

Faculté de santé publique

Exploration de l'implémentation du concept de Rétablissement dans les équipes soignantes à Bruxelles :

Comparaison entre le domaine de la psychiatrie et celui des addictions

Mémoire réalisé par
Pierre Leroux

Promoteur(s)
Pablo Nicaise

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

Exploration de l'implémentation du concept de Rétablissement dans les équipes soignantes à Bruxelles :

Comparaison entre le domaine de la psychiatrie et celui des addictions

Remerciements :

Ma formation à l'UCLouvain en santé publique se termine par ce travail de recherche.

Tout d'abord, je tiens à remercier monsieur Pablo Nicaise, le promoteur de ce mémoire, pour son accompagnement tout au long de ce projet ainsi que pour tous ses judicieux conseils. Merci à Hélène Garin, assistante à la faculté de santé publique pour son aide précieuse sur l'analyse du questionnaire. Merci aussi à Pierre Smith, chercheur à la faculté de santé publique ainsi qu'à Sciensano pour l'aide apportée dans les modèles de régression linéaires.

Ensuite, je souhaite remercier les collègues du SAMPAS ainsi que les collègues du secteur pour leur disponibilité, pour les échanges qui ont enrichi ce mémoire et pour leur participation à la diffusion du questionnaire.

Je remercie également les anciens camarades de classes et les professeurs de la spécialisation en santé mentale et psychiatrie de la Haute école Léonard de Vinci, les anciens collègues d'Epsilon ainsi que tous ceux qui ont pris le temps de diffuser dans leurs équipes le questionnaire du mémoire.

Enfin, j'aimerais remercier ma famille et mes proches pour leur soutien au long cours. En particulier ma compagne Elena, pour sa confiance et ses encouragements quotidiens.

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 secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants·e·s 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	2
CADRE THÉORIQUE	4
1. Données générales et épidémiologiques.....	4
1.1. La santé mentale	4
1.2. Les addictions, un sous-groupe dans les troubles mentaux	7
2. Concepts.....	11
2.1. Vision positive de la santé mentale	11
2.2. Dimension sociale des troubles mentaux.....	12
2.3. Non recours aux soins.....	13
2.4. Rétablissement personnel.....	14
2.5. Obstacles à l'insertion sociale.....	17
2.6. Constats soutenant la question de recherche.....	19
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	20
1. Questionnaire	20
2. Échantillonnage	24
3. Méthode d'analyse	25
RÉSULTATS ET ANALYSE.....	26
DISCUSSION	41
1. Les variables sans impact.....	43
2. Comparaison des domaines de la santé mentale et des addictions	45
3. Analyse selon les cinq axes du CHIME	46
4. Impact de la profession.....	48
5. Apport des résultats de l'Index unique	48
CONCLUSION.....	50
1. Limites de la recherche	51
2. Perspectives	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES	59

INTRODUCTION

Le rétablissement personnel, ou personal recovery en anglais, est un processus personnel durant lequel une personne va passer par différentes étapes pour redonner du sens à sa vie, malgré la présence d'un trouble psychique. L'espoir et l'empowerment sont des notions centrales à ce processus. Ainsi, les usagers de service de santé doivent être au cœur de leur parcours de soins, et les professionnels sont disponibles pour soutenir le Rétablissement (Deegan, 2005 & Drake, 2014).

Il existe des recommandations internationales pour que les services de santé changent de paradigme et adoptent celui du rétablissement personnel (OMS, 2021). Les choix du patient deviennent alors prioritaires par rapport aux choix du soignant qui peuvent être teintés de paternalisme (Feys, 2017).

En Belgique, par exemple, la réforme des soins de santé mentales pour adultes a été initiée en 2010. Elle s'appuie sur ces recommandations en visant à mettre cette approche plus au centre des soins. Ses objectifs sont basés sur une vision orientée vers le rétablissement personnel avec, entre autres, la désinstitutionnalisation des patients et leur inclusion dans les niveaux de la société, enseignement, travail, logement, culture... (Fondation Roi Baudouin, 2020 & SPF santé publique, 2016).

Cependant, la mise en pratique du Rétablissement ne semble pas être une évidence pour les équipes de terrain (Le Boutillier, 2015).

Le but de cette recherche est d'explorer l'implémentation du concept de Rétablissement dans les équipes soignantes bruxelloises. Un focus sera fait sur deux domaines de soins : la psychiatrie et les addictions.

Pour cela, une brève revue épidémiologique sur ces deux thèmes permet de rappeler leur importance en termes de santé publique au niveau international et belge. Puis les concepts de vision positive de la santé mentale, de dimension sociale des troubles mentaux et de non-recours aux soins sont développés afin de détailler de manière exhaustive le concept central de ce mémoire : le Rétablissement.

Ensuite, l'élaboration d'un questionnaire quantitatif à partir du cadre conceptuel CHIME (Leamy, 2011), pour mesurer l'implémentation de ce concept dans les équipes soignantes bruxelloises, sa diffusion dans les différents réseaux ainsi que la méthode d'analyse, sont détaillées dans la partie matériel et méthode de ce document.

Les données récoltées au travers de variables telles que le genre, l'âge, la profession, les années d'expérience, le type de service, le score RSA-R sont exposées dans le chapitre résultats et analyse. Elles permettent de mettre à jour des facteurs favorisants et des obstacles à la mise en œuvre des politiques de santé. Elles sont interprétées au regard des hypothèses qui structurent la question de recherche, mais aussi comparées aux résultats d'autres études scientifiques dans la partie discussion.

Enfin, les limites de l'étude sont établies et quelques pistes de réflexions quant aux futures possibilités de recherche sont exposées dans la conclusion de ce travail.

CADRE THÉORIQUE

1. Données générales et épidémiologiques

1.1. La santé mentale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale « fait partie intégrante de la santé et du bien-être en général et constitue un droit humain fondamental ». La santé mentale doit permettre aux individus de créer des liens, d'agir en toute autonomie et de s'épanouir dans la société (OMS, Plan d'action global pour la santé mentale, 2021). Elle s'étend sur un continuum allant d'un état de bien être optimal à des états invalidants de souffrance subjective. Elle est constituée de différentes dimensions du bien-être : psychologique, social et émotionnel (Keyes, 2002).

Dans le monde :

Il y aurait près d'un milliard de personnes souffrant de troubles psychiques dans le monde. En d'autres termes, près d'une personne sur huit est concernée. Les troubles les plus répandus sont les troubles dépressifs et les troubles anxieux. A noter que les troubles liés aux usages de substances représentent aussi une part importante des troubles de santé mentale. Par exemple, il est estimé qu'à peu près 35 millions de personnes souffrent d'un trouble lié à la consommation de drogues dans le monde. Par ailleurs, le suicide est responsable de plus d'un décès sur cent, et c'est ainsi une des premières causes de mortalité chez les jeunes (OMS, Rapport mondial sur la santé mentale, 2022). Globalement, les troubles mentaux représentent 33% des années vécues avec un incapacité (AVI). Parmi eux, la dépression, les problèmes d'alcool, la schizophrénie et les troubles bipolaires sont présents parmi les dix principales causes mondiales d'incapacité (Funk, 2014).

Les troubles mentaux ont des répercussions économiques et sociales pour la personne elle-même, pour sa famille et ses proches mais aussi pour la société : paiements des soins, incapacité de travail, perte de revenu, diminution de productivité, angoisse, souffrance, solitude, stigmatisation, exclusion sociale... (OMS, Investir dans la santé mentale, 2004). Les troubles mentaux sont aussi associés à des comorbidités physiques telles que des infections virales au VIH ou à l'hépatite C par exemple. La cause essentielle de cela résiderait dans les difficultés d'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux (Anastasi, 2021). Il existe

aussi une forte présence de comorbidité psychiatrique. C'est-à-dire un cumul de plusieurs pathologies psychiatriques. Par exemple, la comorbidité dépression-anxiété est particulièrement présente et a été observée chez 50% des patients concernés dans une étude aux USA (Zimmerman, 2000). Par ailleurs, et cela est développé dans le sous-chapitre suivant, la présence d'un trouble mentale augmente significativement le risque de développer un trouble d'usage des substances, et l'inverse est tout aussi vrai (Rush, 2008).

La santé mentale devrait être un des axes majeurs de préoccupation chez les politiques. C'est pourquoi, les pays membres de l'OMS se sont engagés en 2013 à améliorer la santé mentale de leur population via un plan d'action global. Malgré cela, les constats récents montrent que les progrès sont lents et que la vision des soins en santé mentale n'a que très peu évolué (OMS, Rapport mondial sur la santé mentale, 2022). Ainsi, il est observé, dans les pays du monde entier, un écart entre le taux de prévalence des maladies mentales et le nombre de personnes qui ont accès aux soins. Par exemple, dans les pays à faible et moyen revenu, jusqu'à 85% des personnes souffrant de maladies mentales graves n'ont pas accès à un traitement. Dans les pays à revenu élevé, cet écart entre la présence d'un trouble et l'accès aux soins est moins important, mais reste considérable : entre 35 et 50% des personnes atteintes d'un trouble mentale considéré comme grave ne reçoivent pas le traitement nécessaire (Demyttenaere, 2004). Il est à noter que ces chiffres ne peuvent tenir compte de l'ensemble des personnes qui souffrent d'un trouble mental et qui n'ont jamais été en contact avec le système de soins.

En Europe, il est estimé que plus d'une personne sur six présente un problème de santé mentale. De plus, les maladies mentales peuvent entraîner une mortalité prématurée : par exemple, pour l'année 2015, 84 000 personnes seraient décédées suite de troubles mentaux dans les pays de l'Union européenne (European Union, 2018).

En Belgique :

Avant toute chose, il n'existe pas d'outil objectif et global qui analyse la santé mentale des belges. Il n'est donc actuellement pas possible d'avoir une vue précise des phénomènes en question. En l'absence de cet outil, il est toutefois intéressant d'analyser plusieurs enquêtes réalisées dans le pays.

En ce qui concerne le bien-être subjectif, l'enquête de santé par interview de Sciensano de 2018 a montré qu'un belge sur trois ressent un mal-être psychologique. De plus, 1/8 de la population déclare être très peu satisfaite de sa vie.

En parallèle de ces constats, 11% de la population belge présente des symptômes d'un trouble anxieux, 9% une forme de dépression et 7% un trouble du comportement alimentaire. La répartition des troubles mentaux dans la population belge est impactée par des inégalités sociales. Par exemple, les femmes et les personnes ayant un niveau scolaire moins important souffrent plus de la présence de troubles mentaux (Gisle, 2018).

Cette souffrance mentale entraîne une consommation importante de médicaments. Par exemple, en 2018, presque 10% de la population bruxelloise utilise des somnifères et/ou sédatifs. 8% de cette même population a recouru à l'usage d'antidépresseurs, et de manière globale 13% des bruxellois consomme des médicaments psychotropes (Sciensano, 2018).

Ainsi, les troubles mentaux ont des conséquences non négligeables sur la population. Par exemple, une étude publiée en 2022 des Mutualités Libres montre que le nombre de personnes en incapacité de travail pour cause de dépression ou burn-out a augmenté de 40% entre 2016 et 2020. Ce constat est particulièrement observé chez les jeunes travailleurs âgés de 20 à 40 ans (Bruyneel, 2022). Par ailleurs, la Belgique est le 4^e pays de l'Union Européenne qui compte le nombre de suicides le plus élevé par an, avec 15,2 pour 100 000 personnes en 2020 (OECD, 2021).

Pour terminer ce bref focus épidémiologique de la santé mentale, voici les principaux diagnostics recensés dans les hôpitaux psychiatriques belges : troubles liés à l'alcool et aux drogues 27%, troubles dépressifs 14% et troubles psychotiques 12% (SPF Santé Publique, 2019). Cela permet d'introduire le fait qu'un nombre élevé de personnes présentant des troubles mentaux souffre aussi de problématiques d'usage de drogues comme troubles concomitants et vice versa (Dubreucq, 2012).

1.2. Les addictions, un sous-groupe dans les troubles mentaux

Le terme d'addiction est un anglicisme dont la définition est encore sujette à débats. L'addiction, en tant qu'attitude, peut être liée à une substance ou à un comportement. Elle est parfois liée à un phénomène de dépendance physique lorsqu'elle est liée à un produit. Selon la société américaine de psychiatrie, ce trouble est caractérisé par un désir récurrent et incontrôlable à user de la substance ou à agir selon le comportement en question malgré les conséquences néfastes pour la personne (DSM-5, 2013).

Dans le passé, ce trouble était considéré comme étant un manque de volonté de la personne. Aujourd'hui, la problématique est analysée sous un angle plus holistique. La dépendance à une substance ou à un comportement aurait des origines multiples bio-psycho-sociales. Ce changement de paradigme permet d'adapter la réponse à la problématique en passant progressivement d'une réponse punitive uniquement juridique à une réponse de type santé publique (Zou, 2017).

L'OMS, dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM-11), liste des troubles dus à l'utilisation de substances (par exemple à l'alcool, le cannabis, les opioïdes, etc.) ainsi que des troubles dus à des comportements addictifs. Globalement la dépendance est diagnostiquée par la présence d'au moins trois des six critères suivants :

- Un désir intense de prendre la substance ou de faire le comportement,
- Des difficultés à contrôler le comportement ou la consommation en termes de début, de fin et d'intensité,
- Un état de manque lorsque la consommation ou le comportement est réduit ou diminué,
- Une tolérance au produit (pour les substances),
- Une perte progressive des autres intérêts et obligations de la vie,
- Une persistance dans le comportement ou la consommation malgré la présence évidente de conséquences néfastes pour la personne (OMS, 2022).

Dans le monde :

L'OMS analyse régulièrement le problème des troubles de substances sous l'angle de la santé publique. Elle estime ainsi que l'usage de produits psychoactifs concerne environ 275 millions de personnes dans le monde en 2020. Cet indicateur devrait augmenter de 11% d'ici 2030 (OMS, 2022). Parmi ces usagers, l'Office des Nations Unies (ONU) considère que 36 millions de personnes souffriraient de troubles liés à l'usage de drogues, hors alcool, en 2021 (ONU, 2021). Et selon d'autres sources, environ 700 millions de personnes présenteraient des problèmes liés à l'alcool (Funk, 2014).

L'usage de drogues et sa dépendance peuvent avoir de lourdes conséquences. Par exemple, la consommation de produits psychoactifs serait responsable de plus de 583 000 décès dans le monde en 2019. L'usage de ces produits par voie injectable est, par ailleurs, une source importante d'infections au VIH ainsi qu'aux hépatites B et C. De plus, la charge de morbidité imputable aux usages de drogues représente 1,5% de la charge mondiale de morbidité (OMS, 2022).

L'Europe est la partie du monde où les personnes boivent le plus d'alcool avec l'équivalent de 11 litres d'alcool pur bu par personne par an (Anderson, 2006). Dans cette même région, la drogue illicite la plus consommée est le cannabis avec 22 millions d'adultes qui déclarent en consommer au cours de l'année 2020, contre 4,6 millions pour des amphétamines (dont la MDMA) et 3,5 millions pour de la cocaïne.

La poly-consommation est un facteur aggravant les problèmes imbriqués aux usages de substances tels que les problèmes de santé mentale, le sans-abrisme et l'exploitation de personnes vulnérables (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2022). Ainsi, certaines études ont montré que le fait de souffrir d'un trouble mental a comme conséquence de doubler le risque de développer un alcoolisme. A l'inverse, les personnes souffrant de troubles de l'usage de drogues ont quatre fois plus de risque de développer un trouble mental (Dubreucq, 2012).

En Belgique :

L'enquête de santé de Sciensano de 2018 sur les usages de drogues montre que 22,6% de la population (15 à 64 ans) a déjà consommé du cannabis à un moment de sa vie. Ce chiffre était de 15% en 2013. Concernant un usage problématique du cannabis, 3% de cette même population présenterait un usage problématique. L'usage problématique est défini par Sciensano comme étant le fait de consommer en matinée, seul, avoir des problèmes liés à la consommation ou encore le fait de ne pas réussir à diminuer ou arrêter. En parallèle à ce constat, 9% de la population belge déclare avoir pris une autre substance illicite au cours de leur vie. Ce chiffre était de 3,6% en 2013. Les drogues illicites le plus consommées après le cannabis sont la cocaïne avec 1,5% de la population et l'ecstasy avec 1,2% de la population. La Région bruxelloise serait la région où la consommation de drogues de tout type est la plus répandue (Sciensano, 2018).

L'observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, Eurotox asbl, publie, quant à lui, en 2022 des données qui concernent la Région Bruxelles Capitale.

Cette étude montre, à propos de l'alcool, que 23,4% des bruxellois (15 ans et plus) surconsomment hebdomadairement cette substance. C'est-à-dire qu'ils consomment plus de 21 verres par semaines pour les hommes et plus de 14 verres pour les femmes. Par ailleurs, il a été observé que 5,7% des bruxellois consomment une quantité considérée comme à risque de manière quotidienne. Cela équivaut à plus de 4 verres pour les hommes et plus de 2 verres pour les femmes.

Concernant l'usage de médicaments psychotropes, cette étude montre que 10% de la population générale, âgée de plus de 15 ans, a consommé des somnifères et/ou tranquillisants dans les deux dernières semaines. De plus, 8% de cette même population déclare consommer des antidépresseurs.

Concernant l'usage du cannabis dans la population générale, 8,2% de la population bruxelloise (15 ans et plus) consomme actuellement ce produit. Ce pourcentage augmente à 16,9% lorsqu'on s'intéresse au groupe des 15-24 ans.

Concernant l'usage des drogues illicites (autres que le cannabis), 2,1% de la population bruxelloise (15-64 ans) consomme actuellement ces produits. Il s'agit principalement d'ecstasy, de cocaïne et d'amphétamine.

Enfin, concernant la poly-consommation, qui peut être définie comme « une pratique qui consiste à consommer plusieurs produits, de manière combinée ou successive, sur une période déterminée ». Il s'agit d'un type de consommation qui comporte plus de risques étant donné la combinaison de plusieurs substances qui peuvent interagir entre elles. Selon le rapport d'Eurotox, 5% de la population bruxelloise (15 ans et plus) déclare avoir ce type de consommation. A noter que les chiffres recueillis ne prennent pas en compte les consommations d'alcool et de médicaments psychotropes (Eurotox, 2022).

La Plateforme bruxelloise pour la santé mentale a publié en 2020 d'autres données qui concernent la Région de Bruxelles Capitale. Cette étude s'intéresse principalement à l'indicateur de demande de traitement. Elle montre que près de la moitié des nouvelles prises en charge le sont pour une problématique d'alcool (713 nouvelles prises en charge). Un sixième des nouvelles prises en charge le sont pour des problématiques liées aux opiacés (247). Il en est de même pour la cocaïne (271). Environ 6% des nouvelles prises en charge le sont pour des problèmes liés au cannabis. Globalement, le nombre de nouveaux usagers de cocaïne pris en charge augmente, en particulier pour le crack, alors que celui des nouveaux usagers d'opioïdes continue de diminuer (Plateforme bruxelloise pour la santé mentale, 2020).

2. Concepts

2.1. Vision positive de la santé mentale

L'OMS défend une vision de la santé mentale où chaque individu a le droit d'être un citoyen à part entière, sans subir de stigmatisation ou de discrimination (OMS, Rapport mondial sur la santé mentale, 2022).

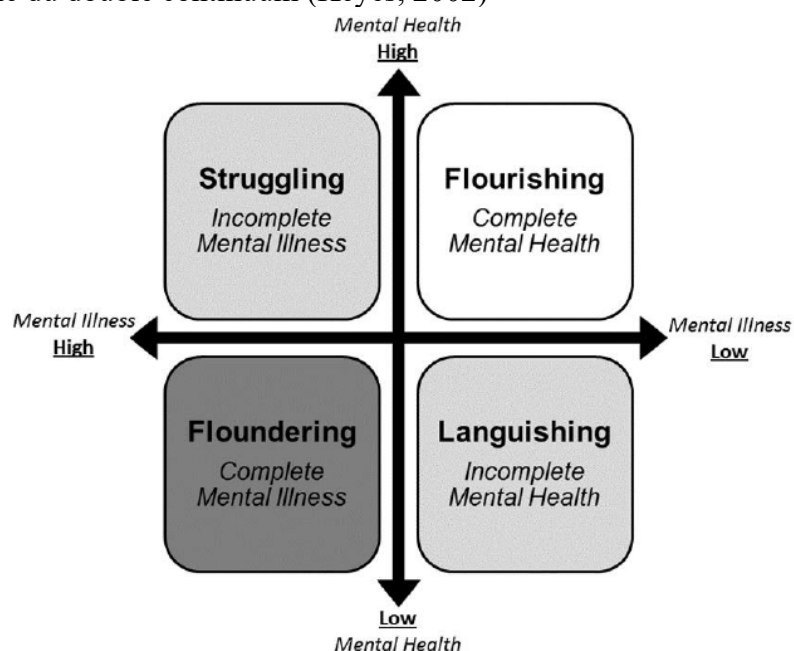
La santé mentale peut être vue comme étant un état dynamique d'équilibre interne qui permet à la fois de se réaliser et de surmonter les tensions normales de la vie, mais aussi de vivre avec soi-même et avec autrui. Elle permet de contribuer à la vie de sa communauté (Galderisi, 2017).

Ainsi, la santé mentale n'est plus une absence de symptômes ou de troubles mentaux. Elle devient un concept beaucoup plus large que certains auteurs ont appelé la santé mentale complète. Celle-ci est composée de deux continuums :

- De la présence d'un trouble sévère à l'absence de trouble,
- D'un sentiment d'avoir une mauvaise santé mentale à celui d'avoir une bonne santé mentale.

Comme le montre la figure 1, grâce à ce double continuum, une personne peut ainsi être en bonne santé mentale et présenter des troubles mentaux sévères et vis-versa (Provencher, 2010).

Figure 1 : modèle du double continuum (Keyes, 2002)



De cette manière, une personne présentant un trouble mental sévère peut tout à fait avoir accès à des rôles sociaux valorisés. Elle peut maintenir un statut et des liens sociaux, améliorer ses compétences personnelles, pour autant qu'elle puisse renforcer ses capacités et compenser ses incapacités par de la réadaptation, par la présence d'aides ou encore par la réduction des obstacles dans l'environnement physique ou social : manque de ressources, stigmatisation, accès à l'information... (Fougeyrollas, 1998).

2.2. Dimension sociale des troubles mentaux

Le vécu d'une maladie chronique est très différent de celui d'une maladie aiguë. Pour cette dernière, l'objectif des soins est de supprimer les symptômes d'une maladie somatique, en d'autres termes : guérir. Son processus est de courte durée et bien souvent de type biomédical. En revanche, pour les maladies chroniques, l'objectif des soins est de stabiliser l'état de santé de la personne et de prévenir les complications. Le processus est de longue durée. Il peut durer à vie et la prise en charge se doit d'être bio-psycho-sociale.

La plupart des maladies mentales sont des maladies chroniques et généralement, la vision de ces troubles est relativement négative dans notre société (Sow, 2018). De plus, la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux est bien souvent médicalisée. La médicalisation du trouble mental est parfois critiquée comme étant limitée, car elle ne considère pas les rapports sociaux et les facteurs environnementaux (politiques et économiques) dans lesquels vit la personne (Roy, 2013).

Une telle vision des soins, avec des professionnels ayant une expertise en santé ne prenant pas en compte les choix des patients pourrait être qualifiée de « paternalisante ». Les soins sont alors contrôlants et l'environnement du patient (familial et social) laisse peu d'espace au développement de l'autonomie et de l'espoir (Drake, 2014). Dans les faits, cette médicalisation du trouble mental peut majorer les ruptures de soins vécues par la personne, son isolement ainsi que sa précarisation.

La société renforce donc la vulnérabilité des personnes souffrant de troubles mentaux, c'est l'hypothèse de la causalité sociale. Il existe un lien entre les maladies mentales et le contexte social dans lequel vit la personne. Par exemple, il a été démontré que le statut socio-économique d'une personne est inversement lié aux troubles mentaux (Holzer, 1986). Mais il convient de

garder à l'esprit que, d'un autre côté, les troubles mentaux influencent aussi négativement le statut socio-économique de la personne (Durbin, 2012). Il s'agit de la sélection sociale des maladies mentales.

Ainsi, souffrir d'un trouble mental ne se limite pas au ressenti des symptômes de la maladie, mais cela entraîne des conséquences dans l'ensemble des sphères de la vie.

2.3. Non recours aux soins

De nos jours, un constat problématique est que les personnes souffrant d'un trouble mental consultent peu pour avoir accès aux soins. Et lorsqu'elles consultent, la continuité des soins n'est pas bien assurée (Younès, 2017). Pour une majorité des personnes concernées, l'accroche aux soins n'est pas bonne et les soins reçus ne sont pas adéquats. Bien des années peuvent s'écouler avant de consulter pour une première fois (Ware, 1984).

Ce constat entraîne ainsi plusieurs conséquences.

Un nombre important de personnes souffrant de troubles mentaux ne sont pas prises en charge là où il faut. L'accessibilité aux services est compliquée et les orientations vers des services ambulatoires pour la continuité des soins sont faibles. A cela peut s'ajouter la non prise en charge des besoins réels de la personne. L'ensemble de ces observations entraîne des retours massifs et rapides de ces personnes à l'hôpital, majorant ainsi les ruptures de vie et échecs vécus par la personne (Castro, 2007).

D'autre part, cela peut entraîner des hospitalisations sous contrainte, ou mise en observation, par manque de prise en charge précoce. Les statistiques du SPF Santé Publique montrent que le nombre de mises en observation a augmenté de 39,2% sur une période de 9 ans à partir de 2011. En 2020, 10,7% des personnes admises en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général l'ont été en raison d'une obligation légale (SPF Santé Publique, 2020).

Cela montre tout l'intérêt d'assurer au patient une continuité des soins et un suivi en ambulatoire à sa sortie. D'autant plus qu'il existe un risque très fréquent de suicide chez les personnes qui présentent des maladies mentales. En effet, souffrir d'un trouble mental est un facteur de risque

majeur de suicide. Il y existerait, d'ailleurs, deux moments charnières au cours d'une hospitalisation pour trouble mental. Le risque de suicide serait ainsi plus élevé durant la première semaine d'hospitalisation mais aussi durant la première semaine après la sortie (Quin, 2005).

Envisager les soins sous l'angle du rétablissement personnel pourrait favoriser la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ainsi que leur accès aux soins.

2.4. Rétablissement personnel

Le rétablissement personnel est un concept qui amène les patients et les soignants vers un nouveau paradigme de prise en charge des soins en santé mentale. Il est centré sur la personne et ses besoins. Il se base sur la perspective de l'utilisateur et de ses forces. Il sous-tend une vision globale ainsi qu'une responsabilisation de la personne. Dans la vision du rétablissement personnel, le soignant et le soigné sont partenaires.

La littérature distingue trois types de rétablissement :

- Le fait de se rétablir d'une maladie mentale. C'est la guérison, le rétablissement clinique (Anthony, 1986),
- L'expérience subjective. C'est une démarche personnelle, une attitude pour aborder la vie avec une maladie (Deegan, 2005),
- Le système de valeurs qui peut animer le système de soins.

Dans la suite de ce mémoire, le terme « rétablissement » sera utilisé pour faire référence au rétablissement personnel.

Ainsi, selon William Anthony, le rétablissement est un processus personnel qui vise à de nombreux changements : attitudes, valeurs, objectifs et de compétences. Il s'agit d'un moyen de vivre une vie qui satisfait la personne elle-même dans laquelle elle se sent utile et pleine d'espoir, quand bien même elle peut être limitée par une maladie. Le rétablissement implique donc la création d'une nouvelle signification et de nouveaux buts dans la vie de la personne (Anthony, 1993).

En 2011, Leamy et al. proposent de développer un cadre conceptuel qui permet de mesurer les cinq dimensions essentielles du rétablissement pendant son processus. Il s'agit du CHIME :

- C : *Connectedness / Connectivité* – Développer des relations sociales, que ce soit la famille, les amis, mais aussi au travail, être soutenu par les pairs qui ont déjà traversé un type d'épreuve similaire et qui se situent plus loin dans le cheminement vers le rétablissement, avoir des liens dans sa communauté, dans son quartier, avec ses voisins et avec le tissu associatif. Les soignants peuvent ici jouer un rôle important dans le soutien à la connectivité à un réseau. Par exemple, la qualité de leurs connaissances et de leurs propositions d'orientation en fonction des choix de la personne pourra faciliter l'enrichissement des relations sociales du bénéficiaire.
- H : *Hope and optimism about the future / Espoir* – Cultiver l'espoir quant à sa capacité de trouver sa place dans la société, avoir l'optimisme de pouvoir atteindre un avenir meilleur, développer la motivation à changer une situation qui n'est pas désirée par la personne. Dans cette dimension, il est essentiel que les soignants soient convaincus eux mêmes que les patients peuvent s'en sortir afin de soutenir au maximum leur processus de rétablissement.
- I : *Identity / Identité* – Développer, sur base de ses propres choix, une nouvelle identité qui ne soit pas limitée à la présence du trouble, retrouver une estime de soi positive, surmonter la stigmatisation et ne pas céder à l'auto-stigmatisation. Pour soutenir cela, les soignants ne doivent pas être source de stigmatisation concernant les personnes souffrant d'un trouble mental. Ils se doivent de ne pas véhiculer et même lutter contre l'imaginaire négatif qui est bien trop souvent utilisé dans les médias par exemple.
- M : *Meaning in life / Sens* – Pouvoir vivre une vie qui a du sens tel que défini par la personne elle-même et non pas par les autres (les soignants par exemple), se permettre de développer des objectifs de vie en lien avec ses choix personnels. Dans cette dimension, les soignants ne peuvent pas se permettre de croire qu'ils possèdent le savoir nécessaire au rétablissement de la personne. Le cheminement vers le rétablissement est quelque chose d'intimement personnel et individuel.
- E : *Empowerment* - Maîtriser sa vie, pouvoir assumer des responsabilités et se concentrer sur ses points forts. Les soignants peuvent, par exemple, être un soutien pour faire prendre conscience de ses capacités personnelles à travers la co-évaluation des forces.

Ce cadre conceptuel ne sert pas à mesurer une finalité de rétablissement, mais permet d'évaluer des dimensions de changement propres à ce processus. Il met en valeur les éléments qui peuvent soutenir le travail des professionnels pour mettre en place des interventions psycho-médico-sociales pour soutenir le rétablissement des patients (Leamy, 2011).

Du côté des travailleurs et des institutions, l'idée du rétablissement se traduit à travers le concept de réhabilitation psychosociale. Il peut être considéré comme étant un ensemble d'actions, mises en œuvre pour favoriser l'autonomie et l'indépendance du patient dans son environnement. En 1996 l'OMS, associée à l'Association mondiale de réhabilitation psychosociale, énonce les principaux objectifs à atteindre à travers l'implantation de ce concept :

- La réduction des symptômes et des effets secondaires de traitement du trouble mental,
- L'acquisition et le développement des compétences sociales,
- La lutte contre les discriminations dont souffrent les personnes avec trouble mentale,
- Le patient occupe une place centrale autour de laquelle il convient d'organiser les soins,
- L'accompagnement de l'entourage du patient (Duprez, 2008).

Depuis 2005 les états européens se sont engagés dans ce nouveau paradigme afin de concevoir les nouvelles politiques en matière de santé mentale. Ainsi, les dispositifs et trajectoires de soins sont censés être réorganisés selon les valeurs du rétablissement. En Belgique, cela se traduit, par exemple, par la réforme dite « Psy 107 » de la santé mentale du secteur adulte en 2010 (Widart, 2021).

2.5. Obstacles à l'insertion sociale

Les personnes souffrant d'une maladie mentale subissent un certain nombre de désagréments en plus des symptômes du trouble psychique. Elles peuvent éprouver des difficultés cognitives (mémoire, concentration, planification), des difficultés relationnelles à travers le fait d'une mauvaise compréhension de l'autre, des troubles de l'insight (difficultés à comprendre sa maladie et son traitement) et bon nombre de difficultés dans le quotidien à cause d'une perte d'autonomie. Ces difficultés représentent de nombreux obstacles à l'insertion sociale du patient.

De plus, selon la théorie de l'étiquetage, toute personne, qui est considérée comme déviante par les autres, est traitée comme déviante et deviendra alors déviante. Elle illustre une manière d'expliquer la formation de troubles mentaux à travers les interactions entre les personnes. La déviance, peu importe sa cause, si elle est identifiée comme telle par le groupe social entraînera des conséquences en termes de traitements différenciés, c'est-à-dire, de la discrimination.

L'étiquette est alors intériorisée par la personne et cela implique trois problèmes : elle continuera à transgresser, elle ne s'attendra pas à ce que les symptômes de la maladie changent et elle deviendra la personne décrite par les autres. Ainsi, pour celui qui souffre d'un trouble mental, le regard des autres est une deuxième maladie et l'institutionnalisation des patients en psychiatrie cause plus de problèmes que de bénéfices (Becker, 1985).

La théorie modifiée de l'étiquetage de Bruce Link en 1989, vient tempérer les constats de la théorie de Becker sur l'étiquetage. Elle affirme que l'étiquetage n'est pas une cause importante de troubles mentaux, mais qu'il affecte considérablement les personnes qui en souffrent par la diminution des chances de trouver et de garder un emploi, d'avoir un réseau social étoffé ainsi que d'avoir une bonne estime de soi. Cela entraîne un risque plus élevé d'exacerber et de prolonger le trouble à travers la désinsertion sociale (Link, 1989).

Ainsi, les personnes souffrant de troubles mentaux souffrent aussi de la stigmatisation. Elles sont, par exemple, perçues comme étant plus dangereuses et plus imprévisibles que les personnes qui ne présentent pas de trouble (Link, 2001). Il convient donc de garder à l'esprit qu'il existe une corrélation entre le fait de bénéficier de soins de santé mentale et de subir de la stigmatisation à cause du fait d'être reconnu comme souffrant d'un trouble.

Envisager les soins sous l'angle du rétablissement est une manière de lutter contre les obstacles qui se dressent quotidiennement face aux personnes souffrant de troubles mentaux. Cela peut se faire à travers :

- Le soutien à l'insertion sociale et professionnelle (orientation, stages...),
- La psychoéducation face aux symptômes et traitements,
- Des groupes de soutien par les pairs,
- Une prise en charge de la famille,
- Des thérapies comportementales et cognitives.

De plus, il existe toute une série d'obstacles à la mise en place du rétablissement dans les équipes soignantes (Michel, 2018). Par exemple :

- La non-définition de la place des différents acteurs gravitant autour du patient : un certain flou sur qui doit tenir le rôle d'accompagnant dans certains domaines entraînerait une absence d'accompagnement. Cela revient à une mauvaise coordination des acteurs.
- Un manque de moyens pour assurer le travail de lien et de développement du réseau : il y a de plus en plus de demandes d'aide en santé mentale et peu de moyens supplémentaires mis à disposition des acteurs.
- Un manque de lieux de vie intermédiaires entre l'hôpital et le logement propre. Cela s'illustre par exemple dans les files d'attentes de plusieurs semaines / mois pour avoir une place en cure.
- Un manque de connaissances sur le domaine du rétablissement, ainsi qu'un manque d'outils à utiliser au quotidien.
- Une priorisation du rétablissement médical sur le rétablissement personnel.
- La non-formalisation des pratiques orientées vers le rétablissement.
- La résistance aux changements des pratiques professionnelles.
- Des enjeux de relations de pouvoir entre les soignants et les soignés. Le rétablissement vient remettre le patient dans une position de collaboration avec le soignant.

2.6. Constats soutenant la question de recherche

Le but de cette recherche est ainsi d'explorer l'implémentation du concept de Rétablissement dans les équipes soignantes bruxelloises. Un focus est fait sur deux domaines de soins : la psychiatrie et le domaine des addictions.

Le développement de la question de recherche se base sur les constats mis en évidence dans la partie théorique de ce travail. Ceux-ci sont les suivants :

- Les troubles de santé mentale ne sont pas négligeables dans notre société.
- Il en est de même des problèmes liés aux mésusages des drogues.
- Ces deux aspects sont fortement imbriqués.
- Les maladies mentales possèdent une forte dimension sociale.
- La dimension sociale des troubles mentaux permet de comprendre un nombre important de conséquences négatives pour la personne tels que les ré-hospitalisations successives, l'augmentation des mises en observation, le risque élevé de suicide, la stigmatisation...
- Par la prise en compte de la dimension sociale des troubles mentaux, le concept de rétablissement doit permettre une meilleure prise en charge des personnes souffrant de trouble mentale.
- Il existe des recommandations internationales et nationales pour que les services de santé changent de paradigme et adoptent celui du rétablissement.

Les hypothèses qui sous-tendent l'analyse statistique sont présentées ci-dessous.

Il existe une différence d'implémentation du concept de rétablissement entre :

- Les équipes de santé mentale / psychiatrie et les équipes travaillant dans le domaine des addictions = domaine d'activité,
- Les équipes travaillant en résidentiel et celles en ambulatoire = type d'activité,
- Les genres,
- Les professions,
- Les âges,
- Les années d'expérience dans la profession.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Afin d'obtenir une certaine représentativité des réponses récoltées, il est important de questionner un nombre conséquent de travailleurs. C'est pourquoi l'approche quantitative a été retenue dans ce travail de recherche.

Pour cela, un questionnaire a été réalisé à partir des connaissances théoriques sur le sujet ainsi que sur base des hypothèses qui ont été identifiées lors de la construction de la question de recherche.

1. Questionnaire

L'évaluation de l'implémentation du concept de rétablissement se fait à partir du questionnaire Recovery Self Assessment Provider version, RSA-R Provider (O'Connell, 2005). Chaque question est scorée avec une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

Le choix du questionnaire RSA-R a été fait à partir de l'examen des échelles existantes en matière de rétablissement du point de vue des équipes soignantes. Ce processus a en particulier été guidé par l'étude du Recovery Assessment Scale (Gifford, 1995) et du Questionnaire about the Process of Recovery (Shanks, 2013). Le RSA-R a été traduit en français. Sept questions ont été supprimées car elles n'étaient pas adaptées à notre contexte belge.

Le RSA-R ainsi obtenu contient une série de 25 questions qui parcourent les différents domaines du rétablissement exposés dans le cadre conceptuel CHIME. Il permet d'obtenir un score RSA-R qui est la moyenne des scores de Likert obtenus pour l'ensemble des questions. Nous avons choisi d'utiliser plutôt le score RSA-R total pour obtenir des différences plus visibles entre les répondants. Le score RSA-R total est donc compris entre 25 et 125 points. Plus le score est faible, moins les réponses vont dans le sens du concept de rétablissement.

La question de recherche est basée sur des hypothèses qui affirment que l'implémentation du concept de rétablissement est différente en fonction de caractéristiques socio-démographiques du travailleur. Ces hypothèses ont été présentées au point 2.6.

L'analyse se porte dans un premier temps sur le RSA-R total. Une comparaison de ce score est faite entre deux groupes pour les hypothèses concernant le domaine d'activité (santé mentale ou addiction) et le type d'activité (résidentiel ou ambulatoire). La significativité des différences de scores observées est calculée à partir de tests T de Student pour variances égales avec un seuil $\alpha = 0,05$.

Ensuite, pour compléter l'analyse des réponses au RSA-R, les questions ont été regroupées selon les 5 facteurs qui composent le cadre conceptuel CHIME. La répartition des questions du RSA-R est détaillée dans la table 1 en fonction des facteurs composants le CHIME.

Table 1 : Répartition des questions du RSA-R dans les 5 Facteurs CHIME

Facteur 1 : Connectivité
Q7 – Q9 – Q16 – Q17 – Q18 – Q19 – Q21
Facteur 2 : Espoir
Q1 – Q5 – Q14 – Q15 – Q17 – Q22
Facteur 3 : Identité
Q6 – Q10 – Q11 – Q12 – Q23 – Q25
Facteur 4 : Sens
Q4 – Q7 – Q11 – Q12 – Q13 – Q23 – Q24
Facteur 5 : Empowerment
Q2 – Q3 – Q6 – Q8 – Q19 – Q20 – Q21

Les facteurs de Connectivité, de Sens et d'Empowerment regroupent sept questions. Leurs scores varient entre 7 et 35. Tandis que les facteurs d'Espoir et d'Identité regroupent six questions. Leurs scores varient entre 6 et 30.

Certaines questions sont reprises dans plusieurs Facteurs car elles couvrent plusieurs axes du CHIME. Par exemple, la question 11 « L'équipe offre aux usagers la possibilité de discuter de leurs besoins et intérêts spirituels lorsqu'ils le souhaitent » couvre à la fois le concept d'identité (Facteur 3) et de sens (Facteur 4).

Afin de savoir si la répartition des questions en Facteurs mesure bien la même dimension psychologique, on propose de calculer un alpha de Cronbach. Lorsque ce coefficient se trouve en dessous de 0,50 il est considéré comme étant insuffisant, entre 0,50 et 0,70 il est considéré comme limite et entre 0,70 et 0,99 il est élevé à très élevé.

Cette analyse montre qu'il y a un certain degré significatif de consistance interne pour chacun des cinq facteurs avec des valeurs proches ou égales à 0,7. C'est-à-dire que l'ensemble des questions sélectionnées pour composer un facteur forment un tout relativement cohérent.

Table 2 : α de Cronbach par facteur CHIME

Facteur	α de Cronbach
1	0,67
2	0,62
3	0,62
4	0,70
5	0,66

Ainsi, pour l'ensemble de l'échantillon, une comparaison des scores RSA-R des cinq facteurs CHIME a été réalisée. Puis, des comparaisons entre les domaines d'activité (santé mentale et addiction) et entre les types d'activité (résidentielle et ambulatoire) ont été calculées pour chaque facteur à partir de tests T de Student pour variances égales avec un seuil $\alpha = 0,05$.

Pour aller plus loin dans l'analyse de l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes bruxelloises en Santé mentale et dans le domaine des addictions, une série de questions supplémentaires complètent le score RSA-R. Trois domaines liés au rétablissement sont ainsi explorés. Il s'agit de l'accessibilité du service, des domaines d'intervention proposés par le service ainsi que la présence de pair-aidant dans l'équipe. Ces questions supplémentaires ont été tirées de l'étude PROMO (Priebe, 2013).

Tout d'abord, un score d'accessibilité *Acces*, allant de 0 à 5 est calculé sur base des réponses aux questions Q26 et Q27. Plus le score est élevé, plus le service est considéré comme accessible.

- Q26 « A quels moments votre service est accessible aux usagers », 0 point pour l'accès en semaine, uniquement aux heures de bureau, 4 points pour 24h/24, 7j/7.
- Q27 « En dehors des périodes d'accessibilité, le service reste-t-il joignable pour orienter l'utilisateur vers un autre service », 0 point pour non, 1 point pour oui.

Ensuite, un score de modalité d'accès *ModAcces*, allant de 1 à 4 est calculé sur base de la réponse à la question Q28.

- Q28 « Quelle est la modalité d'accès habituelle à votre service pour les usagers », 1 point pour un processus avec file d'attente, 4 points pour une admission via des permanences ou consultations sans rendez-vous.

Puis est calculé un score de domaines d'intervention *Domaine*, allant de 1 à 9, sur base des réponses renseignées à la question Q29.

- Q29 « Dans quels domaines votre service intervient », chaque domaine rapporte 1 point : Logement, Nourriture, Activités quotidiennes et domestiques, Santé, Sécurité, Relations sociales, Moyens de communication, Finances et droits, Habillement.

Enfin, la dernière question Q30 permet de scorer la présence d'un pair aidant dans l'équipe. Le score est égal à 0 s'il n'y a pas de pair-aidant dans l'équipe et à 1 si cette dernière est composée d'au moins un travailleur de ce type.

Une comparaison de ces trois scores est faite entre deux groupes pour l'hypothèse concernant le domaine d'activité (santé mentale ou addiction). La significativité des différences de scores observées pour l'accessibilité du service et des domaines d'intervention proposés pour le service est calculée à partir de tests T de Student pour variances égales avec un seuil α de 0,05. La significativité des différences de scores observées pour la présence de pair-aidant dans l'équipe est calculée à partir de tests de Chi² d'association.

Un Index unique a été calculé sur base de la somme des scores d'accessibilité, de domaines d'intervention et de présence d'un pair-aidant. Le score de cet Index varie ainsi entre 2 (peu orienté rétablissement) à 19 (orienté rétablissement).

Pour terminer l'analyse des réponses au questionnaire, des modèles de régression multivariée ont été réalisés pour le score total ainsi que pour les cinq facteurs présentés ci-avant avec comme variables indépendantes celles reprises comme hypothèses dans la question de recherche : âge, genre, profession, domaine d'activité, type d'activité, expérience professionnelle et Index Unique.

L'ensemble du questionnaire élaboré pour ce travail de recherche est présenté en Annexe.

Le questionnaire a été mis en ligne grâce à l’outil de sondage en ligne Qualtrics et a été diffusé avec le soutien de :

- la ligue belge de santé mentale,
- la fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes,
- la plateforme bruxelloise pour la santé mentale,
- des personnes ressources tels que des coordinateur(trice)s, des infirmier(e)s chef, des travailleur(se)s de terrain rencontré(e)s au cours de ma carrière professionnelle,
- des camarades de classes.

2. Échantillonnage

L’échantillon doit être suffisamment grand pour avoir des résultats observables significatifs. Il n’existe pas à notre connaissance des chiffres recensant le nombre de personnes travaillant dans les domaines de la psychiatrie et des addictions à Bruxelles. Pour cela, on considère que :

- La taille de la population est d’environ 640 travailleurs bruxellois travaillant dans les domaines de la santé mentale et des addictions. Ce nombre est estimé à partir des données statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique (SPF santé publique, 2021). Ainsi, le nombre total d’infirmiers en droit d’exercer en Belgique est de 200 000. A Bruxelles il est de 10 000. Le nombre d’infirmiers avec qualification et titre de spécialisation en santé mentale en Belgique est de 5000. Et pour finir, le pourcentage de répondants infirmiers au questionnaire de cette recherche est de 39,0 %.
- Le niveau de confiance est de 95%.
- La marge d’erreur est de 6%

L’objectif de taille d’échantillon total a ainsi été fixé à 189 répondants répartis de manière équitable dans les sous-groupes concernés par l’hypothèse de base : existe-t-il une différence d’implémentation du concept de rétablissement entre les personnes travaillant en santé mentale et celles travaillant dans le domaine des addictions ?

Critères d’inclusion : toute personne travaillant en contact avec des bénéficiaires d’institutions bruxelloises dans les domaines de la santé mentale / psychiatrie et des addictions.

Critères d'exclusion : les travailleurs qui ne sont pas en contact avec des bénéficiaires (ex : direction, chercheur, coordination de réseau), des travailleurs d'institutions non bruxelloises, des personnes ne comprenant pas le français.

Sont également exclues toutes les réponses qui n'ont pas été complétées à 100%.

La diffusion du questionnaire a commencé à la date du 16/11/22 et s'est terminée le 10/02/23.

3. Méthode d'analyse

L'ensemble des données récoltées à partir du questionnaire mis en ligne sur le site Qualtrics ont été analysée grâce au logiciel SPSS. Les modèles de régression multivariée ont été faits sur le logiciel SAS.

RÉSULTATS ET ANALYSE

L'échantillon est composé à 66,5% de femmes alors que l'on pourrait s'attendre à une répartition de l'ordre de 50/50 comme dans une population générale. Ceci peut s'expliquer par le fait que la majeure partie des répondants sont des infirmier(e)s avec 39% de l'échantillon total. En effet, cette profession est principalement composée de femmes.

En ce qui concerne le domaine d'activité, il est réparti de manière égale entre les personnes travaillant en santé mentale (n1=82) et celles travaillant dans le domaine des addictions (n=2). Pour le type d'activité, 45,7% des répondants travaillent dans des services résidentiels, les autres sont en ambulatoire.

Cela montre que les principaux groupes de comparaison sont relativement équilibrés.

Le détail complet des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon est disponible à la table suivante.

Table 3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (n = 164)

Variables	n	(%)
Genre		
Féminin	109	(66,5)
Masculin	52	(31,7)
Autre	3	(1,8)
Domaine d'activité		
Santé mentale	82	(50,0)
Addiction	82	(50,0)
Type d'activité		
Résidentiel	75	(45,7)
Ambulatoire	89	(54,3)
Profession		
Assistant social	25	(15,2)
Infirmier	64	(39,0)
Médecin	12	(7,3)
Chargé de projet	12	(7,3)
Psychologue	24	(14,6)
Autres	27	(16,6)
Variables	Moyenne	Ecart type
Âge (années)		
	39,8	10,5
Années d'expérience totale dans la profession		
	13,2	9,8

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche de ce mémoire concernant l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes à Bruxelles, nous allons nous pencher, dans un premier temps, sur le score RSA-R total. Les résultats globaux du questionnaire sont disponibles en table 4.

Table 4 : Description des scores totaux du RSA-R (n = 164)

	RSA-R Moy. (σ)	Test t (Sig.)
Santé mentale (n=82)	90,72 (12,10)	
Addiction (n=82)	85,90 (12,86)	2,47 (p=0,015)
Résidentiel (n=75)	86,93 (11,97)	
Ambulatoire (n=89)	89,47 (13,21)	-1,28 (p=0,202)

Globalement, le score RSA-R total pour l'ensemble de l'échantillon est de 88,31 (σ = 12,68), ce qui indique un support moyen aux soins orientés vers le rétablissement. Il est de 3,53 (σ = 0,51) si l'on s'intéresse au score moyen RSA-R. Lorsqu'on compare ce score selon le domaine d'activité, on observe que la moyenne dans le domaine de la santé mentale est légèrement, mais significativement plus élevée que dans le domaine des addictions. Lorsqu'on compare ce score selon le type d'activité (Résidentiel vs. Ambulatoire), il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Les tables 5 et 6 détaillent l'ensemble des tests de Student réalisés pour les quatre sous-groupes.

Table 5 : Comparaison des scores RSA-R pour les domaines Santé mentale et Addictions

	Santé mentale		Addiction	
	Moy. (σ)	Test T (Sig.)	Moy. (σ)	Test T (Sig.)
Âge				
≤ 38 ans	91,24 (9,67)		86,34 (11,00)	
> 38 ans	90,19 (14,23)	0,39 (p=0,697)	85,46 (14,61)	0,31 (p=0,759)
Genre				
Femme	90,18 (10,02)		86,55 (13,31)	
Homme	92,28 (14,97)	-0,74 (p=0,460)	84,74 (11,93)	0,57 (p=0,571)
Activité				
Résidentielle	88,08 (11,81)		84,35 (12,19)	
Ambulatoire	95,30 (11,39)	-2,70 (p=0,008)	86,51 (13,16)	-0,68 (p=0,498)
Expérience Pro.				
≤ 12 années	90,36 (10,50)		87,76 (11,15)	
> 12 années	91,16 (13,94)	-0,30 (p=0,766)	83,53 (14,58)	1,49 (p=0,140)
Profession				
Niveau bachelier	89,92 (11,67)		83,61 (12,40)	
Niveau master +	92,82 (13,55)	-0,88 (p=0,381)	88,61 (12,63)	-1,74 (p=0,085)

Table 6 : Comparaison des scores RSA-R pour les types Résidentiel et Ambulatoire

	Résidentiel		Ambulatoire	
	Moy. (σ)	Test T (Sig.)	Moy. (σ)	Test T (Sig.)
Âge				
≤ 38 ans	87,41 (11,01)		90,25 (10,04)	
> 38 ans	86,33 (13,24)	0,38 (p=0,703)	88,84 (15,39)	0,50 (p=0,618)
Genre				
Femme	86,88 (11,26)		89,72 (12,62)	
Homme	87,11 (14,18)	-0,07 (p=0,943)	90,00 (14,15)	-0,10 (p=0,923)
Domaine				
Santé mentale	88,08 (11,80)		95,30 (11,39)	
Addiction	84,35 (12,19)	1,25 (p=0,216)	86,51 (13,16)	3,11 (p=0,003)
Expérience Pro.				
≤ 12 années	85,98 (11,14)		91,91 (9,85)	
> 12 années	88,29 (13,13)	-0,82 (p=0,414)	86,74 (15,84)	1,87 (p=0,065)
Profession				
Niveau bachelier	86,69 (11,39)		87,84 (13,59)	
Niveau master +	88,36 (15,49)	-0,43 (p=0,671)	90,62 (12,33)	-0,98 (p=0,330)

Si l'on s'intéresse aux quatre sous-groupes présentés ci-avant (Santé mentale, Addiction, Résidentiel et Ambulatoire) les résultats du questionnaire permettent d'observer que les personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale en ambulatoire obtiennent un score RSA-R significativement supérieur à ceux qui travaillent en santé mentale résidentielle. De plus, ce même sous-groupe (santé mentale ambulatoire) obtient aussi un score significativement supérieur au sous-groupe des travailleurs du domaine des addictions en ambulatoire.

Pour compléter l'analyse des réponses au RSA-R, les questions ont été regroupées selon les 5 facteurs qui composent le cadre conceptuel CHIME.

Pour rappel, les facteurs de Connectivité, de Sens et d'Empowerment regroupent sept questions, tandis que les facteurs d'Espoir et d'Identité regroupent six questions.

La table 7 présente l'ensemble des scores RSA-R obtenus dans chacun des Facteurs du CHIME pour l'échantillon total (n=164). La table 8 présente les scores RSA-R pour la comparaison des domaines Santé mentale et Addiction. Et la table 9 les scores RSA-R pour la comparaison des types d'activités Résidentiel et Ambulatoire.

Table 7 : Descriptions des scores totaux RSA-R par Facteur du CHIME

	RSA-R Moy. (σ)	IC95%
Facteur 1 : Connectivité (score max=35)		
	23,35 (4,39)	[22,68 ; 24,03]
Facteur 2 : Espoir (score max=30)		
	20,84 (3,81)	[20,25 ; 21,42]
Facteur 3 : Identité (score max=30)		
	21,28 (3,58)	[20,73 ; 21,83]
Facteur 4 : Sens (score max=35)		
	27,56 (3,94)	[26,95 ; 28,17]
Facteur 5 : Empowerment (score max=35)		
	22,23 (4,63)	[21,52 ; 22,95]

Pour l'échantillon total (n=164), le facteur 4, celui du Sens, présente le score RSA-R le plus élevé. A l'inverse, le facteur 5 de l'Empowerment, est celui avec le score RSA-R le plus faible (pour l'ensemble des scores ramenés à un score sur 30 points).

Table 8 : Comparaisons des scores totaux RSA-R par Facteur pour les domaines d'activité

	RSA-R Moy. (σ)	Test T (Sig.)
Facteur de Connectivité		
- Santé Mentale	24,32 (4,27)	
- Addiction	22,39 (4,31)	2,87 (p=0,005)
Facteur d'Espoir		
- Santé Mentale	21,71 (3,84)	
- Addiction	19,96 (3,59)	3,00 (p=0,003)
Facteur d'Identité		
- Santé Mentale	21,66 (3,50)	
- Addiction	20,90 (3,65)	1,35 (p=0,177)
Facteur de Sens		
- Santé Mentale	27,80 (3,97)	
- Addiction	27,32 (3,93)	0,79 (p=0,430)
Facteur d'Empowerment		
- Santé Mentale	23,17 (4,34)	
- Addiction	21,29 (4,74)	2,65 (p=0,009)

On observe des différences significatives qui indiquent que les facteurs de la Connectivité, de l'Espoir et de l'Empowerment sont plus soutenus par les personnes travaillant dans le domaine de la Santé mentale.

Table 9 : Comparaisons des scores totaux RSA-R par Facteur pour les types d'activité

	RSA-R Moy. (σ)	Test T (Sig.)
Facteur de Connectivité		
- Résidentiel	23,07 (4,41)	
- Ambulatoire	23,60 (4,38)	-0,77 (p=0,444)
Facteur d'Espoir		
- Résidentiel	21,01 (3,79)	
- Ambulatoire	20,69 (3,84)	0,55 (p=0,584)
Facteur d'Identité		
- Résidentiel	20,65 (3,39)	
- Ambulatoire	21,81 (3,68)	-2,08 (p=0,039)
Facteur de Sens		
- Résidentiel	26,67 (3,56)	
- Ambulatoire	28,31 (4,12)	-2,72 (p=0,007)
Facteur d'Empowerment		
- Résidentiel	21,77 (4,54)	
- Ambulatoire	22,62 (4,69)	-1,17 (p=0,245)

On observe des différences significatives qui indiquent que les facteurs d'Identité et de Sens sont plus soutenus par les personnes travaillant en Ambulatoire.

Pour les autres facteurs, les différences ne sont pas significatives.

Pour aller plus loin dans l'analyse de l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes bruxelloises en santé mentale et dans le domaine des addictions, une série de questions supplémentaires complètent le score RSA-R. Trois domaines liés au rétablissement sont ainsi explorés. Il s'agit de l'accessibilité du service, des domaines d'intervention proposés pour le service ainsi que la présence de pair aidant dans l'équipe.

Analyse de l'accessibilité des services :

Table 10 : Répartition d'accessibilité des services

Accessibilité	n	(%)
Semaine uniquement heures de bureau	77	(46,9)
Semaine uniquement heures de bureau et au-delà	28	(17,1)
Semaine et weekend aux heures de bureau	1	(0,6)
Semaine et weekend aux heures de bureau et au-delà	2	(1,2)
24h/24 7j/7	56	(34,2)

La table 11 présente les résultats d'accessibilité pour les domaines santé mentale et addiction.

Table 11 : Score d'accessibilité et score de modalité d'accès

	Score <i>Acces</i> Moy. (σ)	Test T (Sig.)	Score <i>ModAcces</i> Moy. (σ)	Test T (Sig.)
Santé mentale	2,77 (2,28)		1,91 (1,56)	
Addiction	1,32 (1,85)	4,47 (p=0,001)	3,27 (1,14)	-7,53 (p=0,001)

Le score d'accessibilité *Acces* sur l'échantillon total (n=164) est plutôt faible avec 2,04 sur 5 ($\sigma = 2,20$). Cela s'explique par le fait qu'un nombre considérable de services ne sont accessibles que pendant les heures de bureau en semaine (plus de 46% de l'effectif) et un nombre non négligeable de services ne sont accessibles que pendant les heures de bureau et au-delà en semaine (environ 17% de l'effectif). De plus, près de 53% des services ne sont pas joignables en dehors des périodes d'accessibilité.

Si l'on compare les domaines de santé mentale et d'addiction, les services de santé mentale semblent significativement plus accessibles que les services d'addiction avec un score *Acces* supérieur de +1,45 (p-valeur = 0,001). Cela peut s'expliquer par le fait que bon nombre de répondants du sous-groupe de Santé mentale sont des travailleurs d'unités psychiatriques hospitalières qui sont ouvertes généralement 24h/24.

Le score de modalité d'accès *ModAcces* sur l'échantillon total (n=164) est supérieur à la valeur médiane du score, il est de 2,59 sur 4 ($\sigma = 1,33$). Plus de 34% des répondants ont leur service qui est accessible uniquement par un processus avec file d'attente, environ 13% ont leur service qui est accessible uniquement par un processus sans file d'attente et plus de 40% ont leur service accessible via des permanences sans rendez-vous.

Si l'on compare les domaines de santé mentale et d'addiction, les services d'addiction ont des modalités d'accès significativement plus accessible que les services de santé mentale avec un score *ModAcces* supérieur de +1,36 (p-valeur = 0,001). Cela peut s'expliquer par le fait que bon nombre de répondants du sous-groupe Addiction sont des travailleurs d'associations ambulatoires et bas-seuil qui ont des modalités d'accessibilité beaucoup plus simples que les unités hospitalières.

Analyse des domaines d'intervention des services :

Une autre manière d'analyser l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes est de s'intéresser au nombre de domaines d'intervention proposés pour le service.

Table 12 : Pourcentage de nombre de service qui présentent 1 à 9 domaines d'intervention

Nombre de domaines d'intervention proposés	n	(%)
1	22	(13,4)
2	13	(7,9)
3	18	(11,0)
4	14	(8,5)
5	16	(9,8)
6	18	(11,0)
7	17	(10,4)
8	9	(5,5)
9	37	(22,5)

La table 13 présente les résultats du score *Domaine* pour les domaines santé mentale et addiction.

Table 13 : Score de domaines d'intervention

	Score <i>Domaine</i> Moy. (σ)	Test T (Sig.)
Santé mentale (n=82)	6,04 (2,74)	
Addiction (n=82)	4,57 (2,73)	3,43 (p=0,001)

Le score de domaines d'intervention *Domaine* sur l'échantillon total (n=164) est de 5,30 sur 9 ($\sigma = 2,82$). Cela signifie que les services dans lesquels travaillent les répondants fournissent en moyenne 5 domaines d'intervention. Ce qui est positif, car cela reflète le fait que les institutions ne se cantonnent pas à fournir uniquement un service de soins de santé. Dans une même logique, la table 12 montre que 22,5% des services proposent l'ensemble des neuf domaines d'intervention à leurs bénéficiaires. A l'inverse 13,4% des services ne proposent qu'un seul domaine d'intervention. Il s'agit principalement du domaine des soins de santé.

Si l'on compare les sous-groupes de Santé mentale et d'Addiction, les services de santé mentale proposent significativement plus de domaines d'intervention que les services d'addiction avec un score *Domaine* supérieur de +1,47 point (p-valeur = 0,001).

Analyse de la présence de pair aidant dans l'équipe :

Il est aussi possible d'analyser l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes par la présence d'un ou plusieurs pair-aidants dans la composition de l'équipe.

La table 14 présente les résultats à la question Q30 pour l'ensemble de l'échantillon (n=164), pour les sous-groupes Santé mentale et Addiction, ainsi que pour les sous-groupes Résidentiel et Ambulatoire.

Table 14 : Pourcentage de répondants dont l'équipe est composée d'un pair-aidant

Groupes	n : présence d'un pair-aidant	(%)	Sig.
Echantillon total (n=164)	56	(34,1)	
Santé mentale (n=82)	29	(35,4)	
Addiction (n=82)	27	(32,9)	0,742
Résidentiel (n=75)	20	(26,7)	
Ambulatoire (n=89)	36	(40,5)	0,064

L'analyse des réponses à la question Q30 montre que sur l'échantillon total des répondants, 56 indiquent avoir comme collègue un pair-aidant. Cela représente 34,1% des répondants. En termes de pourcentage, la répartition est similaire pour les deux sous-groupes Santé mentale et Addiction avec respectivement 35,4% et 32,9% de réponses affirmatives (la différence n'est pas significative selon le test Khi²).

En revanche, avec 40,5% de réponses affirmatives, le sous-groupe Ambulatoire obtient un pourcentage plus élevé à la présence d'un pair-aidant dans l'équipe. Les services de type Résidentiel ont, quant à eux, les plus faibles pourcentages avec seulement 26,7% de réponses affirmatives (cette différence n'est pas non plus significative selon le test Khi²).

Analyse de l'Index unique :

L'Index unique a été calculé sur base de la somme des scores d'accessibilité, de domaines d'intervention et de présence d'un pair-aidant.

Table 15 : Comparaisons des scores d'Index unique en fonction des domaines et types d'activité

	Index unique Moy. (σ)	Test t (Sig.)
Santé mentale (n=82)	11,07 (3,86)	
Addiction (n=82)	9,49 (3,74)	2,67 (p=0,008)
Résidentiel (n=75)	11,96 (3,99)	
Ambulatoire (n=89)	8,87 (3,16)	5,55 (p=0,001)

On observe, à travers le score d'Index unique, que les répondants travaillant dans domaine de la Santé mentale seraient plus orientés vers le rétablissement avec une différence significative en leur faveur de +1,58 point par rapport aux répondants travaillant dans le domaine des addictions.

De la même manière, le score d'Index unique, montre que les services résidentiels seraient plus orientés vers le rétablissement avec une différence significative de +3,09 points par rapport aux services ambulatoires.

Pour terminer l'analyse du questionnaire, des modèles de régression multivariés ont été réalisés pour le score RSA-R total ainsi que pour les cinq facteurs du CHIME présentés ci-avant.

Table 16 : Modèle de régression multivariée sur le score RSA-R total

Variable dépendante : RSA-R tot			
Variables indépendantes		β	(Sig.)
Âge		-0,184	0,324
Genre	Femme (réf.)	0	0
	Homme	0,083	0,971
	Autre	-9,106	0,225
Expérience professionnelle		0,112	0,569
Domaine d'activité	Santé mentale (réf.)	0	0
	Addiction	-5,684	0,015
Type d'activité	Résidentiel (réf.)	0	0
	Ambulatoire	6,215	0,013
Profession	Infirmière (réf.)	0	0
	Assistant social	-0,837	0,797
	Médecin	7,694	0,068
	Chargé projet	-1,339	0,746
	Travailleur soc.	-6,709	0,156
	Educateur	-5,472	0,238
	Ergothérapeute	4,640	0,426
	Kiné	0,879	0,944
	Psychologue	2,613	0,426
	Pair aidant	14,013	0,075
Index unique		0,658	0,020

Le modèle de régression multivariée montre que les variables qui ont un impact significatif sur le score RSA-R total sont le domaine d'activité, le type d'activité et l'Index unique (somme des scores d'accessibilité, de domaines d'intervention et de présence d'un pair-aidant). De plus, on note une différence significative de score pour la profession de médecin avec comme référence le groupe des infirmiers.

Table 17 : Modèle de régression multivariée sur le score RSA-R - Facteur 1

Variable dépendante : RSA-R - Facteur 1			
Variables indépendantes		β	(Sig.)
Âge		-0,078	0,224
Genre	Femme (réf.)	0	0
	Homme	0,266	0,734
	Autre	-4,294	0,095
Expérience professionnelle		0,093	0,167
Domaine d'activité	Santé mentale (réf.)	0	0
	Addiction	-1,681	0,035
Type d'activité	Résidentiel (réf.)	0	0
	Ambulatoire	1,914	0,024
Profession	Infirmière (réf.)	0	0
	Assistant social	-1,858	0,096
	Médecin	0,976	0,496
	Chargé projet	-0,470	0,739
	Travailleur soc.	-3,085	0,057
	Educateur	-2,739	0,085
	Ergothérapeute	1,451	0,466
	Kiné	0,186	0,965
	Psychologue	-0,335	0,765
	Pair aidant	5,993	0,026
Index unique		0,141	0,142

Le facteur des relations sociales, du soutien par les pairs et la communauté est significativement impacté par les variables de domaine d'activité et de type d'activité. De plus, on note une différence significative de score pour les professions de pair aidant et de travailleur social avec comme référence le groupe des infirmiers.

Table 18 : Modèle de régression multivariée sur le score RSA-R - Facteur 2

Variable dépendante : RSA-R - Facteur 2			
Variables indépendantes		β	(Sig.)
Âge		-0,065	0,249
Genre	Femme (réf.)	0	0
	Homme	0,299	0,664
	Autre	-2,488	0,270
Expérience professionnelle		0,0759	0,199
Domaine d'activité	Santé mentale (réf.)	0	0
	Addiction	-1,007	0,150
Type d'activité	Résidentiel (réf.)	0	0
	Ambulatoire	0,782	0,292
Profession	Infirmière (réf.)	0	0
	Assistant social	-1,370	0,162
	Médecin	1,274	0,314
	Chargé projet	-0,631	0,611
	Travailleur soc.	-2,592	0,069
	Educateur	-3,388	0,016
	Ergothérapeute	1,874	0,286
	Kiné	0,567	0,880
	Psychologue	-0,517	0,600
	Pair aidant	3,081	0,192
Index unique		0,149	0,078

Le facteur de l'espoir, l'optimisme et de la motivation à changer est significativement impacté par la variable profession pour les éducateurs et les travailleurs sociaux en comparaison au groupe de référence (les infirmiers).

Table 19 : Modèle de régression multivariée sur le score RSA-R - Facteur 3

Variable dépendante : RSA-R - Facteur 3			
Variables indépendantes		β	(Sig.)
Âge		0,017	0,743
Genre	Femme (réf.)	0	0
	Homme	-0,951	0,133
	Autre	-2,584	0,212
Expérience professionnelle		-0,029	0,587
Domaine d'activité	Santé mentale (réf.)	0	0
	Addiction	-1,930	0,003
Type d'activité	Résidentiel (réf.)	0	0
	Ambulatoire	2,302	0,001
Profession	Infirmière (réf.)	0	0
	Assistant social	1,341	0,136
	Médecin	2,341	0,045
	Chargé projet	0,154	0,892
	Travailleur soc.	-0,761	0,558
	Educateur	2,458	0,056
	Ergothérapeute	1,795	0,265
	Kiné	0,786	0,819
	Psychologue	2,031	0,026
	Pair aidant	3,345	0,123
Index unique		0,310	0,001

Le facteur d'identité, d'estime de soi, et du fait d'arriver à surmonter la stigmatisation est significativement impacté par les variables de domaine d'activité, de type d'activité et d'Index unique (somme des scores d'accessibilité, de domaines d'intervention et de présence d'un pair-aidant). De plus, on note une différence significative de score pour les professions de médecin, de psychologue et d'éducateur avec comme référence le groupe des infirmiers.

Table 20 : Modèle de régression multivariée sur le score RSA-R - Facteur 4

Variable dépendante : RSA-R - Facteur 4			
Variables indépendantes		B	(Sig.)
Âge		-0,047	0,426
Genre	Femme (réf.)	0	0
	Homme	-1,030	0,152
	Autre	0,943	0,687
Expérience professionnelle		0,0262	0,669
Domaine d'activité	Santé mentale (réf.)	0	0
	Addiction	-1,386	0,057
Type d'activité	Résidentiel (réf.)	0	0
	Ambulatoire	2,203	0,005
Profession	Infirmière (réf.)	0	0
	Assistant social	1,445	0,157
	Médecin	2,511	0,057
	Chargé projet	0,144	0,912
	Travailleur soc.	-0,613	0,678
	Educateur	0,434	0,765
	Ergothérapeute	2,749	0,133
	Kiné	-2,204	0,571
	Psychologue	1,905	0,065
	Pair aidant	4,728	0,055
Index unique		0,234	0,008

Le facteur du sens et des objectifs de vie est significativement impacté par les variables de domaine d'activité, de type d'activité et d'Index unique (somme des scores d'accessibilité, de domaines d'intervention et de présence d'un pair-aidant). De plus, on note une différence significative de score pour les professions de médecin, de psychologue et de pair aidant avec comme référence le groupe des infirmiers.

Table 21 : Modèle de régression multivariée sur le score RSA-R - Facteur 5

Variable dépendante : RSA-R - Facteur 5			
Variables indépendantes		β	(Sig.)
Âge		-0,111	0,108
Genre	Femme (réf.)	0	0
	Homme	1,135	0,180
	Autre	-3,076	0,266
Expérience professionnelle		0,037	0,606
Domaine d'activité	Santé mentale (réf.)	0	0
	Addiction	-2,169	0,012
Type d'activité	Résidentiel (réf.)	0	0
	Ambulatoire	1,949	0,033
Profession	Infirmière (réf.)	0	0
	Assistant social	-0,718	0,549
	Médecin	2,876	0,064
	Chargé projet	-0,618	0,685
	Travailleur soc.	-1,048	0,546
	Educateur	-2,090	0,221
	Ergothérapeute	-0,584	0,786
	Kiné	0,904	0,844
	Psychologue	0,135	0,911
	Pair aidant	4,452	0,124
Index unique		0,138	0,184

Le facteur d'empowerment et de contrôle sur sa vie est significativement impacté par les variables de domaine d'activité et de type d'activité. De plus, on note une différence significative de score pour la profession de médecin avec comme référence le groupe des infirmiers.

DISCUSSION

A travers ce mémoire, l'objectif était d'étudier l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes à Bruxelles. L'hypothèse principale était qu'il existe une différence dans les mises en pratique de ce concept entre les équipes qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie, la santé mentale et celles qui sont dans le domaine des usages de drogues. Une seconde hypothèse qui est apparue au cours de l'étude est que cette différence peut exister entre les équipes qui ont leurs pratiques en résidentiel et celles qui sont en ambulatoire.

Pour cela, plusieurs étapes ont été réalisées.

Dans un premier temps, une revue de la littérature a permis de rappeler que les problématiques de santé mentale et d'usages de drogues ont des impacts considérables sur les individus, mais aussi en termes de santé publique. Face à cela, l'OMS défend une vision de la santé mentale où chaque individu a le droit d'être un citoyen à part entière, sans subir de stigmatisation ou de discrimination (OMS, Rapport mondial sur la santé mentale, 2022).

Ainsi, depuis les années 90, les politiques internationales et nationales recommandent d'orienter les pratiques des services vers le rétablissement. Il s'agit d'un concept qui amène les patients et les soignants vers un nouveau paradigme de prise en charge des soins en santé mentale. Il est centré sur la personne et ses besoins. Il se base sur la perspective de l'usager et de ses forces. Il sous-tend une vision globale ainsi qu'une responsabilisation de la personne en partenariat avec le soignant. Les éléments qui peuvent soutenir le travail des professionnels pour mettre en place des interventions psycho-médico-sociales pour soutenir le rétablissement des patients sont regroupés en cinq axes dans le cadre conceptuel CHIME : relations sociales, espoir, identité, sens, empowerment (Leamy, 2011).

En Belgique, l'essai d'implémenter le concept de rétablissement s'illustre, entre autres, à travers la réforme dite « Psy 107 » de la santé mentale du secteur adulte en 2010 (Widart, 2021). Pourtant, les constats personnels ainsi que les résultats de recherches montrent que la mise en pratique de ce concept ne semble pas être une évidence pour les équipes de terrain (Le Boutillier, 2015).

C'est pourquoi, dans un second temps, un questionnaire a été réalisé à partir des connaissances théoriques sur le sujet ainsi que sur base des hypothèses qui ont été identifiées lors de la construction de la question de recherche. L'implémentation du concept de rétablissement a été évaluée à partir d'une adaptation à notre contexte belge du questionnaire Recovery Self Assessment Provider version, RSA-R Provider (O'Connell, 2005).

La récolte des données et leur analyse a permis de valider certaines hypothèses de recherche, mais d'en invalider d'autres dans le contexte particulier de l'étude.

Dans cette partie du mémoire, une synthèse est faite sur base des différents éléments présentés précédemment avec un focus sur l'analyse des éléments apportés par les résultats du questionnaire de recherche. Ces résultats sont confrontés à la revue de la littérature ainsi qu'aux observations personnelles.

Enfin, les limites de ce travail sont exposées. Quelques perspectives et recommandations sont finalement suggérées sur base de mon implication professionnelle dans le secteur des assuétudes.

Pour synthétiser, les résultats de cette recherche montrent que :

- Il y a un soutien modéré à l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes à Bruxelles. En effet, le score moyen RSA-R pour l'échantillon complet ($n=164$) est de 3,53 ($\sigma = 0,51$). Une étude de 2002, aux Etats Unis, montre un score RSA-R similaire, quoique légèrement plus élevé avec un score RSA-R provider de 3,82 (Connecticut Department of Mental Health Addiction Services, 2002). Une étude en Espagne de 2017, montre un score RDA-R plus élevé avec 4,23 pour un échantillon d'infirmières travaillant dans le service public de santé mentale du pays (Molinos Contreras, 2017).
- D'autre part, dans les équipes soignantes à Bruxelles, le facteur CHIME le mieux soutenu est celui du Sens et celui le moins soutenu est celui de l'Empowerment.
- Le soutien au rétablissement est globalement plus important chez les travailleurs du domaine de la santé mentale en comparaison à ceux du domaine des addictions. Cela s'observe aussi au niveau des facteurs CHIME : les travailleurs du domaine de la santé

mentale présentent des scores plus élevés que ceux du domaine des addictions dans les facteurs de Connectivité, d'Espoir et d'Empowerment.

- Si l'on s'intéresse particulièrement au sous-groupe du domaine de la santé mentale, le soutien au rétablissement est plus important chez les personnes travaillant en ambulatoire en comparaison à ceux travaillant en résidentiel.
- Les modalités organisationnelles (accessibilité, domaines d'intervention et présence de pair aidant) montrent que :
 - Globalement l'accessibilité aux services pourrait être améliorée. Dans le domaine des addictions, cela concerne principalement l'étendue de la plage d'ouverture du service. Dans le domaine de la santé mentale, cela concerne principalement le temps d'attente dans le processus d'admission.
 - Globalement les services proposent un nombre important de domaines d'intervention en plus des soins de santé.
 - Seulement 34% des répondants ont un collègue pair aidant dans leur équipe.
 - Le soutien au rétablissement est plus important dans les services résidentiels que dans les services ambulatoires.
- Les variables qui ont un impact significatif sur le soutien au rétablissement, selon l'analyse des modèles de régression multivariés, sont le domaine d'activité, le type d'activité les modalités organisationnelles.

Les chapitres suivants s'intéressent plus en détails aux résultats de l'étude.

1. Les variables sans impact

Contrairement aux hypothèses posées lors de la construction de la question de recherche, l'analyse statistique de certaines variables n'a montré aucun impact significatif sur le score RSA-R, reflet du soutien à l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes.

Dans le contexte de l'étude et dans les limites propres à l'échantillon, le genre, l'âge et les années d'expérience dans la profession du répondant n'ont pas d'impact significatif sur le score de soutien à l'implémentation du rétablissement.

Le genre :

Au cours de cette étude, aucun postulat n'est posé concernant le fait qu'un genre serait plus orienté vers le rétablissement.

Aucune littérature n'a été trouvée comme allant dans ce sens (Fleury, 2018). Le seul fait observable est que les métiers du care sont majoritairement féminin (Brugère, 2020). L'échantillon étudié en est l'exemple avec 66,5 % de répondantes.

L'âge et les années d'expérience dans la profession :

Deux visions antagonistes peuvent être posées comme hypothèse.

Soit l'âge est vu comme une variable influençant positivement l'implémentation du concept.

Plus le soignant sera âgé et aura de l'expérience professionnelle plus il sera à même d'appliquer les principes du rétablissement, à travers son expérience, pour soutenir les bénéficiaires dans leur cheminement personnel. Dans une étude de McLoughlin en 2008, il a, par exemple, été observé que « des perceptions plus favorables des pratiques de rétablissement ont été notées chez les infirmières plus âgées et plus expérimentées ».

Soit, au contraire, il est estimé que l'arrivée du concept de rétablissement dans les formations de soignants est effective depuis peu de temps.

Les plus jeunes travailleurs seront alors les plus au courant et les plus à même d'appliquer les pratiques orientées rétablissement dans leurs institutions. C'est ce qu'ont pu démontrer Molinos Contreras et al. dans leur article de 2017 : « Aucun "profil" particulier d'infirmières ayant une meilleure vision du rétablissement n'a été trouvé. La seule variable qui a fait une différence significative est le fait d'avoir reçu une formation spécialisée ».

Cela a aussi été observé dans d'autres études (McLoughlin, 2013).

2. Comparaison des domaines de la santé mentale et des addictions

L'hypothèse principale de ce travail de recherche est qu'il existe une différence d'implémentation du concept de rétablissement entre les équipes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale / psychiatrie et celles qui sont dans le domaine des usages de drogues / addictions.

L'analyse statistique du domaine d'activité a montré des différences significatives sur le score RSA-R. En effet, les répondants travaillant dans le domaine de la santé mentale ont globalement obtenu un meilleur score RSA-R que ceux travaillant dans le domaine des addictions. La différence sur les moyennes obtenues dans les deux domaines est de 4,82 points sur 125. Cela représente une petite différence qui reste cependant significative (p-valeur = 0,015).

Une piste explicative de cette différence a été révélée lors d'entretiens informels avec des travailleurs qui ont répondu au questionnaire.

Plusieurs personnes du domaine des addictions ont exprimé le fait qu'elles n'avaient pas une idée précise de ce qu'était le concept de rétablissement avant de participer au questionnaire. Cette observation n'a pas été relevée lors d'échanges avec des travailleurs du domaine de la santé mentale. Le fait d'avoir reçu une formation sur le concept de rétablissement semble être un facteur important dans l'implémentation de la pratique (Molinos Contreras, 2017).

Pour compléter cette réflexion, il peut être intéressant de se rappeler que l'échantillon totale de l'étude est majoritairement composé d'infirmières. Sur base de mes observations personnelles et de mon expérience professionnelle, il semblerait que les infirmières travaillant dans le domaine de la santé mentale aient plus tendance à suivre une spécialisation en psychiatrie que celle travaillant dans le domaine des addictions (qui sont plus orientées santé communautaire). Cette spécialisation permet aux premières d'aborder largement le concept de rétablissement.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au sous-groupe des personnes travaillant en santé mentale, les répondants qui travaillent dans des structures ambulatoires (des services de santé mentale par exemple) ont obtenu un score RSA-R significativement supérieur à celles travaillant dans des structures résidentielles (des unités psychiatriques hospitalières par exemple).

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au sous-groupe des personnes travaillant en ambulatoire, les répondants qui travaillent dans des institutions de santé mentale ont obtenu un score RSA-R significativement supérieur à celles travaillant dans des institutions du domaine des addictions.

Une étude de Fleury et al. de 2018 va dans le sens de ces deux dernières observations.

En effet, leur étude a permis de démontrer que les soins orientés rétablissement sont liés à plusieurs facteurs tels que : travailler dans des services de soins primaires ou de santé mentale ambulatoire.

3. Analyse selon les cinq axes du CHIME

Pour rappel, le CHIME est un cadre conceptuel qui permet de mesurer les cinq dimensions essentielles du rétablissement pendant son processus (Leamy, 2011).

Les cinq axes sont les suivants :

- C : *Connectedness* - Relations sociales, soutien par les pairs et la communauté,
- H : *Hope and optimism about the future* - Espoir et optimisme, motivation à changer,
- I : *Identity* - Identité, estime de soi, surmonter la stigmatisation,
- M : *Meaning in life* - Sens, vivre une vie qui a du sens tel que défini par la personne, objectifs de vie,
- E : *Empowerment* - Contrôle sur sa vie, assumer des responsabilités.

L'analyse statistique de ces cinq axes a montré des différences significatives sur le score RSA-R. En effet, sur l'échantillon total, l'axe du sens et des objectifs de vie définis par la personne (facteur 4) est le plus développé en termes d'orientation vers le rétablissement. Il est supérieur à l'axe le moins développé (empowerment, contrôle sur sa vie (facteur 5)) de 4,57 points.

Cela signifie qu'il semble être plus aisé pour les travailleurs de soutenir les bénéficiaires dans l'élaboration d'objectifs de vie individuels que de leur permettre de regagner du contrôle sur leur vie personnelle.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la comparaison des domaines d'activité, on retrouve la tendance dans laquelle les travailleurs de santé mentale soutiennent plus le concept de rétablissement que ceux du domaine des addictions. En effet, les personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale obtiennent un score RSA-R significativement supérieur à celles du domaine des addictions dans les axes suivants :

- Les relations sociales, le soutien par les pairs et la communauté (+ 1,93 points).
- L'espoir et l'optimisme, les motivations à changer (+ 1,75 points).
- Le contrôle sur sa vie (+1,88 points).

Par mon expérience professionnelle, j'ai pu observer qu'il est souvent plus difficile pour les soignants d'entretenir de l'espoir pour les patients souffrant de troubles de l'usage de drogues que pour des patients souffrant d'autres troubles de la santé mentale. L'image négative de la société sur l'usage des drogues ainsi que la répétition des « rechutes » dans le cheminement de la personne pour contrôler ses consommations abiment particulièrement les liens sociaux et sont peu propices au développement de l'espoir vis-à-vis du patient du point de vue de son entourage (soignants compris).

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la comparaison des types d'activité, les répondants qui travaillent dans des structures ambulatoires ont obtenu un score RSA-R significativement supérieur à celles travaillant dans des structures résidentielles pour les axes suivants :

- L'estime de soi (+ 1,16 points).
- Le sens et les objectifs de vie (+ 1,64 points).

L'ensemble de ces observations viennent renforcer l'analyse de la partie précédente « Comparaison des domaines de la santé mentale et des addictions » : les travailleurs des services du domaine de la santé mentale ambulatoire semblent soutenir plus l'implémentation du concept de rétablissement.

4. Impact de la profession

D'après l'analyse des données récoltées dans le cadre de cette étude, la profession ne semble avoir aucun impact significatif sur le score RSA-R total.

Cependant les régressions multivariées sur les différents facteurs du CHIME montrent plusieurs informations intéressantes par rapport au groupe de référence des infirmiers :

- Être médecin semble être un facteur favorisant le score RSA-R (facteurs 3, 4 et 5).
- Être pair aidant semble être un facteur favorisant le score RSA-R (facteurs 1 et 4).
- Être psychologue semble être un facteur favorisant le score RSA-R (facteurs 3 et 4).
- A l'inverse, être travailleur social semble être un facteur défavorisant le score RSA-R (facteurs 1 et 2).

L'observation pour la profession des médecins est surprenante, car il n'existe pas à ma connaissance une formation particulière dans leur cursus qui permet de développer des compétences en rétablissement. En revanche, le fait que les pairs aidants et les psychologues soient plus orientés rétablissement va dans le sens de l'observation précédemment faite : avoir reçu une formation spécialisée est un facteur favorisant l'orientation vers le rétablissement (Molinos Contreras, 2017).

5. Apport des résultats de l'Index unique

Pour rappel, l'Index unique a été calculé sur base de la somme des scores d'accessibilité, de domaines d'intervention et de présence d'un pair-aidant.

Cet indicateur, construit lors de cette recherche, est une variable qui a, à la fois, un impact significatif sur le score RSA-R total, mais aussi sur les scores RSA-R de certains facteurs CHIME.

Globalement, les travailleurs du domaine de la santé mentale obtiennent, à nouveau, un meilleur score d'Index unique que ceux travaillant dans le domaine des addictions.

Leurs services sont généralement accessibles plus de temps sur la semaine, en particulier grâce au fait que les unités hospitalières sont accessibles 24h/24. Ils fournissent aussi généralement plus de domaines d'interventions différents, en plus de la santé. Cependant, les services du domaine des addictions sont plus facilement accessibles, en termes de modalité, car un bon nombre de répondants font partie de services bas seuil.

Un point négatif général pour l'orientation vers le rétablissement est que beaucoup d'institutions ne sont accessibles qu'aux heures de bureau et en semaine uniquement.

Concernant la présence de pair aidant dans l'équipe, seulement un tiers de répondants ont répondu oui à cette question. Il y a donc dans ce domaine une marge de progression importante. A noter que ces dernières années j'ai pu observer une augmentation des institutions accueillant ce type de travailleurs grâce, entre autres, au travail du SMES et de l'asbl Peer And Team Support qui œuvrent pour favoriser l'intégration de pairs dans les équipes.

CONCLUSION

Grâce à la revue de la littérature ainsi qu'à l'analyse des résultats du questionnaire, il a été possible de mettre en valeur certains points d'intérêts quant à l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes.

Le premier constat est que le fait d'avoir reçu une formation sur le concept de rétablissement semble être un facteur important dans l'implémentation de la pratique au sein des équipes. Cette formation peut être envisagée lors des études supérieures comme la spécialisation infirmière en psychiatrie et santé mentale, ou bien elle peut être l'initiative d'une institution pour ses employés. C'est par exemple ce qu'a pu choisir la MASS, le SAMPAS ou encore Transit en faisant appel aux formateurs pairs aidants de l'asbl Peer And Team support.

D'autre part, l'analyse des réponses au questionnaire n'a pas montré de différences significatives sur l'orientation au rétablissement entre les équipes travaillant en résidentiel par rapport à celles travaillant en ambulatoire. Cependant, si l'on focalise l'analyse au sous-groupe des personnes travaillant en santé mentale, les répondants qui travaillent dans des institutions ambulatoires ont obtenu un score RSA-R significativement supérieur à celles travaillant dans des structures résidentielles. La composante ambulatoire semble alors être un facteur favorisant de l'orientation vers le rétablissement du service. Cela va d'ailleurs dans le sens des recommandations internationales et nationales pour avoir plus de soins dans la communauté et de diminuer le nombre de places hospitalières afin d'éviter, entre autres, l'institutionnalisation des personnes souffrantes d'un trouble.

Enfin, il a été mis en évidence, grâce au questionnaire, que l'axe le moins développé du CHIME est : empowerment, contrôle sur sa vie et assumer des responsabilités (facteur 5). Une manière efficace de développer l'empowerment chez les bénéficiaires est de pouvoir les mettre en contact avec des personnes qui ont vécu des expériences similaires et qui ont pu évoluer sur leur chemin de rétablissement. Il s'agit pour l'équipe d'avoir des collègues pairs aidants pour allier l'expérience professionnelle avec celle du vécu.

Or d'après l'analyse des résultats du questionnaire, seulement un tiers de répondants ont un collègue pair aidant.

1. Limites de la recherche

La première limite de ce travail consiste au fait que la taille de l'échantillon totale des répondants au questionnaire est finalement petite. Avoir réussi à collecter 164 réponses permet, certes, d'obtenir une certaine significativité des résultats de comparaison. Cependant, lorsqu'il s'agit d'étudier des sous-groupes tels que les travailleurs de la santé mentale, ou encore ceux qui pratiquent en ambulatoire, les échantillons deviennent encore plus réduits et les analyses plus limitées.

Dans l'idéal, nous aurions voulu poursuivre la collecte des données sur une année entière pour augmenter significativement le nombre de répondants.

De plus, dès le départ de ce travail, il a été choisi d'accepter les réponses de tout type de travailleur qui est en contact avec les bénéficiaires d'une institution. Cela a participé, en quelque sorte à diluer les réponses en multiples sous-groupes. Ce qui à notre sens limite l'analyse du fait de la faible taille de l'échantillon de départ. D'ailleurs, les études qui ont été retenues dans la revue de la littérature se sont toutes focalisées sur la profession d'infirmière. Elles peuvent ainsi manipuler des données statistiques beaucoup plus conséquentes.

D'autre part, avec plus de temps, il aurait été possible d'améliorer la répartition des questions du RSA-R dans les 5 facteurs CHIME au travers d'une analyse factorielle. Cela aurait permis d'observer les corrélations entre chaque question. Il aurait été ainsi possible d'améliorer les α de Cronbach par facteur.

Enfin, l'étude se limite au contexte bruxellois. Il s'agit, à notre avis, d'une force et d'une faiblesse. A notre connaissance, aucune autre étude de ce type a été réalisée sur ce territoire. Cela représente une innovation et une possibilité de poursuivre la recherche dans le futur, mais aussi une impossibilité de s'appuyer scientifiquement sur des études existantes.

2. Perspectives

Dans cette partie nous souhaitons partager quelques pistes de réflexion qui pourraient être utiles à de futures études qui voudraient explorer l'implémentation du concept de rétablissement dans les équipes soignantes.

Comme énoncé dans le chapitre précédent, une première piste serait de poursuivre la récolte des données pour avoir un échantillon total plus important et permettre aux sous-groupes tels que le domaine de la santé mentale, celui des addictions, le type d'activité résidentiel et celui ambulatoire d'être plus conséquents. Une possibilité serait, par exemple d'étendre la récolte des données au territoire wallon.

Une autre perspective serait de se focaliser sur un ou deux types de professions, tels que les infirmiers et les médecins. Cela permettrait de ne pas diluer l'échantillon total sur plus de sous-groupes professionnels. Ainsi il serait, par exemple, possible de mettre en évidence des facteurs favorisant l'orientation au rétablissement spécifiques à ces professions.

Nous pensons aussi qu'il serait complémentaire à cette étude de développer un questionnaire qualitatif à proposer à certains types de professionnels. Ainsi, il serait possible d'explorer auprès d'eux ce qui fait sens dans leurs pratiques quotidiennes vis-à-vis du concept de rétablissement. Par exemple, il serait intéressant, à notre sens, d'interviewer des infirmières qui sont les professionnelles les plus présentes auprès des bénéficiaires dans les institutions, mais aussi des pairs aidants, qui sont, à priori, les plus informés sur les manières de vivre le rétablissement.

Enfin, si je peux me permettre deux réflexions sur le domaine dans lequel j'exerce en tant qu'infirmier : celui du secteur ambulatoire pour les usagers de drogues :

- Les formations continues sur le thème du rétablissement pourraient permettre d'améliorer le soutien à ce concept dans des équipes qui ne sont pas toujours informées sur le sujet.
- Donner plus de moyens financiers aux services ambulatoires pourrait permettre d'améliorer leurs modalités organisationnelles pour soutenir plus l'implémentation du rétablissement.

BIBLIOGRAPHIE

Anastasi, A. (2021). Psychiatrie et soins somatiques « C'est pas le tout d'y dire, faut aussi y faire ». *L'information psychiatrique*, 97, 465-475. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2281>

Anderson, P. et Baumberg, B. (2006). *L'alcool en Europe. Une approche en santé publique*. Institute of Alcohol Studies. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf

Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia bulletin*, 12(4), 542–559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Becker, H. (1985). La théorie de l'étiquetage : Une vue rétrospective (1973). Dans : , H. Becker, *Outsiders: Études de sociologie de la déviance* (pp. 201-237). Paris: Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.becke.1985.01.0201>

Brugère, F. (2020). Pour une société du care: Retour sur dix ans de combat. *Études*, -A, 61-72. <https://doi.org/10.3917/etu.4273.0061>

Bruyneel, L., Karakaya, G., Leclercq, A., et al. (2022). Forte augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail suite à des problèmes de santé mentale entre 2018 et 2021. *Mutualités Libres*. <https://www.mloz.be/fr/file/9020/download?token=fUhO9Eu5>

Castro, B., Bahadori, S., Ailam, L. & Skurnik, N. (2007). Syndrome de la porte tournante en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165 (4), 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.03.001>

Connecticut Department of Mental Health Addiction Services (2002). *DMHAS Recovery Self-Assessment*. <https://portal.ct.gov/-/media/DMHAS/Recovery/RSASummarypdf.pdf>

Deegan, E. (2005). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. *Espace Socrate*. https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/10-2021/patricai-Deegan_le-Retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581–2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>

Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>

DSM-5 (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques. Association américaine de psychiatrie.

Dubreucq, S., Chanut, F. & Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31–46. <https://doi.org/10.7202/1012642ar>

Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84, 907-912. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>

Durbin, A., Bondy, S. J., & Durbin, J. (2012). The association between income source and met need among community mental health service users in Ontario, Canada. *Community mental health journal*, 48(5), 662–672. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9469-7>

European Union (2018). Health at a Glance : Europe 2018. State of health in the eu cycle. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf

Eurotox asbl (2022). Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région Bruxelles-Capitales. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-TB-2021-Bruxelles_2tma.pdf

Feys, J. (2017). Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie. *L'information psychiatrique*, 93, 457-463. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1657>

Fleury, M., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J., Vallée, C., & Cao, Z. (2018). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open*, 4(6), 478-485. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.66>

Fondation Roi Baudouin (2020). Santé mentale et rétablissement : la vulnérabilité psychique comme force. <https://kbs-frb.be/fr/zoom-sante-mentale-et-retablissement-la-vulnerabilite-psychique-comme-force>

Fougeyrollas, P., Bergerin, H., Cloutier, R., Côté, J. & St-Michel, G. (1998). Processus de production du handicap.

Funk, M., Benradia, I. & Roelandt, J. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90, 331-339. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0331>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego. Psychiatria polska*, 51(3), 407–411. <https://doi.org/10.12740/PP/74145>

Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.

Gisle, L. (2018). Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/summ_mh_fr_2018.pdf

Holzer, C. E., Shea, B. M., Swanson, J. W., Leaf, P. J., Myers, J. K., George, L. & Bednarski, P. (1986). The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status: Evidence from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Social Psychiatry*, 6, 259-271

Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207–222.

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L. G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Competing priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Administration and policy in mental health*, 42(4), 429–438. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. <https://doi.org/10.2307/2095613>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

McLoughlin, K. A., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-reports of recovery-oriented practices of mental health nurses in state mental health institutes: development of a measure. *Issues in mental health nursing*, 29(10), 1051–1065. <https://doi.org/10.1080/01612840802319738>

McLoughlin, K. A., Du Wick, A., Collazzi, C. M., & Punttil, C. (2013). Recovery-oriented practices of psychiatric-mental health nursing staff in an acute hospital setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 152–159. <https://doi.org/10.1177/1078390313490025>

Michel, T. (2018). Expérience des psychiatres du rétablissement personnel en schizophrénie : des objectifs partagés, des pratiques à implanter. Etude qualitative. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019229/document>

Molinos Contreras, J. L., Huizing, E., Pérez Vera, A. M., López Cócera, J. A. (2017). Opinión de las Enfermeras de Salud Mental de España sobre el enfoque de Recuperación. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. <https://doi.org/10.35761/reesme.2017.1.04>

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). Recovery Self Assessment (RSA). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t25046-000>

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2022). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_FR_03_wm.pdf

Organisation de coopération et de développement économiques (2021). Health at a Glance. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

Organisation Mondiale de la Santé (2004). Investir dans la santé mentale. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42896>

Organisation Mondiale de la Santé (2021). Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341640>

Organisation Mondiale de la Santé (2021). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029>

Organisation Mondiale de la Santé (2022). Classification internationale des maladies pour les statistiques de mortalité et de morbidité. Onzième révision. <https://icd.who.int/en>

Organisation Mondiale de la Santé (2022). Le problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_43-fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2022). Rapport mondial sur la santé mentale. Transformer la santé mentale pour tous. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>

Organisation des Nations Unies (2021). World Drug Report. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

Plateforme bruxelloise pour la santé mentale (2020). Treatment Demand Indicator. Tableau de bord épidémiologique. https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2022/01/TDI_2020_BXL.PBSM-BPGG.pdf

Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., Holcnerová, P., Kluge, U., Nicaise, P., Moskalewicz, J., Díaz-Olalla, J. M., Strassmayr, C., Schene, A. H., Soares, J. J., Tulloch, S., & Gaddini, A. (2013). Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. *European journal of public health*, 23(1), 97–103. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr214>

Provencher, H. & Keyes, C. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86, 579-589. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8607.0579>

Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 427–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.427>

Roy, M. (2013). L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la santé mentale. *Reflets. Revue d'intervention sociale et communautaire*. <https://doi.org/10.7202/1018047ar>

Rush, B., & Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 53(12), 810–821. <https://doi.org/10.1177/070674370805301207>

Sciensano (2018). Belgian Health Interview Survey. Module : Psychotropic medicine. https://sas.sciensano.be/SASStoredProcess/guest?_program=/HISIA/SP/selectmod2018&module=psychmed

Sciensano (2018). Usage des drogues. Enquête de Santé 2018. https://www.sciensano.be/sites/default/files/id_report_2018_fr_v3.pdf

Service public fédéral santé publique (2016). La réforme des soins en santé mentale pour adultes. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/poster_reforme_des_soins_en_sante_mentale.pdf

Service public fédéral Santé Publique (2019). Prévalence des pathologies dans les établissements psychiatriques. <https://www.health.belgium.be/fr/rpm-publications-prevalence-des-pathologies-dans-les-etablissements-psychiatriques-infographie-sphg>

Service public fédéral Santé Publique (2020). Mises en observatio dans les HP et SPHG. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20220816_rapport_gedwongen_opnamen_fr.pdf

Service public fédéral Santé Publique (2021). Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2021_fr.pdf

Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 64(10), 974–980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>

Sow, A., Van Dormael, M., Criel, B., Conde, S., Dewez, M. & de Spiegelaere, M. (2018). Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique*, 30, 253-261. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0253>

Ware, J. E., Jr., Manning, W. G., Jr., Wells, K. B., Duan, N., & Newhouse, J. P. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10), 1090–1100. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.10.1090>

Widart, F. (2021). Nouvelle politique en santé mentale : face au paradigme de la réhabilitation psychosociale, l'approche clinique des psychopathologies a-t-elle encore un avenir ?. *L'information psychiatrique*, 97, 549-550. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2295>

Younès, N. & Lemogne, C. (2017). Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. *Après-demain*, 42,NF, 24-26. <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0024>

Zimmerman M., McDermut W., Mattia J.I. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 : 1337-40. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1337>

Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in experimental medicine and biology*, 1010, 21–41. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

ANNEXES

Information concernant l'étude

Ce questionnaire a été développé dans le cadre d'un mémoire de master en santé publique à l'UCLouvain. Celui-ci porte sur l'implémentation du concept de Rétablissement dans les équipes soignantes dans le domaine de la psychiatrie et celui des addictions à Bruxelles. .

Information concernant le concept de rétablissement

Dans les questions qui suivent, il est souvent question de Rétablissement. Ce concept qui correspond à celui de Personal Recovery en anglais, est une approche spécifique des soins qui considère que le rétablissement est un processus personnel durant lequel une personne va tenter de redonner du sens à sa vie, malgré la présence d'un trouble psychique et/ou d'une addiction. Cette approche met en avant l'espoir de pouvoir vivre une vie significative, retrouver des relations sociales, être soutenu dans sa communauté, surmonter la stigmatisation et retrouver de l'autonomie sont des notions centrales à cette approche. (Deegan, 2005).

Données socio-démographiques

Date	
Nom du service	
Genre	
Âge	
Profession	
Années d'expérience totale	

Voici un total de 30 questions concernant votre équipe et votre service. Veuillez, pour chacune des questions, cocher le chiffre qui reflète votre niveau d'accord avec les affirmations ci-dessous.

Le niveau d'accord est représenté par l'échelle suivante :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Complètement d'accord

1. L'équipe encourage les usagers à avoir des objectifs de vie ou de rétablissement élevés et à y croire.

1	2	3	4	5

2. Dans votre service, les usagers peuvent changer de clinicien ou de référent lorsqu'ils le souhaitent.

1	2	3	4	5

3. Les usagers peuvent facilement accéder à leur dossier de traitement s'ils le souhaitent.

1	2	3	4	5

4. L'équipe n'utilise aucune forme de pression pour influencer le comportement des usagers.

1	2	3	4	5

5. L'équipe croit aux capacités des usagers à atteindre leurs objectifs de vie ou de rétablissement.

1	2	3	4	5

6. L'équipe pense que les usagers ont la capacité de gérer leurs symptômes.

1	2	3	4	5

7. L'équipe est convaincue que les usagers ont la capacité de faire leurs propres choix de vie concernant des choses telles que l'endroit où ils vivent, le moment où ils travaillent, les personnes avec lesquelles ils sont amis, etc.

1	2	3	4	5

8. L'équipe écoute les usagers et s'appuie sur leurs attentes concernant les traitements et les soins qu'elle leur propose.

1	2	3	4	5

9. L'équipe interroge régulièrement les usagers sur leurs intérêts et les choses qu'ils aimeraient faire dans leur vie.

1	2	3	4	5

10. L'équipe offre des services spécifiques qui correspondent à la culture et aux expériences de vie particulières de chaque usager.

1	2	3	4	5

11. L'équipe offre aux usagers la possibilité de discuter de leurs besoins et intérêts spirituels lorsqu'ils le souhaitent.

1	2	3	4	5

12. L'équipe offre aux usagers la possibilité de discuter de leurs besoins et intérêts sexuels lorsqu'ils le souhaitent.

1	2	3	4	5

13. L'équipe aide les usagers à développer et à planifier des objectifs de vie allant au-delà de la gestion des symptômes ou du maintien de la stabilité (par exemple, l'emploi, l'éducation, la forme physique, les liens avec la famille et les amis, les loisirs).

1	2	3	4	5

14. Le soutien des usagers à la recherche d'emploi fait partie des tâches routinières de l'équipe.

1	2	3	4	5

15. L'équipe aide activement les usagers à s'impliquer dans des activités non liées à la santé mentale ou à la toxicomanie, telles que du bénévolat, des activités culturelles, des formations pour adultes, des sports ou des loisirs.

1	2	3	4	5

16. L'équipe s'efforce d'aider les usagers à inclure les personnes qui sont importantes pour eux dans leur plan de rétablissement/traitement (comme la famille, les amis ou un employeur).

1	2	3	4	5

17. L'équipe présente activement les usagers à des personnes en voie de rétablissement qui peuvent servir de modèles ou de mentors.

1	2	3	4	5

18. L'équipe met activement les usagers en contact avec des groupes et des programmes d'entraide, de soutien par les pairs ou de défense des droits.

1	2	3	4	5

19. L'équipe facilite l'implication de personnes en voie de rétablissement dans les activités et programmes du service.

1	2	3	4	5

20. Les personnes en rétablissement sont encouragées à participer à l'évaluation des activités, du service et de l'équipe.

1	2	3	4	5

21. Les personnes en rétablissement sont encouragées à prendre part aux assemblées générales ou au conseil d'administration du service.

1	2	3	4	5

22. L'équipe aborde régulièrement avec les usagers la thématique de la fin d'accompagnement / du traitement et des conditions pour y arriver.

1	2	3	4	5

23. Les progrès réalisés pour atteindre les objectifs personnels de l'individu font l'objet d'un suivi régulier.

1	2	3	4	5

24. Le rôle principal de l'équipe est d'aider une personne à réaliser ses propres objectifs et aspirations.

1	2	3	4	5

25. Les personnes en voie de rétablissement participent à la formation continue du personnel et à l'éducation au sein de l'institution.

1	2	3	4	5

Pour les 5 dernières questions, merci de cocher la réponse choisie.

26. A quels moments votre service est accessible aux usagers.

En semaine uniquement, aux heures de bureau	
En semaine uniquement, aux heures de bureau et au-delà	
En semaine et le week-end, aux heures de bureau	
En semaine et le week-end, aux heures de bureau et au-delà	
24h/24, 7j/7	

27. En dehors des périodes d'accessibilité, le service reste-t-il joignable pour orienter l'utilisateur vers un autre service.

Oui	
Non	

28. Quelle est la modalité d'accès habituelle à votre service pour les usagers (plusieurs réponses possibles).

Permanences, consultations sans rendez-vous	
Rendez-vous sans processus d'admission	
Processus d'admission sans file d'attente	
Processus d'admission avec file d'attente	
Autres (précisez)	

29. Dans quels domaines votre service intervient (plusieurs réponses possibles).

Logement	
Nourriture	
Activités quotidiennes et domestiques	
Santé	
Sécurité	
Relations sociales	
Moyens de communication	
Finances et droits	
Habillement	
Autres (précisez)	

30. Votre service inclut-il des pairs aidants.

Oui	
Non	