mentale ; hôpitaux psychiatriques, centres d'accueil, classes ULIS³, instituts médico-éducatifs, entre autres.

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Mental health of older adults, 8 octobre 2025.

2. « Saint-Alban : naissance de la psychothérapie institutionnelle », qui rappelle qu'avec l'arrivée de François Tosquelles en 1940 à l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole, « pour soigner le malade, il faut aussi soigner l'institution » Radio France – France Culture. (2019, 10 mai). Saint-Alban : lieu de naissance de la psychothérapie institutionnelle.

3. Unités localisées pour l'inclusion scolaire.

Psychiatrie sociale

La réflexion sur l'humanisation de l'hôpital s'inscrit directement dans la continuité de la psychiatrie sociale, courant apparu au 20^{ème} siècle qui considère la maladie mentale non pas comme un phénomène isolé, mais comme le résultat d'interactions complexes entre l'individu et son environnement social, institutionnel et culturel.

La psychiatrie sociale défend l'idée que le soin ne peut se réduire à une approche médicale ou comportementale : il doit intégrer les conditions de vie, les relations humaines et les structures collectives qui entourent le patient. L'hôpital devient alors un espace social à part entière, un lieu de vie et de relations, plutôt qu'un simple cadre de confinement ou de traitement.

Dans cette perspective, humaniser l'hôpital, c'est « lui rendre sa dimension sociale et relationnelle »¹³, en l'organisant comme un microcosme ouvert où la rencontre, la participation et la reconnaissance mutuelle jouent un rôle thérapeutique. L'architecture, la structure institutionnelle et la qualité des interactions deviennent ainsi des acteurs du soin au même titre que les traitements médicaux.

La psychiatrie sociale rejoint donc les principes de la psychothérapie institutionnelle, en affirmant que le soin passe par la transformation du cadre institutionnel lui-même. En repensant les espaces, les rythmes de vie et les relations entre soignants et soignés, il s'agit de faire de l'hôpital non pas un lieu d'exclusion, mais un milieu de réinsertion et de réappropriation de soi.

Inscrivant l'idée d'un « village au cœur d'un village », le site de La Verrière se distingue par le lien créé avec deux entités novatrices : l'école bleue et le centre Denis Forestier. Dès 1968, la MGEN soutient l'implantation d'une école nationale du premier degré de 600 places. Construite par Marcel Astorg et rapidement surnommée « l'école bleue » en raison de sa couleur, elle est ouverte aux enfants de la commune suite à une convention signée le 16 décembre 1969. Un internat de 130 places est également créé pour accueillir le personnel de l'Éducation nationale rencontrant des difficultés familiales ou sociales¹⁴.

« L'hospitalisation (quant à elle) a pour fonction de séparer le sujet du milieu pathogène, de le plonger dans un milieu artificiel qui permette la résolution des manifestations pathologiques, et de traiter médicalement les causes du trouble mental »

Ibidem



16.

De plus, l'aménagement du quartier Orly-Parc, qui fait passer la population locale de moins de 1000 habitants en 1960 à près de 3000 en 1970, est la conséquence de l'arrivée à La Verrière de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Les terrains sur lesquels il prend place sont également fournis par la mutuelle. À l'époque, deux tiers environ des résidents sont employés par le centre de psychiatrie, ce qui peut démontrer l'importance de la mutualiste au niveau de la ville¹⁵.

17.

Le village se développait peu à peu depuis 1925. La population comptait plus de 200 habitants. Puis le château a été vendu en 1954. Il a été acquis par la M.G.E.N (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale) qui y a construit des hôpitaux (hôpital psychiatrique en 1958 et centre de gériatrie en 1975).
À partir de ce moment, la ville a commencé à se développer : Orly Parc I en 1961 (pour loger les gens qui travaillaient à l'hôpital) Orly Parc II en 1968, le Bois de l'Étang en 1972.
Plus tard en 1984, la commune de Boigniville donne les terres des Bécarnes à la Verrière.
Pour l'instant ce sont des champs (derrière Orly Parc II). Depuis le début du siècle, les maires ont été M. Bouzot (de la ferme de l'Abbot) M. Langlois (le propriétaire d'une autre ferme près de la Chapelle des Templiers) M. Dureuil. Après la deuxième guerre mondiale se sont succédés messieurs Lacroix et Renaud.

18.



Architecture, le temps du soin et des transformations

[fig. 16] Photographie de la cité Orly Parc II, datation non repertoriée
[fig. 17] Texte archives
[fig. 18] Photographie de la cité Orly Parc II, datation non repertoriée

3. Étude de cas d'un site expérimental

21.



« L'architecture a obéi à des règles précises pour donner à la fois un sentiment de sécurité et d'espace, de protection et de dynamisme. Elle est sans cesse à double face : "Le petit s'insère dans le grand, l'individuel dans le collectif et l'intimité dans la foule" »

Pierre Chanoit, Roger Oteniente, « L'Institut Marcel Rivière, un dispositif psychiatrique d'avenir », 1986.

En haut : [fig. 21] Plan masse de du domaine, 2005.

L'Institut Marcel Rivière, La Verrière

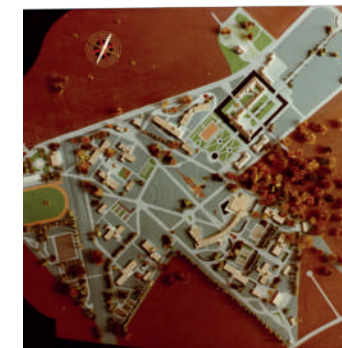
Fidèle aux missions assignées à la mutualité en 1945, la MGEN vise à explorer l'ensemble du champ social, et à expérimenter différentes techniques et identifier de nouveaux besoins. La convalescence, la prévention et la psychiatrie sont des terrains sur lesquels elle tente de « promouvoir des avancées thérapeutiques »¹⁶.

En 1956, Paul Silvadon, présente les grandes lignes du programme d'hôpital que la MGEN a choisi d'implanter à La Verrière, dans les Yvelines. A la même date, l'OMS lui confie une étude sur l'architecture psychiatrique. Avec un expert et un architecte anglais, il y expose les bases d'un hôpital modèle, dont certaines sont mises en application sur site. Mais avant d'entamer les travaux de l'établissement, dénommé Institut Marcel Rivière (IMR) à la mort du président fondateur en 1960, la MGEN doit vaincre l'opposition de la population de la ville, et en particulier de son maire. Ces obstacles sont toutefois levés sans difficulté par la mutuelle, déjà puissante et épaulée par Paul Silvadon qui a de nombreuses relations au ministère de la Santé.

Un programme « médico-social-architectural »

Le programme architectural fut mis au point de 1956 à 1960. Un groupe de travail réunissait chaque semaine le représentant du Bureau national, l'architecte Monsieur Astorg, le médecin directeur Monsieur Silvadon et l'intendant Monsieur Cathelain auxquels se joignaient des conseillers du Ministère de la Santé. Le plan de l'hôpital qu'ils élaborent ensemble constitue « un exemple sans doute unique de collaboration entre le promoteur, le programmeur et l'architecte ayant permis une réalisation homogène entièrement conforme aux vœux des créateurs »¹. Reprenant les études faites par Paul Silvadon pour l'OMS, ils y proposent un modèle expérimental de psychiatrie sociale. La localisation de la propriété, à une demi-heure de Paris, paraît idéale : elle permet au malade de « (...) rompre le cordon ombilical le reliant à son quartier et à son milieu professionnel »¹⁷.

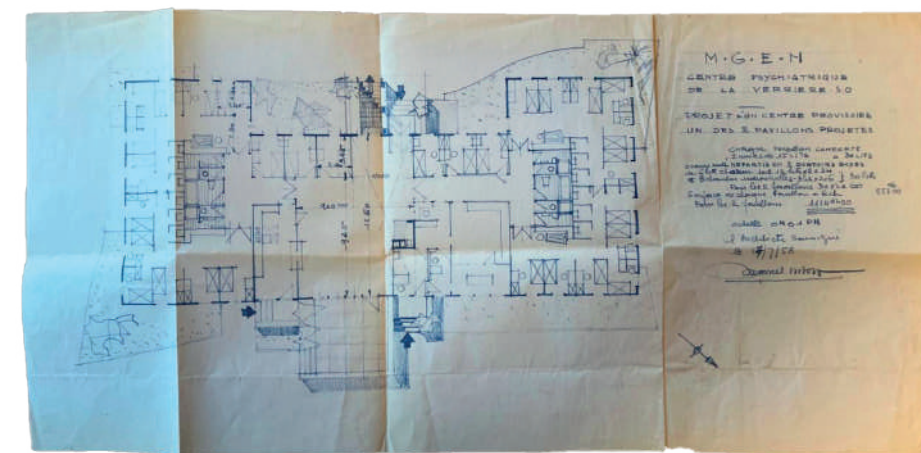
Le bâti architectural a lui-même une fonction thérapeutique. La limitation de l'effectif des résidents équivalente à celle du personnel est également une résultante des travaux de Paul Silvadon : ce compromis permet d'amortir les équipements, de diversifier les relations humaines et d'éviter l'encombrement des asiles. Les lits se répartissent en pavillons de trente chambres individuelles, regroupés en trois villages. Au pôle médical s'ajoute un pôle social, regroupant restaurant, cafétéria, salle de théâtre, de jeux et d'étude, bibliothèque et terrains de sports auxquels s'ajoutent divers ateliers.



[fig. 19] Maquette du site

16. SINEY-LANGE, Charlotte. Soigner autrement ? : la politique médico-sociale de la MGEN : 1947-1991. Thèse de doctorat. 2006. p71.

17. SINEY-LANGE, Charlotte. Soigner autrement ? : la politique médico-sociale de la MGEN : 1947-1991. Thèse de doctorat. 2006. p72.



[fig. 20] MGEN - Centre psychiatrique de La Verrière, projet d'un centre provisoire, un des deux pavillons projetés, 27 juillet 1958. Archives du fond de Marcel Astorg, Cité de l'Architecture.

Communauté et soin

Considéré comme le premier établissement psychiatrique « ouvert » de France¹⁸, cet hôpital privé remplit la fonction d'hôpital public. Son programme extra-hospitalier vise à aller à l'encontre du modèle aliéniste traditionnel. La philosophie de l'établissement repose sur l'idée que l'ensemble est soignant, et non plus seulement un lieu où l'on soigne. Il s'agit de contrer le danger des établissements clos, dont l'organisation rigide est vue comme une réaction de défense contre l'angoisse suscitée par les malades.

Sur le plan architectural, le modèle présente une bipolarité¹⁹ : il allie la simplicité des pavillons implantés (médicaux, sociaux et villages) à la complexité des détails de son organisation, comme les pavillons dédiés à des activités spécifiques. D'un point de vue médical, la valeur innovatrice de ce centre réside dans la pluridisciplinarité des soins proposés (activités corporelles, ergothérapie, sociothérapie) et dans le fait que le nombre de soignants sur site est égal à celui des soignés. De plus, le corps médical ne porte pas de blouse blanche, assurant ainsi qu'il n'y ait aucune distinction visuelle²⁰.

Plutôt qu'un hôpital, la structure est pensée comme un véritable village avec ses pavillons d'habitation, ses lieux de rencontre, ses ateliers et ses espaces de circulation. L'architecture elle-même est un outil thérapeutique : elle rompt l'isolement et encourage la rencontre, l'autonomie et le mouvement.



« L'expérience psychiatrique traditionnelle nous a souvent confronté à l'existence d'un dispositif organisé en monde clos ségrégatif et aliénant, tant pour les soignants que les soignés »

Paul Silvadon, Pierre Chanoit, 1959

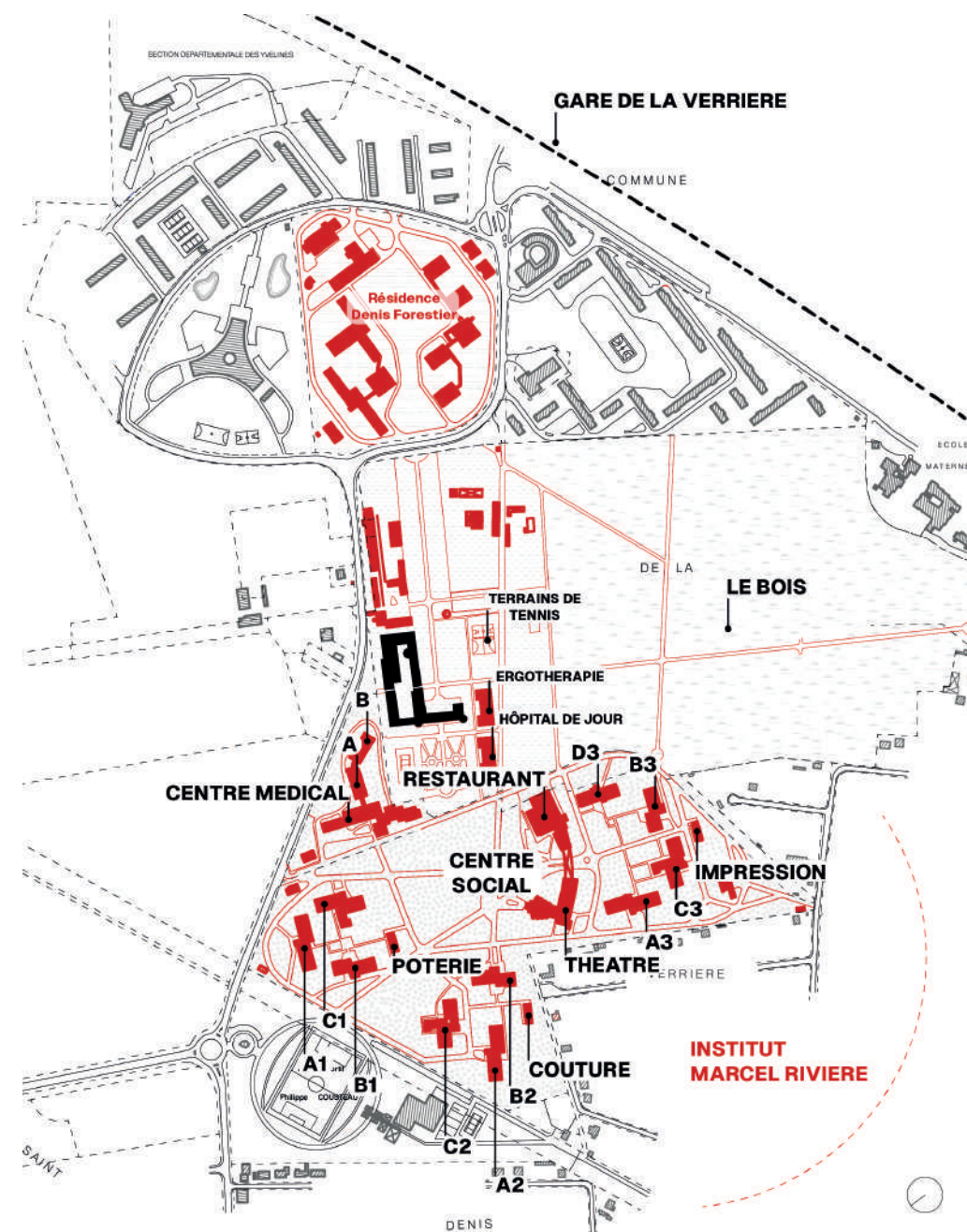
18. Yvelines : la MGEN s'offre un hôpital flambant neuf à La Verrière. Alain Piffaretti, journal Les Echos. 3 septembre 2021.

19. BERNARD, Paul, Les organismes psychiatriques de la mutuelle générale de l'éducation nationale. Sous la direction de P. SILVADON, P. CHANOIT, R. AMIEL, G. CATHELAIN. L'information psychiatrique. 1961.

20. « L'innovation du dispositif tient dans la suppression des symboles de l'enfermement asilaire ; clés, serrures et blouses blanches disparaissent du paysage hospitalier ». SINEY-LANGE, Charlotte, « La mutualité, grande semeuse de progrès social » : histoire des œuvres sociales mutualistes, 1850-1976. 2018.

[fig. 22] Salle de restauration du pavillon D3, archives MGEN, décembre 2007.

La création d'un milieu de vie
[fig. 23] Plan récapitulatif de l'institut et de ses différents bâtiments.



Le village 1 : géro-psycho-geriatrie

Le village 2 : psychopathologies spécifiques de l'adolescence (anorexie, phobie scolaire, automutilation...)

Le village 3 : Psychiatrie générale sur les troubles de la personnalité (psychose de l'adulte) et addictions

Architecture, le temps du soin et des transformations

Le rapport au seuil

Le plan de l'Institut Marcel Rivière se déploie comme un parcours où la circulation ne vise pas l'efficacité, mais l'expérience thérapeutique. L'organisation spatiale repose sur une logique de détours et de contraintes, pour obliger les patients à les franchir.

Un maillage orthogonal contraint

Le réseau officiel des routes et allées est tracé selon une structure rigide, caractérisée par des croisements à angles droits. Loin de la fluidité des courbes naturelles qui pourrait être envisagée pour ce type d'espace, ce tracé impose des changements de direction nets. Le paysage est ponctué d'obstacles volontaires et de massifs végétaux stratégiquement disposés dans les angles, agissant comme des barrières physiques pour guide, voire force, le déambulateur à suivre un itinéraire précis, conçu pour la « maturation ».

La pelouse et le raccourci

Entre ces allées goudronnées qui déterminent le site s'étendent de vastes pelouses, théoriquement préservées. Cependant, la morphologie du site révèle les traces de l'usage : des sentiers de terre battue (également appelées « lignes de désir ») viennent se former au sein des espaces verts. Ces chemins non-officiels introduisent une géométrie sécante, créant des angles aigus et des diagonales qui brisent la rigidité du plan initial pour relier deux points par le chemin le plus court, défiant les massifs plantés pour faire obstruction ²⁵.

La centralité de l'entrée

L'ensemble du site semble graviter autour d'un point d'ancrage majeur : le seuil d'entrée. Ce point focal organise les flux vers l'extérieur (parking) et agit comme un aimant pour les flux intérieurs. La configuration suggère une structure en étoile ou en boucle, où le patient, quel que soit son trajet dans le parc, tend à revenir visuellement ou physiquement vers ce carrefour initial, réelle boussole dans l'espace psychiatrique.



[fig. 29] Patio intérieur, pavillon C3, archives MGEN, décembre 2007.



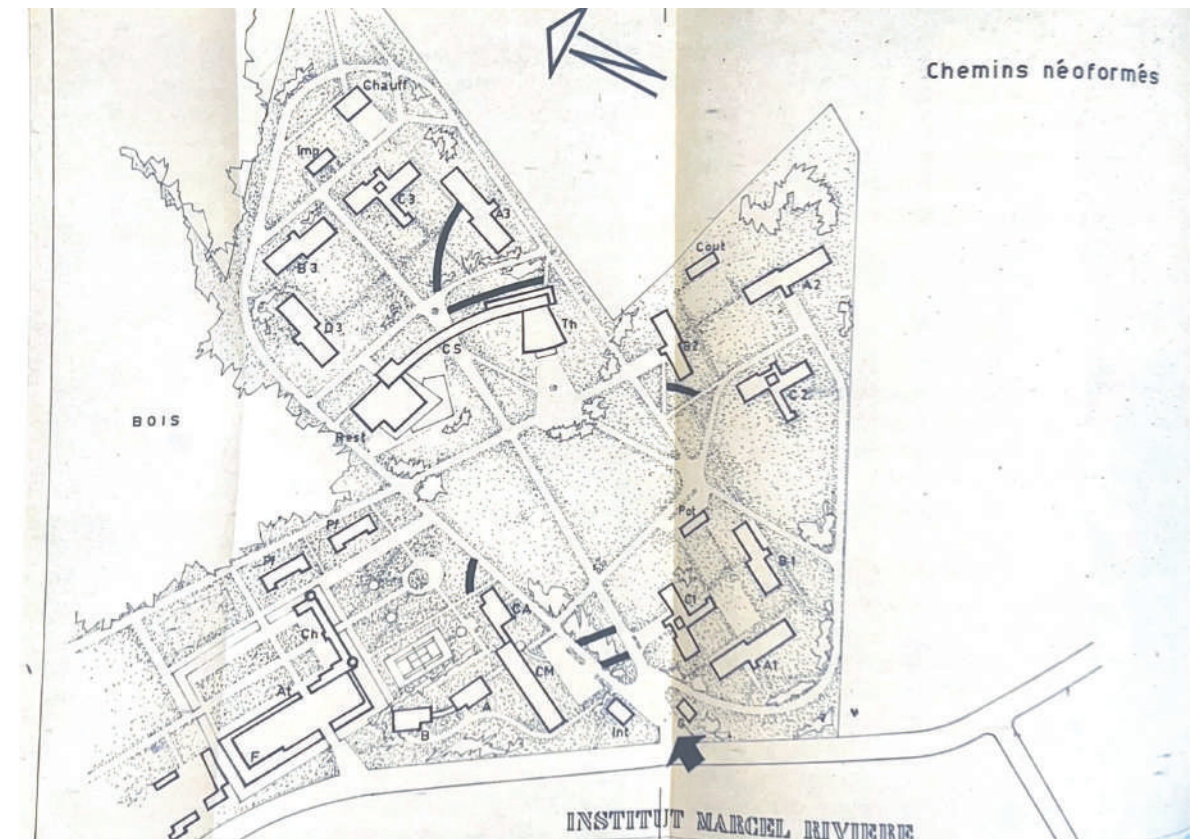
[fig. 30] Passages bedronnés au sein du parc, archives MGEN, décembre 2007.

25. LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, p71.



[fig. 31] Coeur d'un village, archives MGEN, décembre 2007.

[fig. 32] Chemins néoformés, LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, p70 bis.



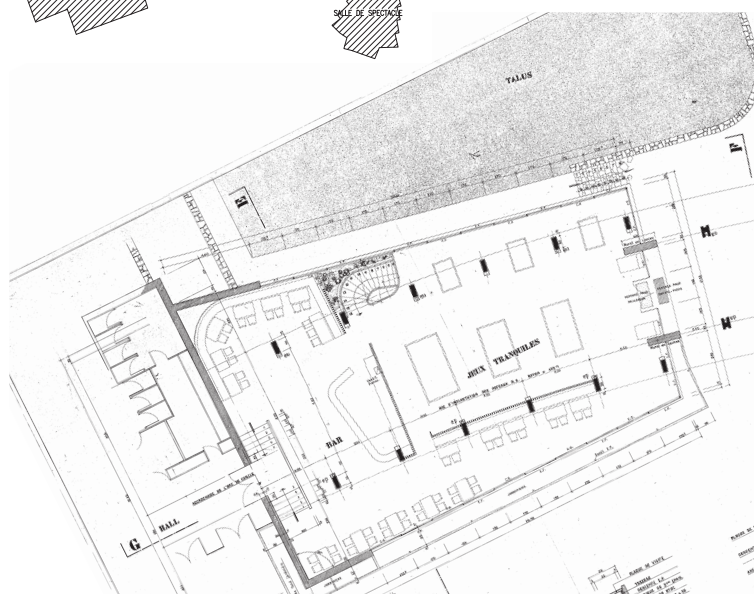
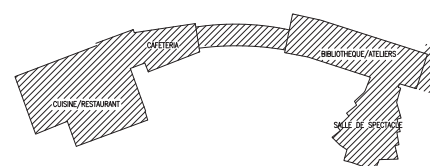


[fig. 34] L'entrée de la cafétéria, archives MGEN, 2007.



[fig. 35] Entrée de la bibliothèque, archives MGEN, 2007.

[fig. 33] Le centre social, bâtiment dont la partie centrale est surélevée sur pilotis, archives MGEN, 2007.

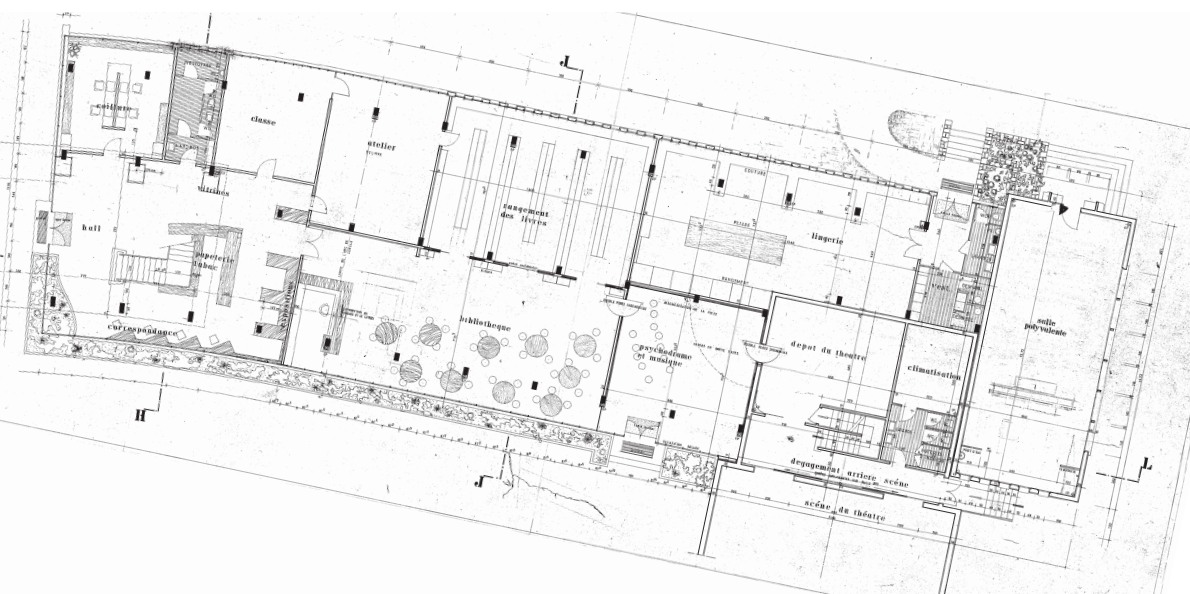


Accès, lisibilité

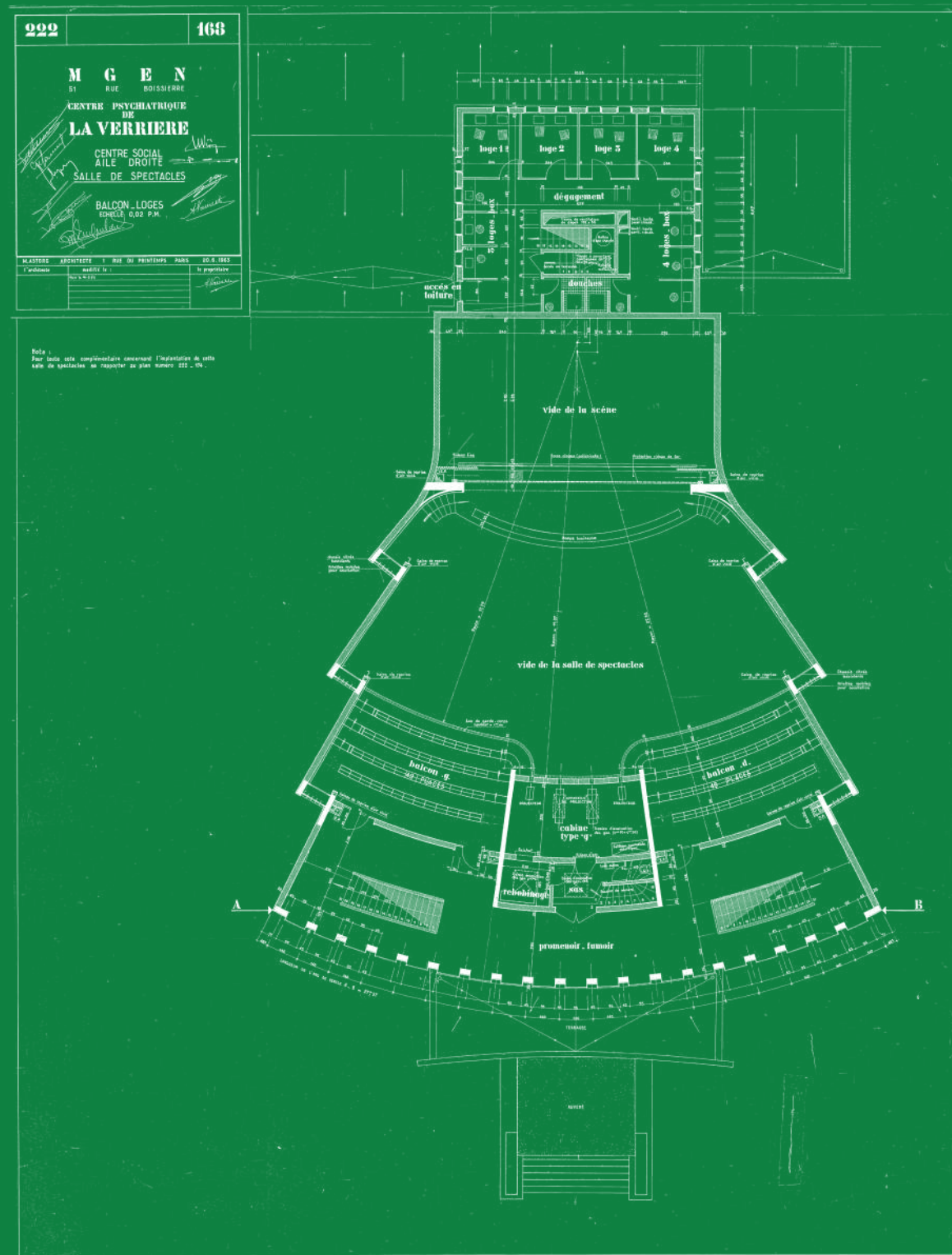
Le centre social, combinant restaurant, espaces d'ergothérapie, aires de jeux et bibliothèque, est conçu comme le bâtiment central du site. Implanté au cœur de la parcelle, il bénéficie d'une position stratégique qui le rend visible depuis les trois villages environnants, affirmant ainsi son rôle de pôle fédérateur et de repère sur site. Avec sa partie centrale élevée sur pilotis, le bâtiment interroge le rapport aux accès et à l'échelle humaine du site. Cette disposition permet une lecture claire des cheminements tout en ménageant une porosité visuelle et physique au niveau du sol. Le dispositif des pilotis organise les circulations et accompagne l'arrivée des usagers vers les entrées principales du bâtiment.

La bibliothèque et la cafétéria se font face, leurs accès étant volontairement mis en relation afin de favoriser les échanges et la convivialité. Cette mise en vis-à-vis renforce la lisibilité du programme et structure les parcours. Les flux sont ainsi clairement définis, hiérarchisés et facilement compréhensibles, garantissant une orientation intuitive et un usage fluide de l'ensemble du site. Le rapport au seuil constitue un élément fondamental du projet. L'entrée n'est pas pensée comme une rupture franche, mais comme une transition progressive entre l'espace extérieur du parc et les espaces intérieurs du centre social. Les dispositifs tels que les pilotis, porosité du rez-de-sol, espaces couverts et transparences participent à la création de seuils multiples et gradués. Cette gradation adoucit l'acte d'entrée, renforce l'appropriation du lieu par les usagers et inscrit le bâtiment dans une continuité spatiale et sensible avec son environnement paysager.

[fig. 36] Plan relationnel entre l'aile gauche (bar et espaces de jeux) et l'aile droite (bibliothèque), archives MGEN, 2007.



ANNEXE 9 • Plan du théâtre de l'Institut Marcel Rivière, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



ANNEXE 12 • Plan masse du village 3, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

L'extra-pavillonnaire

Le théâtre

À l'origine, le théâtre constituait « l'unique lieu culturel digne de ce nom sur l'ensemble du territoire qui s'étend de la vallée de Chevreuse à la ville de La Verrière »²¹. Par sa programmation ouverte, spectacles, conférences, débats et ateliers de pratiques artistiques, il s'adressait à un public large, dépassant le seul cadre hospitalier et participant pleinement à la vie culturelle locale. Son entrée, située à l'extérieur de l'aile droite du centre social, permettait en effet une fréquentation indépendante, favorisant la mixité des publics.

L'architecture se distinguait par un plan évoquant la forme d'un coquillage ; un décaissé aménagé dans les façades latérales ménageait des ouvertures vers l'extérieur depuis la salle, assurant des apports de lumière naturelle et un lien visuel avec le paysage. À l'arrière, la scène et les loges, regroupées en fond de bâtiment, permettaient une organisation fonctionnelle claire. La salle, d'une capacité de 450 places, s'organisait selon la typologie du théâtre à l'italienne. Elle reposait sur une relation frontale entre le public et la scène, encadrée par un cadre de scène marqué, et adoptait une disposition en gradins d'un étage. Cette configuration favorisait la visibilité du plateau, l'acoustique et une mise à distance symbolique entre l'espace de représentation et celui des spectateurs.

La cafétéria

À l'instar de la bibliothèque et du théâtre, cet espace jouait un rôle social central. Il était d'abord conçu comme un lieu d'accueil dédié aux familles, leur permettant de rendre visite aux patients le temps d'un après-midi. L'endroit favorisait également la mixité : le midi, les soignants, sans leur blouse, y côtoyaient les soignés. Cette proximité pouvait renforcer les liens, bien qu'elle présente un inconvénient paradoxal pour le personnel, qui ne disposait plus d'un véritable temps de pause hors du cadre professionnel.

Avec ses colonnes et ses façades boisées, l'architecture du lieu créait une atmosphère conviviale et chaleureuse. Un bar accessible servait de point de rencontre, facilitant le lien social, par exemple lorsqu'un patient souhaitait une collation et interagissait avec le personnel. Grâce à ce dispositif, les patients conservaient un rapport à des habitudes de vie ordinaires, maintenant ainsi une connexion avec leur quotidien à l'extérieur de l'institution.



[fig. 24] Le théâtre de l'Institut, 2013.

« Mon désir [...] de faire de ce théâtre un lieu ouvert sur l'extérieur, afin de dédramatiser les maladies mentales et de participer à l'insertion sociale de celles et ceux qui sont internés »

Madeleine Abassade, 2025



[fig. 25] La cafétéria, photographie de la MGEN, 2007

21. Madeleine ABASSADE, *Danser avec les fous : Expériences de l'art en milieu psychiatrique à l'Institut Marcel-Rivière (1981-2015)*. Sorgues-et-Ligueux : Édition Langage Pluriel, 2025. Page 23.

La bibliothèque

La bibliothèque est un espace situé au sein du centre social du site. Conçue principalement en bois et dotée d'un sol en carrelage coloré formant un damier de nuances de bleu et de rouge, elle constitue un lieu généreux et lumineux où les usagers pouvaient librement se réfugier et s'isoler.

Implantée à proximité de la cafétéria et de l'espace de restauration, la bibliothèque est séparée de ces derniers par la voie créée sous le bâtiment sur pilotis, qui mène vers le fond de la parcelle et le village 3. Cette position offrait aux patients la possibilité de flâner après leur pause déjeuner, tout en bénéficiant d'une vue directe sur le parc. L'accès, de plain-pied et parfaitement lisible, renforçait la fluidité et l'ouverture de cet espace.

La matérialité y tient un rôle essentiel : l'emploi du bois, combiné aux touches de couleur, confère à l'ensemble une atmosphère chaleureuse et rassurante, consolidant la fonction de la bibliothèque comme lieu de réconfort, de détente et de retrait.

[fig. 26] La bibliothèque, photographie de la MGEN, 2007



[fig. 27] La compagnie Retouramont en résidence artistique à l'Institut Marcel Rivière, photographie prise dans la cafétéria, 2008.

22. BERNARD, Paul, *Les organismes psychiatriques de la mutuelle générale de l'éducation nationale. Sous la direction de P. SILVADON, P. CHANOIT, R. AMIEL, G. CATHELAIN. L'information psychiatrique*. 1961, p36.

23. NOIRET, Barbara, *Verrière*, 2006 (en ligne).

Le relais mutualiste et les résidences artistiques

Le Relais Mutualiste a pour vocation principale d'aider les personnes souffrant de troubles psychiques à retrouver leur autonomie et à se réinsérer dans la vie sociale et professionnelle²². Cette association a permis à l'Institut d'accueillir des artistes en résidence, à l'image de la compagnie Retouramont en 2008.

Accueillie dans ce même cadre, Barbara Noiret a posé son regard sur le Pavillon A3, un lieu en friche particulièrement chargé de mémoire. Ancien lieu de résidence pour les patients, ce bâtiment se distingue par son plan symétrique où deux suites de chambres, desservies par des couloirs aux couleurs et expositions opposées, créent une troublante impression de miroir inversé. C'est là que s'inscrit son œuvre *Panorama* (2006).

Témoin de la disparition du mobilier et des traces laissées par le temps, l'artiste s'est attachée aux vues qu'offraient les fenêtres aux patients. L'un de ces paysages cadrés par l'architecture sert de point de départ à une brève fiction, qui se révèle au visiteur au terme de sa traversée de ce couloir à l'atmosphère « (in) hospitalière »²³.

L'échelle de l'atelier

Les ateliers occupent une place centrale dans la vie des trois villages. Ateliers de vannerie, d'imprimerie, de menuiserie, de tissage ou encore de poterie, ils sont disséminés au sein des différents villages dans des bâtiments rectangulaires, facilement identifiables et accessibles. À travers leurs larges baies, le regard capte des scènes de travail : des personnes en activité, concentrées sur des gestes manuels, répétitifs ou créatifs, inscrivant le faire dans le quotidien du lieu et dans le soin des patients.

Ces ateliers constituent le prolongement direct des activités extra-pavillonnaires déjà présentes sur le site. Ils viennent les compléter, les structurer et les enrichir, en offrant des espaces dédiés à des pratiques artistiques et artisanales variées. Pensés comme des extensions ouvertes et attractives, ils participent à l'animation des villages tout en favorisant les échanges, la curiosité et l'envie de participation.

Inscrits dans le cadre des thérapies actives, les ateliers jouent un rôle essentiel dans le parcours de soin. Ils permettent aux usagers de s'initier à une activité ou de développer des aptitudes existantes, dans un cadre valorisant et non stigmatisant. Le travail manuel, la création et l'apprentissage deviennent alors des leviers d'autonomie, de réassurance et de réinscription sociale.

L'invitation est implicite mais constante : chacun peut, selon ses envies et ses capacités, pousser la porte d'un atelier, se renseigner auprès du moniteur dédié, et envisager une participation progressive, en lien avec l'équipe médicale ²⁴.

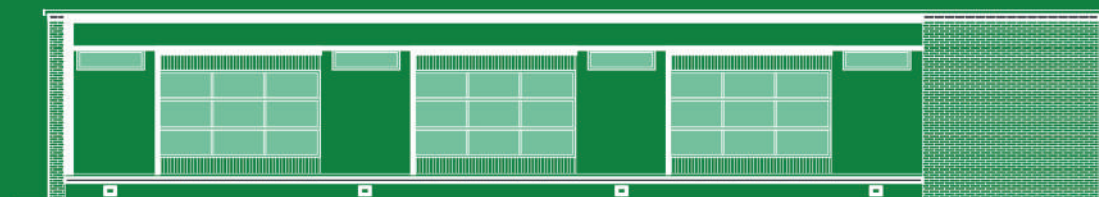
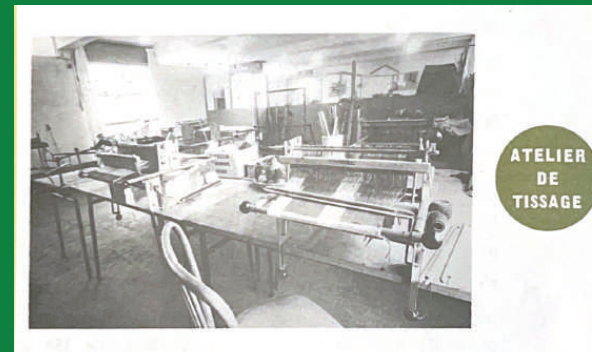
Ainsi, les ateliers ne sont pas de simples lieux de production, mais de véritables espaces de transition, d'ouverture et de valorisation des individus, contribuant pleinement à l'agrément du site et à la qualité du cadre de vie.



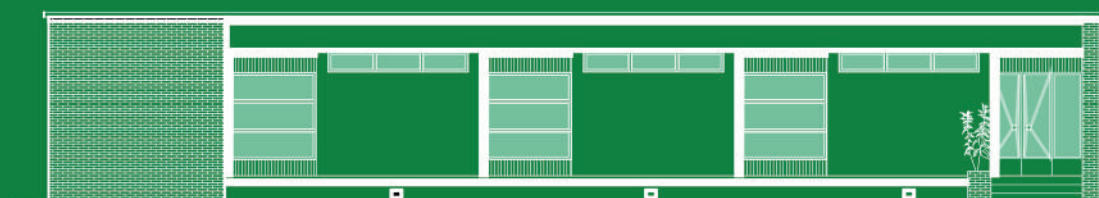
Prendre soin de la vieillesse

ATELIER 2 RENOVATION

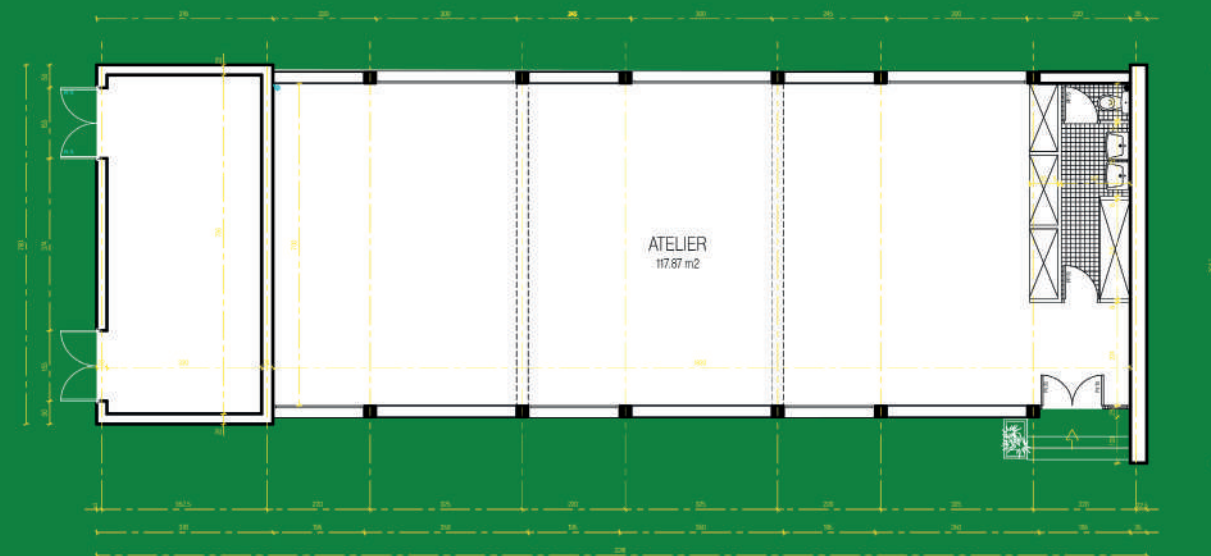
ATELIER AVEC TRANSFORMATEUR



Facade Arrière



Facade Avant



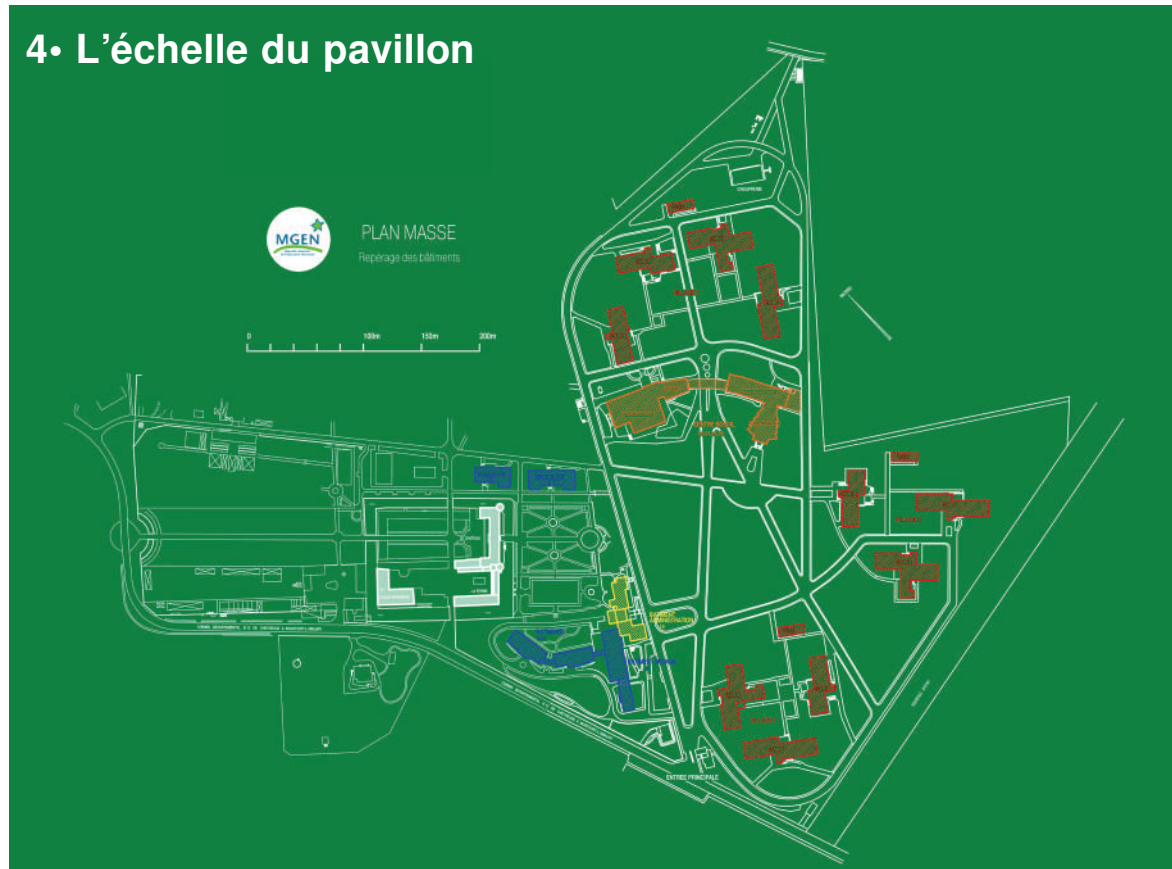
Plan

24. MUTUELLE
GENERALE DE
L'EDUCATION
NATIONALE, Petit guide
de l'Institut Marcel
Rivière, non daté, page
13.

A droite : [fig. 28] Plan
et élévations de l'atelier
2 de l'institut, sujet à
une rénovation en 2002.

Archives MGEN.
Photographies de
deux types d'atelier.
MUTUELLE GENERALE
DE L'EDUCATION
NATIONALE, Petit guide
de l'Institut Marcel
Rivière, non daté, pages
12.

4• L'échelle du pavillon



Les pavillons en auto-gestion

Le 20 mai 1959, La Verrière accueillait ses trois premiers malades. L'ouverture des pavillons d'hospitalisation se poursuivait progressivement jusqu'en 1965. Les trois cents lits se répartissent en trente chambres individuelles disposées dans 10 pavillons et sont regroupées en trois villages (1,2,3) de conceptions architecturales hétérogènes, afin de faciliter l'orientation des malades, tout en évitant la monotonie.

Les pavillons accueillent les patients sans distinction de sexe, de profil ou d'âge pour rompre avec le cloisonnement asilaire et provoquer un affrontement entre des exigences contradictoires dans un sens thérapeutique. Enfin, l'espace de l'hôpital s'organise autour d'un pôle médical, « doté de toutes les installations techniques dont peut rêver un hôpital à la pointe du progrès »²⁶, et d'un pôle social, regroupant à la fois restaurant, cafétéria, salles de théâtre, de jeux et d'étude, bibliothèque, infrastructures sportives et ateliers d'ergothérapie.

Les ateliers intégrés aux villages (poterie pour le 1, couture pour le 2, imprimerie pour le 3) sont uniques et permettent aux patients de se réapproprier un savoir-faire et de retrouver une place active au sein d'un collectif.



38.

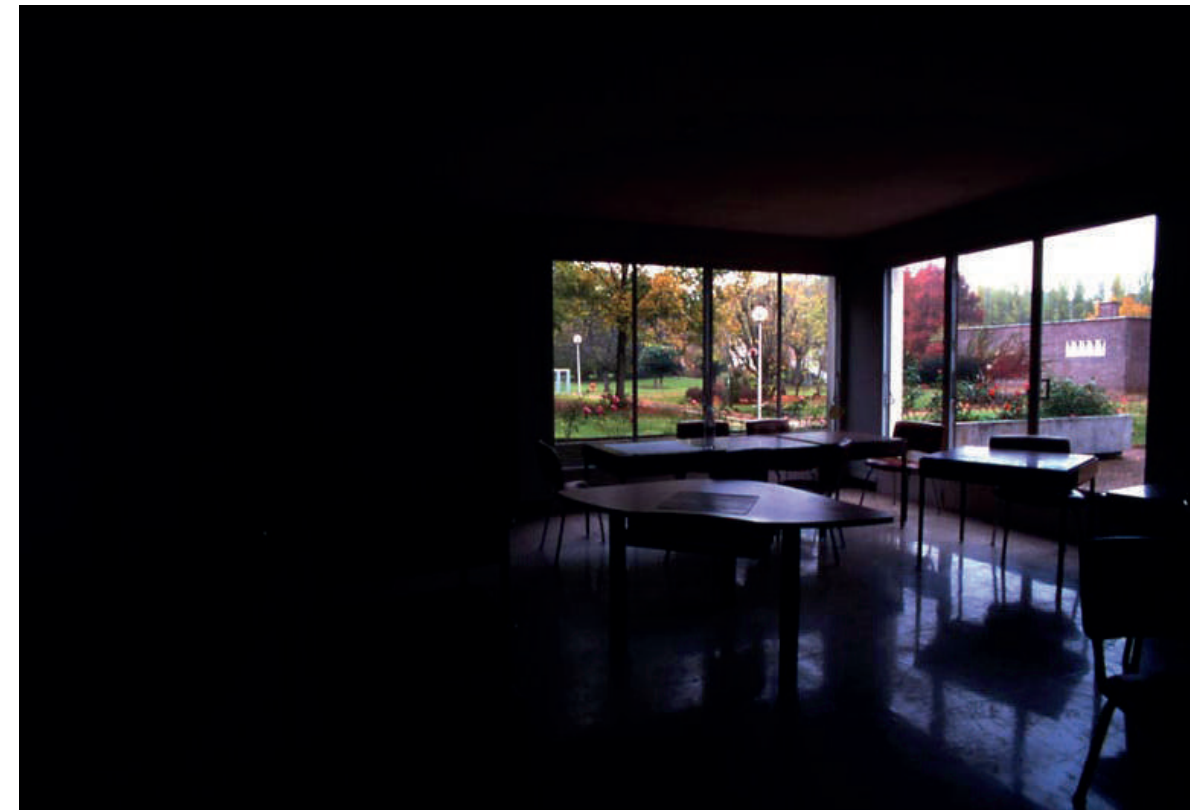
[fig. 37] Plan du domaine en 2005.

[fig. 38] Plan de situation, Institut Marcel Rivière. 2005, Archives MGEN.

26. M. Ristich de Groote, La folie à travers les siècles, Paris, Robert Laffont, 1967, p348.

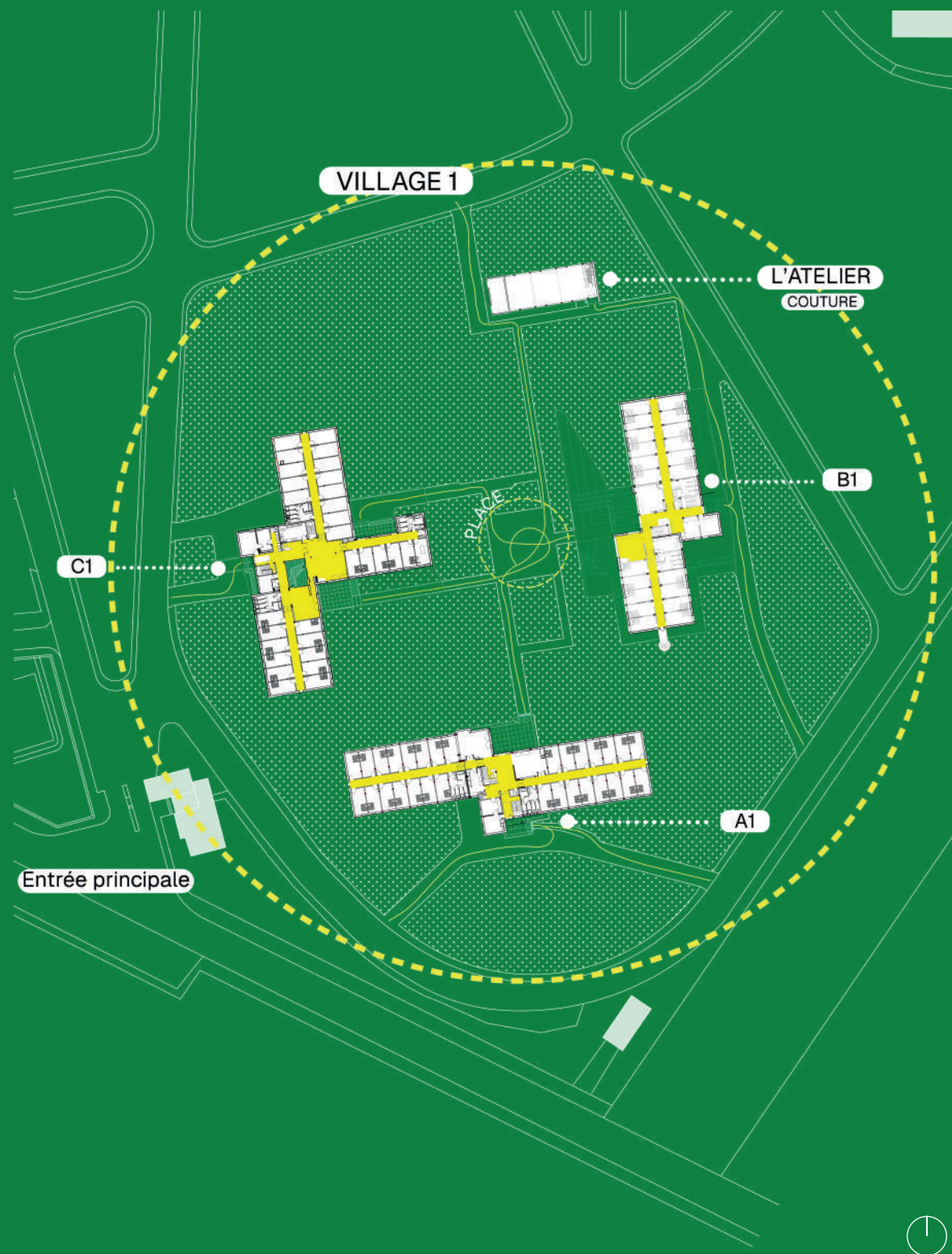


[fig. 39] Zone Pavillonnaire, Barbara Noiret, Institut Marcel Rivière, centre psychiatrique de la Verrière 2009.

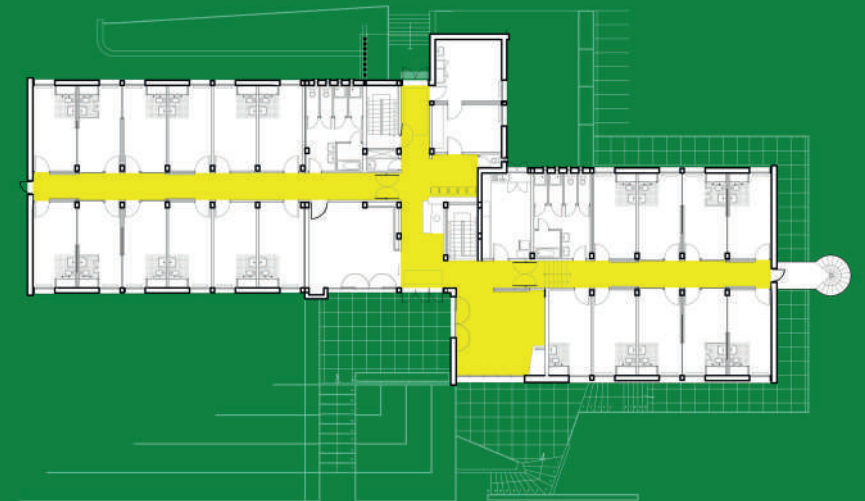


[fig. 40] Saisons, Barbara Noiret, Institut Marcel Rivière, centre psychiatrique de la Verrière 2006.

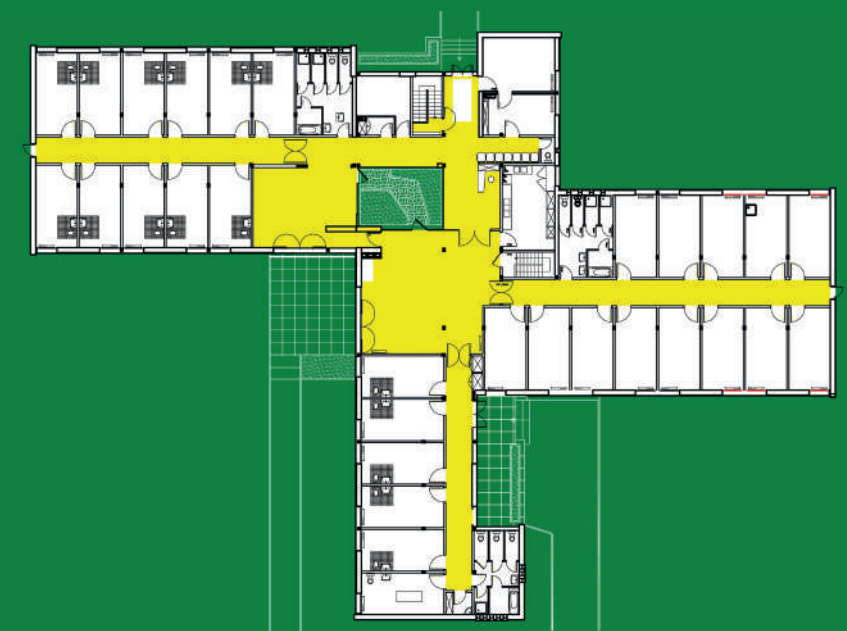
Le village et ses pavillons



A1



B1



C1

Le pavillon ; du salon commun à la chambre

Les dix pavillons de traitement et d'hébergement sont chacun doté de trente chambres individuelles, de sanitaires, de salles de soins, de bureaux médicaux et d'espaces de vie communs.

Ces pavillons présentent trois typologies distinctes : les types A sont composés de deux ailes opposées ; les types B possèdent trois ailes, dont une légèrement surélevée abritant une autre aile au rez-de-chaussée ; et les types C, également en trois ailes, s'articulent de plain-pied autour d'un patio central.

Tout comme les animaux, l'être humain a besoin de se définir un « territoire ». Cet espace personnel fonctionne comme un refuge : c'est un lieu où il se sent « chez lui », en sécurité et isolé de l'insécurité du monde extérieur²⁷. Paul Silvadon souligne par ailleurs l'importance d'un équilibre constant entre deux types d'espaces : les zones sécurisantes, qui rassurent mais favorisent la dépendance, et les zones « insécurisantes », qui stimulent mais exigent l'indépendance²⁸.

En somme, notre imaginaire intègre ces notions de sécurité et d'insécurité. Par la suite, toutes nos actions s'organisent à la fois en fonction de ces expériences d'origine et en réaction aux éléments concrets du monde réel. Au-delà de la notion de « territoire », de nombreux auteurs soulignent l'importance de l'espace qui entoure immédiatement le corps (l'espace péricorporel).

On peut voir l'individu comme s'entourant d'une « coquille » formée d'objets personnels. « À ce sujet, H. Faure a observé chez les patients internés que les objets évoquant des êtres chers sont placés au plus près du corps. Si cet espace immédiat n'est pas perçu comme suffisamment sûr, le patient ira jusqu'à porter ces objets directement sur lui »²⁹.

L'aménagement de l'institut privilégie une échelle humaine : les espaces communs s'articulent souvent autour de patios et s'ouvrent sur l'environnement végétalisé. Parallèlement, les chambres individuelles, d'une superficie d'environ 14,60 m², sont toutes meublées de manière similaire (lit, armoire, table, chaise) et intègrent un meuble de rangement qui sert astucieusement de séparation entre le coin nuit et l'espace « humide » (salle d'eau).

27. BEDOS, Françoise, BERTHELOT, Claude, LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, « Etude besoins fonctionnels de l'homme en vue leur projection ultérieure sur le plan architectural », Appropriation de l'espace par les objets, Annexe IV, 1970, p.7.

28. BEDOS, Françoise, BERTHELOT, Claude, LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, « Etude besoins fonctionnels de l'homme en vue leur projection ultérieure sur le plan architectural », Appropriation de l'espace par les objets, Annexe IV, 1970, p.7.

29. BEDOS, Françoise, BERTHELOT, Claude, LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, « Etude besoins fonctionnels de l'homme en vue leur projection ultérieure sur le plan architectural », Appropriation de l'espace par les objets, Annexe IV, 1970, p.8.



41.

[fig. 41] Espace de vie donnant sur le patio, vue très lumineuse et végétalisée qui renforce le sentiment de bien-être. pavillon C3, archives MGEN, décembre 2007.

[fig. 42] Espace de vie, pavillon C3, archives MGEN, décembre 2007.

[fig. 43] La chambre, avec l'ensemble du mobilier à disposition, pavillon B3, archives MGEN, décembre 2007.



42.



43.

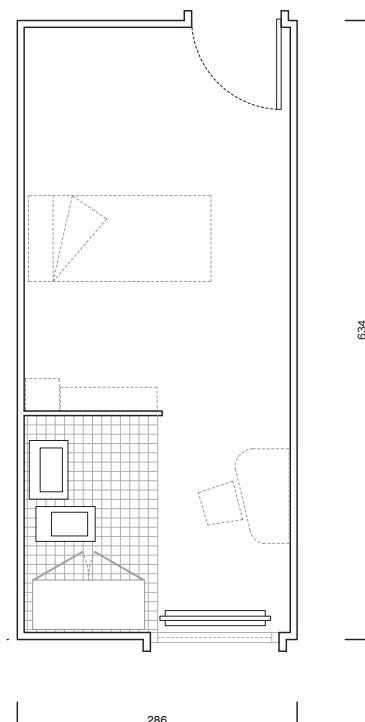
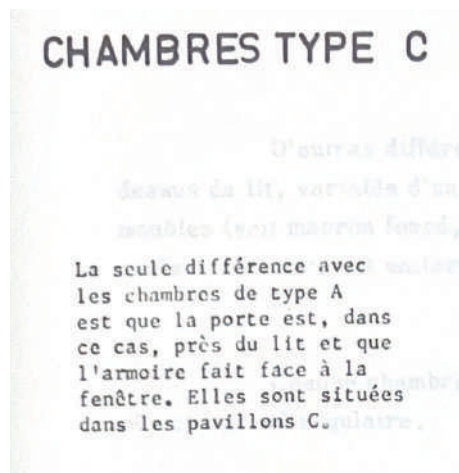
Architecture, le temps du soin et des transformations

Le pavillon C1

L'ancienne version de l'UPPA³⁰

Depuis 2002, cette unité, non sectorisée, avait pour mission d'évaluer sur le plan psychiatrique, cognitif et somatique des patients âgés de plus de 60 ans sans détérioration neurologique importante. Il s'agissait d'une unité ouverte, théoriquement de court séjour où la durée moyenne reste cependant supérieure à quarante jours en raison de la difficulté de trouver des solutions de sortie pour certains patients.

L'unité C1 était installée dans un bâtiment situé en rez-de-chaussée et organisé en trois ailes autour d'un petit patio central arboré. Il disposait d'une rampe d'accès pour les personnes à mobilité réduite qui ne peuvent monter les quatre marches du pavillon. Le hall d'accueil desservait l'ensemble de l'unité : sur la droite, un couloir menait à onze chambres, des sanitaires, un salon familial et une salle de séjour/TV lumineuse ; à gauche, il donnait accès au local de soins et au bureau des infirmiers. Le hall débouchait directement en face sur une salle à manger spacieuse. L'ensemble de ces espaces de vie (hall, salle à manger et salon) était conçu comme un espace ouvert, ce qui, selon le projet de soins, facilitait une observation discrète des patients et de leurs déplacements.

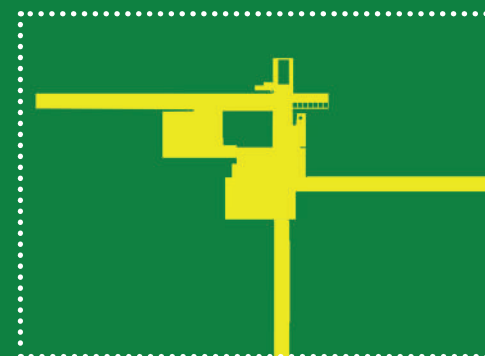


30. Unité psychiatrique pour personnes âgées.

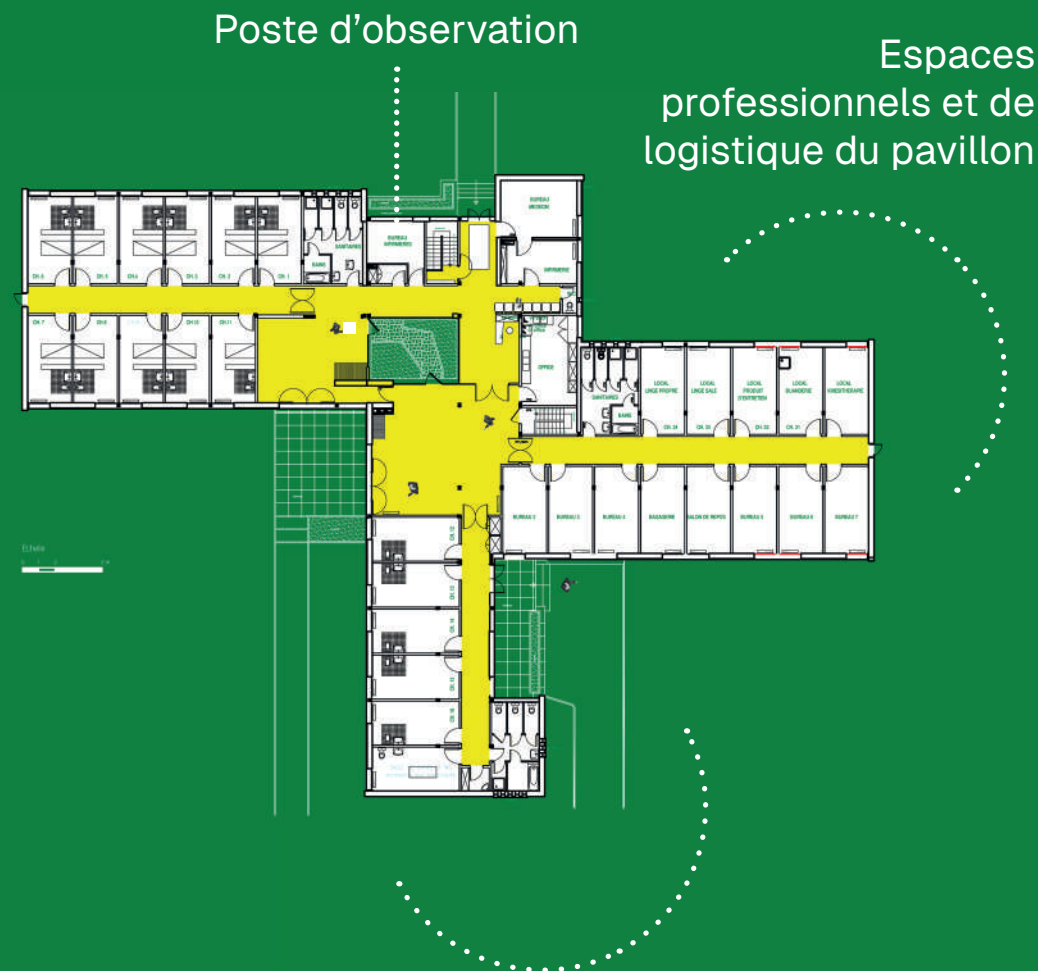
A droite : [fig. 45] Sédimentation des espaces au sein du pavillon C du village 1. Production personnelle.

Typologie de la chambre type C

[fig. 44] LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, page 12^{re}.



Circulation intérieure, délimitant l'espace. Elle est caractérisée par un espace central maximisé, séparant les flux par un patio central.



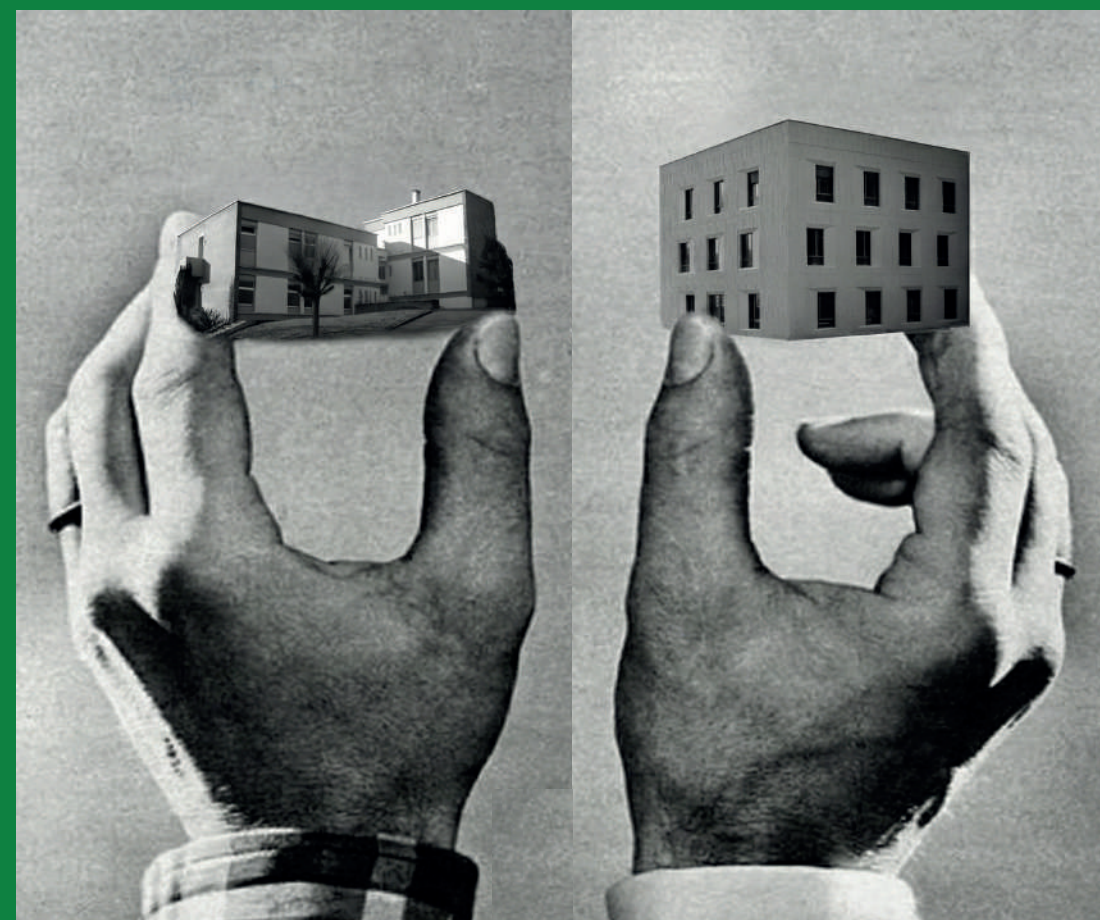
16 chambres individuelles de 14,6 m², avec la présence d'un espace humide composé d'un lavabo et d'un WC, séparé par une cloison-meuble distinguant le lit de la partie sanitaire.

VILLAGE 1 - PAVILLON C1
RDC

En 2009, l'Institut Marcel Rivière célèbre son cinquantième anniversaire. À cette occasion, la question d'un projet de restructuration interne du site est évoquée. L'établissement, alors organisé en trois secteurs distincts, un secteur psychiatrique, un secteur gériatrique et un secteur dédié à la prise en charge des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques, est confronté à des difficultés structurelles, fonctionnelles et organisationnelles majeures. Par ailleurs, le vieillissement du bâti pose des problématiques techniques et réglementaires, notamment en matière de confort, d'accessibilité, de sécurité et d'adaptabilité des espaces.

Face à ces constats, l'hypothèse d'une mutualisation des équipements et des services émerge. Celle-ci vise le regroupement des deux hôpitaux sur un même site, avec pour objectif de favoriser une meilleure collaboration entre les équipes médicales et soignantes, tout en rationalisant le fonctionnement de l'établissement par la fusion des services administratifs et logistiques. Cette réflexion s'inscrit également dans un contexte sociétal marqué par le vieillissement de la population, phénomène qui interroge profondément l'évolution des besoins en matière de prise en charge sanitaire et médico-sociale, et, par conséquent, l'adaptation du site existant.

C'est dans ce cadre qu'en 2015, un appel à projets est lancé afin de moderniser et de requalifier les deux établissements, en intégrant à la fois les enjeux architecturaux, fonctionnels et humains liés à l'évolution des pratiques de soins et des profils des patients accueillis.



Comparaison de la typologie pavillonnaire de l'ancien site avec le bloc du nouveau site.
[fig. 46] Collage personnel.

◦ 2^{ème} partie

Adaptation, le cas de la reconstruction

La réorganisation des unités de soins et la modernisation des infrastructures

À l'issue des travaux, les patients ne sont plus disséminés dans plusieurs bâtiments mais regroupés dans deux unités : l'une pour les adultes et l'autre pour les jeunes. Cette partie, construite en forme de H, est la première à avoir été livrée. D'un point de vue logistique, le regroupement des effectifs s'avère être plus simple. La seconde partie de cette réhabilitation concerne la construction d'un pavillon destiné à la médecine, aux soins de suite et de réadaptation (SSR), et à l'arrivée sur le site de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), créé en 1974 à l'extérieur du parc, près de la gare de La Verrière. Dans cette partie, trois unités dédiées à la maladie d'Alzheimer ont été créées dont 42 lits permettant d'accueillir les patients atteints par cette maladie. Entre les deux bâtiments neufs, prennent place un restaurant, un gymnase et un espace de balnéothérapie, offrant une continuité spatiale avec le château historique du site.

Or, comment un hôpital aussi novateur a-t-il pu être démoli ? Pourquoi le projet actuel n'a-t-il pas pu s'adapter à l'existant ? Faut-il surmonter les contraintes imposées ?

Il s'agit d'examiner les raisons pour lesquelles la rénovation de cet hôpital a conduit à la décision de procéder à une reconstruction totale plutôt qu'à la conservation et à la transformation du site existant. Il s'agit également de comprendre les facteurs économiques, techniques, architecturaux et sociaux qui ont influencé cette décision. La question de l'échelle de réhabilitation est également décisive pour l'adaptation et la mise en œuvre du projet. Cette partie doit s'appuyer sur des témoignages et des comparaisons, tout en permettant de questionner la destruction potentielle de sites historiques existants.

Ainsi, nous allons développer cette deuxième partie autour d'une description architecturale du centre actuel, argumentée avec des retours de plusieurs corps de métiers différents apportant des regards sur le projet, comme le retour de Jérôme Bataille, associé de l'agence AIA Life Designers, chef du projet du centre thérapeutique, mais également du regard du psychiatre Foudil Hallou, chef de l'unité gériatrio-psychiatrique du centre. Nous allons notamment nous focaliser sur les personnes âgées et la structure les encadrant : l'EHPAD, avec une description et une analyse globale du bâtiment.

1• Le devenir de l'Institut Marcel Rivière au XXI^{ème} siècle

Évolutions et perspectives du site

La psychiatrie à l'épreuve

Dans les années 1980, le paysage psychiatrique français est transformé par d'importants progrès thérapeutiques, scientifiques et culturels. En premier lieu, l'explosion du nombre de psychiatres (dont les effectifs ont été multipliés par sept en trente ans), et notamment des praticiens libéraux, accroît les possibilités de soins extra-institutionnels ⁴.

Au même moment, les moyens thérapeutiques sont redoublés par le développement de la chimiothérapie et des psychothérapies. La diffusion de la sectorisation entraîne également une forte croissance des structures ambulatoires, aux dépens des hospitalisations complètes qui se concentrent désormais sur des pathologies plus sévères.

Une profonde transformation de la place de la psychiatrie découle de ces évolutions : elle devient un champ médical à part entière et une priorité de santé publique (notamment avec l'augmentation des cas de dépression et de suicide). Ce changement est révélateur du renouvellement des visions de la psychiatrie et des enjeux de santé publique, avec un glissement du curatif au préventif : il ne s'agit plus seulement de guérir, mais de favoriser le « bien-être mental » ⁵.

L'IMR face à de nouvelles réalités

Si le dispositif de l'IMR reste digne d'intérêt pour les hôpitaux psychiatriques du monde entier, il traverse toutefois une période moins florissante à partir des années 1980. D'une part, en raison des restrictions économiques, son fonctionnement commence à être contesté par les tutelles. Ainsi, la direction de l'IMR constate amèrement que « la rigueur économique générale a malheureusement conduit à différer un certain nombre de projets » ⁶.

D'autre part, cet investissement « hors-norme » suscitait déjà de nombreuses critiques : le montant des travaux s'avérait élevé, tout comme le coût « humain » (vis-à-vis de l'effectif important de salariés), ainsi que les tarifs, qui constituaient à l'époque le prix de journée le plus élevé de France.

IMR : Institut Marcel Rivière.

4. SINEY-LANGE, Charlotte, *A l'initiative sociale. Les grands combats de la MGEN*, Paris, Presses du Chatelet, 2015.

5. « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions », rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS, Genève, 2005.

6. Rapport de fonctionnement du dispositif psychiatrique,

La démolition

Au même moment, l'avant-gardisme des établissements mutualistes est remis en cause face aux hôpitaux publics, qui se modernisent au point de concurrencer leurs services.

À la fin des années 1980, une réflexion est engagée pour s'adapter à cette situation. Cependant, les décisions restent difficiles à prendre dans un contexte économique tendu et face à des normes de plus en plus contraignantes. À La Verrière, la MGEN met en place une politique de rigueur budgétaire.

Le bilan est sans appel : le maintien d'une prise en charge de qualité est compromis, et l'alourdissement de la charge de travail dégrade le sentiment de bien-être initialement instauré. Les dépenses d'entretien des bâtiments sont également affectées, notamment pour les mises à niveau techniques, ce qui contribue à détériorer les conditions générales.

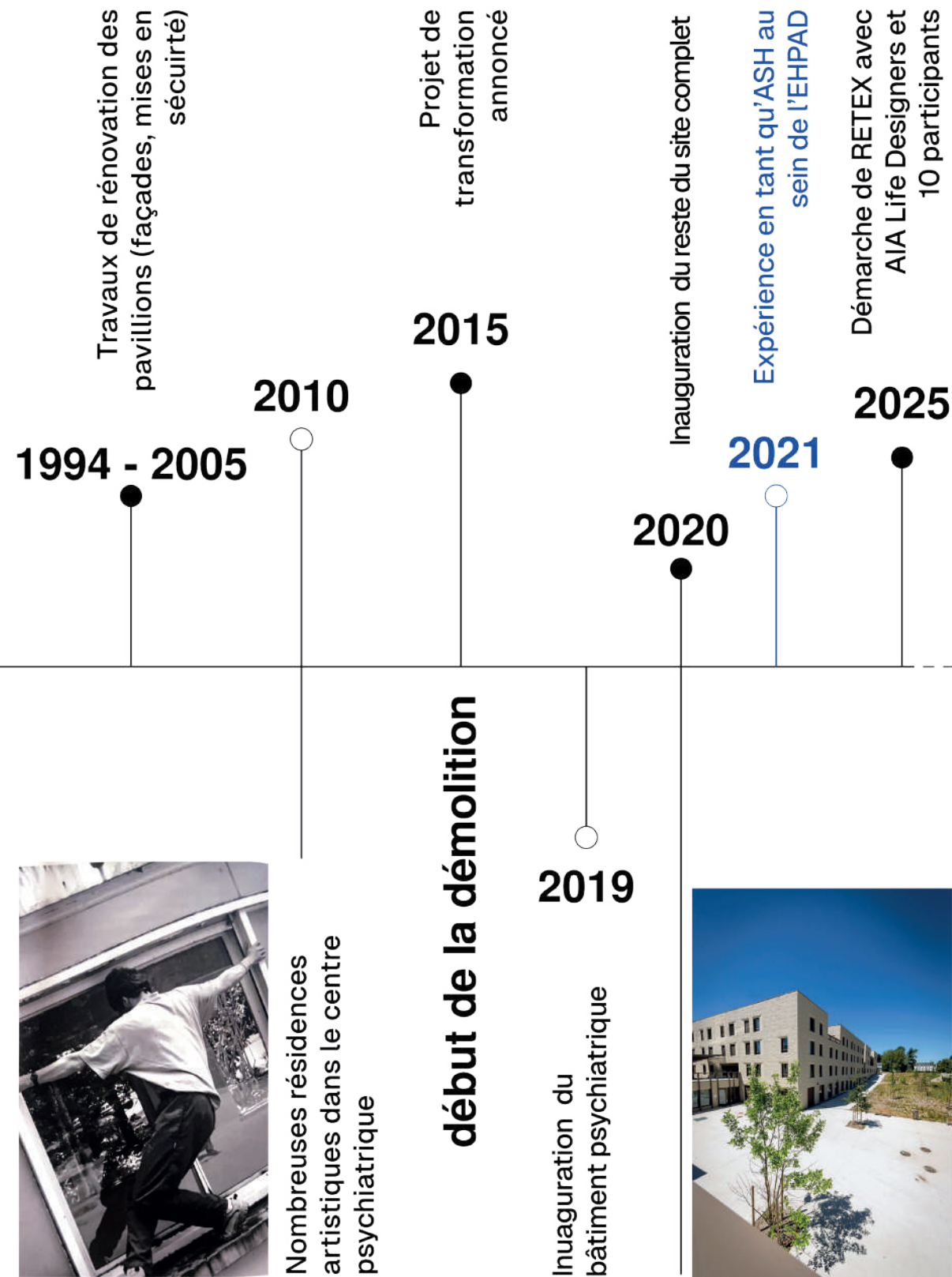
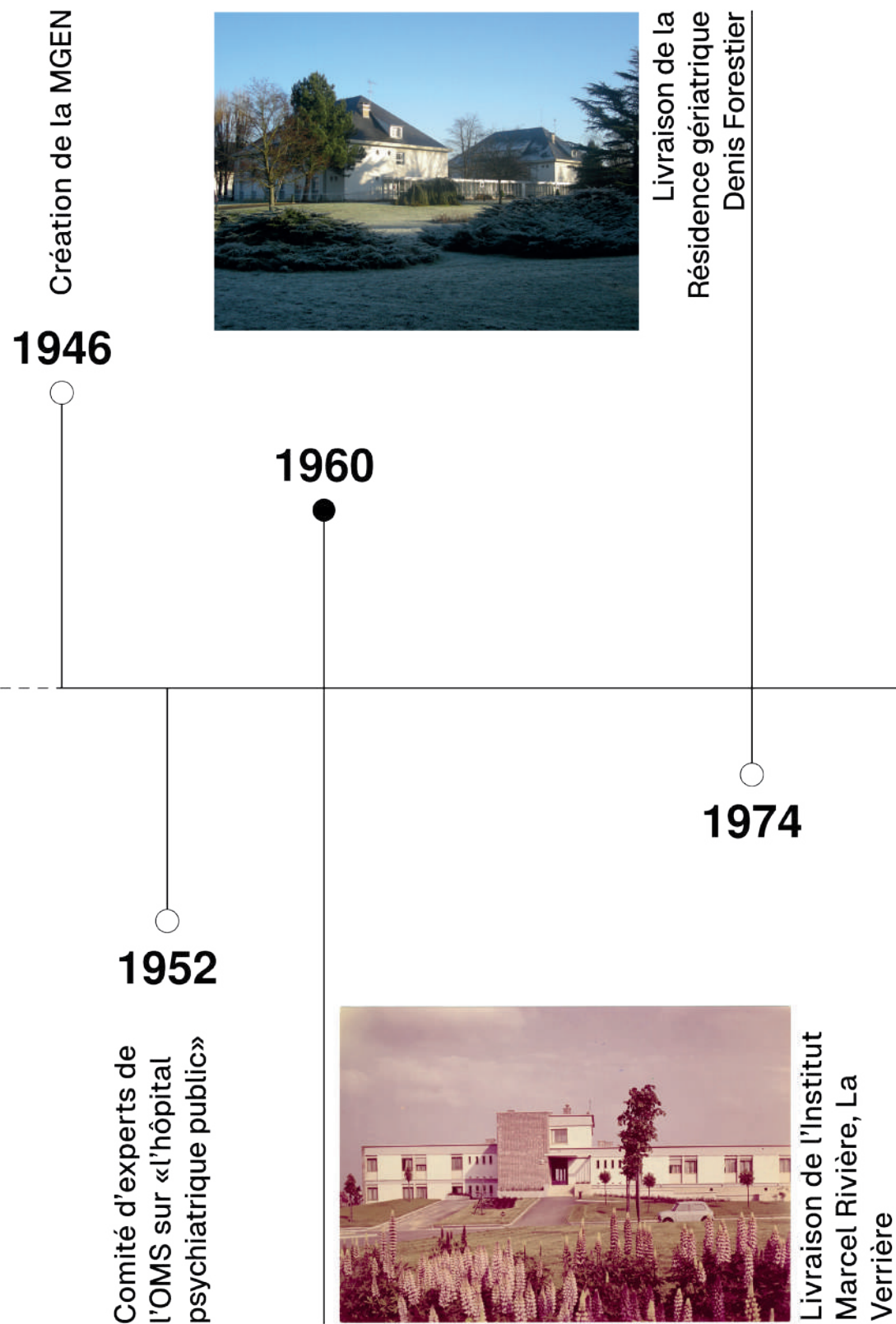
En conséquence, en 1996, « l'état de vétusté des bâtiments » devient alarmant. La modernisation et la restructuration de l'établissement, en termes d'investissements, deviennent indispensables. L'Institut Marcel Rivière et la résidence Denis Forestier, située à proximité, sont alors destinés à fusionner sous l'intitulé de l'Institut mutualiste de la Verrière.

Vingt ans plus tard, le premier coup de pelle est donné. Face à l'état de vétusté avancé et à la non-rentabilité des deux parcelles distinctes, la MGEN décide de vendre le terrain de la résidence Denis Forestier à l'Établissement Public Foncier d'Île-de-France, destiné à accueillir un futur quartier pour la ville.

[fig. 47] Démolition d'un pavillon
avancement au 19 décembre
2016.
Photographie de Stéphane Levy.



Architecture, le temps du soin et des transformations



Rapport au territoire

La relation entre La Verrière et la MGEN est fondamentale, au point que l'on peut considérer que la ville s'est en partie « construite » autour de et grâce à ce partenariat.

L'importance de la MGEN est d'abord économique : avec plus de 500 collaborateurs, elle constitue aujourd'hui le premier employeur de cette commune de 6 000 habitants. Si l'on ajoute les 118 employés du prestataire Sodexo présents sur le site pour les activités de nettoyage et de restauration, l'empreinte de l'organisme sur l'emploi local est importante.

Loin de se limiter à ce rôle historique, l'organisme prépare l'avenir et renforce son ancrage territorial. La MGEN travaille en effet actuellement avec la mairie et l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour implanter une maison médicale sur le site ⁷.

Ce projet vise à répondre à une problématique sociale majeure, comme le souligne Nicolas Dainville : « La Verrière est actuellement un véritable désert médical pour la population ». L'objectif est clair : « Nous espérons aboutir afin de pouvoir attirer quelques médecins dans la commune ».

Également, le projet lancé sur la transformation du centre thérapeutique MGEN, co-financé via des fonds Île-de-France, insiste sur l'impact de l'action de la mutuelle sur le secteur.

Importance des perceptions

De plus, comme énoncé via l'étude de Claude Leroy sur l'espace architectural, la perception de l'espace de l'Institut change radicalement avec le temps. De nombreuses personnes rapportent qu'à leur arrivée, le lieu leur semblait immense. Cependant, avec le temps, cet espace perçu se réduit, en même temps qu'elles apprennent à mieux s'y repérer ⁸.

Cette perception concerne surtout le grand espace central, qui est décrit comme « non approprié » (personne ne se l'approprie, il reste impersonnel) ⁹.

Ces deux constats (la réduction de l'espace perçu avec le temps et l'uniformité de cette perception à travers les groupes) amènent à l'hypothèse que ce grand espace central est anxiogène.

« L'hospitalisation (quant à elle) a pour fonction de séparer le sujet du milieu pathogène, de le plonger dans un milieu artificiel qui permette la résolution des manifestations pathologiques, et de traiter médicalement les causes du trouble mental »

Ibidem.

7. Les Echos, « Yvelines : la MGEN s'offre un hôpital flambant neuf à La Verrière » (en ligne).

8. LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, page 62.

9. La tendance des individus à « réduire » cet espace dans leurs représentations mentales (leurs plans) témoignerait de leur difficulté à se l'approprier. À l'inverse, les autres espaces qu'ils maîtrisent et dans lesquels ils se sentent à l'aise (bureaux, labos) se « dilatent » relativement dans leur esprit. LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, page 62.



49.

[fig. 49] Place centrale, site actuel. Photographie AIA Life Designers.

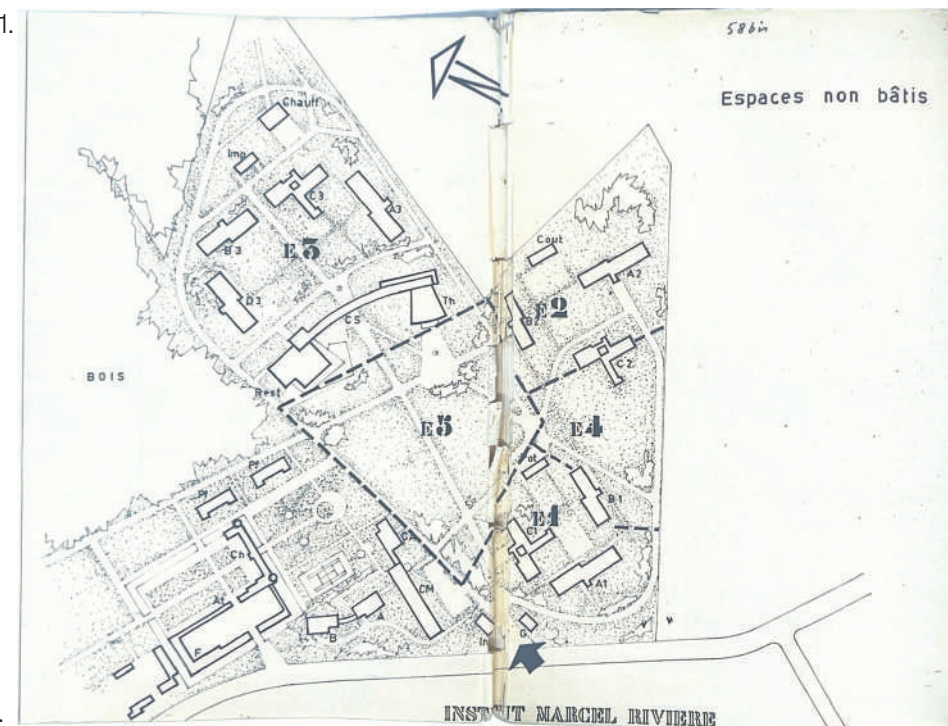
50.



[fig. 50] Place centrale, site historique, photographie de la MGEN, 2007.

[fig. 51] Plan des espaces non bâtis, avec une importance émise sur la place centrale de l'ancien site. LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, page 58 bis.

51.



51.

Architecture, le temps du soin et des transformations

Le château

Élément essentiel du site

Le Château de La Verrière, un bâtiment du 18^{ème} siècle, servait dès 1960 de siège à l'école de spécialisation psychiatrique des infirmiers, bien qu'il abritait quelques appartements. Historiquement, il servait déjà d'hôpital avant la construction de l'Institut, conservant ainsi pour beaucoup une valeur symbolique de « point d'origine »¹⁰. Sur le plan architectural, il s'oppose d'ailleurs radicalement au style moderne que portait l'Institut.

Le château est au centre d'un environnement soigné : il est encadré par des jardins à la française aboutissant à deux grilles, précédé de deux bassins circulaires, et entouré d'anciennes douves aujourd'hui gazonnées. Un terrain de tennis apporté depuis 1960 et toujours présent le sépare du centre administratif, tandis qu'un vaste bois s'étend de l'autre côté.

Ses dépendances accueillaient diverses activités, notamment les ateliers de cuisine, vannerie, dessin, peinture, menuiserie, ainsi que ceux de l'hôpital de jour. Plus loin se situaient les services généraux, le garage, la ferme et les terrains de sport, complétés par un bâtiment pour les services du jardin et les serres. On note aussi la présence de deux bâtiments préfabriqués, autrefois utilisés pour loger les malades puis les élèves infirmiers, mais qui sont actuellement peu utilisés.

Enfin, le château était un lieu de rencontre important, accueillant de nombreux événements tels que des séminaires et des congrès ouverts aux personnes extérieures. Le château de La Verrière fut en pleine mutation pour devenir un centre de formation et de séminaires en même temps qu'un outil de travail mieux adapté à ses membres. Il était également ouvert à d'autres associations mais aussi à des entreprises de la région respectueuses de la déontologie du site.

Aujourd'hui reconverti en IFSI (Institut de formation en soins infirmiers), le château reste un élément important du site, avec l'accueil de conférences.

« En 1550-1551, un château est construit pour Pierre Séguier, président au Châtelet de Paris, fils de Barthélémy et héritier du domaine. Après démolition d'un premier bâtiment dont on ignore la fonction, la nouvelle bâtisse érigée par Jehan Boutet, maçon au Mesnil-Saint-Denis, et Martin Houllier, maçon et tailleur de pierre à Fourcherolles »

Archives MGEN

10. Ce milieu qui nous entoure, document réalisé par les patients du centre en 1969, p5 sur l'histoire du château. Archives MGEN.



55.



56.

[fig. 55] La Verrière - L'institut Marcel Rivière et le château, carte postale historique. Geneanet. <https://www.geneanet.org/cartes-postales/view/8115071#0>

[fig. 56] Le château aujourd'hui, photographie de Monsieur Rensonnet, résident de l'EHPAD, juin 2025.

Le centre gériatrique Denis Forestier

Site excentré du domaine principal

Inauguré en 1974, le centre gériatrique Denis-Forestier constitue l'un des premiers établissements gériatriques de la MGEN, pensée pour accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie dans un cadre calme et protecteur de part sa présence végétale. Il se compose en deux parties : un EHPAD de 76 lits et un hôpital de 119 lits (de plusieurs secteurs ; courts séjours, soins palliatifs, soins de suite et soins de longue durée)¹¹. Implanté au cœur d'un vaste parc arboré, le bâtiment adopte une architecture caractéristique des années 1970, mêlant rationalité fonctionnelle et une volonté d'intégration paysagère.

L'ensemble s'organise selon une trame orthogonale, composée de volumes simples reliés par des circulations clairement identifiées. Les espaces d'hébergement se distribuent autour de patios intérieurs et de couloirs largement vitrés, favorisant l'exposition à la lumière naturelle et les vues transversales sur le site. Les toitures à deux pans, de type Mansart, renforcent l'ancrage du résident dans un environnement familial, tout en assurant une transition harmonieuse avec le paysage boisé et optimisant l'usage des niveaux supérieurs.

La résidence est composée de 116 chambres individuelles, destinées à un hébergement permanent. Ces chambres, volontairement standardisées et adaptées à la gériatrie, comprennent un lit médicalisé, des rangements intégrés et un espace de repos. Leur distribution régulière le long des circulations facilite l'orientation des résidents et le travail du personnel soignant.

Pensée dès l'origine comme un établissement à taille humaine, la résidence Denis-Forestier combine ainsi fonctionnalité, lisibilité architecturale et attention au confort des personnes âgées. Ce dispositif des années 1970 constitue la base du fonctionnement de l'établissement jusqu'à sa transformation progressive et sa fermeture en 2020.



52.

11. Dossier de presse, Institut MGEN de La Verrière. (2021). Regroupement des établissements historiques Marcel Rivière et Denis-Forestier, comprenant un EHPAD, des unités de soins de suite et de réadaptation, de médecine gériatrique et de soins palliatifs. VYV3.

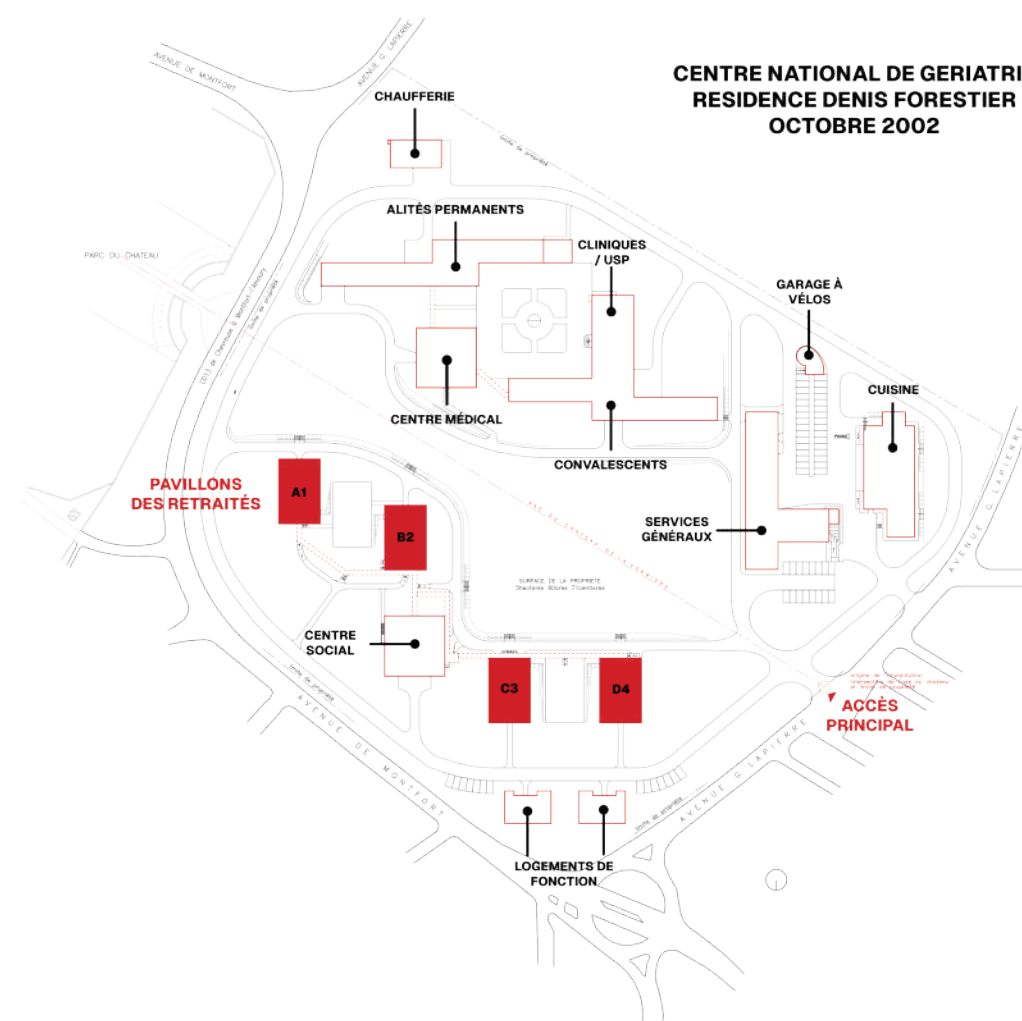


53.

[fig. 52] Résidence Denis Forestier, photographie d'un pavillon. Archives MGEN, 2007.

[fig. 53] Résidence Denis Forestier et ses pavillons, reliés avec cette circulation vitrée qui était très appréciée. Photographie MGEN, 2007.

[fig. 54] Organisation de la résidence et son rapport avec le château.



54.

2• Le projet de transformation

AIA Life Designers - Promouvoir une architecture favorable à la santé

AIA Life Designers est une agence française pluridisciplinaire qui rassemble architectes, ingénieurs, urbanistes et paysagistes autour d'une vision commune de « l'architecture qui prend soin ».

La combinaison « Life Designers » met l'accent sur une conception centrée sur l'humain, la santé et le bien-être, en cherchant à créer des espaces (que ce soit des hôpitaux, bureaux, aménagements urbains) favorables à leurs occupants et à l'environnement. Reconnue suite à de nombreux projets en santé notamment, l'agence allie innovation technique et engagement sociétal pour répondre aux enjeux écologiques et du « bien-vieillir » dans son ensemble ¹².

L'un des principaux objectifs de la reconstruction du site de La Verrière était de réunir trois programmes distincts au sein d'un même ensemble, tout en cherchant à réaliser des économies d'échelle et maintenir le site partiellement en activité pendant les travaux. Il s'agissait donc d'une opération complexe, mêlant enjeux techniques, organisationnels et humains.

Les valeurs originelles du projet, héritées du modèle du village thérapeutique d'après-guerre, de la culture mutualiste et du lien étroit au paysage, ont fortement influencé la proposition architecturale. Le village est ici pris comme modèle : un lieu où la vie collective, la culture et le soin cohabitent.

Le théâtre, la bibliothèque et la participation du personnel témoignent d'une culture intégrée au fonctionnement du site, où la dimension sociale et culturelle participe pleinement au processus de soin.

Les besoins des soignants et des familles ont également été pris en compte, même si l'équipe de conception n'était pas à l'origine du programme. Il a été observé que les attentes diffèrent : les soignants cherchent avant tout des conditions de travail fonctionnelles et apaisantes, tandis que les familles, souvent traversées par un sentiment de culpabilité, ont besoin d'espaces d'accueil et de liberté. Les établissements les plus aboutis sont ceux qui développent de véritables projets de vie tripartites, impliquant résidents, soignants et familles, afin de redonner de l'autonomie et du sens au quotidien.

12. AIA Life Designers. (s.d.). À propos – AIA Life Designers. Site web officiel.

13. RETEX réalisé par Manon Bertereaux, designer chercheuse en lors de son master Care Design en alternance chez AIA Life Designers, 2022-2023.

Divers espaces communautaires présents sur le site permettent aux résidents d'interagir avec d'autres populations, personnel, patients, visiteurs, même si les usages précis restent encore à observer. Aucune évaluation post-occupation n'avait été menée jusqu'à présent pour mesurer l'impact des choix architecturaux, le projet relevant d'un processus en conception-réalisation où l'entreprise mandataire SPIE Batignolles pilotait l'exécution. Des retours d'expérience sont toutefois pratiqués sur d'autres projets de l'agence, comme le projet SSR Ugecam à Colmar ¹³.

Le concept de résilience a guidé la conception à travers la création d'espaces modulables et extensibles, capables de s'adapter à l'évolution des besoins. En revanche, peu d'innovations technologiques ont été intégrées : hormis la gestion autonome de la lumière et des volets roulants, le programme ne prévoyait pas



[fig. 57] Salon commun - 2ème étage.



[fig. 58] Construction du nouveau centre en milieu occupé. On peut apercevoir les pavillons du village 1 en arrière plan. Photographie de Stéphane Levy.

Le phasage - élément clé du projet

Le phasage s'est déroulé en milieu occupé. Mener un chantier de cette ampleur (déconstruction, désamiantage, construction neuve) tout en maintenant l'activité de soins pour des patients fragiles relève d'une grande complexité. La précision du phasage proposée dès le concours a permis à AIA Life Designers de se distinguer et de le remporter. En cinq ans, le site a été transformé tout en limitant l'impact sur les résidents et le personnel.

[fig. 59] Vue depuis la fin d'une coursive, côté parc.



Le paysage comme outil de soin

Le cadre naturel joue un rôle essentiel dans le processus de guérison. Selon les programmes, cette relation au paysage varie : pour l'EHPAD, il s'agit d'un lieu de repos, de rencontre et d'ancrage à la vie, « la vie jusqu'à la fin », tandis que pour la psychiatrie, le contact avec la nature constitue un ressourcement, un support d'activités extérieures partagées. Pour le service de soins de suite et de réadaptation, le paysage est aussi un espace d'exercice et de détente. En EHPAD, les vues sur le parc apaisent et procurent un sentiment de bien-être.

Le nouveau centre thérapeutique

« L'architecture est un instrument thérapeutique décisif »

Paul Silvadon, 1959

La réflexion autour de la reconstruction de l'ensemble immobilier de la MGEN a dépassé le simple cadre architectural pour devenir une mise en œuvre concrète des principes de résilience chers à AIA Life Designers. La philosophie centrale est de « concevoir des espaces favorables au bien-être des personnes vulnérables, de leurs soignants, et leurs accompagnants, parce qu'ils créent la possibilité de l'appropriation et du lien »¹⁴.

Pour ce faire, le projet conserve la pensée originelle de la promenade tout en répartissant les différents programmes dans des pavillons de faible échelle, ne dépassant pas deux étages (R+2). L'ambition globale repose ainsi « autour des valeurs originelles des fondateurs »¹⁵.

Ce nouveau pôle regroupe trois activités principales qui mutualisent des moyens thérapeutiques et logistiques communs : l'activité historique de Santé Mentale (Psychiatrie) est complétée par un EHPAD et un service de SSR (Gériatrie).

L'EHPAD bénéficie d'une disposition centrale sur le site. Il est adossé à un centre gériatrique sanitaire comprenant un service de médecine et de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), auxquels les résidents ont un accès direct en cas de besoin.

Le bâtiment de l'EHPAD est réparti sur trois niveaux. Au rez-de-chaussée, il accueille trois unités de vie protégée (PASA, UGP, UHR) de 14 lits chacune. Au premier et au deuxième étage, il compte deux plateaux de 65 lits chacun. Architecturalement, le bâtiment est conçu « en 8 », favorisant les espaces de vie tout en organisant la circulation via de longues coursives. Les éléments centraux sont situés au milieu du noyau, directement accessibles par deux ascenseurs et un monte-charge.

Concernant les chambres, elles sont toutes individuelles et disposent d'une salle d'eau privative ainsi que de placards. L'aménagement est pensé autour du lit, élément central, avec un espace de déambulation dédié.

Cependant, la qualité de l'espace de la chambre est quelque peu diminuée. D'une part, un large espace est perdu au niveau de l'entrée pour permettre l'accès à la salle d'eau. D'autre part, la chambre étant déjà meublée et équipée (lit, table de nuit, étagères, fauteuil), il reste peu de place au résident pour y installer son propre mobilier personnalisé.

14. AIA Life Designers. (s.d.). Centre thérapeutique et logistique MGEN, La Verrière. Consulté sur <https://aialifedesigners.fr/projet/centre-therapeutique-et-logistique-mgen-la-verriere/>

15. AIA Life Designers. (s.d.). Centre thérapeutique et logistique MGEN, La Verrière. Consulté sur <https://aialifedesigners.fr/projet/centre-therapeutique-et-logistique-mgen-la-verriere/>

Le plateau technique

Le plateau technique thérapeutique multi-spécialités, aspect innovant du site, offre un fort potentiel médical qui est présenté comme permettant « d'assurer la pérennité des prises en charges thérapeutiques »¹⁶.

Disposé au centre de la parcelle, le plateau technique présente un équipement de balnéothérapie, d'ergothérapie, mais également une salle de kinésithérapie permettant au centre de se développer autour de services liés au bien-être. Il est conçu pour être multi-spécialités et servir l'ensemble des pôles (SSR, Gériatrie et Psychiatrie).

Ainsi, il est diversifié de telle sorte à soutenir les différentes prises en charge de l'institut, qu'il s'agisse de récupérer une fonction motrice après une opération (comme en SSR) ou de travailler sur la resocialisation et le bien-être (en psychiatrie), avec des médiations thérapeutiques et des activités comme l'art-thérapie et la musicothérapie.

La prouesse d'une telle réalisation réside dans la réunion sur un même site des activités historiquement séparées (psychiatrie, gériatrie, SSR) et de différents publics (adolescents en crise, adultes en soins psychiatriques, personnes âgées dépendantes) en évitant la création d'une « usine à soins » sans identité.

16. Entretien avec Jérôme Bataille, associé de l'agence AIA Life Designers. Décembre 2024, Paris.

[fig. 60] Photo du plateau technique et de ses usages. Ici, repas du midi lors du barbecue annuel marquant le début de l'été.



Architecture, le temps du soin et des transformations

«

Un site remarquable, réceptacle d'activités polymorphes, un site préexistant avec son histoire, son château, son parc et sa forêt. Les trois villages originels se transforment en un hameau composé comme un paysage romantique qui accompagne la structure classique du château.

Une relation nouvelle aux espaces extérieurs où s'entremêlent bâti et verdure. Autour de l'axe végétal qui prolonge le château, des édifices se dressent et cadrent la perspective. Chacun exprime son identité et répond aux autres dans un dialogue d'architecture et une complémentarité de fonctions.

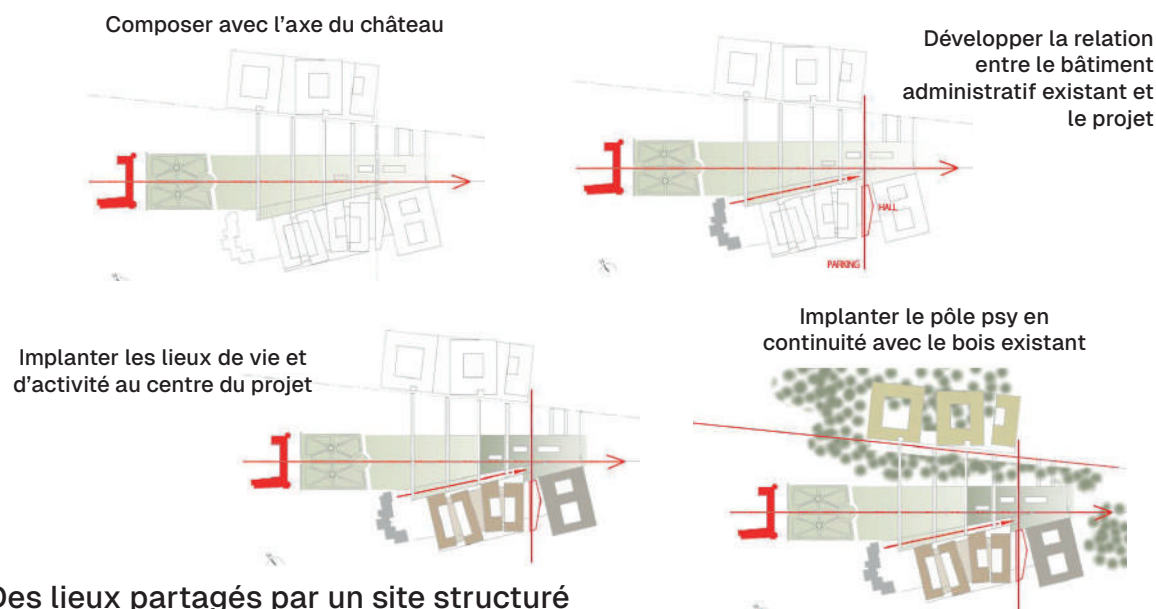
Au centre, le cœur du projet, lieu de vie, d'animation, de soins, de spectacle. Une structure partagée qui met à distance, rassemble et articule l'ensemble.

Le site rassemble des fonctions spécialisées. Leur proximité laisse augurer de synergies médicales où la spécialisation ne se fait pas au détriment de la complexité ni de la sensibilité humaine

17.

»

LES INTENTIONS



Des lieux partagés par un site structuré

L'ensemble de la conception repose sur deux grands axes perpendiculaires. Le premier s'aligne sur la perspective du château, tandis que le second dessine le parcours d'entrée. Précisément à leur intersection se trouve le cœur de la vie sociale du lieu : le restaurant et sa terrasse. C'est un espace central conçu pour la rencontre, le repos, l'observation et la vie. Cette croisée centrale sert de repère principal, ce qui rend les déplacements sur le site définis, simples et évidents. Grâce à cette organisation, chaque fonction ou bâtiment trouve sa place naturellement. Tout semble à la fois indépendant et autonome, tout en s'intégrant parfaitement dans un ensemble relié.

[fig. 61] Exposé sommaire du parti architectural et fonctionnel, AIA Life Designers, SPIE Batignolles.

17. Note de présentation. Exposé sommaire du parti architectural et fonctionnel, AIA Life Designers, SPIE Batignolles.

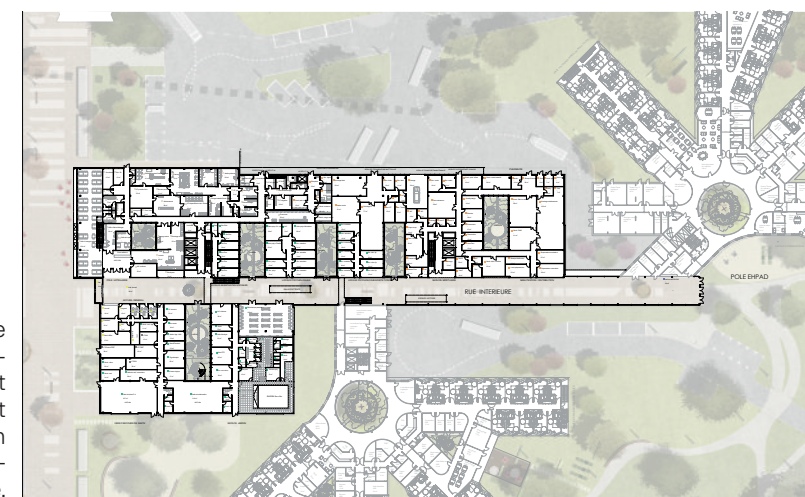
Analyse des autres propositions du concours

Au total, trois candidats ont été admis à la phase de pré-rendu du concours portant sur la transformation du site. Parmi ces propositions, celle présentée par l'équipe mandatée par Léon Grosse se distinguait de celles de AIA Life Designers et SPIE Batignolles, ainsi que de celle de Campenon Bernard Construction (CBC), par son unité et sa forme, offrant une lecture plus cohérente et lisible du projet.

Le projet s'organise autour de cinq entités principales : un bâtiment central, trois pôles de soins et une rue intérieure. Le bâtiment central, aligné sur l'axe du château, regroupe les fonctions communes au rez-de-chaussée pour un accès facile, tandis que les espaces du personnel sont situés à l'étage. Les trois pôles de soins, conçus en forme de fleurs, maximisent l'ouverture sur le parc et assurent une transition harmonieuse entre l'axe central et les limites irrégulières du site. La rue intérieure, prolongement de l'axe du Château, traverse le bâtiment central et relie deux des pôles. Elle constitue un lieu de rencontre central, sans hiérarchie médecin/patient, urbain à proximité du parvis et plus calme vers l'est, ouvert sur le parc et les cours intérieures. À l'étage, elle accueille le circuit logistique du personnel, séparé des flux des patients.

Si le projet Léon Grosse s'impose par son unité et sa clarté, la proposition d'AIA Life Designers a été retenue pour son phasage maîtrisé et la qualité de son plateau technique, aspects qui seront développés précédemment. Par ailleurs, bien que pertinente, cette proposition s'avérerait moins exhaustive sur certains points par rapport à celle de Léon Grosse, notamment en termes de lisibilité et d'articulation des espaces, ce qui illustre les compromis inhérents à la conception d'un environnement de soins moderne.

[fig. 62] Léon Grosse – Patriarche & Co – OTE Ingénierie – Otello – Omega Alliance, dossier du projet MGEN (Reconstruction de l'Institut Marcel Rivière, La Verrière 78), plan du plateau technique du rez-de-chaussée.



Intégrer le patient à son nouveau milieu

Dès lors de sa livraison, le projet était nu, dépourvu de modes et natures offertes par la nature elle-même.

5 ans ont passés. Le bâtiment se pare de plantes grimpantes en façade, de boîtes de radis, de végétation. L'espace est domestiqué ; l'aspect brute de sa livraison est ici perçu comme doux par les usagers, manquant de couleurs certes, mais apaisé de cette végétation qui se veut foisonnante.

La perception du projet livré a évolué : les résidents comme les professionnels, désormais très attachés à cet établissement, se sont approprié les lieux. La mémoire du site se concentre essentiellement autour du château, élément central de leur représentation. Au fil des échanges, les résidents ont exprimé le souhait d'en apprendre davantage sur l'histoire du parc et du château, estimant qu'une médiation autour de ce patrimoine serait enrichissante.

Sur l'ensemble des résidents interrogés, peu connaissait l'histoire de l'ancien site. Comme nous le rappelle l'étude effectuée en 1970 sur l'ancien site : en fonction du temps, la représentation de l'espace, aussi bien au niveau de sa structuration formelle qu'au niveau des contenus ou signifiés, semble évoluer quantitativement selon les appropriations. Autrement dit, le vécu des utilisateurs d'un espace bâti est influencée par des variables propres¹⁸.

Les bâtiments ont été pensés pour évoluer sur le long terme, leur modernité et leur résilience devant être réévaluées dans une quinzaine d'années.

18. LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, 113p.

[fig. 63] Photographie prise lors de la livraison de la première phase du chantier : le bâtiment psychiatrique.



Prendre soin de la vieillesse

[fig. 64] Partie de scrabble, résidentes du 2^{ème} étage.



Prise en charge des troubles psychiatriques chez les seniors

La notion de « résilience » a guidé la conception à travers la création d'espaces modulables et extensibles, capables de s'adapter à l'évolution des besoins. En revanche, peu d'innovations technologiques ont été intégrées : hormis la gestion autonome de la lumière et des volets roulants, le programme ne prévoyait pas d'outils de suivi des chutes ou de géolocalisation par exemple.

La prise en compte des besoins évolutifs des populations âgées nécessitant un accompagnement psychiatrique a guidé de nombreux choix. La conception favorise la proximité entre les programmes pour faciliter le travail en réseau des professionnels, tout en affirmant que la vieillesse n'est pas une pathologie. Les unités dédiées aux personnes âgées en santé mentale ont été installées en rez-de-chaussée, dans une logique d'accessibilité, d'ouverture et de sécurité.

Les espaces destinés aux résidents atteints de troubles liés à l'âge, notamment les trois unités dédiées à Alzheimer et aux troubles apparentés, sont pensés comme de petites unités de vie, avec un accès contrôlé depuis le poste de soins et un espace de déambulation favorisant la mobilité et l'autonomie. La circulation et les parcours ont été repensés de manière à amener la vie vers les résidents, plutôt que l'inverse, en tenant compte de la diminution progressive de leurs capacités de déplacement¹⁹. L'EHPAD occupe ainsi une position charnière, à la jonction entre le parking, l'esplanade et l'administration, facilitant les échanges et les trajets courts.

19. Fondation Médéric Alzheimer. Plan Alzheimer : cahier des charges des unités spécifiques en EHPAD. Fondation Médéric Alzheimer. 2009.

« Un hôpital, ça vit »

Foudil Hallou

D'un point de vue médical, suite à l'entretien du 30 septembre 2024 avec Foudil Hallou, médecin psychiatre responsable de l'unité géro-psi-chiatrique (UGP) du centre ouverte en décembre 2024, plusieurs constats ont été dressés concernant l'évolution de la prise en charge, intimement liée aux choix architecturaux.

Ce service est conçu pour les personnes qui nécessitent une prise en charge et qui sont actuellement à la recherche d'une structure adaptée à leurs besoins. À l'inverse, les unités d'hospitalisation (comme l'Unité de Psychiatrie de la Personne Âgée - UPPA) accueillent des patients qui sont déjà stabilisés. Ces patients se trouvent dans une structure qui leur offre un cadre sécurisant tout en encadrant leur autonomie.

La nostalgie d'un modèle novateur

Le médecin a rappelé que l'unité pilote de La Verrière fut pionnière en France, servant de site novateur à une époque où aucun référentiel national n'existait. Il a exprimé son attachement à l'ancien projet, relevant de la « psychothérapie institutionnelle », qui se fondait notamment sur site via sur une réflexion poussée autour du mouvement et de la circulation des patients.

À l'époque, l'organisation favorisait les interactions : les familles avaient accès non seulement aux chambres, mais aussi à la salle commune. La cafétéria, aujourd'hui disparue, constituait un élément central de l'institut, essentiel pour les visites et sorties du site.

Liberté ou limitation ?

Autrefois, les patients circulaient librement à l'intérieur de l'établissement. Désormais, les unités psychiatriques sont pensées comme des espaces fermés, accessibles uniquement par badge, ce qui réduit les possibilités de mouvement et d'autonomie (notamment pour les patients fumeurs).

De plus, cette nouvelle configuration du centre a des conséquences directes sur le personnel. Le médecin observe que les soignants, sur-occupés et disséminés à travers le site, subissent une « perte de transmission ». Cette fragmentation dégrade les liens professionnels et la connaissance mutuelle des pratiques.

Quand l'architecture peut limiter le soin

Le médecin regrette l'ancien site et insiste sur le fait que l'architecture, lorsqu'elle est mal pensée ou inadaptée, « pose des limites aux soins ». Elle devient un obstacle non modifiable qui engendre des problèmes d'usage au quotidien.

Les critiques du bâtiment actuel sont précises : trop de couloirs, des chambres exiguës, et un accueil des familles jugé manquant (absence d'espaces tampons). Il mentionne également que l'ancien standard était bien mieux placé pour la gestion des entrées et sorties.

Un problème concret illustre ce propos : 30% des résidents de l'UGP fument, mais aucun local ne leur est dédié. Ils sont obligés de fumer dans le jardin ou sur la terrasse et doivent systématiquement demander l'accès au personnel, ce qui crée une contrainte permanente.

Enfin, Monsieur Hallou a tenu à clarifier une distinction essentielle : « santé mentale et EHPAD ne relèvent pas des mêmes logiques ». L'UGP est une unité de soins. À l'inverse, un EHPAD est un lieu de vie où des espaces dédiés existent, mais où le problème majeur réside dans le manque de personnel et de « lien humain »²⁰.

20. Entretien avec Foudil Hallou, médecin psychiatre de l'unité géro-psi-chiatrique du centre. 30 septembre 2024.

[fig. 65] Circulation de l'UGP, septembre 2024.



Architecture, le temps du soin et des transformations

Les fragments artistiques restants

Auparavant, l'institut bénéficiait d'une véritable dynamique culturelle portée par des partenariats solides et une organisation plus souple. Le Relais mutualiste fonctionnait encore, et le théâtre occupait une place majeure : Grégoire Cuvier, du théâtre de Chair d'Élancourt, animaient des résidences artistiques inscrites dans un véritable travail thérapeutique. Certains projets, comme celui du pavillon D3 vu en partie une, ont marqué durablement les pratiques : sur plusieurs années, les patients y ont développé des ateliers mêlant théâtre, danse et chant en lien étroit avec les médecins.

Les activités étaient diverses, ateliers de marionnettistes, animations saisonnières, interventions de la psychologue accompagnée de son chien, et reflétaient une vision ouverte de l'hôpital, où les échanges entre unités étaient possibles. À cette époque, les soignants pouvaient plus facilement se détacher pour accompagner ces actions, et la circulation entre les espaces favorisait un fort lien social, notamment dans les lieux communs comme le restaurant.

Progressivement, lors du début de la transformation du site, cette dynamique s'est essouffée. La disparition du Relais et la possession des lieux du Théâtre de Chair, qui n'intervient plus dans une perspective thérapeutique, ont marqué une rupture. Lors de la destruction des anciens locaux, l'idée d'un travail artistique structuré, en lien avec Grégoire Cuvier et un photographe, n'a finalement pas abouti. Puis la crise du COVID a stoppé presque entièrement les initiatives, en limitant drastiquement les entrées et sorties.

Après cette période, c'est essentiellement grâce au théâtre Le Scarabée de La Verrière que de nouveaux projets culturels ont pu émerger : interventions d'Ornella, marionnettiste, puis d'une danseuse hip-hop, ateliers de création de marionnettes autour des émotions, séances avec les services adultes, adolescents ou en EHPAD, parfois suivies de représentations. Ces initiatives permettent ponctuellement de retrouver une forme de culture à l'hôpital, mais elles reposent davantage sur l'impulsion de la compagnie que sur une politique institutionnelle.

Aujourd'hui, la sectorisation, les nouveaux bâtiments et les horaires de travail en 12 heures rendent les déplacements hors unité beaucoup plus difficiles, tant pour les patients que pour les soignants. Les activités culturelles, majoritairement extérieures aux unités, sont donc moins accessibles et moins investies qu'auparavant.

« Aujourd'hui, à la place de cet édifice démoli en 2017, on ne trouve plus que le vide, l'absence... Le théâtre a disparu. Sous les tonnes de gravats que les pelleuses ont utilisées pour combler le trou immense, sont enfouis les lattes arrachées du beau plancher de chêne où nous dansions et des lambeaux des penderillons de velours assortis aux quatre cents fauteuils. »

Madeleine Abassade, 2025

Comme le souligne Solène Tribhou, sociothérapeute en santé mentale du site rencontrée lors d'un entretien le 17 novembre 2025, « les patients sont des citoyens avant d'être des patients »²¹, rappelant ainsi l'importance de préserver ces espaces culturels comme des lieux de rencontre et d'ouverture, malgré les contraintes actuelles.



21. Entretien avec Solène Tribhou, sociothérapeute au sein du pôle santé mentale du centre. 17 novembre 2025.

[fig. 66] Compagnie Black Blanc Beur, répétition dans l'ancien théâtre de l'Institut Marcel-Rivière.

Photos de la captation vidéo Dans la danse avec si je t'M Black Blanc Beur - Chorégraphe Christine Coudun.



[fig. 67] Atelier de marionnettes - création de marionnettes par les résidents avec la marionnettiste Ornella, 2021.

3• Détails sur l'EHPAD

Le lieu

L'EHPAD constitue aujourd'hui l'élément central du site. Depuis le parking, un parvis directement accessible conduit à l'entrée du bâtiment. Celle-ci, légèrement en retrait de la façade, ouvre sur un hall rectangulaire dont la lecture et la signalétique restent peu intuitives.

L'architecture s'inscrit pleinement dans le parc boisé qui l'entoure. Les façades en béton matricé reprennent le motif de troncs d'arbres, créant une continuité visuelle avec le paysage et renforçant l'atmosphère apaisante du site. À l'intérieur, les espaces de déambulation sont largement éclairés par des couloirs vitrés donnant sur les patios, qui jouent un rôle essentiel : ils apportent lumière naturelle, permettent des échappées visuelles et structurent les unités de vie.

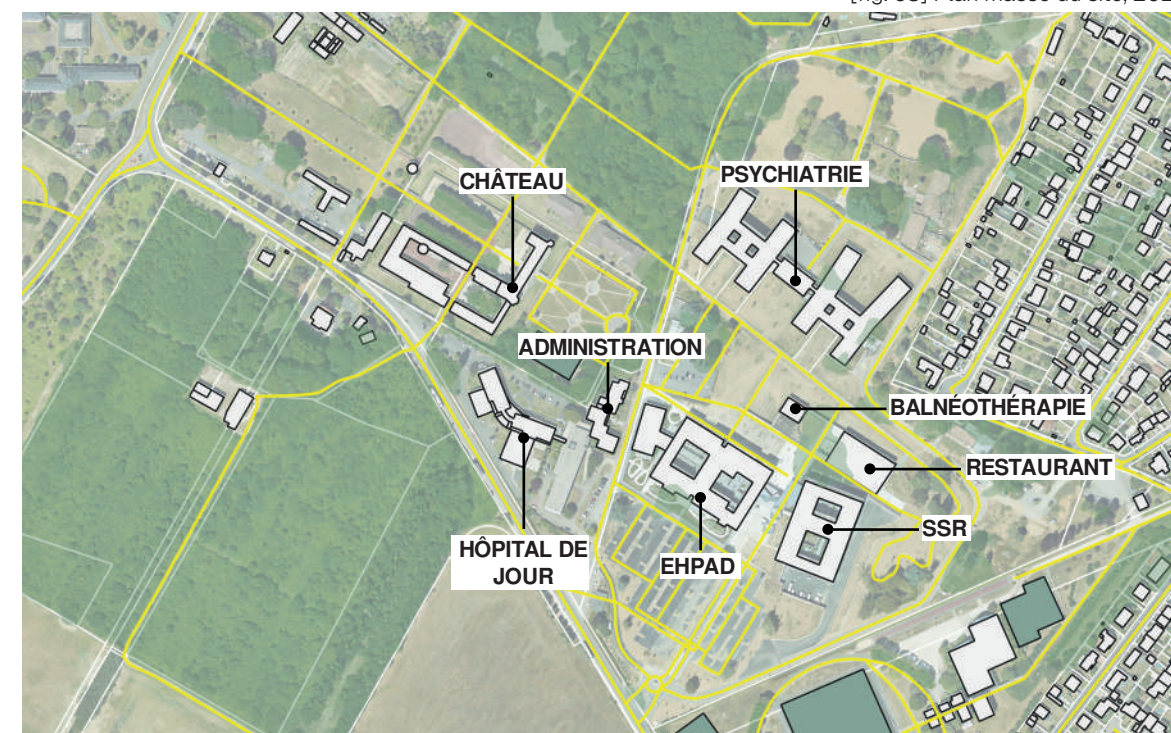
Les chambres sont réparties le long de ces coursives et bénéficient toutes d'un apport lumineux généreux. Elles sont pensées pour le confort quotidien et la sécurité des résidents : mobilier adapté, rangements intégrés, sanitaires accessibles.

L'EHPAD accueille aujourd'hui environ 186 résidents, répartis dans plusieurs unités adaptées aux degrés de dépendance et aux pathologies associées. On y trouve notamment des unités Alzheimer, une unité de poly-dépendance, ainsi qu'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) destiné aux résidents présentant des troubles modérés du comportement. Cette organisation diversifiée permet une prise en charge fine, à la fois individualisée et cohérente avec les besoins thérapeutiques.

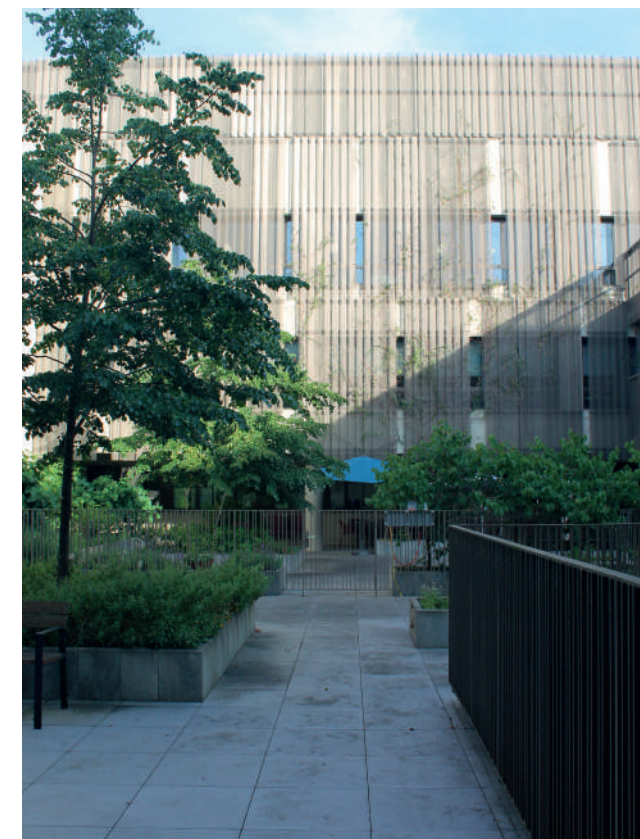
De nombreux espaces de vie complètent le dispositif : salons, terrasses, zones de déambulation extérieures, salles d'activités et espaces de rencontre. Le projet cherche à recréer des lieux familiers et conviviaux, à l'image d'une « place de village » où se mêlent activités, échanges et rythmes de vie quotidiens.

Connecté aux autres pôles du site (psychiatrie, SSR, rééducation, soins palliatifs), l'EHPAD s'inscrit dans une logique de continuité des soins. Les résidents peuvent accéder aux plateaux thérapeutiques, à la balnéothérapie, aux ateliers culturels ou sportifs, et à de multiples lieux dédiés à la stimulation cognitive et sociale.

[fig. 68] Plan masse du site, 2025.



[fig. 69] Vue du premier patio intérieur, photographie personnelle, 2025.



La circulation comme colonne vertébrale du projet

Matérialisée en jaune, elle forme une boucle continue, une « promenade infinie », qui relie l'ensemble des espaces. Cette fluidité de mouvement est essentielle, car elle favorise la déambulation des résidents tout en facilitant le travail logistique du personnel. Les couloirs, illuminés par la lumière naturelle grâce à la proximité immédiate des patios ou des façades, desservent l'ensemble des unités de vie. Les extrémités des coursives ouvrent des points de vue sur le site et offrent aux résidents situés à ces endroits un sentiment accru d'intimité, du fait d'un passage moins fréquent.

De manière générale, l'importance de cette coursive accentue le sentiment de grandeur de l'étage mais, par sa répétitivité, peut désorienter les visiteurs ou les résidents en l'absence de points de repère. La longueur des couloirs renforce également le caractère hospitalier du site, ce qui peut malheureusement prendre le pas sur son identité de lieu de vie. Cependant, un accent a été porté sur les ouvertures, avec de larges baies, offrant une vue large sur l'extérieur.

Les espaces privés, représentés dans des nuances de violet, sont disposés méthodiquement en périphérie du bâtiment ainsi que le long des façades internes. Cette « ceinture » d'hébergement propose une variété de modules, allant de la chambre standard d'environ 20 m² à des unités plus spacieuses de 24 m². La chambre de 27 m² est quant à elle destinée aux personnes en surpoids, dans le cadre d'un usage bariatrique.

La dimension médicalisée s'intègre discrètement au programme. Les locaux de soins et de logistique (en bleu et blanc) sont répartis de manière stratégique à proximité des noyaux de circulation verticale.

Au point de convergence des deux ailes du bâtiment, le cœur de vie sociale (en rouge) s'affirme comme le lieu de rencontre principal. Dédié à la restauration ainsi qu'aux animations de l'après-midi, cet espace central rompt la linéarité du couloir principal et favorise les interactions. Le seul bémol concerne sa lisibilité : pour des raisons de sécurité, il n'a pas pu s'ouvrir directement sur la coursive. Il est complété par des salons de convivialité ouverts sur l'extérieur grâce à de larges terrasses, situés aux extrémités des axes de circulation.

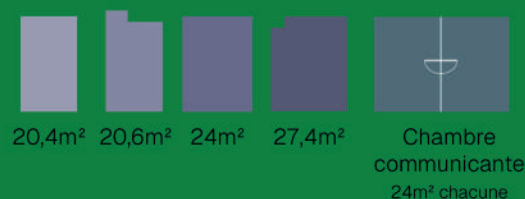
A droite : [fig. 70] Le deuxième étage de l'EHPAD, le rapport de l'intime au partagé. Production personnelle.

L'échelle de l'étage

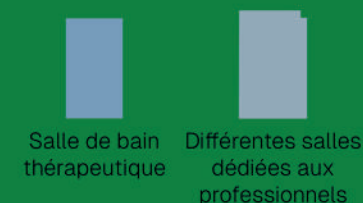
Le rapport au partagé



Types de chambres



Salles de soin



Ce schéma propose une lecture conceptuelle de l'étage, dévoilant la structure de circulation et l'organisation des pôles de vie commune, débarrassée des cloisonnements d'hébergement visibles sur le plan architectural détaillé.

La trame de circulation s'organise autour des deux patios centraux, affirmant la volonté d'offrir des parcours clairs et continus. Cette représentation met en évidence le soin apporté aux alcôves d'entrée des chambres, orientées vers l'extérieur, qui structurent les séquences d'accès et apportent de la profondeur aux façades internes.

Au centre du dispositif se trouve le restaurant, figuré par un bloc rouge. Sa position, à l'articulation des deux ailes, en fait un véritable pivot, capable de capter et redistribuer les flux des résidents. Il s'inscrit dans une gradation d'espaces de convivialité : de petits salons, plus intimes mais implantés à des lieux de passage stratégique, et de grands salons davantage tournés vers le paysage, prolongés par des terrasses offrant lumière et vues dégagées.

La relation au dehors est particulièrement marquée par ces terrasses (en jaune pâle), qui s'attachent à la trame intérieure comme des excroissances. Elles viennent rompre la stricte orthogonalité des circulations et proposent des respirations extérieures aux espaces partagés. Dans cette configuration, la déambulation dépasse la simple fonction de desserte : elle devient une véritable promenade, rythmée par des lieux d'arrêt, des seuils successifs et des ouvertures vers l'extérieur.

La dimension du « partagé » occupe ici une place centrale, non seulement dans l'agencement des espaces mais aussi dans l'esprit du projet. Les zones communes ne sont pas pensées comme de simples lieux de passage ou de regroupement ponctuel, mais comme des espaces déclencheurs de sociabilité, de « pause » dans la boucle de déambulation, susceptibles d'accompagner les rythmes quotidiens des résidents. Leur positionnement à des points nœuds (intersections, articulations, respirations dans la circulation) crée des occasions spontanées d'échange.

Ce caractère partagé s'exprime également dans les prolongements extérieurs, où terrasses et ouvertures deviennent des lieux de coexistence douce entre intimité individuelle et convivialité collective. L'étage fonctionne alors comme un écosystème où le vivre-ensemble se construit par petites séquences, au fil des rencontres. Toutefois, aucun espace n'a été spécifiquement aménagé pour accueillir les familles.

A droite : [fig. 71] Le partagé et les espaces induits. Production personnelle.

Illustrations utilisées:

[fig. 71.1] Photographie de Françoise Tanguy, juin 2025.

[fig. 71.2] Photographie de Monsieur Lemaire, juin 2025.

[fig. 71.3-4] Photographies personnelles, juillet 2025.

[fig. 71.5] Photographie de Françoise Tanguy, juin 2025.

[fig. 71.6] Photographie personnelle, septembre 2025.

Le partagé

1.



Terrasse

2.

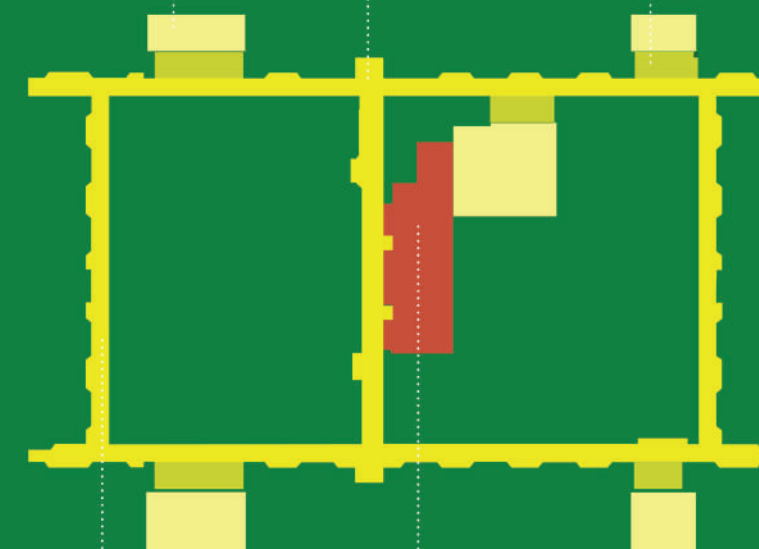


Petit salon

3.



Grand salon



Restaurant

Coursive

Fin de coursive



4.



5.



6.

L'échelle de l'intime

La chambre de l'EHPAD

Les chambres s'organisent tout autour des coursives qui structurent les différents espaces. Elles s'ouvrent ainsi soit sur les deux patios au cœur du bâtiment, soit vers l'extérieur, selon plusieurs orientations : le parking au sud-ouest, le parc au nord-est, ou encore le secteur de l'administration ou du pôle SSR.

La plupart des chambres présentent une surface d'environ 20 m² et comprennent un lit, une télévision, un placard, une table de nuit ainsi qu'un ensemble d'étagères. Les résidents peuvent personnaliser leur espace : certains apportent leurs propres meubles, installent du matériel numérique (ordinateur, imprimante, lecteur CD, etc.) ou décoorent leur chambre avec des photos, poèmes ou œuvres d'art. À l'origine, le projet prévoyait quatre chambres communicantes par étage, une option finalement abandonnée. Quelques chambres, plus spacieuses, atteignent 24 m², offrant une circulation plus confortable autour du lit et une surface d'appropriation élargie.



[fig. 72] La chambre, photographie de Patrick Rensonnet, résident de l'EHPAD, dans le cadre de la démarche RETEX, juillet 2025.



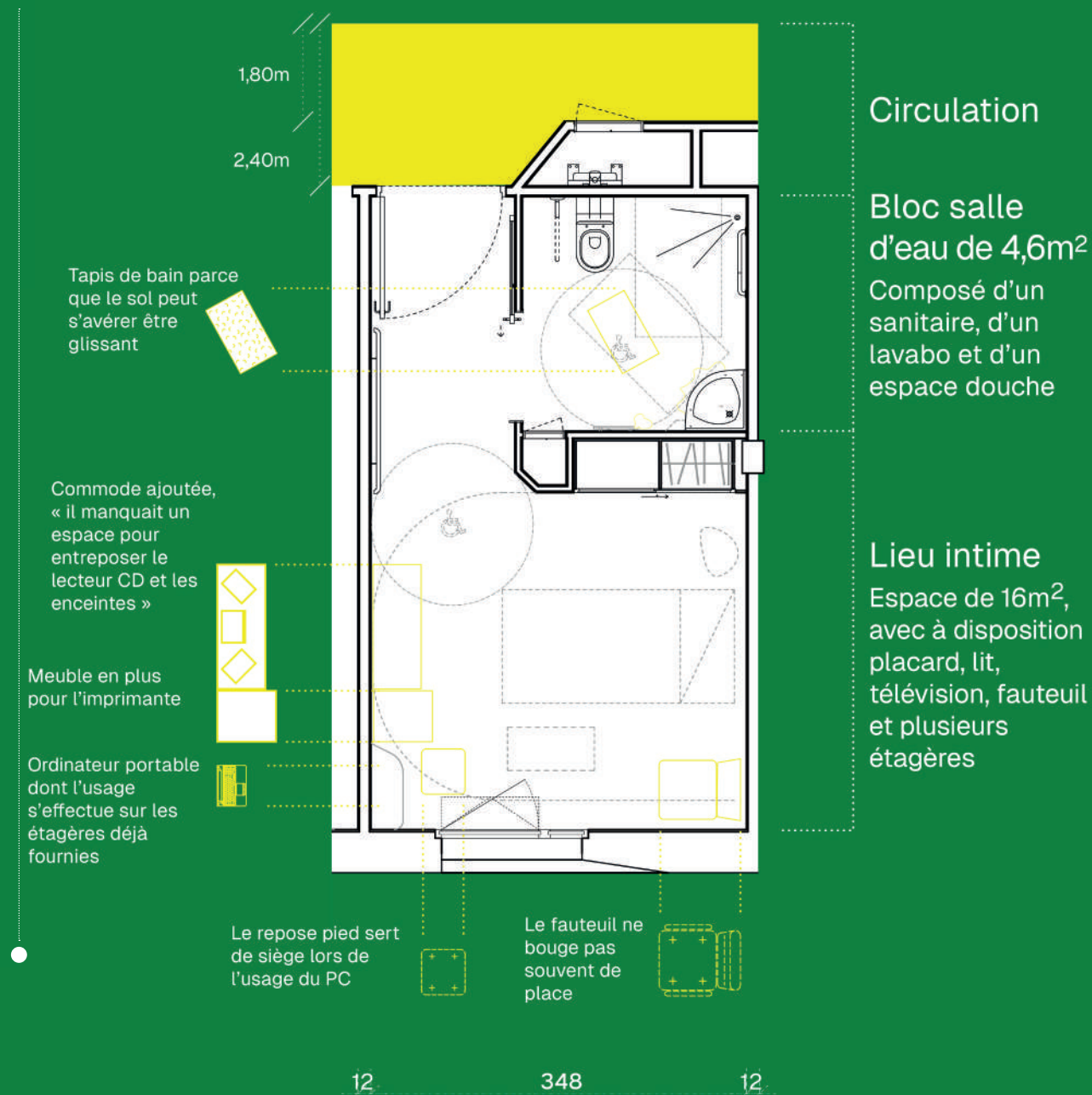
[fig. 73] La salle d'eau, photographie de Claude Lemaire, résident de l'EHPAD, dans le cadre de la démarche RETEX, juillet 2025.

A droite : [fig. 74] La chambre, unité de 20m². Selon la personnalisation de l'espace de Françoise Tanguy. Production personnelle.

La chambre

Unité de 20m²

Personnalisation



4• Notion d'espaces sécurisés et sécurisants

L'avant-projet

La proposition d'avant projet de Marcel Astorg en 1956 se compose de pavillons disposés de manière linéaire, suivant la forme contrainte de la parcelle. Les ateliers sont implantés en périphérie des pavillons, en lisière du bois, et regroupés selon une logique essentiellement fonctionnelle. À ce stade, l'organisation du site ne laisse apparaître aucune trace de la typologie des « villages » qui structurera ultérieurement le projet réalisé.

Dans la pensée de l'avant-projet, il n'existe pas encore de centre social clairement identifié ni de dispositif programmatique ramifié. Les fonctions collectives, telles que les espaces de restauration, de loisirs ou de rencontre, ne sont pas pensées comme un ensemble fédérateur, mais demeurent dissociées, réparties sans hiérarchisation forte à l'échelle du site. L'absence de centralité affirmée traduit une approche encore largement utilitaire de l'organisation spatiale.

Le bâtiment administratif, adossé au château existant, est le seul programme à conserver une empreinte quasi identique entre l'avant-projet et le projet réalisé, témoignant de la permanence de cette implantation dans la composition d'ensemble.

Par ailleurs, l'ajout des « châteaux d'Olonne », supposément des pavillons dont le programme reste peu documenté, est envisagé sur une parcelle située en vis-à-vis du site principal et sera effectivement construit. Cette extension traduit une première tentative d'élargissement du périmètre du projet, sans toutefois s'inscrire dans une réflexion globale sur la structuration du site.

Enfin, l'analyse de l'avant-projet met en évidence le rôle majeur de Marcel Astorg dans la conception de l'urbanisme environnant. Son intervention dépasse le seul cadre hospitalier et insiste sur la position de la MGEN pour la ville en englobant les équipements voisins (école, terrain de sport, projet d'implantation d'un gymnase, ainsi que le château d'eau de la ville) révélant une pensée urbaine d'ensemble, dans laquelle l'établissement s'inscrit comme un élément parmi d'autres du territoire, sans encore affirmer une identité spatiale propre.

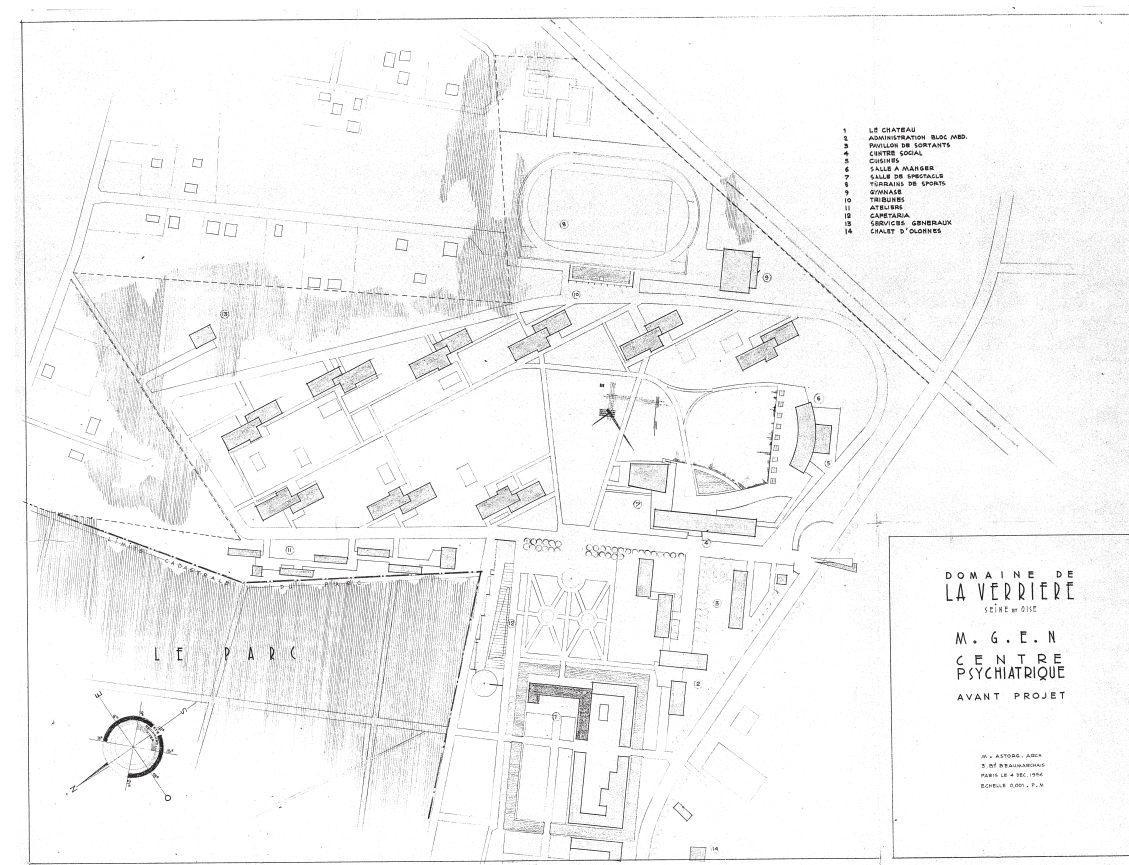
Cette lecture de l'avant-projet permet d'introduire la distinction fondamentale entre espaces sécurisés et espaces sécurisants, qui constituera un fil directeur de l'analyse du projet réalisé. Dans l'organisation de l'avant projet, la sécurité relève principalement

d'une logique fonctionnelle et institutionnelle, traduite par la séparation des programmes et la lisibilité des flux, sans que la question du ressenti des usagers ne soit véritablement prise en compte. L'espace est alors conçu comme un support neutre, répondant à des impératifs de fonctionnement plus qu'à une expérience vécue du soin.

Ce décalage entre sécurité et sentiment de sécurité éclaire rétrospectivement l'évolution du projet vers une organisation plus fine, attentive aux parcours, aux seuils et aux transitions. Il permet également de comprendre pourquoi certaines formes architecturales, telles que le dispositif des villages développé par la suite, apparaissent comme des réponses pertinentes aux limites de l'avant-projet.

L'analyse de ces dispositifs permettra d'interroger la manière dont l'architecture peut dépasser la notion de sécurisation des espaces pour devenir véritablement sécurisante, à l'échelle du site comme à celle du pavillon.

[fig. 75] Avant projet du centre psychiatrique, 4 décembre 1956, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



De l'extérieur vers l'intérieur

L'analyse du projet de l'Institut Marcel Rivière peut être abordée à travers la notion d'espaces sécurisants ou insécurisants, du site vers le pavillon, afin de comprendre comment les intentions initiales se sont traduites, ou non, spatialement. L'un des éléments centraux du projet d'origine, aujourd'hui démoli, cristallisait à lui seul les ambitions institutionnelles et architecturales liées à la prise en charge de la santé mentale. Sa disparition interroge non seulement l'évolution des besoins, mais surtout l'échec d'un concept spatial qui n'a pas su répondre durablement aux enjeux du soin psychiatrique.

À l'échelle du site, l'organisation reposait sur une centralité forte, matérialisée par une place centrale censée structurer les flux, favoriser les rencontres et offrir un espace commun aux différents secteurs. Or, cette centralité, pensée comme un lieu fédérateur et apaisant, s'est progressivement révélée inadaptée. Loin de produire un sentiment de repère et de sécurité, elle a généré un espace difficile à s'approprier, accentuant les phénomènes de désorientation, en particulier pour des patients souffrant de troubles psychiatriques et cognitifs. Ce dispositif spatial illustre l'écart entre l'intention symbolique ; faire du centre un lieu de convergence et ce qu'il a réellement produit pour les usagers.

Cette inadéquation renvoie plus largement à la question de la sécurité et du sentiment qui en découle, notions centrales dans l'architecture du soin psychiatrique. Dans le site d'origine, aucune clé n'était utilisée et le personnel ne portait pas de blouse, témoignant d'un choix architectural et institutionnel visant à favoriser un climat de confiance, de liberté et de responsabilisation des patients. L'architecture accompagnait ainsi une approche thérapeutique fondée sur l'ouverture et la fluidité des espaces, où le sentiment de sécurité ne reposait pas sur le contrôle, mais sur la familiarité, la proximité et la continuité spatiale.

À l'inverse, le dispositif des « villages » constituait un élément structurant essentiel du sentiment d'espace sécurisant. Pensés comme des entités à taille humaine, clairement identifiables et autonomes, ces villages proposaient une échelle intermédiaire entre le grand site hospitalier et le pavillon de soins. Leur organisation permettait une lecture simple de l'espace, fondée sur la répétition de formes, de parcours et de repères familiers, favorisant l'appropriation quotidienne des lieux par les patients.

« Les conditions de vie sont aussi proches que possible de la normale, mais nous sommes toujours dans un hôpital. Les concepteurs, auxquels il convient de rendre hommage, ont démontré qu'innovation et réalisation dépendent d'hommes qui mettent en commun idées et moyens pour un même objectif: participer à la lutte contre la maladie. Leur projet était basé sur l'adoption de principes, entre autres: la variété des unités de soins permettant la continuité des soins »

Pierre-François Chanoit

À l'échelle du pavillon, cette problématique se retrouve notamment dans le traitement des espaces extérieurs, et en particulier des patios. Historiquement conçus comme des lieux d'apaisement, ceux-ci ne remplissent plus aujourd'hui cette fonction, leur configuration actuelle favorisant la surveillance permanente, voire le voyeurisme, au détriment de l'intimité et du sentiment de refuge.

Parallèlement à l'organisation spatiale, la colorimétrie et la différenciation des matériaux jouent un rôle déterminant dans le ressenti des patients. L'usage de couleurs spécifiques et de textures variées permet de signaler les fonctions, de créer des repères visuels et de hiérarchiser les espaces. Les sols différenciés, les façades contrastées ou les détails colorés sur le mobilier renforcent la lisibilité du site et facilitent l'orientation. Au-delà de leur fonction pratique, ces choix participent à l'expérience sensible de l'espace, favorisant confort, familiarité et apaisement, des qualités indispensables dans un environnement de soin.

La distinction entre un espace sécurisé et un espace sécurisant devient alors fondamentale. Si le premier répond à des normes et à des contraintes institutionnelles, le second relève de la perception, de l'expérience sensible et de la relation à l'espace. Cette dialectique constitue un point clé de l'articulation entre les deux sites et ouvre la réflexion développée en dernière partie : comment l'architecture peut-elle simultanément protéger, rassurer et favoriser l'autonomie ?



[fig. 76] Comparaison ; la place au sein d'un village - disposition des bancs, matérialité différenciée du sol et éléments ponctuels (cabine téléphonique, aire de jeux), 2010, archives MGEN versus le patio principal de l'EHPAD actuel - quelques chaises d'extérieur agrémentées de pots de fleurs et jardinières, dans un endroit principalement clos. septembre 2025, photographie personnelle.





Le festin.

[fig. 77] Photographie réalisée lors du barbecue de l'EHPAD, le 20 juin 2025.

◦ 3^{ème} partie

**Retour d'expérience : la pratique du soin en
architecture au sein de l'EHPAD**

Cette dernière partie s'appuie sur une démarche de retour d'expérience conduite avec l'agence AIA Life Designers, responsable du projet, dans le prolongement de ce qui avait été observé précédemment. Il s'agit ici d'explorer les notions liées à l'EHPAD, et plus particulièrement le bien-être, en questionnant les usages et les espaces hérités de l'ancien modèle. Ayant effectué un stage de recherche de six mois au sein de cette structure, il m'a paru pertinent de croiser ma connaissance du site avec les besoins exprimés directement par les usagers.

Cette double perspective a conduit à formuler une question centrale : comment adapter notre regard en menant des entretiens, en recueillant des témoignages situés et en comparant ces données avec celles d'autres structures au parcours similaire ? Reliée à l'aspect spatial, cette question se traduit ainsi : comment l'espace partagé, pensé pour l'autonomie et le soin du patient, contribue-t-il à sa protection ? Les notions d'autonomie et de sécurité sont-elles encore pertinentes aujourd'hui ? Le patient est-il réellement autonome ? Quel est le rôle thérapeutique des espaces ? Ces questions sont abordées à travers la démarche de retour d'expérience (RETEX) avec AIA Life Designers.

Cette dialectique entre sécurité et sentiment de sécurité constitue un point clé de l'articulation entre les deux sites et ouvre la réflexion développée en partie 3 du mémoire : comment l'architecture peut-elle simultanément protéger, rassurer et favoriser l'autonomie ?

Cette démarche m'a offert une ressource précieuse : celle du retour d'expérience concret. Elle a permis de mettre en perspective les données essentielles relatives à la santé mentale des personnes âgées et à leur rapport aux espaces qu'elles occupent au quotidien.

L'architecture de la santé mentale et celle du vieillissement répondent à des besoins spécifiques qui les distinguent clairement. Si ces deux champs relèvent de l'architecture du soin, ils n'obéissent ni aux mêmes priorités ni aux mêmes logiques spatiales, ce qui justifie de les traiter séparément.

Ma démarche de recherche se déploie volontairement sur ces deux types d'espaces, non pour les confondre, mais parce que leurs spécificités respectives ont constitué un terrain fertile pour élaborer et affiner les méthodologies mobilisées. La pluralité et la complémentarité de ces dimensions ont permis de développer une approche structurée et adaptable, susceptible d'être transposée à d'autres environnements de soin.

1• Santé mentale et vieillissement

Éléments de contexte



[fig. 78] Deux personnes âgées discutent. Varsovie, novembre 2024. Production personnelle.

Définition du vieillissement

Le vieillissement « n'est pas une maladie, il s'agit d'un processus physiologique responsable des modifications structurelles et fonctionnelles de l'organisme »¹.

Le vieillissement s'explique par des facteurs génétiques, qui influencent le fonctionnement cellulaire, notamment les mécanismes de réparation et les systèmes de protection, ainsi que par des facteurs environnementaux. Selon l'organe concerné, ce processus peut débuter plus ou moins tôt.

Par ailleurs, nous ne vieillissons pas tous de la même manière, que ce soit sur le plan somatique ou psychologique. Cependant, grâce à des mesures de prévention, il est aujourd'hui possible, malgré les inégalités génétiques, sociales et environnementales, de préserver le plus longtemps possible les capacités d'adaptation, la résistance aux maladies (aiguës et chroniques) et la qualité de vie.

Se sentir vieux

On définit la vieillesse comme « la dernière partie de la vie »². Il s'agit d'une période de transformations majeures durant laquelle il faut puiser dans des capacités d'adaptation.

Le critère d'âge varie notamment en fonction du point de vue :

- L'âge de la retraite est souvent pris comme définition sociale de l'entrée dans la vieillesse.
- L'âge de 60 ans est retenu pour la mise en place de l'allocation pour l'autonomie (APA) et la possibilité d'être accueilli en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)³.
- L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) se positionne sur l'âge de 65 ans pour lorsqu'elle s'exprime sur les politiques de santé destinées aux sujets âgés⁴.
- Les services et filières de gériatrie accueillent à partir de 75 ans⁵.

1. Gladyshev & Gladyshev, "A Disease or not a Disease? Aging as a Pathology"

2. CNRTL, Définition du mot « vieillesse ».

3. L'APA en établissement, site web pour les personnes âgées. gouv.fr

4. Sanjeev Sabharwal, Hélène Wilson, Pierre Reilly, Chinmay M. Gupte, Hétérogénéité de la définition de l'âge avancé dans la recherche orthopédique actuelle.

5. Fédération Hospitalière de France, Améliorer la pertinence des soins en gériatrie.

« Bien vieillir » ?

Être « en bonne santé » réfère à la fois à la santé physique mais également mentale et psychique. A cela est associé le GIR permettant de définir le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Créé en 1997 au même moment que la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible⁶.

« Bien vieillir » se réfère également au cadre de vie et à l'environnement, qu'il soit adapté ou non (habitat, accès aux transports, loisirs, combat contre la précarité et l'isolement).

En 2015, en France, selon une définition englobant établissement et domicile, 2,5 millions de seniors sont en perte d'autonomie. En 2050, ils seront le double⁷.

De « beaux » jours pour l'architecture des EHPAD ?

Tout dépendra de la rénovation et de la construction de nouveaux établissements. Un avenir en point d'interrogation.

Pour l'architecte, pas de meilleure opportunité de laisser au vestiaire ses habits de vanité et de se confronter au réel.

Bien Vieillir Ensemble, Le Laboratoire du logement, Cité de l'Architecture et du Patrimoine

6. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (s.d.). La grille AGGIR et les groupes iso-ressources (GIR). Site officiel pour les personnes âgées. gouv.fr.

7. INSEE & DREES. 2,5 millions de seniors en perte d'autonomie en 2015 et projections jusqu'en 2050, *Insee Première* n° 1767. 2019.

8. KANDOLA, A., SOLMI, F., AJNAKINA, O., INGRAM, E., IOB, E., LEE, S., STEPTOE, A., WRIGHT, T., et LEWIS, G. Le rôle de la solitude dans l'association entre maladies chroniques et symptômes dépressifs chez les personnes âgées : une étude de cohorte prospective, 2023. *Journal of Affective Disorders*, 334, 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.072>.

Vieillesse et santé mentale

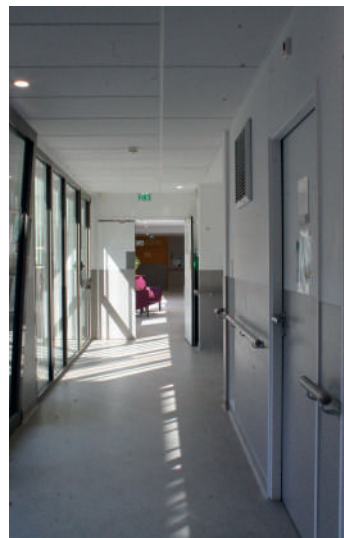
Bien vieillir psychiquement se traduit par une conservation d'un maximum de capacité d'adaptation et un meilleur équilibre psychologique. Autrement dit, c'est insister sur la prévention et sa portée ; traiter un trouble même considéré comme mineur, ne pas le laisser s'installer.

De nombreux facteurs, qu'ils soient biologiques, sociaux ou psychologiques influent sur la santé mentale. L'isolement, la perte de dépendance, la détresse psychologique ou encore la solitude sont un ensemble de causes entraînées suite à une exposition au stress, à une perte d'autonomie et des problèmes physiques et/ou mentaux par la personne âgée.

Un lien entre santé mentale et santé physique est indéniable et s'impactent mutuellement. En effet, une personne âgée présentant des problèmes de santé physique a plus de risque de développer une dépression que les seniors valides⁸.

État des lieux en EHPAD

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes



[fig. 79] Couloir séparant le hall d'entrée de l'EHPAD. Juin 2025. Production personnelle.

L'histoire de la vieillesse est aussi celle de l'immobilier qui lui est dédié, qu'il s'agisse d'isoler dans un geste d'exclusion, de fournir un toit dans un mouvement de charité ou de soigner dans une logique de solidarité. C'est un long parcours qui conduit au cours des siècles à la chambre indépendante avec les salles de bains de l'EHPAD actuel, les bâtiments évoluant depuis le 20^{ème} siècle moins vite que la société et ses pratiques : dans les années 1960, de nombreuses personnes âgées « habitaient » encore dans des hospices du 15^{ème} siècle. La situation a beaucoup évolué depuis, mais la modernisation du patrimoine des EHPAD reste un sujet actuel. Aujourd'hui, les 7573 EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de France accueillent 700000 résidents ⁹.

L'EHPAD comme résidence...

L'EHPAD est conçu comme une résidence de soins, ni hôpital ni lieu d'enfermement, où les espaces communs encouragent l'autonomie et la vie privée des résidents ¹⁰.

Chaque chambre, dotée d'une salle de bains individuelle (rendue obligatoire par la loi de 2002 sur les établissements sociaux et médico-sociaux), peut être aménagée selon les goûts de chacun. Les espaces privatifs et collectifs sont pensés pour préserver l'intimité tout en favorisant les liens familiaux et sociaux.

Et comme un village

L'EHPAD favorise la vie sociale à l'intérieur de ses murs, les résidents sortant peu pour des raisons motrices ou cognitives. Les espaces sont accessibles et lisibles, avec des points d'appui, bancs et zones de rencontre propices aux échanges informels.

Les espaces extérieurs, jardins et terrasses, sont pensés pour être agréables et protégés, afin d'être utilisés fréquemment.

Le restaurant, lieu central, incarne la convivialité et le plaisir de bien manger. Enfin, les espaces de services (coiffeur, soins, boutique) complètent l'animation et la qualité de vie au sein de l'établissement.

9. Cité de l'architecture et du patrimoine. (2023). *Bien vieillir ensemble*. Brochure de l'exposition, texte d'ouverture du chapitre « S'adapter aux spécificités », p. 21. 2023, Paris.

10. Sénat. (2024). Rapport d'information n° 778 sur la situation des EHPAD : repenser l'EHPAD comme un lieu de vie et non comme un hôpital. Mission d'information du Sénat.

Les unités spécialisées

Les conséquences du vieillissement démographique

L'allongement de la durée de vie est un phénomène sociétal qui intéresse tout particulièrement les établissements de santé de la commune de La Verrière en raison de leurs spécialités. Car le vieillissement de la population s'accompagne du développement de maladies chroniques et de pathologies multiples comme nous l'avons vu précédemment. « Nous avons besoin de réponses adaptées notamment pour accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, typiquement liée à la vieillesse, mais aussi pour soigner les malades mentaux vieillissants », explique Alain Fernet, directeur de l'Institut en 2009 ¹¹. La création et le développement du secteur Psychiatrie/Gériatrie répondait déjà directement à ce souci d'adaptation au vieillissement de la population.

La création de nouveaux espaces liés au « care »

Le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), fait parti de ces nouveaux dispositifs mis en place pour répondre à un besoin devenu croissant. Cet accueil de jour permet l'accueil de jour des résidents présentant des troubles modérés du comportement. Ce projet est né du constat qu'il n'existait pas de prise en charge spécifique pour le sujet âgé dont les troubles psychiatriques éventuels étaient bien souvent négligés. Or les troubles rencontrés par les personnes âgées ne sont pas une fatalité et l'évolution de la médecine en ces matières sait aujourd'hui traiter de nombreuses pathologies. Depuis une dizaine d'années la psychiatrie a en effet fait d'énormes progrès en la matière et ce d'autant plus que le diagnostic puis la thérapie sont rapidement mis en place ¹².

L'articulation des unités dédiées

En complément des unités classiques d'EHPAD, l'offre médico-sociale de l'établissement s'organise autour de trois axes principaux. Le premier concerne la grande dépendance, avec des unités accueillant des résidents polydépendants présentant des besoins lourds. Le deuxième est consacré à la maladie d'Alzheimer, avec des unités spécialisées et un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) permettant de prendre en charge des résidents présentant des troubles modérés du comportement. Enfin, le troisième axe concerne les pathologies psychiatriques chroniques chez les personnes âgées, avec la poursuite de l'activité de gérionto-psychiatrie destinée à ce public spécifique.



[fig. 80] Cuisine UVP. Photographie de Monsieur Mathieu Molin, RETEX. Juin 2025.

11. PRIMVER/N°56/FÉVRIER-MARS 2009, section 50 ans de présence hospitalière à La Verrière.

12. PRIMVER/N°56/FÉVRIER-MARS 2009, section 50 ans de présence hospitalière à La Verrière, entretien du docteur Richard Rechtman, médecin chef de secteur psychiatrique qui deviendra à la suite directeur du site.

2• De la recherche à l'observation

La démarche RETEX MGEN avec AIA : une approche réflexive de l'architecture du soin



[fig. 81] Schéma de présentation des éléments clés du projet. Présentation MGEN, mai 2025. Production personnelle - AIA Life Designers.



[fig. 82] Photographie réalisée par une famille, Monsieur Mathieu Molin, dans le cadre de la démarche. Juin 2025.

Au travers d'un stage de recherche au sein d'AIA Life Designers, j'ai pu croiser mon expérience de chercheuse, acquise dans le cadre de ce mémoire, avec une approche de terrain me permettant d'approfondir l'étude de mon objet de recherche : le centre thérapeutique de La Verrière.

La démarche RETEX ¹³, initiée par AIA Life Designers, s'inscrit dans une volonté de retour critique sur les architectures existantes issues de projets réalisés par l'agence dans le domaine médico-social. Elle repose sur une idée simple mais essentielle : comprendre comment les espaces pensés par les concepteurs sont réellement vécus, habités et appropriés par celles et ceux qui y travaillent ou y vivent au quotidien.

Après la livraison du bâtiment en 2020 et sa mise en service en juillet 2021, l'agence a souhaité savoir comment celui-ci était perçu et vécu par ses utilisateurs et plus particulièrement par les personnes âgées, principales concernées par cette étude.

Actuellement, AIA Life Designers soutient la chercheuse en design Manon Bertheraux, qui consacre son mémoire aux retours d'expérience. Dans ce contexte, l'agence a proposé à la MGEN d'accueillir son dispositif de recueil d'informations et de ressentis auprès des usagers.

Le dispositif mis en place à La Verrière se déroule en deux étapes, après la remise d'un appareil photo jetable accompagné de quelques consignes. Dans un premier temps, le photographe effectue une prise de photographies de son environnement, en capturant à la fois les éléments perçus comme positifs et ceux jugés gênants ou à questionner.

Ensuite, un second temps est accordé à un entretien de discussion autour des images, afin de commenter et approfondir les impressions exprimées.

Les conclusions de cette démarche se sont appuyées sur l'analyse de ces données et ont donné lieu à une exposition photographique commentée, présentée en retour au sein de la MGEN.

13. RETEX : Retour d'Expérience.



Ce projet invite les participants – résidents, familles et membres professionnels – à photographier les lieux qu'ils fréquentent au quotidien, seuls ou accompagnés.

L'objectif est de porter un regard personnel et sensible sur l'environnement partagé, à travers des prises de vue commentées par celles et ceux qui vivent, visitent ou font vivre cet établissement.



Un grand merci à Renée Janiak, Françoise Tanguy, Claude Lemaire, Patrick Rensonnet – résidents, à Mathieu Molin – famille, à Marion Adorni, Delphine Ducamp, Claire Sene, Séverine Nativelle, Frantz Laine Kieffer – professionnels, ainsi qu'à Katia Le Goff, Bernard Foussat et Michael Nguewa – direction, pour leur participation à la réalisation de ce projet mené collectivement.

AIA LIFE DESIGNERS · INSTITUT MGEN DE LA VERRIÈRE

[fig. 83] Panneau de présentation du projet « CLIC ». Septembre 2025.

[fig. 84] Photographie réalisée par un résident, Monsieur Patrick Rensonnet, dans le cadre de la démarche. Juin 2025.

84.



Mode opératoire

La première réunion avec la direction de l'EHPAD a permis de présenter la démarche et d'en définir les contours. L'objectif était de déterminer le profil et le nombre de participants à impliquer dans le dispositif.

Trois groupes ont été retenus : les résidents, le personnel soignant et la direction.

Leurs témoignages s'articulent autour de trois thématiques : le lien aux autres, le lien à soi et le lien à la nature, en évoquant à la fois leurs plaisirs quotidiens et les points d'amélioration possibles.

Six résidents, volontaires pour partager leur expérience de vie au sein de l'établissement, ont accepté de participer.

Trois membres du personnel ont également pris part à la démarche, afin d'échanger entre autres sur les espaces de travail, l'ergonomie des locaux, la qualité de vie au travail et les relations avec les résidents.

Enfin, trois membre de la Direction, ont participé via un appareil photo, et ont contribué à la réflexion.

[fig. 85] Répartition des 10 appareils photos suivant les volontaires répertoriés.

CLIC

Résident/Unité	Q	AP	N°	Prénom/Nom	Unité/ Niveau
2 UVP (RDC)	X	X	1.	Mme JANIAK Renée 143	1
1 UGP (RDC)	X	X	2.	Mme Danielle VARGAS 08 - famille	UVP
1 1er	X	X	3.	M. LEMAIRE Claude 201	2
2 2ème	X	X	4.	M. RENSONNET Patrick 73	UGP
	X	X	5.	Mme TANGUY Françoise 231	2
	X	-	Q	M. HUGE Alain 165	1
Localiser les chambres sur un plan	X	-	6.	Mme DUCAMP Delphine	RDC
	X	X	7.	Mme NATIVELLE Séverine - Mme ADORNI Marion	2
	X	X	8.	M. LAINE KIEFFER Frantz	UGP
	-	-	9.	Mme SENE Claire	ELIOR
	X	X	10.	Mme LE GOFF Katia, M. FOUSSAT Bernard, M. NGUEWA Michael	RDC
				M. MALHERBES	UVP

Q

AP

Questionnaire

Appareil Photo

Le mode opératoire repose sur deux grandes étapes : une première phase de prises de vue réalisées par les participants dans les espaces qu'ils fréquentent, suivie sur un second temps d'entretiens semi-directifs autour des photographies produites. Ces échanges ont permis de mettre en lumière les éléments appréciés et ceux nécessitant des améliorations, à travers le regard intime des usagers.

86.



La préparation de la démarche a débuté le 25 juin 2025, avec la remise des appareils photo aux photographes et la diffusion d'un questionnaire élaboré par l'agence. Un tableau de suivi a été mis en place afin d'identifier les parcours de chaque participant grâce à un système de colorimétrie associant des teintes précises aux appareils photos associés. Chaque photographe a ainsi son propre parcours détaillé par une couleur et a permis de documenter les lieux selon un protocole commun. Par ailleurs, il leur a été proposé de compléter, s'ils le souhaitaient, un questionnaire mis en place par l'Union des Architectes Francophone en Santé (UAFS).

Les échanges avec les photographes se sont tenus le 8 juillet 2025, après la récupération des appareils photo, organisée le 30 juin. L'ensemble des participants a été réparti sur des créneaux spécifiques au cours de la journée, permettant à Monsieur Bataille et à moi-même de nous répartir le travail. Les 27 clichés développés issus de leur appareil photo ont servi de support à des discussions individuelles, accompagnées d'un ensemble de pièces graphiques destinées à situer les prises de vue et à recueillir un maximum d'informations lors de chaque entretien. Un plan du rez-de-chaussée, un plan de niveau ainsi qu'un plan détaillé de la chambre accompagné d'un questionnaire avec des mots clés des thématiques à aborder et une notation de 1 à 6 de l'espace questionné. Ces rencontres, organisées par créneaux, principalement en matinée, après le petit-déjeuner, afin de respecter le rythme des résidents, ont permis d'instaurer un temps d'échange attentif.

87.



Enfin, une restitution collective avec les photographes (résidents, familles, soignants, professionnels et la direction) s'est déroulée le 17 septembre dernier, afin de partager les observations et d'alimenter la réflexion sur l'amélioration continue des espaces de vie et de travail. Dans une volonté de valoriser la démarche au-delà du cadre de restitution, nous avons proposé à la MGEN la mise en place d'une exposition photographique au sein de son EHPAD, permettant de partager le travail mené et de sensibiliser l'ensemble des usagers et du personnel aux problématiques soulevées lors des entretiens.

[fig. 86] Barbecue de l'EHPAD, organisé le 25 juin 2025 afin de marquer le début de la saison estivale.

[fig. 87] Photographie réalisée lors du parcours de l'exposition, le 17 septembre 2025 lors du vernissage.

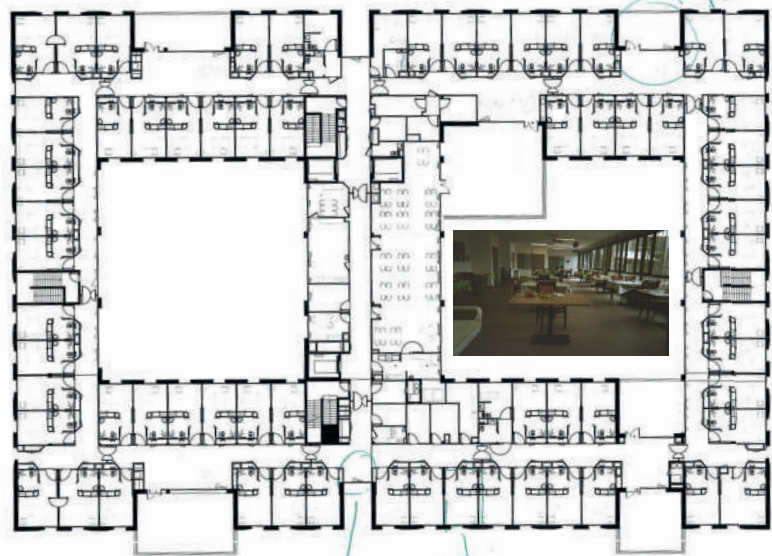
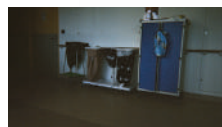
Mode opératoire :

les pièces graphiques mises en place

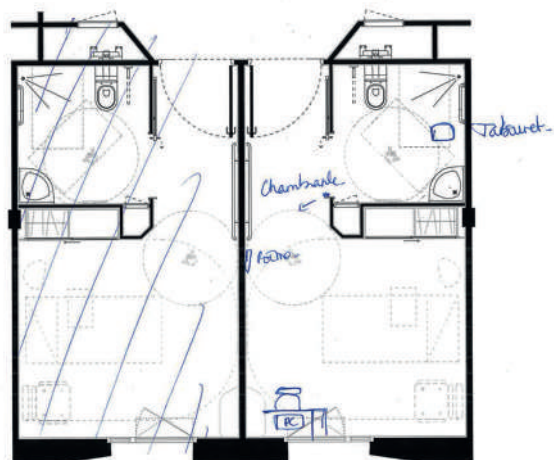
Retour de Mme Françoise Tanguy - résidente au 2^{ème} étage de l'EHPAD.

[fig. 88] Le plan de niveau du photographe avec annotations selon les retours.

N2



[fig. 89] Le plan détail de la chambre annoté.



[fig. 90] Photographies de la chambre réalisée dans le cadre de la démarche.



Prendre soin de la vieillesse

Les retours

Les résidents et familles

Les Peupliers



[fig. 91] Photographie de Mme Tanguy :

Arbres de l'espèce des peupliers photographié. « Espèce qui est mal adaptée pour le site ».

Code, numéro, badge



[fig. 92] Photographie de M. Molin : « Ça devrait être ouvert de partout. On a pas confiance en vous ».

14. Annexe 15 - Analyse spatiale : retours globaux des résidents et des familles rencontrés.

Suivant qui a pu être dit, un manque d'authenticité, de convivialité et d'appropriation des espaces est perçu par les résidents et leurs familles ¹⁴. Les zones de vie, telles que les salles d'animation ou de restauration, apparaissent souvent trop vastes, bruyantes ou insuffisamment adaptées selon les activités, ce qui nuit au confort et à la création d'une ambiance chaleureuse.

Les espaces extérieurs, bien que présentant un réel potentiel, demeurent sous-exploités comme les patios intérieurs, en particulier durant l'hiver, en raison d'une végétation peu marquée et très légère ou d'équipements peu attractifs. Ces problématiques sont en cours de traitement grâce à l'intervention de familles de résidents en UVP qui organisent des animations autour du rempotage de jardinières, de la gestion des patios et des différentes plantes en terre.

Les espaces de soins et la signalétique souffrent d'un manque d'humanisation et de repères visuels, rendant la circulation et la compréhension des lieux parfois complexes. En effet, l'accès aux ascenseurs, situés d'autre part du hall d'entrée, sont constamment recherchés par de nouveaux visiteurs. Par ailleurs, la sécurité y est perçue comme trop présente, voire intrusive, ce qui altère le sentiment de bien-être. On pourrait citer pour exemple la nécessité de l'usage du badge pour accéder à n'importe quel espace. Enfin, les espaces culturels et patrimoniaux, pourtant porteurs d'une forte valeur historique sur ce site, restent difficilement accessibles et peu mis en avant pour les résidents, alors qu'ils pourraient constituer un atout majeur pour l'identité du lieu via des animations thématiques et des parcours, visites.

Les recommandations issues de cette démarche visent à améliorer les espaces en les rendant d'avantage chaleureux et personnalisés, à humaniser les lieux de soins, à favoriser l'interaction et la convivialité, et à améliorer l'accueil grâce à une signalétique plus claire et des aménagements extérieurs plus attractifs et ouverts. Ces ajustements contribueraient à créer un environnement plus accueillant, sensoriel et adapté aux besoins des résidents comme de leurs familles.



[fig. 93] Photographie de Mme Séné :

« Les locaux de ménage sont inadaptés : l'accès des chariots y est difficile et l'ergonomie intérieure est déficiente ».

Bureau sur la nature



[fig. 94] Photographie de Frantz Laine Kieffer :

« À l'origine cette pièce était un lieu de stockage. Adapté suite à la création de l'UGP, il s'agit dorénavant du bureau de l'infirmier et du médecin ».

15. Annexe 16 - Analyse spatiale : retours globaux des professionnels et de la direction rencontrés.

Concernant les retours des membres professionnels et de la Direction, les avis divergent¹⁵. En effet, sur les 5 appareils photos donnés aux participants, un a été donné à la Direction, un a été donné à une cadre de santé accompagnée d'une psychologue, un à un infirmier de liaison, un à une médecin, et le dernier attribué à une responsable qualité. Les qualifications divergent et les perceptions associées sont donc différentes.

De manière générale, plusieurs points positifs et négatifs concernant l'organisation spatiale. Parmi les aspects positifs, l'accueil de l'EHPAD est perçu comme plus calme, accueillant et adapté à la fonction résidentielle du lieu, notamment grâce à un environnement plus chaleureux et une ambiance qui tend à être domestique comme par exemple grâce à l'utilisation d'éléments décoratifs colorés tels que des pots bleus, contribuant à une ambiance moins institutionnelle selon la Direction (Katia Le Goff, Bernard Foussat, Michael Nguewa). La salle de restauration des résidents présente à chaque niveau offre de bonnes dimensions, avec une belle vue sur le jardin, ainsi que des chambres spacieuses bien pensées avec une salle d'eau individuelle, offrant de bonnes conditions de vie pour les résidents selon Séverine Nativelle.

Cependant, plusieurs points négatifs sont également signalés. La signalétique en général est jugée insuffisante, reprenant ainsi les retours effectués par les résidents, ce qui complique l'orientation, notamment pour les visiteurs et les PMR. L'accueil de médecine manque de lisibilité et de différenciation claire, ce qui nuit à la qualité de l'accueil. La circulation et la sécurité des espaces sont compromises par des éléments comme des portes trop lourdes, sans ralentisseurs, ou encore des portes automatisées inaccessibles pour les résidents en fauteuil roulant.

La signalétique dans certains lieux, comme le SSR ou les sas d'escalier, est mal placée ou peu visible, ce qui crée une confusion pour les usagers. Concernant les locaux ménagers, ceux-ci sont à questionner selon Claire Séné, qui informe de l'ergonomie quasi impossible à l'intérieur de ceux-ci notamment avec l'utilisation d'un chariot de ménage.

Les espaces extérieurs présentent un potentiel positif, notamment la terrasse côté parc, mais ils sont peu exploités ou difficiles d'accès, en partie à cause de portes lourdes ou des protections solaires cassées qui limite leur utilisation en été. Les locaux de soin et de transmission sont peu adaptés au niveau de leur dimensionnement ou encombrés, ce qui nuit à la qualité du travail et à la sécurité du personnel.

Enfin, un point récurrent concerne la sécurité, avec l'absence de dispositifs d'alerte ou de sonnette dans certaines zones critiques, ce qui constitue un risque pour les résidents. Une attention est portée à l'utilisation de d'avantage de moyens technologiques au sein de l'EHPAD, favorisant le bien-être de tous.

En résumé, tout en appréciant certains aménagements esthétiques et fonctionnels, il est essentiel d'améliorer la signalétique, la mobilité et la sécurité pour favoriser un environnement plus fonctionnel, convivial et sûr pour tous.



[fig. 97] Photographie de Mme Ducamp :

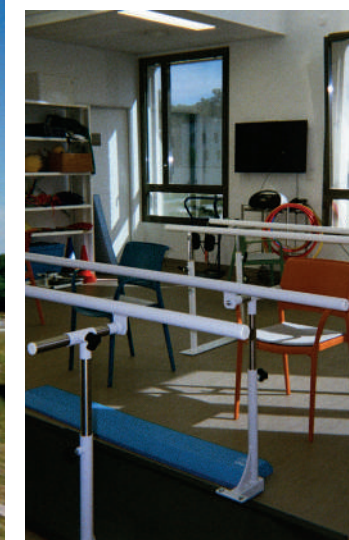
« Le parc est très agréable il permet des promenades dans la nature au milieu des arbres ».



[fig. 95] Photographie de la Direction :

« Le PASA dispose de son propre espace extérieur, dans le patio principal, très prisé des résidents ».

La salle de kiné



[fig. 96] Photographie de Mme Nativelle :

« Grande, bien équipée et fonctionnelle. Un vrai plateau de travail apprécié par les professionnels ».

L'exposition photo

98.



Renée Janiak - Où sont les ascenseurs ?
« La signalétique manque de clarté : en entrant dans le bâtiment, il est difficile de repérer les ascenseurs ».

11/30



99.

[fig. 98] Planche réalisée pour l'exposition photographique, avec la photo choisie et sa numérotation, le nom du photographe, le commentaire associé et une pastille d'appréciation (allant de vert pour positif à rouge pour amélioration nécessaire). Photographie et commentaire de Renée Janiak, juin 2025.

[fig. 99] Photographie du parcours réalisé avec les photographes lors du vernissage de l'exposition.

[fig. 100] Le hall d'accueil, parée de l'affiche de présentation de l'exposition.

100.

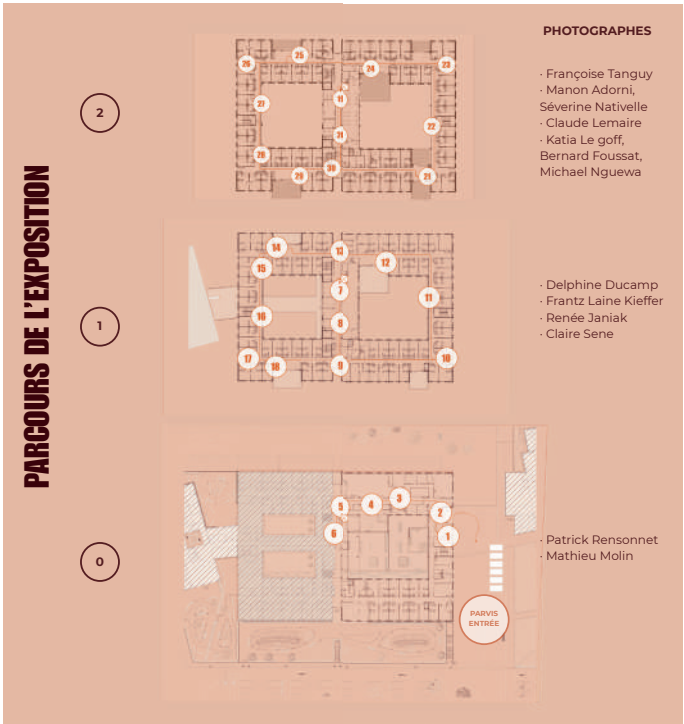


Afin de prolonger l'expérience

L'exposition photo au sein du centre de La Verrière et issue de ce travail sert de support pour observer la circulation au sein de l'établissement, du point de vue des résidents mais aussi des familles, visiteurs et professionnels. Également, elle permet d'interroger les effets de légers aménagements (signalétique, murs d'exposition dans les coursives, mobiliers adaptés) sur la perception et l'appropriation des lieux afin de nourrir une réflexion collective sur la manière de rendre l'EHPAD plus lisible, accueillant et vivant.

Cette démarche a été très bien reçue du côté de la MGEN qui a trouvé la démarche motivante et bienveillante, lui permettant de mettre des images sur de potentielles actions envisagées. L'exposition photo, a permis d'observer comment, via de légers aménagements, la circulation se fait au sein de l'établissement et ceux via des membres extérieurs (familles occasionnelles, visiteurs curieux, proches des membres professionnels).

Or, les aménagements, comme la signalétique, les murs d'expositions dans les coursives, ont et vont-ils améliorer la perception de l'établissement ?



[fig. 101] Parcours de l'exposition, allant du RDC de l'EHPAD jusqu'au R+2.

[fig. 102] Ensemble des pièces graphiques dédiées à l'exposition.



102.

101.



Katia Le Goff - Les pots bleus
« Les pots colorés contribuent à une ambiance domestique. Ils apportent de la couleur et rendent l'espace plus chaleureux ».

21/30



104.

[fig. 103] Planche réalisée pour l'exposition photographique, avec la photo choisie et sa numérotation, le nom du photographe, le commentaire associé et une pastille d'appréciation (allant de vert pour positif à rouge pour amélioration nécessaire). Photographie et commentaire de Katia Le Goff, juin 2025.

[fig. 104] Cartes postales réalisées pour l'exposition. L'objectif est de permettre aux résidents et visiteurs d'envoyer des nouvelles à leurs proches, maintenir le contact et d'apporter un souvenir de l'exposition.

[fig. 105 et 106] Panneaux issus de la démarche, positionnés au sein de l'établissement dans le cadre de l'exposition. Photographies personnelles, septembre 2025.



3• Approches de l'espace

Les conclusions

Au fil de la démarche, nous avons également pris conscience que l'exposition des chambres influence profondément le ressenti des résidents. Selon que la vue donne sur le parking, sur le patio ou sur le parc, l'expérience quotidienne n'est pas la même. Ce constat nous a amenés à nous interroger davantage sur la perception sensible des espaces et sur la manière dont chaque individu s'approprie son environnement.

Madame Tanguy, résidente au tempérament particulièrement dynamique, occupait une chambre orientée vers le parking. Son rapport à cet espace, plus animé et traversé par la vie quotidienne du site, contrastait avec celui de Monsieur Lemaire, qui a participé à la démarche et dont la chambre ouvrait sur le parc. Chaque matin, il évoquait avec joie la vue sur la nature qu'il découvrait en prenant son petit déjeuner.

Ces observations nous rappellent que les idéaux que nous portons en tant que concepteurs ne peuvent être généralisés. La perception d'un lieu reste éminemment personnelle, façonnée par le vécu, les habitudes et la sensibilité de chacun.

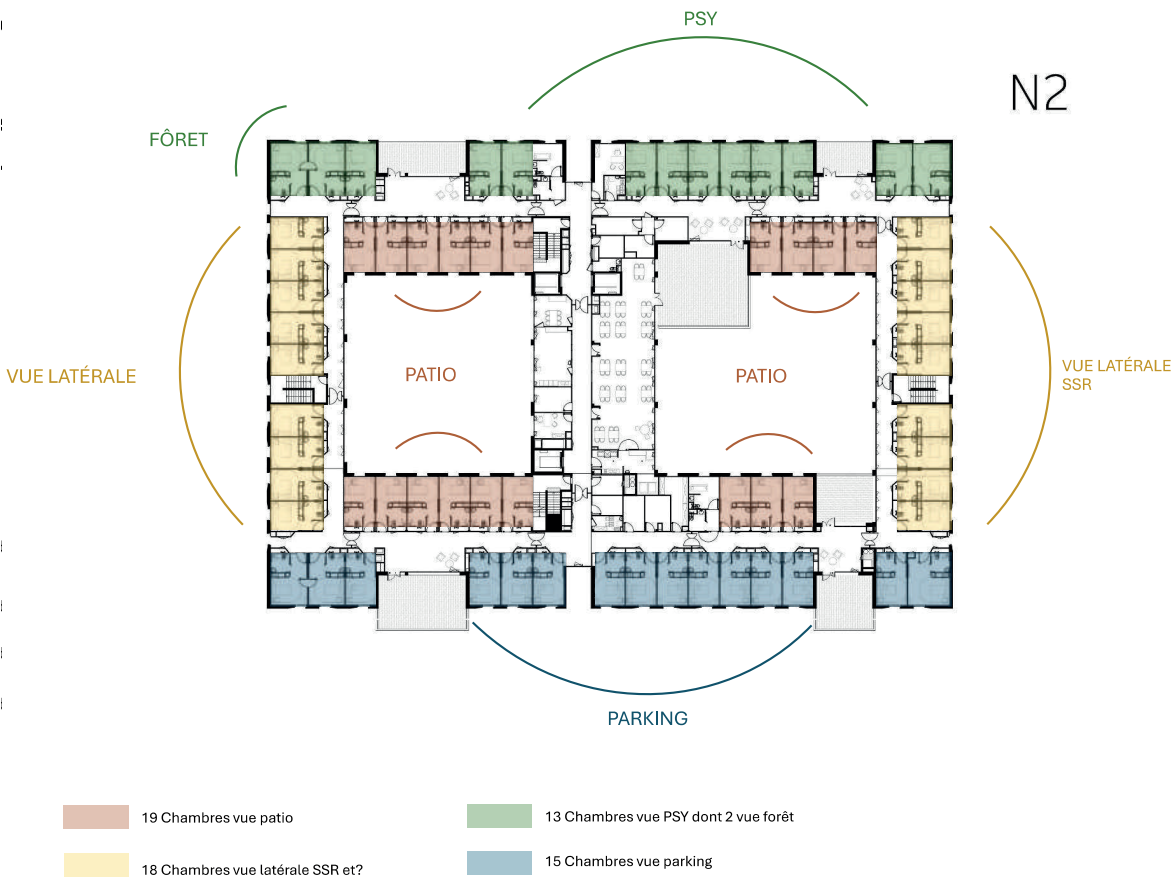
L'enjeu architectural réside alors moins dans la recherche d'un modèle unique que dans la capacité à offrir une diversité de situations permettant à chaque résident de trouver un espace qui lui correspond.



Petit-déjeuner avec vue
[fig. 107] Photographie de M. Lemaire :
« L'un de ses moments préférés : être devant sa fenêtre, contemplant la vue sur le parc et ses différents dénivelés ».



[fig. 108] Vue d'une chambre en UGP.



Les aménagements envisagés dans le cadre de la démarche

Cette démarche et l'analyse y découlant nous ont permis de proposer à la direction un ensemble d'aménagements possibles, qui ont contribué à questionner, rassurer, mais surtout à faire prendre conscience des enjeux envisageables sur le site, sans pour autant nécessiter des coûts monstrueux.

L'ajout d'ombrages, de mobiliers tels que des assises ou des tables, ainsi que d'éléments permettant aux résidents de se tenir informés des actualités régionales, des événements culturels, ou encore l'installation d'une boîte aux lettres dans un espace peu fréquenté, leur offrent la possibilité de disposer d'un lieu où recevoir des mots et maintenir un lien avec l'extérieur.

Au-delà de leur dimension fonctionnelle, ces dispositifs constituent également un support d'observation et d'échange. Ils permettent de questionner l'espace en fonction des retours recueillis, qu'ils proviennent des résidents, des équipes soignantes ou de la direction. Cette démarche participative favorise un dialogue continu et rassure l'ensemble des acteurs : la direction et les professionnels se sentent accompagnés dans une évolution maîtrisée du site, tandis que les résidents perçoivent concrètement que leur avis et leur expérience quotidienne sont pris en compte dans la transformation, pensée avec une précision presque chirurgicale, de leur cadre de vie.

[fig. 110] Proposition d'aménagement du parvis principal. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.



Prendre soin de la vieillesse

[fig. 111] Aménagement proposé. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.



[fig. 112] La place du village actuellement. Photographie réalisée par Delphine Ducamp. RETEX AIA Life Designers, juin 2025.



Architecture, le temps du soin et des transformations

[fig. 113] Proposition d'aménagement de la passerelle présente dans le deuxième patio de l'EHPAD. Avant/après. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.



[fig. 114] Proposition d'aménagement d'un espace non utilisé et de sa terrasse. Avant/après. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.



4. L'EHPAD de demain

L'architecture comme levier décisif

Ce chapitre, fondé à la fois sur une démarche de retour d'expérience (RETEX) menée au sein de l'EHPAD et sur les recherches de l'Union des Architectes en Santé (UAFS), met en lumière l'impératif de repenser en profondeur l'institution gériatrique. Ces travaux montrent qu'au-delà de la seule réponse médicale, relevant du « cure », c'est désormais la qualité de vie proposée qui est en jeu, ainsi que l'articulation de l'EHPAD avec son environnement social, territorial et paysager.

Dans ce contexte, l'architecture apparaît comme un levier essentiel, capable de traduire ces enjeux en espaces adaptés, favorisant le bien-être, l'autonomie, les relations sociales et le sentiment de sécurité des résidents. La démarche a par ailleurs permis de mettre en exergue les espaces propices au soin, qu'il s'agisse de l'accompagnement de la personne âgée ou de la prise en charge des troubles mentaux, appelés à constituer une part centrale des enjeux de nos générations à venir.

Repenser les échelles

Cependant, l'EHPAD de demain fait face à un défi sociétal et démographique majeur : celui d'accueillir des générations aux profils pluriels. Les futurs résidents arriveront avec un rapport au monde façonné par une plus forte culture de l'individualisme et à l'autonomie¹⁶.

Parallèlement, nous assistons à une nécessaire et plus fine prise en compte des troubles psychiques liés au vieillissement. Nous sommes donc face à un paradoxe essentiel. D'un côté, une demande légitime d'intimité et de respect de l'espace privé ; de l'autre, un besoin vital de renforcer le lien humain pour lutter contre l'isolement. L'institution ne peut plus être une simple réponse fonctionnelle à la dépendance ; elle doit devenir un lieu de vie capable de gérer cette tension.

La réponse réside sans doute dans l'échelle humaine accordée au projet. L'enjeu pour l'architecture de demain n'est plus de concevoir des bâtiments de masse, mais de créer de véritables écosystèmes à échelle humaine. Il s'agit de fragmenter, de créer des « unités de vie » à taille domestique qui favorisent les interactions choisies plutôt qu'imposées.

16. Conseil de l'âge (Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge). (2018). Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 : Tome II – Orientations. Rapport adopté le 7 novembre 2018. Le rapport souligne que l'horizon 2030 correspond à une période charnière où les premières générations du baby-boom atteindront des âges avancés et où les attentes en termes d'autonomie, de choix et de qualité de vie modifieront les besoins en matière d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées, y compris dans les EHPAD.

Impliquer pour prendre soin

C'est dans cette proximité retrouvée que les personnes âgées peuvent rester activement impliquées, en devenant actrices de leur quotidien et non de simples patientes. C'est aussi là que l'EHPAD peut devenir un lieu de transmission, un pôle de ressources où les résidents ont la possibilité de partager leurs savoirs et leurs expériences, en lien avec les générations suivantes.

L'EHPAD du futur doit donc être un lieu poreux : un lieu qui permet à la fois le repli sur soi dans un espace digne, tout en offrant des espaces de socialisation variés, stimulants et ouverts sur l'extérieur, où les résidents ont encore un rôle à jouer.

[fig. 115] Collage rétrospectif de la recherche menée.



Regards sur les pratiques européennes

Mon échange universitaire en Pologne, et plus précisément à Varsovie, m'a permis d'élargir significativement mon champ de références architecturales et institutionnelles. Cette immersion dans un contexte culturel, social et sanitaire différent du cadre français m'a offert l'opportunité de constituer un référentiel comparatif de typologies architecturales, en observant la manière dont un autre pays répond aux enjeux du vieillissement et de la prise en charge des personnes âgées. Cette confrontation entre modèles nationaux met en lumière les influences des structures sociales, des politiques publiques et des traditions familiales sur les formes bâties et les dispositifs de soin.

En Pologne, la notion d'EHPAD, telle qu'elle existe en France, n'est pas formalisée comme une entité unique, centralisée et standardisée. Le système de prise en charge des personnes âgées est fragmenté et repose sur une distinction entre le champ sanitaire et le champ social. Selon le degré de dépendance et la nature des besoins (soins médicaux, accompagnement social ou assistance au quotidien) les personnes âgées peuvent être orientées vers des structures relevant du système de santé ou du système d'aide sociale. Cette organisation éclatée engendre une diversité de lieux et de formes d'accueil, sans équivalent strictement comparable au modèle français. Par ailleurs, une large majorité des personnes âgées en Pologne demeure dans un cadre domestique : l'aide informelle, assurée par la famille et les proches, y occupe une place centrale et structure profondément les modes de prise en charge du vieillissement ¹⁷.

Les centres psychiatriques, quant à eux, sont également caractérisés par une forte spécialisation et une segmentation rigoureuse des publics accueillis. Les patients y sont répartis selon des critères précis, notamment l'âge ou la nature des troubles psychiques diagnostiqués. Cette organisation conduit à une différenciation marquée des espaces, des pratiques de soin et des environnements architecturaux, chaque établissement étant conçu pour répondre à un profil de patient spécifique. Cette logique de partition, plus affirmée qu'en France, interroge la relation entre spécialisation médicale et qualité des espaces de vie, ainsi que la capacité de l'architecture à accompagner des parcours de soin fragmentés.



[fig. 116] Une personne âgée dans un supermarché polonais. Octobre 2024. Photographie personnelle.

17. Attias-Donfut Claudine, et Howard Litwin. « Comparaison de l'entraide familiale à l'échelle européenne : idées ... ». Informations sociales, no. 188, 2015, pp. 54-63, doi:10.3917/inso.188.0054.

Unité psychiatrique de l'hôpital Bródnowski

Situé au cœur de Varsovie, le département de psychiatrie de l'Hôpital Bródnowski (Mazowiecki Szpital Bródnowski) offre un environnement de soins spécialisé. Sur une parcelle composée de huit bâtiments, il faut se rendre au Bâtiment G du complexe hospitalier et monter au 3^{ème} étage, où l'unité psychiatrique est installée.

Avec une capacité d'accueil limitée à environ de 25 à 30 lits, le service propose une prise en charge en hospitalisation complète. Une de ses particularités organisationnelles est de ne pas classer les patients selon leur tranche d'âge ni leur sexe, favorisant ainsi une mixité au sein de l'unité.

La vie quotidienne s'organise autour d'espaces collectifs conçus pour le confort des patients. Ceux-ci ont accès à un salon commun pour les moments de détente et d'échange, ainsi qu'à un espace de restauration dédié pour les repas.

La qualité est également renforcée par la proximité immédiate du Parc Bródnowski. Ce grand parc public, véritable poumon vert du district, offre un cadre apaisant et des sentiers de promenade accessibles juste à côté de l'hôpital, constituant un atout notable pour le bien-être des patients et des visiteurs.



[fig. 117] Photographie d'un patio, hôpital de Bródnowski. Photographie personnelle.

[fig. 118] Plan masse de l'hôpital annoté suivant ses secteurs. Production personnelle.



Le site de Tworki, en Pologne

Fondé en 1891, durant le partage du pays avec la Russie, l'ensemble thérapeutique est situé sur le domaine historique de Tworki, d'une vaste superficie de 58 hectares. Sa construction a coûté environ 800 000 roubles (somme colossale pour cette période) ¹⁸. En ces temps, il s'agissait d'un établissement parmi les plus modernes de Pologne. Conçu selon un système de pavillons, novateur pour l'époque, il offrait aux patients un espace et des conditions nettement supérieurs à ceux des hôpitaux psychiatriques traditionnels.

L'ensemble se compose de plusieurs pavillons, chacun consacré à un trouble spécifique, et s'organise dans un environnement verdoyant propice au bien-être. Les personnes âgées sont regroupées dans un bâtiment situé au sud du site. Le lieu comprend également un pavillon destiné à des personnes incarcérées, placé sous haute protection. Paradoxalement, l'ensemble demeure ouvert sur son environnement : il reste accessible à tous et jouxte une école accompagnée d'un parc pour enfants.

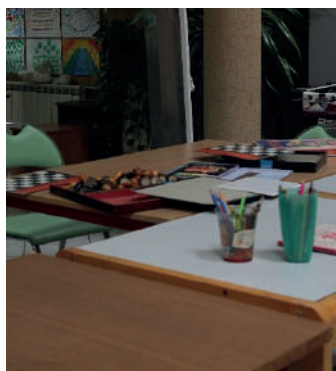
Les seniors résident dans un pavillon mixte, où les chambres accueillent trois à quatre patients. Ce pavillon, orienté à proximité d'un espace boisé, comprend une salle commune ouvrant sur un petit jardin avec un potager partagé. Cette salle est une salle à part de la salle de restauration, et est entièrement dédiée aux activités avec la présence de jeux de sociétés, instruments de musique et d'une télévision. Il s'agit d'un espace à mi-chemin entre le soin social et le soin hospitalier.

121.



Prendre soin de la vieillesse

119.



120.



122.



123.

[fig. 119] La salle d'animation

[fig. 120] Le jardin et potager annexe

[fig. 121] L'accès au centre gériatrique

[fig. 122] Les alentours, des hectares de vert

[fig. 123] La salle de restauration

[fig. 124] L'église orthodoxe

18. « hospital in Tworki », Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia. Brochure de présentation du site.

Le site est fondé sur un principe de liberté. Il dispose également de plusieurs églises, participant à la vie quotidienne des patients, dont une église orthodoxe avec un prêtre y résidant. Les résidents participent à des activités hebdomadaires, en lien direct avec la nature. À la différence du site de la MGEN dans les Yvelines, le financement de l'établissement est public et dépend directement du directeur.



124.

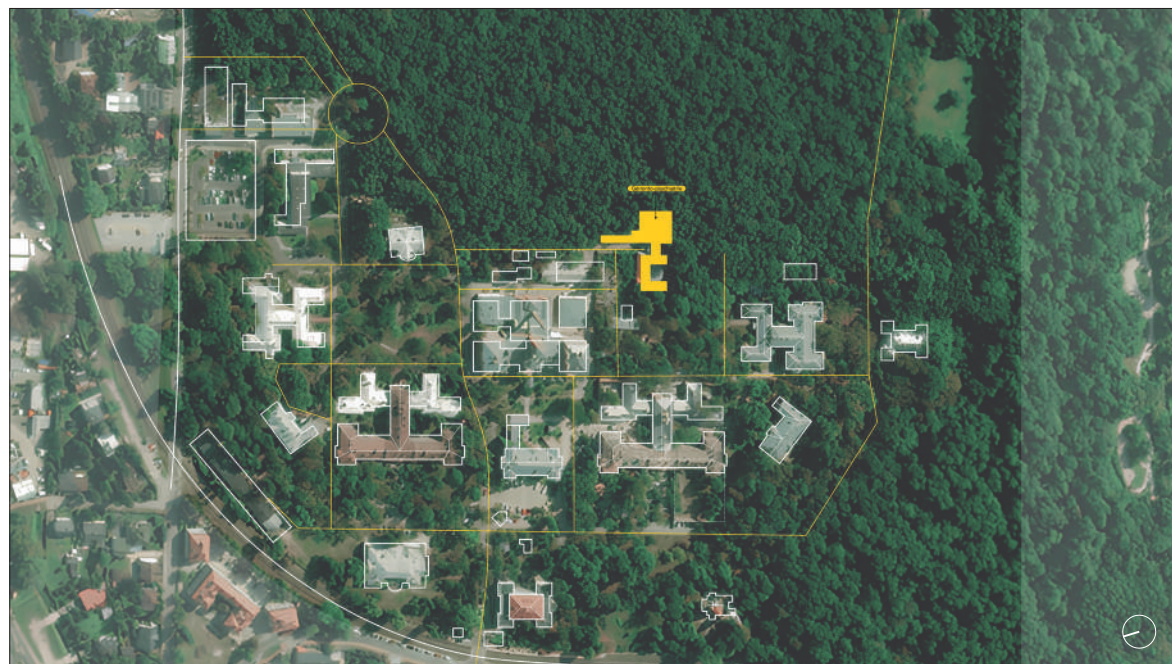
Éléments comparatifs

Tenter de mettre en parallèle cette ouverture internationale avec les effets du centre thérapeutique passe nécessairement par une description attentive des sites visités et de leur organisation spatiale. La découverte de plusieurs établissements, dont les logiques d'implantation et de fonctionnement différaient radicalement, m'a permis de développer un regard critique renouvelé sur le site de l'Institut Marcel Rivière (IMR), tant dans sa configuration initiale des années 1960 que dans ses transformations ultérieures. Cette mise à distance, rendue possible par l'expérience internationale, agit comme un outil d'analyse révélant les choix architecturaux et institutionnels sous-jacents.

À cet égard, le site de Tworki présente de nombreuses similitudes avec l'organisation originelle de l'IMR. Sa typologie pavillonnaire, composée de bâtiments sédimentés au sein d'un vaste parc paysager, permet une distinction claire des pathologies et des publics accueillis. Cette fragmentation du bâti favorise une lecture hiérarchisée et lisible du site, à l'instar de l'Institut Marcel Rivière qui, dans sa conception initiale, organisait les patients en trois « villages » distincts. Cette logique spatiale traduit une volonté de catégorisation thérapeutique, mais aussi une attention portée à l'échelle humaine et à la qualité des espaces de vie, en opposition à des structures hospitalières plus massives et anonymes.

La place accordée à la nature constitue un autre point de convergence majeur entre ces deux sites. Dans les deux cas, le paysage n'est pas un simple décor mais un véritable support thérapeutique. L'omniprésence de la végétation, la continuité des

[fig. 125] Plan du domaine de l'hôpital psychiatrique de Tworki.



Prendre soin de la vieillesse

[fig. 126] Carte du domaine de l'IMR en 1972, remonter le temps.



espaces extérieurs et la relation directe entre les bâtiments et le parc participent à un sentiment de bien-être pour les patients. La nature agit ici comme un médiateur, offrant des repères, des parcours et des respirations, éléments fondamentaux dans le processus de soin psychiatrique. Cette articulation entre architecture, paysage et thérapie apparaît comme un invariant fort, malgré les différences de contextes nationaux.

À l'inverse, l'hôpital de Bródnowski m'a permis de constituer un référentiel architectural radicalement différent : celui d'un établissement monobloc des années 1970, regroupant plusieurs pôles médicaux au sein d'un même volume. Implanté en milieu urbain, cet hôpital offre une lecture plus compacte, fonctionnelle et centralisée du soin, contrastant avec les modèles pavillonnaires excentrés. Cette expérience a enrichi ma réflexion en introduisant un référentiel urbain, là où les sites de l'Institut Marcel Rivière et de Tworki s'inscrivent tous deux dans des environnements périphériques, au cœur de vastes espaces arborés, volontairement éloignés de la ville.

Cette confrontation de modèles, pavillonnaire excentré versus monobloc urbain, nourrit ainsi une réflexion critique sur les effets des choix architecturaux et territoriaux sur les pratiques de soin, le vécu des patients et la perception des établissements thérapeutiques. Elle souligne également la manière dont l'architecture, à travers son rapport au paysage, à la ville et à l'échelle, participe pleinement à la construction d'un cadre thérapeutique.

Conclusion



[fig. 127] Tisser des liens. Photographie réalisée lors du barbecue de l'EHPAD, organisé le 25 juin 2025 afin de marquer le début de la saison estivale.

Depuis la mise en place de la politique de secteur dans les années 1960, la psychiatrie française s'est progressivement éloignée du modèle asilaire pour s'orienter vers une logique de désinstitutionnalisation, de proximité et d'intégration sociale. Ce déplacement du soin hors des murs a profondément transformé les dispositifs d'accueil, mais aussi les formes architecturales qui les accompagnent. L'espace n'est plus seulement un contenant fonctionnel : il devient un support thérapeutique, relationnel et symbolique. C'est dans cette continuité historique que s'inscrit ce mémoire, en interrogeant le rôle de l'architecture dans la prise en charge psychiatrique des personnes âgées, entre héritage, transformation et reconstruction.

À travers l'étude du site de l'Institut Marcel Rivière à La Verrière, établissement pionnier dans la réforme humaniste de la psychiatrie française, puis de sa démolition au profit d'un nouvel ensemble hospitalier, cette recherche a cherché à comprendre comment les mutations du soin se traduisent spatialement.

Le « village thérapeutique » imaginé par Paul Silvadon incarnait une rupture avec l'asile : échelle domestique, ouverture sur la nature, mixité des usages, liens avec la société civile. Pourtant, quelques décennies plus tard, ce modèle a lui-même été remis en question au nom de contraintes techniques, économiques et organisationnelles, conduisant à une reconstruction complète.

Cette évolution soulève une tension centrale qui a structuré l'ensemble du mémoire : l'adaptation des pratiques de soin

nécessite-t-elle nécessairement la transformation radicale, voire la disparition, des architectures existantes ?

Pour répondre à cette problématique, une méthodologie croisée a été mise en œuvre, associant analyse historique, observations in situ, entretiens, et immersion professionnelle en agence. Cette approche a permis de confronter intentions programmatiques, réalités d'usage et logiques opérationnelles. Elle a montré que les choix spatiaux, l'organisation des circulations, la hiérarchie des seuils, l'articulation entre espaces intimes et collectifs, la présence du paysage et la gestion de la surveillance conditionnent directement les interactions sociales, l'autonomie des résidents et les pratiques soignantes. L'architecture agit ainsi comme un acteur du soin à part entière, capable de favoriser l'apaisement, l'appropriation ou, au contraire, de renforcer la contrainte et la stigmatisation.

Les résultats soulignent également l'importance de méthodes de conception plus situées : observation des usages réels, concertation avec les équipes, implication des architectes dans la durée et retours d'expérience post-occupation. L'expérience de stage a, à ce titre, révélé la richesse d'une posture de recherche-action, où la production de connaissances émerge de l'engagement direct dans le projet. Elle met toutefois en évidence une limite inhérente à cette position : l'immersion professionnelle, si elle enrichit la compréhension des arbitrages concrets, peut restreindre la distance critique nécessaire à l'analyse.

Au-delà du cas étudié, cette recherche révèle les paradoxes contemporains de l'architecture psychiatrique et hospitalière de manière générale. Alors même que le discours institutionnel valorise la continuité, l'inclusion et l'ancrage territorial, les réponses apportées passent souvent par des logiques de standardisation et de reconstruction lourde.

La démolition apparaît alors comme une solution technique efficace, mais elle interroge la perte de repères, de mémoire et de qualité d'usage que peut entraîner l'effacement du bâti existant.

Faut-il systématiquement reconstruire pour mieux soigner ? La performance normative prime-t-elle sur la valeur symbolique et relationnelle des lieux ? Où se situent les limites d'un positionnement militant en faveur de la conservation ? Ces questions rappellent que l'acte de bâtir, ou de démolir, est toujours un choix politique autant qu'architectural.

De plus, l'ouverture internationale, nourrie par des observations menées en Pologne lors de mon échange au sein de l'université de technologie de Varsovie, a permis de mettre à distance le cas français et d'en souligner le caractère situé. La comparaison avec des structures psychiatriques polonaises montre que les formes architecturales du soin dépendent étroitement de contextes historiques, économiques et culturels. Elle rappelle ainsi que le modèle issu de la politique de secteur, porté notamment par Paul Silvadon et incarné par l'Institut Marcel Rivière, ne constitue pas une norme universelle mais une construction contextualisée. Cette mise en perspective élargit la portée du mémoire et confirme la nécessité d'une approche critique attentive aux singularités locales autant qu'aux dynamiques plus larges.

Dans le cadre de la mention Recherche que je souhaiterais apporter à mon Projet de Fin d'Etudes (PFE), ce mémoire prend également valeur de positionnement méthodologique. Il ne constitue pas seulement une analyse critique, mais le socle d'une démarche de projet, en lien direct avec le PFE, où la recherche devient un outil opératoire pour concevoir. Le va-et-vient constant entre enquête théorique, immersion en agence et expérience de terrain a permis d'expérimenter une posture d'architecte-chercheuse, attentive aux usages réels et aux temporalités longues du soin. Cette articulation ouvre des perspectives concrètes : envisager la permanence architecturale sur site, maintenir une présence prolongée des concepteurs avant, pendant et après le projet, observer, tester, ajuster plutôt que remplacer systématiquement. Une telle démarche, proche de la recherche-action, permettrait de privilégier la transformation progressive et la réhabilitation de l'existant, en évaluant pleinement son potentiel avant d'envisager sa démolition. La réhabilitation n'apparaît alors plus comme un principe dogmatique, mais comme une hypothèse de travail, fondée sur l'observation et l'expérimentation.

Ce travail ouvre ainsi plusieurs perspectives de recherche. Il serait pertinent d'élargir l'étude à d'autres contextes psychiatriques et psycho-gérontologiques afin de comparer les dispositifs et d'en dégager des principes transférables, de développer des protocoles systématiques d'évaluation post-occupation, et d'approfondir la participation des usagers et des soignants au processus de conception. Il invite également à interroger plus largement la place de la recherche en agence comme espace potentiel de production de connaissances, capable de relier conception, expérimentation et critique.

En définitive, ce mémoire ne propose pas de réponse figée mais affirme une posture : considérer l'architecture comme un processus évolutif, attentif aux usages, inscrit dans le temps long et capable d'apprendre de ses propres effets. Face aux mutations du soin psychiatrique, l'enjeu n'est peut-être pas seulement de construire du neuf, mais de savoir observer, transformer et accompagner l'existant.

Ainsi, la question demeure ouverte : comment concevoir des architectures psychiatriques capables non seulement d'accueillir le soin, mais de participer activement à sa transformation, sans rompre les continuités humaines, sociales et spatiales qui fondent leur sens ?

Remerciements

Au terme de ce travail de recherche, étalé sur plusieurs années, je tiens à remercier l'ensemble des acteurs qui m'ont permis de le mener à bien et sans lesquels je ne serais sans doute pas parvenue à un stade aussi avancé.

En premier lieu, je remercie mon professeur référent, Florent Paoli, pour son soutien tout au long de ces trois années. Je remercie également l'ensemble de l'équipe de la chaire Archidessa pour avoir cru en mon sujet, me permettant d'obtenir une bourse de recherche liée à ce travail, laquelle a rendu possible l'approfondissement de cette recherche.

Je tiens à remercier l'agence AIA Life Designers, et plus particulièrement Jérôme Bataille, pour son écoute et pour m'avoir permis de mener cette démarche au sein de l'EHPAD de La Verrière. J'adresse également mes sincères remerciements à l'équipe MGEN du centre de La Verrière, et notamment à Madame Le Goff et Monsieur Foussat, pour le temps consacré à la recherche d'ouvrages et d'archives liés à l'Institut, ainsi que pour les entretiens accordés. Leur écoute m'a permis d'accéder à un large panel de documents essentiels à la compréhension et à l'élaboration de cette recherche. Leur confiance a également rendu possible la mise en place de la démarche de RETEX, démarche particulièrement riche et révélatrice pour mon travail. De plus, je remercie les photographes ayant participé au retour d'expérience pour leur engagement et le temps qu'ils ont consacré à cette étude.

Sur le plan international, je remercie Madame Szustakiewicz, professeure à la faculté d'architecture de Varsovie, de m'avoir permis d'entrer en contact avec le centre thérapeutique de Tworki. Je remercie également Wojciech Legawiec, directeur de l'établissement de Tworki, ainsi que sa fille, pour la visite de ce site remarquable, ainsi que pour les explications et les riches échanges avec les professionnels.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour leur soutien constant et le temps qu'ils m'ont accordé. Leur présence, leurs encouragements et leur compréhension ont été précieux et ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

* Notes de fin

Ouvrages

- ABASSADE, Madeleine, *Danser avec les fous : Expériences de l'art en milieu psychiatrique à l'institut Marcel-Rivière (1981-2015)*. Sorges-et-Ligueux : Édition Langage Pluriel, 2025.
- ASTOG-BOLLACK, Françoise, « Marcel Astorg – architecte et peintre, 1901-1982. Œuvres 1940-1970 », 2016.
- BEDOS, Françoise, BERTHELOT, Claude, LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, « Étude besoins fonctionnels de l'homme en vue leur projection ultérieure sur le plan architectural », Appropriation de l'espace par les objets, Annexe IV ,1970.
- BERNARD, Paul, *Les organismes psychiatriques de la mutuelle générale de l'éducation nationale*. Sous la direction de SILVADON, Paul, CHANOIT, Pierre-François, AMIEL, Roger, CATHELAIN, Gérard. L'information psychiatrique. 1961.
- BLIN, Pascale, *Cliniques et hôpitaux privés : 10 questions d'architecture*, Éditions Le Moniteur, 2009.
- BONICCO-DONATO, Céline, *Heidegger et la question de l'habiter : Une philosophie de l'architecture*, Éditions Parenthèses, 2019.
- CHANOIT, Pierre-François, *La psychothérapie institutionnelle*. Paris, Presses universitaires de France, 1995. pp. 544-545.
- CITÉ DE L'ARCHITECTURE ET DU PATRIMOINE, *Bien vieillir ensemble : architectures et territoires du grand âge*. Brochure de l'exposition présentée à la Cité de l'architecture et du patrimoine, texte d'ouverture du chapitre « S'adapter aux spécificités », 2023, p. 21. Paris.
- FLEURY Cynthia, SCAU, Pavillon de l'Arsenal, *Soutenir : ville, architecture et soin*, 2022, 303 p
- FONDATION AIA, *Le grand âge : une vie à construire*, 2015.
- LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, *Représentation de l'espace architectural*,1970, 113p.
- MAJERUS Benoît, « La baignoire, le lit et la porte » , *La vie sociale des objets de la psychiatrie*, Genèses, 2011, pages 95 à 119.
- MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, ONTENIENTE Roger, CHANOIT Pierre-François, *L'Institut Marcel Rivière, un dispositif psychiatrique d'avenir (Les Cahiers de La Verrière)*, 1986.
- MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, Atelier Thérapeutique de Réadaptation au Travail, *Le château de La Verrière, au fils des ans...*, 1989.

- MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, *Petit guide de l'Institut Marcel Rivière*, non daté.
- SINEY-LANGE, Charlotte, *À l'initiative sociale. Les grands combats de la MGEN*, Paris, Presses du Châtelet, 2015.
- SINEY-LANGE, Charlotte, « La mutualité, grande semeuse de progrès social » : histoire des oeuvres sociales mutualistes, 1850-1976. 2018.
- SICARD Guillaume, CHABANI Meriem, SFINTESCO Alexandre, *Le printemps de l'hiver : Bien vieillir en ville*, 2021, 246p.

Articles

- BITTOLO, Christophe, « Accueil hospitalier et processus psychiques : enjeux thérapeutiques et institutionnels en psychiatrie », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°37, 2001, pages 143 à 159.
- CAIRE, Michel, « Classification des psychothérapies institutionnelles », *Histoire de la psychiatrie en France*, (en ligne).
- DE CASTELBAJAC Thomas et QUINTIN Jacques, *Architecture en psychiatrie et atmosphère soignante, L'évolution psychiatrique*, n°86, décembre 2020.
- GRZYWA Anna, Comment sont nés la stigmatisation et l'incompréhension de la maladie mentale ? , *MEDICA, VIA MEDICA*, n°15, 2018, pages 211 à 219.
- LEGLISE Fanny, « Prendre soin plutôt que soigner, entretiens avec Giovanna Borasi, Clare Cooper Marcus et Mirko Zardini », *L'Architecture d'Aujourd'hui*, n°405, Éditions Archipress & Associés, mars 2015.
- PENLOUP Emmanuel, *L'architecture des lieux de santé et la prise en compte des besoins des usagers*, mémoire de fin d'études, sous la direction de M. Bruno PROTH, juin 2014, ENSAN.
- RECHTMAN Richard, *Souffrances psychiques et évolutions de la psychiatrie, Études*, tome 415, 2011, pages 329 à 339.
- QUINTON, Maryse, « Repenser l'architecture hospitalière », *L'Architecture d'Aujourd'hui*, n°405, Éditions Archipress & Associés, mars 2015.
- SÉNAT, Mission d'information sur les EHPAD. (2024). Rapport d'information sur la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : entre lieu de soins et lieu de vie. Sénat, Paris.

- SEVERO Donato, *La psychiatrie dans le laboratoire de l'architecture, Archiscopie*, revue de la Cité de l'architecture & du patrimoine, n°14, 2018.

- KANDOLA, A., SOLMI, F., AJNAKINA, O., INGRAM, E., IOB, E., LEE, S., STEPTOE, A., WRIGHT, T., et LEWIS, G. Le rôle de la solitude dans l'association entre maladies chroniques et symptômes dépressifs chez les personnes âgées : une étude de cohorte prospective, 2023. *Journal of Affective Disorders*, 334, 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.072>

Mémoires et thèses

- BOTTER, Alexis, *Filtré, La perception d'un lieu à travers le regard d'une personne handicapée*, Mémoire de fin d'études, sous la direction d'Alexis Markovics, Ecole Camondo, juin 2019.
- CAPRA, Ninon, *Interstices, entre apaisement et surveillance en centres psychiatriques*, Mémoire de fin d'études, sous la direction de Laure Fernandez, Ecole Camondo, juin 2023.
- SINEY-LANGE, Charlotte, *Soigner autrement ? : la politique médico-sociale de la MGEN : 1947-1991*. Thèse de doctorat. 2006. 156p.

Archives

Archives de l'Institut Français d'Architecture (IFA), fonds Marcel Astorg :

- 448 IFA 1/3, Plans (tirages) du centre MGEN La Verrière, 1958.
- 448 IFA 2/4, Book (photocopie), documentation (en partie photocopie, notamment une partie du dossier du fonds DAU, 133 IFA 11/7).
- 448 IFA 2/5, Cédérom contenant des plans numérisés (archives de la MGEN) du centre psychiatrique MGEN de La Verrière (Yvelines).

Filmographie

- GUERET Eric, *Vieillir enfermés*, 2020.
- HAYAKAWA, Chie, Plan 75, 2022. Happinet Phantom Studios / Dongyu Club / Loaded Films.

Sites internet

- NOIRET, Barbara, *Les Saisons*. Consulté sur <https://barbara-noiret.com/saisons.html> . Site officiel de l'artiste Barbara Noiret.

* Table des illustrations

[fig. 1] Photographie en couverture : le barbecue, 20 juin 2025. Photographie personnelle.

[fig. 2] Illustration ancienne d'une chambre capitonnée à l'hôpital psychiatrique Saint-Anne à Paris, Gaildrau, publié sur L'Illustration, Journal Universel, 1868.

[fig. 3] Carte postale de l'IMR, 1968. Archives MGEN.

[fig. 4] Plan de l'établissement, photographie de 2006. Archives MGEN.

[fig. 5] Retour des patients vers leurs pavillons. MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, ONTENIENTE Roger, CHANOIT Pierre-François, *L'Institut Marcel Rivière, un dispositif psychiatrique d'avenir (Les Cahiers de La Verrière)*, 1986.

[fig. 6] Le travail artisanal de la terre ; modelage, travail au tour, la sculpture avec des niveaux croissants de difficulté et un grand parcours dans la maîtrise du matériau. MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE, ONTENIENTE Roger, CHANOIT Pierre-François, *L'Institut Marcel Rivière, un dispositif psychiatrique d'avenir (Les Cahiers de La Verrière)*, 1986.

[fig. 7] Le théâtre ; élément majeur du site, photo prise lors de sa destruction. Archives MGEN.

[fig. 8] Vue intérieure de l'hôpital de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne. Blancard Hippolyte, 1871.

[fig. 9] Collage sensible de l'Institut Marcel Rivière. Production personnelle.

[fig. 10] Ugo Guarino, OPP Trieste, 1977-80.

[fig. 11] Le modèle asilaire remis en question. Collage personnel.

[fig. 12] Création de la MGEN, 1946, photographie, MGEN (2025), L'histoire de MGEN.

[fig. 13] Marcel Astorg. Photographie issue de son portfolio d'agence. Archives du fond lié à l'architecte, Cité de l'Architecture.

[fig. 14] Jacob, Gabriel. Institut psychiatrique Marcel Rivière, La Verrière, vue extérieure. Photographie réalisée en septembre 1961. Architecte : Marcel Astorg. Fonds des Dossiers d'œuvres de la Direction de l'Architecture et de l'Urbanisme (DAU), Paris.

[fig. 15] L'entrée du site. Archives, Ville de La Verrière.

[fig. 16] Photographie de la cité Orly Parc II, datation non repertoriée. Archives MGEN.

[fig. 17] Texte archives. Archives MGEN.

[fig. 18] Photographie de la cité Orly Parc II, datation non repertoriée. Archives MGEN.

[fig. 19] Maquette du site lors de la présentation post concours. Archives MGEN.

[fig. 20] MGEN - Centre psychiatrique de La Verrière, projet d'un centre provisoire, un des deux pavillons projetés, 27 juillet 1958. Archives du fond de Marcel Astorg, Cité de l'Architecture.

[fig. 21] Plan masse du domaine, 2005. Production personnelle issue des archives MGEN.

[fig. 22] Salle de restauration du pavillon D3, décembre 2007.

archives MGEN.

[fig. 23] Plan récapitulatif de l'institut et de ses différents bâtiments.

[fig. 24] Le théâtre de l'Institut, 2013. Photographie issue de l'ouvrage de Madeleine ABASSADE, *Danser avec les fous : Expériences de l'art en milieu psychiatrique à l'institut Marcel-Rivière (1981-2015)*. Sorgues-et-Ligueux : Edition Langage Pluriel, 2025. Page 22.

[fig. 25] La cafétéria, photographie de la MGEN, 2007. Archives MGEN.

[fig. 26] La bibliothèque, photographie de la MGEN, 2007. Archives MGEN.

[fig. 27] La compagnie Retouramont en résidence artistique à l'institut Marcel Rivière, photographie prise dans la cafétéria, 2008.

[fig. 28] Plan et élévations de l'atelier 2 de l'institut, sujet à une rénovation en 2005. Archives MGEN.

[fig. 29] Patio intérieur, pavillon C3, archives MGEN, décembre 2007.

[fig. 30] Passages bedronnés au sein du parc, archives MGEN, décembre 2007.

[fig. 31] Coeur d'un village, décembre 2007. Archives MGEN.

[fig. 32] Chemins néoformés, LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural ,1970, p70 bis.

[fig. 33] Le centre social, bâtiment dont la partie centrale est surélevée sur pilotis, archives MGEN, 2007.

[fig. 34] L'entrée de la cafétéria, 2007. Archives MGEN.

[fig. 35] Entrée de la bibliothèque, 2007. Archives MGEN.

[fig. 36] Plan relationnel entre la cafétéria et la bibliothèque, 2007. Archives MGEN.

[fig. 37] Plan du domaine en 2005. Production personnelle à partir des documents fournis par les archives MGEN.

[fig. 38] Plan de situation, Institut Marcel Rivière. 2005, Archives MGEN.

[fig. 39] Barbara Noiret. Zone pavillonnaire (Série de photographies couleur contrecollées sur aluminium). Institut Marcel Rivière, La Verrière (produite). Collection FDAC Essonne. Consulté via le dossier artistique de l'artiste.

[fig. 40] Barbara Noiret. Saisons, Institut Marcel Rivière, centre psychiatrique de la Verrière 2006. Consulté sur <https://barbara-noiret.com/saisons.html>.

[fig. 41] Espace de vie donnant sur le patio, vue très lumineuse et végétalisée qui renforce le sentiment de bien-être. pavillon C3, décembre 2007. Archives MGEN

[fig. 42] Espace de vie, pavillon C3, décembre 2007. Archives MGEN.

[fig. 43] La chambre, avec l'ensemble du mobilier à disposition, pavillon B3, archives MGEN, décembre 2007.

[fig. 44] LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, page 12".

[fig. 45] Sédimentation des espaces au sein du pavillon C du village 1. Production personnelle.

[fig. 46] Comparaison de la typologie pavillonnaire de l'ancien site avec le bloc du nouveau site. Collage personnel.

[fig. 47] Démolition d'un pavillon avancement au 19 décembre 2016. Photographie de Stéphane Levy.

[fig. 48] Frise chronologique des temporalités importantes à la compréhension générale du sujet. Production personnelle.

[fig. 49] Place centrale, site actuel. Photographie AIA Life Designers.

[fig. 50] Place centrale, site historique, photographie de la MGEN, 2007. Archives MGEN.

[fig. 51] Plan des espaces non bâtis, avec une importance émise sur la place centrale de l'ancien site. LEROY, Claude, Centre de Recherche d'Architecture d'Urbanisme et de Construction, Représentation de l'espace architectural, 1970, page 58 bis.

[fig. 52] Résidence Denis Forestier, photographie d'un pavillon. Photographie MGEN, 2007. Archives MGEN.

[fig. 53] Résidence Denis Forestier et ses pavillons, reliés avec cette circulation vitrée qui était très appréciée. Photographie MGEN, 2007. Archives MGEN.

[fig. 54] Organisation de la résidence et son rapport avec le château. Production personnelle à partir d'un plan masse d'octobre 2002.

[fig. 55] La Verrière - L'institut Marcel Rivière et le château, carte postale historique. Geneanet. <https://www.geneanet.org/cartes-postales/view/8115071#0>

[fig. 56] Le château aujourd'hui, photographie de Monsieur Rensonnet, résident de l'EHPAD, juin 2025.

[fig. 57] Salon commun - 2^{ème} étage. Photographie personnelle, septembre 2025.

[fig. 58] Construction du nouveau centre en milieu occupé. On peut apercevoir les pavillons du village 1 en arrière plan. Photographie de Stéphane Levy.

[fig. 59] Vue depuis la fin d'une coursive, côté parc. Photographie personnelle.

[fig. 60] Photo du plateau technique et de ses usages.

Ici, repas du midi lors du barbecue annuel marquant le début de l'été. Photographie personnelle.

[fig. 61] Note de présentation lors de la phase concours, 06 octobre 2014. AIA Life Designers, SPIE Batignolles.

[fig. 62] Léon Grosse - Patriarche & Co - OTE Ingénierie - Otelio - Omega Alliance, dossier du projet MGEN (Reconstruction de l'Institut Marcel Rivière, La Verrière 78), plan du plateau technique du rez-de-chaussée.

[fig. 63] Photographie prise lors de la livraison de la première phase du chantier : le bâtiment psychiatrique. Photographie AIA Life Designers.

[fig. 64] Partie de scrabble, résidentes du 2^{ème} étage, septembre 2025. Photographie personnelle.

[fig. 65] Circulation de l'UGP, septembre 2024. Photographie personnelle.

[fig. 66] Compagnie Black Blanc Beur, répétition dans l'ancien théâtre de l'Institut Marcel-Rivière. Photos de la captation vidéo Dans la danse avec si je t'M Black Blanc Beur - Chorégraphe Christine Coudun.

[fig. 67] Atelier de marionnettes - création de marionnettes par les résidents avec la marionnettiste Ornella, 2021.

[fig. 68] Plan masse du site, 2025. Production personnelle.

[fig. 69] Vue du premier patio intérieur, photographie personnelle, 2025.

[fig. 70] Le deuxième étage de l'EHPAD, le rapport de l'intime au partagé. Production personnelle.

[fig. 71] Le partagé et les espaces induits. Production personnelle. Illustrations utilisées: [fig. 71.1] Photographie de Françoise Tanguy, juin 2025, [fig. 71.2] Photographie de Monsieur Lemaire, juin 2025, [fig. 71.3-4] Photographies personnelles, juillet 2025, [fig. 71.5] Photographie de Françoise Tanguy, juin 2025, [fig. 71.6] Photographie personnelle, septembre 2025.

[fig. 72] La chambre, photographie de Patrick Rensonnet, résident de l'EHPAD, dans le cadre de la démarche RETEX, juillet 2025.

[fig. 73] La salle d'eau, photographie de Claude Lemaire, résident de l'EHPAD, dans le cadre de la démarche RETEX, juillet 2025.

[fig. 74] La chambre, unité de 20m². Selon la personnalisation de l'espace de Françoise Tanguy. Production personnelle.

[fig. 75] Avant projet du centre psychiatrique, 4 décembre 1956, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

[fig. 76] Comparaison ; la place au sein d'un village, disposition des bancs, matérialité différenciée du sol et éléments ponctuels (cabine téléphonique, aire de jeux), 2010, archives MGEN versus le patio principal de l'EHPAD actuel, quelques chaises d'extérieur agrémentées de pots de fleurs et jardinières, dans un endroit principalement clos. Septembre 2025, photographie personnelle.

[fig. 77] Le festin. Photographie réalisée lors du barbecue de l'EHPAD, le 20 juin 2025. Production personnelle.

[fig. 78] Deux personnes âgées discutent. Varsovie, novembre 2024. Production personnelle.

[fig. 79] Couloir séparant le hall d'entrée de l'EHPAD. Juin 2025. Production personnelle.

[fig. 80] Cuisine UVP. Photographie de Monsieur Mathieu Molin, RETEX. Juin 2025.

[fig. 81] Schéma de présentation des éléments clés du projet. Présentation MGEN, mai 2025. Production personnelle - AIA Life Designers.

[fig. 82] Photographie réalisée par une famille, Monsieur Mathieu Molin, dans le cadre de la démarche. Juin 2025.

[fig. 83] Panneau de présentation du projet «CLIC». Production personnelle. Septembre 2025.

[fig. 84] Photographie réalisée par un résident, Monsieur Patrick Rensonnet, dans le cadre de la démarche.

[fig. 85] Répartition des 10 appareils photos suivant les volontaires répertoriés. Production personnelle.

[fig. 86] Barbecue de l'EHPAD, organisé le 25 juin 2025 afin de marquer le début de la saison estivale.

[fig. 87] Photographie réalisée lors du parcours de l'exposition, le 17 septembre 2025 lors du vernissage.

[fig. 88] Le plan de niveau du photographe (ici celui de Mme Tanguy) avec annotations selon les retours et les différentes photographies associées.

[fig. 89] Le plan détail de la chambre annoté selon les remarques de Mme Tanguy.

[fig. 90] Photographies de la chambre réalisée dans le cadre de la démarche, ici celle de Mme Tanguy. Juin 2025.

[fig. 91] Les Peupliers. Photographie de Mme Tanguy : Arbres de l'espèce des peupliers photographié. « Espèce qui est mal adaptée pour le site. »

[fig. 92] Code, numéro, badge. Photographie de M. Molin : « Ca devrait être ouvert de partout. On a pas confiance en vous. »

[fig. 93] Locaux «secondaires». Photographie de Mme Séné : « Les locaux de ménage sont inadaptés : l'accès des chariots y est difficile et l'ergonomie intérieure est déficiente ».

[fig. 94] Bureau sur la nature. Photographie de Frantz Laine Kieffer : « A l'origine cette pièce était un lieu de stockage. Adapté suite à la création de l'UGP, il s'agit dorénavant du bureau de l'infirmier et du médecin ».

[fig. 95] Le PASA. Photographie de la Direction : «Le PASA dispose de son propre espace extérieur, dans le patio principal, très prisé des résidents».

[fig. 96] La salle de kiné. Photographie de Mme Nativelle : « Grande, bien équipée et fonctionnelle. Un vrai plateau de travail apprécié par les professionnels »

[fig. 97] Photographie de Mme Ducamp : « Le parc est très agréable il permet des promenades dans la nature au milieu des arbres ».

[fig. 98] Planche réalisée pour l'exposition photographique, avec la photo choisie et sa numérotation, le nom du photographe, le commentaire associé et une pastille d'appréciation (allant de vert pour positif à rouge pour amélioration nécessaire). Photographie et commentaire de Renée Janiak, juin 2025.

[fig. 99] Photographie du parcours réalisé avec les photographes lors du vernissage de l'exposition.

[fig. 100] Le hall d'accueil, parée de l'affiche de présentation de l'exposition. Photographie personnelle.

[fig. 101] Parcours de l'exposition, allant du RDC de l'EHPAD jusqu'au R+2. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.

[fig. 102] Ensemble des pièces graphiques dédiées à l'exposition. Photographie personnelle.

[fig. 103] Planche réalisée pour l'exposition photographique, avec la photo choisie et sa numérotation, le nom du photographe, le commentaire associé et une pastille d'appréciation (allant de vert pour positif à rouge pour amélioration nécessaire). Photographie et commentaire de Katia Le Goff, juin 2025.

[fig. 104] Cartes postales réalisées pour l'exposition. L'objectif est de permettre aux résidents et visiteurs d'envoyer des

nouvelles à leurs proches, maintenir le contact et d'apporter un souvenir de l'exposition.

[fig. 105] et [fig. 106] Panneaux issus de la démarche exposés au sein de l'établissement dans le cadre de l'exposition. Photographies personnelles.

[fig. 107] Petit-déjeuner avec vue. Photographie de M. Lemaire : « L'un de ses moments préférés : être devant sa fenêtre, contemplant la vue sur le parc et ses différents dénivelés ».

[fig. 108] Vue d'une chambre en UGP. Photographie personnelle.

[fig. 109] Schéma distinguant les différents types de vue disponibles selon l'orientation et la disposition de la chambre. Production personnelle.

[fig. 110] Proposition d'aménagement du parvis principal. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.

[fig. 111] Aménagement proposé. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.

[fig. 112] La place du village actuellement. Photographie réalisée par Delphine Ducamp. RETEX AIA Life Designers, juin 2025.

[fig. 113] Proposition d'aménagement de la passerelle présente dans le deuxième patio de l'EHPAD. Avant/après. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.

[fig. 114] Proposition de la passerelle présente dans le deuxième patio de l'EHPAD. Avant/après. RETEX AIA Life Designers, septembre 2025.

[fig. 115] Collage rétrospectif de la recherche menée. Production personnelle.

[fig. 116] Une personne âgée dans un supermarché polonais. Octobre 2024. Photographie personnelle.

[fig. 117] Photographie d'un patio, hôpital de Brodnowski. Photographie personnelle.

[fig. 118] Plan masse de l'hôpital annoté suivant ses secteurs. Production personnelle à partir d'un cliché depuis Google Earth.

[fig. 119] La salle d'animation. Centre psychiatrique de Tworki, juin 2024. Photographie personnelle.

[fig. 120] Le jardin et potager annexe. Centre psychiatrique de Tworki, juin 2024. Photographie personnelle.

[fig. 121] L'accès au centre gériatrique. Centre psychiatrique de Tworki, juin 2024. Photographie personnelle.

[fig. 122] Les alentours du site, des hectares de vert. Centre psychiatrique de Tworki, juin 2024. Photographie personnelle.

[fig. 123] La salle de restauration. Centre psychiatrique de Tworki, juin 2024. Photographie personnelle.

[fig. 124] L'église orthodoxe. Centre psychiatrique de Tworki, juin 2024. Photographie personnelle.

[fig. 125] Plan du domaine de l'hôpital psychiatrique de Tworki. Production personnelle.

[fig. 126] Carte du domaine de l'IMR en 1972, remonter le temps.

[fig. 127] Tisser des liens. Photographie réalisée lors du barbecue de l'EHPAD, organisé le 25 juin 2025 afin de marquer le début de la saison estivale. Photographie personnelle.

* Table des matières

Préface	9
Lexique	10
Introduction	12
État de l'art	16

Partie 1 : L'Institut Marcel Rivière – La forme fragmentée au service du soin mental 20

1• La Mutuelle de l'Education Nationale	26
Les origines	26
Paul Silvadon, la refonte de la psychiatrie française	28
Marcel Astorg, son rôle au sein du processus de conception	29
2• Vers une autre méthode de soin	31
État des lieux : psychiatrie, psychogériatrie, psychothérapie	31
Psychiatrie sociale	32
3• Étude de cas d'un site expérimental	34
L'Institut Marcel Rivière, un programme médico-social-architectural	34
Communauté et soin	36
Le rapport au seuil	40
L'extra-pavillonnaire	44
4• L'échelle du pavillon	48
Les pavillons en auto-gestion	48
Du salon commun à la chambre	52
Le pavillon C1	54

Partie 2 : Adaptation, le cas de la reconstruction 56

1• Le devenir de l'Institut Marcel Rivière au XXI ^{ème} siècle	62
Évolution et perspectives du lieu	62
Rapport au territoire	66
Le château	68
Le centre gériatrique Denis Forestier	70
2• Le projet de transformation	72
AIA Life Designers	72
Promouvoir une architecture favorable à la santé	72
Le nouveau centre thérapeutique	74

Intégrer le patient à son nouveau milieu	78
Les fragments artistiques restants	82
3• Détails sur l'EHPAD	84
Le lieu	84
L'échelle de l'étage, le rapport au partagé	86
L'échelle de l'intime	90
4• Notion d'espaces sécurisés et sécurisants	92
L'avant-projet	92
De l'extérieur vers l'intérieur	94

Partie 3 : Retour d'expérience : la pratique du soin en architecture au sein de l'EHPAD 96

1• Santé mentale et vieillissement	102
Éléments de contexte	102
État des lieux en EHPAD	104
Les unités spécialisées	105
2• Recherches et observations	106
La démarche RETEX MGEN avec AIA Life Designers	106
Une approche réflexive de l'architecture du soin	108
Mode opératoire	108
Les retours	111
L'exposition photo	114
3• Approches de l'espace	118
Les conclusions	118
Les aménagements envisagés	120
4• L'EHPAD de demain	124
L'architecture comme levier décisif	124
Regards sur les pratiques européennes	126
Éléments comparatifs	130

Conclusion	132
Notes de fin	138
Table des illustrations	142
Table des matières	148



[fig. 128] Les venelles, photographie de Monsieur Rensonnet, résident de l'EHPAD, juin 2025.

* Annexes

Annexes

1• Entretien avec Jérôme Bataille, associé AIA Life designers, en chef du projet de transformation du centre thérapeutique La Verrière. 18 décembre 2024.

2• Entretien avec Solène Tribhou, sociothérapeute au sein du pôle santé mentale du centre. 17 novembre 2025.

3• Plan masse du site ; 1970 versus 2025. Plan masse du site en 1970 et en 2025, extraits du site « Remonter le temps ».

4• Plan d'une unité gérionto-psychiatrique ; le pavillon A1 de 1960 versus l'UGP de 2025 et leurs relations. Production personnelle à partir des documents des archives MGEN et des archives projets de AIA Life Designers.

5• Plan d'une chambre standard ; 1970 versus 2025. Production personnelle à partir des archives MGEN (1970) et des archives projets d'AIA Life Designers (2025).

6• Plan, coupes et élévations d'un l'atelier de 1970. Production personnelle à partir des documents fournis par les archives MGEN.

7• Façades du pavillon A du village 1, état de 2002. Archives MGEN.

8• Plans et photographies de l'ensemble d'ergothérapie, 1970 versus 2025. Plan de l'unité d'ergothérapie, 420m² au total en excluant les ateliers par village, associé à une photographie de l'atelier d'ergothérapie, où les patients restauraient du mobilier ancien, MGEN, [...] *L'Institut Marcel Rivière, un dispositif psychiatrique d'avenir (Les Cahiers de La Verrière)*, 1986. Plan des espaces d'ergothérapie au niveau -1 sous la salle de restauration, 345m² au total associé à une Photographie d'une des salles d'ergothérapie, dossier de presse Institut MGEN de La Verrière, juin 2021.

9• Plan du théâtre de l'Institut Marcel Rivière, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

10• Plan du premier étage du centre social, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

11• Plan masse du village 2, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

12• Plan masse du village 3, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

13• Construction d'un centre psychiatrique à La Verrière par la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, fond 448 IFA 2/3, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

14• Plan, coupes et élévations du château d'eau, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.

15• La vie collective au sein du centre, Petit guide de l'Institut Marcel Rivière, non daté, archives MGEN.

16• Les heures de vie au sein de l'institut, Petit guide de l'Institut Marcel Rivière, non daté, archives MGEN.

17• Questionnaires UAFS- groupe de travail de l'union des architectes en santé, réflexion sur l'EHPAD de demain. 2025.

18• Analyses spatiales résidents-familles. Réalisée pour le RETEX MGEN - AIA Life Designers. Août 2025.

19• Analyses spatiales direction-professionnels. Réalisée pour le RETEX MGEN - AIA Life Designers. Août 2025.

20• Flyer de l'exposition CLIC. AIA Life Designers. Juillet - septembre 2025.

21• Livret de l'exposition CLIC. AIA Life Designers. Juillet - septembre 2025.

22• « hospital in Tworaki », Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia. Brochure de présentation du site.

Entretien avec Jérôme Bataille, associé AIA Life designers, en chef du projet de transformation du centre thérapeutique La Verrière.

18 décembre 2024, agence AIA Life Designers, Paris.

Justine Beaugrand - Quels étaient les principaux objectifs de la reconstruction du site de La Verrière ?

Jérôme Bataille - Le projet de reconstruction visait avant tout à réunir trois programmes distincts sur un même site afin de favoriser les synergies fonctionnelles et humaines. Cette mutualisation permettait également de réaliser des économies d'échelle. Par ailleurs, un enjeu majeur consistait à maintenir une activité partielle du site pendant toute la durée des travaux, garantissant la continuité des soins et la stabilité pour les résidents.

Comment les valeurs originelles du projet (village thérapeutique, lien à la culture et au paysage) ont-elles influencé votre proposition architecturale ?

La conception s'est nourrie des valeurs fondatrices du projet initial, issues du mouvement mutualiste de la France d'après-guerre, qui concevait les établissements de soins comme de véritables villages solidaires. Le modèle du village thérapeutique a inspiré la composition urbaine : un ensemble de bâtiments à échelle humaine, ouverts sur le paysage et favorisant la vie communautaire. Enfin, la culture, sous toutes ses formes (théâtre, musique, bibliothèque, participation du personnel et des résidents), a été pensée comme un outil d'inclusion et de soin, prolongeant l'esprit originel du site.

Dans quelle mesure la conception prend-elle en compte l'évolution des besoins spécifiques des populations âgées et nécessitant un soin psychiatrique ?

Le projet s'appuie sur la conviction que la vieillesse n'est pas une pathologie. Les dispositifs architecturaux cherchent donc à valoriser les capacités restantes plutôt qu'à souligner la dépendance. La proximité des différents programmes favorise le travail interdisciplinaire entre professionnels, tandis que les unités dédiées aux personnes âgées en santé mentale ont été implantées en rez-de-chaussée, facilitant l'accès, la sécurité et le lien au paysage.

Quels choix architecturaux ont été faits pour favoriser le bien-être des résidents atteints de troubles psychiatriques liés à l'âge (démence, Alzheimer, etc.) ?

Les trois unités Alzheimer et apparentées ont été conçues sur le principe de petites unités de vie, toutes situées en rez-de-chaussée, afin d'offrir un environnement apaisant, lisible et sécurisé. Elles disposent d'un accès direct et contrôlé à des espaces extérieurs, permettant la déambulation libre sous le regard du personnel soignant. Ces parcours de marche constituent de véritables espaces thérapeutiques, favorisant l'autonomie et la détente.

Comment les circulations et les parcours ont-ils été repensés pour les adapter aux besoins des personnes âgées ?

L'idée directrice était que la vie doit venir à la personne âgée, et non l'inverse. L'EHPAD occupe ainsi une position centrale, en « rotule » entre le parking, l'esplanade et les espaces d'administration. Les parcours ont été pensés comme des circuits courts et intuitifs, favorisant la déambulation naturelle et les rencontres informelles, tout en limitant la fatigue et la désorientation.

Quel rôle joue le cadre naturel dans le processus de guérison des résidents ?

Le paysage joue un rôle essentiel, variable selon les programmes. Pour les résidents de l'EHPAD, il constitue un espace de repos, de rencontre et d'attachement à la vie, favorisant la promenade et la contemplation. Pour le pôle psychiatrique, la nature devient un support de ressourcement et d'activités partagées. Enfin, pour le service de soins de suite et de réadaptation (SMR), elle participe à la pratique d'exercices et de détente, complétant la dimension thérapeutique du site.

Comment les besoins des soignants et des familles ont-ils été pris en compte ?

Le projet s'inscrivait dans un programme défini en amont, sans en avoir la genèse. Néanmoins, la conception a cherché à respecter les besoins fonctionnels des soignants tout en considérant les attentes émotionnelles des familles, souvent marquées par un sentiment de culpabilité. Les établissements les plus vertueux sont ceux qui développent un projet de vie tripartite (résident, famille, soignant) permettant de redonner de la liberté et de la

dignité au résident.

Quels dispositifs favorisent l'appropriation des lieux et les interactions sociales ?

Le site de la MGEN offre plusieurs espaces communautaires propices aux échanges entre résidents, personnels et visiteurs. L'architecture et ses équipements créent les conditions favorables à cette mixité, même si les usages réels restent à observer dans la durée.

Avez-vous intégré des outils d'évaluation post-occupation ?

Non, le projet s'inscrivait dans un processus de conception-réalisation, dont le mandataire était l'entreprise. Si l'agence pratique régulièrement des retours d'expérience, aucune évaluation spécifique n'a été menée avec la MGEN.

Comment le concept de résilience a-t-il guidé la conception des espaces ?

La résilience se traduit ici par la modularité et la capacité d'évolution des espaces. Les bâtiments ont été conçus pour accompagner les changements d'usage et accueillir de nouveaux besoins, garantissant la pérennité du projet sur le long terme.

Quelles innovations ont été intégrées pour répondre aux besoins des patients ?

Le programme initial ne prévoyait pas d'innovations technologiques majeures, hormis des dispositifs liés à la lumière naturelle et aux volets roulants motorisés. Aucun équipement spécifique n'était prévu concernant la prévention des chutes ou le suivi individualisé des résidents.

Les bâtiments sont-ils conçus pour s'adapter à de futurs besoins thérapeutiques ?

Oui, leur modernité et leur résilience devraient permettre une actualisation des usages d'ici une quinzaine d'années, en fonction des évolutions thérapeutiques et institutionnelles.

Quels défis ont été rencontrés dans la reconception du site historique ?

Le principal défi résidait dans la cohabitation entre modernisation et respect du patrimoine, notamment en raison de la présence du château inscrit aux Monuments historiques, sous la supervision des Architectes des Bâtiments de France.

Avez-vous fait face à des changements majeurs au cours du projet ?

Le seul changement significatif est intervenu lors de la phase de conception, avec l'intégration d'un pôle d'ambulatoire, entraînant un ajustement du programme initial.

Quelles leçons tirez-vous de ce projet ?

Ce projet met en lumière le poids du conservatisme institutionnel, souvent peu propice à l'innovation. Il souligne également que la dissociation entre service immobilier et utilisateurs n'est pas toujours pertinente : une plus grande concertation en amont pourrait améliorer la cohérence des projets.

Selon vous, en quoi l'architecture peut-elle être un levier thérapeutique pour les troubles psychiatriques liés à l'âge ?

L'architecture peut accompagner et soutenir les processus de soin, mais elle ne remplace pas la relation humaine. Elle offre un cadre évolutif et bienveillant, favorable à la rencontre et à l'apaisement, mais c'est avant tout la qualité du lien entre soignant et soigné qui demeure thérapeutique.

Une architecture sensible aux fragilités peut éviter la maltraitance environnementale, mais la véritable bienveillance reste humaine avant tout.

Entretien avec Solène Tribhou, sociothérapeute au sein du pôle santé mentale du centre.

17 novembre 2025, site MGEN, La Verrière.

Justine Beaugrand - Comment l'architecture et l'organisation de l'hôpital facilitaient-elles l'ouverture et la circulation des patients ?

Solène Tribhou - Avant la reconstruction de l'hôpital, le Relais assurait une présence culturelle importante. Le Théâtre de Chair, dirigé par Grégoire Cuvier, menait des résidences artistiques sur plusieurs années. Les patients participaient activement à des projets prolongés de théâtre, danse et chant, notamment au pavillon D3, en lien avec les médecins et les équipes thérapeutiques. À cette époque, la culture représentait un véritable atout pour l'hôpital, et les patients pouvaient se déplacer librement, rencontrer d'autres personnes et participer à des activités collectives, renforçant ainsi leur socialisation et leur bien-être.

Comment les patients ont-ils été impliqués dans les phases « avant » et « pendant » ?

Lors de la destruction de certains bâtiments, un projet photographique a été envisagé afin de documenter les transformations « avant, pendant et après » les travaux. Les patients devaient être impliqués dans ce projet artistique. Cependant, seules les phases « avant » et « pendant » ont été réalisées, et la phase « après » n'a jamais abouti. Le travail avec le photographe n'a pas été transformé en projet thérapeutique complet, ce qui a limité l'impact sur les patients.

Quels effets la sectorisation a-t-elle eu sur les interactions sociales et culturelles des patients ?

Avec le temps, le Théâtre de Chair n'a plus eu d'impact thérapeutique direct auprès des patients. Le lien entre culture et soin s'est progressivement distendu. De plus, la sectorisation des unités a rendu plus difficile le mélange des patients et les sorties, limitant les interactions sociales et l'accès aux activités culturelles.

Comment la pandémie a-t-elle affecté la santé mentale et le bien-être des patients ?

La pandémie de COVID-19 a entraîné une fermeture stricte de l'hôpital : les entrées et sorties ont été limitées, et les activités culturelles ainsi que les partenariats ont été suspendus. Cette période a accentué l'isolement des patients et a limité leur accès à des expériences artistiques et sociales. Après la période COVID, un partenariat a été initié avec le Scarabée, théâtre de La Verrière, principalement financé par leur budget, avec la participation ponctuelle de l'institut. Plusieurs projets ont été menés.

Quelles activités ont donc été mises en place ?

Ornella, marionnettiste en résidence, a mené un atelier de construction de marionnettes, permettant aux adolescents de travailler sur l'expression des émotions en lien avec la psychologue de secteur. Le projet a duré deux à trois mois et s'est conclu par une sortie pour assister au spectacle d'Ornella.

L'année suivante, Ornella, accompagnée d'une danseuse de hip-hop, ont animé des ateliers mêlant marionnettes et danse. Les activités se sont déroulées auprès des patients de santé mentale et des résidents de l'EHPAD, avec une représentation finale dans la salle d'animation.

Un troisième projet a été mis en place, associant marionnettes et danse moderne jazz, avec la participation des patients des unités de maintien. Ce projet a permis de retrouver la présence de la culture à l'hôpital et de renouer avec les dynamiques d'avant COVID.

Quelle est la situation actuelle ?

Aujourd'hui, l'architecture des unités rend les sorties plus difficiles et limite la circulation des patients. Les soignants, soumis à des shifts de 12 heures, ont moins de disponibilité pour accompagner les activités culturelles. Les activités se déroulent davantage hors des unités, et l'investissement humain est donc réduit. Néanmoins, les nouvelles constructions offrent un confort amélioré pour les patients. Solène Tribhou rappelle que les patients doivent être considérés avant tout comme des citoyens avant d'être des patients, soulignant l'importance de maintenir un lien social et culturel malgré les contraintes organisationnelles et architecturales.

Annexe 3

Plan masse du site ; 1970 versus 2025

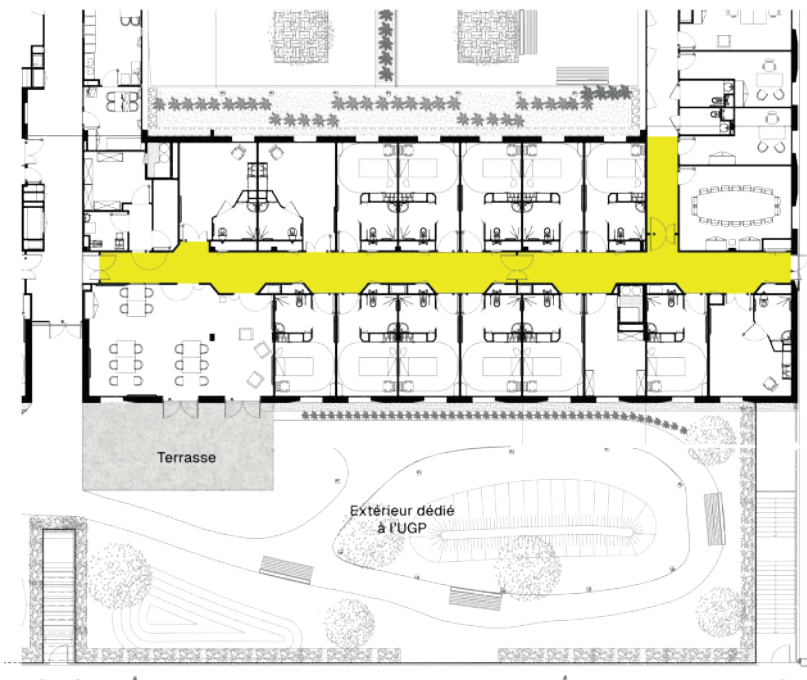
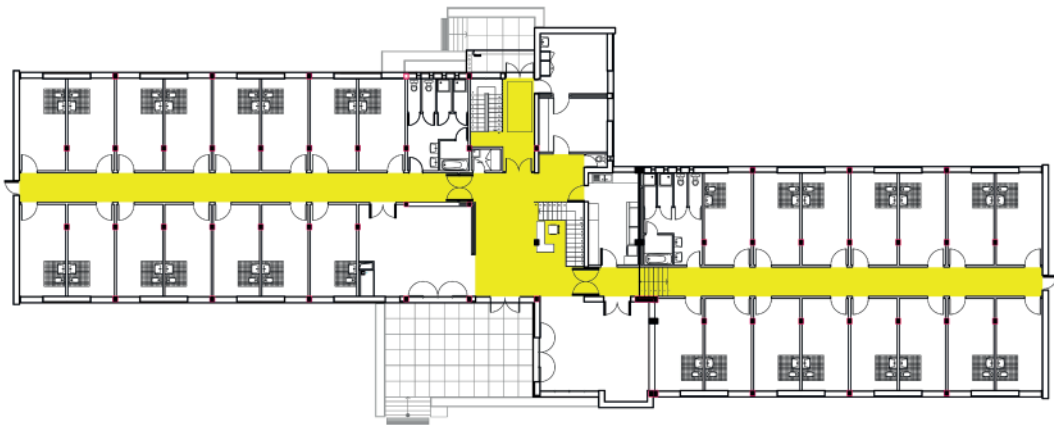


0 10 20 30



Annexe 4

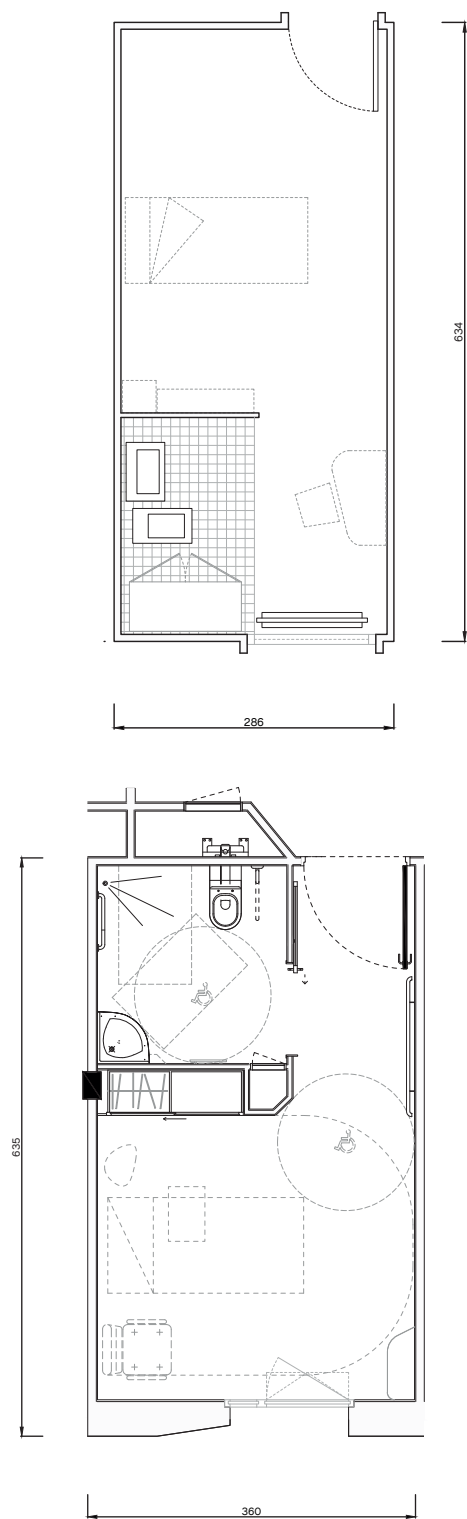
Plan d'une unité gérionto-psychiatrique ; le pavillon A1 de 1960 versus l'UGP de 2025 et leurs relations



● Circulation intérieure liée à l'unité

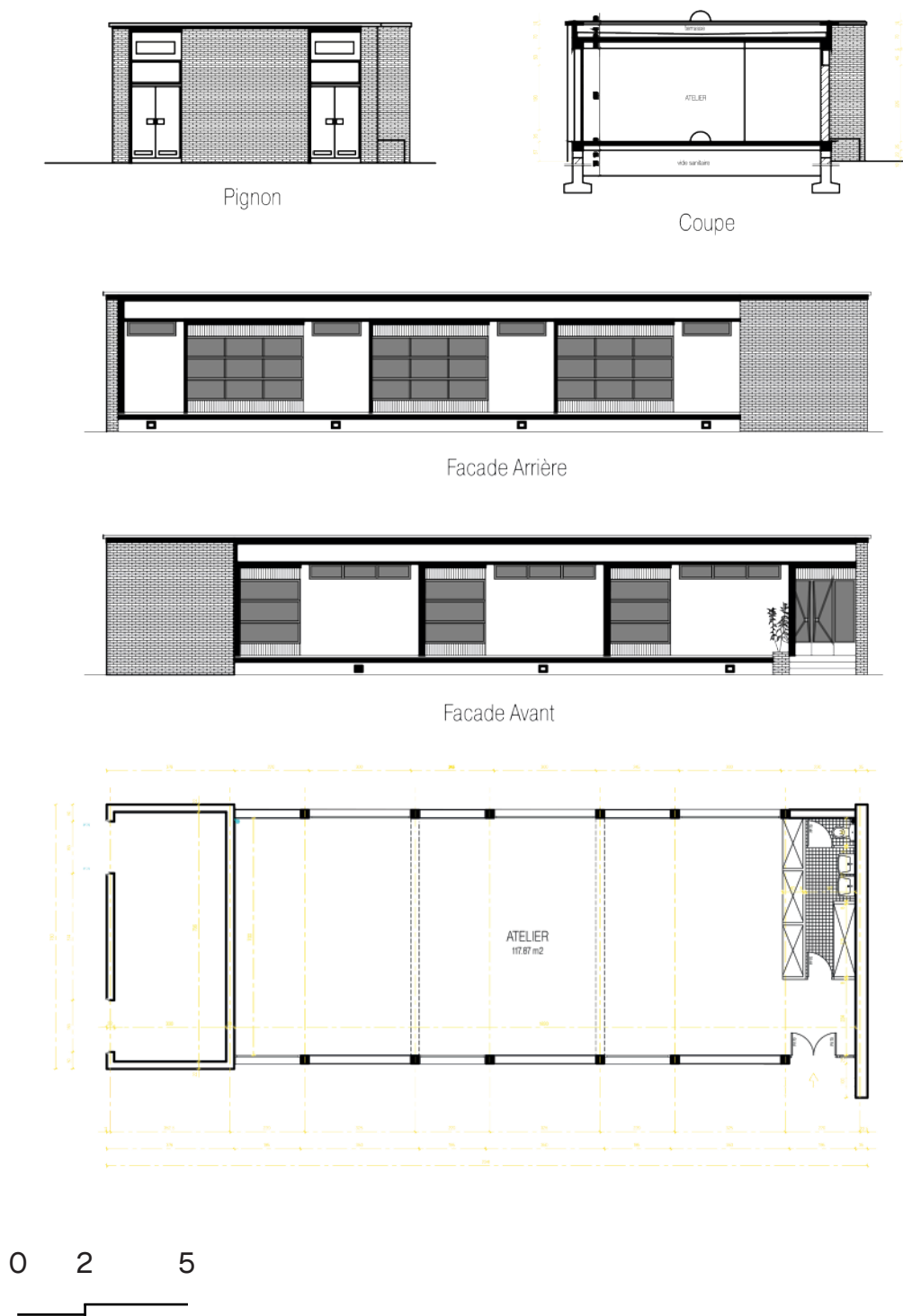
Annexe 5

Plan d'une chambre standard ; 1970 versus 2025



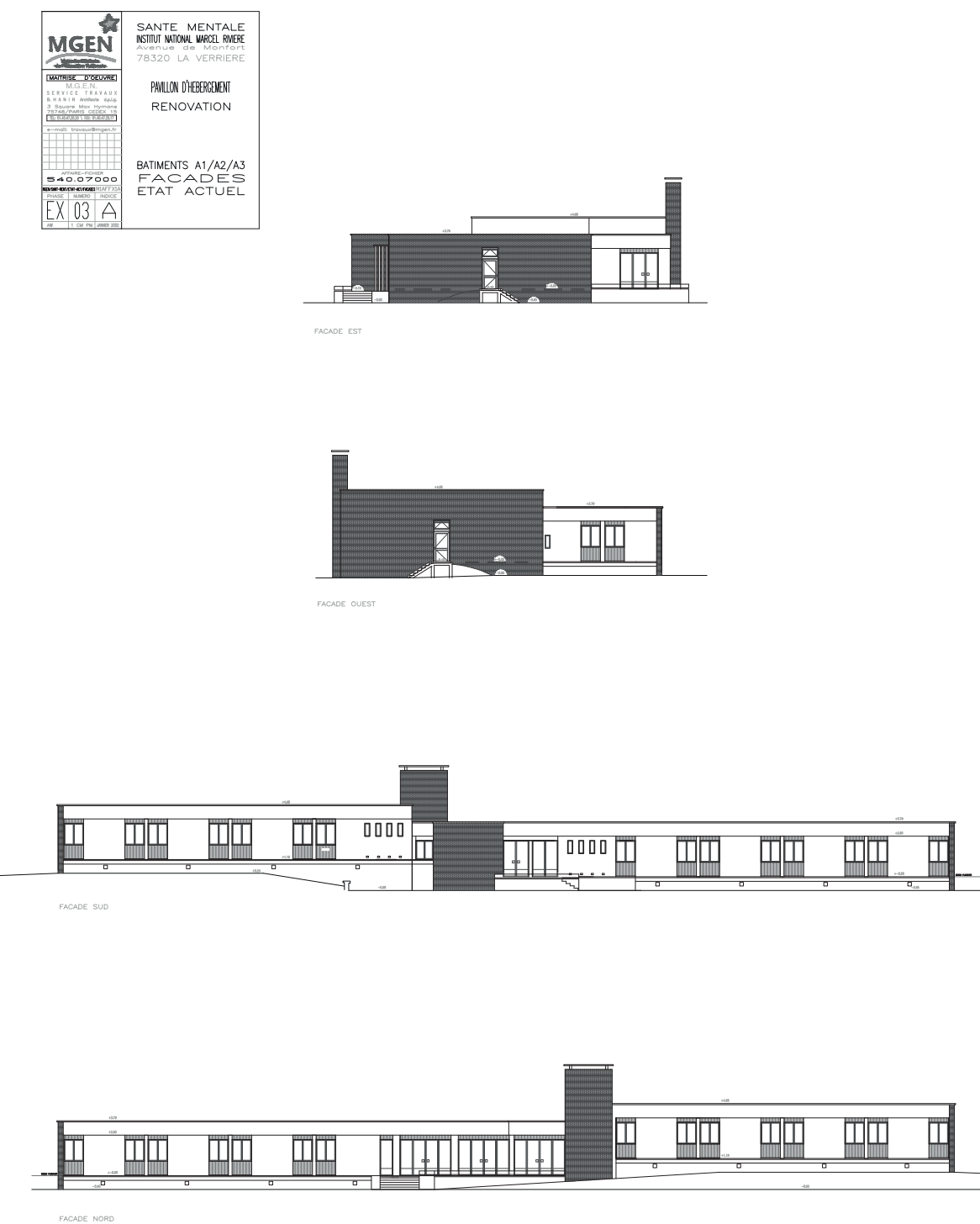
Annexe 6

Plan, coupes et élévations d'un l'atelier de 1970



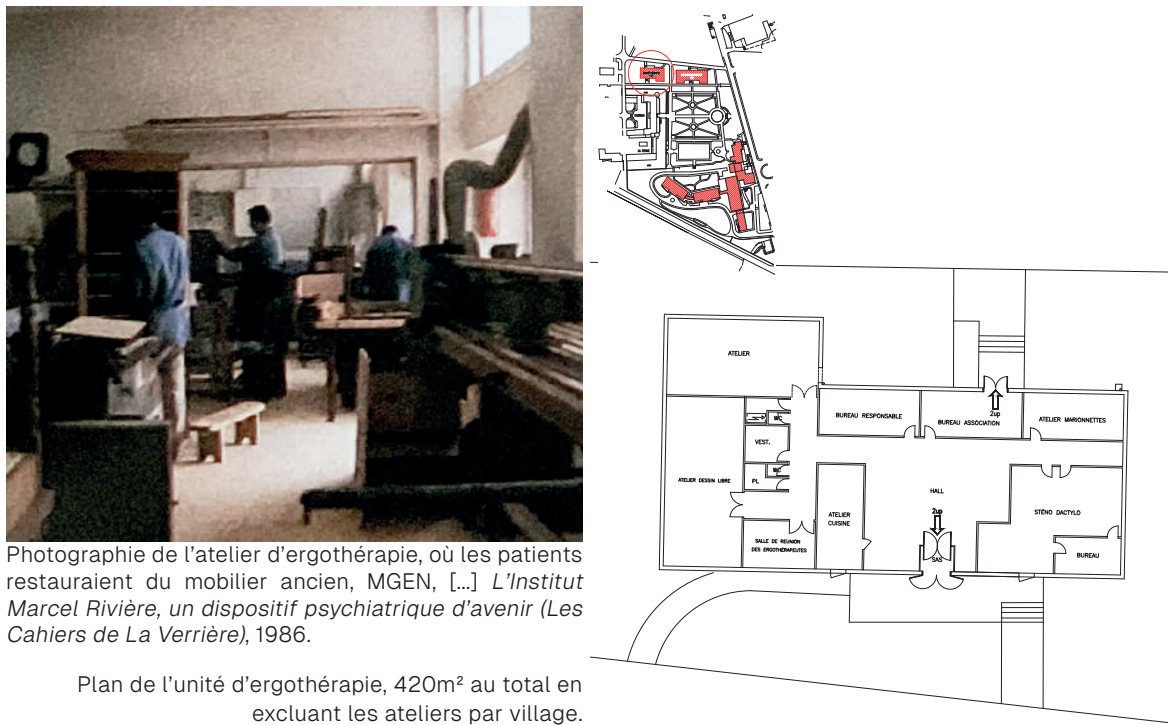
Annexe 7

Façades du pavillon A du village 1, état de 2002



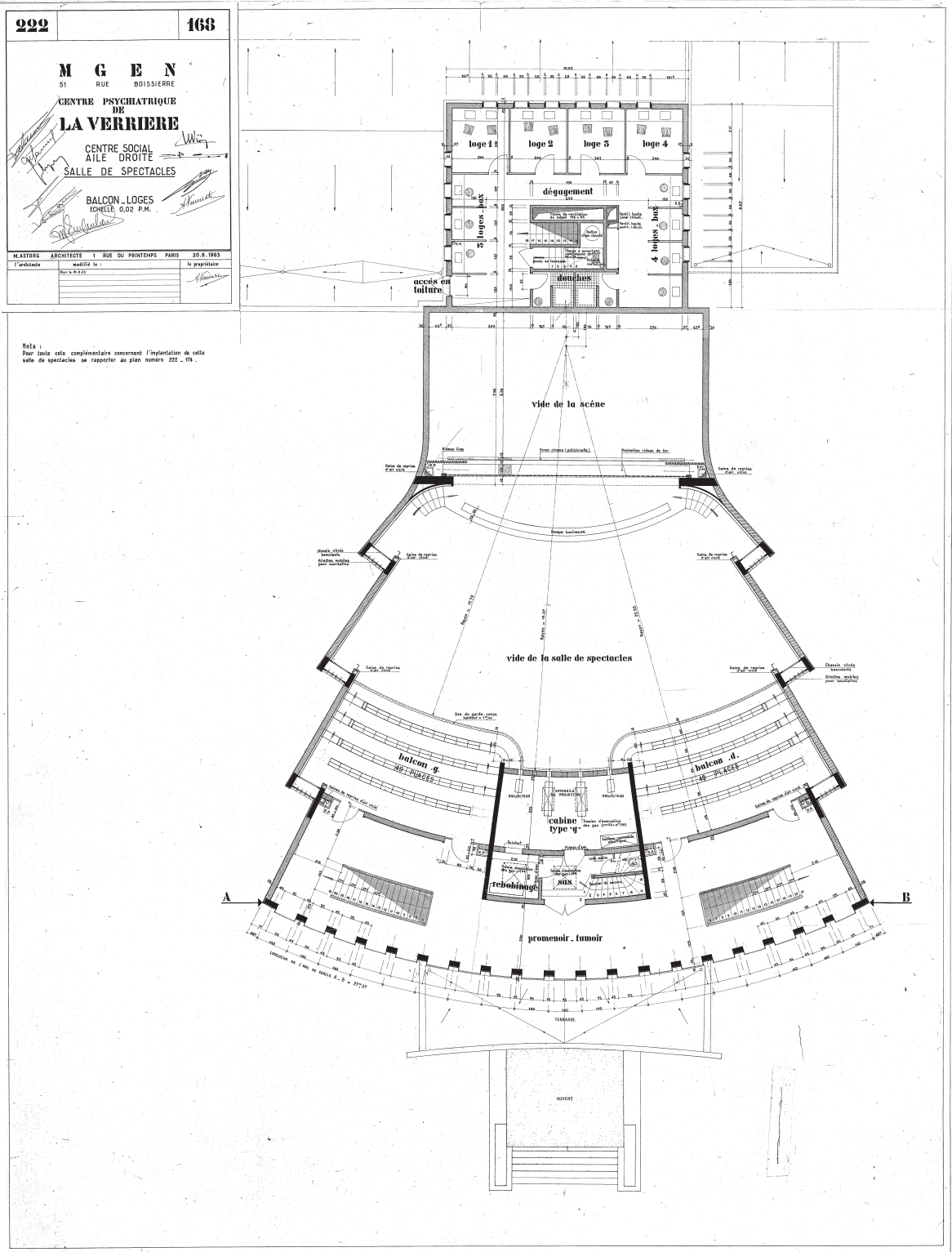
Annexe 8

Plans et photographies de l'ensemble d'ergothérapie, 1970 versus 2025



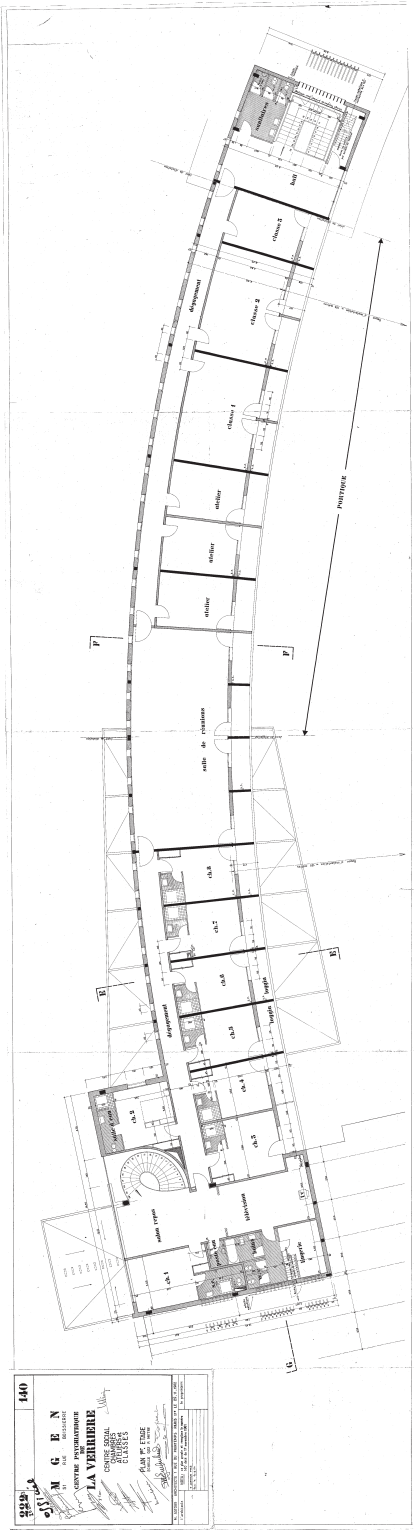
Annexe 9

Plan du théâtre de l'Institut Marcel Rivière, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



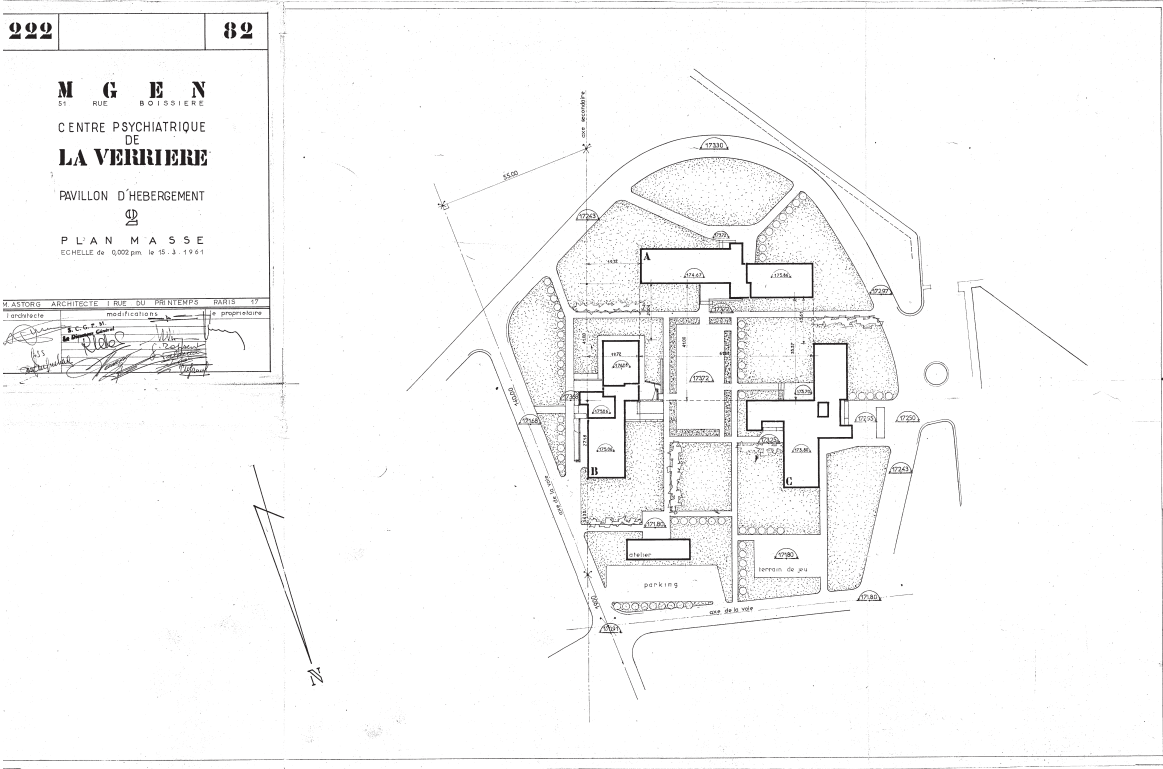
Annexe 10

Plan du premier étage du centre social, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



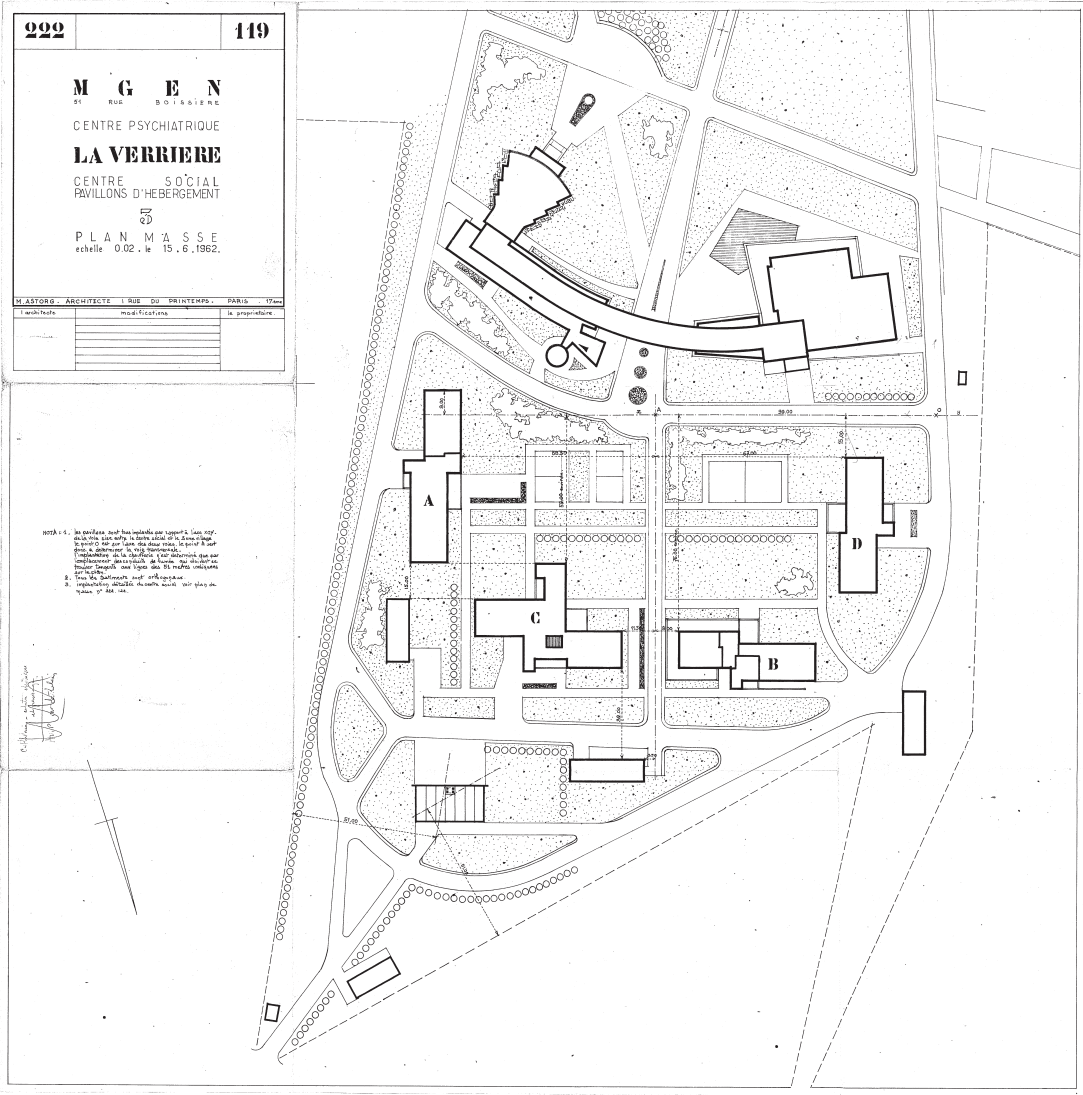
Annexe 11

Plan masse du village 2, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



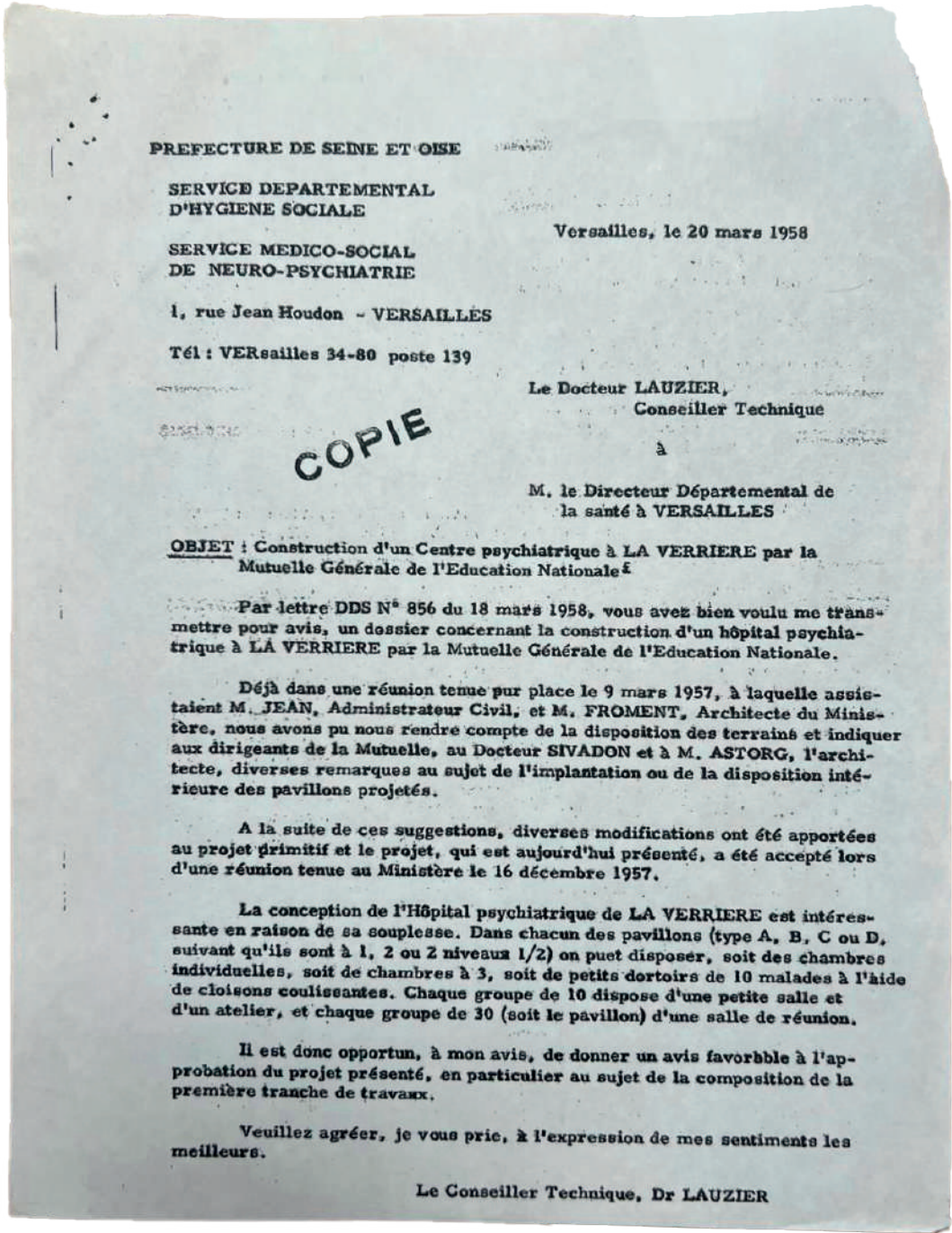
Annexe 12

Plan masse du village 3, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



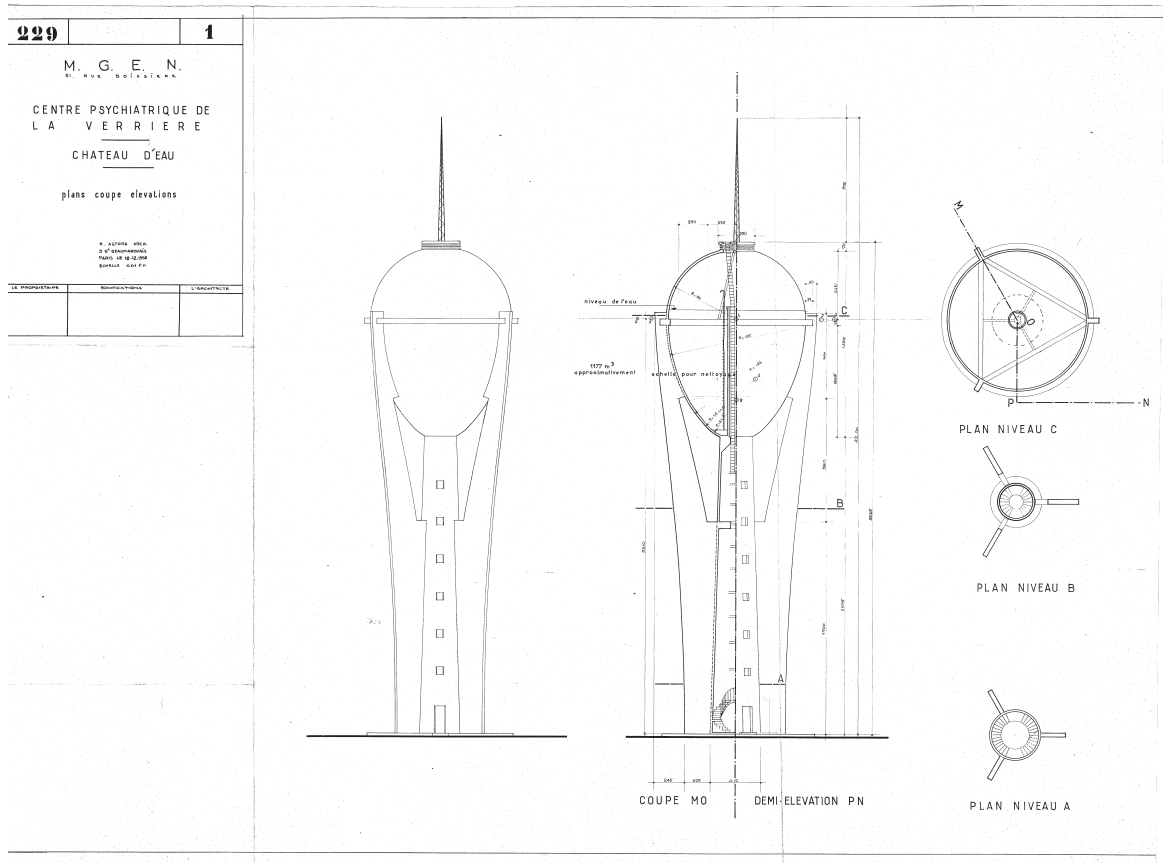
Annexe 13

Construction d'un centre psychiatrique à La Verrière par la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, fond 448 IFA 2/3, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



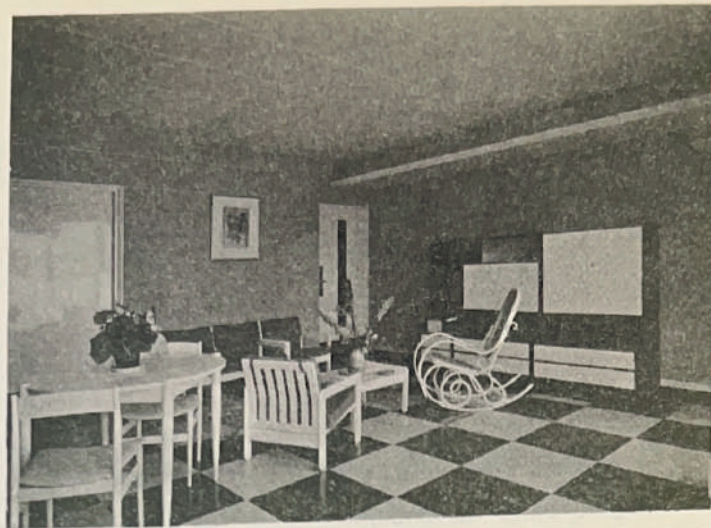
Annexe 14

Plan, coupes et élévations du château d'eau, fond 448 IFA 2.5, groupe 1, archives de Marcel Astorg, Cité de l'architecture.



Annexe 15

La vie collective au sein du centre, Petit guide de l'Institut Marcel Rivière, non daté, archives MGEN.



LA VIE COLLECTIVE COMMENCE AU
NIVEAU DU PAVILLON

LA REGLE IMPOSE D'Y ETRE SEUL

LA CHAMBRE EST UN LIEU DE REPOS ET
D'ISOLEMENT



Annexe 16

Les heures de vie au sein de l'institut, Petit guide de l'Institut Marcel Rivière, non daté, archives MGEN.

le lever a lieu entre 7 h et 8 h 30

le petit déjeuner se prend au pavillon
entre 8 h et 9 h

le déjeuner est servi a 12 h

le gouter se prend au pavillon
de 16 h a 17 h

le diner est servi a 19 h

Sauf exception l'heure du coucher
est fixee a 21 h 30



GROUPE DE TRAVAIL DE L'UNION DES ARCHITECTES EN SANTÉ

REFLEXION SUR L'EHPAD DE DEMAIN

L'union des architectes en santé réunit une grande majorité des professionnels œuvrant autour de la construction des établissements de santé, qu'ils soient sanitaires ou dans le champ du médico-social.

Depuis quelques années, la prise en charge des personnes âgées dépendantes interroge. De nouvelles notions voient ainsi le jour à quelques années du pic démographique des seniors : le domiciliaire, le chez-soi, la prise en charge à domicile, la grande dépendance, la prise en charge des troubles cognitifs...

Un contexte qui amène donc à réfléchir sur le futur des EHPAD, leurs rôles dans le parcours des aînées, leurs organisations, leurs architectures et leurs visées.

Ce groupe de travail a pour ambition de pouvoir humblement contribuer à la définition de ce que pourrait être la nouvelle génération d'établissement d'hébergement adapté à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

FICHE D'IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT				
NOM DE L'ETABLISSEMENT				
ADRESSE				
TYPE		EHPAD	RA	AUTRE
CAPACITE ET MODALITES D'ACCUEIL	Hébergement Permanent (Nombre de lits)			
	Hébergement Temporaire(Nombre de lits)			
	Accueil de Jour(Nombre de places)			
	PASA			
	Unités de vie spécifiques (UVP, UHR...)(Nombre de lits)			
GMP	Profil des personnes accueillies (PAD, PHV...)			
ETP	Personnels (profils)			
AUTRES SERVICES	SSIAD, SSAD, Centre de Ressources..			
MIXITE D'USAGES	Crèche, bien-être, salle de spectacle, bibliothèque...			
ORGANISME GESTIONNAIRE	Votre établissement Public, Privé.....; fait-il partie d'une association, fondation....?			

Date :

Nom Prénom du résident (Facultatif) :

1. INTRODUCTION

AGE :

PROFESSION :

SITUATION FAMILIALE : célibataire – mariée/é – Veuve/f

Enfants / Nombre :

Date d'entrée dans la structure :

- Dans quel contexte êtes-vous entré dans cet établissement et pourquoi l'avez-vous choisi ?

.....

.....

.....

.....

- Comment vous sentez-vous au sein de l'établissement ?

.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☹️									😊

2. LES ESPACES DE VIE

Les espaces communs que vous fréquentez le plus :

J'y vais...	JAMAIS	UN PEU	BEAUCOUP
Salle à manger de proximité			
Salle de restaurant de l'EHPAD			
Salle d'activité			
Salon/bibliothèque			
Hall d'accueil			
Salon des familles			
Jardin / terrasses			
Autre :			

Votre opinion sur ces espaces :

Je suis satisfait...	NON	PAS TOUT À FAIT	OUI
Dimension des espaces			
Convivialité			
Luminosité			
Confort			
Facilité d'accès			
Fréquentation			
Tranquillité			
Ambiance / décoration			
Mobilier			
Accueil des familles			

- Comment pourrait-on les améliorer / que manque-t-il ?

.....

.....

.....

.....

3. VOTRE LOGEMENT / CHAMBRE :

Votre opinion sur votre chez vous :

Je suis satisfait...	NON	PAS TOUT À FAIT	OUI
Dimension de la chambre			
Salle de bain			
Luminosité			
Confort (température, odeur, bruit)			
Vue vers l'extérieur			
Accès vers l'extérieur			
Entrée de la chambre (porte ouverte ?)			
Ambiance / décoration / Mobilier			
La place pour vos affaires			
Accueil des familles			
La position de la chambre dans l'établissement			

- Comment pourrait-on les améliorer / que manque-t-il ?

.....

.....

.....

.....

4. L'ACCOMPAGNEMENT ET LES SERVICES

- Votre opinion sur l'accompagnement :

Je suis satisfait...	NON	PAS TOUT À FAIT	OUI
Le respect des rythmes de vie			
Les liens avec le personnel			
Les activités de la vie quotidienne			
Sentiment d'être écouté			
La toilette			

- Votre opinion sur les services :

Je suis satisfait...	NON	PAS TOUT À FAIT	OUI
La restauration : petit déjeuner			
La restauration : déjeuner			
La restauration : dîner			
Les animations			
Le PASA			
Espace bien être / bain à remous			

Focus sur les animations :

5. LA VIE SOCIALE

- Qui aimez-vous voir dans la journée ?

Je les vois...	PAS DU TOUT	UN PEU	TOUS LES JOURS
Visite des proches			
Relation avec les autres résidents			
Les gens du quartier			
Les animaux de l'EHPAD			

6. CONCLUSION

- Qu'est-ce qui vous pèse / agace le plus ?

.....

.....

.....

- Que préférez-vous le plus ?

.....

.....

.....

- Vous sentez-vous chez vous ?

.....

.....

.....

[illegible][illegible]

Annexe 18 - Analyse spatiale, retours globaux famille/résidents

CATEGORIE SPATIALE	PRINCIPALES OBSERVATIONS	DIAPO(S)
SALLES D'ANIMATION / CONVIVIALITE	Salles grandes mais parfois bruyantes. Manque d'activités manuelles. Aucun espace vraiment commun selon Mr Molin.	N1:1,2 / N3:12 / N5:Conclusion / N2:26
SALLES D'EXERCICE / SANTE / MEDICAL	Activités appréciées. Chariot de médicaments vécu comme central. Salle d'eau pratique mais sol glissant. Comprimés difficiles.	N1:3-5 / N5:5, 18, 19, 21 / N2:15
RESTAURATION / CUISINE / REPAS	Salles trop remplies, mobilier inadapté. Peu de confort. Familles	N1:6,7,10,11 / N4:8 / N5:11,14-16 / N2:9,10

PERSONNES INTERROGEEES	POTENTIELS D'AMENAGEMENT RAPIDES ET SIMPLES	ANALYSE ARCHITECTURALE PRECISE
Renée Janiak, Claude Lemaire, Françoise Tanguy, Mr Molin	Créer un vrai lieu chaleureux (bibliothèque active, mur des résidents, animation visible).	Espaces trop génériques. Faux salons mal positionnés. Absence d'éléments d'identité.
Renée Janiak, Françoise Tanguy, Mr Molin	Humaniser les soins, sécuriser sols, simplifier les emballages médicaments.	Fonction soignante omniprésente, parfois trop visible. Mobilier et signalétiques à adapter.
Renée Janiak, Patrick Renssonnet,	Alléger les salles, créer un lieu de repas	Zones de repas mal pensées, recoins peu ergonomiques,

	exclues des repas. Terrasse peu utilisée.	
ESPACES EXTERIEURS / TERRASSES / PATIOS	Parc magnifique, mais patios sinistres l'hiver. Terrasses fermées. Peupliers mal choisis. Garde-corps instables.	N1:8,9,15,18 / N3:2,3,5,6,10 / N4:2,3,5 / N5:1-4,7,8,13 / N2:4,14,24
BALCONS / SEUILS / ENTREES	Terrasses/balcons peu fréquentés, souvent fermés. Entrée de l'EHPAD jugée « triste à mourir ».	N3:6 / N5:8 / N2:3
SIGNALETIQUE / CIRCULATION / PLAN	Circulation longue, couloirs sombres. Mauvaise signalétique. Ascenseur mal placé. Couloirs assimilés au métro ou HLM.	N1:13,14,16 / N3:4 / N5:4 / N2:6,8,16,20,23,25
BIBLIOTHEQUE / CULTURE / PATRIMOINE	Patrimoine (château) apprécié. Bibliothèque inaccessible. Peu de	N3:8 / N4:2,3,4,6 / N5:8,22,24 / N2:12

Françoise Tanguy, Mr Molin	partagé (familles, bistrot, cafétéria).	obstacles physiques fréquents.
Tous	Sécuriser et ouvrir les terrasses, diversifier la végétation, animer les patios même l'hiver.	Espaces verdoyants mais peu habités. Architecture de clôture. Potentiel inexploité.
Claude Lemaire, Françoise Tanguy, Mr Molin	Ouvrir visuellement, aménager un vrai seuil accueillant (bancs, végétaux, infos).	Absence de traitement d'entrée, seuil inexistant. Espaces de transition non investis.
Renée Janiak, Claude Lemaire, Françoise Tanguy, Mr Molin	Multiplier les repères visuels, rythmer les couloirs, intégrer de l'art ou de la couleur.	Parcours monotones, sans séquence spatiale. Pas d'identité entre zones.
Claude Lemaire, Patrick Renssonnet,	Organiser des visites guidées. Créer des événements culturels réguliers liés au lieu.	Bâti historique bien conservé mais architecturalement

	valorisation historique ou culturelle.	
OBJETS PERSONNELS / LIENS FAMILIAUX	Échanges possibles entre familles (ex: boîtes à radis), mais peu de lieux pour se croiser ou s'installer ensemble.	N2:12
DISPOSITIFS DE CONTROLE / SECURITE	Badge obligatoire perçu comme violent. Verrouillage systématique peu humanisé.	N2:21,22
SANITAIRES / LINGERIE / SALLE D'EAU	Salle d'eau ergonomique, mais trop neutre. Linge bien traité. Intrusion du personnel dans les chambres (placards).	N4:10,16 / N3:15 / N5:9,18,19,26 / N2:19
TEMPS / AMBIANCE / DECORATION	Trop de fleurs artificielles. Peu de repères de temps. Horloge omniprésente.	N5:Conclusion / N2:18,25

Françoise Tanguy, Mr Molin		isolé des usages actuels.
Mr Molin	Créer un café des familles, mur d'exposition participatif, coins lecture ou jeux.	Absence de micro-espaces familiaux. Relations interpersonnelles spatialement invisibles.
Mr Molin	Rendre la sécurité plus discrète (badges capteurs, portes temporisées).	Sécurité survisible, marqueur de distance entre professionnels, résidents et proches.
Claude Lemaire, Patrick Renssonnet, Françoise Tanguy, Mr Molin	Ajouter équipements doux (rideau, miroir, tapis). Protocole clair pour le linge.	Espace fonctionnel mais sans confort sensoriel. Nécessite une ambiance plus domestique.
Françoise Tanguy, Mr Molin	Intégrer la déco des résidents. Créer des marqueurs sensoriels du temps.	Décor standardisé. Manque d'appropriation spatiale. Ambiances figées.

Annexe 19

RETOURS PROFESSIONNELS ET DIRECTION - REUNION 10.07.25 RETEX MGEN AIA

- **DELPHINE DUCAMP**

Diapo 1 – UVP

L'unité protégée est bien conçue, avec un espace de déambulation très utilisé qui participe à l'apaisement des résidents. Les espaces communs sont vastes, lumineux et bien configurés.

Diapo 2 – Patios extérieurs

Les patios sont agréables, généreux et bien aménagés, bien que peu fréquentés. Ils possèdent un fort potentiel thérapeutique : ils incitent à l'activité physique, favorisent la stimulation sensorielle et peuvent contribuer à réduire certains traitements. Les familles accompagnent aussi les résidents dans les espaces extérieurs autour de l'établissement.

Diapo 3 – Salle pour familles

Cette salle, utilisée à la fois pour les repas en famille et comme salle de pause pour le personnel, est peu agréable. Elle est trop exiguë et souffre d'un manque de lumière naturelle.

Diapo 4 – Terrasse supérieure à l'UVP - Passerelle

Cette terrasse apporte une ouverture appréciable, mais reste peu exploitée. Elle manque de végétalisation et d'aménagements. L'accès est difficile à cause d'une porte trop lourde.

Diapo 5 – Salle de soins

La salle de soins est spacieuse, lumineuse et bien positionnée, attenante à une salle de réunion. Elle permet la tenue de staffs quotidiens avec l'équipe pluridisciplinaire, dans de bonnes conditions de confort.

Diapo 6 – Salle de restauration

La salle est large et bien dimensionnée, mais elle paraît figée depuis la période COVID. Elle manque de dynamique et d'animation, même si elle est utilisée ponctuellement pour des chorales ou des anniversaires.

Diapo 7 – Terrasse peu utilisée

Certaines terrasses sont sous-exploitées, peut-être en raison d'un inconfort thermique (chaleur, froid) non compensé par des aménagements adaptés.

Diapo 8 – Jardin intérieur

Ce jardin, bien que visible, reste peu utilisé. Il ne propose pas d'assises confortables et ne suscite pas d'invitation claire à sortir ou à s'y attarder.

Diapo 9 – Parc côté psychologue

Le parc est très apprécié. Il offre un environnement naturel propice à la promenade et à la détente, au milieu des arbres.

Diapo 10 – Animaux dans le parc

Dans le parc, on croise souvent des familles accompagnant des résidents en fauteuil roulant, parfois en présence d'animaux. Ces scènes contribuent à créer une atmosphère vivante et chaleureuse.

Diapo 11 – Circulation dans les jardins (1)

Les cheminements extérieurs sont bien pensés et facilitent les promenades autour de l'établissement.

Diapo 12 – Circulation dans les jardins (2)

Certains parcours mènent jusqu'à des espaces animaliers (daims, chèvres), ce qui ajoute une dimension attractive et stimulante aux promenades.

Diapo 13 – Sous les arbres

Sous les arbres, certains espaces offrent un cadre très agréable pour discuter ou partager un repas à l'ombre. Ce sont des lieux de grande qualité.

Diapo 14 – Salle de restauration du personnel

La salle est bien dimensionnée et agréable. Sa grande hauteur sous plafond lui donne un bon confort acoustique et spatial. L'absence de blouse sur place est relevée comme un point positif.

Diapo 15 – Accueil

Les parapluies suspendus à l'entrée créent un effet visuel sympathique, mais ne sont pas vraiment efficaces pour protéger de la pluie.

Diapo 16 – Place basse, place du village

Cet espace est bien situé et adapté pour accueillir des animations et diverses activités collectives.

Diapo 17 – Bureau du médecin

Le bureau individuel du médecin est bien pensé. Le sas d'entrée protège des interruptions et garantit une certaine tranquillité.

Diapo 18 – Lieux de vie dans les circulations

Dans certaines circulations, les lieux de vie sont soit trop petits, soit insuffisamment nombreux, ce qui limite les possibilités de pause ou de socialisation.

Diapo 19 – Circulations intérieures

Les couloirs sont perçus comme trop longs, trop neutres et donnent une impression hospitalière, peu agréable.

- **SÉVERINE NATIVELLE**

Diapo 1 – Salle du poste de soin (RDC)

La salle est jugée trop encombrée, avec un manque de plans de travail pour les infirmiers. Il y a de nombreuses étagères pour accueillir les piluliers des 42 résidents, mais l'espace est insuffisant. Il serait nécessaire d'agrandir le poste de soin.

Diapo 2 – Salle de restauration

Les espaces sont beaux et ouverts sur des terrasses, mais ces dernières sont peu utilisées. Les portes-fenêtres sont trop lourdes et des marches empêchent un accès de plain-pied, ce qui rend l'accès difficile voire impossible en fauteuil roulant. Par ailleurs, les chariots de la société Elior grignotent l'espace et empiètent sur la salle à manger.

Diapo 3 – Profondeur de la salle à manger

La salle bénéficie d'une belle profondeur, mais l'encombrement par les chariots est problématique et nuit à la qualité de l'espace.

Diapo 4 – Poste de transmission

Séverine n'apprécie pas cette salle : elle est trop petite, l'espace d'affichage est insuffisant, et la grande vitrine où sont apposées les informations devient illisible. Les locaux syndicaux partagent la salle de pause, ce qui rend l'affichage complexe. La salle est pourtant essentielle car les soignants y passent beaucoup de temps pour les transmissions écrites. Le manque de place pour les chariots et l'accès mal placé à la salle infirmière sont aussi soulignés. Les salles de staff sont trop petites et pas assez nombreuses.

Diapo 5 – Salon RDC

Le cadre est jugé agréable, lumineux, avec une belle vue sur le jardin. Toutefois, en après-midi, le soleil chauffe excessivement l'espace, mal orienté, nécessitant des rideaux pour y remédier.

Diapo 6 – Chambres

Les chambres sont bien pensées, spacieuses, avec une salle d'eau individuelle. Elles offrent de bonnes conditions de vie.

Diapo 7 – Passerelle

C'est un bel espace, avec un bon potentiel, mais peu ou pas utilisé car jugé dangereux. Les normes empêchent de laisser la passerelle ouverte. Elle pourrait cependant être investie, notamment avec des jardinières.

Diapo 8 – Terrasse avec protection

C'est un bel espace, avec une belle vue dégagée. La surveillance est possible, mais des protections restent nécessaires. Les vues depuis les chambres sont en revanche décevantes, donnant souvent sur des toits.

Diapo 9 – Piano au niveau 1

Le piano est un atout, mais l'espace est trop calme pour inciter à son utilisation. Certaines résidentes en jouent, mais les terrasses, pourtant bien situées, sont inaccessibles aux résidents à cause de problèmes de conformité. Une marche de 2 cm et des portes trop lourdes posent des problèmes d'accessibilité.

Diapo 10 – Point stratégique (2e étage)

Ce petit salon, proche du bureau du médecin, est central et très utilisé. Il peut accueillir fauteuils et déambulateurs (6 places), mais sa surutilisation empêche l'accès au bureau médical.

Diapo 11 – Couloir

Jugé interminable, sans attractivité.

Diapo 12 – Terrasse 2e étage

Très bel espace, sous-exploité. Fréquenté par les familles, mais peu investi par le personnel. L'ensoleillement excessif et les rideaux métalliques peu efficaces créent une surchauffe. Un espace extérieur est bien utilisé car il est végétalisé, tandis qu'un autre, plus minéral, sert davantage aux activités.

Diapo 13 – Profondeur

Bel espace, mais non investi.

Diapo 14 – Couloir UVP

Couloir jugé triste et vide. Il manque une scénographie de type "couloir réminiscent" avec des repères visuels. Cela devrait être mis en place en interne.

Diapo 15 – Jardin UGP

Très bel espace, les résidents investissent les plantes. Positivement perçu.

Diapo 16 – Cuisine thérapeutique (UGP)

Actuellement un espace fourre-tout, situé derrière la salle de restauration. Il est en attente d'aménagement. Il pourrait être valorisé avec une cuisine thérapeutique active.

Diapo 17 et 18 – PASA

Bel espace intérieur et extérieur, les repas peuvent être pris dehors. La terrasse est grande et bien utilisée. Les espaces sont agréables.

Diapo 19 – Coin cocooning

Le lieu n'est pas accueillant, peu propice à la sieste. Il mériterait un réaménagement.

Diapo 20 à 22 – Cuisine thérapeutique et salle Snoezelen

La cuisine thérapeutique du PASA est mal rangée et sert de débarras. L'espace manque d'animation en dehors des temps d'activité. La salle Snoezelen n'est pas adaptée, elle manque d'aménagements sensoriels, de zones cocooning, de mobilier et de lumière adéquats.

Diapo 23 – Salle de kiné

Grande, bien équipée et fonctionnelle. Un vrai plateau de travail apprécié par les professionnels.

Diapo 24 – Patio central

Espace vaste, mais triste et peu entretenu. Il manque de mobilier, de couleurs et de végétation. Son potentiel n'est pas exploité.

Diapo 25 – Aquarium

Élément intéressant, mais menacé de suppression par la direction.

• FRANTZ LAINE KIEFFER

Diapo 1 – Quand l'EHPAD protège

Les bacs ont été installés par des proches de résidents. Le barnum métallique permet d'atténuer l'aspect hospitalier.

Diapos 2 et 3 – Silence ça pousse – Le couloir des artistes

Les couloirs sont dynamisés par des expositions. Ils desservent la salle d'animation, ce qui renforce leur caractère vivant.

Diapos 4 et 5 – La transformation du stockage en bureau - Vue sur le parc et la forêt

La vue sur la végétation et sur le château est valorisée, notamment en hiver. L'absence de stores peut poser problème. La terrasse adjacente est peu utilisée, car trop excentrée.

Diapos 6 et 7 – Le repère des résidents

Le bureau fait office de point d'accueil informel. Le salon de coiffure est bien intégré, visible depuis les petits salons. Des usages familiaux y sont envisagés en dehors des permanences professionnelles.

Diapos 8 et 9 – La culture vue d'en haut – Moment de détente et de repos

La vue depuis la bibliothèque renvoie à un espace culturel de qualité. Le petit salon près de l'aquarium est jugé trop étroit pour les familles, malgré son ambiance chaleureuse. L'accès à la bibliothèque reste difficile.

Diapo 10 – Pause entre l'entrée et la sortie

L'espace d'entrée-sortie, destiné à la pause des résidents, est jugé trop austère. Des éléments visuels décoratifs sont proposés.

Diapo 11 – Le beau jardin invisible

La vue végétalisée est mise en avant.

Diapo 12 – Point de rencontre

Le lieu est utilisé pour des moments de convivialité, mais reste peu aménagé. Des ajouts de bancs, tables et supports d'information sont envisagés.

Diapo 13 – Le long couloir des ombres chinoises

Le couloir menant à l'UVP manque de lumière latérale. L'éclairage est jugé insuffisant, ce qui nuit à l'orientation.

Diapo 14 – Vue sur les entrées et sorties

L'intimité est limitée à cause des vues directes vers le couloir. Un vitrage dépoli est proposé.

Diapo 15 – La terrasse oubliée de tous

Une terrasse disposant d'un fort potentiel est inexploitée. Un réaménagement est proposé pour en faire un lieu convivial.

Diapo 16 – Portes fenêtres trop lourdes

L'impossibilité de poser une baie vitrée est liée à des contraintes techniques (accès gaz). Un bac à fumeurs est mal placé, un store est cassé. Une intervention technique est demandée.

Diapo 17 – Le jardin et la terrasse de l'UGP

Le jardin est perçu comme un espace agréable et propice aux repas en extérieur, mais souffre d'un manque d'entretien et de végétation.

Diapo 18 – Salle à manger « à décroiser »

L'ouverture d'un mur de cantonnement est suggérée pour améliorer la circulation.

• DIRECTION – KATIA LE GOFF, BERNARD FOUSSAT, MICHAEL NGUEWA

Diapos 1 et 2 - Hall d'entrée et extérieur

Le hall d'entrée est décrit comme spacieux, lumineux et propice aux échanges. L'espace extérieur attenant est agréable, mais les jardinières bétonnées manquent d'assises et sont peu utilisées. L'espace pourrait être plus convivial et plus coloré. La vue plongeante sur les niveaux en dessous est agréable.

Diapo 3 - Projection positive

L'image évoque un fort pouvoir d'attraction.

Diapo 4 - Pots bleus

Les pots colorés contribuent à une ambiance domestique. Ils apportent de la couleur et rendent l'espace plus chaleureux, moins institutionnel.

Diapo 5 - Grille au rez-de-chaussée

La grille assure une séparation visuelle douce avec la présence d'un arbre. Elle permet de voir dehors sans être vu et est bien intégrée. L'arbre pousse bien et les bancs à côté créent un espace agréable.

Diapo 6 - Vue depuis les bureaux

La sortie du bureau offre un point de vue perçu comme libérateur. Le contraste entre les bureaux fermés et la végétation extérieure apporte un sentiment de liberté.

Diapos 7 et 8 - Couloirs UHR

L'espace UHR est bien dimensionné pour la circulation, sans confrontations. Le puit de lumière est sous-exploité. Une ouverture sans cloison est proposée, avec un sol en béton brut. Un dôme serait mieux.

Diapo 9 - Espace UHR

L'espace donne une impression de grandeur tout en restant sécurisé. On ne se sent pas enfermé. La cuisine thérapeutique est adaptée et agréable. Le lieu ressemble à un vrai chez-soi.

Diapo 10 - PASA

La zone extérieure attenante au PASA permet des sorties sécurisées. L'espace de jardinage est valorisé. Il permet de sortir, de jardiner et de profiter du soleil ou de l'ombre. Il est très apprécié.

Diapo 11 - Préaux extérieurs

Les utilisateurs déplacent librement le mobilier sous les préaux. Les chaises sont souvent déplacées, ce qui montre que l'espace est vivant.

Diapo 12 - PASA sécurisé

L'espace intérieur du PASA est calme et rassurant. Il ne présente pas l'aspect d'un lieu de passage impersonnel.

Diapo 13 - Bibliothèque

La bibliothèque est perçue comme un espace de qualité, valorisé par les ouvertures vitrées qui offre une vue plongeante. Le sas vitré permet une respiration spatiale. L'accès autonome reste limité.

Diapo 14 - Espace double hauteur – salle de kiné

L'espace utilisé par les éducateurs APA présente un potentiel d'aménagement, mais son usage est restreint par un manque de personnel. Des usages secondaires sont envisagés, avec par exemple des activités ou le classement de dossiers médicaux en hauteur.

Diapo 15 - Aquarium et distributeur

L'espace entre l'aquarium et le distributeur est identifié comme un lieu de transition fréquenté et vivant. C'est un lieu de passage apprécié à différents moments de la journée.

Diapo 16 - Porche métallique

Le porche métallique possède une qualité esthétique, tout en assurant une fonction de protection contre la pluie. Il évoque les détails de l'Institut du Monde Arabe.

Diapo 17 - Vue dégagée depuis le restaurant

La vue arborée crée un lien intérieur/extérieur. Le cadre du restaurant est valorisé, mais le contenu de l'assiette est jugé décevant.

Diapo 18 - Vue sous le porche

L'espace couvert favorise les rassemblements informels. La vue est jugée intéressante et vivante.

Diapos 19 et 20 - Escaliers et terrasse

La terrasse et les escaliers présentent un potentiel sous-exploité. L'état du crépi est jugé problématique. Une intervention est suggérée : il faudrait plus défendre la qualité des matériaux et l'esthétique.

Diapo 21 - Parcours intérieur

Les circulations intérieures doivent être conçues comme des promenades : aménagements, lumière et mobilier sont à repenser. Le mur pourrait servir pour des activités. Il serait agréable d'aménager un vrai parcours de promenade à l'intérieur. Il faut penser à la lumière, aux circulations, à l'idée de liberté

Diapo 22 - Voirie existante

Les tracés existants peuvent être réinvestis pour les usages piétons. Il faut utiliser les chemins et les circulations autour et dans le bâtiment.

Diapo 23 - Vue vers les bois

La vue plongeante vers l'extérieur donne une impression de forêt ou de nature royale. L'ambiance est très plaisante.

Diapos 24 et 25 – Vues sur l'extérieur

Les vues sur le château sont valorisées. Certaines vues sur les toitures sont considérées comme peu qualitatives.

Diapos 26 et 27 – Les petits salons

Les petits salons sont agréables, avec du passage. L'espace favorise la stimulation sociale. Cela donne envie d'y prendre le petit déjeuner. Ils encouragent la promenade intérieure. Il faut penser l'EHPAD comme un bateau, où chaque marche permet une nouvelle expérience.

Conclusion – Cahier des charges : promenades intérieures

Les espaces intérieurs doivent devenir des parcours de santé. On peut y ajouter des fresques, éviter les obstacles, travailler l'affichage. Il faut tirer parti des couloirs pour créer des promenades agréables et stimulantes. L'exemple chinois rappelle que la

liberté individuelle est importante, mais doit rester encadrée. Optimiser les espaces existants est une priorité.

- **CLAIRE SENE – ELIOR**

Diapo 1 – Accueil bâtiment médecine

L'accueil situé dans le bâtiment de médecine n'est pas identifié comme tel par les visiteurs. Il manque de lisibilité, de séparation claire entre patients, familles et professionnels. L'espace est occupé de manière informelle, ce qui réduit les possibilités d'attente pour les familles. L'ambiance n'est pas considérée comme digne ou appropriée à la fonction d'accueil.

Diapo 2 – Accueil EHPAD

L'accueil de l'EHPAD, situé à proximité de l'aquarium, est jugé plus calme et visuellement plus accueillant, y compris pour les familles. Il est perçu comme plus en adéquation avec la fonction d'accueil résidentiel.

Diapo 3 – Signalétique PMR / Visiteurs

Aucune signalétique n'indique clairement si les sanitaires ou espaces sont accessibles aux personnes à mobilité réduite ou aux visiteurs. L'absence de panneaux explicatifs génère des hésitations, voire une interdiction perçue de l'usage de certains lieux.

Diapo 4 – Main courante

La main courante présente un défaut récurrent : son revêtement plastique se détache, ce qui fait glisser l'élément de finition en PVC. Ce défaut constitue un danger pour les résidents qui s'y appuient.

Diapo 5 – Accessibilité portes / terrasse

Les boutons d'ouverture des portes vers la terrasse sont trop hauts pour les résidents en fauteuil roulant. L'ouverture de la porte nécessite l'intervention d'une tierce personne, rendant l'accès autonome impossible.

Diapo 6 – Défaut de finition (bloc vide)

Des blocs préfabriqués présentent des défauts de jonction. Les finitions n'ont pas été réalisées correctement, ce qui entraîne une impression d'inachevé.

Diapo 7 – Système d'alarme

Les circulations manquent de dispositifs de sécurité. Une alarme ou un système d'appel est absent dans certaines zones. Un incident a été rapporté : une personne a perdu connaissance sans possibilité d'alerter les secours. L'absence de sonnette ou de caméra est notée comme critique.

Diapo 8 – Ambiance / Couleurs - Gaïeté

Certains services et couloirs bénéficient d'éléments décoratifs colorés, jugés positifs. Toutefois, la majorité des espaces manquent de couleurs, de végétation, et de chaleur. L'ambiance globale est jugée froide, voire institutionnelle ou carcérale, en comparaison avec d'autres sites.

Diapo 9 – Barre de seuil

La combinaison d'une barre de seuil et d'une porte constitue une barrière physique à la sortie pour les résidents. Cet obstacle empêche l'accès aux espaces extérieurs.

Diapo 10 – Terrasse N2 (côté service médical) surexposée

La terrasse côté parc, située au niveau N2, est inutilisable en été à cause de l'absence de store. Celui-ci est cassé et n'a pas été remplacé, rendant l'espace inutilisable pendant les périodes ensoleillées.

Diapo 11 – Poids des portes

Les portes sont considérées comme trop lourdes, tant pour les professionnels que pour les résidents. L'absence de ralentisseurs augmente le risque d'accidents. Ces remarques concernent également les portes de locaux de service.

Diapo 12 – Locaux de ménage

Les locaux de ménage sont inadaptés : les chariots ne peuvent pas y entrer facilement et l'ergonomie intérieure est déficiente. Un accident lié à la lourdeur des portes a déjà eu lieu.

Diapo 13 – Signalétique bâtiment

La signalétique générale du bâtiment est jugée insuffisante. Les visiteurs ne trouvent pas facilement leur chemin. Les indications manquent de clarté et de cohérence.

Diapo 14 – Horloge

L'horloge installée n'est pas visible dans le champ de vision des résidents, notamment ceux en fauteuil roulant. Sa position rend difficile la lecture de l'heure.

Diapo 15 – Bandes antidérapantes

Les bandes blanches installées pour éviter les glissades sont mal conçues : elles gênent le passage des fauteuils roulants, déambulateurs et chariots qui y butent régulièrement.

Diapo 16 – Signalétique SSR / sas escalier

La signalétique au niveau du SSR et du sas de l'escalier en rez-de-jardin est inappropriée. Les informations sont placées à l'arrière de l'espace, ce qui les rend peu visibles. L'orientation dans cette zone est problématique, comme dans l'accueil.

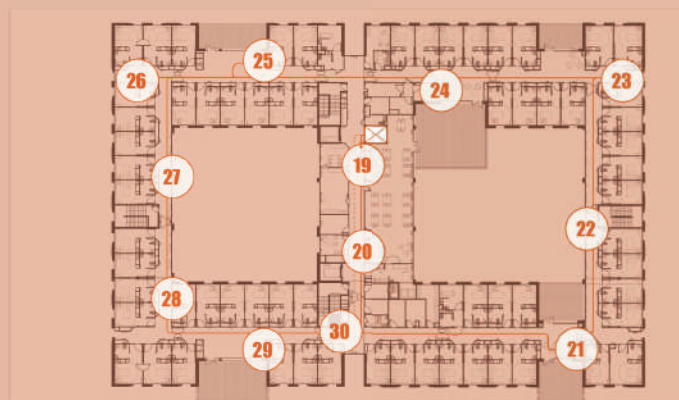
ANALYSE SPATIALE GLOBALE

Catégorie spatiale	Principales observations	Diapo(s)	Personnes interrogées	Potentiels d'aménagement rapides et simples
Accueil / orientation	Accueil de médecine mal identifié, non différencié. EHPAD plus calme. Signalétique insuffisante pour visiteurs et PMR. Les parapluies décoratifs sont d'un bel effet mais inefficaces contre la pluie.	1-3, 13, 16, 15	Claire Elor, Direction, Delphine Ducamp	Ajout de panneaux clairs, différenciation par couleurs/sols, mise à jour des informations utiles pour familles
Postes de soin / transmission	Poste trop petit, encombré. Manque de plan de travail. Salle de pause insuffisante. Salle de soins vaste, lumineuse, contiguë à une salle de réunion permettant les staffs quotidiens pluridisciplinaires.	1, 4, 5	Séverine, Claire Elor, Delphine Ducamp	Repositionnement du mobilier, création de plans de travail légers, panneaux d'affichage clairs et actualisables
Salles de restauration	Beaux volumes. Terrasses peu accessibles. Chariots empiètent. Salle bien dimensionnée mais mal aménagée. N'a pas retrouvé sa vie d'avant COVID. Sert aussi pour chorale, anniversaires. Restauration du personnel : agréable, bien dimensionnée, bonne hauteur sous plafond.	2, 3, D17, 6	Séverine, Direction, Delphine Ducamp	Alléger le mobilier, fluidifier le rangement, mise en place de l'ombre mobile sur les terrasses
Accessibilité / sécurité	Portes lourdes, seuils gênants, boutons trop hauts. Rampes abîmées. Accès à la terrasse UVP difficile (porte trop lourde).	2, 5, 7, 9, 11, 14-16, 4	Claire Elor, Séverine, Frantz, Delphine Ducamp	Ajouter poignées ergonomiques, repeindre les seuils, maintenance des rampes
Chambres / unités de vie	Chambres bien conçues. Jardin UGP investi. UVP triste. UVP : espace bien adapté, très utilisé, lumineux. Espace de déambulation apaisant, grandes pièces communes.	6, 14-16, 1	Séverine, Claire Elor, Delphine Ducamp	Ajouter éléments visuels dans les couloirs, rideaux adaptés en chambre

Terrasses / extérieurs	Espaces agréables mais peu utilisés (marches, stores cassés). Besoin de mobilier. Terrasses sous-utilisées : crainte de l'inconfort climatique. Beau potentiel mais manque de végétalisation.	5, 7-10, 12, 15, D1, D11, D23, 7	Claire Elor, Séverine, Frantz, Delphine Ducamp	Réparer stores, installer assises légères, jardinières mobiles, parasols à pied large
Passerelles / espaces oubliés	Terrasses, passerelles ou patios peu accessibles ou vides. Patios agréables et bien traités mais peu fréquentés. Favorisent activité physique et nutrition. Invités à sortir avec les familles.	7, 12, 13, D4, D15, 2	Claire Elor, Frantz, Direction, Delphine Ducamp	Plantes en pots, bancs, tableaux saisonniers, éclairage doux
Salons / coins détente	Petits salons appréciés mais parfois trop vides ou mal placés. Certains lieux de vie dans les circulations sont trop petits ou insuffisants.	10, 19, 26-27, 18	Séverine, Frantz, Direction, Delphine Ducamp	Ajouter coussins, bibliothèques partagées, jeux, petits rideaux décoratifs
Couloirs / circulation	Trop longs ou neutres, couloir des ombres. Expositions appréciées. Circulations trop longues, ambiance "hôpital", peu agréables.	11, 13, D2-D3, D13, 19	Claire Elor, Frantz, Delphine Ducamp	Installer fresques, expositions temporaires, LED indirectes
PASA / UHR	Espaces sécurisés et bien pensés. Liberté préservée.	17-18, D10-D12	Séverine, Direction	Mobilier extérieur modulable, zones d'ombre fixes, jardinières accessibles
Salles d'activités	Cuisine thérapeutique encombrée. Snoezelen inadaptée. Kiné bien équipé.	20-23	Séverine	Rangement simple, éclairage tamisé, mobilier à roulettes
Bureaux	Bien situés mais sans protection solaire. Espaces de passage. Bureau du médecin individuel très satisfaisant. Sas limitant les dérangements.	D4-D7, 17	Frantz, Delphine Ducamp	Stores occultants, signalétique, affichage dynamique
Bibliothèque / culture	Coin trop petit, accès difficile. Utilisation limitée.	D8-D9, D13-D14	Frantz, Direction, Claire Elor	Renforcer l'accès avec signalétique adaptée

Entrée / hall	Hall peu aménagé malgré sa clarté. Peu de bancs, pas de table d'accueil active.	D1-D2	Direction	Bancs légers, colonnes Morris, présentoirs, fleurs
Aménagements / éléments divers	Aquarium, distributeur et préau métallique appréciés. La place basse est bien adaptée pour animations et activités.	25, D15-D16 16	Claire Elior, Séverine, Direction, Delphine Ducamp	Décorer autour du distributeur, repeindre, ajouter assises temporaires
Ambiance / esthétique générale	Ambiance froide. Peu de couleurs. Repères absents.	8, 14, D13	Claire Elior, Frantz, Séverine	Couleurs murales (adhésifs), cadres photos, éléments multisensoriels
Ergonomie / locaux techniques	Locaux de ménage peu pratiques. Portes incompatibles avec chariots.	12	Claire Elior	Poignées adaptées, rails de guidage ou ouverture automatique
Suggestions d'usages	Promenade intérieure, signalétique renforcée, boîtes aux lettres, éléments domestiques. Parc très apprécié pour promenades avec familles, fauteuils roulants. Circulations extérieures bien utilisées jusqu'aux daims et chèvres. Présence d'animaux appréciée. Sous les arbres : lieux agréables pour discussions et repas.	D21-D22 11-12-13	Direction, Delphine Ducamp	Chemins de marche, bancs tous les 20 m, panneaux ludiques
Potentiels faciles à mettre en œuvre	Micro-actions à coût réduit : plantes, signalétique WC, affichage saisonnier, mobilier léger mobile.	D12, D21-D22	Direction, Claire Elior	Colonnes Morris, affichage mural, repères visuels mobiles

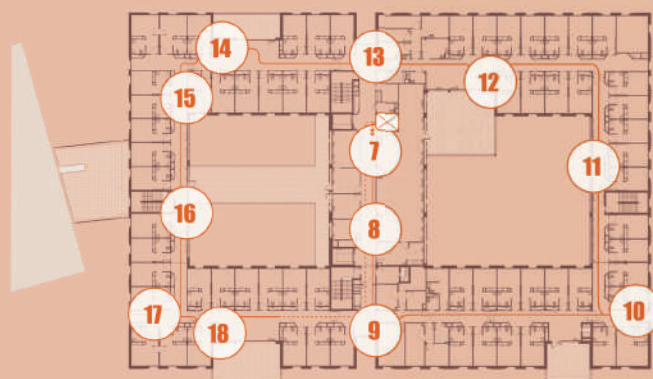
2



PHOTOGRAPHES

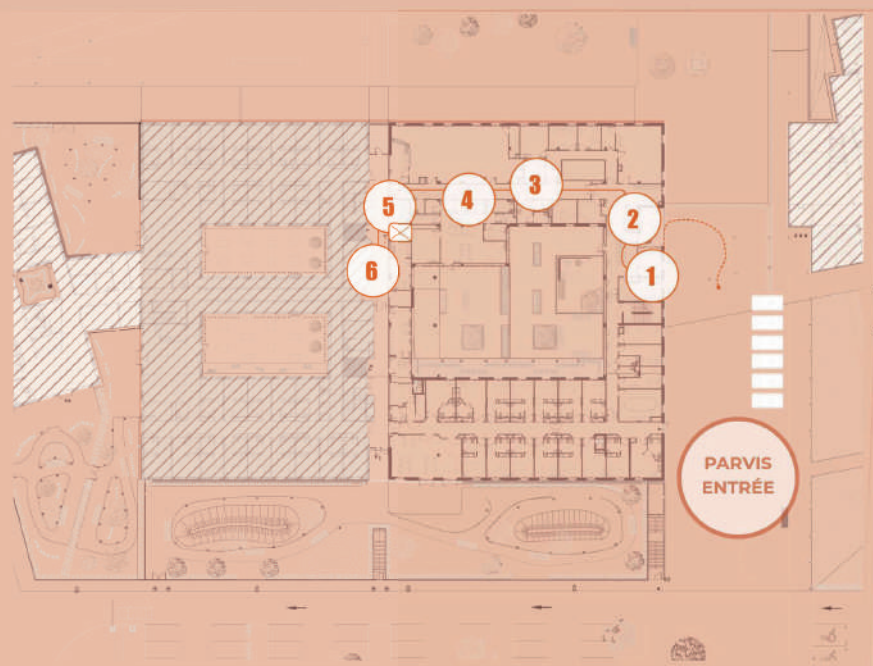
- Françoise Tanguy
- Manon Adorni,
Séverine Nativelle
- Claude Lemaire
- Katia Le goff,
Bernard Foussat,
Michael Nguewa

1

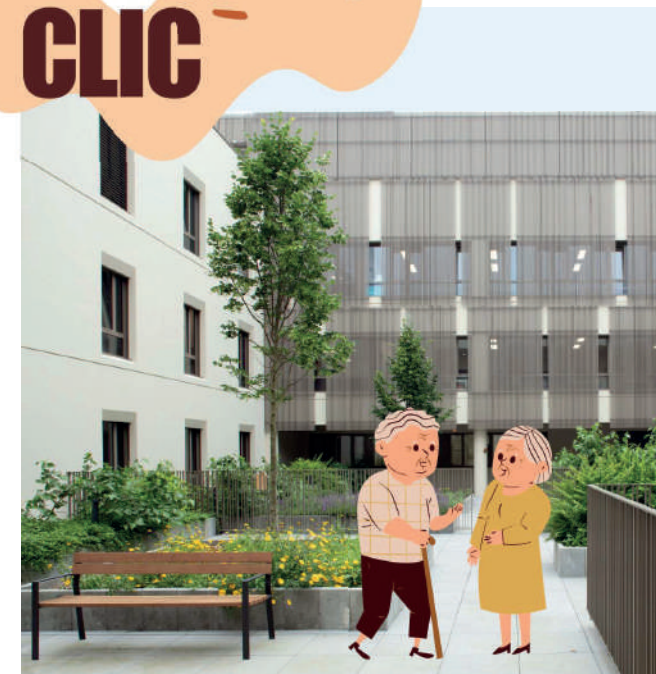


- Delphine Ducamp
- Frantz Laine Kieffer
- Renée Janiak
- Claire Sene

0



- Patrick Renzonnet
- Mathieu Molin



QUI ?

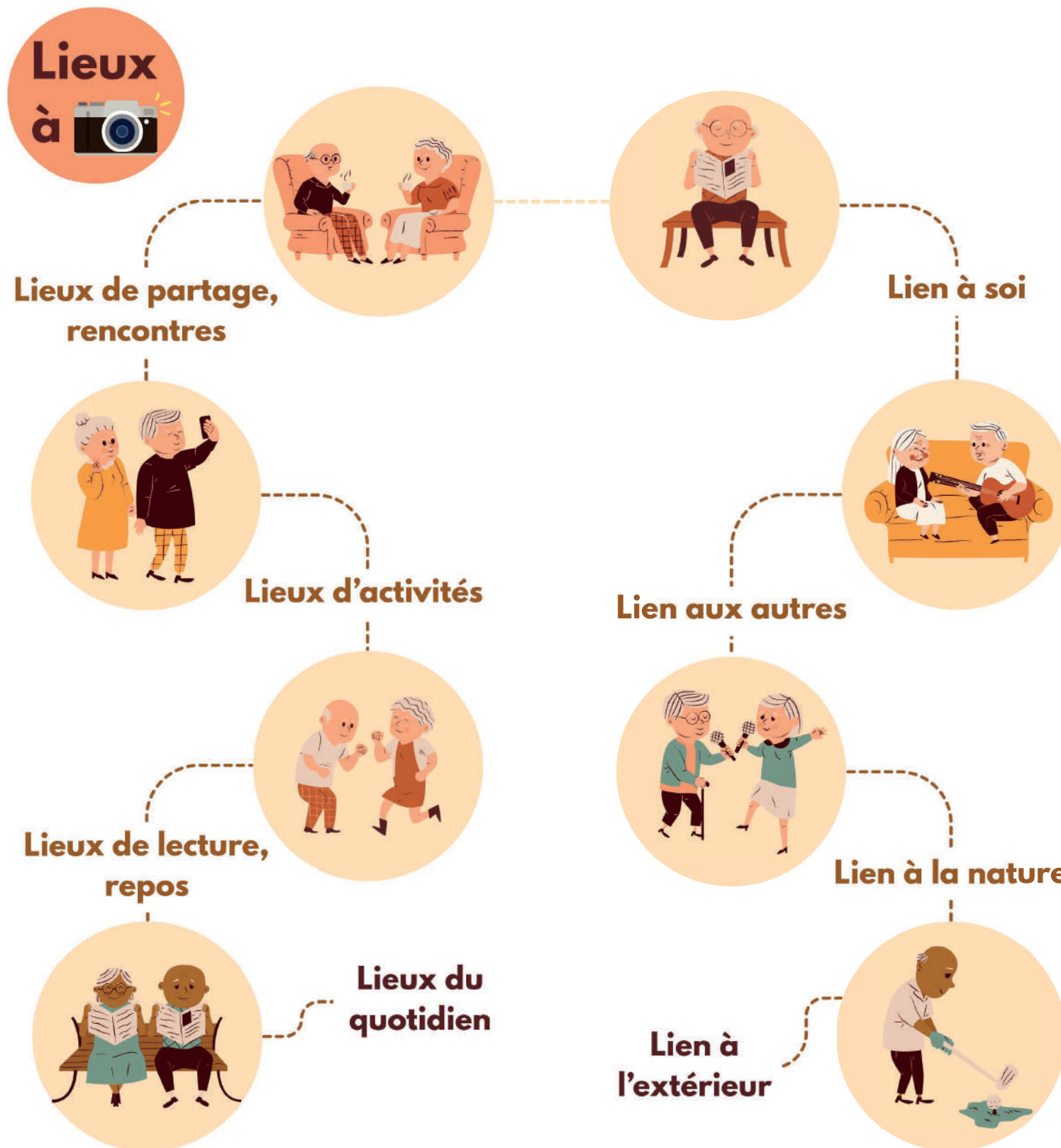
L'agence AIA Life Designers, architectes du centre de La Verrière accompagnée de la MGEN.

POURQUOI ?

Pour faire un constat sur l'usage actuel du bâtiment et ainsi aider l'agence à progresser et affiner ses EHPAD à venir.

COMMENT ?

A travers le regard des usagers, résidents, les familles volontaires et le personnel, via des prises de vue photographiques qui seront par la suite commentées.



MODE D'EMPLOI DU PHOTOGRAPHE



L'objectif est de photographier les lieux que vous fréquentez, seule ou accompagné.e.

LIEUX QUOTIDIENS

Ceux de votre vie de tous les jours, dans lesquels vous avez vos habitudes.

LIEUX APPRÉCIÉS

Ceux que vous aimez, et que vous empruntez souvent et/ou vous vous sentez bien.

LIEUX ÉVITÉS

N'hésitez pas à photographier les raisons qui vous incitent à ne pas les emprunter.

CLIC^o



AIA LIFE DESIGNERS · INSTITUT MGEN DE LA VERRIÈRE

Cette démarche invite les participants – résidents, familles et membres professionnels – à photographier les lieux qu'ils fréquentent au quotidien, seuls ou accompagnés.

L'objectif est de porter un regard personnel et sensible sur l'environnement partagé, à travers des prises de vue commentées par celles et ceux qui vivent, visitent ou font vivre cet établissement.

Elles permettront de rappeler la valeur d'usage des lieux, d'enrichir notre compréhension de la conception et de révéler des pistes potentielles d'amélioration.



Patrick Rensonnet • Le Château

"Le château présente une grande beauté, ce qui rend le site particulièrement unique."



Patrick Rensonnet • Venelles

"L'architecture est agréable. Il est plaisant de se promener autour des bâtiments."



Mathieu Molin • Le chariot de la vie

"Le chariot marque un temps important dans le quotidien du résident."



Patrick Rensonnet • Aire de jeu

"Les jeux pour enfants ont été photographiés, bien qu'ils ne soient utilisés que parfois."

08



Mathieu Molin • Les wawa

"Les WC sont très bien. La salle d'eau reste quant à elle minimaliste."

09



Mathieu Molin • Le temps qui passe

"Le temps qui passe se mesure grâce à une horloge, qui rythme les minutes."



Mathieu Molin • Le temps qui passe

"Le temps qui passe se mesure grâce à une horloge, qui rythme les minutes."



Renée Janiak • Pâtes à la carbonara

Photo de l'assiette du jour, des pâtes à la carbonara : une sorte de *"glue blanche"* qui n'a même rien d'une béchamel".



Claire Sene • Les locaux « secondaires »

"Les locaux de ménage sont inadaptés : l'accès des chariots y est difficile et l'ergonomie intérieure est déficiente."



Renée Janiak • Promenade au milieu des cèdres

"Les arbres sont magnifiques et plaisants à regarder. Je vais leur parler lorsque je me promène parmi eux."



Claire Sene • Gaïeté

"Certains couloirs bénéficient d'éléments décoratifs. Toutefois, la majorité des espaces manquent de couleurs et de chaleur."



Renée Janiak • Où sont les ascenseurs ?

"La signalétique manque de clarté : en entrant dans le bâtiment, il est difficile de repérer les ascenseurs."



Claire Sene • La terrasse surexposée

"La terrasse du N2 côté parc est inutilisable en été. Le store est cassé et n'a pas été remplacé, rendant l'espace inutilisable."



Delphine Ducamp • La place du village

"Cet espace est bien situé et adapté pour accueillir des animations et diverses activités collectives."



Frantz Laine Kieffer • Le jardin et la terrasse de l'UGP

"Le jardin est perçu comme un espace agréable et propice aux repas en extérieur, mais souffre d'un manque d'entretien."



Delphine Ducamp • La passerelle

"Cette terrasse, peu aménagée et difficile d'accès (lourdeur des portes), offre pourtant une ouverture appréciable."



Frantz Laine Kieffer • Le couloir des artistes

"Les couloirs sont dynamisés par des expositions. Ils desservent la salle d'animation, ce qui renforce leur caractère vivant."



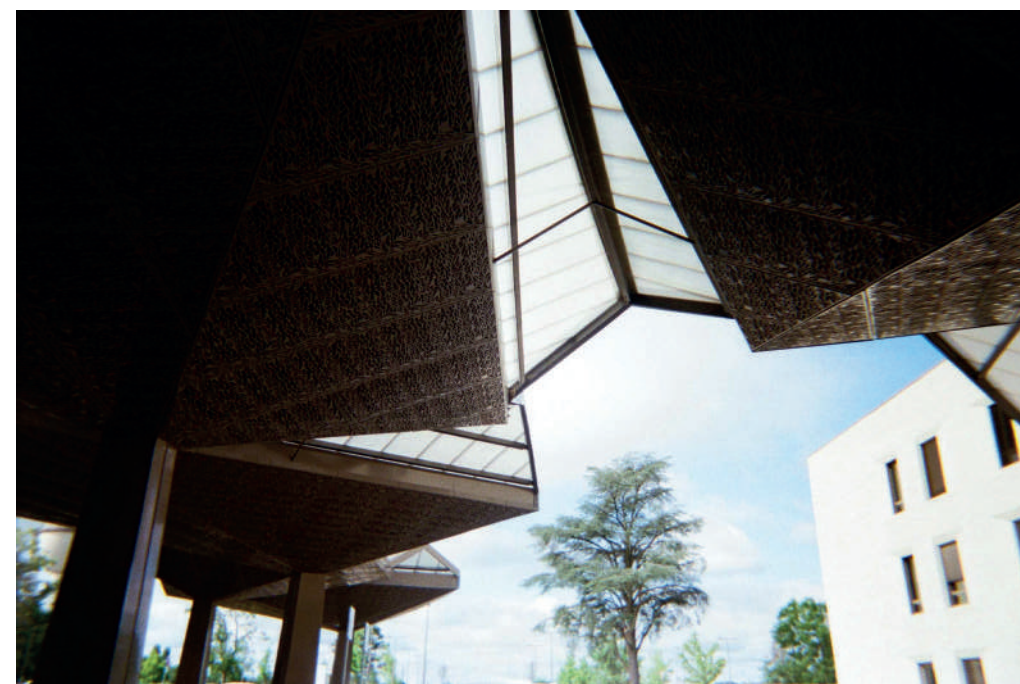
Delphine Ducamp • Le restaurant des professionnels

"La salle est bien dimensionnée et agréable. L'absence de blouse sur place est relevée comme un point positif."



Frantz Laine Kieffer • La terrasse oubliée de tous

"Une terrasse disposant d'un fort potentiel à exploiter. Un réaménagement est proposé par l'usager pour en faire un lieu convivial."



Michael Nguewa • Les parapluies

"Le porche métallique possède une qualité esthétique, tout en assurant une fonction de protection contre la pluie."



Claude Lemaire • Petit-déjeuner avec vue

L'un des moments préférés du résident : "être devant sa fenêtre, contemplant la vue sur le parc et ses différents dénivelés."



Katia Le Goff • Les pots bleus

"Les pots colorés contribuent à une ambiance domestique. Ils apportent de la couleur et rendent l'espace plus chaleureux."



Claude Lemaire • Les petits salons

"Les petits salons sont liés à la population située autour, les grands salons situés en périphérie sont moins intéressants."



Bernard Foussat • La nouvelle unité - l'UHR

"L'espace UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) est bien dimensionné pour la circulation, sans confrontations."



Claude Lemaire • Invitation vers l'inaccessible

"Cette vue de la bibliothèque est perçue comme une invitation, mais aucun accès depuis le rez-de-chaussée."



Françoise Tanguy • Curiosités du modernisme

"Un château d'eau qui est une œuvre d'art. Paysages évoquant Cézanne."



Marion Adorni, Séverine Nativelle • L'aquarium

"L'aquarium au rez-de-chaussée est un élément intéressant, mais menacé de suppression."



Françoise Tanguy • Agréable jardin d'été

"Agréable en été, le lieu devient sinistre en hiver."



Marion Adorni, Séverine Nativelle • La salle de kiné

"Grande, bien équipée et fonctionnelle. Un vrai plateau de travail apprécié par les professionnels."



Françoise Tanguy • Le non-enfermement

"Proximité des transports en commun, avec l'arrêt de bus situé en face du centre."



Marion Adorni, Séverine Nativelle • La terrasse protégée

“Un bel espace, avec une belle vue dégagée.”

Un grand merci aux résidents - **Renée Janiak, Françoise Tanguy, Claude Lemaire, Patrick Rensonnet**, aux familles - **Mathieu Molin**, aux professionnels - **Marion Adorni, Delphine Ducamp, Claire Sene, Séverine Nativelle, Frantz Laine Kieffer**, ainsi à la Direction - **Katia Le Goff, Bernard Foussat et Michael Nguewa**, pour leur participation à la réalisation de ce projet mené collectivement.

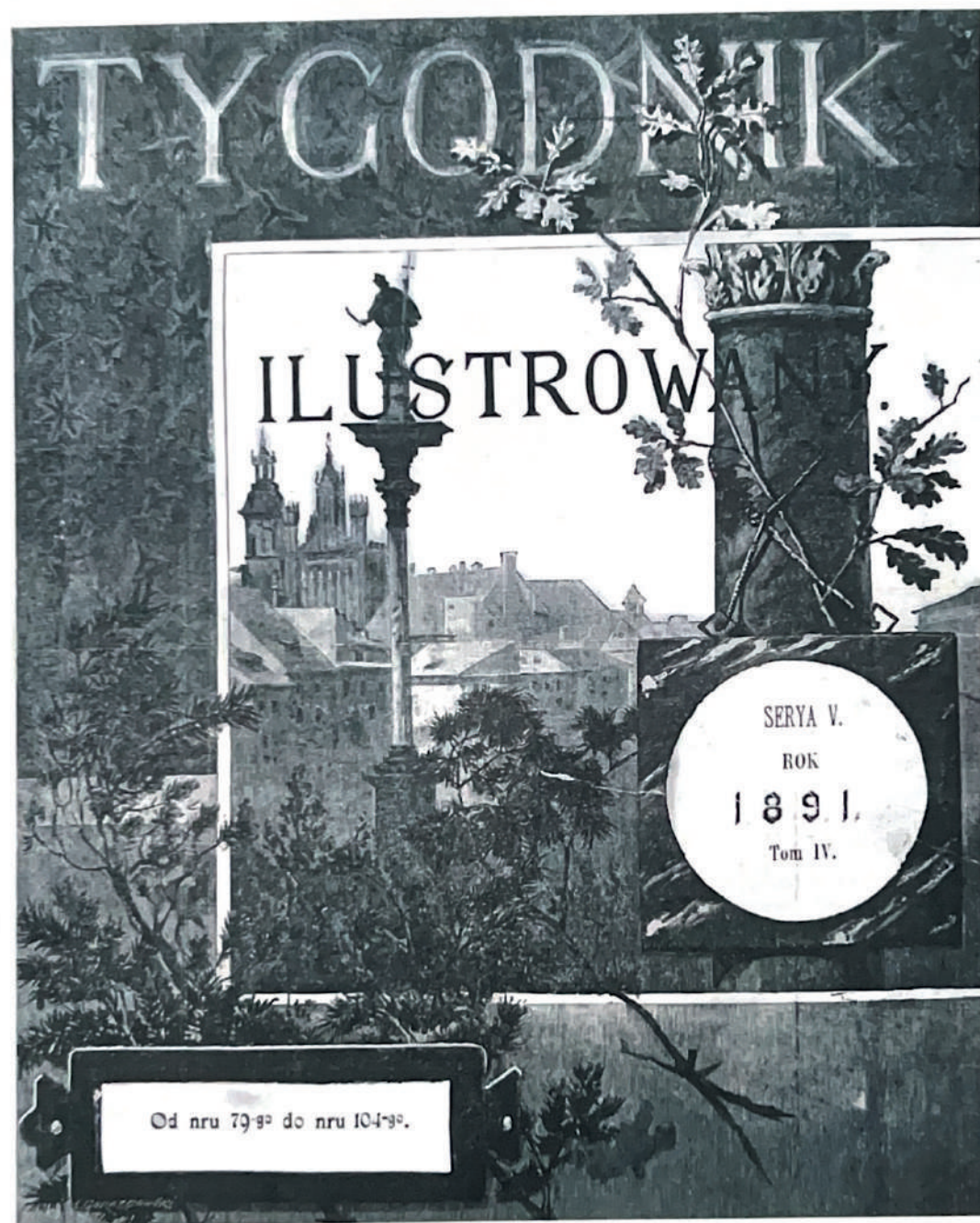


juillet - septembre 2025



Mazowieckie Specjalistyczne
Centrum Zdrowia
on prof. Jena Mazowieckich

An article announcing the opening of the clinic
appeared in 1891 in the Illustrated Weekly



Mazowsze.
serce Polski

Hospital in Tworki

"A new insane asylum, built at great expense of workload and funds, will be opened to the public this month. The lack of a comfortable room in the women's ward at the Hospital of the Child Jesus and the Hospital of St. John of God prompted the competent circles as early as 1878 to raise the project of building a central home for the insane; however, due to the fact that the budget available for this purpose, from various charitable bequests, amounted to only about 200 thousand rubles, the matter was delayed. Only the appropriation of 500 thousand rubles from public utility funds made it possible to make the old idea a reality. The village of Norki, located near the Pruszkow station of the Warsaw-Vienna railroad, was chosen for the construction of a new hospital, and the plans were drawn up by the academic builder Sztorm.

On July 17th 1888, construction began under the direction of a committee composed of the following: superintendent of the Infant Jesus Hospital r. t. Wilujew, as the chairman, Major General Palitsyn, superintendent of St. John of God Hospital, r. r. St. Styczakowski, r. r. St. Pankow, Dr. Hardin and builder Dziekoński. Supervision of the works was entrusted to builder Mr. Oswald, after whose death the duties were taken by builder Mr. Lempke. The Tworki facility, impressive in its enormity, has two wards: male and female, and a colony for the incurable. Built on dry land, next to a forest and far away from any factories, it provides the sick with fresh air while the internal facilities are designed to provide them with all comforts and make their stay more pleasant. The hospital as a whole consists of twelve residential brick houses, a chapel, two edifices housing machine wards, an electrical station, kitchens, laundries, dryers, ministry apartments, and farm buildings in the courtyard. The front of the building is occupied by a two-story administrative

building, designed to house the chancellery, doctors' apartments and administrative offices, as well as a ward for 12 patients. To the right, in a line, we have a large building for 102 patients, then a pavilion for 10 pensions, then another for 40 patients. This is the men's ward. The left side from the administration house is occupied by the female ward, consisting of the same number of buildings. On the same side in the background the chapel is located on a hill. The center of the courtyard between the aforementioned buildings and the woods is occupied by buildings designed for kitchens, laundries, etc., while next to them is a machine station, water supply and farm buildings. The colony for the incurable is located on the other side of the forest, 5 minute walk from the facility, and includes an administration house and four buildings, each for 26 patients. Carriage houses, stables, cells and so on enclose the yard. A total of 316 patients and 104 incurable, in equal numbers of men and women, will be housed in Tworki. Each pavilion forms a whole, with bathrooms, medical consultation rooms, dining rooms, playrooms and so on. Due to the peculiarity of the institution, the windows are equipped with strong iron bars, while the furniture is characterized by durability. The utility department is arranged according to the latest technical requirements. The kitchen will be heated by steam; it consists of a large apparatus with three large and eight smaller boilers, in which water boils in 5-10 minutes, two potato boilers (it takes 8 minutes to boil one potato crown), and an ordinary stove. Adjacent to the kitchen are two rooms for dividing portions, which is done on four tables with marble tops, heated so as not to chill the food. The mechanical laundry, where 40 boxes of linen can be washed at once, the drying room and the bakery have the latest system of machines and ovens.

The Tworki facility will be the first hospital in our country to be supplied with electric lighting. The matter was discussed at length, but the installation

of a gasworks required a considerable outlay, while electricity proved cheaper and more convenient. The work was entrusted to engineer Mr. Jan Wasilewski, who fulfilled the task impeccably. Eight arc lamps, each with a power of 1,000 candles, and 573 incandescent lamps with a power of 5 to 25 candles, scattered throughout the pavilions, give the hospital an almost solar illumination. The electric station consists of three motors and three dynamo-electric machines of the Edison system, the fourth catenary is used for electric ventilation. The latter is done by means of 18tu windmills, each of which makes 2,000 revolutions per minute. This force pumps out 2,400 cubic meters of spoiled air per hour. Noteworthy is the control board, which allows the lamps to be extinguished or lit in any quantity at the station, which, however, does not prevent the service in a given pavilion from doing this themselves without notifying the mechanic, who again at that moment can inspect where and when the lamps have been extinguished. The cost of the lighting and ventilation equipment was about rs. 42,000, while the annual operation was calculated at rs. 8,850. A large boiler room with three boilers, hydraulic machines, water supply pumps and t. p. complete the mechanical department. Here is a cursory description of the hospital, erected with a level of comfort that is uncommon in our country. For the construction of the edifices and their internal facilities, rs. 782,000, taken from the sources indicated above. The transfer of patients from the Hospital of St. John of God and Infant Jesus to the new premises is to take place in a few days or so."

