



© F.Mainil

# Centre Hospitalier Jean Titeca

## Apertio, une philosophie d'ouverture au service du patient

Le Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT) accueille des personnes adolescentes et adultes, principalement sous statut médico-légal, dans une trajectoire de soins offrant des interventions qui peuvent être hospitalières, résidentielles, ambulatoires ou par des équipes mobiles. Ces personnes présentent le plus souvent des troubles psychiatriques multidimensionnels, associant souffrance psychique et difficultés sociales. En plus de 170 ans d'existence, le CHJT a contribué, parfois de façon décisive, aux transformations de la pratique psychiatrique de la Belgique. La pluralité de ces pratiques permet à ses équipes de mettre en œuvre, continuellement, un panel de services dédié aux patients. Dans ce contexte, le projet APERTIO est à la fois un projet structurel et une évolution de la philosophie de soins du CHJT. Aujourd'hui, l'établissement développe cette philosophie basée sur les principes du rétablissement. Il achève également la troisième phase de construction de ses bâtiments.



### Comment définiriez-vous votre établissement, le Centre Hospitalier Jean Titeca ?

**Pierre Titeca :** Le Centre Hospitalier existe depuis 170 ans. Il a vu le jour en 1852 lorsque la législation sur la collocation a été adoptée, une mesure mécolégale permettant d'hospitaliser une personne dans le cadre d'une contrainte. Au fil du temps, l'institution s'est ouverte sur l'extérieur grâce au travail et à l'instauration du réseau de santé mentale, qui était peu constitué à l'époque. Aujourd'hui, l'hôpital psychiatrique est ouvert sur la cité ainsi que sur le réseau et offre ses interventions pour les besoins des personnes, hospitalisées ou non. L'hospitalisation n'est en effet qu'une étape possible dans un parcours de soins et nous essayons de la limiter le plus possible, tant dans l'occurrence du séjour que dans sa durée.

### Pouvez-vous nous retracer l'historique de l'institution ?

**P. T. :** C'est au début du  $xx^e$  siècle que mon arrière-grand-père, Raoul Titeca, lieutenant dans l'armée, a suivi ses études de médecine, un peu tardivement, afin de prendre la tête de cet hôpital. Par la suite, il s'est battu pendant près de 40 ans pour instaurer le principe des services ouverts qui n'a été autorisé qu'après la Seconde Guerre mondiale. A cette époque déjà, le développement architectural de la clinique lui a permis d'atteindre l'ouverture qu'il souhaitait, ainsi que de mettre en place les premiers « *gold standards* », qui étaient l'insulinothérapie et les électrochocs. Ce développement est toujours très important, encore aujourd'hui, car la nouvelle étape architecturale que nous avons entamée tient compte de l'évolution de la médecine en santé mentale et de ses pratiques. En outre, mon grand-père et mon arrière-grand-père ont œuvré pendant la deuxième guerre mondiale en accueillant des résistants sous couvert d'une hospitalisation psychiatrique. Dans les années 50, nous avons connu la révolution des neuroleptiques avec l'introduction de l'haldol, qui ont permis d'instaurer des traitements de fond pour stabiliser la situation des patients et leur permettre de rentrer chez eux après de plus courts séjours. Notre institution n'avait ainsi plus pour vocation de contenir dans ses murs la folie pour laquelle nous avions peu de réponses thérapeutiques. Cette révolution médicale nous a également permis de travailler en réseaux à partir des années 1960/1970, devenus nécessaires pour le suivi des consultations ambulatoires.



© F.Mainil





© F.Mainil

**A. A. :** Aujourd'hui, nous changeons de modèle en ne proposant plus de soins hospitalo-centrés mais des soins centrés sur les personnes et organisés en réseaux car l'hôpital n'est pas la seule structure pour les accompagner. Nous participons également au projet 107, lancé en 2011 dans l'objectif d'organiser les soins en santé mentale et qui identifie cinq fonctions, dont la quatrième est celle de l'hôpital, désigné « *lieu de soin intensif* ».

**P. T. :** Pour finir, notre institution tourne la page d'une approche paternaliste des soins, car ils sont désormais orientés vers le patient. Nous souhaitons l'aider à identifier ses besoins, à pouvoir prendre des décisions par lui-même et à être un citoyen à part entière.

**Le nom du projet « 107 » ne semble pas très évocateur d'ouverture, pouvez-vous nous en dire plus à cet égard ?**

**A. A. :** Le nom de ce projet fait référence à un article de loi sur les hôpitaux, qui consacre le fait de geler des lits hospitaliers et d'utiliser leurs budgets pour une dynamique ambulatoire, centrée sur une équipe mobile. Cela participe à la réintégration de l'hôpital dans un réseau et au décloisonnement.

**P. T. :** Le malade psychiatrique n'a été médicalement identifié qu'au XIX<sup>e</sup> siècle, alors que de nombreux asiles existaient déjà. En réaction à l'institutionnalisation des patients, un courant antipsychiatrique s'est développé dans les années 1960. Nous atteignons enfin un état au sein duquel les projets sont identifiés, valorisés, et interviennent au bon

moment pour apporter les meilleurs soins aux patients. Aujourd'hui, chaque possibilité de soin peut trouver sa place à un moment dans le réseau. Cela implique une flexibilité des soins proposés, liée à une flexibilité des soignants, des infrastructures et du réseau. La réforme implique une évolution de nos pratiques que nous devons rendre plus flexibles.

**Cela fait 170 ans que la lignée Titeca dirige le centre, est-ce par passion ou par obligation familiale ?**

**P. T. :** La maison santé était initialement supervisée par le cousin par alliance de mon arrière-grand-père, qui en a pris la direction en 1908. A cette époque, les asiles et les structures administratives étaient dirigés de manière semblable, et son expérience dans l'armée aurait pu l'aider mais, les soins se développant de plus en plus dans le milieu psychiatrique, il a préféré entamer des études de médecine. Me concernant, j'ai été très attiré par la médecine psychiatrique car l'humanité est au cœur de cette discipline. Je ne l'ai pas retrouvée lors de mes stages en médecine somatique et ai même été catastrophé de la trop grande technicité vers laquelle elle se dirigeait dans les années 1990. L'aspect relationnel et humain était peu développé chez de nombreux de médecins, alors même qu'il est au centre des soins en psychiatrie. Je n'ai pas donc choisi de travailler au centre Titeca par obligation familiale, j'ai suivi mes propres envies qui m'ont mené ici.

### **Pourquoi le CHJT est-il devenu un acteur incontournable dans les soins psychiatriques en Région bruxelloise ?**

**P.T. :** Le CHJT est devenu un établissement incontournable pour plusieurs aspects, notamment historiques. Nous sommes installés depuis près de 170 ans à Schaerbeek ainsi que dans l'imaginaire de la population. Le centre est spécifique car il s'est très rapidement orienté dans le médicolegal à la suite de la loi sur la collocation de 1850, et il existe encore aujourd'hui très peu d'hôpitaux tels que le nôtre. L'innovation est également l'une de nos grandes particularités. Mon arrière-grand-père s'est en effet battu au début du XIX<sup>e</sup> siècle pour la reconnaissance des services ouverts, puis mon grand-père a installé le premier laboratoire d'électroencéphalographie à usage clinique en Belgique.

A la fin des années 1980, nous avons également été le premier hôpital en Belgique francophone à ouvrir une unité mère/enfant, pour les femmes souffrant de problèmes psychiatriques et ayant accouché. Avant même la reconnaissance légale des habitations protégées, nous avons ouvert les premières maisons à côté de l'hôpital pour accueillir des patients pas suffisamment autonomes pour retourner dans leur milieu de vie. Nous avons participé à divers projets pilotes, proposés par le SPF santé publique. Le premier a été fait en 1995 autour de patients à trouble du comportement et d'agressivité.

Nous avons accueilli des patients avec le statut d'internement au milieu des années 1960, et nous avons participé au projet pilote au début des années 2000, prémisse du trajet de soins pour personnes internées. Un certain nombre de trajets de soins actuels que nous avons développés

au niveau de la clinique sont aussi issus de projets pilote. Nous sommes en outre la seule clinique à avoir gelé autant de lits (40) en région bruxelloise pour favoriser le lancement de cette réforme du 107, et qui a permis d'établir deux équipes mobiles totalisant dix équivalents temps plein, en collaboration avec les cliniques universitaires Saint-Luc et une équipe assurant le suivi de situations de crise, installée au CHJT.

### **Quelle est votre politique en matière de partenariat et de collaboration ?**

**P.T. :** Lors de la révolution concernant les neuroleptiques, le paradigme des soins a changé et nous avons donc été obligés de revoir nos pratiques. Il a fallu nous inscrire dans une dynamique de réseau, qui s'est progressivement construite avec les centres de santé mentale, les habitations protégées (au sein desquelles l'hospitalier et les centres de santé mentale se retrouvent), un service de consultation et le partenariat avec toutes les structures existantes. Il est nécessaire de travailler en réseau pour que tous les besoins en santé des patients se rencontrent et nous développons donc cette dynamique, notamment à travers le réseau 107. Ce dernier met en exergue 5 grandes fonctions. La fonction 1 correspond aux services de première ligne, tels que les centres de santé mentale et les médecins généralistes. La fonction 2 concerne les équipes mobiles. La fonction 3 concerne les centres de réhabilitation et réadaptation. La fonction 4 est hospitalière. La fonction 5 concerne le résidentiel, tel que les habitations protégées ou les maisons de soins psychiatriques.



© F.Mainil



© F.Mainil

**A. A. :** Cette réforme a également permis de structurer les partenariats qui se sont développés durant des décennies, et presque tous les professionnels sont très satisfaits de cette nouvelle dynamique de réseaux. En outre, le réseau en santé mentale a été constitué relativement tôt, contrairement aux réseaux entre les hôpitaux généraux somatiques, mais ces derniers ont, depuis, bénéficié d'une réforme financière et d'une légifération qui leur ont permis de grandement activer leur réseau, contrairement à la psychiatrie.

**Dans quelle mesure rayonnez-vous en dehors de la région Bruxelloise, voire au-delà de la Belgique ?**

**P. T. :** Notre spécialité médicolégale nous a longtemps obligés à être uniquement centrés sur la région Bruxelloise. En effet, la loi du 26 juin 1990 sur les mesures médicolégales lie l'hôpital à un bassin de soin. 99 % de nos patients sont bruxellois car nous n'avons pas développé beaucoup d'autres spécialités et accueillons donc peu de patients venus d'ailleurs. L'ouverture des hôpitaux généraux est bien plus évidente car ils ne connaissent pas ces contraintes.

**Le fil rouge de ce reportage, c'est le projet APERTIO avec à la fois un projet structurel et une évolution de la philosophie de soins du CHJT. Quels sont les enjeux de ce projet APERTIO ?**

**A. A. :** APERTIO signifie « *ouverture* », en référence à la volonté de l'hôpital de quitter le seul axe médicolégal et de s'ouvrir aux besoins en soins de la personne, centrés sur le rétablissement. Il s'agit ainsi de réfléchir à une construction des soins et de l'environnement permettant de faciliter la responsabilisation des patients relative à leurs soins et leurs projets de vie.

L'enjeu d'APERTIO concerne également l'architecture de l'hôpital. Nous finissons actuellement la troisième phase de construction de nos bâtiments, car nous avons totalement revu notre philosophie soignante et avons ainsi souhaité que les soins soient centrés sur le rétablissement et que les patients puissent organiser leurs parcours d'eux-mêmes. Nous

avons également réfléchi à la manière dont nous pouvons les accueillir au mieux, en favorisant une ambiance sereine qui permette d'octroyer les meilleurs soins possibles, centrés sur leurs besoins.

**Dans quelle mesure était-il important que le CHJT développe son approche thérapeutique et modernise son environnement ?**

**P. T. :** Nous avons débuté ce projet il y a plus de dix ans et avons donc imaginé les bâtiments avec le regard architectural de l'époque. Notre vision a évolué avec le temps et s'est ajustée à nos évolutions liées au management, aux nouveaux collaborateurs et à la création d'une série de fonctions « *ressources humaines* ». Notre forte professionnalisation dans les années 2010 et la grande évolution des soins nous a poussé à retravailler notre projet. En effet, les bâtiments que nous avons ouverts en 2003 sont déjà obsolètes et nous devons réfléchir dès maintenant aux aménagements qui les remettront au niveau de nos autres structures.

**Pourquoi votre projet a-t-il mis du de temps à être finalisé ?**

**P. T. :** Nous avons dans un premier temps dû attendre d'obtenir une enveloppe budgétaire suffisante pour le développer. Nous avons ensuite consolidé nos discussions avec le fédéral et la COCOM, car les réformes de l'État concernant les financements ont évolué et basculé sur les régions. Nous avons en outre fait face à des difficultés financières qui ont nécessité un changement dans notre gouvernance et notre management. Les déficits d'exploitation auxquels nous avons fait face nous ont obligés à consolider notre situation financière avant de concrétiser l'avant-projet. Les retards liés aux travaux ont également participé à l'allongement des délais d'environ un an, car nous avons découvert tardivement la mauvaise qualité du sol, ce qui a nécessité une modification du plan des fondations des bâtiments. Nous avons également affronté la crise sanitaire durant la construction et ressentons encore son impact dans la phase de parachèvement. Les bâtiments devaient initialement être finalisés en 2019, mais les unités n'ont pu être occupées qu'en décembre 2021.



### **Dans quelle mesure êtes-vous satisfaits du travail de vos architectes ?**

**P. T. :** Durant le projet, nous avons pris conscience que les travaux ne correspondaient pas à la philosophie de soins que nous souhaitions implémenter. Les Pays-Bas étant relativement en avance sur les questions d'intégration de l'architecture, nous avons pris contact avec un cabinet d'architectes néerlandais, qui est venu épauler celui avec lequel nous avons initialement commencé l'avant-projet. Nous avons ainsi trouvé un équilibre entre notre première conception architecturale, qui avait déjà beaucoup évolué par rapport à ce que nous avons mis en place en 2003, et la touche supplémentaire apportée par le bureau néerlandais, qui nous a permis d'apporter les modifications nécessaires pour faire transparaître la philosophie de soin de l'établissement.

### **Lorsqu'on parle de santé mentale, de psychiatrie, n'est-ce pas difficile de mettre en avant cette notion d'ouverture pour une discipline, un secteur qui fait encore peur en raison de certains clichés ? Comment parvenir à dépasser les craintes et les inquiétudes ?**

**A. A. :** L'ouverture du secteur doit avoir lieu sur deux plans. Longtemps centrés sur le médicolégal, nous choisissons à présent de nous ouvrir à d'autres profils cliniques, ainsi qu'à de nouveaux réseaux professionnels, de soins et de justice. De plus, environ 90 % des séjours que nous accueillons ont lieu dans le cadre d'une contrainte au soin médicolégal, et 90 % de ces patients ont un problème relatif à la psychose, notamment de schizophrénie. La population a tendance à stigmatiser cette maladie, en la considérant systématiquement dangereuse. Plusieurs démarches ont déjà été entreprises à l'égard de la déstigmatisation de la dépression et nous devons à présent l'entreprendre pour d'autres maladies, afin de notamment faciliter les diagnostics.

### **Quel est votre rôle dans la prévention des maladies mentales ?**

**P. T. :** Le médicolégal n'a pas lieu dans le cadre d'une prévention, mais lorsque l'état de santé d'une personne s'est dégradé au point qu'une hospitalisation sous contrainte est incontournable. La prévention est donc primordiale et peut se faire dans un service de consultation, d'un support possible pour les structures de première ligne, et notamment auprès d'un médecin généraliste. Le développement des équipes mobiles est une approche fondamentale qui peut prémunir de l'évolution d'un mal-être en maladie et limiter le besoin d'une hospitalisation.

### **Comment le personnel a-t-il été impliqué dans les réflexions ? Et comment avez-vous gardé la motivation des équipes ?**

**P. T. :** Le projet était long et nous avons ainsi connu une période de frustration au niveau institutionnel. Lorsque nous avons imaginé la philosophie de soin de l'établissement et l'avons développée dans l'institution, un mouvement parallèle s'est développé afin de rechercher les compétences des collaborateurs et collaboratrices de terrain pour participer à différents groupes de travail et les rendre partie prenante de la modélisation des bâtiments et soins prodigués. Nous avons ainsi pu réduire les frustrations et le produit fini a convaincu la grande majorité de nos collaborateurs. Le résultat a en outre permis de crédibiliser le travail initialement entamé au niveau de la direction. En revanche, la résistance au changement est inévitable et, malgré toute notre bienveillance, il peut être difficile à vivre pour certaines personnes car il provient nécessairement d'une remise en question de nos pratiques. Les personnes présentes depuis de nombreuses années peuvent interpréter le changement comme une évaluation négative de leur travail.

### **La prise en charge de la santé mentale peut être difficile émotionnellement parlant pour les équipes d'un établissement spécialisé. Quelle importance accordez-vous à la gestion des relations humaines ?**

**A. A. :** La passion est indispensable pour travailler dans un établissement spécialisé en santé mentale. Ce n'est en effet pas un milieu facile car nous sommes confrontés à une souffrance qui se répercute sur l'entourage des personnes malades ainsi que sur la société. Nous pouvons développer nos compétences en ayant de l'empathie vis-à-vis de la personne que nous accompagnons, mais devons également prendre du recul car les situations peuvent être émotionnellement, cognitivement, et relationnellement difficiles à gérer. Dans cette optique, nous devons nous positionner au plus proche de nos valeurs institutionnelles et être toujours plus bienveillants et professionnels. Nous devons être conformes à nos valeurs et soutenir la formation, la supervision et la mobilité au sein de l'hôpital. Nous sommes également attentifs à la question financière et gratifions ainsi notre personnel sous forme d'éco-chèques. Le lieu de travail que nous développons est en outre bienveillant vis-à-vis des personnes hospitalisées et des collaboratrices et collaborateurs qui y travaillent. Notre situation est actuellement satisfaisante car nous continuons à recruter malgré une période de démobilitation des soignants, certainement grâce à la dynamique que nous avons instaurée ces deux ou trois dernières années. Nos valeurs de bienveillance, professionnalisme et notre philosophie de soin agissent de plus en plus dans le quotidien de nos collaborateurs.

### **Quel message apporteriez-vous à vos collaborateurs, à l'aube de la fin de ce projet APERTIO ?**

**P. T. :** Je tiens tout d'abord à remercier nos collaboratrices et collaborateurs et leur grande mobilisation grâce à laquelle nous avons réussi notre projet de reconstruction. Je remercie autant nos soignants que toutes les personnes des services supports qui interviennent en appui de l'activité première et fondamentale du soin.

**A. A. :** Quand j'ai rejoint le CHJT il y a plus de 2 ans, j'ai été impressionné par l'énergie que dégage cette institution. J'ai dès lors l'espoir confiant que la dynamique actuelle permettra à de nombreux collaborateurs et collaboratrices de nous accompagner et de continuer à faire vivre les valeurs institutionnelles et la philosophie de soin du rétablissement. Nous continuerons ensemble sans relâche à donner à notre approche thérapeutique le plus de sens possible, pour les patients et pour les professionnels.



© F.Mainil



## La politique médicale et soignante

« ... nous devons lutter contre la stigmatisation des patients psychiatriques, en étant plus ouverts sur la cité »



Propos recueillis auprès de **Nathalie Clochard**, Directrice des Soins et du **Dr Pierre Oswald**, Directeur Médical

### Pouvez-vous nous présenter les grandes orientations cliniques du Centre Hospitalier Jean Titeca ?

**Pierre Oswald :** La santé est en pleine évolution et ne concerne plus les seuls aspects médicaux. Etre en « *bonne santé* » consiste à tenir compte d'éléments personnels, relationnels et sociaux. Pour ce faire, il faut pouvoir les identifier et définir des stratégies pour les gérer. Notre optique clinique s'éloigne ainsi de l'objectif classique d'un hôpital qui n'intervient que pour soigner une maladie. Notre architecture est pensée pour accueillir les patients de manière globale. Dans notre jargon, c'est ce qu'on appelle le rétablissement. Il s'agit d'un processus au cours duquel les personnes soignées développent des compétences liées aux difficultés du quotidien et définissent elles-mêmes l'objectif de leur séjour à l'hôpital, voire de leurs parcours de vie. Pour le duo que forment le soignant et le soigné, il s'agit donc de co-construire les clés de leur bien-être. Nous sommes ainsi convaincus qu'en évaluant leurs problématiques, mais aussi leurs forces!, au travers de cette globalité, nous pouvons améliorer la qualité de vie ainsi que diminuer le risque de rechute, ou chez les personnes qui ont commis des délits, de récidive infractionnelle.

### Comment les soignants s'inscrivent-ils dans cette démarche ?

**Nathalie Clochard :** Les soignants ne doivent pas seulement cibler la maladie mais s'intéresser à la personne dans son entièreté (ce qu'elle souhaite, ses capacités et ses ressources), en se positionnant au même niveau qu'elle. Cette démarche n'est pas évidente dans notre domaine car les soignants se sentent souvent investis d'une mission de protection de la population et d'atténuation, voire de disparition, de la maladie. Il est donc important de reconsidérer les modèles de soin et de centrer la pratique sur la relation soignant/soigné, alors qu'elle était jusqu'à présent basée sur une succession de tâches plutôt que sur l'interaction avec les personnes soignées. Les unités de soin sont habituellement composées de chambres et d'un ilot central, disposant de nombreuses caméras, et au sein desquelles les patients sollicitent les soignants au cours de la journée.

Nous avons modifié ce paradigme en limitant la superficie du bureau infirmier afin que soignants et soignés partagent leurs quotidiens, mangent ensemble ou se retrouvent dans l'espace commun. Un bureau limité aux tâches administratives se trouve en dehors de l'unité et signale ainsi aux personnes soignées que le soignant n'est pas directement disponible.

### **Comment cette philosophie de soin se matérialise-t-elle au niveau architectural ?**

**N. C. :** Pour atteindre une prise en charge globale et attachée au bien-être des patients, l'hôpital doit être en lien avec l'extérieur, dans une forme de porosité. Cela se concrétise notamment par l'instauration d'ambiances similaires à celles d'un domicile, telle que la mise en place d'un « *espace repas* » plutôt que d'un réfectoire impersonnel. La convivialité des espaces est instaurée par des matériaux, mais également par des parcours de soins particuliers. En effet, l'hôpital est souvent considéré comme étant un lieu presque hors du temps au sein duquel un patient met sa vie entre parenthèses. Or, nous souhaitons au contraire que l'hôpital participe au parcours de la personne, et donc à son rétablissement, en considérant que son séjour est une expérience de vie. Nous avons abandonné les couloirs linéaires au profit d'espaces plus ouverts et essayons d'accentuer la porosité entre les activités, notamment extérieures. Nous avons également souhaité mettre l'accent sur les espaces de rencontres informelles afin de correspondre au mieux à la vie quotidienne, car cela participe au rétablissement. Au même titre, nous avons choisi de vitrer les bureaux infirmiers tout en assurant la confidentialité des échanges et des informations.

### **Comment avez-vous développé ce projet thérapeutique ?**

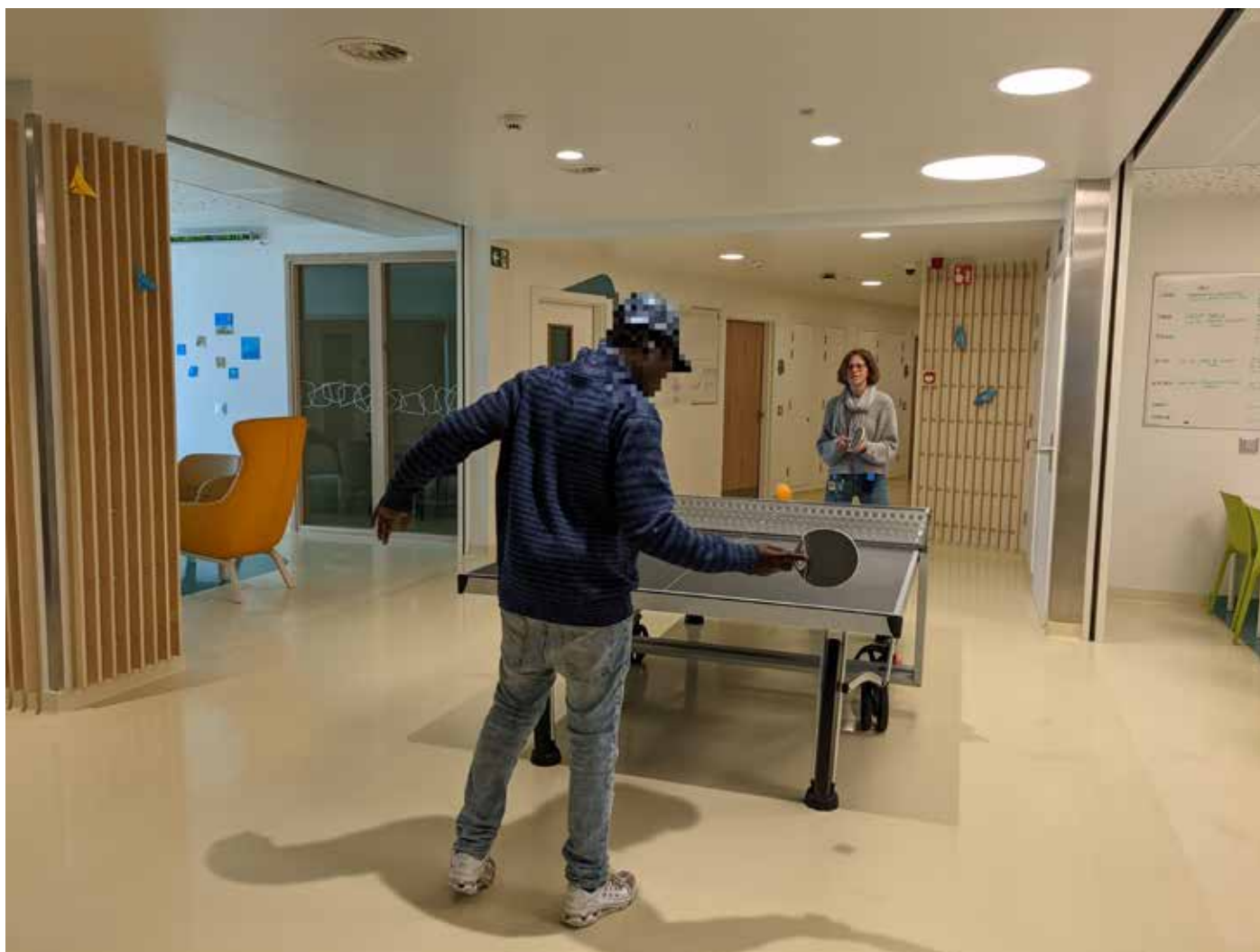
Une volonté de changement managérial a eu lieu en 2012 et le personnel de terrain s'est par la suite questionné quant au sens de nos pratiques

de soins. Nous retournions inconsciemment vers des procédés trop sécuritaires qui ne permettaient pas au personnel de se retrouver dans leur fonction première de prodiguer le soin. Pour redonner un sens à nos pratiques, nous avons décidé de retravailler le trajet de soin et de regrouper les unités en services qui ont la même mission et développent les mêmes compétences.

### **Pourquoi était-il primordial de faire évoluer les espaces avec la construction de nouvelles ailes et une modernisation de votre environnement de travail ?**

L'architecture est un moyen d'instaurer le changement de paradigme car elle permet de modifier les pratiques soignantes. Nous avons diminué la superficie du bureau des soignants et les patients possèdent une chambre individuelle et une carte pour y accéder. Ils sont donc symboliquement repositionnés en tant que personnes en situation de faire des choix, et ce grâce à l'architecture.

En dehors des unités, une « *place du village* » et son kiosque reproduisent l'ambiance extérieure d'un endroit de rencontre, sans obligations. Ce projet nous a offert de grandes possibilités de discussions, et même de rêveries avec les architectes, qui nous ont par exemple donné l'idée de supprimer les longs couloirs linéaires, ce que nous ne pensions pas faisable au sein d'un hôpital. Chaque détail de l'architecture a ainsi été mûrement réfléchi à partir de cet échange permanent.





**Dans quelle mesure ces nouveaux espaces vont-ils concrétiser votre philosophie de soin ?**

**P. O. :** Beaucoup de patients ont un rapport compliqué avec la notion de limite corporelle. Certains vivent dans l'angoisse de ne pas identifier où leur corps commence et où il finit... La question de l'espace et de l'ergonomie est en cela essentielle. Par exemple, Nous nous sommes rendu compte que les couloirs et les trajets empruntés par les patients et les soignants étaient très souvent différents. C'est pourquoi nous avons aménagé les espaces pour que les rencontres deviennent plus naturelles entre les différents corps de métiers, en sachant par exemple que les infirmiers passent par le vestiaire lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, contrairement aux médecins. L'agrandissement ou l'ajustement des espaces joue également un rôle dans la gestion de l'agressivité et des situations de crise. Car s'ils favorisent les rencontres et la désescalade dans les espaces communs, ils garantissent aussi l'intimité des personnes de manière accueillante et respectueuse.

**Le nom du projet « Apertio » démontre votre volonté d'ouverture. Y-a-t-il des réticences autour de cette notion, dans un milieu médico-légal faisant encore l'objet de nombreuses stigmatisations ?**

**P. O. :** Lutter contre la stigmatisation « *en psychiatrie* », comme en chirurgie ou aux soins intensifs. Lutter contre la stigmatisation dans la société et l'auto-stigmatisation auprès de nos patients est une nécessité et fait partie du soin.

Si nous accueillons principalement des personnes mises en observation, considérées comme dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, nous constatons qu'une partie d'entre elles n'a pas de problèmes psychiatriques spécifiques.

À l'image de la société, nous devons par exemple accueillir des personnes traumatisées par une traversée de la méditerranée après avoir fui leurs pays sans qu'ils présentent un trouble psychiatrique au sens strict.

L'hôpital psychiatrique se mue donc en lieu ouvert vers la cité, accueillant toutes formes de souffrances... Le CHJT ne peut donc être hors du temps, car en lien avec les réalités sociale et sociétale. C'est notre rôle d'accompagner toute personne en situation de fragilité, tant ponctuelle que durable, vers une intégration sociale, et ceci passe par l'acquisition de compétences et de responsabilités. Et à la société, l'entourage, aux services publics de les accepter, même si elles s'éloignent des normes classiques.

Nous détenons une responsabilité en matière d'ouverture et de transparence et nous devons nous éloigner du cliché de l'hôpital psychiatrique éloigné de la vie, fermé et caché derrière de grands murs. Nous pensons par exemple à supprimer les salles de visites pour permettre aux visiteurs d'entrer dans l'hôpital et voir leurs proches dans leurs unités, afin de déstigmatiser l'hôpital psychiatrique, les patients, et de mettre en valeur les soignants et leurs compétences spécifiques. Le discours véhiculé à l'extérieur par les soignants psychiatriques est également fondamental. Ils ne doivent pas contribuer à la propagation d'une image fantasmée, voire étonnée, de l'hôpital psychiatrique. Nous souhaitons enfin que la société se détache de sa vision trop normative des personnes. A cet égard, nous pourrions également adopter une politique managériale et de recrutement plus ouverte, en acceptant des profils atypiques, source de richesse tant parmi les professionnels qu'auprès des personnes soignées.

**Quelles sont les prochaines étapes et qu'aimeriez-vous développer à terme ?**

Nous souhaitons désormais rénover le bâtiment le plus ancien, avec un pôle permettant de créer du lien entre l'intérieur et l'extérieur. Il aura la mission de fluidifier la sortie du patient, en devenant un point de liaison entre l'hôpital et la ville et de faciliter l'accueil des patients de manière plus progressive. L'accueil du bâtiment et la devanture historique de l'hôpital seront transformés car nous mettons un point d'honneur à affirmer architecturalement notre volonté d'ouverture sur la ville. Notre philosophie de soin pourra ainsi transparaître dans tous les locaux du site et ces reconstructions nous permettront de nous montrer d'autant plus forts et professionnels.

**Comment définiriez-vous la prise en charge de la santé mentale du XXI<sup>e</sup> siècle ?**

L'évolution de la santé mentale devra permettre à tout le monde d'acquérir les compétences nécessaires à la reconnaissance de signaux d'alerte. Les patients devront être placés en situation de compétence et de choix afin de décider de leurs parcours de soin et de se réapproprier leurs dossiers médicaux. Pour y arriver, tous les acteurs du trajet de soins doivent monter sur le bateau : le personnel hospitalier, les équipes mobiles et les services de santé mentale, car l'hôpital ne doit pas être l'unique recours. L'accessibilité des soins est ainsi un enjeu majeur des prochaines années car une personne dans le mal-être n'a actuellement que très peu de ressources. Avant d'être entraîné dans une sphère très institutionnalisée de la « *psychiatrie* », des moyens devraient être mis en place dans la société pour que les personnes « *en marge* » puissent continuer leurs vies sans se trouver en situation de dépendance. A cet égard, les retours et les soins à domicile devront être facilités, et les différences et profils atypiques devront être déstigmatisés. Il serait également intéressant que nous nous tournions vers la santé communautaire, à l'image d'autres pays non occidentaux au sein desquels les membres de la famille sont les premiers à détecter les problèmes mentaux et médicaux de leurs proches. Améliorer l'architecture numérique et les moyens de communication entre acteurs du soin et personnes soignées, leur permettant d'être les véritables détenteurs de leurs données médicales, est essentiel. Pour finir, le décroisement de la médecine psychiatrique et de la médecine somatique sera indispensable, car leur éloignement actuel est totalement dépassé.





## Les ressources humaines

« Nous avons décidé d'impliquer grandement nos employés afin de les aider à appréhender leur avenir »

Propos de **Nolwenn Doffenies**, Directrice des Ressources Humaines

### Comment définiriez-vous la politique RH de l'hôpital Jean Titeca ?

**Nolwenn Doffenies :** Nous accueillons et intégrons nos travailleurs conformément aux valeurs de l'institution, qui sont la bienveillance, le professionnalisme, l'innovation et « ensemble ». Nous souhaitons faire très attention à l'ensemble de nos employés, dont la diversité d'âge est un atout pour l'hôpital. Nous les accompagnons en outre totalement durant notre transition culturelle, qui a démarré il y a environ huit ans dans l'objectif de surpasser l'image familiale de l'hôpital, que l'ancien directeur général et moi-même avons découvert lors de notre arrivée il y a huit ans. Les ressources humaines accompagnent ainsi toutes ces évolutions.

### Rencontrez-vous des difficultés de recrutement en ce qui concerne votre personnel ?

**N. D. :** Nous connaissons certaines difficultés de recrutement comme tous les hôpitaux en cette période. Quelques tensions dans le recrutement des infirmiers persistent, mais le projet APERTIO et le binôme de direction médicale et de direction des soins nous permettent néanmoins d'obtenir d'intéressants recrutements depuis deux ans. Le projet attire de nombreux professionnels et nous permet d'échapper au niveau de tension repéré dans la plupart des hôpitaux généraux. Les difficultés de recrutement que nous connaissons concernent principalement l'encadrement infirmier et les métiers logistiques et administratifs, concurrencés par les salaires du secteur privé. Nous recrutons à cet



égard des personnes passionnées qui souhaitent s'investir dans le « non-marchand » car, en ce qui concerne la construction, la cuisine, l'administratif, ou encore la comptabilité, nous embauchons grâce aux valeurs que nous prônons.

### **Dans quelle mesure l'accompagnement et la formation du personnel sont-ils touchés par le projet APERTIO ?**

**N. D. :** La transition est en cours et n'est pas encore tout à fait modélisée. La crise sanitaire et le projet APERTIO nous ont menés à réfléchir différemment afin de simplifier nos décisions en limitant les contrariétés et difficultés du personnel. Les enjeux d'accompagnement étaient importants, mais la situation n'a pas toujours été simple à gérer pour trouver le bon ajustement dans l'accompagnement du personnel car la crise sanitaire ne nous permettait pas toujours de produire des réponses institutionnelles les plus simples.

Nous avons ainsi essayé de communiquer le plus souvent et le mieux possible en transmettant chaque fois toutes nos incertitudes. Nous avons en effet pris le parti de diffuser toutes les informations -même minimes-, plutôt que de communiquer seulement lors de changements massifs, mais nous n'étions pas à l'abri d'erreurs. Nous sommes passés par des modes de décision individualisés car, durant la crise sanitaire, nous avons par exemple laissé aux unités de soins la possibilité de reconfigurer leurs horaires de travail. Nous avons beaucoup communiqué en conseil d'entreprise et en délégation syndicale pour que nos décisions soient accompagnées par les représentants du personnel et la direction des soins nous a également permis de mettre en place les organisations que nous jugions nécessaires.

### **Vous avez ainsi aidé et impliqué le personnel tout au long de ce projet ?**

**N. D. :** Nous avons effectivement toujours essayé d'installer chaque élément qui pouvait aider notre personnel. Durant les deux dernières années du projet APERTIO, et à cause de la crise sanitaire, nous n'avons plus été capables d'anticiper les besoins pour planifier le déploiement du modèle, de la philosophie et du déménagement. Nous avons donc décidé d'impliquer grandement nos employés afin de les aider à appréhender leur avenir. Ils ont ainsi été sollicités dans les unités de soin par la courroie de transmission des infirmiers en chef. Des hypothèses étaient formées puis un système d'aller-retour était mis en place pour tester des organisations sur une ou deux unités avant de les déployer lorsqu'elles fonctionnaient. Cette application a permis de mettre en place, tant pour la crise sanitaire que pour le projet APERTIO, des unités pilotes et des actions nécessaires pour organiser le changement. Nous avons ainsi par exemple décidé de supprimer le bureau infirmier dans notre nouveau système de prise en charge. Il s'agit en effet des unités centrales d'unités de soins au sein desquelles les informations sont collectées et transmises. Le projet APERTIO a prévu que ce bureau prendrait moins de place afin que tous les professionnels de santé soient près de leurs patients et travaillent en unité. Dorénavant, les fonctions de pilotage et de transmission de l'information n'existent ainsi plus en tant que telles. Cette organisation a été très crainte par les professionnels, mais une unité a néanmoins accepté de l'expérimenter durant la crise sanitaire, avant de convaincre les autres que le modèle de soin d'APERTIO était valide. Nous avons plusieurs fois utilisé ce fonctionnement d'implication du personnel lors des décisions de changements d'organisation, notamment lorsque nous avons modifié les horaires durant le COVID. Cette collecte des besoins a en revanche créé une tension supplémentaire pour les services logistiques car, durant

les deux années de crise sanitaire, les travaux d'adaptation logistique ont été très nombreux alors même que le département logistique était déjà occupé par la nouvelle construction.

### **Quelles sont les prochaines étapes par rapport au développement et à la mise en place du modèle APERTIO ?**

**N. D. :** Les derniers espaces thérapeutiques ont été mis en exploitation à la fin du mois de mars et les espaces logistiques, comme les sous-sols et les parkings, entre mai et juin. Il nous faudra ensuite plusieurs années (cinq à huit ans) pour réhabiliter les unités existantes. En l'état, ces dernières ne pourront pas mettre en application le modèle APERTIO décloisonné et au sein duquel le bureau infirmier est réduit à sa plus simple expression et où les espaces de circulation sont géographiquement identifiés par des jeux de couleur et de texture. Ces quatre unités de soins très hospitalières et qui n'ont pas encore trouvé leur place définitive doivent être décloisonnées, mais nous devons encore trouver les financements qui nous permettront de planifier notre futur projet.

### **Comment arrivez-vous à maintenir la motivation de vos équipes au cours de ces évolutions et situations particulières ?**

**N. D. :** La communication joue un rôle clé dans le maintien de la motivation de nos équipes, mais nous pouvons encore nous améliorer. Nos salariés sont patients car ils savent qu'un projet peut mettre beaucoup de temps à être finalisé, mais il est toujours plus simple pour les anciens de prendre du recul et constater toutes les avancées. Notre communication est assez humble mais reste insuffisante car elle est très complexe à mettre en place.





© F.Mainil



## Les projets architecturaux

« *L'hôpital psychiatrique de demain devra miser sur l'ouverture des espaces, faciliter l'autonomie des personnes soignées et se décroisonner afin d'accroître le vivre-ensemble...* »

Propos recueillis auprès de **Benoit Gossiaux**, Directeur Infrastructures et Logistique, **Céline Moniquet**, Facility manager, et **Frédéric Van Elst**, Ingénieur Architecte chargé de projet.

### Quel est le patrimoine immobilier du Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT) ?

Le Centre Hospitalier Jean Titeca, c'est une association qui gère d'abord que des unités hospitalières. Il y a différentes entités, sur plusieurs sites, répartis à Bruxelles : l'hôpital, deux maisons de soins psychiatriques, des espaces d'activités et de consultations, et des bureaux qui accueillent notamment des équipes dites « *mobiles* », actives par exemple pour le public-cible des sans-abris. Nous sommes ainsi propriétaires d'environ 30 000 m<sup>2</sup> de bâti. Et nous en louons une partie pour d'autres acteurs de la santé mentale. Depuis sa création, l'hôpital s'est agrandi avec des bâtiments construits à différentes époques. Pour développer son approche thérapeutique, un important projet de reconstruction s'est mis en place. Quel en est l'historique ?

Nos bâtiments principaux sont situés historiquement à Schaerbeek. D'abord logés en pleins champs courant XIX<sup>e</sup> siècle, ce site a été petit à petit gagné par la ville. Nous occupons grosso modo tout un bloc dans un quartier bien peuplé.

Certains bâtiments de l'hôpital, ceux concernés par le projet, dataient de plusieurs dizaines d'années et n'étaient plus conformes aux normes actuelles. Ainsi, le CHJT a décidé de démolir presque entièrement ces vieux bâtis qui ne correspondaient plus aux pratiques soignantes ni aux exigences techniques et de confort de vie et de travail. Objectif : rebâtir l'équivalent d'un établissement composé de six unités d'hospitalisation totalisant 120 lits, et une série d'autres espaces d'activités et de support.



### Comment définiriez-vous ce projet ?

**Benoît Gossiaux :** ce projet peut être résumé comme étant une rupture par rapport aux anciennes pratiques dans le domaine psychiatrique, avec pour élément marquant l'ouverture maximale des espaces, et la mise en contact des personnes qui y évoluent.

Par exemple, le local infirmier a été réduit pour inciter ce personnel à être au plus près des patients. Tout en prévoyant des espaces de bureaux en dehors des unités, pour que ce même personnel puisse réaliser les tâches administratives. Les temps sont bien identifiés, avec des espaces dédiés. La confusion diminue, le stress et la tension aussi.

Une notion d'ouverture qui n'est pas qu'architecturale mais réside également dans le quotidien des personnes soignées. Outre cette mise en contact privilégiée, nous avons ainsi travaillé sur la convivialité. Le bâtiment est très moderne, particulièrement bien aménagé intérieurement, et la lumière apportée par l'ouverture sur l'extérieur donne aux patients le sentiment d'être dans un environnement humain et chaleureux. Nous avons utilisé beaucoup de bois afin de renforcer ces aspects.

Troisième aspect : privilégier l'autonomie des personnes soignées, ce qui se traduit par leur laisser la possibilité de choisir la façon dont se rendre dans leurs chambres, d'aller dans des espaces communs et de pratiquer des activités. A cette fin, de nouveaux locaux, dont une belle et grande salle omnisports, un mur d'escalade... sont désormais mis à disposition. Toutes les unités du CHJT n'ont pas pu s'installer dans ces espaces... Les autres bâtiments devraient être rénovés à moyen et long terme avec cette même philosophie, si les finances publiques le permettent.

### Quels ont été les enjeux urbains de ce projet ?

Nous souhaitions intégrer les constructions aux bâtis présents, et conserver au mieux l'aspect architectural des structures existantes. Nous avons réussi à y instaurer le nouveau concept d'ouverture, et évidemment à accroître le respect de l'environnement avec des solutions vertes telles que des panneaux solaires et des pompes à chaleur. Notre bâtiment s'intègre très bien dans son environnement immédiat, à tel point qu'on ne perçoit pas forcément qu'il s'agissait d'un hôpital.

### Les riverains étaient-ils inquiets lors de l'ouverture d'un tel établissement ?

Il a bien entendu fallu rassurer : non, les 120 nouveaux lits n'allaient pas accueillir 120 nouveaux patients. Les transferts sont intra-site.

Par contre, on décroïssonne en interne, pourquoi ne pas aussi ouvrir nos murs vers l'extérieur ?

Le directeur général voulait profiter de l'inauguration des nouveaux espaces en novembre pour permettre au voisinage de se familiariser avec l'activité de l'hôpital.

Cohabiter avec une population présentant des troubles psychiatriques n'est pas toujours aisé, c'était une belle opportunité de rencontre pour en parler. Mais le COVID nous en a empêchés. Nous avons néanmoins entamé une campagne de communication avec le voisinage et allons profiter des nouveaux espaces pour organiser d'autres événements. C'était plus difficile auparavant.



© F.Mainil

### Quels sont les atouts du projet porté par archipelago ?

Le bureau d'architecture Archipelago a été accompagné par le bureau de techniques spéciales Ellipse, et le bureau d'architecture GAF (Gortemaker Algra Feenstra) a également été impliqué dans le projet. Notre volonté d'ouvrir les espaces se traduit en une série de contraintes pour les experts du bâtiment. Notamment pour la prévention incendie, ce qui s'est traduit par un système de rideaux pare-feu qui descendent en cas d'alerte pour créer un compartimentage dans les espaces normalement ouverts !

Il en va de même pour nous aider à configurer les activités nouvelles, pas forcément coutumières dans le milieu psychiatrique, comme l'installation d'une salle omnisports et d'une « *place du village* » contenant un kiosque et un bar. Ce dernier est un espace ouvert que la patientèle peut fréquenter à tout moment et qui donne directement sur le jardin central. Nous souhaitons également reconfigurer ce jardin pour que les personnes soignées puissent l'exploiter au maximum.

Sans oublier notre nouvelle pharmacie hospitalière, avec là également des enjeux architecturaux spécifiques, liés aux normes.

### Quels éléments permettent d'améliorer les conditions d'accueil des patients et les conditions de travail du personnel ?

Un salon et un réfectoire ont été mis en place à tous les étages pour permettre aux patients de se retrouver, vu l'objectif du projet Apertio d'initier une vie au sein de laquelle le personnel et les personnes soignées

peuvent se réunir. Pour renforcer cet aspect, l'architecture, les matériaux et les mobiliers ont été choisis afin de donner une impression de convivialité plutôt qu'hospitalière, et des gammes de couleurs différentes permettent de distinguer les unités de soins en fonction du type de patients. Chaque patient possède un badge d'accès unique pour sa chambre et son armoire personnelle, et tout le monde bénéficie ainsi d'un espace privé et d'espaces communs. Toutes les installations ont donc été imaginées pour devenir un pont vers le retour à domicile. A titre d'exemple, la cuisine de chaque unité est utilisée par les personnes soignées lors d'ateliers organisés. Elle contient du matériel domestique en plus du matériel professionnel, afin que les patients réapprennent à cuisiner. Nous les sensibilisons également à trier les déchets, profitant du fait que ce projet a permis de remettre en question et redynamisé les flux logistiques sous-jacents à l'exploitation du bâtiment.

### Quelle est la place de la logistique dans ce projet? Quels en sont les enjeux ?

Ils sont nombreux et passionnants ! Il nous a fallu proposer au personnel et aux patients des services d'aussi bonne, voire de meilleure qualité qu'avant, alors même que le CHJT accueille un plus grand nombre de personnes aujourd'hui. C'est un grand défi.

Puisque la superficie du bâtiment a doublé, la logistique a également été repensée concernant, par exemple, la laverie de tous les linges, dont le nombre a nécessairement augmenté.



© F.Mainil



J'ai parlé des déchets : leur tri des déchets est l'un de nos enjeux essentiels et est inévitable en milieu hospitalier. La politique de restauration a été totalement revue pour notamment créer une cuisine centrale. Nous avons en outre effectué un travail parallèle au projet architectural, en procédant à l'achat des mobiliers via une consultation du personnel soignant.

Nous nous occupons actuellement de la politique concernant l'entretien ménager car nous sommes maintenant face à de nouveaux matériaux, revêtements de sols et parce que le doublement de notre superficie ne peut signifier que nous doublions le personnel ménager. Le financement ne le permet pas, et il y a des gains d'efficacité à trouver... Il nous a donc fallu réfléchir à la méthodologie de travail, tout en préservant un cadre et des conditions de travail respectueux du bien-être de nos collaborateurs et collaboratrices.

À mesure que le bâtiment est mis en exploitation, nous adaptons les flux logistiques et humains. La mobilité des membres du personnel change également dans un contexte urbain, et nous tâchons actuellement d'anticiper au maximum cette politique qui nécessite encore des adaptations et des études complémentaires.

Une entrée commune pour les flux logistiques permettra aux camions et membres du personnel véhiculés de l'emprunter. Avec une cour logistique et un parking que nous sommes impatients de voir fonctionner, pour avoir une plus grande fluidité de cette multitude de flux IN/OUT que connaît un hôpital... le tout avec un contexte de sécurité qui reste lourd, vu notre activité ! Un beau casse-tête !

### **Comment le personnel a-t-il été impliqué dans ces réflexions ?**

Les équipes soignantes et médicales ont travaillé à une série de thématiques : quels flux, quels espaces, quels mobiliers, quels coloris... Nous n'avons pas eu la possibilité de les faire participer à toutes les prises de décisions, mais globalement la volonté était bien celle-là. Par exemple, concernant le mobilier, nous avons sollicité le personnel via un questionnaire à remplir pour évaluer la qualité, l'esthétique et l'ergonomie de produits reçus dans le cadre d'un marché public. Leurs avis ont influencé nos décisions, mais nous avons pris d'autres aspects en compte, notamment sécuritaires, qui ne sont pas toujours perçus par le personnel.

Nous avons parfois été obligés d'atteindre un certain niveau de standardisation, contraints par le budget et le temps. Il a dès lors été important d'expliquer les raisons de nos choix dans la mise en exploitation du bâtiment et les soignants nous ont tenus au courant des inévitables défauts de fonctionnement.

Ces discussions nous ont permis de travailler avec un objectif commun.

### **Dans quelle mesure ce projet s'inscrit-il dans une démarche de développement durable ?**

Le problème est souvent le même : entre la conception d'un hôpital et sa mise en exploitation, en Belgique, il peut se passer près de 10 ans ! Pour autant, le projet s'est inscrit dans une démarche de développement durable et nous avons suivi les bonnes pratiques et la réglementation à cet égard.

De plus, la gestion d'un patrimoine immobilier de cette envergure ne nous laisse d'autre choix que de penser aux coûts énergétiques, qui ne cessent d'augmenter.

Un hôpital se doit également d'adopter un comportement responsable en matière environnementale, qui va au-delà des règles générales. La réglementation PEB est notamment entrée en vigueur pour l'isolation du bâti, et une réglementation hospitalière existe également concernant le tri des déchets. Le personnel soignant essaye aussi de se l'approprier afin de l'utiliser dans le cadre thérapeutique. Notre devoir est également de sensibiliser les patients à ces gestes civiques.

Dans les bâtiments existants, nous essayons de déterminer quels seraient les travaux nécessaires pour limiter notre empreinte écologique à notre petite échelle par rapport. Nous avons imposé aux fournisseurs de mobiliers de limiter les déchets et de recycler impérativement les emballages utilisés. Certains n'ont pas du tout utilisé d'emballages, mais ont plutôt utilisé des couvertures de déménagement, notamment lors de la livraison des chaises et des tables. Nous réfléchissons à chaque étape aux nouvelles démarches de développement durable que nous pouvons mettre en place.

### **Quel est le calendrier ?**

Si les finances le permettent, nous souhaitons continuer à rénover des bâtis internes au site de Luzerne pour ouvrir les espaces, obtenir une uniformité de l'établissement en cohérence avec notre nouvelle philosophie de soin et améliorer nos performances énergétiques. Nous devons pour cela respecter un calendrier de construction qui dépend des autorités de tutelle (régionales) ... Nous ne sommes pas entièrement subventionnés et, en tant qu'ASBL, nos moyens financiers sont constamment réévalués. Nous prenons le temps d'en discuter en interne, mais les attentes dépassent les moyens. C'est habituel dans nos secteurs... on veut le meilleur pour les patients.

Outre notre manque de moyens financiers, nous devons également prendre en compte la maintenance qui rend impossible la réalisation de travaux successifs. La mise en exploitation d'un bâtiment doit en effet prendre en compte le coût des chantiers, mais également l'investissement pour de nombreuses machines et l'engagement de ressources humaines complémentaires pour en assurer le suivi, la maintenance et la pérennité. Les bâtiments doivent durer plusieurs décennies, ce qui nécessite qu'ils soient maintenus en bon état de fonctionnement pour des patients psychiatriques généralement très sensibles.

### **Quel est votre vision de l'hôpital de demain ?**

L'hôpital psychiatrique de demain devra miser sur l'ouverture des espaces, faciliter l'autonomie des personnes soignées et se décroiser afin d'accroître le vivre-ensemble et ainsi faciliter la resocialisation. Cette philosophie de soin mise en place progressivement au CHJT donnera lieu à plusieurs études, et nous voyons de manière très positive l'appropriation rapide des espaces par les personnes soignées. Nous avons pris un grand plaisir à observer leurs réactions lorsqu'ils ont découvert leurs nouvelles ailes et le sourire de bien-être qu'ils affichaient sur leurs visages. Ces nouveaux espaces rendront leur intégration dans la société beaucoup plus simple lorsque leur santé le permettra.