



HAL
open science

L'Hôpital Saint-Luc, ancien asile d'aliénés

Audrey Romeas

► **To cite this version:**

| Audrey Romeas. L'Hôpital Saint-Luc, ancien asile d'aliénés. Histoire. 2015. dumas-01291896

HAL Id: dumas-01291896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291896>

Submitted on 22 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE DE MASTER
UNIVERSITÉ DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR
UFR Lettres, Langues et Sciences Humaines

**L'HÔPITAL SAINT-LUC, ANCIEN ASILE
D'ALIÉNÉS**

Sous la direction de M.Laurent JALABERT



Année universitaire 2014-2015
Mémoire de master 1 Spécialité : Valorisation du Patrimoine
et des Politiques Culturelles Territoriales.

UNIVERSITÉ DE PAU ET DES PAYS DE L'ADOUR
UFR Lettres, Langues et Sciences Humaines

Audrey ROMEAS

**L'HÔPITAL SAINT-LUC, ANCIEN ASILE
D'ALIÉNÉS**

Sous la direction de M.Laurent JALABERT

Année universitaire 2014-2015
Mémoire de master 1 Spécialité : Valorisation du Patrimoine
et des Politiques Culturelles Territoriales.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mme Cécile DEVOS, chargée de l'Inventaire du Patrimoine de la ville de Pau, pour m'avoir donné l'opportunité de choisir ce sujet original, de m'avoir accompagné tout au long de mes recherches et de me démarches d'écriture.

M. CENCIC directeur du C.H.P, qui m'a aussi donné l'occasion de me documenter sur différents sites que je connaissais pas, riches en informations. Et surtout m'ouvrant l'accès à son établissement pour pouvoir mener à bien mes investigations.

Le service communication avec Mme Cécile SFALI et Mme Véronique LOUIS, qui ont pris le temps de me faire découvrir l'importance de leur département au sein du monde médical. Ma collaboration a été très instructive de par la mise en place de la journée hommage 150 ans du site et l'accès à d'anciennes photos très intéressantes.

Le service se complète par la présence de documentalistes, Mme MARTINEAU et Mme PEYE BAYLE, qui ont œuvré au bon déroulement de mon travail en me fournissant des documents d'archives, de l'écoute, de l'aide et des conseils, au fur et à mesure de mon avancement dans mon travail.

Et enfin, mon directeur de mémoire, M. JALABERT qui par ses encouragements m'a permis de réaliser un écrit très important.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
Introduction.....	3
Chapitre 1 : Genèse d'un Hôpital Psychiatrique.....	10
Chapitre 2 : Bref panorama de sa conception hospitalière depuis 1864.....	31
Chapitre 3: De nouveaux horizons à la valorisation.....	61
Chapitre 4 : Mémoires hospitalières	93
Conclusion.....	102
Table des annexes.....	115
ANNEXES.....	116
SOURCES.....	120
BIBLIOGRAPHIE.....	123
Index lexical.....	125
Index des illustrations.....	127
Table des matières.....	128

Introduction

S'il ne fait actuellement aucun doute pour chacun que l'hôpital psychiatrique est avant tout destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques, qui s'y rendent pour être soignés, encadrés, il n'en a pas toujours été ainsi. L'hôpital psychiatrique tel que nous le connaissons aujourd'hui a beaucoup évolué au fil des siècles depuis sa création en tant qu'asile, en fonction à la fois de l'évolution des besoins de la population et de leur prise en charge en terme de traitements médicaux.

L'hôpital Saint-Luc dit aujourd'hui Centre Hospitalier des Pyrénées, anciennement l'asile d'aliénés de Pau en est la preuve. Concrétisé par l'adoption de différentes appellations se succédant telles que maison de force, maison de santé passant par asile public, hôpital psychiatrique, Centre Hospitalier Spécialisé finissant par le nom actuel.

Ainsi cet espace hospitalier de 42 hectares diffuse un riche passé historique et architectural. En effet, cette institution psychiatrique, née d'une conjoncture particulière, est vite devenue un élément omniprésent et un rouage essentiel de l'organisation sociale de la ville. Même si les conditions de détention de départ des malades ne sont pas décentes et adaptées aux cas internés (Cf. hygiène), elle a sut s'adapter aux différents contextes remplissant à la fois des fonctions sociales et médicales.

Au XIX^e siècle, le courant de l'aliénisme joue un rôle essentiel dans les projets d'implantation, les choix d'architecture, les lieux de construction, d'édifices spécifiques. En effet, l'apparition de médecins spécialisés : aliénistes. Par leurs recherches, des praticiens tel que PINEL ou ESQUIROL, soucieux d'une pratique thérapeutique adaptée, affichent, reconnaissent le statut de maladies mentales en prônant la réalisation d'un lieu en plein air isolé pour favoriser leur bien-être voire même de leur guérison. Le but est de préconiser des traitements médicaux par la douceur et non plus par la contention pour traiter les aliénés.

Même si pendant fort longtemps ils ont été scientifiquement relativisés ou même remis en cause dans leurs pronostics, la croyance dans les vertus du bon air rural devient une caractéristique reconnue. Très vite apparaissent les premiers asiles suite à l'adoption de la loi de juin 1838, instituant l'obligation de créer pour chaque département un établissement spécifique y plaçant les aliénés. En effet, face à l'augmentation conséquente du nombre de

malades, l'Hôpital général n'a pas de but thérapeutique propre à ce type patient tendant l'exclusion sociale.

L'asile de Saint-Luc voit donc le jour en 1868. Il faut savoir que cette réalisation n'a été possible que grâce à l'intervention d'un médecin renommé le Dr. AUZOUY, ancien élève du théoricien aliéniste ESQUIROL, il est nommé à la tête du conseil de surveillance de la maison de santé de Pau. Soucieux du sort des internés, il constate l'encombrement de la structure devenue trop petite et non conforme aux besoins de ces pensionnaires fragiles. Il convient avec le Conseil Général de l'édification d'un asile sur les terres servant au travail agricole des aliénés, répondant ainsi aux critères de plein-air et d'isolement du malade.

Le site est élaboré et conçu par l'architecte Félix DELARUE, il est récompensé pour son travail d'architecture à l'Exposition Universelle de Paris en 1878, jugée moderne et ambitieuse.

Au fil du temps, l'établissement s'est agrandie et est devenu un espace protégé. Il se veut de nos jours valorisant à travers un véritable patrimoine bâti et paysager tels que la chapelle abritant une œuvre inscrite Monuments Historiques ou encore par une classification Z.P.P.A.U.P. Cette reconnaissance se doit d'exister à travers sa mise en valorisation en tant que patrimoine hospitalier actuellement de plus en plus reconnu par les grandes instances (Monuments Historique, Inventaire Général du Patrimoine...) conduisant à être érigé en tant qu'objet du patrimoine culturel. La mise en avant des 150 ans du Centre Hospitalier des Pyrénées traduit bien cette démarche de patrimonialisation.

Son Histoire fait partie intégrale des mémoires collectives, elle dessine une vie sociale intense entre patients/soignants. Une relation privilégiée s'installe permettant d'établir une connexion entre eux, qui favorise un nouveau rapport envers le malade. La perception de la maladie mentale dit avant la folie n'est plus considérée comme chose diabolique ou qui émane d'une force surnaturelle.

Étudier "L'hôpital Saint-Luc, ancien asile d'aliénés", c'est donc avant tout mettre en lumière son caractère historique, architectural, patrimonial et social, qui détermine sa grandeur, son importance dans le monde hospitalier.

Afin de faire ressortir l'histoire des instituts psychiatriques il est vu que depuis une cinquantaine d'années, la plupart des ouvrages français d'histoire de la psychiatrie conçus, accordent une place importante à des documents inédits, provenant essentiellement de dépôts d'archives parisiens. Les sources utilisées dépendent de l'époque étudiée. Les documents manuscrits mis à jour doivent être replacés dans leur contexte et confrontés aux

imprimés de l'époque. L'intérêt des archives est alors capital pour la remise en cause d'une histoire et comme base d'une approche quantitative de la psychiatrie. Certains chercheurs se sont donc penchés là-dessus

Au début du XIX^e siècle, GAUCHET et SWAIN ont utilisé des sources manuscrites administratives provenant des Archives Nationales et des Archives de l'Assistance publique de Paris (département du Conseil général des hospices). Ils constatent que pour la période 1838-1880, ce sont des documents plus proprement cliniques et médicaux tels que des registres de la loi de Bicêtre et de la Salpêtrière, déposés aux Archives de l'Assistance publique, qui ont été exploités, dans un but purement statistique.

Foucault (1961-1972) a exploité les fonds du XVIII^e siècle de la Bibliothèque Nationale et de la Bibliothèque de l'Arsenal (lettres de cachet) de Paris. Quant à L'Américaine D. WEINER (1977), elle a découvert aux Archives Nationales un document important sur PUSSIN, le surveillant de PINEL, traçant ses mémoires.

On retrouve également en droit, en histoire ou en psychologie, des universités ou écoles rédigeant des mémoires, thèses ou doctorats sur l'histoire de la psychiatrie. A l'exemple de l'École Nationale des Chartes, l'École Nationale de la Santé Publique, ou bien l'École des Hautes Études en Sciences Sociales à Paris.

Mais finalement, les travaux faits en amont sont plus d'ordre général que spécifiques au sujet traité ici. A Pau, les travaux menés sur l'ancien Asile Saint Luc sont quasi inexistantes et non exploités pour les mettre en valeur. C'est pour cela, que la Mission de Valorisation de l'Architecture et du Patrimoine de la ville, en relation avec le Centre Hospitalier des Pyrénées développent un partenariat pour exploiter les sources existantes (archives, plan d'architecture, etc.) pour mettre en place des actions de valorisation.

Cependant, un ouvrage plus récent a été réalisé récemment sur le patrimoine hospitalier en France : *L'hôpital en France : Histoire et architecture* de Pierre-Louis LAGET et Claude LAROCHE, collection Cahier du Patrimoine, 2012. Il aborde ainsi l'architecture asilaire, ses enjeux, ses fonctions, etc.

Cependant la constitution des sources sur l'asile Saint-Luc, a été très fructueuse, m'aidant à répondre à la problématique. Elles m'ont ainsi amené à la découverte des plans de bâtiments (de son origine à nos jours), à l'historique du Centre Hospitalier. Mais aussi, sur son évolution architecturale à vocation « thérapeutique », avec ses fonctions et ses missions au fil des siècles. Elles abordent également la présence d'un patrimoine religieux important au travers de la chapelle Saint Luc ayant pour objectif d'être mise en valeur. En

outre, les trouvailles ont permis de faire ressortir d'anciennes photographies de l'établissement, issues d'anciennes personnes travaillant à Saint-Luc à la retraite.

Dès lors, il convient d'exposer la problématique suivante, L'asile Saint-Luc, une architecture thérapeutique : vers une humanisation et une insertion urbaine ? Il serait alors important de s'intéresser dans un premier temps à la genèse de l'hôpital psychiatrique. Pour ce faire, il nous faudra considérer son architecture spécialisée, ses composantes telle que son administration, puis des exemples modèles adoptés suivis par tous.

Cette évolution aboutie à l'élaboration de l'asile Saint-Luc, c'est pourquoi la deuxième partie sera consacrée à son bref panorama de sa conception hospitalière traitant sa période asilaire, sa première mutation en hôpital psychiatrique puis sa deuxième avec la sectorisation.

Celle-ci conduit à la troisième avec de nouveaux horizons pour l'établissement adoptant ainsi un projet d'établissement viable, en créant un service de communication, destinés à sauvegarder leur site protégé.

Et enfin de par son aspect sociologique et patrimonial, la dernière partie abordera les mémoires hospitalières en retraçant un patrimoine ethnologique et comment est-il devenu objet de patrimoine dans notre société ?

Plan

Chapitre 1 : Genèse d'un Hôpital Psychiatrique

1) Une architecture asilaire

- a) Origines des premiers hôpitaux spécialisés : vers une architecture asilaire
- b) Une disposition architecturale novatrice

2) Une administration importante

- a) Composition et rôle
- b) Évolution du personnel

3) Des modèles universels à l'asile Saint-Luc

- a) Le Mans (1834-1838)
- b) Braqueville (1852-1864)

Chapitre 2 : Bref panorama de sa conception hospitalière depuis 1864

1) La période asilaire

- a) Bâtiments initiaux

b) La colonie agricole de Saint-Luc

c) L'asile Saint-Luc : Érection et bâtiments

2) 1955 à 1970 : Première mutation, un hôpital psychiatrique

a) Changements médicaux

b) Remaniement des structures médicales

3) 1970 à nos jours : une refonte du système de soins, la sectorisation

a) Réforme hospitalière

b) Organisation autour de différents pôles

Chapitre 3 : De nouveaux horizons à la valorisation

1) Un plan directeur pour valoriser l'établissement

a) Scénarios de restructuration

b) Principes

2) Un site protégé et sauvegardé

a) Reconnaissance du Patrimoine bâti et paysager

b) La chapelle hospitalière

3) L'Espace communication de l'hôpital moderne : la valorisation du soin et du quotidien

- a) Le Service communication
- b) Une communication externe essentielle

Chapitre 4 : Mémoires hospitalières

1) Un patrimoine ethnologique

- a) Représentation des maladies mentales
- b) Traitements psychiatriques
- c) Témoins du quotidien hospitalier : les soignants

2) Patrimonialisation hospitalière

- a) Problématiques spécifiques à la valorisation hospitalière
- b) Exemples de valorisation hospitalière
- c) Hôpital Saint-Luc : le choix d'une commémoration

Chapitre 1 : Genèse d'un Hôpital Psychiatrique

1) Une architecture asilaire

Pour comprendre le sens et la fonction qu'expriment les architectes, entre autre soutenus par les indications des spécialistes de la maladie mentale, à la disposition des espaces des établissements psychiatriques. Il faut tout d'abord se questionner sur le moment de la création des asiles. « Asile » prend ici la définition que lui donnera l'aliéniste Jean-Etienne Dominique ESQUIROL dans son œuvre : *Des maladies mentales*. Il désigne les nouveaux établissements destinés spécifiquement aux aliénés en application de la loi du 30 juin 1838. Cette loi impose à chaque département du Royaume la création d'un asile pour aliénés. Remonter à l'origine de l'Asile permet d'en comprendre le sens premier, ainsi que les évolutions à travers le temps. Ce sens a sans doute dirigé et influencé les architectes dans la construction des hôpitaux psychiatriques, de la première moitié du XIX^e siècle à nos jours.

a) Origines des premiers hôpitaux spécialisés : vers une architecture asilaire

Avant la Révolution, la France est en proie à de graves difficultés financières, Louis XVI ne parvient pas à redresser cette situation, d'où des changements fréquents à la tête de l'administration des Finances. C'est dans ce contexte que le financier d'origine genevoise Jacques NECKER est nommé Directeur Général du Trésor en 1776 puis directeur général des Finances l'année suivante. Le Roi le charge en 1778 de réformer le système hospitalier et notamment d'améliorer l'hygiène des hôpitaux, en particulier de ceux qui accueillent les personnes atteintes de maladies vénériennes et psychiatriques.

La plupart des établissements sont correctement administrés et entretenus spécialement par les communautés religieuses, d'autres cependant ne le sont pas... C'est ici que Jean COLOMBIER 'chirurgien' est désigné inspecteur des hôpitaux du Royaume en 1780. A travers sa tournée dans la France il inspecte, examine, divers établissements (hospices, Hôtel-Dieu et hôpitaux spécialisés), sur leurs états et les conditions de vie des malades.

Le constat est alarmant puisqu'il pointe des carences majeures sur les conditions lamentables d'hébergement des internés, et ce, dans la majorité de ceux visités. Des établissements spécialisés étaient bien présents sur le territoire mais en nombre infimes, car la plupart sont localisés en Provence ou au nord de la France.

Un grand débat se tient sur l'aspect curable-incurable, tranché en théorie : tous les aliénés sont susceptibles de guérir. Ceci dit, si la curabilité reste toujours présumée en théorie (c'est une particularité de la psychiatrie française qui refuse de créer, comme en Angleterre, des hôpitaux d'incurables), l'incurabilité s'avère toujours apte à se révéler dans les faits et d'avoir des conséquences importantes, au-delà de l'individu, sur l'institution et son architecture (Cf. disposition architecturale). Ce nouveau statut amène de fait à la nécessité de construire des établissements spéciaux, destinés à «guérir l'âme», distincts à la fois des hospices qui gardent les incurables et les indigents, et des hôpitaux généraux dont la fonction demeure celle de soigner les corps¹.

En 1785, où il est question d'un hôpital pour vénériens, COLOMBIER et DOUBLET (adjoint de Colombier) font paraître à la demande du gouvernement un rapport sur les asiles d'aliénés, intitulée *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles*, où ils préconisent l'adoption d'un agencement spécifique. En effet, les « fous » sont enfermés dans les « maisons de force », peu nombreuses encore (à Paris, Bicêtre ou La Salpêtrière), souvent maltraités, regardés comme des « bêtes curieuses » et dépourvus de traitement médical. La première partie du document concerne la manière de placer, garder et diriger les insensés; puis vient l'organisation des bâtiments, différents pour les malades traités et ceux qui ne le sont pas. Le texte envisage l'organisation des logis individuels, des salles et des cours, des loges avec leur mobilier et leur installation sanitaire, le choix et les qualités requises du personnel soignant, la qualité de l'air et de l'eau, la nécessité de promenades, le régime alimentaire avec la boisson, les vêtements selon le sexe, l'état morbide, l'hygiène corporelle (rasage de la tête par exemple pour éviter les poux)².

De par ce rapport, les auteurs tendent à influencer les projets contemporains relatifs à la construction de logements pour les malades. Chose réussie car ce dossier a un impact retentissant puisque pris en compte par les autorités compétentes, il annonça la création de fondation, sous le nom d'asiles, des premiers établissements spécialement destinés à isoler ceux qui désormais dénommés « aliénés »³. C'est dans notre pays la première fixation de règles de traitement des malades psychiatriques et le début d'un mouvement visant à l'amélioration de leur sort.

1 Pierre Louis LAGET et Claude LAROCHE, *L'hôpital en France : Histoire et architecture*, Lyon, Ed. Lieux Dits, coll. Cahier du Patrimoine, 2012.

2 *Idem*.

3 GRAND Lucile, *L'architecture asilaire au XIXe siècle, entre utopie et mensonge*, 2005.

C'est ici que naît une réflexion mêlant Médecine et Architecture. Les éléments architecturaux se mettent au service du malade : c'est l'apparition de l'Architecture Thérapeutique dont les dispositions sont conçues comme agent thérapeutique à part entière dans l'esprit dérangé des patients. En Septembre 1793, l'arrivée de Philippe Pinel, et de Jean-Etienne Esquirol, élève de Pinel, dans le monde médical, marque un tournant décisif sur la prise en charge de leurs futurs patients. Pinel publie un rapport sur les conditions d'hébergement déplorables des internés : *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de la folie*, en 1805, où il dit que « chaque fou est désormais un malade pouvant guérir, ce qui transforme radicalement et définitivement son statut ».

Chacun a déjà une vision esthétique et administrative de l'asile : «En leur donnant un caractère de grandeur, on en fera des monuments pour les départements; ils inspireront plus de confiance, ils attireront un plus grand nombre de pensionnaires ». De plus, de par un programme médical qui explique les dispositions particulières que l'on peut trouver dans plusieurs asiles hôpitaux, les aliénistes ont en conséquence, des conceptions précises en matière d'architecture proprement dite et d'esthétique. En priorité, PINEL introduit dans l'hospice de Bicêtre à la Salpêtrière, où il est médecin des infirmeries, la notion de classification de maladies. Son disciple Étienne ESQUIROL est le premier à théoriser et concrétiser ses principes. Tout deux sont partisans d'un regroupement dit nosographique, c'est-à-dire selon les critères des diverses espèces de troubles mentaux : maniaques, mélancoliques, déments et idiots. Dès lors, leur répartition s'organise dans des unités architecturales constituées chacune de trois corps de bâtiments disposés en quadrilatère autour d'une cour bordée de préaux, close par un simple portique à claire-voie sur le quatrième côté, ménageant ainsi, à l'intérieur, une ouverture visuelle sur l'extérieur : sections ou quartiers indépendants les uns des autres, établis sur des bâtiments élevés en rez-de-chaussée. Ce procédé évite ainsi au patient un sentiment d'enfermement qui serait néfaste à son rétablissement, en lui permettant de s'aérer et de déambuler notamment⁴.

La leçon ne sera pas oubliée car la plupart des grands édifices construits au XIX^e siècle auront, au moins dans leurs façades, repris ce caractère de grandeur.

En effet, M. TENON, Professeur Royal de Pathologie au Collège de Chirurgie des Académies Royales, des Sciences et de la Société Royale d'Agriculture de Paris, par l'écriture de son mémoire sur les hôpitaux de Paris en 1788, constate qu'après la publication des travaux de COLOMBIER et DOUBLET avec un nouveau système adopté

⁴ Pierre Louis LAGET et Claude LAROCHE, *L'hôpital en France : Histoire et architecture*, Lyon, Ed. Lieux Dits, coll. Cahier du Patrimoine, 2012.

par PINEL puis ESQUIROL, plusieurs architectes se sont appuyés sur leurs ouvrages et leurs préconisations. C'est le cas de l'hospice de la Salpêtrière à Paris, en 1786, sous la direction de l'architecte Charles-François VIEL, dans lequel on retrouve, ces nouveaux quartiers élaborés, des hébergements divisés en loges individuelles ou en petits dortoirs, élevés au rez-de-chaussée, distribués par une galerie-promenoir et disposés en carré autour de jardins⁵.

b) Une disposition architecturale novatrice

L'asile « idéal », défini par les aliénistes, se constitue d'une succession de réponses spatiales à des questions thérapeutiques, morales ou sociales. D'où une disposition architecturale précise avec un emplacement isolé par rapport au reste de la société de même qu'une stricte séparation des sexes. Dans ce domaine, l'idéal serait donc de pouvoir systématiquement construire des établissements distincts, mais l'économie et les projections quantitatives du nombre d'aliénés par département ne le permettent généralement pas, chose qui se révélera fautive (cf. chapitre 1, 2b).

Les asiles réalisés restent des modèles rationalistes. Et si le professionnel exerce son art dans un cadre plutôt contraignant, déterminé en amont par le programme administratif et médical, plus en aval par les impératifs économiques, alors ses réalisations sont souvent reconnues : les aliénistes les prônent, les guides touristiques les mentionnent⁶, la Revue Générale d'Architecture publie même certains projets, les expositions universelles les récompensent⁷.

L'asile inventé au début du XIX^e siècle, est donc un lieu clos, fermé sur lui-même. Les résidents sont « confinés » au reste du monde dans un double but : assurer leur sérénité et rendre ainsi concevable leur guérison tout comme sécuriser la société. Les projets de COLOMBIER et d'ESQUIROL, vus précédemment, démontrent bien cette volonté. À la fin du siècle, c'est le type asile-village qui aura la préférence des professionnels, inspiré du modèle allemand. La résolution reste identique : isoler les aliénés du monde réel tout en recréant un univers qui se rapproche de la réalité. Dans ces asiles-villages, il n'y a ni murs ni clôtures, sauf pour certaines catégories de malades qui restent enfermées dans des

5 LAGET Pierre Louis et LAROCHE Claude, *L'hôpital en France : Histoire et architecture*.

6 Notamment les Guides Joanne, Richard et du voyageur en France, 26^e éd., Paris, 1866.

7 L'asile de Braqueville obtient un deuxième prix à l'exposition universelle de 1867.

pavillons ou cours indépendants⁸.

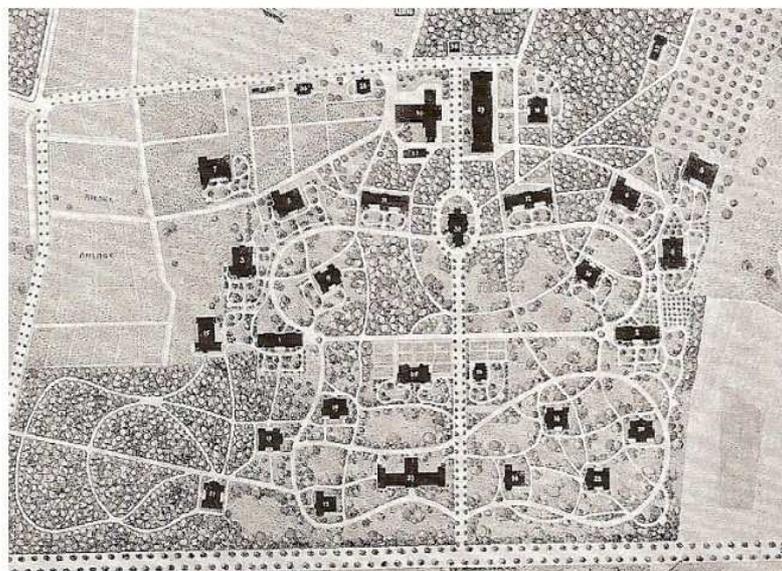


Illustration 1 : Modèle pavillonnaire prussien



Illustration 2 : Asile de Villejuif (1889)

Par ailleurs, les asiles construits à la périphérie ou à l'écart des villes, présentent plusieurs avantages. Tout d'abord, il faut noter l'action bienfaisante et apaisante de la nature sur les aliénés, la nécessité de protéger les patients des regards indiscrets, des moqueries et huées dont ils pourraient être victimes en agglomération, mais aussi, le désir

8 PDF de Hervé GUILLEMAIN, *Une histoire de l'architecture psychiatrique : du modèle asilaire à l'époque du secteur*, Université du Maine, oct 2013.

d'éviter l'agitation et l'insalubrité des métropoles, en particulier manufacturières. La nécessité de disposer d'air pur et d'importantes quantités d'eau paraissent nécessaires au bien-être des malades. Est aussi cité le fait de ne pas exposer le malade guéri à une vive peine en voyant l'asile où il a été interné pendant une période donnée. Ensuite, il est sous-entendu par ces avantages les considérables économies faites sur le prix du terrain comme sur l'octroi, ainsi que les réactions généralement négatives de la population à l'idée de voir un asile s'implanter à proximité. Même construits à l'écart des villes, les asiles doivent toutefois être très facilement accessibles, et ce, particulièrement pour les familles. L'implantation doit donc tenir compte des réseaux de communication existants ou en projet⁹.

Cet asile modèle est diffusé grâce à la publication d'un médecin aliéniste de renom, Scipion PINEL (1795-1859), fils de Philippe PINEL, qui bénéficie d'une bonne aura pour contribuer au développement de ce programme asilaire. Ce système français d'hospitalisation se caractérise par l'existence de deux alignements symétriques de bâtiments ou quartiers (agencé selon un tracé en H), chacun constituant, une section, où se succédaient, à partir de l'entrée principale, selon un ordre différent : le bâtiment d'administration (souvent face à l'entrée pour donner un aspect de grandeur), la chapelle et les services généraux (cuisine, buanderie, lingerie). Un réseau de galeries longitudinales et transversales reliaient tous les bâtiments entre eux, ces dernières étant doublées en milieu de cour, alignement permettant de marquer une séparation entre les divisions hommes/femmes, conformément à la législation¹⁰.

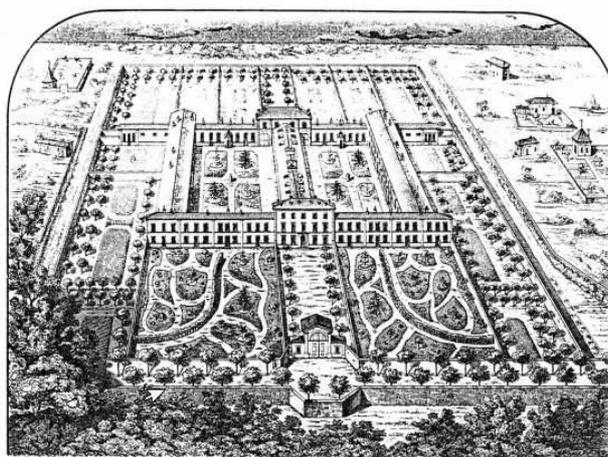


Illustration 3: Plan asile d'aliénés de Niort, 1856

9 *Op Cit.* Pierre Louis LAGET.

10 *Idem.*

De plus, apparaît une collaboration approfondie entre architecte et médecin. Ce qui revient à dire que chaque spécialiste voudrait traduire son idéal thérapeutique dans un plan où les deux professions, celles d'aliéniste et d'architecte doivent collaborer.

Les exemples se font très nombreux : ESQUIROL avec Hippolyte LEBAS (architecte français professeur d'histoire et de théorie de l'art), Guillaume FERRUS (médecin et chirurgien, ainsi qu'inspecteur général des asiles d'aliénés) avec PHILIPPON (architecte), PASQUIER (médecin) avec MONTROBERT (architecte), etc... Dès lors, même si la majorité des réalisations demeure l'œuvre d'architectes départementaux, il est toutefois fait appel à de grands noms pour les projets majeurs : Émile GILBERT construit l'asile royal de Charenton, Charles QUESTEL réalise Sainte-Anne à Paris. Il arrive aussi que ce soit un architecte «spécialiste» qui est sollicité pour la construction de telles bâtisses et également collaborateur attitré de l'inspection, tel que PHILIPPON¹¹.

Dès 1818 ESQUIROL, donne le ton : «Le plan d'un hospice d'aliéné n'est pas une chose indifférente qu'on doit abandonner aux seuls architectes», et plus tard Maximien PARCHAPPE, médecin aliéniste puis inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons entre 1848 et 1866, exprimera le mieux l'idée de cette fusion entre aliéniste/architecte à travers ces mots : «L'asile d'aliénés, architecturalement conçu comme un système d'instruments d'actions déterminées, est devenu en quelque sorte un organisme dont le médecin est l'âme». Selon lui, « un asile d'aliénés doit satisfaire aux règles essentielles de l'art architectural (...), il ne doit pas plus ressembler à un palais qu'à une prison, mais il ne doit pas non plus rappeler l'idée d'un monastère ou d'une fabrique»¹².

C'est à partir de 1830, que des architectes voient dans l'élaboration de ces nouveaux bâtiments, l'idée d'une nouvelle disposition de structures dans les asiles. Pour exprimer au mieux « l'âme des médecins/architectes ». La méthode utilisée rassemble une caractéristique propre à elle : des quartiers bien définis à vocation spécifique et la hiérarchisation des bâtiments au sein de l'ensemble des habitations. Il semble que ce soient les critères principaux répétés dans tous les écrits et toutes les inspections¹³.

Le quartier constitue donc un élément fondateur de l'asile du XIX^e siècle : il compose en soi une unité architecturale et thérapeutique singulière au sein de l'ensemble des constructions. Ainsi, il se cantonne en réalité dans la plupart des cas à une simple

11 Pierre Louis LAGET et Claude LAROCHE, *L'hôpital en France : Histoire et architecture*, Lyon, Ed. Lieux Dits, coll. Cahier du Patrimoine, 2012.

12 *Idem*.

13 Site histoire de la psychiatrie: psychiatrie.histoire.free.fr

subdivision dans un espace uniforme, formé d'éléments architecturaux prédéfinis : dortoirs, chambres, chauffoir, ouvroir, réfectoires, cour, douches, bains, sanitaires, etc... Chaque unité obéit à des règles déterminées, en fonction de ses occupants selon leur mal, la pathologie, etc... Néanmoins, il semble difficile d'adopter un traitement architectural spécifique à chaque quartier. Pourtant, deux d'entre eux au moins font systématiquement l'objet d'un agencement particulier. Le premier est le quartier des agités (également appelés furieux). La plupart du temps, le plan réalisé se trouve sur un quart de cercle mais quelquefois également sur un demi-cercle. Les cellules individuelles ouvrent à la fois sur un couloir, dit de surveillance, ainsi que sur une cour individuelle, le tout présentant la forme d'une part de camembert.

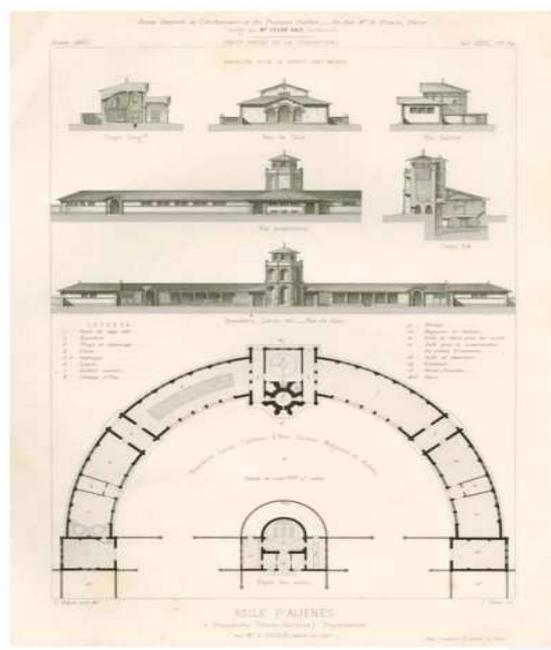


Illustration 4 : Plan de l'asile de Braqueville (Toulouse)

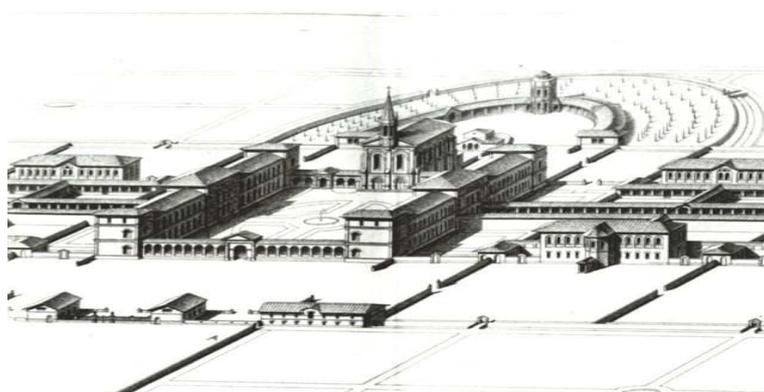


Illustration 5 : L'une des planches publiées dans la Revue Générale de l'architecture

Les différents quartiers de classement s'articulent par conséquent de façon logique, formant un espace hiérarchisé : à l'entrée de l'asile, se trouvent les bâtiments de l'administration ainsi que les quartiers de pensionnaires devant, les aliénés sont au fond. Notons que ces bâtiments administratifs reçoivent toujours un traitement architectural particulier. Leur style général doit effectivement rappeler leur fonction : d'où la présence d'une horloge, d'un beffroi, d'un perron, d'un belvédère, des toitures plus travaillées... Ces édifices plus monumentaux, mis en valeur par un jardin, intègrent très généralement un étage supplémentaire par rapport au reste de l'asile, ainsi qu'une cave. Ils sont aussi plus décorés, avec des entablements sculptés, des frontons ornés, des ouvertures cintrées ou bien encore se distinguent par la mise en œuvre de matériaux plus nobles¹⁴.

La répartition spatiale des secteurs de traitement dans l'asile correspond grossièrement, à la gravité de la maladie. Il faut savoir que l'on met en avant le caractère monumental du site (par l'administration) soit le plus convenable, le plus «montrable» aux visiteurs. Le reste est configuré plus loin (à part le cas des pensionnaires payants, assimilés aux privilégiés)¹⁵.

Tel est l'action de l'architecte Félix DELARUE, chargé de bâtir l'hôpital d'aliénés du Mans, il s'écarte alors des prescriptions esquiroliennes par l'abandon des habitations des malades qui dessinait un quadrilatère autour d'une cour, et ce, au profit de bâtiments massifs de tracé rectangulaire avec en son milieu une cour d'honneur, reliée par des galeries. Le petit plus du professionnel est le placement de constructions, dédiées au service des pensionnaires : cuisine, bain, chapelle, administration. Par cette combinaison, Félix DELARUE inaugure ainsi un type architectural tardivement appelé « système asilaire français », souvent en opposition avec le modèle britannique et germanique et fruit des précédentes expérimentations.

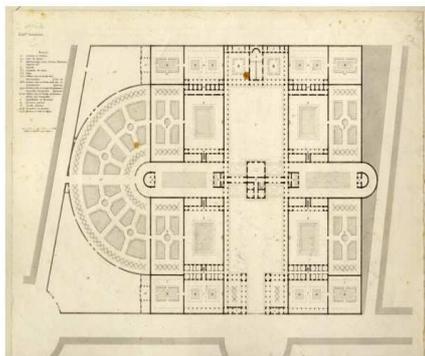


Illustration 6 : Plan modèle, asile du Mans

14 Lucile GRAND, *L'architecture asilaire au XIX^e siècle, entre utopie et mensonge*, 2005.

15 *Idem*.



Illustration 7 : Plan des pavillons réalisés au Mans (fin XIX^e siècle)

Au final, il s'agit de trouver plusieurs combinaisons qui concentrent les malades, les répartissent et les réunissent en groupes; elles doivent aussi parallèlement, les éloigner et les relier, et puis résoudre le problème de la division, de l'isolement, ainsi que de l'indépendance, de même que celui de l'unité et de l'ensemble. Alors, comment réunir toutes ces instructions si contradictoires ? Le challenge s'avère intense, de plus il reste à se demander, dans quel cadre et sous quelle conjoncture se développe ce concept radicalement nouveau pour une architecture aux vertus thérapeutiques ?

Dans ce processus, il y a d'une part un côté juridique et d'autre part un côté médical. L'aspect juridique se traduit par une loi répartissant les aliénés en deux classes : les dangereux et les autres, qui les différencie ensuite selon leur situation matérielle : indigents ou non. La législation signale désormais que les établissements doivent établir des quartiers distincts pour certaines catégories de malades, en particulier les épileptiques. Concernant l'aspect médical, l'aliéniste quant à lui, établit une véritable nosographie fondée sur la nature de la folie. On retrouve donc un archétype chez tous les praticiens: manie, folie, imbécillité, idiotie. Toutefois, les aliénistes créent chacun leur propre classification, aboutissant à des résultats très variés et suscitant de nombreuses controverses ou discussions scientifiques. Il semblerait alors possible de constater que le quartier de classement reflète les résultats de l'examen médical des aliénés : cela se révèle être faux. En effet, l'on ne se préoccupe pas obligatoirement du lien logique qui devrait unir la théorie et sa traduction dans la réalité architecturale. Le directeur d'asile, le plus souvent médecin lui aussi, ne reprend pas forcément une classification « type » déjà existante, celle des malades se fondant exclusivement sur leur comportement : agités, semi-agités, tranquilles, malpropres (ou gâteux). Suivant certains établissements, peuvent

s'ajouter à cette « liste » : les épileptiques, les suicidaires, les vieillards, les enfants, les convalescents, les imbéciles (à ne pas confondre avec les idiots), etc¹⁶.

Pourtant le regroupement des aliénés selon le système nosographique d'Esquirol se trouve abandonné en 1825 car on s'aperçoit qu'un tel regroupement peut nuire à certains patients. En effet, prenons par exemple le cas d'un mélancolique suicidaire côtoyant des individus du même mal, cela ne l'aiderait pas à guérir. Pareillement, pour un maniaque entrant dans sa phase d'agitation demeure le risque de susciter la panique chez les autres pensionnaires prédisposés. Par conséquent, il s'avère préférable de regrouper les malades non pas par système nosographique mais par critères comportementaux : état de tranquillité ou d'agitation, folie furieuse, malpropreté, impotence et gâtisme. Cela a donc des incidences architecturales: les grands agités et fous furieux alors logés dans des quartiers dits de sécurité subdivisés en cellules individuelles. Les gâteux, les paralytiques et impotents sont quant à eux, situés au simple rez-de-chaussée. Concernant les mélancoliques qui ont des lits au premier étage, des barreaux sont installés aux fenêtres ainsi que des grilles de jour dans les cages d'escalier, permettent d'éviter certains drames fatales. Malgré tout, ces nouveaux types de répartition et d'agencement, paraissent vivement critiqués, contestés, pour finalement se retrouver complètement délaissés et abandonnés du vivant d'ESQUIROL. Les malades demeurent donc totalement isolés les uns des autres¹⁷.

Notons qu'une catégorie d'internés est vouée à recevoir un traitement particulier , celui des pensionnaires. Destinés à accueillir une clientèle aisée, voire riche, ces secteurs souvent réalisés après l'asile principal, sont aisément identifiables : la recherche architecturale est plus importante, les ouvertures, le décor, les matériaux mis en œuvre ou bien encore les jardins, souvent vastes et dessinés à l'anglaise, les distinguant et les isolant du reste de l'asile. Parfois, il s'agit de véritables pavillons indépendants, ayant leur propre jardin clos, le style architectural peut s'avérer d'autant plus libre. Les aménagements intérieurs, également conçus différemment permettent d'y trouver, selon les classes et les endroits : salon, bibliothèque, salle de jeux, chambre de domestique, etc... Cette disposition dans le but que les malades trouvent un univers correspondant à celui qu'ils ont quitté. Ces efforts indiquent dès lors le souci de plaire aux pensionnaires et de rassurer leur familles¹⁸.

16 *Op Cit. L'hôpital en France : Histoire et architecture.*

17 Mémoire d'Alain LEFEVRE, *La folie et son traitement à Pau au XIX^e siècle (L'asile Saint-Luc de Pau)*, UPPA Pau, 1981.

18 Lucile GRAND, *L'architecture asilaire au XIX^e siècle, entre utopie et mensonge*, 2005.

Par ailleurs, même si une classe sociale est privilégiée, les constructions des autres malades se révèlent aussi spécifiques, par leurs matériaux, le nombre et taille des ouvertures, le mobilier différent de ce que l'on trouve dans le reste de l'asile, sans que, pour autant, une règle absolue puisse être indiquée. Selon les établissements il y a alors parquet ou carrelage, porte pleine ou à guichet, fenêtre ou non, murs recouverts de bois, de tissu rembourré, peints à la chaux, lits fixés ou pas au sol, présence ou absence de table et de chaise, etc... Chacun de ces choix étant motivé par des raisons médicales, de salubrité, de commodité d'entretien ou de surveillance, de confort pour les malades. De plus, les adaptations sont permanentes, pour des établissements destinés à durer¹⁹.

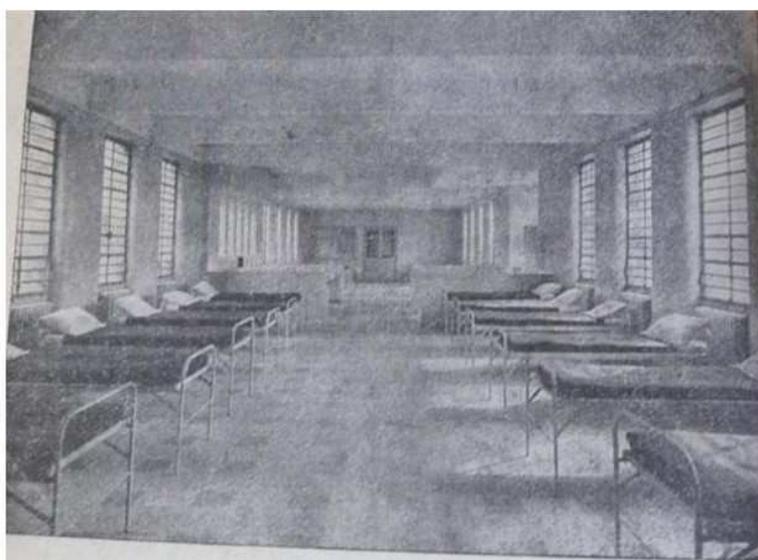


Illustration 8 : Exemple d'une chambre dortoir

Au terme, il y a vraiment une volonté de distinguer les différents types de catégories d'aliénés allant de la masse des indigents aux pensionnaires aisés. Cela traduit toujours une existence élitiste encore bien définie au sein d'un asile (cf. privilèges). Essentiel pour le haut rang afin que les proches n'aient pas d'aversion à y faire interner les malades. De plus, même en dehors de la ville, il faut que l'établissement apparaisse comme « en quarantaine » évitant toute suspicion.

19 *Idem.*

2) Une administration importante

Qui dit asile, dit administration omniprésente au sein de l'établissement. Celui-ci réunit divers services qui sont indispensables au bon fonctionnement de cette véritable petite ville. Chaque service recense des postes importants et définis avec un rôle, missions précis.

Et puis, au fil du temps, le tout est géré par le département, puis par le biais d'une commission de surveillance dont les postes sont validés par le préfet. Celui-ci valide les différents types de placement des malades. Ce personnel se voit évoluer par un accroissement du nombre d'internés, certains postes se multiplient.

a) Composition et rôle

L'administration au sein d'une asile désormais plusieurs départements indispensables pour le fonctionnement de ces établissements. On trouve alors une commission de surveillance, une administration, un personnel médical. Ainsi qu'un personnel religieux qui gère les structures asilaires à l'époque.

Chacun des postes dans un établissement asilaire a une fonction et joue un rôle bien précis. Les principaux vont être développés par ce qui suit.

Bien entendu, le nombre du personnel varie en fonction de l'établissement les chiffres étant représentatifs de la superficie du site.

Le personnel de surveillance se compose ainsi d'une surveillante « en chef » (en principe c'est la supérieure des sœurs) section femmes, des surveillants dont un « en chef » section hommes. Ce service de surveillance est continu, et ne peut, en aucune circonstance, être interrompu ni le jour ni la nuit. En conséquence, les gardiens et gardiennes habitent les divisions le jour comme la nuit ; ils ne peuvent les quitter, même aux heures des repas qu'en assurant la présence de gardiens ou gardiennes par division. Un personnel secondaire assure le service intérieur de la division des hommes ainsi que les services secondaires des magasins, des bureaux, des ateliers, des jardins etc²⁰.

L'administration est formée d'un receveur-économe, un commis d'économat, un

²⁰ Alain LEFEVRE, *La Folie et son traitement à Pau au XIX^e siècle (l'asile Saint-Luc de Pau)*, 1981, Université de Pau et des Pays de l'Adour, Pau.

secrétaire de direction, des jardiniers, un chef agricole, un concierge, un chef d'atelier, des cuisiniers/cuisinières, un mécanicien, des maîtres-ouvriers. Tous sont employés par le département mais la gestion se fait par l'économe de l'hôpital. En effet, les services économiques de l'établissement lui reviennent mais placés sous le joug du Directeur. Autrement dit, l'économe est chargé de la réception, de la conservation et de la distribution des denrées et autres objets de consommation. Il procède ou fait procéder par les agents de l'économat à la distribution des divers objets de consommation en se conformant aux règlements. Pour garder la trace de ces « transactions », tout est noté sur des registres auxiliaires. En ce qui concerne les concierges, etc. ceux-ci se doivent de faire exécuter à l'égard de tous, sans exception, la consigne générale et celles particulières, données par le directeur, et qui doivent être affichées dans leur loge.



Illustration 9 : Personnel de cuisine



Illustration 10 : Personnel de la boulangerie

Le personnel médical quant à lui, se compose d'un médecin-directeur, un médecin-adjoint, des internes en médecine, des infirmiers/infirmières (dont « en chef », titulaires ou auxiliaires), pharmaciens/pharmaciennes, puis les sœurs hospitalières. Le poste phare concerne le directeur, en général lui-même médecin à l'époque, est chargé, sous l'autorité du Préfet, de gérer l'administration intérieure de l'asile. Son poste lui confère de s'occuper aussi bien des registres des patients (entrées, sorties, décès...), que de ceux du personnel médical employé. Sa mission consiste également à transmettre les archives de la structure médicale. Il régit le budget annuel avec l'avis de la commission de surveillance: travaux, réparations et rénovations des bâtiments...et dresse un bilan annuel de faits principaux, rendant compte des incidents, suicides, meurtres, etc... au sein de l'établissement²¹.

Et enfin, le personnel religieux est omniprésent dans l'établissement, se fait par un Aumônier, les sœurs, des infirmières laïques section femmes, de même qu'une maîtresse de musique. Le rôle le plus important reste celui de l'aumônier, qui célèbre la messe tous les jours, ainsi que les vêpres, le salut et les exercices d'usage dans l'établissement, tous les dimanches et jours de fêtes. Il administre les secours spirituels aux malades ainsi qu'aux fonctionnaires employés, aux gens de service qui les réclament. Tous les autres exercices particuliers et/ou extraordinaires ne peuvent avoir lieu qu'avec le consentement du Directeur. Il faut aussi savoir qu'une liste d'aliénés est dressée pour les admis aux offices, par les médecins de service. De même que les deux sexes doivent être complètement séparés à l'intérieur de la chapelle. En plus de l'aumônier au sein d'un asile, des religieuses l'accompagnent, qui ont aussi un rôle important auprès du personnel. En effet, elles s'occupent surtout de la direction secondaire des services économiques allant de la cuisine, à l'office, en passant par la lingerie, le vestiaire. Parallèlement, ces dernières encadrent également des ateliers pour femmes²².

b) Évolution du personnel

La création des asiles par la loi de juin 1838, répond à un besoin largement sous-évalué la population de malades explose engendrant une augmentation du personnel.

Véritablement au fil des années, le personnel de chaque asile évolue sans cesse. C'est le

21 Site histoire de la psychiatrie en France : www.psychiatrie.free.fr

22 *Idem*.

cas de l'asile Saint-Luc à Pau. Il faut savoir qu'à ses débuts l'asile compte 26 employés dans sa totalité, puis en 1886, on passe à 94 personnes. En vingt ans le personnel a été multiplié par 4, portant surtout sur le personnel de surveillance, les infirmiers, ainsi que les Sœurs hospitalières qui sont hautement considérées par les directeurs-médecins, même si elles tendent à disparaître par la suite. Cela se manifeste par la population d'internés qui ne cesse d'augmenter, de par la reconnaissance du statut « d'aliénés ». On passe donc de 16 membres de personnel de surveillance à 71. En moyenne un gardien ou gardienne a en charge 20 aliénés puis sera réduit à 10. En effet, il semblerait que la surveillance est un point pris plus au sérieux qu'auparavant. A la fin du XIX^e siècle, les médecins-directeurs sont dépassés à cause de la surcharge de l'asile et cherchent des moyens pour freiner cet accroissement. En 1898, on décide de « précipiter » la sortie de patients les plus calmes, on pense ainsi pouvoir restreindre le nombre d'internés. De plus, avec le nombre très conséquent des aliénés, cela limite fortement une relation privilégiée médecin-malades. Effectivement, avec 900 aliénés au compte de Saint-Luc, les relations restent lointaines et épisodiques²³.

On constate donc indépendamment de l'aspect médical d'un asile et de ce que l'on croit, se cache derrière tout un monde administratif permettant le fonctionnement du site. Elle gère, régent, le site allant de la vie quotidienne à l'économie de la structure.

3) Des modèles universels à l'asile Saint-Luc

Après les fondements sur l'organisation et la conception d'édifices dits asiles instaurés par la législation, plusieurs établissements ont suivi le mouvement en déployant leur mise en place. Plusieurs deviennent des modèles de construction par leurs esthétismes, leurs architectures, illustrés ici par celui du Mans et de Braqueville (Toulouse), inspirant de ce fait celui de Saint-Luc qui devient l'un des plus importants de France.

a) Le Mans (1834-1838)

Le Mans fut l'un des premiers asiles de France puis également l'un des plus gros

23 *Op Cit.* mémoire Alain LEFEVRE.

pensionnats pour aliénés de tout l'ouest français, construit en 1838 (suite à la loi Ferrus) il sera un modèle pour les autres édifices asilaires. Tout débute à la veille de la Révolution Française où des théories d'aliénistes voient le jour : communiquer avec le fou est possible. Le statut de "malade" passe à "aliéné", mais toujours considéré comme dangereux. A la fin du Premier Empire, un projet se dessine: réunir tous les aliénés dans un endroit spécifique. L'asile ne voit cependant pas tout de suite le jour, car malgré des prémices sur la maladies mentales, elles sont encore peu influentes à cette époque. Un premier projet est adopté, traduit par l'ingénieur CHARRIER, avec l'adjudication de loges au seul hôpital présent du Mans en 1818²⁴.

A partir des années 1820, une réelle prise de conscience amorce l'élaboration d'un projet à part entière avec plusieurs esquisses mais souvent non conformes à l'augmentation importante des aliénés. Une va se distinguer pour être adoptée, celle de Pierre Félix DELARUE, architecte départemental et diocésain.

Que serait l'asile sinon par une autre figure marquante des mémoires psychiatriques : le Dr. Gustave ETOC DEMAZY (1806-1893). Nommé à 25 ans premier médecin-chef de cette institution, il y consacre sa carrière jusqu'en 1872. Ancien élève d'ESQUIROL et de FERRUS, il proclame en 1831, de faire de l'établissement l'un des plus influents au niveau provincial. Son but est d'en faire un véritable instrument de guérison d'où la Direction confié à des médecins. ETOC prône également le traitement moral avec des travaux divers avec toutefois des techniques se révélant menaçantes²⁵.

Ainsi tout est en place pour permettre la conception d'un asile moderne. En effet, l'édifice voit le jour en 1829 suivant les idéaux de célèbres aliénistes (PINEL, ESQUIROL). Le site se place hors de la ville entouré de deux rivières, conçu pour réaliser des agrandissements conséquents, propice à l'ordre, au calme et à l'harmonie.

Son architecture s'établit à partir du plan type hospitalier d'Hippolyte LEBAS, c'est-à-dire une surface symétrique, simple, permettant de différencier le côté homme/femme, desservis par des galeries qui entourent les services centraux et la chapelle. La présence des pavillons forment des cours fermées mettant en avant un plan classique dit "en peigne" (Cf. la plan asile le Mans). On en compte 4 ou 5 par division, n'oublions pas l'existence des chalets pour les classes supérieures donnant un meilleur confort. Le rez-de-chaussée est consacré au réfectoire, à la salle commune, salle de travail. Quant au premier étage, il

24 Site de l'université du Mans : http://histoire-psy.univ-lemans.fr/histoire_psychiatrie

25 *Idem*.

est voué au dortoir (12 lits)²⁶.

A la fin du XX^e siècle, le déménagement du site devient essentiel car la promiscuité puis le manque de place règnent. Toute tentative d'extension devient impossible, avec l'arrivée du TGV en 1989. Son déplacement s'effectue sur Allonnes, sous le modèle d'asile-village, permettant de compléter celui de rééducation préexistant. Son agencement est tellement grand que les médecins se déplacent en voiture à l'intérieur.

Sa renommée se traduit de nos jours par une reconnaissance architecturale. Effectivement depuis 2004, l'établissement fait l'objet d'un classement au titre des Monuments Historiques après une tentative de Prosper Mérimée en 2001. Finalement cinq parties sont inscrites : la chapelle, la conciergerie, le pavillon, la galerie et l'élévation.

b) Braqueville (1852-1864)

Avant d'arriver à la construction du célèbre asile de Braqueville à Toulouse, les indigents et toutes autres catégories de malades étaient internés à l'Hôpital de la Grave. Sa création remonte à 1197. Les conditions de vie y étaient difficiles sans espoir de guérison véritablement. La mortalité est omniprésente et les soins très insuffisants pour les maladies présentes. L'arrivée du Dr. ESQUIROL, réputé dans le domaine des maladies mentales, au XIX^e siècle va radicalement changer la donne en terme de compréhension de la folie.

Suite à la Loi de juin 1838, le Conseil Général de la Haute-Garonne reconnaît l'urgence d'équiper le département d'un asile. Les premières propositions ne sont proposées cependant qu'à partir de 1846. Il est vrai que l'élaboration de cet asile a été longue (6 ans), malgré bon nombre de projets ambitieux, il faut attendre encore douze ans avant la fin des travaux de l'établissement. Les premiers plans sont soumis par Louis-Raymond DELOR DE MAZBOU, architecte des hospices de Toulouse en 1846, puis par Edmond CHAMBERT, architecte du département. Toutefois leurs projets ne sont pas retenus, le plan final retenu est celui de l'architecte de la mairie de Toulouse en 1848, Jacques-Jean ESQUIE. Afin de mettre en place cela, il a fallu trouver un endroit adaptable aux constructions et surtout agréable pour les patients. En effet, le choix du site ne résulte pas d'une décision anodine, son emplacement constitue un rôle fondamental pour le cadre de vie des aliénés. C'est un cadre rural qui domine permettant d'une part le travail agricole

²⁶ *Idem.*

(Cf. enjeux économiques) et d'autre part un traitement curatif pour les patients (Cf. reconnaissance du travail en plein air pour la santé)²⁷.

Débuté ainsi en 1852 le vaste chantier de l'asile de Braqueville, avec une main-d'œuvre abondante notamment des malades de la Grave. Les travaux se terminent en 1864, soit 12 ans après leur commencement.

La conception du plan général repose sur 2 axes symétriques séparant deux alignements parallèles de pavillons avec au centre la cour d'honneur rassemblant les administrations. Le but du plan symétrique permet de réduire les distances entre les bâtiments.

Concernant la bâtisse livrée par ESQUIE, il est le résultat du modèle du genre. En effet, la répartition suit les principes d'ESQUIROL c'est-à-dire la séparation des malades en différentes pathologies. Les pavillons sont donc isolés les uns des autres et distingués par quartiers Homme/Femme, sept en tout. La typologie des maladies mentales est faite sur la base énoncée par les médecins DELAYE et MARCHANT. De plus, chaque pavillon débouche sur un jardin intérieur offrant une vue sur la campagne grâce à l'aménagement de saut-de-loup évitant l'utilisation de murs d'enceinte, connotation d'enfermement. Au final, architecture et thérapie sont au service de l'un et de l'autre²⁸.

Le style de l'édifice dégage une valeur esthétique propre au classicisme (Cf. arcades de la cour d'honneur), au romano-gothique avec la chapelle, ainsi qu'à l'architecture locale par l'emploi de briques rouges, rosées.

Non seulement l'asile a été reconnu internationalement, par la remise à ESQUIE, du deuxième prix d'architecture à l'Exposition Universelle de Paris en 1867, pour sa construction. Mais qu'est ce que serait l'établissement sans l'homme qui a impulsé son édification: le D. Gérard MARCHANT. Né dans le sud de la Haute-Garonne, il réalise des études de médecine à Toulouse en suivant particulièrement l'enseignement d'ESQUIROL. Choqué par les conditions de vie des malades dans l'hospice, il rédige un rapport et mène de front avec DELAYE une campagne pour la création d'un asile. Chose faite plus tard car il obtient par le Département l'accord de cette création. Durant toute sa vie, il essaye de tenir l'établissement au rang de modèle : "Mon existence à Toulouse n'a été consacrée qu'à une pensée unique, la construction d'un asile", Gérard MARCHANT, lettre au préfet, 1861. Il mène à côté une profession d'enseignant en médecine à l'école légale de Toulouse.

27 Site du Centre Hospitalier Gérard Marchant : www.ch-marchant.fr

28 *Idem*.

Décédé en se faisant agressé par un pensionnaire, l'asile de Braqueville prend son nom, Hôpital psychiatrique Gérard Marchant, lors du changement d'appellation en 1937 des structures asilaires.

Même si Braqueville n'a jamais été inscrit au titre des Monuments Historiques, il sera néanmoins "le seul édifice du XIX^e siècle de Haute-Garonne qui ait une telle importance historique, artistique et patrimoniale" (Odile FOUCAUD, maître de conférence d'Histoire de l'Art moderne à l'Université de Montpellier).

L'exemple de ces cas démontrent bien l'émergence de deux établissements très vite érigés après la Loi de juin 1838, ordonnant à chaque département l'adoption d'une structure spécifique aux aliénés. Tous deux symbolisent une conception modèle et conforme aux souhaits de l'époque, où les autres vont prendre exemple. Ainsi L'asile Saint-Luc à Pau suit en 1868, la continuité de ces constructions en élaborant à sa tour un plan moderne et ambitieux. Toujours en respectant les principes fondamentaux de cette période (Cf. classement en quartiers suivant une typologie).

**Chapitre 2 : Bref panorama
de sa conception
hospitalière depuis 1864**

1) La période asilaire

L'ancien Asile de Pau dit Hôpital Saint-Luc a bien évolué au fil du temps. Il existe toujours sur son emplacement d'origine (1864), connu aujourd'hui à Pau sous le nom de C.H.P (Centre Hospitalier des Pyrénées). Pour parvenir à cette situation actuelle, il a fallu attendre longtemps des idées novatrices de l'époque. Mais aussi, une collaboration efficace entre architectes et médecins, pour ériger un véritable asile adapté aux malades.

Cependant, il a été nécessaire de patienter jusqu'au XVIII^e siècle, pour que de réels changements se produisent offrant un véritable tournant avec des progrès accomplis. Toutefois, ce n'est qu'à partir du XIX^e siècle que naît la réalisation d'un véritable Asile.

Il convient donc ici de se pencher sur l'origine et l'évolution des différents établissements constitués jusqu'à la concrétisation de l'asile Saint-Luc, de 1864 à 1955.

Ensuite, il paraît intéressant de voir la conception architecturale du futur Asile avec ses différents bâtiments considéré comme l'un des plus importants et modernes du XIX^e siècle en France.

a) Bâtiments initiaux

Jusque vers la fin du XVIII^e siècle, tous les aliénés étaient enfermés dans la prison du Château de Pau. Ces emprisonnements, qui, à l'époque s'effectuent sous « ordre du Roi » relève en principe d'une première initiative familiale pour faire placer un ou des malades.

Tout change à Pau le 9 mai 1771, date à laquelle la ville de Pau achète au Sieur BERDOULET un immeuble cours Bosquet, (emplacement actuel du musée des Beaux-Arts) pour accueillir les aliénés et d'autres catégories de malades que les hospices ne peuvent gérer (tels les vénériens, les syphilitiques, les fous-furieux...). En effet, les hospices soignent les maladies du corps mais ne peuvent prendre en charge les pathologies mentales du fait de leur surcharge et de leurs compétences insuffisantes en la matière. Ainsi, fût créée la maison de force qui remplace la prison pourtant y ressemble fortement¹.

Le 25 Août 1777, une adjudication de trois loges supplémentaires pour les fous-furieux sont installées dans les bâtiments de derrière, avec cours et jardins donnant sur la rue Porte Neuve (de nos jours rue Henri Faisans). Opération ayant pour but de libérer de la place

¹ BAILLARGER, CERISE et LUNIER, *Annales médico-psychologiques relatif à l'aliénation mentale, aux névroses et à la médecine légale des aliénés*, Paris, 1869.

dans les anciens bâtiments, pour recevoir des mendiants et vagabonds. On parle ici de maison de Santé plutôt que maison de force qui sous-entend une connotation péjorative et jugée désormais impropre.



Illustration 11 : Rue Porte Neuve (XVIII^e siècle)

Malgré toutes ces dispositions et améliorations effectuées, les critiques demeurent. Ce que l'on reproche à cette fondation ainsi qu'à ses annexes, c'est à la fois le mélange des malades mentaux avec d'autres personnes hospitalisées, de même que les locaux qui semblent non convenables par rapport aux différents types de pathologies présentes. Situation ne permettant pas des traitements adaptés et des conditions de vie décentes (cf. dernier chapitre)².

En 1830, l'arrivée du docteur CAZENAVE chamboule l'ordre médical. Médecin de la ville, nommé à la commission de surveillance de la maison de santé, il va allier le médical et l'administration (cf. aux prémices du médecin-directeur gérant les futurs asiles). C'est une nouvelle ère qui commence avec lui puisqu'il souhaite établir une distinction des types de folies, redéfinir le but de la maison de santé, adapter les locaux aux fous-furieux, guérir les patients « guérissables »... Toutefois il devient célèbre assurément en 1834 quand il abandonne l'utilisation des chaînes, de la camisole, du carcan, des menottes, sur les aliénés. Il apparaît alors comme un libérateur et est même nommé le Pinel païlois. Dès lors, l'idée de concevoir un asile public, pour aliénés uniquement, arrive dans son esprit³.

Cela deviendra une obligation, avec l'approbation de la loi FERRUS le 30 juin 1838, qui impose à chaque département du pays l'ouverture d'un asile pour aliénés. De plus, le 18

² *Idem.*

³ Site histoire de la psychiatrie : psychiatrie.histoire.free.fr

décembre 1839, la loi donne un statut particulier à ces structures en les érigeant en établissements publics. C'est-à-dire qu'ils passent donc sous l'autorité du Ministre Secrétaire d'État au département de l'Intérieur et des Préfets de départements. Par ailleurs, les médecins-chefs apparaissent et sont nommés par le Ministre de l'Intérieur ou Préfet. Autrement dit, la gestion des hôpitaux/asiles se retrouve rattachée au pouvoir central. Ainsi, sous l'impulsion du Dr. CAZENAVE et de son successeur le Dr. CHAMBERT, la ville de Pau va se doter d'un asile édifié sur les vieilles constructions de la maison de force⁴.

En 1842, c'est le Dr. AUZOUY, nouveau médecin dirigeant la maison de santé, qui va mener de front ces travaux. C'est l'installation de deux immenses bâtiments longitudinaux et parallèles, divisés chacun en six segments formant des quartiers avec des cours intérieures. Tout en essayant de l'organiser avec les grands principes d'aliénistes (FERRUS, ESQUIROL). La maison de santé devient ainsi "asile public d'aliénés".

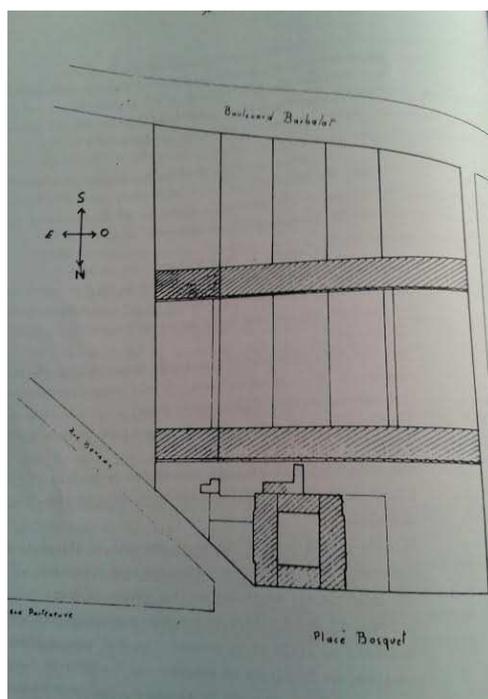


Illustration 12 : Plan de l'asile public de Pau (Place Bosquet)

Mais demeurent toutefois divers problèmes : il y a un blocage avec les constructions existantes. De par sa situation en ville, l'agrandissement des locaux se voit perturbé. Et

4 *Idem.*

d'autre part, il y a un véritable ennui sur l'accroissement de la population malade, l'asile accueille les aliénés de plusieurs départements : Landes, Hautes-Pyrénées et Basses-Pyrénées. Cette conjoncture est due aux problèmes de financement des différents départements, n'ayant pas les mêmes moyens pour faire ériger un asile dans leur ville, l'idée est de rassembler les aliénés de ces trois départements, pour réduire au maximum les frais. Cette surpopulation crée un entassement des patients sur plusieurs étages, non « conformes » au bien-être des malades car ils ne disposent pas d'espaces réglementaires pour leurs épanouissements mentaux : les bâtiments se résument à des préaux restreints⁵.



Illustration 13 : Asile public de Pau (Place Bosquet)

Les plans d'améliorations, s'enchaînent plus ambitieux les uns que les autres, s'inspirant toujours des préceptes des grands aliénistes. En revanche s'ils ne voient pas le jour, ils témoignent néanmoins d'une volonté de s'adapter à l'essor médical. La ville sait ce qu'elle veut mais faut-il encore pouvoir financer ces projets. Le retard dans les projets est surtout lié aux manques de moyens de financement pour les agrandissements et réorganisations.

Outre les problèmes financiers pour les agrandissements et d'organisation du site. Les dirigeants tentent de coordonner au moins un point important de l'établissement : le travail. Il représente une habituelle préoccupation dans l'esprit des aliénistes. Les malades doivent être occupés à diverses tâches dans la journée, pour les soulager de leurs pensées noires⁶.

En 1849, le travail est officiellement institué à l'asile et on s'efforce de renouveler les pratiques avec une véritable méthode thérapeutique. L'intérêt pour le travail est reconnu pour certains malades. Ils s'adonnent à divers travaux d'extérieur ou d'intérieurs (jardinage,

⁵ Site de l'histoire de la psychiatrie : www.psychiatrie.histoire.free.fr

⁶ Mémoire d'Alain LEFEVRE, *La folie et son traitement à Pau au XIX^e siècle (L'asile Saint-Luc de Pau)*, Pau, 1981.

lavage...). Chaque patient travaille 10h par jour et 8h en hiver. Tous sont gratifiés pour leurs travaux (Cf. patrimoine Ethnologique). « L'avantage » de ce système est de faire des économies non négligeables sur la vie quotidienne, comme les fruits et légumes⁷.

Ceci dit, les aliénistes prônent surtout le travail en plein air, car selon eux le travail de la terre relève de la première nécessité. Or, la lacune première reste le manque de place pour constituer une véritable exploitation agricole. Le besoin de créer une colonie rurale se fait de plus en plus insistant. C'est pour cela, que l'asile décide de louer, tout d'abord une ferme distante de 2,5 km du centre, sur la route de Tarbes. L'acquisition des terres environnantes permettra de constituer un domaine de 45 hectares, entre 1834 et 1854.

En novembre 1860, l'asile commande l'achat des annexes agricoles constituées et de l'installation à Pau, de sa colonie produisant des céréales, certains légumes et pratiquant l'élevage. (Cf. Colonie agricole St-Luc)⁸.

C'est le point de départ d'une implantation qui est définitive sur le site.

Effectivement, au résultat du manque de place, les agrandissements limités, la position de l'asile en ville, les coûts financiers exorbitant tant pour la vie quotidienne que pour les améliorations du site, le Dr. AUZOUY conforte l'idée le besoin de construire un autre asile ailleurs, auprès des autorités locales.

C'est en Juillet 1865 que la première pierre de l'asile est posée sur le site avec la vaste dépendance agricole. Le déménagement de l'ancien site a lieu le 15 juin 1868. L'asile est donc créé, portant le nom d'Asile Saint-Luc (patron des médecins)⁹.

b) La colonie agricole de Saint-Luc

La création par les Asiles de colonies agricoles devient une grande mode entre 1860-1862. A Pau, il se trouve que l'existence d'une ferme devenue annexe existe depuis 1849. Il semble d'ailleurs qu'elle soit la première à être organisée en France comme une annexe séparée de son bâtiment initial. En effet, lors la formation de la ferme elle est placée sur des terrains excentrés, loués à la ville. Après trois ans de location, la colonie devient propriété de l'Asile. Son installation se fait le 2 novembre 1860, avec une superficie de 14 hectares, puis 23 en 1868, allant jusqu'à 37 hectares en 1870.

A ses débuts, on y installe 5, puis 12 et enfin 25 convalescents, accompagnés d'un

7 *Idem.*

8 Mémoire d'Alain LEFEVRE, *La folie et son traitement à Pau au XIX^e siècle (L'asile Saint-Luc de Pau)*, Pau, 1981.

9 Site C.H.P.

régisseur, d'un jardinier, d'un valet de ferme, d'un charretier et d'un infirmier. Ils prennent le statut de « colons » car ils vivent constamment sur place. Chacun cultive des céréales, des légumes, ils font aussi de l'élevage (vaches, chevaux, porcs...), certains animaux et productions sont même vendus. La culture maraîchère prend un accroissement considérable : les terres cultivées sont faites de manière à entretenir un grand nombre de bétail d'où l'usage important des engrais et du purin, permettant ainsi que l'écoulement aisé des eaux s'opère¹⁰.

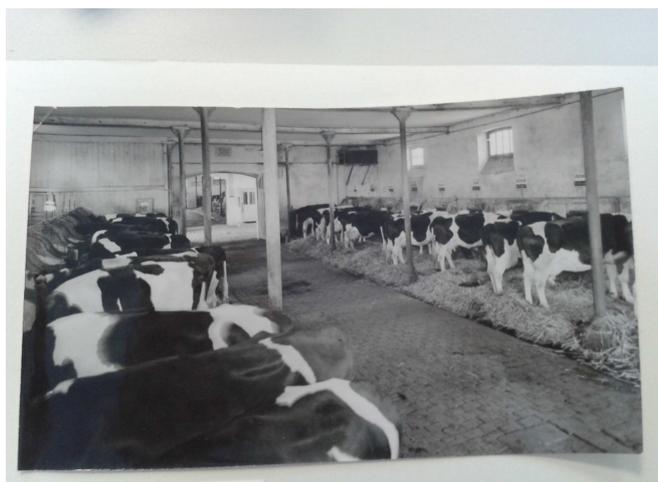


Illustration 14 : Ancien bétail (Ferme Saint-Luc)



Illustration 15 : Transport des aux grasses

10 *Op Cit.*Alain LEFEVRE.



Illustration 16 : Château d'eau (1868)



Illustration 17 : Château et Buanderie

Le but est vraiment d'occuper l'esprit de l'aliéné, en lui évitant les mauvaises pensées, les comportements violents, parfois il s'agit également de lui faire ré-exercer son ancien métier. Dès lors, grâce à ces productions l'asile vit en totale autarcie avec ses autres services tels que la boulangerie, la laverie, le château d'eau... leur faisant faire de réelles économies. Cela se révèle être un atout majeur pour le Conseil Général qui ainsi effectuer une baisse sur le coût des subventions accordées à l'asile.

Le système employé est tout à fait simple : l'utilité. L'asile sait adopter toutes les parties de son terrain, y varier différentes cultures, ménager divers produits agricoles dont la vente

donne des bénéfices à la structure¹¹.

AUZOUY rêvait d'un asile correspondant en tout point aux préceptes des plus grands aliénistes. Médecin dans l'un des plus vaste asile de France (Maréville), il a pu se familiariser avec le modèle « asilaire ». Son but était d'œuvrer, pour que Pau se munisse d'une structure semblable. Son action sera décisive pour sa construction. Dans cette période, le système asilaire aura eu donc deux précurseurs : le Dr CAZENAVE, le Pinel palois et le Dr. AUZOUY dit l'Esquirol. Autrement dit, le successeur dépasse le maître.

c) l'asile Saint-Luc : érection et bâtiments

La création de l'asile Saint-Luc repose sur le concept d'un asile modèle.(Cf. chapitre 1).

L'emplacement se révèle donc être déterminant, puisque le mot d'ordre est « isolement » pour le dérangement par la population urbaine. L'asile doit se trouver un cadre naturel bien déterminé pour les internés. Le terrain adopté est celui où se dresse la dépendance agricole. L'asile s'étend sur une superficie de 5 hectares (Asile) et 23 hectares (colonie agricole). L'acquisition de terres environnantes augmente la localité à 45 hectares.

La publication des *Annales Médico-psychologiques* de 1869, (relatives à l'aliénation mentale) par le Dr. AUZOUY a permis de comprendre le système architectural du lieu en dévoilant les grands principes fondateurs et son évolution. Dans ceux-ci il s'avère possible d'en retenir trois qui contribuent au développement du terrain: le premier est l'érection d'un Asile aggloméré sur une galerie axiale Est/Ouest, le deuxième une croissance composée autour de l'ensemble principal et enfin le dernier, le dédoublement du bâti par l'implantation de nouvelles unités éparses orientées « sur la diagonale ».

Originellement, le domaine de Saint-Luc forme un quadrilatère, limité au nord par la route impériale (actuelle route nationale) de Pau à Tarbes, au sud par un chemin vicinal, à l'est et ouest par des propriétés privées. Dès lors, cette propriété occupe une vaste partie de la vallée de l'Ousse, affluent du Gave. Son étendue montre le panorama des Pyrénées qui donne au site une bonne réputation. Grâce à une légère inclination, l'écoulement des eaux est facilité jusqu'au ruisseau du Hédas qui traverse la propriété. Par cet agencement, l'installation d'un vaste et dense établissement, rendant salubres et propres les locaux, s'avère possible. Un chemin est conçu avec des plantations d'arbres variés, constituant

11 Dr AUZOUY, *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, Ed. Masson et fils, cinquième série, tome 2.

autour du domaine une promenade continue de deux kilomètres, parcours précieux pour les malades. De vertes prairies, des avenues de fruitiers, des bosquets ombragés, de même qu'un immense potager composent aussi l'espace. La ferme établie en 1849 devient une annexe agricole, hors de l'enceinte de l'asile. Dans celle-ci, on peut trouver la vacherie, la porcherie et l'écurie, qui occupent divers malades¹².

Pour l'élaboration des plans d'architecture est nommé l'architecte départemental M. LEVY : l'asile Saint-Luc est la réalisation du système des pavillons isolés, entourés de toute part d'espaces cultivés. Par ailleurs, la base de son travail est d'adopter sur l'espace de l'Asile, la forme dite en « H ». Une cour de 400 mètres de large est élaborée, avec à l'entrée la loge du concierge et celle du régisseur agricole, faisant face aux services généraux. Sur les côtés, à droite on trouve le logement du Directeur-Médecin et à gauche celui de l'aumônier. A l'arrière se dresse les bâtiments d'administration ainsi que la chapelle. Pour relier chaque division hommes/femmes, une galerie est construite pour les desservir. Chacune des divisions forme un quartier spécifique aux pathologies des internés (épileptiques, tranquilles ou semi-tranquilles, les agités...). Eux aussi sont traversés par la fameuse galerie. Il faut savoir que la galerie mène aussi aux bains, situés à l'embranchement des quartiers jusqu'aux pensionnaires¹³.

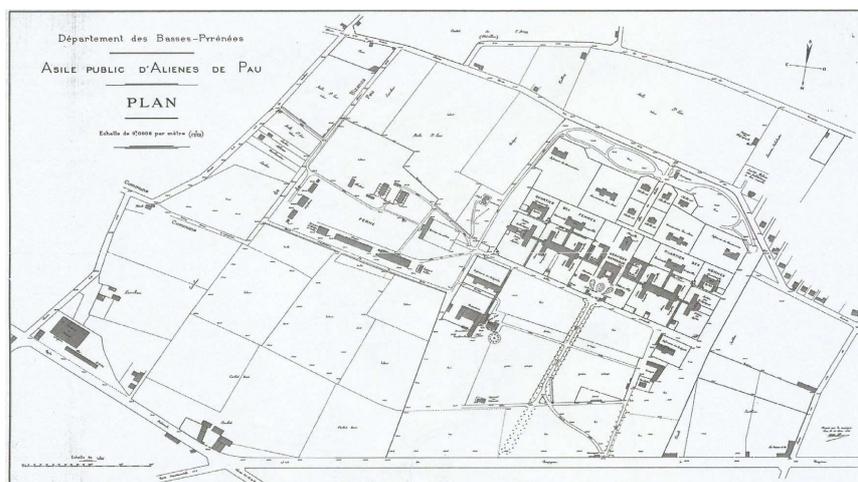


Illustration 18 : Plan d'ensemble asile Saint-Luc (1933)

Telle est la composition succincte des quartiers érigés à l'asile Saint-Luc. Le principal caractère du plan c'est qu'au lieu d'avoir des préaux entourés de murs et de constructions,

12 Dr AUZOUY, *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, Ed. Masson et fils, cinquième série, tome deuxième, 1869.

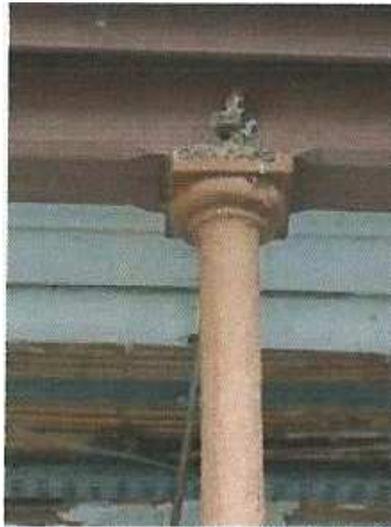
13 *Idem*.



Illustration 20 : La Cour d'Honneur Saint-Luc

Les services généraux rassemblent un vaste corps de logis (chalets et pavillons) côté sud, entourés de deux ailes identiques côté nord. Celles-ci sont reliées par un beau portique supportant une terrasse et un jardin d'hiver. Dans l'aile droite on distingue, au rez-de-chaussée, le cabinet du directeur-médecin, une salle d'attente, le bureau d'administration, le bureau du receveur économe, le vestibule (guichet par lequel la division des hommes vient chercher des vivres à la cuisine centrale), l'office et la dépense. Le premier étage contient les logements du médecin-adjoint, du secrétaire, du commis d'économat et de l'interne. Dans l'aile gauche, au rez-de-chaussée, c'est la salle de commission de surveillance, un parloir pour chaque sexe, le guichet, le vestibule de service, la pharmacie, la salle à manger des Sœurs et la chambre des cuisinières. Au premier étage sont le logement des Sœurs et les magasins temporaires occupés par la lingerie et le vestiaire. La chapelle quant à elle, est placée derrière le bâtiment de l'administration, construite en 1870, elle est postérieure aux autres bâtiments¹⁶.

16 *Op Cit.* site histoire de la psychiatrie en France.



*Illustration 21 : Reste de portique
(1868)*



Illustration 22 : Exemple de pavillon à Saint-Luc

Les quartiers du régime commun eux réunissent, au rez-de-chaussée, un chaufferie-réfectoire avec une petite salle pour les gardiens, un lavoir-office pour les usages quotidiens. A l'étage se trouve les dortoirs des malades (petits ou grands).

Les bains suivant le parcours de la galerie sont formés au centre d'une salle pour les appareils de chauffage, surmontée d'un bassin en ciment sur voûte pour distribuer l'eau dans toute la division. D'un côté il y a une salle de quatre baignoires avec une douche et de l'autre sont trois cabinets de bains. En continuant le long de la galerie, se dressent les bâtiments des pensionnaires qui ont un seul étage, ainsi que les infirmeries de part et

d'autre.

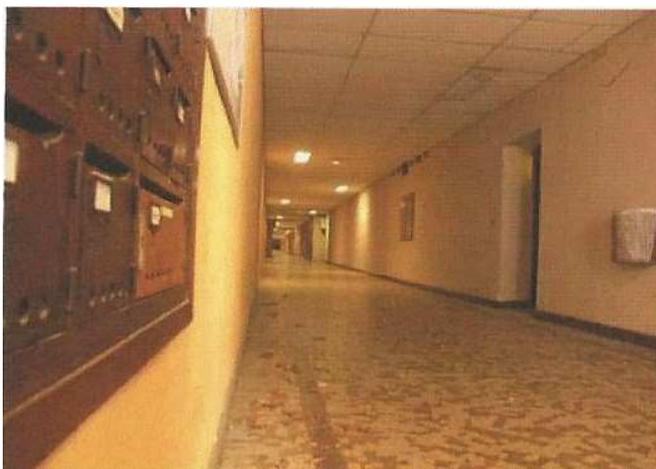


Illustration 23 : Type de galerie desservant les divisions

En 1880, le Dr LAFITTE, successeur du Dr AUZOUY en 1878, réalise au pensionnat la création de deux pavillons supplémentaires à trois ailes (agités, malpropres et épileptiques) avec chambres d'isolement pour les plus agités et chambres plus confortables pour les pensionnaires de 1^{ère} classe rentrant dans les autres catégories de ce quartier spécial. La renommée grandissante de l'asile et du climat de Pau attire une clientèle croissante, M. LAFITTE n'hésita pas à proposer la création de villas somptueuses pour des riches payants. Il institue également un abattoir et la pratique des achats du bétail sur pied, qui assure aux malades des viandes de premier choix à des prix plus bas que ceux qu'une coalition de bouchers avait fini par imposer pour des livraisons trop souvent défectueuses¹⁷.

A cet élan en 1888, M. le Dr RERCHON succède à LAFITTE après une courte direction du Dr PONS, il senti la nécessité de réagir contre l'encombrement. Il le dota de nouveaux organes de traitement. En 1890 -1891, les travailleurs agricoles virent bâtir pour eux une nouvelle demeure au milieu des champs, où ils vivent en dehors des murs dans une quasi liberté. Côté infirmerie pour les hommes on fit un pavillon complètement détaché des quartiers dans une prairie avoisinante. Pour les femmes une vaste buanderie est construite au milieu des jardins, adossée à la machinerie à vapeur, à laquelle vient s'ajouter une minoterie et une boulangerie.

En 1892, l'ancienne buanderie mal placée à l'entrée même des quartiers de traitement

17 *Idem.*

est transformée en logement de ménagères. Vingt lits trouvent place au 1er étage et le rez-de-chaussée devient une élégante salle de théâtre pouvant contenir 200 personnes où les malades, encadrés par les infirmiers ou les infirmières, donnent des représentations dramatiques ou musicales fort goûtées (1895)¹⁸.

Pour la communauté des religieuses-surveillantes et le personnel de l'Administration, insuffisamment logé jusque-là, deux grands pavillons (1899) achèvent d'encadrer le square au centre duquel se dresse la chapelle de l'établissement.

A ce jour (1900), les améliorations et agrandissements en voie d'exécution compris, St-Luc se compose d'un asile d'indigents et d'un pensionnat formant deux établissements presque distincts. La superficie totale est de 54 hectares dont 11 servant d'assiette aux habitations et 43 réservés à l'exploitation agricole. Les dispositions sont les suivantes:

Encadrant une cour mauresque, les services généraux comprennent les villas et pavillons réservés au personnel médical et administratif, les bureaux, la cuisine, la dépense, la lingerie, la pharmacie. Encadrant le square de la chapelle, la communauté des Sœurs, les magasins, les annexes des cuisines, les logements du personnel médical et administratif de second rang; au centre du square, la chapelle. Et à droite et à gauche de ce groupe de bâtiments, de longues galeries couvertes donnent accès à tous les quartiers de traitement des aliénés indigents au nombre de six dans la division des hommes et de sept dans celle des femmes¹⁹.

Si les diverses étapes d'un asile s'inscrivent d'habitude sous les noms de ses directeurs, il serait excessif d'en conclure, ici principalement, qu'ils furent les seuls artisans de son essor et de ses progrès. Incontestablement c'est bien d'eux qu'on attend et que partent presque toujours les initiatives et les premières études. Depuis sa création l'asile ne cesse de s'agrandir tout en respectant les contextes préconisés par le domaine médical. Le véritable tournant est marqué en 1955, où son changement d'appellation favorise une reconsidération de l'agencement de l'établissement.

18 Site de l'histoire de la psychiatrie en France.

19 *Idem*.

2) 1955 à 1970 : première mutation, un Hôpital Psychiatrique

Après les conflits mondiaux, de par la volonté du ministère, le changement d'appellation transforme l'asile Saint-Luc, en Hôpital dit Hôpital Saint-Luc en 1937, le rendant ainsi dépendant toujours du Conseil Général. En effet Il s'ouvre progressivement aux non-indigents (ici les blessés de guerre) et plus seulement aux aliénés.

A partir des années 50 la période asilaire s'essouffle, elle va donner lieu à l'abandon de certains principes pour en construire de nouveaux. On assiste à l'évolution de l'établissement qui va se transformer, donner de nouvelles directives. Ce changement correspond à la désaliénation de l'hôpital annonçant ainsi la mutation du site en Hôpital Psychiatrique. Ce sera le début d'une lente ouverture vers le monde extérieur.

a) Changements médicaux

Cela s'exprime par la fin du pouvoir du médecin-directeur, époque à laquelle la tutelle impose un directeur non médecin.

L'asile apparaît comme un monde fermé, une sorte de forteresse qui évoque étrangement le système féodal. Le directeur administratif et médical rappelle le suzerain, ensuite vient les médecins adjoints et les internes, infantilisés, sans pouvoir, des vassaux. Les infirmiers, confondus avec les malades au bas de l'échelle, sont des domestiques plus que des soignants. Les malades mentaux travaillent souvent la terre avec leurs soignants : ils symbolisent bien des paysans. L'asile représente donc une grande propriété close, vivant en autarcie, se suffisant à elle-même grâce à sa ferme, son moulin, ses ateliers²⁰.

La question de l'autorité, du pouvoir, avait toujours intéressé les aliénistes; en effet comment agir envers « le fou », celui qui transgresse les normes, sinon par l'autorité, c'est ce que pensait traditionnellement le psychiatre. En suivant ce raisonnement le médecin-directeur de l'asile détenait un pouvoir quasi absolu. Le médecin est cependant comme tous ses confrères ayant les mêmes fonctions, dépendant du préfet, selon la loi de 1838. Mais dans les faits ce dernier pouvait faire entrer et sortir de l'hôpital qui il voulait. Les asiles relevaient du ministère de l'Intérieur qui nommait les médecins-directeurs. Mais, dans l'ensemble, le préfet usait rarement de ses droits et laissait faire l'aliéniste.

La Première Guerre mondiale (1914-1918) se chargea des prémices de changements

20 André LAVIGNOTTE, *Passage d'une rive à l'autre (asile St Luc)*, Pau, 2001, 96 p.

des statuts du personnel. Plus rien n'était comme avant, il fallait accorder l'égalité au médecin adjoint, ce qui fut réalisé par le décret de 1922. Les années d'après guerre furent celles d'un désir sincère de changement, dans ces asiles trop anciens. Le décret supprima les « médecins en chef » et créa pour les remplacer un autre système, celui « des médecins issus de concours devenant médecins chefs de service, ayant de nouvelles attributions, celles des médecins en chef de leur service respectif ». La guerre de 1914 a bien sonné le glas du pouvoir unique du médecin-directeur des asiles²¹.

La période de la Seconde Guerre mondiale (1940/1945) est plus sombre pour l'asile Saint-Luc, comme partout en France. Les historiens s'accordent sur la disparition de 60.000 malades en France pendant cette période. La sur-occupation due aux malades évacués des hôpitaux du nord, le froid et la famine sévissent. Le manque d'entretien aggrave la vétusté et le délabrement jusqu'en 1955²².

Afin de remédier à ces conditions de vie effroyables, il y a une totale remise en cause du système concentrationnaire et les aspirations nées de la Libération conduisent à l'élaboration d'une nouvelle politique de soins. L'idée du travail en secteur, le rejet de l'aliénisme clôturé, l'essor de la psychothérapie institutionnelle sur les lieux mêmes de l'exclusion instituent une approche psychiatrique totalement différente des siècles précédents. Un précepteur du nom de Jean AYME, par ses responsabilités syndicales, ses fonctions hospitalières et son engagement, fut un acteur essentiel de la psychiatrie de secteur, et une haute figure de son métier. Assurément il a milité, affronté les idéaux politiques, sociaux et juridiques. Il a osé dénoncer l'internement, interpellé les pouvoirs, changer les regards sur les handicaps et l'éducation²³.

Il fallu près de 40 ans depuis l'amorce de cette ouverture à Saint-Luc en 1955, pour réussir cette mutation qui va conduire à la transformation du soin en santé mentale, véritable un effort d'humanisation. Cela marque le tournant de la fin de l'immobilisme de l'Asile. Effectivement, 1955 est une année phare pour l'hôpital car il devient Hôpital Psychiatrique, c'est pourquoi il n'est plus considéré seulement comme un lieu d'accueil, mais comme un lieu de soins²⁴.

À partir de cette année là Saint-Luc démarre un vaste travail de démolition des murs qui entoure tout le site. Ce sont les malades qui participent à la démolition de ces murs enclavant le site, avec une réelle une volonté de leur part, quand bien même vient s'ajouter

21 Site du C.H.P.

22 *Idem*.

23 www.cairn.info

24 *Op Cit.* André LAVIGNOTTE.

l'obstacle du fossé. C'est d'autant plus un double objectif, puisque vu de l'intérieur cette enceinte symbolise une citadelle infranchissable, augmentant l'angoisse de l'enfermement de ces pensionnaires: détruire les murs devient un symbole de renouveau pour eux²⁵.

La modification de l'état des soignants se traduit par l'abandon de leur statut rigide et conditionné par des règles strictes. Auparavant ils composaient le "personnel auxiliaire", "secondaire" ou "subalterne", que l'on nomme selon les époques et les lieux gardiens, gens de service, employés ou infirmiers (qui s'occupent des infirmes, nom ancien des malades) et qui sont recrutés dans les basses classes de la société. Ils peuvent toucher des gages inférieurs à ceux du valet de ferme et sont considérés comme le " rebut de la domesticité ". Généralement incultes, les infirmiers sont donc choisis sur des critères moraux : les qualités requises sont l'humanité, la douceur, la sagesse, la vigilance, mais aussi la fermeté envers les aliénés et l'obéissance, vis-à-vis de leurs supérieurs. Ils sont sous l'autorité du *gouverneur* ou *surveillant*, plus tard dénommé *infirmier-chef*, ceux-ci étant sous les ordres de l'administration, puis du médecin-chef²⁶.

De nombreux établissements bénéficient des services d'infirmiers et de gardiens, dont la tâche est au moins théoriquement bien distincte : « *L'infirmier n'est qu'une des formes du gardien. Il soigne l'aliéné malade. Le gardien est quelque chose de plus que l'infirmier ordinaire : il a la garde de l'aliéné ; il a la commission de le garder, de le conserver, de le défendre, de le soigner, de le surveiller* » (Docteur Bouchet, aliéniste, 1844).

Le port de l'uniforme se voit également obligatoire, donnant une allure quasi militaire aux gardiens, dont le grade est marqué par des bandes et des galons jusque dans les années 1930, voire bien plus tard. Si la circulaire du Ministre de l'Intérieur en date du 19 juillet se doit encore d'ordonner que " les gardiens ne doivent plus être armés de bâtons, de nerfs de bœuf ni accompagnés de chiens ", on mesure en ce début de siècle le chemin restant à parcourir pour une réelle humanisation des soins et pour une professionnalisation des personnels²⁷.

Au XIX^e siècle, les infirmiers nourris et logés à l'asile et ne peuvent sortir sans autorisation spéciale. Leur logement est en général situé dans le quartier des malades, soit dans une chambre proche du dortoir, soit dans le dortoir lui-même. La médiocrité du recrutement, le faible niveau des gages, les contraintes et le caractère souvent ingrat d'une fonction exercée dans un climat de violence et d'autoritarisme conduit le corps des gardiens et infirmiers à une grande instabilité.

25 *Idem*.

26 Site histoire de la psychiatrie en France : psychiatrie.histoire.free.fr

27 *Idem*.

À la fin du XIX^e siècle se créent des associations professionnelles, puis des syndicats dont les revendications premières concernent le temps de travail, les congés, la rémunération et le système de retraite. Il s'agit de la fin du "cadre unique", avec la création de postes d'aides-soignants et d'agents des services hospitaliers (A.S.H.), la mise en place de la sectorisation et la multiplication des structures alternatives et des prises en charge ambulatoires, la formidable ouverture de l'hôpital sur la cité bouleverse dès lors les conditions d'exercice de même que la relation soignante²⁸.

C'est la première manifestation d'ouverture qui a été pressentie pour la psychiatrie.

Un nouveau facteur se présente dans les années 50, c'est la mixité des patients signification d'une vie relationnelle plus riche avec divers échanges. Le patient a besoin de rester en relation avec le monde, avec sa propre culture. L'ouverture vers l'extérieur permet cela.

En conclusion, c'est la déclaration de l'abandon d'un ancien système rigide : collaboration entre personnel médical et administratif se met en place. Chacun participe à sa manière pour évoluer vers une nouvelle « ère ». (notions développées Chapitre 4).

b) Remaniement des structures médicales

Au cours des dernières années, les données de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, en France, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, de même qu'à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants a commencé (cf. projets d'établissements). Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955²⁹.

28 Site histoire de la psychiatrie en France : psychiatrie.histoire.free.fr

29 www.culture.gouv.fr

Tout cela matérialisé dans par La circulaire du 15 mars 1960, qui prescrit une nouvelle politique d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie. Relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, confirmée par la loi du 31 décembre 1985, instituant le principe de la sectorisation. Elle insiste en particulier sur l'importance de la prévention, de l'accessibilité et de la continuité des soins : une équipe pluridisciplinaire est en charge de la santé mentale de la population, de son secteur géographique de rattachement.

La présente circulaire a comme objectif de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir. Elle permet la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales. Ce procédé consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de post-cure. Mais elle ne sera véritablement appliquée qu'à partir de 1970³⁰.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- Modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'Hôpital Psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes organisées au dispensaire d'hygiène mentale.

- Transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatrique qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un «asile» où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

Après les années 60 on assiste donc, au développement contemporain de l'Hôpital Psychiatrique sur la base d'une croissance composée autour de l'ensemble principal, déjà constitué. Cela se reflète avec des ajouts de bâtiments à rez-de-chaussée avec des dispositions moins conformes au parti architectural fondateur. Ces nouvelles pratiques

30 *Idem.*

médicales modernes entraînent progressivement l'abandon des bâtiments à étages³¹.

En découle entre 1955 et 1968, une évolution marquée par le remaniement des structures médicales, administratives, financières et de personnel, avec la création :

- de postes de médecins (de 1 à 6),
- de l'internat (de 2 à 12),
- du service social (de 0 à 10),
- de centre de formation pour soignants,
- de 260 postes de soignants supplémentaires,
- de trois pavillons de conception moderne (clinique des Lauriers),
- d'un pavillon de pédopsychiatrie,
- d'ateliers d'ergothérapie,
- d'un réseau de chauffage central et d'eau chaude,

de structures communautaires gérées par une association d'entraide en faveur de malades avec la restructuration de pavillons anciens, la suppression des murs dans le parc, la restructuration des services généraux et de l'administration³².

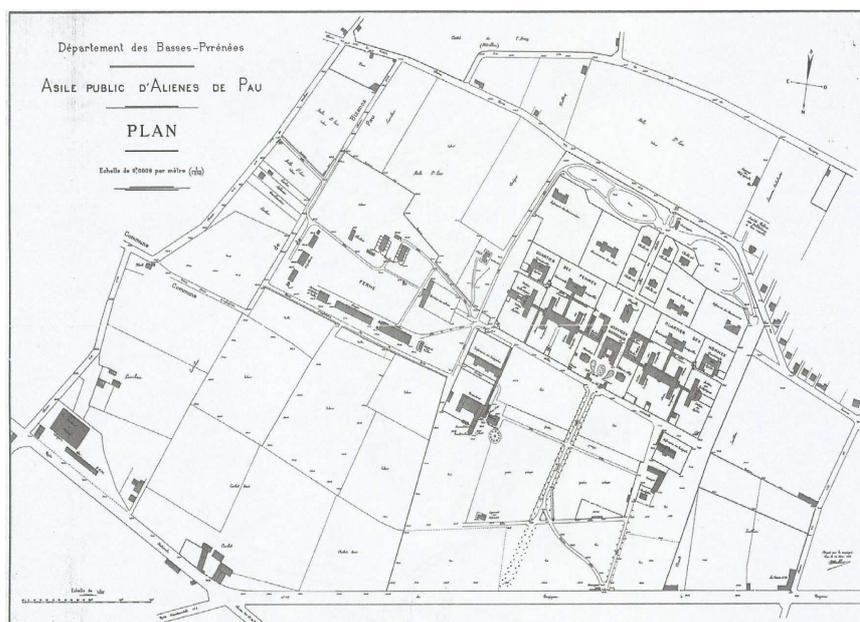


Illustration 24 : Plan asile (1933)

31 Bernard WAGON, "Le Centre Hospitalier des Pyrénées : histoire et évolution du site", rapport ZPPAUP, 2004, annexe VI partie aménagement de l'asile, p 13-30.

32 Site du C.H.P : www.ch-Pyrenees.fr

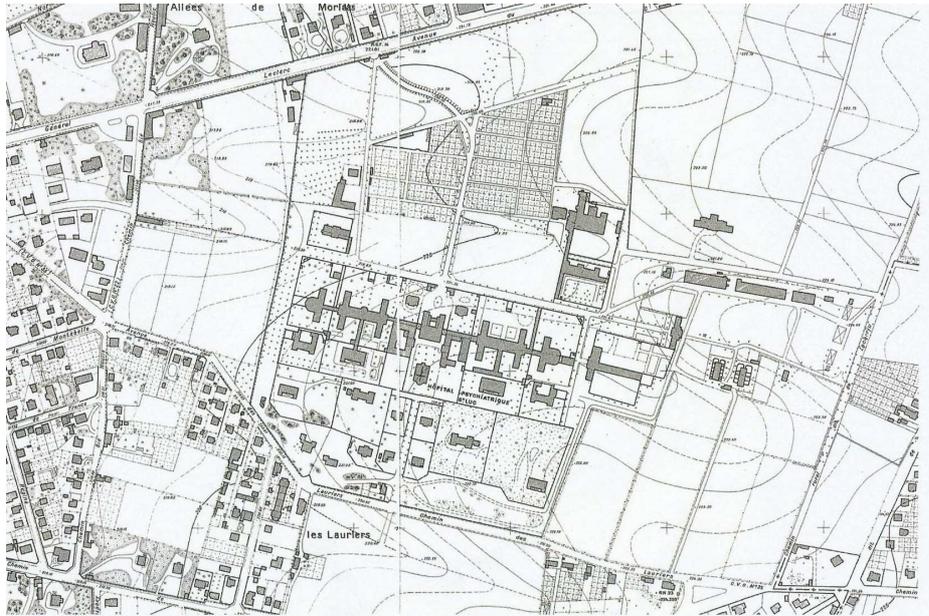


Illustration 25 : Plan hôpital psychiatrique (1959)

De plus, le département cède une partie de ses terrains, ce qui ramène la surface du site à 40 hectares. Apparaît ainsi l'installation du service départemental d'incendie et de secours dans la partie nord du site, le long de l'avenue du Maréchal Leclerc (toujours présent actuellement).

D'autre part, il y a l'apparition de structures pour les patients encourageant leur humanisation :

- Service annexe « forum » d'échanges,
- Salon de coiffure homme/femme,
- Esthéticienne,
- Salle de musique.

Tous ces services participent activement à l'adoucissement et au bien-être de la vie quotidienne des internés, au sein de l'hôpital de même que l'annonce des prémices de la sectorisation à Saint-Luc (voir annexe 3).

3) 1970 à nos jours : une refonte du système de soins, la sectorisation

Autour de ce dispositif sectoriel beaucoup de concessions se sont jouées, ce qui a abouti à une nouvelle forme de psychiatrie sociale. Dans l'Hôpital Psychiatrique Saint-Luc, cette nouvelle stratégie s'articule sur deux logiques. La première : maintenir le malade au plus près de son environnement d'origine. La deuxième : la mise en place d'une logique d'équipement en terme de lits, en fonction du nombre d'habitants.

a) Réforme hospitalière

Douze ans après la circulaire de mars 1960, les premières applications s'exécutent par le biais de textes législatifs (1972) ainsi que la loi du 9 mai 1974. Il s'agit d'une notion simple développée afin de ne plus considérer l'hôpital psychiatrique comme le monde asilaire que l'Histoire a précédemment connu.

En découle un secteur déterminé précisément au sein de l'Hôpital : il commence à Pau (rue du XV juillet) se dirige vers le bassin de Monein, rejoignant le cœur du Pays-Basque, et passant par Tardets, Mauléon jusqu'au bord de la Bidouze à St-Palais. Dans cette zone on définit 8 secteurs de psychiatrie générale adulte en 1973, trois axés sur Bayonne, cinq sur Pau, ainsi que 3 inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, (dont 1 sur Bayonne et 2 sur Pau)³³.

Entre temps, une loi est adoptée le 31 décembre 1970 portant sur une réforme hospitalière qui met fin à une distinction juridique et administratif des divers hôpitaux. Pour cela, elle précise le cadre général de l'hospitalisation ainsi que les bases de la planification sanitaire. Mais aussi la notion de Service Public Hospitalier (S.P.H). Soit: égalité d'accès, égalité de traitement, continuité du service, tels sont les principes qui doivent régir le fonctionnement du S.P.H. Les soins dans le service public sont: égaux pour tous (sans discrimination des malades), adaptés en fonction de l'évolution médicale, assurés en permanence de jour et de nuit (principe de continuité), éventuellement en urgence.

En résulte en 1976 le changement d'appellation de l'hôpital en Centre Hospitalier

33 Site du C.H.P.

Spécialisé (C.H.S). A savoir, une dénomination tenant compte du fait que dans ces établissements et unités de soin, on traite non seulement les personnes souffrant de troubles psychiatriques mais aussi les déficients mentaux, les addicts et certaines personnes âgées dont l'état nécessite un suivi médical et infirmier lourd que ne peuvent assurer les maisons de retraite ordinaires (tel est le cas du Centre Hospitalier Spécialisé de Pau).

b) Organisation autour de différents pôles

La refonte de l'institution se fait donc en redéfinissant le lieu comme une structure spécialisée, avec la création d'autres centres de soins, hors des murs. Le principe est de ne plus séparer le malade de son milieu. Cette organisation crée un grand changement, il s'agit dès lors de répondre au découpage géographique du département pour attribuer à chaque service (dit secteur), un réservoir de population (67000 habitants)³⁴.

Cela correspond à une formation en pôle et non plus en secteur (en coordination avec la nouvelle gouvernance hospitalière dans le cadre du plan de modernisation de l'hôpital public lancé en 2007) (cf projet d'établissement chapitre 3). Cette organisation conduit en particulier à la mise en place de pôles d'activité.

En pratique, un pôle équivaut à un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins complémentaires. Il s'appuie sur des objectifs d'activité et de qualité, fondés sur un projet partagé entre les équipes et déclinés dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction.

Cette élaboration concorde à une opportunité de modernisation pour l'hôpital. En effet, la constitution de pôles d'activité vise à améliorer l'organisation des hôpitaux, notamment grâce à une mise en commun des compétences et des moyens permettant l'ajustement permanent des ressources aux besoins des patients³⁵.

Le C.H.S s'organise autour d'une trentaine de pavillons, transformés en 2011 en cinq pôles.

Le Pôle 1 est fusion de trois secteurs de psychiatrie adultes, consiste en des soins psychiatriques et psychothérapeutiques adressés aux personnes âgées, ayant des troubles psychiatriques, des troubles démentiels (troubles de la mémoire, du jugement, du langage,

³⁴ Bernard WAGON, "Le Centre Hospitalier des Pyrénées : histoire et évolution du site", rapport ZPPAUP, 2004, annexe VI partie aménagement de l'asile, p 13-30.

³⁵ Site du C.H.P.

de l'orientation spatio-temporelle, etc.).

Le Pôle 2 est utilisé pour les personnes présentant des troubles psychotiques (plus d'un tiers des patients), des troubles dépressifs et des troubles de la personnalité.

Le Pôle 3 assure aussi bien les situations de crise et d'urgence que les suivis au long cours.

Le Pôle 4 reçoit le Service Pau enfants, les services Béarn Soule enfants, et le département de l'adolescent.

Et enfin, le Pôle 5 est consacré aux services administratifs, logistiques et techniques.

En 1995 le C.H.S. devient officiellement le Centre Hospitalier des Pyrénées.

Nous sommes donc passés d'une construction asilaire ambitieuse (représentée en rouge) à un Centre Hospitalier Spécialisé moderne³⁶.



Illustration 26 : Insertion du plan asile Saint-Luc (1869) sur cadastre du C.H.P (2004)

En effet, en 2004 on retrouve un cadastre avec les limitations du C.H.P (toujours les mêmes actuellement), des travaux de modernisation (cf. projet d'établissement). L'ensemble s'étend sur 41 hectares, il dispose d'une surface construite de 60 000 m², dont 28 000 destinés aux unités de soin et 18 000 aux services généraux et administratifs. Mais

³⁶ *Idem.*

14 000 m² sont désaffectés. Les espaces verts couvrent 23 hectares (cf. ZPPAUP)³⁷.

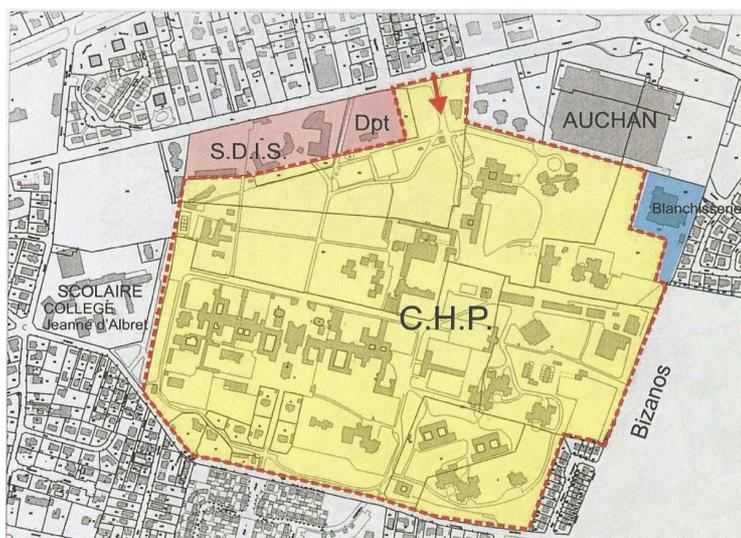


Illustration 27 : Le Centre Hospitalier des Pyrénées aujourd'hui et ses abords

L'ensemble est encadré par diverses fonctions :

Au nord, le Centre Départemental d'Incendie et de Secours (S.D.I.S), qui comprend l'administration départementale du S.D.I.S (l'ancienne entrée de l'asile s'y trouve mais est condamnée), la maison du Département, l'entrée actuelle du C.H.P (représentée par flèche rouge), des logements collectifs et le centre commercial (Auchan).

A l'est, la blanchisserie inter-hospitalière et un quartier d'habitations individuelles.

Au sud, un autre quartier d'habitations individuelles.

Pour finir à l'ouest, le collège Jeanne d'Albret et des logements.

De la maison de force on est passé à un véritable asile en 1868 puis de nos jours à un Centre Hospitalier des Pyrénées. Cet asile devient véritablement un modèle du genre, déjà imposant par sa configuration, et s'est développé tout au long des siècles. Il se développe incontestablement aujourd'hui comme une entité économique arrivant pratiquement à se suffire à elle-même. Ses différentes appellations traduisent bien une volonté d'évolution vers des soins adaptés à chacun. Sa modernité est possible et rendue concrète, par le moyen de nombreux changements à commencer par la sectorisation. S'en suivra un projet d'établissement audacieux.

³⁷ *Op Cit.* Bernard WAGON.

***Chapitre 3: De nouveaux
horizons à la valorisation***

Ces nouveaux horizons reposent sur différentes phases essentielles au développement du Centre Hospitalier des Pyrénées. Celles-ci se basent sur des orientations à définir et à prendre, pour instituer une place de choix à la structure. Cela passe par un Plan directeur (projet d'établissement), un site porté sur une physionomie paysagère et monumentale, puis sur un espace de communication moderne.

1) Un plan directeur pour valoriser l'établissement

Le monde hospitalier notamment celui de la santé mentale est en constante évolution afin de répondre au mieux à ses missions, le Centre Hospitalier des Pyrénées doit adapter au mieux son offre de soins aux besoins de la population qu'il prend en charge, que ce soit en termes quantitatifs ou qualitatifs.

Ces évolutions sont planifiées au sein de projets d'établissement qui définissent la politique générale sur une période de 5 ans. Un projet se compose de différents volets, parmi lesquels le projet médical, le projet de soins infirmiers, le projet social complétés par le schéma directeur du système d'information...

Il se traduit par la mise en œuvre d'une démarche qualité et gestion des risques d'une part, et d'autre part de manière architecturale par le plan directeur.

a) Scénarios de restructuration

Tout commence avec le plan hôpital 2007 qui vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés ainsi qu'à leur offrir de nouvelles possibilités de développement. Les axes retenus de cette réforme s'expriment à travers la modernisation des structures hospitalières. Mais aussi, par la restitution aux établissements de leurs capacités d'innovation, d'adaptation, en leur fournissant des moyens pour leur développement. Enfin leur permettre de disposer davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes¹.

1 www.sante.gouv.fr

Tous les cinq ans, le Centre Hospitalier des Pyrénées fixe un projet d'établissement. Il est un vecteur de dynamisme, de même qu'une volonté d'amélioration de la qualité de l'existant. Le projet demeure un temps fort de la vie de l'établissement. Il doit permettre de faire le bilan des cinq années écoulées puis de disposer d'une politique stratégique à moyen terme. Actuellement en cours, il correspond à celui de 2012-2016, qui a été adopté à l'unanimité par le conseil de surveillance le 13 décembre 2011. Celui-ci tient compte des enjeux essentiels notamment de la réalisation d'un plan directeur avec la reconstruction de l'Hôpital.

Il s'articule donc autour de 8 volets: le projet médical, le projet de soins, le projet de prise en charge, le projet social, le projet qualité et gestion des risques, le projet de gestion, le schéma directeur du système d'information et le plan directeur.

Le plan directeur correspond à une déclinaison mêlant les aspects urbanistiques, architecturale du projet médical² en lien avec le projet d'établissement. Le Centre Hospitalier des Pyrénées s'engage à l'élaboration puis la réalisation de son plan directeur le 19 juin 2006, avec adoption du projet d'établissement³.

Pour la construction de même que pour l'exécution de la trame initiale différents scénarios se profilent, chacun tenant compte de la réorganisation des pôles définis par l'établissement au premier janvier 2011. En effet, son passage de 30 à 4 modifie sensiblement la structure de l'établissement impactant donc son architecture. Ainsi, plusieurs possibilités virent le jour dont une qui retient l'attention, soit celle de la valorisation du cadre patrimonial et paysager.

Compte tenu de la difficulté de s'inscrire dans la continuité du plan 2006 (scénario premier⁴), une autre hypothèse s'impose : la restructuration de l'ensemble du site et sa valorisation.

b) Principes

Afin de profiter au mieux des bâtiments existants, la restructuration est guidée par les

2 Le projet médical a pour objectif principal de répondre aux défis majeurs en matière de santé mentale, de garantir un accès aux soins d'égale qualité pour l'ensemble de la population prise en charge.

3 www.ch-pyrenees.fr

4 Le plan directeur 2006 prévoyait la cession de la quasi-totalité des bâtiments construits à l'origine de la création de l'établissement au XIX^e siècle, c'est-à-dire le quart sud-ouest du site. Mais il y a un manque d'intérêt des collectivités locales, la réappropriation des anciens bâtiments est difficile. De plus, un manque de financement est clairement avancé pour les reconversions.

principes directeurs suivants :

- La conservation des bâtiments les plus intéressants dans la zone du XIX^e siècle avec la prise en compte des exigences de la Z.P.P.A.U.P (Zone de Protection du Patrimoine Architectural, Urbain et Paysager), mais tout en se donnant la possibilité de négocier la démolition de certains bâtiments initialement protégés par celle-ci (Cf. 2a) (actuellement en cours de révision en AVAP/AMVAP).

- La mise en place d'aérations dans le paysage bâti du XIX^e siècle. C'est-à-dire la démolition des liaisons pour recréer de simples galeries couvertes, en gardant cependant la référence du plan élaboré à cette époque.

- La démolition progressive de quelques bâtiments du XIX^e siècle considérés comme non réutilisables.

- La valorisation de l'ossature arborée existante.

- La recherche de continuité paysagère dans les axes de composition urbaine et des espaces paysagers.

- La démolition graduée des bâtiments difficilement ré-adaptables des années 80.

- La recherche d'une solution d'implantation privilégiant la facilité des phases d'opérations permettant la conservation des infrastructures existantes⁵.

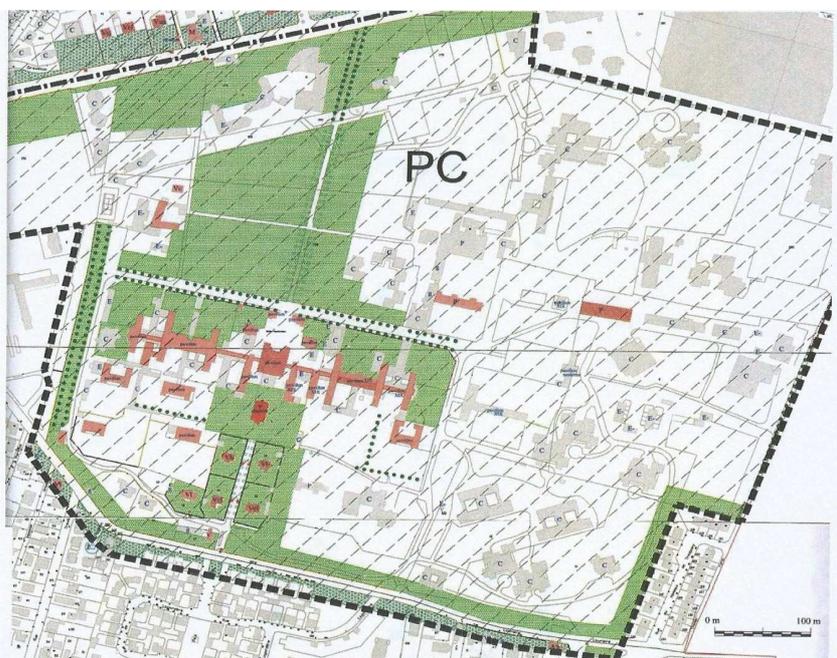


Illustration 28 : Prescriptions de la Z.P.P.A.U.P retenues par la Commission Régionale du Patrimoine et des Sites.

5 Ville de Pau, rapport Zone de Protection du Patrimoine Architectural, Urbain et Paysager , mars 2007.

La Z.P.A.U.P affirme la protection du système aménagé initial, en prenant en compte les apports successifs (en rouge, en rose). En dehors de la chaufferie incluant la forge toute la moitié est du site se décharge des servitudes, permettant le renouvellement du bâti dans des conditions qui peuvent être définies au P.L.U. Le périmètre du site caractérisé par une bande d'espace vert protégé (de 15 à 20 mètres de profondeur), représentée sur le plan, pour maintenir une marge arborée entre le site de Saint-Luc de même que les quartiers riverains, signifiant ainsi le caractère paysager du lieu.

Tout cela va dès lors de la sorte déboucher sur un réel projet urbain doublé de son programme paysager. Sa rédaction résulte d'une forte mobilisation des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs, ayant contribué à donner à ce plan sa dimension opérationnelle.

Cette esquisse de restructuration reposant sur un objectif principal consiste à garder le découpage des services du C.H.P. en 4 pôles (depuis le 1er janvier 2011) dans la suite de respecter le zonage concernant les types d'activités. Compte tenu des éléments techniques récoltés dans le cadre du diagnostic, toute réutilisation du bâti du XIX^e siècle pour des usages liés à l'hospitalisation sont à bannir.

Plutôt que de créer de nouveaux axes, l'ébauche urbaine et paysagère va réorganiser la partie est du site, en prolongeant les axes de composition du bâti existant (en bleu), mais principalement ceux de la voirie tout comme la trame paysagère (la partie la plus ancienne). Cela permet d'une part de valoriser les plantations, ainsi que la voirie existante (flèche avec points verts), puis de faire bénéficier dès le départ de nouvelles études du cadre environnemental privilégié qu'offre le site de Saint Luc⁶.

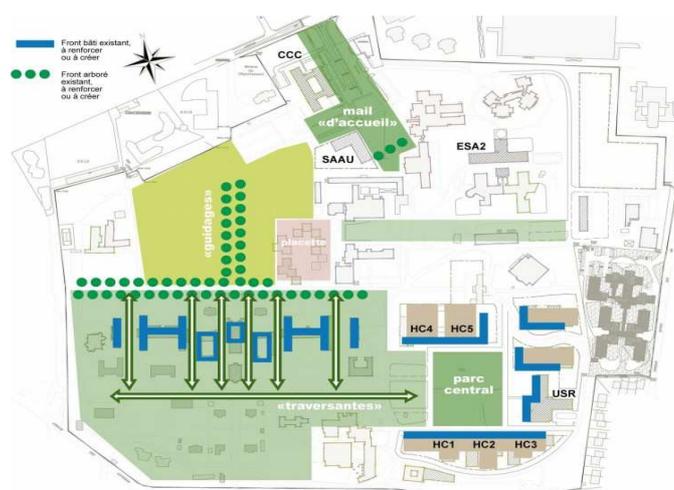


Illustration 29 : Principes urbains et paysagers

6 www.ch-pyrenees.fr/projet d'établissement 2012-16

Il y a donc une valorisation du patrimoine paysager existant de même que des anticipations d'implantations futures.

En effet, la trame paysagère existante est d'un intérêt certain. Il convient d'en faire profit tout en l'adaptant au projet urbain. Le fait de disposer d'un schéma d'implantation future du bâti permet à l'établissement :

- De cibler l'entretien des sujets les plus sensibles ou malades.
- D'effectuer des coupes sans compromettre l'aménagement paysager futur.
- D'exécuter des plantations au préalable sur certains axes de composition à venir.

Un autre moyen est adopté pour la valorisation du panorama, la création d'un espace paysager majeur :

le Parc Central (sous le modèle de Central Park à New York), à savoir un vaste espace rectangulaire bordé de constructions ordonnées, se présentant tel un espace qui se dessine au fur et à mesure que le plan directeur s'établit. Il constitue une véritable fenêtre sur le ciel, sur la nature, au cœur même des nouveaux bâtiments créés. Sa présence favorisera directement l'apaisement. De conception moins structurée que l'ensemble du site, sa géométrie reste néanmoins dictée par les voies réservées aux personnes comme aux circulations (véhicules d'entretien ou de secours) délimitant sa forme, lui donnant accès aux bâtiments à construire⁷.

Ainsi, par cet espace généreux aux plantations majestueuses se présente l'entrée menant aux unités d'hospitalisation. Il sera parcouru par des cheminements moins stricts issus notamment de la voirie existante.

2) Un site protégé et sauvegardé

Depuis les années 70, le sens du patrimoine a été largement étendu. Il ne se limite plus au cadre strict des éléments architecturaux remarquables, au patrimoine écrit comme le graphique, mais se consacre également aux éléments faunistiques, floristiques et paysagers.

⁷ Centre hospitalier des Pyrénées rapport PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2012-2016, Tome 3, PLAN DIRECTEUR, *du contenu au contenant*, nov 2011.

En effet, le Code de l'urbanisme intègre dans le droit, la notion élargie de patrimoine. Avec l'apparition de la Z.P.P.A.U.P dans la ville de Pau, elle troque une image du Centre Hospitalier des Pyrénées négative à un aspect beaucoup plus valorisant.

a) Reconnaissance du patrimoine bâti et paysager

La Zone de Protection du Patrimoine Architectural, Urbain et Paysager (Z.P.P.A.U.P.) est destinée à assurer une protection cohérente de même qu'évolutive du capital urbain-architectural. Instituée par la loi du 7 janvier 1983, complétée par celle du 8 janvier 1993 pour l'aspect paysager, elle vise à défendre, à mettre en valeur les sites pour des motifs d'ordre esthétique, historique ou culturel⁸.

Hérité de plusieurs siècles d'histoire, la richesse architecturale, urbaine et paysagère de Pau a longtemps été obscurcie par l'omniprésence du passé prestigieux royal de la ville. Consciente des ressources, de la variété de cet héritage, des enjeux de sa protection, la Ville de Pau s'est vue attribuée une Z.P.P.A.U.P, le 20 mars 2007⁹.

Cette étude a permis d'identifier les patrimoines bâtis ou non bâtis avec par la suite d'inscrire réglementairement les orientations de leur protection. Le Centre Hospitalier des Pyrénées, implanté sur le site de l'ancien asile Saint-Luc à la limite est de la commune, avenue Maréchal Leclerc, s'intègre dans le périmètre de la Z.P.P.A.U.P de la ville. La portée historique de l'ensemble constitué par l'établissement psychiatrique de même que la qualité paysagère de son site d'implantation ont justifié la protection de l'ensemble¹⁰.

8 Site du gouvernement: culture.gouv.fr

9 www.pau.fr/zone-de-protection-du-patrimoine-architectural-urbain-et-paysager-zppaup-.htm

10 Rapport C.H.P, annexe 6 (histoire et évolution du site, orientation d'aménagement), Direction de l'Urbanisme et du Patrimoine avec Bernard WAGON (chargé d'étude) et participation des Services Techniques du C.H.P.

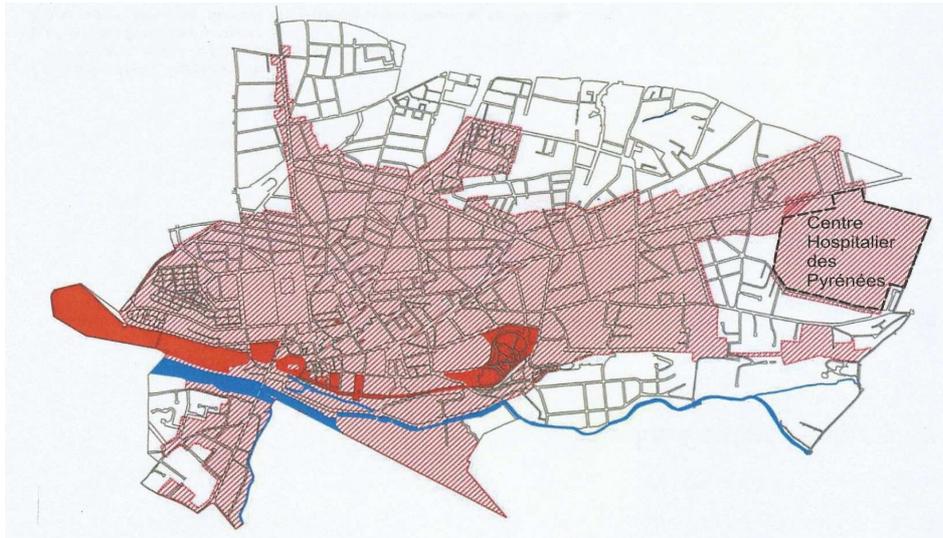


Illustration 30 : Secteur Z.P.P.A.U.P de Pau et C.H.P

Ce périmètre a donc fait l'objet d'une étude sur son patrimoine urbain et paysager. Ci-dessous est représentée par des immeubles à maintenir (en rouge), des bâtiments pouvant être maintenus, transformés ou supprimés (en orange), des espaces verts protégés (en vert), des alignements d'arbres à conserver, à compléter ou à restituer (ronds verts) et enfin des clôtures à maintenir ou à rétablir (traits rouges).

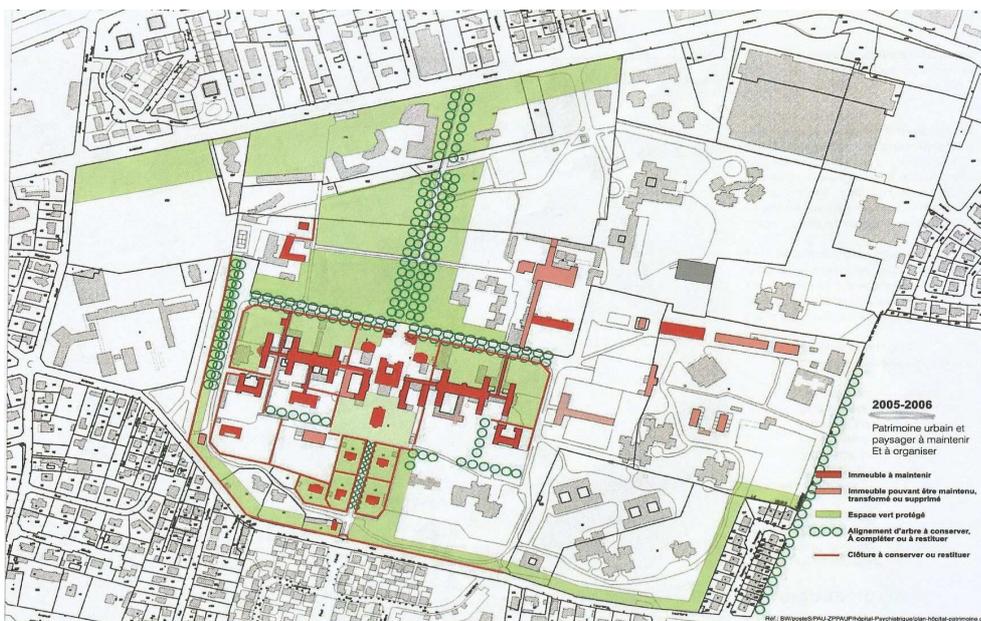


Illustration 31 : Plan du patrimoine urbain et paysager (2005-2006)

En 2007, son périmètre final s'aligne sur la limite sud-est du domaine hospitalier comprenant la face sud de l'avenue des Lauriers. Elle emprunte la rue de la Roseraie rejoignant l'avenue des Lauriers jusqu'au boulevard Guillemin.

Pour parvenir à cette étape, plusieurs critères ont guidé le choix d'inclure le Centre Hospitalier des Pyrénées à la Z.P.P.A.U.P au niveau patrimonial.

En premier lieu, les bâtiments, de part le caractère exceptionnel du programme d'établissement psychiatrique témoignant du changement des concepts, des pratiques, se traduisant sous la forme d'un ensemble constitué, cohérent qui est parvenu jusqu'à aujourd'hui. S'ajoute à cet assemblage, le caractère monumental de sa composition (pavillons desservis par un axe de circulation entre eux via des galeries perpendiculaires) accentuant l'homogénéité de son ensemble. Enfin, il faut souligner la valeur architecturale de ses édifices, de ses clôtures comprenant bon nombre de détails, notamment le pavillon de la Direction, la chapelle, la forge ainsi que les pavillons d'habitation. Et pour finir, le lieu de mémoire en lui-même¹¹.

En deuxième lieu, les espaces non bâtis : par les alignements d'arbres, l'axe central à reconstituer, l'axe longitudinal, les dispositions situées à l'est ainsi qu'à l'ouest. Puis les bosquets, les espaces étendus en herbe, les franges paysagères en vis-à-vis des habitations (des lotissements riverains), de même que le point de vue depuis l'avenue du Maréchal Leclerc¹². Effectivement, l'ancien asile doit ses espaces verts à sa conception originale de centre psychiatrique marqué d'activités agricoles. L'essentiel de sa composition (arbres d'alignement, perspectives ouvertes, paysages en bordure de la route de Tarbes) est encore préservée. Son maintien constitue un pôle d'équilibre paysager à l'est de la ville.

De plus, avec sa diversité d'arbres, ses différentes espèces végétales aussi animales le C.H.P. constitue un véritable patrimoine botanique¹³.

Non seulement il faut des critères précis pour l'élaboration d'une zone, mais la mise en place de Z.P.P.A.U.P, c'est avant tout des objectifs à atteindre, et ce en situant l'action de la protection dans un procédé dynamique de développement durable du territoire. Les principaux sont tout simplement la préservation ainsi que la transmission de la qualité de véritablement intégré à notre environnement quotidien, mais aussi à notre culture de même qu'avec notre histoire. Réconcilier dès lors urbanisme avec patrimoine en insérant

11 *Idem.*

12 *Id.*

13 Rapport paysage (Z.P.P.A.U.P), ville de Pau.

harmonieusement l'aspect patrimonial dans les plans locaux d'urbanisme, en créant donc un « patrimoine partagé »¹⁴.

La transformation de la Z.P.P.A.U.P. en A.V.A.P. en 2016 s'inscrit effectivement dans ce cadre-là où doit s'insérer la volonté nouvelle de prendre en compte les problématiques énergétiques comme environnementales.

Au-delà de la reconnaissance patrimoniale du bâti-paysager, il existe une dynamique propre au site qu'il est important d'exprimer, se traduisant par des axes multiples: ceux générés par l'asile de 1868 sur un système orthogonal nord-sud-est-ouest, imprimé par la fragmentation, la présence du ruisseau le Hédas et de la ferme Saint-Luc, puis les axes engendrés par l'avenue du Général-Leclerc. Ce dernier permet de donner un sens au développement du nouvel établissement, à partir d'un repositionnement de l'entrée dévoilant un parcours structurant lisible.

Ainsi, deux espaces typés se révèlent : l'un traditionnel, très paysager, avec l'objectif de sauvegarder l'ensemble de 1868 (pointillés rouge). L'autre moderne, ouvert aux transformations, plus dense mais dont le caractère paysager sera toutefois maintenu (traits verts). Au sud, se profilent des perspectives paysagères arborées pour finir, au nord d'autres à promouvoir (flèches rouges) (voir annexe n°)¹⁵.

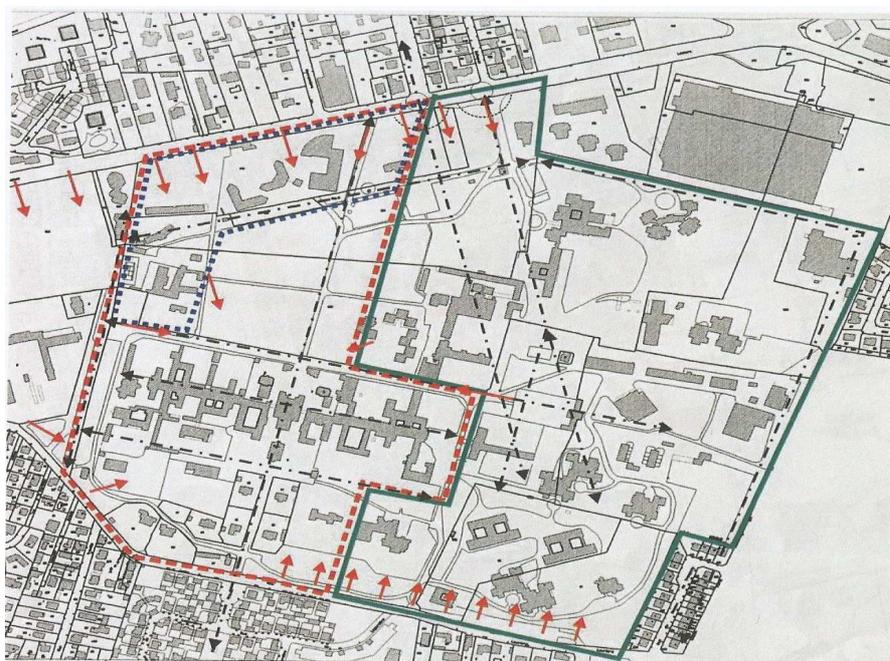


Illustration 32 : Orientations d'aménagement

14 Guide pratique: Marie-Agnès FERAULT et alii, *Élaboration des zones de protection du patrimoine architectural, urbain et paysager*, Paris, Ministère de la Culture et de la Communication, juin 2008.

15 *Op Cit.* Rapport C.H.P, annexe 6.

Indépendamment de ces différents secteurs accompagnés de prescriptions qui s'y appliquent, la Z.P.P.A.U.P. de Pau établit une servitude de protection sur les différents types d'éléments patrimoniaux analysés à savoir :

- Les immeubles de 1^{ère} catégorie (patrimoine architectural très intéressant voir exceptionnel).
- Les immeubles de 2^{ème} catégorie (patrimoine architectural intéressant).
- Le bâti non protégé de manière spécifique : immeuble ou partie d'immeuble de qualité quelconque.
- Les clôtures à maintenir (murs, soutènements de type traditionnel, clôtures exceptionnelles, murs en galets, murs successifs formant un ensemble continu...).
- Les espaces libres à dominante minérale.
- Les jardins.
- Les espaces verts puis les parcs.
- Les mails d'arbres alignés avec les arbres remarquables.
- Les détails architecturaux remarquables
- Les perspectives particulières ou faisceaux de vues.
- Les façades d'immeubles successifs formant un ensemble constitué
- la ligne d'implantation du bâti constitutive de la continuité urbaine
- Les cages d'escalier¹⁶.

Il s'agit par la protection Z.P.P.A.U.P de faire respecter la plan d'aménagement architectural et paysager du site.

b) Valorisation de la chapelle hospitalière et de son mobilier

A partir de 2010, la ville de Pau a commencé une vaste opération d'Inventaire sur son patrimoine bâti, essentielle avant toute action de valorisation et de protection. De cette manière, la ville souhaite bâtir un support de connaissances solides et actualisées qui seront la base d'une politique patrimoniale ambitieuse.

La Région Aquitaine et la Ville de Pau sont liées par une convention pour mener à bien la conduite de l'Inventaire, en rapport à la candidature au label Ville d'Art et Histoire de Pau. L'engagement de l'agglomération en faveur du patrimoine est en adéquation avec les

¹⁶ Rapport ville de Pau: *Motivations de protection*, ZPPAUP, mars 2007.

orientations de la Région Aquitaine qui souhaite mettre en avant les trésors architecturaux de la ville, par le biais du service du Patrimoine et de l'Inventaire.

Cette opération exalte bien une volonté commune de connaître, conserver et valoriser le patrimoine culturel de Pau. De plus, aucun inventaire du patrimoine n'a été réalisé jusque là, à échelle communale.

L'analyse des constructions vise, au-delà de la typologie architecturale, à mieux connaître les dispositions d'occupation du sol, d'aménagement spatial et paysager allant du bourg médiéval jusqu'à l'époque contemporaine, devenue ville de villégiature importante.

La méthode d'étude et de reconnaissance du patrimoine consiste à l'observation des biens immeubles situés sur un territoire délimité. L'approche urbaine s'établit par un recensement et par l'étude du bâti palois privé (maisons, hôtels, immeubles) et public (églises, Parlement...), sur une période chronologique allant du Moyen Âge à nos jours.

Finalement la ville de Pau dessine une morphologie de type médiévale, mais témoigne aussi d'habitats populaires et de constructions bourgeoises servant pour la villégiature. S'ajoute à cela, une perspective urbaine fortement façonnée par le XIX^e siècle religieux, où un constat survient: que plusieurs édifices palois restent sous-estimés et souvent méconnus tels que des églises paroissiales des temples, synagogue, chapelles hospitalières...

C'est tout naturellement que la chapelle hospitalière Saint-Luc a fait l'objet d'étude dans le recensement de l'Inventaire, de par son côté architectural mais aussi par son mobilier dont une tapisserie inscrite au titre des Monuments Historiques.

La construction de l'asile Saint-Luc a commencé par la pose de la première pierre en juillet 1865. Cinq années d'aménagements ont été nécessaires pour rendre tous les services accessibles et fonctionnels dans le but d'assurer la prise en charge les premiers pensionnaires.

La chapelle liée à cette période voit la première pierre du lieu du culte se poser le 1^{er} février 1870. En ce temps, les Sœurs font partie intégrante de l'Asile dont l'une d'elle, Sœur Jonville assure la responsabilité de la communauté des religieuses se préoccupant de doter l'établissement d'une église. Elle toucha par son projet "une âme bienfaitrice," connue pour ses dons à l'attention de multiples œuvres charitables à Pau, Mademoiselle ADOUE. Aujourd'hui encore, son nom reste gravé sur la cloche de la chapelle, perpétuant son

souvenir¹⁷.



Illustration 33 : Nom Mlle ADOUE gravé sur la cloche de la chapelle Saint-Luc

En 1957-58, on assiste au départ des Religieuses de l'asile. C'est la fin de leur présence, elles auront ainsi fait partie intégrante de Saint-Luc pendant près d'un siècle. Même si cette "évacuation" marque un dépaysement, l'édification de cette chapelle témoigne d'un véritable tournant.

En effet, l'édifice religieux exécuté entre 1869-1872, est pris en compte dans les plans architecturaux, élaborés par l'architecte départemental Gustave LEVY (1826-1885). Celui-ci est totalement resté conforme aux modèles français utilisés depuis les années 1830. Ce dernier fut, à cette occasion récompensé par une médaille d'or au Ministère de l'Intérieur lors de l'Exposition universelle en 1878.

"La chapelle se situe donc sur l'axe nord-sud de l'asile, axe qui répartit de manière égale les mêmes services aussi bien pour les hommes (ouest) que pour les femmes (est). Son principe s'articule autour d'un plan allongé, comportant une nef à vaisseau central entourée de bas-côtés aboutissant sur une abside semi-circulaire (les petites baies fusionnées dessus percent le mur-pignon¹⁸ au-dessus de l'abside et servent d'aération au comble)"¹⁹.

17 André LAVIGNOTTE, "La chapelle: Histoire autour de la chapelle Saint-Luc", *CHP news le journal interne du Centre Hospitalier des Pyrénées*, Mars 2013, n°8, p 3.

18 Le pignon désigne la partie supérieure triangulaire du mur du bâtiment servant à donner des versant à un toit.: Le mur comporte le pignon est donc dit "mur-pignon".

19 Cécile DEVOS et Claude LAROCHE, *Pau : un siècle d'architecture sacrée (1801-1905)*, Lyon, Ed. Lieux dits, coll. Images du patrimoine, 2014, 176 p.

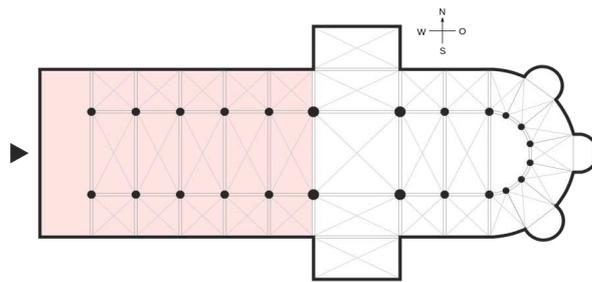


Illustration 34 : Plan chapelle Saint-Luc (Nef en rouge)

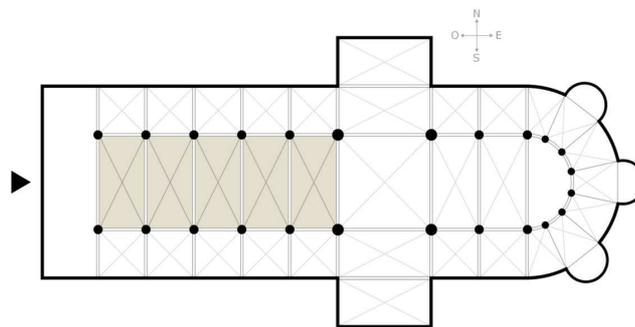


Illustration 35 : Plan chapelle Saint-Luc Vaisseau central (en bleu)

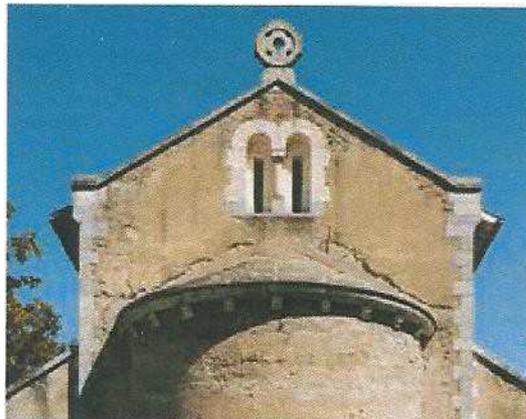


Illustration 36 : Mur-pignon au-dessus de l'abside

La chapelle se dote de trois entrées, une sous le clocher-porche et une de chaque côté, pour un accès à la messe différencié selon les sexes.

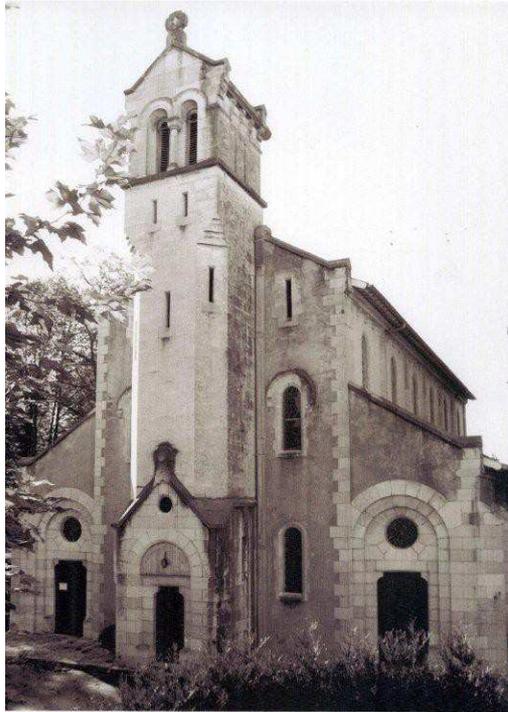


Illustration 37 : Chapelle Saint-Luc (entrées homme/femme)

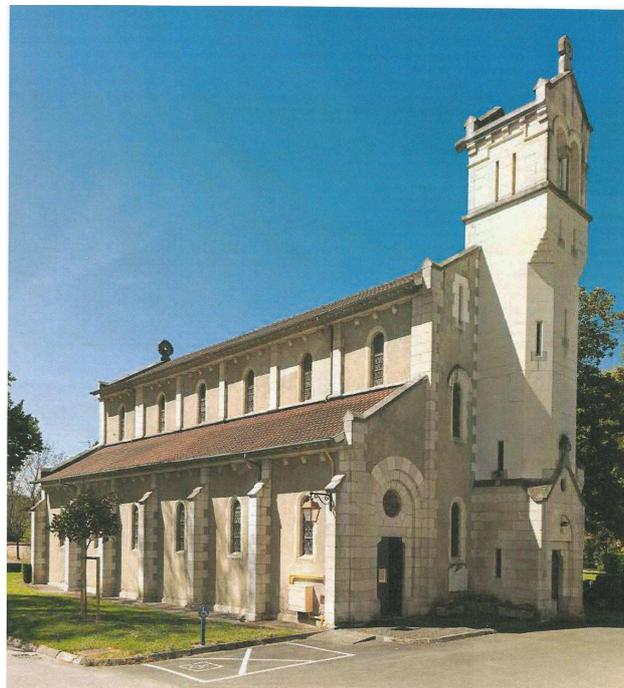


Illustration 38 : Vue d'ensemble chapelle Saint-Luc

L'édifice abrite 5 travées²⁰ dont une sixième est rajoutée grâce aux dons de la d'une des Sœur hospitalière, qui assuraient une partie de l'encadrement des malades. L'élévation de la nef recouvre de grandes arcades, de fenêtres hautes, séparées l'une et l'autre par une corniche à modillons²¹.

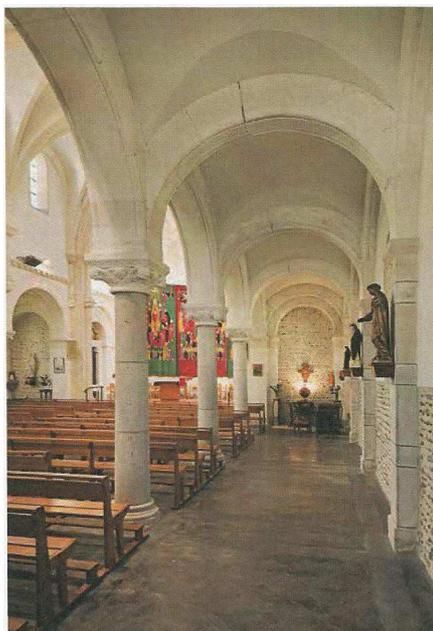


Illustration 39 : Bas côté droit

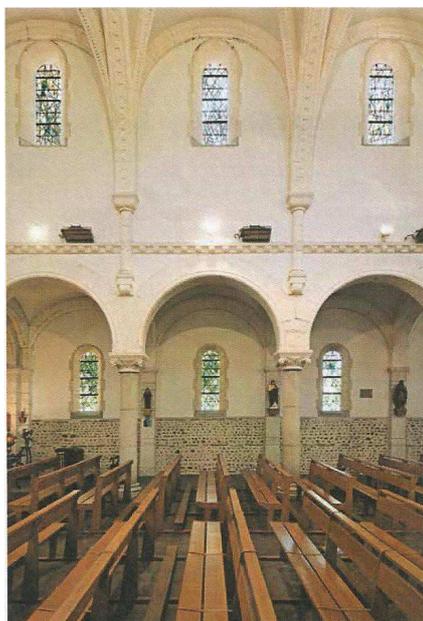


Illustration 40 : Élévation nef

20 Partie d'une nef, d'un vaisseau de bâtiment comprise entre deux points d'appuis principaux ou deux arcades qui se font vis-à-vis.

21 Dans les ordres ionique, corinthien et composite, c'est un ornement en forme de console renversée, placé sous le larmier d'une corniche comme pour la soutenir.

"Que ce soit pour les grandes arcades, les arcs formerets²² ou doubleaux, la croisée d'ogives²³ utilise le plein cintre²⁴ sur toutes les travées"²⁵.

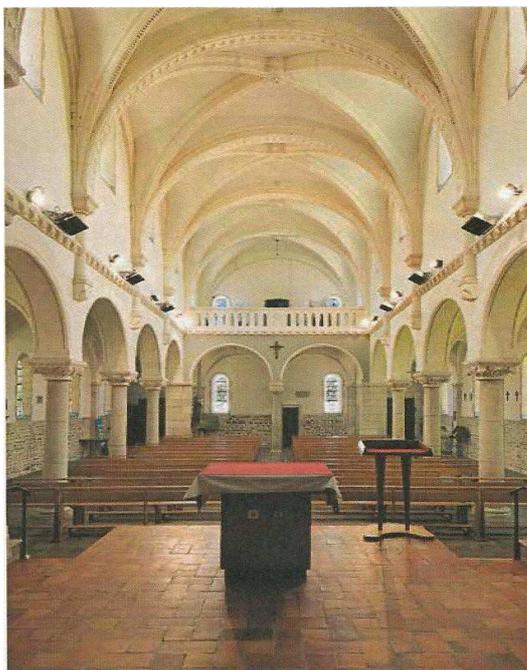


Illustration 41 : Arcs en plein cintre

Le chœur se distingue par sa forme semi-circulaire en prenant la même allure que sur l'arc triomphal ainsi que le tympan des portes des sacristies.

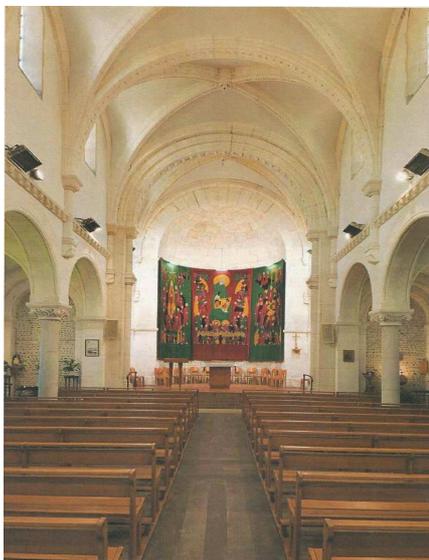


Illustration 42 : Le Chœur

22 Arc latéral d'une travée, parallèle à l'axe principal de la voûte d'un édifice.

23 Arc diagonal lancé d'un point d'appui à un autre sous une voûte, passant par la clef de voûte, remplaçant l'arête saillante.

24 Cintre décrivant un demi-cercle parfait, sans brisure.

25 Cécile DEVOS et Claude LAROCHE, *Pau : un siècle d'architecture sacrée (1801-1905)*, Lyon, Ed. Lieux dits, coll. Images du patrimoine, 2014, 176 p.

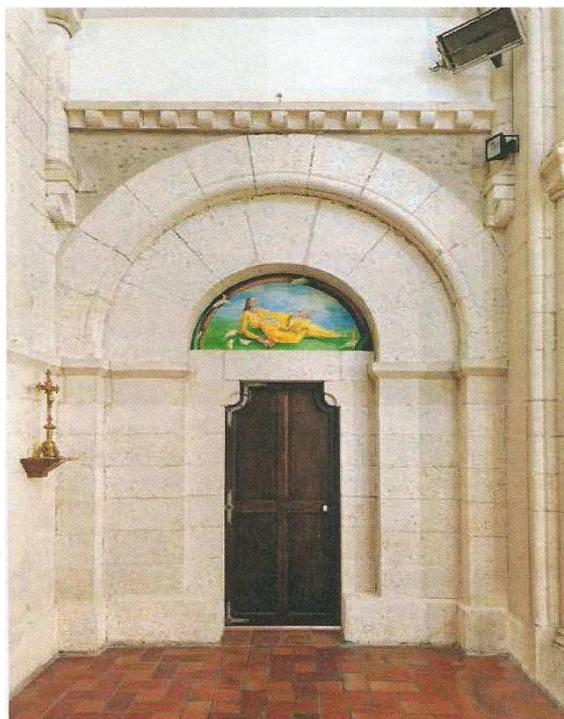


Illustration 43 : Une des portes de sacristie

L'organisation de l'édifice renvoie nettement à l'époque romane, notamment avec le cul-de-four²⁶ de l'abside.



Illustration 44 : Cul-de-four (abside)

²⁶ Voûte en quart de sphère analogue au fond de certains four.

Les arcs offrent des frises géométriques, les clés de voûte quant à eux des motifs centrés, des étoiles de mudéjares²⁷ et de David, croix et nœuds de Salomon. Les indices supposant que le style adopté est de type roman, apparaissent de manière manifestes dans la sculpture ornementale, seul décor d'origine conservé: les chapiteaux. Ceux de la nef laisse percevoir un décor de corbeille²⁸ légèrement ramassée reposant sur un épais astragale²⁹, couronnée d'un tailloir chanfreiné³⁰. Le décor employé est principalement végétal.

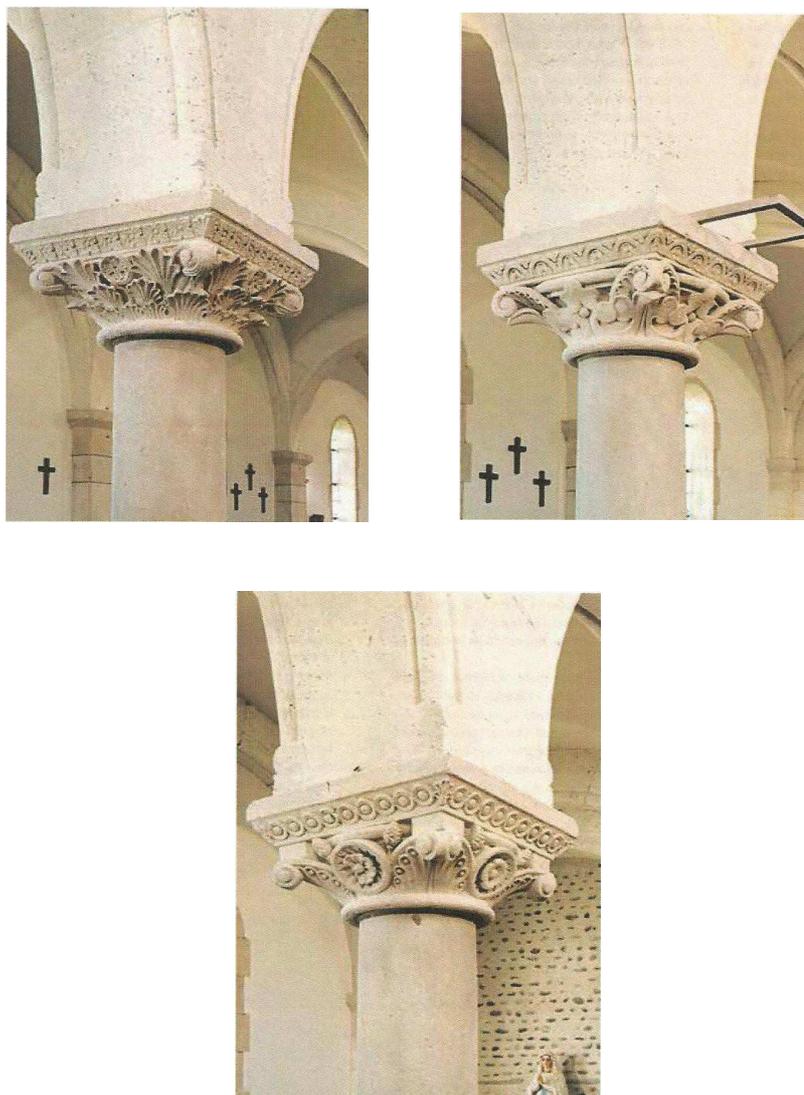


Illustration 45 : Chapiteaux de la nef

27 Est relatif au style qui s'est développé en Espagne après la Reconquête et qui se caractérise par une nette influence de l'art islamique qu'il assimile.

28 Forme génératrice du chapiteau autour de laquelle se groupent les ornements.

29 Moulure placée à la base des chapiteaux des ordres antiques et dont le profil est une demi-circonférence.

30 Petite surface oblique, obtenue en abattant l'arête vive d'une pierre, d'une pièce de bois ou de métal

" Le plus étonnant subsiste par le chapiteau cubique, qui est la forme la plus utilisée dans l'Art Roman surtout au Nord de la France "³¹.

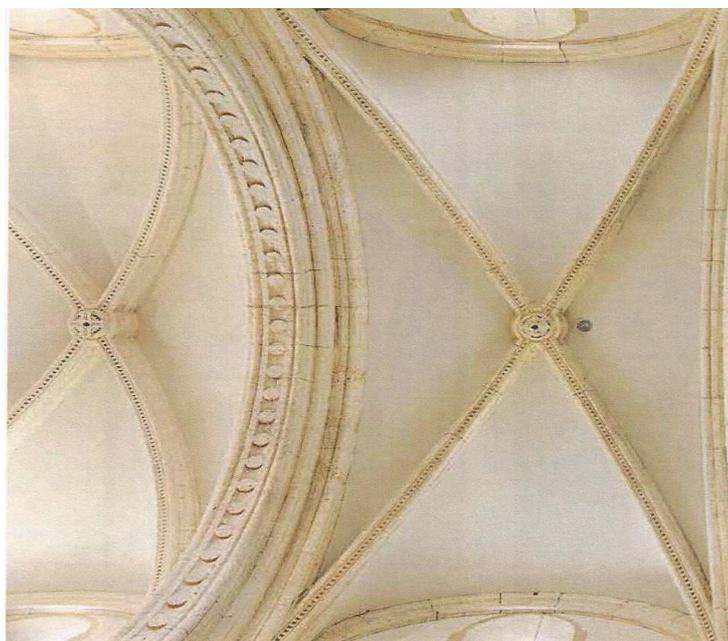


Illustration 46 : Arcs avec frises géométriques, croix de David (à gauche) et d'étoiles de mudéjares (à droite)

Concernant le mobilier, l'édifice a perdu notamment les trois autels de marbre, offerts par des donateurs anonymes. La chapelle préserve toutefois aujourd'hui une œuvre qui sera classée par la suite. Pièce unique en France, créée en 1969, elle est le fruit d'un travail d'ergothérapie (Cf. chapitre 4), réalisée par des pensionnaires de l'hôpital sous la direction de Hubert de Sainte-Marie, maître verrier, restaurateur des vitraux de la chapelle, apportant son appui technique artistique comme symbolique à ce projet. La tapisserie de trois pièces, 5 mètres de haut par 8 mètres de large couvre l'hémicycle de l'abside, elle représente des scènes de l'Évangile selon Saint-Luc, dont la Pentecôte³².

Par la suite, la D.R.A.C (Direction Régionale des Affaires Culturelles) s'intéresse tout particulièrement à cette œuvre, une demande d'inscription au titre des Monuments Historiques³³ est entreprise. Dans l'attente de décision concernant la protection de cette

31 Cécile DEVOS et Claude LAROCHE, *Pau un siècle d'architecture sacrée (1801-1905)*, Lyon, Lieux Dits, 2014.

32 C.H.P news, *Le journal interne du Centre Hospitalier des Pyrénées*, "Chapelle, peau neuve grâce à une association", Septembre 2013.

33 En effet, le statut juridique de monument historique est attribué à un monument (ou une partie du

réalisation, des travaux d'entretien de la chapelle ainsi que de restauration de la tapisserie débutent, avec l'accord du Directeur, réalisés grâce aux financements de l'association des "Amis de la Chapelle Saint-Luc". Cette rénovation, devenue indispensable, assure la pérennisation de ce lieu important pour l'hôpital.



Illustration 47 : Tapisserie "la Pentecôte selon Saint Luc"

C'est ainsi que depuis le mois d'août 2014, le Centre Hospitalier des Pyrénées compte un objet mobilier inscrit au titre des Monuments Historiques, "La Pentecôte selon Saint-Luc", instituant réellement, le caractère historique important de l'établissement³⁴.

La reconnaissance du Patrimoine aussi bien bâti que paysager du C.H.P traduit bien son image de site protégé, de lieu sauvegardé. Ses espaces verts de même que sa chapelle constituent un aspect architectural important en lui donnant une valeur historique et naturelle authentique. Outre la légitimation de ces lieux par la D.R.A.C et Monuments Historiques, un autre acteur prépondérant participe activement à la mise en avant du Centre Hospitalier des Pyrénées: le Service communication.

monument) ou à un objet présentant du point de vue historique, artistique et/ou architectural un intérêt public suffisant pour en rendre désirable la préservation.

34 *Op Cit.* CHP news, Septembre 2013.

3) L'espace communication de l'hôpital moderne : la valorisation du soin et du quotidien

Communiquer revient à valoriser l'image de l'établissement. La reconnaissance de l'existence patrimoniale et historique du site est essentielle dans un contexte de mise en valorisation.

La communication aide à donner de la cohérence, du sens à ces deux notions citées précédemment, elle partage et porte l'information dans et hors des murs du C.H.P. Permettant ainsi d'améliorer une meilleure connaissance du site envers des usagers de plus en plus exigeants en matière d'informations.

a) Le service communication

La Direction des Usagers, de la Communication et de la Qualité est créée le 1^{er} octobre 2006. Au fil des années, la communication du Centre Hospitalier des Pyrénées se développe de manière notable ce qui a justifié la création en mars 2009, d'un poste de chargé(e) de communication. Le but de ce professionnel assisté de différents collègues, repose sur la mise en œuvre de la politique de communication de l'établissement. Elle consiste à assurer, d'une part l'information interne et externe du Centre Hospitalier des Pyrénées, et d'autre part, la promotion de son image auprès de tous ses publics par le biais d'actions de communication.

Ses principales missions sont:

- La préparation avec l'organisation de manifestations (inaugurations, conférences, colloques, visites officielles, visites guidées) etc.
- La conception, la mise en forme et le suivi des supports de communication.
- La gestion et la mise à jour du site Internet de l'établissement.
- La conduite du journal interne: animation des réunions du comité de rédaction, mise en page du journal, rédaction de certains articles, diffusion du journal, évaluation.

Aujourd'hui, sa perspective d'évolution réside en sa transformation passant d'un simple prestataire de service à un service stratégique, opérationnel, diffusant des éléments

primordiaux dans leur quête de valorisation historique. Cela permettra de créer une dynamique commune (Cf. partenariat avec la Ville de Pau). et de répondre aux besoins exprimés par les professionnels du patrimoine.

De manière générale, la communication hospitalière constitue un ensemble d'outils et de moyens contribuant à valoriser l'Hôpital, en tenant compte de publics très diversifiés. Au Centre Hospitalier des Pyrénées, il faut distinguer trois types de communication hospitalière : celle adressée aux patients, celle destinée aux non-patients enfin la communication globale (interne comme externe)³⁵.

Ce qui nous intéresse ici c'est de développer celle destinée aux non-patients.

b) Une communication externe essentielle

Le Centre Hospitalier des Pyrénées paraît tel un hôpital psychiatrique conservant une image plutôt négative présentée au grand public, car ayant bien souvent affiché une vision d'un asile lugubre prédéfinie comme un tableau du citoyen enfermé. Il s'avère important de véhiculer une image plus juste, fidèle, valorisante de l'établissement.

La communication externe vers le public des non-patients permet également de placer l'Hôpital dans divers environnements: socio-économique, historique et patrimonial. On les retrouve dans différents types de communication: les publications, il s'agit de brochures d'informations, de rapports annuels (Cf. rénovations, classements), de guides (Cf. livre sur l'architecture sacrée à Pau), ou bien de livrets d'accueil (Cf. chapitre 4 valorisation du parc hospitalier), etc. A travers cette transmission, le CHP news reste la forme la plus importante, correspondant à un magazine trimestriel de huit pages conçu, élaboré par un comité de rédaction, composé exclusivement de volontaires. Il paraît tous les 3 mois à 1000 exemplaires, il contient différentes informations sur l'Hôpital et les personnels qui le font vivre. Tous sont actualisés régulièrement afin d'être cohérent et de communiquer sur du long terme. La plupart est disponible à la Documentation du C.H.P, mise en place depuis 1992, sous l'impulsion du Directeur général de l'époque, M. Guy GAROT. Gérée aujourd'hui par une documentaliste, sa mission ainsi que celle de son assistante s'articulent autour de la gestion de la structure, de l'accueil, de l'aide à la recherche bibliographique tant pour les professionnels que pour les étudiants en les accompagnant dans leurs

³⁵ *Idem.*

démarches professionnelles (Cf. élaboration de mon présent mémoire). Une équipe pluridisciplinaire (Comité de lecture) constitue une ressource complémentaire de qualité dans le choix des achats du fonds documentaire y mêlant divers thèmes, tout cela en s'ajustant au projet d'établissement³⁶.

Autre moyen de développer cette communication c'est bien évidemment l'événementiel. Ces manifestations s'adressent au grand public, aux partenaires sociaux, économiques, associations diverses, etc. Cela passe par des conférences, colloques ou débats, inaugurations, journées de sensibilisation (Cf. 150 ans du C.H.P), journées ouverte au public (Cf. Journées du Patrimoine)... Ces actions nécessitent une organisation bien maîtrisée (parfois onéreuse), mais permettant néanmoins de travailler sur un public déterminé, pour leur représenter un moment qui a marqué l'Histoire de l'institution. De plus, de part leur réussite le caractère symbolique de l'institution s'en trouve relevé.

Viennent ensuite les relations médias. En effet, ces supports demeurent l'interlocuteur privilégié du service communication, ce sont eux le relais entre l'Hôpital et le grand public. Ils l'informe des événements particuliers futurs en l'incitant à venir se déplacer, voir.

Enfin, le site Internet. Le Centre Hospitalier des Pyrénées a souhaité exprimer sa présence sur la toile en se dotant, en 2010, d'un site internet dynamique. Ainsi celui-ci voit le jour le 28 juillet 2010 : www.ch-pyrenees.fr, tel le reflet de l'Hôpital. Destiné, en priorité, à apporter des informations aux patients, familles de patients, habitants du territoire d'intervention du C.H.P., mais également aux professionnels de santé locaux, aux collectivités, aux partenaires et associations, et dans une moindre mesure aux élus locaux, à la presse. Ce site se veut de donner une image moderne et valorisante de l'établissement, capable de véhiculer des valeurs de qualité et de sérieux des soins. Mais contient aussi des informations sur l'histoire du site (de ses débuts à aujourd'hui), des actualités citées concernant la restructuration de certains bâtiments, des classements patrimoniaux effectués au sein de l'ancien asile, des expositions réalisées, etc.

Non seulement le C.H.P dispose d'une site complet mais fait également partie des réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter ou encore Youtube, facilitant encore plus l'accès aux personnes extérieures, désireuses d'élargir leurs connaissances sur le patrimoine hospitalier. N'oublions pas que la société actuelle vit dans un monde relativement "connecté", entre les tablettes, ordinateurs ou smartphones, le C.H.P se devait de s'adapter

³⁶ Josy PEY-BAYLE, *C.H.P news*, "La documentation et la naissance d'un lieu de rencontres", Dec 2013, p 3.

à son temps³⁷.

Le Centre Hospitalier des Pyrénées se fonde dès lors sur de nouveaux horizons, élaborant un projet d'établissement en adéquation avec les valeurs paysagères, architecturales présentes depuis sa conception. Ses actions de communication dynamiques mises en œuvre sont ainsi propices à la découverte de ce nouveau patrimoine, symbole de développement récent. Celles-ci ne cessent d'être améliorées par leur bilan régulier, afin d'en mesurer l'impact tout comme l'efficacité auprès du public, dans le but d'améliorer les actions futures.

37 Maud CLEMENT, *C.H.P news*, "Internet: L'hôpital et les réseaux sociaux", Mars 2014, p 5.

Chapitre 4 : Mémoires hospitalières

1) Un patrimoine ethnologique

Chaque hôpital possède par son Histoire, des mémoires toujours présentes au sein du personnel témoignant d'un fort impact sur les personnes extérieures. Des événements, des faits marquants touchent les esprits et constituent un véritable patrimoine Ethnologique. Ainsi, la mémoire du lieu doit être valorisée au même titre que le patrimoine bâti et paysager, même si celle-ci peut être douloureuse (Cf. Événement tragique en 2004 à Pau : double meurtres des infirmières par un individu schizophrène non hospitalisé). C'est le cas du C.H.P de Pau qui fête ses 150 ans d'existence. Pour l'occasion, la structure lui rend hommage à travers des journées spécifiques dédiées à sa valorisation.

Véritablement, la maladie mentale reste au cœur du domaine médical depuis le XIX^e siècle, elle est mieux connue et maîtrisée de nos jours, contrairement aux siècles précédents. La vision de la folie ne cesse d'évoluer au fil du temps avec des interprétations toutes différentes des unes des autres.

a) Représentation des maladies mentales

Ce n'est qu'à partir du XVIII^e siècle, que l'on a vu les premiers aliénistes se soucier de mieux définir les maladies mentales. Ils ont dressé des nosographies détaillées en les développant sans cesse pour les perfectionner. Pourtant, il ne suffisait pas de connaître la pathologie en elle-même mais de savoir les détails qui la composait.

Les théories sur la folie affluent, se multiplient et divergent selon l'époque et la représentation de celles-ci.

Auparavant au Moyen-Age, la réflexion théorique sur la folie ne transpose guère la réalité des faits. Même si l'existence des maladies mentales n'est pas avérée, les médecins évitent cependant de poser le problème de l'âme en termes médicaux, peu désireux de s'attirer les foudres de l'Église (Cf. statut des fous considérés comme possédés). Dans un milieu à dominance rural, il existait une relative tolérance envers ceux qui étaient capables d'accomplir quelques travaux saisonniers. En fonction du degré de folie, du comportement, les fous sont enfermés dans une grange, un cabanon au fond du jardin par exemple. Parfois, si la parentèle possède un peu d'argent elle le confie à une communauté religieuse. Les

abbayes cisterciennes s'en étaient fait effectivement une spécialité.

Beaucoup de représentations de la folie sont faites à travers la littérature (roman courtois), des allégories, des personnages "phares" tels que le « bouffon » du roi, les fêtes décadentes, véritables institutions dès les premiers siècles du Moyen-Age. La folie est aussi assimilée au péché ou, à l'opposé à la folie mystique (sorcellerie) qui conduit parfois aux associations démoniaques, traqués par l'Inquisition, bon nombre de fous brûlent alors sur les bûchers.

Toutefois, l'isolement d'un malade s'effectuait à titre privé, au sein d'une famille. Il n'y avait pas d'hôpitaux ni d'asiles pour cela. Ce phénomène devait être assez fréquent pour que les plus grands médecins consacrent des traités entiers sur ces maladies.

Les XVI^e et XVII^e siècles marquent en France la naissance de grandes institutions¹, et l'instauration d'un traitement médical spécial dans les Hôtels-Dieu². En effet, durant cette période émerge l'idée de rassembler déjà certaines catégories de malades entre eux.

A l'époque Moderne et Contemporaine, a lieu autour de la Révolution française un certain nombre d'événements qui déterminent un profond changement dans l'appréhension de l'aliénation, de son traitement, et dans l'organisation des établissements destinés aux malades (Cf. chapitre 1). Le XVIII^e siècle voit donc naître les conditions d'un nouvel esprit scientifique : La philosophie. Dès lors, les philosophes passent de la cosmogonie (Qu'est ce que l'univers ?) à l'anthropologie (Qu'est ce que l'Homme ?). Ils étudient la nature, l'organisation des corps, l'origine des maladies. La conception de la maladie de l'âme repose sur une double prise de conscience: philosophique et médicale³. C'est le siècle de Lavoisier⁴, de Buffon⁵, de Linné⁶ qui entreprennent de mettre en ordre la Nature⁷.

Par la suite au XIX^e siècle, les médecins emboîtent le pas aux naturalistes et se risquent aux premières grandes nosologies, aux études cliniques: c'est l'âge d'or de l'aliénisme. La psychiatrie de la seconde moitié du XIX^e affirme de nouvelles certitudes en multipliant les classifications, en créant de nouvelles entités (névroses, psychoses entre autre). Dans ce

1 L'Hôpital Général établi par édit royal en avril 1656, destiné aux mendiants valides et invalides. En son sein, des espaces spécifiques sont peu après sa création, réservés aux fous et aux folles.

2 Celui de Paris réserve au début du XVIII^e siècle deux salles, une pour chaque sexe, où sont pratiqués des traitements médicaux fort réputés, mais dont la capacité reste assez modeste.

3 Claude QUETEL, pdf. *Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours*.

4 Lavoisier était un chimiste, philosophe et économiste français, a énoncé la première loi sur la conservation de la matière.

5 Buffon était un naturaliste, mathématicien, biologiste français. Il participa à l'esprit des Lumières et a contribué à l'écriture de l'Encyclopédie.

6 Linné était un naturaliste suédois, a fondé la base du système moderne de la nomenclature binominale.

7 *Idem*.

contexte la médecine cherche à exhiber leurs découvertes scientifiques. Elle veut démontrer qu'elle révoque les théories théologiques et métaphysique, avançant vers la connaissance pour contribuer à assurer l'apaisement de l'humanité, en matière de recherche. La préoccupation principale se porte sur l'étude du cerveau et des voies nerveuses. La neurologie devient une composante essentielle triomphant comme une spécialité médicale dominante. Cette méthode semble être la seule capable de résoudre l'énigme de la folie en y apportant une explication organique⁸.

Au début du XIX^e siècle, de nombreuses autopsies sont pratiquées sur les cadavres des malades mentaux, sans vraiment définir les objectifs de recherche. Les praticiens espèrent trouver une solution pour remédier aux causes ou à l'origine de la folie. Même si ils ne parviennent pas à distinguer des états de lésions cérébrales précises, il s'avère que des anomalies rencontrées au niveau digestif sont propres aux malades mentaux. Cette constatation vient renforcer les théories formulées du siècle précédent, confirmant que la folie prendrait naissance dans la région abdominale.

Néanmoins, une telle supposition n'éclaircit en rien les énigmes sur le processus de la pensée, le cerveau reste encore un organe inconnu.

A l'issue de plusieurs travaux, on se demande alors si la pensée elle-même, ne peut pas être issue de l'inconscience ou alors découler d'un fonctionnement du cerveau, dont une partie échapperait à la volonté. Toutes ces recherches participent à l'évolution des hypothèses sur la maladie mentale, puisque désormais c'est du côté du cerveau que l'on se penche pour trouver des explications. A la fin du siècle, la découverte du neurone suppose que l'atteinte au cerveau résulte d'une action sur les cellules cérébrales⁹.

L'historique du cerveau et les syndromes neurologiques composent désormais, dans les explications des névroses et des pathologies mentales. La cause organique s'installe avec prédominance. Les psychologues se servent de la biologie pour étudier l'âme au microscope. Dès lors, les aliénistes sont dits « neurologues » : ils s'éloignent volontairement de la philosophie, préférant raisonner en physio anatomistes et répertorier toutes les perturbations du système nerveux responsables des troubles du comportement ou de la pensée¹⁰.

C'est alors qu'au XX^e siècle, la psychiatrie s'impose en tant que réel concept dans les

8 Blog de SINEURBE (www.sineurbe.blogspot.fr), article: "XIX^e siècle : neurologie contre la psychologie", août 2008.

9 *Idem*.

10 *Idem*.

années 1920 tandis que l'aliénisme s'efface. La neurologie, la psychologie clinique, la nouvelle théorie des constitutions apportent des modifications. La spécificité des faits sociaux, d'une vie psychique collective ainsi que la notion d'interaction s'appliquent aussi aux malades mentaux en conflit avec le milieu social. Mais c'est surtout la psychanalyse qui va marquer le développement de la psychiatrie. Ainsi va s'élaborer tout un éclaircissement sociologique de la folie. Les causes de la folie ne seraient pas à rechercher "dans" le sujet mais hors de lui, autour de ses relations et de son environnement. Ce n'est plus le malade qu'il s'agirait de psychanalyser mais la famille et la société¹¹.

Ce qui change vraiment à partir des années 50, c'est que l'on considère que l'hôpital ne doit plus être que un élément lourd et provisoire du procédé thérapeutique. Au sortir de ce nouvel hôpital psychiatrique, d'autres sont prévus comme paliers vers la réinsertion dans la vie active. Cette profonde révolution dans l'approche de la folie remet en question le concept même de maladie mentale. On parle de troubles de la personnalité, la notion de maladie est effacée. Une nouvelle classification s'impose en 1980 en France.

De nos jours, le champ psychiatrique de la santé mentale ne cesse de s'étendre et d'évoluer aussi bien dans les thérapies que dans la mise en place de nouvelles structures spécifiques.

A Pau, l'asile Saint-Luc ne déroge pas à cette évolution. Dès le départ, les médecins arrivent à définir une typologie des aliénés mais aussi la recherche de causes. C'est-à-dire la mise en place d'une étiologie considérée comme très importante. L'étude des causes est extrêmement précieuse en psychiatrie, non seulement pour établir un diagnostic mais aussi pour guider le praticien dans le traitement à suivre. Toutes ces caractéristiques sont écrites, pour chaque aliéné, sur les Registres de la Loi, rendus obligatoires en 1838. Cela permet de mieux comprendre l'identité des malades internés à Saint-Luc¹².

Des constatations sont donc émises d'abord par rapport au sexe. Les praticiens notent un nombre plus important d'hommes internés que celui des femmes en principe célibataires (condition favorable à la folie). Vient s'ajouter l'âge, les affections mentales frappant plus exactement les jeunes adultes de 20 à 40 ans, soit 52,6 % des malades. Puis, en général ce sont les professions libérales, les plus nombreuses. La plupart viennent de la ville, en 1866,

11 *Idem*.

12 Alain LEFEVRE, *La Folie et son traitement à Pau au XIX^e siècle (l'asile Saint-Luc de Pau)*, Université de Pau et des Pays de l'Adour, 1981, 206 p.

50 % émanent de la population urbaine. Les aliénistes accordent aussi une importance à l'influence des saisons. En effet, on pense que les saisons chaudes sont propices à la folie.

Tout cela aide à découvrir les causes de la folie: les pré-disposantes (l'hérédité, caractères antérieurs à la folie et les causes inconnues) et les déterminantes (causes physiques, causes morales, causes réunies et inconnues).

Les prédispositions héréditaires sont particulièrement nombreuses. En principe, beaucoup d'aliénés traités connaissent un autre cas dans leur famille. Parmi les causes physiques, ce sont des excès de tout genre (surtout chez les hommes), bacchiques, vénériens et l'épilepsie. Pour les causes morales les tendances sont les chagrins, les déceptions et l'exagération du sentiment religieux¹³.

Une fois les causes déterminées, une typologie des maladies est effectuée. Le fondateur de l'asile Saint-Luc, le Dr. AUZOUY qui a particulièrement œuvré à Pau pour les aliénés, notamment en terme de typologie de maladies ainsi que leur bien-être. Après des études à la Faculté de Médecine de Paris où il reçoit des cours par de grands aliénistes tel que ESQUIROL, il est familiarisé avec l'organisation d'un asile modèle. Suivant les idées de ces précepteurs, il effectue donc une classification au sein de son établissement¹⁴.

On retrouve d'abord la Manie, état se traduisant par des brusqueries de mouvements comme l'agitation, des cris, de la violence; des délires tristes ou gais, incohérence de la parole.

Vient ensuite la Lypémanie signifiant une dépression des facultés mentales accompagnée d'une vive surexcitation délirante, des idées de persécution, des hallucinations, de l'hypocondrie, voire des tendances au suicide.

Puis, la Monomanie qui dessine un état mental délirant s'attachant à des idées fixes, des hallucinations.

Après, il y a la Démence qui est la conséquence d'une affectation morale faisant place à l'affaissement puis à l'anéantissement de l'intelligence.

S'en suit, l'Imbécillité se caractérisant par des facultés intellectuelles et sensibles développés à faible degré. Cette catégorie est divisée en deux, les faibles d'esprit et ceux qui ont une organisation morale défectueuse avec une formation d'idées extrêmement difficile.

13 *Idem*.

14 Site de l'histoire de la psychiatrie en France : www.psychiatrie.histoire.free.fr

Arrive aussi l'Idiotie portant sur un état congénital de nullité intellectuelle où les fonctions physiologiques sont lésées. Les notions d'idée, de mémoire, de volonté sont quasiment inexistantes.

Et enfin, le Crétinisme associé à la dégénérescence physique et morale complète de l'individu¹⁵.

Cependant, toute cette typologie reste bien évidemment incertaine car les causes sont difficiles à connaître au XIX^e siècle. Cette mauvaise connaissance des causes des maladies mentales a de fâcheuses répercussions sur les traitements mis en place pour les combattre¹⁶.

Au final, comment traiter efficacement alors les maladies que l'on connaît si mal ?

b) Traitements psychiatriques

On accorde une grande importance au traitement physique puisqu'il correspond au traitement médical. Il varie en fonction de l'affection mentale, de la nature et du degré de la lésion intellectuelle. Dans l'établissement, les médecins adoptent deux directions : rendre la sensibilité et calmer les patients.

Le premier axe montre que les aliénés ont une sensibilité très affaiblie, notamment au niveau cutané. *"Ce serait donc rendre un grand service à nos malades que de réhabiliter la sensibilité là où elle fait défaut, et de procurer du ressort et de l'énergie à leur système musculaire engourdi"* (Dr. AUZOUY)¹⁷.

Pour atteindre ce but, est utilisé des moyens liés à l'eau dit hydrothérapie, techniques très en vogue au XIX^e siècle. Les bains constituent l'essentiel du traitement hydrothérapie, l'asile dispose ainsi de bains tièdes et chauds dans chaque division. Ces bains sont complétés par des irrigations¹⁸ ou affusions¹⁹. De la même manière est aussi exploité les aspersion et frictions avec de la neige glacée.

15 *Idem*.

16 Mémoire d'Alain LEFEVRE, *la folie et son traitement à Pau au XX^e siècle (l'asile Saint-Luc de Pau)*, UPPA, Pau, 1981.

17 *Idem*.

18 L'irrigation consistait à faire couler un filet d'eau froide sur le crâne des malades pendant l'application du bain chaud.

19 L'affusion consiste à déverser ou à jeter sur la tête et le dos du malade des masses d'eau froide. C'est une opération appliquée après un bain très chaud.

L'électricité est aussi un moyen selon eux pour provoquer des réactions chez le malade: La sismothérapie (électro choc). Cette technique cherche à exercer sur la conscience du malade un choc violent. Son principe est basé sur l'utilisation du courant électrique, par passage de contact direct, par le biais d'électrodes accrochés sur le front du patient entraînant des convulsions²⁰.



*Illustration 48 : Ancienne machine électro choc
(hôpital psychiatrique de la Seine)*

Ces deux techniques sont complétées par l'emploi de vésicatoires²¹, sétons²² et cautères²³.

En plus de cela, le procédé du coma insulinique ou choc hypoglycémique, inventé par le Dr. Manfred Sakel (1900-1957), dans le traitement de la psychose est institué à l'asile. La méthode de Sakel consiste à provoquer un coma (éventuellement des convulsions) par injection d'insuline. Il constate que le coma provoqué peut être favorable à l'évolution des *déments précoces*. En effet, des agents toxiques affaiblissent le métabolisme de

20 André LAVIGNOTTE, *Asile St-Luc Passage d'une rive à l'autre*, Pau, 2001.

21 Irritation artificielles de la peau, provoquées et entretenues par l'application d'un produit chimique. Cela pouvait aller jusqu'à l'urtication.

22 Plaie provoquée et entretenue constituée par une mèche traversant de part et d'autre les tissus cutanés sur quelques centimètres. Un pansement y était appliqué quand la suppuration était visible.

23 Fer rougi au feu ou chauffé dans l'eau bouillante, appliqué sur la peau. C'était plus un moyen de terrifier le patient qui se calmait.

certaines des cellules cérébrales du dément; le coma provoque la régénérescence des cellules dysfonctionnelles ou la destruction des connexions neuronales pathologiques et, de ce fait, en améliore le fonctionnement. Très vite, cette méthode va être utilisée dans le traitement des psychoses, mais à faibles doses²⁴.

Ensuite, le deuxième axe (calmer le patient) repose sur l'emploi de plantes dites drogues. Dans un premier temps l'opium puis des plantes comme l'Ellébore et la Belladone entrent dans la médecine. Néanmoins, ce que "préfère" les médecins de Saint-Luc c'est l'éther et le quinquina qui dégagent des bienfaits à la fois apaisants et fortifiants.

En dehors de ces traitements plus particulièrement destinés soit à calmer ou à rendre la sensibilité, d'autres sont employés plus communément sur les malades. Ainsi la saignée²⁵ est assez courante. Mais aussi, des évacuants, c'est-à-dire des purgatifs²⁶ sont souvent prescrits, associés souvent à d'autres plantes telle que l'Ellébore²⁷.

Mais à partir des années 50, les choses changent car se généralise l'utilisation de substances chimiques psychotropes. Ces nouveaux médicaments connaissent un véritable succès et encore aujourd'hui. Le traitement chimique de la maladie mentale représente un espoir mais ne règle pas tout pour autant, car la connaissance des maladies reste encore très grande.

Les médicaments constituent une grande avancée pour la guérison des patients. Mais cela est rendu possible également par l'amélioration des conditions de vie traduit par l'adoption d'une meilleure hygiène.

En effet, le grand soucis de l'asile est celui de l'hygiène. A ses débuts, l'établissement compte une forte mortalité, cela s'explique par les maladies autres que mentales présentes qui touchent les malades (tuberculose, bronchites, fièvre...). Un total désencombrement est aussitôt effectué au sein de la structure et des améliorations sont apportées. On retrouve donc une augmentation du cube d'air des dortoirs (de 20 mètres pour les valides et de 30 à 50 mètres pour les infirmes et les malpropres). La ventilation de tous les habitats se fait par des ventouses au ras des parquets et des plafonds. Des cabinets d'aisance intérieurs sont aménagés avec des cheminées d'appel munies d'un brûleur à gaz. Des crachoirs fixes et portatifs sont aussi installés, le lavage des sols, parquets, des murs deviennent quotidiens. Tout ça a finalement apporté des meilleures conditions de vie, même si la grippe sévit

24 *Op Cit* André LAVIGNOTTE.

25 Les médecins utilisaient des sangsues en cas de congestion d'un organe et notamment de la tête.

26 Purgatif désigne une substance propre à éliminer les humeurs viciées, à nettoyer l'organisme, à le purifier.

27 Site Histoire de la psychiatrie en France: www.psychiatrie.histoire.free.fr

encore un peu, la tuberculose devient rare alors qu'elle était un fléau²⁸.

c) Témoins du quotidien hospitalier : les soignants

Soigner la maladie mentale n'est pas neutre car plus ou moins, le patient fait jouer un rôle au soignant. Chaque malade mental est une personne à part entière avec sa propre histoire, celle qui s'est construite autour de ses modèles, de ses références et qui est intimement liée à sa maladie, psychose, névrose, avec ses manifestations délirantes ou mutiques.

Le métier d'infirmier, ayant à l'origine un simple rôle de gardien, s'est peu à peu transformé. Passant du simple statut de gardiens/surveillants souvent dévalorisés, à infirmiers, constituant un vrai métier, puis à de véritables éducateurs et/ou ergothérapeutes ayant un rôle spécifique à jouer. Tout cela a été possible grâce à l'apparition de formations et à la professionnalisation qui ont permis d'améliorer l'accompagnement des patients.

La présence des soignants auprès du patient est constante aussi bien dans la partie médicale que dans les activités effectuées dans l'enceinte de l'asile. Avec la reconnaissance des bienfaits du travail en extérieur, les divertissements sont aussi préconisés par les médecins. La prise en charge du malade hors du contexte de soins du pavillon s'organise donc autour de jeux, de la chorale, du sport, de l'ergothérapie, de la lecture et des sorties extra-muros²⁹.

Des jeux variés sont mis à disposition notamment des jeux de société pour favoriser la sociabilité comme des jeux de dames, dominos, jeux de cartes...Par les jeux, l'aliéné est plus facilement captivé, il essaye de défendre ses intérêts, se concentre sur la partie. Pour la lecture il y a la mise en place d'une bibliothèque, installée dans le quartier des pensionnaires, avec des journaux, livres, revues illustrées. La musique et le chant entrent eux aussi dans le traitement. L'idée est de créer une chorale constituant déjà à elle seule un défi car comment faire harmoniser un groupe entier de patients ? Le challenge est cependant relevé avec des représentations face aux autres camarades. De même, une salle de théâtre de 200 personnes est construite en 1895, où les malades encadrés toujours par le personnel soignant, donne lieu à des spectacles dramatiques ou musicaux.

28 *Idem.*

29 *Op Cit* André LAVIGNOTTE.

S'ajoute à cela la pratique de sports depuis 1880, elle sert de levier pour compléter l'action du travail mental, il fait prendre conscience aux malades la découverte de son corps dans le temps et l'espace. Le but est de : comment faire découvrir au malade, par le biais du sport, les aspirations au plaisir de cette pratique, en lui donnant l'assurance d'avoir parcouru un chemin de réconciliation et de resocialisation pour lui-même³⁰.

L'homme a besoin par dessus-tout d'activité, l'enfermement avec le traitement médical tend justement à créer de l'oisiveté, de la nonchalance et de la paresse. C'est pour cela, que le moniteur de sport pour dissiper le manque d'activité et la perte de centres d'intérêt, engage un travail pour offrir à l'hospitalisé une multitude de possibilités, en cherchant à les rapprocher au plus près de ses attentes. Un net changement se fait sentir surtout auprès de jeunes schizophrènes au niveau de leurs comportements qui se révèlent moins agressifs. De plus, sur plusieurs années, l'équipe de foot constituée a été championne de France Inter-Hôpitaux³¹.

Un nouvel outil de développement personnel se constitue au sein de l'asile : l'ergothérapie à partir des années 50. Elle est intimement liée à l'histoire de la psychiatrie. On retrouve ses fondements tout au début de l'asile mais faute de moyen est traduit par le travail agricole. Celui-ci donne le moyen de s'exprimer et produit une réelle transformation sur le comportement. Effectivement, le souci majeur des infirmiers est la promiscuité avec les malades confinés dans leurs pavillons. Et pour y remédier, il faut trouver une sorte d'échappatoire, créer une activité hors des murs d'isolement avec la nécessité de faire bouger le patient. Plusieurs infirmiers se sont donc convertis en moniteurs d'ateliers, tous ont aussi bien des connaissances technologiques que des compétences en matière de management d'un groupe, afin de répondre au processus d'humanisation. Les ateliers d'ergothérapie sont nombreux, ils rassemblent des travaux du bois et fer, la fabrication de sandales en corde (maintenant disparue), la menuiserie, la poterie, la vannerie, l'imprimerie, la tapisserie, la couture, la peinture sur soie, etc. Chaque atelier a sa particularité, son approche de l'organisation comme celui de son fonctionnement. Il est le reflet de son moniteur. Certaines réalisations ont contribué à la notoriété du site telle que la tapisserie "la Pentecôte selon Saint-Luc" (Cf. chapitre 3)³².

Une autre ressource apparaît à Saint-Luc, l'Association d'Entraide Psycho Sociale en 1958. Ce service a permis de réaliser la concrétisation de nombreuses actions comme des

30 *Op Cit* André LAVIGNOTTE.

31 *Idem*.

32 *Op Cit* André LAVIGNOTTE.

sorties extérieures (cinéma, séjours, bals, pièces de théâtre...). Cette association a construit un réseau pour répondre à la demande du malade qui doit retrouver une place pour vivre à l'extérieur.

En plus de toutes ces distractions on compte aussi dans les traitements l'exercice du sentiment religieux. Plusieurs médecins disaient à partir 1868 : "Je l'ai constamment encouragé là où une contre-indication spéciale ne commandait pas d'en suspendre la pratique"³³ ou encore "L'influence médicale et religieuse sagement combinées ne peuvent qu'assurer les résultats les plus satisfaisants"³⁴. En effet, le culte religieux occupe une grande place au sein de l'asile, c'est pour cela que chaque matin vers 7h30, les aliénés participent à la messe et prient dans la journée. Le cérémonial est propre à faire ressortir le caractère émotif du malade³⁵.

Le patrimoine ethnologique s'est formé à travers l'image que la maladie mentale a donné au fil du temps. Figure de possession, de sorcellerie, de fous du roi, de marginal de la société, diverses interprétations sont fournies selon les médecins mais aussi selon la perception des individus. L'apparition de structures adaptées a permis d'édifier un lieu réservé exclusivement aux aliénés, où vont se nouer d'authentiques rapports humains et sociaux entre patients/soignants.

2) Patrimonialisation hospitalière

Le patrimoine hospitalier reste souvent associé à une image de souffrance, de mort. La valorisation d'un tel patrimoine est fragile car elle porte sur des édifices gigantesques, parfois délabrés, situés à l'intérieur des villes, de ce fait soumis à des pressions mobilières. Il est aussi difficile tout simplement d'identifier dans ces lieux le patrimoine hospitalier en lui-même puisque avant la Révolution Française, les édifices érigés sont souvent des structures d'assistance religieuse. Quant à l'architecture médicale du XX^e siècle, elle est encore souvent intégrée aux centres hospitaliers en activité donc non perçue comme patrimoine.

33 Propos du Dr. AUZOUY.

34 Propos du Dr. CHAMBERT.

35 *Op Cit* mémoire Alain LEFEVRE.

a) Problématiques spécifiques à la valorisation des hôpitaux

Dans cet ensemble très peu défini, l'hôpital psychiatrique même si il présente des caractères similaires à l'hôpital général (taille, dégradation, situation...), il est cependant mieux identifiable en tant que patrimoine hospitalier. En effet, il est souvent une création récente (XIX^e- XX^e siècle), puis son image (lieu de la folie) n'est pas un obstacle à sa valorisation car, si ce patrimoine se traduit par un phénomène de réversion, il est bien souvent objet d'une curiosité voire même de fascination.

Par cela se pose plusieurs problématiques spécifiques à ce patrimoine. Tout d'abord, une problématique technologique qui se traduit par une rapide obsolescence des équipements et infrastructures, ce qui correspond à une époque n'est pas forcément adapté à une autre (par exemple certain hôpital avec leur chapelle sont très difficilement réaffectables). Il y a en plus des contraintes sanitaires et techniques de plus en plus présentes. Malgré cela, on constate un nombre considérable et croissant de bâtiments en mutation.

Vient ensuite une problématique sociale, L'hôpital psychiatrique est un lieu malencontreusement rempli de préjugés négatifs (Cf. mort, maladie) qui en arrive à être un tabou pour la santé. Pour sortir de ce cliché il faut donc valoriser l'héritage historique, architectural, artistique, etc... pour surmonter ce tabou. Longtemps coupées du monde (jusqu'au XX^e siècle), ces structures dégagent néanmoins un fort rôle social par le biais de la culture à l'hôpital que l'on nomme : l'art thérapie (Cf. traitements moraux).

Mais avant d'arriver à une véritable valorisation, il a fallu recenser les établissements hospitaliers déployés à des fins psychiatriques qui sont alors protégés au titre de Monuments Historiques. On observe deux choses: la première c'est le modeste nombre d'institutions de ce type (treize seulement). La seconde c'est la nature très récente de la prise en compte de ce patrimoine. Il est vrai que la reconnaissance des premiers édifices ne survient qu'à partir de 1980. La plupart des inscriptions ne s'établit véritablement qu'entre 1994 et 2002. Par conséquent il y a bien un constat de patrimonialisation tardif³⁶.

Mais comment s'est manifesté cet intérêt à la fin des années 1970 et début des années 80, avec une accélération et une généralisation nationale entre 1994 et 2000, pour ce patrimoine ?

36 Jean-René MORICE, Guy SAUPIN, Nadine VIVIER (dir.), *Les nouveaux patrimoines en Pays de la Loire*, décembre 2013, Collection Art et Société, 756 p.

Tout d'abord au début des années 1970, les institutions asilaires sont encore centrales dans le soin psychiatrique. La sectorisation amorcée en 1960 est officiellement adoptée, dès lors l'institution asilaire est non seulement largement encore occupée mais est toujours l'objet de vives critiques, qui forcément ne pousse pas à sa sanctuarisation patrimoniale. Car celle-ci est perçue encore comme un instrument oppressif par les antipsychiatries.

Ce n'est que fin 1970-début 1980, que la psychiatrie française connaît un bouleversement notamment avec la diffusion de la sectorisation et la volonté de réduire le nombre de lits hospitaliers. La propagation des traitements chimiques autorise les patients à sortir avec un suivi post-cure, alors que les vieux patients se dirigent plutôt vers les Hospices. Entre 1950-1970, à la faveur de la libération de vieilles parties d'asiles urbains s'effectue et se pose alors la question de la restructuration de ces anciennes parties. Ce processus amorce un début de patrimonialisation renforcée en 1990 et 2000, en raison de l'offre hospitalière qui tend vers l'hôpital général à l'instar d'un développement de petites structures d'accueil³⁷.

La mise en lumière se distingue ainsi par plusieurs raisons. D'abord par une reconnaissance patrimoniale : un sujet se caractérise comme objet/pièce patrimonial culturel lorsqu'il est porteur de sens et de mémoire. Assurément, le patrimoine de santé englobe ces deux critères autant par son Histoire que par son vécu (Cf. évolutions et aux patients traités).

Ensuite, une légitimation des spécificités du patrimoine hospitalier survient, car menacé par l'abandon de ces anciens établissements qui ne sont pas forcément réemployés ou restaurés. De plus, se pose la question du devenir des lots conséquents d'anciens objets retrouvés dans les hôpitaux psychiatriques (Cf. machines pour électro choc), qui ne servent plus à la médecine actuelle.

L'Apparition de la notion de patrimoine se discerne vraiment à la période de la grande vague de modernisation des établissements où la pensée hygiéniste prend place (dernier tiers du XIX^e – début XX^e siècle). Après, lors de la deuxième moitié du XX^e siècle, le regard patrimonial porté sur l'architecture des hôpitaux s'intensifie par le service des Monuments Nationaux et de la Société française d'Histoire des Hôpitaux³⁸.

Actuellement, il y a un véritable regain d'intérêt pour le patrimoine hospitalier³⁹. Alors

³⁷ *Idem*.

³⁸ La S.F.H.H est une association loi 1901, créée en 1958 sous l'égide de la Fédération hospitalière de France et la Fédération Internationale des Hôpitaux.

³⁹ Clarisse DHOMME, Nan SUN, Corinne TELLIER, *la valorisation du patrimoine hospitalier*, pdf, déc 2006, ESTUHA, Angers.

toute une valorisation externe, mais aussi auprès du public interne se met en place. C'est principalement un enjeu identitaire pour les professionnels de la santé qui comptent sur celle-ci pour véhiculer une autre apparence que peuvent diffuser ces institutions⁴⁰.

b) Exemples de valorisation hospitalière

Les valorisations du patrimoine hospitalier peuvent prendre plusieurs formes et genres, qui incluent l'intervention de plusieurs acteurs importants à leurs développements.

On retrouve en premier lieu, la mise en avant par l'écrit et la recherche. Avec des publications diverses et variées comme des livres⁴¹, des revues⁴²... Elles font ainsi participer plusieurs acteurs dont la Société Française de l'Histoire des Hôpitaux qui fait des études sur l'Histoire des hôpitaux ou établissements de bienfaisance. Elle protège et met en valeur du patrimoine mobilier et immobilier des établissements hospitaliers, des archives anciennes, modernes et contemporaines. Et enfin, elle tend à rapprocher les chercheurs de tous pays à travers des projets communs.

La recherche tient une grande place. Le programme européen PAPHE « Présent et Avenir du Patrimoine Hospitalier Européen » est réalisé dans le cadre du programme Culture 2000 soutenu par la Commission européenne. Il est destiné à valoriser le patrimoine hospitalier de plusieurs pays d'Europe (France, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Finlande). Leur motivation de départ est : « Que faisons-nous de nos vieux hôpitaux, partie de notre héritage culturel ? ». En découle plusieurs objectifs: premièrement, le recensement du patrimoine hospitalier européen, sa conservation et son devenir. Par ailleurs, l'Inventaire général du Patrimoine à Pau en fait un axe national traduit par la publication de l'ouvrage *l'hôpital en France, histoire et architecture*.

Deuxièmement, partager au niveau européen ses expériences et savoirs-faire, faire connaître, sensibiliser le public (Colloque, Journées Européennes du Patrimoine...).

Et pour finir l'édition d'un « Guide du patrimoine hospitalier »⁴³.

En deuxième lieu, se trouve la muséification avec les musées hospitaliers. Les projets de création d'un musée hospitalier offrant un espace muséal, un point information dédié

40 *Idem*.

41 Exemple de livre sur le patrimoine hospitalier : *L'hôpital en France, histoire et architecture*, de Pierre-Louis LAGET.

42 Exemple de revue sur le patrimoine hospitalier : *Psychiatrie*.

43 Clarisse DHOMME, Nan SUN, Corinne TELLIER, *la valorisation du patrimoine hospitalier*, pdf, déc 2006, ESTUHA, Angers.

aux visiteurs, une bibliothèque, des espaces d'accueil et de conférence, sont de plus en plus nombreux. Ils présentent des archives, des œuvres d'Art, des reconstitutions de la vie hospitalière quotidienne, des présentations des techniques thérapeutiques, toujours en lien avec le présent des hôpitaux. Sauvants ainsi des objets et équipements de l'oubli, pour susciter une réflexion collective sur les problèmes de la médecine.

En troisième lieu, l'animation apporte aussi une touche pour la valorisation. A travers des visites guidées, des hébergements labellisés Gîte de France, des concerts, des spectacles ou stages et séminaires. C'est le cas de Notre-Dame de Lorette lors des Journées du Patrimoine participant à la valorisation de son hébergement Gîte de France, anciennement un asile.

En quatrième lieu, par la réaffectation des bâtiments, avec un ancien hôpital-chapelle, transformé en hôtel de luxe par exemple. C'est avant tout un choix qui respecte les buts initiaux de l'institution hospitalière, avec des aménagements contemporains sans dénaturation de l'existant et bien sûr toujours ouvert à la visite. C'est le fastueux projet notamment de la ville de Lyon qui réhabilite son ancien Hôtel-Dieu⁴⁴.

Et enfin, la valorisation immatérielle & internationale avec la médecine chinoise qui concerne entre autres des médicaments chinois produits par l'ethnie des Han et les diverses d'autres minoritaires. Les recettes de fabrication ainsi que les théories pharmaceutiques sont reconnues internationalement pour leurs vertus efficaces. Un musée est édifié, c'est le musée de la médecine chinoise traditionnelle à Suzhou qui est l'ancien hôpital de CHUNHUI, actuellement c'est une partie de l'Hôpital de la médecine chinoise de Suzhou.



Illustration 49 : Musée de Suzhou

44 *Idem.*



Illustration 50 : Musée de Suzhou

Il faut savoir qu'en plus des associations et de l'État (Cf. projet européen) qui participent à cette mise en valorisation, il y a d'autres intervenants aussi importants tels que les Offices de tourisme, Comités Départementaux et Régionaux du Tourisme, la municipalité. Effectivement le développement et l'entretien des partenariats institutionnels sont d'autant essentiels pour pouvoir élaborer, développer des actions. Le but est de monter une équipe de travail unique, référente et stratégique par rapport au territoire. Pour créer une politique commune de développement culturel et par la suite avoir une reconnaissance à l'échelle nationale.

Les types d'actions de valorisation sont en conclusion riches et diversifiées. Chaque Hôpital psychiatrique a à sa disposition plusieurs choix pour mettre en valeur son patrimoine. Chacun possède des moyens différents et tentent malgré souvent un défaut de moyens financiers d'œuvrer à la mise en patrimonialisation de leur site.

c) Hôpital Saint-Luc : un choix de commémoration

La première pierre de l'asile Saint-Luc fut posée le 1^{er} juillet 1865. Le 1^{er} juillet 2015, cela fera donc 150 ans que le Centre Hospitalier des Pyrénées est installé à l'est de la ville de Pau, au milieu de son vaste parc paysager, celui-ci a choisi de célébrer cet événement.

Ce sera l'occasion de faire découvrir 150 ans de fonctionnement psychiatrique et d'évolutions, passé du concept d'isolement-enfermement des asiles éloignés des villes à une politique d'intégration dans la cité, mais aussi le patrimoine architectural et paysager du

site.

Avant d'évoquer la mise en place d'une journée "hommage" banalisée sur les 150 ans de l'hôpital, il faut imaginer que ce lieu est encore en activité et que cela nécessite une certaine organisation et prévention pour ouvrir au public.

Le Centre Hospitalier des Pyrénées a cependant déjà agencé des actions antérieures pour faire découvrir ses aspects "cachés" en dehors des murs. Il a notamment participé aux Rendez-vous aux jardins en 2009, avec des visites guidées du parc axées autour du patrimoine naturel (arbres, fleurs et animaux). Le but était de faire découvrir un patrimoine méconnu, protégé au titre de la Z.P.P.A.U.P. Un petit livret (fiches pratiques sur les variétés végétales et animales présentes) était donné pour accompagner la visite.

Une exposition a également été conçue sur le thème "De l'hôpital Saint-Luc des années 60 au centre hospitalier des Pyrénées de 2000" par la Direction des Usagers, de la Communication et de la Qualité. L'objectif de cet ensemble modulable de reproductions de photos et de documents appartenant au patrimoine de l'hôpital est de restituer l'histoire de l'établissement dans ses différentes composantes : histoire sociale et religieuse, histoire de la médecine et des professions de santé, histoire des représentations de la maladie mentale⁴⁵.



Illustration 51 : Rendez-vous au jardin

45 Site C.H.P de Pau: www.ch-pyrenees.fr

A propos des 150 ans, plusieurs acteurs se sont mobilisés pour concrétiser une journée hommage à la pose de la première pierre de l'ancien asile.

Cela a été impulsé par le C.H.P où la Mission de Valorisation de l'Architecture et du Patrimoine de la ville de Pau est venue proposer un accompagnement, en soumettant un sujet de mémoire aux étudiants de Master 1 Valorisation du Patrimoine et des Politiques Culturelles Territoriales, à l'UFR Lettres, Langues et Sciences Humaines. Le thème "Hôpital Saint-Luc, ancien asile d'aliénés" m'intéressait particulièrement, je m'en suis donc saisi. Le but final repose sur la mise en place d'actions de valorisation pour cet espace doté de plusieurs bâtiments d'intérêt patrimonial.

A travers ça, nous avons démarché le C.H.P pour établir un partenariat de travail et accéder aux archives du site. Suite à une réunion avec M. CENCIC (directeur du C.H.P), Mme LOUIS (secrétaire général en charge des affaires médicales et de la communication) et de Mme MARTINEAU (documentaliste du C.H.P), avec leurs accords les recherches se sont entamées au service de la documentation rassemblant toutes les documentations indispensables à l'objet du mémoire. Les services de la direction et de la communication ont également apporté leurs contributions, en me faisant parvenir des anciennes images de l'Hôpital ainsi que des ouvrages sur le thème asilaire. De plus, l'accès aux anciens plans (1933) a été facilité par la participation du dessinateur du C.H.P.

Suite à ses intenses recherches, résulte l'instauration d'une journée le 6 juillet 2015, dédiée d'abord aux agents et retraités de l'établissement ainsi qu'aux officiels (car manque de temps), propre aux 150 ans de l'établissement. Elle s'organise autour d'une visite guidée de celui-ci, avec des arrêts sur des points particuliers des bâtiments qui ont un intérêt architectural (Cf. anciens bâtiments de 1868: partie historique). S'en suivra une exposition thématique sur l'Histoire de l'hôpital dans la salle de conférences (lieu symbolique car ancien théâtre de l'asile), illustrée de textes, photos et d'éventuels témoignages de personnel et/ou retraités du C.H.P. Puis une visite guidée de la chapelle sera effectuée en partenariat avec l'association "les Amis de la Chapelle Saint-Luc" dont un des membres est un ancien infirmier des lieux : M. LAVIGNOTTE. Par ailleurs, un projet de restauration de la chapelle est actuellement en cours.

Par la suite, lors des Journées du Patrimoine en 2018, est prévu la reconstitution d'une chambre de l'époque, grâce au prêt de matériel obtenu auprès d'autres établissements de santé, avec la présence d'une personne en mesure de répondre aux éventuelles questions des visiteurs. En outre, il est question d'élaborer un recueil à posteriori de la manifestation qui regrouperait des témoignages et/ou interviews des personnels retraités ou non, ainsi

qu'un retour en images sur la manifestation. C'est-à-dire, une sorte de rétrospection sur les années datant de Saint-Luc.

D'autres possibilités sont évoquées comme la création d'un livre "mémoires 150 ans" du C.H.P retraçant plus précisément les détails de son Histoire, ses évolutions, le personnel, ses méthodes thérapeutiques, etc. L'avantage de ce type d'ouvrage serait justement de faire véritablement découvrir aux personnes de l'extérieur, au delà des Journées du Patrimoine, comment le C.H.P en est-il arrivé là ? Son aspect patrimonial et naturel grandissant, sa place dans le monde médical, sa renommée, etc.

La partie architecturale de l'hôpital Saint-Luc reste prépondérante dans l'idée de transmission historique. Toutefois, le côté des mémoires hospitalières intègre complètement celle de la diffusion et de la sauvegarde humaine du lieu. Le patrimoine ethnologique retrace des témoignages, du vécu, de la part de ce personnel médical anciennement ou toujours en activité. C'est à partir de cette prise de conscience, que le patrimoine culturel intègre dans sa liste le domaine hospitalier, avec plusieurs établissements reconnus architecturalement et humainement, ressassant de vieux trésors enfouis.

Conclusion

Cette étude proposait de réaliser une synthèse sur l'hôpital Saint-Luc, ancien asile d'aliénés de Pau. Le travail élaboré ici pourrait contribuer à apporter des éléments sur les rares publications concernant le C.H.P sur son Histoire, en abordant des points phares tels que son architecture, son évolution, sa valorisation et ses mémoires. Le présent développement essaye de répondre à : est-ce que l'ancien asile Saint-Luc par son architecture thérapeutique notamment, tend vers une humanisation et une insertion urbaine ?

Une chose est sûre, c'est qu'elle a joué un rôle prépondérant dans le système médical. Il vrai qu'au XVIII^e siècle, les praticiens défendaient pour l'accueil des indigents des constructions plutôt austère et rationnelles. Contrairement au XIX^e siècle, les premiers aliénistes changèrent la donne comme le Dr CAZENAVE suivit de AUZOUY, en accusant l'excès d'austérité agissant comme lieu rédhibitoire pour le public. Afin d'œuvrer pour de meilleures conditions d'internement, l'idée est de faire place à la nature en aménageant des jardins, ainsi la maison de santé se voit doter d'une cour et d'un jardin. Pour donner aux bâtiments un caractère plus agréable arborant moins d'austérité. S'ajoute à cela le mouvement hygiéniste qui contribue à l'amélioration des systèmes d'aération dans les structures, pour éviter la prolifération des maladies autres que mentales des patients.

Mais un autre débat s'engage celui des pouvoirs publiques et architecte. En effet, le département (Pyrénées-Atlantiques) se voyant augmenter son nombre d'aliénés venant de trois départements (Basses Pyrénées, Hautes Pyrénées et les Landes), se doit de mettre en place des solutions. Cependant, de part la cherté des terrains aux environs, les nouvelles constructions se font attendre et se traduisent par l'agrandissement des bâtiments déjà existants.

Néanmoins, quelques temps après l'adoption de ce type d'architecture vient le temps de la remise en question. Le nombre encore grandissement des internés ne permet pas de les interner conformément pour éviter l'entassement. De plus, les coûts d'agrandissements, de rénovations augmentent à cause de l'immobilier. Cela pose un réel problème d'autant plus que le mot d'ordre à l'époque est "humanisation", le besoin d'une nouvelle structure se fait criante. Le tournant viendra par la loi de juin 1838 obligeant les départements à ériger un

édifice spécialisé pour les aliénés. Tout commence à se mettre en place à Pau, pour permettre le bien-être du patient et favoriser sa guérison.

La notion d'humanisation prend tout son sens à partir des années 50, où l'hôpital Saint-Luc devient hôpital psychiatrique. Elle se traduit notamment par l'assouplissement des conditions de vie qui tendait au régime militaire (Cf. rythme des journées). Mais aussi par la suppression des salles communes limitant ainsi le risque de contagion de maladies telle que la tuberculose à Saint-Luc, source importante de mortalité. Elle induit également l'instauration de nouveaux traitements adaptés aux pathologies (Cf. traitement chimique) contrairement ceux utilisés au XIX^e siècle tendant plus à la torture.

De ce fait, l'institution a fait aussi bien un parcours social que des progrès scientifiques. La prise en charge d'individu en détresse devient une priorité. Dès lors, le métier de soignant devient essentiel. Auparavant majoritairement exercé par des religieuses faiblement rémunérées, leur implication n'en était pas moindre. De forts rapports humains et sociaux se forment et prennent de l'ampleur dans la vie collective.

De ce fait, Le Centre Hospitalier des Pyrénées ne voulant pas oublier l'Histoire de son passé, une réelle volonté de valorisation s'est instaurée en inaugurant notamment ses 150 ans d'existence. De plus, cette détermination est complétée par une reconnaissance architecturale et paysagère (Cf. Z.P.P.A.U.P et à la chapelle hospitalière).

Toutefois en abordant le sujet, des limites se posent à la recherche. L'absence d'archives sur certaines périodes manque à la réalisation d'un historique précis et détaillé. Rajoutant à cela des sujets difficiles en abordant les mémoires hospitalières, soit par des anciens patients perdant la mémoire, soit par des faits qui ont marqué la vie du C.H.P (Cf. meurtres des infirmières).

Malgré cela, l'implication de l'établissement pour donner de nouvelles opportunités de valorisation ne manque pas. En effet, de nos jours on bascule vers une plus grande reconnaissance du patrimoine hospitalier. De plus en plus de structures, pour certaines classées, veulent développer des axes de valorisation. En intégrant soit un musée, des journées portes ouvertes, des animations ou bien des visites guidées lors des Journées du Patrimoine, etc. Parfois, on assiste même à la totale restructuration d'un bâtiment laissé à l'abandon. Mais par de tels projets, n'arrive-t-on pas à dénaturer l'aspect originel du site, en voulant à tout prix muséifier un tel patrimoine ?

Table des annexes

Annexe 1 :

Plan d'ensemble asile Saint-Luc (1933) p 105

Annexe 2 :

Zoom plan asile (1933) p 106

Annexe 3 :

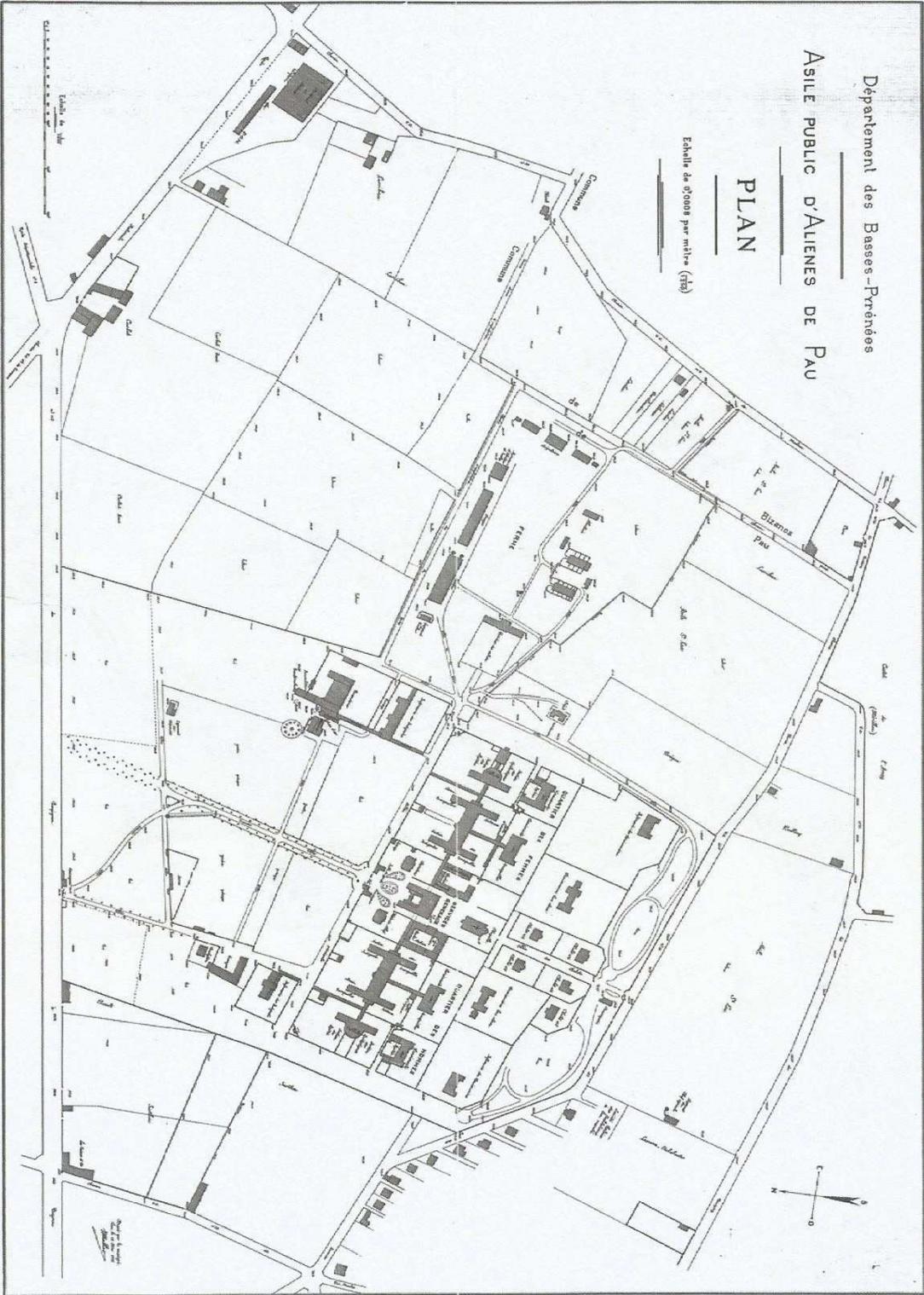
Cadastre Saint-Luc (1950) p 107

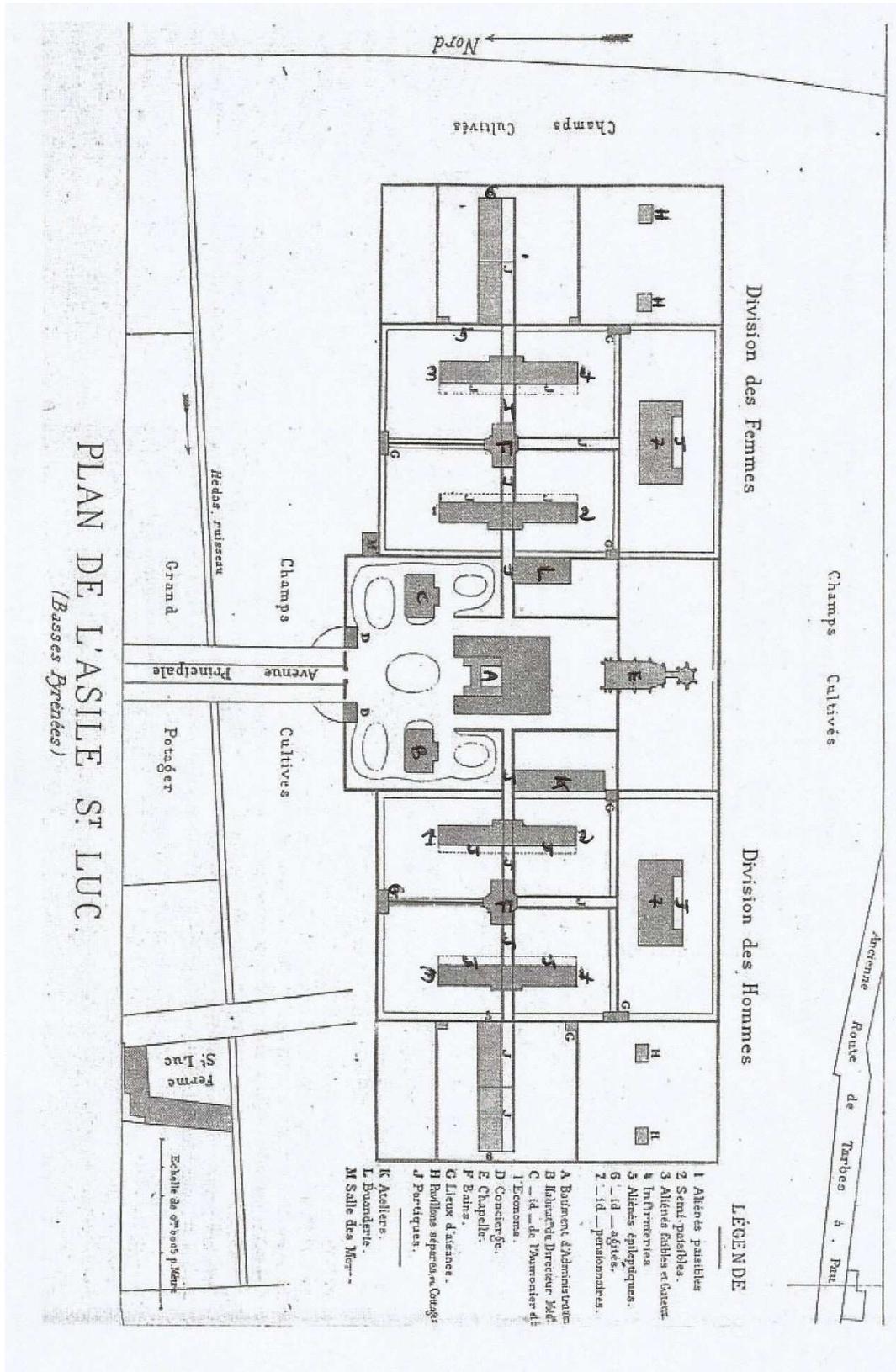
Annexe 4 :

Insertion plan de 1868 sur le cadastre de 1950 p 108

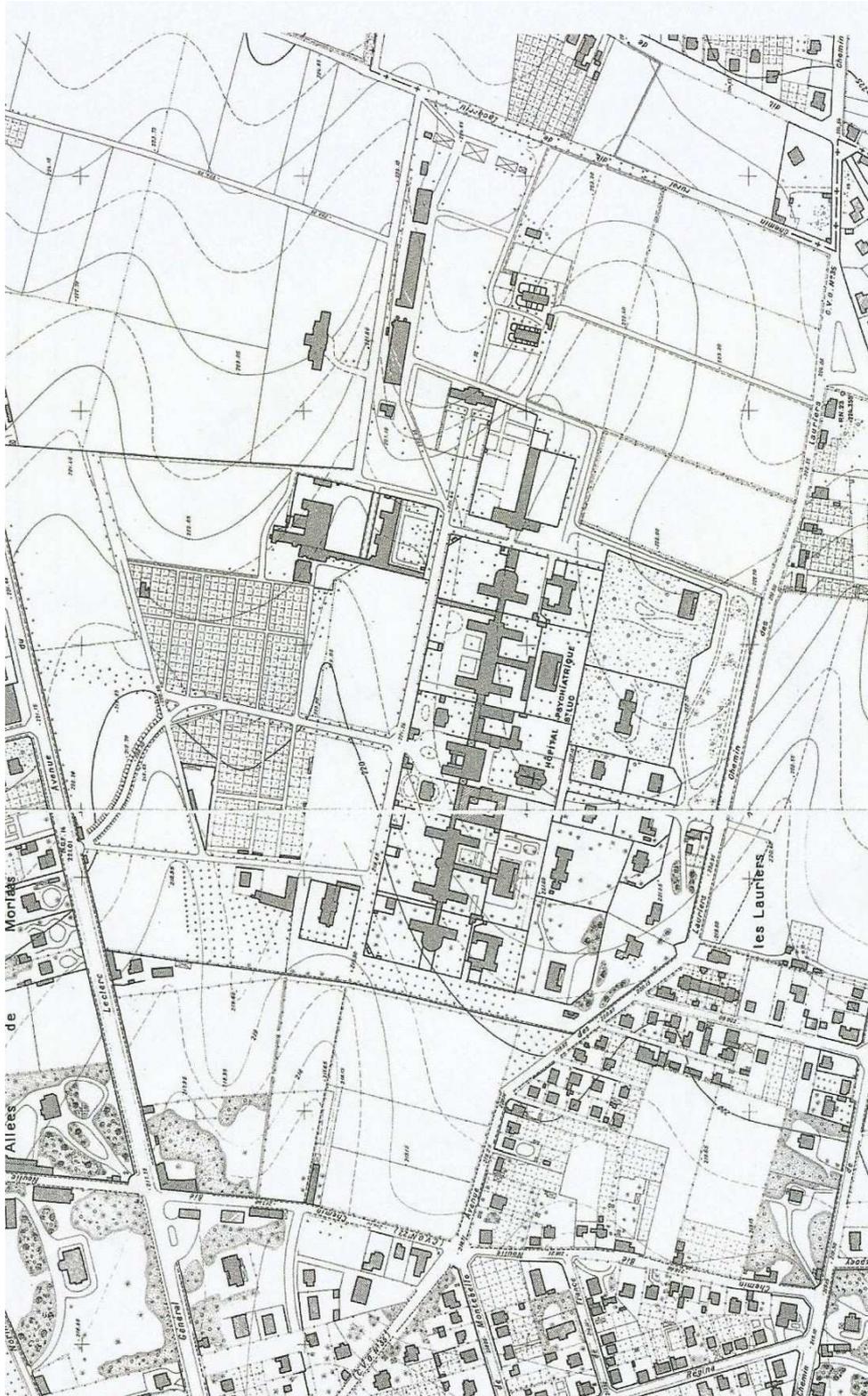
ANNEXES

Annexe 1

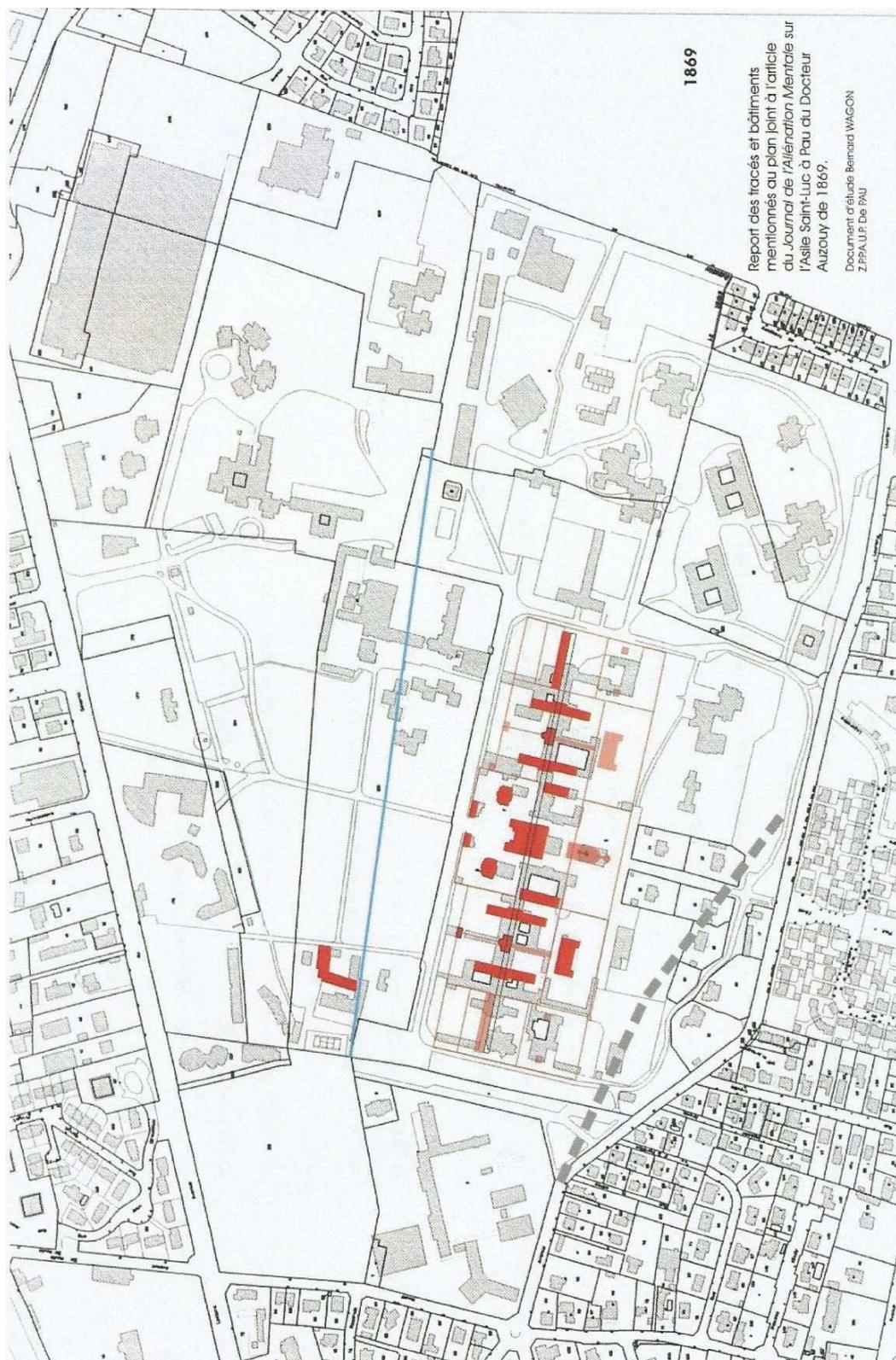




Annexe 3



Annexe 4



SOURCES

Les sources ont été étudiées dans les archives du Centre Hospitalier des Pyrénées notamment les images, sur les sites internet des Amis de la Chapelle Saint-Luc, de la ville de Pau. Puis, celui du C.H.P, le site de l'histoire de la psychiatrie en France.

Sources écrites :

Rapports sur site de la ville : www.pau.fr

Bernard WAGON, "Le Centre Hospitalier des Pyrénées : histoire et évolution du site", *rapport ZPPAUP*, 2004, annexe VI partie aménagement de l'asile, p 13-30.

Ville de Pau – Zone de Protection du Patrimoine Architectural, Urbain et Paysager, "Motivations de protections", mars 2007, 18 p.

Rapports sur site du C.H.P :

Lionel HODIER, Christophe BROICHOT, *et alii*, "projet d'établissement 2012-2016-tome 1, 2, 3", 2011.

Archives articles de journaux :

R. CAPDETIELLE, « Les fermes-Asiles d'Aliénés », *Dépêche officielle : mémorial des Pyrénées*, juin 1863, 2 p.

E.VIGNANCOUR, « Asile des aliénés », *Mémorial des Pyrénées*, Juillet 1865, 3p.

R. CAPDETIELLE, « Asile des aliénés de Pau », *Dépêche officielle : Mémorial des Pyrénées*, août 1864, 2p.

Ch. VRIGNAULT, « Asile des aliénés de Pau » (suite et fin), *Dépêche officielle : Mémorial des Pyrénées*, août 1864, 2p.

Henry d'ARDNE, « une visite à la ferme ST LUC », *Mémorial des Pyrénées*, Feuilleton du Mémorial, Juillet 1868, 2p.

André LAVIGNOTTE, association des Amis de la Chapelle Saint-Luc, "Coups de projecteur sur... La chapelle : Histoire autour de la chapelle Saint-Luc", CHP news n°8, mars 2013, p 3.

André LAVIGNOTTE, "Chapelle, peau neuve grâce à une association", CHP news n°8, mars 2013, p 3.

Josy PEY BAYLE documentaliste C.H.P, "Coups de projecteur sur... La documentation et la naissance d'un lieu de rencontres", CHP news n°11, dec 2013, p 3.

Service de communication- C.H.P, "Internet : L'hôpital et les réseaux sociaux", CHP news n°12, mars 2014, p 5.

Sites internet : www.ch-marchant.fr

Conseil Général de Haute-Garonne et la mairie de Toulouse, pdf *de Braqueville à Marchant : 150 ans d'histoire*.

www.histoire-psy.univ-lemans.fr

Université du Maine, Centre hospitalier spécialisé de la Sarthe, les Archives départementales de la Sarthe et les Médiathèques du Mans, Exposition virtuelle, avril-nov 2010.

Sources orales :

Interview :

Pierre-Louis LAGET : www.larevuedupraticien.fr avec L'hôpital pavillonnaire et le mouvement hygiéniste, La révolution pasteurienne, Des hôpitaux «clés en main», des concours permettant des projets innovants ainsi que les évolutions futures possibles.

Sources iconographiques :

Travail université :

Hervé GUILLEMAIN, MCF Histoire, Université du Maine, pdf *Une histoire de*

l'architecture psychiatrique : Du modèle asilaire à l'époque du secteur, oct 2013.

Clarisse DHOMME, Nan SUN, Corinne TELLIER, pdf *La valorisation du patrimoine hospitalier*, ESTHUA, Angers, déc 2013, 27 p.

Internet :

Site du CHP : www.ch-pyrenees.fr

site histoire de la psychiatrie en France : www.psychiatrie.histoire.free.fr

Centre de documentation C.H.P :

Photos des archives.

Archives privées :

Album photo de M. LAVIGNOTTE, ancien infirmier de Saint-Luc.

Photos personnelles.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

Histoire des hôpitaux en France :

Pierre Louis LAGET et Claude LAROCHE, *L'hôpital en France : Histoire et architecture*, Lyon, Ed. Lieux Dits, coll. Cahier du Patrimoine, 2012, 580 p.

Jacques POISAT, *Les hôpitaux français et leur patrimoine*, Ed. Et, Coll. Musées de Charlieu, janv 1993, 119 p.

Lucile GRAND, *L'architecture asilaire au XIX^e siècle, entre utopie et mensonge*, Bibliothèque de l'école des chartes, année 2005, Volume 163, Numéro 163-1, p.165-196.

Pierre-Louis LAGET. *Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés*, In: Livraisons d'histoire de l'architecture. n°7, 1er semestre 2004. p. 51-70.

Jean René MORICE, Guy SAUPIN, Nadine VIVIER (dir), *les nouveaux patrimoines en pays de la Loire*, Rennes, Ed. presses universitaires rennes, Coll Art et Société, déc 2013.

Architecture religieuse à Pau :

Cécile DEVOS et Claude LAROCHE, *Pau : un siècle d'architecture sacrée (1801-1905)*, Lyon, Ed. Lieux dits, coll. Images du patrimoine, 2014, 176 p.

Psychiatrie :

Nicole CANO et Laurent BOYER, « Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique*, 2011, volume 87, Pages 589 – 593.

Ouvrages spécifiques

Historique du Centre Hospitalier des Pyrénées :

Dr AUZOUY, *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, Ed. Masson et fils, cinquième série, tome deuxième, 1869.

Christian DESPLAT, Pierre PEYRE et Fabienne POUEYS, *Histoire des hôpitaux dans les Pyrénées Atlantiques*, Pau, sept 2000, 69 p.

Asile St Luc :

Alain LEFEVRE, *La Folie et son traitement à Pau au XIX^e siècle (l'asile Saint-Luc de Pau)*, Université de Pau et des Pays de l'Adour, 1981, 206 p.

André LAVIGNOTTE, *Passage d'une rive à l'autre (asile St Luc)*, Pau, 2001, 96 p.

Chapelle Saint-Luc :

Violaine RICOUR-DUMAS et André LAVIGNOTTE, « Saint Luc en tapisserie géante – L'Esprit de Pentecôte », site du diocèse Bayonne Lescar Oloron, mai 2014, actualité, catégorie Art et Culture.

Index lexical

A	Hôtel-Dieu.....11, 97
ADOUE.....68	J
Asile de Braqueville.....28-30	Jacques-Jean ESQUIE.....28
AUZOUY4, 34, 36, 39, 44, 87, 88, 102, 113	Jean AYME.....47
B	L
BERDOULET.....32	L'asile Saint-Luc. 5-7, 26, 30, 32, 40, 68, 86, 87, 98, 113
C	L'asile royal de Charenton.....17
CAZENAVE.....33, 34, 39, 102	LAFITTE.....44
Centre Hospitalier des Pyrénées. 3-5, 32, 55, 56, 58, 59, 63, 65, 77-81, 98, 99, 103, 109, 113	LAVIGNOTTE.....100, 110, 111, 113
Centre Hospitalier Spécialisé...3, 53-55, 110	Le Mans.....7, 26, 27
Charles-François VIEL.....14	LEVY.....40, 69
COLOMBIER.....11-14	Louis-Raymond DELOR DE MAZBOU. 28
D	M
D.R.A.C.....76, 77	Marchant.....29, 30, 110
DELAYE.....29	Maximien PARCHAPPE.....17
Direction des Usagers, de la Communication et de la Qualité.....78, 99	Mission de Valorisation de l'Architecture et du Patrimoine.....100
E	Monuments Historiques.....4, 28, 30, 68, 76, 77, 94
ESQUIE.....21	N
ESQUIROL. 3, 4, 11, 13, 14, 17, 21, 27-29, 34, 39, 87	Notre-Dame de Lorette.....97
F	P
Félix DELARUE.....4, 19, 27	PASQUIER.....17
G	PHILIPPON.....17
Guillaume FERRUS.....17	Pons.....14, 44, 47, 58, 68, 85
Gustave ETOC DEMAZY.....27	Q
H	QUESTEL17
Hippolyte LEBAS.....17, 27	R
	RERCHON.....44

S		T	
Service Public Hospitalier.....	53	TENON.....	13

Index des illustrations

Illustration 1.....	15	Illustration 22.....	43
Illustration 2.....	15	Illustration 23.....	44
Illustration 3.....	16	Illustration 24.....	51
Illustration 4.....	18	Illustration 25.....	52
Illustration 5.....	18	Illustration 26.....	55
Illustration 6.....	19	Illustration 27.....	56
Illustration 7.....	20	Illustration 28.....	60
Illustration 8.....	22	Illustration 29.....	61
Illustration 9.....	24	Illustration 30.....	64
Illustration 10.....	24	Illustration 31.....	64
Illustration 11.....	33	Illustration 32.....	66
Illustration 12.....	34	Illustration 33.....	69
Illustration 13.....	35	Illustration 34.....	70
Illustration 14.....	37	Illustration 35.....	70
Illustration 15.....	37	Illustration 36.....	70
Illustration 16.....	38	Illustration 37.....	71
Illustration 17.....	38	Illustration 38.....	71
Illustration 18.....	40	Illustration 39.....	72
Illustration 19.....	41	Illustration 40.....	72
Illustration 20.....	42	Illustration 41.....	73
Illustration 21.....	43	Illustration 42.....	73

Illustration 43.....	74	Illustration 48.....	89
Illustration 44.....	74	Illustration 49.....	97
Illustration 45.....	75	Illustration 50.....	98
Illustration 46.....	76	Illustration 51.....	99
Illustration 47.....	77		

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
Chapitre 1 : Genèse d'un Hôpital Psychiatrique.....	10
1) Une architecture asilaire.....	11
a) Origines des premiers hôpitaux spécialisés : vers une architecture asilaire.....	11
b) Une disposition architecturale novatrice.....	14
2) Une administration importante.....	23
a) Composition et rôle.....	23
b) Évolution du personnel	25
3) Des modèles universels à l'asile Saint-Luc.....	26
a) Le Mans (1834-1838).....	26
b) Braqueville (1852-1864).....	28
Chapitre 2 : Bref panorama de sa conception hospitalière depuis 1864.....	31
1) La période asilaire.....	32
a) Bâtiments initiaux	32
b) La colonie agricole de Saint-Luc.....	36
c) l'asile Saint-Luc : érection et bâtiments.....	39
2) 1955 à 1970 : première mutation, un Hôpital Psychiatrique.....	46
a) Changements médicaux.....	46
b) Remaniement des structures médicales.....	49
3) 1970 à nos jours : une refonte du système de soins, la sectorisation.....	53
a) Réforme hospitalière.....	53
b) Organisation autour de différents pôles.....	54
Chapitre 3: De nouveaux horizons à la valorisation.....	57
1) Un plan directeur pour valoriser l'établissement.....	58
a) Scénarios de restructuration.....	58
b) Principes.....	59
2) Un site protégé et sauvegardé.....	62
a) Reconnaissance du patrimoine bâti et paysager.....	63
b) Valorisation de la chapelle hospitalière et de son mobilier.....	67
3) L'espace communication de l'hôpital moderne : la valorisation du soin et du quotidien.....	78
a) Le service communication.....	78
b) Une communication externe essentielle.....	79
Chapitre 4 : Mémoires hospitalières	82
1) Un patrimoine ethnologique	83
a) Représentation des maladies mentales.....	83
b) Traitements psychiatriques.....	88
c) Témoins du quotidien hospitalier : les soignants.....	91
2) Patrimonialisation hospitalière.....	93

a) Problématiques spécifiques à la valorisation des hôpitaux.....	94
b) Exemples de valorisation hospitalière.....	96
c) Hôpital Saint-Luc : un choix de commémoration.....	98
Table des annexes.....	104
ANNEXES.....	105
SOURCES.....	109
BIBLIOGRAPHIE.....	112
Index lexical.....	114
Index des illustrations.....	115

Formulaire d'engagement anti-plagiat

Le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou à paraphraser un texte sans indiquer quel en est l'auteur.

Le plagiat enfreint les règles de la déontologie universitaire et il constitue une fraude dans les travaux donnant lieu à notation. Le plagiat constitue également une atteinte au droit d'auteur et à la propriété intellectuelle, susceptible d'être assimilé à un délit de contrefaçon.

Lorsque l'auteur d'un travail universitaire éprouve le besoin de s'appuyer sur un autre texte, il doit le faire en respectant les règles suivantes :

- lorsqu'un extrait, même court, est cité exactement, il doit être placé entre guillemets (ou en retrait et en caractères légèrement plus petits si le texte fait plus de quelques lignes) et la référence (nom de l'auteur et source) doit être indiquée ; l'extrait cité doit être court ;
- lorsque le texte ou un passage du texte est paraphrasé ou résumé, la référence (nom de l'auteur et source) doit être donnée.

Ces obligations s'appliquent de la même manière en cas de textes originellement publiés sur internet et de traductions (originales ou non) ; elles concernent aussi les illustrations, tableaux et graphiques.

En cas de plagiat dans un devoir, dossier, mémoire ou thèse, l'étudiant pourra passer devant la section disciplinaire de l'université qui pourra prononcer :

- un avertissement ;
- un blâme ;
- l'exclusion de l'université pour une durée maximum de cinq ans. Cette sanction peut être prononcée avec sursis si l'exclusion n'excède pas deux ans ;
- l'exclusion définitive de l'université ;
- l'exclusion de tout établissement public d'enseignement supérieur pour une durée maximum de cinq ans ;
- l'exclusion définitive de tout établissement public d'enseignement supérieur.

La procédure disciplinaire ne préjuge pas d'éventuelles poursuites judiciaires dans le cas où le plagiat est aussi caractérisé comme étant une contrefaçon.

Je soussigné(e) ROMEAS Audrey

étudiant(e) en Master 1 Valorisation du Patrimoine et des Politiques Culturelles
Territoriales à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour.

déclare avoir pris connaissance du formulaire d'engagement anti-plagiat et m'engage à indiquer toutes les références des textes sur lesquels je m'appuierai dans mes devoirs et travaux.

Fait à Pau le : 18/06/2015

Signature

