

Annexes : Entretiens

Annexe 1 : Entretien 1

Annexe 2 : Entretien 2

Annexe 3 : Entretien 3

Annexe 4 : Entretien 4

Annexe 5 : Entretien 5

ANNEXE 1 : Entretien 1

La chercheuse est identifiée comme étant l'interlocuteur 0, reprise sous l'abréviation I. Et la personne interrogée est l'interlocuteur 1, reprise sous l'abréviation I1.

I : Pour commencer, quel est l'historique du projet ?

I1 : Alors l'historique, ça a commencé. En fait, c'est Docteur A. qui travaillait à Titeca où il y a des lits TSI qui s'y trouvent. Il est venu travailler ici, il a emporté un peu cette habitude avec lui ici. Avant, il y avait déjà des patients internés, mais je pense que lui avait un peu plus l'habitude de travailler avec ces patients. Et puis, il était un peu connu dans le réseau et donc on lui adressait plus facilement ou il acceptait plus facilement.

Donc il y avait quelques patients sous statut d'internement qui se trouvaient dans les lits T du pôle Psychose. Docteur A. est venu me trouver en disant, tu sais à Titeca, ils ont valorisé ces lits-là, car il y a moyen d'avoir plus de personnel et comme ces patients sont quand même là, est-ce que cela ne serait pas une bonne idée pour ici ?

Donc moi, j'ai été à ce moment-là à des réunions TSI, rencontrer les gens du SPF Santé. On a présenté une première fois le projet. Ils ont dit qu'ils écoutaient et que c'était intéressant. Et puis je pense que c'est un an plus tard, que l'on a repris contact parce qu'on n'avait plus de nouvelles et là, ils ont dit qu'ils libéreraient des budgets pour l'intégration des patients TSI dans des circuits de soins plus classiques et que notre projet correspondait bien à la volonté du SPF Santé publique et qu'on pouvait rentrer un dossier plus complet. Donc, il y a un dossier plus complet qui était rentré et là, la procédure se met en route et on a été agréé.

I : Et le dossier, on l'a rendu quand ?

I1 : Mais c'était l'année passée, au printemps de l'année passée je pense.

I : Et quels sont les objectifs du projet par rapport à ici ?

I1 : L'objectif premier au départ, c'était de se dire on fait ce boulot là et on est pas reconnu pour. On a des lits T qui sont super mal encadrés. Parce que c'est un médecin pour 60 lits T. Au niveau encadrement infirmier, c'est aussi assez faible. Et donc, au départ, c'était de valoriser le travail qui était fait avec les lits T. Avec les lits TSI, pour 5 lits T, on a gagné 3,2 ou 3,3 ETP. Plus un temps médical. Donc, c'était surtout de valoriser ce qui avait déjà été fait.

Par rapport au pôle dépendance, ce que je me suis dit c'est qu'on n'a pas mal de patients qui ont des problèmes de justice. Est-ce qu'on ne peut pas prendre des patients qui ont des problèmes de justice mais qui ont un encadrement ? Finalement, ce sera peut-être plus facile avec un encadrement comme les gens qui sortent de prison classique. Mais là, sans volonté,

on en a un ici, c'est un ensemble de choses qui a fait qu'il est ici libéré à l'essai au pôle dépendance. Mais l'idée, c'est de ne pas avoir trop de libération à l'essai. Par contre, au pôle psychose, là on prendra des libérations à l'essai.

I : D'accord et comment est-ce que vous allez faire pour mener le projet dans les unités? Qu'est ce qui avait été décidé par rapport à ça?

II : Ah ça. Tout est venu très rapidement puisque une fois qu'on a rentré le projet, rapidement on a eu les fonds. Notre première idée, c'était de renforcer les équipes en soirée. On s'est toujours dit on veut que ces patients restent comme jusqu'ici, c'est à dire dans des circuits de soins normaux. On n'avait pas du tout l'envie de créer une unité « TSI » avec des prises en charge particulières. On voulait continuer à prendre ces patients-là de la même manière, de ne rien changer à notre façon de faire à ce niveau-là. Il y avait déjà des libérations à l'essai ici. L'idée c'est que ces patients soient pris en charge comme tous les autres. C'est à dire que, sauf si eux en parlent, et à part l'équipe, personne ne sait spécialement qu'ils sont dans un trajet de soins internés. Donc ça, c'est vraiment l'idée. Et donc ça, ça demandait de diffuser les lits sur la clinique, et de ne pas créer une unité TSI. Parce que ce qui était vraiment le plus simple, c'était de créer cinq lits TSI au Cap, par exemple, et de dire voilà, ça, c'est cinq lits TSI et on met tous les moyens qu'on a obtenu dans ces lits là et on crée une petite unité TSI. C'est ce qu'ils ont fait à la forêt de Soignes.

Et puis après on est vite passé de 5 à 10, puis à quinze puisqu'on en fait, le SPF ouvre assez bien les vannes pour ces projets-là. Et puis finalement, à la forêt de Soignes disons la moitié de leurs lits qui sont TSI. Niveau personnel c'est pas mal mais c'est une autre ambiance, c'est-à-dire qu'on devient une unité médico-légale à part entière. Et ça, je trouvais que ça, ça n'allait vraiment pas avec la philosophie de Sans souci, qui a toujours été un peu précurseur avec des unités ouvertes où l'on mange à l'extérieur, avoir un restaurant, voilà. Et donc ça, c'était vraiment pas notre volonté.

Donc l'idée, c'est d'avoir une diffusion et donc c'est ça qui était compliqué. C'était de se dire qu'est-ce qu'on fait de ces moyens puisque à priori, les lits sont diffus sur l'ensemble de plusieurs pavillons. Donc ça serait plutôt quand même plus le pôle psychose et le pôle dépendance. L'admission, non et éventuellement un peu le centre de jour.

Mais donc on s'est dit bon, on va utiliser ces moyens pour renforcer des manques qu'il y a actuellement. Et cela va aussi profiter dans les pôles, dans les unités qui vont accueillir ces patients-là. Il y a eu pas mal de demandes et notamment c'était que en soirée, il y avait peu d'encadrement les infirmiers sont seuls... Et donc de se dire est ce qu'on ne pourrait pas au moins doubler jusqu'à 22h ? Donc ça, c'était vraiment notre idée de base. Et puis on a reçu les budgets et on s'est rendu compte qu'on ne recevait pas des ETP. On recevait une somme d'argent.

I : Ah oui, donc vous ne pouviez pas engager comme vous le vouliez.

II : Oui, donc on devait se débrouiller avec cette somme d'argent là. On pouvait prendre plus, mais on ne pouvait pas prendre moins. Donc on devait avoir ces 3.2 ou 3.3 donc si on prenait des gens moins chers, on pouvait monter au-dessus mais on ne pouvait certainement pas descendre en dessous. C'est une somme fixe qui n'est pas indexée chaque année et ça ne tient pas compte du fait, que si quelqu'un travaille après 18 h, il a droit à un niveau technique, un pourcentage ?

I : Oui, il a droit à 11% pour horaire inconfortable.

II : Et donc en faisant vite le compte, cela voulait dire qu'on ne pouvait engager que des bacheliers avec moins de 5 ans d'ancienneté donc malheureusement on n'a pas pu faire ça ce projet-là.

On a donc opté plutôt d'augmenter le personnel au niveau du centre d'activités, avec donc du personnel qui allait s'occuper de ces patients là, mais aussi d'autres patients. Dans le pôle psychose, ils étaient plus demandeurs d'ergothérapeutes et chez nous (pôle dépendance), plutôt de préparation à la sortie. Donc, au départ, on avait trouvé quelqu'un de vraiment bien puis c'était pendant l'été et ça a cafouillé. Moi, j'étais en vacances,... Cette personne a quitté un endroit parce qu'elle trouvait que son cadre de travail était trop large. Et elle arrive ici, et elle se demande où elle est et donc elle ne prend pas le poste. Et donc il y a une ergo qui a été finalement engagée pour ici. Mais quand je suis revenu de vacances, je me suis dit ouh ça c'était pas tout à fait notre idée de base et donc on a fait une sorte de montage pour avoir une AS en plus et j'espère que ce montage tiendra la route et qu'on pourra pérenniser ça.

I : Et quand tu dis que de base au pôle psychose, ils voulaient plutôt une ergo et que nous souhaitions plutôt quelqu'un pour la préparation à la sortie, cela veut dire que vous avez consulté des gens sur le terrain pour connaître un peu les besoins qu'il y avait dans les équipes ? Mais comment avez-vous fait ?

I1 : Alors au niveau du pôle psychose, c'est surtout avec Dr A. avec qui on a discuté mais je n'ai pas « surveillé » comment eux ils faisaient en interne. Et ici j'en ai discuté avec l'infirmière-chef.

I : D'accord. Et pour toi, quel type de changement ce projet va amener sur le terrain, concrètement, et plus particulièrement pour nous, au pôle dépendance ?

I1 : Alors, même si on les prend « normalement », il y a rien à faire, c'est quand même une population particulière. Donc je pense que d'abord, ça va soulever des craintes parce que c'est autre chose de prendre un patient de défense sociale que d'être dans le circuit de soins de ce patient. C'est quand même pas tout à fait la même chose.

En plus, c'est quelque chose que l'on ne connaît pas bien. Moi, j'ai été en défense sociale il y a 20 ans et les choses ont bien changé et donc je pense qu'il va falloir qu'on se forme à ce niveau-là. Et c'est pour ça qu'il y avait, dans les 3.3. ETP, la volonté quand même d'engager quelqu'un qui connaissait ça très bien et donc on a engagé (Au départ, on voulait un trois temps, mais ce n'était pas possible pour elle) un mi-temps d'une coordinatrice, une criminologue qui travaille depuis des années dans la défense sociale.

Donc ça, je pense que c'est ça qui va surtout changer. Il faut d'abord s'approprier le projet, il faut se retirer les craintes, tous les fantasmes qu'on peut avoir autour de ces patients-là. Je pense que le gros challenge, ça va être de travailler avec le réseau pour qu'il ne nous envoie pas des gens libérés à l'essai, des psychopathes ou des troubles de la personnalité ingérables. Le gros challenge ça va être de maintenir la façon dont on travaille maintenant en accueillant ces patients-là. Mais on ne changeant pas notre projet spécialement pour ces personnes-là. Et donc, que le réseau comprenne bien. (OK, quelqu'un est libéré à l'essai dans une habitation protégée, il rechute, il a fait un sevrage mais il est encore trop fragile alors il peut passer pour une unité de posture et donc c'est là qu'on va situer nous ici). C'est parce que jusqu'ici dans toutes les libérations à l'essai, il y a le fait de ne pas consommer de produits mais si quelqu'un rechute massivement, il retourne en prison ou en unité de défense sociale. Ici, il y aurait une alternative où il va se mettre sevrer quelque part. Et puis il viendrait chez nous deux ou trois mois et il suivrait son parcours classique. Et puis il pourrait rester dans la libération à l'essai et c'est donc ça le gros challenge.

I : Mais alors comment est-ce que vous avez communiqué toutes ces ambitions du projet aux collaborateurs ?

I1 : Alors ça, ça a été un peu le cafouillage. Parce que d'abord, ça a été très très rapide. On a reçu les budgets. Je ne sais plus quand on a reçu la libération des budgets style en mai, c'était

en mai ou juin et c'était pour le 1^{er} juillet. Et donc les choses sont faites de façon trop précipitée. Il y a eu une mauvaise communication entre moi et X parce que je pense que X n'a pas saisi tout à fait au départ vraiment le projet qu'on avait construit. Et donc il y a une précipitation dans les engagements qui s'est fait aussi pendant mon congé. Et donc là, il y a une mauvaise communication. C'est pas bien passé. On aurait dû dire on s'en fout, c'est pas grave, on se rattrapera, on commence en septembre. Là, je pense à refaire, c'est ça qu'il faudrait se dire. Là, on s'est dit, il faut qu'on engage, sinon c'est du budget perdu. Et puis à partir du 1^{er} juillet, on est agréé, donc il nous faut les 85 % de taux d'occupation rapidement donc il nous fait des gens rapidement. À refaire, je le ferais en septembre, à la rentrée, où tout le monde est là, avec une meilleure communication.

I : Et comment penses-tu que vous pourriez mieux communiquer par rapport à ça?

I1 : Moi ce que j'ai demandé, c'est que la coordinatrice rencontre toutes les équipes et qu'elle voit avec les équipes, quels sont leurs besoins en formation puisque on a peu de patients TSI pour l'instant, elle a du temps. Et donc de vraiment prendre ça en premier en charge et de s'occuper de cela. Parce que finalement, c'est nouveau pour la direction aussi.

I : Tout à fait.

I1 : Et donc, il y a plein de questions auxquelles nous, on est confronté aussi. Je pense qu'il y a Dr A. et cette dame qui en fait, eux, maîtrisent le sujet. Dr A. il a 4 heures financées pour ce projet-là, on ne peut pas lui demander de venir informer tout le monde, mais s'il y a un séminaire, il sera prêt à le faire. La coordinatrice, elle a un mi-temps donc moi, je lui ai vraiment demandé de rencontrer toutes les équipes, de prendre le temps,...

I : Quels sont pour toi les impacts de ces changements sur notre travail ? Qu'est-ce que les travailleurs vont devoir changer dans leur manière de travailler?

Tu disais, il y a la collaboration avec le réseau qui va changer, qui va être un peu différente pour nous. Que cela soit pour une profession ou de manière générale en équipe, est ce qu'il y a des choses qui pour toi vont vraiment impacter le travail ?

I1 : Je pense que le plus gros impact, ça va être la préparation, la sortie. Avec ces patients-là, on ne pourra pas se permettre de se dire bon, il fait ou il ne fait pas quoi. Puisqu'on a quand même une part de responsabilité là-dedans. Tout dépend comment ça se passe pour les libérations à l'essai. Si il n'y a pas de libération à l'essai ici, ça a un impact mais dans une moindre mesure. Mais on ne pourra pas en tout cas laisser filer un patient comme ça, même s'il n'est pas libéré à l'essai, ici ou ailleurs. Il faudra que quand ils sortent, prévenir les instances... Ce sont des patients qui ont quand même une surveillance judiciaire et donc le plus gros impact ça va être ça, c'est comment ne pas perdre, ne pas devenir un organe sécuritaire, mais en même temps on ne peut pas nier le fait qu'il n'y a rien à faire, puisqu'il y a un côté sécuritaire dans notre projet de soins pour internés et donc c'est vraiment vers la sortie et du côté du passage à l'acte que ça va être le plus compliqué.

Alors, on a toujours une porte de sortie qui marche très bien. Visiblement, si on appelle, je ne sais pas si c'est le parquet ou l'organe qui s'occupe de ça : Boum! Le gars retourne en prison. Là c'est clair. Si on a un patient qui fume dans sa chambre et qu'on veut mettre dehors et qu'il va en prison c'est quand même « chaud » comme décision. Donc voilà, je pense que ça sera la sortie, soit parce qu'il y a un dépassement dans notre règlement pour des choses un peu mineures, soit c'est dans les préparations à la sortie avec des patients qui se disent que ça va aller... Pour ces patients-là, il faudra être plus proactif.

I : Oui, tout à fait. Comment avez-vous pu communiquer ces impacts sur le travail des collaborateurs ?

I1 : Au niveau du pôle dépendance ?

I : Oui.

I1 : je pense pas qu'on ait communiqué. On en a un peu parlé, mais pas assez sans doute.

I : Et de quelle manière est ce que vous avez pensé l'implication des collaborateurs ? Comment est-ce que vous avez réfléchi à pouvoir les impliquer dans la construction du projet et le fait qu'ils puissent s'approprier le changement et qu'ils puissent s'investir dans le changement ?

I1 : On est en plein dedans donc c'est compliqué quand même ta question puisque c'est maintenant que ça commence. Nous, on a eu peu des patients avant, le changement n'est pas vraiment lancé et donc je pense que c'est maintenant que ça va démarrer.

Et c'est vrai, que tes questions soulèvent effectivement l'idée que peut être on n'en parle pas assez et qu'on aurait peut-être plus dû réfléchir à ça. Moi, c'est vrai que j'attends que la coordinatrice (Je sais pas s'il y en a déjà pris contact avec S. pour cette première réunion) pour qu'elle puisse venir nous expliquer un peu tout ça. Et donc à ce moment-là, qu'on puisse vraiment mesurer ce que l'on est prêt à faire et ce que l'on n'est pas prêts à faire. Je pense que c'est en réunion d'équipe que ça doit se faire.

I : Comme tu dis, le projet se lance maintenant doucement, donc je vais tourner ma question autrement : comment est-ce que vous pourriez faire justement pour que les gens aient envie de s'impliquer, de susciter l'envie de participer et de s'approprier un peu le changement ?

I1 : Je n'ai pas vraiment réfléchi à ça. Pour moi, l'idée, c'était de se dire qu'on allait essayer de garder le cap de notre travail, de ne pas trop bousculer les choses et de gagner en effectif. Et puis, évidemment quand les personnes arrivent, on se rend compte qu'il y a quand même d'autres questions qui arrivent et de se former petit à petit.

Alors susciter l'envie. Je pense que si on avait demandé un vote, est ce que vous le voulez ou pas le changement ? Les gens auraient dit non. Parce que ce n'est pas « très sexy » à la base d'accueillir des patients sous statut d'internement. Donc c'est sûr que c'est plus une décision de direction. On peut dire que c'est venu d'un médecin à la base, mais sinon, après, c'est plus un truc un peu stratégique. Il nous faut plus de membres du personnel parce qu'on a quand même vachement intensifié nos prises en charge et on n'a pas gagné en cadre. Donc on peut gagner en effectif car il faut protéger l'unité parce que l'aspect peut les démolir et les transformer en autre chose. Donc le but c'était de dire on a un peu plus d'effectifs, on va faire un travail avec eux, on va se former et on va essayer de maintenir le cap et vous verrez, ça ne sera pas tellement différent et qu'il ne faut pas trop s'effrayer.

I : Parce que tu vois par exemple pour le projet du pôle dépendance, on avait fait des groupes de travail. Et je me dis pour réfléchir un petit peu et notamment par exemple à ces comportements un peu critiques : un patient qui consomme à l'intérieur. Est ce qu'il n'y a pas quelque chose à faire en se disant on peut éventuellement refaire aussi des groupes de travail, réfléchir à notre cadre, notre règlement. Parce qu'il y a un jour où ça va arriver et on va être confronté à ce genre de situations. Donc ne pas attendre qu'on se retrouve justement confronté à ça ou là. Après, il y a certainement d'autres choses à mettre en place que des groupes de travail.

Tu disais qu'il y allait avoir des formations, éventuellement des séminaires via la coordinatrice. Qu'est-ce qu'il y a d'autre que vous pourriez mettre en place pour accompagner le changement et que les gens puissent avoir les compétences ou en tout cas les connaissances pour pouvoir prendre en charge ces gens de la manière la plus optimale possible ?

I1 : C'est un peu un hasard, mais on a un superviseur qui s'y connaît bien. J'avoue que moi, je n'ai pas été stratégique en me disant on va retrouver un superviseur que cela n'effraye pas trop et qui connaît bien le domaine. Mais il se fait qu'on a un, donc c'est vrai que ça c'est plutôt chouette. Je trouve déjà qu'à la dernière supervision quand elle parle de la responsabilité, sur

ce que nous portons et ce qui appartient au patient. Je pense que vraiment ça, c'est une bonne chose. Je ne vois pas très bien quoi d'autre que des formations, l'encadrement par la coordinatrice et une supervision. Maintenant, s'il y a des choses que l'équipe soulève et dit qu'elle aurait besoin de ça alors là il faudra l'accompagner.

I : Oui, mais justement comment est-ce qu'on peut aller voir ce que l'équipe soulève? Donc tu disais déjà avec la coordinatrice...

I1 : Il se fait que moi, je suis un homme de l'équipe ici aussi.

I : Oui ça c'est sur

I1 : Et pour les maisons hospitalières, je les rencontre aussi parfois. J'ai l'impression que je ne suis pas inaccessible pour cette équipe. Dr A., vous le connaissez moins bien mais lui, je compte sur lui au niveau du pôle de Psychose. F. est quand même assez impliqué dedans. Voilà, je pense, il y a des personnes qui sont quand même là, Il y a des réunions infirmiers chefs aussi qui existent, les interCID. Tous ces organes-là qu'on a mis en place sont quand même des lieux où on peut interpeller.

I : Mais est-ce que vous avez pensé donc en lançant le projet, d'utiliser justement ces lieux ?

I1 : Oui biensûr ! On a toujours tenu au courant dans les interCID de toutes les étapes du projet. Et chaque fois, moi j'ai mis à l'ordre du jour des interCID. Alors, j'assiste pas aux réunions des infirmiers chefs, mais j'imagine que ça a dû être discuté là. Et puis il y a le conseil médical, on en a à chaque fois parlé aussi au conseil médical. Parce que voilà, on n'a rien reçu comme ETP,... Donc tout ça a été validé par le conseil médical parce qu'il pouvait être question de se dire tiens, pourquoi nous n'avons rien reçu à la Rotonde ? Parce qu'on a décidé de ne pas prendre de lits aigus.. Donc il y a eu le conseil médical, les interCID et les réunions de l'infirmier chef.

I : Très bien. Tu parlais de formations, est-ce qu'il y a un plan précis de formations qui a été pensé ? Quels sont les sujets qui pourraient être abordés ?

I1 : Le premier sujet que j'ai demandé que la coordinatrice clarifie : c'est qu'est-ce que cela change pour les équipes et pour l'institution au niveau de la responsabilité. Donc de quoi on est responsable? Parce que le gros risque avec ces patients-là, c'est de se dire on est responsable de l'entièreté de la prise en charge. Hors, les patients qui sont libérés à l'essai, ils ont aussi une part de responsabilité. On leur demande de ne pas boire. Ce n'est pas nous qui portons la responsabilité, qui ne boivent pas, c'est eux qui la porte. Et donc de bien clarifier quelle est la part de responsabilité ; qu'est ce qui appartient au patient et qu'est ce qui appartient à l'équipe et à l'institution? Parce que ça, ça me semble vraiment indispensable de clarifier. Sinon on va s'en encombrer avec tout et on va avoir le sentiment qu'on doit gérer l'entièreté des faits et des comportements du patient. Or, ce n'est pas vrai.

Alors s'il est libéré à l'essai au pôle psychose, ce n'est pas la même chose que s'il vient chez nous pour un soin et qu'il est libéré à l'essai ailleurs et donc ça me semblait le plus urgent que l'on clarifie cela. Pour que les équipes puissent ensuite les prendre dans leur programme en sachant un peu qu'est-ce que ça va changer et qu'est ce que cela ne va pas changer. Donc moi, c'est ce que j'ai demandé en premier à la coordinatrice, c'est ce qui me semblait le plus urgent.

I : OK, je comprends. Et quelles sont les étapes d'évaluation qui sont prévues ?

I1 : Alors, à priori, il n'y a pas d'étapes. C'est à dire qu'on peut se retirer du projet mais a priori, il est là. Alors oui, c'est sûr qu'on va suivre ce projet, mais on ne s'est pas dit en fait à trois mois, six mois.

Je pense que le critère, vraiment, c'est de ne pas tomber dans un truc d'unité médico légale, d'essayer de rester le plus pur possible. Et donc d'être le moins impacté possible parce que,

et en plus, c'est ça la demande du SPF, ils disent que ce qu'ils leur manque, ce sont des lieux de soins classiques où les patients de TSI peuvent aller pour réintégrer la société.

I : Je comprends, parce qu'en fait cela c'est plutôt au niveau de la gestion de projet. À côté de cela, tu as vraiment la gestion du changement qui consiste à plutôt accompagner les gens sur le terrain.

I1 : Ah oui, d'accord.

I : Est-ce que vous vous avez fixé une manière ou d'une autre d'évaluer ça aussi? Si les gens prennent part au changement ou si le changement s'effectue bien.

I1 : non, pas plus que pour les autres projets.

I : De quelle manière avez-vous prévu de communiquer sur l'état d'avancement du changement ?

I1 : Toujours avec les mêmes organes.

I : Oui donc, les Intercid, conseil médical et les réunions infirmiers-chefs. Y a-t-il des améliorations qui sont déjà attendues? Là où l'on s'attend que cela change ou que cela s'améliore ?

I1 : Une meilleure communication. Ça clairement, on l'a entendu, de moins se précipiter aussi et de plus réfléchir les choses avant de les implanter. Et alors savoir comment on va s'insérer dans le réseau.

I : Un tout grand merci pour tes réponses, je ne sais pas si toi tu as des questions pour moi ?

I1 : Non, non, c'était intéressant. En tout cas moi ça m'a fait réfléchir sur des choses qui auraient probablement besoin d'être mises en place.

ANNEXE 2 : Entretien 2

La chercheuse est identifiée comme étant l'interlocuteur 0, reprise sous l'abréviation I. Et la personne interrogée est l'interlocuteur 2, reprise sous l'abréviation I2.

I : Est-ce que tu sais brièvement me rappeler un peu l'historique du projet? Comment est-ce que c'est arrivé dans la clinique?

I2 : Alors je vais répondre chaque fois en pensant au thème du management du changement. En fait, c'est un projet qui était de façon implicite, de façon non formulée, de façon non symbolisée (comme on dirait, puisqu'on est en psychiatrie), qui existait déjà, puisque dans la clinique ici, nous avons déjà petit à petit, au fur et à mesure des admissions, intégrer dans les unités de soins, des patients qui étaient sous statut d'internement. Donc ces patients étaient présents simplement. La clinique était plutôt attentive à tout ce qui relève de la santé publique, puisqu'on est un hôpital à priori et donc à un moment donné, nos médecins directeurs et nos directrice générale gestionnaire se sont aperçus que dans le ministère voisin, c'est à dire le ministère de la Justice, il y avait aussi des choses qui étaient pensées pour le trajet de soins et des personnes internées et qu'un financement était possible pour renforcer nos équipes de soins. Ainsi que pour s'occuper spécifiquement des cinq personnes que nous avons déjà ici quasi en permanence sous statut d'internement. Donc, c'est quelque chose qui existait déjà et le budget que nous avons été chercher ensuite et qui est mis à disposition est venu valider finalement quelque chose que nous faisons déjà

et renforcer notre travail sur ce qui se faisait déjà ici dans la clinique. Voilà, j'espère que ça répond à la question.

I : Oui merci et selon toi, quels sont les objectifs vraiment d'acter maintenant et de bien mettre un cadre autour de ce projet?

I2 : Oui, alors effectivement, quand le budget a été libéré, il a fallu argumenter quand même pour obtenir ce financement de personnel. En plus pour les personnes du TDI, il a fallu argumenter et le médecin directeur, a établi une note d'arguments dans lequel il a expliqué que notre volonté était de pouvoir continuer à travailler comme nous le faisons déjà auparavant. Donc c'est un changement un peu paradoxal parce que on est dans la continuité de quelque chose, de continuer de travailler comme auparavant et d'aucunement stigmatiser les patients sous statut d'internement. Dans le sens où, jusqu'ici, ces patients sont intégrés dans les autres programmes de soins de la clinique et qu'ils sont soignés non pas en vertu de leur étiquette de patients sous statut d'internement, mais ils sont soignés dans une idée de revalidation psychosociale. Ça, c'est la philosophie de travail de la clinique, c'est de s'allier avec la culture de la clinique comme n'importe quelle autre personne. Voilà qui est hospitaliser ici. Donc on est dans quelque chose de l'ordre du changement parce que c'est nouveau. Tout à coup, on voit apparaître de façon explicite TDI dans la clinique, alors que ce n'était pas aussi explicite auparavant. On a un renforcement d'équipe, mais pour continuer à renforcer le travail que l'on faisait déjà, notamment avec ces personnes-là, et c'est un peu, je pense, l'idée de pouvoir travailler de façon plus intensive, de renforcer l'intensivité du soin globalement, avec un renforcement de personnel. Et ça va bénéficier à ces personnes comme à d'autres d'ailleurs.

I : Parce que tu vois, tu dis qu'on travaillait déjà comme cela, donc effectivement, il y avait déjà des patients sous ce statut-là qui ne rentraient peut être pas dans les trajets de soins comme ils existent aujourd'hui. Mais bon, c'était surtout au pôle psychose qu'ils ont ou ils avaient l'habitude de travailler avec ce genre de personnes mais nous clairement moins au pôle dépendance. Du coup, si tu imagines les changements, quels changements est-ce que cela va avoir pour nous (au pôle dépendance) ?

Alors on a déjà eu des patients à l'époque, mais bon, pas énormément non plus. Donc nous, ça va quand même apporter quelques changements dans notre manière de travailler.

I2 : Alors le changement dans la manière de travailler, alors d'abord, c'est un changement à partir du moment où quelque chose devient explicite comme ça. Dans d'autres gros hôpitaux, pour le moment, il y a un programme de High Intensif Care et on voit les équipes de soins qui parfois prennent un peu peur. Derrière le mot intensif, il y a quelque chose qui fait que recevoir des patients qui vont remonter de la salle d'urgence, qu'on va perdre la maîtrise de de nos critères d'inclusion, qu'on va devoir travailler plus, il y aura plus de travail social, il y aura plus de travail, plus d'agressivité, ... Alors que ce projet, ce n'est pas du tout de ça qu'il s'agit c'est d'essayer de renforcer l'attractivité du soin.

Peut-être, que c'est un peu comme ça qu'on peut le voir ici, pour le TSI. Alors ce n'est pas exactement cela, c'est un autre plan conceptuel. Mais voilà. Et donc, quand quelque chose de nouveau apparaît, il faut se l'approprier et il faut se l'approprier petit à petit, de façon pacifiée. Là, où le changement s'opère sans doute, c'est que nous avons pu engager une coordinatrice du trajet de soins pour les personnes internées qui, elle, a l'expertise du réseau spécifique qui existe déjà de par les projets qui existent auparavant et qui sont beaucoup plus élargis dans d'autres hôpitaux. On pense au bois de la pierre notamment. Et donc là, le réseau est là. Elle participe aux réunions qui sont spécifiques. Elle connaît les institutions, les collègues qui travaillent à divers endroits. Ça c'est important parce que du

coup, ça va nous ancrer sur un nouveau réseau et elle connaît surtout toutes les procédures, toutes les étapes nécessaires à ce que le trajet de soins du patient puisse administrativement, en fonction du soin et en fonction de son trajet de justice, être établi correctement. Et là, c'est un travail, un soin formellement social ou psychosocial, ou peut-être même administratif ou juridico-médico-psycho-social. Voilà, ça on avait besoin de l'expertise de quelqu'un parce que c'est quelque chose qu'on s'approprie de façon nouvelle. Heureusement, on avait un médecin ici qui, en ayant travaillé ailleurs, avait déjà une connaissance du sujet, de ce qu'était un trajet de soins pour les personnes internées. Et donc ça, ça va faciliter aussi, parce que du coup, ce médecin, plus la coordinatrice qu'on a engagée... la coordinatrice ne sera pas seule et lui pourra aussi avoir un intérêt à être un interlocuteur.

Mais en soit, je pense, pour le profil des patients, nous allons être attentifs en tout cas à ce que les patients qui arrivent ici et qui sont internées, qui sont dans un statut d'internement. J'évite de dire les patients internés parce que c'est tout de suite ça...

I : C'est un terme parfois un peu péjoratif.

I2 : Oui... Des patients qui sont sous statut d'internement. Dans l'admission, il y aura une attention à ce que ce soit des patients qui arrivent et qui correspondent à la culture de travail ici à la clinique qui est, on va dire de gestion de la crise de façon relative bien sûr. Les patients de choisis jamais d'être hospitalisés. La demande d'hospitalisation, elle existe en soi, mais elle existe quand c'est juste impossible pour eux de vivre à l'extérieur. Donc on fait un travail avec eux, bien sûr, à un moment précis de leur histoire où ça devient impossible de vivre dans la société de façon aussi courte que possible. Ils sont de passage ici, mais on va veiller à ce que ces patients qui arrivent ici sous statut d'internement soient dans une trajectoire, une trajectoire qui corresponde à notre culture de travail, de revalidation psychosociale. Cela veut dire aussi qu'on va aussi être attentifs à être en lien (Ça, c'est le travail de la coordinatrice) avec des institutions qui sont dans la ville, dans la cité, dans l'ambulatoire ou dans le dans le résidentiel, mais de façon plus large que l'hospitalier. Il y a des patients qui sont déjà resocialisés, on va dire, dans certains lieux de soins, dans certaines institutions, dans des mesures telles que des habitations protégées ou peut être des maisons de soins psychiatriques ou qui sont suivis par des équipes mobiles. Et ces patients si à un moment pour eux, dans leur trajectoire de soins, quelque chose trébuche, l'idée est que l'on puisse être en lien avec ces institutions pour pouvoir les accueillir ici de façon à ce qu'ils puissent retourner à la suite de là d'où ils viennent. Donc voilà, c'est ça, il y a quand même une attention à ce que ça soit dans la continuité du travail qu'on fait ici. Maintenant qu'on a un budget pour ça, on pourrait se dire est ce que d'ici cinq ans, dix ans, quinze, vingt ans, dans l'avenir... ce n'était pas l'intention jusqu'ici.

Il y a quand même une attention stratégique aussi, il faut le dire. L'intention stratégique, c'est de dire nous sommes un hôpital à Bruxelles qui occupe encore pas mal de lits T.

I : Oui tout à fait !

I2 : Il y a une pression avec le projet 107 depuis tout un temps, il y a une pression politique pour que ces lits soient...

I : Qu'ils soient réduits voire tendent à disparaître.

I2 : Soient réduits tout à fait et que les durées de séjour doivent s'écourter. Les lit T, c'est plus la mode, on va dire. C'est pourquoi nous pensons que dans la revalidation psychosociale, ces lits T ont toute leur place et qu'il est important qu'il y ait encore une institution ou des institutions qui aient des lits t. Mais néanmoins, nous, nous ancrons notre travail aussi sur des projets spécifiques qui permettent d'intensifier le soin sur nos liens. D'ailleurs, c'est

comme ça qu'à un moment on a créé le club Norwest, qu'on a créé des équipes mobiles... Et ici, c'est aussi une façon d'indiquer que nous avons un travail ici, qui est un travail d'actualité politique.

I : J'entends bien toutes ces ambitions et ce qui a motivé le projet. Comment avez-vous pu communiquer ces ambitions du projet ? Avez-vous pu les communiquer ici à l'ensemble des professionnels dans la clinique?

I2 : Alors je pense qu'il a fallu du temps. Je vais parler de moi, alors.

I : Oui pas de problème.

I2 : Moi, il m'a fallu du temps moi-même dans le comité de direction pour comprendre comment ce truc allait fonctionner, comment ce travail allait fonctionner, comment les engagements allaient pouvoir se faire. À partir du moment où ça avait été décidé d'un point de vue stratégique, par le conseil d'administration, par notre médecin directeur et par notre directrice générale gestionnaire, on a enclenché des engagements de nouveaux travailleurs. On m'a demandé de faire un profil de fonction. Pas si simple pour moi d'aller faire un profil de fonction d'une fonction nouvelle que je ne connaissais pas. Donc, il fallait le temps que je puisse comprendre de quoi il s'agissait (des trajets de soins,...) Ce profil de fonction, on l'a établi en lien avec d'autres profils de fonctions que l'on a été chercher dans des hôpitaux qui travaillent déjà avec des patients sous statut d'internement et avec la personne coordinatrice que nous avons engagée.

Deuxième chose, on a demandé d'établir un profil de fonction pour les ergothérapeutes. On a 3,75 ETP, je pense en ergothérapeutes qui sont engagés sur le budget du trajet de soins. On va dire ça comme ça. En disant, il faut que ce soit un profil de fonction ou pas de profils de fonctions spécifiques, sachant que ces personnes vont travailler avec l'ensemble des personnes hospitalisées. Sur base du budget du trajet de soins, mais sans spécifiquement accentuer un travail très pointu qui soit stigmatisant sur les personnes internées. Il n'y a pas nécessairement lieu d'ajouter des choses ou des tâches supplémentaires dans leur dans leur profil de fonction. Mais au départ, c'est ce qu'on avait imaginé. Donc moi-même, je veux dire, sur trois ou quatre ou cinq mois, j'ai dû... Et si je m'étais enclenché très vite à écrire un profil de fonction, j'aurais pu en écrire cinq. Au fur et à mesure de ce que je m'étais dit, de ce qu'on comprenait et de ce que l'on a dû nous-mêmes dans le comité de direction, moi en tout cas, j'ai dû petit à petit assimiler le discours du médecin directeur, les décisions qui ont été prises et puis de la façon dont ça allait pouvoir s'instaurer.

Alors, est ce qu'on a communiqué aux équipes? C'est une des tâches qui est demandée à la la coordinatrice. C'est de rapidement aller vers les équipes, ce qu'elle est en train de faire, je pense. Je peux peut être encore voir ça avec elle, mais je pense que c'est ce qu'elle est en train de faire parce qu'il y a une pédagogie à avoir quant à expliquer, ce qu'est un trajet de soins.

I : Avant que cette coordinatrice arrive, quelles informations ont été communiquées autour du projet ? Pourquoi est-ce qu'on répond à cet appel à projet? Pourquoi est-ce qu'on veut valoriser le travail, en gros tout ce que tu viens de m'expliquer?

I2 : Je comprends ta question, question qui est très intéressante. Ça c'est vraiment le modèle de changement qui est sur la longue durée. Je vais dire quelque chose ici mais qui n'engage peut-être que moi. Moi qui suis ancien ici, je travaille depuis 30 ans. Je suis arrivé en 1990. Nous sommes dans un hôpital qui est en plein changement, en plein management de changement. On vient d'inaugurer des nouveaux bâtiments.

Quand je suis arrivé ici, je travaillais dans un service où l'infirmière chef disait : « quand je serai partie à la pension, on inaugurerà les nouveaux bâtiments de la clinique Sans-Souci ».

Ça fait quinze ans qu'elle est partie à la pension et nous venons d'enfin d'inaugurer la totalité du nouvel hôpital, y compris les abords, le parc,... On vient de sortir un livre sur l'histoire de Sans-Souci dans lequel est écrite l'histoire du mythe fondateur de Sans-Souci. On a fait tout un travail avec le comité de direction et avec Dr Raoul Titeca, il y a quatre, cinq ans, qui a redessiné un organigramme. On a un nouveau médecin directeur qui n'est pas un médecin de la dynastie habituelle.

I : Non, en effet...

I2 : Le conseil d'administration a changé tout en gardant une volonté de continuité. Ça reste un conseil d'administration qui est un conseil d'administration familial entouré d'experts. Ça, c'est clair. Mais on est en pleine période de changement. Raoul Titeca, petit à petit, il a levé le pied. Il est parti, il a été arrêté. Il a fait ça de façon progressive, dans une distanciation progressive et discrète. Son grand objectif, c'était de terminer cette magnifique clinique, de l'inaugurer, puis d'écrire ce livre qu'il a publié avec l'architecte. Il avait un style de management. C'était un humaniste. C'était quelqu'un qui ne prenait jamais une décision sans avoir fait le tour. Et quand il prenait une décision et que c'était une mauvaise décision, il faisait demi-tour. Mais entre-temps, la décision avait fait le tour de toutes les unités du parc, c'était revenu. Ça avait discuté et ça avait parfois créé une dynamique de groupe un peu incendiaire et parfois un peu confrontante. Ce qui était aussi une marque de fabrique de quelque chose qui, du fait que chaque décision, chaque personne qui avait une bonne idée pouvait l'amener, et chaque personne qui était contre une mauvaise ou une bonne idée pouvait l'amener et cela amenait quelque chose de dynamique assez confrontant. Il fallait pouvoir tenir ça sur la durée. C'était une psychiatrie communautaire de l'époque qui a traversé les années septante, les années 80, qui a qui a évolué avec la société.

On a maintenant un comité de direction qui est structuré de façon différente. On a un comité de direction avec un médecin directeur général, une directrice gestionnaire générale, deux généraux. Et puis on a dans ce comité de direction un directeur du département paramédical. Ça, c'est une histoire de sans souci et un directeur du département infirmier. Et si on voit bien l'organigramme, il y a un comité de direction. Mais il y a deux lignes là-dedans. Donc effectivement, les deux généraux sont en lien avec le comité...

I : Le Conseil d'administration.

I2 : Conseil d'administration, oui. Donc il y a quelque chose de très verticalisé là-dedans, qui est très différent de ce qui était à une époque. Moi, quand je suis arrivé ici, il y avait très peu de verticalisation dans le management et tout était un peu à tous les niveaux. Je pense que le médecin directeur a été président du conseil d'administration. Il était médecin, directeur de l'unité, il était directeur des paramédicaux. Et en même temps, la Clinique lui appartient... Donc la structuration du management à changer. Et ça, ça correspond vraiment aussi à une façon nouvelle dont l'information circule et dont les décisions se prennent. Et donc les décisions se prennent d'une façon sans doute plus stratégique et plus externe. Et l'information, peut-être là, est arrivée aux équipes une fois que la décision avait été prise. Donc oui, c'est peut être la première fois que c'est aussi explicite. Quand on a modifié les pôles, par exemple, qu'on a crer les pôles, c'était encore un groupe de travail interne qui a discuté de ça. Et ça, ce sont des choses qu'on ne mesure pas quand ça arrive et qui peut susciter du questionnement dans les équipes. Parce qu'effectivement, j'imagine que certains pourraient se sentir peut être, pas reconnus, pas pris en compte dans la façon dont finalement, des décisions ont été prises qui pourraient avoir un impact sur leur travail. Ce n'est pas le but mais, mais là, je pense que c'est plus sain, pas que je veuille dire que c'était malsain auparavant, c'était une autre époque. Simplement ça fonctionne bien dans

un hôpital ou dans une organisation ou dans une entreprise si chacun, qui est à sa place est mis en position de faire son travail. Si le conseil d'administration est mis en position de faire son travail, si les directeurs gestionnaires généraux sont mis en position de faire un travail, si X et moi, on est mis en position de faire un travail, si les infirmiers chefs sont bien en position de faire le travail, si le conseil médical, qui sans doute lui a été le premier à valider aussi les choix à faire...si petit à petit comme ça, chacun est mis à sa place, y compris, en définitive, que l'on puisse faciliter l'implémentation d'un projet pour les infirmiers chefs, les infirmiers, les paramédicaux, alors cela fonctionne ! Et de toute façon, si ça avait été vraiment une très mauvaise décision, je pense que ça se serait fait attendre.

I : Mais est ce que s'il y avait des choses à refaire au niveau de la manière dont faire circuler l'information, que feriez-vous autrement ? (Que ce soit toi personnellement ou le comité de direction de manière plus générale)

I2 : Alors, moi, personnellement, parce que moi-même j'ai cherché à comprendre les choses très longtemps, comprendre ce que X et Y voulaient dans ce projet. J'essaie de me souvenir quand est ce que la première fois, on a parlé de TDI... C'est sans doute via le conseil d'entreprise aussi.

I : OK.

I2 : C'est sans doute via le conseil d'entreprise. Voilà encore, si le conseil d'entreprise est mis en position de faire son travail. Si on a de la chance,... maintenant, on a une délégation du personnel avec laquelle il y a un vrai dialogue et avec qui, il y a un échange. Je pense que la première fois où vraiment le truc a été posé de façon formelle. Je pense que c'est dans le comité d'entreprise.

I : Les choses se sont fait relativement vite parce que le temps qu'on apprenne qu'il y avait un papier à rendre pour justifier ...

I2 : Oui, effectivement.

I : Quelles étaient les urgences en fait ?

I2 : Mais je viens de parler du management de changement sur toute la trajectoire, c'est-à-dire sur 30 ans et puis à un moment quelque chose arrive qui est inventé et qui tombe dans une commission quelconque, dans une réunion externe et où on apprend que ce budget, on peut en disposer à partir du 1^{er} juillet et que les engagements, on peut déjà les faire alors que les patients sont déjà ici. Donc là, vraiment, il n'y a pas de temps à perdre et donc, à ce moment-là, on est pris dans effectivement quelque chose qui est à peu à peu à peu resserré, un peu court. Et le management du changement, c'est souvent de composer avec des choses qui sont des choses très distendues comme ça dans la rapidité à prendre les décisions et puis à prendre des décisions et dans le temps qu'il faut comprendre pour pouvoir les asseoir et les mettre en route. Et puis c'est pas encore tout.

Je vais dire une fois que la coordinatrice est ici et c'est seulement maintenant que tout le travail va commencer à s'enclencher et que l'on verra quel impact ça peut avoir pour la suite.

I : Et comment est-ce que les équipes ont été sensibilisées justement à cette urgence ?

I2 : Je pense que dans le pôle Psychose, c'est le médecin qui a fait circuler l'information ou les médecins, en tout cas via le Dr A. Je pense que dans le pôle dépendance, c'est le Dr B. qui a fait passer l'information. Je pense que l'information a été véhiculée via le conseil médical. Est ce qu'on a informé directement ? Cela été posé en InterCID ça, c'est à peu près certain. Et donc en interCID, les CID des unités doivent faire percoler l'information.

I : Donc pour ce genre d'informations, c'est plutôt une communication en cascade ?

I2 : Et ça aussi c'est quelque chose que nous tentons... qu'on s'approprie de façon nouvelle. Et ce n'était pas parfait. Quand je t'explique le style communautaire, un peu, certains diront un peu sauvage d'auparavant, mais c'est quelque chose de nouveau. L'Hôpital se structure de façon comme une entreprise, les hôpitaux sont devenus des entreprises et encore ici, on a beaucoup de chance car on est une petite structure.

C'est Lévi-Strauss, un anthropologue français, qui disait à partir de 300 personnes les communautés ne sont plus des communautés, ça devient des organisations, des entreprises à tout formaliser et tout réguler de façon différente.

C'est un anthropologue qui disait ça. Ben là, En gros, Sans-Souci, c'est cette taille...

I : Ça devient c'est vrai...

I2 : C'est aussi ça une spécificité de Sans-Souci. Pour le management du personnel comme pour notre articulation à tout ce qui est nouveau : projet politique 107,... c'est qu'on a un hôpital qui nous permet de faire un travail de grande qualité et avec les patients qui ne soit pas un travail... On connaît nos patients ici, on est investis. Enfin, il y a du cœur au travail, il y a de la relation avec les patients. Les personnes se connaissent entre elles. Et en même temps, on a les avantages et les inconvénients de notre taille. Dans un grand hôpital qui fait 400 à 500 lits, parfois fermer un service, en ouvrir un autre, je vois ça en revenant d'un autre hôpital que quelqu'un en difficultés dans une équipe, qui veut bouger pour aller travailler dans une autre équipe... On a des solutions comme ça, qui sont parfois beaucoup plus flexibles.

Ici, Sans-Souci, c'est quelque chose qui est suffisamment petit pour que cela puisse se contenir. Et suffisamment petit aussi pour que les projets nouveaux qui nous arrivent de l'extérieur, nous demandent beaucoup de flexibilité pour pouvoir être assimilés. On n'a pas une taille critique qui nous permette toute la flexibilité que l'on voudrait avoir.

I : Tantôt, nous parlions des changements qu'il allait y avoir sur le terrain, notamment l'arrivée de la coordinatrice. Quel est, selon toi, les impacts sur le travail des collaborateurs dans les équipes? Qu'est ce qui va changer et pour qui ça va changer en fait ?

I2 : Actuellement, je pense que vraiment, dans les unités de soins, au niveau du travail infirmier et paramédical, peu de choses vont changer. Je pense que ça va sans doute changer quelque chose pour le lien avec la cellule d'admission. Et cela va changer quelque chose, je pense peut-être plus au niveau du travail social parce qu'il y a des données sociales qui seront sans doute différentes. Peut-être aussi pour les infirmiers référents un moment qui auront à comprendre ce que c'est qu'un trajet de soins. Mais en soi, c'est un travail pédagogique que la coordinatrice va faire. Elle prend son travail aussi de façon progressive. Quand on l'a engagée, elle a pris ce travail alors qu'elle avait déjà des engagements qui étaient pris jusqu'à la fin de l'année, à d'autres endroits. Donc elle a un horaire pour le moment qui va s'asseoir d'ici le 1^{er} janvier et donc elle prend son travail de façon progressive.

Peut-être que ça va changer les choses comme j'imagine là, quand on a un mis en place il y a longtemps, les administrateurs de biens ou les médiateurs de dettes et qu'un infirmier référent allait être en contact avec un avocat, on a dû apprendre à parler à un avocat de façon un peu différente que si on parlait à l'assistante sociale qui auparavant gérait des biens . Donc c'est des choses comme ça. Et puis on va devoir apprendre la culture d'un trajet de soins alors qu'on est plutôt des soignants et que là, on va travailler avec une culture un peu différente. Mais je pense qu'en soit sur le fond du travail thérapeutique, cela va changer peu de choses.

I : Ces éléments, tu dis qu'ils vont peut-être un peu changer autour du travail social...
Comment est-ce que vous avez pu communiquer cela ?

I2 : Oui alors la référente des assistants sociaux et la coordinatrice ont été en lien très vite dès qu'elle est arrivée. Je pense que le contact avec la cellule d'admission a été établi très vite aussi avec Dr A. X était absent mais cela va se faire. Il était absent. Donc oui, ce sont des chemins qui sont en train de se prendre.

Je pense que la coordinatrice a été invitée ou qu'elle va être invitée à une prochaine réunion du service social aussi. C'est une question de visages, c'est que les personnes puissent se croiser et se voir. Je ne sais pas si elle est déjà venue à la Rotonde...

I : A la Passerelle.

I2 : Cela va se faire petit à petit, de façon à ce qu'on puisse vraiment l'identifier. C'est un peu le paradoxe dans un hôpital comme ça, c'est que ça fait partie du management de changement aussi. Et le Covid y a été pour quelque chose aussi. C'est qu'à la fois on a des équipes, et sans doute la passerelle est une équipe comme ça, dans lesquelles il y a... Je pense qu'on est un hôpital dans lequel on a des compétences extraordinaires. J'ai pas mal voyagé dans d'autres hôpitaux depuis longtemps. Je me dis parfois on a des compétences extraordinaires, on a des personnes qui sont super formées ici, on a des équipes et sans doute la passerelle est l'une de ces équipes là, dans laquelle il y a aussi une loyauté, une fidélité soignante, une durabilité des soignants qui est importante. C'est une équipe dans laquelle des gens se connaissent depuis très longtemps, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans d'autres équipes où il y a eu plus de plus de turn over, plus de changements. Ce que je veux dire, c'est que connaître les visages, c'est par là que passe le soin en fait. Et donc le fait que petit à petit, elle arrive, que peut être que tout le monde n'a pas encore identifié son visage, mais qu'à un moment elle va venir rencontrer chaque équipe. C'est par là que ça va passer. Je suis sûr que certains soignants l'ont croisée et qu'ils ne l'ont pas identifiée encore. Moi-même, quand je croise certains infirmiers nouveaux, je ne sais plus, je ne connais pas car ils n'ont jamais été présentés.

I : Oui, c'est sûr que quand on la rencontrera et qu'on pourra l'identifier, ce sera plus facile. Tout à l'heure, tu parlais du fait qu'il fallait s'approprier le changement pour pouvoir effectivement changer de manière individuelle. Comment est-ce que vous avez pensé l'implication justement, des professionnels dans le changement ?
Que pourriez-vous faire pour qu'ils puissent s'ancrer dans le changement et vraiment se l'approprier ?

I2 : Par rapport au projet TSI ?

I : Oui tout à fait !

I2 : On a bien cité le paradoxe au début, en soi, c'est un changement qui ne va pas trop changer. Mais c'est un changement qui va intensifier le soin parce qu'on a plus de plus de monde qui peut travailler. À terme, on aimerait bien qu'il y ait un pair-aidant dans chaque équipe. Le management du changement sur la pair-aidance dure déjà depuis 3 ou 4 ans. Or, c'est quelque chose qui était porté par le docteur Raoul Titeca. C'est quelque chose qui était porté par le comité de direction. C'est quelque chose qui est porté par F. et par P. On a créé le bourlingueur... donc ça prend du temps. C'est une nouvelle vie, un nouveau paradigme. Quand on a posé le paradigme du rétablissement, c'était il y a six ans. Je pense qu'on a créé cette journée d'étude. J'ai vu un rappel sur Facebook, la journée d'étude qu'on avait organisée pour lancer le club Norwest et on a commencé à parler de rétablissement. C'était il y a six ans, c'est un paradigme qui est inscrit dans les valeurs de soins de Sans-Souci.

C'est encore quelque chose qui est en train d'être assimilé, je pense. On est en train encore de s'approprier ça. Et en soi, je parle du rétablissement. C'est un challenge nouveau que d'intégrer des personnes dans le trajet de soins et des personnes internées ici à sans souci, dans un parcours de rétablissement. C'est nouveau d'articuler ce trajet de soins des personnes internées dans un parcours de rétablissement. C'est un paradigme aussi moderne. Bien modestement, Sans-Souci a toujours eu dix ou quinze années d'avance sur bien d'autres hôpitaux.

Je suis me rendu compte que récemment, en allant dans un autre endroit, ils sont seulement en train de se dire qu'avoir des pairs-aidants, ce serait intéressant. Ici, on a assimiler ça depuis longtemps. Le rétablissement a posé ça depuis longtemps comme étant le paradigme du XXI^e siècle.

I : Alors tu disais effectivement, en même temps ça va changer, mais pas tellement. Mais il y aura quand même quelques changements dans notre manière de fonctionner. Quels seraient pour toi les bons moyens d'aller consulter le terrain pour voir les besoins ?

I2 : Quand tu dis ça... j'étais en train de me dire est ce qu'on peut renverser la dynamique de notre entretien ici? Quelles seraient les craintes et quelles seraient les craintes de changement que toi tu imagines pour toi dans ton travail

I : Ce que moi j'imagine ?

I2 : Et que je ne connais peut être pas encore.

I : Je pense que le plus gros changement qu'il va y avoir pour nous, c'est tout cet aspect médico-légal qu'on ne maîtrise pas du tout. Que cela soit dans ma formation d'infirmière et dans ma spécialisation en psychiatrie que l'on n'a pas. En tout cas dans la spécialisation, en très petite mesure. On connaît les moyens de lancer des mises en observation, de lancer les procédures,... Mais au niveau médico-légal, ça s'arrête là. Je n'ai jamais eu de cours sur les trajets de soins, les patients qui sont sous statut d'internement,... On sait que très peu de choses et je pense que c'est quelque chose qui suscite de la peur, de l'insécurité et dont je pense que ça, ça va être un des besoins au niveau du terrain. Je parle pour moi.

Mais ma question est donc vraiment en lien. Je pense que sur le terrain, on a effectivement des besoins et j'en suis sûr. Mais c'est plus de comprendre comment est-ce que vous, vous pourriez aller consulter le terrain pour voir quels sont les besoins dans les équipes ?

I2 : Je pense que c'est la coordinatrice qui va faire ça. Et si tu m'en parle directement maintenant, en exprimant un besoin encore d'une façon globale. J'ai envie de dire approprie toi ce besoin et exprime le comme un besoin directement à la coordinatrice ou au médecin de l'unité, ou à la coordination interdisciplinaire de l'unité.

I : Oui mais donc c'est ce que vous avez pensé? C'est de faire « cette analyse des besoins » via la coordinatrice. Et dans le fait qu'elle aille rencontrer les équipes ?

I2 : Oui tout à fait, nous ne devons pas tout faire dans le comité de direction. Les personnes qu'on a engagé sont là pour le faire.

I : Oui tout à fait, mais ma question était vraiment de savoir comment est-ce que vous l'aviez pensé? Parce que j'imagine qu'effectivement, quand vous avez engagé la coordinatrice, vous avez pensé à cela... Donc c'était pour savoir si cela était quelque chose de clair ou si cela n'avait pas réellement été questionné.

I2 : Non non, c'est inscrit dans sa description. C'était qu'elle ait cet effort pédagogique et qu'elle ait cet effort d'écoute des équipes. Bien sûr.

Mais alors c'est important ce que tu dis en termes de besoins, parce que très vite, un besoin qui n'est pas exprimé, cela devient quelque chose qui devient une revendication, une

frustration et qui démotive. Si à ce moment-là, ça s'exprime comme ça, c'est plus difficile de faire la démarche inverse et de dire exprimez le besoin et formulez-le !

Derrière ce truc médico-légal, il y a quelque chose de nouveau qui va se poser. Ça me vient en écoutant et en ayant écouté la coordinatrice du trajet TSI aussi. Car effectivement, elle aura des données, elle aura un dossier qui est un dossier qui sera le sien et elle va partager une série d'informations. Mais je pense qu'elle ne partagera pas toutes les informations non plus. Tout comme les sociaux ont des dossiers et qui ne partagent pas nécessairement tout ce qu'ils ont dans leur dossier social. Sinon, cela deviendrait infernal pour les équipes. Ou comme les psychologues, quand ils écoutent, ont des informations, mais ne partagent pas tout non plus.

C'est toujours comme cela que je pose les choses, que le minimum d'informations nécessaire au travail en équipe et que le minimum d'explications nécessaire au travail en équipe soit d'accessibilité pour chacun et soit présent. Ça, c'est important. Je dis ça parce que j'ai en tête une idée souvenir dans une autre institution de service de santé mentale, où un médecin travaille en prison et reçoit aussi des patients. Il nous a amené une situation clinique pour qu'on la réfléchisse ensemble. Et quand il nous a expliqué finalement la trajectoire pénale de cette personne, on était juste horrifiés, choqués. C'est un truc impensable, vraiment impensable. On était presque dans une espèce de micro traumatisme sur ce qui nous arrive. Alors qu'il était en train de soigner cette personne d'une façon régulière, et que cette personne était dans un trajet. Simplement il se posait une question clinique sur la relation de soins avec cette personne. On peut avoir en tête comme ça, des idées souvenirs ou des infos via la presse de trucs qui font que tout de suite ça devient stigmatisant.

I : Si, effectivement la coordinatrice va venir voir les besoins au niveau du terrain, j'imagine que vous avez déjà pensé à certaines choses. Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place et proposer aux équipes pour qu'ils puissent avoir toutes les compétences ou en tout cas toutes les capacités à pouvoir vraiment s'ancrer dans le changement ?

I2 : Je ne sais pas si c'est la voie qu'elle va prendre, mais on a parlé d'inviter des personnes pour une conférence du jeudi, des personnes externes. Cela est un élément. On a parlé d'un PowerPoint qu'elle pourrait faire de façon à ce que quand elle rencontre les équipes, l'équipe des sociaux, avec des slides qui puissent plus expliquer de quoi il s'agit, qu'elle mette des outils en place.

J'ai envie d'ajouter quelque chose qui va te sembler sans doute un peu un peu particulier. Le fait que tu fasses cette enquête en soi, ça alimente aussi quelque chose du processus de management du changement. Parce que tu viens avec une interpellation qui fait que du coup, quelque chose de ta réflexion soignante et de ta réflexion, de future diplômée...

I : Du master oui...

I2 : Oui, du Master. De ce point de vue-là, cela permet d'interpeller et de co-construire quelque chose. C'est en soi pour ça que c'est avec confiance qu'on répond au questionnaire.

I : Tant mieux, le but est de faire évoluer les choses, et pas du tout de critiquer les choses. Je pense qu'on est tous en train d'apprendre que cela soit au comité de direction ou dans les équipes. On est tous en train d'apprendre à évoluer.

Je voudrais juste terminer par deux petites questions. Avez-vous prévu aussi d'évaluer le changement ? et Comment ?

I2 : Est-ce qu'on a prévu d'évaluer le changement? Il y aura a priori les entretiens de fonctionnement avec la coordinatrice en tout cas. Elle a un rapport qu'elle doit aussi effectuer une fois par an, qu'elle doit transmettre au SPF. Donc ce rapport sera un élément

qui nous permettra aussi de voir ce qui est dans le rapport et puis de nous dire bon, il y a un temps d'arrêt sur le fait qu'on le lit et on en parle.

Même chose pour la médiation, pour la médiation des plaintes. C'est quelque chose d'extrêmement discret ici. Voilà, c'est quelque chose qui est actif. La médiatrice travaille et une fois par an, elle nous remet un rapport assez succinct. Mais une fois par an, cela nous permet de la rencontrer et d'aller questionner le travail autour de ça. Sinon, cela pourrait être quelque chose de tout à fait opaque, mais tellement discret et c'est important que cela soit discret. Parce que justement, c'est pas simple, enfin l'outil de la médiation, c'est la discrétion. Ce n'est pas de trouver des coupables ou d'activer des mauvaises pratiques, c'est de réguler les choses et la régulation se fait dans la discrétion.

Donc c'est un élément d'évaluation. Je pense que les interCID aussi sont de bons lieux pour que les équipes nous ramènent des questions.

I : Oui, certainement, mais il n'y a rien d'organisé ou de prévu avec un échéancier par exemple : dans six mois, on fera un peu le point avec les équipes ?

I2 : Non mais je pense qu'on aura des indicateurs aussi. Sur combien de patients, combien de patients sur liste d'attente, ... Il y a des choses comme ça qui vont nous servir d'évaluations. Et d'un point de vue clinique, il y a le Dr A. qui est quand même est celui qui sera attentif avec la coordinatrice, aux aspects plus cliniques du trajet de soins de ces personnes-là.

Ça aussi, c'est quelque chose dans le choc d'un malade. C'est qu'auparavant, chaque chose se contenait en soit, la passerelle se contenait en soit, les maisons hospitalières se contenaient en soit... Maintenant, les choses s'articulent plus en pôle.

I : Tout à fait.

I2 : On a un trajet de soins avec un médecin qui en soit Dr A., qui avec la coordinatrice, active, le trajet de soins mais du coup qui va être en lien avec la salle de d'admission mais qui va être en lien avec les médecins des unités. Et donc ça, je pense, ça tient au style du Dr B. aussi. C'est quelqu'un qui a un élément à droite, un élément à gauche, un élément au-dessus, en-dessous. Et il arrive à faire un espèce de lien.

Donc de tout mettre en lien dans un projet. Du coup, on doit se parler plus. Du coup, on peut aussi avoir l'impression d'être un peu perdu parce qu'on se dit mais je ne suis plus le seul maître de mon travail, je veux dire je dois tenir compte des critères de choses qui sont extrêmement limitées. Ça, c'est quelque chose sans doute d'assez neuf. Avant tout le monde, discutait de tout, dans tous les sens. Avant il y avait des sociothérapeutes qui faisaient que tout le monde faisait tout. Au début, j'étais engagé comme infirmier au départ, au bout de huit jours, je faisais la nuit. Et puis je faisais les entretiens avec les médecins au même titre que les infirmiers. Donc on arrive petit à petit à différencier plus de choses, mais en différenciant plus de choses, à mettre des choses aussi les unes à côté des autres qui doivent être en lien, on peut avoir l'impression que ça dilue la responsabilité personnelle dans le travail. Au contraire, cela l'accroît dans le fait qu'on doit communiquer. Je pense que cela peut faire sainement que si chacun est mis et chacun met l'autre dans la place où il doit faire son travail.

Si tu as une question vis à vis d'un patient qui est dans un trajet de soins, il faut que la question soit soulevée, qu'un besoin ou un doute soit soulevé en équipe et que vous décidiez si c'est l'infirmier de référence de ce patient qui va aller trouver la coordinatrice ou si c'est l'assistante sociale qui va la trouver parce que c'est une question sociale. Donc c'est une façon plus, j'espère, plus fluide, plus collégiale, sans doute de fonctionner. Mais cela peut se faire que si on met l'autre en position de faire son travail.

I : J'ai une dernière question pour terminer : Si tu as quelque chose à retenir des changements qui ont déjà été effectués dans la clinique de manière générale, qu'est-ce que tu retiendrais ?

I2 : Moi je suis un vieux ici maintenant, je suis arrivé en 1990 donc cela fait 32 ans. C'est que les changements, on ne les voit pas nécessairement se faire. C'est un peu comme en psychothérapie, les personnes qui sont en psychothérapie, c'est un moment quand tout à coup, le regard dans le rétroviseur et on se dit « tiens, on n'est plus au même point. Wow! On n'est plus au même point. » Et à ce moment-là, on peut tout à coup voir les choses qui ont changé. Le changement c'est un processus. Dans le processus, il y a du temps. Le changement, c'est de la confiance et je pense le propre du comité de direction et surtout du conseil d'administration, c'est d'être porteur d'espoir et de confiance. C'est de prendre les bonnes décisions au bon moment et de ne pas louper le coche non plus des décisions qu'il faut prendre parce qu'on doit rester dans le paysage psychiatrique, institutionnel bruxellois et francophone et national et même international. Ici, on a construit un hôpital sur le modèle de Boston, c'est Antony Vargas, c'est le rétablissement, c'est cette philosophie-là. C'est peut-être quelque chose qui moi, me manque un peu. Raoul, c'était un visionnaire. Il était en avance sur bien des choses, mais il reste en avance tout court. Je dis ça avec un peu d'émotion. Et ça, ça tient au fait que je pense qu'on n'est pas un hôpital universitaire, on n'est pas un hôpital académique, on n'est pas un hôpital intellectuel, on n'est pas un hôpital de personnes qui s'intéressent beaucoup à la théorie. On n'est pas dans des équipes soignantes qui nécessairement ont choisi des modèles conceptuels de travail. Peut-être chez vous, avec le modèle Linehan. Mais encore...C'est une thérapie comportementale, c'est une thérapie dialectique. Je pense qu'on a des difficultés à conceptualiser ce qu'on fait, à l'écrire, à le dire, à en parler. Le travail que D. a fait, qu'elle a présenté, c'est extraordinaire. En quelques minutes, dans une vidéo, en parlant, elle a réussi à synthétiser tout votre travail. Wow! Voilà. Et pourtant, on n'est pas on n'est pas un hôpital qui arrive à se vendre généralement. C'est peut-être nouveau avec toutes les vidéos qui ont été faites. C'est sûr que c'était vraiment étonnant de voir ça apparaître avec la crédibilité et de voir apparaître ça de façon visuelle. Parce que si on avait demandé de l'écrire et d'en faire un discours, ça aurait été beaucoup plus compliqué. Si on vous avait demandé d'écrire un article pour des initiatives psychiatriques en Belgique, ça aurait été beaucoup plus compliqué, ou de parler dans une journée d'études devant un aéropage, ça aurait été beaucoup plus compliqué. Mais de conceptualiser le modèle de soins, de les choisir et de les suivre. Raoul, je pense qu'il avait un modèle de soin, il a été formé en analyse transactionnelle. C'est de la psychologie humaniste. C'était clair. C'était une époque aussi. Il était imprégné de ça et de tous les mécanismes familiaux de ce qu'il a plus ou moins été et qu'il écrit en partie dans le bouquin, il a pu m'en dire des choses. Je ne sais pas si je m'écarte peut-être de la question qui était de...

I : qui était en lien avec ce que tu as retenu des changements.

I2 : Oui, conceptualiser les choses, pour nous, ç'a toujours été un peu compliqué. On se fait à un moment, on entre avec des vagues aussi. À un moment, ça a été des indicateurs, Il fallait des indicateurs. À un moment, ça a été la sociologie du management hospitalier. Je change beaucoup. J'ai écouté une émission sur France Culture d'un professeur émérite à l'hôpital de Nantes. Il disait que finalement la souffrance des soignants dans les hôpitaux français vient aussi d'une culture qui s'est mise en place à un moment avec tous les indicateurs de soins qui sont devenus des indicateurs de performance, de qualité, les incidents ou presque incidents dans toute une espèce de machinerie comme ça qui est inspiré de l'entreprise. Des

incidents ou presque un incident, mais on n'imagine ce que c'est dans une centrale nucléaire ou dans l'industrie chimique. Ce sont vraiment des choses qui sont même arrivés à s'imposer dans les ASBL du secteur psycho social. On doit produire des recherche qualité dans le service de santé mentale. Et qui font en sorte qu'en définitive, si on donne trop de place à cette technicisation-là, c'est à cette alliance de l'informatique et du juridique qui doit à tout prix éviter et répondre au principe de précaution maximum, d'hygiène maximum. On étouffe tout, et ce n'est pas possible et ça, c'est quelque chose auquel j'essaye d'être assez vigilant. Je trouve que ça correspond à une grande évolution de la société. Principe de précaution : on a entendu ça à la radio au moment de la première pandémie de la grippe H1N1. Maintenant le principe de précaution, c'est la règle partout. Mais à l'époque, c'était donc ça, on l'entendait partout. L'informatisation et le juridique qui permet de mesurer toutes les procédures, tous les flux,... Le dossier patient informatisé, c'est quelque chose d'à la fois de bureaucratique, presque. Le métier infirmier ne risque pas de devenir plus bureaucratique si l'on caricature et ce sont des alliances qui correspondent à des développements de la société.

Le fait que bientôt on va piloter des voitures qui sont des voitures dans lesquelles le pilote n'aura plus rien à faire... Est-ce qu'un jour on sera dans des bureaux de soins où on va piloter les choses en étant sur sa chaise en ayant plus rien à faire du contact relationnel avec les personnes. Ce serait dommage. Donc, je pense qu'il y a une grande vigilance à avoir sur le fait que la relation risque beaucoup dans notre société d'être mise à mal et où chacun derrière son smartphone ou derrière son PC, dans une famille, la famille va se redessiner différemment et que les personnes vont être de plus en plus isolées et que le soin va être de plus en plus virtuel, ou que les liens familiaux ou les liens sociaux vont être de plus en plus virtuels. On peut imaginer un monde un peu dystopique comme ça, mais qui devient une réalité, et c'est terrible.

Les artistes sont en avance là-dessus. Il y a. Moi, je fréquente la Documenta Kassel, c'est une grande foire d'art contemporain qui se déroule tous les cinq ans et qui donne l'état de la société. Il y a maintenant 20 ans, le thème de la Documenta, c'était la communication via la machine. À une époque, on ne disait pas où on en était aujourd'hui avec nos ordinateurs et nos smartphones. Mais les artistes avaient vu qu'ils avaient tout vu à l'avance. C'était incroyable. Le thème de la Documenta cette année, c'était de rebâtir la communauté et de créer des petits lieux, des petits liens, des petits lieux de proximité sur des projets qui sont des projets écologiques, de solidarité social. Quand on voit la vitesse à laquelle avance la pauvreté, la solitude, le fait que maintenant les psychologues indépendants vont au domicile sortir les gens de chez eux parce que depuis le début du COVID, ils sont pas sortis. Je vais au parc marcher avec des gens, et c'est remboursé par l'INAMI et que j'arrive à le faire au bout de cinq consultations. Que la prochaine fois, j'irai au marché avec la dame pour lui réapprendre à sortir de chez elle. C'est de la désensibilisation systématique de la phobie sociale. Où va t-on? De nouveau de la documenta cette année, je pense qu'elle a une vision sur ce qui va se passer et qui est intéressant.

Et symboliquement, ça se produit déjà à temps Sans-Souci. Alors le Saule Gaston qui a été planté derrière chez vous, là. Ça, c'est symbole de ça. En fait, c'est le symbole d'un arbre centenaire qui a été arraché à la pour construire un bâtiment alors que le quartier n'en voulait pas. Et toute une anxiété écologique qui existe, (...) qui en a fait une vraie folie, mais qui n'est pas du tout délirante, qui est méta, qui est pleine de sens et qui fait qu'un arbre centenaire qui a été arraché dans une époque où l'Écologie est dominante pour construire un bâtiment sur les nappes phréatiques. Et là, elle a vu toutes les contradictions, s'est

emparée de ça et cela donne une petite folie et qui fait qu'il y a un arbre symbole de la réhabilitation et symbole de l'espoir pour l'avenir, qui est planté derrière un pavillon. Raoul a soutenu ça parce que je pense qu'il est le seul à...

I : Ça ne m'étonne pas...

I2 : Le fait qu'on ait des chats dans la clinique. C'est aussi un grand changement pour tout le monde, cela peut paraître complètement insignifiant et complètement chiant de discuter de ça 36 fois, mais ça a du sens.

I : Oui, tout à fait ! Tu as raison.

I2 : Il y a un chat qui est enterré là-bas derrière.

I : Tout à fait, c'est Cacahuète.

I2 : C'est plein de sens. Pourtant, on ne peut pas avoir des chats et les laisser rentrer dans un hôpital. Donc il faut un peu avoir l'optimisme de résistance. André Depérier.

I : C'est bien dit !

I2 : L'optimisme de résistance est ce qui permet de traverser le changement dans la durée. Et je pense que ça, c'est une compétence soignante. On l'oublie souvent. Et moi, je n'ai pas trouvé d'autres mots de formuler ça, c'est de dire que les soignants ont une compétence de portance de leur travail, ça veut dire que rien n'est parfait. Les équipes traversent des crises, on prend des décisions qui parfois ne sont pas compréhensibles. On peut être mis en difficulté sur ceci ou ça. On peut parfois être très fâché ou très frustré. Le travail d'équipe, c'est ça, ce n'est pas quelque chose de tout rose. Il y a une part de violence dans la communication, c'est une part de confrontation. Il faut que la confrontation soit aussi bienveillante que possible, qu'on puisse être tout contre l'autre plutôt que contre l'autre. Donc il y a une vision humaine régulatrice de tout ça. Mais cela nécessite que les soignants aient une capacité de portance. Et ça, je pense que ce n'est pas donné à tous les soignants. C'est sans doute donné à ceux qui ont la capacité de rester le plus longtemps dans les équipes parce qu'ils ont l'importance pour le lieu où ils travaillent. Et s'ils peuvent articuler ça avec leur vie de famille, leur vie et les contraintes, les enfants qui naissent et qui font comme leurs parents, les frères et soeurs, qui vieillissent,... Si cet équilibre familial, professionnel peut se mettre en place, c'est donc la portance.

Donc le changement, c'est aussi un changement sans doute individuel, propre à chacun. Je suis frappé quand je travaille des équipes ailleurs, dans les formations, je vois parfois des gens complètement démotivés et épuisés. Et quand on les met en travail sur les valeurs et qu'on leur rappelle ce pourquoi ils ont choisi ce travail-là dans ce secteur là et à cet endroit-là. Tout à coup aussi, il y a une flamme qui revient comme ça. Voilà. Mais de porter ces valeurs dans un environnement institutionnel, ça demande vraiment de la portance et de chaque fois exprimer ses besoins. C'est à chaque fois d'aller communiquer.

Et pour le management, d'entendre les gens qui se fâchent ou qui ne sont pas contents ou qui nous démontent, parfois il y a pas mal d'agressivité de certains. C'est très bien, ça s'exprime, c'est pas ce n'est pas parce que je la laisse s'exprimer que je ne prends pas ça en compte. Si on ne veut pas venir me voir, on ne va pas voir. Pas de souci, je ne vais pas faire pression sur les gens.

I : Un tout grand merci pour tes réponses et ton temps, je ne sais pas si toi t'as des questions.

I2 : Non, non.

La chercheuse est identifiée comme étant l'interlocuteur 0, reprise sous l'abréviation I. Et la personne interrogée est l'interlocuteur 3, reprise sous l'abréviation I3.

I : Quel est l'historique du projet ? Et quelles sont les ambitions qu'il y avait derrière, pour la clinique ?

I3 : Alors l'historique du projet, finalement, ça recoupe plein de choses au niveau de la clinique Sans-Souci, c'est assez simple, moi travaillant dans le pôle Psychose, globalement, historiquement, on a toujours accueilli des personnes internées. Étrangement, il y a dix quinze ans, c'était plutôt du côté des Marronniers. Je sais pas pourquoi il y avait toujours une espèce d'accord, très peu au niveau Bruxellois. Ça a son importance parce qu'au niveau bruxellois, il y avait un développement qui était centré quasi essentiellement sur Titeca et après au niveau de la Clinique de La forêt de Soignes. Mais finalement qui était dans un réseau qui s'auto suffisait, et qui faisait très peu recours à notre spécificité, comme l'expérience que Titeca a très peu développé, qui était la réhabilitation psychosociale. L'idée d'accueillir des personnes en libération à l'essai, des internés, on en avait quand même régulièrement. À un moment donné, il y a eu deux enjeux, c'était de pouvoir accéder à des budgets qui valorisait le travail qu'on faisait. D'autre part, c'était pouvoir offrir plus officiellement des soins plus spécialisés à des personnes internées qui finalement, s'il y a un truc très étrange au niveau des internés, c'est que leurs types de soins et les lieux de soins qui leur sont dédiés, ne le sont pas tellement par rapport à leurs problématiques psychiatriques, mais par rapport à leur statut légal. Alors c'est assez étonnant en médecine de se dire qu'on est soigné pour son statut légal, et peu par rapport à sa spécificité. Parce que tous les gros centres sont finalement sont des centres médico-légaux, dont la spécificité est d'être des centres fermés.

I : Oui oui, tout à fait.

I3 : Alors chacun a développé des trucs,... ce n'est pas ça mais l'idée c'est de pouvoir vivre vraiment dans une profession de foi. Et d'affirmer que la Clinique Sans-souci pouvait accueillir des personnes internées officiellement et donner accès à tout l'espace public Sans-Souci, à tous les projets qui ont été développé et une expérience de réhabilitation, finalement, qui n'a pas d'autre équivalent sur Bruxelles.

Alors pourquoi Bruxelles? C'était important. Parce que sur Bruxelles, comme j'ai dit, c'était centré sur Titeca essentiellement, qui ont un profil très particulier. Et quand on regarde en province, il y a beaucoup de personnes, parce que le système est fait tel qu'il est, qui sont restées très loin de chez eux. Et quand ils veulent revenir sur Bruxelles, c'est hyper compliqué. Il y a une grosse demande et il y a finalement très peu d'hôpitaux, de soins dits réguliers, qui acceptent le statut parce que c'est toujours conditionné. C'est un peu la même chose que pour la dépendance, la toxicomanie, cela devient des espèces de lieux de soins très marginalisés. Donc l'idée, c'est un peu finalement la même logique d'ouvrir nos possibilités, de pouvoir accueillir les personnes et de leur donner accès à cela.

Et il y avait une autre idée, de clairement... Je pense que La Clinique Sans-Souci a quand même, à un moment donné, été fort isolée de tout, avec des soins spécifiques où personne ne savait très bien ce qui s'y passait. Et l'idée était quand même de prendre les réformes de loi, la loi qui s'appelle maintenant la loi de l'internement dit de défense sociale, a été

réformée un peu en parallèle de deux choses. D'une part, il y a eu les droits de l'homme, ils ont beaucoup tapé sur parce que...

I : Il y a beaucoup de choses qui n'étaient pas très respectées.

I3 : Pas très légales et très respectés. Et d'autre part, ils ont été intéressés par les réformes de la loi 107 relative à la santé mentale et il y a finalement des ambitions qui sont assez les mêmes : c'est donner plus facilement accès aux soins réguliers et à la déstigmatisation dans le trajet. On sait très bien que finalement les gros centres de référence restent dans des espèces de trajets de soins qui sont comme ça de vrais trajets comme les voitures télécommandées : les personnes peuvent passer par Titeca et après il y a les appartements supposés de Titeca et finalement ils tournent facilement en boucle et on n'est clairement pas dans une logique de déstigmatisation, on est dans des trajets tout faits. Les gens ont tendance à rester entre eux et il y a une espèce de concordance des personnes dans les espèces de ghettos de soins, sans ouvrir. L'idée, c'est aussi ça, de pouvoir dire ouvertement que l'on fait cela. Après il y a une question de subsides aussi.

I : Oui tout à fait. Alors, effectivement cela existait déjà et plus spécifiquement au pôle psychose. Vous avez en tout cas plus travaillé peut être que nous ici, avec des patients sous ce statut. On en a déjà eu aussi, mais clairement moins que vous.

Comment est-ce que vous allez faire pour mener ce projet ici et faire en sorte que les gens comprennent un peu comment est-ce que ça allait se passer, quelles étaient les étapes du projet ?

I3 : Alors pour ça, pour moi, il y avait une réflexion qui était double. C'était de mener un projet un peu sérieux et surtout qu'on respecte les valeurs de la Clinique et tout ce qu'on offre avec tous nos dispositifs de soins, c'est à dire de prendre en considération qu'on est une clinique dite ouverte, foncièrement ouverte avec ses valeurs de libre circulation, et qu'on ne devait pas offrir la même chose que d'autres.

Parce que, par exemple, il y a un modèle de développement au niveau du TSI qui aurait pu être sensiblement le même que nous : c'est la forêt de Soignes, mais qui finalement, pour plein de raisons, n'ont pas suivi la même optique que nous. Heureusement d'ailleurs. C'est à dire qu'ils se sont transformés clairement dans des unités médico-légales. Nous, le désir a toujours été de garder et de rester au plus près, sinon cela n'avait pas de sens, de ce que l'on offre et ne pas en changer beaucoup les choses. Et donc aussi de pouvoir, venir démonter ce que c'est qu'un trajet de soins internés parce que malheureusement le trajet de soins interné et très étrangement toujours associé à la question de la libération à l'essai. Ça veut dire que grand maximum les hôpitaux qui sont subsidiés pour cela font de l'accueil des personnes directement de la prison ou avec des conditions liées, alors que si on prend de façon différente le trajet de soins de personne internée, il y a beaucoup de personnes qui sont déjà libérées dans leur appartement, leur appartement supervisé,... donc toutes les possibilités et pour lesquels avoir accès à des soins est un peu compliqué parce que leur statut est malheureusement encore fort stigmatisé, marginalisé et par les autres, ils auraient accès à des unités fermées... L'idée, c'est de se dire il y a un truc qui est fortement délaissé dans la question de trajet de soins interné, c'est la question de l'ambulatoire et donc des personnes qui ont beau être libéré à l'essai, souvent, les problématiques de consommation sont tout le temps rencontrées d'ailleurs, et ça reste des raisons de révocation de leur libération, de suspension de libération. Et ils sont renvoyés en prison transitoirement ou pas, parce qu'ils consomment, qu'ils ont été plusieurs fois admonesté, c'est à dire quand on leur a dit : « écoutez, c'est pas bien », un truc absurde dans ce genre de problématique. L'idée c'est de pouvoir se dire dans le dispositif, on ne va pas juste prendre

des lits pour que les personnes soient libérées à l'essai ici, on va les prendre en tant que responsable et leur donner une offre de soins préférentielle. Mais dans des statuts où les personnes vont choisir le soin ici, ils savent qu'ils peuvent venir ici, mais pas forcément d'une libération directement parce qu'ils seront en prison. Ce ne sera pas conditionné que par ça. La question de la loi a toujours été là parce que évidemment, parfois, on leur donne des alternatives en disant « vous essayez de faire quelque chose au niveau de l'alcool ou de la cocaïne,... Et on sait que Sans-Souci, pourrait vous accueillir tout le monde, même avec les candidatures,... » Donc l'idée, c'est de prendre une place différente dans ce qui est développé pour l'instant sur Bruxelles, même ailleurs, parce que finalement, ce n'est jamais traité de cette façon-là. L'idée, c'est aussi d'avoir quand même un angle original et innovant, parce que je pense que tout au début, l'idée avait été peut être de faire la même chose, de dire on va rassembler les cinq lits seulement au pôle psychose. Alors qu'il semblait que ce n'était pas très intéressant par rapport à l'offre. Parce que par rapport à l'offre, maintenant même la question du centre de jour est impliquée.

C'était quand même l'idée d'avoir quelque chose d'un peu différent, bien pensé et cohérent par rapport aux réformes de loi et aux soins qu'on doit apporter à une personne. Donc je pense qu'il y a quand même au moins un engagement et une profession de foi de le dire ouvertement. C'était une première question pour préparer les choses.

I : D'accord et tu parlais d'une réflexion double...

I3 : Alors effectivement, comment ça a été préparé avec la clé de la grande question de la stigmatisation? C'est toujours en cours, évidemment, et cela le sera toujours parce que je pense, même pour les personnes qui ont pu, qui savent plus ou moins ce que c'est que le statut d'internés, que c'est très peu précis pour les gens qui ont une grosse confusion au niveau simplement du cadre pénal et de la légalité, tant des confusions de ce que c'est qu'une mise en observation que de l'internement, tant que les personnes qui sont dites en droit commun ou justiciables. Et cela même s'ils ont un trouble psychiatrique, ils ne sont pas tous internés, ils ne sont pas sous une libération conditionnelle. Ce n'est pas une libération à l'essai, ce sont des choses très différentes. Tout ça, ça mène à confusion et avec des synonymes qui sont compliqués, qui sont violence... « On va accueillir des gens dangereux... » Dans les faits, par ailleurs statistiquement, ce n'est pas vrai. Je prends l'exemple juste du pôle dépendance, vous accueillez des personnes qui ont pour beaucoup, des trajets carcéraux ou qui ont à faire à la justice d'une manière ou d'une autre et qui peuvent avoir des épisodes de violence bien plus fréquents que les personnes qui ont un statut d'internement. Notamment du à leur consommation.

I : Oui tout à fait, tu as raison.

I3 : ça, je dirais que malheureusement, c'était le truc dont on était conscient, mais qui a peut-être été le moins préparé parce qu'il y a rien eu au préalable d'information et c'est plutôt quelque chose qui se passait dans un second temps.

Je pense que l'ambition était d'abord de dire au fait, il n'y a rien qui va changer parce que nous, on doit être garant, on prend un budget, on a une mission auprès des pouvoirs subsidiaires et donc du SPF Justice. On doit être garant pour eux d'accueillir ces personnes-là mais on est le garant au niveau du dispositif de soins de la Clinique, de dire « Mais il n'y a rien qui va changer par rapport au profil des personnes qu'on va accueillir », sachant que c'était la première garantie à dire et redire même si les peurs, tout ça continueront à tourner.

C'était principalement ça, ce qui était plus simple au niveau du pôle psychose puisque finalement, ça, ça a été fait par étapes, par le fait que déjà les choses étaient déjà plus

expliquées : « Qu'est-ce que c'était comme interner : une personne qu'on oublie qu'elle avait un statut,... expliquer quelles étaient les conditions... » On les voyait déjà de façon commune parce que il y avait quelque chose qui était déjà déposé. Et donc ça aussi dans cette situation-là, que le fait d'avoir des libérations à l'essai a priori sera majeur, va concerner majoritairement le pôle psychose pour lequel il y a eu un processus qui a déjà été pré digéré dans la pratique en commun. Ça s'est fait de manière un peu en dessous quoi... Après, pratiquement, je crois qu'on avait fait déjà une demande, il y a deux ans je pense que c'était juste avant le COVID, qui n'avait pas été accepté parce que le budget avait dû être distribué et après cela a été représenté. Je pense aussi à la possibilité d'affiner la proposition qu'on a faite.

I : Et pour toi, quel type de changements cela va amener au niveau du terrain? Dans le cadre de ce travail, je me focalise sur le pôle dépendance. Donc pour nous, dans notre manière de travailler, quel changement va-t-il y avoir ?

I3 : Si j'étais purement cohérent, j'aimerais dire aucun, parce que c'est tout l'enjeu de ce type de soin. Alors je ne veux pas dire non plus qu'il y a pas de spécificité aux personnes dans un trajet d'internement. Mais l'idée, c'est qu'on comprenne, qu'on soit et qu'on représente une vraie passerelle. Parce que c'est ça le beau monde. C'est souvent la passerelle entre le soin purement médico-légal et le soin régulier, qu'on soit cette passerelle entre deux. Alors pour moi, s'il y avait des changements, ce n'est pas tellement dans les pratiques, mais plutôt dans le regard qu'on pose sur ces personnes. Mais finalement, je pense que les soins qu'on offre et nos pratiques doivent être les mêmes. Peut-être que dans le meilleur des cas, il y a quelque chose qui peut être se clarifiera aussi au niveau de ce que c'est que ces statuts légaux et ce que ça représente,... S'il y a vraiment un changement, c'est plutôt du côté d'un regard plus clair que vraiment des inquiétudes, avec des choses spécifiques à changer. Mais il me semble que ce qui a du coup à apporter, c'est tout un programme qui serait à la fois de l'information, de l'éducation et dans une visée de stigmatisation, mais qui porte finalement plus sur les choses... que des questions de diagnostic comme la schizophrénie. Je crois que c'est la même pour moi, la même démarche. S'il y a vraiment des choses pour lesquelles on doit être garant, c'est de promouvoir ça, pour qu'il y ait pas de pas du tout de confusion.

I : Je comprends bien. Alors, je ne sais pas dans quelle mesure tu es impliqué là-dedans avec le comité de direction... Mais par rapport au fait de réfléchir à la manière de communiquer les choses, comment est-ce que les ambitions du projet ont été communiquées justement aux équipes sur le terrain? Je ne sais pas si c'est quelque chose que toi, tu as réfléchi avec le comité de direction ?

I3 : Alors, je vais être honnête. Là encore, il y a plusieurs aspects, c'est que ça se passe très vite. Très concrètement, c'est à partir du moment où on introduit la demande. La demande avait été acceptée très rapidement, alors, même si tout l'aspect du projet en tant que tel qui était présenté, était plutôt réfléchi avec du temps et du recul. Après, dès que le budget est accepté, tu dois engager des personnes et tu dois dire qu'il est mis en marche. Et là, évidemment, je pense que pour la clinique Sans-Soucis, je pense que pour les autres institutions aussi, c'est souvent comme ça. Comme c'est le budget qui tombe très rapidement, on officialise l'idée que le projet est là, sans que peut-être l'étape préalable n'ait pu être prémâchée. Avec tout ce qui est du côté de l'information, tout ce qui est la communication plus claire. Et là, je pense que par exemple, ça, s'est court-circuité rapidement.

I : Je comprends. Du coup, si on pouvait faire les choses différemment, que ferais-tu, toi par rapport justement à cette communication pour communiquer les ambitions du projet et peut être pour rassurer les gens aussi quelque part, sur le profil qu'on va accueillir et tout ce qu'il y a derrière ce statut d'internement qui peut parfois amener des craintes ?

I3 : En ce qui me concerne dans ma tête, c'est un des moments où il n'y a pas eu de communication avec la direction, qui était un peu disjoint. C'était que, à tous les niveaux, ça devait être : ça devait être dans la même logique d'accès aux soins réguliers, de déstigmatisation,...Et que donc du coup, on ne faisait pas de trajet spécifique pour les gens, on ne dédiait pas un budget, ... finalement les budgets, c'est quoi? C'est des (?) de lits qui correspondent à des ETP. Donc l'idée, était clairement de dégager très rapidement le fait que les ETP soient spécifiquement dédiés aux internés. L'idée pour moi, devait être d'une amélioration du soin pour tous. Et comme on a le même pour tous, on améliorera d'autant plus les soins pour les personnes internées que l'on va accueillir. Et que cela soit un truc qui était dilué partout. Pour moi, c'était un message fondamental, sauf une place particulière, qui est donc celle de Y., qui est donc la référente hospitalière pour internés. Parce que même le choix du nom, ce n'est pas celle de coordinatrice. Une coordinatrice Interné, ça fait référence à tout ce qui se passe en général dans le réseau, qui coordonne des équipes, qui coordonne des trajets. L'idée, c'était de prendre un terme qui existe : le référent hospitalier et qui disent ce que ça veut dire. Ça, ça veut dire vraiment qu'on accueille des internés, qu'elle est le référent par rapport à ce projet-là, mais qui n'a pas de rôle hiérarchique et donc, a des missions pour la continuité de soins, pour la promotion de ce que c'est que la question d'internement, de formation, d'éducation. Elle a une interface avec les pouvoirs subsidiaires, avec le réseau qui est a priori pas très connu non plus des maisons de justice de plein de choses... Mais il fallait pour moi, que ce soit cohérent avec tout le reste.

Si je reviens là-dessus, c'est que par exemple, un des trucs où ça a cafouillé ou que ça a été mal expliqué dans le projet que j'ai donné, c'est que l'engagement ça reste sur un budget TSI, mais l'engagement a été fait, dans un premier temps, et publié sur l'idée que c'est pour s'occuper des gens internés. Pour moi, ça, ça donne une différence fondamentale qui crée déjà l'idée ou la mission en s'occupant de gens internés c'est qu'ils ont besoin de soins plus spécifiques. Alors, quel profil on va prendre : des éducateurs ou des gardes? Et ça, je crois que c'était déjà un des mauvais messages par rapport à tout le reste.

I : Oui donc en effet, il y a quelques informations qui auraient du être communiquées autrement. Tu disais que le but était qu'il y ait « le moins de changement possible »

I3 : Dans les pratiques de soins..

I : Oui, dans les pratiques de soins. Mais il y a quand même certaines professions qui vont être plus impactées par ce changement et je pense notamment aux assistants sociaux qui vont devoir, peut être beaucoup plus collaborer avec ces équipes TSI. Justement, je le vois ici avec M-G qui est en réunion avec ses équipes. On reçoit ces équipes ici, on les rencontre pour voir l'évolution du projet du patient et les différentes possibilités. Est-ce que pour toi, il y a d'autres professions qui risquent d'être impactées?

I3 : Pour le coup, je ne suis pas d'accord que c'est impacté, parce que pour moi c'est exactement les mêmes, les mêmes logiques que par rapport à toutes les réformes qu'il y a, par rapport à tout ce qui bouge au niveau de l'accès à la mobilité, avec des équipes comme les infirmiers de rue, avec les équipes comme Diogène, comme toutes les équipes mobiles,... C'est a priori exactement les mêmes types de contacts par rapport aux soins.

Maintenant, ce qui me semble être un message qui est important, ce sont des questions évidemment de garant de justice, c'est à dire les assistants de justice, les avocats aussi.. et

puis tout ce qui peut se greffer là-dessus, qui est par ailleurs le médecin qui a la tutelle, a une obligation de rapport avec des questions très précises mais qui sont très limitées. Mais il ne faut pas avoir une confusion : le secret médical demeure. Les personnes qui ont des statuts, ont un statut pénal, personne n'a accès à leur dossier médical. Tous les secrets demeurent et il faut que ce soit lui-même. Je pense que c'est la confusion et là, en se disant que tout à coup on doit quelque chose à la justice par rapport à ça. On a des responsabilités en tant qu'institution, en tant que médecin mais on ne doit pas les traiter différemment. Et ça n'impacte pas plus que le renouveau de la pensée de réseau, pour moi à ce niveau-là. La question de l'assistant de justice, c'est toujours pareil, c'est du moins cité beaucoup. Mais en soi, l'assistant de justice n'a pas à savoir beaucoup de choses, il doit être garant du fait que ces conditions sont respectées,... Je crois que c'est une fois encore pour moi, la même chose, c'est juste de pouvoir clarifier les choses. On ne va pas collaborer plus que ça et ça n'est pas très perturbé. Je ne pense pas pour moi qu'une compréhension et une lecture globale des choses, ça change fondamentalement la pratique. Je pense que travailler avec une équipe (out reaching ?) qui est Eolia pour nous, est très différent que travailler avec une équipe infirmiers de rue, qui ont des pratiques très différentes. Rencontrer les infirmiers de rue, la première fois, c'est compliqué de comprendre leur paradigme. Mais pour moi, c'est le mouvement global de la psychiatrie, de l'ouverture, des accompagnants et l'articulation de l'ambulatoire. Pour moi, ça va de même si on se limite à la question du soin. Bien sûr, la question légale fait partie du trajet des gens et on ne va pas l'ignorer non plus. Mais c'est aussi pour ça que la fonction de référent hospitalier est créée, pour être aussi un interface avec une personne qui connaît la loi, qui a l'habitude,... et qui est une référente justement pour éclairer les assistants sociaux. À partir du moment où ils ont des choses à faire, mais une grosse partie des choses peut être recentrée sur une personne pour essayer de limiter justement la diffusion de tout cela.

Maintenant, comme ça a commencé et que la pratique a directement été là, plutôt que la théorie, on fait un peu à l'inverse. C'est qu'il y a eu des rencontres avec le pôle social, ce sont les premières qu'il y a eu, pour expliquer avec notre connaissance des lois qui n'était à priori pas là, savoir ce qu'on doit faire ou pas, notamment au niveau médico-légal. Il y a plein d'aspects pour lequel il y a clairement à clarifier les choses, mais c'est avant tout l'idée d'avoir une référente, qui peut aussi par rapport aux personnes qu'on accueille (les patients) être une référente par rapport à certaines questions particulières de loi et qui, du coup, devrait désengager l'assistante sociale qui aurait à continuer de faire un travail totalement à l'identique.

I : Oui, je comprends mieux ton point de vue. J'entends bien que la référente va avoir ce rôle d'aller au contact des équipes et peut être nous aider à justement continuer à voir les choses de la même manière et pas les voir sous le prisme que médico-légal.

Mais est-ce que c'est prévu que, qu'elle consulte les besoins du terrain aussi ? Parce que je pense qu'il y a pas mal de demandes au niveau des équipes par rapport à ça, que ce soit ne fût-ce que d'informations et de mieux comprendre. Est-ce que c'est une de ces missions de voir et de rencontrer nos besoins ainsi que voir ce qu'on peut mettre en place ?

I3 : C'est clairement un des volets de ses missions en ce moment. C'est une fonction développée sur trois niveaux différents. Comme pour tout, ça se décline au niveau macro, méso et micro. Elle a sa place au niveau des résidents d'ici. La place au niveau des équipes et de l'institution, par rapport à la question de la loi, qu'elle soit disponible avec des formations. Alors pour l'instant, l'idée, c'est de pouvoir rencontrer toutes les équipes, il y a d'abord eu le pôle social qui a été rencontré. De toutes ces rencontres parce que par

exemple, la rencontre avec le centre de jour ne va pas avoir les mêmes besoins que le pôle psychose...

I : Oui tout à fait !

I3 : De ça, va découler les premiers modules de formation, d'information avec des choses de base : qu'est-ce que c'est qu'un trajet de personnes qui est internée ? Quelles sont les options ? Pourquoi tout à coup, il se retrouve en prison ? Et d'autres qui se retrouvent placés directement.. quels sont les tenants et les aboutissants ? Avec une spécificité pour chacune des préoccupations. Et tout ça, ça va se faire après les rencontres. L'idée, c'est d'abord de définir les besoins pratiques et après, d'essayer de faire un peu ces modèles. C'est une question d'information, tout en étant également joignable et présente tout le temps pour des réponses plus spécifiques et urgentes.

I : D'accord, je comprends mieux sa fonction. En ce qui concerne ce que l'institution pourrait mettre en place justement pour accompagner les gens sur le terrain, avez-vous déjà pensé à certaines choses ou bien vous attendez que la référente voit d'abord les besoins ?

I3 : On est parti du principe vraiment de d'abord faire les rencontres, de bien pouvoir présenter et clairement peaufiner sa définition de fonction pour qu'elle soit déjà très au clair. Car c'est une position très différente parce que donc on a fait le choix d'engager une personne qui a à la fois plusieurs casquettes, elle a autant un diplôme d'assistante sociale que de criminologue. Parce que la question criminalistique, par contre, ces compétences, on va les utiliser aussi pour des points particuliers qui me semblait assez important.

On va l'utiliser principalement sur deux axes : Le premier, c'est qu'on doit malgré tout pouvoir accueillir des personnes, pouvoir entendre la possibilité qu'on accueille des personnes directement de la prison. Ce qui ça pour le coup, c'est un très gros changement par rapport au paradigme de Sans-Souci. Et pour cela, malgré c'est de se s'appuyer sur des bases. Et donc par exemple, pour les rares candidats qui viennent de la prison qu'on peut totalement refuser, par ailleurs, il y a un dispositif précis où elle prend les contacts la première. Elle fait un établissement de son profil criminalistique : la question du passage à l'acte, elle le contextualise, la question de la pathologie psychiatrique dans la possibilité comme des échelles qui sont plus ou moins utiles, dans le risque de récidive, de ce que ça peut donner d'arriver dans un endroit plus ouvert,... Ça, c'est la première étape qui est discutée en réunion avec moi. La deuxième étape, c'est que la personne doit venir alors, elle doit déjà obtenir une journée, un bon de sortie et venir en candidature ici.

I : Oui, de façon tout à fait normale ?

I3 : Oui, donc là, moi je la vois parce qu'il faut quand même une signature médicale. Alors, je dis tout est pareil mais j'entends bien qu'il y a quand même des situations spécifiques mais il y a quand même l'idée d'utiliser le maximum d'outils plus scientifiques pour pouvoir objectiver les choses et scénariser aussi, quand même les accueils que l'on fait, car nous ne sommes pas des unités médico-légales. On n'a pas les ressources, on n'a pas la logique.. Peut-être que je m'éloigne de ta question qui était : qu'est-ce que la direction pouvait faire au-delà des analyses des besoins ?

I : Oui c'était cela : Qu'est-ce que la direction pourrait proposer concrètement pour accompagner les gens ? Et pour que les gens aient vraiment toutes les compétences pour prendre en soins ces personnes ?

I3 : Pour moi, le débat reste dans la même question : Est-ce qu'il faut une compétence particulière pour prendre en soins une personne qui serait dans la problématique psychiatrique définie exclusivement par son projet pénal ? Je ne pense pas.

Je pense que les personnes qui ont des besoins spécifiques du côté du pénal sont plutôt du côté des troubles de comportement, d'agressivité,... et qui, par définition, parce qu'on garde l'idée que lors d'une candidature, ce ne sont pas des personnes que nous accueillerons, mais que l'on orientera vers le service qui nous semblera le plus adéquat pour eux. Donc on garde, la même règle et type d'acceptation pour la personne. Donc en soit, au niveau de compétences spécifiques, je ne pense pas parce que il y a quand même un autre volet qui est important et qui est plutôt du côté psychiatrique. Ce sont quand même des personnes, souvent ils n'ont pas tous un trajet psychiatrique auparavant et pour lequel tout à coup, ils accèdent aux soins via un acte. Après, on peut dire que travailler l'acte, c'est quand même quelque chose d'intéressant par rapport à leur vie. Ça les définit un peu. Et par contre, là, on est sur un autre terrain. C'est que ça, c'est pas l'habitude. Parce qu'après, ce qu'il y a pour que chaque personne qui a un statut d'internement via un juge d'instruction, on a demandé une expertise, il y a un exposé des faits,... Mais à partir de quel moment ces documents-là, qui restent une demande de justice, ce n'est pas la propriété médicale. On n'a pas le droit de faire ça... Il n'est pas non plus crédible. Ça ne fait pas partie du dossier médical des gens. Donc à partir de quel moment on utilise ces faits-là?

Au niveau des équipes, ça, c'est tout un débat parce qu'il y a tout l'idée d'avoir une espèce de transparence totale par rapport aux équipes pour ne pas les inquiéter. On sait très bien que cela va faire que le contraire. Je ne suis pas d'accord qu'il y ait des documents qui sont de l'ordre du pénal et de la vie des personnes, parce qu'eux, ils ont leur exposition des faits, qui circulent dans des dossiers même si c'est sujet au secret médical... mais on est bien d'accord, qu'on accueille des stagiaires infirmiers qui font des cas cliniques et après c'est lu comme un fait divers... Si ça n'a pas d'intérêt clinique pour la personne, je ne suis pas d'accord que ça circule. Alors qu'est-ce qu'on en fait à ce niveau-là pour garder un secret, mais qui est accessible à juste titre pour l'utiliser ? Et ça au niveau de la direction, du conseil médical, pour moi, c'est d'avoir le maximum de cohérence par rapport à tout cela et qu'on soit encore le plus au clair de ce qui est légal, pas illégal, ce qu'on a le droit, pas le droit. Tout ça c'est une grosse confusion. J'entendais juste pour anecdote que vous accueillez à l'heure actuelle quelqu'un qui est interné et qui fait visiblement une candidature à Y et pour lequel par réflexe, ils demandent l'exposé des faits,... Mais ils n'ont pas le droit de le demander à nous. Ils sont habilités, comme nous, de le demander directement au parquet. Mais ce sont toutes des choses qui sont des mauvaises habitudes et qui pour moi, c'est le drame, sont détachées de leur sens réel.

I : Parce que ça n'a même pas d'intérêt pour la prise en charge du patient ou pour les soins que l'on va donner.

I3 : Oui, alors certains éléments, mais il faut qu'il y ait un objectif. Mais pour moi, cela travaille suffisamment la peur de se dire, dangereux, trop dangereux ou pas...

Et pour ça, il y a quand même toutes des contextualisations importantes à faire. Je pense qu'à ce niveau-là, pour moi, la direction doit garder, tête froide, être clair par rapport à ça, être très cohérent et pas favoriser justement l'idée qu'il y a des patients différents qu'il faut traiter différemment. Parce que, comme je le disais, toutes les personnes qu'on accueille ont tous des trajets...

I : Un trajet carcéral parfois...

I3 : Dingues aussi... pour plein de choses. Et si une part juste d'une logique de soins, je trouve ça très compliqué de se dire qu'on n'est pas dans un trajet pénal de soins. Mais dans des trajets de soins de personnes qui ont eu des parcours pénaux. Je joue sur les mots, mais pour moi, c'est très, très, très différent et on se positionne pas de la même manière. Donc

c'est ça qui est compliqué par rapport à ta question du changement parce qu'à priori tout a pensé, même les noms, pas pour cacher les choses mais pour essayer en tout cas d'aller vers cette question. Parce que pour moi, le grand truc qui est le changement, c'est la question de dé-stigmatisation, d'être plus clair par rapport à ce que c'est que le trajet de ces personnes. Et de se dire que tout le monde a le droit à des soins spécifiques à un moment de sa vie. Que ce qui s'est passé il y a bien X temps n'est plus forcément du moment...

I : Qu'est-ce qui a été pensé pour mesurer si le changement et si le projet fonctionne ? Y a-t-il des indicateurs ? Avez-vous prévu des évaluations tous les X temps ?

I3 : En fait les indicateurs, il y en a. Donc comme on a un budget, on doit faire un rapport d'activité au niveau du SPF Justice. Et au final, ceux qu'ils demandent, et le grand indicateur qui intéresse la justice, c'est la question de la récidive. La question la récidive, c'est quoi? Pour eux, c'est la question de la réincarcération, la suspension de la libération, ...c'est un des facteurs. Si à un moment donné, tout à coup, on réalise que 100 % des personnes qu'on accueille, retournent en prison juste après, on peut se poser la question des personnes, du profil des personnes que l'on accueille qui ne correspond pas à nos soins. Après, il y a deux axes. Soit on change nos soins, soit on change les personnes que l'on accueille. Ça, c'est la première chose.

Après, pour moi, ça se confondra également avec tout ce qui est le travail qualité. Et c'est pour ça que je trouve que le terme de référent hospitalier était intéressant parce que le référent hospitalier, a priori, c'est pour le trajet de soins internés, la continuité des soins dans plein d'hôpitaux, c'est travailler conjointement avec la direction, conjointement avec le responsable qualité,... Et évidemment, si tout à coup on arrive à faire des données qui se recoupent sur événements, accidents, événements indésirables, des accidents, des accès de violence,... Finalement, il y aura des recoupements. Je ne suis pas dans un monde de bisounours, malgré tout, ce sont des personnes qui ont un passage à l'acte qui peuvent être présents,... Et ça, ce seront tous des indicateurs au niveau de ces aspects-là.

Après par la suite, c'est un peu moins la même chose par rapport à toute la psychiatrie. C'est quoi l'efficacité des soins en psychiatrie? Je ne sais pas, il y a plein de facteurs, d'études qui peuvent le définir. Je ne sais pas si ça marche pas. En tout cas, ce seront les premiers indicateurs par rapport aux premières peurs.

I : Alors j'entends bien tout ce que tu me dis, mais j'ai envie de dire que cela relève plus de la gestion du projet. Par exemple, si on évalue un peu le changement dans les équipes, même si j'entends que pour toi, il n'y a pas tellement de changement ou que le but est qu'il y ait le moins de changements possible...

I3 : Devrait y avoir le moins de changement possible...

I : Est-ce qu'un feedback éventuellement auprès des équipes est prévu? Ou bien ce sont des choses qui n'ont pas encore été pensées?

I3 : Alors ce qui est prévu, c'est que le premier rapport d'activité, au niveau du mois de mars, est principalement rédigé par la référente avec moi qui co-signe. Celui-ci qui est présenté à la direction. On ne le fait pas pour l'argent mais parce que c'est un truc intéressant avec la direction, pour l'état des personnes qu'on accueille, les personnes qu'on a acceptées et leur trajet, leurs sorties vers où ils sont sortis et quel profil ils ont, les personnes qu'on a refusé pourquoi on les a refusé... Voir s'il y a eu des incidents particuliers. Que l'on fasse un feedback de ces statistiques-là, au niveau de la direction, et qu'avec la direction, on voit ce que l'on en fait au niveau de l'institution. Donc ça va être avec un recul de six mois. C'est ce qui me paraît être un truc qui marche.

I : Juste une petite question pour terminer. Par rapport à tous les changements qu'il y a pu avoir dans la clinique, je ne parle donc pas que du projet TSI, que pourrais-tu retenir en particulier?

I3 : Y a tellement de choses et c'est tellement imbriqué. Ce que je retiendrais vraiment au niveau... c'est bizarre parce que ça a un impact pour l'institution interne mais le changement dont je parle est plutôt du positionnement de la Clinique Sans-Souci, c'est de positionner clairement j'allais dire au centre mais presque, la question du réseau Norwest. D'également se montrer partenaires de différentes initiatives, que ce soit au niveau de ses équipes mobiles, au niveau de l'antenne Nord-Ouest du club. Historiquement, ça a déjà commencé avec les habitations protégées Entre autres. Mais pour moi, c'est un changement hyper important parce que je trouve, et je fais un lien d'ailleurs avec TSI, c'était à la fois en jouant avec la possibilité d'avoir une meilleure visibilité sur ce que l'on faisait et en parallèle, c'est là que c'était séparé en trajets psychose, pôle dépendance... Et de vraiment être un peu plus perméable à l'extérieur.

Parce que je trouve, que comme toutes les institutions psychiatriques, la Clinique Sans-Souci a quand même souvent été très fermée sur elle-même et pas ouverte du tout à ce que c'est que le réseau extérieur. Moi je trouve vraiment que le positionnement à ce niveau-là, au niveau du réseau c'était vraiment des changements où tout finalement n'a pas été que... Nous on fait des beaux projets où les gens dans les habitations peuvent rester ici, mais qu'à l'extérieur, on n'a pas de visibilité et les gens ne comprennent pas très bien. Mais on s'en fout parce qu'on est une île déserte et on s'auto-suffit... Je crois vraiment qu'il y ait une ouverte qui enclenche tout le reste, au TSI... je trouvais que c'était un des grands changements. Alors comment il a été négocié, ça je suis pas sûr que ça a été très bien communiqué par exemple. Quel est notre rôle? Quel est le rôle des équipes mobiles ? Est-ce que c'était l'équipe mobile de Sans-Souci ? Non, ce n'est pas l'équipe mobile de Sans-Souci...Je crois que tous ces changements-là, au niveau de la communication, ils ne sont pas très clairs à travers le projet TSI...

I : Un tout grand merci pour ton temps et tes réponses. Je ne sais pas si toi tu as des questions ?

I3 : Non...

ANNEXE 4 : Entretien 4

La chercheuse est identifiée comme étant l'interlocuteur 0, reprise sous l'abréviation I. Et la personne interrogée est l'interlocuteur 4, reprise sous l'abréviation I4.

I : Peux-tu m'expliquer quel est l'historique du projet ?

I4 : Oui, en fait, il y a plusieurs choses. C'est que d'abord, le Dr B. qui est très impliqué et présent dans toutes les réunions réseau et autres et qui suit bien toutes les toutes les demandes et toutes les offres de santé. Et c'est vrai que, le point de base de ce projet, c'est qu'en fait la Belgique a été condamnée par la législation européenne parce qu'on a trop de personnes, dans les annexes des prisons, mais des personnes qui ont des problèmes psychiatriques dans ces annexes et qu'il faut absolument diminuer ça. Donc l'État belge

cherche depuis plusieurs mois, ou même deux ou trois ans (je ne connais plus exactement le délai), des solutions pour sortir ces patients.

Alors, ils ont déjà fait le pas dans certaines régions où ils ont construit des centres de psychiatrie légale, qui sont de gros hôpitaux dans lesquels vont ces patients internés. Sur Bruxelles et le Brabant wallon, il y a un projet d'en construire un qui se fera à Wavre. Mais tout ce projet-là a pris énormément de retard et l'appel d'offre n'est même pas fait. Donc c'est peut être seulement dans quatre ou cinq ans, c'est assez éloigné. Et donc finalement, l'État belge débloque des moyens complémentaires aux hôpitaux pour prendre en charge ces patients et donc ça se passe sous forme de complément. Ce sont pas des nouveaux lits, mais ce sont des compléments de financement sur les lits existants.

Alors ça peut être soit pour avoir des places résidentielles. Donc ça, c'est ce qu'on a fait nous ici, soit ça peut être pour des financements d'équipes mobiles et de choses comme ça aussi pour financer les trajets de soins internés. Ce qu'on avait déjà aussi. Et donc c'est en entendant au niveau du ministère qu'il y avait des choses qui se passaient. Moi, je travaille aussi dans un autre hôpital, Silva Médical et du coup à la clinique de la Forêt de Soignes depuis plusieurs années. Cinq, six ans je crois. On a aussi progressivement, comme ça pris, des financements complémentaires pour des lits de patients internés. On est passé de 5 à 10. Maintenant, il y a une unité complète, le baobab, où il y a 26 patients. Et donc effectivement, moi, j'avais un peu cette expérience-là.

Et puis, à un moment, on a quand même eu des appels du ministère disant : « Mais voilà, on sait qu'à Sans-Souci, vous prenez ce type de patients, pourquoi vous n'introduisez pas un dossier pour structurer et faire connaître votre offre et avoir un peu plus de moyens, sur finalement quelque chose que vous faisiez ? » Donc c'est un peu comme ça que ça s'est mis et donc c'est déjà il y a plus d'un an je crois, pour les docteurs A, B et moi, on avait rencontré des gens du ministère et puis ça s'est mis. Ça c'est un peu l'historique.

I : D'accord, merci. Alors quelles sont les motivations derrière ce projet ?

I4 : Alors la motivation pour participer à ce projet, je pense que d'une part, c'est toujours fait une mission de santé publique et je crois que c'est aussi, j'ai senti ça comme légitimer quelque chose qu'on faisait déjà, mais qui n'était pas structuré, pour lesquels finalement, on ne se faisait pas connaître dans le réseau non plus, parce qu'il y a toute la filière officielle et c'est assez complexe. Docteur A. connaissait ça aussi de son passage au centre Titeca il avait une expertise. Et donc à un moment, on se dit que s'il y a une demande du ministère, nous, on le fait déjà alors essayons de structurer les choses et de se faire connaître, d'obtenir les moyens.

I : Oui, donc d'une part c'était de légitimer un travail qui était déjà plus ou moins fait et d'officialiser cela. Quels sont alors pour toi les objectifs du projet ?

I4 : Oui, donc les objectifs du projet, c'était de pouvoir structurer et bien accueillir des patients dans nos unités. Alors d'une manière un peu particulière, mais ça a tout de suite été accepté aussi par le ministère, on a décidé de ne pas, contrairement à ce qui a été fait d'ailleurs à La forêt de Soignes, cantonner ces cinq lits/cinq places dans une unité. Et donc ça, je pense que tu as déjà bien capté que c'est dans.... C'est un peu particulier parce que ça, je pense que ça a créé des problèmes de compréhension et encore une fois d'où la nécessité de communication à améliorer. Parce que voilà, on a alors décidé d'engager une coordinatrice et quelques personnes en plus, mais qui sont dans les différentes unités pour ne pas stigmatiser et pour faire quelque chose d'un peu plus en fait ... comme nous, on est structurés maintenant par pôles, ces patients peuvent avoir différents types de problèmes.

Donc la règle numéro un, c'est qu'ils vont dans le pôle relatif à leur problème et puis, oui ils ont un statut. Et pour essayer de ne pas trop les stigmatiser, je pense que c'est une bonne formule.

I : D'accord. Et quels changements ce projet va-t-il amener sur le terrain ?

I4 : Les changements sur le terrain, j'ai encore un peu du mal à les envisager. Bon, c'est clair qu'il y a une coordinatrice, donc ça au moins ça donne une structure. C'est quelqu'un qui va porter le projet et le faire comprendre aux équipes. Mais je pense qu'il y a immanquablement des liens qui vont un peu changer entre les travailleurs où à travers d'une unité. Ils ont un lien hiérarchique comme une infirmière avec son infirmière chef,... Et d'un autre côté, cette coordinatrice va avoir des liens un peu plus fonctionnels avec le personnel.

I : De quelle manière est ce que vous avez pu communiquer cela ?

I4 : Alors je pense qu'effectivement il ne faut pas se leurrer, parce que moi, ça m'est revenu. Évidemment, au sein du comité de direction, on a beaucoup parlé de ce projet, mais moi je me suis plus, dans ma fonction, occupé de tout ce qui est administratif, contractuel et puis organisation et communication pour le financement, parce qu'en fait, on a un contrat avec le ministère. Je ne sais pas si j'ai déjà vu ce contrat ou non ?

I : Non je ne l'ai pas vu.

I4 : Je ne sais pas si cela t'intéresserait de le voir ?

I : Oui avec plaisir !

I4 : Cela serait intéressant que tu puisses le voir ! Ce contrat est très vague d'une certaine manière mais qui donne... On est financé par une enveloppe, qui nous dit qu'on doit avoir autant d'équivalents temps plein 3,35 je crois... Et que l'on peut, avec cet argent, engager et rémunérer les honoraires médicaux, autant d'heures de psychiatres. Donc c'est très vague mais je me suis occupée de répercuter au niveau de la comptabilité, au niveau des ressources humaines.... En leur disant voilà, nous avons telle enveloppe. Donc ça, c'était un peu ma part de boulot...

Mais il m'est revenu, et nous, on en a rediscuté au niveau du comité de direction et je sais que c'était discuté au niveau des CID, des équipes... c'est que visiblement on n'a pas bien communiqué et maintenant, peut être que le timing était un peu compliqué parce qu'il y avait à un moment...

I : Oui, parce qu'y avait-il une urgence à faire ce changement ?

I4 : Est-ce qu'il y avait une urgence? Non, il n'y avait pas d'urgence. Mais ce qu'il y a, c'est que dans les contrats avec le ministère, c'est toujours un peu la même chose. C'est qui me disent « voilà, vous allez avoir... », Alors oui, on a des mails, on a des coups de téléphone, mais il n'y a jamais rien, vraiment de concret, d'officiel. Donc on hésite un petit peu.

Parce que quand il s'agit d'engagement par exemple, la coordinatrice a donné sa démission. Elle venait d'un autre poste, donc on ne fait pas cela à la légère. Donc on attend d'avoir des confirmations officielles. Et puis à un moment, ça vient. Quand on a reçu les courriers, c'était à partir du 1^{er} juillet. Mais ça ne veut pas dire pour ça qu'il faut le faire. Donc moi je trouve, pour moi, qu'il n'y avait pas de précipitation. Mais évidemment, à un moment, ce qu'on a voulu aussi, c'est d'avoir la coordinatrice avant d'engager les gens. Mais ça ne s'est pas tout à fait mis dans le même délai. Donc, je pense qu'il y a eu un petit peu de cafouillis.

En fait, il y a deux choses : il y a un courrier qu'on a reçu du ministère fin mai, dans lequel ils parlent de cette fameuse enveloppe et ils disent combien on allait recevoir. Et puis après, à un moment, ça se concrétise parce que ces montants passent par notre budget des moyens financiers et il passe par un hôpital. Et l'hôpital de référence à Bruxelles, c'est toujours le

centre Titeca. Ça, c'est le ministère qui annonce combien on va avoir. Et concrètement notre accord, il est avec le centre Titeca qui nous paye ces montants.

I : D'accord.

I4 : Je te photocopierai tout cela.

I : C'est gentil. Merci.

I4 : Je pense qu'effectivement il y a eu un décalage dans le temps, qui n'était peut-être pas heureux, entre l'arrivée de la coordinatrice et l'arrivée de certains travailleurs, le recrutement. Donc je pense qu'il y a eu des problèmes de communication et de détermination, de qui assistait au recrutement et dans quel cadre. Je sais que ça a fait des frottements. Donc in fine, je pense qu'on aurait dû, et je sais que ça va se faire maintenant, même avec un peu de retard (avant, pendant, rien n'est mal fait). On va organiser le fait que la coordinatrice va faire une présentation pour l'ensemble de la clinique pour essayer d'un peu d'expliquer le projet et voir comment ça va se mettre en place. Je pense qu'on aurait dû faire une note écrite peut être un peu plus claire et la communiquer à toutes les équipes et probablement soit dans les équipes, soit en global et provoquer un moment de communication et de questions-réponses.

Il y avait ce lien avec une nouvelle coordinatrice, des gens qui allaient être un peu partout. C'est un peu peut être difficile à comprendre. Forcément, c'est quelque chose de nouveau, c'est du changement. Donc on a un peu sous-estimé, tout ça se passant un peu pendant l'été et les gens sont toujours inquiets. Dès qu'il y a du changement, on se demande qu'est ce qui se passe?

I : Oui, tout à fait, le changement suscite souvent des inquiétudes, de l'insécurité, des craintes parfois même.

Selon toi, quels sont les impacts vraiment sur le travail des collaborateurs? Qu'est ce qui va changer? Pour qui? Dans les fonctions qu'il y a sur le terrain? Il y a certainement des professions qui vont peut-être être un peu plus impactées par le changement que d'autres. Je ne sais pas si toi tu as une idée, si vous avez un peu réfléchi à ça aussi ?

I4 : Mais j'avoue que je n'arrive pas à y voir très clair parce que pour l'expérience que j'en ai de l'autre côté, en fait, ces patients, c'est des patients normaux. Ils ont un statut administratif, social différent. Bon, maintenant c'est différent dans l'autre hôpital à la Forêt de Soignes parce qu'on a une unité complète. Mais au départ, on avait cinq lits. Ils étaient là dans une unité... Je ne crois pas qu'on va étiqueter ces patients.

I : Je pose cette question, parce que nous le voyons bien sur le terrain, par exemple, les assistants sociaux sont beaucoup plus amenés à devoir collaborer avec les équipes des TSI, à les rencontrer. Chose qu'évidemment on ne faisait pas, nous en tout cas au pôle dépendance. Je sais qu'au pôle psychose, c'est encore différent parce qu'ils ont une autre expérience avec ces patients.

I4 : C'est sûr que les assistants sociaux, la coordinatrice, le médecin responsable vont, ils vont...on commence à être intégrés au réseau TSI, donc ça va impliquer probablement plus des contacts à l'extérieur, des visites, une ouverture.

I : Est-ce que vous avez pu analyser cela en amont du projet? Et communiquer sur les impacts aux différents professionnels en expliquant ce qui allait changer ?

I4 : Je pense qu'on ne l'a pas fait vraiment longtemps avant. On comptait sur la coordinatrice pour prendre le projet en charge. D'autant qu'on a eu la chance de choisir quelqu'un qui a déjà une expérience en la matière, ce qui n'était pas évident. Heureusement, on a eu un chouette recrutement, comme on s'est rendu compte que c'était quelqu'un qui venait de sortir de Titeca et qui avaient ces expériences-là, peut-être qu'on a un peu eu le défaut de

lâcher la bride et de se dire, elle va venir et elle va expliquer le projet. Elle va le prendre à bras le corps. Voilà, c'était un peu...

I : Quels sont selon toi, les moyens pertinents, j'imagine que cela va se faire avec la coordinatrice, pour rencontrer justement les besoins qu'il y a au niveau des équipes ? Tu expliquais tout à l'heure, qu'elle allait rencontrer les équipes...

I4 : Elle va rencontrer les équipes et comme je te le disais aussi, elle va faire cette conférence et essayer d'expliquer. Je pense qu'elle va être amenée à formuler son projet, peut-être de manière plus claire et plus écrite. Je crois que ça passera, il n'y a rien à faire, par des contacts, de la présence. On espère bien qu'elle ne reste pas dans son bureau et qu'elle aille au contact.

I : Oui tout à fait, c'est qu'il faut. Oui, donc tu disais il y a effectivement une présentation d'Annan, mais est-ce qu'il y a d'autres choses que vous avez pensé à mettre en place justement pour que les gens puissent faire ce changement ?

I4 : Mais on lui a demandé aussi de préparer un petit support écrit.

I : Oui.

I4 : Donc on n'a pas déterminé comment ça devait se passer. Mais bon, un support écrit éventuellement sous forme de dépliant. Et il y aura une communication aussi qu'on pourrait mettre sur le site internet, ce qu'il n'y a pas encore du tout non plus. Mais ça, c'est d'elle qu'elle que ça doit venir.

I : Comment avez-vous prévu d'évaluer le changement ?

Alors je sais qu'il y aura des indicateurs à devoir remettre. J'imagine un rapport à devoir remettre au SPF pour expliquer ce qu'il s'est passé sur l'année,... Mais est-ce qu'au niveau interne, il y aura aussi des évaluations ? Afin d'évaluer le changement dans les équipes ?

I4 : Écoute, honnêtement, ça n'a pas été pensé. Je crois qu'on n'a pas été très prospectif et je pense qu'on a beaucoup à apprendre en matière de gestion du changement. Mais ça, tu devrais peut-être plutôt voir avec A. et B. parce qu'en tout cas, je n'ai pas entendu parlé de ça. Mais ça me paraît plus de l'ordre de thérapeutique. Moi, je suivrai évidemment tout ce qui est financier et contrats et autres. Mais la partie du changement dans les équipes et de l'impact, je n'ai pas de bonne vision là-dessus.

I : Oui je comprends tout à fait ! Un tout grand merci pour ton temps en tous les cas et pour tes réponses.

ANNEXE 5 : Entretien 5

La chercheuse est identifiée comme étant l'interlocuteur 0, reprise sous l'abréviation I. Et la personne interrogée est l'interlocuteur 5, reprise sous l'abréviation I5.

I : Quel est l'historique du projet TSI ? Comment est-il arrivé dans la clinique ?

I5 : Pour moi, c'est Dr X., à un moment donné, qui est venu avec l'info qu'il y avait une possibilité d'obtenir des agréments pour des places de TSI complémentaires en Belgique, à Bruxelles. Cela représente certains avantages budgétaires au niveau des possibilités d'engagement de personnel.

Quand ils en ont parlé avec X, ils sont arrivés assez vite à la conclusion que comme nous avons déjà pas mal de patients qui font partie de ces TSI, et qui arrivent par une filière d'admissions normale, ce serait une façon de rentabiliser cela et d'avoir un retour intéressant.

Évidemment, il y a des contraintes. C'est que maintenant qu'on est réellement dans un... si on entre réellement dans un agrément de TSI, il faut garantir une occupation de ces places. On n'avait pas cette pression-là. Donc c'est comme cela que c'est arrivé.

I : J'entends bien qu'on avait déjà des patients TSI dans le pôle psychose, mais quelles ont été les motivations à vouloir rentrer dans ce projet ?

I5 : Pour moi, une motivation importante, c'est qu'on a toujours un agrément de 45 lits A et 80 lits T complets, 10 T du jour, et 10 T de nuit. En travaillant avec autant de places T, on a un financement peu intéressant en termes d'effectifs temps plein personnel et qu'en même temps on fait beaucoup plus avec nos patients que ce qui était initialement demandé avec les normes T. Les normes T, c'est une vieille histoire qui date des années septante du siècle dernier et c'était des services dans lesquels les patients étaient accompagnés à long terme. Et donc c'est une façon de rendre... Parce que, en plus, depuis la dernière réforme de la psychiatrie, il existe une claire pression de la part des autorités sur les lits T, qui veulent les faire disparaître.

I : Oui, tout à fait.

I5 : Notamment ils donnent la possibilité de les convertir sans problème en équipes mobiles. Mais nous ne nous voyons pas dire à la clinique : « On garde plus que 45 lits et tout le reste, c'est du travail dans le quartier ». Ça, on trouvait ça impossible. D'autant plus qu'on a en soi pas beaucoup de difficultés à obtenir, à avoir des admissions dans nos lits.

I : Oui, tout à fait. Oui, ils sont occupés et on a des longues listes d'attente.

I5 : Oui, voilà. Donc ajouter ce projet TSI sur les 80 lits T, c'est une façon aussi de dire que ces lits ont un sens.

I : Tout à fait.

I5 : Pour moi, c'est une motivation, non ?

I : Oui, tout à fait ! Quels sont pour toi les objectifs du projet ici au sein de la clinique ?

I5 : Ce qui nous semblait important, c'est d'inscrire l'accompagnement de ce type de patients dans les valeurs thérapeutiques de l'institution. Et donc de dire : « on a toujours intégré ce genre de patients dans la clinique comme tout autre patient, comme tout venant ». Peut-être parfois avec certaines précautions parce que de leur trajet ou du référent de leur trajet, il était demandé certaines choses, mais on ne leur donne pas de service attiré. Il n'y a pas de mesures particulières pour ces patients et donc on les considère... comme on veut un maximum les déstigmatiser et les prendre en charge, les soigner comme on fait avec les autres. Ça, je pense que c'est une valeur importante.

I : Tout à fait. Quand on fait comme ça un projet ou quand on s'inscrit dans un projet, ça va amener des changements et notamment sur le terrain. Et quels sont pour toi les changements que ça va amener au niveau du terrain ?

I5 : Mais en soi, personnellement, je ne voyais pas beaucoup en quoi ça allait changer sur le terrain. Parce que ces patients, on les a déjà. Et donc les changements sont plus liés au fait qu'officiellement on va avoir une étiquette TSI pour cinq lits et on va avoir une augmentation de personnel.

I : Je pose cette question, parce qu'effectivement dans la Clinique on a déjà eu des patients sous ce statut. Et on en a déjà eu au pôle dépendance, mais pas beaucoup non plus. Ils

étaient beaucoup au pôle psychose mais donc pour nous au pôle dépendance, ça va changer des choses, tu ne penses pas ?

I5 : Oui.

I : Est-ce que tu imagines un peu qu'est-ce que ça pourrait changer pour nous? Je vais dire plus spécifiquement au pôle dépendance que par rapport à l'ensemble de la clinique.

I5 : Au pôle dépendance, j'imagine que ce sera en lien avec les produits et la dépendance aux produits qu'on pourrait... peut-être que ce sont des patients qui sont arrivés dans un statut d'internement à cause de certains abus ou à cause de comportements antisociaux liés à un abus de substances.

I : Oui.

I5 : Donc peut-être qu'on va avoir plus des patients qui, quand ils ont consommé, ils perdent le sens des limites, ils perdent le contrôle... ça, ça peut être un changement non ?

I : Ah oui oui cela peut-être un changement, je n'ai pas LA bonne réponse. C'est une question complètement ouverte.

Est-ce que tu penses que vous avez pu communiquer les ambitions du projet aux différents travailleurs ici dans la clinique?

I5 : Je pense que ça n'a pas été bien communiqué.

I : Et comment penses-tu que vous auriez pu mieux communiquer?

I5 : Je n'ai plus exactement les périodes en tête, mais la première fois qu'A et B nous en ont parlé, cela va faire presque un an. La discussion, pour moi, elle est restée trop longtemps dans le cercle réduit du comité de direction et A. Je pense qu'on a mal imaginé la vitesse avec laquelle on allait obtenir, cet agrément aussi. Je pense qu'on a mal estimé cela. On a été un peu surpris de la vitesse et une fois que l'agrément était donné, il fallait avancer. Et tout ça tombait alors pendant la période de vacances ou juste au début des vacances, c'était compliqué. Après coup, je dirais qu'on aurait dû, les six premiers mois de l'année, profiter de cette période-là pour par exemple déjà plus en parler en InterCID et voir par la suite comment les différentes CID pouvaient mettre cela en lien avec l'équipe. « B, C, et D comment est-ce que vous pourriez gérer cela avec l'équipe de la Passerelle » par exemple ? Avec l'équipe infirmière, avec l'équipe paramédicale. Parce que du coup, on s'est retrouvé aussi dans une situation où les choix se sont posés sur les fonctions à engager et quelles missions demander de ces personnes. Parce que quelque part, pour nous, c'est du plus. Les deux seules fonctions qui sont très clairement déterminées dans l'agrément, c'est la fonction de H. et la fonction du Dr A. Mais le reste, c'est du plus. Si on avait commencé plus tôt à en parler avec les InterCID, on aurait eu plus de chances, plus d'opportunités à échanger sur qu'est ce qui serait intéressant. Et d'avoir peut-être, par exemple, la possibilité de répondre avec cet engagement à ce que toi, tu as fait maintenant comme évaluation de besoins sur base de l'impact. Quelles sont les conséquences et quelles sont quelles vont être les besoins? Comment est-ce qu'on peut contrer ces besoins? Comment est-ce qu'on peut rencontrer ces besoins avec un engagement de personnel?

Et donc on a un peu imaginé de façon théorique et institutionnelle, mais quand même relativement vite parce que ça devait aller vite.

I : Cela devait aller vite tu dis, mais la seule urgence à devoir faire ça, c'était lié à l'agrément ? Enfin, tout s'est fait vite. Mais il n'y avait pas une réelle urgence à devoir s'inscrire dans ce projet TSI ? Y avait-il des dates qui étaient bien déterminées ?

Parce qu'on aurait pu dire on se lance dans le projet un peu plus tard ou quand on est vraiment prêt.

I5 : Pour moi pas, quand on a eu l'info, je pense que c'était fin juin, qu'on a eu l'info qui disait : « on vous donne un agrément pour cinq places et on vous donne un financement d'autant. » Ça voulait dire que, à partir du 1^{er} juillet, il compte l'occupation des 5 places.

I : Ah oui, c'est ça d'accord.

I5 : Et donc il fallait avancer.

I : Mais ça, vous aviez, vous ne le saviez pas avant ?

I5 : Non, en effet, on ne le savait pas avant. Moi, je n'ai jamais mesuré cette urgence-là avant.

I : D'accord, je comprends mieux. Pour toi, quels vont être les impacts sur le travail? Donc si on parle vraiment du pôle dépendance, quels vont être les impacts sur le travail des soignants au pôle dépendance pour toi ? Qu'est ce qui va devoir être fait différemment et par qui ça va devoir être fait différemment?

I5 : Quand je regarde sur le plan infirmier parce que je peux difficilement mesurer pour les paramédicaux. Sur le plan infirmier, il va y avoir, au pôle dépendance, des patients qui sont dans un dans un TSI et donc le référent va devoir en tenir compte. Parce que ces patients vont être suivis aussi par H. qui, elle, va devoir rendre des comptes sur la façon dont la prise en charge de ces patients se déroule ici. Donc, en fait, l'impact va être un impact sur un travail de réseaux d'internement. Donc ça, je pense que ça a un premier impact.

I : Oui tout à fait et tu en vois d'autres ?

I5 : D'autres impacts qui seraient plus liés aux patients internés au pôle dépendance. Et donc par exemple, le truc dont on parlait tout à l'heure : peut-être qu'il va y avoir un lien entre l'internement et les produits, les substances. On va peut-être être confronté à des comportements auxquels on n'est pas habitué. Cet impact là, ça me paraît compliqué de le mesurer maintenant.

I : Comment est-ce que vous avez pu communiquer ou toi, par exemple, pour les infirmiers? Comment est-ce que vous avez pu communiquer les impacts de ça au aux soignants ?

I5 : Mais on s'est limité à l'impact de travailler de réseau avec H et Dr A.

I : Et ça, ça a été communiqué aux InterCID ?

I5 : Oui, cela a été communiqué en InterCID et pour moi, ça a été communiqué aussi dans une réunion infirmiers-chefs. On en a quand même parlé quelques fois en Août et Septembre. On a parlé quelquefois avec les infirmiers chefs de ce projet et notamment des erreurs qui avaient été commises au niveau de la communication. Donc c'est à cette occasion-là qu'on a pu clarifier ça.

I : Et de quelle manière, est-ce que vous, le comité de direction, avez pu penser l'implication justement des soignants dans ce projet?

I5 : Qu'est-ce que tu veux dire là?

I : Est-ce que, par exemple, vous avez une idée de la motivation des gens à vouloir faire partie de ce changement et à vouloir s'impliquer dans ce changement?

I5 : Je ne pense pas qu'on a... Pour moi, en tant que comité de direction, on n'a pas vraiment été évaluer ça. On s'est basé, je dirais d'une part sur l'expérience de B., qui lui à coté de directeur médical est aussi psychiatre dans l'unité qui en a parlé quand même dans l'équipe, je pense dans des réunions avec l'équipe ou avec la CID. Et puis, je suis pour ma part aussi fort parti sur l'idée que c'est une façon de renforcer le sens de nos de nos lits hospitaliers dans le paysage. Donc qui pourrait s'y opposer? Qui pourrait ne pas comprendre ça? On a, je pense bien, peut-être géré ce truc un peu trop en bon père de famille qui croit savoir ce qui est bon pour ses enfants. Et ça montre qu'on a vraiment un problème de communication. De la direction avec les équipes, je pense.

I : Je comprends bien ce que tu veux dire.

Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place pour consulter peut être les besoins qu'il y a sur le terrain par rapport à ce changement ?

I5 : On peut espérer qu'il y ait une étudiante de Master qui fait un travail de fin d'études... Pour moi, ce qui serait intéressant,... Aujourd'hui ce truc fonctionne. Ce trajet, il est mis en place, l'agrément existe et je pense qu'on a un des patients qui arrivent, qui sont bien pris en charge... Ce truc marche.

Je pense que ce qui pour moi serait intéressant, c'est d'attendre par exemple au début de l'année prochaine pour refaire un peu le point avec les différentes équipes concernées sur les besoins que vous aviez imaginé. Est-ce qu'ils se sont avérés réalistes? Est ce qu'il y a d'autres besoins auxquels vous n'aviez pas pensé, qui se sont manifestés, qui sont apparus? Ce que l'on avait mis en place comme moyens supplémentaires, avec les nouveaux, les...

I : Nouveaux engagés.

I5 : Les nouveaux engagés. Est-ce que ça a permis de contrer ce besoin? Où est-ce qu'on a besoin d'autre chose? Est-ce qu'il faut ajuster le tir par rapport à ce personnel, par rapport à cet effectif ? Et je pense, qu'on aura des possibilités à faire ça. Parce que justement, on verra dans les mois qui viennent qu'une partie de ce personnel si on n'en a pas besoin dans le projet de TSI, on peut facilement le mettre ailleurs.

I : D'accord. Tu expliquais tout à l'heure par rapport à la référence, le travail en réseau.... Donc il y a quand même des choses qui vont un petit peu changer, des choses qu'on ne faisait pas de manière systématique peut-être aussi... Qu'est-ce que vous pourriez mettre en place justement pour que les soignants puissent faire ce changement avec toutes les compétences et les capacités nécessaires?

I5 : Mais il est prévu, je crois, que H. et Dr A. rencontrent les différentes équipes. Je ne sais plus si c'était prévu que ce soit équipe par équipe ou est-ce que c'était prévu?

I : C'est équipe par équipe, parce qu'elle est venue à la Passerelle, on l'a rencontrée lundi.

I5 : D'accord, cela c'est quand même un premier pas pour clarifier quelles sont les attentes de la part des autorités et du réseau internement. Quelles sont les choses que H. doit faire et comment elle peut, elle les réaliser? Cette rencontre vous a permis aussi, en tant qu'équipe, de peut-être exprimer des craintes, exprimer des besoins, de comprendre les lacunes. Je suppose qu'à un moment donné, tout ça va revenir vers le comité de direction ou vers l'interCID. Et qu'on va pouvoir, sur base de ça ensemble, regarder ce qu'il faut davantage mettre en place, quelles sont des compétences par exemple, qu'il nous manque ou quels sont des outils qui nous manquent pour pouvoir réaliser ça en pratique.

I : D'accord, vous allez voir un peu comment cela se passe si je comprends bien. Tu disais tout à l'heure, que cela serait intéressant de faire plus tard une évaluation pour voir un peu comment les choses ont évolué et notamment par rapport aux besoins des équipes.

Mais ça, ça n'a pas encore été décidé ou organisé ? Ce n'est pas quelque chose auquel vous avez déjà pensé en disant, dans X mois, on fera une première évaluation de telle manière ? C'est quelque chose que toi, tu penses qu'il serait intéressant de faire, mais au niveau du comité de direction, est-ce que vous l'avez planifié ?

I5 : Ça n'est pas planifié.

I : OK. Comment est-ce que vous avez prévu de communiquer autour de l'avancement du changement ou du projet ?

Effectivement, je sais qu'H. doit rendre un rapport, que ce soit au SPF et à la direction, j'imagine. Par rapport au nombre de patients qui a été internées, comment ce sont terminées les hospitalisations,...

I5 : J'ose espérer que ce rapport, ça va être quelque chose de public. En principe, il n'y a pas de secret là-dedans pour nos équipes et c'est important. Je crois qu'elle doit produire un rapport d'activité annuelle. Donc c'est logique que ce rapport soit communiqué aussi à l'ensemble des personnes qui sont concernées.

I : Tout à fait, je pense que ce sera intéressant et important.

I5 : Ce rapport est aussi l'occasion déjà d'un moment d'évaluation et c'est aussi l'occasion de faire entendre éventuellement ou de faire écho par rapport à comment les choses se déroulent dans le quotidien des différentes équipes. Et peut-être que ce quotidien, il est très différent aussi d'une unité à l'autre, en fonction du type de patient, en fonction.

I : De l'expérience aussi.

I5 : ...des expériences avec le client confronté.

I : Et une dernière petite question : Si tu devais retenir quelque chose des changements qui ont déjà été effectués dans la clinique, que retiendrais-tu ?

I5 : Qu'il faut beaucoup plus et mieux communiquer avec les équipes, avec des travailleurs de terrain et profiter de cette communication aussi pour donner une assise plus stable à ce changement.

I : Moi je n'ai plus de questions. Merci en tout cas. Je ne sais pas si toi tu as des questions ?

I5 : Non, non.