

Faculté de santé publique

L'humanisation des soins en psychiatrie médico-légale

« Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? »

Mémoire réalisé par
Elmiza MARTIN

Promoteur(s)
Walter HESBEEN

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'humanisation des soins en psychiatrie médico-légale

« Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? »

Mémoire réalisé par
Elmiza MARTIN

Promoteur(s)
Walter HESBEEN

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

J'aimerais, dans un premier temps, adresser ma reconnaissance et mes remerciements à Walter Hesbeen, directeur de ce mémoire, pour son expertise pointue de la dimension humaine et le temps consacré à mes demandes. Au travers des cours, des rencontres et par le biais de la lecture de ses ouvrages, il m'a inspirée et guidée. Son soutien et ses conseils m'ont été précieux.

Je tiens également à adresser toute ma gratitude à Michel Dupuis, Luc Detavernier et André Néron, témoins privilégiés, qui ont pris le temps de me rencontrer et d'échanger autour de « l'humanisation du soin ».

Merci à l'ensemble des usagers, des professionnels, à la direction du centre hospitalier Jean-Titeca mais aussi à celle de l'hôpital sécurisé psychiatrique Les Marronniers, pour leur accueil chaleureux et leur confiance en mon projet. Grace à ce projet et à la contribution de l'ensemble de ces participants, j'espère de tout cœur pouvoir apporter de nouveaux éclairages à la discipline des soins infirmiers en psychiatrie qui me passionne depuis bientôt 8 ans.

Merci aux professeurs de l'Université Catholique de Louvain qui m'ont fourni leur savoir au travers d'un enseignement de qualité durant ce master.

J'adresse toute ma reconnaissance et mes remerciements à ceux qui ont toujours cru en moi, tout spécialement à ma maman, ma sœur, mon mari et ma fille mon rayon de soleil au quotidien. Ils ont été pour moi une réelle source de motivation et un soutien sans faille durant ces 5 années de master parfois semées d'embûches.

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé, de près ou de loin, dans la réalisation de ce travail.

Je ne peux clôturer ces remerciements sans une pensée pleine d'émotion à l'attention de mon défunt papa, mon étoile, il est éternellement présent dans mon cœur, il me donne la force de mener à bien mes projets. Promesse tenue, je suis allée jusqu'au bout et continuerai toujours d'avancer.

« Tu n'es plus là où tu étais, mais tu es partout là où je suis »

Victor Hugo

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaire sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie des étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION	11
PRÉAMBULE : LA GENÈSE DU PROJET « APERTIO »	17
1 CADRE THÉORIQUE	19
1.1 DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE	19
1.2 REPÈRES HISTORIQUES IMPORTANTS ET PHASES D'ÉVOLUTIONS LIÉES AU CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE	23
1.2.1 L'organisation mondiale de la santé (OMS)	23
1.2.2 Au niveau européen	24
1.2.3 La pensée Basaglienne en Italie	25
1.2.4 La Belgique	26
1.2.5 La psychiatrie médico-légale et les personnes internées, personne non criminellement responsable (PNCR)	33
1.3 LA MÉTHODOLOGIE DU RÉTABLISSEMENT, UNE AVANCÉE À L'HUMANISATION DES PRATIQUES SOIGNANTES	38
1.4 VERS UNE COMPRÉHENSION DU MOT « SOIN »	41
1.4.1 « Le care », une vision humaniste du soin	45
1.5 LE CARING	49
1.6 LE CARING ET LE PRENDRE SOIN	53
1.7 QU'EN EST-IL DE L'HUMANISME SOIGNANT AU CŒUR DES PRATIQUES SOIGNANTES ?	55
1.8 UN QUESTIONNEMENT AUTOUR DE L'AUTONOMIE SOIGNANTE	57
1.8.1 La formation en soins infirmiers	57
1.8.2 Le master en pratiques avancées	59
1.9 LES VALEURS SOIGNANTES	60
1.9.1 Une intention de rencontrer l'autre	62
1.9.2 L'identification des mouvements transférentiels lors de la relation de soin avec le patient	63
1.9.3 Une relation portée par un projet	63
1.9.4 La qualité du rôle pare-excitant et maternel	64
1.9.5 La parole	64
1.9.6 Faire du soin un espace transitionnel	65
1.9.7 L'empathie	65
1.10 UNE DÉCLINAISON D'OUTILS SOIGNANTS	67
1.10.1 L'axe de l'approche fondée sur les soins relationnels	67
1.10.2 La relation d'aide	68
1.10.3 La richesse de l'informel dans le soin	70
1.11 ARCHITECTURE ET CARE	72
1.12 MODÈLE D'ORGANISATION DE SOINS HUMANISTES	77
1.12.1 Modèle humaniste des soins infirmiers (UdeM)	80
1.13 LA QUALITÉ DU SOIN	82
1.14 L'ÉTHIQUE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS SOIGNANTES	86
1.14.1 Une définition de l'éthique	86
1.14.2 Pratique soignante et éthique en psychiatrie médico-légale	90
1.15 APPORT DU CADRE THÉORIQUE	93
2 PARTIE PRATIQUE :	95
2.1 RENCONTRES AVEC LES TÉMOINS PRIVILÉGIÉS	95
2.1.1 Compte-rendu de l'entretien réalisé avec Michel Dupuis (Interview n°1)	95
2.1.2 Compte-rendu de l'entretien réalisé avec Luc Detavernier (Interview n°2)	101
2.1.3 Compte-rendu de l'entretien réalisé avec André Néron (Interview n°3)	107
2.2 ÉLABORATION DE FOCUS GROUPS AU CŒUR DES ÉQUIPES SOIGNANTES	113
2.2.1 Objectifs de la recherche	114
2.2.2 Méthodologie	114
2.2.3 Choix des terrains d'études	115
2.2.4 Stratégie d'échantillonnage et critères de sélection	115
2.2.5 Les outils utilisés	116

2.2.6	<i>La méthode d'analyse</i>	116
2.2.7	<i>Déroulement des focus groups</i>	117
2.2.8	<i>Analyse des focus groups</i>	117
2.3	LES ÉLÉMENTS PERTINENTS ET HYPOTHÈSES ÉMERGENTES RECUEILLIES	118
2.3.1	<i>Premier focus groupe (n=7)</i>	118
2.3.2	<i>Deuxième focus groupe (n=8)</i>	123
2.3.3	<i>Troisième focus groupe (n=7)</i>	127
2.4	LES LIMITES ET BIAIS IDENTIFIÉS AU NIVEAU DU CADRE DE MA RECHERCHE	133
3	DISCUSSION, RÉFLEXIONS ET PRÉCONISATIONS	134
3.1	LES REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS ET LES PRATIQUES SOIGNANTES DÉCLINÉES	136
3.2	LES FACTEURS FAVORISANT ET LES FREINS	140
3.3	LES LEVIERS, LES OUTILS ET LES PISTES IDENTIFIÉES	143
3.3.1	<i>La communication</i>	143
3.3.2	<i>Une réelle place pour le patient, ses proches et son projet</i>	143
3.3.3	<i>L'architecture et les lieux d'accueil</i>	144
3.3.4	<i>Besoin d'un « espace ailleurs »</i>	145
3.3.5	<i>Les formations internes et/ou externes</i>	145
3.3.6	<i>La dynamique et l'ambiance au sein de l'équipe</i>	145
3.3.7	<i>L'identité soignante</i>	145
3.3.8	<i>L'accomplissement de projets d'équipes soutenus par les responsables directs</i>	146
3.3.9	<i>L'implication des équipes dans les projets et décisions institutionnelles</i>	146
3.4	LES PRÉCONISATIONS CONCRÈTES POUR PARVENIR À ACTIVER LES LEVIERS FAVORISANTS DES SOINS HUMANISANTS	147
3.5	DES PISTES DE RECHERCHES COMPLÉMENTAIRES	151
4	CONCLUSION	152
5	BIBLIOGRAPHIE	155
6	LES ANNEXES	172
6.1	DÉMARCHES POUR LES ENTRETIENS INDIVIDUELS	172
6.2	TRONC COMMUN DES GUIDES D'ENTRETIENS	174
6.3	RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC MICHEL DUPUIS (LE 22 MARS 2022)	176
6.4	PRISE DE CONTACT POUR L'ÉLABORATION DES FOCUS GROUPE	186
6.5	CHARTRE ET GUIDE POUR L'ÉLABORATION DES FOCUS GROUPS	188
6.6	MATRICE D'ANALYSE CODIFIÉES PAR COULEURS	191

Liste d'abréviations :

CHJT : Centre hospitalier Jean-Titeca

CPAS : Centre public d'action sociale

HAS : Haute autorité de santé

HPS : Hôpital psychiatrique sécurisé

IFIC : est une abréviation qui désigne un nouveau système de classification de fonctions

IHP : Initiatives d'habitations protégées

IPA : Infirmier de pratiques avancées

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

MSP : Maison de soins psychiatriques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNCR : Personne non criminellement responsable

PPMM : Protection de la personne malade mentale

SPAD : Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile

SPF : Service public fédéral

SSM : Service de santé mentale

TSI : Trajet de soins pour internés

Liste des figures :

Tableau 1 : Différences entre les soins et le soin

Tableau 2 : Les valeurs non négociables et les valeurs indispensables

Tableau 3 : Modèle humaniste des soins infirmiers-modèle UdeM

Tableau 4 : Processus de réflexion selon Paul Ricoeur : définition de l'éthique

Tableau 5 : Outils de réflexion éthique

« Ainsi, avant même de vouloir faire bien ce que l'on peut faire pour la personne (en respectant les principes d'éthique), il s'agit de garantir que les gestes posés le sont authentiquement, spécifiquement par une personne singulière à une autre personne singulière, dans la réalité de ce que l'une et l'autre sont et ressentent actuellement. C'est seulement de cette manière que l'on peut espérer éviter la banalisation des pratiques »

(Dupuis, 2015)

Introduction

Je suis infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie depuis 2015, devenue infirmière en cheffe, en juin 2018. Je travaille actuellement au cœur d'une unité de soins qui accueille des patients « internés », libérés à l'essai (loi relative à l'internement en date du 5 mai 2014).

« Aujourd'hui, en Belgique, 3.792 personnes sont sous statut interné et 2.311 d'entre-elles sont libérées à l'essai, soit en hôpital résidentiel soit à domicile. Parmi ces interné-e-s, un premier tiers souffre de troubles de la personnalité. Un deuxième tiers est atteint de troubles psychotiques (schizophrénie, paranoïa...) et, en dernier lieu, de troubles dépressifs ou anxieux » (Delaruelle, 2019).

En vue de l'obtention de mon diplôme, j'ai opté pour un sujet de mémoire qui me passionne et pour lequel je porte une attention majeure au quotidien, à savoir la thématique suivante **« l'humanisation du soin en psychiatrie médico-légale »** et de manière plus ciblée en lien avec les unités de soins d'internement.

J'ai fait ce choix pour diverses raisons, la première est que cette thématique est en lien direct avec mon métier d'infirmière et cette réflexion émane au départ d'un questionnement qui gravite autour de la façon dont on prend « **soin** » de nos patients.

Mon métier est une vocation et une fierté. Depuis le début de mes années secondaires j'ai toujours su que je voulais « **prendre soin** » d'autres personnes. La santé mentale me passionne, m'apprend tous les jours et me dote d'objectifs et de challenges à poursuivre au quotidien. En choisissant cette finalité, j'ai préféré mettre l'accent sur le soin relationnel.

La seconde raison est qu'étant à la tête d'une unité de soins psychiatriques, j'ai pour mission et responsabilité la coordination et l'évaluation des pratiques soignantes. Avec mon équipe, j'aborde un management d'équipe de proximité et dans la collaboration. Je tente de réfléchir, de développer des compétences afin d'être toujours au plus proche des besoins de nos usagers. Penser l'humanisation des soins tout en le « semant » ... au quotidien avec mon équipe, est mon moteur et fait sens pour moi.

Au sein de cette fonction, je mets aussi et surtout un point d'honneur à la dimension de l'accueil des nouveaux collègues, des étudiants. Au fil de ces nouvelles rencontres, c'est à chaque fois une réelle opportunité de pourvoir apprendre et réfléchir autour de ma pratique.

Une autre raison qui a motivé le choix de cette thématique est liée au fait que j'ai pu participer de très près à la création et à l'aboutissement d'un projet au sein de la structure de soins dans laquelle je travaille. Un projet qui ne nomme « Apertio », projet innovant de changement architectural et structurel afin d'y développer des outils pour que les soins prodigués aux patients soient encore plus humains, encore plus justes et plus adaptés. Le projet « Apertio » est repris en guise de préambule avant la partie consacrée au cadre théorique.

L'évolution de la psychiatrie médico-légale en Belgique s'est concrétisée par le biais d'une réforme importante en 2011, la réforme 107. Cette réforme a permis de réorganiser les soins de santé mentale et de faciliter la création de travail en réseaux. L'accent est mis sur **la désinstitutionalisation et la réhabilitation** de chaque usager au sein de la communauté. Le CHJT a donc souhaité s'accorder et suivre le mouvement **de la réhabilitation psychiatrique, en humanisant** les lieux ainsi que les pratiques soignantes et les soins.

Il était aussi important selon moi de mettre en lien cette thématique avec quelques préoccupations de santé publique. L'humanisation des soins est une thématique **actuelle, innovante** mais **encore trop discrète et qui nécessite un réel besoin de réflexions et d'actions concrètes**. Un constat est que peu de données concrètes existent tout simplement parce que « l'humanisation » ne se quantifie pas et s'explore assez peu.

Afin d'être plus concrète dans ma recherche, j'ai établi une question ciblée qui est ; « **Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ?** »

La santé mentale et la contrainte liée aux soins sont des thématiques importantes et préoccupantes. C'est une réflexion qui doit se poursuivre et continuer à se développer. Cette discipline, plus que les autres, demande de la part des soignants une exigence particulière, une perpétuelle adaptation afin qu'ils puissent se doter d'une habilité particulière et unique autour d'un champ d'actions axées principalement sur le soin relationnel.

Les soins prodigués auprès des patients sont larges, complexes et spécifiques. Ce métier exige une créativité et le développement d'un « art » de la part des équipes soignantes. **Le risque contre lequel on doit lutter et combattre est celui de la « déshumanisation » du soin.** Cette déshumanisation existe et ce pour diverses raisons ; une fatigue émotionnelle, des situations de soins qui nécessitent des prises en charge très complexes, un manque d'effectifs, un manque de qualification au sein des équipes ou de manière plus large, une perte de sens dans son travail.

La crise sanitaire COVID-19 a exacerbé la problématique de pénurie d'infirmiers et de soignants et a impacté de façon considérable la présence du personnel auprès des patients. La priorisation des interventions lors des soins, mais aussi les conditions de travail et ce au niveau de chaque secteur de soins ont été impactés.

Un autre problème soulevé à plusieurs reprises au niveau de la littérature, concerne la surcharge de travail. Cette problématique a été de nombreuses fois à l'étude et notamment dans le dernier rapport du KCE. (KCE, 2019).

La surcharge liée au travail peut entraîner un épuisement professionnel mais a aussi un réel impact sur l'enthousiasme du personnel soignant. En 2013, des données du SPF mettent en lumière que « *la prévalence du burnout dans les hôpitaux belges est de 6,6 % d'infirmiers, médecins, soignants confondus* » (SPF, 2013).

La lutte contre la déshumanisation des soins devient donc une urgence. Ce cadre introductif permet ainsi de mettre en lumière deux grands axes importants qui seront fils conducteurs tout au long de ce travail ; **d'une part, le modèle de « soin humanisant » implémenté auprès des patients hospitalisés en unité médico-légale et l'organisation qui s'y rapporte et, d'autre part, l'axe de réflexion à propos de l'intériorité des soignants auprès des patients.** C'est-à-dire ce qui traite de la formation initiale, la dimension de l'accueil, une réflexion autour de la sensibilité des soignants, le recrutement et la formation continue, etc.

Afin de clarifier ma question de recherche j'ai choisi comme méthodes : l'élaboration d'une revue de littérature, trois rencontres avec des personnes choisies comme témoins privilégiés et l'élaboration de trois focus groups avec des équipes soignantes (acteurs de terrains) au sein d'unités de soins qui accueillent des patients libérés à l'essai. Ces trois méthodes me permettront de rédiger ma discussion, la réflexion autour de perspectives et ma conclusion.

De ce fait, mon mémoire est structuré en deux parties et reprend :

Un premier volet relatif aux concepts théoriques qui abordera tout d'abord quelques définitions de la santé mentale, un suivi d'éléments historiques pertinents mais également de phases d'évolution. Dans ce fil évolutif, un chapitre sera également consacré au public cible choisi constitué de patients internés libérés à l'essai. Par la suite, j'aborderai les aspects liés aux champs de la santé mentale, je m'attarderai sur le concept du « soin » avec l'accent mis sur le concept du « care », du « caring », du « prendre soin », de l'humanisme soignant, mais aussi toute une série de réflexions liées à la question de l'autonomie soignante, des valeurs, mais aussi et surtout un volet consacré aux outils concrets du quotidien. J'ai pu m'apercevoir au fil de la revue de littérature que la mise en place de pratiques soignantes humanisantes est très dépendante du contexte environnemental associé. Afin d'étayer un peu plus ma recherche, le chapitre suivant sera dédié à la thématique de « l'architecture et du care » avec un modèle d'organisation de soins humanistes.

Je clôturerai la partie théorique avec deux chapitres consacrés à « la qualité du soin » et à la réflexion éthique soignante.

Le second volet sera consacré à la partie pratique avec les comptes-rendus des entretiens avec les témoins privilégiés, les analyses des focus groups réalisés, ma discussion, l'élaboration et une réflexion autour des perspectives et préconisations pour terminer avec une conclusion.

Ce mémoire procède avant tout, du souhait d'apporter et de nourrir une réflexion personnelle en lien avec une thématique pour laquelle j'ai un intérêt et ce depuis le début de ma pratique soignante. C'est en quelque sorte une occasion de mettre « *ma pierre à l'édifice* » et cela dans le secteur des soins infirmiers et des pratiques soignantes. Le cours d'épistémologie et démarche clinique dispensé par Walter Hesbeen en 2021 a été l'élément révélateur et m'a réellement amenée à adopter une autre posture. D'une façon ou d'une autre, c'est ma manière de transmettre, d'inscrire et continuer à être à mon tour une « *source, un moteur...* ».

Après ce cadre introductif, je vais clarifier la méthode et la méthodologie choisie pour la réalisation de ce travail.

Méthode et méthodologie

La méthodologie commencera par une très brève présentation du projet développé au sein du CHJT, le projet « apertio ». Le développement et l'implication dans ce projet m'ont permis de rendre la thématique choisie plus vivante et continuer à faire mûrir ce choix, qui est de poursuivre ma réflexion autour de la thématique de « *l'humanisation des soins au sein d'unités de soins médico-légales* », pour ensuite étayer ma réflexion avec la question de recherche choisie :

« Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? »

L'objectif principal de ma recherche sera d'identifier les facteurs favorisant et freinant à l'humanisation des pratiques soignantes et ce au sein d'unités de soins psychiatriques médico-légales dédiées à l'internement et qui accueillent des patients libérés à l'essai. Après l'identification des facteurs favorisant et freinant, j'identifierai les leviers qui pourraient être mobilisés.

Afin de répondre à mon objectif de départ, je vais mettre en œuvre trois méthodes ; l'élaboration d'un cadre théorique conceptuel, trois rencontres avec des témoins privilégiés et trois rencontres avec des acteurs de terrain sous forme de « focus groupe ».

Ma réflexion théorique s'opère de la façon suivante ; après un chapitre consacré à la santé mentale, la psychiatrie et l'internement... j'ai choisi d'articuler différents concepts dont celui du « *care* », des *modèles de soins humanistes*. Un chapitre sur les *valeurs*, les *compétences*, la *formation* et les *intentions* qui animent les soignants lors de soins prodigués avec les patients. Sans oublier de réfléchir à l'importance des *enjeux de l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux engagés* qui rejoignent des équipes déjà existantes avec un modèle d'organisation de soins déjà existants.

Au niveau de ma partie pratique, j'ai choisi comme méthode la *réalisation d'entretiens* avec des témoins privilégiés ainsi que **l'élaboration de trois focus groups** avec des acteurs de terrain. Les focus groups auront lieu dans 2 institutions médico-légales accueillant chacune des patients internés libérés à l'essai.

Deux rencontres auront lieux au CHJT et une troisième rencontre à l'HPS, l'hôpital psychiatrique sécurisé les Marronniers à Tournai.

La revue de littérature, les rencontres avec les témoins privilégiés et l'élaboration des focus groups avec les acteurs de terrain me permettront de rédiger ma discussion, les perspectives et la conclusion.

Préambule : La genèse du projet « Apertio »

En 2015, un important projet de reconstruction de l'hôpital du centre hospitalier Jean-Titeca a commencé. Les deux principaux objectifs sont **de continuer à favoriser le rétablissement de la personne soignée mais aussi de faire évoluer les pratiques soignantes**. « Apertio » signifie « ouverture » en latin.

En amont de cette nouvelle reconstruction, l'hôpital continue de développer une philosophie de soins, basée sur les fondements de la méthodologie du rétablissement. Les buts de cette nouvelle infrastructure sont multiples. La volonté première est d'offrir aux patients ainsi qu'aux collaborateurs un cadre de vie et de travail plus agréable et adapté. *« Se définissant comme une architecture apaisante et responsabilisante qui favorise la rencontre entre soignants et soignés »* (CHJT, 2020).

Cette réflexion sera entamée avec 60 responsables de soignants « cœur de métier » et avec comme réflexion de départ : *« comment faire évoluer les pratiques actuelles vers une philosophie de soins humanistes en utilisant les principes de rétablissement ? »* (CHJT, 2020)

Cette réflexion se poursuit, en pensant *« l'architecture et le soin »*, qui permettra de définir avec le groupe *les besoins réels*. La réflexion sur l'architecture découlera rapidement sur une réflexion autour de l'organisation des soins (CHJT, 2020)

Afin que les espaces soient justement répartis, il a été décidé que l'architecture des unités serait configurée sous forme d' *« open space des usagers »* (CHJT, 2020)

Cela correspond donc aux **espaces de vie** des unités qui **seront partagés à la fois par les soignants et les usagers**. Une majorité des personnes soignées présentes sont accueillies en état de décompensation psychiatrique aiguë et hospitalisées dans un contexte de soins contraints. De manière générale ces personnes rencontrent des difficultés de contact avec autrui.

D'après différentes sources et approches dans des pays européens ; *« un environnement de vie le plus proche possible de celui d'un domicile classique apaise la tension inhérente à la crise,... L'architecture a donc été pensée et réfléchi pour permettre une « déambulation structurée » des usagers »* (CHJT, 2020)

Chaque personne a un espace, chaque espace a une fonction. Le concept du « **rétablissement** » implique une co-construction entre soignants et soignés. Le rétablissement n'est pas un objectif en soi mais vu comme un processus profondément personnel, qui implique des changements d'attitudes, de sentiments et de compétences.

C'est donc en cohérence et en phase avec la réforme PSY 107¹ que ce nouveau projet se déclinera autour **d'outils en lien avec la réhabilitation psychiatrique et l'organisation des soins** qui s'y rapportent. Cette réorganisation permet entre autre d'éviter les rechutes, les réadmissions et avec un des objectifs qui est d'offrir davantage de soins en dehors des murs. Ce concept permet au fond, d'adopter et de changer les pratiques de soins pour aboutir à des nouveaux modèles d'organisation des soins (CHJT, 2020).

« Les changements et l'adhésion au nouveau paradigme sont une réelle opportunité, une expérience humaine à grande échelle qui permet de repenser les missions, les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire au sein des unités, ainsi que le sens de nos interventions et pratiques de soins auprès des usagers hospitalisés au sein du CHJT » (CHJT, 2020).

Cette philosophie permet donc de pouvoir impliquer de la façon la plus juste possible la personne soignée au sein du processus décisionnel et thérapeutique. Cette approche repose sur la mobilisation des capacités et des ressources de l'utilisateur. *« Le soignant et le soigné s'engagent dans un processus de co-construction, assurant une qualité de vie, de travail et un confort relationnel »* (CHJT, 2020). Ce nouveau projet considère que l'hôpital est un lieu ouvert et une occasion unique de concertations entre tous les intervenants.

¹ Il s'agit d'offrir des programmes particuliers à des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques à un stade spécifique de leur maladie. C'est un processus dynamique qui aide les personnes vers une meilleure réinsertion sociale, et professionnelle dans la société dans la mesure du possible (Similes Walonnie)

1 Cadre théorique

1.1 Définition de la santé mentale

« La psychiatrie est une branche de la médecine qui prend la responsabilité de traiter les maladies mentales. Mais dans cette discipline, plus encore que dans les autres, la personne qui porte les symptômes psychiatriques doit être prise en considération et accueillie avec la plus grande attention : il s'agit donc d'une médecine de l'humain » (Delion, 2001).

La santé mentale est une composante essentielle d'une bonne santé de manière générale. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être comme cela ressort de la définition de la santé retenue par l'organisation mondiale de la santé.

Selon l'OMS (1946), la santé mentale est **« un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »**

De son côté, le psychiatre Jean Furtos définit la santé mentale comme suit : *« La capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives » (Furtos, 2004).*

Une autre définition proposée en complément à la précédente; *«La santé mentale est un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de faire face aux exigences de la vie. Pour ce faire, tous les aspects de notre vie (social, physique, spirituel, économique et mental) doivent être en harmonie » (Rapport Handicap mental et santé mentale, IWSM², 2012).*

Au cours de l'année 2001, l'étude ESEMeD³ ne fournissait aucune information sur la prévalence actuelle des affections mentale. En 2013, une autre enquête nationale est réalisée.

² International Workshop on Statistical Modelling

³ Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD)

Cette étude reflètera « *qu'une personne sur trois (15 ans et plus) déclare souffrir de problèmes psychiques et que 18% présentaient un risque réel d'affection psychique* » (Sciensano, 2020). Certains témoignent d'un stress et d'une anxiété permanente, manquent de sommeil ou se sentent malheureux et déprimés. Parmi l'ensemble des troubles mentaux, les données auto rapportées les plus fréquentes sont ; les troubles anxieux avec 11% de la population, les dépressions avec 9% de la population et les troubles du comportement alimentaire avec 7% (14% chez les 15-24 ans) de la population (Sciensano, 2020).

Ces problèmes concernent toutes les catégories de la population mais certaines personnes s'avèrent plus vulnérables que d'autres. « *Les femmes seniors de plus de 75 ans et les personnes de 25 à 54 ans ainsi que les personnes moins scolarisées* » (Gisle & al., 2020).

Selon cette même enquête, ces chiffres sont en augmentation permanente par rapport aux enquêtes précédentes. La prévalence augmente particulièrement entre 2008 et 2013 et ce dans toutes les régions de la Belgique. Nous pourrions faire l'hypothèse que cette augmentation soit expliquée par différents facteurs :

- le nombre de personnes ayant un problème de santé mentale est effectivement plus élevé qu'avant cette période ;
- les problèmes de santé mentale seraient mieux recensés et rapportés ;
- les personnes parviendraient à mieux l'exprimer.

De manière plus globale, ces problèmes sont plus intenses dans la région de Bruxelles et Wallonie par rapport à la Flandre.

A ce jour, nous ne trouvons aucune étude sur la prise en compte et l'analyse des besoins de soins de la population belge. Or, on sait que la santé mentale n'impacte pas toutes les catégories sociales de la même manière. Les problématiques liées à la santé mentale sont près de trois fois plus présents chez les personnes plus précarisées.

La performance des soins de santé mentale et l'organisation qui s'y rapporte reste deux axes importants et un réel défi dans le monde entier. L'assemblée générale des Nations Unies déclare que : « *les problèmes de santé mentale sont d'une importance majeure dans toutes les sociétés, ils contribuent de manière significative au fardeau des maladies et à la perte de la qualité de vie, et ils entraînent un coût économique et social très important [mental health problems are*

of major importance to all societies and are significant contributors to the burden of disease and the loss of quality of life, and have a huge economic and social cost]» (United Nations, 2010).

Les maladies mentales restent présentes de par le monde, mais visibles que sous certaines formes. Tout dépend de l'approche socio-démographique et culturelle qui en est faite. « *Une évaluation réalisée en 2011 a estimé que leur prévalence est de 38% parmi les habitants de l'Union Européenne* » (Wittchen et al., 2011). La santé mentale comme d'autres aspects de la santé, peut être influencée par toute une série de facteurs socio-économiques dont il est aussi indispensable de se préoccuper.

L'OMS a fait un constat interpellant qui est celui d'un tableau décevant en péri et post COVID-19, autour de la question de l'incapacité mondiale à fournir aux individus des services de soins de santé mentale adaptés à leurs besoins (OMS, 2021). « *Il est extrêmement préoccupant de constater que, malgré le besoin évident et croissant de services de santé mentale, qui est devenu encore plus criant pendant la pandémie de COVID-19, les bonnes intentions ne se concrétisent pas en investissements* » (Tedros, 2021).

Il ajoutera également qu'il « *faut tenir compte de ce signal d'alarme et agir en conséquence, en accélérant considérablement le rythme des investissements dans la santé mentale, car il n'y a pas de santé sans santé mentale* » (OMS, 2021).

Pour revenir à la Belgique, malgré la mise en place de la réforme 107 et des initiatives déjà prises, plus de 80 % des moyens financiers prévus pour les soins de santé mentale sont encore consacrés aux soins résidentiels (hôpitaux, maisons de soins psychiatriques, initiative d'habitation protégée) et la Belgique compte encore 1,37 lits psychiatriques par 1 000 habitants, soit le deuxième chiffre le plus élevé au sein de l'OCDE en 2016 (OCDE, 2020).

Au niveau du personnel soignant et ce à l'échelle mondiale, le nombre médian de personnel soignant travaillant dans le secteur de la santé mentale est en légère augmentation ; ce nombre, pour 100000 habitants, passant de neuf agents de santé en 2014 à treize agents en 2020 (OCDE, 2020).

Le nombre d'agents de santé généraux et spécialisés s'occupant de la santé mentale dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires est nettement insuffisant. Près de la moitié de la population mondiale vit dans des pays où l'on compte en moyenne un seul psychiatre pour 200 000 habitants (OCDE, 2020).

La réforme actuelle se tourne vers la mise en place de soins vers la communauté « *la prise en charge de la personne malade dans son milieu de vie selon une approche* »... « *Community-based* » (Rapport KCE 318Bs, 2019).

Pour cibler la thématique qui nous occupe ; le constat qui peut être fait est que « *les patients internés reconnus irresponsables de leurs actes de par leur maladie mentale sont issus de prison et/ou d'établissement de défense sociale mais sont souvent exclus de la société, ce qui amène donc un vrai paradoxe dans les soins* » (Cartuyvels & al., 2010).

Au-delà de cette exclusion, il y a aussi les représentations véhiculées par la société mais aussi par le personnel soignant. Aller vers une réinsertion dans la société pour nos patients n'est pas chose aisée. L'aspect sécuritaire, justice est parfois encore fort mis à l'avant plan au cœur des soins, ce qui parasite la façon dont on prend soin de nos patients.

Ce paradoxe sociétal est important à prendre en compte pour pérenniser nos soins humains et bienveillants à l'encontre des usagers internés. On observe une dualité entre, d'une part, la volonté et la demande, par la société, de rétablissement et de réinsertion des patients et d'autre part l'ensemble des représentations que cette même société véhicule. Les représentations peuvent alors devenir des éléments bloquants. S'ajoute à cela une réelle problématique en termes de disponibilité de lieux et de places au sein des hôpitaux pour que les patients se réinsèrent.

Après cette définition large de la santé mentale, je vais maintenant poursuivre avec un chapitre lié à l'évolution des pratiques soignantes en milieu de soins psychiatriques ; l'historique sera abordé au niveau mondial, européen et belge.

1.2 Repères historiques importants et phases d'évolutions liées au champ de la santé mentale

La considération et la prise en compte de la maladie mentale et de l'hôpital psychiatrique se sont développées ces dernières années, avec un accélérateur toujours actuel qui est la réforme 107. Les services en santé mentale ont pris de l'ampleur et ce de manière importante. Il est important de pouvoir retracer les moments clés et mouvements historiques importants afin d'avoir une meilleure compréhension des enjeux actuels et à venir,... Afin d'élargir le champ, je vais retracer les moments historiques mondiaux, européens en terminant avec ceux de la Belgique.

1.2.1 L'organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS a joué un rôle important et un soutien dans les approches actuelles des soins de santé mentale, notamment par les réunions et les rapports qu'elle a fournis au fil des ans. En 2005, à Helsinki, l'OMS et l'Europe ont convoqué une réunion ministérielle sur le thème de la santé mentale.

A cette occasion, les ministres des États membres de l'union européenne sont invités à prendre *« des initiatives inspirées des efforts de réforme et de modernisation des soins »* (OMS, 2005). La principale priorité établie est de *« concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces englobant la promotion pour la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale »* (OMS, 2005). Pour répondre à cet engagement, plusieurs mesures sont prises dont celle de *« remplacer des soins dispensés dans des grands établissements aux personnes atteintes de graves problèmes mentaux par des service de proximité »* (OMS, 2005).

L'engagement est de mettre des services au sein de la communauté qui soient accessibles par tous. Un autre élément qui a marqué l'approche actuelle des soins c'est la conception biopsychosociale de la maladie avancée par l'OMS. En effet, l'organisation postule que la santé mentale est : *« un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »* (OMS, 2021) .

Le plan d'actions pour la santé mentale 2013-2020, établi par l'OMS, fut également un élément important, notamment par les objectifs qu'il fixe. Par exemple, celui de « *fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire* » (OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, 2013).

1.2.2 Au niveau européen

Les campagnes et les expériences dans les pays voisins ont largement influencé l'évolution des décisions politiques et des pratiques dans le domaine de la santé mentale et cela en Belgique. Les illustrations exposées dans la suite sont reprises d'une brochure de « l'autre lieu⁴ ».

En France, différentes expériences intéressantes vont être menées dès les années 1940, l'une d'entre elles; Saint-Alban, asile qui a accueilli des réfugiés de guerre, amenant de fait une rencontre « de normaux » et de « fous » au sein de mêmes murs. Lucien Bonnafé, médecin-chef des 1943, y développera un mode d'organisation où des patients et des soignants s'occupent ensemble de la vie au sein de l'institution, proposant déjà un premier élan qui est de ne plus exclure la personne malade de la société.

Cette expérience jette les premières bases de la thérapie institutionnelle qui continuera à y être développée, notamment par François Tosquelles, Jean-Oury et Felix Guattari à la clinique de la Borde.

Vingt ans plus tard, la politique dite « de secteur » intègre les soins hospitaliers dans un système extrahospitalier, découpé par zones géographiques qui assure la prévention, le soin et la postcure au plus proche du lieu de vie des patients. Ce mouvement sera les prémices de la période de *désinstitutionalisation*. Ce même mouvement est observé en Grande-Bretagne, pays au sein duquel le psychiatre Maxwelle Jones, fonde une communauté thérapeutique organisée selon un mode participatif dans un contexte général où la folie est appréhendée dans son contexte social et familial (Ehx, brochure autre lieu, nd).

⁴ 'Autre "lieu" – R.A.P.A. (Recherche-Action sur la Psychiatrie et les alternatives)

Dès 1962, Ronald Laing et David Cooper sont les précurseurs d'un changement radical, dans la manière d'appréhender les soins en créant en autres des *communautés autogérées*. D'où la publication qui suivra quelques années plus tard du livre « psychiatry and anti-psychiatry », qui incitera rapidement un mouvement de contestation des pratiques asilaires et hospitalières en un mouvement qui sera déterminant et important pour inviter à une remise en question de la distinction entre le normal et le pathologique qui était très dominant ; cela amène aussi une vision positive de la folie et non plus uniquement en termes négatifs. L'aspect de l'antipsychiatrie permet également de proposer, en dehors de tout diagnostic, une relation thérapeutique basée sur le respect de l'expérience et la parole de « l'autre » (Ehx, brochure autre lieu, nd).

1.2.3 La pensée Basaglienne en Italie

La personnalité marquante du mouvement de la *désinstitutionalisation* est Franco Basaglia⁵. Ce psychiatre a fondé le mouvement « Psichiatria Democratica » qui sera à l'origine de la loi italienne 180 en 1978. ***La priorité de cette loi est de permettre aux personnes présentant des troubles mentaux de pouvoir vivre, travailler et participer à la vie de la communauté, selon une conception qui ne voit pas de rétablissement possible sans maintien des droits.*** La suppression des asiles s'est donc accompagnée d'une nouvelle organisation des soins au sein de la communauté. La loi 180 a évincé de son texte le terme de dangerosité, entraînant la suppression du paradigme de l'internement sur lequel continue de se fonder l'état d'exception de presque toutes les législations nationales en matière de psychiatrie. **A partir du moment où la loi commence à s'intéresser au traitement plutôt qu'à la dangerosité, comme dans le cas italien, un cadre complètement nouveau peut voir le jour dans le champ de la psychiatrie: un cadre où les décisions concernant les traitements relèvent d'un devoir éthique de soin et non plus d'un devoir légal de défense de la société.** Cette partie nous permet de ramener les prémisses du mouvement de désinstitutionalisation qui a débuté dans les années 60 également au niveau des pays voisins y compris en Belgique. (Ehx, brochure autre lieu., nd).

⁵ Franco Basaglia est un psychiatre italien critique de l'institution asilaire et fondateur du mouvement de la psychiatrie démocratique. Durant les années 1960, il est l'organisateur à Trieste et à Gorizia des communautés thérapeutiques qui défendent le droit des individus psychiatisés.

1.2.4 La Belgique

En 1830, la Belgique est déclarée comme un état indépendant. En Belgique, la première législation relative à la psychiatrie s'est ébauchée durant la période allant de 1850 à 1873. Cette législation prévoit la création d'asiles. La collocation reste la règle, mais est balisée par une attestation médicale et une autorisation administrative. Cette décision permet de palier aux dérives observées (abus d'enfermement).

C'est donc en parallèle aux différents mouvements européens que le champ de la santé mentale évolue en Belgique. Cette évolution pourrait se subdiviser en 3 étapes différentes ; *la désinstitutionalisation, la réhabilitation et l'intégration dans le milieu de vie et, enfin, une approche plus globale qui tend vers une inclusion sociale*. Dans les années 60 un mouvement important est acté, c'est la période la plus marquante de l'histoire psychiatrique en Belgique qui est la *désinstitutionalisation*. Cette période a continué à évoluer vers le champ de la pensée actuelle, à savoir une vision d'inclusion sociale (Ehx, brochure autre lieu, nd).

♦ *La phase de la désinstitutionalisation : une approche psycho-sociale en ambulatoire au sein de la communauté*

Au cours du 19^e siècle, on observe un débit important de la médicalisation de la folie. « L'asile » est alors sous la compétence du ministère de la justice. L'endroit devient alors un lieu de traitements mais avant tout un lieu d'enfermement.

En 1920, la création des premiers dispensaires d'hygiène mentale voit le jour. Ces centres sont à l'origine des centres de santé mentale d'aujourd'hui. Au niveau politique, en 1923, *on note la création de la ligue nationale belge d'hygiène mentale qui va venir soutenir les dispensaires et développer les idées d'humanisation du traitement des malades mentaux, mais aussi celles du maintien de la santé mentale de la population, du dépistage et de la prévention des pathologies mentales* (Van den Eynde & Vanhaverbeke, 2013).

En 1948, ces compétences sont transférées au ministère de la santé dans un contexte social de l'État-Providence et de développement de la protection sociale (allocations familiales, assurance vieillesse puis assurance maladie-invalidité). Les asiles d'aliénés sont progressivement fermés. *L'hôpital devient le centre du dispositif de soins, règlementé par la*

loi sur les hôpitaux qui fixe les normes d'agrément pour assurer le contrôle du nombre de lits hospitaliers et le budget associé (Van den Eynde, 2013).

Durant les années 50, on observe une distinction très claire entre les malades chroniques et les malades aigus, ce qui entraîne la fin des asiles d'aliénés qui seront remplacés par des hôpitaux divisés en services de soins (intervention de crise, observation, traitements actifs). Ces services seront principalement axés sur la réadaptation sociale. C'est également au cours de cette même année que l'on découvre les neuroleptiques et les antidépresseurs. (Van den Eynde & Vanhaverbeke, 2013).

Les années 60 seront marquées par la promulgation des lois sur les hôpitaux et la création de l'assurance maladie-invalidité, en 1963 plus précisément, ce qui amène l'idée de la « *reconnaissance* » de la maladie mentale. La législation permet de fixer des normes, des agréments. Un mouvement est aussi observé au niveau de la fonction médicale où les médecins aliénistes se reconvertissent en psychiatres hospitaliers. (Van den Eynde & Vanhaverbeke, 2013).

Vers le milieu des années 60, sur l'aspect social, nous voyons apparaître de nombreux mouvements des travailleurs de terrain qui dénoncent les enfermements de longue durée et la médicalisation à outrance de la « folie ». Les progrès des traitements médicamenteux (psychotropes) et l'apaisement de la symptomatologie ne nécessitent plus, en effet, de cantonner les soins en intra hospitalier. Un retour des patients dans la société avec des soins en ambulatoire deviennent envisageables (Van den Eynde, 2013).

C'est dans cette continuité, que le secteur de la santé mentale a vu le concept de réseau apparaître dès les années 60. Cela s'est créé en opposition aux institutions dites « totalitaires » comme l'hôpital psychiatrique, détenteur d'une sorte de savoir et de pouvoir. Le mot « réseau » recouvrait donc non seulement une dimension critique à l'égard d'une approche exclusivement médicale de la folie mais aussi une idée novatrice concernant la possibilité que la dimension institutionnelle (famille, prison, hôpitaux) puisse être potentiellement pathogène (Genard, 2003 & Van den Eynde, 2013).

Les années qui vont suivre les années 70, vont être clés et capitales pour le secteur de la santé mentale. En 1971 les premiers services K, destinés aux enfants et adolescents vont voir le jour. Va suivre la loi sur les hôpitaux généraux qui s'applique aux service fermés. (Van den Eynde, 2013)

Par ailleurs, sur le terrain, il a été constaté que l'ambulatoire et l'hospitalier ne proposaient pas de réponse pour toutes les situations rencontrées. De nouveaux dispositifs de soins, dits « intermédiaires » (centres de réadaptation fonctionnelle conventionnés avec l'INAMI, appartements supervisés) ont alors été créés, souvent à l'initiative des travailleurs de terrain (Van den Eynde, 2013).

Les années 80 ont marqué un nouveau tournant sur fond de crise budgétaire où un moratoire sur la programmation hospitalière fut imposé (le nombre de lits ne pouvait plus être augmenté). Il ne faut cependant pas limiter les réorganisations des soins envisagées à ce moment (reconversion de lits en nouveaux dispositifs) à la seule logique économique. L'ambition était de viser l'amélioration de la qualité des soins et une articulation plus cohérente des différents dispositifs. En parallèle, durant ces années on a observé l'apparition d'associations de patients qui visaient à sensibiliser et à conscientiser l'opinion publique ainsi que le monde politique sur le vécu de ces derniers. Elles avaient des propositions et des revendications pour améliorer les soins dans le champ de la santé mentale (Van den Eynde, 2013).

A présent, nous abordons donc la seconde phase qui est celle de la réhabilitation psychiatrique.

♦ *Phase de la réhabilitation et de l'intégration dans le milieu de vie*

En mai 1989, le rapport commandité aux universitaires Groot et Breda par les autorités politiques recommandait de « **discerner les établissements mettant l'accent sur la thérapie «cure» et ceux axés sur les soins «care»** » (Van den Eynde, 2013). Ces recommandations furent essentielles dans la vision politique de l'organisation des soins puisqu'elles orientaient vers des soins dispensés au sein même de la société (ambulatoire) et plus uniquement au sein des hôpitaux (Van den Eynde, 2013).

C'est ainsi que la première reconversion (1990) a vu la création des Initiatives d'habitations protégées (IHP) et des Maisons de soins psychiatriques (MSP) qui n'ont pas provoqué une réelle

réforme structurelle. Cette reconversion est, en effet, venue s'ajouter à certains dispositifs existants comme les appartements et hébergements supervisés qui avaient été mis en place préalablement par les acteurs de terrain (Thunus et al, 2012). Par ailleurs, ce rapport de Groot et Breda préconisait aussi d'améliorer l'organisation des dispositifs de soins de santé mentale et leurs articulations l'un avec l'autre (Van den Eynde, 2013).

S'en suit la loi du 26 juin 1990⁶, qui abroge la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés ; elle met fin au régime administratif de la collocation et de la séquestration à domicile en lui substituant un système selon lequel les restrictions apportées à la liberté d'une personne en raison de son état mental sont subordonnées au contrôle préalable de l'autorité judiciaire (Van den Eynde ; Vanhaverbeke, 2013).

Au terme de la première phase de reconversion, le Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH, actuel Conseil Fédéral des Établissements Hospitaliers) fut sollicité par les ministres pour évaluer cette première phase. Il a rendu, en 1997, un avis déterminant pour le développement ultérieur des soins de santé mentale, dont l'objectif était d'améliorer la qualité et la continuité des soins. D'une part, il préconisait de changer le centrage du dispositif de soins pour passer d'un centrage sur les institutions vers un centrage sur les besoins respectifs de groupes cibles : adultes, enfants et adolescents, personnes âgées, toxicomanie dépendance, psychiatrie légale et personnes handicapées mentales souffrant de troubles psychiatriques graves (double diagnostic). D'autre part, il recommandait d'organiser pour chaque groupe cible, un réseau et un circuit de soins adaptés aux besoins des publics visés (CNEH, 1997 ; Van den Eynde, 2013).

Plusieurs notes politiques furent élaborées sur ces bases, dont la première, en 2001 dans lesquelles les ministres Alvoet (Santé publique) et Vandenbroucke (Affaires sociales) déclaraient qu'il s'agissait de rendre les réflexions plus concrètes et de les mettre en action. L'utilisateur devient donc le point central du dispositif. ***En 2002, dans la même logique de soins centrés sur le patient, la Belgique adopte la loi relative aux Droits du patient qui fixe ses droits : libre choix du praticien, prestations de qualité, consentement libre et éclairé, possibilité de consulter son dossier, protection de la vie privée et médiation des plaintes.***

⁶ Loi relative à la protection des malades mentaux (26 juin 1990)

En juin de la même année, les ministres fédéraux et communautaires de la Santé signent une « déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins de santé mentale » qui se fonde sur les recommandations émises par le CNEH d'un fonctionnement du secteur en réseaux d'équipements de soins, de circuits et de groupes cibles (Van den Eynde, 2013).

Les années 2000 seront marquées par plusieurs étapes aussi importantes l'une que l'autre, mais dont la plus importante est la promulgation d'une loi spécifique concernant les droits du patient (2002). C'est aussi à ce moment qu'on parlera du consentement des patients. En 2002 apparaîtra la loi sur « l'euthanasie »,.. et c'est à ce moment-là qu'on réinsistera sur la notion de « bientraitance ». *« C'est ainsi que le contexte de l'émergence de la bientraitance nous indique qu'il ne suffit pas, plus précisément qu'il ne suffit plus aujourd'hui, de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain se sente bien traité »* (Hesbeen, Mettre du soin dans les soins, 2015, p.18).

Autrement dit la qualité des soins ne suffit pas, ***« une pratique soignante soucieuse de bientraitance est une pratique qui, outre la volonté de bien faire, est une pratique qui cherche à identifier et à prendre en compte ce qui est important pour une personne dans la situation qui est la sienne »*** (Hesbeen, 2017, p.40).

La poursuite des avancées législatives vise des soins humanisant pour nos patients au cœur des unités de soins. A ce même moment tous les ministres compétents en matière de santé publique et des affaires sociales signent également une déclaration conjointe organisant les soins de santé mentale en « circuits » et « réseaux » de soins afin de répondre au mieux aux besoins des personnes présentant des problèmes psychiques. En 2005, en adhérant à la déclaration d'Helsinki (conférence ministérielle européenne de l'OMS) aux côtés de 52 autres pays, ***la Belgique s'engage à poursuivre certains objectifs selon une philosophie d'organisation de soins menés le plus possible au sein du milieu de vie des personnes.*** Dans la foulée le concept de « projet thérapeutique » et de « concertation transversale » verra le jour au sein des notes publiées par le ministre des affaires sociales et de la santé publique. ***En 2007 c'est au tour de la loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental qui viendra à être remplacée.***

Les années suivantes, le champ de la santé s'est concentré sur la mise en œuvre des visées politiques de réorganisation en réseaux et circuits de soins centrés sur des groupes cibles. L'implémentation de ces politiques s'appuyait sur une concertation transversale entre les différents acteurs du terrain au moyen de projets thérapeutiques (Thunus et al, 2012).

Cependant bien que les projets tels que les Soins Psychiatriques à Domicile (SPAD) aient trouvé leur place en apportant une réelle réponse aux besoins énoncés par le CNEH, ils ne soutenaient pas une restructuration globale des soins en santé mentale. Le nombre de lits psychiatriques en Belgique reste encore le plus élevé parmi les pays occidentaux.

Nous comprenons donc que l'objectif de désinstitutionalisation n'a pas encore abouti et que les soins commencent à être inclus dans la société, même si l'hôpital reste le lieu de référence.

En ce qui concerne les patients « internés », en 2008, la réforme de la loi concernant les internés (mesure de défense sociale) est en cours tandis que la modernisation des annexes psychiatriques des prisons s'amorce seulement. Par ailleurs, la réorganisation des soins sous forme de « réseaux et circuits » a été lancée sous forme de « projet » (Van den Eynde ; Vanhaverbeke, 2013).

♦ *Phase d'une approche globale : visée de l'inclusion sociale*

En 2009, la Conférence Interministérielle Santé Publique s'accorde sur les modalités permettant le financement des réseaux et circuits de soins (mise en application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux), ce qui permet à la réforme actuelle, surnommée « Psy 107 », de se concrétiser (Walker et al, 2019). La technique de financement de cet article 107 consiste à réaffecter le budget lié aux lits psychiatriques de l'hôpital, qui accepte sur base volontaire, de les fermer, en moyens financiers pour des soins extramuros. Le calcul des gels de lits se transforme un nombre d'équivalent temps pleins qui seront attribués aux nouvelles équipes mobiles (Walker et al, 2019).

En 2010, le Guide « Vers de meilleurs soins de santé mentale » est présenté officiellement aux intervenants du secteur. Il vise le « *maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés* » (Guide, 2010, p.8). Ce nouveau modèle de soins est axé sur **la désinstitutionalisation et l'inclusion**

(définie comme « *la réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...* »), **la décatégorisation**, **l'intensification** des soins au sein des hôpitaux, et enfin la **consolidation** avec la régularisation des différents projets pilotes (Guide, 2010, p.8).

En 2009, la Conférence Interministérielle Santé Publique active l'application de l'article 107 de la loi pour les institutions de soins psychiatriques. Elle constate que lorsque les soins en santé mentale sont axés sur la communauté, il y a moins de traitements résidentiels et les problèmes psychiques peuvent être traités avec plus de succès (Jacob & al, 2016).

En 2010, les ministres compétents en la matière approuvent la mise en place de « meilleurs soins de santé mentale » par la réalisation de circuits et réseaux de soins. ***Une idée principale est de centrer les efforts de tous les acteurs de soins de la santé mentale sur la collectivité dans le milieu de vie des personnes et pour ce faire les différents niveaux de pouvoir proposent d'intensifier la collaboration entre tous les acteurs de la santé mentale et autour de 5 fonctions interdépendantes.***

Cette réforme a été mise sur pied afin de répondre aux principes fondamentaux de la déclaration conjointe de 2002 et de poursuivre les visées de la déclaration d'Helsinki. Malgré les démarches déjà entreprises pour tenter d'ancrer les soins de santé mentale dans la communauté, la Belgique est encore confrontée à des temps d'hospitalisation assez longs et possède l'un des ratios les plus élevés de lits psychiatriques par nombre d'habitants : le nombre de lits psychiatriques par rapport au nombre d'habitants en Belgique est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE. « ***La Belgique compte encore 1,37 lits psychiatriques par 1000 habitants, soit le deuxième chiffre le plus élevé au sein de l'OCDE*** » (OCDE, 2020).

Comme exposé précédemment, plus de 80 % des moyens financiers dévolus aux soins de santé mentale sont consacrés aux soins résidentiels (hôpitaux psychiatriques, maisons de soins psychiatriques, Initiatives d'Habitations Protégées).

Cette nouvelle offre d'opportunité de soins est axée sur les soins dans la communauté et moins le résidentiel et s'est concrétisée dans la définition des 5 fonctions⁷ des équipes mobiles. (Jacob & al, 2016). Néanmoins celle-ci n'est parfois pas compatible avec toutes les problématiques de santé mentale.

Pour faire suite à la définition de la santé mentale de manière large, ainsi qu'aux repères historiques majeurs, je vais m'intéresser, par la suite, au vif du sujet à savoir la psychiatrie médico-légale et les personnes internées également appelées personnes non criminellement responsables (PNCR).

1.2.5 La psychiatrie médico-légale et les personnes internées, personne non criminellement responsable (PNCR)

La psychiatrie médico-légale peut être définie comme une « *sous-spécialité de la psychiatrie dans laquelle l'expertise scientifique et clinique est appliquée à des questions juridiques dans des contextes de droit qui englobent des questions civiles, criminelles, correctionnelles ou législatives* » (American Academy of Psychiatry and the Law, 2006). Selon Völm & al en 2019 une autre proposition de définition est faite, plus succincte et situe la psychiatrie médico-légale « *entre la loi et la psychiatrie* ».

La psychiatrie médico-légale est donc une sous-discipline de la psychiatrie qui oscille entre le monde médical et le monde judiciaire. Les patients internés adultes sont considérés comme irresponsables de certains de leurs actes au moment des faits, car ces derniers sont induit par une décompensation psychiatrique aïgue.

Selon To & al, en 2015, les PNCR souffrant de troubles mentaux et résidant dans des établissements médico-légaux ont souvent des besoins de soutien complexes et de multiples problèmes à aborder dans le traitement (patients avec diagnostic psychiatrique double voire triple).

⁷ Première ligne, équipes mobiles, réhabilitation psycho-sociale, soins hospitaliers et habitat

D'un pays à l'autre les représentations de l'aspect « non responsable » sont variables et nuancées. Dans beaucoup de pays, les personnes ayant commis un crime ou un délit et présentant une pathologie mentale ayant altéré leur discernement sont reconnues, par un tribunal, comme « *responsables, non responsables ou partiellement responsables* » et peuvent faire l'objet d'un internement. Dans les pays anglophones (USA, UK, Australie ou Canada), c'est la notion de « *sain d'esprit* » au moment des faits qui est évaluée. Aux Pays-Bas, en Belgique ou en Allemagne, des échelles d'évaluation psychiatrique de la personne sont utilisées.

Les pays scandinaves considèrent que tout délinquant est responsable de ses actes (Grossi & al., 2017).

1.2.5.1 Internement, la vision de la non-responsabilité et du soin

Les visions, les perceptions et les enjeux entourant la santé mentale se sont complexifiés au cours des dernières décennies, non seulement à cause des neurosciences ou de la psychologie, mais aussi parce **que l'évolution de la sociologie** a accéléré ce que nous savions déjà. Alain Ehrenberg a également publié trois bandes-annonces dans les années 1990. Il a observé la soumission au culte de la performance, ainsi que dans notre révocation des dogmes et autres codes moraux. L'individu est déculpabilisé et pleinement entré dans l'âge de la responsabilité. Cette évolution sociologique s'explique par l'évolution des problèmes chroniques et aigus mais aussi de l'intensité des problèmes de santé mentale. Cette notion de « responsabilité » serait liée aux profils cliniques de patients jugés « irresponsables » de leurs actes, et plus précisément, des patients détenus et libérés aux audiences du tribunal. Les patients détenus passent parfois des années en prison, dans des conditions non adaptées à leurs besoins de soins, avant d'être placés dans des structures médico-soignantes.

Les autorités internationales ont fait appel à plusieurs reprises à une solution rapide à la situation d'être détenu dans un hôpital psychiatrique pénitentiaire. « ***Il y a trop de personnes qui ont besoin de soins, mais qui ne sont pas considérées comme responsables de leurs actes, qui finissent en prison*** » (Cartuyvels & al., 2017). La loi du 5 mai 2014 sur la détention des personnes prévoyait un « ***dispositif oscillant entre sécurité et soins*** » et est entrée en vigueur le 1er octobre 2016 (Cartuyvels & al., 2017).

Ce dispositif reprend trois conditions cumulatives indispensables pour qu'une mesure d'internement soit prononcée : « **personne ayant commis un crime ou délit ayant entraîné une atteinte à l'intégrité physique ou psychique ou une menace** » (1), « **présence d'un trouble mental** » (2) et « **danger de commission de nouvelles infractions** » (3) (article 9).

Cette loi est une approche centrée sur le rétablissement de la personne, l'internement est une mesure permettant de « **dispenser à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société... Ces soins doivent permettre à la personne internée de se réinsérer le mieux possible dans la société et sont dispensés - lorsque cela est indiqué et réalisable - par le biais d'un trajet de soins de manière à être adaptés à la personne internée** » (article 2).

Ce détail est très important car il signifie que l'objectif n'est plus seulement de protéger la société par le biais d'une mesure de sûreté mais surtout de dispenser des soins dans un objectif de réhabilitation. La notion de trajectoire de soins, qui est judiciairisée, fait son apparition puisque le patient a « le droit à des soins » (Jeandarme & al., 2019).

En ce qui concerne le traitement des détenus atteints de troubles mentaux, la Cour des droits de l'homme, dans son article 3, demande aux « **États de veiller à ce que la santé et le bien-être des personnes concernées soient correctement assurés, notamment par la fourniture de services médicaux** » (Droits des détenus, 2020).

L'article 167 de la loi de principes du 12 janvier 2005, applicable aux détenus, dans le cadre législatif relatif aux droits des patients en psychiatrie légale prévoit des restrictions à certains droits des patients en tant que détenus.

La loi du 11 juillet 2018 précise des dispositions diverses en matière pénale et a réformé le chapitre 7 de cette même loi, qui a mis en évidence l'équivalence des soins des détenus avec ceux accessibles dans la société civile. **Le patient interné a droit aux soins et à l'accès à son dossier médical. L'internement est considéré comme une mesure de sûreté et non une peine.** Le patient a le droit de refuser les soins qui lui sont proposés (conseil National de l'Ordre des médecins, 2018). Les différentes réformes visent à transférer l'administration des soins de la prison vers des services appropriés de santé mentale structurés en trajectoires de soins médico-

légales, les établissements pénitentiaires n'étant pas considérés comme des lieux appropriés pour les internés (De Pau & al., 2020).

La mise en œuvre des réformes politiques ont permis une diminution du nombre de PNCR dans les prisons de 1088 en 2014 à 537 en 2019. En 2019, 537 PNCR se trouvaient en prison, 960 en attente d'un placement obligatoire dans des services hospitaliers de santé mentale médico-légale et 1817 étaient en probation (chiffres SPF Justice). Cependant, malgré l'augmentation des moyens mis en œuvre et le transfert des PNCR vers des services de soins de santé mentale médico-légaux, le nombre de PNCR en prison reste considérable (De Pau & al., 2020). Alors que les soins devraient être prodigués dans ces services désignés (Casselman & al., 2017 ; Vander Beken, 2017).

Des mesures et actions concrètes ont été mises en place pour pallier au manque de places dans les institutions de soins ;

Dans un premier temps, **des infrastructures ont été créées et le nombre de lits augmenté.** Des hôpitaux et installations « haute sécurité » ont vu le jour, ainsi qu'une augmentation de l'offre de soins. Des services ont été mis sur pied et dédiés aux doubles voir triples diagnostics. Cette augmentation du nombre de places offre aux services la possibilité pour la mise en place de « time-out », qui empêche les retours en prison (De Pau & al., 2020).

Des sous-groupes spécifiques de PNCR, tels que les femmes, les déficients intellectuels ou ceux ayant commis des crimes sexuels peuvent également être pris en charge dans des unités de sécurité moyenne et des services de santé mentale à faible sécurité (Cartuyvels & Cliquennois, 2015; Pessout & Pham, 2019). Les services de santé mentale, tels que les hôpitaux psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées et les équipes outreaching offrent également des capacités supplémentaires (De Pau & al., 2020).

Toujours dans la même logique les « staffs » ont été revus et leur nombre augmenté. Le SPF Santé Publique favorise et finance des dispositifs de soins spécifiques aux patients internés.

Début 2020, le SPF Santé Publique a publié un rapport d'activités sur les données d'hospitalisations surveillées par TSI en 2018 dans le cadre de la Réforme 107. Parmi ces données, nous avons remarqué que la majorité des demandes provenait d'institutions à haute

sécurité et qui ont accepté plus de 4 demandes ultérieures sur 5. La durée totale du suivi était en moyenne d'un an. En fin de prise en charge, moins de la moitié des détenus suivis se trouvaient dans des établissements de haute sécurité. Notons également que si l'on suppose que les établissements pénitentiaires ne sont pas des lieux de soins, près d'un patient sur huit ne bénéficiera pas de soins répondant aux objectifs des réformes engagées.

Au niveau de la trajectoire TSI, De Pau & al (2020), ont mis en évidence des lacunes dans la mise en œuvre de la trajectoire de soins en psychiatrie légale. Plusieurs patients hospitalisés ont souligné leur manque de participation à la prise de décision. Ils ont également souligné un manque de réponses à leurs besoins exprimés en matière de thérapie, de soutien social et psychologique.

Les trajectoires de soins des PNCR sont souvent caractérisées par de multiples transitions d'un service de santé mentale médico-légal à un autre et par de longues périodes d'admission. Une trajectoire de soins est principalement construite pour promouvoir le rétablissement et conduit finalement à une libération (Tucker & al., 2018). Les trajectoires de soins devraient être conçues pour rencontrer les besoins des patients, tels que l'évolution des besoins de sécurité ou les besoins de soins (Tucker & al., 2018). Une approche individuelle et continue des soins est destinée à aboutir à des transitions harmonieuses de l'institutionnel vers les soins communautaires (Klingemann & al., 2019).

Les approches adaptées et multiples vont permettre de pouvoir combiner plusieurs approches, elles inciteront le rétablissement et le besoin de sécurité requis. Des pays voisins ont opté pour une approche ciblée sur la création d'espaces de soins sécurisés mais en visant la désinstitutionalisation comme objectif en soi.

La Belgique quant à elle, se situe au milieu de ces deux approches et a décidé de se baser sur un modèle de continuité, au même titre que d'autres pays comme la France et le Portugal. Il n'y a pas une approche meilleure qu'une autre. Et en ce qui concerne la thématique qui m'occupe aucune donnée n'existe sur la notion de « l'humanisation des soins ». Ce qu'on peut dire par contre c'est que cette approche au sein de la réforme 107 est basée sur la méthodologie du « rétablissement » et celle du patient partenaire.

1.3 La méthodologie du rétablissement, une avancée à l'humanisation des pratiques soignantes

La méthodologie du « rétablissement », est un concept qui permet d'adopter et de changer nos pratiques de soins pour aboutir à de nouveaux modèles d'organisation des soins. Les changements et l'adhésion à ce nouveau paradigme sont une réelle opportunité, expérience humaine à grande échelle qui permet de repenser les missions, les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire au cœur des unités des soins (CHJT, 2020).

Afin d'alimenter cette partie, je me suis inspirée d'une formation que j'ai pu suivre en distanciel durant l'année 2020-2021 et qui traite de la « réhabilitation psychiatrique » dispensée par Deleu Guy.

Au sein de la littérature on retrouve aisément différentes définitions et conceptions de la notion de « rétablissement, de la réinsertion, de la réhabilitation psychiatrique mais encore celui de la réintégration,... ». Selon les auteurs Deegan, 1998, Tuner, 2002 ; Bonney & Sticklay, 2008 ; et Slade & al, 2014. On remarque qu'il y a toujours **deux approches essentielles basées** sur le concept du rétablissement ; **celle du rétablissement clinique et celle du rétablissement personnel** (Deleu, 2020-2021).

Une première approche amenée par Liberman, définit le rétablissement clinique en 4 parties : la *décompensation*, la *résolution*, la *rémission* et pour terminer celle du *rétablissement clinique* (Liberman, 2008).

Celui-ci complète le concept par la deuxième approche qui est celle du rétablissement personnel qui signifie un rétablissement pendant au moins deux ans. C'est-à-dire un retour à un fonctionnement optimal et à une absence de symptômes, des relations amicales, familiales, cordiales, des rôles valorisant dans l'emploi, l'éducation, la formation et des activités de loisirs indépendantes (Liberman, 2008).

William Anthony définissait déjà le rétablissement en 1993 comme « *un processus personnel et unique visant un changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles, c'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, utile et emplie d'espoir, qu'elle soit ou non limitée par une maladie. Le rétablissement implique la création*

d'une nouvelle signification et d'un nouveau but dans la vie de l'individu, qui apprend à dépasser les conséquences dramatiques de la maladie » (Anthony, 2004).

Le rétablissement est possible même si les symptômes réapparaissent. **La fréquence et la durée des symptômes et n'est pas un processus linéaire. Il est parfois plus difficile de se rétablir des conséquences de la maladie que de la maladie elle-même** (Anthony, 2004).

Ce même auteur donnera **une définition de la mission de la réhabilitation psychiatrique** : « il s'agit d'aider la personne avec une incapacité psychiatrique sévère à développer les habiletés et à aménager les soutiens nécessaires pour lui permettre de vivre, d'apprendre, de travailler et se socialiser, avec succès et satisfaction dans les environnements de son choix avec le moins d'aide professionnelle continue » (Anthony, 2004).

Le mouvement du « **rétablissement** » (recovery), s'articule entre l'utilisation des Evidence-Based Practices (EBP) et / ou par un changement de paradigme de soins basé sur d'autres valeurs et d'autres principes que ceux du soin traditionnel et paternaliste au sein des établissements de soins (Deleu, 2020-2021).

Les valeurs propres de la réhabilitation psychiatrique sont **l'intégration de l'usager** au sein de la communauté, **le partenariat soignant-soigné**, la possibilité à **l'usager de faire des choix éclairés**, **l'individualisation du processus** de réhabilitation et la productivité en accompagnant l'usager dans les différentes étapes du processus (Deleu, 2020-2021).

♦ ***Le rétablissement au sein du trajet de soins pour patients internés libérés à l'essai***

Au niveau des patients internés, **le dernier accord gouvernemental en date stipule que** « *les internés doivent pouvoir être pris en charge dans des infrastructures adaptées et faire l'objet de soins et d'un suivi adéquats* » (Accord gouvernementale, 30 septembre 2020).

Il existe une réelle volonté politique de réintégrer ces usagers dans la société ; la prise en charge en santé mentale des patients hospitalisés en Belgique s'étend à des services infirmiers qualifiés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital.

Cependant des obstacles à la réinsertion sociale subsistent pour ce groupe particulier de personnes, qu'elles soient déjà en milieu spécialisé ou même en prison. Ce sont des obstacles importants à considérer lors de la prestation de soins afin de pouvoir trouver des stratégies de soins pour ce public cible. Il existe une forte volonté de s'assurer que les patients hospitalisés puissent être immédiatement intégrés dans le système de prestation de soins de santé traditionnel. Collaboration avec le SPF Justice, le SPF Intérieur et le SPF Santé Publique pour la mise en œuvre du Schéma Directeur Prisons et Détention en 2016 via le master plan⁸.

Pour traduire ces intentions, des investissements importants ont été réalisés en soins ambulatoires ainsi qu'au sein des hôpitaux, comme le nouveau lieu d'accueil "UKUMA" au sein du CHJT.

Le développement de cette unité de soins et la création de la nouvelle équipe ont permis de répondre aux besoins de soins et de déployer des capacités pour accueillir les patients hospitalisés avec une prise en charge à la fois individuelle, mais également intensive.

Le développement des unités de soins, l'augmentation des lits et l'augmentation des effectifs sont des axes essentiels et importants qui nécessitent un encadrement et un accompagnement. La façon dont les soins sont perçus dans l'équipe soignante l'est tout aussi. L'« humanisation » des soins infirmiers est un concept qui doit encore pouvoir évoluer au niveau institutionnel, mais aussi d'un point de vue personnel.

Dans le chapitre qui suit je vais amener la notion du mot « *soin* » qui me mènera aux concepts du care, caring, « prendre soin » pour arriver aux modèles d'organisation de soins humanistes.

⁸ Réflexions et objectifs autour des infrastructures pénitentiaires et accueil des détenus dans des conditions humaines.

1.4 Vers une compréhension du mot « soin »

« Et pourtant, si un certain nombre d'actes et de techniques de soins sont nécessaires pour accompagner certains passages de la vie ou pour intervenir en certaines situations, notamment de la maladie, où de tels actes sont requis, le soin, quant à lui, est nécessaire à la vie, il est nécessaire à tout ce qui fait la vie, dans toute situation de vie, dès lors que l'on accorde de l'importance à ce qui est vivant, dès lors que l'on porte attention aux rapport humains, que l'on se soucie de ceux-ci » (Hesbeen, 2017, p.25)

Virginia Henderson, une des premières théoriciennes des soins infirmiers, identifie un ensemble de besoins fondamentaux de l'être humain et développe des perspectives de soins permettant à l'infirmier.e d'établir, en partenariat avec la personne soignée, des moyens de suppléer aux besoins fondamentaux de la vie qui s'avèrent déficients. Il est vrai que cette approche se limite essentiellement aux besoins (Hesbeen, 2020-2021).

Je vais, dans ce chapitre, éclairer la subtilité qu'il y a entre les « soins » et le « soin ». La définition du mot « soin » est complexe et multidimensionnelle, elle définit le sens et le moteur même de notre pratique soignante (Hesbeen 2020-2021). *« On fait des soins, on prend soin, on agit avec soin, ... » (Hesbeen,1997, p.7).*

« Le mot « soin » fait partie de ces termes fréquemment utilisés aux connotations diverses, aujourd'hui un peu flou et galvaudé. Il représente la première mission de tout « établissement de soins » » (Hesbeen,1997, p.7). Cette approche du soin, présente l'aspect « **singulier** » qu'il convient d'adopter.

Au sein de la littérature nous pouvons faire le constat que ce mot est souvent orthographié au pluriel.

*« **Le soin** est définit **comme une attention** que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir, une attention portée, à présenter quelque chose avec netteté, minutie... un souci de bien faire, un effort » (Larousse, 2021).*

« **Les soins** sont **définis comme des actes** par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, des actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps, des actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou à améliorer l'état de la peau, des ongles, des cheveux, des actes qui visent à entretenir, préserver quelque chose » (Larousse, 2021).

Cette distinction à faire entre celle des « soins » et du « soin » est importante, ce sont deux logiques et préoccupations différentes, qui permettent une même vision qui se déclinera au niveau de notre pratique soignante.

Tableau 1⁹ : Différences entre les soins et le soin

<i>Soins</i>	<i>Soin</i>
- Ensemble d'actes et de tâches qui structurent et ponctuent le quotidien - « Faire des soins » - Mesurable, accréditable	- Avoir le souci de se préoccuper de l'autre car on lui accorde de l'importance - Prendre soin - Ce n'est ni mesurable, ni accréditable

Les actes techniques sont nécessaires et indispensables pour accompagner certains passages de la vie afin de la maintenir et d'entretenir un état de santé. « *Le soin s'écrit au singulier et signifie « avoir le souci de » ou « se préoccuper de » . Il est utilisé de la sorte pour exprimer l'intérêt que l'on porte à quelqu'un ou à quelque chose, un intérêt qui se traduit par une attention particulière qui témoigne du souci que l'on a de cet être ou de cette chose* » (Hesbeen, 2017, p.26).

Les techniques des soins infirmiers doivent être connues, acquises et maîtrisées pour l'obtention du diplôme. Lorsque nous débutons notre formation en soins infirmiers, les apprentissages et les cours sont essentiellement basés sur les techniques de soins,... soins de plaies, injections, toilettes complètes du patient (Hesbeen, 2020-2021).

⁹ Formation « care » dispensée au sein du centre hospitalier Jean-Titeca par Walter Hesbeen (juin 2022)

L'un des examens finaux pour l'obtention du diplôme des soins infirmiers est basé uniquement sur des techniques à maîtriser avec des critères prédéfinis à valider mais aussi des critères éliminatoires. Or les soins infirmiers sont un art et ne se limitent pas à des soins mais à chaque soin singulier.

Chaque acte de soins peut devenir un soin unique, mais pas l'inverse. Le soin y compris celui mis dans les soins, **implique une intention soignante, une intention animée et orientée par un certain nombre de valeurs, une intention qui reflète donc la valeur morale que l'on donne à son action.** (Hesbeen, 2020-2021).

Cette attention portée à l'autre nécessite de s'intéresser au sujet qu'est ce malade sans le confondre avec l'objet de sa maladie. Le malade n'est pas la maladie qu'il a. (Hesbeen, 2020-2021).

La notion du soin « au pluriel » (les soins) est donc très complexe, mais le soin au singulier l'est tout autant. **Les soins et le soin, ne s'opposent pas, mais la nuance est présente pour les distinguer et ne pas les confondre.** Il y a lieu de toujours garder à l'esprit que *« le soin n'est pas à confondre avec les soins et l'excellence de la pratique des soins, pour nécessaire qu'elle soit, n'indique en rien la pertinence du soin porté à la personne à qui se destinent ces mêmes soins »* (Hesbeen, Le soignant, les soins et le soin, 2012, p.2).

Tout le monde n'est pas habilité à prodiguer des soins, pour ce faire, il est indispensable d'avoir un diplôme, une autorisation et de décliner ces soins au sein d'un milieu professionnel. Le « prendre soin » concept que nous verrons un peu plus bas, ne requiert aucune autorisation. (Hesbeen, 2020-2021).

Au-delà de cette autorisation, s'ajoute la question de la disposition de l'humain que je suis à l'égard de l'autre et cette disposition n'a pas besoin d'une autorisation non plus. Les études et les enseignements ne mettent parfois pas cette notion assez au clair. L'entrée au cœur de cette formation des soins infirmiers est parfois une entrée à « l'aveugle » où un monde reste à découvrir, ... Les demandes, les exigences et les attentes de certains étudiants ne correspondent pas toujours à la réalité du terrain (Hesbeen, 2020-2021).

Cette distinction entre les soins et le soin, se traduit par ***l'intention qui anime*** le soignant dans sa pratique, une pratique soignante porteuse de sens. Cette intention n'est pas innée et ne « va pas de soi ». Elle nécessite une réflexion, un cheminement et une réflexivité du soignant dans sa pratique et ce au quotidien, mais aussi une considération et de l'estime accordée à sa pratique, aux patients et au soin qui leurs est destiné (Hesbeen, 2020-2021).

L'adoption d'une pratique soignante porteuse de sens apporte une autre perspective... Une perspective qui se différencie notamment par le regard que le soignant porte sur le soigné. Ce regard et cette attention favorisent une approche singulière de la personne. Le soignant envisage donc sa pratique autrement et ce avec humilité « *dans la relation de soin, l'humilité nous conduit, malgré notre expertise professionnelle parfois très poussée, à comprendre que nous ne sommes pas pour autant l'expert de l'existence de l'autre* » (Hesbeen, Les mots « fragiles » du prendre soin, 2018, p.21).

Faire preuve d'humilité demande un engagement ; « *Le soin dans la relation à l'humain autant que dans l'atmosphère qui se dégage d'une équipe ou d'un lieu requiert d'œuvrer en permanence pour le faire advenir et pour l'entretenir. Cela ne va pas de soi et n'est pas acquis une fois pour toutes. Le soin demande un effort car le soin est exigeant et nécessite un engagement* » (Hesbeen, Le soignant, les soins et le soin 2012, p.7). Cet engagement se construit et s'élabore au fur et à mesure du temps, de l'expérience, des rencontres, mais surtout de l'intériorisation et de l'appropriation que l'on en fait.

Pour conclure cette partie, je terminerai avec une phrase qui fait sens et écho dans ma pratique soignante au cœur de la psychiatrie médico-légale. Celle de Serge Philippon « ***il ne peut pas exister de juste soin sans la mobilisation intellectuelle du soignant dans le but de comprendre, le plus finement, le plus judicieusement possible, la situation que la personne a à vivre et pour laquelle elle sollicite plus ou moins volontairement l'aide médicale voire psychologique et sociale*** » (Philippon, 2015).

Au sein de toute relation de soins et plus particulièrement au sein des soins psychiatriques, la mobilisation intellectuelle est indispensable afin d'être toujours au plus proche du besoin du soigné, faire preuve d'empathie et d'attention dans la relation de soin et d'écoute, une écoute « vraie », « authentique » et tournée vers le soigné.

La pratique en psychiatrie médico-légale demande aussi une « mentalisation » de ce que « l'autre » ne peut dire, ce qui exige une attention, intention, finesse et vigilance constante et cela lors de chaque rencontre.

Je vais maintenant me pencher sur le concept du « care », qui permet une évolution et un cheminement vers une même vision, à savoir celle des soins humanistes.

1.4.1 « Le care », une vision humaniste du soin

Le développement de ce concept va permettre d'amener une vision singulière, unique et humaine du soin.

A commencer par une définition générale présente au sein du Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers ; « le care » amène le soignant à « *adopter une attitude empathique et donc capable de sortir de son cadre de référence pour respecter celui du patient. Le « care » englobe également la capacité de s'occuper d'autrui et de lui porter attention de façon individualisée* » (Paillard, 2015, p. 71).

Le concept actuel du « *care* » a évolué à la suite de certaines avancées, il est important de pouvoir retracer les éléments pertinents et en lien avec ce concept pour obtenir une meilleure compréhension des enjeux actuels.

En 1965, nous assistons à l'arrivée de la notion de « soins palliatifs », qui amène **l'attention portée sur la personne**. Dix ans plus tard, **l'humanisation architecturale** de la médecine est repensée, l'abolition des salles communes pour des chambres à 4 lits est établie. Nait alors un projet ambitieux de santé publique qui se nomme « *la santé pour tous pour l'an 2000* ».

Lors de la parution du livre « *in a different voice* », Carol Gilligan, introduit ce terme au sein des débats sociétaux. Selon elle, *le « care » se définit par un souci fondamental de bien-être d'autrui et centre le développement moral sur l'attention aux responsabilités et à la nature des rapports humains* » (Paperman, 2010).

Elle mettra en évidence l'existence « *d'une voix morale différente* », c'est-à-dire une façon différente de résoudre les dilemmes moraux, basée non pas sur les critères de la loi et de l'impartialité comme c'est le cas pour l'éthique de la justice, mais sur *des critères relationnels et contextuels* » (Paperman, 2010).

En 1983, Arlie Hochschild parlait du « care » comme suit : « *le terme sans équivalent en français, caractérise une relation d'aide, familiale ou professionnelle ; désigne tout à la fois, l'activité de soin à une personne qui en dépend et le souci de la réception de ce soin, sa singularité résident dans cette combinaison affûtée de compétences techniques et émotionnelles* » (Noël-Hureaux, 2015).

Ce terme se précise avec l'apport de deux sociologues britanniques Finch et Groves qui, en éditant un ouvrage en 1983, parlent d'une combinaison de sentiments, d'affection et de responsabilités accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face à face (Noël-Hureaux, 2015).

Un tournant majeur sera marqué en 2002 par l'instauration de la loi sur l'euthanasie dans un objectif premier de « *lutter contre la souffrance à tout prix* » (Noël-Hureaux, 2015).

S'en suivra, le 22 août 2002, la loi relative aux droits du patient. Cette loi amène le concept et la notion de la « *bientraitance* » à côté de celui de l'excellence techno-scientifique, on attendra des soignants une considération et une sensibilité au niveau des soins.

Une étude qualitative réalisée par l'HAS en 2009 (Compagnon., Ghadi, 2009) a mis en lumière, et ce sur base de témoignages de patients et de leurs proches, mais également de professionnels de la santé, que les soignants peuvent avoir des attitudes de maltraitance. Celles-ci peuvent aller du non-respect de l'intimité et de la dignité, à l'indifférence, aux menaces et humiliation voir à la violence. Les professionnels reconnaissent donc certains agissements, mais ceux-ci sont banalisés. « *C'est parfois toute une organisation maltraitante qui s'est instituée progressivement et qui est tolérée voire acceptée par tous les soignants* » (Compagnon., Ghadi., 2009).

A l'heure d'aujourd'hui lorsqu'on nomme le mot « care », il faut également parler du mot « cure » qui envisage le soin à visée thérapeutique et « to care », plus difficile à traduire en français qui « *couvre à la fois les termes de sollicitude, de soin, d'attention, de responsabilités, de compassion, de souci de l'autre* » (Svandra, 2008).

Différents auteurs ont donné des définitions du mot « care » ;

Le mot « care » renvoie à **deux acceptations** ; la première signification relative au souci ou à l'inquiétude pour l'autre et dans la seconde signification une référence à la notion de soin et d'attention porté à autrui (Morvillers, 2015).

Dans une approche étymologique, il y a la représentation d'une seule et même idée, c'est-à-dire le renvoi au sens même **d'affliction, de douleur, d'inquiétude...** Le sens premier « du care » **renvoie de manière générale au registre des émotions et des affects** « *le registre du cœur en quelque sorte* » (Morvillers, 2015).

Joan Tronto, définit quant à elle le care comme « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous- même et notre environnement, tout éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (Tronto, 2008).

Selon elle toujours, quatre phases du « care » sont identifiées, à savoir ; **se soucier de, se charger de, accorder des soins, et recevoir des soins** (Tronto, 2008).

Un problème persiste cependant c'est la représentation du « care » qu'il peut y avoir au sein des équipes soignantes. Il peut exister des conflits, des divergences au sein d'une même équipe sur ces quatre phases.

En fonction du regard clinique de tout un chacun mais aussi en lien avec la qualification, la fonction, le rôle et les missions de chacun. Ces avis peuvent aussi être induits par la limitation des ressources et le sens des tâches et du travail.

« Le care » peut renvoyer un aspect positif mais aussi un aspect négatif ; au niveau négatif on notera comme cité plus haut ; la douleur, l'inquiétude et l'aspect positif ; où il renvoie à la notion de l'attention, de l'accompagnement, la notion de « sollicitude » (Morvillers, 2015).

Cette définition permet d'élargir le champ à la sollicitude qu'une personne, qu'un soignant peut avoir envers l'autre, elle vient soulever la question de **l'aspect multidimensionnel du soin**, de **l'interconnexion entre les individus**, la possibilité qu'ils ont d'évoluer en étant interalliés, ce qui amène aussi de manière plus large cette existence du soin au sein du monde politique et social.

Au-delà des définitions énoncées et de ces deux concepts au sein de la littérature, il est important de spécifier l'élément suivant ; *« Le recours aux termes « cure » et « care » n'est donc pas plus éclairant car ceux-ci n'apportent pas de précision quant à l'intention qui anime les professionnels, alors que c'est cette même intention qui est déterminante dès lors qu'il est question de « prendre soin » (Hesbeen, 2017, p.43).*

Cette précision met en avant la notion « d'intention », de « souci de l'autre », ... amène aussi la réflexion que le « **care** » peut être mis en pratique et en place par toute personne autre qu'un soignant.

En tant que soignante travaillant au cœur d'une clinique « psychiatrique », cette nuance faite me touche plus particulièrement et il me paraît indispensable de pouvoir s'en imprégner pour être au plus proche de la relation d'aide avec le patient et de l'identification de ses besoins.

En psychiatrie, nous travaillons avec beaucoup d'intervenants, de proches autres que des soignants du milieu hospitalier. L'ensemble de ces intervenants (pluridisciplinarité) fait partie « du programme de soins » qu'on peut proposer aux patients et est une réelle force et opportunité. Les proches, les familles, les amis des patients sont très souvent des partenaires de soins, auprès de nos patients et doivent être inclus dans le processus de soin.

Au niveau organisationnel ; *« L'éthique du care souligne l'importance des relations sociales organisées autour de la dépendance et de la vulnérabilité. Elle fait apparaître la centralité de ces aspects de la vie humaine qui constituent les angles morts pour l'éthique de la justice. L'éthique du care contribue ainsi à renouveler le regard sur la vulnérabilité constitutive de l'existence humaine » (Paperman, 2010).*

Nous constatons que si le fond du terme « care » semble bien clair pour les différents auteurs, la manière de l'envisager est cependant assez floue. Les divergences ne viendraient pas de la définition en tant que telle, mais plutôt au sein de « *la pratique sociale et professionnelle du care* » (Morvillers, 2015).

Le « care » aborde à la fois une dimension personnelle et une sensibilité qui fait émerger une capacité empathique à se soucier de l'autre,.. ***Le care devient alors le « caring », l'intention qui anime le soignant.*** Le care et le caring, devraient pouvoir se marquer au cœur de chaque institutions de soins.

1.5 Le caring

« L'école de pensées du caring est caractérisée par une pratique infirmière centrée sur l'accompagnement, c'est-à-dire « être avec » la personne, cette dernière étant considérée comme unique et en interrelation avec le monde » (Cara et al, 2016).

Un premier niveau d'analyse a été fait en distinguant et nuanciant les termes « soin et soins » pour ensuite continuer avec les concepts de « cure et care ». Nous pouvons donc nous centrer à présent sur le concept du « caring » concept au plus proche de la pratique infirmière et soignante pour ensuite lors du prochain chapitre réfléchir à « comment ces concepts s'implémentent au cœur de l'humanisme soignant ».

Selon Mayeroff (1971) le caring c'est « *l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser,...dans un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son propre développement,...* ».

Schön (1983) penseur et pédagogue, quant à lui parle du caring comme une pratique et activité réflexive qui inclut « le savoir dans l'action », cette réflexion se situe dans l'action mais aussi dans la pratique.

Un autre point de vue amené par Patricia Benner explique que le caring signifie « *être en relation (...)* ***Le caring est primordial dans la pratique*** en ce sens que l'infirmière doit explorer les relations, les événements et les projets qui ont de l'importance pour la personne soignée

(...) *Ce qui lui permet de découvrir ce qui est fondamental pour cette personne (...)* » (Benner as cited in Potter, A. et al, 2009).

Duquette et Cara présentent ce concept d'une autre façon en introduisant la dimension *humaniste du soin*, comme elles le citent : « *Le caring permet aujourd'hui d'affirmer notre identité professionnelle dans un contexte où les valeurs humanistes sont fréquemment et intensément questionnées et bousculées* » (Duquette & Cara, 2000).

Au-delà de cette dimension humaniste du soin, Madeleine Leininger, considérée comme pionnière du développement du « caring » au niveau des soins infirmiers, mettra en avant une prise en compte et l'imprégnation faite par l'infirmière **de la culture et des valeurs de la personne soignée** afin que les soins qui sont proposés soient réellement bénéfiques et adaptés.

Madame Leininger a, entre autre, aussi travaillé sur les variations interculturelles (30 cultures différentes) concernant les représentations du « caring ».

Cara Chantal (2016), alimente cette prise en compte en amenant **un point de vigilance sur le fait qu'actuellement les aspects technologiques sont souvent mis en avant au détriment des aspects humains**. Les rôles, les missions propres des soignants sont souvent « pollués » par des aspects plus administratifs ce qui tend parfois à déshumaniser le soin prodigué au patient. Cette vigilance est importante à prendre en considération car elle va dans le sens contraire de ce que la théorie du « care » prône (Létourneau & al., 2016).

Les travaux réalisés par Jean Watson sont souvent cités en référence dans le milieu infirmier. Watson fonde une théorie nommée « l'human caring ». « *Cette théorie permet de se remettre en question et de renouer avec nos valeurs et racines professionnelles sur un plan plus profond. Une théorie qui représente une sorte d'archétype d'une idée de soin* » (Cara, 2003).

« L'human caring » permet en quelque sorte d'aborder un plan plus profond et d'avantage multidimensionnel « du prendre soin ».

Ce concept ne s'arrête pas uniquement sur « la relation à l'autre ». C'est aussi et surtout une boîte à penser, un élan qui permet une réflexion, une philosophie, une école de pensées.

Les soins prodigués au quotidien avec les valeurs du « caring » permettent d’aborder de manière plus aisée le travail, de *remettre les valeurs au centre et du sens dans les tâches effectuées*.

Le caring est une occasion qui survient à un moment défini (dans l’espace-temps) et est traduite par une rencontre entre le soignant et le soigné. Chacun se rencontre avec son histoire de vie, Watson *parle également de champ phénoménal unique*, par une transaction d’humain à humain (Watson, 2006). Durant cette rencontre et à l’occasion d’un moment de « caring », l’infirmière prend conscience de sa présence authentique et du fait de vivre ce moment unique. (Watson, 1999).

Jean Watson invite à aborder la discipline infirmière comme la science du *caring*. A l’inverse des facteurs curatifs, elle identifie des facteurs caratifs qui fondent la démarche soignante. *Ces facteurs caratifs sont empreints d’une philosophie humaniste qui est la clé d’une approche soignante* (Watson, 1999). Ce corpus de connaissance ne cesse de s’accroître et de s’intensifier.

Les facteurs caratifs sont :

1. *Système de valeurs humanistes et altruistes ;*
2. *Croyance-espoir ;*
3. *Prise de conscience de soi et des autres ;*
4. *Relation thérapeutique d’aide et de confiance ;*
5. *Expression de sentiments positifs et négatifs ;*
6. *Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes ;*
7. *Enseignement-apprentissage transpersonnel ;*
8. *Soutien, protection et/ou modification de l’environnement mental, physique, socioculturel et spirituel ;*
9. *Assistance en regard des besoins de la personne ;*
10. *Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles.*

(Cara, C. & O’Reilly, L. , 2008) .

De manière globale, nous pouvons observer beaucoup de similitudes dans la revue de la littérature. Le point d'attention important est qu'il faut faire preuve de vigilance quant à l'interprétation et l'application « du caring ». Cet aspect doit être adapté en fonction du secteur d'activité de soins dans lequel on travaille, et ces valeurs doivent donc être adaptées et ajustées en permanence.

Une métasynthèse développée en 2007 par Finfgeld-Connett basée sur le caring spécifie que malgré la complexité du concept et l'existence de plusieurs définitions, « ***le caring contribue au rétablissement de la santé ainsi qu'au bien-être des personnes soignées et des infirmières*** ».

Il n'est donc pas simple de s'approprier cette théorie du « caring », une des approches possibles au cœur des soins de santé mentale et psychiatrique, sera de pouvoir prendre des moments pour réaliser des approches « réflexives », supervisions d'équipe avec des intervenants externes, sur des situations de vie concrète de patient (vignette clinique). Celles-ci permettront aux équipes de s'approprier les valeurs humanistes de soin, de se mettre en mouvement réflexif et de s'accorder sur le sens de sa pratique soignante.

Lors de l'élaboration de la revue de littérature, j'ai constaté que les termes « *caring* » et « *soins infirmiers* » sont toujours proches et associés comme si c'était l'équivalent l'un pour l'autre, contrairement au concept de « prendre soin ».

Dernière nuance que j'apporterai est celle du « prendre soin », celle de « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* » (Hesbeen, 1999, p.8).

Cette phrase met bien en évidence le fait que « prendre soin » ne requiert pas un diplôme particulier mais bel et bien d'une attention et d'une intention.

1.6 Le caring et le prendre soin

Le **caring** se présente comme « *une théorie, une science et une philosophie* » alors que le « *prendre soin* » est présenté comme **une philosophie, une valeur**, une façon d'aller dans l'existence (Hesbeen, 1999,p.14).

Après les différentes nuances apportées au « caring » et l'exposition de la théorie de Jean Watson, il est important de pouvoir se questionner sur le lien qu'il pourrait y avoir entre le caring et le prendre soin ?

« Si le caring et le « prendre soin » me semblent effectivement très proches et s'inscrivent indubitablement dans une tonalité soignante par essence humaniste, ces deux approches ne peuvent néanmoins être confondues même si elles présentent un certain nombre de similitudes » (Hesbeen,1999, p.1).

Le point le plus important que nous pouvons relever au niveau des similitudes est de l'ordre **d'une tonalité générale des deux expressions en présence.**

Le caring est une aptitude relevant principalement de la pratique infirmière. Mais l'intention qui l'anime peut se partager au sein d'une équipe pluridisciplinaire, *« cette intention, en effet, nécessite, pour sa mise en œuvre, une approche soignante certes, mais qui ne peut se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire »*(Hesbeen,1999, p.7).

Si nous nous référons à l'évolution du soin décrite au début de ce chapitre, il semble évident que l'approche humaniste du patient concerne aussi bien les infirmières, les médecins ainsi que tout autre professionnel de la santé qui interagit de près ou de loin avec le patient.

« La faisabilité concrète de prendre soin des hommes et des femmes au sein des structures et organisations ne dépend pas seulement des moyens alloués et des conditions de travail. Elle dépend, également, et nous pouvons même dire le plus souvent prioritairement, de la conception même que les professionnels ont de leur pratique quotidienne » (Hesbeen, 2017, p.42).

Cette distinction entre le soin et les soins, entre « prendre soin » et « faire des soins », illustre la différence contenue dans l'interrogation, « Faut-il soigner les malades ou en prendre soin ? »

« Cette distinction entre le soin et les soins, entre « prendre soin » et « faire des soins » (...), rappelons-le, n'a pas pour but d'opposer les deux expressions « faire des soins » à quelqu'un et en « prendre soin », mais poursuit le but de les différencier afin de ne pas les confondre afin d'éviter l'illusion qu'en faisant bien ce que l'on fait on prend soin de l'être à qui on le fait » (Hesbeen, 2017, p.30-31).

Au sein de la psychiatrie médico-légale le « care », le « caring » sont des termes très souvent véhiculés au cœur des équipes de soin, mais parfois difficile à symboliser concrètement. Dans le cadre de mon métier d'infirmière en chef, je rencontre souvent des nouveaux engagés, des stagiaires qui sont parfois démunis et me demandent « un mode d'emploi » concret du comment mettre en pratique ces deux concepts. Souvent j'observe que les démarches de soins se limitent beaucoup dans le cadre du « faire » et le décalage vers le « savoir-être » est parfois difficile. La mise en œuvre « du soin, de la créativité, de l'intention,.. » est parfois très floue et insécurise les équipes. L'implication de chacun au sein d'une équipe de soins est parfois difficile, l'enroulage, l'assemblage des savoirs, des connaissances, des pratiques, des représentations et de la perception de chacun est un vrai challenge. Les hôpitaux et les soins généraux poussent à effectuer des tâches de manière individuelle et très peu de façon collective.

Ce que j'ai pu comprendre au fil de mon expérience actuelle et de ma gestion d'équipe, c'est que le « prendre soin, le caring » en psychiatrie se construit au fil du temps, au fil de la rencontre et du travail quotidien, mais aussi et surtout au fil des temps informels auprès des patients.

La clinique et la pratique concrètes du soin psychiatrique ne se mesurent pas, s'évaluent difficilement et rarement,... elles s'élaborent au quotidien en jugeant continuellement son intervention et ce au rythme du patient. Le maniement des valeurs propres aux soignants est important et parfois difficile, car demande de faire preuve d'ouverture. Les gestes techniques sont inévitablement mis de côté pour travailler en psychiatrie médico-légale et pour entrer au cœur du processus de soin relationnel. Mais c'est à ce moment-là que la pratique soignante prend tout son sens.

Walter Hesbeen l'a cité dans plusieurs ouvrages : « *la distinction entre les actes de soins que l'on pose et le soin qui peut les imprégner réside précisément dans une intention, une intention dirigée vers ce qui est bien, une intention par laquelle on s'interroge sur ce qui pourrait faire plaisir, sur ce qui pourrait contribuer à apporter un peu de bonheur, à permettre d'être heureux ou un peu moins malheureux* » (Hesbeen, Le soignant, les soins et le soin, 2012, p.6).

1.7 Qu'en est-il de l'humanisme soignant au cœur des pratiques soignantes ?

L'humanisme soignant est un « *courant de pensées qui a été initié en 1995 par les concepteurs et fondateurs de la revue Perspective soignante* » (Hesbeen, 2017, p.45).

Un courant de pensée qui œuvre pour accorder plus d'importance à l'humanité des personnes présentes dans les différentes formes de structures et d'organisations qui ont pour mission de prendre soin des hommes et des femmes malades ou, plus largement, de celles et de ceux qui requièrent une aide professionnelle dans les tâches de la vie quotidienne. L'humanisme soignant et l'humanité se traduisent par ; « *la capacité de reconnaître l'humanité de l'humain, d'accorder de l'importance à cette humanité qui caractérise chacun, de le considérer comme une fin en soi et non seulement le moyen de nos désirs, de nos sentiments, de nos projets, de nos actes, de notre métier ne va pas de soi. Il s'agit bien d'une volonté, d'un parti pris, par lequel nous essayons de voir l'humanité d'autrui, de ne pas la négliger, d'essayer ainsi de prendre en compte cette humanité, quelle que soit la façon qu'a cet autre de se présenter à nous* » (Hesbeen, 2017, p.53).

Agir avec humanisme est complexe. Pour y arriver, il faut préalablement s'être approprié les valeurs fondamentales de la philosophie humaniste qui sont décrites comme des valeurs non négociables. Ces valeurs essentielles se comptent au nombre de trois ; le respect, la considération et la dignité. Celles-ci permettront d'accorder le savoir-être et le savoir-faire de l'infirmière, du soignant.

L'humanisme est perçu et décrit comme une philosophie qui adhère aux valeurs de respect, de dignité humaine et d'empathie mais encore de confiance dans le potentiel des personnes (Buber, 1996 ; Mayeroff, 1990 ; Rogers, 1961).

Plusieurs penseurs de la discipline du soin infirmier ont décrit les soins en s'inspirant de la philosophie humaniste, ce qui est perpétuellement mis en avant c'est une approche humaine et relationnelle du soin (Paterson et Zderad, 1988 ; Roach, 2022 ; Girard et Cara, 2011 ; Boykin et Schoenhofer, 2001 ; Watson, 2011 ; Cara, 2004 ; 2014 ; Cara et al., 2016).

La compréhension de ces idées par ces auteurs n'est pas toujours évidente à comprendre et ne va pas de soi pour des étudiants fraîchement diplômés car le système et l'organisation des soins actuelle ne permettent pas cette transférabilité à une pratique concrète (Cara et al., 2016).

Depuis quelques années nous constatons que les théories de soins humanistes sont incluses mais il reste encore du chemin pour permettre d'implémenter ces auteurs humanistes du soin au cœur de la pratique et ce après les études. Afin de palier à cette notion et articulation entre la théorie et la pratique, il serait important que les formateurs puissent travailler sur l'accessibilité de la compréhension de ces concepts et notamment par le biais d'un travail de vulgarisation (Cara et al., 2016).

Qu'est-ce qui pourrait pousser les institutions d'enseignement à implémenter davantage les concepts de pratiques de soin humaniste ?

Les patients considèrent comme fondamental le « savoir-agir » avec l'humanisme de l'infirmière, notamment sur le plan « bien-être », de leur qualité de vie, de leur sécurité et de leur satisfaction par rapport aux soins reçus. Les patients perçoivent comme une évidence que les soins prodigués soient faits de façon sécuritaire et munis de compétences au sens large (KCE, 2008).

Des infirmières peuvent se rappeler les situations où le patient, sa famille ou ses proches leur ont fait part de leur sincère appréciation de leur « gentillesse », leur écoute, leur empathie, et en milieu anglophone, de leur *caring*.

Mais comme nous l'avons maintenant clairement précisé, « agir avec humanisme est bien plus que de la gentillesse »,...

Toutes ces intentions, ces valeurs font partie intégrante des concepts développés plus haut et seront déterminantes. Ils témoigneront de l'intensité et de la richesse de chaque rencontre.

Ce mouvement est à mettre en lien avec la marge d'autonomie que chaque soignant s'accorde. Le chapitre qui suit, sera donc consacré à cette question et précision importante.

L'humanisme soignant est parfois trop impacté par les contraintes organisationnelles, qui rythment et indiquent un travail qui va à l'encontre des valeurs humanisantes. L'humanisme soignant c'est justement le fait de maintenir et d'apporter en permanence de l'humanité. Nous pourrions même voir ça comme une éthique de la relation à l'humain. Accueillir la singularité de la personne au sein d'une relation de soin et cela dans un contexte où tout pousserait à banaliser. *« La relation de soin se présente ainsi comme une relation d'attention particulière à autrui et par laquelle s'expriment l'intérêt que l'on porte à cette personne ainsi que la reconnaissance de l'être singulier et irremplaçable qu'elle est ; la conviction de sa présence au monde en qualité de sujet, quels que soient son état, sa condition et son histoire et la volonté de lui venir en aide dans ce qu'elle a à vivre »* (Hesbeen, Comment définir le relation de soin ?, 2018, p.26).

1.8 Un questionnement autour de l'autonomie soignante

Cette notion d'intention décrite plus haut, amène la question de *« l'autonomie »*. L'autonomie se traduit sous différents aspects. Je me devais, au travers de ce mémoire et de cette thématique des pratiques et organisation de soin humanisant, de faire cet appel de vigilance. Tant au niveau de la formation des soins infirmiers et ensuite dans le nouveau master « infirmier.e en pratique avancées ».

1.8.1 La formation en soins infirmiers

Dans plusieurs études reprises, les étudiants infirmiers affirment qu'ils ont appris à prodiguer **des soins avec humanisme à partir d'un modèle de rôle** (Adam et Taylor, 2014 ; Bray et al., 2014 ; Cara, 2001).

De nombreux infirmiers et infirmières ainsi que des stagiaires marquent le fait qu'il est difficile pour eux d'adapter une pratique et une attitude humaniste à l'égard des patients (Brown et al., 2008 ; Murphy et al., 2009). Il persiste un réel écart existant entre les soins qu'on souhaiterait offrir et ceux qu'on peut réellement donner aux patients.

Les programmes de cours restent fort axés sur des interventions biophysiques et sur l'aspect du corps. Il est donc observé que les étudiants s'intéressent principalement aux problèmes concrets, visibles, apparents et très peu au vécu. Les maîtres de stages entretiennent cette pensée par le fait qu'il est très souvent demandé au patient de « préparer son cas » le matin et pour ce faire il est requis d'établir « une carte à problèmes » d'un instant « T » pour le patient. Il est important pour soutenir une démarche humaniste de ne pas s'intéresser uniquement à une observation et analyse basée sur les symptômes et les pathologies. En amont à cela il est également important d'insister sur le fait que les établissements d'enseignement et les formateurs redéfinissent le concept du « soin », qui serait basé sur des fondations humanisantes et sur le vécu de la personne soignée.

Cette démarche permettrait d'aider et d'accompagner à construire une identité professionnelle cohérente avec ce changement de philosophie de soins chez les soignants de demain.

J'insiste sur le fait qu'il est indispensable que les responsabilités de l'infirmière soient basées sur des connaissances approfondies des pathologies, maladies, symptômes et complications médicales éventuelles, mais il est également important de se rappeler que le rôle propre de l'infirmière s'articule autour de la santé et cela dans une perspective humaniste, la santé ne veut pas forcément toujours dire « absence de maladie ».

Aborder la santé de l'autre c'est s'intéresser à son vécu, son parcours de soins, son expérience, ses ressentis, et c'est comme cela qu'on sera au plus proche du réel besoin du patient. Une réflexion autour d'une « immersion » de l'expérience de l'autre peut-être aidant.

Mon avis est que nous travaillons avec l'outil principal le plus important qui est « nous-même », un quotidien axé sur la rencontre, le soin relationnel et une série de processus de réflexions personnelles et propres à chaque soignant et ce tout au long du parcours professionnel.

« Comment est-ce que cette situation de vie résonne chez moi ? » pourvoir réfléchir et se remettre en question de façon permanente.

1.8.2 Le master en pratiques avancées

Depuis plus d'un an, une nouvelle formation universitaire est proposée au sein de différents établissements universitaires et s'intitule « *infirmier pratiques avancées* ». « *L'appellation « pratique avancée » sous-entend une vision linéaire du développement de la pratique et de la conception des soins* » (Friard, 2021, p.155).

Ce nouveau master amène à réfléchir autour de **la question de l'autonomie et du rôle propre de l'infirmier**. Cette formation est présentée comme suit : « *Cette formation de deuxième cycle en 120 crédits sera intégralement centrée sur les sciences infirmières. Elle vise l'amélioration continue de la qualité des soins et l'optimisation de la pratique professionnelle, de la gestion, et de la recherche... C'est au regard de ces exigences que ce programme ambitieux correspond au niveau 7 du Cadre européen de Certification* » (Helmo, 2022).

Ce cursus reprend des cours d'expertise et de leadership clinique, met un point d'honneur sur l'autonomie, la communication et la collaboration interpersonnelle et interprofessionnelle mais aussi la prise de décisions au sein des équipes.

Pour ma part, la signification des mots « pratiques avancées » risquerait d'amener en quelque sorte un clivage professionnel, en scindant « les praticiens avancés » et ceux qui ne le sont pas,.. Il y a donc un point de vigilance à adopter.

La thématique de l'humanisation du soin pour laquelle j'élabore une série de réflexions me laisse à penser et me donne l'impression que le développement de cette formation ne traduit pas de manière « logique » une réelle avancée au niveau de l'humanisme soignant et du concept du « care ».

De mon point de vue, cette formation ne fait pas réellement appel à un travail d'intériorité chez les soignants. Le développement du master IPA, aurait pu être un levier mobilisateur à une réflexion autour d'une autre philosophie du soin et d'autres pratiques soignantes.

En quelque sorte, cela pousse l'infirmier.e à s'accomplir dans un domaine qui vient en « opposition » aux valeurs du « care », ... « *Cette fonction sera assortie d'un statut spécifique Infirmier.e de pratique avancée « IPA » et d'une liste de responsabilités, pouvant inclure des*

actes médicaux dans le contexte d'un accord de coopération entre professionnels, les contours de cette nouvelle fonction restent encore à préciser dans la loi ».

(Helmo, 2022).

Je m'interroge donc quant à la faisabilité et l'impact réel de cette nouvelle fonction IPA au cœur des soins médico-légaux,...

Afin de continuer mon cheminement je vais à présent m'attarder à la source même de notre quotidien, qui se traduit par « des valeurs soignantes qui nous animent et font de nos pratiques de soin, des pratiques « humanisantes ».

1.9 Les valeurs soignantes

« Les valeurs soignantes sont ainsi régulièrement évoquées en référence à la pratique des différents soignants sans qu'il soit certain qu'elles soient pour autant bien comprises par les professionnels ainsi concernés. Il n'est pas non plus certain, malgré leur évocation fréquente, qu'elles soient bien présentes, bien vivantes dans le concret de la pratique de chacun » (Hesbeen, 2017, p.65).

Pour que cet engagement de soin auprès des patients soit porteur de sens, il est important de pouvoir mobiliser des valeurs humanisantes, indispensables au métier de soignant. Ce socle de base contient des généralités propres à tout métier de soins. Le travail auprès des patients en souffrance psychique requiert selon moi des habilités supplémentaires. Les valeurs mobilisées par les soignants sont à la fois un patrimoine propre à chacun, mais aussi un apprentissage professionnel, au fil du temps, d'expériences et de rencontres de soin. Les valeurs évoluent, grandissent, se forment au fil du temps.

Il est important de ne pas uniquement « les vivre » mais il faut aussi pouvoir les identifier, les reconnaître et les nommer. Cette démarche demande une réelle implication. Les valeurs qui sont mobilisées au fil du temps doivent aussi être en adéquation avec les valeurs de la culture du soin au sein de chaque institution. Au début des études du bachelier en soins infirmiers, une transmission de savoirs est faite à l'ensemble des étudiants. Ces savoirs doivent pouvoir s'imbriquer d'une façon ou d'une autre avec les valeurs de l'institution de soins et les collaborateurs doivent pouvoir y adhérer.

Outre les actes techniques de soins purs, il y a la notion de compétences à prendre en considération, elles doivent être acquises pour la validation du diplôme. Outre ce diplôme, le soignant doit pouvoir adopter une posture et être dans une disposition « à être en relation avec l'autre, ... ». Cette posture et disposition sont directement en lien avec les valeurs qui animent le soignant.

Walter Hesbeen cite une phrase très illustratrice qui est d' « *insuffler de l'humain dans les soins* ». **Selon moi, une des clés de la réussite professionnelle est l'épanouissement.** Parvenir à jongler avec ses propres valeurs, les valeurs professionnelles et institutionnelles permet malgré les difficultés du quotidien de pouvoir continuer à se dire qu'on exerce un métier porteur de sens et un métier d'amour.

Les valeurs se développent, s'expriment au travers de chaque situation clinique. La psychiatrie médico-légale nous confronte très souvent à des histoires de vie, de vécu difficile qui bousculent en permanence nos valeurs et représentations des soins.

Le mixage des valeurs personnelles, professionnelles et d'équipe sont indispensables à la relation de soin.

Walter Hesbeen marque un point d'attention en amenant le fait que « *sans un travail pertinent et permanent de ces valeurs soignantes, le risque est que des hommes et des femmes puissent se sentir meurtris, atteints en leur être, en leur dignité, sans pouvoir parfois l'exprimer et s'en défendre (...) c'est-à-dire le contraire d'une pratique soignante de qualité* » (Hesbeen, Les mots du prendre soin, 2018,p.13).

Selon une étude menée par Peoc'h et Ceaux sur les valeurs professionnelles, il ressort la définition suivante de l'humanisme : « *L'humanisme est entrevu comme une valeur centrale ; une valeur qui donne du sens et se rend à la conscience du sujet ; une valeur référencée et partagée au centre de la déontologie professionnelle ; une valeur intemporelle construite sur la mémoire ; une valeur qui naît d'un mouvement vers l'autre* » (Peoc'h,N et Ceaux,C., 2012).

Walter Hesbeen quant à lui présente huit valeurs incontournables pour une pratique soignante porteuse de sens et respectueuse des personnes. Les huit valeurs sont déclinées en deux axes qui sont à la fois des valeurs non-négociables et des valeurs indispensables.

Tableau 2¹⁰ : Les valeurs non négociables et les valeurs indispensables

Les valeurs non négociables	Les valeurs indispensables
- Respect	- Humilité
- Dignité	- Sensibilité
- Bienveillance	- Générosité
- Politesse	- Délicatesse

« Enfin, les valeurs ne pouvant être inculquées ni transmises sous l'effet d'une forme d'injonction, il s'agit maintenant, après les avoir nommées, après les avoir explicitées et tenter de les montrer, de les faire vivre par chacun afin de les repérer dans la pratique du quotidien. C'est de les cultiver dont il est alors question » (Hesbeen, 2017, p.68).

Il s'agit d'une base commune que chaque personne, qui choisit de prendre soin de l'autre, devrait endosser. J'ai fait le choix pour ce mémoire à thématique et dimension si particulière de me pencher sur ces valeurs. Elles sont les atouts principaux qui selon moi sont propres au milieu de soin psychiatrique et/ou à **la relation de soin**, qui est la base du soin infirmier en psychiatrie. Une des premières fonctions est « la rencontre de l'autre ».

1.9.1 Une intention de rencontrer l'autre

Se mettre en disposition dans **l'espace de soin relationnel** et pouvoir exclure l'extériorité pure qui inclut une véritable ouverture vers l'autre. **Favoriser un climat positif et ouvert** lors d'une rencontre durant laquelle le patient se sent libre de pouvoir parler de ce qu'il ressent. Le patient ne nommera pas tout et demandera que le soignant puisse aussi décoder ce qu'il ne peut dire, ... Pour y parvenir le soignant doit faire **preuve de vigilance et être attentif aux signes extérieurs** de malaise, de stress, d'inquiétude sans pour autant que ça soit dit. Cela requiert une demande d'attention et une finesse clinique. **La souffrance de l'autre fait partie intégrante**

¹⁰ Cours d'épistémologie clinique (2020-2021)

de la rencontre et du quotidien du patient... Mais pas que... Certaines souffrances ne sont pas dites, pas exposées clairement et demandent une attention afin de pouvoir décrypter les codes, apaiser les souffrances invisibles, ... (Perrin-Niquet., Morasz, Barbot., Vérot, 2012).

1.9.2 L'identification des mouvements transférentiels lors de la relation de soin avec le patient

Afin d'être le plus juste et le plus adéquat au sein de la relation de soin avec le patient il est indispensable de **pouvoir identifier les mouvements transférentiels et contre transférentiels qui sont existants chez tout soignant.** Toute relation thérapeutique entraîne ces enjeux. Une activation, réactivation, répétition de désirs, de conflits inconscients qui nous éclaire sur l'état actuel du patient. Ces enjeux sont indispensables à toute relation de soin.

« Le transfert » désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes vécus avec un sentiment d'actualité marqué » (Laplanche & Pontalis 1967 cited in Morasz & al, 2012).

Dans l'autre sens le contre-transfert reprend l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste envers la personne et le transfert de l'analysant. **C'est là où la dimension subjective de chaque soignant est remise en jeu et où l'identification de ces enjeux et valeurs est indispensable pour être au plus bienveillant avec soi mais également avec le patient.**

Les mouvements de transfert et contre-transfert sont très importants et sont mobilisateurs au niveau de la relation de soin. **La capacité à les utiliser comme levier requiert une habilité et des valeurs véhiculées par le soignant** (Perrin-Niquet., Morasz., Barbot., Vérot, 2012).

1.9.3 Une relation portée par un projet

L'essence même du soin relationnel en psychiatrie ne réside pas tellement dans l'aboutissement de la relation que dans le processus qui se découle entre le malade et le soignant. **C'est une valeur clé du travail en psychiatrie,** de pouvoir accepter, identifier et construire son travail de soignant de la sorte. Accepter qu'aucun résultat pur et objectif n'est attendu, mais mettre en avant les valeurs soignantes au cours du chemin construit avec le patient. **Accepte et soutenir**

que le projet de soin est important, car il donne un cadre à nos actions, mais y maintenir une souplesse et une adaptabilité constante. Accepter l'imprévu, rester créatif et mobile.

Pouvoir endosser les valeurs du concept du « rétablissement » qui sont *« d'aider le patient, par le biais de la relation, à retrouver ses capacités et à s'équilibrer dans le cadre de sa structure afin de l'aider à faire face à sa maladie »* (Morasz, 2012).

1.9.4 La qualité du rôle pare-excitant et maternant

Une valeur thérapeutique importante du soin relationnel en psychiatrie **repose également sur les qualités de pare-excitation de nos démarches soignantes**, c'est-à-dire d'être en capacité et en mesure de constituer un filtre protecteur entre le patient, ses pulsions, ses attaques, son agressivité, sa violence,... pouvoir être en capacité et mesure d'y faire face. **Cette capacité demande un rééquilibrage constant.**

Une autre valeur est que la conception du soin relationnel en psychiatrie nécessite une habilité à **mettre en place « une contenance »**. L'enjeu est bien là, contenir, accueillir, recueillir les émotions, les affects inorganisés ressentis par les patients, pouvoir le verbaliser et leur donner du sens,.. Être un soignant « suffisamment bon »,... revient à mettre à disposition des patients des espaces multiples, variés répondant à ces différentes qualités et valeurs.

La capacité à répondre à des besoins très primaires dans l'approche psychique, corporelle et de la satisfaction des besoins vitaux permettent au patient de bénéficier des vertus maternantes au soin relationnel, qui ne se résume pas uniquement par l'aspect du genre du soignant, mais bien par la démarche en soi. Les vertus maternantes qui sont ; protection, contenance, « holding »,.. (Perrin-Niquet., Morasz., Barbot, Vérot., 2012)

1.9.5 La parole

La verbalisation et la nomination est un socle indispensable du soin relationnel. *« Il est important que nos actes soient portés par une pensée, elle-même relayée par une parole »* (Morasz, 2012).

Cette parole requiert une mobilisation d'actions et de savoir-être auprès du patient, demande une envie d'être au plus proche de nos ressentis et émotions ressenties.

La parole a différentes vertus et principalement celle de la réassurance, une distanciation, un support à l'élaboration (la liaison) et la mise en « sens ».

Cette mise en « mots » permet une mise en « soin » et permet d'apporter un support et une contenance au soin relationnel.

Une parole qui est de pair avec l'écoute, une écoute active, une autre valeur soignante importante. L'écoute active signifie qu'elle est dotée d'une attention et d'une compréhension réelle de l'autre. Le soigné doit se sentir réellement écouté pour que l'écoute et la compréhension soient opérantes. Un climat de confiance doit être instauré, l'écoute signifie aussi de pouvoir entendre et accepter les silences (Perrin-Niquet, Morasz, Barbot, Vérot, 2012).

1.9.6 Faire du soin un espace transitionnel

Décrit de nombreuses fois par Winnicott, l'objet transitionnel et les phénomènes transitionnels sont présents depuis la plus jeune enfance.

« Les soignants en psychiatrie ont à mettre en place et à gérer sur ce mode le lieu de l'activité de soin qui devient un « espace potentiel » dans la mesure où « cette aire » où l'on joue n'est pas la réalité psychique interne. Elle est en dehors de l'individu, mais n'appartient pas pour autant au monde extérieur » (Winnicott, 1975 cited in Morasz & al, 2012).

Avoir cette valeur au niveau du soin et adopter une approche soignante que nous allons avoir avec les patients se situe dans une zone intermédiaire entre quelque chose qui serait totalement extérieur au patient et quelque chose qui lui appartiendrait en propre. (Perrin-Niquet., Morasz., Barbot., Vérot, 2012).

1.9.7 L'empathie

De nombreux écrits et études ont eu lieu autour de la définition du concept de « l'empathie ». Berthoz (2016) décrit l'empathie comme *« la perception est une simulation interne de l'action »*.

Une étude autour du concept de l'empathie s'avère particulièrement utile et importante car en effet s'il est bien présent au niveau du champs sémantique et conceptuel des soins infirmiers, ce concept est très dépendant des représentations de chaque soignant et génère souvent de la méfiance et des polémiques.

Une méfiance car les significations sont parfois peu claires, diverses et voir même contradictoires.

Carl Rogers (1980) décrit ce concept de la façon suivante, *« être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » ».*

Mucchielli (1995) lui apporte un autre commentaire à ce concept ; *« Nulle part plus que dans la compréhension d'une personne, l'effort d'objectivation n'exige en même temps de la part de l'aidant l'intelligence « froide » de ce qui se passe pour l'aidé et l'immersion dans la subjectivité du client : c'est cet effort que l'on appelle « empathie », effort de décentration par rapport à soi pour entrer dans l'univers de l'autre et le comprendre humainement »* (Simon, 2009).

Cette valeur « ne s'apprend pas », elle se cultive, murît et évolue au fil du temps... ». Elle est essentielle au sein des rapports humains et au processus de l'humanisation des pratiques soignantes. Lorsque cette valeur est « justement » appliquée, elle permet de se créer un chemin privilégié avec le patient. Au cœur de l'unité médico-légale dans laquelle je travaille, l'empathie a déjà provoqué des miracles de la communication face à des patients très décompensés et en rupture de contacts et de paroles avec les autres. Ça permet d'instaurer une sorte de « sociabilité » avec l'autre, d'entrer dans une vraie relation soignante.

Au fond « être empathique » c'est faire preuve d'humilité, se mettre au même niveau de la personne que l'on soigne. S'accorder à elle, à son vécu, ses besoins, son environnement,...

Michel Dupuis décrit dans un ouvrage que l'empathie c'est bien plus,... Selon lui, c'est *« le fondement même de la socialité, des relations entre les vivants ; c'est le sens de l'autre que moi, qui constitue une partie de mon environnement et avec qui j'ai la possibilité d'entrer en relation. C'est donc aussi le fondement de la relation soignante. »* (Dupuis, 2019, p.22). L'identification et la mobilisation de valeurs soignantes doivent être questionné et ce de façon personnelle mais aussi au niveau collectif, c'est un socle de base à toute démarche de soin.

Comme le mentionne Serge Philippon; « *En questionnant les valeurs, en posant un regard sur elles et en ayant la préoccupation collective de vouloir les développer, chaque soignant devrait pouvoir transposer dans son quotidien professionnel, et au-delà, l'écoute, la sensibilité, la délicatesse et l'empathie envers les bénéficiaires de soins* » (Philippon, 2017,p.128).

Au regard de ce chapitre basé sur les valeurs soignantes, nous constatons qu'elles ne dépendent pas uniquement d'un choix ou d'une bonne volonté du soignant. Pour exercer notre métier de soignant, au-delà des valeurs, il est indispensable d'identifier et de développer des outils et stratégies pour la mise en place de celles-ci. Le chapitre qui suit mettra en lumière une série d'outils qui permettent la mise en place des valeurs citées plus haut.

1.10 Une déclinaison d'outils soignants

J'identifie trois outils, au sein de la littérature, qui permettent aux valeurs soignantes de s'implémenter. Ces trois approches sont « les soins relationnels, la relation d'aide et les soins informels ». La mobilisation de ces outils parsemés des valeurs citées plus haut, permettent de créer un climat et une ambiance propice à l'humanisation des soins.

1.10.1 L'axe de l'approche fondée sur les soins relationnels

Les soins relationnels sont primordiaux et délicats. Ils ouvrent à la relation, permettent au sujet souffrant enfermé dans sa solitude d'être entendu et de pouvoir se sentir sécurisé par la réponse soignante accompagnante. L'attitude soignante adaptée aux situations, aux circonstances et aux personnes soignées demande du tact, une formation, des capacités de discernement, de distanciation et de relecture.

Les soignants ne peuvent se cantonner à faire des soins, ils sont appelés à prendre soin. Le concept de sollicitude devenant plus couramment utilisé, il reste cependant, pour beaucoup, flou. Je vous propose de découvrir pas à pas son enracinement dans cette réflexion évolutive sur l'accompagnement, son émergence dans la culture soignante et son intérêt novateur. Cette approche sera un indicateur déterminant qui prône la qualité du soin.

1.10.2 La relation d'aide

Une définition qui me touche particulièrement par sa signature humaniste du soin est la suivante : « *La relation d'aide est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. Cette hypothèse a un corollaire naturel : toutes les techniques utilisées doivent avoir pour but de développer cette relation libre et permissive, cette compréhension de soi dans l'entretien d'aide, et cette orientation vers la libre initiative de l'action* » (Rogers, 1939 cited in Psiuk, 2006).

Les soins en psychiatrie médico-légale constituent un champ et une vision large de la personne soignée. Cela requiert une complexité importante car nous sommes face à un carrefour dimensionnel du soin (rétablissement, réhabilitation, sécurité, réinsertion sociale) et en plus de la discipline soignante, les disciplines sont variées (santé publique, médecine, psychologie, criminologie, droit pénal, éthique), ce qui constitue un panel large d'intervenants (infirmiers, aides-soignants, éducateurs, criminologues, psychologues, médecins généralistes, psychiatres, avocats, administrateurs de biens/de personne, travailleurs sociaux,...).

Nous venons d'un modèle de soin fondé sur la bienfaisance pour les médecins, basé sur le dévouement complet des infirmières vers un modèle biopsychosocial où l'on s'intéresse davantage à l'ensemble des dimensions du malade. C'est une tout autre approche, le soin est tantôt formel, souvent informel et il arrive très fréquemment que le besoin réel ne soit pas décodé, les demandes sont parfois directes, mais très souvent indirectes.

Le champ du soin relationnel est un socle certain. L'axe relationnel est bien approfondi au fil du cursus des futurs soignants, mais également proposé au niveau des formations continues au sein des établissements de santé mentale.

Les formations sont présentes, mais la mise en pratique reste encore parfois difficile. Cette mise en œuvre fait appel au vécu et à l'expérience de chaque personnel soignant. C'est au travers de ces expériences, des rencontres établies avec les patients que se forgera cette attitude de relation d'aide adaptée.

« Chaque individu est unique. Il détient au plus profond de lui sa propre vérité, sa vie et le tracé potentiel de son chemin, qu'aucune science du psychisme ne peut enfermer... Il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris, accepté, non jugé » (Rogers, 1902-1987 cited in Rogers, 2001).

Carl Rogers est le fondateur de l'approche centrée sur la personne, chef de file des thérapies humanistes. Il s'est intéressé à différents aspects notamment les attitudes nécessaires au thérapeute pour accompagner la personne dans la réalisation de sa tendance actualisante. Son hypothèse est la suivante : *« L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources »* (Rogers, nd).

A partir de cette hypothèse, il définit des attitudes facilitatrices propices à un climat de relation d'aide ; (Rogers, nd).

- La congruence ; il s'agit de cette capacité à être en contact avec son vécu interne (émotions, sentiments, besoins, désirs...) ce contact doit pouvoir être ajusté à la conscience qu'il en a et à l'expression qu'il en donne dans la communication à son patient. Cette capacité permet au thérapeute de se présenter face à son patient comme une personne véritable (sans façade professionnelle).
- Une compréhension empathique : cette capacité à percevoir le monde intérieur de l'autre comme si l'on était cette personne et vérifier avec délicatesse si nos impressions sur son vécu et ses ressentis concordent avec son expérience.
- Un regard positif et inconditionnel : cette capacité à accueillir la personne comme elle est, sous ses multiples facettes avec une bienveillance chaleureuse, respectueuse de la personne qu'elle est et débarrassée de tout jugement.
- La qualité de présence : la combinaison de ces différentes attitudes génère une qualité de présence qui permet à la personne de ressentir que le thérapeute est vraiment présent avec elle, n'est pas dans une posture artificielle, qu'il est impliqué et engagé en tant qu'être humain dans la relation. Cette qualité de présence est accompagnée d'une sorte de force tranquille apaisante, d'une absence d'effervescence et de dispersion mentale, d'une centration véritable sur ce qui se dit et ce qui se passe au sein de la relation. Elle favorise un climat d'ouverture et de compréhension.

L'adoption des attitudes facilitatrices est propice à un climat de relation d'aide mais n'en dit rien sur la qualité de cette même relation.

En effet les attitudes facilitatrices, comme son nom l'indique favorisent cette attention et relation, mais une partie invisible demeure dans comment le soignant réceptionne, résonne et transmet les informations de manière orale et écrite.

Les attitudes facilitatrices ne nous disent pas non plus, comment se déroulent les interactions avec le patient ; je peux être en interaction avec le patient sans être en réelle relation de soin.

Nous pouvons prodiguer des soins sans être dans le soin, on est à nouveau dans la même subtilité, tout dépendra de ce qui viendra animer le soignant et de l'intention soignante qui sera instaurée. Or selon moi, et encore plus en milieu psychiatrique, la relation de soin est l'une des clés principales pour entrer en communication avec le patient, l'outil central, permet de répondre à l'ensemble des besoins formulés ou non et ce de façon multidimensionnelle.

1.10.3 La richesse de l'informel dans le soin

« Ramener de l'inconnu à du connu, à fiabiliser la relation de soins en éprouvant une relation de confiance... » (SocleCare, 2012).

L'informel dans les soins et la pratique infirmière en psychiatrie constitue un thème important. **L'informel en psychiatrie** est une thématique importante, elle signifie un écart conséquent entre les activités réelles et saisies d'actes de soin, **entre soins programmés et actions non programmées**. Ces zones discrètes d'activités informelles peuvent représenter jusqu'à 50 % du temps « non identifié », particulièrement en unités d'hospitalisation. Cette place importante est le plus souvent liée à la permanence des soins dans les aspects de la vie quotidienne « du vivre avec » et de sa gestion (Lanquetin & Tchukriel, 2012).

Certaines études, qui évaluent cette répartition subtile au niveau des soins, scindent les soins directs et les activités d'une autre nature et mettent en avant des chiffres supérieurs. Selon Michel Nadot (2002) il évalue ces soins informels à 72 % du temps, selon M. Estryn-Behar

(2007) à 66,5% et pour finir avec l'IGAS (2007) 60,8% également. Cette place est donc quantitativement importante.

Le travail infirmier en psychiatrie est souvent défini comme un métier où le déploiement de la relation aux patients va s'affirmer dans des conditions de temporalité et d'engagement, « aller au rythme du patient », « accompagner le patient dans son processus de guérison », la contribution de la relation de soin par le soignant se marque souvent de manière **implicite et informelle**.

Une étude Belge menée sur ce concept de soin « informel » au sein des soins en psychiatrie a été menée, pour laquelle le traitement des données de terrain a abouti à la détermination de 3100 unités d'actions en lien avec l'informel. Les résultats s'organisent autour de 139 fonctions qui ont pu être ainsi caractérisées (Lanquetin & Tchukriel, 2012).

Avec l'identification de ces 139 fonctions de soins, elles ont été classées en 3 parties ; 46 avec les patients directement, 55 avec les professionnels et 38 avec l'équipe de soins « informels » (GCIS, groupe de coordination des initiatives soclecare en Belgique) nommé SOCLECARE (socle du prendre soin).

Le SOCLECARE vient des mots « le socle du prendre soin », cette notion s'adresse plus particulièrement aux soins en psychiatrie, il appartient de manière élargie à toute la famille professionnelle des soignants et vient donc élargir le champ des soins infirmiers de manière stricte.

Ce processus de catégorisation de thèmes est important pour les soignants qui travaillent en psychiatrie. Ça permet de venir acter et valider une reconnaissance des tâches et du travail réellement accompli avec le patient.

« Tisser du lien, affirmer une parole, favoriser la création d'une qualité d'ambiance relationnelle... propice à une quiétude collective, favoriser les expériences et les accès dans un climat de confiance sont autant d'actes fondamentaux de la relation de soin... » (Soclecare, 2012).

Comme l'a cité Hannah Arendt ; « *Il faudrait certainement commencer par de petites choses inapparentes... Il faudrait donner à ces « tout petits riens » l'importance qu'ils méritent pour saisir ce qui fait la complexité d'une relation éducative ou soignante,...* » (Arendt, nd).

L'ensemble de ces soins du quotidien constitue une sorte de travail discret, un travail qui suppose que toute relation de soin nous permet d'effectuer un cap. **Ce cap permet de dépasser les aspects quantitatifs vers des aspects qualitatifs du soin.**

Au sein de ces moments et temps informels, différents concepts sont abordés. Des concepts qui gravitent constamment autour de la relation à l'autre, se mettre en condition pour établir une relation d'aide, une connexion. La majorité de ces moments informels se déroulent au sein de murs mais aussi en dehors, ils sont tous plus riches les uns que les autres. Ce qui se passe au sein des murs peut aussi être fortement influencé par le contexte et l'ambiance qui s'y prêtent.

Je souhaiterais à présent m'intéresser à l'importance que la structure et l'architecture pourraient avoir sur le soin mais également sur la pratique soignante humanisante.

1.11 Architecture et care

Lorsqu'on parle « d'architecture et care », il est impossible de ne pas parler de Jean Oury. Né le 5 mars 1924, Jean Oury deviendra médecin psychiatre, psychanalyste et chef de la clinique de la Borde. Il est l'initiateur de la « psychothérapie institutionnelle ». La clinique de la Borde est donc un des premiers exemples de la psychothérapie institutionnelle, décrite comme « *une maison sans clôture* » (Oury, 1974 cited in Oury, 2001).

Lors de la construction, il était déjà évoqué que « *soigner les malades sans soigner l'hôpital c'est de la folie* » (Oury, 1974 cited in Oury, 2001). Les notions de « *club thérapeutique* », « *responsabilité des résidents* », « *relation agréable* », « *partenaire entre nouveau et ancien patient* » (Oury, 1974 cited in Oury, 2001).

La vision de ce médecin psychiatre était de déjà supprimer « *la notion d'asile d'aliénés et d'humaniser au maximum la vie au sein de l'hôpital* ». (Oury, 1974 cited in Oury, 2001).

L'idée générale, lors de cette modification de lieu, **est d'offrir des soins adaptés dans un milieu adapté**. L'institution psychiatrique a été pour ce faire entièrement modifiée. Au début de cette modification architecturale, un travail de grande ampleur a été effectué sur la relation que les médecins peuvent avoir avec les résidents. Ce travail a été mis en place dans l'idée de faire disparaître cette dualité médecin/patient décrite comme rigide, directive et ayant attrait au modèle paternaliste.

Le but de ce mouvement **c'est la réhumanisation de l'ensemble des acteurs du milieu psychiatrique**. Au niveau structurel, l'objectif **est de pouvoir fonder des institutions basées sur l'ouverture physique, restructurer « l'asile » sans nier pour autant la nécessité d'avoir des lieux dédiés à la maladie mentale**.

Ce même auteur ira même plus loin dans le processus réflexif et réalisera plusieurs travaux afin de démontrer que de manière inconsciente les dispositions architecturales, les préjugés et représentations du personnel ainsi que la façon d'aborder ce « genre » de personne font qu'ils les rendent malades mentaux.

Beaucoup de changements ont été réalisés au niveau des établissements de soins psychiatriques. Les personnes étaient initialement placées dans des asiles, des institutions « qui enferment et cloisonnent les fous, les dangereux ». Avec l'évolution et au fil du temps, les patients hospitalisés, pour des réelles raisons de santé mentale se retrouvent dans des lieux de soins qui n'ont cessé d'évoluer.

Aujourd'hui la première préoccupation est de pouvoir concilier le soin, la réinsertion dans la société des personnes soignées en prenant en compte leurs réels besoins et en assurant la qualité du soin au cœur des préoccupations de chaque intervenant.

La perception de la maladie mentale a heureusement évoluée, celle-ci est aujourd'hui reconnue comme **une pathologie chronique à part entière qui justifie un suivi sur le long terme**.

Lors de ma revue de littérature, je me suis aussi intéressée à la vision de Serge Philippon, cadre supérieur de santé en EHPAD, pour personnes âgées dépendantes.

Il amène un autre point de vue : *« L'architecture des lieux va alors avoir une place fondamentale dans la construction de la relation interpersonnelle »* (Philippon, 2017, p.139).

La relation interpersonnelle amène une réflexion sur les vraies valeurs humanistes, selon lui pour qu'elles parviennent à s'implémenter au cœur d'une entité, il est important de pouvoir « penser » l'architecture et l'environnement des soins et plus particulièrement dans ce cadre - ci, l'organisation des hôpitaux de soins psychiatriques.

« Lors des dernières décennies, l'humanisation des hôpitaux, qui se poursuit encore à l'heure actuelle, a été réalisée, en partie, en repensant l'architecture des établissements » (Philippon, 2017, p.138).

Au-delà du fait de répondre à des normes d'agréments, exigences techniques et organisationnelles de l'activité soignante, la réflexion « humaine » est de plus en plus au cœur de processus de changement.

Un exemple marquant et récent, est le passage de chambres à 4 lits vers des chambres à 2 lits, voir des chambre seule. Il a souvent être décrit que le fait de pouvoir préserver l'intimité du patient, favoriser des besoins et des temps de repos, permet d'apaiser les tensions. Cette modalité-là permet aussi d'optimiser les conditions de travail et de sécurité du personnel soignant. La promiscuité avec les autres patients crée parfois des tensions, des agressions, des craintes. Les patients ne sont pas tous au même stade de l'évolution de leur maladie, ni même dans l'avancement de leur projet de sortie et ont souvent besoin de s'isoler des autres.

« Dans la relation entre résidents, des situations conflictuelles liées à des espaces trop restreints, tant en nombre qu'en surface, peuvent exister. Le mélange des populations, c'est-à-dire la cohabitation entre les personnes présentant diverses altérations de santé (trouble du comportement, mobilité réduite, souffrance psychologique, déficiences visuelles et/ou auditives, altération de l'état général et sensation de fatigue) notamment, ne va pas de soi » (Philippon, 2017, p.139-140).

« L'environnement dans lequel vivent autant de personnes singulières devrait donc proposer des repères variés pour couvrir l'ensemble des besoins pouvant exister » (Philippon, 2017, p.140).

La qualité du lieu et du moment d'accueil est essentielle et déterminante pour la suite de la prise en charge des patients ; « *Par ailleurs, l'amélioration de la fonctionnalité et de l'esthétisme des établissements est de nature à participer à la qualité du prendre soin tout en répondant à l'évolution des habitudes de vie comme des demandes de la population accueillie* » (Philippon, 2017, p.138).

Ce même auteur, rajoutera aussi que d'un autre point de vue, la qualité du soin dépend aussi de la qualité et du bien-être au travail. **Faciliter la rencontre soignant-soigné, faciliter le soin, faciliter le déroulement des activités favorise le bien-être des personnes qui y travaillent.** Ces aspects sont tout particulièrement vrais dans les milieux d'accueil médico-sociaux.

« Apertio », cité en préambule de mémoire, est un nouveau projet avec des espaces aérés mais structurés, qui permet d'instaurer une structure dans la déstructuration d'un patient, sans pour autant l'isoler. L'accent dans cette nouvelle construction a été mis sur la luminosité, des espaces chaleureux et larges. L'architecture et l'aménagement des lieux sont le résultat d'un processus de pensées collectives. Cette réflexion collective qui permet d'une part l'adhérence au projet des responsables et des équipes de soins.

« *Notamment, les recherches scientifiques ont démontré les effets de la luminosité sur le psychisme des personnes. Celle-ci constitue en elle-même une thérapeutique non médicamenteuse, les rayons lumineux agissant sur les sécrétions hormonales, et elle a une incidence sur le confort des personnes et l'ambiance générale des lieux* » (Philippon, 2017, p.138).

Des espaces de lumière permettent de diminuer ce sentiment d'enfermement au sein de l'unité. Un lieu qui base son concept à la fois sur des lieux collectifs, comme la cuisine par exemple, qui promeut les objectif de rétablissement et réhabilitation tout en favorisant et respectant des espaces privés et intimes, comme par exemple les chambres seules ; comme ce même auteur l'expose « *offrir la possibilité de déambuler, de se reposer, de s'isoler ou de se côtoyer, de se sentir en sécurité ou de prendre des risques, de se divertir ou de se recentrer sur soi, de se préserver de la parole ou du regard de l'autre, d'éprouver des sensations : ce sont autant d'objectifs que l'institution doit se fixer dans l'usage d'un espace collectif* » (Philippon, 2017, p.140).

Toujours en lien avec le projet « Apertio » celui-ci se veut aussi un lieu d'accueil et de place pour les familles du patient, afin de donner du sens à la prise en charge du patient, qui se veut axée sur le rétablissement au sein de son milieu de vie et le milieu de vie du patient doit pouvoir être parfois contenu par la famille. (CHJT, 2020).

« Dans la relation entre un résident et ses proches, l'appréciation positive des lieux peut participer à la réduction du sentiment de culpabilité vécu par la famille » (Philippon, 2017, p.139).

Vivre et soutenir une hospitalisation contrainte d'un membre de sa famille, est souvent perçu et vécu par la famille comme un sentiment d'échec, d'abandon. Un endroit qui respire les valeurs soignantes du « care, caring » est souvent beaucoup plus apaisant et rassurant pour la famille qui soutient le patient. Une famille soutenante permet au patient de créer des repères qui permettent en partie une adhésion aux soins proposés et à son hospitalisation de manière globale.

Le projet « Apertio » toujours, met en avant-plan, la relation soignant-soigné et ce au centre du projet thérapeutique, tant l'aspect bien-être et confort du patient est cité, autant ce changement architectural se répercute également sur les soignants qui entraîne un effet positif chez les patients. (CHJT, 2020).

« L'existence d'un espace collectif convivial permet au soignant de porter un regard sur les résidents différent de celui posé dans l'intimité. L'ambiance dégagée par le lieu de vie en commun peut-être à l'origine de la mise en place de liens forts entre résidents comme entre résidents et professionnels, de scènes de vie ouvertes à des échanges et des partages d'une autre nature que ceux vécus lors des soins » (Philippon, 2017, p.140).

Je conclurai cette partie avec l'extrait suivant : « l'ambition des établissements accueillant des patients atteints de pathologies mentales pourrait alors être de devenir des « magnet hospitals », selon l'expression de Linda H. Aiken, associant qualité des soins et satisfaction du personnel, remettant l'humain au cœur de leur projet » (Jaglin-Grimonprez C., 2017, p.119)

Ce qui m'intéresse et m'anime tout particulièrement dans la réalisation de ce mémoire c'est le caractère multiple du soin, mais également la nécessité de réfléchir et de penser à l'implémentation et la vision du soin humaniste en psychiatrie au sein d'une organisation de soins.

Après avoir exposé la dimension de l'architecture, je souhaiterais m'attarder sur les modèles d'organisation humaniste qui peuvent s'y rapporter.

1.12 Modèle d'organisation de soins humanistes

Plusieurs penseurs de la discipline infirmière ont décrit les soins infirmiers et modèles de soins en s'inspirant de la philosophie humaniste, ces recherches ont mis à l'avant-plan : *une approche humaine et relationnelle du soin* (Paterson et Zderad, 1988; Roach, 2002; Girard et Cara, 2011; Boykin et Schoenhofer, 2001; Watson, 2011; Cara, 2004; 2014; Cara *et al.*, 2016).

« L'humanisme, cette idée magnifique de l'homme au centre de toutes choses avec sa pensée, sa liberté, sa dignité et sa tension vers le devenir se reflète sur nos soins pour les rendre toujours plus à la mesure de ses besoins » (Phaneuf, M. as cited in Lavigne, S. et al, 2016).

Le terme « humanisme » est un peu partout, tout comme un concept à la fois philosophique et organisationnel au sein des établissements de santé.

Dans divers écrits on peut retrouver des écrits décrivant cette orientation au cœur des missions de ces centres. Toutefois ce concept reste mal et peu compris.

Je débute donc cette partie avec une définition scientifique de l'humanisme au sein d'un système, selon la base de données CINAHL et MESH; *« An ethical system which emphasizes human values and the personal worth of each individual, as well as concern for the dignity and freedom of humankind. »* (CINAHL, Subject Heading).

[« Un système éthique qui met l'accent sur les valeurs humaines et la valeur personnelle de chaque individu, ainsi que le souci de la dignité et de la liberté de l'humanité. »] (Traduction, CINAHL, Subject Heading).

Au niveau des sciences infirmières, l'humanisme soignant est décrit de la façon suivante; « *l'humanisme est avant tout une philosophie qui adhère à des valeurs de respect, de dignité humaine, d'empathie et de confiance dans le potentiel des personnes* » (Buber, 1996. Mayeroff, 1990, Rogers, 1961).

Il est important de préciser que l'humanisme possède en quelque sorte des « conditions » de réalisation qui impliquent le savoir-être des soignants mais aussi et surtout un soutien organisationnel et administratif au cœur des soins.

Ces définitions sont importantes à prendre en compte et ce au sein d'une institution qui se veut elle aussi « *humaniste* ». Cette organisation doit avant tout être aidante et apaisante pour les personnes qui y travaillent.

« *Des structures apaisantes sont celles desquelles se dégagent, malgré l'activité abondante et les différentes formes d'imprévus qu'intrinsèquement elles comportent, et malgré les urgences qui surgissent et se succèdent, **une atmosphère de paix, une ambiance de sérénité.** De telles atmosphères et ambiances reflètent que les différents décideurs, les différentes directions ainsi que les différents cadres et responsables de l'organisation, du management, du fonctionnement ont la pleine conscience des caractéristiques et des exigences de la pratique qu'ils dirigent, qu'ils organisent et encadrent* » (Hesbeen, Des organisations apaisantes pour des pratiques pertinentes et attrayantes, 2015, p.16).

Le concept mobilisateur principal de mon travail est l'humanisation des soins, l'humanisme soignant, « *dont l'ambition est d'étudier la vigilance éthique dans la relation de soin et d'œuvrer en vue de la développer* » (Hesbeen, 2017, p.1).

Chaque intervenant contribue à l'humanisme dans le soin et ce au sein d'une « culture » institutionnelle humanisante du soin. Elle s'entretient et n'exige pas seulement un investissement de la part du soignant, de l'équipe, mais aussi un soutien et une position institutionnelle et managériale claire et encourageante quant à ce courant de pensée-là. Une pensée, une perspective qui se veut soignante.

Des outils tel que des supports théoriques issus de la revue « *perspective soignante* » ont pour but de travailler ensemble sur un grand nombre d'écrits et servent de support à la mise en mots et partage d'idées autour de ce même concept. **Le contenu de cette revue de littérature constitue un corpus de connaissance et d'expériences** issu des travaux d'auteurs francophones et européens.

Cette revue continue de publier des écrits relatifs aux expériences, opinions et interrogations des professionnels et non professionnels quant à la place du soin et ce dans le but perpétuel de faire évoluer les pratiques dans le domaine de la santé. Le mot « *perspective* » renvoie à la question de « *comment je souhaite réaliser mon soin* », comment j'envisage la « *finalité* » de mon soin, et c'est là où on doit distinguer une fois de plus la différence entre « *faire des soins* » et « *prendre soin* », un positionnement à prendre.

Cependant l'humanité au cœur des soins est souvent mise à rude épreuve et d'autant plus depuis la crise sanitaire COVID-19. En 2013, une étude menée par le SPF santé, sur la thématique du burnout et l'enthousiasme du personnel soignant mettait déjà en lumière « ***que la prévalence du burnout dans les hôpitaux belges est de 6,6 % d'infirmiers, médecins, soignants confondus*** » (SPF santé, 2013).

Le burnout et l'épuisement professionnel sont entre autres des indicateurs non négligeables au niveau des pratiques de soins humanisantes et de l'organisation des soins qui s'y rapporte.

1.12.1 Modèle humaniste des soins infirmiers (UdeM)

J'ai choisi d'illustrer cette partie par le modèle des soins humanistes canadien (UdeM). Ce modèle de soins a été conçu par un ensemble d'auteurs humanistes et ce en partenariat avec l'Université de Montréal. La conception de ce modèle permet de faciliter sa compréhension et son opérationnalisation.

Tableau 3¹¹ : Figure « modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM »



¹¹ Image : Synopsis modèle humaniste des soins infirmier (UdeM)

L'image représentée ci-dessus, présente les points saillants du modèle de soins humanistes, des soins infirmiers. Tout d'abord pensé et développé par Francine Girard et Chantal Cara, le modèle a été validé et enrichi par des groupes de discussions avec des professeurs, des professionnels et des étudiants des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM), ainsi que des directrices de soins infirmiers et des infirmières conseillères cadres en soins infirmiers des centres affiliés à l'UdeM, des patients partenaires et des enseignants de Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) affiliés à la FSI.

Par la suite, il a été présenté et adopté par l'Assemblée de Faculté en 2015, où siègent l'ensemble des enseignants de la FSI.

Actuellement, un chantier réunit des enseignants et cliniciens qui se consacrent à préciser les concepts du modèle et œuvrent à l'implanter, le valider et l'évaluer en formation, en pratique clinique, en gestion et en recherche.

Chantal Cara explique que ce modèle humaniste en soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) apparaît comme un pilier dans la relation enseignant-étudiant et aura une influence dans la manière dont le futur soignant va envisager sa relation avec le patient. « ***En s'imprégnant du MHSI-UdeM dans ses pratiques pédagogiques, l'enseignant agit en tant que modèle de rôle et peut ainsi aider l'étudiant à découvrir son « idéal moral » en soins infirmiers et lui permettre, par différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage, de contribuer au développement de ses compétences et à la recherche de solutions*** » (Cara,C et al, 2016).

Ce modèle présenté s'appuie sur « ***les fondements de la philosophie humaniste pour laquelle des valeurs de respect, de dignité humaine, de reconnaissance de l'intégrité et de la liberté de choix de la personne et de confiance en son potentiel sont privilégiées*** » (Cara,C et al, 2016).

Le modèle est centré sur la personne et ses relations interpersonnelles significatives, son expérience de santé et les significations qu'elle lui accorde. Ce modèle d'organisation de soins reprend des concepts centraux, des concepts clés. Les concepts centraux viennent toucher ce qui a trait à la personne, l'environnement, la santé et le soin et les concepts clés ciblent les compétences, le caring.

Les auteurs ont voulu présenter une perspective novatrice de leur vision et du centre d'intérêt de la discipline infirmière, cette vision est précisée sous forme de concepts centraux (personne, santé, environnement et soin). Le but poursuivi est de rendre accessible, dans différentes sphères d'activités, la profession infirmière. Ce programme est actuellement intégré dans les programmes de formation. Des efforts importants restent à poursuivre afin de pouvoir continuer à le présenter et ce à toute la communauté de soignants et poursuivre ainsi le déploiement. Une autre réalité reste de pouvoir concilier et trouver un juste équilibre avec les enjeux économiques et l'approche humaniste. Ce modèle de soin est très inspirant pour moi et me donne la motivation et l'envie de progresser en la matière et ce au sein de nos organisations de soin psychiatrique belge.

1.13 La qualité du soin

« La qualité des soins est définie par l'OMS comme la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (Organisation mondiale de la santé, 1982).

Toujours selon l'OMS (2021), la qualité des soins n'est pas équitable pour tous, 15 % des décès dans les pays à revenus faibles ou moyens sont dus à des soins de mauvaise qualité, dans les pays à revenus élevés, 1 patient sur 10 est blessé lorsqu'il reçoit des soins.

Il y a donc une nécessité urgente d'agir en faveur d'une amélioration de cette qualité des soins. Selon l'OMS toujours, de nombreux éléments sont nécessaires à cette qualité et ont été mis en avant ces dernières décennies.

Un consensus clair se dégage aujourd’hui selon lequel les services de santé de qualité devraient être :

- Efficaces, élaborés sur des bases factuelles et fournis aux personnes qui en ont besoin
- Sûrs et ne pas entraîner de préjudices pour ceux à qui ils sont destinés
- Centrés sur la personne et adaptés aux préférences, besoins et valeurs individuelles de chaque personne
- Fournis en temps utile et en réduisant les délais d’attente et les retards qui pourraient porter préjudice.
- Équitables et qui assurent la même qualité de soins indépendamment du critère de l’âge, du genre, de la race, de l’origine ethnique et des situations géographiques, religieux et du statut socioéconomique.
- Intégrés et qui assurent des soins qui soient coordonnées entre les différents prestataires de soins et ce tout au long de la vie.
- Efficaces qui optimisent les ressources disponibles, en évitant le gaspillage.

Les rapports d’évaluation de la performance du système de santé belge mettent également en avant cet aspect multidimensionnel et définissent la qualité des soins en cinq sous-rubriques déterminées par les auteurs : l’adéquation, les soins centrés sur le patient, la continuité des soins, la sécurité et l’efficacité (Devos & al., 2019).

Je me suis fort intéressée à l’auteur Donabedian et son modèle conceptuel qui amène une dimension plus individuelle et parle de qualité à propos de soins « *visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins* » (Donabedian, 1966 cited in Donabedian 2005).

En Belgique, le conseil fédéral pour la qualité de l’activité infirmière a été institué dans le but de catalyser, systématiser et harmoniser les démarches d’amélioration de la qualité de l’activité infirmière afin de favoriser les pratiques communes qui ont démontré leur utilité (evidence Based) (CFQAI).

Au niveau des soins en santé mentale, en octobre 2016, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a élaboré des recommandations, **concernant la qualité des soins pour les problèmes de santé mentale qui touchent chaque année plus d’un tiers de la population européenne.**

Ces recommandations sont fondées sur une revue de littérature et sur l'avis des experts de chaque partie prenante, ce rapport peut servir de base à la définition d'indicateurs de qualité dans les structures et processus de soins en santé mentale en Belgique. De ce fait il répond à la demande du plan d'actions européen sur la santé mentale de l'OMS.

Bien que ce concept soit clairement défini dans la littérature internationale et selon le Conseil Supérieur de la Santé (CSS, 2016), ***la Belgique ne dispose d'aucun indicateur lui permettant d'évaluer la qualité des soins prodigués aux patients dans le domaine de la santé mentale.***

A défaut d'indicateurs mais dans un souci de démarche qualité, les procédures d'accréditation ont vocation à s'étendre. Nous pouvons citer, par exemple, les normes d'Accréditation Agrément Canada (AAC, 2015) orientées vers la santé mentale.

La qualité du soin n'est pas égale à la qualité des soins ; *«La qualité humaine dont il est question est bien celle d'un humain professionnel capable, quelle que soit la technique utilisée, de se montrer sincèrement et délicatement présent à un autre humain auquel se destinent les actes, les gestes du professionnel»* (Hesbeen, 2007, p.41).

« Dire ce qu'est un soin de qualité par l'intermédiaire de définitions, de grilles d'évaluation et de démarches d'accréditation n'est pas un acte anodin car il oriente le sens de la pratique et la représentation que l'on a de celle-ci » (Hesbeen, 2002, p.42).

Une vigilance s'impose, face aux demandes sans cesse de « rendu de qualité », des demandes chiffrées qui gravitent autour de préoccupations économiques, politiques... Les travaux, les recherches, la création d'indicateurs et de déterminants de soins et santé de qualité sont importants d'autant plus quand ils suscitent l'intérêt de différents prestataires de soins. Il faut toutefois être attentif à ne pas tomber dans quelque chose d'illusoire, d'irréaliste par absence d'harmonie avec la réalité du terrain et le besoin de la personne soignée.

Le fait d'avoir le sentiment et l'impression que les indicateurs sont validés peut induire, chez les dirigeants mais aussi chez le personnel soignant, un sentiment d'assurance et d'autosatisfaction. Cela conduit à un réel danger, voir même une paralysie de la pensée. Les outils d'évaluations scientifiques sont fiables mais réduits à des champs d'action, ce qui n'est

pas représentatif de l'activité soignante. Un hôpital peut se montrer très performant en termes de technicité mais être très déficient quant à la considération de la singularité de la personne soignée.

Si l'activité soignante se résume à un champ réduit nous risquons donc de rencontrer un énorme décalage entre la qualité des actes posés et le soin réellement apporté. L'accès au vécu de la personne se réalise par l'écoute ; encore trop souvent j'entends des collègues des urgences, des hôpitaux généraux dire que l'écoute c'est pour l'équipe des psys et qu'eux ne sont pas formés pour ça.

Les prises en charge des patients qui sont enseignées restent fort axées sur des prises en charge et pratiques biomédicales, ***cette culture pose un préjudice à l'humanisation des soins et ce surtout pour le personnel soignant en devenir...*** Une culture d'accueil avec des rites qui poussent à reproduire et adapter les mêmes attitudes... « *voulant se faire accepter par les autres* » (Brown et al 2008., Murphy, 2007).

Une définition de la qualité du soin est proposée par Walter Hesbeen, et fait vraiment sens chez moi; « *une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinentes et clairement identifiés* ». (Hesbeen, 2002, p.55).

L'intérêt qu'on porte à la qualité du soin prodigué à la personne, ne peut pas être fait sans la mobilisation des valeurs diverses et variées citées précédemment qui animent tout un chacun dans l'exercice de son métier de soignant. Ces valeurs ont une place indispensable, mais comme soulevé plusieurs fois, cela ne va pas de soi et autant l'aspect de la qualité, mais aussi des valeurs, des introspections de réflexions et remises en question sont indispensables pour une pratique soignant saine.

Avant d'entamer le dernier chapitre, je souhaitais inscrire cet extrait réflexif qui nous permettra de guider ce chapitre concernant l'éthique dans les soins ;

« Qu'est-ce que la qualité lorsqu'elle concerne la santé des personnes ? Qu'est-ce que la qualité dans l'exercice du métier d'infirmier au contenu si varié, si peu observable et mesurable, si peu spectaculaire car constitué de tant et tant de « petites choses » qui chacune, pour anodine qu'elles paraissent dans l'absolu ou d'un point de vue « général » pèse si lourd dans la balance lorsqu'elle concerne la vie et l'existence future d'une personne... ? » (Hesbeen, 2007, p.42).

1.14 L'éthique au cœur des préoccupations soignantes

1.14.1 Une définition de l'éthique

L'éthique est un concept essentiel et important lorsqu'on parle et questionne les « cœurs de métier auprès de l'humain et ce dans toute ses dimensions ». Mais est-elle réellement imbriquée dans la pratique ?

Y-a-t-il réellement des espaces temps, des lieux « intimes » au cœur des unités de soins pour parler « éthique de soins » ?

Pourtant, c'est bien d'une « *éthique du quotidien des soins* dont il est alors question, c'est-à-dire *une éthique concrète qui interroge, qui interpelle, les manières d'être et de faire de chacun dans l'ordinaire des pratiques soignantes* » (Hesbeen, la question éthique au cœur des pratiques soignantes dans le quotidien, 2012, p.1).

Pour cette partie je vais dans un premier temps reprendre une définition de l'éthique qui me fait sens et ainsi continuer mon cheminement vers la place qu'elle a au sein des équipes de soins.

Lorsque j'ai suivi le cours de « d'éthique chrétienne » dispensée par Dominique Jacquemin en 2019, j'ai eu l'occasion et le plaisir de découvrir une définition de l'éthique que j'affectionne particulièrement et qui me guide depuis lors dans ma pratique.

Cette définition a été établie par Ricoeur et mentionne que l'éthique c'est « la visée du bien pour soi et pour autrui dans des institutions justes » (Ricoeur, 1990)

- Une visée, un horizon, quelque chose qui doit se construire et autour duquel on doit mettre en œuvre un processus de réflexion, sans savoir réellement ce que ça va donner comme résultat. Au fond, mettre en œuvre cette réflexion éthique, ce chemin et cet horizon, n'est jamais une chose réellement accomplie. Au fond, ce qui fait sens pour nous, nous permettra de continuer à évoluer au fil de notre parcours de vie et notre parcours professionnel. (Jacquemin, 2019)
- Ce qu'on vise c'est le « bien », le bien peut signifier énormément d'éléments et c'est à nous de les mettre en réflexion. Et c'est cette réflexion éthique qui va permettre d'ouvrir une brèche, un chemin, par lequel on tend à réaliser le bien.

En tant que soignant, nous avons nos propres représentations, celles qui nous appartiennent et qui nous ont construites et celles aussi qui nous construisent notre identité de soignant, le soignant que nous souhaitons être. Cette identité s'est construite autour de nos valeurs et de notre vécu. (Jacquemin, 2019)

- Cette visée du bien a pour dimension de s'accomplir. S'accomplir dans une visée du bien, nous renvoie au sens et à la complexité de nos actions « qu'est-ce que je vais mettre en œuvre pour réfléchir, viser le bien et décider au mieux ? ». (Jacquemin, 2019).

Tableau 4¹² : Processus réflexif selon Paul Ricoeur, définition de l'éthique

Horizon => visée du bien => dimension d'accomplissement
--

¹² Dominique Jacquemin, cours d'éthique chrétienne, 2019-2020

L'éthique c'est viser le bien en tout temps, pour se faire il faut pouvoir mobiliser 3 champs différents :

- Le bien pour soi
- Le bien pour les autres
- Dans des institutions justes

La grande difficulté par rapport à ces trois éléments c'est de parvenir à les maintenir ensemble, et cela en fonction de la situation clinique et éthique qui nous préoccupe. C'est dépendant de chaque personne, ils ne seront pas mobilisés de la même manière. Il y a trois « ismes » qui peuvent nous empêcher de déployer entièrement la définition de l'éthique, ce sont en quelque sorte trois perversions de l'éthique. Certaines situations de vie, des situation cliniques auxquelles nous sommes face, peuvent parfois tenter de tenir un ou deux pôles pour motiver nos interventions et décisions :

- ❖ L'individualisme : Je considère que c'est moi et moi seul qui dit le bien
- ❖ Le situationnisme : La situation dans laquelle je me trouve dit par elle-même le bien
- ❖ Le traditionalisme : La loi ou la norme à elle seule dit que c'est le bien ; « on a toujours fait comme ça », ...

La syllabe ISME: renvoie au fait qu'on polarise une situation à une autre.

Le secteur de soins de la santé mentale est parfois très bousculant et confrontant au niveau de nos représentations, nos émotions, il vient nous chambouler au plus profond de nos affects et chaque soignant est confronté un jour ou l'autre à des questions éthiques.

Des tensions perpétuellement entre la vision du bien pour l'autre mais aussi pour nous même. Pour identifier ces tensions, il y a deux concepts importants en éthique qui vont nous permettre de les reconnaître et les nommer.

- L'identité morale de sujet, en lien avec nos valeurs, la personne que je suis et la façon dont je veux faire le bien

Et

- L'intégrité morale qui ramène à cette question de « est-ce que je suis capable de supporter des tensions entre ce que je fais et ce que je voudrais faire ? ».

Le Professeur Jacquemin nomme cela de la façon suivante « *l'éthique de l'élastique* » (Jacquemin, 2019). En effet, plus nous tirons sur cet élastique, plus nous nous éloignons de nos valeurs.

Et dans certaines situations, il y a une distance entre ce que nous voudrions faire, et ce qu'on nous laisse faire, ou ce que la situation impose de faire.

Dès lors, si nous nous éloignons trop de nos propres valeurs, il y alors un risque de souffrance morale. **Cependant, cet élastique a tendance à s'assouplir, car nos perceptions évoluent avec le temps et les expériences.** Cependant, dans le domaine des soins, l'éthique a également une place prépondérante dans le quotidien du soignant.

En effet, l'éthique nous ramène systématiquement à nos valeurs et à notre manière de réfléchir et d'agir en fonction de celles-ci. **Et nous avons vu plus haut que les valeurs soignantes sont essentielles à la relation de soin et donc à la qualité des soins apportés au patient.** Dès lors, il semble essentiel de nous interroger sur la manière dont nous mobilisons ces valeurs, et donc sur la place de cette éthique dans la pratique soignante.

1.14.2 Pratique soignante et éthique en psychiatrie médico-légale

L'approche amenée par Walter Hesbeen est que l'éthique permet d'« agir comme « diffuseur d'éthique », c'est veiller à un esprit, c'est agir comme activateur de la pensée sur la visée du bien dans les rapports humains et dans les pratiques de soins, et sur tout ce qui peut concrètement être mis en œuvre pour réduire l'écart entre les valeurs qui s'affichent, les intentions qui se proclament et la réalité des pratiques. » (Hesbeen, Des organisations apaisantes pour des pratiques pertinentes et attrayantes, 2015, p.3).

« L'éthique n'est pas une doctrine de ce qu'il faut faire ou ne pas faire, mais « un processus de pensée, (...) une démarche de pensée systématique s'orientant grâce à (...) l'identification de valeurs en jeu dans une situation. » (Honoré, 2009, p.44).

Lorsque je rencontre mon équipe, les stagiaires, les nouveaux collègues et même encore des collègues d'autres unités de soins, je m'aperçois que les usagers dont je m'occupe au sein des unités de soins d'internement amènent beaucoup de questionnements et de préoccupations éthiques au sein des équipes. Les patients émanent pour la plupart de centres pénitenciers et de défense sociale, ayant commis des délits, des crimes, des infractions et ils suscitent en permanence divers questionnements, émotions et conflits de valeurs propres à chacun. Les personnes internées sont souvent « baladées » de porte à porte, d'institutions de soins psychiatriques vers les prisons. Chaque rencontre est bouleversante et suscite des ressentis différents, remet parfois en cause nos représentations en tant que soignant et la légitimité, le droit qu'on a de prendre soin de ces patients.

La spécificité de la santé mentale au sein de l'internement est que nous sommes quotidiennement sollicités à la fois par le volet médical et le monde de la justice. Un autre élément important est que les patients sont tenus de respecter des obligations, des règles et de rendre des comptes, mais sans pour autant que le soignant devienne lui-même le justicier. Cette implication du « judiciaire » au cœur du soin risque d'amener des pensées ou idées de banalisation des soins et de bafouer nos propres valeurs. Jean-Paul Sartre le nomme très bien « les valeurs sont le sens que l'on choisit de donner à sa vie »... Un autre point clairement identifié au sein de ma pratique est celui du risque que le soignant soit face à une confusion des rôles. Être davantage dans un modèle punitif et s'éloigner du modèle de soins humanistes. Pouvoir jongler entre nos missions, notre rôle, nos valeurs, nos représentations et nos affects n'est pas quelque chose de facile, et il est important qu'on puisse avoir des outils, des temps de

supervision clinique afin de pouvoir penser et réfléchir à notre pratique clinique et éthique du soin. Lors du cours d'épistémologie clinique, Walter Hesbeen a présenté un concept qui est cette notion de « vigilance éthique », je trouve que ce terme aide à mettre du sens sur les différents ressentis et émotions que l'on peut avoir face aux usagers dont nous nous occupons.

« Cette vigilance éthique, malgré le recours à des techniques parfois très sophistiquées, malgré la mise en place d'organisations parfois plus soucieuses de performances opérationnelles que de pertinence humaine en regard de ce qui est vécu par les hommes et les femmes qui sont au cœur d'autant de situations singulières de soin, est une vigilance qui traduit un attachement à l'humain qu'est cet autre, l'humain qu'est cet être, un être singulier à nul autre pareil. Une telle vigilance nécessite dès lors d'interroger et d'interpeller la perspective dans laquelle se fait ce qui doit être fait par les soignants, la perspective dans laquelle se met en œuvre ce qu'ils ont à réaliser » (Hesbeen, 2017, p.1). Cette vigilance qui nous rappelle que le « *malade n'est pas la maladie qu'il a,...* », nous pourrions faire le parallélisme suivant aux patients internés en disant « la personne qu'on soigne ne représente pas les faits qu'il a commis »...

Pour conclure cette partie sur l'éthique, je souhaitais soutenir une proposition de grille de réflexions éthiques, élaborée par Walter Hesbeen, en vue de favoriser une ambiance éthique, une culture du soin humaniste au sein d'une unité de soins, une institution et à partir de vignettes cliniques. Cette grille est pour ma part très éclairante et je compte l'investir au cœur des pratiques soignantes auprès de mon équipe.

Tableau 5¹³ : Outils de réflexions éthiques

But poursuivi : Aider les soignants mais également les stagiaires à identifier ce qui les interpelle et à argumenter pourquoi cela les interpelle et ce qu'ils en retiennent pour l'amélioration et l'évolution de la pratique professionnelle.

Les repères pour structurer la réflexion et l'argumentation :

- ◆ Repérer ce qui concourt à la banalisation de l'humain
- ◆ Repérer ce qui porterait atteinte au respect, à la considération et au sentiment de dignité de la personne
- ◆ Repérer la différence entre « faire des soins » et « prendre soin » et entre qualité des soins et qualité du soin dans une situation clinique
- ◆ Repérer ce qui seraient un « juste soin » dans cette situation
- ◆ Réfléchir finement dans cette situation à la subtilité de la relation de soins et à la sensibilité ainsi qu'à la délicatesse qu'elle requiert
- ◆ Réfléchir à la nature du « goût de l'humain » et au « sens du métier de soignant » que l'on peut repérer ou interroger dans cette situation
- ◆ Identifier dans cette situation l'articulation avec le cadre légal avec la suspension du jugement moral
- ◆ Repérer l'éventuel manque de connaissance pour mieux comprendre la situation

¹³ Présentation de l'outil, réflexions éthiques, Pr Walter Hesbeen, 2021 (GEFERS).

1.15 Apport du cadre théorique

Mon intention, avant de débiter la rédaction de ce mémoire, était de mettre en lumière deux axes de travail. D'une part le modèle du « *soin humanisant* » implémenté auprès des patients hospitalisés en unité médico-légale d'internement avec l'organisation qui s'y rapporte et d'autre part l'axe de réflexion à propos de la question de « l'intériorité » des soignants auprès des patients.

L'élaboration de ce travail réflexif théorique, m'a permis, dans un premier temps, d'enrichir mes connaissances sur l'humanisation de soins, les modèles, les grands concepts et piliers. J'ai éprouvé beaucoup de plaisir et de satisfaction à réaliser mes recherches, à en prendre connaissance pour ensuite les synthétiser. Dans un second temps, ces recherches m'ont permis d'approfondir mes connaissances actuelles sur la psychiatrie médico-légale et l'internement, mais aussi sur les organisations et modèles de soins qui s'y rapportent.

Enrichir ces fondations me permet de les rendre solides et m'encourage à poursuivre cette réflexivité au quotidien. A la fois d'un point de vue personnel mais surtout pour mon engagement au sein de mon métier d'infirmière.

La structure de ma partie théorique, s'est déclinée en miroir avec ma question de recherche et cela en trois parties.

J'ai choisi dans un premier temps de m'arrêter sur les grandes définitions de la santé mentale, de la psychiatrie, la spécificité de la psychiatrie médico légale avec les repères historiques importants et l'évolution qui s'y rapporte. L'idée d'amener des notions passées m'a permis d'avoir une meilleure compréhension des enjeux actuels. La thématique de la psychiatrie médico-légale débouchera sur des éléments de réflexion autour de constats et d'enjeux actuels.

La deuxième partie de mon cadre théorique a parcouru différents concepts dont la nuance entre le soin et les soins, pour continuer vers les notions de care, caring et « prendre soin ». Un questionnement autour de ce qui anime les soignants, les valeurs et une présentation d'outils. Au court de mes recherches, je me suis aperçue que la notion de « l'espace-temps » revient assez souvent au niveau de la littérature des soins infirmiers en psychiatrie, je me suis donc arrêtée quelque peu sur le parallélisme qu'on peut établir entre l'architecture et le care.

Être à la tête d'une équipe soignante, avec une fonction de responsabilité au sein d'une institution de soins, exige que je puisse me mettre en réflexion autour de deux notions importantes qui sont la qualité du soin et l'éthique au cœur de la psychiatrie médico-légale.

La revue de littérature consultée me permet de dire que les avis et écrits se rejoignent entre les différents auteurs et ouvrages. L'humanisme soignant, le prendre soin ne va pas de soi et les valeurs soignantes doivent continuer à émerger et cela dans un modèle de soins qui se veut pluridisciplinaire. Le modèle de soin humaniste doit encore pouvoir évoluer au sein des instituts d'enseignement également. Le modèle d'enseignement est encore parfois trop axé sur les enseignements autour des « besoins » et non du soin singulier qu'on porte à une personne. Ce que je retiens également c'est la présence d'un paradoxe existant entre la réhabilitation (rétablissement = recovery) psychiatrique au cœur de soins humanisants et les soins concrets qui sont prodigués aux patients internés libérés à l'essai au sein d'une institution de soins. Le volet sécuritaire est parfois encore trop présent au sein des pratiques, ce qui peut mettre en péril, réinterroger constamment l'identité soignante et la question du soin qu'on veut et qu'on peut réellement prodiguer. Ce questionnement est selon moi une richesse mais surtout une opportunité à repenser les soins ou plutôt le soin singulier envers la personne pour laquelle on porte une attention particulière.

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante ;

« Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? »

Pour poursuivre cette réflexion et tenter d'y apporter des éléments de réponses, j'ai décidé d'aller vers un cheminement plus concret et au plus proche des unités de soins pour patient internés libérés à l'essai. J'ai fait le choix de rencontrer trois témoins d'expériences mais aussi trois équipes soignantes de deux institutions différentes (unités de soins pour patients libérés à l'essai).

2 Partie pratique :

2.1 Rencontres avec les témoins privilégiés

Au sein de ce chapitre, je vais partager les témoignages de trois personnes sensibles et proches à la thématique de l'humanisation des pratiques soignantes. Les trois personnes rencontrées m'ont été recommandées par mon promoteur, Walter Hesbeen. Les entretiens ont été réalisés sous forme de « libre-échange » mais avec un canevas de questions prédéfinies. Pour ces trois personnes, le vécu, les formations et le parcours professionnel sont différents. La vision des soins et de l'humanisation des pratiques qui s'y rapporte est donc abordée sous différents angles de vue et perceptions. La retranscription complète de l'interview n°1 se trouve dans les annexes (*cfr annexe 3*).

2.1.1 *Compte-rendu de l'entretien réalisé avec Michel Dupuis (Interview n°1)*

Entretien réalisé le 22 mars 2022 par vidéoconférence. Docteur en philosophie, Michel Dupuis a pour champ de recherches tout ce qui traite de l'éthique du soin, l'éthique biomédicale ainsi que l'éthique organisationnelle. Ancien président du comité consultatif de bioéthique, ancien vice-président (fin de mandat) de la Commission fédérale des « droits du patient », responsable scientifique au sein du GEFERS et récemment retraité de sa fonction de professeur à l'université Catholique de Liège et Louvain.

Actuellement, il rencontre des équipes soignantes et leurs responsables, avec pour but la réalisation de formations et supervisions sur le terrain. Il est membre du comité de direction de l'Institut de promotion des formations en Islam (IPFI). Cet organisme a été créé suite aux attentats du 22 mars 2016 à Bruxelles. Cet organisme traite toutes les questions relatives à la religion de l'islam. De par sa fonction de professeur et de son expertise acquise dans les différents domaines précédemment cités, Michel Dupuis est souvent invité à intervenir dans des colloques et conférences.

Nous entamons notre rencontre avec une question de départ qui balaye différents aspects. A la fois, le concept de l'humanisme soignant, les notions clé qui s'y rapportent et les particularités associées au domaine de la santé mentale.

Michel Dupuis met en préambule *qu'il y a d'abord un premier combat à mener, qui est la lutte contre la déshumanisation des soins*. Le regard que nous pouvons avoir sur les handicapés, les personnes atteintes de maladie mentale, « les fous »,... Ces personnes, atteintes de maladies mentales, sont encore trop souvent vues comme des « monstres ».

Selon lui, il y a également un travail à réaliser autour de la culture du soin et des concepts qui l'entourent. En d'autres mots, les représentations que les soignants peuvent avoir sur l'humanité des soins. Les organisations soignantes devraient pouvoir se donner les moyens de mettre les équipes de soins en réflexion autour de ces nouvelles visions et œuvrer vers un changement culturel dans les soins. Ce travail doit pouvoir se penser et se réaliser avec les personnes de terrain et leurs responsables.

Depuis un siècle, beaucoup d'évolutions dans le secteur de la santé mentale ont été observées : le regard, les classifications des maladies, la reconnaissance du malade et le vocabulaire associé (trouble affectif, trouble de l'humeur). D'où l'importance de pouvoir redéfinir, avec les équipes, le langage et les pratiques de soins qu'ils souhaitent utiliser. *Une autre question posée par la suite, est celle du « comment réhumaniser ? » Par des gestes ? des attitudes ? des protocoles ? des bâtiments,... ?*

Il citera une phrase que Walter Hesbeen a exprimée à plusieurs reprises ; *« pourquoi faudrait-il réhumaniser des choses qui sont à priori humaines ? »* (Hesbeen, nd)

Il met en garde le fait *que cette humanité est fragile, sensible et doit pouvoir en permanence être cultivée et entretenue au sein des institutions, des équipes et auprès des patients*. Rien que le fait d'en avoir déjà conscience et connaissance est déjà une grande avancée en soi. Mais ce qui reste fondamentale, c'est de continuer en permanence les réflexions et être au fait que *l'humanisation des soins est un processus infini et qu'il faut pouvoir s'aider et s'entraider*.

Pour illustrer le concept de l'humanisme soignant, Michel Dupuis fait référence à une des idées de « Confucius ». *Celui-ci rappelle que l'humanisme est un modèle de modernité, dont le sens paraît peu abstrait*. Il insiste également sur l'importance de ce que chaque mot signifie.

L'adjectif repris dans ce mot est le mot « humain » dont on sait que le sens contraire est « inhumain ». *« Par rapport au verbe « humaniser », on peut dire qu'humaniser, c'est comme si on n'était pas encore complètement humain et alors ce qui drôle, c'est qu'on s'humanise en étant humain envers soi et les autres »* (Dupuis, 2022). On comprend rapidement que *l'humanisme, l'humanité est à la fois une donnée, mais aussi quelque chose à acquérir et à conquérir via le biais de la culture et de l'éducation reçue*. L'idée est que le soin est aussi primitif que le langage et que l'intérêt est de pouvoir adhérer et suivre ce long processus. *La notion d'humanisme est donc décrite tel un processus où rien n'est jamais gagné d'avance et qui est toujours en cours de développement et d'apprentissage*.

Une autre illustration donnée par la suite, est celle de Sigmund Freud ; *« l'humanisation des soins n'est jamais terminée... »* (Freud, nd). Selon lui, il faut pouvoir accepter qu'il n'y ait pas de réelles solutions, il faut pouvoir partir de l'idée que le soin et l'humanisation qui s'y rapporte sont interminables. *Une façon d'être humain se qualifie au même titre qu'entretenir un feu. L'humanisation est un processus infini qui implique que rien n'est jamais gagné, c'est un processus perpétuel qui prend vie*.

Nous échangeons par la suite autour de la question des formations et des prérequis de l'art infirmier, de l'art soignant. Se former aux soins infirmiers devrait pouvoir être un vrai choix. Choisir d'être infirmier non pas parce que « c'est bien » mais choisir d'être infirmier parce qu'on est animé par des valeurs forgées, et cela, depuis toujours au fond de nous-même. *« Faire le choix de combiner ses valeurs avec son métier, permet en quelque sorte de s'accomplir »* (Dupuis, 2022).

Au-delà des formations, il faut pouvoir offrir une disponibilité réelle et dotée d'attentions. La question du choix de faire des études de soins infirmiers est une question primaire. Les métiers de soins, les métiers de l'humain se déclinent autour de bonnes pratiques de base et ensuite, le questionnement débute,... Il est précisé également que depuis tout temps, il y a toujours eu des personnes qui soignent mieux, des personnes qui écoutent mieux que d'autres... dotées d'une finesse, d'une particularité en plus. Cette question du « mieux », débouchera sur une discussion autour du recrutement, question délicate et importante.

Délicate, car le recrutement n'est pas chose aisée et qu'il y a une impossibilité de pouvoir se baser sur des échelles, des traits de personnalités. Comment recruter ? comment identifier les

profils, les potentiels qui correspondent réellement aux attendus et aux besoins d'une unité de soins ? Une question se pose sur la génieité (=du mot génie). **« La question des valeurs, de la disponibilité... Cet aspect « génie » repose sur les valeurs de la personne, sans les discriminer, il faut pouvoir mettre en place des stratégies d'éveil telles que les formations »** (Dupuis, 2022).

Un autre élément au cœur de nos échanges est celui de la question du management bienveillant. Être dans la bienveillance, créer une ambiance bienveillante. Mettre en place un management bienveillant en tenant compte de l'organisation du travail dans laquelle on est, la question du comment on se situe ? ...

Michel Dupuis expose une problématique actuelle **qui est l'organisation industrielle du soin**. Cette nouvelle organisation **regroupe différents facteurs qui peuvent être défavorables et qui sont parcourus d'indicateurs financiers, structurels et politiques**. Face à des institutions dont les préoccupations sont le financement, la productivité et le rendement, il est difficile de motiver des équipes à faire du soin humanisant. Les équipes soignantes font parfois face à des injonctions paradoxales qui mettent en difficulté permanente les soins prodigués aux patients. La difficulté se situerait au niveau du raccordement des valeurs. **Il arrive aussi souvent que les organisations de soins puissent faire du tort aux soins. Les institutions de soins permettent de prendre soin des patients, mais il faut aussi penser "le prendre soin" des équipes.**

Nouvelle question : comment limiter les défauts organisationnels au travers de son management d'équipe ? L'hypothèse émise est qu'il faudrait instaurer des lieux de proximité au sein de cette organisation industrielle. Des moments entre pairs qui permettent « d'aller ailleurs » et de se retirer de ce type d'organisation. L'exemple des maisons de repos est cité. On peut identifier une exigence dans les tâches et attentes demandées aux soignants (réaliser x toilettes par matin par personne). Ce secteur de soins est également mis face à de nombreux changements au niveau du personnel dans les équipes (absences, démissions, remplaçants, intérimaires,...). Certains membres du personnel viennent ponctuellement et sont mis tout de suite en responsabilité pour faire des soins au sein d'une organisation qui a déjà son propre fonctionnement. Cette exigence et les changements permanents au sein de la structure engendrent une instabilité et insécurité pour les soignants. Les patients ne sont pas toujours connus par tous. La rentabilité prime sur les soins bienveillants et humanisants. Un élément clé de solution évoqué et qui fait réellement sens pour moi est **« la gestion des équipes par la proximité, l'instauration d'une culture d'équipe, une identité d'équipe, une force, mais avec**

cette possibilité d'avoir des « allers-retours » vers les autres, la mise en mots des situations de crise et être attentif aux défis de la communication, ... » (Dupuis, 2022).

La communication est un défi très important, l'un des plus importants et des plus compliqués en éthique organisationnelle, car il dépend de la bonne foi des uns et des autres. Il faut que l'autre personne ait au minima le souhait et l'envie de recevoir, d'écouter, d'entendre, d'être interrogée, dérangée et bousculée dans ses pratiques. Nous abordons l'une des spécificités et richesses de la psychiatrie qui sont les soins informels, ceux-ci permettent aussi de se décentrer de la frénésie du quotidien. De retourner à des éléments concrets et essentiels du travail, c'est *« une possibilité pour les soignants de remettre du sens dans les pratiques soignantes avec les patients dont on s'occupe »* (Dupuis, 2022).

Mais alors, comment concrètement endosser cette posture éthique en imbriquant l'éthique dans les soins ? Comment mettre en place des pratiques qui sont porteuses de sens et d'éthique face à toutes les contraintes rencontrées ? Un élément de réponse est qu'il est important de se rappeler que nous faisons partie d'un processus. La posture, le regard qu'on a sur les patients et les autres dont on s'occupe a toute sa place et son importance. Un autre élément de réponse est l'idée du concept de la psychothérapie institutionnelle en citant les travaux de Jean Oury. Les bâtiments peuvent aussi être thérapeutiques pour les patients et bienveillants pour les équipes. Un dernier élément de réponse est qu'aujourd'hui et par définition *« le soin est partagé et multidisciplinaire »* (Dupuis, 2022). Partagé dans le temps (différents shifts horaire) et multidisciplinaire, les différents regards sur une même situation clinique sont tellement essentiels et riches. Nous pouvons comparer ça à un art collectif, un sport collectif (on a besoin de chaque personne pour atteindre l'objectif souhaité).

On peut prendre soin de quelqu'un 24h/24h mais il faut pour cela que dans l'équipe chaque personne soit accordée au niveau de l'éthique organisationnelle. C'est la vision qu'on peut avoir sur une organisation de travail qui devrait toujours être partagé et organisé. Aujourd'hui ce qui fait du bien ou du tort ce n'est pas tant l'éthique « classique », mais c'est surtout l'éthique organisationnelle, une sorte de dimension politique dans les soins. En tant que manager et responsable d'équipe, il est fréquent de se retrouver seul devant une équipe, nous devons animer des réunions et installer un climat de confiance pour que l'équipe se sente libre d'exprimer des points de vues différents. Une métaphore est citée ; *« un manager est une « source », une source qui doit être « ressource » »* (Dupuis, 2022).

Les défis clés en éthique organisationnelle abordés et qui me parlent en tant que responsable d'équipe sont parfois difficiles à atteindre. Je reprends trois clés citées dans plusieurs ouvrages qui sont **la reconnaissance, la communication et l'attention**.

Selon Michel Dupuis, le point le plus important est de pouvoir être ressourcé soit même, afin d'éviter un maximum le temps perdu. Vivre le temps présent et que la personne puisse se sentir reconnue « *avoir un regard pour elle* » dans sa fonction, son rôle et ses missions. La communication ; « *communiquer moins, communiquer juste* ». Selon lui la communication, c'est aussi pouvoir s'accorder des moments de silence : « *le silence, c'est une certaine manière de laisser à l'autre à qui je dois dire quelque chose, l'occasion de se préparer, et de me laisser également du temps à moi-même avant de parler, d'intervenir* ». S'accorder des moments d'échanges, de partenariat professionnel. L'attention se résume à être éveillée dans « l'ici et maintenant » être présente et réellement présente, l'attention ici est décrite comme la capacité de voir des détails.

Pour conclure nos échanges, nous discutons autour d'un constat qui est que les organisations doivent pouvoir tirer des leçons (devoir moral, devoir juridique). Pouvoir faire le bilan, l'état des lieux, ce qui s'est bien et mal passé, c'est indispensable et d'autant plus à la suite de la crise sanitaire COVID-19. Travailler et conscientiser le management par rapport à des populations fatiguées, usées moralement, physiquement. Réfléchir autrement face à des indicateurs d'absentéisme de fatigue et d'épuisement. « *Il ne faut pas oublier que nous devons tous quelque chose à nos collègues* » (Dupuis, 2022). En termes d'éthique interventionnelle, il est important de réfléchir à redonner du sens à nos pratiques, et ce, continuellement afin d'être en phase perpétuelle avec le processus de l'humanisation des soins.

2.1.2 Compte-rendu de l'entretien réalisé avec Luc Detavernier (Interview n°2)

Entretien réalisé le 31 mars 2022 au sein des locaux de la plateforme en santé mentale à Bruxelles. Luc Detavernier a travaillé de longues années en tant que directeur conseiller pour les mutuelles. En 2014, lors de la réforme de l'état, divers changements ont été effectués ; le transfert des compétences des Communautés vers les Régions, ainsi qu'une nouvelle législature bruxelloise. Le cabinet des ministres de la Santé lui a proposé de les rejoindre pour explorer différentes pistes de réflexions avec comme point d'appui la plateforme en santé mentale.

Actuellement, administrateur délégué et directeur au sein de la plateforme doté de l'expérience du milieu mutualiste, il est également conseillé politique psychiatrique et pédopsychiatrique pour l'hôpital Brugmann, Saint-Pierre et l'hôpital des enfants.

Cette fonction lui demande d'être présent lors des comités de directions, mais également lors des réunions de service en pédopsychiatrie ainsi que pour le trajet de soins PPM (protection de la personne malade mentale). Il est notamment sollicité pour rendre des avis au niveau des expertises psychiatriques réalisées dans le cadre des urgences psychiatriques.

Nous démarrons l'entretien avec un point historique. La plate-forme en santé mentale à Bruxelles s'est développée dans les années 1990 dans le but de permettre des rencontres et des discussions entre le monde ambulatoire et le monde hospitalier. Dans cet objectif-là des groupes de travail sont mis en place. À la suite de l'élaboration de ces différents groupes, des réflexions et de nouveaux horizons voient le jour. L'objectif premier reste avant tout, l'élaboration d'un espace pour favoriser le dialogue entre les différents acteurs d'un même réseau de soins. A titre d'exemple une des dernières rencontres qui a eu lieu était avec un directeur médical d'un centre hospitalier psychiatrique. Il y a eu énormément de discussions autour de « l'intelligence artificielle » et le partage des données entre les différents acteurs hospitaliers, ambulatoires et médecins généralistes. Pour encore faire mieux tous ensemble. Depuis l'instauration de ces groupes, beaucoup de travaux ont été mis sur pied et notamment via le biais de « vignettes cliniques » et de partages d'expériences. Nous discutons autour des formations, la formation infirmière et le programme de cours associés. Une certaine incompréhension réside dans le fait que nous pouvons avoir le même titre, mais pas le même diplôme (infirmier bachelier, infirmier breveté). La formation des infirmier.es aux pratiques avancées est également questionnée. Nous

échangeons autour d'une éventuelle crainte que cette nouvelle offre d'études, entraîne un éloignement du soignant par rapport aux patients et au terrain.

Nous évoquerons ensemble une série d'histoires et de vécus autour de l'expérience que le « malade » peut avoir de « sa maladie » et de l'expérience qu'il peut y avoir au sein des milieux de soins. Notamment une des évocations relatives à la maladie de l'autisme. ***La problématique qui est véhiculée au sein de la société est qu'avoir un enfant handicapé est un problème en soi et fait véhiculer beaucoup de discussions.*** Le soin aux personnes porteuses d'un handicap entraîne parfois beaucoup de questionnements chez les soignants.

Une autre thématique évoquée est celle de la rencontre au sein des hôpitaux, la disponibilité des soignants pour les familles et la place réellement offerte pour celles-ci. Luc Detavernier est passé également par cette place de « famille et d'aidant proche » et insiste sur la sensibilité qu'il en a développé par la suite. Par sa fonction de directeur, au sein de la plateforme, cela lui permet de pouvoir avoir un point d'attention aux conditions auxquelles doivent faire face les psychiatres, psychologues, infirmiers et soignants au sein des hôpitaux. L'absence de structures adaptées est un exemple bien concret. Face à des incidents parfois malheureux, il marque un point d'honneur à continuer le développement des projets autant pour les aidants, les proches, les aidants proches, mais aussi les patients. Il arrive assez fréquemment que certains patients soient face à un manque de respect, un manque de structure adaptée, mais aussi de la violence et de la déshumanisation au sein des hôpitaux et cela de la part du corps soignant.

En guise d'exemple, une association a été créée sous le nom de « pro-famille » et permet de fournir des outils, des formations pour les familles, les aidants proches qui soutiennent des patients schizophrènes.

A Bruxelles, jusqu'il y a peu, il n'existait aucune structure. ***« Pro-famille donne des outils, un soutien et des pistes et aides concrètes »*** (Detavernier, 2022). Ils donnent également des formations sur le comment être avec les aidants proches ? Comment soutenir les familles ? Et comment, en tant qu'aidant proche, se protéger de l'épuisement ? Certains hôpitaux montrent des résistances à cette démarche. L'idée est de créer des espaces, mais aussi de mandater une personne « représentant famille » par institution psychiatrique. Cette démarche avait été proposée dans le but de trouver un terrain d'apaisement pour les soignants et les familles.

Un constat interpellant est que le personnel soignant devrait être davantage formé et informé par des ressources extérieures (conférences, formations, congrès,...) Ce qui apporterait un soutien dans leurs tâches au quotidien. Les équipes soignantes témoignent ressentir une pression. Certains expriment une vive inquiétude notamment liée à la pénurie du personnel soignant. Les équipes sont moins nombreuses mais le travail ne cesse de croître.

Beaucoup de souffrances sont palpables au sein des services de soins, une des souffrances est en lien direct avec le stress et les tensions ressenties liées au manque de personnel. Beaucoup moins d'infirmiers veulent travailler dans le secteur des soins infirmiers et encore moins dans les hôpitaux généraux. Un réel problème qui devrait amener les responsables politiques à se poser les bonnes questions. La réalité de la problématique IFIC, est qu'à présent, on est rémunéré à la fonction, mais pas au diplôme. C'est une source de démotivation. Un autre risque identifié, c'est le turn-over, au niveau du personnel, ce qui génère une instabilité au niveau des unités de soins.

« Les représentations qu'on a sur les soins et l'humanisation des soins est très dépendant du vécu qu'on a en tant que patient. La bienveillance est tellement porteuse de sens pour certains patients » (Detavernier, 2022)

Nous évoquons une situation clinique par un exemple ; lors d'une rencontre avec un patient dans un centre hospitalier psychiatrique, un patient autiste s'exprime sur le fait qu'il n'est pas à sa place. Il le répète de plus en plus et de plus en plus fort devant l'équipe. Monsieur Detavernier s'adresse alors à l'infirmière en chef de l'unité en lui demandant pourquoi le patient exprime cela ? L'infirmière chef acquiesce en validant qu'en effet ce patient ne devrait pas être ici, mais que par manque de places et de structures adaptées, il se retrouve au sein de ce centre hospitalier. Luc Detavernier explique se nourrir du quotidien de ses rencontres pour en tirer quelque chose et le relayer auprès des ministres compétents, et cela, dans les différents hôpitaux parcourus.

« Une souffrance palpable chez les soignants qui n'ont parfois plus les moyens d'offrir des soins adéquats et justes pour les patients. Cette souffrance entraîne une série de découragements, une perte de repères, perte de sens dans les tâches, un épuisement...Les équipes soignantes sont parfois tellement en souffrance qu'elles n'arrivent plus à être dans le soin » (Detavernier, 2022).

Nous abordons la thématique des familles, des aidants proches et de l'implication qu'ils peuvent avoir au cours de l'hospitalisation. Tant au niveau des familles que des soignants, on observe que peu de dispositifs et d'encadrement d'accueil sont mis en place.

Une question concrète est alors avancée ; « *Qu'est-ce qui est mis en place pour soutenir les soignants dans des pratiques de soins humanisantes au départ des hôpitaux ?* » (Detavernier, 2022).

Parfois, au sein d'un seul et même réseau de soins, les patients n'y trouvent pas leur place et font le tour de tous les services de soins. Il arrive que dans des réseaux de soins spécialisés les patients ne sont pas acceptés. Comment adoucir ces conditions de travail ? « Au sein de la plateforme, les groupes de travail et partage de vécus et d'expériences sont aussi des moyens mis en place pour soutenir le moral des équipes de terrain « échanges entre professionnels d'une même filière » et mobiliser le réseau » (Detavernier, 2022).

La question de l'architecture et des infrastructures joue aussi sur le moral des équipes. « *En Hollande à Eindhoven, j'ai eu l'occasion d'aller faire une visite dans un établissement de soins. L'extérieur du bâtiment était complètement en paradoxe avec l'intérieur, dans le sens où l'extérieur semblait très carcéral, mais à l'intérieur, c'était tout le contraire* » (Detavernier, 2022). Il serait utile de pouvoir, plus souvent, s'inspirer de ce qui est fait et fonctionne ailleurs pour l'implémenter en Belgique.

Nous traitons par la suite un autre sujet très important qui est la question « du besoin » : les besoins des soignants ne rencontrent pas les besoins des patients et inversement.

Comment peut-on faire pour que ces besoins se rencontrent ?

A titre d'exemple, « *un patient qui arrive en état de décompensation aiguë dans un service d'urgences et qui souhaite parler à quelqu'un, se retrouve, dans un premier temps, face à une équipe de soignants qui veut prioritairement instaurer une médication. Il est très fréquent qu'un patient veut parfois simplement parler de ce qui ne va pas sans pour autant prendre une médication* » (Detavernier, 2022).

Luc Detavernier rencontre souvent différents prestataires de soins. Une des dernières rencontres était avec un groupe d'étudiants en dernière année de médecine. Un exercice a été proposé sous forme de vignettes cliniques. La vignette clinique présentée était un patient refusant les soins. La question posée aux médecins pour alimenter leur réflexion était la suivante : Quelle serait la meilleure prise en charge possible ? Il est alors demandé aux étudiants, futurs médecins, de réaliser le schéma de leurs interventions avec pour finalité que le patient accepte la médication.

Les résultats sont assez époustouflants, dans le sens où le patient n'est souvent pas repris dans le schéma du processus du soin. Or l'ensemble des intervenants (kiné, ergo, médecin, infirmier...) est repris sur le schéma avec les actions, mais à aucun moment le patient est mis au sein du processus comme acteur.

« Cela en dit long sur le travail et le chemin qu'il reste à faire,... Pour faire évoluer les pratiques et les courants de pensée, le modèle médical paternaliste est encore fort mis à l'avant-plan au sein des cursus universitaires de médecine » (Detavernier, 2022).

Nous évoquons les médecins mais ces réflexions sont valables également pour les pharmaciens avec lesquels la relation de soin est basée sur la confiance. Lorsque le bénéficiaire de soins se sent bien qu'il est content du contact avec le pharmacien, il aura envie de lui faire confiance et prendra sa médication prescrite. Chaque personne doit être prise dans son individualité, chaque personne a des besoins spécifiques. Un rôle de proximité est important à acquérir et c'est également valable pour le personnel soignant. Lorsqu'on va à l'hôpital, ce n'est jamais par plaisir. D'où l'importance d'être pris en considération, d'être respecté dans son intimité, son intégrité, sa singularité. Est-ce qu'on va faire un soin ou des soins ? On va vers une personne ? On va vers une charge de travail ?...

« Les formations données sont très souvent malheureusement axées sur les soins et rarement sur le soin » (Detavernier, 2022).

Les cours manquent de priorisation, l'humanisme soignant devrait être un prérequis. C'est le bébé de l'art infirmier. Il devrait être validé et acté au préalable par les personnes qui s'engagent dans cette profession aux dimensions si particulières et complexes. On fait le constat ensemble aussi que la communication n'est parfois pas juste, pas claire et l'on sait les dégâts qui peuvent résulter d'une mauvaise communication. Les études des infirmiers manquent aussi

de préparation à l'aspect émotionnel. Les infirmiers sont peu formés aux situations tristes, touchantes, émouvantes,...Il n'existe pas d'espace pour laisser libre place aux émotions. Le rendement prime sur l'aspect émotionnel. A la suite de la crise sanitaire covid-19, les directions des soins ont fait le choix de fermer et fusionner des services (fermeture de lits, démissions, restructuration du personnel). Ces décisions ont été , pour la plupart, prises sans réelle concertation avec les équipes.

Nous abordons, en guise de conclusion, un autre sujet important qui est la question de la posture et de l'attitude qu'un infirmier en chef au sein des équipes devrait pouvoir adopter. « ***Prendre soin de soi et de ses propres valeurs pour être apte à prendre soin des autres*** » (Detavernier, 2022). Accepter que le patient soit parfois plus expert que nous, que l'équipe et que lorsque les patients refusent un traitement, c'est qu'ils ont leurs raisons et qu'elles doivent aussi pouvoir être entendues et respectées. Un autre point d'attention est qu'il serait important « ***d'arrêter le clivage entre les soins somatiques et les soins psychiatriques, c'est un ensemble de soins à donner aux patients et l'aspect somatique et psychiatrique sont indissociables*** » (Detavernier, 2022).

Certaines pistes sont évoquées en vue de garder le cap sur la vision des pratiques de soins humanisantes. Les deux axes qui ressortent le plus sont :

- Rétablir, retrouver et maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.
- Décoder et comprendre les besoins des patients par le personnel soignant.

Un levier concret serait de mettre en place des groupes de travail avec des personnes peu sensibilisées à l'humanisme soignant et tenter de faire germer d'autres idées et réflexions que celles qu'ils détiennent déjà sur les pratiques de soins. Concrètement des espaces seraient créés pour que les personnes puissent discuter et sensibiliser les autres.

Pour qu'au final une autre philosophie de soins soit pensée et puisse germer au cœur de chaque équipe soignante. Des groupes de travail entre les groupes hospitaliers généraux et psychiatriques devraient voir le jour. Cet espace a d'autant plus de sens en période post covid, sachant que durant la crise sanitaire, le personnel a très souvent été malmené et bafoué dans ses missions premières. Selon lui, il faudrait investir à la fois dans les accréditations Canada, mais

en n'oubliant pas de se mettre en réflexion autour de l'humanisation des soins. Ces réflexions seraient un processus continu et infini.

L'entretien s'est conclu et clôturé sur une éventuelle possibilité de faire « partenaire » pour l'élaboration et la coanimation d'un groupe de réflexion autour de l'humanisation des soins, et cela, au sein de la plateforme en santé mentale. Une belle opportunité qui me permettrait de pouvoir continuer à alimenter et élaborer autour de ma recherche. L'entretien s'est montré très riche, complet et parsemé d'espoir.

2.1.3 Compte-rendu de l'entretien réalisé avec André Néron (Interview n°3)

Entretien réalisé en date du 4 avril 2022 au sein des locaux de la faculté de santé publique à Woluwe-Saint-Lambert à Bruxelles.

Après avoir œuvré dans le milieu des affaires publiques pendant plus de 30 ans, André Néron assure depuis plus de 5 ans la fonction de directeur du Bureau des patients partenaires à l'Université libre de Bruxelles. Il est également président du comité de patients experts de la faculté de médecine et vice-président patient du comité inter facultaire opérationnel. Il est membre de nombreux comités, dont celui sur la sécurité des soins à la Fédération des médecins spécialisés du Québec.

L'entretien est un partage d'expériences, alimenté par des vignettes cliniques concrètes et d'histoires de vécu. Ce témoin privilégié précise d'emblée ne pas être un expert de l'humanisme des soins, mais le met en lien avec le concept du « bureau des patients partenaires ».

Pourquoi ce bureau ne s'appelle-t'il pas « le bureau des patients », mais le bureau du « patient partenaire » ?

Car la mission principale est d'assurer une présence pour le bien-être des patients et du personnel de la santé. Autant au niveau du champ des soins somatiques que des soins psychiatriques. Selon lui, l'humanisation des soins amène le constat qu'il y a un gros problème actuellement situé au niveau de l'empathie dans les soins.

Ce qui est constaté en France et au Québec, c'est que la pandémie COVID-19 a incité des questionnements autour de « l'héroïsme soignant ».

Un exemple donné est celui d'une femme avec deux enfants, formant une famille monoparentale, qui travaille au Delhaize. La pandémie, le confinement n'ont pas été chose facile pour elle, dans cette crise, elle n'a pas été désignée comme héroïne et pourtant...

Nous observons des personnes qui travaillent très bien dans le secteur de la santé et d'autres moins bien.

L'empathie est une forme de service à la clientèle, alors est-ce que l'empathie s'apprend ?

Une situation clinique est illustrée au cours de l'entretien, celle « *d'une jeune fille qui fait une tentative de suicide et demande une hospitalisation. Premier constat interpellant ; au cours du trajet de soins de la patiente et une fois arrivée dans l'unité d'hospitalisation, on s'aperçoit que rien n'a été respecté (plusieurs demandes avaient été faites au niveau des urgences par la patiente). Quelques jours après le début du séjour en unité d'hospitalisation, les parents se présentent pour une visite et le personnel soignant les informe que leur fille a bénéficié d'une sortie seule... Les parents sont stupéfaits, inquiets et surtout dans l'incompréhension. Ils ne saisissent pas pourquoi ils n'ont pas été informés et pourquoi on ne les a pas contactés pour que cette sortie soit faite avec leur fille* » (Néron, 2022). Cette situation illustre l'humanisme soignant et l'empathie au sein des prises en charge.

Lors d'une dernière rencontre avec le personnel spécialisé en psychiatrie dans un hôpital spécialisé, une présentation a été faite de cette vignette clinique. A l'issue de la présentation générale, un constat est fait à savoir que la problématique perdure. On observe très souvent qu'on travaille avec des « œillères », qu'on ne regarde pas ce nous entoure.

« *Une autre situation est celle d'une femme qui souhaitait divorcer mais dont le mari ne le voulait pas. La situation devenait de plus en plus compliquée. Après de longues procédures, la justice décide une mesure d'éloignement du mari et quelques jours après le mari s'est suicidé. La police s'est rendue au domicile de cette dame en disant, qu'à présent, suite au décès de son mari, elle n'aura plus de problème...* » (Néron, 2022). Un autre exemple très concret qui met en lumière cette « non prise de considération et de globalité ».

Ce n'est pas parce que son mari est mort qu'il n'y aura plus de problème, il y a là un manque d'intérêt marqué au niveau du vécu de cette dame pour la suite de sa vie. L'empathie peut s'apprendre, l'empathie peut se travailler et se construire.

« Une autre situation illustrée et vécue qui relate l'histoire d'une rencontre avec une dame très âgée (85 ans) et malade. Elle se présente dans un hôpital et demande un rendez-vous, la secrétaire au comptoir lui demande de prendre son rendez-vous sur internet et qu'elle ne peut rien faire pour elle. Nous sommes dans un centre hospitalier, et on n'y retrouve aucune empathie, au-delà des règles de fonctionnement, il est important de faire preuve d'empathie et d'adaptation à la personne qu'on rencontre » (Néron, 2022).

Au Québec, beaucoup de patients partenaires sont suivis et au fil de ces rencontres, une situation a retenu toute l'attention ; celle d'une personne atteinte d'un cancer du sein. Cette patiente lui explique au cours de la rencontre *« être en rémission, mais précise avoir encore beaucoup de douleur. La patiente attend ses résultats et dans la discussion verbalise le fait « qu'elle préfère mourir que d'avoir une nouvelle fois un cancer ».* Elle était en demande d'avoir une chambre seule, car elle occupait actuellement une chambre à 4 lits, et cette situation devenait très lourde pour elle. Après concertation avec l'équipe de soins, un transfert aura lieu. Quelques jours plus tard, cette même patiente demande de pouvoir téléphoner à sa famille. Le personnel soignant lui dit qu'elle ne peut pas sortir de sa chambre... Sous prétexte que les patients hospitalisés pour raison *« psychiatrique »* n'ont pas les mêmes droits que les autres patients. Le lendemain, le personnel annonce à la patiente qu'elle va être transférée d'hôpital, car ils ont besoin de la chambre pour une autre patient (situation de crise). Et c'est là qu'elle a compris qu'elle avait été transférée en psychiatrie sans son consentement » (Néron, 2022).

Toutes ces démarches ont été entreprises sans son avis, ni même concertation avec une équipe de liaison psychiatrique. Une note avait été mise au dossier médical en stipulant que la patiente préférait mourir que d'avoir un nouveau cancer. L'équipe en a déduit, à la lecture de cette note, qu'elle tenait des propos suicidaires et que sur base de ceux-ci, elle devait être transférée dans une autre unité. **Cette situation témoigne de manière frappante que l'accueil et la communication intra-service ne sont malheureusement pas toujours efficaces et provoquent chez certains un manque d'empathie et de considération envers les patients. La question de la confiance du prestataire de soins est tout aussi importante. L'humanisme et l'empathie sont présents lorsqu'on rentre dans la chambre**

du patient et qu'on écoute ce qu'il a dire. Il faut informer le patient et communiquer de manière optimale.

L'information sur l'état de santé des personnes soignées n'est pas opérante, il arrive que de nombreuses fois les prestataires de santé entrent dans la chambre pour réaliser des soins, faire des examens, mais n'expliquent pas la raison ni la justification de leurs actes. Des prestataires qui sont eux-mêmes mal informés. Les professionnels de la santé sont formés de façon paternaliste et pensent qu'ils connaissent tout (et mieux que le patient lui-même).

En ce qui concerne la santé mentale, André Néron a également constaté, à de nombreuses reprises, que pour les aidants proches, il est très difficile de comprendre des personnes souffrant de santé mentale. Durant leurs études, les médecins n'ont aucun cours de communication. Il est important de pouvoir prendre en compte les représentations et les perceptions des autres lors de l'annonce d'un diagnostic. Or les aidants proches sont de réels leviers au niveau des soins à prodiguer au patient. Les aidants proches sont peu formés et peu outillés pour trouver réellement leur place et leur position dans le trajet de soin du patient malade.

Il n'est pas rare que les médecins, les infirmiers et les soignants soient maladroits dans l'accueil et l'approche du patient. « *La communication et l'humanisation des soins se traduisent par des gestes, des attentions, de la délicatesse* » (Néron, 2022).

Faire preuve d'attention, c'est aussi s'intéresser aux vécus, aux ressentis de l'autre personne. Ce n'est pas parce qu'on pense à la place du patient que tout ce qu'on fait est bon pour lui.

Certains médecins informent et communiquent mal, à titre d'exemple lorsqu'une personne a un cancer et qu'elle va perdre tous ses cheveux... Les médecins ont tendance à dire, « c'est un moindre mal... Vous avez un cancer ! » Mais en réalité perdre ses cheveux, c'est aussi perdre son identité et cela bouleverse l'image qu'on peut avoir de soi-même. Il faut pouvoir en tenir compte. C'est aussi de l'humanisation et de l'empathie du soin.

Une autre situation concrète est illustrée, avec l'histoire d'un patient qui doit subir un examen cardiaque invasif.

« Un technicien est présent avec le cardiologue et se montre froid comme un frigo. Une infirmière présente, vient au côté du patient et sans gant caresse l'épaule du patient et fait quelques remarques de type « humoristiques »,... Le patient a pu témoigner que c'est la seule chose qui l'a vraiment apaisé. Le médecin en rentrant avait beau dire... « Calmer vous ça va aller... », « c'est un examen classique et on en fait tous les jours... » » (Néron, 2022).

La moralité de cette vignette clinique est que ce qui a vraiment apaisé le patient sont la tendresse, l'attention et l'humour de l'infirmière présente. On identifie ensemble des problèmes de communication, d'humanisation, de représentations du soignant et du malade. On se pose aussi la question de quels seraient les leviers à l'humanisation ?

Au-delà de nos diplômes et de nos qualifications, nous sommes de potentiels agents de changement.

La dynamique doit pouvoir changer, évoluer et faire grandir nos pratiques. Nous sommes tous responsables des changements et détenons des responsabilités sociales et sociétales. On souligne aussi au cours de nos échanges que la question de l'accréditation Canada est importante mais parfois pas assez représentative de la réalité des hôpitaux. En général les directions de soins sont prévenues et peuvent s'organiser avant la visite ce qui permet de donner les accréditations de manière plus facile. Les patients, le personnel, les unités sont choisis et donc la réalité est biaisée. Beaucoup d'hôpitaux sont accrédités avec des labels, « or, platine, argent », mais sur lesquels les critiques des personnes sont catastrophiques.

Il est important de montrer ce qui va bien, mais ne pas cacher ce qui va mal. La pair-aidance en santé mentale est un aspect qui est fort nuancé ; *« si je suis malade et que je présente des maladies, je deviens automatiquement une personne « experte » de toutes les maladies, or les maladies similaires se vivent différemment, ... On n'accepte pas les maladies, on apprend à vivre avec »* (Néron, 2022).

Le patient « expert » estime qu'il est expert de sa maladie, mais c'est avec sa propre représentation, son propre vécu et son point de vue sur les soins reçus. Trois personnes différentes qui ont une même maladie, les vivront autrement.

Une autre vignette clinique est exposée par André Néron qui part du constat que les personnes âgées (au-delà de 70 ans) sont très souvent infantilisées. Il y a une certaine croyance selon laquelle à partir de 70 ans, on est considéré comme « âgé » et face à cela, on en devient déshumanisant en adoptant des attitudes qui infantilisent le soin et la rencontre.

Cette vignette clinique se déroule, lorsque mon témoin s'apprête à commencer un discours au sein d'une maison de repos. S'excusant tout d'abord pour son accent canadien, il demande à ses orateurs de l'interrompre si des problèmes de compréhension se présentent. *« Une dame dans la foule dit « on s'en fout qu'il vient de Montréal... » C'est mal dit, mais c'était clair ! Un peu plus tard dans la journée cette même dame est occupée à s'étouffer dans son fauteuil roulant. Je m'approche d'elle et lui apporte une bouteille d'eau en lui disant ; ça ne vous dérange pas que l'eau vienne de Montréal,... ? La vieille dame se met à rire. Une connexion s'établit »* (Néron, 2022). Ce qui marque et qui intéresse Monsieur Néron dans cette situation, c'est que la dame âgée lui parle, et ce, de manière intelligente, l'âge importe peu. Pour donner suite à cette connexion établie, une discussion à lieu ; elle s'exprime sur le fait qu'elle n'ose pas parler car elle a peur d'avoir de mauvais soins, ... Elle dit qu'elle en a marre d'être infantilisée avec des termes comme par exemple « ma petite madame ». Un autre aspect qui la dérange beaucoup, ce sont les repas, elle exprime que les résidents commencent à manger à 17 h, mais le repas du midi terme à 13 h 30 ! À la suite de sa conférence, Monsieur Néron s'engage à faire le porte-parole de cette demande auprès de la direction qui lui dit « que c'est compliqué » d'un point de vue organisationnel. Une proposition est faite pour qu'il y ait différentes heures proposées pour les repas. Les personnes âgées ont l'habitude de manger toute leur vie à 20 h et sous prétexte qu'ils changent d'endroit de vie, ils devraient s'adapter à un autre rythme de vie ? **L'humanisation des soins passe aussi par l'alimentation.** Une autre histoire marquante et dans le même ordre d'idées; l'histoire d'une patiente hospitalisée dans un hôpital bruxellois, en phase terminale d'un cancer. Une nutritionniste le contacte pour lui dire que l'une de ses « patientes partenaires » refuse de manger ce qu'on lui donne. Une rencontre est proposée avec cette même patiente. André Néron lui demande si elle est d'accord qu'ils se rencontrent ensemble avec la nutritionniste. Durant l'entretien, il sera relaté que la patiente a l'habitude de manger de tout sauf des plats basiques. Son ancien mode de vie, lui permettait d'avoir à son

domicile un cuisinier étoilé qui lui faisait des plats de « haute » qualité. La nutritionniste se montrant dans une attitude très rigide lui dit que c'est important qu'elle mange ce qu'on lui propose pour sa santé,... Or, cette dame se trouve en situation de phase terminale d'un cancer...

Une question est posée au niveau des protocoles existants ; il existe différents types de menus (végétariens, musulmans, sans sel...) mais face à une personne en fin de vie, qu'existe-t-il ? La dame va mourir, qu'est-ce qui est mis en place au niveau de l'humanisation des soins ? Aucune réponse n'a été donnée. La dame peut refuser les soins elle peut aussi refuser les repas.

La grosse problématique est que lorsque les protocoles sont absents ou par absence d'alternatives existantes, c'est automatiquement le patient qui représente une difficulté et un problème. On peut faire le constat qu'il y a très peu de remise en question par rapport à la vision et la position du patient. En guise de conclusion à notre rencontre, nous abordons ensemble un réel problème présent au sein des équipes soignantes à savoir l'absence de positionnement. Les soignants n'osent pas prendre position et se sentent dans l'obligation de suivre le mouvement des autres, les protocoles et les habitudes étant déjà instaurées. C'est là où le poste de partenaire patient peut contribuer aux changements et faire en sorte de mobiliser des personnes pour être « agent de changement ». Au fil de ce dernier échange, mon attention est tout particulièrement retenue sur le terme soignant-soigné, qui fait écho à un versant de soins « paternalistes » et non « humanistes » et qui laisse place à un chantier en cours de construction.

2.2 Élaboration de focus groups au cœur des équipes soignantes

Afin d'être au plus proche du ressenti et de l'expérience réelle et concrète des acteurs de terrain, j'ai choisi comme méthode, en plus des entretiens avec les témoins privilégiés, l'élaboration de focus groups au sein d'institutions de soin. Ces institutions accueillent des patients internés libérés à l'essai. L'idée est de pouvoir éclairer ma thématique qui est pour rappel « les facteurs favorisant, freins et les leviers à l'humanisation des soins ». Pour la mise en œuvre et l'élaboration de ma méthode « focus groupe », je me suis basée sur le cours « dynamique de groupe et communication intra organisationnelle » dispensé par Sophie Thunus (Thunus, 2018-2019). Ainsi que l'appui du livre « le mémoire de fin d'études des étudiants infirmiers » de Walter Hesbeen et William D'Hoore (Hesbeen., D'Hoore, 2016).

2.2.1 Objectifs de la recherche

Après ma recherche de littérature et les différentes rencontres avec les témoins privilégiés, plusieurs aspects concrets ont pu émerger. Je ressentais malgré tout un manque de concret en ce qui concerne l'organisation des soins. Ma question de départ étant la suivante ; « Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? ».

L'objectif des entretiens avec les témoins privilégiés était avant tout de partager des expériences et des vécus avec des visions différentes. Un élément important et manquant évoqué dans les trois entretiens était la question de la culture soignante au sein des institutions de soins.

Ce mémoire traite deux axes ; le premier aborde le « soin humanisant » implémenté auprès des patients hospitalisés en unité médico-légale et l'organisation qui s'y rapporte. Le second axe concerne la réflexion à propos de l'intériorité des soignants auprès des patients.

Afin de pouvoir aborder ces deux axes, il est indispensable de passer des temps d'échanges avec les soignants. Le premier objectif de ces focus groups avec les acteurs de terrain est donc de mettre l'accent sur les représentations véhiculées, mais aussi de l'ambiance qui peut-être est présente. Ma démarche a pour objectif premier de mettre en évidence les facteurs favorisant, mais aussi les freins aux pratiques de soins humanisants.

Par la suite, l'idée de cette recherche qualitative est également de révéler des choses auxquelles je n'ai pas pensé et éventuellement générer de nouvelles hypothèses par le biais d'une question autour des leviers et des alternatives possibles. La récolte de données inédites est alimentée par les informations reçues au sein d'équipes constituées sur base volontaire.

2.2.2 Méthodologie

En fonction de l'objectif présenté dans le point précédent, **ma démarche va être de type exploratoire**. Il s'agit d'une étude qualitative de trois focus groups. Cette méthode me semble la plus adaptée en lien avec la thématique qui nous préoccupe. C'est un sujet complexe et sensible pour lequel il me semble difficile de réaliser des entretiens avec un questionnaire

strict. Cette méthode finalement choisie sera d'autant plus riche, car elle favorise la discussion et les échanges d'idées au sein d'un même groupe.

2.2.3 Choix des terrains d'études

La récolte des données a été réalisée dans trois services de soins hospitaliers psychiatriques. Deux unités au sein du centre hospitalier psychiatrique Jean-Titeca à Bruxelles et une troisième au sein de l'hôpital psychiatrique sécurisé les Marronniers à Tournai. Toutes les trois accueillent des patients « hommes » internés et libérés à l'essai. Mon but n'est pas de comparer les trois services mais d'explorer les points de vue de chacun et de développer des hypothèses émergentes en fonction des trois axes abordés (facteurs favorisant, facteurs freins et les leviers).

2.2.4 Stratégie d'échantillonnage et critères de sélection

Lors de l'élaboration de mes trois échantillons, j'ai tout d'abord réfléchi aux éléments qui allaient déterminer mes choix. Un premier élément important, c'est la notion de « soignants ». Des soignants qui travaillent en unités, et cela auprès des patients et en relation de soins directs avec eux. J'ai choisi des soignants qui exercent toutes professions confondues afin d'éviter les biais de sélection. J'ai opté pour des fonctions multiples et variées (infirmier chef, infirmier, aide-soignant, assistante sociale, ...) avec des parcours d'études et professionnels différents. Le deuxième élément important, c'est de me rendre directement sur le terrain afin de m'imprégner de l'ambiance qui y réside. Il s'agit d'un échantillon de convenance, car la sélection des personnes s'est faite par la voie de contacts directs avec des personnes connues en partie dans le cadre de mon travail et de mes études. Au niveau de la réalisation pratique de mes démarches, j'ai pris contact dans un premier temps avec Nathalie Clochard, directrice des soins du centre hospitalier Jean-Titeca et Louis Leclercq, infirmier en chef au sein de l'hôpital psychiatrique sécurisé situé à Tournai. Lors de l'envoi de mon mail, j'ai indiqué aux responsables des équipes que ce focus groupe était à l'attention des « soignants » (différents corps de métiers) (*cfr annexe 4*). Le public ciblé sont des soignants qui travaillent directement en unité, sur le terrain avec les patients. Ma question de recherche a été spécifiée dans mon mail et envoyée aux équipes concernées. Les personnes ont choisi d'y participer de manière libre.

Après l'accord des directions respectives, j'ai réalisé mon outil principal qui est le "topic guide" et la présentation visuelle associée. Afin de rester juste et objective, une des conditions requises pour l'élaboration de ce focus groupe était que les personnes présentes puissent avoir une expérience de minimum une année soit en psychiatrie soit dans un autre lieu de soin. Cela permet une prise de recul et une objectivité sur la pratique exercée. La seconde condition était que le nombre de participants était limité à maximum sept par groupe. Il s'agit donc d'un échantillon raisonné. La motivation, la pertinence de l'expertise de terrain et la représentativité des soignants étaient des critères importants. Les groupes présents étaient hétérogènes en terme de fonctions, d'âges, de professions, d'expériences et d'anciennetés. Cela a favorisé un climat propice à l'innovation et à l'émergence de nouvelles idées, pistes et leviers.

2.2.5 Les outils utilisés

Cette étude se veut exploratoire et innovante. Les thèmes que je souhaite aborder ont été prédéfinis, mais en gardant bien pour objectifs que les personnes se sentent libres de s'exprimer. J'ai donc pour cela réalisé un « topic guide » composé de six questions (cfr annexe 5) avec une question de départ, quatre sous-questions (questions de relance) et une question de clôture. Une attention particulière a été apportée à la neutralité des questions afin de ne pas induire de réponse et d'être au plus proche du ressenti des personnes. Pour l'analyse de ceux-ci, je me suis constitué une matrice d'analyse par codes couleurs (cfr annexe 6). Les trois focus groups ont été enregistrés et anonymisés avec l'accord des participants pour faciliter l'analyse du matériau. Quant aux enregistrements, ils seront détruits après la validation de mon mémoire.

2.2.6 La méthode d'analyse

J'ai réalisé une retranscription intégrale « mot à mot » afin de garder une traçabilité objective de tout ce qui a été révélé par les répondants. Au moment de la transcription, j'ai identifié les thématiques les plus fréquentes et importantes, soit des thématiques présentes dans le topic guide, soit de nouveaux thèmes dans une approche hypothético-inductive. Un classement par couleur a donc été établi (cfr annexe 6). J'ai ensuite procédé à une analyse pour les classer par thématiques et en faire ressortir les points saillants au sein de ces trois groupes.

2.2.7 *Déroulement des focus groups*

Les focus groups se sont déroulés entre le 23 et le 30 mars 2022. Ils se sont réalisés en présentiel au sein des unités de soins choisies, mais suffisamment à l'écart des patients pour que les personnes présentes soient « en dehors et réellement disponibles pour les échanges ». La moyenne de temps pour un focus groupe était de 1 h 30. Lors de ceux-ci, j'ai veillé à taire mes connaissances et mes propres représentations sur le sujet. Les répondants, au sein du centre hospitalier Jean-Titeca, sont des personnes que je côtoie également dans le cadre de mon travail et j'ai donc veillé à être le plus neutre possible et à rester à « ma juste » place pour que les réponses ne soient pas biaisées. Les considérations éthiques : au début de chaque focus groupe un préambule a été énoncé sous forme de charte « cadre des échanges ». J'ai précisé à chaque répondant la raison pour laquelle il était présent ainsi que le but et les modalités pratiques de la méthode choisie (*cf annexe 5*). L'anonymat a été garanti pendant le déroulement de chaque étude ; les informations relatives aux anciennetés et professions ont été mentionnées dans les résultats avec leur accord. Les personnes qui ont participé aux focus groups ont marqué leur accord pour être enregistrés. Ils ont reçu de ma part la garantie que la confidentialité serait respectée et l'assurance que les enregistrements seront détruits une fois la remise et la validation du mémoire.

2.2.8 *Analyse des focus groups*

Suite à la retranscription des discussions réalisées lors des focus groups, j'ai débuté l'analyse par la réalisation d'un tableau avec les thèmes et questions établis au départ. Afin de faciliter mon analyse, j'ai surligné par code couleur les différentes thématiques. En fonction de ce code couleur, les facteurs favorisant, les freins ainsi que les leviers ont été identifiés. J'ai décidé de présenter les résultats par institution en rédigeant une synthèse par point avec les éléments pertinents et hypothèses émergentes recueillies.

2.3 Les éléments pertinents et hypothèses émergentes recueillies

2.3.1 Premier focus groupe (n=7)

2.3.1.1 Composition de l'échantillon

Dans ce premier groupe, sept personnes sont présentes tout au long de l'étude pour une durée d'1 h 27. Il est composé :

- D'une infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie avec une ancienneté de 23 années au sein de l'institution.
- D'une infirmière spécialisée en santé communautaire avec une ancienneté de 8 années et 2 ans au sein de l'institution.
- D'une aide-soignante (bachelière assistante psychologie) avec une ancienneté de 25 années et 15 ans au sein de l'institution.
- D'un aide-soignant (de formation initiale sapeur-pompier) avec une ancienneté de 20 années et 17 ans au sein de l'institution.
- D'une aide-soignante de formation initiale avec une ancienneté de 5 ans et 1 an dans l'institution. Avec comme bagage professionnel une expérience en maison de repos et de soins.
- D'une aide-soignante de formation initiale avec une ancienneté de 12 ans et 3 ans dans l'institution. Avec comme bagage professionnel une expérience en maison de repos et de soins.
- D'une assistante sociale (master en criminologie) avec une ancienneté de 6 ans et 2 ans dans l'institution. Avec comme bagage professionnel une expérience au sein du CPAS de Bruxelles.

Les personnes sont présentes sur base volontaire et le temps de l'étude est pris en compte dans leurs heures de travail. Cette rencontre est soutenue et se réalise en accord avec la direction des soins.

2.3.1.2 Les éléments-clés relevés au sein de ce focus groupe

♦ Les représentations liées à « l’humanisation des soins » en psychiatrie médico-légale accueillant des patients internés, libérés à l’essai :

Pour répondre à la première question qui est « que représente l’humanisation des soins ? ». **« Une première réponse donnée est de prendre l’individu tel qu’il est,... Et là où il en est,... »**

Un autre participant répondra que c’est dans un premier temps de lutter nous-même en tant que soignant contre des formes de « maltraitements dans les soins », qui peuvent se traduire par des attitudes, des gestes, des comportements, des impasses,... De la non-communication envers le patient. **L’objectif est de lutter contre la « banalisation » des soins.**

L’humanisation, pour une autre participante, c’est de pouvoir conjuguer un ensemble de savoir-faire, savoir vivre et savoir être auprès du patient et tenant compte de sa spécificité, son identité et son parcours de soins.

Pour ce qu’il en est des spécificités les répondants ont exprimé la notion de lien avec le cadre de travail, la possibilité de pouvoir **« donner des bases, des éléments pour que les patients puissent réapprendre à vivre en société », ... « Le monde qu’ils ont quitté n’est plus le même qu’avant,... »** Une autre participante décrit la spécificité en lien avec la notion de « compétence », pouvoir être en compétence pour parvenir à donner des outils aux patients qui lui permettront de gérer ses émotions et ses frustrations. **Un échange s’opère avec trois participants autour de la réelle difficulté qui persiste à faire face à l’incohérence entre « les conditions de libération décidées par la Chambre de protection sociale et la réalité de la vie ».**

Les spécificités identifiées par cette équipe sont en priorité :

- La reconnaissance, le soutien des pratiques des soins humanisantes par les responsables hiérarchiques et l’institution de soins.
- L’imbrication des valeurs au cœur des soins *« pour travailler en psychiatrie médico-légale, il faut pouvoir accepter que le soin qu’on prodigue soit très en lien avec nos valeurs et peu axé sur des techniques de soins »*. Les valeurs sont en lien et en harmonie avec un champ de compétences qui elles aussi seraient spécifiques au secteur de la psychiatrie et axées principalement sur des qualités relationnelles. L’innovation et la capacité de mobilisation

interne de ressources permettent la mise en place de la créativité auprès des patients. Innover et créer mais en faisant preuve d'humilité.

La créativité fait partie du quotidien des soignants ; *« nous devons en permanence réfléchir à comment réinsérer nos patients au sein de la société en sachant que depuis des années, ces patients ont été en prison ».*

- Les valeurs essentielles identifiées sont : l'écoute, l'empathie, le savoir être.
- La particularité du prendre soin « par la parole », en proposant des entretiens avec les patients, être réellement à l'écoute et attentif aux réels besoins.
- D'être en mesure de pouvoir trouver un juste équilibre, entre carrefour judiciaire, médical et soins. Une personne présente nomme l'image de la « broderie » ; broder nos soins, dans un cadre sécurisé, sécurisant, respectueux et bienveillant pour le patient. Un participant insiste sur le fait que les valeurs présentes au sein de l'équipe sont souvent bousculées.

♦ **L'identification des facteurs favorisant une organisation de soins humanisants :**

- Une organisation et une structure de soins adaptées aux besoins de la personne
- Donner et véhiculer des informations complètes.
- Une cohésion d'équipe, décrite par l'équipe présente comme l'action d'aller vers un même objectif et ce jour après jour « l'équipe va dans le même sens ».
- Instaurer une cohérence entre les soignants, le patient et le soin prodigué.
- Des supervisions et interventions d'équipes autour de vignettes cliniques, qui permettent de continuer à nourrir les pensées et approches des patients.
- Favoriser des espaces pour pouvoir débriefer, discuter de situations cliniques difficiles.
- Des démarches de pro activité de la part de l'institution vis-à-vis de l'encadrement qui est fourni comme par exemple la mise en place de « parrainage » avec les nouveaux collègues.
- L'intensification de l'axe de la formation envers les nouveaux collègues, qui se voit comme complète et cohérente avec les pratiques actuelles déclinées au cœur de chaque unité de soins. L'équipe est assez d'accord sur le fait que « la formation de base est un socle important, mais l'adhérence à la « culture de soin, la culture institutionnelle » » l'est tout autant.
- La prise en compte et la considération de chaque membre de l'équipe, chaque personne est une ressource, prendre soin des patients, mais aussi prendre soin des équipes les uns les autres (effet miroir).

- La proposition de mise en place de temps « ressource » avec la favorisation d'espaces en dehors des unités de soins.
- Mise en avant et augmentation de la reconnaissance et de la valorisation de tous et ce dans leur place respective (rôles, fonctions et missions de chacun).

♦ **L'identification des facteurs frein d'une organisation de soins humanisants :**

- Le manque de structures, de cohérence et de sens au niveau des consignes institutionnelles.
- Le manque de ressources, de temps au chevet du patient en lien avec la charge administrative.
- Le turn-over des équipes qui entraîne un manque de cohésion, un manque de cohérence dans les actions qu'on réalise auprès des patients et nécessite une réadaptation permanente.
- Les problématiques liées aux défauts de communication, défaut au niveau de la transmission d'informations et de faits auprès des patients.
- La multiplication des outils de communication qui freinent les outils déjà existants.
- Manque de moments informels avec les patients et les équipes, les temps avec les patients qui sont de plus en plus « balisés » et nécessitent de façon indirecte des justifications (que fait-on et à quel moment le fait-on) peu ou plus de place à l'imprévu et à la spontanéité.
- Difficulté d'imbriquer chaque membre de l'équipe dans les soins (intégration de toutes les disciplines).
- Les problèmes liés au manque d'accès et de possibilité de formations, les soignants en unité exprime avoir finalement peu de temps pour s'extraire et continuer à se former,... Leurs activités et présence étaient indispensables et sont liées à la continuité des soins (24h/24h) ce qui rend difficile l'enrichissement.
- Manque de connaissances de nos collègues, de leurs ressources, leurs talents,.. Si ce n'est pas pris en compte et mal reconnu, c'est un réel frein pour les équipes.

♦ **Les leviers et les pistes d'amélioration au processus de l'humanisation des soins :**

- La reconnaissance de la complexité et des spécificités des pratiques soignantes.
- Cibler et intensifier les formations adaptées aux besoins de l'équipe.
- Donner des formations avec des outils qui permettraient de plus facilement donner accès à nos représentations de soignants (que cette thématique ne soit pas tabou). Ces outils permettraient

de servir de « balises ». Les formations dont l'objectif est d'augmenter les compétences et l'autonomie des équipes soignantes.

- Mise en place de supervisions cliniques d'équipes soignantes lors desquelles les attentes, les besoins, les difficultés seraient exprimées de manière libre. Une supervision d'équipe qui est perçue par elle comme un regard extérieur et qui permet le développement réflexif autour de l'alignement des pratiques soignantes.

« Au sein de cette équipe, un participant partage un outil mobilisé au sein de l'unité à savoir des « réunions pluridisciplinaires » hebdomadaires qui abordent des thématiques transversales de l'unité, mais offrent aussi des espaces de paroles avec comme finalité de repenser le projet thérapeutique de l'unité".

- La mise en place de réunions formelles mais aussi informelles entre membres de l'équipe nursing.

- Des endroits et des lieux de travail adaptés où il est possible de travailler de façon sereine dans un endroit adapté. « *Prodiguer des soins humanisants, dans un lieu adapté est humanisant pour les patients...* »

♦ Les perspectives apportées :

- L'équipe est en demande et formule un besoin d'avoir des supports écrits qui permettraient, selon eux, de clarifier les prises en charge des patients. Ils expriment parfois être désarmés face au fait qu'ils ignorent si ce qui est attendu d'eux par l'institution des soins est bien réalisé.

- Impliquer le patient dans l'élaboration et la rédaction du projet thérapeutique de l'unité de soins.

- Favoriser des démarches « Bottom up », partir des patients vers la direction des soins, pour être en phase avec les réels besoins « *si les règles sont établies à l'initiative des patients, elles seront mieux comprises et respectées* ».

Les participants présents clôturent cette rencontre en expliquant qu'il y a eu beaucoup de changements organisationnels et institutionnels au niveau des équipes et qu'il y a pour certains une perte de repères, une perte de sens. Ils sont en demande et souhaitent que le positionnement des pratiques soignantes soit pensé, réfléchi et écrit ensemble.

2.3.2 Deuxième focus groupe (n=8)

2.3.2.1 Composition de l'échantillon

Dans ce deuxième groupe, sept personnes sont présentes tout au long de l'étude pour une durée d'1 h 35, composé :

- D'une infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie avec une ancienneté de 5 années et 4 ans au sein de l'institution.
- D'une infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie avec une ancienneté de 4 années et 4 ans au sein de l'institution.
- D'un infirmier avec une ancienneté de 8 années et 2 ans au sein de l'institution, une expérience antérieure auprès de personnes porteuses d'un handicap lourd moteur et de déficience mentale.
- D'une infirmière avec une ancienneté de 5 années et 3 ans au sein de l'institution, avec une expérience au sein d'une maison de repos et soins.
- D'une infirmière avec une ancienneté de 3 années et 3 ans au sein de l'institution.
- D'un aide-soignant (de formation initiale bachelier en logopédie) avec une ancienneté de 15 années et 7 ans au sein de l'institution.
- D'un éducateur spécialisé avec une ancienneté de 6 années et 5 ans au sein de l'institution.
- D'une aide-soignante (de formation initiale bachelier en ergothérapie) avec une ancienneté de 20 années et 17 ans au sein de l'institution.

Les personnes sont présentes sur base volontaire et le temps de l'étude est compté au niveau de leurs heures de travail. Cette rencontre est soutenue et se réalise en accord avec la direction des soins.

2.3.2.2 Les éléments clés et points saillants relevés au sein de ce focus groupe

Les spécificités identifiées par cette équipe sont en priorité :

L'une des premières grandes spécificités apportées par cette équipe, est celle relative à la dimension du cadre. Selon elle, l'humanisation des soins passe avant tout par un travail conséquent au niveau de la transition du milieu pénitencier (cadre punitif) vers un hôpital psychiatrique (cadre soignant). Travailler cette transition au quotidien et la maintenir

bienveillante est l'un des premier objectif de cette unité de soins. À titre d'exemple une personne cite : *« Dans d'autres unités de soins, les patients arrivent et reçoivent des sorties 3-4 jours après, ici non, c'est plus long, car certaines personnes émanent d'établissements pénitenciers et n'ont plus eu de sorties seules depuis des années »*.

Selon une autre participante, l'humanisation fait appel aux soins, mais réellement au cœur de celui-ci et requiert des compétences et des valeurs spécifiques. Des valeurs plus fondamentales et essentielles pour travailler en psychiatrie. Le soin en psychiatrie médico-légale fait appel à des valeurs plus spécifiques.

L'équipe énonce un autre exemple, en psychiatrie médico-légale, à savoir le gros enjeu du soin qui est *« comment prodiguer du soin à un patient qui a vécu 20 ans en prison et qui peut potentiellement y retourner si récidive... »*.

La spécificité des soins amène aussi le versant de l'attention particulière portée au « corps » et à l'aspect « somatique du patient ». La considération du corps et de l'esprit et ce dans toutes ses dimensions, c'est aussi une démarche humanisante en soit. Beaucoup de patients arrivent d'établissements pénitenciers avec des conditions de santé physique déplorables.

Le soin médico-légal, consiste à prendre soin des patients qui ont été déresponsabilisés de leurs actes pendant des années suite à leur passage en prison. Ils sont institutionnalisés depuis longtemps, *« on a pensé pour eux, on a fait à leur place,... »* Une grosse partie du travail est qu'il puissent retrouver le contrôle de leur vie, pouvoir être gestionnaire de leur vie afin d'établir des pistes et moyens pour une libération définitive.

Le sujet de l'abus de substances et de la consommation de stupéfiants est aussi abordé, il est mis très fort à l'avant plan dans cette unité de soins. Un point de vue est émis *« les patients ont parfois recours à des stupéfiants, car c'est ce qui les aide à supporter l'insupportable,... »*. Un autre aspect également évoqué est *« notre rôle à nous est de les informer des risques, de leur faire prendre conscience des conditions attendues, les informer, amener et susciter le dialogue et ensuite, ils feront leur chemin, ... »* Les avis sont clairs et fermes, il est extrêmement déshumanisant d'être uniquement dans la répression, le cadre punitif, la sanction,... *« Des études, ont prouvé qu'être dans la répression punitive favorise le risque de rechute pour les patients »*. Le mode d'action utilisé auprès des patients dépendra des représentations ancrées

dans chaque personne en fonction de son vécu, son expérience et de la représentation qu'elle a du soin en psychiatrie médico-légale.

♦ **L'identification des facteurs favorisant une organisation de soins humanisants :**

- L'infrastructure et l'architecture « *faire du soin dans une organisation qui soutient cette humanisation* ». L'humanisation des soins passe par l'humanisation des lieux (les espaces, les couleurs, le mobilier) plusieurs espaces de rencontres qui favorisent des échanges et tout cela dans un cadre apaisant, aéré et dans le respect de l'espace de chacun. (Les patients expriment s'y sentir bien et l'équipe aussi).
- La possibilité que le patient puisse être en chambre individuelle.
- Avoir cette sensation de réaliser du soin dans le respect.
- Établir une communication fluide tant au niveau de l'équipe, mais aussi vis-à-vis des patients, favoriser une communication à la fois horizontale, verticale et transversale.
- Travailler dans une dynamique positive avec une vision commune et des pratiques soignantes cohérentes et porteuses de sens pour chaque personne.
- La déclinaison de la valeur de la bienveillance au sein de l'équipe.
- Favoriser un climat positif induit par les responsables d'équipe et la direction. « *C'est du Win Win, une équipe qui se sent bien, agira bien avec les patients* ».
- Favoriser le bien-être au travail.
- La diversité culturelle dans l'équipe et la pluridisciplinarité.
- Cibler les formations sur le champ clinique avec le patient dont on s'occupe.
- La définition de l'identité soignante pour l'équipe est fragile et nécessite qu'on en prenne soin. Cette identité doit être redéfinie et reclarifiée à chaque nouvelle arrivée d'un membre du personnel dans l'équipe.

♦ **L'identification des facteurs freins à une organisation de soins humanisante :**

- Des bâtiments vétustes.
- La lourdeur des charges administratives, les procédures.
- Les tâches demandées aux soignants qui prennent beaucoup de temps et qui engendrent au final moins de présence au chevet du patient (vision pas cohérente du soin).
- Les actions qui sont limitées par des procédures, des accords et décisions qui prennent beaucoup de temps.

- Des difficultés rencontrées avec les services supports, logistiques.
- La limitation de l'accès à la formation continue qui devrait pouvoir être la première source d'enrichissement du bagage commun.
- La question de la formation n'est malheureusement pas instituée au sein des pratiques soignantes « les soignants ne se permettent pas de se dégager pour se former,... »
- Manque d'espaces et de temps de formation. Ce qui induit à agir parfois dans l'immédiateté et le « faire ».
- Les gaps en termes de connaissance et de formation initiale au sein des soignants (pas toutes les mêmes formations et les mêmes parcours professionnels).
- L'absentéisme dans les équipes, les manques d'effectifs amènent une limitation des tâches et donc moins de service et de disponibilité pour le patient.

♦ **Les leviers et les pistes d'amélioration liés au processus de l'humanisation des soins :**

- La mise en œuvre et le développement des lieux de soins, et cela, au plus proche des besoins réels du patient.
- Adopter une vision large et globale lorsqu'on accueille un patient « avant, pendant et après », faire des soins « intégrés » et moins scinder les choses.
- Pouvoir augmenter les dotations en personnel et mettre certaines personnes de l'équipe en « mandat projet » pour qu'elle puisse développer et décliner des projets spécifiques et augmenter les compétences et l'autonomie de l'équipe.
- Intensifier les formations, laisser de la place et du temps à l'intégration des nouvelles matières et concepts abordés.
- Planification de session de « rafraîchissement » régulier.
- Travailler avec l'ensemble des unités, et ce, pour des « causes communes » partage d'expérience et enrichissement les uns avec les autres avec la mise en place de référents et de thématiques transversales (par exemple la mise en place d'activités psychothérapeutiques).
- Simplification des procédures et réduction des changements en lien avec celles-ci.
- Une consultation des gens du terrain, avant de prendre des décisions, démarche « Bottom up » pour favoriser l'adhésion aux projets.

2.3.3 Troisième focus groupe (n=7)

2.3.3.1 Composition de l'échantillon

Dans ce troisième groupe, sept personnes sont présentes tout au long de l'étude pour une durée d'1 h 45, il est composé :

- D'une infirmière avec une ancienneté de 20 ans et 15 années au sein de l'institution, détient une expérience dans le milieu des soins humanitaires en Afrique.
- D'une éducatrice spécialisée avec une ancienneté de 4 ans et 3 années au sein de l'institution.
- D'un infirmier chef spécialisé en santé mentale et psychiatrie avec une ancienneté de 15 ans d'infirmier et 5 années d'infirmier en chef.
- D'une assistante sociale* (master en criminologie) avec une ancienneté de 5 ans et 3 années au sein de l'institution.
- D'un éducateur spécialisé* avec une ancienneté de 20 ans et 17 années au sein de l'institution.
- D'une responsable d'un département de psychologue* (assistante sociale de formation) avec une ancienneté de 10 ans et depuis 6 années responsable.
- D'une aide-soignante avec une ancienneté de 10 ans et 8 années au sein de l'institution.

La richesse de ce groupe-ci est que quatre personnes sur les sept travaillent au sein de l'unité de soins pour patients internés libérés à l'essai et les trois* autres personnes gravitent autour de différentes unités médico-légales.

Les personnes sont présentes sur base volontaire et le temps de l'étude est compté au niveau de leurs heures de travail. Cette rencontre est soutenue et se réalise en accord avec la direction des soins.

2.3.3.2 Les éléments clés et points saillants relevés au sein de ce focus groupe

Les spécificités identifiées par cette équipe sont en priorité :

- Revaloriser les rôles et les fonctions de chacun.
- Revaloriser les patients (certains patients ont des parcours de soins chroniques avec des multiples rechutes), en plus de cela les patients ont « une étiquette » parcours judiciaire et il est donc indispensable de les mettre acteurs de leur projet qui parfois bloque et où ils rencontrent des freins.
- Penser avec les patients à des projets réalistes, humaniser les pratiques et les approches par des propositions accessibles, adaptées à leurs souhaits de vie (processus du rétablissement).
- Visez la collaboration dans les projets, en absence de celle-ci il est difficile de faire du soin.
- Une spécificité importante est que le projet thérapeutique de l'unité de soins doit être humanisant et être porté par l'équipe et pas uniquement par le médecin (modèle collaboratif).
- Lutter contre les pensées et pratiques déshumanisantes (banalisation des soins, fatalisme dans les soins, ..)

♦ L'identification des facteurs favorisant à une organisation de soins humanisants :

- Institution bienveillante dotée de dimensions humaines.
- Une direction des soins qui partage les valeurs de l'humanisme, qui se veut sécurisante et bienveillante afin que les soignants se sentent bien, considérés comme des « humains » et soient à leur tour bienveillants avec les patients.
« Il y a eu dans cette institution des témoignages de faits de maltraitance, la façon dont on est formé au départ est inspirante et déterminante pour la suite, elle définira la façon dont on s'occupe des patients,... »
- Le développement d'un encadrement sécurisant et soutenant pour les personnes de terrain, favoriser un esprit de groupe et de collaboration.
- Concerter et impliquer les personnes de terrain dans les prises de décisions au niveau des projets, démarche « Bottom up » qui permet d'impliquer le soignant dans les projets et objectifs institutionnels.
- Une redéfinition des rôles, des missions de chaque personne au niveau de l'équipe pluridisciplinaire.

- Une collaboration avec des « pairs aidants », et cela, avec la validation et l'implication des patients.
- Une attitude soignante en adéquation avec les valeurs et la philosophie de soin, et cela, avec des personnes compétentes, bienveillantes, humaines, qui fonctionnent au niveau relationnel avec les patients de manière adéquate.
- La proposition et mise en place de formations, et cela, à tous les échelons (au niveau des soignants, au niveau managérial).
- Que l'institution soutienne, favorise et active les prises et élans d'initiatives au niveau institutionnel.
- L'organisation de supervisions d'équipes face à des situations de soins cliniques difficiles et où peu de perspectives sont envisagées.
 - Redéfinition des rôles, des compétences de chacun et mise en avant des complémentarités de tous les collègues (infirmiers, éducateurs, aides-soignants). Valoriser les domaines d'expertise de chacun.
- Pouvoir accepter que les « critères » attendus de nos patients ne soient jamais accomplis. Se rappeler que les patients fonctionnent à leur rythme. *« Le problème, c'est que parfois, on veut sauver le patient... Mais il faut pouvoir accepter que le projet pour le patient ne soit pas le projet que le soignant porte... Et accepter que "sauver" les patients ce n'est pas forcément les libérer... »*

♦ L'identification des facteurs frein à une organisation de soins humanisants :

- Les erreurs de « casting » au niveau des processus de recrutement et engagement.
 - Manque de reconnaissance et de valorisation de la part du monde politique, mais aussi de la direction.
 - La non-identification des personnes qui dysfonctionnent au sein des équipes
 - Les projets imposés par les médecins et/ou la direction (démarche contre-productive).
 - Certaines pressions exercées sur le personnel soignant quant à leur implication dans les projets pour lesquels ils s'investissent pas.
- « Des groupes de travail avaient été mis sur pied, pour qu'au final on se rend compte que les décisions avaient déjà été prises... Cela a entraîné une démotivation très importante,... »*
- Le ressenti d'un manque d'écoute, de considération et de positionnement de la part de la hiérarchie et/ou la direction médicale.

- Le manque d'outils pour favoriser une communication pratique et efficace avec les collègues au sein de chaque unité de soins.
- La chronicité des patients entraîne parfois un certain découragement chez les soignants (manque de perspectives pour les patients).
- Le ressenti du découragement en équipe suite aux nombreuses rechutes chez les patients accueillis.
- Manque de soutien entre collègues lorsque des personnes plus investies sont impliquées pour le patient.
- Démotivation par manque de reconnaissance professionnelle par les responsables.
- Les clivages au sein des équipes entre les corps de métier.
- Les problèmes d'accréditations qui ne sont parfois pas en phase avec les besoins et les demandes concrètes.

« Les accréditations n'amènent pas ou peu de perspectives pour les patients... A titre d'exemple, la problématique des « sans-papiers » est soulevée. Mettre une infirmière 24h/24h ne résout pas le problème des personnes sans réelle perspective ». Au sein de ce groupe, énormément de dysfonctionnements liés à l'organisation du travail ont été pointés et à deux reprises en tant qu'animatrice et modératrice, j'ai ramené les échanges en lien avec la thématique qui nous occupe. Les intervenants ont fait le constat et soulevé le fait que l'humanisation des soins est très dépendante des conditions de travail et des conditions structurelles dans lesquelles on travaille. Une description de problématique « pyramidale » est décrite par un participant comme une double pression. Il y a celle qui vient du bas (problématique en lien avec les patients) et celle qui vient du haut (problématique en lien avec le management exercé sur les collaborateurs).

♦ **Les leviers et les pistes d'amélioration en lien avec le processus de l'humanisation des soins :**

- Pouvoir redéfinir et se repositionner dans une posture soignante avec l'aide d'outils et avec des moyens concrets « *Comment puis-je tenir cette position de soignant en étant parfois dans « l'acting » ?* ».

- Le besoin d'avis et de regards extérieurs sont demandés et souhaités par les équipes, car malheureusement, un constat est fait sur le fait que les systèmes de soins travaillent en système clos et parfois trop enfermé sur leurs propres pratiques, ce qui entraîne peu d'échanges et de collaboration.
- Redéfinition des rôles et des fonctions de chacun au sein de l'unité de soins, valoriser chaque rôle, chaque fonction et chaque mission. *« En tant qu'éducatrices, nous nous sentons très différentes des infirmier.es, on sent bien que parfois on dérange,... nous avons l'impression que nous avons été engagées pour combler le manque des infirmiers... »*
- Se pencher sur des groupes de travail et de réflexion autour de la problématique liée à « l'institutionnalisation » des patients, ce qui est aussi déshumanisant pour eux,... Pas de possibilité d'ailleurs.
- Privilégier les entretiens avec les familles et les proches et mettre en avant le travail de réseau en incluant le patient dans le processus.
- Réflexion autour des dotations et des moyens humains et financiers pour permettre de passer plus de temps au chevet du patient.
- Se mettre au travail réflexif autour de l'architecture et l'environnement dans lequel le patient est accueilli, mais aussi l'endroit où le personnel soignant travaille et prend soin des patients *« Des études montrent que la verdure et le lieu de soin humanisant apaisent les patients,... »*.

♦ Les perspectives apportées ?

- Changez sa posture autour du concept de « l'accompagnement », j'accompagne le projet du patient MAIS je ne porte pas le projet, ... *« Il est vrai que la posture soignante se confond parfois avec le côté « héros et sauveur à tout prix »*.
- Réfléchir et penser aux représentations que les soignants détiennent et être bien au fait qu'elles sont très souvent diamétralement opposées à celles des patients dans beaucoup de domaines. Cette réflexion pourra émaner d'une question ; comment faire pour concilier les besoins des patients avec ceux des soignants ? Ces derniers sont souvent amenés à penser à la place des patients, mais l'avis du patient est peu demandé ? Cette concertation unique aux soignants occulte complètement les patients.
- Des conditions sont requises pour développer des soins humains au sein d'une unité. Une des conditions est celle de la présence d'effectifs suffisants *« si les équipes sont constamment réduites, il est difficile de proposer des programmes de soins individualisants aux patients »*.

». Revoir la question des moyens financiers pour permettre des activités et du soin en dehors des murs de l'institution de soins.

- Une architecture trop ancienne qui était axée principalement sur l'aspect sécuritaire devrait être oubliée. L'idée de base n'était pas de faire du soin, mais du sécuritaire, malgré le fait que la loi a évolué, des vestiges du passé sont encore bien présents.

- Dans l'unité de soins en question, on compte 60 patients qui se côtoient 24h/24h,... Ils dorment, mangent et vivent ensemble dans des chambres de 4 personnes,... Cette proximité est un signe et un facteur de déshumanisation des soins. Des tensions liées à la routine s'installent et sont des freins clairs à l'humanisation des soins.

Comment faire pour que cet environnement soit agréable et harmonieux ?

« En tant qu'infirmier en chef de cette unité, j'estime être responsable du cadre de travail que je propose à mon équipe, je suis aussi invité à instituer un cadre de bienveillance qui sera proposé au patient... » Selon moi, l'infirmier en chef est aussi un facteur favorisant de l'humanisation des soins au sein des unités, car il est garant du projet thérapeutique. Il est aussi dans un rôle de valorisation, de rassembleur, de leader positif, facilitateur, de médiateur, de porte-parole... ».

Comment faire pour concilier les besoins des patients et des soignants ?

« Au niveau du recrutement et de la sélection, l'idée est de pouvoir mieux cibler les valeurs et les compétences soignantes. Un des outils éventuels serait une approche dans un projet thérapeutique axé sur les aspects et valeurs humanistes, d'autant plus avec des populations qui sont amenées à rester durant une longue période. Garder un objectif focus sur le patient, ce qui permet de toujours être dans la rencontre avec le patient et mettre le reste à distance. Une autre notion essentielle est d'être attentif à l'accueil des étudiants, des stagiaires, ... Les stagiaires remettent en cause notre pratique soignante et c'est intéressant. Les étudiants nous interpellent, nous questionnent sur notre pratique et y mettent du sens, les étudiants sont des excellents outils, dans la même idée qu'une supervision externe mais à un autre niveau. Les étudiants sont en quête de sens... Il ne faut pas hésiter à échanger et à s'en nourrir ».

2.4 Les limites et biais identifiés au niveau du cadre de ma recherche

Le mémoire présente trois limites importantes ;

La première est liée au public rencontré pour l'élaboration de ma partie pratique ; trois équipes ont été entendues dans deux hôpitaux différents à Bruxelles et en région Wallonne. Il aurait été intéressant et pertinent d'agrandir ces échantillons à une ville en Flandre. D'autre part ma question de recherche traite de la thématique des soins médico-légaux. Ma recherche s'est réalisée principalement en unité de soins psychiatriques pour patients internés libérés à l'essai où les enjeux liés aux soins restent très spécifiques et particuliers de par la pression judiciaire exercée.

Une recherche élargie à d'autres spécificités serait pertinente, à titre d'exemple les soins contraints dans le contexte de la loi relative à la protection du malade mental (loi du 26 juin 1990).

La deuxième limite est en lien avec les rencontres faites dans l'hôpital à Bruxelles, en effet c'est également l'hôpital dans lequel je travaille avec comme fonction d'infirmière en cheffe. De par la relation hiérarchique que j'entretiens avec les équipes, les discours auraient pu être différents. De plus, ce sujet m'affectionne et me touche personnellement, ce qui pourrait également entraîner une subjectivité plus importante dans l'analyse et la retranscription des synthèses des différentes rencontres effectuées (témoins privilégiés et focus groups).

Une dernière limite non-négligeable est le fait que l'avis des patients n'est pas abordé par les patients eux même. Or, les soins et les pratiques de soins humanisant concernent les soignants, mais aussi et surtout les patients. Il serait intéressant et pertinent de poursuivre cette réflexion de « l'humanisation des soins » avec l'implication, l'avis et la réflexion des patients au niveau d'une nouvelle recherche. Ce qui rendrait d'autant plus riche la recherche et permettrait un ajustement de nos pratiques humanisantes en fonction des besoins réels des patients.

3 Discussion, réflexions et préconisations

Afin de débiter la discussion, je précise à nouveau ma question de recherche : « Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? »

Pour développer ma réflexion et mes préconisations, je m'appuie sur les trois éléments suivants :

- Le cadre théorique
- Les entretiens avec des témoins privilégiés
- L'élaboration des focus groups avec trois groupes de soignants travaillant dans une unité médico-légale avec des patients internés libérés à l'essai.

Chaque phase a été porteuse de sens et m'a amenée à des pistes intéressantes. Lors de la recherche de littérature, j'ai pu mettre en évidence différents concepts qui gravitent autour du champ de la psychiatrie médico-légale et ensuite de la spécificité de l'internement.

De la notion de « soin », du caring et du prendre soin, de l'humanisme soignant, mais encore d'une réflexion autour de l'élaboration d'un modèle de soins humanistes. Mais aussi de l'importance de l'architecture et de la structure dans laquelle les soignants et les soignés cohabitent. J'ai également pu faire un cheminement réflexif autour des valeurs clés qui permettent la déclinaison de pratiques de soins humanisants. Ce qui ressort de manière très globale, c'est que « l'humanisme soignant ne va pas de soi,... », qu'il est nécessaire de le nourrir et de le cultiver en permanence.

Par la suite j'ai réalisé trois entretiens avec des témoins privilégiés et je me suis aperçue qu'au travers de ces rencontres, énormément de points de ma partie théorique en sont ressortis. Au fil de ces trois rencontres, nous avons élaboré et partagé ensemble des ressentis, des expériences et du vécu. Ces rencontres m'ont énormément nourrie et inspirée.

La troisième et dernière étape de ma recherche est celle de la réalisation de focus groups auprès de trois équipes de soignants et ce dans deux institutions de soins à caractère médico-légales pour patients internés libérés à l'essai. La réalisation de ces focus groups m'a permis la mise en lumière concrète et réaliste d'éléments de réponses en lien avec ma question de recherche. Lors de ces rencontres, ce fut également l'occasion d'identifier, avec les trois

groupes, quels sont les réels facteurs favorisant et les freins à la déclinaison des pratiques de soins humanisants.

L'objectif premier était de pouvoir alimenter mon cadre théorique avec des éléments concrets et réalistes pour ensuite proposer des préconisations.

Après une analyse qualitative des focus groups réalisés, je me suis aperçue assez rapidement qu'au niveau des échanges beaucoup de points apparaissaient et revenaient de manière transversale et ce dans différentes catégories. J'ai fait le choix volontairement de ne pas trop affiner mes questions afin de laisser place à la liberté d'expression, au partage d'idées et avis divergents. Ce choix a permis selon moi de contribuer à la richesse de ces rencontres et à la liberté d'expression de chacun.es.

Afin d'apporter des éléments de réponses à ma question de recherche, je vais donc reprendre, ci-dessous, différents points que j'identifie comme des points clés. J'ai fait le choix de structurer cette partie en quatre points ;

- Les représentations des soignants et les pratiques soignantes déclinées
- Les facteurs favorisant et les freins
- Les leviers, les outils et les pistes en réflexions
- Les préconisations concrètes pour parvenir à activer les leviers favorisant des soins humanisants

Au fil des rencontres avec les équipes, j'ai pu m'apercevoir que les représentations en disent beaucoup sur la question du « comment aborder le soin en psychiatrie médico-légale avec des patients internés et libérés à l'essai ». Au sein de la littérature, il est décrit que les organisations de soins « humanisantes » ont observés différents résultats ; tant au niveau du mieux-être des personnes soignées, la lutte contre la déshumanisation de la personne soignée, une diminution des situations et incidents liés à l'agressivité et à la violence, une professionnalisation des pratiques avec une cohérence et le sens du soin, ainsi qu'une diminution de la charge mentale et une cohésion dans le soin.

3.1 Les représentations des soignants et les pratiques soignantes déclinées

Les représentations des soignants au cœur des soins quels qu'ils soient sont omniprésentes et inévitables. Elles sont également un facteur clé qui détermine la façon dont on pense et imagine le « soin ». Les soins en psychiatrie médico-légale sont essentiellement axés sur les fonctions et valeurs relationnelles du soin. Le développement de cette spécialité ne cesse de croître et de se spécifier pour continuellement s'adapter et répondre à une demande qui est elle aussi croissante ; pour rappel une des dernières études en date signalait qu'en 2013 *« une personne sur trois (15 ans et plus) déclare souffrir de problèmes psychiques et que 18% présentaient un risque réel d'affection psychique »* (Gisle, 2014).

Lors des rencontres avec les trois groupes, le questionnement sur la conception « du soin, des soins » est bel et bien présent et intéresse les équipes. Les soignants sont en demande d'éclairement et de soutien dans ce processus de réflexion. Comme Walter Hesbeen le précise de manière très juste ; chaque acte de soins peut devenir un soin unique, mais pas l'inverse. Le soin y compris celui mis dans les soins, implique une intention soignante, une intention animée et orientée par un certain nombre de valeurs, une intention qui reflète donc la valeur morale que l'on donne à son action (Hesbeen W., Cours d'épistémologie clinique, 2020-2021).

Lors des différentes rencontres, il a été évoqué l'importance dans un premier temps d'identifier ce que signifie le mot « soin », « soigner » des personnes en unité psychiatrique médico-légale, et cela, avec tous les enjeux légaux qui gravitent autour des actes de soins. *« Comment prodiguer du soin à un patient qui a vécu 20 ans en prison et qui pourrait potentiellement y retourner si les conditions légales requises ne sont pas respectées ?,... Comment s'adapter, comment proposer le soin le plus juste ?, ... »* (FG 2, 2022).

Réflexions qui rejoignent un autre élément important à savoir la question de « l'intention soignante », celle qui anime le soignant et amène du sens dans la pratique soignante. Cette intention n'est pas innée et ne va pas de soi. Elle mobilise un ensemble de réflexions, de valeurs, d'introspections personnelles pour aboutir vers un cheminement tant sur le plan personnel, professionnel qu'humain. Une illustration marquante lors d'un échange avec une participante est qu'elle met en lien la spécificité du soin, le soin du corps, de l'esprit avec l'humanisme soignant ; *« La spécificité des soins est aussi amenée sur le versant de l'attention particulière*

portée au « corps » mais aussi à l'aspect « somatique ». La considération du corps et de l'esprit et ce dans toutes ses dimensions est une démarche humanisante en soit » (FG 2, 2022).

Cet humanisme soignant amène la vision singulière de la personne, mais dans son ensemble. Au quotidien nous pouvons observer une multiplication d'intervenants, d'interventions et de spécificités qui nous poussent à penser, mais de façon scindée. Cette pensée-là est aussi valable pour les différents types d'hôpitaux (privé, public, psychiatrique,...) les différences sont riches et importantes pour une prise en charge optimale des maladies, mais la problématique persistante reste le problème de communication et de collaboration entre les intervenants d'un même réseau de soins. La méconnaissance de ce que les « autres » font.

Après la clarification sur le sens du soin, le sens de la pratique soignante. Les participants ont abordé une autre dimension également étayée dans ma revue de littérature qui est celle d'un questionnement autour des valeurs. A la fois les valeurs propres à chacun, les valeurs de l'unité de soins dans laquelle on travaille et les valeurs institutionnelles. Cet ensemble représente en quelque sorte une équation d'or indispensable à maintenir pour garder le sens dans ce qu'on fait.

L'écoute, l'empathie, le savoir-être, le respect de la personne soignée sont les quatre valeurs qui ont souvent été identifiées au sein des rencontres tant avec les témoins privilégiés que les équipes soignantes. La littérature témoigne de l'importance des valeurs qui sont l'essence même de ce qui animent les soignants dans les pratiques de soins.

Ces valeurs vont permettre de défendre, de partager et d'insérer de manière juste l'humanité dans la relation à l'autre.

Pour reprendre les mots de Walter Hesbeen, les valeurs, c'est ce qui permet « d'insuffler de l'humain » dans les soins.

Les valeurs sont nombreuses, vastes et propres à chaque personne, c'est ce qui définit l'identité d'une personne. Les valeurs font partie des individus et devraient pouvoir être indissociables à la pratique soignante.

Cependant ce que j'ai pu mettre en avant au fil des rencontres avec les groupes de soignants, c'est que ces valeurs ne sont parfois pas toujours claires ni même revendiquées. Elles ne sont parfois pas, peu ou mal exprimées et il y a donc un réel besoin et une nécessité de les affirmer, de les nommer, et cela, de façon plus intensive. Ces valeurs ont toute leur importance, car lorsqu'elles sont harmonisées, elles permettent d'établir au sein d'une même équipe, une cohérence et une cohésion qui s'appuient sur un socle commun et d'équipes. Les valeurs construites en équipe devraient pouvoir s'harmoniser avec le projet thérapeutique des unités de soins. Walter Hesbeen amène un éclairage supplémentaire par rapport à ça en identifiant des valeurs « non-négociables » qui doivent pouvoir s'inscrire au fil du temps. Ces valeurs sont ; le respect, la dignité, la bienveillance et la politesse.

Au sein de la littérature Cara Chantal a également proposé un outil d'identification des facteurs caratifs au sein des soins. A l'inverse des facteurs curatifs, elle identifie des facteurs caratifs, qui fondent la démarche soignante. « *Ces facteurs caratifs sont empreints d'une philosophie humaniste qui est la clé d'une approche soignante* » (Watson, 1999).

Au-delà de l'espace et du temps, lors des diverses rencontres, un élément souvent amené était celui de la « capacité » dont chacun dispose pour prodiguer des soins. Cette capacité passe selon les focus groups par la remise en question, de la possibilité de prendre du recul et d'endosser une « juste distance émotionnelle ». Cette « distance » permet d'identifier et de nommer ses propres limites et de rester le maximum dans une bienveillance pour le patient mais aussi pour soi-même. En d'autres termes, Walter Hesbeen considère l'humilité comme valeur indispensable à la relation de soin. Les équipes rencontrées nomment le fait que la capacité n'en dit pas encore sur les compétences de chacun. La capacité et la compétence requièrent une adaptation, et ce, en tout temps pour que chaque personne soignée se sente considérée.

Les groupes étaient assez d'accord pour dire qu'il est important qu'il puisse y avoir une adaptation permanente au niveau des individus, du cadre de travail mais aussi de l'institution.

Au sein de la partie théorique, j'ai présenté et développé le concept du rétablissement en guise de méthodologie. J'ai cité plusieurs définitions, mais celle qui me fait le plus sens et écho, suite aux différentes recherches et rencontres, est celle de la mission de la réhabilitation psychiatrique, « *il s'agit d'aider la personne avec une incapacité psychiatrique sévère à développer les habiletés physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles et d'aménager les*

soutiens nécessaires pour lui permettre de vivre, d'apprendre, de travailler et de se socialiser, avec succès et satisfaction dans les environnements de son choix avec le moins possible d'aide professionnelle continue » (Anthony, 2004).

Un participant soulèvera le fait que le cadre institutionnel ne permet pas toujours de prodiguer des soins axés sur la réhabilitation psychiatrique. Lors d'un focus groupe, un candidat donnera l'exemple très concret qu'il est déjà arrivé « qu'on pousse les patients » à reprendre un cadre de sortie libre, sans travailler réellement avec le besoin et la conception que le patient détient sur la « liberté ». La question de la « liberté » peut-être génératrice d'angoisse pour certains patients.

Le point clé identifié par les équipes est qu'il est important d'accompagner le patient à son rythme, en fonction de ses demandes et besoins identifiés avec lui. Identifier les ressources propres à la personne.

Une image parlante au fil des rencontres est celle qui définit « ***l'humanisation comme un processus qui n'est jamais abouti et acquis*** » (Dupuis, 2022). En adoptant cette position cela permet de constamment se mettre au travail et en réflexion autour de cette rencontre unique. Dans l'aspect des représentations et visions des soignants, une participante mettra également un point d'attention sur le fait que les valeurs véhiculées par le « care, le caring et « le prendre soin » sont des valeurs qui selon elles sont intrinsèques à chaque personne et qu'elles sont très souvent bousculées et chamboulées.

Une autre image illustrée lors de ma rencontre avec un groupe de soignant, est celle que l'humanisation des soins, c'est comme « ***une broderie infinie,...*** » (FG1, 2022). Broder les soins dans un cadre sécurisé, sécurisant et respectueux et bienveillant avec le patient, mais aussi ses proches.

3.2 Les facteurs favorisant et les freins

Les rencontres effectuées avec les trois groupes de soignants ont permis de me rendre compte assez rapidement qu'entre les différents discours il y a des similitudes, mais aussi de liens avec la revue de littérature établie. Les thématiques qui se fondent à la fois sur des facteurs internes et externes. Les facteurs internes dépendent en grande partie de l'individu. Les facteurs externes, eux, se réfèrent à la question du travail et de la dynamique d'équipes, des formations et supervisions d'équipes. Certains facteurs externes sont aussi expliqués par la gouvernance de l'institution et son adhésion aux valeurs humanistes. L'ajustement de ces deux facteurs reste un réel défi et challenge au quotidien, car il reste très variable, fragile, sensible et dépend des personnes présentes.

Selon les équipes rencontrées, il est important que le soin soit adapté à la bonne personne, au bon moment, avec la bonne équipe et l'encadrement et la structure adéquate. Le soin adapté est un facteur favorisant à l'humanisation des soins, dans le sens où il devrait pouvoir répondre aux réels besoins et attentes du patient. Pour que le soignant puisse rencontrer le patient dans ses réels besoins, il est important que l'organisation et la structure soient également adaptées. Une architecture apaisante et bienveillante tant pour les patients que pour les soignants. Une infrastructure qui permet que le soignant puisse rencontrer le patient au quotidien et surtout dans sa singularité. La pratique du « juste soin » est aussi parfois fort mis en difficulté et pour cause les hospitalisations dites « chroniques », et les rechutes à répétition de certains patients. Selon les équipes rencontrées, cela induirait en quelque sorte un sentiment d'échec, de découragement et un manque de perspectives pour les soignants dans leurs prise en charge. Une participante, dans le troisième groupe, relevait une phrase très juste « *je ne porte pas le projet de mon patient, je l'accompagne pour qu'il puisse aboutir et selon ses propres envies...* » (FG 3, 2022).

Il a aussi été mis en exergue qu'il n'est pas chose aisée de faire du juste soin pour la personne, dans un environnement où « tout est la même chose pour tout le monde, ... » Une situation organisationnelle qui met parfois en péril la singularité du soin, du soignant, mais aussi du patient.

En évoquant cette notion du « juste soin », je souhaitais reprendre la phrase exprimée par Serge Philippon qui amène cette question de besoin et de soin adapté aux besoins réels du patient ; *« Dans la relation entre résident, des situations conflictuelles liées à des espaces trop restreints, tant en nombre qu'en surface, peuvent exister. Le mélange des populations, c'est-à-dire la cohabitation entre les personnes présentant diverses altérations de santé (trouble du comportement, mobilité réduite, souffrance psychologique, déficiences visuelle et/ou auditive, altération de l'état général et sensation de fatigue) notamment, ne va pas de soi »* (Philippon S., *Le juste soin*, 2017, p.139).

Pour que les facteurs internes puissent être développés, il est indispensable de travailler sur les facteurs externes qui influencent énormément la dynamique d'une équipe. Les éléments extérieurs favorisant cités se rapportent essentiellement à la question et à la réflexion autour de la communication, de la pertinence dans l'action, la qualité et justesse de celle-ci. Une équipe qui prend soin de sa communication, prend soin des patients. Les formations sont identifiées comme des outils qui visent une amélioration continue des pratiques soignantes. Les formations devraient pouvoir être dispensées de manière générale, mais aussi de façon ciblée à chaque équipe de soins et cela en fonction des usagers avec lesquels elles travaillent. Les équipes de terrains pointent des difficultés en termes de « faire du lien entre théorie et pratique » et qu'au final peu de temps est prévu pour ça. Un constat au niveau de la partie théorique avait été fait et était le suivant ; *« les étudiants affirment qu'ils ont appris à prodiguer des soins avec humanisme à partir d'un modèle de rôle »* (Adam et Taylor, 2014 ; Bray et al., 2014). Un autre constat également posé est celui qu' *« il persiste un réel écart existant entre les soins qu'on souhaiterait offrir et ceux qu'on peut réellement donner aux patients »* (Clarke et Ross, 2006).

Les réflexions émergentes des groupes reflètent donc assez bien la réalité du point de vue de la littérature. Il est important de pouvoir continuer à « penser en pansant » aux pratiques et à l'adéquation entre ce qui est enseigné, véhiculé, ce qui est réellement fait et ce que le soignant souhaite mettre en pratique et en avant en laissant place à la subjectivité de chaque personne.

La formation, les rôles, les responsabilités, les valeurs et missions qui occupent chaque personne sont inhérents à la dynamique présente au sein des équipes. Des éléments qui fragilisent la dynamique et la cohésion des équipes sont très souvent l'absentéisme avec pour

résultat un manque d'effectifs. Le « turn-over » important avec certaines erreurs de casting également. Le « manque de temps au chevet du patient » incité par la lourdeur des charges administratives et la tenue du dossier médical avec des outils peu adaptés. Selon les rencontres, nous pourrions considérer que l'équipe a besoin de se développer dans un cadre bienveillant et sécurisant, mais aussi qu'elle puisse créer et redéfinir sa propre identité avec les valeurs qui y sont attachées. La lourdeur des charges administratives et la tenue du dossier médical avec des outils peu adaptés entraînent un manque de présence au chevet des patients. Un autre outil cité est celui des supervisions d'équipes, en d'autres mots Hannah Arendt l'identifiant comme « *des oasis de paix* », des moments ressources pour les équipes.

Walter Hesbeen a cité de façon très juste que « *les valeurs soignantes sont ainsi régulièrement évoquées en référence à la pratique des différents soignants sans qu'il soit certain qu'elles soient pour autant bien comprises par les professionnels ainsi concernés. Il n'est pas non plus certain, malgré leur évocation fréquente, qu'elles soient bien présentes, bien vivantes dans le concret de la pratique de chacun* » (Hesbeen W., Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier, 2017, p.65).

Pour que ces valeurs soient intégrées aux soins, il est important de pouvoir privilégier des moments « ressources », qui permettent de solidifier un socle commun. La question de l'équipe soignante a été évoquée, mais autour de l'équipe soignante gravite une autre équipe qui est celle de l'équipe pluridisciplinaire. Au fil de nos discussions et des échanges, quelques personnes amenaient le fait qu'il y a un non-sens dans le fait qu'on devrait tous être soignant, pourquoi une distinction entre les soignants « blouses blanches » et les autres membres du corps paramédical. Un facteur frein identifié et pertinent est très souvent la triste réalité de la méconnaissance du travail de l'autre, qui entraîne parfois un manque de considération. Le caring est une aptitude relevant principalement de la pratique infirmière. Mais l'intention qui l'anime peut se partager au sein d'une équipe pluridisciplinaire ; « *cette intention, en effet, nécessite, pour sa mise en œuvre, une approche soignante certes, mais qui ne peut se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire* » (Hesbeen W., Le caring est-il prendre soin ? 1999, p.7).

3.3 Les leviers, les outils et les pistes identifiées

3.3.1 *La communication*

La communication et la transmission d'informations restent un réel défi pour les équipes entendues. Une meilleure communication au sein des équipes permettrait de pouvoir être davantage adéquat et juste dans celle qui est faite aux patients. Selon certains participants « cela diminuerait de moitié les tensions, agitations et agressions verbales » commises parfois juste parce que les informations ne circulent pas. Un des leviers serait le développement d'outils qui viseraient une harmonisation dans les équipes pour que les transmissions orales et écrites soient fluides, essentielles et pertinentes et en lien avec la personne soignée directement. Un point de vigilance a tout de même été émis ; il ne faudrait pas rentrer dans une communication rigide mais un échange qui vise avant tout la liberté d'expression en tenant compte de l'avis de toute l'équipe. Les groupes étaient aussi parfois en questionnement autour de ce qui peut être dit ou pas , ... Mais également en ce qui concerne la rédaction des données et l'aspect « légal » propre à la pratique. Le manque d'informations, de formations peut aussi induire une incertitude et des rétentions d'informations par manque de clarté et de consigne claires.

3.3.2 *Une réelle place pour le patient, ses proches et son projet*

L'implication du patient dans son projet de vie, la mise en place d'un réseau et l'investissement de sa famille et de ses proches amènent aussi un questionnement important au sein des trois groupes. L'implication de cet « extérieur » permettrait aux équipes de moins travailler en silo (hôpital-extérieur).

Je me suis aperçue qu'au sein de la partie théorique de ce travail, j'ai peu abordé la question des aidants et des proches. Or, leur implication fait partie intégrante d'une approche holistique de la personne soignée et donc aussi du soin.

Au cours de l'entretien avec Luc Detavernier, nous avons beaucoup abordé la thématique des aidants proches et du soutien indispensable à fournir à ces familles. L'importance et le rôle que la famille peut avoir avec les patients hospitalisés dans un cadre contraint sont primordiaux. Ils jouent un rôle crucial dans l'humanisation des soins.

Viser un accompagnement complet. Que l'individu ne soit pas soigné par « petits morceaux » mais à la hauteur de ses besoins et de la complexité de son état. Le relais apporté à la suite de

l'hospitalisation est tout aussi important que l'hospitalisation elle-même et pourrait éviter les rechutes. L'importance de ne pas penser à la place du patient, mais avec lui. Cet aspect-là manque encore cruellement de données ; comment faire concilier les besoins des patients en fonction de ce que les soignants pensent et imaginent ? Parfois implicite, parfois explicite, ça nécessite tout un apprentissage, du temps et une démarche intellectuelle importante. Un constat est fait au sein d'un groupe à propos du fait que ce sont les soignants qui pensent à la place des patients. Peu ou pas de prises en considération de leurs réels besoins. « *Le fait de penser à la place des patients, les occulte complètement, ...* » (FG3, 2022).

Des conditions requises ont été identifiées telles que la mise en place de moyens humains, des plus petites équipes avec moins de patients ce qui permettrait de proposer des programmes de soins plus individualisants et humains. La réalité financière nous rattrape car en effet, une allocation de budget supplémentaire permettrait une proposition plus vaste et plus large d'activités. De manière générale, les participants évoquent le besoin de moins scinder les suivis des patients, de leur permettre et de leur accorder le temps nécessaire pour réaliser un travail en amont à l'hospitalisation, intensifier les soins pendant et après la sortie de l'hôpital. Des idées innovantes sont attendues par les groupes, tels que des groupes de discussions et d'échanges à l'attention des patients et entre patients qui seraient soutenus par les équipes soignantes.

3.3.3 L'architecture et les lieux d'accueil

Une autre piste évoquée est celle « du patient au bon endroit, au bon moment » (cfr facteurs favorisants). Une architecture et une structure saine, accueillante par son ambiance, son atmosphère et sa disposition. L'instauration d'un cadre de vie et de temps structuré et structurant à la fois. Cette vision-là est valable à la fois pour les patients mais aussi pour les soignants. L'architecture doit pouvoir offrir la possibilité de créer des moments uniques, riches et essentiels. Offrir des lieux lumineux, ouverts et "verts". Travailler dans des lieux humanisants permet de laisser place à la créativité et à la rencontre. La créativité dans les projets est un élément important selon les équipes entendues. Les lieux qui accueillent des patients souffrants de maladie mentale deviennent de plus en plus humains et adaptés, mais il reste encore du chemin à parcourir. Selon un participant « *prodiguer des soins humanisants, au sein de bâtiments qui ressemblent à des prisons n'est pas évident et ça demande en permanence un réajustement des pratiques,... Il ne faut pas oublier qu'à l'époque l'idée de base n'était pas de faire du soin humanisant, mais de la sécurité avant tout* » (FG3 ,2022).

3.3.4 Besoin d'un « espace ailleurs »

Un autre levier identifié au cours de divers échanges, c'est la mise en place de supervisions au sein des équipes de soignants. La question des supervisions d'équipes a été discutée longuement avec Michel Dupuis, lui-même superviseur pour des équipes, qui a pu témoigner de l'importance de celles-ci dans le cheminement vers une réflexion personnelle et professionnelle pour chaque collaborateur. Les supervisions ont un réel intérêt sur la dynamique générale de l'équipe.

3.3.5 Les formations internes et/ou externes

La création, l'innovation en lien avec la question des formations qui donneraient accès à des moyens pour la mise en place d'outils concrets et ciblés pour les équipes. Les formations sont une opportunité qu'il est important de s'offrir en vue d'harmoniser au mieux les pratiques soignantes, et cela, en alignement avec les valeurs de l'institution dans laquelle on se situe.

3.3.6 La dynamique et l'ambiance au sein de l'équipe

Créer une ambiance d'équipe, par le biais de formations, de supervisions, mais aussi de réunions d'équipes et/ou de réunions thématiques propices au bien-être. Une ambiance d'équipe, selon une participante, c'est aussi avoir des moments informels et en dehors du cercle du travail via des soupers, des invitations à des colloques, des fêtes.

3.3.7 L'identité soignante

Les équipes soignantes rencontrées sont en demande de définir ou de redéfinir leur propre identité de soignant. Marquer leur empreinte qui se voudrait indélébile. La demande est très claire ; évoluer et prôner des valeurs en lien avec la pratique des soins humanisants.

3.3.8 L'accomplissement de projets d'équipes soutenus par les responsables directs

Le soutien et la présence de l'infirmier.e en chef au sein d'une équipe sont également identifiés comme un levier à des soins humanisants. Un infirmier en chef présent au sein d'un des focus groups exprime « *en tant qu'infirmier en chef, j'estime être garant du cadre de travail que je propose à mon équipe, je suis aussi garant du cadre de bienveillance proposé aux patients,... L'infirmier.e en chef d'une unité de soin est garant du respect du projet thérapeutique, au-delà du projet thérapeutique cette personne doit aussi pouvoir adopter un rôle de rassembleur, de leader positif, facilitateur, médiateur entre l'équipe et la direction, mais également de porte-parole pour les patients* » (FG3, 2022). Le projet thérapeutique est avant tout un projet d'équipe (médico-soignant). Le souhait est qu'il soit davantage axé sur les valeurs humanistes.

3.3.9 L'implication des équipes dans les projets et décisions institutionnelles

Être concerté dans les prises de décisions et/ou les projets qui vont être développés. Selon les trois équipes rencontrées, une concertation préliminaire avant un projet et/ou décisions permettrait une meilleure adhérence.

Un point repris à plusieurs reprises et également énoncé dans les rencontres avec les témoins privilégié est la question des besoins de formations ciblées pour chaque personne et/ou chaque équipe afin que la formation puisse être réellement porteuse de sens pour le soignant. La construction d'un plan de formation qui devrait être établi en concertation avec les équipes en fonction de leurs besoins. Cette réflexion vient appuyer le fait que les directions des centres hospitaliers sont invitées à réfléchir avec les équipes de terrain afin que leurs attentes soient entendues.

Les unités de soins en psychiatrie sont spécifiques et font face à des soins complexes et multidimensionnels. En fonction des personnes qui y sont soignées, les besoins changent. Selon différentes personnes au sein des focus groups, la formation de base ne suffit pas. Les équipes rencontrées sont en demande de formations qui ne cloisonnent pas et qui laissent le champ libre à toutes innovations et initiatives soignantes. Les sessions de « remise à niveaux » permettent une amélioration continue et un perfectionnement. En plus des formations, il serait également important que les responsables et direction proposent des temps « d'intégration » de ces mêmes formations, c'est-à-dire avoir du temps pour s'appropriier les savoirs enseignés après la formation.

3.4 Les préconisations concrètes pour parvenir à activer les leviers favorisant des soins humanisants

Afin de clore ce chapitre, je propose les cinq axes suivants :

- [Tendre à une vision et à une culture du soin orientée vers le rétablissement](#)

L'idée et l'envie de rendre les pratiques de soins plus humanisantes sont bien présentes. Son opérationnalisation reste compliquée et peut se voir longue à implanter concrètement. Cela nécessite selon moi la présence et le positionnement clairs et affirmés des chefs d'équipe et des directions des soins. C'est à chaque échelon que l'humanisation des soins s'affirme. La vision du rétablissement émane d'une méthodologie, elle doit pouvoir être enseignée, réfléchie et travaillée. Pour ce faire, des moments d'échanges avec les responsables et les équipes de terrain doivent être organisés, structurés et maintenus.

- [Reconnaitre et valoriser le savoir, le vécu et l'expérience des patients au sein des unités de soins et en tirer des enseignements pour l'avenir](#)

La création et représentation de groupes de patients, l'intensification des réunions communautaires au sein de chaque unité de soins, permettraient de valoriser la pensée et la parole du patient. Ces espace-temps offriraient la possibilité aux patients de donner leur avis sur différentes thématiques, mais aussi sur les pratiques humanisantes déclinées au sein de l'hôpital. Favoriser la création d'espaces pour que les patients puissent y développer leur autonomie, responsabilité de patients et un pouvoir « d'agir » (agent de changement). Pourquoi ne pas également réfléchir à la construction de projets thérapeutiques d'unités avec les patients.

- [Viser une meilleure intégration dans les soins avec l'ensemble des partenaires du réseau de la santé mentale](#)

La réforme 107 explicitée au début de la partie théorique a permis beaucoup d'avancées dont notamment la création de réseaux axés sur le concept du rétablissement et vers des pratiques de soins plus humanisantes pour les patients. L'objectif premier est de « soigner en dehors des murs ». Nous rencontrons souvent des problèmes de coordination et d'intégration

dans les soins proposés aux patients. Dans le cadre de mon choix d'option « coordination et réseaux de soins » j'ai eu l'occasion de réaliser un stage au sein des équipes mobiles 107 (Bruxelles Est). Mon constat, lors de ce stage, c'est qu'au niveau des équipes mobiles 107 de cette même zone, il y a un réel manque en termes de communication, d'organisation et de coordination. La communication entre le monde hospitalier et ambulatoire reste un grand défi. Cette difficulté réside en partie dans la méconnaissance du travail des autres et des intervenants rencontrés. Les problématiques liées au manque de communication, d'organisation et de coordination peuvent en effet se montrer très déshumanisantes pour le patient. Donner une réelle place au patient dans son processus de soins permettrait une meilleure harmonisation et limiterait les gaps souvent identifiés lorsque le patient quitte l'hôpital. Ce travail en amont limitera aussi les risques de rechute et les hospitalisations « chroniques ». Des moyens humains, financiers et ressources matériels sont disponibles et il serait utile et intéressant d'encourager les hôpitaux à les utiliser davantage. Cependant, cet axe-ci est très dépendant du premier axe exposé.

- Proposition de formations aux soignants axées sur la dimension du « care », « caring » et « le prendre soin »

Il est selon moi indispensable que les soignants s'imprègnent et entretiennent des valeurs liées à une pratique de soins humanisant. Des formations continues devraient pouvoir être proposées au sein des établissements de santé. Une fois ces principes intégrés, la vision et les représentations véhiculées autour de situations cliniques de patients pourront changer et évoluer. Former les personnes qui travaillent sur le terrain, mais aussi celles nouvellement engagées dans l'institution. Il en va de la responsabilité de chaque institution de soins de veiller que son personnel soit formé, et cela, en accord avec les valeurs institutionnelles qui y sont déclinées. La mise sur pied d'un plan de formations continues, adapté et réalisable pour l'ensemble du personnel soignant qui pourrait aussi être instauré dès le début de l'engagement sous forme de "starter pack".

Les formations permettent, selon moi, de donner notamment des outils importants pour évoluer dans sa pratique professionnelle... il en va de la responsabilité de chacun. Tendre vers une dynamique de changements et devenir à son tour « agent du changement ». Cette phrase, évoquée lors de ma rencontre avec André Néron, m'est restée en mémoire ; « *Nous pouvons tous être, à notre niveau, des agents de changements* » (Néron, 2022). Et si je reprends la définition qu'il en donne, celle-ci questionne le dilemme éthique dans lequel les équipes

soignantes se retrouvent très souvent. « *Un agent de changement est en premier lieu le responsable du changement, et celui qui le soutient et le provoque. C'est un individu idéal, précieux, qui se trouve à tous les échelons de la hiérarchie. Inspiré, dévoué et stimulant, c'est celui ou celle qui se passionne pour le changement, qui transmet son enthousiasme aux autres et assure des responsabilités majeures dans sa conception et son champ d'application* » (Néron, 2022).

- **Soutenir un accueil et un encadrement adaptés aux stagiaires infirmiers**

En partant du postulat que « les stagiaires d'aujourd'hui sont nos collègues de demain », il est impossible de ne pas évoquer la question de l'accueil et de l'encadrement des stagiaires au sein des lieux de stage. Un élément essentiel à prendre en considération, est le fait de comprendre que les fondements de la relation soignant-soigné et de l'humanisme dans les soins qui s'y rapporte doit pouvoir s'apprendre dès le début de la formation. Il y a donc là quelque chose à travailler au niveau de la transmission d'expériences et de vécu que les personnes diplômées devraient partager avec celles qui sont encore en apprentissage. Tel un flambeau allumé qu'on transmet et dont on doit prendre soin de garder la flamme allumée. Cette question de transmissions d'expériences concerne à la fois les soignants qui accueillent les stagiaires, mais aussi les enseignants qui ont pour la plupart été des soignants avant d'être des enseignants.

Il serait intéressant qu'un travail réflexif puisse s'opérer pour faire de l'humanisme soignant une base d'apprentissage, au même titre que tous les autres cours enseignés. Un modèle humaniste inspirant en soins infirmiers (MHSI-UdeM) a été présenté au sein de ma partie théorique et est présenté comme un socle de base au sein de l'enseignement qui en est fourni. La déclinaison des pratiques pédagogiques permet d'œuvrer au métier de soignants vers un modèle de « rôle ». Un élément clé au sein des études en soins infirmiers est le « premier stage », à la fois excitant, révélateur, épuisant et confrontant. Il n'est pas rare que certains étudiants soient face à des situations cliniques difficiles, éprouvantes et parfois complètement déroutantes, où des remises en question émergent. « Les stages permettent aux apprenants, outre les aspects cliniques, scientifiques et techniques, d'observer mais aussi de vivre la réalité et la diversité des situations humaines, de leur complexité et des différentes formes de souffrance qui les caractérisent » (Hesbeen, Bien traiter les étudiants en santé, 2019, p.1).

Les questions qui se cachent derrière cette préoccupation sont ; quel est l'accompagnement donné aux étudiants, comment les situations cliniques rencontrées sont exploitées et comment en parle-t-on ? Cette attention et une considération toute particulière vont permettre aux étudiants de se construire pas à pas dans leur identité soignante avec leur propre champ de compétences.

Pouvoir trouver la juste place entre la théorie et la pratique passe par différents supports. La lecture et l'écriture sont essentielles pour favoriser l'apprentissage d'une pratique dotée d'humanisme. A titre d'illustration, Céline Lefève s'est intéressée à l'enjeu humain majeur au cœur des formations aux métiers de la santé, ce qui a permis de mettre en exergue un paradoxe important qui est qu'au-delà de tous les apprentissages reçus au fil de la formation, il y a aussi une transformation de soi, un façonnement autour des manières de sentir, penser, parler et d'être étudiant. Ce paradoxe doit pouvoir être pris en considération lors des rencontres au sein de lieux de stage.

Walter Hesbeen donne un exemple concret en expliquant que prendre connaissance de certains récits biographiques ou romans relatant le vécu d'expériences permet aux étudiants de « se familiariser avec ce que les théories ne peuvent exprimer (...) et de leur rappeler (...) qu'une théorie, si élaborée soit elle, ne pense pas » (Hesbeen, Les soignants, les soins et le soin, 2012, p. 19).

Il me paraît important de pouvoir revoir l'organisation de l'enseignement proposé aux étudiants tant sur l'aspect théorique que sur l'aspect pratique lié aux différents stages. Faire et enseigner des concepts « généraux » pour apprendre un métier où l'humain est au cœur du processus de soins avec des approches singulières à adopter est selon moi incompatible. Pour suivre la pensée de Walter Hesbeen, il semblerait important que les étudiants puissent mettre par écrit les situations de stage rencontrées pour ensuite les relater et en discuter de façon plus analytique. Écrire permet le partage d'informations en minimisant le risque de perte d'éléments. Lorsque j'ai suivi ma quatrième année de spécialisation en santé mentale et psychiatrie, les rapports de stages demandés étaient basés et évalués essentiellement sur une vignette clinique. Cela implique la nécessité de s'intéresser au vécu, à l'histoire de vie et de la maladie de la personne. Il nous était également demandé de rédiger des entretiens avec des patients en nous demandant systématiquement de se poser deux questions « qu'est-ce que je ressens quand l'autre personne me dit ça ? » et « qu'est-ce que je pense que le patient ressent quand il me dit ça ? ». Cet exercice était très riche, car il permettait de mettre le patient au cœur de nos

préoccupations. Ce support était utilisé lors de supervisions avec nos enseignants superviseurs de stages mais aussi en groupe avec les autres étudiants. Cette démarche décrite m'évoque un concept explicité par Walter Hesbeen qui est « la relecture éthique des situations de soins ». Il s'agit de lire à distance une situation en vue de s'interroger sur nos manières d'être et de faire avec le patient dans une relation de soins singulière. Cette démarche est pensée pour faire évoluer les apprentissages et les pratiques soignantes. Mettre davantage en avant les impressions, le ressenti, l'émotion, l'empathie et la sensibilité de chaque étudiant face à des situations cliniques vécues et concrètes.

3.5 Des pistes de recherches complémentaires

Selon moi et au vu des différentes réflexions évoquées autour de la question de recherche, il y aurait un intérêt majeur à poursuivre et à continuer le chemin réflexif en se focalisant davantage sur le volet « patient ». Pouvoir réfléchir et lier l'aspect qualitatif du soin avec le point de vue du patient. Des réflexions qui pourraient se poursuivre à titre d'exemple autour de cette question ; « qu'est-ce qu'un soin de qualité selon l'angle de vue des patients hospitalisés en psychiatrie médico-légale ? En d'autres termes « comment se rejoindre (patients et soignants) pour que les soins soient le plus adaptés et humains possible en fonction des besoins des patients ? ». Nous ne pouvons pas négliger le fait que l'humanisation des soins est très dépendante de l'engagement de chaque personne et de chaque niveau décisionnel. Les demandes et les exigences ne sont parfois pas en phase avec la réalité du terrain. Il serait important d'aborder également la question de l'adaptabilité et de la faisabilité concrète des demandes et exigences provenant des directions de soins.

Ce gap induit très souvent des frustrations et contribue à des vexations inutiles au quotidien.

4 Conclusion

« Il faut imaginer l'humanisation comme un processus continu, comme un feu qui doit maintenir des flammes et ne jamais s'éteindre » (Dupuis, 2022).

La réalisation de ce mémoire m'a réellement fait évoluer à la fois sur le plan personnel, professionnel, mais avant tout humain. Cela a été une réelle expérience de vie. La fonction d'infirmière en chef me permet de ne pas quitter complètement mon métier d'infirmière, mais m'amène aussi à prendre du recul sur les pratiques actuelles. La recherche de littérature m'a permis d'approfondir et d'élargir mes connaissances.

Les entretiens avec les témoins privilégiés et les acteurs de terrain, via les focus groups, ont été des moments intenses, riches et révélateurs. J'ai été très heureuse et émue d'entendre certains discours lors de mes rencontres qui se rapprochaient énormément du brassage théorique préétabli. Ces rencontres m'ont permis d'aller « au-delà » et de capter la sensibilité, l'intention et l'amour qui animent les soignants.

Mon constat est que l'humanisation des soins, au sein de services de soins psychiatriques, intéresse et questionne. Dans cette optique de progression, il y a une autre réalité qui est celle du travail considérable à mener afin que les pratiques soignantes évoluent en ce sens. La mise en pratique est dépendante de nombreux facteurs, mais aussi et surtout d'un contexte organisationnel qui est propre à chaque institution et direction de soins. Les équipes rencontrées sont en demande de changements et expriment le besoin de moments de qualité avec les patients.

Les formations et les supervisions d'équipes sont des stratégies qui permettent de faire évoluer les pratiques autour de la vision du soin. En ce qui concerne l'ambiance et la dynamique d'équipe, il a été relevé à plusieurs reprises toute l'importance d'assurer des temps de réunions formelles ou informelles qui permettent que chaque personne puisse travailler de manière coordonnée et organisée. La notion de « l'équipe » au sein des unités médico-légales est très importante. Il y a lieu de tenir compte des spécificités professionnelles et de l'interconnexion entre les différents prestataires médicaux et paramédicaux. Cette interconnexion permet d'aborder des situations d'angles de vues différents et d'adapter le bon soin, au bon patient et

au bon moment. Les situations cliniques rencontrées sont complexes et variées et elles suscitent inévitablement des avis divergents. Le secteur des soins psychiatriques dispose d'une dotation en personnel supérieure aux hôpitaux généraux qui est justifiée en partie par la présence de l'équipe pluridisciplinaire. L'intégration des soins au niveau d'un même réseau de soins (réforme 107) reste une matière à réfléchir et à améliorer. D'autre part, j'ai également pu identifier que les représentations, les valeurs sont également très dépendantes de la personnalité et du vécu des soignants.

Les représentations influencent énormément la façon dont on prend soin des personnes. Faire des soins techniques reste « la norme », or, on sait que ce socle-là n'est pas suffisant pour aborder, prendre en considération la personne comme l'être singulier qui se porte devant nous. La citation introductive de cette conclusion parle d'un « processus continu » cette image résonne en moi, car oui pour maintenir ce feu vif et allumé, il faut l'entretenir. Actuellement, nous pouvons à nouveau poser le triste constat que les hôpitaux sont face à une problématique de manque de personnel soignant, une surcharge de travail administratif, un temps toujours limité par les « imprévus » et une pression permanente liée au taux d'occupation des lits. Ces réalités-là sont des freins à l'humanisation des soins et mènent parfois à des épuisements personnels. Il est important de pouvoir se rendre compte que notre seul et unique « pouvoir d'agir », c'est nous-mêmes. Il est temps de faire de la place aux changements et à l'innovation au sein des pratiques soignantes. Il y a là encore un chemin à parcourir. J'évoquais avec Luc Detavernier la possibilité de constituer des groupes de travail au sein de la plateforme en santé mentale. Cela pourrait permettre que l'ensemble du réseau se rencontre et travaille ensemble sur cette question de l'humanisation des soins.

Personnellement, je me positionne et j'affirme que « le prendre soin » fait partie de mes pratiques et réflexions au quotidien, tant avec les personnes que je soigne que l'équipe avec laquelle je collabore. Inspirée de cet humanisme soignant, je tente d'amener mon équipe et l'organisation de l'unité vers une autre dimension avec cette envie permanente de faire évoluer les pratiques et pensées soignantes pour être au plus proche de ce que les personnes soignées ont réellement besoin et en les considérant tous comme des êtres singuliers.

L'humilité, la sensibilité, la générosité, la délicatesse sont : « *Les mots « fragiles » du prendre soin ne sont-ils pas précisément ceux qui, du fait de l'autorisation même que l'on se donne de les utiliser, expriment le mieux la nature profonde du métier de soignant, lorsqu'un tel métier*

ne se réduit pas aux multiples actes qu'il y a à faire ? » (Hesbeen W., Les mots « fragiles » du prendre soin, 2018, p.23).

Je souhaiterais, en guise de touche personnelle, ajouter à cette citation, la notion de liberté. Se sentir libre et oser affirmer nos réelles convictions et intentions soignantes, faire le pas vers un processus réflexif autre, l'assumer et le défendre auprès d'autres collègues ou équipes. S'arrêter le temps d'un instant, s'écouter, se faire confiance. Ouvrir la porte vers une réflexion authentique qui est celle du « cœur de métier », celle qui m'anime personnellement depuis toujours et que je continuerai d'apprivoiser chaque jour.

Personne ne pourrait aussi bien le dire que Walter Hesbeen mais *« ce qui fait la noblesse et la beauté de ces métiers ne réside pas dans la nature même de l'aide apportée, des actes posés ou encore des soins prodigués, mais bien dans la manière qu'ont les professionnels de permettre à une femme, un homme, un enfant parfois, de se sentir considéré en tant qu'humain, de se sentir exister par l'intérêt qu'on lui porte, de se sentir un peu aimé par l'importance qu'on lui accorde. Et cela n'est pas rien car cela fait du bien ! »* (Hesbeen W., Noblesse et beauté de la pratique quotidienne des soins et de l'aide aux personnes âgées, 2020, p.6).

5 Bibliographie

- Accréditation Agrément Canada. (2015). *Mental Health Services*. Consulté le 04 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://store.accreditation.ca/collections/mental-health/products/mental-health-services>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- ANESM. (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Consulté le 15 janvier 2022 Disponible sur le site web www.has-santé.fr.
- Anthony, W. A. E. (2004). *La Réhabilitation Psychiatrique, 2ème édition, première trad. française. (French Edition)*. Promarex.
- Asbl Psytoyens (nd) - *Concertation des usagers en santé mentale, l'usager comme partenaire de soins en santé mentale, guide à destination des professionnels de la santé mentale*. Consulté le 18 octobre 2022. Disponible sur le site web <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=ASBL+Psytoyens-concertation+des+usagers+en+sant%C3%A9+mentale,+l%E2%80%99usager+comme+partenaire+de+soins+en+sant%C3%A9+mentale,+guide+%C3%A0+destination+des+professionnels+de+la+sant%C3%A9+mentale&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
- Astarci,P.,Birkel,M.,Dufrénoy,B.,Dupont,C.,Dupuis,M.,Firket,P.,Grenet,T.,Gueibe,R., Hesbeen,W., Néron,A., Philippon,S., Ravez,L., Van Cutsem,C., Vanpee,D. (2021, 9 et 10 septembre). *L'éthique et le travail des soins, quels modèles organisationnels ? Quels défis individuels et collectifs ? Quelles orientations souhaitables ? (Colloque international francophone). XVIe journées itinérantes francophones d'éthique des soins de santé, Gefers à Bruxelles*. Programme disponible sur le site web <https://www.admr-asbl.eu/images/Programme-JIFEBS-BXL.pdf>
- Aujoulat, I (2018-2019). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Woluwe. Faculté de Santé publique-UCL. Récupéré sur MoodleUCLouvain.

- Basso, E. & Delbraccio, M. (2017). Introduction : La psychiatrie en ses archives, entre histoire et épistémologie. *Revue d'histoire des sciences* (70), 255-273. Consulté le 15 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rhs.702.0255>
- Bertomeu, A. (2013). MÉTAMORPHOSES ou la « Grille des ateliers » à La Borde. *Le sujet dans la cité* (4), 144-156. Consulté le 16 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/lstdlc.004.0144>
- Bizier, V. (2006). « Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale » in *Le partenaire, Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale, vol.14, No.1*, Québec. Consulté le 15 juin 2022. Disponible sur le site web <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v14-n1.pdf>
- Bond G.R., Evidence-based Practices for individuals with Severe Mental Illness. (2008). *Journal of rehabilitation*. Vol .74, No.2, 33-44.
- Busnel, C., Ludwig, C. & Da Rocha Rodrigues, M. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers* (140), 7-16. Consulté le 20 mai 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>
- Rogers, C. (2001). L'approche centrée sur la personne. Ed. *Randin, Lausanne*
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C, Mathieu, C. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 20-31. Consulté le 20 août 2022. Disponible sur le site web https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf
- Cara, C., O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du humanisme de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique, *Recherche en soins infirmiers* (95), 37-45.
- Cartuyvels, Y. (2015). La défense sociale pour les aliénés délinquants en Belgique. *Champ pénal*. Consulté le 17 mars 2022. Disponible sur le site web <https://journals.openedition.org/champpenal/9204>
- Cartuyvels, Y. (2017). L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité. *L'Information psychiatrique*, 93 (2), 93-101. Consulté le 20 mars 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1592>
- Cartuyvels, Y., Champetier, B. & Wyvekens, A. (2010). La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité: Une approche empirique. *Déviance et Société* (34) 615-

645. Consulté le 15 avril 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/ds.344.0615>

- Chevallier, D. & Dunezat, P. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique* (83), 675-681.
- CHJT. (2020). Apertio, une philosophie d'ouverture au service du patient. Consulté le 27 juin 2022. Disponible sur le site web <https://apertio.be/fr>
- Commission de la Santé Mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, Ottawa (Ontario)*. Consulté le 20 septembre 2022. Disponible sur le site web <http://www.commissionsantementale.ca>
- Compagnon, C., Ghadi, V. (2009). *Étude : la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé*. Consulté le 25 novembre 2021. Disponible sur www.has-santé.fr
- Conseil supérieur de la santé (2013). *Rapport annuel*. Consulté le 17 août 2022. Disponible sur le site web https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19095876/Rapport%20annuel%202013.pdf
- Coufer, O. (2015). *25 ans de réforme (en santé mentale) et de transformation de liberté et d'égalité*. Consulté le 15 octobre 2021. Disponible sur le site web https://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2020/10/2015_25_ans_de_reforme.pdf
- Davidson L., et al., (2009) .A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice, *Oxford University Press*.
- De Pau, M., Mertens, A., Bourmorck, D., Vanderplasschen, W., Nicaise, P., & Vander Laenen, F. (2020). Crushed by the Belgian system: Lived experiences of forensic care trajectories by persons labelled as not criminally responsible. *International Journal of Law and Psychiatry*, 68, 101539. Consulté le 10 octobre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101539>
- Detavernier, L. (2022, mars 21). Partage d'expériences autour de l'humanisation du soin en psychiatrie médico-légale. (E.Martin, Intervieweur).
- Delaruelle S. (2019). Dans les oubliettes de l'internement. *Dossier mémorandum*, 13-16. Consulté le 16 septembre 2022. Disponible sur le site web

https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2019/07/Dans-les-oubliettes-de-linternement_Chro_LDH_187.pdf

- Deleu, G. (2020-2021). La réhabilitation psychiatrie en 9 leçons. Suivi en ligne via <https://rehabilitation-psychiatrique.com/produit/la-rehabilitation-psychiatrique-en-9-lecons/>
- Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-psychiatrie* (37), 161-166.
- Demaegdt, C. & Rolo, D. (2013). Dire ce à quoi l'on tient dans le travail. Enjeux éthiques du travail de soin psychiatrique. *Nouvelle revue de psychosociologie* (15), 305-316. Consulté en ligne le 16 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/nrp.015.0305>
- Deschietere.G., Luts.A., Schuller.W., Heymans.J-P., Germeau.N., Cool.G., De Timary.P., Nizet.L.(2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ?. *Louvain Med* (139), 344-348.
- Devos, C. & al. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019 (N° 313B)*. Consulté le 21 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-%E2%80%93-rapport-2019>
- DGGS-Soins de santé, service public fédéral (2021). *Mise en observation dans les HP et SPHG*. Consulté le 17 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://www.health.belgium.be/fr/mises-en-observation>
- Direction générale des soins de santé, Service public fédéral. (2021). *Données phares dans les soins de santé, soins en santé mentale (ed.2021)*. Dépôt légal: D/2021/2196/12. Consulté le 20 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-de-psychiatrie-legale/internement>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. Consulté le 15 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Dumas, M., Douguet, F., Fahmi, Y.(2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise* (20), Vol 5, 45-67. Consulté le 16 avril 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>

- Dupuis, M (2019). *Sources et horizons de l'éthique du soin*. Paris : Seli Arslan.
- Dupuis, M (2022, mars 22). Partage d'expériences autour de l'humanisation du soin en psychiatrie médico-légale. (E.Martin, Intervieweur).
- Dupuis, M. , Gueibe, R. , Hesbeen, W. (2017). *La banalisation de l'humain dans le système de soins - De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Paris :Seli Arslan.
- Friard, D. (2021). *Épistémologie du soin infirmier, de la blouse blanche à la toge universitaire*. Paris :Seli Arslan.
- Furtenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile. *Association de recherche en soins infirmiers (107)*, 76 à 82.
- Furtenberg, C. (2021). L'éclairage sur la sollicitude selon Paul Ricœur pour repenser le soin. *Recherche en soins infirmiers (145)*, 7-21. Consulté le 16 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.145.0007>
- Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY, 156*, 29-34. Consulté le 16 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/lcp.156.0029>
- Genard, J-L. (2003). Ressources et limites des réseaux. *La revue nouvelle (10)* 42-51.
- Georgieff, N. (2008). L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant (51)*, 357-393. Consulté le 05 janvier 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/psye.512.0357>
- Giffard,D. (2010). Redonner à la parole infirmière son sens soignant. *Perspectives Psy (49)*, 241-250.
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020, janvier). *Santé mentale : Enquête de santé 2018 - principaux résultats*. Sciensano. Consulté le 17 septembre 2022. Disponible sur le site web https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/Summ_MH_FR_2018.pdf
- Grard A., Nicaise P., Lorant V. (2015). Évaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale », résultats de 2014. *Acta psychiatrica belgica (11)*.
- Greacen,T.,Jouet,E. (2012). « Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment », *Éditions Érès*.
- Grossi, L. M., & Green, D. (2017). An international perspective on criminal responsibility and mental illness. *Practice Innovations, 2(1)*, 2-12. Consulté le 06 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1037/pri0000037>

- Guadry-Muller.A. (2015). Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers* (122), 44-51. Consulté le 14 janvier 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0044>
- Guide (2010). *Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de réseaux et de circuits de soins*. Bruxelles. Consulté le 16 novembre 2021. Disponible sur le site web <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>
- HAS (haute Autorité de Santé). (2012). *Promotion de la bientraitance*. Consulté le 18 mars 2022. Disponible sur le site web www.has.fr
- HAS (haute autorité de santé). (2016). *Rapport d'activité*. Consulté le 17 février 2022. Disponible sur le site web https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir196/rapport_activite_has_2016_web.pdf
- HAS (haute autorité de santé). (2018). *Programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018–2023*. Consulté le 16 novembre 2022. Disponible sur le site web <https://www.has-sante.fr>
- HELMO. (2022). *Master en Sciences infirmières : vers un nouveau métier !*. Disponible sur le site web <https://www.helmo.be/Formations/Paramedical/Master-sciences-infirmieres/Formation>
- Hesbeen, W. (2018, septembre). Comment définir la relation de soin ? . *Santé mentale* (230), 24-29.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. InterEdition, Masson.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin? .*Perspective soignante* (4), 1-20.
- Hesbeen, W. (2007). Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité de service. *Perspective soignante* (30) , 39-51.
- Hesbeen, W. (2008). Dialogue et soin. *Savoir et pratique Soins* (727), 23-26.
- Hesbeen, W. (2012). *La question éthique au cœur des pratiques soignantes dans le quotidien*. Récupéré sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2012). *Les soignants, les soins et le soin*. Récupéré sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2013). *Prendre soin de l'humain - Une éthique du quotidien*. Récupéré sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>

- Hesbeen, W. (2015). *Des organisation apaisantes pour des pratiques pertinentes et attrayantes*. Récupéré sur GEFERS : <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier*. Elsevier Masson.
- Hesbeen, W. (2018). Les mots du prendre soin. *Soins Aides-Soignantes* (81).
- Hesbeen, W. (2018). Les mots fragiles du prendre soin. *Santé Mentale* (224), 20-23.
- Hesbeen, W. (2018). *Que l'autre soit et qu'il soit autre*. Paris : Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2019). *Bien traiter les étudiants en santé*. Paris : Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2019). *Régénérer le sens du soin par le pratique de l'encadrement*. Paris : Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2020-2021). WFSP 2232 : Épistémologie et démarche clinique. Woluwé. Faculté de Santé publique-UCL. Notes de cours, suivi en ligne via moodleUCLouvain.
- Hesbeen, W. (2020). *Noblesse et beauté de la pratique quotidienne des soins et de l'aide aux personnes âgées*, 11-17. Paris : Seli Arslan
- Hesbeen, W., D'Hoore, W. (2016). *Le mémoire de fin d'études des étudiants en soins infirmiers « se révéler l'auteur de sa pensée »*. Elsevier Masson.
- Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante* (2^e ed). Elsevier Masson
- Hesbeen, W. (2005). L'humanité du soin, un engagement pour la vie. *Perspective infirmière* (3), 15-23. Récupéré sur <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/15686200>
- Hesbeen, W. (2015). *Mettre du soin dans les soins*. Récupéré sur GEFERS : <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2016). *Accompagner les étudiants infirmiers, promouvoir des pratiques pédagogiques éthiques*. Paris : Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2021). Encadrement de proximité et stratégies d'implantation. *Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Holmes, D. & Jacob, J. (2012). Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers* (111), 57-66. Consulté le 16 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0057>
- Holmes, D., Perron, A., Jacob, J., Paradis-Gagné, É., Gratton, S. (2018). Pratique en milieu de psychiatrie légale : proposition d'un modèle interdisciplinaire. *Recherche en*

soins infirmiers(134), 33-43. Consulté le 17 janvier 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.134.0033>

- Honoré, B. (2009). *Le soin en perspective - Au cœur d'un humanisme humanisant*. Paris: Seli Arslan.
- Jacob, B., Macquet, D., Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique* (92), 731-745.
- Jacquemin, D. (2019). Questions d'éthique chrétienne. Woluwe : Faculté de Santé Publique - UCL. Récupéré sur MoodleUCLouvain.
- Jaglin-Grimonprez, C. (2017). *Architecture pour la psychiatrie de demain*. Consulté le 18 août 2022. Disponible sur le site web <https://www.press.es/ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/02/9782810905607.pdf>
- Jaspis, P., & Nackaerts, F. (2018). *What's up, Doc ? Deux ans d'application de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement*. Note de synthèse récupérée, Colloque sur l'internement, Bruxelles, Belgique.
- Jovelet, G. (2021). Histoire de la psychiatrie et invariants. *Perspectives Psy* (60), 41-51. Consulté le 16 septembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1051/ppsy/2021601041>
- KCE. (2008). *Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites*, Reports 86B, Health Service Research.
- KCE. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. Consulté le 25 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://kce.fgov.be/fr/dotation-infirmi%C3%A8re-pour-des-soins-plus-s%C3%BBrs-dans-les-h%C3%B4pitaux-aigus>
- KCE. (2019). *Synthèse, organisation des soins de santé mentale pour adulte en Belgique*, Report 318 Bs, Health Service Research.
- Krol, P., Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins. *L'infirmière clinicienne*, (5/1).
- Krol, P., Lavoie, M. (2015). De l'humanisme au nihilisme : une dialectique sur la théorie du caring de Jean Watson. *Recherche en soins infirmiers* (122), 52-66. Consulté le 16 janvier 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0052>
- L'AUTRE « lieu ». (n.d). Vous êtes ici... *La psychiatrie en quelques repères : Brochure de pré- sentation de l'Autre Lieu asbl*. Bruxelles.

- Lalonde, M., Malouin-Benoit, M., Gagnon, E., Michon, A., Maisonneuve, M. & Desroches, J. (2017). Une simulation interprofessionnelle : une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers* (131), 71-84. Consulté le 18 mars 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.131.0071>
- Lanquetin, J. (2015). La place de l'informel en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale* (61), 59-67. Consulté le 18 août 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/psm.151.0059>
- Lanquetin, J. & Tchukriel, S. (2013). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers* (114), 95-95. Consulté le 18 août 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.114.0095>
- Larousse. (s.d.). Dictionnaire de Français sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>
- Lavigne, S. , Frenette Leclerc C-A. (2016). L'humanisme un concept phare : mieux le comprendre pour mieux en tirer parti. Récupéré sur *Prendre soin - Soins infirmiers*: <http://www.prendresoin.org/?p=3412>
- Lecoq, D., Lefèbre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. *Soins* (816), 17-23.
- Létourneau, D., Cara, C., Gourdeau, J. (2016). Agir avec humanisme, l'approche humaine et relationnel du soin, le pouvoir de l'infirmière : *Perceptive infirmière*, (13/5).
- Liberman R.P.(2008). *Recovery from Disability, manuel of Psychiatric Rehabilitation*, American Psychiatric Publishing Inc.
- Loi du 05 mai 2014 relative à l'internement des personnes. Disponible sur le site web https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014050511 consulté le 12 septembre 2022.
- Loi du 12 janvier 2005 relative à la loi de principe concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus, publiée au moniteur belge le 1^{er} février 2005 et rentrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Disponible sur le site web https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2005011239&table_name=loi consulté le 12 septembre 2022.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, publiée au moniteur belge le 26 septembre 2002, rentrée en vigueur le 6 octobre 2002 . Disponible sur le site web

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245 consulté le 12 septembre 2022

- Loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux, publiée au moniteur belge le 27 juillet 1990 et rentrée en vigueur 27 juillet 1991. Disponible sur le site web https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=199062632&table_name=loi consulté le 12 septembre 2022.
- Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, publiée au moniteur belge le 22 juin 2002 et rentrée en vigueur le 20 septembre 2002. Disponible sur le site web https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837 consulté le 12 septembre 2022.
- Macq, J (2020-2021). Organisation et analyse de systèmes et réseaux locaux de soins : coordination des soins, case-management et réseaux de soins. Université Catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique.
- Michaux, L. (2017). Les mots du prendre soin. *Perspective soignante* (58).
- Michaux, L. (2018). Les notions de prendre soin, care et caring sont-elles interchangeables? *Perspective soignante*(62), 21-41.
- Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Barbot, C., Morasz, C. (2012). *L'infirmier.e en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*, Elsevier Masson.
- Morvillers, J. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers* (122), 77-81. Consulté le 05 février 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- Néron, A (2022). Partage d'expériences autour de l'humanisation du soin en psychiatrie médico-légale. (E.Martin, Intervieweur).
- Newbanks, R. S., Rieg, L. S., & Schaefer, B. (2018). What Is Caring in Nursing?: Sorting Out Humanistic and Christian Perspectives. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 35(3), 160–167. Consulté le 26 septembre 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1097/CNJ.000000000000044>
- Nicaise, P (2017-2018). Cours WPSYC2211, Organisation du système de santé mentale. Université Catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique.
- Noël-Hureaux, E.(2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ?. *Recherche en soins infirmiers* (122), 7-17. Consulté le 17 septembre 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>

- Ntetu, A. & Tremblay, M. (2014). Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs* (29), 77-84. Consulté le 27 juin 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/inka.143.0077>
- OCDE (2020). « *Lits d'hôpitaux* » (indicateur). Consulté le 16 septembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1787/9b82df80-fr>
- OCDE (2021). *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris. Consulté le 03 décembre 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>
- Oiry, E. & Vignal, J. (2016). Peut-on manager un changement tout en le subissant ? Le cas des managers de proximité. *Question(s) de management* (13), 61-72. Consulté le 08 avril 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/qdm.162.0061>
- OMS (2016). *Aide-mémoire - Troubles mentaux (N°396)*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 17 novembre 2021. Disponible sur le site web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
- OMS. (2005). *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe Relever les défis, trouver des solutions. Helsinki*. Organisation Mondiale de la Santé . Consulté le 20 septembre 2021. Disponible sur le site web http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf
- OMS. (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Organisation Mondiale de la Santé . Consulté le 06 janvier 2022. Disponible sur le site web https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85764/9789240691193_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 07 janvier 2022. Disponible sur site web https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf
- OMS. (2021). *Un rapport de l'OMS souligne le déficit d'investissement dans la santé mentale au niveau mondial*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 17 août 2022. Disponible sur site web <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Organe de concertation de santé. (2010). *Guide vers des meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuit de soins*. Consulté le 26 septembre 2021. Disponible sur le site web

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/intermini-steriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2010_04_26_guide_-_bxl_fr.pdf

- Oswald,P., Seutin.A., Depuydt,C., Deschietere,G., Moens,K., Steegen,G., Kornreich,C., Koraichi,N., Detavernier,L. (2020). Hospitalisation psychiatrique sous contrainte : la situation devient incontrôlable. *Le vif, opinion*. Consulté le 18 novembre 2021. Disponible sur le site web <https://www.levif.be/actualite/belgique/hospitalisations-psychiatriques-sous-contrainte-la-situation-devient-incontrolable-carte-blanche/article-opinion-1314969.html>
- Oury, J. (2001). Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, traces et configuration précaire. *Champ social*.
- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers (éd. 2ème édition)*. Noisy-le-grand: SETES éditions.
- Paperman, P. (2010). Éthique du care : un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, (133), 51-61. Consulté le 09 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/gs.133.0051>
- Pelletier, J.-F. & Davidson, L. (2015). À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*, (40), 19–33. Consulté le 18 décembre 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.7202/1032380ar>
- Péoc'h, N. (2011). Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers* (105), 4-13. Consulté le 06 avril 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0004>
- Péoc'h, N., Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé: L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers* (108), 53-66. Consulté le 08 avril 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0053>
- Pétré.B, Scholtes.B, Voz.B, Ortiz.I, Guillaïn.N, Husson.E, Guillaume.M, Bragard.I, Consortium.A. (2018), l'approche patient partenaire de soins en question. *Rev Med Liège* (73). Consulté le 16 avril 2022. Disponible sur le site web https://www.patientpartner.org/files/Communication_14_fr.pdf

- Philippon, S (2015). La lettre du GEFERS, *la relation à l'humain à son questionnement éthique* (15). Consulté en ligne le 16 octobre 2022. Disponible sur le site web <https://www.gefers.fr/wp-content/uploads/2021/10/00-Lettre-Gefers-nr15-WEB.pdf>
- Philippon, S. (2017). *Le juste soin*. Paris : Seli Arslan.
- Plate-Forme de concertation en santé mentale des régions du centre et du charleroi. (2012). *Etude handicap mentale et santé mentale*.
- Potter, A., Perry, A. (2009). *Soins infirmiers - Fondements généraux* (éd. 3ème, Vol. 1). Montréal: Chenelière Education.
- Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers* (84), 16-28. Consulté le 07 mars 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0016>
- Psy 107. (2020). *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins - Wallonie*. Consulté le 15 décembre 2021. Disponible sur le site web <http://www.psy107.be>
- Quand on parle de la réforme, de quoi s'agit-il? (nd.). Similes. Consulté le 18 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://wallonie.similes.org/reforme-107>
- Rey, S., Savoie, C., Voyer, P., Ahossi, E., Bouchard, S., Dallaire, C .. & Cohen, C. (2020). Fondamentaux des soins : un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées. *Recherche en soins infirmiers* (142), 7-30. Consulté le 05 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0007>
- Ricoeur, P. (1990). *Ethique et Morale*. Consulté le 23 octobre 2021. Disponible sur le site web <https://www.google.com/search?client=firefox-bd&>
- Rossinelli, G. (2009). Psychiatrie médico-légale : évolutions récentes, dérives, enjeux. *L'information psychiatrique* (85), 703-707. Consulté le 16 septembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/inpsy.8508.0703>
- Rothier Bautzer,E. (2014). « Care et profession infirmière ». *Recherche et formation* (76), 93-106.
- Rousseau.N. (2014). « Quand les patients recrutent leurs soignants ». Consulté le 16 octobre 2022. Disponible sur le site web https://www.liberation.fr/evenements-libe/2014/10/23/quand-les-patients-recrutent-leurs-soignants_1128219/

- Sciensano. (2022). *Le cinquième rapport de l'enquête santé*. Consulté le 10 novembre 2022. Disponible sur le site web <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/plus-d1-personne-sur-10-en-belgique-souffre-dun-trouble-mental>
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers* (98), 28-31. Consulté le 02 octobre 2021. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028>
- Slade M., et al., Uses and abuse of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* (13), 12-20, February 2014.
- Soignants unité de soins (unités anonymisées) ; Centre hospitalier Jean-Titeca (2022). (E.Martin, Intervieweur).
- Soignants unité de soins (unité anonymisée) ; Hôpital psychiatrique sécurisé (HPS), hôpital les marronniers (2022). (E.Martin, Intervieweur).
- SPF. (2013). *Rapport de synthèse, une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique*. Consulté le 17 avril 2022. Disponible sur le site web https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-être%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/rapport_burnout_FR.pdf
- Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*, (95) (4), 6-13.
- Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricœur: Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers* (124), 19-27. Consulté le 07 octobre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0019>
- Svandra, P. (2018). Introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. *Recherche en soins infirmiers* (132), 91-98. Consulté le 08 octobre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.132.0091>
- Tessier, J., Léger, J., Charles, E. & Faugeron, P. (2003). La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins. *Gérontologie et société* (26) (104), 45-62. Consulté le 22 septembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/gs.104.0045>
- Thunus, S (2019). WFSP 2111 : Dynamique de groupe et communication intra organisationnelle. Woluwé. Faculté de Santé publique-UCL. Récupéré sur MoodleUCLouvain.
- Thunus, S., Cerfontaine, G. , Schoenaers, F,. (2012). Évolution du champ de la santé.

- To, W. T., Vanheule, S., De Smet, S., & Vandeveld, S. (2015). The Treatment Perspectives of Mentally Ill Offenders in Medium- and High-Secure Forensic Settings in Flanders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(14), 1605-1622. Consulté le 06 octobre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.1177/0306624x14566355>
- Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du MAUSS* (32), 243-265. Consulté le 17 décembre 2021. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>
- Université de Montréal, faculté des sciences infirmière. (2015), *Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM, synopsis du modèle pour son opérationnalisation*. Consulté le 25 août 2022. Disponible sur le site web https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf
- Van Den Eynde, M. (2013). Le secteur de la santé mentale. In Davagle M., Gilles M., Huvelles F., Istace L., Van den Eynde M., Vanhaverbeke J., « et al » *Les carnets de l'éducateur : exploration de la profession*, pp.269-286. Consulté le 17 mars 2022. Disponible sur le site web <http://www.educ.be/carnets2013/carnets.pdf>
- Van den Eynde, M., Vanhaverbeke, J. (2004). le secteur de la santé mentale, récit de voyage. Consulté le 19 avril 2022. Disponible sur le site web <http://docplayer.fr/2508401-Le-secteur-de-la-sante-mentale-michele-van-den-eynde-et-jacques-vanhaverbeke.html>
- Vigil-Ripoche, M. (2011). Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme. *Recherche en soins infirmiers* (107), 7-22. Consulté le 08 mai 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0007>
- Völlm, B., & Braun, P. (2020). *Long-Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges* (1st ed. 2019 éd.). Springer.
- Von Buelzingsloewen, I. (2020). Introduction. Soigner sans enfermer : le rêve contrarié d'une psychiatrie « sans asile », de la fin du XIX^e siècle à nos jours. *Revue d'histoire moderne & contemporaine* (67-1), 17-23. Consulté le 04 décembre 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/rhmc.671.0017>
- Walker C., Nicaise P., Thunus S. (2019). Parcours Bruxelles : Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : *Observatoire de la Santé et du Social*. Consulté le 12 novembre 2022. Disponible sur le site web <https://www.ccc->

ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/parcours.bruxellesfr_def.pdf

- Zaccaï-Reyners, N. (2010). Care et institutions : regards sur le style organisationnel et le soin aux personnes. Dans : Lazare Benaroyo éd., *La philosophie du soin: Éthique, médecine et société*, 251-265. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. Consulté le 19 mars 2022. Disponible sur le site web <https://doi.org/10.3917/puf.hanle.2010.01.0251>

Annexes

6 Les annexes

6.1 Démarches pour les entretiens individuels

Mail adressé aux témoins privilégiés en date du 8 mars 2022 :

Bonjour monsieur,

*Étudiante en dernière année de master en sciences de la santé publique à l'Université Catholique de Louvain et également infirmière en cheffe en unité de soins psychiatriques pour patients internés au centre hospitalier Jean-Titeca à Bruxelles. J'ai choisi, comme sujet de mémoire, une thématique qui me tient particulièrement à cœur, à savoir « **l'humanisation des soins au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatriques à caractère médico-légal** ». La question de recherche est la suivante : « **Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ?** ».*

Avec l'accompagnement du professeur Walter Hesbeen, j'ai établi la méthodologie suivante ; ma revue de littérature parcourt différents concepts dont celui du « care », des modèles de soins humanistes, avec une réflexion sur l'impact de ses modèles au sein de nos pratiques. Les valeurs, les compétences, la formation et les intentions qui animent les soignants lors de l'accompagnement et du soin avec les patients. Sans oublier l'importance et les enjeux de l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux engagés au sein des équipes.

Mon mémoire reprend donc deux axes importants : d'une part le modèle de « soin humanisant » implémenté auprès des patients hospitalisés en unité médico-légale et l'organisation qui s'y rapporte et d'autre part l'axe de réflexion à propos de l'intériorité des soignants auprès des patients.

Afin de nourrir mes lectures ainsi que mon apport théorique et pour rendre vivante ma partie pratique, je souhaiterais vous rencontrer en tant que « témoin privilégié », afin de mener un entretien ensemble.

Accepteriez-vous que nous puissions nous rencontrer ? Quelles seraient vos disponibilités ?

Je reste à votre entière disposition pour en discuter de vive voix et vous remercie d'ors et déjà pour la réponse que vous m'apporterez.

Bien à vous

Martin Elmiza

0488/61.00.46

6.2 Tronc commun des guides d'entretiens

Préambule commun :

Bonjour Monsieur, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour répondre à mes questions.

Je vais commencer par me présenter. Je m'appelle Elmiza Martin, je suis infirmière de formation et actuellement infirmière en cheffe d'une unité de soins psychiatrique à caractère médico-légal.

J'ai choisi, comme sujet de mémoire, une thématique qui me tient particulièrement à cœur, à savoir « l'humanisation des soins au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatriques à caractère médico-légal ». La question de recherche est la suivante : « Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ? ».

Avec l'accompagnement du professeur Walter Hesbeen, j'ai établi la méthodologie suivante ; ma revue de littérature parcourt différents concepts dont celui du « care », des modèles de soins humanistes, avec une réflexion sur l'impact de ses modèles au sein de nos pratiques. Les valeurs, les compétences, la formation et les intentions qui animent les soignants lors de l'accompagnement et du soin avec les patients. Sans oublier l'importance et les enjeux de l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux engagés au sein des équipes.

Mon mémoire reprend donc deux axes importants : d'une part le modèle de « soin humanisant » implémenté auprès des patients hospitalisés en unité médico-légale et l'organisation qui s'y rapporte et d'autre part l'axe de réflexion à propos de l'intériorité des soignants auprès des patients.

Plusieurs études réalisés auprès de soignants mettent en évidence l'importance pour eux de travailler avec leur valeurs, une volonté de les mettre en pratique mais pointent cependant encore trop souvent une impossibilité de réellement le mettre en place.

Les résultats se rejoignent souvent, l'art de prendre soin et ce dans tous les services de soins, ne va pas de soi et il est indispensable de « cultiver » cet humanisme soignant et ce à

différents niveaux. Il est aussi souvent relayé que l'atmosphère soignante est un élément influençant la mise en œuvre de ces pratiques de soin.

Mon objectif est donc de nourrir cette réflexion à travers l'expertise et les conseils de témoins privilégiés. C'est donc dans cette optique que je vous ai contacté afin de pouvoir échanger avec vous et que vous puissiez partager avec moi votre expertise sur le sujet.

Afin de mieux traiter les données recueillies, permettez-vous que j'enregistre notre entretien ?

Sachez que cet entretien peut être stoppé à tout moment si vous le souhaitez. Acceptez-vous que votre nom apparaisse dans mon mémoire ?

Vous pouvez également me contacter à tout moment via mon adresse mail ou mon numéro de GSM (coordonnées transmises).

6.3 Retranscription de l’entretien avec Michel Dupuis (le 22 mars 2022)

1 *De manière générale, quelles sont les notions essentielles, les notions « clés » qui visent «*
2 *l'humanisation des soins » au sein des unités de soins ?*

3
4 *Je voudrais partir de la chose suivante ; c'est qu'il y a plusieurs combats à mener, le premier*
5 *combat à mener, un peu négatif, il consiste à éviter la déshumanisation, si on fait un peu*
6 *d'histoire notamment de la médecine, de la culture et de la folie comme le disait Foucault, «*
7 *comment notre regard sur les fous était associé au regard de la monstruosité et le monstre*
8 *par définition, c'est quelqu'un ou quelque chose qui n'est pas humain, ... » C'est un animal ou*
9 *un être vivant qui n'est pas humain, il y a donc une première lutte avant même de vouloir*
10 *humaniser ou réhumaniser en amont de tout ça, il faut travailler une culture qui explicite que*
11 *« le fou »,... J'espère que ça sera clair entre nous lorsque je dis ça,... ?(signe*
12 *d'acquiescement de ma part). Mais c'est pour faire « vite » un peu comme dans la langue*
13 *courante ; « le fou », « le malade », « le criminel », « le pervers » et donc toute cette famille*
14 *criminologique qui se retrouve dans la notion de médico-légale, pas simplement les*
15 *schizophrènes qui ont besoin de protection,... Toute cette part d'humanité assez largement a*
16 *été considérée comme non-humaine. Les derniers arrivés humains étaient les femmes et puis*
17 *les enfants, et on a l'impression que ce n'est pas encore gagné. Et cela dépasse largement*
18 *notre projet et des institutions qui les accueillent, c'est notamment un travail et un regard de*
19 *culture sur qui nous sommes. Et ça, c'est quelque chose qui, depuis un siècle, évolue*
20 *beaucoup, il suffit de penser à la condition des personnes handicapées avec cette notion très*
21 *fine de handicap physique, handicap mental, on voit bien que le regard change et c'est vrai*
22 *que pour les populations que vous avez en charge sans vouloir les qualifier sur le point*
23 *psychopathologique.*

24 *Ayant dit ça probablement qu'alors on se demande comment humaniser, réhumaniser, mieux*
25 *humaniser des gestes, des protocoles, des architectures, des protocoles qui en partie sont*
26 *humains, Walter répète ça souvent « pourquoi faudrait-il humaniser des choses qui sont*
27 *déjà humaine,... » Sinon parce que cette humanité est extrêmement fragile, et donc avec ça, on*
28 *peut penser à des éléments clés que vous avez certainement vu au sein de la littérature et*
29 *auxquelles on peut penser aussi.*

30
31 *Peut-être qu'avant ça il faudrait revenir sur la notion de soins chez les vieux chinois et en*
32 *particulier chez Confucius, je ne sais pas si vous avez vu passé cette affaire là, mais juste en*
33 *quelques mois, c'est une idée du soin qui est intéressante car il entend quelque chose de tout à*
34 *fait archaïque car il entend quelque chose de global, qui est aussi primitif que le langage,*

35 c'est-à-dire quelque chose qui va chercher très loin dans notre humanité, tel que donner
36 naissance à quelqu'un, le langage et le soin c'est très proche, c'est aussi Winnicott avec
37 laquelle je me sens très proche pour de nombreux égards.

38 L'intuition de Confucius c'est que ce soin ou cette humanité, c'est la même chose, le soin,
39 c'est être humain... Humaniser le soin voudrait dire qu'on doit humaniser les soignants et
40 donc être inhumain ça serait donc l'inverse du soin.

41 L'intérêt de cette notion-là, c'est que ce sont des processus. C'est-à-dire que cette notion de
42 soin, c'est comme la notion de qualité, deux processus qui ne sont pour autant dit jamais
43 acquis et donc on comprend que la notion d'humanisation ce n'est pas trop comme quand on
44 répare, comme on réparerait un trou dans le mur et comme si on allait réparer l'erreur dans la
45 procédure et donc on peut dire que l'humanisation du soin, c'est une tâche infinie,
46 interminable, ... Comme le disait Freud : on a jamais fini d'humaniser et ça pour votre
47 mémoire, ça signifie qu'on ne va pas vendre un produit, on ne va pas vendre des procédures et
48 tout est réglé, voir vendre des solutions, comme quand on a de l'humidité dans les murs.

49 Mais au contraire, c'est se mettre dans la perspective que les soins qu'on accorde aux patients
50 du soin pédagogie, du soin managérial... C'est une tâche interminable,... Ce n'est pas une
51 maladie chronique, mais c'est une façon d'être humain qui a besoin d'être entretenue comme
52 le feu, on pourrait reprendre cette image de l'antiquité, « le feu ça s'entretient ».

53 Donc l'humanisation des organisations, nous pouvons parler de l'humanisation de la
54 diététique dans les établissements, c'est un processus infini qui n'est jamais fini avec des
55 hauts et des bas et ce n'est jamais acquis.

56

57 *Réflexion personnelle : il est vrai qu'il est important d'insister au niveau de la notion de*
58 *prérequis, chez le personnel soignant, je vois cela très fort au sein de mes équipes, des*
59 *personnes se sont formées par ce que c'est bien d'être infirmier, et d'autres se sont formées*
60 *car ça les anime et ça les nourrit. Malheureusement, dans ces moments-là, on peut faire des*
61 *formations, mais si les valeurs n'y sont pas, c'est difficile, il peut survenir des décalages et*
62 *des incompréhensions. Ce mémoire et cette revue de littérature me permettent de continuer à*
63 *m'accomplir, au niveau de certaines situations et de mes propres valeurs.*

64

65 *J'entends votre point de vue et j'y adhère complètement, il y a une notion de génome là*
66 *derrière, il y a ceux qui sont faits pour ça et d'autres,... qui font ça pour gagner leur vie, or*
67 *qu'on sait bien que ce n'est pas une question de génétique, mais de personnalité, qui renvoie*
68 *à un certain type d'enfance, d'altruisme, de politique, de valeur, d'éducation et ça, c'est un*

enjeu majeur. Et donc ça veut dire que dans un salon de métiers, comme la fine cuisine, la belle musique, la danse, le soin des profs à l'école, tous ses métiers de besoin, qui sont des métiers de l'humain, on pourrait dire qu'il y a des bonnes pratiques de base, mais c'est aussi valable pour des charpentier, des hommes qui travaillent dans des domaines plus manuels et puis c'est là où le questionnement survient, il y a des personnes qui cuisinent mieux que d'autres, des personnes qui dansent mieux que d'autres,.. Des gens qui soignent mieux que d'autres et des personnes qui écoutent mieux que d'autres,.. Et là,... C'est vrai qu'on n'est pas égaux face aux soins en bons praticiens.

Et c'est là qu'on va définir les personnes,... Comment les définir,... Par la qualification, c'est « casse-gueule »,... Car les diplômes, sont les mêmes et là on doit un peu creuser, car selon moi c'est une question d'identité et c'est là qu'intervient la question des génialités, il y a des génies de la cuisine, de la musique, des génies du bricolage,.. Ce n'est pas une question d'intello, et lorsqu'on est soigné par des génies du soin ; génie du soin, ça veut dire, des valeurs, une perspective, une intuition, une disponibilité, ça veut dire beaucoup de choses,... Et quand nos enfants se trouvent face à des profs, très vite, on le comprend,.. Et ça pose une vraie question, comment, sans discriminer les gens (les bons, les moins bons, ..), comment avoir des stratégies d'éveil, que la vie, l'expérience et le travail d'équipe peut être mit à l'avant-plan dans le travail ?

Question de relance : pensez-vous qu'ils y auraient des facteurs défavorables, facteurs freins, ... ?

Oui, je vais y aller vite et je ne « vais pas jouer le syndicat » ; comment l'organisation industrielle du soin, c'est une grosse boîte où il y a des industriels, des patients, des étudiants, l'UCLouvain, à titre d'exemple, c'est une grosse boîte. Je suis prof à Louvain, je sais de quoi je parle. La dimension industrielle, avec tout ce que ça implique au niveau de l'organisation des équipes, de polyvalence attendue, de flexibilité attendue, ... De rythmique de financement attendue, ... "patati patata",... sont toujours des mots intéressants, mais qui peuvent être toxiques, au risque de démotiver des gens qui ne l'étaient pas. Ça ne va pas dans le sens d'un soin humanisant et ça, c'est un gros problème, car nos organisations peuvent faire du tort aux soins, malheureusement, c'est plus difficile de faire l'inverse, ... Que nos institutions fassent du bien, car il faut une forme de rentabilité, de flexibilité du soin. C'est indispensable et vous le voyez bien, ... On ne peut pas tous se farcir des absences des autres, ou choisir les horaires les plus confortables, c'est ce qu'on appelle une

complication de l'organisation industrielle du soin. Même si dans mes travaux d'éthique organisationnelle, j'essaie toujours de me redire que l'organisation ce n'est pas une fatalité, mais c'est une chance de pouvoir prendre en soin dans les populations dans sa dimension de santé publique. Ce qui est vraiment fondamental.

Et alors pour aborder l'aspect plus positif, sur un aspect pour managérial, c'est se demander comment est-ce qu'on peut essayer de limiter, les défauts de l'organisation industrielle. C'est ce que je suis justement occupé à voir avec une équipe dans une maison de repos dans le Hainaut, avec l'ensemble du personnel. Ce que j'amène, c'est qu'il faut pouvoir amener une dimension de proximité dans une organisation industrielle, il faut pouvoir, au sein des équipes, créer des lieux de proximité, de fraternité, de convivialité, de proximité « on n'est pas 50,... » On est entre-soi. C'est dans ces moments « entre soi », qu'on peut se ressourcer pour aller ailleurs dans l'anonymat. Un élément de solution, c'est la gestion des équipes en proximité avec des espaces où la communication et des retours d'expériences surtout avec des éléments traumatiques. Afin de pouvoir toujours avoir cette référence d'équipe et permettre de nourrir la solidarité d'équipe qui pourra être consommée en périphérie (dans les services), mais il y aura un retour, comme une forme matricielle, c'est une question d'organisation et choix managérial.

Évocation d'une réflexion personnelle : ça me fait penser à une situation que Monsieur Hesbeen a présenté l'année passée lors du cours d'épistémologie clinique, Hannah Arendt évoquait la notion d'oasis, des oasis de paix, des moments ressources, des moments informels, au sein de mon mémoire, c'est également un concept que je décris. Les soins informels, les temps informels sont également une piste qui permet de réfléchir au sens de nos actions, de réfléchir à nos actions et solidifier les liens au sein de l'équipe. J'ai eu l'occasion également de travailler en maison de repos et j'ai pu m'apercevoir que c'est la course, on ne connaît parfois pas la plupart des patients, c'est également un aspect déshumanisant et cette organisation-là telle qu'elle est prévue ne permet pas de faire des soins humanisant pour les patients.

Il est vrai que ce sont des métiers difficiles et qu'il y a encore un énorme champ d'actions à mobiliser en ce qui concerne l'hébergement des personnes âgées. Et c'est également vrai pour le secteur de la santé mentale, nos villages d'autrefois avaient tous « leurs fous » ça veut dire que l'institutionnalisation à outrance est un déficit à la fois sociétal et démocratique. Plein de gens sont concernés, on peut resocialiser, relancer des personnes

137 *malades, sans pour autant le faire de façon sauvage, en les remettant dans des maisons,...*
138
139 *C'est ce que prévoit la réforme 107, parfois dans la pratique, c'est encore difficile, et en*
140 *particulier pour les patients internés où la justice est mêlée au parcours de soins de la*
141 *personne. Le monde de la justice a sa vision et les l'hôpitaux une autre vision et parfois, il est*
142 *vrai que les choses ne se rencontrent pas.*
143 *À travers vos différents ouvrages, vous parlez d'éthique dans les soins, vous expliquez qu'il*
144 *est important de travailler le soin, mais aussi la posture des différentes parties*
145 *prenantes. Comment pourrait-on y parvenir de manière concrète au sein d'une organisation*
146 *de soin en santé mentale et psychiatrie ?*
147
148 *Il faut que nous nous mettons dans l'optique où l'humanisation des soins est vue comme un*
149 *processus continu et il est vrai qu'on identifie des pratiques humanisantes et des pratiques*
150 *non humanisantes et on pourrait dire qu'il y a des pratiques qui le sont plus ou moins, il n'y a*
151 *pas les bonnes ou les mauvaises. Il y en a qui sont bonnes, favorisantes, d'avantage ou plus*
152 *marquantes, j'aime bien dire ça car on ne peut pas toujours être très humanisant.*
153 *Parfois être humanisant, c'est ne pas être déshumanisant, c'est important de dire ça pour ne*
154 *pas avoir l'impression d'être constamment dans l'échec. Or, quand on est dans la réalité,*
155 *dans des conditions réelles avec des obligations propres. Avec la logique du financement, la*
156 *logique de la protection, lorsqu'on met un patient sous contention, c'est une logique très*
157 *particulière de la protection de la personne qui demande des tas de regards indispensables et*
158 *nécessaires. Dans tout ça, on voit qu'il des pratiques humanisantes, qui relatent d'une*
159 *posture, d'un regard différent, même quand on n'a pas les moyens.*
160 *Je me permets d'illustrer cette notion par deux vignettes cliniques, je suis personnellement*
161 *très marqué par la psychopathologie phénoménologique, c'est un peu ça mon dada à moi,*
162 *c'est également ça que j'enseigne à Louvain, Binswanger fait beaucoup d'apparitions dans*
163 *mes bouquins. Binswanger c'est un psychiatre qui avait la chance d'appartenir à une famille*
164 *de psychiatres et qui avait entre guillemets hérité d'un hôpital*
165 *psychiatrique privé à Bellevue en Suisse qui a disparu maintenant.*
166
167 *Et là ce qu'il vivait là-bas, je parle du début du 20e siècle, le début de la psychanalyse, c'était*
168 *un hôpital privé pour l'aristocratie bourgeoise de l'époque, c'est important de se mettre dans*
169 *le contexte de l'époque. Les patients mangeaient à table avec la famille Binswanger et ce qui*
170 *m'a marqué quand vous lisez les bouquins de Binswanger, où il jouait du piano*

171 *pendant la soupe,.. On sent rapidement une dimension de proximité, lui aurait même dit*
172 *familiale. Et là, on retrouve une notion qu'on retrouve aussi chez Jean Oury, au fond la*
173 *psychiatrie institutionnelle, c'est quand même le fait que même les bâtiments peuvent être*
174 *thérapeutiques et là apparaît comme une intuition, où ce n'est pas juste l'hémisphère gauche*
175 *du soignant qui s'active, mais que c'est beaucoup plus holistique et global. Ça, c'est quand*
176 *même une première remarque à propos de Binswanger, qui est une situation intéressante, car*
177 *met un repère historique par rapport à ce qui est posé.*
178 *Peut-être une deuxième remarque, mais ça revient à ce que je disais tantôt sur le village,*
179 *au fond qu'est-ce qui peut être thérapeutique ou accompagnant dans des situations*
180 *parfois difficiles ?... C'est quand même la vie qu'on vit ! Je ne dis pas que l'hôpital est un*
181 *village, mais est-ce que nous n'avons pas la possibilité de créer des espaces de territoire qui*
182 *irait dans ce sens-là. Et là, j'irais chercher chez Deleuze qui est philosophe, mais ce n'est pas*
183 *des notions indispensables ici. Mais qui sont à chaque fois des reconstitutions de monde réel,*
184 *de monde concret, ça, je crois tout à fait.*

185

186

187 *5° Comment l'éthique organisationnelle a-t-elle une importance au sein de la pratique des*
188 *soins humanisants ?*

189

190 *On va partir de la chose suivante, aujourd'hui le soin est quelque chose de partagé et*
191 *multidisciplinaire. Partagé notamment dans le temps, parce que continuité des soins, ... Il n'y*
192 *a pas qu'une personne 24h/24h. Et multidisciplinaire car plusieurs regards nécessaires. Que*
193 *ça soit en chirurgie, avec des éléments tout à fait conventionnels, ou alors en santé mentale*
194 *ou en psychiatrie. Donc le soin est devenu ce qu'on peut appeler un art collectif, avec les*
195 *étudiants, je dis souvent un sport collectif et dans une technique collective, il y a là une*
196 *chance incroyable, c'est qu'on peut prendre soin de quelqu'un 24 h sur 24h, en lui donnant*
197 *des soins, en lui donnant à manger,... Mais il y a un risque gigantesque, c'est qu'il y en a un*
198 *qui rate la balle, qui a pas bien compris les règles. Et là, c'est ce qu'on peut appeler les*
199 *capacités et les limites d'un art collectif et l'éthique organisationnelle, c'est justement ce*
200 *recul qu'on peut avoir justement sur l'organisation du travail, puisqu'on a compris qu'il*
201 *s'agit d'un travail partagé et multidisciplinaire. Et donc je vais dire une grosse bêtise, ... j'ai*
202 *envie de dire que l'éthique organisationnelle est plus importante que l'éthique classique,*
203 *parce qu'aujourd'hui ce qui va faire du bien ou du tort, c'est moins la bonne intention de*
204 *l'individu qui justement est altruiste, généreux "patati" alors qu'aujourd'hui, on peut être «*

205 *neuf » et très humanisant, mais il peut en avoir un qui déconne, c'est pour ça que je reprends*
 206 *une expression de Ricoeur, qui est une notion de politique dans l'éthique. Et donc, vous, en*
 207 *tant que manager, vous avez un rôle majeur, parce que vous êtes seule un moment donné*
 208 *devant le goal, la solitude du gardien d'équipe et vous demande en plus d'animer, de mettre*
 209 *la pêche, d'être à l'écoute, de tirer vers le haut l'équipe sans parler même des tâches*
 210 *administratives et des horaires, donc mission impossible,... Mais,...*
 211
 212 *On fait ! Et ça tient,...*
 213
 214 *Et ça tient,... Tant que vous, votre famille, vos hobbies, vos passions vous aident, tant que vous*
 215 *restez une source,.. Une source ressourcee, car être manager c'est être une source pour les*
 216 *autres. Mais la source, elle tire de quelque part l'eau qui sort,.. Ce n'est pas une sécrétion*
 217 *naturelle, et ça vient d'où,... D'une nappe phréatique. Et donc si vous ou moi,.. nous sommes*
 218 *sources, mais si nous ne sommes pas oasis, dans le sens où nous sommes branchés sur des*
 219 *nappes phréatiques, l'oasis elle dit stop, c'est sec ! Et ça s'appelle le burn-out, l'épuisement,*
 220 *l'aridité spirituelle.*
 221 *Et le défi d'aujourd'hui, c'est pour cela que je vous ai aussi parlé de l'islam, c'est de penser*
 222 *dans un espace républicain ou laïque comment on peut trouver dans l'espace du travail des*
 223 *ressources que nos ancêtres trouvaient dans la religion,.. Ce n'est pas pour rien qu'il y avait*
 224 *des bonnes sœurs, ou les frères de Dave apportaient une ressource,... Nous pensons que tout*
 225 *s'apprend par l'équipe, mais l'école elle ne donne pas cette source-là. L'école va donner des*
 226 *ressources théoriques, connaissances pratiques,... Mais nous avons besoin d'autres choses*
 227 *dans nos vies. Ce n'est pas parce que nous avons été à l'école que nous avons des enfants et si*
 228 *les enfants attendent de nous ce qu'on a reçu de l'école,.. On est mal barré. Il y a bien là*
 229 *quelque chose à implémenter et je crois aujourd'hui que dans l'espace démocratique, grâce*
 230 *aux soins palliatifs cette dimension du spirituel dans l'organisationnel retrouve une place*
 231 *sans pour autant qu'on ait l'impression qu'on fait du « prêchi prêcha » qu'on entre au*
 232 *couvent ou à la mosquée parce qu'il ne s'agit pas de ça, mais il s'agit quand même du*
 233 *sens. Et c'est là qu'intervient Viktor Frankl avec qui j'interviens actuellement, qui est aussi*
 234 *un bonhomme qui pourrait vous intéresser. Il a été très peu connu du côté francophone, car*
 235 *on était un peu couvert par la psychanalyse pour le dire franchement, il a été assez reconnu*
 236 *aux États-Unis, alors qu'aux États-Unis n'importe quoi peut prendre, donc ce n'est pas*
 237 *forcément pertinent non plus. Mais si on le lit de façon rigoureuse, c'est quelqu'un qui peut*
 238 *nous aider franchement, c'est quelqu'un qui s'est spécialisé dans les problématiques*

239 *suicidaires, c'est lui entre autres qui fait l'hypothèse que les gens font des névroses néogènes,*
240 *c'est-à-dire que physiquement ça marche même psychiquement ça marche, mais ils n'ont plus*
241 *aucun sens dans leur vie.*

242

243 *Lorsque vous explicitez les six défis de l'éthique organisationnelle, il y a les notions de*
244 *complexité et de l'imputabilité, mais celles qui me touchent et m'animent le plus et me parlent*
245 *au niveau de ma fonction, c'est celles de la reconnaissance, de la communication et de*
246 *l'attention ?*

247

248 *En tant que responsable d'une équipe je me rends compte, en toute humilité, que ces défis*
249 *ont différents aspects et niveaux et sont souvent exercés de manière insuffisante par l'aspect*
250 *managérial. Quels seraient les conseils, les pistes que vous donneriez à l'application de ces*
251 *défis au sein d'une équipe de soignants qui prennent en charge des patients souffrant de*
252 *maladie mentale ?*

253

254 *Pensez-vous à des pistes concrètes à explorer ? (Sensibilisation ?, ..)*

255

256 *Est-ce que vous vous ressourcez ? Est-ce que vous vous ressourcez ? Est-ce que vous*
257 *rafraîchissez vos proches ? Si vous le faite alors ça veut dire que vous avez une forte*
258 *temporalité et si vous avez cette temporalité alors ça veut dire qu'il y a moins et plus de temps*
259 *perdu. Vous allez vivre profondément le présent et c'est en étant dans ce présent que la*
260 *personne en face de vous, va se sentir reconnue. Parce que la reconnaissance ce n'est pas un*
261 *programme, un panneau qui exprime « je vous reconnais ». Ce qui est déterminant, c'est*
262 *qu'elle se sent reconnue et que vous avez eu un regard pour elle.*

263 *Qu'est-ce qu'on peut communiquer correctement, dans mon petit bouquin, j'insiste sur la*
264 *surcommunication aujourd'hui, qu'il faut développer un principe de sobriété de la*
265 *communication, communiquer moins, et communiquer moins ça veut laisser de la place au*
266 *silence, si je vous regarde et que je vous dis rien, ... Ce sont des moments très intenses où l'on*
267 *se reconnaît. C'est très facile de meubler,... Et lorsqu'on est chef, on doit donner tellement*
268 *d'informations, discuter de tellement de choses, qu'à certains moments, on peut se permettre*
269 *de ne rien dire,... Pour avoir ces moments intenses, qui ne sont pas des moments*
270 *thérapeutiques mais des moments où les personnes se sentent reconnues. Même chose pour*
271 *l'attention, ça consiste à être éveillé maintenant,.. Maintenant, je suis avec vous,. L'attention,*
272 *c'est la capacité de voir les détails et ça demande simplement d'être éveillé au bon*

273 *moment. Nous sommes souvent envahis par nos propres émotions, nos propres*
274 *questionnements qui sont tout à fait légitimes, mais qui font qu'on n'est pas dans cette*
275 *transparence avec autrui. Mais la manière dont vous allez recadrer une collègue qui*
276 *dysfonctionne peut être fait avec bienveillance.*
277
278 *Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaitez ajouter ou compléter par rapport à nos*
279 *échanges ?*
280
281 *Je réalise par mal de travaux là-dessus, en lien avec la crise sanitaire et ce que je voudrais en*
282 *plus, c'est que nous, et nos organisations, c'est même un devoir moral, voir même juridique,*
283 *on doit pouvoir tirer une série de leçons, de ce qui s'est bien passé, mal passé, dans certains*
284 *secteurs ou d'autres, y compris de la santé. Mais aussi identifier ce qui s'est mal passé. Je*
285 *rencontre depuis quelques mois des personnes qui sont usées, extrêmement*
286 *fatiguées,... Usée,... Parfois plus moralement que physiquement, on voit bien le stress post-*
287 *traumatique, on voit bien l'épuisement, l'absentéisme,... Et je crois que nous devons quelque*
288 *chose à nos collègues, ils sont en dettes et ce ne sont pas les primes qui vont solutionner*
289 *quelque chose et là en termes d'éthique interventionnelle, j'aime bien cette notion-là,... Je*
290 *pense qu'il faut rendre du sens aux personnes. Parce que demain ne sera pas comme avant-*
291 *hier et si demain essaye de faire comme avant-hier, ça ne fonctionne pas. Il persiste un*
292 *grand défi ; j'entends bien la difficulté des discours « le cap est passé, on peut reprendre*
293 *comme avant », ce n'est pas dit de la sorte, mais c'est là où il s'agit de garder une objection*
294 *de conscience, il s'agit d'avancer et d'assurer de la pérennité.*
295
296 *Je vous remercie pour votre temps consacré et c'était un réel plaisir d'échanger avec vous.*
297
298 *Le plaisir est partagé.*

6.4 Prise de contact pour l'élaboration des focus groupe

Bonjour monsieur.....,

*Je m'adresse à vous,, car je voudrais vous adresser la demande suivante ;
Étudiante en dernière année de master en sciences de la santé publique à l'Université Catholique de Louvain et également infirmière en cheffe en unité de soins psychiatriques pour patients internés au centre hospitalier Jean-Titeca à Bruxelles. J'ai choisi, comme sujet de mémoire, une thématique qui me tient particulièrement à cœur, à savoir « **l'humanisation des soins au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatriques à caractère médico-légal** ». La question de recherche est la suivante : « **Quels sont les facteurs favorisant et les leviers mis en place par l'équipe soignante pour prodiguer du soin humanisant à l'égard des patients hospitalisés sous contrainte ?** ».*

Avec l'accompagnement du professeur Walter Hesbeen, j'ai établi la méthodologie suivante ; ma revue de littérature parcourt différents concepts dont celui du « care », des modèles de soins humanistes, avec une réflexion sur l'impact de ses modèles au sein de nos pratiques. Les valeurs, les compétences, la formation et les intentions qui animent les soignants lors de l'accompagnement et du soin avec les patients. Sans oublier l'importance et les enjeux de l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux engagés au sein des équipes.

Mon mémoire reprend donc deux axes importants : d'une part le modèle de « soin humanisant » implémenté auprès des patients hospitalisés en unité médico-légale et l'organisation qui s'y rapporte et d'autre part l'axe de réflexion à propos de l'intériorité des soignants auprès des patients.

*Afin de nourrir mes lectures ainsi que mon apport théorique et pour rendre vivante ma partie pratique, je vous contacte afin de pouvoir organiser un focus groupe au sein de votre équipe de soignants. Au démarrage du focus groupe, une question large sera proposée : « **Afin de prodiguer des soins humanisant auprès des patients ; qu'est - ce que vous identifiez comme facteurs favorisants et freins au sein de l'organisation des soins ?** »*

*En guise de conclusion, la question sera : « **Si c'était à refaire, comment ferions-nous ?...** »*

Le cadre apporté à ce focus groupe est le suivant ; la présence maximale de 6 personnes soignantes (toutes professions confondues), pouvoir se positionner avec un point de vue individuel, parler d'expérience et de vécus avec une dimension humaniste du soin. J'aurais pour ce faire besoin d'un temps maximal d'1h30 et d'une salle adaptée qui respecte la confidentialité de nos échanges et les mesures sanitaires en vigueur.

Accepteriez-vous la mise en place de ce focus groupe auprès de vos collaborateurs ? Quelles seraient les disponibilités ?

Je reste à votre entière disposition pour en discuter de vive voix et vous remercie d'ors et déjà pour la réponse que vous m'apporterez.

6.5 Charte et guide pour l'élaboration des focus groups

- ♦ Une thématique : « L'humanisation du soin au sein d'un service de soins médico-légal ».

- ♦ Les conditions requises pour garantir la confidentialité des données :

- 1) Anonyme & confidentiel.
- 2) Utilisé à des fins personnelles et dans le cadre unique de ma recherche de mémoire.
- 3) Enregistrement détruit lorsque le mémoire est validé par la faculté.

- ♦ Tour de table et présentation :

- Ancienneté ? Secteur ?
- Ancienneté psy ?
- Fonction ?

- ♦ Cadre des échanges :

- Une question de départ, trois sous-questions et une question de clôture
- 1h30 d'échanges
- 6 à 7 personnes
- Positionnement individuel
- Bienveillance, libre expression, libre échange

- Respect des points de vue exprimés
- Faire parler son expérience, son vécu
- Dimension humaniste du soin
 - ◆ Objectifs de la méthode « focus groupe »
- Comparatif de 3 unités différentes autour d'un même sujet
- Récolte d'expériences, de vécus autour d'un sujet commun
- Approfondir et nuancer la revue de littérature établie
- Accès au vécu subjectif, expérience de terrain et représentations des soignants
- Innovation

Topic guide pour les rencontres (focus groupe) :

Questions de départ :

« Afin de prodiguer des soins humanisants auprès des patients; qu'est-ce que vous identifiez comme facteurs favorisants et freins au sein de l'organisation des soins ? »

Sous-questions :

- Que représente pour vous « l'humanisation des soins » ? Y a-t-il des spécificités à apporter au service dans lequel vous travaillez ? Si oui... Lesquelles ?

- Quels sont, selon vous, les facteurs favorisants au niveau de l'organisation des soins afin de viser des soins humanisants auprès des patients ?

- Les facteurs freinant au niveau de l'organisation des soins afin de viser des soins humanisants auprès des patients ?

Question de clôture :

-Et si nous devions tout recommencer,.. comment ferions-nous ? Les leviers, les pistes d'amélioration ?,...

6.6 Matrice d'analyse codifiées par couleurs

Le « du soin adapté » - Le travail soignant et la coordination qui s'en réfère - Les formations et les supervisons d'équipe - La dynamique d'équipe soignante - Une gouvernance qui soutient le soin humaniste - Le soin en équipes avec l'équipe pluridisciplinaire

<i>Facteurs favorisant</i>	<i>Facteurs freins</i>	<i>Leviers</i>
L'organisation des soins et de l'unité de soin doit pouvoir être adaptée aux patients et à ses réels besoins. Cette adaptation passe par l'organisation des soins, l'infrastructure, l'architecture avec des chambres individuelles pour les patients, afin de rester dans ce soin adapté. Il est important de pouvoir accompagner toute personne dans sa singularité et accepter que les critères attendus par les soignants ne soient jamais accomplis. La question de la communication et de la transmission d'informations revient à de nombreuses reprises au sein des échanges. Tant la qualité de l'information et de la communication faite avec le	Il arrive assez fréquemment que les patients hospitalisés au sein des unités de soins psychiatriques soient décrits comme des « patients chroniques ». On observe par moments un certain découragement de la part des équipes, celui-ci est expliqué entre autres par un manque de perspectives. Deux aspects pour cette catégorie, l'expression d'un manque,.. Manque de temps, de ressources, manque d'outils, manque d'informations, avec l'expression d'une lourdeur au niveau des charges administratives, des procédures. Les outils mis en place pour communiquer sont souvent peu opérants et font souvent obstacle, ce qui réduit le temps avec les patients.	• La communication La communication et la transmission d'informations restent un réel défi pour les équipes entendues, une meilleure communication au sein de l'équipe permettrait de pouvoir être adéquat et juste dans celle faite au patient. Un des leviers et pistes développés serait la création d'un support d'aide aux transmissions. Pour qu'il y ait une harmonisation au sein des transmissions orales et écrites sans pour autant cadenasser la parole. • Une réelle place pour le patient, ses proches et son projet ;

patient, mais aussi de la part des autres membres de l'équipe, les uns envers les autres. La qualité est importante, la justesse et la pertinence de celle-ci. La question de la communication et de la transmission d'informations pertinentes et justes permet qu'elle le soit également avec le patient. La question de la formation est également une thématique discutée longuement et à de nombreuses reprises. Tant la formation des nouveaux collègues (ciblée), la formation continue (ouverte pour tous), que la formation à tous les échelons (directeurs, cadres, équipes), mais aussi les supervisions au sein des équipes tant au sein des soignants uniquement et de manière plus large au sein de toute l'équipe pluridisciplinaire. Les supervisions d'équipes permettent de donner des outils, des moyens, et de	Au niveau de cette thématique-là, les facteurs freins identifiés sont souvent la limitation de l'accès à la formation continue, les formations sont parfois encore trop absente pour les pratiques soignantes. Manque de temps, manque de moment structurel pour participer à des formations induit par la continuité des soins,... (24h/24h). La dynamique de l'équipe est également un élément très important, lorsqu'elle est défaillante on peut observer des problèmes en termes de cohésion au niveau des décisions et de la façon dont un soin est prodigué. Une des hypothèses évoquées est le « turn-over » des équipes. Les équipes changent souvent. Ce turn-over demande une adaptation constante de la part de l'équipe et des patients,.. Les problématiques liées au recrutement et à l'engagement des nouveaux collègues « erreur de casting », fragilisent parfois certaines équipes, certains projets. Certains projets sont imposés aux équipes. Les institutions demandent à	L'implication du patient dans SON projet de vie, un autre levier est l'implication de son réseau, de sa famille, de ses proches ce qui permettrait aux équipes de moins travailler en silo. • L'architecture, les lieux ; Une autre piste évoquée est celle « du patient au bon endroit au bon moment » et dans une architecture et structure saines, accueillantes de par leur ambiance, de par l'accueil qui y est instauré, des moments à la fois « structuré, structurant » mais aussi des moments « libres » qui laissent place à l'informel au cœur du soin. Travailler dans des lieux humanisants tant pour le personnel que pour les patients (faire appel à la créativité des équipes) serait également un point d'accroche pour les trois groupes. • Besoin d'un regard extérieur ;
---	---	--

développer de nouvelles perspectives et pistes de travail avec le patient. Un des points également très important et qui a suscité de nombreuses discussions au sein de chaque groupe, est la thématique des dynamiques d'équipes. Une équipe a besoin de se développer dans un cadre bienveillant, sécurisant avec un esprit de groupe et une collaboration. Chaque équipe développe son identité ou les valeurs, et les rôles de chacun sont acceptés, reconnus et valorisés. Les équipes soignantes changent souvent et sont amenées à développer entre elles une harmonie, une cohérence dans l'application des règles, des procédures et du cadre institutionnel. Il faut aussi retrouver une cohésion dans l'art de prendre soin du patient.	l'équipe de mettre en place une démarche, mais sans même qu'elle ait été consultée dans le processus et dans la mise en place. Il est difficile pour les équipes soignantes de prodiguer des soins humanisants lorsque les consignes, les directions, et les injonctions sont peu clairs. Il est attendu de la part des équipes de terrain, une prise de position et que les actions à mettre en place souhaitées par les soignants puissent être au minimum limitées par des règles qui leurs semblent parfois infondées. Il est parfois imposé aux équipes des adaptations, des règles qui doivent être mises en place pour répondre à des normes et besoins en accréditation, mais qui ne sont pas toujours représentatives de la réalité de terrain. Des freins et barrières sont identifiés au niveau des équipes pluridisciplinaires, il y a une méconnaissance du travail de « l'autre »,... ce qui entraîne, parfois, un manque de reconnaissance, un manque d'écoute au sein des divers intervenants et des postures parfois encore trop paternalistes de la part des médecins.	Un levier relevé au cours de plusieurs échanges est la mise en place de supervisions au sein des équipes. Celles-ci pourraient être destinées à l'équipe soignante, mais aussi à l'équipe plus large en fonction des besoins propres à chaque équipe • Les formations internes et/ou externes ; La création, la proposition de formations qui donneraient accès à des outils adaptés et ciblés au besoins spécifiques des équipes • L'ambiance au sein de l'équipe : Créer une ambiance d'équipe par le biais des formations ciblées, de supervisions,
--	--	---

Une équipe qui fonctionne bien est un facteur favorisant. Cette équipe a besoin d'un socle solide, d'un pilier sur lequel elle peut s'appuyer, au sein d'une institution bienveillante et humaine. Pour cela, il est important que les soignants puissent se sentir libres d'exprimer leur point de vue, et qu'ils soient impliqués, par la hiérarchie, dans tous les projets. Qu'il y ait le développement et l'entretien d'une ambiance apaisante, avec un climat général positif pour tous. « C'est du win-win, une équipe qui se sent bien dans son institution, se sentira bien avec ses patients » (FG3). Une autre thématique importante est celle du travail d'équipe mais avec l'équipe élargie, le rôle, les missions et la place que chacun peut prendre au sein d'une équipe, tout en respectant celle des autres. Tout en considérant chaque personne et chaque place. Au sein des unités de soins psychiatriques, l'une des principales richesses est que le soin est		mais aussi des réunions d'équipe et/ou de réunions thématiques propices au bien-être. • L'identité soignante : Définir et identifier une identité soignante, une empreinte pour y mettre du sens dans les pratiques soignantes. • L'implication dans les projets et décisions : Être davantage concerté dans les décisions et/ou dans les projets qui vont être développés. Cela permettrait, selon ces trois équipes, une meilleure adhérence aux nouveautés amène la perception d'une valorisation d'une pratique soignante porteuse de sens ;
--	--	---

abordé de façon holistique et par le biais de différents regards. Chaque corps de métier aborde la situation de vie du patient de façon différente.		
---	--	--

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp