

Faculté de santé publique

L'hôpital de jour P. Sivadon : évaluation de notre pratique au travers de l'estime de soi et du fonctionnement social des usagers

Mémoire réalisé par

Nadia Sedik

Promoteur(s)

François Wyngaerden

Année académique 2022-2023

Faculté de santé publique

L'hôpital de jour P. Sivadon : évaluation de notre pratique au travers de l'estime de soi et du fonctionnement social des usagers

Mémoire réalisé par

Nadia Sedik

Promoteur(s)

François Wyngaerden

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Dans un premier temps, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance au Professeur Wyngaerden François pour avoir accepté d'être mon promoteur et pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés. Merci de m'avoir permis d'évoluer à mon rythme et de m'avoir encouragé à chaque rencontre par vos remarques positives.

Je remercie également l'ensemble des professeurs et assistants de la Faculté de Santé Publique pour leur enseignement et leur disponibilité tout au long de ces trois années de master. Je remercie aussi les étudiants avec qui j'ai pu évoluer et particulièrement Nathalie qui a toujours été là pour nous aider et nous encourager.

Je souhaite aussi remercier tous les usagers de l'hôpital de jour Paul Sivadon ayant accepté de participer à ce travail. Sans eux, celui-ci n'aurait pas pu être réalisé.

Merci à l'ensemble de mes collègues pour leur soutien et leurs encouragements. Merci à tous de m'avoir supporté tout au long de ces trois années et m'avoir accompagné dans ma démarche sur les plans moral et intellectuel. Je tiens à remercier spécialement Muriel pour avoir initié le sujet qui a guidé mon mémoire, ainsi que Salima et Christophe pour leurs conseils en rédaction, la relecture et la correction minutieuse de celui-ci.

Et enfin, je souhaite témoigner toute ma gratitude à mon époux, mes enfants, ma famille et ma fidèle amie Hind pour leur soutien sans faille et sans lequel je n'aurais pas pu poursuivre ma formation.

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 étudiant·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.

Liste des abréviations

ACT : Thérapie de l'acceptation et de l'engagement

CSM : Centre de santé mentale

OMS : Organisation mondiale de la santé

QFS : Questionnaire de fonctionnement social

RSE : The Rosenberg Self-Esteem Scale

Liste des tableaux

Tableau 1 : Schématisation du guide d'entretien

Tableau 2 : Arbre thématique

Tableau 3 : Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 4 : Caractéristiques de l'échantillon : suite

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	1
Le plagiat	1
Liste des abréviations.....	1
Liste des tableaux.....	2
1 INTRODUCTION	1
2 PROBLEMATIQUE	4
2.1 <i>La qualité de vie</i>	4
2.2 <i>La qualité de vie et les troubles mentaux</i>	6
2.3 <i>L'estime de soi et le fonctionnement social</i>	7
2.3.1 <i>Estime de soi</i>	7
2.3.2 <i>Fonctionnement social</i>	10
2.4 <i>Les hôpitaux de jour</i>	12
2.4.1 <i>Historique</i>	12
2.4.2 <i>Rôle des hôpitaux de jour</i>	13
2.4.3 <i>Hôpital de jour et qualité de vie</i>	14
2.4.4 <i>Situation de l'évaluation des hôpitaux de jour psychiatriques belges</i>	15
2.5 <i>En conclusion</i>	15
3 METHODOLOGIE.....	17
3.1 <i>Type d'étude</i>	17
3.2 <i>Objectifs de l'étude</i>	17
3.3 <i>Stratégies d'échantillonnage</i>	18
3.3.1 <i>Population cible</i>	18
3.3.2 <i>Considérations éthiques</i>	18
3.3.2.1 <i>Consentement éclairé</i>	19
3.3.2.2 <i>Sécurité et partage des informations</i>	19
3.3.2.3 <i>Sécurisation du stockage et conservation des données</i>	19
3.3.3 <i>Procédure de recrutement</i>	19
3.4 <i>Outils stratégiques</i>	20
3.4.1 <i>Guide d'entretien</i>	20
3.4.2 <i>Catégories d'analyse</i>	22
4 RESULTATS.....	23
4.1 <i>Lieu de l'étude</i>	23
4.1.1 <i>Cadre historique</i>	23
4.1.2 <i>Buts et mission de l'hôpital de jour</i>	24
4.1.3 <i>Mode de fonctionnement de l'institution</i>	25
4.1.3.1 <i>Procédure d'admission</i>	25

4.1.3.2	Organisation journalière	25
4.1.3.3	Les modules	26
4.1.3.4	Les principaux outils utilisés	28
4.2	<i>Description de l'échantillon</i>	29
4.2.1	Nombres de personnes incluses	29
4.2.2	Caractéristiques de l'échantillon	29
4.3	<i>Présentation des résultats</i>	32
4.3.1	Le contexte d'arrivée	32
4.3.1.1	Raisons d'admissions et manifestations	33
4.3.1.2	Besoins	33
4.3.1.3	État d'esprit	34
4.3.2	Le développement personnel	35
4.3.2.1	L'estime de soi	35
4.3.2.1.1	Valeur accordée à soi-même	35
4.3.2.1.2	Confiance en soi	37
4.3.2.1.3	Affirmation de soi	38
4.3.2.2	Les relations interpersonnelles	40
4.3.2.2.1	Bienveillance	40
4.3.2.2.2	Interactions	41
4.3.2.2.3	Motivation	42
4.3.2.2.4	Socialisation	43
4.3.2.3	Les changements de comportements	44
4.3.2.3.1	Gestion des difficultés	44
4.3.2.3.2	Mise à l'action	45
4.3.2.3.3	Rythme	46
4.3.2.3.4	Lâcher-prise	47
4.3.2.4	Les bienfaits	48
4.3.2.4.1	Plaisir	48
4.3.3	Les projets et perspectives	48
5	DISCUSSION	50
5.1	<i>Principaux résultats synthétisés</i>	50
5.2	<i>Comparaison avec la littérature</i>	51
5.3	<i>Limites</i>	53
5.4	<i>Implications dans la pratique et perspectives de recherche</i>	55
5.4.1	Pour les usagers	56
5.4.2	Pour les professionnels de santé et l'organisation des services	57
6	CONCLUSION	59
7	REFERENCES	61
8	ANNEXES	65

1 INTRODUCTION

Depuis sa naissance dans les années soixante aux Etats-Unis (Formarier, 2012), le concept de qualité de vie n'a cessé de se développer pour devenir un critère majeur de l'évaluation de la santé. En 1993, l'OMS en donne une définition et l'intègre au cœur de toutes ses politiques de santé. Bien qu'il en existe de nombreuses définitions, la qualité de vie peut se définir comme le bien-être qu'une personne peut ressentir et comporte aussi bien des aspects physiques que psychologiques (Chaudery et al. 2018). La qualité de vie est donc un concept complexe, subjectif et multidimensionnel. Le bien-être physique et émotionnel, le fonctionnement social et les relations, la résilience, l'autonomie et l'estime de soi en sont les principales dimensions interagissant les unes avec les autres (Barbalat et al. 2022).

En Belgique, plus d'un adulte sur dix est victime de troubles de la santé mentale (Sciensano, 2018). Les personnes souffrant de ces troubles auront tendance à avoir une qualité de vie inférieure à celle de la population générale et un faible engagement dans les activités quotidiennes (Hultqvist et al. 2018).

Selon une étude réalisée par Barbalat et al. (2022), parmi l'ensemble des dimensions de la qualité de vie, l'estime de soi joue un rôle central. Il s'agit de la dimension la plus importante et au poids le plus fort car nécessaire à l'action, à l'épanouissement psychique et physique, à la gestion de la vie quotidienne, à l'entretien des relations. Elle est aussi celle ayant le plus de corrélations avec les autres dimensions (Barbalat et al. 2022). Les personnes souffrant de troubles mentaux auront tendance à avoir une estime de soi inférieure à celle de la population générale (Barbalat et al. 2022, Salsali et Silverstone 2003). Cela entraîne un regard défavorable sur soi, des difficultés à admettre ses qualités et ses forces, à initier l'action, à aller vers autrui, à se confronter au regard des autres, à accepter ses erreurs... (André, 2014).

Au même titre que l'estime de soi, le fonctionnement social est souvent affecté chez les personnes souffrant de troubles psychiques (Burns & Patruck, 2007 ; Kupferberg et al, 2016). Ces troubles peuvent engendrer une série de conséquences socio-professionnelles négatives telles qu'une perte d'emploi, de logement, un isolement... Les manifestations du trouble mental et ses conséquences vont entraîner à leur tour des difficultés de fonctionnement social. Peuvent apparaître par exemple des difficultés dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, dans la

gestion des tâches administratives et financières, dans les relations avec autrui, dans la réalisation d'une activité, d'un loisir (Bergeron-Leclerc, 2010 ; Bourque, 2011).

En Belgique, en matière de santé mentale, il existe une large offre de soins, dont les hôpitaux de jour psychiatriques sont un des maillons. Ces structures de jour proposent des programmes thérapeutiques structurés et limités dans le temps, avec un accent porté sur l'individu, envisagé dans ses différents niveaux de fonctionnement et besoins (Sago et al. 2019).

Plusieurs études ont démontré l'efficacité du traitement en hôpital de jour contribuant, entre autres, à éviter l'hospitalisation résidentielle (Shek et al. 2009 ; Argentzell et al. 2017 ; Larivière et al. 2010 ; Strakalj-Ivezic et al. 2013). Cela dit, il n'existe pas suffisamment de données concernant, notamment, la qualité de vie et la satisfaction de l'utilisateur à l'égard des soins reçus (Shek et al. 2009). Force a été de constater que dans le cadre des recherches effectuées pour notre étude, peu d'articles scientifiques traitant des hôpitaux de jour psychiatriques belges ont pu être trouvés et qu'à ma connaissance aucun article traitant de l'évaluation de la qualité de vie des usagers n'a pu être trouvé. Il serait donc intéressant que des recherches futures puissent être réalisées afin d'améliorer la qualité des soins proposés et accompagner au mieux les usagers, en répondant d'avantage à leurs besoins.

Travaillant en tant qu'infirmière au sein de l'hôpital de jour Paul Sivadon de l'Institut de psychiatrie du CHU-Brugmann depuis maintenant plusieurs années, l'idée de mon sujet de mémoire a émergé à la suite d'une série de questions que se posait régulièrement l'équipe pluridisciplinaire, à savoir : Est-ce que notre modèle thérapeutique répond encore aux besoins de la population ? Quels sont les bénéfices apportés aux usagers ? Y a-t-il une amélioration dans leur qualité de vie et quels sont les éléments de notre prise en charge qui y contribuent ? Les usagers sont-ils satisfaits du modèle proposé ? C'est au travers de ces différentes réflexions qu'est née l'envie d'effectuer un travail de recherche basé sur l'expérience des usagers en hôpital de jour vu sous le prisme de leur qualité de vie. Afin de cibler notre recherche nous avons choisi de traiter des dimensions de l'estime de soi et du fonctionnement social. Ces dimensions étant particulièrement touchées chez les personnes fréquentant l'hôpital de jour, nous tenterons de répondre à la question de recherche suivante : « Comment l'hôpital de jour P. Sivadon favorise l'amélioration de la qualité de vie de ses usagers en matière d'estime de soi et de fonctionnement social ? »

Afin d'y parvenir, nous avons choisi d'effectuer une recherche qualitative de type exploratoire. Un guide d'entretien a été préalablement établi, constitué de questions semi-ouvertes, principalement inspirées des attributs de l'analyse du concept de l'estime de soi de Walker et Avent, de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg et du questionnaire du fonctionnement social (QFS). Cette méthode nous a permis d'obtenir d'avantage d'informations sur le vécu et l'expérience

Notre mémoire est constitué d'une première partie théorique, comprenant une recherche de la littérature scientifique faisant un état des lieux de notre problématique. Nous définirons le concept de la qualité de vie. Nous aborderons les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de troubles mentaux en matière de qualité de vie et plus particulièrement dans les dimensions d'estime de soi et de fonctionnement social. Nous aborderons la contribution des hôpitaux de jour dans l'amélioration de celles-ci. Ensuite, nous présenterons un descriptif de la méthodologie de la recherche qualitative réalisée, le lieu de l'étude, l'hôpital de jour Paul Sivadon, et l'ensemble des résultats. Enfin, nous terminerons par une discussion et une brève conclusion amorcée par des réflexions personnelles développées à partir des principaux résultats ayant retenus notre attention, les limites et perspectives de notre recherche.

2 PROBLEMATIQUE

2.1 La qualité de vie

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité de vie est « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* » (OMS, 1993).

Actuellement, la qualité de vie fait partie intégrante des préoccupations de tous les professionnels de santé. Prodiguier des soins au patient ne se limite donc plus à le traiter médicalement, mais à lui permettre de vivre au mieux avec son état et le contexte dans lequel il se trouve. Le concept de qualité de vie existe depuis maintenant plusieurs décennies, mais ce n'est que tardivement que la psychiatrie a opéré un passage d'une perspective de résultat centrée sur la clinique à celle centrée sur la personne nécessitant des soins, concentrant davantage les objectifs de traitement sur la qualité de vie et le fonctionnement global de la personne (Barbalat et al. 2022). L'intérêt de l'introduction de ce concept dans le domaine médical vise donc à comprendre si un traitement permet uniquement de soulager la symptomatologie ou s'il améliore également le bien-être subjectif de la personne. Cela sera d'autant plus importante lorsqu'une personne présente une pathologie chronique, et que la maladie doit être gérée au mieux (Chaudhery et al. 2018).

Bien qu'il existe de nombreuses définitions et théories sur le sujet, la qualité de vie peut être définie comme le degré de bien-être qu'une personne peut ressentir (Chaudhery et al. 2018). La plupart s'accorde pour dire qu'il s'agit d'un concept complexe lié à des éléments objectifs et cognitifs, mais aussi à des éléments subjectifs. Il paraît donc évident que seule une personne peut évaluer son niveau de qualité de vie en fonction de ce qui est important pour elle, ses valeurs et ses croyances (Barbalat et al. 2022). Le sentiment de bien-être qui est au cœur du concept de qualité de vie, est comprise à partir de l'évaluation par le patient lui-même de l'impact de la maladie (Chaudhery et al. 2018).

A l'heure actuelle, il est difficile de parler du concept de qualité de vie sans aborder le concept de rétablissement (recovery). Au même titre que la qualité de vie, celui-ci se

caractérise non pas par la recherche de guérison et de suppression des symptômes, mais par un processus de redéfinition de soi permettant de retrouver une vie active et sociale. Il s'agit donc de tenir compte de déterminants tels que les buts personnels, les ressources dont la personne a besoin pour les atteindre, ainsi que des notions plus subjectives telles que l'espoir (Pachoud, 2012). Aussi, W. Anthony définit le rétablissement comme étant : “ *Un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale.*” (Anthony, 1993).

L'aspect physique et psychologique sont les deux éléments qui composent la qualité de vie. La santé, la maladie, la douleur constituent certains éléments de l'aspect physique, tandis que les émotions, le stress, le plaisir, l'inquiétude vont eux s'intéresser à l'aspect psychologique (Chaudhery et al. 2018).

Aussi, l'OMS (1996) décrit 6 domaines essentiels à l'évaluation de la qualité de vie :

- **Le domaine physique** : évalue les capacités physiques, la perception de la douleur, le niveau d'énergie, les problèmes de sommeil...
- **Le domaine psychologique** : évalue la perception de soi tel que l'estime de soi, les sentiments positifs et négatifs que l'on a... ainsi que les compétences cognitives telles que la concentration, la mémoire, l'apprentissage...
- **Le niveau de dépendance** : le fonctionnement global tel que les activités de la vie quotidienne, la capacité à travailler, la mobilité
- **Le domaine social** : comprend les interactions sociales, les relations avec les autres, les relations familiales, le soutien social
- **Le domaine environnemental** : évalue les conditions de vie de la personne, son niveau de sécurité, ses ressources financières, son environnement domestique et physique, la possibilité de loisirs et d'activités
- **Le domaine spirituel** : comprend les croyances personnelles, la possibilité de pratiquer sa religion, sa spiritualité...

Le concept de qualité de vie est donc un concept multidimensionnel. Le bien-être physique et émotionnel, le fonctionnement social et les relations, la résilience, l'autonomie et

l'estime de soi sont les principales dimensions qui le constitue. Ses dimensions interagissent les unes avec les autres (Barbalat et al. 2022).

2.2 La qualité de vie et les troubles mentaux

Les troubles mentaux représentent une cause importante de morbidité et contribuent à la charge mondiale des maladies chroniques. Ils se définissent comme étant des affections se caractérisant par des changements au niveau de la pensée, de l'humeur ou du comportement. Ils vont également être associés d'un sentiment de détresse ou d'une déficience fonctionnelle dans une série d'activités de la vie quotidienne (OMS 2001).

À la suite de l'Enquête sur la Santé de 2018 réalisée par Sciensano, consacré au bien-être et à l'état de santé mentale de la population en Belgique, on apprend qu'un adulte sur dix environ est victime d'un trouble de santé mentale. On y apprend également que les principaux troubles mentaux sont l'anxiété et les différentes formes de dépression, et que les troubles de la santé mentale ont des répercussions importantes sur la vie quotidienne et professionnelle des personnes affectées, mais aussi de leur entourage.

L'Assemblée générale des Nations Unies déclare également que : « ***les problèmes de santé mentale sont d'une importance majeure dans toutes les sociétés, ils contribuent de manière significative au fardeau des maladies et à la perte de la qualité de vie, et ils entraînent un coût économique et social très important*** » (United Nations, 2010).

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont tendance à avoir une qualité de vie inférieure à la population générale et présentent un faible engagement dans les activités de la vie quotidienne (Hultqvist et al. 2018). Les chercheurs indiquent donc que non seulement les personnes atteintes de maladie psychiatrique semblent avoir une moins bonne qualité de vie, mais qu'elles ont également des possibilités réduites d'améliorer leur situation en raison d'un accès limité aux facteurs qui pourraient renforcer leur qualité de vie (Argentzell E. et al., 2017). Le préjudice lié aux troubles mentaux est non seulement considérable, mais aussi durable en raison de préjugés et de discriminations qui perdurent (OMS, 2001 ; UK700 Group, 1999).

Selon plusieurs auteurs (Eklund & Backström, 2005 ; Eklund et al. 2003 ; Connell 2012 cités par Argentzell et al. 2015), une bonne qualité de vie chez les personnes souffrant de troubles mentaux a été liée à une image positive de soi, à des perceptions d'autonomie et de

contrôle, à un sentiment d'appartenance, à un engagement dans une série d'activités et à des sentiments d'espoir.

Aussi, à la suite d'une étude auprès de six groupes de patients souffrant de troubles mentaux réalisée par Barbalat et al. (2022), on apprend l'importance et le rôle central de l'estime de soi sur les autres dimensions de la qualité de vie. Selon eux, la dimension de l'estime de soi va être présentée comme étant la plus forte et celle ayant le plus de corrélations avec le bien-être physique et psychologique, l'autonomie et la résilience. L'attitude favorable à l'égard de soi étant essentiel pour l'action, l'épanouissement physique et psychologique, pour les activités de la vie quotidienne et pour entretenir des relations satisfaisantes (Barbalat et al. 2022). L'estime de soi et le fonctionnement social sont deux dimensions fortement impactées chez les personnes souffrant de troubles mentaux. C'est ces deux dimensions de la qualité de vie que nous allons aborder plus en détail dans le chapitre suivant.

2.3 L'estime de soi et le fonctionnement social

2.3.1 Estime de soi

L'estime de soi est définie par André comme étant : *“la manière dont on se voit et dont on se juge.”* Selon lui, le sentiment que l'on a sur la manière dont les autres nous juge et nous apprécie va fortement influencer notre estime. Elle agit également sur la façon dont on se traite, et dont on se conduit (évitements ou engagements dans l'action). Plusieurs dimensions permettent d'évaluer l'estime de soi, les deux principales sont le niveau et la stabilité. Elle peut être haute ou basse (correspond au degré plus ou moins positif du jugement sur soi) et elle peut être stable ou instable (en fonction des expériences de vie) (André, 2014).

Une personne ayant une haute estime d'elle-même sera en mesure d'avoir un regard favorable sur elle, d'être consciente de ses qualités, de ne pas se limiter à ses défauts. Donner son avis, aller vers les autres, se faire des amis, se présenter à un entretien d'embauche ... seront des actes que la personne sera à même de réaliser facilement. En revanche une personne ayant une faible estime de soi aura un regard défavorable sur elle, du mal à admettre ses qualités et ses forces, à s'engager dans l'action, à aller vers les autres, à s'exposer à leur regard... Aussi, au plus l'estime de soi d'une personne est stable, au plus celle-ci présentera un bon degré de résilience face à des événements douloureux. Au contraire, au plus l'estime de soi sera instable, au plus la personne sera vulnérable et réagira de manière excessive face aux difficultés. Ces

éléments contribueront à entraîner des difficultés dans ses activités de la vie quotidienne, avec ses relations avec les autres, ses activités professionnelles etc... (André, 2014). Une faible estime de soi s'apparente souvent à de nombreux troubles psychiatriques, les principaux sont les troubles dépressifs majeurs, le trouble dysthymique, les troubles anxieux, la schizophrénie (Rizwan et al. 2015).

Selon une étude réalisée par Salsali et Silverstone (2003), on apprend que les personnes souffrant de troubles mentaux ont tendance à avoir une estime de soi plus faible que la population générale, et que le niveau d'estime de soi varie également en fonction de la pathologie. La faible estime de soi chez les patients psychiatriques est aussi corrélée par une série de facteurs démographiques et psychosociaux. Cette étude révèle donc que l'estime de soi a tendance à augmenter avec l'âge, que les femmes avaient une estime d'elles-mêmes plus faible que les hommes, que le statut marital ne semble pas affecter l'estime de soi des patients psychiatriques, que les patients avec un niveau d'éducation moins élevé et une activité professionnelle inexistante ont tendance à avoir une plus faible estime de soi (Doré, 2017).

Afin de faciliter notre compréhension du concept qu'est l'estime de soi et afin de faciliter son évaluation dans le cadre des entretiens réalisés auprès des personnes interrogées, nous avons décidé de nous baser sur l'analyse du concept de l'estime de soi selon la méthode de Walker et Avant (2017). Il s'agit d'une analyse réalisée dans le but d'identifier la contribution de l'estime de soi chez les infirmières en santé mentale travaillant en milieu hospitalier et de développer un guide d'entretien qualitatif sur l'estime de soi. Cette analyse permet une meilleure compréhension du concept en mettant en évidence une série d'attributs, d'antécédents qui les précèdent et les conséquences qui en résultent. Nous nous intéresserons ici plus précisément aux attributs.

▪ **Les attributs :**

- La valeur accordée à soi-même : correspond à l'évaluation de ses valeurs et le jugement que l'on se porte (favorable ou non). Il s'agit donc de sa propre appréciation, de l'importance que l'on se donne et de sa valeur personnelle.
- L'acceptation de soi : se définit par l'amour-propre et l'authenticité envers soi-même. Elle représente l'harmonie et l'équilibre entre les réalisations personnelles et les attentes envisagées. Elle est en soi l'acceptation de nos forces et de nos limites.
- Le sentiment de compétence : permet de faire face aux situations avec succès tout en ayant conscience de ses capacités, qualités, forces et faiblesses. Il va jouer un rôle dans

l'engagement, la motivation, la persévérance mais aussi sur les réactions émotives et affectives.

- L'attitude envers soi-même : représente un état mental de préparation à l'action exerçant une influence sur nos comportements. Avoir une attitude positive et bienveillante envers soi-même face à des situations difficiles ou des échecs aura tendance à réduire la souffrance et le stress.
- Le respect de soi : sentiment de considération, d'égard envers soi, ses valeurs, son caractère et sa dignité. C'est se définir et se différencier face aux attentes et aux demandes de l'autre avec suffisamment de confiance pour s'aimer soi.

Il a été démontré que les attributs de l'estime de soi sont généralement stables mais que ceux-ci peuvent évoluer et s'adapter en lien avec des événements de la vie.

- **Les antécédents** : ils précèdent les attributs et sont les conditions favorables à l'apparition de ceux-ci. Dans le concept de l'estime de soi, on en retrouve deux :
 - La confiance en soi : conscience que l'on a de ses propres valeurs qui se traduit par l'assurance, le courage, mais aussi la motivation et la volonté dans le contexte professionnel. Aide à la réalisation des objectifs et à l'acceptation d'événements positifs ou négatifs.
 - La dignité : respect de soi et d'autrui qui renvoie à une norme humaine, le fait de faire des choses en accord avec ses convictions morales et éthiques.
- **Les conséquences** : manifestations qui surviennent après l'apparition du concept :
 1. L'affirmation de soi
 2. Des relations facilitées avec les autres
 3. La résilience

Dans le cadre de ce mémoire, nous proposons donc d'orienter notre guide d'entretien en nous référant à ces 5 attributs et à l'échelle de l'estime de soi « The Rosenberg Self-Esteem Scale » (RSE). Le RSE est un instrument de mesure de l'estime de soi unidimensionnelle créé par Rosenberg en 1965 permettant aux personnes d'avoir une perception globale de leur propre valeur. Elle est à ce jour l'échelle la plus utilisée grâce à sa simplicité (Vallières et Vallerand. Elle est constituée de 10 items se rapportant fortement aux attributs du concept de l'estime de soi. Par ailleurs Doré (2017) mentionne lui-même que : *“l'utilisation de l'échelle de mesure*

quantitative de Rosenberg est recommandée pour fournir un indicateur simple, rapide et à grande échelle. Il serait néanmoins pertinent de développer un guide d'entrevue de type qualitatif avec des questions ouvertes à partir d'attributs du concept et des outils existants. Cela permettrait d'appréhender la complexité inhérente du concept d'estime de soi".

2.3.2 Fonctionnement social

Le fonctionnement social est un concept dont il est difficile de donner une seule et unique définition. Nous avons ici choisi de faire référence à la définition citée par Boily et Bourque dans son cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social, et sur celle citée par Zanello dans son article sur la validation du questionnaire de fonctionnement social.

“Le fonctionnement social renvoie aux interactions et aux inter-influences entre les moyens et les aspirations d'une personne à assurer son bien-être, à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses rôles sociaux pour satisfaire ses besoins avec les attentes, les ressources, les opportunités et les obstacles de son environnement. Les interactions entre les caractéristiques de la personne et celles de son environnement influencent son fonctionnement social” (Boily & Bourque, 2011 ; Barker, 2003).

Il peut également être défini comme *“l'ensemble des capacités d'autoconservation, des habiletés sociales et relationnelles mises en œuvre par un individu dans son contexte social.”* (Zanello et al. 2006).

Il est une des dimensions du concept plus large qu'est la qualité de vie. Celui-ci est souvent affecté chez les personnes souffrant de troubles psychiques, tel que la schizophrénie, les troubles dépressifs, les troubles anxieux (Burns & Patruck, 2007 ; Kupferberg et al, 2016). Les troubles mentaux peuvent engendrer une série de conséquences pour la personne, tel qu'une précarité concernant les conditions de logement, une perte d'emploi, un isolement, un arrêt d'études... Ces conséquences pouvant elle-même compliquer la situation sociale de la personne et de son entourage, et nuire à son fonctionnement social. Entre les manifestations du trouble mental, les conséquences sociales que celui-ci entraîne et le fonctionnement social peut donc s'installer un mécanisme circulaire dont il est difficile de sortir (Bergeron-Leclerc, 2010 ; Bourque, 2011).

Le rapport entre ces troubles et le fonctionnement social est complexe. Certains patients peuvent conserver dans certains domaines et malgré l'intensité des symptômes psychiatriques,

une bonne intégration sociale ; d'autres en revanche ayant des symptômes moindres éprouvent des difficultés sociales plus importantes. La récupération sur le plan social varie donc d'une personne à l'autre (Zanella et al. 2006).

Il existe de nombreuses manières d'évaluer le fonctionnement social d'une personne. Il peut être évalué à l'aide d'entretiens, d'échelles ou questionnaires. Les échelles d'évaluation nées dans les années 50, n'ont cessées de se développer au cours du temps. Celles-ci ont laissé la place à des échelles plus brèves, plus simples à compléter et à interpréter (Zanella et al. 2006). C'est sur base de l'une de ses échelles, le questionnaire de fonctionnement social (QFS), que nous avons décidé d'orienter notre entretien pour évaluer le fonctionnement social des personnes interrogées. Il s'agit d'un outil simple, en français, applicable à différents troubles psychiques. Il reprend 8 domaines répartis en 3 secteurs d'ajustement social que sont :

Les habilités de vie autonome

- **Les tâches de la vie quotidienne** : activités ménagères courantes telles que la tenue du ménage, l'alimentation (courses, repas), l'éducation et le soin aux enfants.
- **La gestion financière et administrative** : démarches en lien avec par exemple l'ouverture et la lecture du courrier, le paiement des factures, la tenue du budget.
- **La santé générale** : hygiène personnelle (toilette, tenue vestimentaire) et santé physique (habitudes alimentaires, soins médicaux).

Les relations sociales

- **Les relations familiales et de couple** : contacts effectifs avec le conjoint/concubin, réseau familial.
- **Les relations extra-familiales** : contacts sociaux réels avec les amis, voisins, collègues...

La participation à la vie communautaire

- **Les activités** : activités en lien avec le rôle professionnel au sens large (emploi, bénévolat, études, activités occupationnelles...).
- **Les loisirs** : activités telles que la lecture, la télévision, le sport, le cinéma...
- **La vie collective et l'information** : capacité à se tenir informé sur les événements locaux, l'actualité mondiale (journaux, télévision, internet...).

2.4 Les hôpitaux de jour

2.4.1 Historique

Les premiers hôpitaux de jour ont vu le jour en Russie dans les années 30 puis aux Etats-Unis et en France (Dzagharov M.A., 1937 cité par Favrod et al. 2013). C'est d'abord le manque d'argent qui a motivé leur création. L'objectif était de mettre en place des alternatives plus humaines et moins coûteuses à l'hospitalisation résidentielle, mais aussi d'offrir aux personnes des soins moins stigmatisants, au plus près de leur milieu de vie, favorisant moins la dépendance et la régression (Casarino et al. 1982). Ce n'est que dans l'après-guerre, que ceux-ci vont se développer réellement. En 1943, Wilfred Bion va développer un programme destiné aux patients « indisciplinés » d'un hôpital militaire comprenant une prise en charge basée sur la psychothérapie individuelle et groupale, et modifiant le rapport à l'autorité (Bion, 1946, cité par Favrod et al. 2013). Maxwell Jones va appuyer Bion et soutenir le fait que celui-ci ait montré que les influences socio-environnementales ont un impact sur les comportements individuels ou groupaux (Jones, 1952 cité par Favrod et al. 2013). Malgré la critique, ses idées vont soutenir le fait que les troubles psychiatriques peuvent être traités biologiquement mais aussi par des techniques de psychothérapies. L'hôpital de jour va alors être présentée par Bieber comme une alternative à l'hospitalisation complète basée sur les principes de la communauté thérapeutique (Bieber, 1959, 1963 cité par Favrod et al. 2013).

La désinstitutionalisation psychiatrique des années 60 et la découverte des neuroleptiques vont contribuer au développement des hôpitaux de jour. C'est dans ce contexte qu'une série d'alternatives aux structures asilaires vont se développer en Belgique. Elles vont, dans un premier temps, se concentrer autour des centres de santé mentale (CSM). En région bruxelloise, L'Équipe d'Anderlecht est créé en 1961, offrant un centre de jour, un centre de postcure, un centre de réadaptation au travail, et un centre occupationnel. Son homologue Saint-Gillois ouvrira ses portes 14 ans plus tard. Les deux CSM auront la particularité de se situer au cœur de la cité (Klein et al. 2018).

C'est en 1969 qu'est fondé à Liège « La Clé », premier hôpital de jour psychiatrique de Belgique, pensé comme une structure de soins basée sur la valorisation de l'approche psychothérapeutique au travers de la dynamique de groupe. S'éloignant de l'objectif initial, qui est de sortir le patient le plus rapidement possible d'une hospitalisation complète, elle va se positionner comme une « structure avancée » ou alternative à l'entrée dans le champ traditionnel de la psychiatrie, en se situant en amont de l'hôpital. Plus tard, dans les années 90,

des initiatives d'habitations protégées et des maisons de soins psychiatriques vont se développer contribuant un peu plus au développement des soins communautaires (Raty et al. 2018).

2.4.2 Rôle des hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour peuvent être définis comme des structures proposant des programmes thérapeutiques structurés et limités dans le temps, basé sur différentes techniques de psychothérapie et de sociothérapie (Sago et al. 2019). L'accent est porté sur la personne avec ses différents niveaux de fonctionnement et besoins, et pas uniquement sur la symptomatologie psychiatrique. C'est un travail de revalorisation des compétences existantes, de revalidation, d'amélioration de la qualité de vie, de l'image de soi et du fonctionnement relationnel et social.

Selon Albis et Pull (2008), il existe une grande variété de modèle d'hôpitaux de jour, offrant une grande diversité de soins. Ceux-ci varient en fonction de leur utilisation principale. Le modèle « classique » jouant un rôle de soutien et de réhabilitation, situé en aval de l'hospitalisation. Le modèle « spécifique » assurant une prise en charge structurée et limitée dans le temps. Dans ce deuxième modèle, les patients sont actifs, demandeurs de soins, intégrés dans des groupes en fonction de critères bien spécifiques, situé en aval de l'hospitalisation.

Larivière et Bourque (2011) dans son étude sur l'évaluation d'un hôpital de jour nous mentionne que d'après Rosie et al. (1995), les hôpitaux de jour ont pour rôle d'offrir : 1) des services d'évaluation diagnostique et de traitement permettant aux personnes souffrant de troubles mentaux aigus d'éviter l'hospitalisation ; 2) un traitement de transition entre l'hospitalisation et un suivi externe ; 3) un traitement plus intensif que celui d'une clinique externe ; 4) des services visant le maintien ou la réadaptation des personnes avec troubles mentaux graves ; 5) des services de maintien ou d'intégration dans la communauté.

Les hôpitaux de jour vont donc se baser d'après les études sur des concepts de « communauté thérapeutique » ou de « thérapie de milieu » (Albis & Pull 2008 ; Casarino et al. 1982 ; Larivière & Boyer 2011). Selon ces concepts, l'environnement thérapeutique de l'hôpital de jour tente de reproduire l'environnement de la vie quotidienne des patients, en leur proposant des activités structurées formelles et des moments plus libres, non structurés et informels. La communauté représente non seulement un agent de changement continu mais

aussi un contexte dans lequel une série de groupe peuvent se former. Cette communauté va donc agir comme un laboratoire sécuritaire dans lequel les patients peuvent quotidiennement apprendre, expérimenter et mettre en pratique les nouvelles prises de conscience, comportements, attitudes et habiletés en vue de les généraliser par la suite (Casarino et al. 1982, Larivière & Boyer 2011).

2.4.3 Hôpital de jour et qualité de vie

Plusieurs études ont démontré l'efficacité du traitement en hôpital de jour sur la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux (Argentzell et al. 2017 ; Larivière et al. 2010 ; Štrkalj-Ivezic et al. 2013). Un essai clinique randomisé réalisé par Kallert et al. dans 5 pays européens avec un échantillon de 1117 patients dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité des hôpitaux de jour par rapport aux unités d'hospitalisation, a démontré que : les hôpitaux de jour sont aussi efficaces que les unités d'hospitalisation dans le domaine de la psychopathologie, la satisfaction au traitement, la qualité de vie subjective à la sortie, 3 mois et 12 mois après la sortie. Cependant, les hôpitaux de jour sont plus efficaces sur le fonctionnement social que les unités d'hospitalisation (Kallert et al. 2007).

On peut également dire que la participation à un programme de réadaptation des personnes présentant un trouble mental sévère, tel que la schizophrénie, à de meilleurs résultats concernant la qualité de vie, le fonctionnement social et l'estime de soi, par rapport à un groupe témoin n'y ayant pas bénéficié. De plus, les personnes fréquentant ce type de programme ont vu ces différentes dimensions s'améliorer au fil de leur prise en charge alors que le groupe témoin a vu celles-ci diminuer (Štrkalj-Ivezić et al. 2017).

En 2005, l'OMS recommande de développer des services de santé mentale proches de la communauté comme les centres de jour de réadaptation pouvant s'apparenter aux hôpitaux de jour (OMS 2005). Néanmoins, il n'existe pas suffisamment d'études permettant d'évaluer ses programmes et certaines d'entre-elles mettent en évidence la nécessité d'effectuer des recherches supplémentaires afin de justifier leur existence (Marshall et al. 2001 ; Shek et al. 2009 ; Marshall 2005, cités par Štrkalj-Ivezić et al. 2013). Selon une étude de Shek (2009) analysant l'efficacité des programmes de traitement de jour, ceux-ci contribuent sans conteste à éviter l'hospitalisation résidentielle mais il existe un manque de données concernant entre autres la qualité de vie et la satisfaction du patient à l'égard des soins proposés (Shek et al. 2009).

Selon Larivière (2009) et d'après les études de King, Lloyd et Meehan (2007), pour pouvoir offrir des soins répondant au mieux aux besoins des patients, il semble nécessaire que les programmes ayant des objectifs de traitement et de réadaptation puissent être évalués. Pour pouvoir les évaluer, les chercheurs recommandent de plus en plus l'intégration d'indicateurs objectifs à l'expérience subjective de l'utilisateur. La satisfaction des patients à l'égard des services de soins de santé représente un indicateur important de la qualité des soins (Elbeck & Fecteau, 1990, Ruggeri, 1994, cités par Larivière et al. 2009). Aussi, pour les patients, la possibilité d'exprimer leurs points de vue sur leur vécu thérapeutique et l'importance donnée à leurs opinions peuvent améliorer leur estime de soi (Russell & Busby, 1991, cité par Larivière et al. 2009).

2.4.4 Situation de l'évaluation des hôpitaux de jour psychiatriques belges

Plusieurs études mentionnent l'importance d'effectuer des recherches supplémentaires au sein des hôpitaux de jour, afin de justifier l'utilité de leur programme et soutenir leur nécessité (Marshall et al. 2001, Shek et al. 2009, Marshall 2005, cités par Štrkalj-Ivezić et al. 2013). Elles pointent la nécessité d'évaluer leurs programmes afin de proposer aux usagers des soins répondants le plus possible à leurs besoins. Cette évaluation pouvant se faire donc au travers de l'évaluation de la qualité de vie, par rapport à laquelle il manque des données, et de la satisfaction des usagers à l'égard des soins prodigués.

Dans les recherches effectuées dans le cadre de cette étude, peu d'articles traitant des hôpitaux de jour en Belgique ont été trouvés et aucun article scientifique évaluant la qualité de vie des usagers et leur satisfaction à l'égard des soins reçus. Il est donc sûrement intéressant de pouvoir d'avantage investiguer sur le sujet afin d'aboutir à des pistes de réflexion pour améliorer l'accompagnement des usagers.

Slade (2002) a observé qu'il était important au cours de l'évolution d'une pathologie d'évaluer la façon dont le patient interagit avec son environnement social afin de : favoriser l'attente de changement, tester dans la réalité les croyances tant du patient que du thérapeute quant aux progrès réalisés ou non, identifier l'efficacité de la thérapie dans le domaine du fonctionnement social.

2.5 En conclusion

Le fonctionnement social, au même titre que l'estime de soi sont des dimensions fortement touchées chez les personnes présentant des troubles mentaux. En hôpital de jour, nous voyons souvent arriver des personnes avec des difficultés dans ce domaine. Celles-ci vont souvent avoir du mal à gérer les tâches quotidiennes, les tâches administratives, mais aussi présenter des difficultés d'ordre relationnel et avoir du mal à s'engager dans des activités, des loisirs ou autres. Le simple fait de sortir de chez eux pour arriver à l'entretien de candidature est déjà pour certains un pas vers la reconstruction. Faire ses courses, à manger, sa lessive, se rendre à un rendez-vous administratif, côtoyer du monde, s'engager dans une activité, sont d'autant d'éléments qui pourront être abordés et travaillés en hôpital de jour.

Au vu de ses éléments, il semble important de favoriser une offre de soin centrée sur la personne et son bien-être en lui permettant de vivre au mieux avec ses difficultés et le contexte dans lequel elle se trouve. La qualité de vie est un concept multidimensionnel dont les dimensions d'estime de soi et de fonctionnement social jouent un rôle essentiel. Ainsi une personne qui aura tendance à avoir une meilleure estime d'elle-même pourra améliorer son fonctionnement social et, in fine, sa qualité de vie. De même qu'une personne ayant un fonctionnement social satisfaisant verra son estime d'elle-même valorisée, ce qui aura également tendance à améliorer sa qualité de vie.

C'est sur ce constat que nous en sommes arrivés à la question de recherche suivante :

« Comment l'hôpital de jour P. Sivadon favorise l'amélioration de la qualité de vie de ses usagers en matière d'estime de soi et de fonctionnement social ? ».

C'est au travers d'une étude qualitative à visée exploratoire que nous avons tenté de répondre à notre question de recherche. Seize entretiens semi-ouverts ont pu être réalisés auprès d'usagers de l'hôpital de jour. L'objectif principal visant la mise en lumière des changements opérés au sein des dimensions de l'estime de soi et du fonctionnement social et la compréhension des processus à l'origine de ceux-ci. Les résultats permettant dans un second temps d'évaluer notre pratique au sein de l'hôpital de jour « P. Sivadon » et la satisfaction des personnes interrogées, dans le but de leur offrir un accompagnement au plus proche de leurs besoins.

Dans un second temps, ils nous ont permis d'évaluer notre pratique et le taux de satisfaction des personnes interrogées, dans le but d'offrir aux personnes un accompagnement au plus proche de leurs besoins.

3 METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Afin de nous permettre de mieux comprendre comment l'hôpital de jour participe à l'amélioration de la qualité de vie de ses usagers, et plus particulièrement dans les dimensions de l'estime de soi et du fonctionnement, nous avons choisi une approche qualitative de type exploratoire. A la différence des approches quantitatives, cette méthode nous permet d'explorer les comportements, les expériences des personnes interrogées. Elle nous permet également d'aller plus en profondeur, d'identifier les changements, d'expliquer les mécanismes à l'origine ceux-ci. Cette méthode permet également d'interroger les personnes sur leur vécu au sein de l'hôpital de jour, la manière dont ils ont été accompagnés, les pistes d'amélioration qu'ils proposent. Finalement, cette approche a également été choisie afin d'offrir aux usagers de l'hôpital de jour un espace de parole libre afin de nous évaluer "nous" en tant que professionnels de la santé, dans nos pratiques, nos choix, nos certitudes, mais aussi dans nos doutes et nos questions.

3.2 Objectifs de l'étude

Ce mémoire vise donc à comprendre l'expérience des utilisateurs du programme de soins offert par l'hôpital de jour. Il vise également à répondre à une série de questions ayant amené à la question de recherche : En quoi l'hôpital de jour a apporté un changement dans la qualité de vie de ses usagers ? Qu'est ce qui a changé en matière d'estime de soi et de fonctionnement social ? Qu'est-ce qui est à l'origine de ses changements ? Que pense les usagers du modèle et de l'accompagnement proposés par l'hôpital de jour ? Que proposent-ils pour améliorer le suivi ? ...

A ce titre les objectifs généraux sont les suivants :

- 1) Décrire les bénéfices apportés par l'hôpital de jour auprès des usagers fréquentant l'hôpital de jour, et plus particulièrement en matière d'estime de soi et de fonctionnement social.
- 2) Décrire les mécanismes par lesquelles des changements s'opèrent en matière d'estime de soi et de fonctionnement social.

Les objectifs spécifiques vont être de :

- 1) Objectiver les limites de notre prise en charge en mettant en évidence les difficultés auxquelles les usagers sont confrontés, afin d'étayer la réflexion institutionnelle.
- 2) Apporter des données pouvant appuyer des pistes de changement pour améliorer la prise en charge des usagers.

3.3 Stratégies d'échantillonnage

3.3.1 Population cible

Les usagers fréquentant l'hôpital de jour psychiatrique "Paul Sivadon". Aucun critère d'âge, ni de diagnostic n'a été retenu afin de permettre un échantillon le plus large possible. Pour pouvoir participer à l'étude, les personnes devaient néanmoins répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Avoir participé à l'ensemble du programme proposé par l'hôpital de jour, c'est-à-dire l'un des modules suivants : Khalo, Matisse, Yourcenar, Chagall, ou Folon, et les activités à média thérapeutique les après-midis.
- Avoir participé au programme de l'hôpital de jour pendant une période de 6 mois.

Les personnes participant uniquement au module PTA ont donc été exclues, car ne bénéficiant pas du travail psychothérapeutique de groupe.

3.3.2 Considérations éthiques

En vue de la réalisation de ce mémoire, notre étude a dû être soumise à l'approbation du comité d'éthique du CHU-Brugmann dont nous avons obtenu l'accord en date du 8 novembre 2022. Celle-ci a permis de traiter des différentes questions éthiques que soulevaient ce mémoire, à savoir :

- Le consentement éclairé des personnes hospitalisées à participer ;
- La sécurité et le partage d'informations entre les usagers, le responsable de l'étude et le promoteur du projet ;
- La sécurisation du stockage et la conservation des données dans le respect des réglementations en vigueur, en ce compris la protection des données personnelles.

3.3.2.1 Consentement éclairé

Tous les usagers qui ont accepté de participer aux entretiens ont dû, préalablement à leur inclusion dans l'étude, signer un document de consentement éclairé à participer, accompagné du formulaire d'information destiné au patient. Le formulaire contenait toute l'information nécessaire pour estimer les objectifs de l'étude, les procédures, les éventuels risques encourus, et l'absence d'impact de l'étude sur le déroulement normal du traitement et du suivi habituel des patients. Les documents de consentement éclairé ont été conservés dans le dossier médical des patients.

3.3.2.2 Sécurité et partage des informations

Toutes les données collectées dans le cadre du mémoire ont été archivées dans une base de données personnelles sécurisée. Il a été précisé aux participants qu'aucune identité ne sera révélée, y compris dans une publication scientifique ou lors d'un exposé.

3.3.2.3 Sécurisation du stockage et conservation des données

Les entretiens ont tous été enregistrés et retranscrit directement afin de faciliter l'analyse de ceux-ci. Les enregistrements, les notes écrites, ainsi que les retranscriptions seront conservées le temps de la validation du mémoire.

3.3.3 Procédure de recrutement

Dans un premier temps, une information générale a été donnée dans chaque module afin de présenter le projet du mémoire et de répondre aux questions éventuelles. A cette occasion le document intitulé « formulaire d'information destiné au patient » leur a été soumis. Les usagers qui correspondaient aux critères de l'étude ont ensuite été invités personnellement à participer à celle-ci et un rendez-vous leur a été fixé. À tout moment les personnes pouvaient s'adresser à nous pour d'éventuelles questions ou précisions.

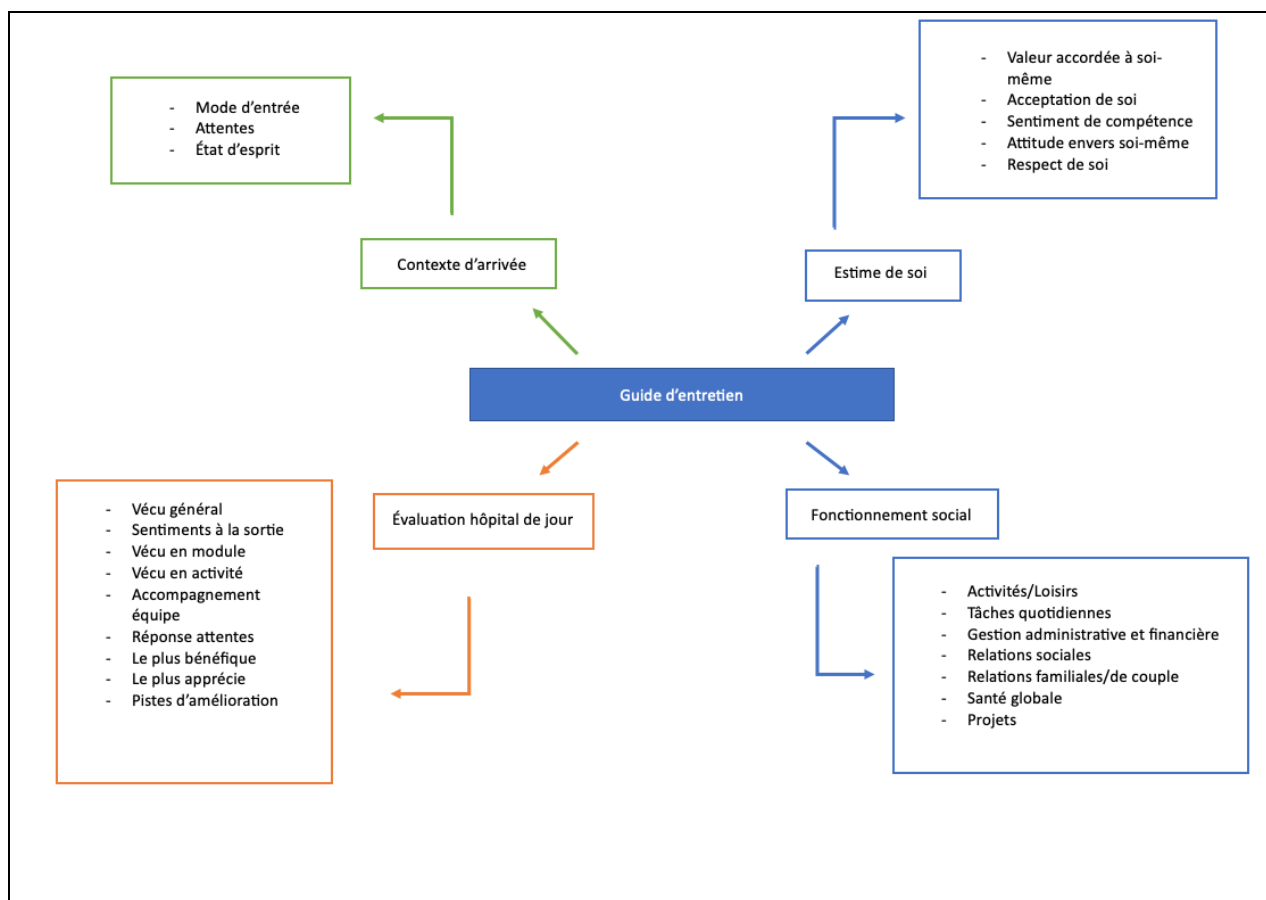
3.4 Outils stratégiques

Un entretien qualitatif semi-ouvert a été réalisé à 6 mois de présence correspond au dernier mois du séjour pour 10 personnes interrogées, et à une évaluation à 6 mois pour les 6 autres. Cette différence résulte d'un changement sur la durée maximale du séjour, ayant eu lieu au cours de l'avancement de ce mémoire, faisant passer les séjours à l'hôpital de jour de 6 mois à 9 mois de présence maximum. Afin de poursuivre notre étude, nous avons donc décidé de maintenir la période d'évaluation à 6 mois pour le reste des personnes interrogées. Tous les participants ont donc été interviewé sur le même temps de séjour. L'entretien semi-qualitatif a permis aux répondants de répondre librement aux questions posées en lien avec le sujet. Un guide d'entretien a été réalisé préalablement comprenant des questions semi-ouvertes, ainsi qu'un certain nombre de questions de relance ou de reformulation. Celui-ci a été soumis au comité d'éthique de l'hôpital concerné pour approbation avant utilisation. L'entretien était accompagné du formulaire de consentement soumis pour signature et d'un bref questionnaire reprenant quelques données socio-démographiques. Les entretiens ont tous eu lieu dans un des bureaux de l'hôpital de jour et leur durée a variée de 1 heure à 1 heure trente. Ceux-ci ont été enregistrés et ensuite retranscrits en vue de l'analyse et du codage de ceux-ci. Les entretiens se sont étalés sur trois mois allant de fin novembre à fin février.

3.4.1 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé en s'inspirant de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, de l'analyse du concept de Walker et Avent et du questionnaire du fonctionnement social (QFS). Il a été divisé en quatre parties afin d'assurer une cohérence dans le déroulement de ce dernier et l'émergence de catégories d'analyse préalablement définies (voir tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Schématisation du guide d'entretien



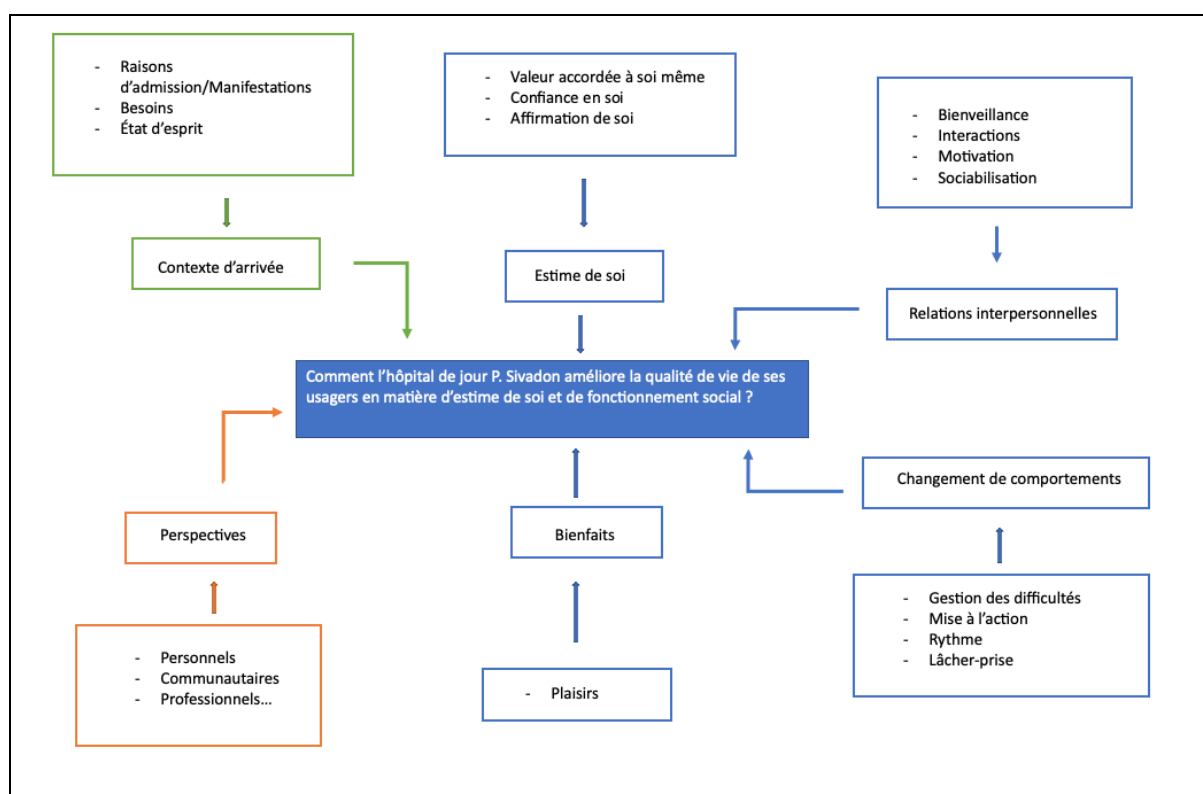
La première partie du questionnaire faisant référence à l'arrivée de la personne à l'hôpital de jour. Elle reprend différents éléments en lien avec le début de l'hospitalisation : la raison de la demande, le mode d'arrivée, les attentes de la personne ainsi que son état d'esprit. La deuxième partie traitant de l'estime de soi. Elle comprend cinq questions ayant trait aux attributs du concept de l'estime de soi de Walker et Avent, à savoir : la valeur accordée à soi-même, l'acceptation de soi, le sentiment de compétence, l'attitude envers soi-même et enfin, le respect de soi. La troisième partie faisant référence au fonctionnement social. Elle comprend une question générale sur les activités de la personne en dehors de l'hôpital de jour et une série de sous-questions en lien avec les tâches quotidiennes, la gestion des tâches administratives et financières, les relations familiales, sociales, amoureuses, les activités, les loisirs, la santé générale, les projets... Et enfin la dernière partie correspondant à l'appréciation générale de l'hôpital de jour. Elle reprend le vécu de la personne, son expérience dans les modules, les

activités, la vie communautaire, les difficultés rencontrées, son avis sur l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire, les pistes d'amélioration qu'elle propose.

3.4.2 Catégories d'analyse

Chaque entretien a été relu plusieurs fois faisant émerger progressivement des étiquettes thématiques annotées manuellement dans les marges. Les étiquettes thématiques évoluant peu à peu vers des étiquettes expérientielles. Un arbre thématique a été réalisé après l'analyse de chaque entretien donnant naissance à un seul et unique arbre thématique pour l'ensemble des entretiens réalisés.

Tableau 2 : Arbre thématique



L'arbre thématique a permis de mettre en évidence trois moments clés dans le parcours des usagers de l'hôpital de jour : 1) le contexte d'arrivée avec les raisons d'admission, les difficultés, les besoins, et l'état d'esprit de départ ; 2) la période d'hospitalisation avec les changements s'étant opérés dans l'estime de soi et le fonctionnement social et les ressources les ayant favorisés 3) les projets et perspectives. C'est sur base de cette structure que nos résultats vont être présentés dans le chapitre suivant.

4 RESULTATS

4.1 Lieu de l'étude

L'hôpital de jour psychiatrique « Paul Sivadon » du CHU-BRUGMANN situé dans la région nord de la Ville de Bruxelles.

4.1.1 Cadre historique

La genèse de l'hôpital de jour a débuté à la fin des années soixante. À cette période, certains patients, le plus souvent psychotiques, vont être invités à continuer leur prise en charge une fois l'hospitalisation résidentielle terminée. Il sera constaté, plusieurs années plus tard, que ce type de traitement semi-ambulatoire diminuait chez certains le nombre de réhospitalisations. Dans ce contexte, une annexe psychiatrique de 150 lits sera créée au sein du service de psychiatrie du CHU Brugmann, où vont se côtoyer psychiatres et psychologues de courants psychothérapeutiques divers.

C'est à cette période que l'ergothérapie va émerger, proposant un nouveau cadre de fonctionnement, extérieur aux unités psychiatriques traditionnelles. C'est durant la même période que le Professeur Paul Sivadon, conseillé à l'OMS en "Architecture et Santé Mentale" et présidant la Chaire de Psychiatrie de l'Université Libre de Bruxelles, va prôner *"un hôpital psychiatrique sans murs avec une ouverture de l'hôpital vers la Cité et de la Cité sur l'hôpital"*. Il s'agit de redonner aux patients leurs droits citoyens, leur dignité. C'est dans ce contexte, clairement influencé par l'antipsychiatrique ambiante, que les premiers patients semi-ambulatoires vont être accueillis dans un bus désaffecté, rapidement remplacé par un bâtiment "préfabriqué" pouvant accueillir 10 patients ambulatoires et des activités ergothérapeutiques pour l'ensemble des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie.

C'est une décision ministérielle, au milieu des années 80, imposant une prise en charge de 30 patients en séjour aigu (séjour de maximum 6 mois) qui a fait passer le centre de jour initial à un hôpital de jour comprenant un encadrement beaucoup plus élargi composé d'ergothérapeutes, psychiatres, infirmiers, assistants sociaux, logopèdes, kinésithérapeutes, psychologues. La limitation temporelle des séjours (maximum 6 mois avec une moyenne de quelques semaines) va amener une refonte du fonctionnement : les suivis individuels vont être

peu à peu délaissés au profit d'un fonctionnement en groupes de verbalisation appelés "modules", fonctionnement existant encore à l'heure actuelle (Ouehhabi et al. 2012)

4.1.2 Buts et mission de l'hôpital de jour

L'hôpital de jour psychiatrique "Paul Sivadon" a pour objectif de jouer un rôle dans le processus de réhabilitation des patients et comme alternative à l'hospitalisation complète. Ses ambitions sont de diminuer les rechutes et décompensations mais aussi de resocialiser l'usager, en améliorant son fonctionnement social et sa qualité de vie.

L'approche est trans-diagnostique pour remédier aux différents niveaux de fragilité de l'usager : déficit de l'image de soi, difficultés dans le fonctionnement relationnel et social engendrant une augmentation des dépendances, diminution d'autonomie. Il s'agit également de réinstaurer l'usager comme acteur de sa propre vie, de l'amener à remédier à ses plaintes et ses difficultés par lui-même, en stimulant ses capacités d'autonomie.

Les objectifs thérapeutiques visent la découverte de soi et la prise de conscience de son propre fonctionnement afin de l'accepter, l'adapter ou le changer. Mais aussi, la prise en charge visant à améliorer les capacités relationnelles, surmonter les difficultés affectives, gérer ses limites, gérer des émotions, se restructurer et mieux vivre avec les problèmes inhérents à une étape de vie (deuil, séparation, mise à la retraite...).

Dans la pratique quotidienne, ces objectifs de traitement amènent fréquemment l'équipe à se poser diverses questions : l'accompagnement prodigué aux usagers améliore-t-il leur qualité de vie ? Si oui, qu'est-ce qui permet d'expliquer ses changements ? Quelles sont les éléments pratiques, les outils permettant d'induire des changements ? Existe-t-il une différence d'amélioration de la qualité de vie en fonction de l'âge, le sexe, le statut socioprofessionnel, la pathologie... des usagers ? Comment les usagers évaluent-ils notre pratique professionnelle, sont-ils satisfaits de ce que l'hôpital de jour leur propose ? Est-ce que le programme proposé répond à leurs besoins ?

4.1.3 Mode de fonctionnement de l'institution

4.1.3.1 Procédure d'admission

L'admission, qui passe par un entretien de candidature avec l'un des deux psychologues, se fait sur base volontaire, à la demande du patient lui-même ou d'un envoyeur (médecin traitant, psychiatre traitant, unités d'hospitalisation, psychologue, assistant social...). L'entretien de candidature a pour but d'évaluer la demande mais aussi de fournir au patient toutes les informations dont il a besoin. La candidature est ensuite présentée à l'ensemble de l'équipe qui décide de l'acceptation ou non de celle-ci et du module dans lequel le patient débutera son séjour. En fin de semaine, s'il le souhaite, le patient reprend contact avec nous pour prendre connaissance de la décision d'équipe et programmer l'admission.

La durée du séjour est de maximum 9 mois, sans minimum déterminé, ce qui veut dire que l'utilisateur est libre de mettre fin à celui-ci quand il le désire.

4.1.3.2 Organisation journalière

L'hôpital de jour est accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h :

1. Accueil entre 8h30 et 10h30.
2. De 10h30 à 12h30, modules (groupes psychothérapeutiques)
3. De 12h30 à 14h, temps de midi/repas, temps libre.
4. De 14 à 16h30, activités à médiation.

L'utilisateur se présente tous les matins à l'accueil infirmier (rituel d'accueil). Il s'agit pour lui du premier contact à son arrivée. En fonction des situations, cet accueil peut se limiter à un simple bonjour, à l'énoncé des règles d'hygiène concernant le covid (lavage des mains, masques), à une demande spécifique ou encore à un entretien informel. En fin de journée, l'utilisateur repasse par l'accueil pour signaler son départ ou éventuellement nous faire part de l'une ou l'autre chose. Le bureau d'accueil sera pour lui-tout au long du séjour, l'endroit où il pourra s'adresser pour demander une information, avoir des soins infirmiers (pansement, TA, anti-douleur...) mais aussi avoir une écoute par rapport à un vécu difficile.

Les matinées, les usagers sont réunis en groupe au sein de cinq “modules” différents, encadrés par des duos ou trio fixes formés par des ergothérapeutes, infirmier(ère)s, psychologues, psychiatre. L’assistante sociale, l’artiste intervenante, les kinésithérapeutes et le psychiatre responsable interviennent de manière ponctuelle dans les différents modules, en général à la demande des thérapeutes. Chaque module a son cadre de travail particulier et chaque intervenant ses référents théoriques.

Les après-midis, les usagers ont le choix entre une série d’activités à médiation, à visée thérapeutique, proposées par les ergothérapeutes essentiellement mais aussi par les artistes intervenants, les kinésithérapeutes et les infirmier(e)s. Les activités sont plutôt de l’ordre du plaisir, de la détente, de la valorisation, du lâcher-prise et de la découverte. Les activités proposées sont nombreuses, les principales sont l’expression plastique, la mosaïque, les activités sportives, le jardinage, les jeux de société, l’atelier terre, la mindfulness (médiation pleine-conscience), la sophrologie, le cinéclub, l’atelier cuisine, l’atelier bois....

4.1.3.3 Les modules

La description des modules faite ci-dessous est tirée de l’article de Ouehhab S. et al. (2012). Certains objectifs, comme la resocialisation et la structuration du quotidien, sont partagés par l’ensemble des modules, d’autres objectifs plus spécifiques, sont en partie liés au type de patientèle accueillie.

Quatre modules fonctionnent 5 jours par semaine :

- Le module « Matisse » s’adresse à une **patientèle** comprenant les structures de personnalité psychotiques non décompensées, les troubles du spectre bipolaire stabilisés, les personnalités évitantes, obsessionnelles, anxieuses, dépressives...

L’accompagnement thérapeutique y est constitué d’un trio ergothérapeute-psychiatre-ergothérapeute.

Les objectifs sont la revalorisation de soi, la resocialisation, l’accès à l’expression émotionnelle.

Les modalités de prise en charge, empathiques, favorisent l’expression infra verbale comme voie d’accès au verbal. L’accent est porté sur les sensations intérieures, le vécu

émotionnel “sentir, identifier et exprimer”. Il s’agit d’augmenter la confiance en soi, la découverte ou le renforcement des compétences.

- Le module « Kahlo » s’adresse à une **patientèle** comprenant les structures de personnalité psychotiques stabilisées, les troubles du spectre bipolaire de type 2, les personnalités borderline, narcissique, présentant des traits antisociaux, paranoïdes, des problématiques d’addiction... ayant en commun une demande de restructuration du quotidien ou de réorientation socioprofessionnelle.

L’accompagnement thérapeutique y est constitué d’un duo ergothérapeute-infirmière.

Les objectifs sont la resocialisation, la restructuration du quotidien, apporter un soutien aux démarches socioprofessionnelles, réaménagement d’une situation existante.

Les modalités de prise en charge se veulent empathiques, venant en soutien des démarches engagées.

- Le module « Chagall » s’adresse à une patientèle comprenant les situations de souffrance au travail, les troubles anxiodépressifs, les problématiques addictives, les personnalités borderline avec une problématique de limites, un fonctionnement en “tout ou rien”.

L’accompagnement thérapeutique y est constitué d’un duo ergothérapeute-infirmière.

Les objectifs sont la resocialisation, la mise en place de limites permettant de sortir de l’instabilité, un questionnement sur les aspects répétitifs du fonctionnement,

Les modalités de prise en charge restent empathiques mais sont plus confrontantes. La dynamique de groupe, dans l’ici et maintenant, est travaillée. Une initiation à la thérapie d’acceptation et d’engagement (thérapie ACT) est présentée.

- Le module « Folon » s’adresse à de jeunes patients présentant des troubles schizo-paranoïdes, idéalement pris en charge lors des premières décompensations.

L’accompagnement thérapeutique y est constitué d’un duo psychologue-ergothérapeute.

Les objectifs sont la resocialisation, réhabilitation psycho-sociale appuyée par des programmes spécifiques de psychoéducation, d'entraînement aux habiletés sociales, d'entraînement cognitif et métacognitif.

Un module fonctionne 3 jours par semaine :

- Le module « Yourcenar » s'adresse à des patients confrontés à une étape de vie difficile telle qu'un décès, une séparation, une perte d'emploi, une mise en à la pension... S'adresse en général à une population de plus de 50 ans.

L'accompagnement thérapeutique y est constitué d'un duo psychologue-ergothérapeute

Les objectifs sont la resocialisation, le travail du deuil d'une étape de vie, le réaménagement des projets de vie.

Un module PTA (Programme Thérapeutique Aménagé) où les patients viennent uniquement pour les ateliers à médiation de l'après-midi et où la référence est individuelle. Ce module s'adresse aux personnes ne désirant pas participer aux groupes de verbalisation ou pour lesquels le travail en groupe n'est pas possible.

4.1.3.4 Les principaux outils utilisés

- La **verbalisation** (libre ou avec un support tel que le collage, des questions ouvertes de connaissance de soi, l'écoute musicale...).
- Les **bilans** par formulation d'objectifs : Problèmes-Objectifs-Moyens-Pièges-Leviers (permet le recentrage sur les demandes et les projets initiaux mais aussi l'émergence de nouveaux objectifs en cours de séjour).
- L'**entretien motivationnel** (aide à susciter la motivation à l'action et au changement) utilisant le **modèle des stades de préparation au changement** de Prochaska et Diclemente (1982) et le **modèle de La balance décisionnelle** de Janis et Mann (1977).
- La **ligne de vie** (permet à la personne de mieux se connaître en resituant dans le temps des événements de vie positifs ou négatifs et la manière dont elle y a réagi).

- Le **cercle relationnel** ou **sociogramme** (représentation graphique des relations qu’une personne entretient avec sa famille et l’entourage social autre que la famille tel que les amis, les collègues, les voisins, les professionnels de soins...).
- La **gestion du temps** (représentation graphique d’une horloge de 24h sur laquelle la personne va représenter son emploi du temps avant, pendant et ce qu’il projette après l’hôpital de jour).
- L’identification et la verbalisation des **émotions** et des **besoins** au travers de cartes.
- La **thérapie d’acceptation et d’engagement** (thérapie ACT) basée sur les valeurs et la mise en action.

4.2 Description de l’échantillon

Dans ce chapitre, le nombre et les caractéristiques de notre échantillon seront présentés. Nous comparerons également celui-ci à certains éléments descriptifs issus d’un échantillon plus large représentant l’ensemble de la population ayant fréquenté l’hôpital de jour au cours de l’année 2017.

4.2.1 Nombres de personnes incluses

L’échantillon des personnes ayant participé aux entretiens dans le cadre de cette étude était de 16 personnes.

Sur les 17 personnes sollicitées et répondant aux critères d’inclusion, seulement 1 personne a refusé d’être interviewée pour des raisons personnelles.

4.2.2 Caractéristiques de l’échantillon

Notre échantillon était composé d’un nombre presque équivalent d’hommes et de femmes, âgés de 25 à 74 ans avec une moyenne d’âge de 56 ans.

Sur les 16 personnes interrogées, 6 étaient mariées ou en couple, les autres étaient soit séparés, divorcées ou veuf.

Tous les niveaux de scolarité ont été représentés dans l'échantillon. Il était constitué aussi bien de personne ayant un niveau de scolarité faible, que des personnes ayant un niveau de scolarité élevé.

En ce qui concerne le statut professionnel actuel ou le dernier ayant été exercé, 4 personnes avaient mentionné le fait de ne jamais avoir travailler. Les autres étaient réparti dans les 4 autres catégories avec un nombre plus important de personnes ayant un statut d'employé.

On peut également constater que sur les 16 personnes interrogées, 12 étaient en arrêt de travail de longue durée (+ d'1 an) car pensionné ou en invalidité.

Tableau 3.
Caractéristiques de l'échantillon (N=16)

Variables continues	Médiane (Min ; Max)
Âge, en années	56 (25,0 ; 74,0)
Variables catégoriques	n (%)
Sexe	
Homme	9 (56,3)
Femme	7 (43,8)
État civil	
Célibataire	5 (31,3)
Marié/En couple	6 (37,5)
Séparé/Divorcé	4 (25,0)
Veuf	1 (6,3)
Niveau d'éducation	
Primaire	2 (12,5)
Secondaire inférieur	7 (43,8)
Secondaire supérieur	1 (6,3)
Supérieur	2 (12,5)
Universitaire	4 (25,0)
Statut professionnel (actuel ou dernier)	
Ouvrier	1 (6,3)
Employé	6 (37,5)
Indépendant	3 (18,8)
Cadre	2 (12,5)
Aucun	4 (25,0)
Revenu	
Chômage	0 (0,0)
Incapacité de travail	4 (25,0)
Invalidité	8 (50,0)
Pensionné	4 (25,0)
Aucun	0 (0,0)

Tous les modules étaient représentés dans l'échantillon, excepté le module Folon, car aucune personne ne correspondait aux critères d'inclusion dans le délai imparti par l'étude. Le module le plus représenté était, quant à lui, le module Yourcenar avec 6 personnes interrogées.

Concernant les principaux diagnostics dont souffraient les participants, nous avons pu mettre en évidence 4 diagnostics principaux. Le trouble dépressif était le diagnostic le plus représenté.

Les personnes constituant l'échantillon sont toutes arrivées sur base volontaire, néanmoins nous pouvons constater que 4 personnes étaient arrivées de leur propre initiative et que la majorité des autres personnes étaient dirigée par le psychiatre traitant.

Tableau 4.
Caractéristiques de l'échantillon : suite (N=16)

Variables catégorielles	n (%)
Modules	
Yourcenar	6 (37,5)
Chagall	3 (18,8)
Kahlo	4 (25,0)
Matisse	3 (18,8)
Folon	0 (0,0)
Diagnostic principal	
Trouble dépressif	9 (56,3)
Trouble de l'usage de l'alcool	4 (25,0)
Trouble de l'adaptation	2 (12,5)
(Avec humeur dépressive et/ou anxieuse)	
Trouble bipolaire de type II	1 (6,3)
Mode d'entrée	
Psychiatre	7 (43,8)
Psychologue	2 (12,5)
Spontané	4 (25,0)
Urgences psy	2 (12,5)
Assistante sociale	1 (6,3)

Nous avons comparé notre échantillon avec un échantillon plus large représentant la population générale des personnes ayant fréquenté l'hôpital de jour au cours de l'année 2017. N'ayant pas à notre disposition de données statistiques plus récentes, nous nous sommes appuyés sur les dernières que nous avons à notre disposition.

Au cours de l'année 2017, 127 personnes avaient fréquenté l'hôpital de jour. Il y avait deux fois plus de femmes que d'hommes avec 86 femmes (67,71%) et 41 hommes (32,28%). La moyenne d'âge de la population était de 43 ans. Il y avait 25 personnes dans le module Klimt correspondant au module Yourcenar actuel (20%), 29 personnes dans le module Chagall (23%), 27 dans le module Matisse (21%), 29 dans le module Kahlo (23%), et 17 dans le module Folon (13%). Les 5 principaux diagnostics représentés étaient : 1) le trouble de l'usage de l'alcool (22%) ; 2) le trouble dépressif majeur (18,9%) ; 3) les troubles anxieux et trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxieuse (18,9%) ; 4) les troubles bipolaires (13,4%) ; 5) les troubles schizophréniques (8,7%).

Ce que nous pouvons en conclure au vu de ces données, c'est que notre échantillon contenait un nombre d'hommes légèrement supérieur aux femmes contrairement à la population de l'année 2017. La moyenne d'âge était plus élevée dans notre échantillon, ce qui peut s'expliquer par le fait que le plus grand nombre de personnes interrogées provenaient du module Yourcenar. Le module Yourcenar étant le groupe accueillant une population plus âgée, que l'on appelle aussi parfois groupe "senior". Au cours de l'année 2017, tous les modules étaient représentés, avec une fréquentation plus ou moins semblable pour les modules Yourcenar, Chagall, Matisse, Kahlo et un taux un peu moins élevé pour le module Folon. Dans notre échantillon, le module Yourcenar était celui qui a le plus été représenté avec 6 participants et nous n'avons pas pu interroger de personnes faisant partie du module Folon. On peut également voir que les 4 diagnostics représentés dans notre échantillon correspondaient aux 4 principaux diagnostics représentés dans la population de 2007.

4.3 Présentation des résultats

Dans cette partie, nous allons vous présenter les principaux résultats obtenus ainsi que les différents éléments ayant émergés en vue de répondre à notre question de recherche.

4.3.1 Le contexte d'arrivée

Cette première partie nous permet en guise d'introduction de nous plonger sur l'arrivée des personnes se présentant en hôpital de jour. Il nous permettra d'avoir une vue d'ensemble

sur la problématique de départ et les conséquences de celle-ci sur les usagers. Les besoins exprimés à l'arrivée et l'état d'esprit dans lequel ceux-ci intègrent l'hôpital de jour sont également les éléments que nous présenterons dans cette partie.

4.3.1.1 Raisons d'admissions et manifestations

La plupart des participants présentaient, avant l'arrivée à l'hôpital de jour, des difficultés dans leur fonctionnement global, dû pour plusieurs d'entre eux à un état dépressif à la suite d'un burnout, d'un deuil, d'un harcèlement professionnel, de difficultés familiales, d'une dépendance à l'alcool... Deux participants nous l'expliquent dans les extraits suivants : *« Y'a eu aussi le décès de ma mère en Afrique, elle était très malade. J'ai eu un choc et je suis tombé en mélancolie, dépression. » Entr 2 ; « Je venais d'une situation familiale compliquée, j'avais des problèmes de couple, mon père est décédé. » Entr 10, 19-20*

Cet état se manifestait le plus souvent par un repli sur soi, un ralentissement, un épuisement, une perte d'énergie, un isolement, une perte d'intérêts et de plaisir, une perte de sens et de but, une perte d'envie. A ce sujet, les participants nous disent en parlant de leur arrivée : *« J'avais le moral à zéro, j'avais pas fait le deuil, j'avais beaucoup de chagrin. J'avais envie de voir personne et ne rien faire. » Entr 3 ; « Au départ, j'avais envie de plus rien. Je mangeais à peine, je pleurais beaucoup, je n'invitais plus personne chez moi. Même me laver était trop, j'avais plus le goût à rien. Je me disais qu'est-ce que je fais ici (sur terre). » Entr 4.*

4.3.1.2 Besoins

Parmi les principaux besoins manifestés par les participants au départ, nous retrouvons le **besoin de structure** comme nous le décrit le participant 11, 21-23 : *« J'étais tout le temps chez moi, je voulais m'en sortir, avoir un rythme de vie comme si j'allais travailler : me réveiller le matin, manger à telle heure... C'était le désordre. Nous pouvons également observer le **besoin de changement et de soutien** illustré dans l'extrait suivant « Je suis venu ici car il me fallait quelque chose de nouveau. Je voulais changer de perspective. » Entr 8,* Chez beaucoup de participants le **besoin d'espoir, de retrouver un sens à sa vie** était également fort présent, comme mentionné dans les extraits suivants *« Je voulais essayer d'être mon propre moteur, arrêter la boisson. Ça va mieux à ce niveau-là. Je croyais aux miracles,*

*j'étais complètement perdue. » Entr 16, « J'espérais une autre approche, avoir une autre vision de la vie, trouver un but à ma vie, avoir un soutien psychologique. » Entr 12, 22-23. Il y avait également le **besoin de sociabilisation** manifesté par l'envie de rencontrer d'autres personnes, échanger, partager autour des difficultés vécues. « ...essayer de rencontrer des gens, dialoguer avec les autres, voir du monde. » Entr 6. « Rencontrer des gens, qu'on me comprenne, ne pas avoir de jugement sur mon vécu, me sociabiliser. » Entr 14*

Chez la plupart des participants l'envie d'aller mieux, d'agir, de se reprendre en main, en effectuant un travail sur soi, était au centre des priorités de départ. Avec parfois l'envie de retrouver un sens à sa vie, un but, une raison d'être. L'arrivée à l'hôpital de jour étant synonyme d'essai, d'expérimentation, de « **laboratoire** » (terme utilisé par la participante 7), avec l'idée de tester une approche différente pouvant amener un changement, comme exprimé par les usagers suivants : “ *Je me suis dit que je parlerais de choses que je n'arrive pas à dire en famille, ou avec les autres. Je voulais travailler sur le deuil du décès de ma maman et de ma maladie.* ” (Entr 4) ; « *Je voulais guérir, retrouver ma vie d'antan... J'ai tenté, je me suis dit que j'allais laisser faire le hasard.* » Entr 7.

4.3.1.3 État d'esprit

Pour certains usagers il s'agissait d'un premier contact avec l'hôpital de jour. Le plus souvent ils étaient envoyés soit par leur psychiatre traitant, soit par d'autres professionnels de la santé. De ce fait, beaucoup d'entre eux ne savaient pas vraiment à quoi s'attendre.

Il y avait parfois une méfiance à l'idée d'intégrer l'hôpital de jour, surtout sur les potentiels bénéfices pouvant apporter une telle prise en charge comme mentionné dans les extraits suivants : « *Scepticisme, je me disais « je verrai », on ne va pas pouvoir m'aider, on ne va peut-être pas me comprendre.* » Entr 1, « *Il y avait un questionnement à savoir si ça n'allait pas être ennuyant, s'il y allait avoir une cohérence entre ce que je cherchais et ce que le centre allait me proposer.* » Entr 12. Pour d'autres il s'agissait plutôt de craintes se manifestant par un état de stress tel que nous le disent les participants suivants : “ *J'avais beaucoup d'angoisse et de panique au début.* » Entr 4 ; “ *J'étais angoissé, je ne savais pas où j'allais atterrir.* ” Entr 14

Un plus petit nombre d'usagers connaissaient déjà l'hôpital de jour à la suite d'un précédent séjour et ne mentionnaient pas de difficultés particulières.

Parmi les usagers ne connaissant pas l'hôpital de jour au départ, seulement un faible nombre d'entre eux a exprimé un état d'esprit plutôt positif : *"J'étais positive, motivée. J'étais contente. Je me suis dit que c'était peut-être une issue de secours pour me sortir de cette dépression chronique."* Entr 16. Ce faible nombre pouvant s'expliquer par un manque de clarté au niveau de la question posée. Il semble, en effet, que les usagers exprimaient plutôt l'état d'esprit dans lequel il se trouvait en arrivant en lien avec leur problématique et non leurs sentiments à l'idée d'intégrer l'hôpital de jour.

4.3.2 Le développement personnel

Les usagers ont rapporté différents éléments ayant contribué à améliorer leur qualité de vie tout au long de leur séjour, tant au niveau de l'estime de soi que du fonctionnement social. Nous allons tout au long de ce chapitre décrire les différents domaines ayant vu une amélioration au sein de ces deux dimensions et quelles sont les ressources ayant contribué à apporter ces changements au sein de l'hôpital de jour.

4.3.2.1 L'estime de soi

4.3.2.1.1 Valeur accordée à soi-même

En arrivant à l'hôpital de jour beaucoup d'usagers ont exprimé des difficultés à exprimer leurs valeurs en tant que personne, mais aussi à les identifier. Les usagers avaient tendance à se dévaloriser dans la majorité des cas. Nous pouvons constater ici que ce sentiment était intimement lié à l'état dépressif dont souffrait la plupart d'entre eux. Trois participants nous ont rapporté dans les extraits suivants : « *J'ai difficile à parler de ce que je vaudrais depuis toujours, je me mets toujours en dessous des autres.* » Entr 9 ; « *J'ai du mal à répondre à ça. Je me mets pas assez en valeur.* » Entr 3. *"Avant ici, je me suis retirée de la communauté. Je m'habillais en noir alors que j'aime les couleurs, pour passer inaperçue. Je me cachais."* Entr 2

Plusieurs usagers ont pu voir une amélioration de la façon dont ils se considéraient et dans la reconnaissance de leurs propres valeurs. Ils ont pu également voir s'opérer des changements dans leur manière de vivre et dans leur fonctionnement global en lien avec celles-ci. Aussi, une participante nous dit en parlant de la valeur qu'elle s'accordait : « *"J'en avais*

plus, je n'avais plus goût à rien. J'avais perdu le sens des choses. J'étais blessée par ce que j'avais subi. Maintenant, j'ai retrouvé le goût du travail, de manger, prendre soin de moi, et de ce que je pourrais faire pour prendre soin de moi. J'ai retrouvé l'envie de reprendre ma vie d'employé et d'être plus autonome. » Entr 7. Une autre participante nous dit : « Avant, je ne me valorisais pas ou pas bien. Maintenant je connais mes capacités, mes défauts. » Entr 11.

Les participants ont mis en évidence plusieurs ressources ayant permis cette valorisation. La principale ressource citée était la participation aux différents modules et plus particulièrement les interactions avec les thérapeutes et les autres usagers. Le fait de faire partie d'un groupe, de partager ses difficultés, d'écouter les autres, d'être soutenu, de s'entraider, d'être confronté sont d'autant d'éléments ayant contribué à apporter un changement dont voici certains exemples : *« Avant l'hôpital de jour, je n'avais plus d'estime pour moi-même. Maintenant il y a une petite amélioration. Ce qui a aidé c'est les discussions en modules, les autres exemples et les témoignages des autres. Je me suis rendu compte que je me dévalorisais parfois. » Entr 3 ; « Grace aux thérapeutes, on travaille avec la tête d'abord et puis avec les sentiments. Il y a eu une grande remise en question par rapport à ce que l'on était et ce que l'on est. » Entr 10*

Pour un nombre moins important d'usagers, la participation aux activités a également contribué à apporter un changement positif dans la manière dont ils se considéraient, tel que l'activité mosaïque, la relaxation et le sport. Une participante nous dit : *« Le changement est dû au travail psychologique dans le groupe : les confrontations, les échanges dans le groupe. De manière inconsciente certaines choses deviennent conscientes avec le temps, c'était dû au groupe et aux activités. » Entr 7*

Parmi les outils utilisés en module, la ligne de vie est l'outil ayant permis à deux participants de débloquer certaines situations en facilitant le travail en groupe autour de la valorisation. Le fait de retracer sa vie en abordant des événements douloureux parfois semble avoir permis à ceux-ci une certaine prise de conscience du chemin effectué amenant une certaine valorisation : *« Quand j'ai fait la ligne de vie les choses ont changé. Ça m'a poussé à réfléchir, j'ai eu un soulagement de parler de mon vécu. » Entr 1. « La ligne de vie, n'a pas été évident pour moi de le faire mais a facilité l'expression, m'a aidé à me sentir plus à l'aise. » Entr 6*

4.3.2.1.2 Confiance en soi

La confiance en soi contribue à améliorer et à nourrir l'estime de soi. Elle permet à la personne de tenir compte de sa propre valeur et d'agir afin d'atteindre ses objectifs. Elle permet également de faire face aux événements de la vie qu'ils soient positifs ou négatifs.

La majorité des usagers présentait un manque de confiance en soi à l'arrivée. Ce sentiment était pour la plupart lié aux difficultés qu'ils traversaient, comme pour la participante suivante : « *Quand je suis arrivée ici avec ma dépression, ma maigreur, mes problèmes de dos qui faisaient que je marchais difficilement ; je baissais toujours la tête.* » Entr 9. Beaucoup ont vu un changement entre l'arrivée à l'hôpital de jour et après 6 mois d'accompagnement. Aussi, la plupart des usagers associaient la confiance en soi à l'envie de (re)faire des choses et au sentiment de fierté retrouvés, au fait de (re)trouver un sens à sa vie et un goût de vivre. « *"Ma fille m'a dit un jour "Oh tiens tu vas mieux, tu t'habilles en couleur."* Entr 2 ; « *Je retrouve des sensations, de la motivation, du positivisme. J'ai appris à me découvrir, j'ai appris sur la santé mentale.* » Entr 7.

Certains usagers attribuent l'amélioration de la confiance en soi aux modules et aux interactions ayant eu lieu au sein de ceux-ci, comme nous le disent les participants suivants : « *J'ai eu aussi des retours positifs des autres. Par exemple quand j'ai fait du badminton, j'ai été encouragé par les autres. J'ai été poussé par les autres.* » Entr 4 ; « *La rencontre avec d'autres personnes qui ont vécu la même chose, le partage avec d'autres personnes qui ont eu cette expérience.* » Entr 12. D'autres participants l'attribuent à l'intervention des thérapeutes et au sentiment de sécurité qu'ils avaient par rapport à eux : « *L'ouverture des thérapeutes a été importante, ils se remettaient en question aussi. Le fait d'offrir un espace libre, de discussions consenties entre thérapeutes et patients. On m'a laissé le temps, j'ai pu prendre mon temps.* » Entr 7. Le cadre, comme nous l'exprime la participante suivante en abordant sa consommation d'alcool : « *Au début les thérapeutes m'ont mise en garde sur mes présences à l'hdj, il y a eu un déclic, je me suis dit, faut que ça change.* » Entr 15 ; et le climat qui régnaient dans les groupes : « *La bienveillance, l'écoute, être entendu. Je n'aurai pas pu rêver mieux pour m'en sortir.* » Entr 16 ; sont également deux éléments rapportés comme ayant contribué à améliorer la confiance en soi.

Les activités ont également contribué à jouer un rôle important dans l'acquisition d'une certaine confiance en soi. Premièrement par le fait de participer aux activités à médiation tel que le sport, la mosaïque, l'éveil corporel, le dessin comme nous le dit la participante

suivante : *« J'ai vu le changement à l'atelier mosaïque. Au début quand je faisais quelque chose et qu'on me faisait des compliments, moi je trouvais ça limite. Maintenant je réalise que je fais quelque chose de beau. » Entr 11.* Deuxièmement par le fait de permettre aux usagers d'animer eux-mêmes une activité pour les autres usagers en fonction de leur envie, compétences, projets... celle-ci étant réalisée en co-construction avec un membre du personnel. L'activité dites « patients » permettait non seulement à l'utilisateur de prendre conscience de ses valeurs et de ses compétences, mais lui procurait également un sentiment de confiance et de reconnaissance. Une participante a pu mettre en place une activité « carte de vœux ». Celle-ci ne l'avait plus exercée depuis longtemps alors qu'elle l'appréciait beaucoup. Elle nous dit à ce sujet : *« Je me suis dit que je vais apprendre aux autres ce que je sais faire. » « L'envie de le faire pour d'autres. Ça m'a fait du bien. » « Maintenant je vais essayer de le faire de nouveau seule. "Au début du séjour, je n'aurais pas pu le faire. » Entr 4.* Troisièmement par le fait d'avoir pu participer à une activité extérieure dites « activité muséale » (il s'agissait ici d'une visite muséale filmée par les médias pour promouvoir l'importance de l'art dans la thérapie et le processus de rétablissement du patient). Celle-ci a contribué à donner aux usagers y ayant participé un sentiment de fierté et de reconnaissance favorisant leur estime et leur confiance en soi. Un participant l'exprime en parlant de l'activité : *« Ça m'a demandé beaucoup de courage. Je me suis senti fier, même très fier. Ça a contribué à améliorer mon estime de moi-même. » Entr 5*

Pour d'autres usagers c'est le fait d'avoir mis en place un bénévolat à partir de l'hôpital de jour qui leur a permis d'acquérir une certaine confiance. Être à nouveau actif, compter pour les autres, retrouver un sentiment de compétence sont d'autant d'éléments ayant contribué à leur redonner confiance comme nous le dit le participant suivant : *« Je m'investis, on m'attend... Au cours des 6 mois ici, j'ai découvert que je pouvais mener un groupe dans mon bénévolat. » Entr 8*

4.3.2.1.3 Affirmation de soi

L'affirmation de soi est une conséquence découlant de l'estime de soi. Elle est particulièrement liée au respect de soi et à la capacité à avoir suffisamment confiance pour agir et se positionner face aux attentes et demandes d'autrui. L'affirmation de soi va donc considérablement contribuer à améliorer et renforcer l'estime de soi d'une personne.

En début de séjour, plusieurs usagers ont émis des difficultés à recevoir un « non » mais également à pouvoir dire « non » aux demandes d'autrui. Un certain nombre d'entre eux ont pu voir des changements dans ce domaine. Ils ont pu constater ceux-ci dans leur capacité retrouvée à pouvoir tenir compte de leurs envies, à accepter et comprendre plus facilement des retours négatifs face à leurs demandes, à oser dire les choses, à mettre des limites, ... Pour parler de ses changements, certains usagers nous disent dans les extraits suivants : « *J'arrivais plus à mettre des limites car les gens profitent beaucoup. Je pense à moi maintenant, je suis plus égoïste.* » Entr 2 ; « *Avant, je disais « oui » à tous, mais à l'intérieur ça n'allait pas... Avant, le « non » me mettait en colère, mais plus maintenant. J'avais dur à accepter les remarques. Maintenant je vais être plus franche à la maison, par exemple avec mon mari.* » Entr 4 ; ou encore : « *Maintenant, j'arrive à dire « non » à mon grand-père, il m'a demandé pour sa lessive et j'ai dit « non ». Maintenant, je dis ce que je pense à tout le monde.* » Entr 14

Le module et la vie en groupe ont semblé être ce qui à apporter le plus en termes de changements au niveau de l'affirmation de soi. Le fait de pouvoir s'exprimer, partager ses difficultés, entendre le vécu des autres, le lien ayant pu se créer entre les usagers sont d'autant d'éléments ayant contribué à ses changements. Une participante l'exprime ainsi : « *J'ai plus facile de recevoir un « non ». Mais ça reste difficile car me touche beaucoup, m'angoisse. Maintenant je peux changer ma vision et moi me remettre en question. La thérapie de groupe fait échos chez moi.* » Entr 16. Certains usagers ont mentionné également les interventions des thérapeutes comme étant ce qui leur a permis d'oser parler de certaines choses difficiles en groupe, par le fait d'aller les chercher, de les mettre au travail. La participante 4 nous l'exprime ainsi : « *Au début je parlais à moitié dans le groupe, et puis tu (*pour parler de la thérapeute) m'as dit une phrase qui m'a fait mal mais en même temps du bien. Il fallait que j'en parle (*du cancer) (Entr 4)*

La ligne de vie, le travail sur les émotions et la thérapie ACT ont été cités comme les outils ayant contribué à agir sur l'affirmation de soi des usagers. « *La ligne de vie a été un déclic, ça m'a reboosté parce que j'ai vu d'où je viens. Vers la fin du séjour, ça m'a libéré.* » Entr 2. Ici, la ligne de vie semble avoir permis au participant de prendre une place dans le groupe et lui avoir permis d'exister en s'affirmant davantage ; « *Le fait d'en faire trop renvoie pas à un sentiment agréable. Me la souvent été renvoyé dans le groupe par les thérapeutes, la thérapie ACT.* » Entr 10. La thérapie ACT semble avoir contribué ici à une prise de conscience

de valeurs et à la mise en place de limites pour ce participant. *"La thérapie du matin. Le travail sur les émotions. Je veux m'en sortir donc la moindre information je la prends. » Entr 16*

Aussi pour deux participantes, la présence en hôpital de jour a permis de prendre une prise de décision importante concernant leur avenir professionnel comme démissionner ou changer de poste. L'une l'attribuant au travail en module : *« Je devais décider de soit garder le boulot soit le quitter, c'est récent c'est arrivé mardi. Là on est plus dans la réflexion d'est-ce que je vais suivre une formation ou autre chose... Car là officiellement, j'ai plu de boulot. » Entr 16*, et l'autre aux activités à médiation comme elle nous le dit dans l'extrait suivant : *« Grâce aux activités, j'ai proposé à l'endroit où je travaillais de changer de poste et de diminuer de catégorie. J'ai décidé de prendre quelque chose de plus léger, pas lourds, pas de confrontation. Travailler comme si j'étais en terre (*lien avec l'activité terre). » Entr 7*

Certains usagers ont pu à la suite de leur séjour à l'hôpital de jour reprendre des activités en lien avec leurs valeurs retrouvées tel que reprendre une activité communautaire, un bénévolat, une activité qu'il aimait faire, comme nous le dit la participante suivante en parlant de ses projets : *« Je voudrais reprendre mes activités communautaires. Avant je participais à une association pour enfants défavorisés avec ma fille...Je ne l'ai plus fait quand j'étais malade. » Entr 2*

4.3.2.2 Les relations interpersonnelles

Les relations interpersonnelles que les usagers ont pu établir avec les autres usagers de l'hôpital de jour et les membres de l'équipe pluridisciplinaire semblent avoir été essentiel à l'amélioration de l'estime de soi et du fonctionnement social.

4.3.2.2.1 Bienveillance

La manière dont les usagers ont été accueillis a été rapporté comme étant un élément important afin de leur permettre de se sentir suffisamment en confiance et en sécurité pour effectuer un travail sur soi. Par exemple le fait de ne pas se sentir stigmatiser comme nous le mentionne la participante suivante : *“ On ne fait pas la différence entre les patients et le personnel. On ne nous donne pas l'impression d'être fou. Le fait qu'on appelle par nos*

prénoms est plus familier, donne confiance. » Entr 2. Pour d'autres, c'est l'ambiance et la bienveillance qui régnaient au sein de l'hôpital de jour qui leur a permis d'acquérir une certaine confiance en soi. C'est surtout la bienveillance dans les modules et les activités qui a semblé joué un rôle important dans ce processus : « *Dans le groupe, j'ai pris de la confiance. Il y avait un cadre, un respect des histoires des autres.* » Entr 7 ; ou encore une autre participante nous parlant des activités : « *J'étais un peu en panique et puis finalement il y a tous les ergos qui mettent à l'aise et les autres patients aussi. Et finalement tout va bien et si tu ne sais pas comment faire tu poses des questions et on t'explique.* » Entr 16.

L'accueil et la bienveillance ont également contribué à instaurer un sentiment de liberté pour certains. Une invitation à explorer l'instauration de changements, de nouveaux comportements, des activités qu'ils n'auraient pas spécialement expérimenté en dehors des murs de l'hôpital de jour. Une participante nous dit : « *[...] le fait d'offrir un espace libre, de discussions consenties entre thérapeutes et patients. On m'a laissé le temps, j'ai pu prendre mon temps.* » Entr 7

Au vue des retours concernant l'accueil pluridisciplinaire et la bienveillance qui régnait au sein de l'hôpital de jour, on peut dire que ceux-ci étaient des critères essentiels à la mise en confiance des usagers et à l'invitation à explorer de nouvelles pistes de changement.

4.3.2.2.2 Interactions

Le module a été relevé par un nombre important de participants comme étant ce qui a été le plus bénéfique par le fait de parler de soi, de ses problèmes, d'entendre les histoires d'autrui, de recevoir des conseils, des retours positifs, d'être confronté parfois. Les interactions en groupe ont permis pour certains une prise de conscience de valeurs, de forces et faiblesses, de connaissance de soi. Le sentiment d'appartenance engendré par le fait de faire partie d'un groupe, se sentir légitime dans sa souffrance, le sentiment d'être compris ont été ramenés par les usagers comme étant des éléments ayant contribué à améliorer leur bien-être.

Ainsi les interactions ont permis pour certains usagers d'acquérir une attitude plus positive vis-à-vis de soi, comme nous l'exprime le participant 12 sur la manière dont il a pu être soutenu par rapport à des idées suicidaires présentes en début de séjour. « *J'ai trouvé des réponses qui m'évitent de prendre cette direction. C'est grâce à la rencontre d'autres personnes qui ont vécu la même chose, le partage avec d'autres personnes qui ont eu cette*

expérience. » Entr 12. Ou encore la participante 4 qui nous évoque le soutien qu'elle a eu du groupe pour reprendre une activité qui lui tenait à cœur : « Le groupe m'a aidé à aller mieux, on s'entraide, on parle beaucoup. » Entr 4

Certains usagers mentionnent aussi l'importance des interactions avec les thérapeutes. Ceux-ci invitant à un travail d'introspection, de remise en question, d'invitation au changement, de confrontation parfois. Les interactions étant exprimées comme bienveillantes mais pouvant être plus fermes, plus cadrantes, bousculantes quand nécessaire. Une participante nous parle dans l'extrait suivant des éléments ayant apporté un changement dans l'acceptation de soi et du sentiment de fierté qu'elle pouvait avoir dans la reprise d'une série d'activités : *« ...l'aide des thérapeutes, le fait qu'on nous remette en place quand besoin. » Entr 14 ;* ou encore un autre participant qui nous dit : *« Les thérapeutes ne sont pas là pour être gentil mais pour nous faire travailler et ça bouscule. » Entr 10*

Parmi les outils ayant facilités les interactions dans le module, on retrouve la ligne de vie, certains participants nous parle d'un avant et d'un après. Par exemple, c'est à la suite de la présentation de sa ligne de vie qu'une participante a pu mettre en place un bénévolat autour de la petite enfance. Cela grâce aux retours des autres usagers après avoir mentionné le fait qu'elle aimait être en contact avec les nourrissons. *« Les autres patients m'ont fait des retours et j'ai commencé à chercher. Puis j'ai fait un essai de 3 jours et ça a été. » Entr 3.*

4.3.2.2.3 Motivation

Les relations interpersonnelles ont permis à plusieurs usagers de retrouver l'envie et la motivation de (re)faire certaines choses, activités qu'ils ne faisaient pas ou plus. La participante 9 nous l'exprime dans l'extrait suivant : *« J'ai retrouvé l'envie. En dépression, je n'existais plus. Maintenant, je m'intéresse à ce qu'il y a autour de moi. J'arrive de nouveau à m'éblouir de pleins de choses, à voir les gens. » Entr 9.*

Les relations interpersonnelles au sein des modules, des activités ou de l'hôpital de jour en générale ont également permis à certains de soit reprendre une activité passée tel que faire des cartes de vœux, reprendre la guitare, refaire du sport, refaire de la méditation... comme nous le dit le participant 13 : *« L'encrage dans le module m'a donné envie de refaire de la méditation à l'extérieur. Samedi je compte aller au temple et en refaire à la maison. » Entr 13 ;* soit de faire une activité à l'extérieur qu'ils ont découvert à l'hôpital de jour comme la

mosaïque, le dessin, la mindfulness ... comme nous le mentionne la participante 11 : « *J'ai surtout apprécié la mosaïque et l'atelier bois. J'ai pour projet de continuer ces activités à l'extérieur.* » Entr 11.

Le partage et le soutien que les usagers ont pu vivre au sein de l'hôpital de jour semble avoir été un élément important dans le retour à l'envie, la motivation, le fait de retrouver un sens à sa vie. Une participante nous l'exprime ainsi : « *J'ai eu Chanel (*chienne) grâce à l'hôpital de jour, ça m'a énormément aidé. Je sors plus de chez moi maintenant [...] l'envie est revenue.* » Entr 4

4.3.2.2.4 Socialisation

Certains usagers qui étaient très isolés au départ ont vu une amélioration dans leurs relations sociales grâce à la vie en communauté. Certains participant nous l'exprime en nous disant : « *En arrivant j'avais difficile de parler avec les gens que je connaissais pas, j'ai plus facile maintenant. Le fait d'être dans un lieu communautaire, de côtoyer d'autres personnes à aider.* » Entr 11, « *Je suis timide, ici j'ai pu m'ouvrir, m'extérioriser. Je parle plus avec les gens dans la rue quand je promène mon chien.* » Entr 4. Une autre participante nous dit également à la suite de son séjour : « *Mais maintenant voilà je suis dans l'optique que je veux ressortir, rencontrer de nouvelles personnes.* » Entr 16.

Les jeux réalisés dans le module ont également été un moyen de créer du lien avec les autres usagers, comme nous le dit la participante suivante : « *Les jeux, ça m'a permis de me sociabiliser avec les nouveaux, j'apprends à mieux les connaître.* » Entr 14.

Les activités semblent avoir joué un rôle important dans le processus de resocialisation par le fait de côtoyer non seulement des usagers de tous modules confondus mais aussi des personnes issues des hospitalisations résidentielles, comme nous l'exprime certains participants : « *Je fais du sport, là on parle, c'est plus sociable.* » Entr 13 ; « *J'ai fait du ping-pong, du badminton et surtout du volley car c'était en équipe et que j'ai très peu fait de sport en équipe. J'ai redécouvert la dynamique de groupe.* » Entr10

Le sociogramme a été ramené par certains comme étant un élément révélateur de relations sociales et familiales présentes ou absentes. Parfois c'était la pauvreté des liens existant ou le nombre trop important de personnes qui a été mis en évidence. Le sociogramme a joué un rôle de prise de conscience d'une situation existante et des changements nécessaires

à l'amélioration des relations sociales. Une participante nous dit : « *Le sociogramme, quand une autre patiente a parlé de ses relations avec sa famille [...]. Moi je me suis dit que j'avais beaucoup de soutien mais que c'était moi qui n'allais pas vers les autres.* » Entr 11

Au vu des différents retours nous pouvons dire qu'il existe plusieurs ressources ayant favorisé le processus de resocialisation des usagers. Néanmoins, il semble que ce soit l'ensemble de l'accompagnement à tous les niveaux qui ait contribué à améliorer celui-ci. L'hôpital de jour jouerait donc un rôle majeur dans le processus de resocialisation des personnes l'intégrant.

4.3.2.3 Les changements de comportements

4.3.2.3.1 Gestion des difficultés

Plusieurs usagers ont pu voir des changements dans leur manière de gérer leurs difficultés telles que sortir de chez soi, revoir du monde, prendre les transports en commun, aller dans une grande surface. Une participante nous parle de ses difficultés à ce sujet et du changement s'étant opéré grâce à l'hôpital de jour : « *J'ai difficile à aller dans les grandes surfaces seule, j'ai des angoisses [...]. Depuis que je suis ici, j'ai une fois été au petit GB et deux fois au Aldi, j'étais fière de moi.* » Entr 9

Pour d'autres, c'est plutôt la manière de réagir vis-à-vis d'autrui qui a changé, avec une certaine prise de conscience. Il s'agissait ici plutôt d'un recentrage sur soi et sur ses priorités contribuant à améliorer l'attitude envers soi-même et la relation à l'autre. Le participant 10 nous l'exprime dans l'extrait suivant : « *Avant je démarrais au quart de tour et maintenant j'essaie de d'abord chercher ce qui se passe en moi, voir ce que ça vient titiller en moi comme émotions, comme sentiments et éventuellement le besoin qui en découle.* » Entr 10. Pour ce même participant, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) a été citée comme ayant permis de mettre en lumière certaines attitudes, réactions, comportements ayant eu des conséquences négatives sur sa vie quotidienne. Elle aurait contribué à procurer une autre vision de la vie et à adopter de nouveaux comportements : « *Ici, avec l'ACT ça a été une prise de conscience [...]. Je l'applique maintenant dans la vie de tous les jours.* » Entr 10.

Certains usagers ont aussi pu voir un changement dans la manière de gérer leur comportement addictif. Par exemple le fait de consommer moins d'alcool a permis pour certains une amélioration de l'estime de soi. Ce changement de comportement se traduisant

par d'avantage de valorisation, de confiance en soi, de respect de soi par la mise en place de limites etc... mais aussi par une amélioration dans les relations sociales, familiales, de couple et de prise en charge de sa santé. Une participante nous dit à ce sujet : « [...] le fait de consommer moins j'arrive plus facilement à dire « non » » ou encore concernant sa relation de couple : « en six mois il y a eu moins de consommation. On communique plus, on fait plus de choses le soir car avant je m'endormais. » Entr 15

Plusieurs participants attribuaient ses changements à la vie en modules et aux différentes interactions ayant eu lieu avec les thérapeutes et les autres usagers. Il a été néanmoins difficile pour eux d'identifier précisément les éléments de la prise en charge ayant contribué à ceux-ci.

4.3.2.3.2 Mise à l'action

Plusieurs usagers ont émis des difficultés dans la gestion des tâches de la vie quotidienne en arrivant. Pour certains celles-ci résultaient essentiellement d'un manque d'envie, d'énergie, de motivation en lien avec leur état dépressif. Faire le ménage, la cuisine, les courses, sont d'autant de difficultés ayant été rapportées par les usagers. Plusieurs participants ont vu une amélioration dans ces domaines. Ils l'attribuent la plupart du temps à une amélioration de leur état psychique. Une participante nous parle de la contribution de l'hôpital de jour dans sa gestion des tâches quotidiennes en disant : « Avant ici je ne préparais plus rien. Idem pour les courses et le ménage. C'est revenu au cours du séjour, il y a plus ou moins 1 mois et demi. » Entr 7. Une autre participante nous a mentionné le fait de refaire la vaisselle, l'aspirateur, le nettoyage et explique que ce sont les tâches communautaires qu'elle réalisait à l'hôpital de jour qui ont favorisé cette remise en action. « Le fait de nettoyer les tables sur le temps de midi, les tâches communautaires. » Entr 14

Les démarches administratives et financières représentaient également une difficulté pour les usagers. Face à celles-ci beaucoup procrastinait et se retrouvait parfois face à des situations vécues comme insurmontables. Un participant nous en parle : « j'avais beaucoup de dettes car j'achetais pleins de choses [...], j'ai demandé l'aide du CPAS, l'assistante sociale X. m'a aidé au début et m'a montré comment faire pour pleins de choses. Maintenant je me débrouille. » Entr 1. On peut imaginer dans cette situation que c'est le soutien, l'accompagnement apporté par l'assistante social qui a permis à celui-ci de se remettre en mouvement et de reprendre les choses en main.

Certains usagers ont pu voir une amélioration dans leur présentation physique et dans la prise en charge de leur santé globale. La vie communautaire semble avoir contribué pour certains à cette amélioration : *« J'étais arrivé à un stade où je ne me lavais plus. Maintenant je me lave tous les jours, je prends soin de moi, la base quoi [...]. Ça a aidé le fait d'être en communauté et de venir avec une certaine présentation. » Entr 16*

Parmi les outils utilisés en module ayant contribué à cette amélioration on trouve le selfie (bilan) réalisé dans le groupe Matisse. Le fait de pouvoir reparler du vécu et du chemin effectué a permis à la participante une prise de conscience et une remise à l'action, comme elle nous le dit ici : *« Après 3 mois, après le selfie j'ai beaucoup pleuré, des choses sont ressorties. J'ai eu un déclic, petit à petit des choses sortaient de ma tête. Des choses ont été mises en place. » Entr 7*

Pour certains ce sont les activités qui ont joué un rôle important dans la mise en action, tel que l'activité terre, bois, mosaïque, expression plastique.... Ces activités ont pu engendrer un sentiment de compétence, mais aussi de fierté à l'égard de l'accomplissement de celles-ci. Elles ont pu jouer un rôle non seulement dans l'amélioration de l'estime de soi mais aussi la remise en action et le fonctionnement social des usagers. La participante 7 nous l'exprime dans l'extrait suivant : *« En bois, j'ai fait une jardinière. Ça a été une fierté et ça coïncide avec le moment où j'ai voulu refaire des choses et où j'ai pris contact avec mon travail. » Entr 7.*

4.3.2.3.3 Rythme

Plusieurs usagers ont vu leur fonctionnement quotidien s'améliorer grâce au fait de reprendre un rythme, avoir une structure dans leur organisation journalière. La participante 4 nous dit : *« Ce n'était pas facile au début car j'étais fort fatiguée, sur les genoux. Maintenant j'ai un rythme normal. Ça s'est amélioré par le fait de venir ici et de faire les objectifs dans le groupe. » Entr 4.* Travailler sur les objectifs, les forces et leviers en lien avec ceux-ci et les moyens pour y parvenir ont permis à cette participante de réinstaurer une mise à l'action dans la reprise d'activités, d'une structure, d'un changement d'habitude.

L'intervention des thérapeutes amenant une réflexion sur le mode de fonctionnement a permis pour certains la mise en place d'une activité comme le bénévolat, permettant de retrouver un rythme de vie. (Participant 8) : *« X. m'a interpellé par rapport à si j'allais*

continuer en psy tout le temps. Du coup je me suis dirigé vers le bénévolat. J'ai trouvé un rythme. ».

La roue du temps utilisée en module a également été citée comme ayant favorisé une prise de conscience et un rythme par le fait de se projeter sur une journée type post hôpital de jour.

Le fait de venir tous les jours et avoir un horaire régulier a également permis à certains d'acquérir une routine qu'ils n'avaient plus avant. Un participant nous exprime ses sentiments à l'idée de quitter l'hôpital de jour en nous disant : *« Ça va me manquer, je me suis habitué au rythme » Entr 6*

4.3.2.3.4 Lâcher-prise

La pression, l'exigence que certains usagers pouvaient avoir envers eux a été rapporté comme pouvant être un obstacle à l'accomplissement de certaines activités. Un sentiment de dévalorisation étant aussi associé quand les attentes n'étaient pas satisfaites. Une participante nous parle de son côté perfectionniste en nous disant : *« J'ai appris que je devais être plus souple, ne pas avoir peur et pas faire les choses dès le départ parfaitement [...] L'hôpital de jour nous apprend à faire avec ce que l'on a, de ne pas se mettre la pression. » Entr 11.*

C'est à la fois la vie en module, les activités (la mindfulness, l'expression plastique, ...) et les interactions avec les autres qui semblent avoir contribué à favoriser le lâcher-prise et l'adoption d'une attitude plus favorable envers soi. Une participante l'exprime ainsi : *« C'est par les activités que j'ai pris conscience de mon acharnement et j'ai dit oh stop. Acharnement qui m'a causé aussi des problèmes dans mon boulot [...] » Entr 16*

Au vu des retours obtenus, nous avons pu observer que c'étaient surtout les usagers avec un statut socio-professionnel élevé qui avait du mal avec la notion de lâcher-prise. Ils avaient pour certains difficile à sortir de la dynamique du travail et de l'apprentissage malgré l'arrêt de l'activité professionnelle. Ceux-ci avaient parfois du mal à s'ouvrir et expérimenter de nouvelles expériences. Un participant nous dit en parlant de son expérience dans l'activité expression plastique : *« [...] j'ai posé la question si c'était possible d'avoir des cours. On m'a dit que ça ne se faisait pas [...] du coup peut être que c'est parce que je suis perfectionniste, académique, que j'ai eu difficile de sortir de ce cadre-là. » Entr 10*

4.3.2.4 Les bienfaits

4.3.2.4.1 Plaisir

Certains usagers ont pu au travers des activités à médiation, (re)découvrir des sensations qu'ils ne connaissaient pas ou plus telle que la notion de plaisir, du jeu, de l'amusement. (Participant 10) : « *Par exemple avant je faisais du sport ou je m'embêtais à mourir : la salle, le fitness... Maintenant je fais du sport par plaisir, par jeux.* », ou cette autre participante qui nous dit : « *En plus de ma santé, j'ai appris l'importance de s'octroyer des moments de plaisir. J'ai appris que par le corps on pouvait s'exprimer autrement.* » Entr 7.

Dans les éléments ayant contribué à favoriser cette notion de plaisir, on retrouve essentiellement la participation aux activités, celle-ci ayant permis pour certains une amélioration de l'estime de soi et/ou la mise en place d'activités extérieures. On peut le voir dans l'extrait suivant : « *J'ai découvert des choses que j'aime faire comme m'amuser. Ici c'est plus facile d'être soi-même.* » Entr 16

Le cadre de l'hôpital de jour a également été cité comme ayant favorisé le fait de se sentir bien et ouvert à l'expérimentation comme nous le dit la participante 7 : « *J'ai trouvé un lieu paisible, le bâtiment est situé dans un beau cadre vert [...].* »

4.3.3 Les projets et perspectives

Nous allons dans ce paragraphe nous intéresser aux projets de départ des usagers et aux éléments ayant contribué à la réalisation de ceux-ci.

Plusieurs participants ont pu soit mettre en place une activité communautaire au cours du séjour ou projeter dans faire une à la sortie tel qu'un bénévolat, proposer un atelier dans une « asbl » ou en créer une. Une participante nous dit à ce sujet : « *Je fais un bénévolat à l'ONE. C'est grâce à l'hôpital de jour, ça se passe bien je suis contente.* » Entr 3, ou cette autre participante qui nous dit : « *Je voudrais reprendre mes activités communautaires. Avant je participais à une association pour enfants défavorisés avec ma fille.* » Entr 2. Les usagers attribuaient la réalisation de celle-ci aux échanges et discussions ayant eu lieu en module. La possibilité de faire une activité dites « patients » a également permis à un participant de proposer un atelier à l'extérieur. « *Je vais proposer des ateliers danse dans une asbl à Laeken.* » Entr 1

D'autres usagers ont pu quant à eux planifier ou reprendre une activité qu'ils n'avaient plus exercer depuis un certain temps comme la reprise d'une activité physique, la méditation, la musique, la lecture ... La réalisation de ceux-ci a été attribué à la vie en module mais surtout aux activités à médiation. « *Je voudrais refaire de l'aquagym, de la marche. Je n'en ai plus fait depuis longtemps, j'ai repris grâce à l'activité marche.* » Entr 5 ; « *Je vais reprendre la méditation, le yoga. Je vais reprendre le pilate avec ma copine.* » Entr13. Ce participant nous expliquera plus tôt dans l'entretien que c'est grâce à l'activité mindfulness qu'il a eu envie de reprendre la méditation qu'il exerçait dans le passé.

Certains ont pu prendre des décisions importantes en lien avec leur activité professionnelle, soit en reprenant leur activité avec d'autres modalités, soit en décidant d'arrêter. Parfois la recherche d'une autre activité a été envisagée ou la recherche d'une formation. Le travail s'est fait ici essentiellement en module. « *On m'a fait comprendre de trouver une activité que j'aime faire et qui me fait du bien, en imaginant que je trouve un boulot aussi.* » Entr 16

Quelques usagers ont eu l'envie de poursuivre le travail effectué à l'hôpital de jour en se dirigeant vers une autre structure de jour. « *Je fais une demande de candidature à Sans-soucis. L'hôpital de jour a aidé par rapport à l'image que l'on peut avoir à l'idée de fréquenter ces endroits.* » Entr 14

5 DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous commencerons par vous présenter les principaux résultats issus de notre recherche. Nous ferons ensuite une comparaison de ceux-ci avec la littérature. Nous vous exposerons également les principales limites relevées au cours de l'élaboration de ce travail. Enfin nous terminerons par les perspectives de recherche et les implications de celles-ci dans notre pratique.

5.1 Principaux résultats synthétisés

Nos résultats ont montré que les principaux éléments issus de l'accompagnement de l'hôpital de jour ayant favorisé l'amélioration de la qualité de vie, et plus particulièrement en matière d'estime de soi et de fonctionnement social sont : 1) les interactions entre pairs au sein des modules, 2) l'accompagnement des thérapeutes et 3) la (re)découverte du plaisir, du jeu, du lâcher-prise dans les activités.

En effet, nombreux sont ceux ayant mis en évidence l'importance de faire partie d'un groupe, de pouvoir partager sur leur vécu et leurs sentiments, d'écouter les histoires des autres, cela leur procurant un sentiment de sécurité, d'appartenance mais aussi d'existence dans le fait d'être reconnu dans leur souffrance. Les interactions ayant permis à certains l'instauration d'un sentiment d'espoir, leur permettant de (re)trouver un sens à leur vie et une motivation à accomplir des actions, à adopter de nouveaux comportements, à prendre soin d'eux. Se rassurer, se prodiguer des conseils, s'entraider entres pairs sont d'autant d'éléments ayant été rapportés par les usagers comme ayant eu un impact positif dans leur processus de développement personnel. Les échanges entre pairs dans le module semblent donc avoir été déterminants dans l'amélioration de la qualité de vie des usagers. Ceux-ci ayant agis à différents degrés sur la valorisation, le retour à l'envie, la confiance en soi, l'affirmation de soi, la sociabilisation, les changements de comportements, la mise à l'action...

L'accueil et l'accompagnement des thérapeutes ont également été mentionné comme étant importants à l'instauration d'un climat de confiance permettant d'effectuer un travail sur soi. La bienveillance des thérapeutes étant rapporté par les usagers comme procurant un sentiment d'égalité, de sécurité, de liberté... Les interventions en module également, les invitant à une prise de conscience, une réflexion personnelle, une invitation aux changements, une sortie de leur zone de confort. Celles-ci pouvant être plus confrontantes ou bousculantes

parfois mais toujours dans le respect de l'autre. Ce sont pour beaucoup les interventions et le lien qu'ils ont pu créer avec les thérapeutes qui semblent avoir favorisé un changement dans l'estime de soi, l'envie de faire ou tester de nouvelles choses, de se remettre dans l'action. Plusieurs outils ont été utilisés dans les modules pour favoriser le changement. Cela dit, les résultats ont démontrés que « la ligne de vie » et « la thérapie ACT » sont ceux ayant eu le plus d'impact sur les usagers. La première par le fait de retracer les événements marquants de sa vie et de les partager avec l'ensemble du groupe. Exercice ayant été présenté par les usagers comme ayant marqué un tournant dans la prise en charge. La revisite de leur histoire en présence des pairs et des thérapeutes semble pouvoir permettre une relecture et une compréhension différente dans le groupe qui se veut alors témoin accueillant et non jugeant et qui donne une reconnaissance à cette histoire de vie. Les usagers se sentant alors libéré et mis en confiance, parfois valorisé et prêt à effectuer un travail plus en profondeur. La deuxième étant la thérapie ACT, favorisant l'acceptation de pensées et émotions négatives et le rapprochement à ses valeurs tout en prenant conscience de comportements d'évitements pouvant être présents. Cet abord thérapeutique remet l'utilisateur au centre de sa vie et lui redonne un statut de sujet à part entière où il devient acteur de sa vie et non pas uniquement « objet » de sa maladie. Plusieurs usagers ont pu l'appliquer dans leur quotidien et en ont rapporté des bénéfices dans leur manière de voir les choses et de se comporter avec autrui.

Enfin les activités à médiation semblent également avoir joué un rôle important sur l'amélioration de la qualité de vie des usagers à plusieurs niveaux. Tout d'abord, celles-ci ont permis la (re)découverte d'une notion de plaisir, d'amusement, de jeux... sentiments inconnus ou oubliés pour beaucoup. Les bienfaits de ceux-ci ayant procuré une envie de faire ou refaire des activités qu'ils ne faisaient plus ou pas avant. Les activités ont contribué non seulement à améliorer l'estime de soi des usagers par la découverte de compétences, l'envie de faire des choses, l'adoption d'une attitude plus positive envers soi, la valorisation au travers de la création... mais aussi par la réinstauration d'un rythme, d'une structure, d'un équilibre en programmant parfois des activités à l'extérieur.

5.2 Comparaison avec la littérature

D'après les résultats, il semble que les usagers n'étaient pas satisfaits de leur qualité de vie au moment de leur arrivée. Ceux-ci présentaient souvent des difficultés dans les différentes dimensions qui la compose. Un isolement, un repli sur soi, des difficultés à effectuer les tâches

de la vie quotidienne, des difficultés relationnelles, un manque de confiance en soi, des difficultés à affronter le regard de l'autre sont d'autant d'éléments rapportés par les usagers expliquant cette insatisfaction. Beaucoup ont manifesté l'envie et l'espoir d'aller mieux, de retrouver un sens à sa vie, un but, de retrouver sa vie d'entant. Nos résultats confirment les propos de Hultqvist et al. (2018) dans le fait que les personnes souffrant de troubles mentaux ont tendance à avoir une qualité de vie inférieure à la population générale.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes intéressés plus précisément aux dimensions psychologiques, fonctionnelles et sociales. Nous avons cherché à comprendre comment l'hôpital de jour favorisait l'amélioration de la qualité de vie de ses usagers et plus particulièrement de l'estime de soi et du fonctionnement social. Nos résultats ont pu montrer que ses dimensions étaient particulièrement touchées. Les usagers présentaient en général une baisse de l'estime de soi et des difficultés dans leur fonctionnement social à des niveaux variables.

En effet, nous avons pu constater que la plupart des usagers interrogés avaient du mal à identifier, reconnaître, ou tout simplement parler de la valeur dont ils s'accordaient. Le plus souvent il y avait une dévalorisation, des difficultés à mettre en avant leurs forces et qualités, leurs compétences. Ils avaient également tendance à avoir une attitude négative envers eux-mêmes et des difficultés à mettre ou se mettre des limites pour répondre aux attentes et aux demandes des autres. L'estime de soi, dimension centrale de la qualité de vie (Barbalat et al. (2022) était donc particulièrement basse chez la plupart des usagers, avec pour conséquence une difficulté à s'engager dans l'action et à aller vers les autres, à réaliser les tâches de la vie quotidienne, à faire face aux événements douloureux comme nous la décrit André (2014). Nos résultats rejoignent donc ceux de Salsali et Silverstone (2003) dans l'idée que les personnes souffrant de troubles mentaux ont tendance à avoir une faible estime d'eux-mêmes. En revanche, nous n'avons pas vu de différence significative de l'estime de soi entre les sexes nous incitant à dire que les femmes avaient tendance à avoir une estime de soi plus faible, ni entre les catégories d'âge.

Nos résultats ont pu également démontrer que les usagers interrogés présentaient des difficultés dans leur fonctionnement social à différents niveaux. Ceux-ci présentaient souvent des difficultés à gérer les habiletés de la vie autonome telles que les tâches quotidiennes, les tâches administratives et financières, la santé générale, les relations sociales et familiales mais aussi dans la participation à la vie communautaire par la mise en place d'activités, de loisirs... Ces résultats soutiennent le fait que cette dimension est souvent affectée chez les personnes

souffrant de troubles psychiques comme spécifié dans les études de Burns & Patruck (2007) et de Kupferberg et al. (2016). Il a aussi été constaté que tous usagers présentaient des difficultés dans cette dimension peu importe le diagnostic.

Un grand nombre d'usagers considèrent avoir vu une amélioration dans leur estime de soi et dans leur fonctionnement social au cours du séjour, améliorant par conséquence leur qualité de vie. Il a été difficile de déterminer si c'était plutôt l'amélioration de l'estime de soi qui avait contribué à améliorer le fonctionnement social ou l'inverse. Ce qui a été cependant démontré dans nos résultats, c'est que l'hôpital de jour a joué un rôle important dans tout le processus de développement personnel des usagers. Plusieurs ressources ont été décrit par ceux-ci comme étant à l'origine de cette amélioration. Selon les usagers, les changements ont pu s'opérer au travers des échanges et interactions entres pairs au sein des modules mais parfois dans les espaces communautaires ou dans les activités. L'accueil chaleureux et l'environnement ont également été décrit comme favorisant positivement la mise au travail par l'instauration d'un climat sécuritaire et rassurant. Toujours selon les usagers, les différentes interventions des thérapeutes aurait également contribué à promouvoir le changement dans les dimensions que sont l'estime de soi et le fonctionnement social. Celle-ci décrites comme bienveillantes, stimulantes et confrontantes parfois. Les résultats nous ont aussi permis de mettre en évidence l'importance des activités à médiation ou activités « patients », dans le retour à une certaine confiance en soi permettant une revalorisation, un retour à l'envie, à l'action. La mosaïque, la terre, le sport, l'expression plastique, la balade, le karaoké, les jeux de société sont d'autant d'activités ayant contribué à (re)donner du plaisir, de la joie, de l'amusement, de la légèreté....

Au vu des résultats, plusieurs éléments issus de l'accompagnement semble avoir été à l'origine et avoir favorisé l'amélioration de l'estime de soi et du fonctionnement social des usagers. Néanmoins, il semble que ce soit plutôt un tout et donc l'ensemble de l'accompagnement qui semble avoir contribué à ces changements.

5.3 Limites

Plusieurs limites ont pu être mises en évidence au cours de la réalisation de notre étude. Nous allons au travers de ce paragraphe tenter de faire le tour de chacune d'elles.

L'idée de départ était d'interroger les usagers, à leur arrivée et de les revoir à leur sortie, cela afin de mieux pouvoir se rendre compte de l'évolution s'étant opéré dans leur estime de

soi et de leur fonctionnement social. Des contraintes de temps nous ont obligé à revoir nos intentions. En effet, la durée de l'hospitalisation à l'hôpital de jour étant de six mois au début de l'étude, il nous était donc impossible de les interroger à l'entrée et six mois après car l'étude aurait dû être étalée sur une durée beaucoup plus longue. Nous avons alors choisi d'interroger les usagers uniquement dans leur dernier mois d'hospitalisation et donc au cours de leur sixième mois. De plus, des changements organisationnels ont fait passer les séjours de six à neuf mois au cours de l'étude, nous avons alors choisi de garder ce même moment pour interroger l'ensemble des usagers. L'ensemble des usagers a donc été interviewé au cours du sixième mois d'hospitalisation correspond au dernier mois de séjour pour dix d'entre eux. Malgré le fait que les usagers ont été interrogés au même moment, nous pouvons nous demander ici si ceux dont ils restaient encore trois mois de séjour ont répondu à l'entretien avec le même état d'esprit que ceux clôturant leur séjour.

Une autre limite que nous avons pu observer était un potentiel biais de mémoire. En effet, le fait d'interroger les usagers sur leur état, leur fonctionnement et des événements ayant eu lieu six mois avant a probablement engendré pour certains des difficultés à se rappeler et se replonger dans un vécu antérieur difficile.

De plus, la durée de l'étude s'étalant sur une période de trois mois, nous n'avons pas pu avoir de participants pour l'ensemble des modules. En effet, le module « Folon » n'a pas pu être représenté car aucun usager ne correspondait au critères d'inclusion. Aussi, tous les autres modules n'ont pas pu être représenté de la même manière. Nous pouvons constater que le module « Yourcenar » comptait plus de participants à l'étude que les autres modules. Une durée d'étude plus grande aurait probablement permis d'avoir un échantillon plus large et plus représentatif de notre population générale.

Nous pouvons également nous poser la question de savoir si le fait d'interroger personnellement des usagers fréquentant notre propre institution ne représentait pas un biais en soi. Les résultats pouvant être induit par les relations, liens pouvant s'être créé au cours des six mois de séjour. Encore plus le fait d'interviewer des usagers faisant partie du module que nous animions. Cette situation concernait trois sur les seize usagers interrogés. Dans ce cas, la possibilité que les usagers aient répondu aux questions posées dans un soucis de bien faire, de ne pas heurter, avec un souhait de mettre en avant les aspects plus positifs de l'accompagnement ne peut être exclus. Notre position n'étant pas neutre, nous nous demandons dans quelle mesure celle-ci aurait influencer leurs réponses. Cette même position

nous mettant aussi dans une situation où certains participants n'allaient pas au fond des choses car avaient en tête que nous avions déjà la réponse aux questions posées.

Nous nous sommes aussi rendu compte de la difficulté pour les usagers d'évaluer le changement qui a pu s'opérer dans la dimension de l'estime de soi. Pour beaucoup les améliorations ont pu être identifiées au travers des changements en lien avec le fonctionnement social. Cette constatation confirmant le rôle central de l'estime de soi dans la qualité de vie mise en évidence par l'étude de Barbatat et al. (2022). Il a aussi été difficile pour eux d'identifier le moment et les mécanismes ayant apporté un changement. Souvent, ils pouvaient dire qu'ils allaient mieux, qu'ils voyaient des changements dans leur manière d'être, de penser, se comporter, d'agir. Ils pouvaient l'attribuer aux modules, aux interactions, aux thérapeutes, aux activités, à certains outils utilisés dans les modules, ou de manière plus large à l'entrée en hôpital de jour. Néanmoins, il a été difficile d'avoir des éléments plus précis par exemple par rapport aux outils utilisés. Plusieurs les ont cités comme ayant participé à l'amélioration de leur estime de soi et de leur fonctionnement social sans aller plus loin.

Un autre biais potentiel, que nous pouvons difficilement ne pas exclure, est l'attribution par les usagers de changement et d'amélioration dans l'estime de soi et le fonctionnement social à l'hôpital de jour, alors qu'il pourrait être dû à la prise de traitement psychotrope agissant sur l'humeur. Il semble en effet difficile de savoir dans quelle mesure le traitement pharmacologique a joué un rôle dans cette amélioration.

Et enfin, nous avons limité notre étude à un seul hôpital de jour qui est celui dans lequel nous exerçons. Ce choix était délibéré car nous voulions avant tout nous rendre compte des réels bénéfices occasionnés par notre accompagnement sur l'estime de soi et le fonctionnement social. Nous voulions également décrire les éléments propre à nos pratiques et à l'environnement dans lequel nous travaillons potentiellement à l'origine de ceux-ci. Ceci afin de nous permettre d'ajuster ou d'améliorer notre accompagnement au mieux. Il semblerait néanmoins que cette étude puisse être élargie à d'autres hôpitaux de jour.

5.4 Implications dans la pratique et perspectives de recherche

Nous avons choisi de décrire les perspectives de recherche et des implications dans la pratique à destination des usagers d'abord, puis des professionnels de santé et de l'organisation des services, et enfin des politiques.

5.4.1 Pour les usagers

Le travail que nous avons réalisé a permis de nous éclairer sur les bénéfices qu'apportaient un accompagnement en hôpital de jour sur l'estime de soi et le fonctionnement social des usagers le fréquentant. Les résultats nous ont permis d'objectiver ses bénéfices, mais aussi de nous rendre compte de ce qui les favorisaient réellement.

Nous avons pu mettre en évidence l'envie des usagers d'avoir une place, un rôle plus important dans la vie en communauté de l'hôpital de jour. Celle-ci s'est reflétée par la proposition qui leur a été faite de pouvoir organiser et animer eux-mêmes une activité. Les usagers en ayant fait l'expérience renvoyant une série d'éléments positifs leurs ayant procurer un sentiment de valorisation, de compétence, de fierté, d'existence...contribuant à améliorer leur estime de soi et à les remettre en action. Il nous semble donc intéressant de pouvoir explorer l'élargissement de la participation des usagers au sein des activités à médiation en tant que co-créeurs et/ou co-animateurs par exemple. Celle-ci pourrait être plus systématique, avec une plage horaire fixe dédié à celle-ci dans le programme d'activité.

Dans le cadre de ce travail, deux dimensions de la qualité de vie ont pu être traitées. Il serait donc intéressant que les autres dimensions puissent également faire l'objet d'études futures, d'autant plus que les dimensions de la qualité de vie interagissent les unes avec les autres.

Pour prendre en compte au mieux l'ensemble des besoins des usagers fréquentant les hôpitaux de jour, il semblerait également intéressant d'explorer d'autres aspects de leur vie tels que le rétablissement, le support social... Cela permettrait d'adapter nos pratiques afin de les accompagner au mieux dans leur processus de développement personnel.

Afin de réduire une série de biais potentiel et pour que notre échantillon soit le plus représentatif possible de notre population générale, nous pourrions également envisager d'effectuer un travail à plus grande échelle. Celui-ci pourrait s'étaler sur une période d'un an par exemple, en collaboration avec d'autres membres du personnel et au cours de laquelle les usagers seraient vu à l'arrivée et à la sortie.

5.4.2 Pour les professionnels de santé et l'organisation des services

Afin de justifier la place et l'existence des hôpitaux de jour au sein de notre offre de soins de santé, il semble important que ceux-ci puissent être évalués. L'évaluation d'un programme a pour principaux objectifs de rendre compte de l'utilisation des ressources publiques, mais aussi de permettre l'amélioration de celui-ci. (Schmitz O., 2022). Il nous semble donc nécessaire de déterminer quelles sont les bénéfices d'une prise en charge en hôpital de jour par rapport à d'autres offres de soins.

Nous avons au travers de ce travail décider d'évaluer notre programme au travers de la qualité de vie de nos usagers mais aussi de la satisfaction à l'égard des soins reçus. Nos résultats nous ont permis de nous rendre compte des bénéfices apportés en matière d'estime de soi et de fonctionnement social et des principaux éléments à l'origine de ceux-ci. Dans un second temps ils nous ont permis de nous rendre compte du taux élevé de satisfaction à l'égard de ce que nous leur proposons. Néanmoins, certaines limites en lien avec notre accompagnement ont pu être mises en évidence.

Premièrement, le besoin des usagers d'avoir une participation plus grande dans les activités nous amène à un certain questionnement en lien avec la place que ceux-ci peuvent avoir dans l'organisation des soins. En effet, au vu des bénéfices et des retours positifs rapportés par ceux-ci, un élargissement de leur participation pourrait être envisagé au-delà des activités. Il pourrait par exemple être envisagé d'intégrer des pairs-aidants dans les modules. Ce changement de paradigme nécessiterait une profonde réorganisation de nos pratiques : comment intégrer le pair-aidant dans l'équipe thérapeutique ?

Deuxièmement, il a été rapporté par les premiers usagers que le temps de prise en charge était trop court. En effet, plusieurs d'entre eux ont manifesté l'envie que celui-ci soit prolongé au-delà de six mois. Ceux-ci estimaient qu'il leur fallait plus de temps pour reprendre une activité professionnelle, pour consolider leur abstinence, pour préparer d'avantage leurs projets ou pour avoir une idée plus claire sur ce qu'ils voulaient faire par exemple. Comme nous l'avons mentionné plus tôt dans ce travail, un changement de durée de séjour a été opéré au cours de l'étude, la faisant passer à neuf mois. Si nous nous référons aux autres hôpitaux de jour, nous étions en effet l'hôpital de jour qui proposait le temps de séjour le plus court, avec l'idée d'éviter une possible chronification. A l'heure actuelle, il est difficile d'évaluer l'impact de ce changement sur nos usagers et sur notre organisation des soins. Néanmoins, nous pouvons nous poser la question d'un éventuel rallongement des listes d'attente dans le futur.

Troisièmement, les résultats ont relevé des limites dans notre accompagnement post hôpital de jour. Certains usagers ont exprimé avoir ressenti une « coupure », exprimant le désir de garder un lien, d'avoir un soutien, un suivi quelques temps après le séjour. Il est en effet vrai que nous n'avons aucune nouvelles des usagers quittant l'hôpital de jour sauf si ceux-ci le réintègrent dans le futur. Il pourrait être envisagé que les usagers puissent être recontacté durant un laps de temps post hospitalisation pour leur apporter une aide quelconque en fonction de leurs besoins ou tout simplement prendre de leurs nouvelles. Il pourrait également être envisagé de davantage travailler en collaboration avec des équipes mobiles pouvant faire le relais entre eux et nous. Ce suivi pourrait procurer aux usagers un soutien et une aide au-delà de leur séjour en hôpital de jour. Il pourrait également favoriser la collaboration avec d'autres offres de services de soins en vue de répondre aux besoins des usagers et assurer une continuité des soins.

Notre modèle de soins n'ayant pas changé depuis sa création dans les années 80, nous nous sommes souvent demandé si celui-ci correspondait encore aux besoins des usagers. Aussi, nous nous posions souvent la question de savoir si proposer un module (groupe de parole thérapeutique) le plus souvent à cinq jours par semaine n'était pas trop intensif pour eux. Surtout que la plupart d'entre eux avaient, en plus du suivi chez nous, un suivi psychiatrique et/ou psychothérapeutique individuel. Nos résultats ont pu démontrer l'importance de ceux-ci dans l'accompagnement et l'équilibre pouvant se faire entre les matinées se rapportant plus à un « travail » sur soi et les après-midi plus de l'ordre du plaisir et de la détente.

Au vu de ses éléments, il serait intéressant de pouvoir évaluer à plus long terme l'impact de la prolongation du séjour sur les usagers et sur notre organisation des soins. Il pourrait également être intéressant d'effectuer des recherches supplémentaires sur le territoire national afin de déterminer la durée nécessaire d'une prise en charge en hôpital de jour, certains proposant une durée de séjour allant parfois jusqu'à deux ans. Des recherches supplémentaires pourraient aussi être réalisées entre les différents hôpitaux de jour afin d'évaluer le suivi post-hospitalisation et la collaboration avec les autres offres de soins existantes.

6 CONCLUSION

L'importance du concept de la qualité de vie et son rôle dans l'évaluation de la santé de tout être humain ne sont maintenant plus à prouver. De même que le fait que les personnes souffrant de troubles mentaux ont tendance à avoir une faible estime de soi par rapport à la population générale et des difficultés dans leur fonctionnement social. Cependant très peu d'études qualitatives ont été pu être trouver sur l'efficacité des hôpitaux de jour sur la qualité de vie de leurs usagers, et plus particulièrement dans les dimensions de l'estime de soi et du fonctionnement social. De plus, aucune donnée qualitative n'a pu être trouvée sur l'évaluation des hôpitaux de jour en Belgique traitant de la qualité de vie, de l'estime de soi et du fonctionnement social.

C'est sur ce constat et sur un questionnement institutionnel en lien avec notre pratique que nous étions arrivés à notre question de recherche : « Comment l'hôpital de jour P. Sivadon favorise l'amélioration de la qualité de vie de ses usagers en matière d'estime de soi et de fonctionnement social ? ». Afin dit répondre, nous avons interrogés seize usagers au cours de de leur sixième mois de séjour. Notre objectif était dans un premier temps de décrire les bénéfices apportés par l'hôpital de jour en matière d'estime de soi et de fonctionnement social et de décrire les mécanismes par lesquelles les changements s'étaient opérés. Dans un deuxième temps, il s'agissait d'évaluer notre pratique en objectivant les limites de notre prise en charge afin d'apporter des pistes de changements pour l'améliorer.

Les résultats ont pu confirmer notre idée de départ à savoir que l'hôpital de jour améliorait la qualité de vie de ses usagers en matière d'estime de soi et de fonctionnement. En effet, la majorité d'entre eux ont pu voir une amélioration dans la valeur qu'ils s'accordaient, dans l'acceptation de soi, dans leur sentiment de compétence, dans l'attitude envers soi-même et dans le respect de soi. De même que beaucoup ont pu voir une amélioration dans les habiletés de la vie autonome, les relations sociales et la participation à la vie communautaire. De plus, les résultats nous ont permis d'avoir davantage de données concernant les mécanismes à l'origine de ces changements. Nous avons appris que les principales ressources ayant apporté un changement dans les dimension de l'estime de soi et du fonctionnement social étaient les interactions entre pairs au sein des modules, l'accompagnement des thérapeutes ainsi que la (re)découverte du plaisir du jeu, du lâcher-prise dans les activités.

Les résultats nous ont également conforté dans le fait que notre modèle de prise en charge répondait encore au besoin des usagers malgré le fait qu'il n'avait pas changé depuis sa création. Les usagers se sont montrés très satisfaits de l'équilibre existant entre le travail introspectif intensif des modules le matin et les activités à médiation l'après-midi laissant place à la détente, le jeu, l'amusement, l'exploration amenant la notion de plaisir et de lâcher-prise. Certaines limites de notre prise en charge ont également pu être rapportées, à savoir la demande d'une implication plus grande des usagers dans les activités leur permettant de l'organiser et de l'animer eux-mêmes. Mais aussi le manque de suivi post séjour et le manque de collaboration avec les équipes mobiles pouvant faire office de lien afin d'éviter une certaine « coupure » mentionnée par une participante.

Au vu de la richesse des données recueillies par notre travail, il semble nécessaire que les hôpitaux de jour puissent évaluer leur propre pratique, afin de non seulement fournir des données sur leur efficacité mais aussi afin d'améliorer leur programme afin de répondre au mieux aux besoins des usagers.

7 REFERENCES

- ALBIS M-A., PULL C. (2008) L'Hôpital de Jour en Psychiatrie : Diversité ou Spécificité ? *Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, n°2, 197-208.
- ANDRE C. (2014). Où en sommes-nous avec l'estime de soi ? *Santé Mentale*, 185, p 22-27.
- ANTHONY W.A. (1993). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*, 16, 11-23.
- ARGENTZELL E., TJORNSTRAND C., EKLUND M. (2017). Quality of Life Among People with Psychiatric Disabilities: Does Day Centre Attendance Make a Difference? *Community Mental Health Journal*, 53 (8), 984-990.
- AUJOULAT I. (2021). WFSP2106 – Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Cours de master en sciences de la santé, Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- BARBALAT G., PLASSE J., GAUTHIER E., VERDOUX H., QUILES C., DUBREUCQ J. "et al". (2022). The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. *Scientif reports*, 12(1), 7852.
- BOILY M., BOURQUE S. (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. 40p
- BERGERON-LECLERC C. (2010) *Les facteurs qui facilitent et entravent le cheminement vers l'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux grave et recevant des services d'une équipe de suivi intensif dans la communauté*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en Service Social pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
- BOURQUE S. (2011). *Lignes directrices. Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*. Montréal : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. 25p.
- BURNS T., PATRICK D., (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 116 (6), 403-418.
- CELLA D.F., (2007). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 25-31.
- CHAUDHURY S., RANI DAS P., MURTHY P.S., DIWAN C., A PATIL A., JAGTAP B. (2018). Quality of life in psychiatric disorders. *Journal of Trends in Biomedical Research*, 1(1), 1-4.

- CONNELL J., BRAZIER J., O'CATHAIN A., LLOYD-JONES M., & PAISLEY S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(138), 1–16.
- EKLUND M., & BACKSTROM M. (2005). A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Quality of Life Research*, 14, 1157–1168.
- EKLUND M., BACKSTROM M., & HANSSON, L. (2003). Personality and self-variables: Important determinants of subjective quality of life in schizophrenia outpatients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 108, 134–143.
- ELBECK M., FECTEAU G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(9), 998-1001.
- FAVROD J., GONZALEZ De ARA C., POISSONNIER S., BONSACK C. (2013). L'HÔPITAL DE JOUR de la communauté thérapeutique à la thérapie dans la communauté. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*, 15, 18-21.
- HULTQVIST J., MARKSTROM U., TJORNSTRAND C., EKLUND M. (2018). Quality of life among people with psychiatric disabilities attending community-based day centers our Clubhouses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32 (4), 1418-1427.
- KALLERT W., PRIEDE S., McCABE R., KIEJNA A., RYMASZEWSKA J., NAWKA P. *et al.* (2007). Are Day Hospitals Effective for Acutely Ill Psychiatric Patients? A European Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatrie*, 68:2, 278-287.
- KING R., LLOYD C., MEEHAN T. (2007). Key concepts and definitions. *Handbook of psychosocial rehabilitation*. Oxford: Blackwell Publishing, 2007, pp 1-11.
- KUPFERBERG A., BICKS L., GREGOR H. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 69, 313-332.
- LARIVIERE N., BOYER R. (2011). Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé : parcours et perceptions des personnes utilisatrices. *Santé mentale au Québec*, 36 (1), 75-97.
- LARIVIERE N., DESROSIERS J., TOUSIGNANT M., BOYER R. (2010). Who Benefits the Most from Psychiatric Day Hospitals? A comparison of Three Clinical Groups. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(2), 93-102.
- LARIVIERE N., MELANCON L., FORTIER L., DAVID P., COURNOYER J., BARIL M-C, BISSON J. (2009). A qualitative analysis of clients' Evaluation of a Psychiatric Day Hospital. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 165-177.

- MARSHALL M., CROWTHER R., ALMARAZ-SERRANO A., CREED F., SLEDGE W., KLUITER H. *et al.* (2001). Systematic review of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health technology Assessment*, 5(21), 1-75.
- MARSHALL M. (2005). How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? Geneva : World Health Organization. 2005
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Bureau régional de l'Europe. (2006). Améliorer la santé : Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107798>, consulté le 25 octobre 2022.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 2. 153-9.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Quality of Life Assessment Group. (1996). Quelle qualité de vie ?. *Forum mondial de la Santé* 1996, 17(4), 384-386. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2013). Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 : Rapport du Secrétaire. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-fr.pdf, consulté le 25 octobre 2022.
- OUEHABI S., LUSTYGIER V., ROLLAND F., VERBANCK P. (2012). Poupées russes : un cadre peut en cacher un autre. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies institutionnelles*, 14, 63-67.
- PACHOUD B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88 (4), 257-266.
- RATY N., LERUTH V., GELAESSEN M., TRIFFAUX J.M. (2018). L'hôpital de jour ou la métaphore des essuie-glaces... *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies institutionnelles*, 20, 52-58.
- RIZWAN M., RIAZ A. (2015). Self-Esteem Deficits Among Psychiatric Patients. *Sage Open*, 5 (2), 1-6.
- ROSENBERG M. (1979). *Conceiving the self*. New York, Basic Books.
- RUGGERI M. (1994). Patients 'and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- RUSSELL V., BUSBY K. (1991) Patient satisfaction with a psychiatric day treatment program. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7(2), 109-118.

- SAGO D., LOVRETIC V., HABUS K., BOGOVIC DIJAKOVIC A., VALENTINA DOGAS V., FILIPCIC I. (2019) *Psychiatria Danubia. Improving the quality of life during treatment in the day hospital for early intervention in psychiatric hospital "Sveti Ivan"*, 31, 190-195.
- SALSALI M., SILVERSTONE P.H. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients / Part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry Open Access Primary Research*, 2 (1), 1-8.
- SHEK E., STEIN AT., MARSHALL M., CROWTHER R., TYRER P. (2009). Day hospital versus outpatient care for people with Schizophrenia. *Cochrane Database of Systemic Reviews Issue*, 4. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2
- SCIENSANO. (2020). Mode de vie et maladies chroniques. Santé mentale. Enquête de Santé 2018. Principaux résultats. Disponible à l'adresse : https://www.sciensano.be/sites/default/files/summ_mh_fr_2018.pdf, consulté le 15 octobre 2022
- SLADE M., (2002). Routine outcome assessment in mental health services. *Psychological Medecine*, 32, 1339-1343.
- SCHMITZ O. (2022). WFSP2112 – Évaluation de programme en santé publique. Cours de master en sciences de la santé, Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- SOULAS T., BREDART A. Qualité de vie et santé. *Psychologie de la santé*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France, 2012, pp. 17-40.
- STRKALJ-IVEZIC S., VRDOLJAK M., MUZINIC L., AGIUS M. (2013). The impact of a rehabilitation day center program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. *Psychiatria Danubina*, 25(2), 194-199.
- UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 426-432.
- UNITED NATIONS. Global health and foreign policy. 2010
- VALLIERES E.F., VALLERAND R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenbergh. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- ZANELLO A., WEBERT ROUGET B., GEX-FABRY M., MAERCKER A., GUIMON J. (2006). Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un auto-questionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *L'encéphale*, 32 (1), 45-59.

8 ANNEXES

Annexe 1 : Accord comité d'éthique

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Formulaire d'information destiné au patient

Annexe 4 : Consentement informé

