



©archipelago & AAud

CRP Les Marronniers - Espaces communs flexibles

Architecture et prise en charge psychiatrique

Au cours de l'histoire, les hôpitaux et les établissements psychiatriques ont toujours été le reflet de l'évolution des prises en charge tant leur architecture était étroitement liée aux approches thérapeutiques mais également sociétales, des approches qui ont fortement évolué au fil des années. Auparavant, la psychiatrie ne se traitait que par la contrainte et l'enfermement alors qu'aujourd'hui le patient atteint de maladie mentale est davantage traité avec des soins adaptés comme tout autre patient. Les besoins de la personne et le respect de sa qualité de citoyen reviennent au premier plan de la prise en charge et offrent de nouvelles opportunités aux professionnels de santé ainsi qu'aux concepteurs impliqués. Cette évolution se reflète donc au niveau de l'architecture de certains bâtiments.

Propos recueillis auprès de **Nicolas Van Oost**, ingénieur-architecte, président d'archipelago, **Laurent Grisay**, ingénieur-architecte associé et **Jean-Sébastien Mouthuy**, ingénieur-architecte associé.



Aujourd'hui, la psychiatrie fait écho à des enjeux médicaux et sociétaux majeurs tels que la liberté, la santé, le handicap ou la qualité de vie. Dans ce contexte, comment l'architecture peut-elle accompagner le développement des nouvelles pratiques médicales et thérapeutiques en psychiatrie ?

L'architecture installe des rapports entre des lieux, des proximités... ou des distances. Comprendre l'interaction entre le programme et le profil des patients nous permet d'agencer les lieux de manière à créer une forme d'apaisement et éviter les proximités génératrices de conflits. Dans cette démarche, l'architecture psychiatrique doit mettre en place

un cadre structuré et protecteur pour le personnel et les patients, mais en même temps offrir une certaine flexibilité permettant l'évolution des pratiques thérapeutiques.

Quelles sont les spécificités architecturales que requiert la prise en charge en psychiatrie ?

L'enjeu principal est d'atteindre un équilibre spatial et fonctionnel entre un milieu psychiatrique généralement fermé et l'objectif thérapeutique de la prise en charge, qui est la réinsertion ou la réhabilitation des patients dans la société. Ce défi est encore accentué dans les institutions de psychiatrie sécurisée. La gestion des flux en milieu psychiatrique est également très spécifique et fortement liée aux différents profils pathologiques des patients : qui croise qui, qui peut circuler de quelle manière, etc. Une bonne compréhension du profil des patients est donc nécessaire pour disposer judicieusement les fonctions du programme et favoriser l'autonomisation du patient, ce qui en retour permet au personnel soignant de se consacrer au maximum à des activités thérapeutiques.

Comment les concepteurs ont-ils pris conscience de la nécessité de sortir de la conception «carcérale» et «asilaire» qui caractérisait la prise en charge des cas aigus en psychiatrie ?

Cette prise de conscience découle naturellement des évolutions récentes dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. La conception «carcérale» des siècles précédents n'a plus lieu d'être car la vision thérapeutique qui caractérise la prise en charge actuelle est totalement différente et vise avant tout la réhabilitation. Cette réhabilitation prend des formes diverses en fonction du patient et du moment de sa prise en charge. Cela commence par le maintien du mouvement, le fait d'apprendre à se lever, respecter des règles d'hygiène. Cela se poursuit par la participation à des activités thérapeutiques visant à rendre le patient autonome : faire sa lessive, cuisiner, etc. Et, dans certains cas, cela se termine par un accès à une formation qualifiante. Ce parcours implique la restructuration du programme d'une institution psychiatrique et des articulations entre les différents lieux. Pour mobiliser le patient, il faut en premier lieu l'inviter à quitter sa chambre et participer aux activités communes et thérapeutiques. Cela implique une interconnexion importante de l'espace commun et de l'espace privé pour atténuer l'effet de seuil entre ceux-ci. La qualité de l'espace, l'ouverture,

la lisibilité des communications, la qualité des lieux extérieurs, sont tous de nature à soutenir ce processus de réhabilitation. C'est pourquoi, a contrario d'une architecture de la coercition, nos architectes promeuvent une architecture qui accompagne et soutient la démarche thérapeutique des équipes soignantes et qui ouvre des perspectives aux patients.

Comment intégrez-vous cette approche pour concevoir des lieux de vie à la fois accueillants et protecteurs ?

Dans tous les projets psychiatriques que nous concevons, nous veillons à articuler le caractère collectif des lieux d'hébergement avec les spécificités de la prise en charge des patients internés en matière de surveillance, de sécurité et de soins. Concrètement, cela signifie créer des espaces partagés généreux encourageant l'activité et la sociabilité, mais aussi des espaces intimes pour pouvoir s'isoler lorsque l'angoisse monte. Du point de vue des patients, il s'agit d'offrir des ouvertures sous forme de vues vers l'extérieur et d'espaces extérieurs de qualité, clos mais végétalisés. Nous avons également été amenés à réfléchir sur l'intégration d'une institution très sécurisée dans un contexte urbain dense, comme pour la restructuration et l'extension du Centre Hospitalier psychiatrique Jean Titeca.



©archipelago & AAtid



Centre Hospitalier Jean Titeca

Vous évoquez la reconstruction du Centre Hospitalier Jean Titeca. Quelles sont les grandes lignes de cette opération ?

Le Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT) est actif à Bruxelles depuis 1852. S'inscrivant dans un plan directeur que nous avons réalisé pour le site, le projet consiste à réorganiser globalement le centre hospitalier en matière de flux, d'accès et de parking, et à en reconstruire les parties les plus vétustes. L'objectif premier est de proposer un projet thérapeutique axé sur le soin et la réhabilitation en lien avec la fonction de défense sociale assumée par le CHJT. La première phase du projet, totalisant environ 17 000 m² d'extension, comprend 6 nouvelles unités de soins ainsi que des espaces thérapeutiques et logistiques, dont une nouvelle pharmacie, ainsi que des lieux dédiés aux activités récréatives et sportives. En seconde phase, nous poursuivons avec des transformations dans l'infrastructure existante.

Quelles ont été les problématiques que vous avez identifiées ?

Le CHJT regroupe les cas les plus aigus de la région bruxelloise, dont une majorité de patients internés sur décision de justice. Il s'agit donc de protéger le personnel, mais également les patients entre eux et contre eux-mêmes. Une autre particularité est le traitement pédiatrique, dont le Docteur Titeca, actuel directeur médical et petit-fils du fondateur de l'institution, a notamment fait sa spécialité.

Nous devons créer des lieux d'hébergement accueillants à partir d'un foncier très limité et en maintenant la capacité d'accueil complète sur le site, avec la nécessité de connecter les nouvelles constructions à l'infrastructure existante. Pour que cela fonctionne, nous avons imaginé une opération à tiroirs et proposé de réorganiser les flux par étage à

l'échelle du site : logistique au niveau rez bas, accueil des familles et urgences au rez de jardin, hospitalisations à partir du premier étage, etc.

Comment avez-vous intégré la dimension d'ouverture à ce projet ?

L'accueil des familles bénéficie d'une large ouverture sur le jardin de l'institution en intérieur d'îlot. Les nouvelles unités de soins accueillent entre 16 et 20 patients et comportent une majorité de chambres individuelles. Des espaces partagés généreux, ouverts sur le jardin, constituent le cœur social des unités de soins. Ces espaces contribuent à l'activation des patients tout en assurant de façon pragmatique la surveillance collective via leur proximité directe avec l'espace du personnel. L'accompagnement thérapeutique des patients est également soutenu par la création d'un pôle d'activités récréatives comportant une salle multisport ainsi que des espaces d'exercices, de bien-être et de relaxation.

Comment votre projet a-t-il évolué des premières réflexions jusqu'à aujourd'hui ?

En tant qu'institution psychiatrique de pointe, le CHJT s'est régulièrement vu confier par l'état belge des projets innovants à tester sur le terrain. Dans cette démarche, l'une des évolutions architecturales du projet consiste à substituer les postes infirmiers traditionnels au profit d'espaces partagés entre les patients et les soignants. Des lieux de discussion sont également disposés en connexion visuelle avec les séjours afin « d'intimiser » les échanges entre patients et soignants. Le séjour est par ailleurs divisé en plusieurs zones « familiales » telles que salle à manger, cuisine, salon, coin TV, etc.

Autre projet en cours, le Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers. Quelles sont les grandes lignes de ce projet ?

La reconstruction du centre de réhabilitation de cet hôpital psychiatrique sécurisé situé à Tournai a fait l'objet d'un concours international que nous avons remporté en 2019 en association avec l'agence AAdd. Il s'agissait de proposer une vision directrice cohérente pour l'institution et plus spécifiquement de concevoir de nouvelles infrastructures abritant 270 lits ainsi que l'aménagement d'un espace d'accueil et d'activités communes. Dans un esprit d'économie circulaire, nous avons proposé en outre la reconversion de pavillons vétustes en infrastructure destinée à la réhabilitation par le travail, intégrée dans un réaménagement paysager complet du site.

Comment décririez-vous la démarche de programmation participative sur ce projet ? Quels ont été les acteurs impliqués dans les réflexions ?

La démarche de programmation participative qui a été menée nous a permis d'appréhender très concrètement les besoins du personnel et les situations auxquelles il fait face. En premier lieu, nous avons réalisé plusieurs présentations publiques du projet, en invitant l'ensemble du personnel et en leur expliquant la démarche qui allait être poursuivie.

Ensuite, pendant un mois, nous avons rencontré l'ensemble des métiers de l'institution. Tous les acteurs ont été impliqués, à tous niveaux et quel que soit leur métier : personnel infirmier, paramédicaux, médecins, personnel administratif, personnel d'entretien, personnel de sécurité. Un réel espace de dialogue s'est créé où chacun pouvait s'exprimer librement. Ensuite, nous avons assuré des permanences et avons rencontré une petite centaine d'employés pour des entretiens individuels et des visites au cours desquelles chacun nous montrait son trajet quotidien, les lieux, ce qui fonctionnait, ce qui ne fonctionnait pas. Cela nous a permis de nous rendre compte de tous les métiers qui faisaient vivre cette institution, des facettes multiples d'une même grande question. Nous avons pris la mesure de la complexité et de l'ambiguïté de notre projet. Entre sécurité et valeur thérapeutique, entre résistance et confort, entre volonté de réhabilitation et évolution du profil des patients, etc.

Enfin, à la suite des consultations, des groupes de travail ont été mis en place pour plancher sur des thématiques plus spécifiques. Ces groupes de travail, qui fonctionnent en gouvernance collaborative, accompagneront l'ensemble du processus de projet. Le fruit de leur réflexion sera présenté et discuté avec les patients. Ceux-ci sont en effet des acteurs clés de l'institution et nous sommes impatients de les rencontrer.



CRP Les Marronniers - Vue aérienne



©archipelago & AAd

CRP Les Marronniers

Quelles ont été les thématiques des différents groupes de travail mis en place ?

Les groupes de travail se sont attachés à des questions spécifiques et avec des objectifs précis. Ils ont traité de la vision thérapeutique, de la vie en unité, de la sécurité, de la réhabilitation, de la logistique et des aspects techniques. Ils ont travaillé en parallèle, chacun maître de son « *domaine* ». Ensuite, le fruit du travail de chacun a été présenté aux autres groupes de travail. Cette présentation croisée a permis de lever les contradictions, les points de jonction entre les différentes visions et de créer un espace pour les réactions. Sur base des réactions croisées, chaque groupe a pu revoir sa vision pour tenir compte des remarques.

Dans ces deux projets, comment avez-vous accompagné les utilisateurs dans l'identification de leurs besoins et comment y avez-vous répondu ?

En première approche, nous avons abordé avec les utilisateurs le programme en tant qu'activités thérapeutiques et occupationnelles plutôt qu'en tant que liste de locaux. Ceci nous a permis dans certains cas de mutualiser des fonctions afin de proposer des lieux plus intéressants ou des compléments pour le bien-être du personnel ou des patients. Par ailleurs, la conception du plan est intimement liée à l'encadrement, tributaire des normes de financement. Comme celles-ci évoluent régulièrement, nous avons veillé à maximiser la flexibilité des projets que

nous concevons. Ceci s'exprime par les espaces ouverts et polyvalents du CHJT, ou encore dans la conception des unités de soins du CRP Les Marronniers, qui permettent de combiner des groupes de 20, 30 ou 60 patients en proposant des espaces de séjour ou d'activités qui se reconfigurent suivant la taille des groupes.

Comment voyez-vous l'évolution de l'architecture sur le secteur de la psychiatrie ?

La tendance de fond est à un environnement psychiatrique toujours davantage axé sur le soin et la réhabilitation plutôt que sur l'enfermement. Cette tendance est soutenue par l'évolution des techniques, qui rendent notamment les aspects sécuritaires de plus en plus discrets. Cela offre des opportunités pour une architecture misant sur la flexibilité et la transparence, renforçant le lien des institutions psychiatriques avec la cité. Nous croyons également dans une démarche de programmation participative et dans la co-construction des projets avec les équipes soignantes. Il s'agit d'une démarche exigeante qui demande une grande mobilisation à la fois pour les institutions et pour les concepteurs, mais celle-ci nous semble essentielle pour appréhender finement une complexité croissante dans l'évolution des publics accueillis, qui tend vers des cas de plus en plus lourds.