

Faculté de santé publique

Les pratiques du *recovery* en milieu hospitalier psychiatrique : points de vue des patients et des professionnels

Mémoire réalisé par
Marie MOINY

Promoteur(s)
Sophie THUNUS
Pablo NICAISE

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Les pratiques du *recovery* en milieu hospitalier psychiatrique : points de vue des patients et des professionnels

Mémoire réalisé par
Marie MOINY

Promoteur(s)
Sophie THUNUS
Pablo NICAISE

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce mémoire et sa rédaction m'ont conduite à solliciter le concours de plusieurs personnes à qui je souhaite ici témoigner ma reconnaissance.

En premier lieu, je tiens tout particulièrement à remercier ma promotrice, Madame Sophie THUNUS, et mon co-promoteur, Monsieur Pablo NICAISE, qui sont tous deux restés disponibles, m'ont encouragée et ont contribué à alimenter ma réflexion aux différentes étapes de ce travail.

Un tout grand merci à l'équipe du Centre Hospitalier Psychiatrique 'Le Chêne aux Haies' à Mons qui m'a accueillie pour la réalisation d'un stage d'observation et, ensuite, m'a permis d'interroger des patients et des professionnels de l'unité de soins. J'adresse une pensée toute particulière à l'infirmière en chef, qui m'a accordé sa confiance et grâce à qui j'ai pu rapidement fonctionner de manière autonome au sein du service.

Je tiens également à remercier les patients et les professionnels ayant participé à mon étude, pour leur disponibilité et leur coopération.

Un grand merci à ma maman, Madame Dominique STALPORT, qui a relu mes écrits, et à ma famille qui m'a énormément soutenue durant l'ensemble de mes années d'études.

C'est grâce à tous que la concrétisation de mon master et de ce mémoire a été rendue possible.

Marie MOINY

PLAGIAT

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

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants 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.

Marie MOINY

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
PLAGIAT	2
TABLE DES MATIERES	3
RESUME	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I : CONTEXTE GENERAL	8
1. L'organisation des soins de santé mentale	8
1.1. Une préoccupation et des engagements mondiaux	8
2. Une approche des soins orientée vers le rétablissement	9
2.1. Les différentes composantes du rétablissement	9
2.2. Un changement de paradigme	10
2.3. Une absence générale de consensus autour du <i>recovery</i>	11
2.4. Des positions mondiales et européennes envers le <i>recovery</i>	12
3. La santé mentale en Belgique	12
3.1. Un engagement vers la désinstitutionnalisation	12
3.2. Les obstacles à la collaboration propres au système belge	13
3.3. Qu'en est-il d'une approche orientée vers le rétablissement ?	14
PARTIE II : PARTIE METHODOLOGIQUE	15
4. La méthode de travail	15
4.1. Le choix de la méthode	15
4.2. Des hypothèses de départ	16
4.3. L'échantillonnage	17
5. La collecte des données	18
6. Analyse des données	19
PARTIE III : RESULTATS	20
7. Retour sur les observations	20
7.1. Par rapport aux éléments propres à l'approche du <i>recovery</i>	20
7.2. Des situations particulières	22
8. Retour sur les entretiens-patients	24
8.1. Des attentes parfois inexprimées	24
8.2. Aller vers le soin, une démarche personnelle complexe	25

8.3. Sortir de l'hôpital pour se rétablir et trouver de l'aide dans la communauté.....	26
9. Retour sur les entretiens-professionnels.....	27
9.1. Une approche centrée sur le patient.....	27
9.2. Avoir le choix et être informé.....	29
9.3. L'insertion sociale.....	34
9.4. L'espoir de rétablissement.....	37
9.5. Sujets additionnels au guide d'entretien.....	40
PARTIE IV : DISCUSSION.....	46
10. Nos hypothèses de départ.....	46
11. Interprétation des résultats.....	47
11.1. Interprétation des observations.....	47
11.2. Interprétation des entretiens-patients.....	49
11.3. Interprétation des entretiens-professionnels.....	50
12. Discussion générale.....	52
12.1. Le rétablissement, des points de vue diversifiés.....	52
12.2. Une amorce de pratiques.....	53
12.3. Des obstacles au changement de pratiques.....	56
12.4. La place de l'hôpital dans le contexte actuel.....	57
13. Recommandations pour la pratique.....	58
14. Limites de l'étude.....	59
15. Pistes de recherche.....	60
En guise de CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	69

RESUME

Contenu : Depuis les années 70, le mouvement du *recovery* dans le domaine de la santé mentale a accéléré la remise en question des modèles traditionnels de prise en charge. Il en appelle à un réel changement de paradigme, opposé à la psychiatrie asilaire, aux politiques sécuritaires et à une vision hospitalo-centrée. Intégrée à de nombreuses politiques de santé dans le monde et soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'approche des soins de santé mentale orientée vers le rétablissement tend progressivement à s'inscrire dans le système de santé belge. Pourtant, il semble que le concept de rétablissement, aux nombreuses dimensions, ne fasse pas réellement consensus entre usagers, cliniciens, politiques et chercheurs académiques. Ce travail rend compte de points de vue de patients et de professionnels sur les pratiques de soins axées vers le rétablissement.

Méthodes : Une étude qualitative a été menée en deux temps afin de collecter les points de vue de patients (n=4) et de professionnels (n=13). D'abord, nous avons effectué des observations non-participantes dans un service de psychiatrie en hôpital, qui nous ont permis de constituer notre guide d'entretien. Conformément aux grandes thématiques du *recovery* relevées dans la littérature, notre guide portait sur la responsabilisation, l'autonomie, l'inclusion sociale, l'espoir et le rétablissement. Ensuite, nous avons réalisé des entretiens avec des patients, après approbation du Comité d'Ethique de l'hôpital concerné, puis avec des prestataires de soins de divers hôpitaux de la Communauté Française. La méthode du codage thématique fut utilisée pour l'analyse des entretiens.

Résultats : Nos observations ont permis de rendre compte d'éléments propres au fonctionnement d'un service de psychiatrie tandis que les entretiens avec les patients nous ont fourni des éclairages quant à leurs attentes vis-à-vis de l'hôpital. Alors que ces dernières étaient en conformité avec les grandes composantes du *recovery*, les entretiens avec les professionnels, en revanche, ont montré que de nombreux obstacles subsistent et entravent le développement de pratiques de soins orientées vers le rétablissement. Ce travail nous amène finalement à nous interroger sur le rôle de l'hôpital dans le système des soins de santé et à réfléchir à la construction d'un cadre théorique et pratique cohérent autour du rétablissement.

Proposition de mots-clés : *recovery*, rétablissement, psychiatrie, santé mentale, perception, patient, professionnel de la santé.

INTRODUCTION

Du fait de la croissance de la prévalence des troubles ainsi que du constat général d'une organisation des soins parfois inadéquate, les problématiques de santé mentale sont, depuis quelques années, au cœur des préoccupations mondiales. Plus particulièrement en ce qui concerne la Belgique, l'Organisation Mondiale de la Santé a, en 2008, reconnu notre pays comme le deuxième état européen à disposer du plus grand nombre de lits psychiatriques par 100.000 habitants, mettant ainsi en exergue une problématique réelle d'organisation des services de soins de santé mentale au niveau national.

En 2011, par le biais de l'article 107 (Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, 2011), la Belgique s'est lancée dans un vaste programme de restructuration des soins de santé mentale, visant à une désinstitutionnalisation progressive ainsi qu'à la mise en place de réseaux organisés dans une perspective de continuité et de globalisation. L'un des objectifs poursuivis par cette réforme pour assurer une réinsertion sociale des patients dans la communauté était donc d'orienter les pratiques vers le rétablissement - appelé aussi *recovery* - par l'intensification des soins au sein des hôpitaux et par la promotion de l'usage de moyens extrahospitaliers, comme les équipes mobiles. Cet objectif était complémentaire à la fermeture progressive des lits T (de longue durée) et à l'émergence d'une politique de psychiatrie plus communautaire.

A l'entame de notre réflexion pour le développement d'un sujet de recherche dans le domaine de la psychiatrie, secteur dans lequel nous souhaitons nous épanouir professionnellement dans un futur proche, nous nous sommes posé plusieurs questions concernant les nouvelles mesures établies par la Réforme de 2011. De fait, la durée de séjour en hôpital psychiatrique devant être limitée au maximum pour une offre de soins plus intensive sur du court terme, comment s'organisent concrètement les professionnels en hôpital afin de respecter ces nouvelles directives ? En outre, si une intensification des soins est prônée au cœur des hôpitaux psychiatriques, comment se décline-t-elle ? Et enfin, comment les équipes de soins de santé mentale hospitalières mettent-elles en place l'orientation des soins vers le rétablissement ?

Influencée par notre formation d'assistante sociale et de sociologue-anthropologue, nous avons souhaité, grâce à ce mémoire, procéder à une analyse de ce que sont des *soins orientés vers le rétablissement* et, par une immersion dans un service hospitalier, rendre compte de la réalité qui entoure ces pratiques.

Dans ce mémoire, par une approche théorique et contextuelle, nous présenterons les grandes composantes de l'approche orientée vers le rétablissement et ses implications dans le contexte de la santé mentale. Après être revenue sur la méthode que nous avons suivie et sur la formulation d'hypothèses préalables, nous présenterons nos résultats par ordre 'chronologique' de collecte, à savoir les observations puis les entretiens. Enfin, nous analyserons les résultats obtenus au regard de recherches scientifiques antérieures et proposerons tout au long de la discussion des pistes de réflexion.

PARTIE I : CONTEXTE GENERAL

1. L'organisation des soins de santé mentale

1.1. Une préoccupation et des engagements mondiaux

En 2001, dans un rapport sur la Santé dans le Monde : *Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) faisait le constat d'une organisation non efficiente des systèmes de soins de santé mentale et prônait, pour la plupart des pays, une restructuration fondamentale des services de santé pour assurer de meilleurs soins et traitements. Plusieurs orientations sont émises par l'OMS, à ce moment-là, notamment le déplacement des soins en dehors des grands hôpitaux psychiatriques et le développement de services communautaires. Elle recommande entre autres aux pays de « *prendre certaines mesures à court terme en attendant de faire sortir tous les patients des hôpitaux et institutions* » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], Aide-mémoire, 2001, p.2). Ces mesures tendent vers la réduction de la taille des institutions, l'amélioration des conditions de vie des patients et la diminution des mesures de soins contraints ; elles visent aussi à promouvoir l'inclusion sociale et l'autonomie des personnes malades. L'intérêt de l'OMS envers le domaine de la santé mentale est justifié, puisqu'elle estime, en 2001, que la prévalence de l'ensemble des affections neuropsychiatriques est de 10% de la population adulte et que 25% des individus présenteraient un ou plusieurs troubles de santé mentale ou de comportement au cours de leur vie (OMS, 2001).

En 2005 est signée à Helsinki la Déclaration de Santé Mentale pour l'Europe par laquelle les états s'engagent à développer activement des politiques et des programmes de santé ainsi qu'à trouver des solutions pour faire face aux challenges de la santé mentale (OMS, 2008). Ceux-ci concernent, par exemple, la lutte contre la stigmatisation ou l'exclusion des malades mentaux, la prévention des problèmes de santé mentale ou bien la réhabilitation et l'inclusion dans la société des personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale sévères (OMS, 2008).

Face aux réalités qui entourent le secteur de la santé mentale dans le monde, l'OMS réitère ses engagements et publie, en 2013, le *Plan d'action global pour la Santé Mentale 2013-2020* dont le but est la promotion du bien-être des individus, la prévention des troubles mentaux, ainsi que l'amélioration des chances de rétablissement par une offre de services et d'aides adaptés aux besoins, dans un cadre davantage communautaire (OMS, 2013).

Pourtant, malgré « *des efforts continus en prévention et promotion* » (OMS, 2014, p.47) à la santé dans les différents pays du monde ainsi que le développement de nombreux programmes principalement en Europe, l'OMS relève encore, en 2014, deux problématiques récurrentes pour le secteur de la santé mentale : elle constate, d'une part, que les hôpitaux psychiatriques « *restent le principal type d'établissement de soins de santé mentale* » (OMS, 2014, p.39) et, d'autre part, que le taux d'admission dans les hôpitaux psychiatriques est en augmentation « *de plus de 20 % de la médiane globale* » (OMS, 2014, p.54), malgré une diminution du nombre de lits dans ces structures.

2. Une approche des soins orientée vers le rétablissement

Depuis les années 70, l'approche du rétablissement en santé mentale est en constante évolution et est de plus en plus utilisée pour organiser les systèmes de soins en psychiatrie (Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale, 2007).

2.1. Les différentes composantes du rétablissement

Le rétablissement, traduit dans la littérature par *recovery*, peut être envisagé par le biais de plusieurs composantes. La première, biomédicale et traditionnelle, repose sur l'idée que « *la santé se mesure à la disparition de la maladie* » (Bonsack & Favrod, 2013, p.230) ou sur la diminution des symptômes comme une fin en soi (Knupp, 2013). La seconde, davantage normative et sociale, s'appuie sur le précepte selon lequel « *se rétablir, c'est se rétablir dans la ville* » (Demailly, 2017, p.6) et qu'il faut, pour parvenir à se maintenir dans un environnement social constitué de normes, répondre à celles-ci afin d'avoir la possibilité de vivre comme tout un chacun et de se réapproprier des rôles valorisants dans ces cadres normatifs. Donc, par la réalisation d'activités, comme le travail, les études, les bénévolats, et par l'accès à un hébergement, par exemple (Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale, 2007), les usagers pourraient restaurer leur rapport aux autres et à la société (Provencher & Keyes, 2010). La dernière composante du *recovery*, plus subjective, considère le rétablissement comme une série de « *transformations positives que vit la personne* » (Provencher & Keyes, 2010, p.582) : se rétablir n'est plus une fin en soi, mais un processus ou un chemin, profondément personnel, qui permet de « *vivre une vie satisfaisante pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie* » (Ellingham, 2014, p.30).

L'approche orientée vers le rétablissement telle qu'elle se déploie dans le secteur de la santé mentale tend à prioriser cette dernière composante, axée sur l'individu.

Si les deux premières composantes du rétablissement, à savoir la dimension clinique et la dimension normative, sont essentielles pour l'approche vers le rétablissement, elles ne sont pas envisagées comme de réels objectifs à atteindre coûte que coûte. En effet, l'approche médicale - ayant pour ambition de stabiliser l'état de santé des patients - et la composante normative - se référant à la récupération d'une vie active et sociale - ne sont que deux moyens pour parvenir à initier le processus de changement qu'est le rétablissement. En revanche, le rétablissement personnel et subjectif est, lui, au cœur de la démarche et entend permettre aux personnes malades de vivre une vie satisfaisante et accomplie dans la société (Bonsack & Favrod, 2013).

En résumé, l'approche des soins orientée vers le rétablissement entend donc promouvoir le rétablissement des individus en se focalisant sur leurs besoins afin qu'ils puissent vivre une vie pleine de sens, peu importe que la maladie ou les symptômes persistent ou que leurs choix ne soient pas en adéquation avec le système de normes sociales dans lequel ils s'inscrivent.

2.2. Un changement de paradigme

Pendant longtemps, la folie a été, dans le monde, assimilée à un modèle de prise en charge asilaire, prônant l'enfermement plutôt que la médicalisation. Progressivement, l'asile est devenu un réel environnement de soins (Davagle et al., 2013), plus humaniste. Pourtant, dans les années 60, de nombreux travaux philosophiques, tels que ceux de Michel FOUCAULT et Erving GOFFMAN, dénoncent la coercition des institutions de soins et leur effet, en termes de rupture vis-à-vis du monde social, sur les malades. A partir de cette période aussi, les discours de la psychiatrie traditionnelle (Landry, 2017) sont remis en question et l'on commence à reconnaître le caractère multidimensionnel des troubles mentaux, à la fois biologiques, psychologiques et sociaux (Ehrenberg & Lovell, 2001).

C'est dans cette logique de contestation et de revendication d'une vision alternative (Farkas, 2007) du monde en psychiatrie qu'émerge le mouvement du *recovery*, initié par d'anciens patients des systèmes de santé mentale (Waldemar, Arnfred, Petersen & Korsbek, 2016). L'émergence du concept marque un tournant en ce qu'il s'oppose à la psychiatrie asilaire, aux politiques publiques sécuritaires, à la vision hospitalo-centrée et à la chronicité des troubles sans espoir (Demailly, 2017, p.7). Le mouvement du *recovery* en appelle à la reconnaissance du savoir expérientiel des individus, au même titre que le savoir médical ou académique, il place l'espoir au cœur des dynamiques de soins (Franck, 2018) et a pour aspiration de s'attaquer aux effets secondaires liés au diagnostic même, tels que la discrimination, les impacts négatifs sur l'emploi et la perte de rêves (Farkas, 2007).

Si l'approche globale orientée vers le rétablissement n'introduit pas vraiment de nouvelle dimension, elle implique cependant un changement de paradigme pour le domaine de la santé mentale ; en effet, elle entend s'éloigner du modèle médical classique en déconstruisant les rapports de dépendance traditionnels et engage un changement de priorités, vers le devenir des patients, leur qualité de vie et leur réinsertion sociale (Pachoud, 2017). L'approche amène différents changements de valeurs tels que l'orientation des soins vers la personne, la participation de l'utilisateur en tant que partenaire ayant des compétences, un savoir et des forces, l'inclusion du patient à toutes les étapes de son rétablissement dans une démarche proactive ainsi que l'autodétermination et le choix comme pierres angulaires du processus de soins (Farkas, 2007).

2.3. Une absence générale de consensus autour du *recovery*

Aujourd'hui, la notion de rétablissement ne fait toujours pas consensus dans le domaine de la psychiatrie et cela s'explique en partie par le fait que les différents acteurs engagés dans le secteur de la santé mentale vont, sur base de leurs angles d'approche et de leurs intérêts, défendre de façon prioritaire l'une ou l'autre des composantes du *recovery* (Duplantier, 2011).

Ainsi, l'approche globale du *recovery* semble soutenue tant par les usagers de la psychiatrie - à l'origine même de l'émergence du concept de *recovery* il y a un demi-siècle (Duplantier, 2011)- que par la communauté de recherche scientifique qui a progressivement élaboré de nombreuses échelles d'évaluation standardisées. Même si au départ le *recovery* ne fut pas forcément pris au sérieux par la science, il semble qu'aujourd'hui, « *le fait que l'essentiel des données viennent des patients facilite leur acceptation et leur application thérapeutique* » (Duplantier, 2011, p.47). Les autorités gouvernementales de divers pays du monde se sont d'ailleurs montrées favorables à cette approche, en raison, notamment, d'un encouragement fort de la part de l'OMS à œuvrer en faveur du rétablissement (OMS, 2013).

Par contre, en ce qui concerne les cliniciens, les positions semblent davantage contrastées avec, d'un côté, des pratiques médicales fondées sur le savoir psychiatrique et, de l'autre, des pratiques de plus en plus basées sur les valeurs et l'individu. Cependant, la littérature nous apprend que la composante médicale du rétablissement reste encore très présente, notamment dans le contexte hospitalier ; le diagnostic et la médication constituent le cœur de la prise en charge (Chen, Krupa, Lysaght, McCay & Piat, 2013) et « *la pratique apparaît essentiellement guidée par le savoir sur la maladie et son traitement, ce qui reste le modèle dominant des pratiques en santé mentale, y compris dans le secteur médico-social* » (Pachoud, 2017, p. 819).

La littérature fait apparaître qu'il existe une résistance de la part des professionnels de la santé à ce modèle (Chen et al., 2013) et ces mésententes placent le secteur de la santé mentale face à un défi important : proposer une définition du rétablissement susceptible de remporter l'adhésion « *auprès des divers acteurs impliqués dans la promotion de cette expérience, que ce soient les personnes utilisatrices, les membres de la famille, les intervenants, les gestionnaires ou les chercheurs* » (Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale, 2007, p.6).

2.4. Des positions mondiales et européennes envers le *recovery*

Malgré le manque de consensus autour de la notion, de nombreux pays, comme les Etats-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, depuis les années 70, ont intégré l'approche de soins de santé mentale orientée vers le rétablissement à leurs politiques de santé (Shepherd, Boardman & Slade, 2012 ; Bejerholm & Roe, 2018).

En Europe, si l'approche du *recovery* a pris petit à petit de l'ampleur, elle ne fait pas non plus consensus entre les différents pays. L'Allemagne dès 2012, les Pays-Bas dès 2014, la Norvège et la Bulgarie en 2016 l'ont intégrée à leur politique de soins de santé mentale, mais sous la forme de recommandations plus que de réelles mesures. Ailleurs en Europe, d'autres modèles et réformes ont été adoptés depuis plusieurs années afin d'améliorer les systèmes de santé mentale vers une psychiatrie 'démocratique', mais toujours de façon très différente d'un pays à un autre (Mental Health Europe, 2020). Enfin, malgré que le concept de *recovery* se soit répandu progressivement dans le monde, il est resté méconnu jusqu'il y a peu en Belgique francophone.

3. La santé mentale en Belgique

3.1. Un engagement vers la désinstitutionnalisation

Depuis les années 70, les initiatives politiques et les évolutions progressives dans le domaine des soins de santé mentale en Belgique témoignent de l'intérêt sérieux des autorités pour la mise en place de soins davantage orientés vers et au sein même de la communauté (Jacob, Macquet & Natalis, 2016), en lien avec le mouvement européen de désinstitutionnalisation entamé depuis plusieurs décennies.

Pourtant, dans un rapport de 2008, l'OMS pointe le système de soins de santé mentale belge non seulement comme inefficent, mais surtout comme majoritairement hospitalo-centré.

Elle souligne également des problèmes d'organisation du système de soins de santé tels que l'autonomie des médecins ou la grande disparité d'accès aux soins en raison de difficultés liées aux différences culturelles (OMS, 2008). Sur base d'une analyse comparative de la gestion du système de santé mentale entre les différents pays d'Europe, l'OMS démontre dans ce rapport que la Belgique est, par exemple, confrontée à l'un des ratios les plus élevés en termes de lits psychiatriques par nombre d'habitants, avec une moyenne de 150 lits pour 100.000 habitants.

En réponse à ces problématiques, les autorités belges ont décidé, dès 2010, de réformer le secteur de la psychiatrie, au niveau national, avec comme objectifs de renforcer l'offre de soins communautaires et de réintégrer progressivement les usagers dans leur tissu social (Walker, Nicaise & Thunus, 2019).

Concrètement, la réforme 107 de 2011 permet aux hôpitaux psychiatriques de réallouer, pour le développement de réseaux de soins, des fonds auparavant octroyés au financement de lits de longue durée. Afin de construire un nouveau modèle d'organisation, la réforme prend appui sur cinq fonctions - relatives à la santé primaire, à la réhabilitation, aux formules résidentielles individualisées, aux soins intégrés et au traitement à domicile - qu'elle considère comme devant un minimum être remplies par les services de soins (Jacob et al, 2016).

Dans cette configuration, la place et le rôle de l'hôpital sont appelés à changer, par davantage de collaboration avec le réseau extrahospitalier et par une intensification des soins en institution (Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, 2011).

3.2. Les obstacles à la collaboration propres au système belge

Bien que la réforme propose de nombreux objectifs, elle ne fournit pas réellement de guidelines d'implémentation ou d'opérationnalisation. Les évaluations qui en ont été faites, comme l'évaluation *Parcours.Bruxelles* commanditée par l'Observatoire de la Santé et du Social, ont montré que la complexité du système belge n'a pas permis d'améliorer la collaboration en tant que telle. Du fait de la grande diversité dans son offre de soins, de la fragmentation de son système, du manque de continuité dans les trajectoires de soins et de ses mécanismes de financements (Walker et al., 2019), la Belgique ne semble pas encore avoir réussi à solutionner les problématiques telles que les modalités de coordination ou de financement, ce qui jusqu'à aujourd'hui a eu « *pour conséquence de maintenir la séparation entre l'hospitalier et l'ambulatoire, la psychiatrie et la santé mentale* » (Walker et al., 2019, p.66).

3.3. Qu'en est-il d'une approche orientée vers le rétablissement ?

Nous avons vu qu'en raison de sa complexité, le modèle belge ne favorise pas la collaboration telle qu'elle pourrait être nécessaire pour une transition vers une approche axée sur le rétablissement. Pourtant, la continuité entre les différents acteurs de la santé semble être actuellement l'un des grands enjeux du monde de la psychiatrie, décrite comme un objectif prioritaire. L'enquête du KCE de 2019 explique qu'il est nécessaire pour les acteurs de la santé mentale de travailler sur base d'une vision partagée du traitement et du rétablissement afin de pouvoir répondre aux exigences de continuité, ainsi que pour approcher de manière adéquate les besoins des patients (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, Farfan & Ricour, 2019).

Comme le montrent les obstacles rencontrés en ce qui concerne la collaboration, il ne suffit pas de porter une réforme au niveau national pour que ses effets soient visibles et mesurables. Mais le questionnement que l'on pourrait avoir à ce sujet repose sur la mise en pratique de la réforme. Peut-être, au-delà de ses implications théoriques, cette dernière a-t-elle malgré tout poussé les prestataires de la santé mentale à modifier certains aspects de leur travail ? Si la collaboration ou la continuité de soins n'ont pas connu de changements mesurables à large échelle, peut-être des évolutions, notamment vers une approche globale orientée vers le *recovery*, se déclinent-elles à un niveau plus micro, au cœur du travail de terrain ? Peut-être les mentalités sont-elles seulement en train de changer et les acteurs de la santé mentale seulement en train de se sensibiliser à ces nouvelles approches ?

Sur base de tous ces éléments, la question générale sur laquelle nous avons décidé de travailler est : « Quels sont les points de vue des patients et des professionnels quant aux pratiques de soins orientées vers le *recovery* dans le milieu hospitalier ? ».

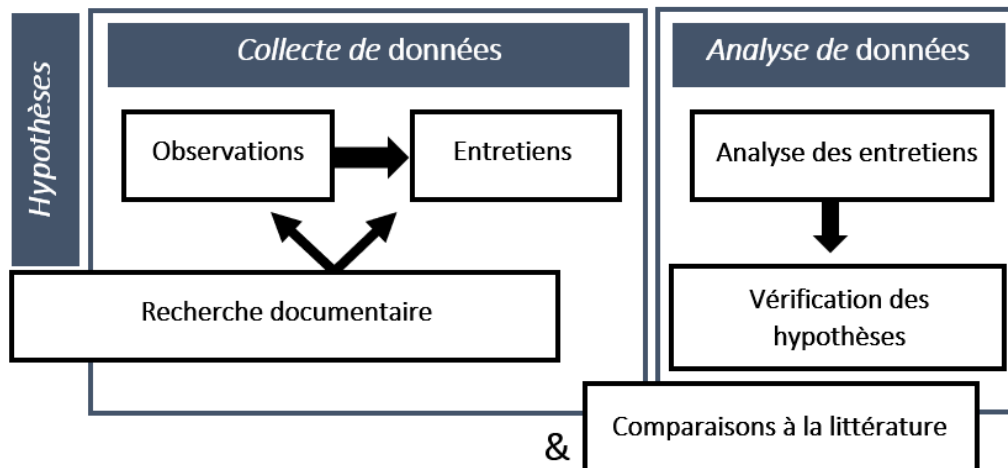
Les objectifs de ce mémoire seront, par conséquent, de cerner les attentes des patients de psychiatrie en matière de prise en charge en hôpital, mais aussi et surtout, en raison des contraintes générées par la crise du Covid-19 et des adaptations que nous avons dû effectuer, de développer comment les professionnels de la santé comprennent ce paradigme et l'intègrent à leurs pratiques. Les éléments principaux qui ont guidé la recherche sont semblables à ceux repris le plus régulièrement dans les publications scientifiques sur le thème du *recovery*, à savoir l'espoir, l'insertion sociale, la responsabilisation partagée et une approche des soins orientée vers le patient.

PARTIE II : PARTIE METHODOLOGIQUE

4. La méthode de travail

4.1. Le choix de la méthode

Puisque nous souhaitons, lors de cette recherche, collecter des points de vue en faisant appel aux compréhensions du monde profondément personnelles des individus et à leur ressenti, nous avons choisi l'utilisation de méthodes qualitatives. Pour ce faire, nous avons décidé de croiser deux types de méthodes : d'abord, les observations, réalisées afin de nous familiariser avec le 'terrain' et également pour intégrer à ce mémoire le stage de l'option Community Mental Health, ensuite, les entretiens. Le processus de collecte de données étant composé de ces deux méthodes ainsi que de recherches dans la littérature, nous pouvons dire que la méthode de travail choisie se rapproche d'une ethnographie.



Nous avons travaillé par étapes, afin de permettre « *un questionnement de recherche progressif* » (Morissette, Demazière & Pepin, 2014, p. 9). Dans un premier temps, nous avons mené une série de recherches pour nous familiariser avec le sujet du *recovery* en santé mentale. Puis, nous avons réalisé une centaine d'heures d'observation dans un service du Centre Hospitalier Psychiatrique 'Le Chêne aux Haies' à Mons, en vue de constituer une grille d'entretien en vue d'interroger patients et professionnels sur les pratiques de soins en hôpital.

Initialement, nous avons introduit une demande d'expérimentation auprès du Comité d'Ethique du 'Chêne aux Haies' qui, en décembre 2019, avait donné son approbation pour la recherche et pour la réalisation d'entretiens tant avec des patients qu'avec des professionnels.

Mais la crise du Covid-19 a provoqué la fermeture des ‘portes’ de l’institution et la démarche prévue n’a pu être menée à son terme. De ce fait, alors que l’échantillon de la recherche devait porter à la fois sur les patients et les professionnels, dès mars 2020, nous avons dû abandonner l’idée de poursuivre les entretiens avec des patients alors que nous n’en n’avions alors réalisé que quatre et, également, envisager des modalités d’entretien à distance pour les contacts avec les professionnels de la santé. Pour cette raison, le point de vue des professionnels sera prédominant dans les résultats de ce travail.

4.2. Des hypothèses de départ

Afin de structurer notre travail, dans une perspective hypothético-déductive, nous avons émis, au départ, plusieurs hypothèses concernant notre question de recherche.

4.2.1. La réappropriation par les professionnels du concept de rétablissement

Comme nous l’avons abordé dans la partie contextuelle de ce travail, le concept de rétablissement – traduit par *recovery* dans la littérature – est une notion complexe qui ne fait pas consensus parmi les professionnels de la santé mentale. Cela s’explique par le fait que la notion se compose de divers éléments, à la fois biologiques, normatifs et personnels, pouvant engendrer différents niveaux de compréhension, mais également par le fait que chacun, en raison du manque de clarté de la notion, va pouvoir transformer le concept et se le réapproprier à sa façon. Nous pouvons émettre une hypothèse selon laquelle les professionnels de la santé mentale interrogés auront chacun leur propre vision ou définition de ce qu’est le rétablissement et des pratiques qui y sont associées.

4.2.2. La perturbation de routines par l’introduction de la réforme 107

Dès sa mise en œuvre, la réforme des soins de santé mentale a vraiment visé à ouvrir de nouvelles perspectives de prise en charge, notamment par une orientation plus grande vers la demande de soins - et non vers l’offre disponible - et vers des soins différenciés basés sur les besoins des personnes (Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, Bruxelles, 2011). Nous pouvons supposer que cette réforme aura, si pas engendré un changement de pratiques, au moins perturbé les routines existantes des cliniciens en hôpital, poussés à travailler différemment, sur base de nouvelles conceptions, telle que l’adaptation de l’institution au patient plutôt que l’inverse. Nous tenterons donc d’objectiver si, depuis son introduction, des changements ont été relevés par les prestataires de soins.

4.2.3. Le patient au cœur de son processus de soins

Le paradigme du *recovery* étant constitué de différents éléments, tels que l'espoir, l'autonomie, la responsabilisation, la réinsertion et les soins centrés sur le patient, nous pouvons présumer qu'une grande partie des modalités de prise en charge possibles, associées à ces enjeux, seront appliquées dans les services hospitaliers de psychiatrie, comme le fait de :

- Mettre la personne au cœur du processus de soins en orientant le projet vers ses besoins (Chen et al., 2013) ;
- Partager la responsabilité en prodiguant de l'information au patient et sa famille et en les associant aux prises de décision (Chen et al., 2013) ;
- Être porteur d'espoir en étant soi-même convaincu des capacités et du potentiel du patient à vivre en société dans le futur, mais aussi en étant un soutien à l'empowerment et en lui attribuant un rôle pro-actif durant son hospitalisation (Bejerholm & Roe, 2018);
- Faire le lien entre le milieu hospitalier et le contexte plus communautaire (avec la famille du patient, des proches, d'autres patients) afin que le patient puisse se réappropriier et s'identifier à des rôles sociaux valorisants (Chen et al., 2013).

4.3. L'échantillonnage

Notre étude étant qualitative, l'objectif visé par notre échantillon était de pouvoir illustrer un maximum de situations relatives tant aux patients qu'aux professionnels de la santé mentale. Cet objectif n'a pu être atteint avec les patients, quatre entretiens seulement ayant été menés avant le confinement, et nous avons alors visé un plus large échantillon de professionnels. Pour cela, au lieu d'interroger uniquement des prestataires de l'hôpital 'Le Chêne aux Haies' où nos observations avaient été menées, nous avons élargi la collecte d'informations auprès de cliniciens de divers hôpitaux.

Globalement, sur base d'un échantillon de convenance, nous souhaitons obtenir des informations concernant leurs points de vue sur les questions de la responsabilisation, de l'autonomie, de la réinsertion, mais aussi du rétablissement des patients en hôpital.

Pour le recrutement des patients, avant de les interroger, nous avons été contrainte de demander systématiquement l'avis de l'équipe de soins et celui du psychiatre référent, en particulier.

Dans le cadre de la recherche, un homme et trois femmes ont pu être rencontrés durant leur hospitalisation et au regard de nos hypothèses de départ, cet échantillon a malgré tout permis de faire ressortir un certain nombre d'attentes et de besoins de patients en hôpital.

Pour ce qui est du recrutement des prestataires de soins, l'objectif de départ était d'interroger l'ensemble des professionnels d'une équipe de soins du 'Chêne aux Haies' – où nous avons réalisé nos observations – ainsi que des membres de la direction de l'hôpital.

Mais alors que seul un prestataire avait été interrogé en 'face à face', la période de confinement a mis subitement fin à notre immersion dans l'institution. Par après, notre échantillon a été réajusté sur base d'une sélection de convenance de dix hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles, où une cinquantaine de professionnels ont été contactés par mail ou par téléphone. Finalement, douze cliniciens ont participé à l'étude par le biais d'entretiens par visioconférence.

5. La collecte des données

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de littérature qui nous a permis de prendre connaissance des éléments contextuels propres au secteur de la psychiatrie en Belgique et des principes théoriques en lien avec le paradigme du rétablissement.

Ensuite, dans l'optique d'une familiarisation préalable avec notre futur terrain, nous avons décidé de lier à ce mémoire le stage de l'option Community Mental Health préconisant une période d'observation non-participante dans un service de psychiatrie. Lors de cette démarche préparatoire, nous avons utilisé une grille d'observation peu ciblée comprenant des informations générales, comme la date de l'observation, le lieu, le motif de l'interaction, les thèmes abordés et les personnes présentes, mais aussi des caractéristiques en lien avec le *recovery* : le soutien au projet du patient de la part des cliniciens dans une démarche d'espoir, la reconnaissance du savoir expert lors des échanges dans l'idée d'une démarche de soins centrée sur le patient, le soutien à la participation et à la prise de décision, l'échange d'informations entre soignants et soignés en vue d'une responsabilisation de chacun ainsi que la sollicitation d'acteurs extrahospitaliers afin de promouvoir la réinsertion.

L'équipe du service dans lequel nous avons été accueillie nous a permis de suivre ses membres lors de réunions, de remises de service, d'entretiens de famille, d'entretiens de recadrage, de suivi ou d'admission, de sortie définitive, de séances de groupe (groupe vie, groupe émotions) et à de nombreux autres moments plus informels. Suite à ces observations, nous avons adapté notre guide d'entretien, en vue de la seconde phase de collecte.

Nous avons réalisé quatre entretiens avec des patients hospitalisés à l'hôpital 'Le Chêne aux Haies' dès le mois de mars. Ceux-ci ont été 'choisis' par l'équipe de soins ou par leur psychiatre référent, nous n'avons pas pu accéder directement aux patients comme nous l'aurions souhaité.

De plus, en raison du Covid-19, la réalisation d'entretiens supplémentaires n'a pas été possible, l'accès au site de l'hôpital étant interdit à toute personne extérieure.

Pour la seconde phase, exclusivement réalisée avec des professionnels de la santé mentale, notre guide d'entretien a encore fait l'objet de quelques modifications motivées par les résultats que nous avons obtenus lors des entretiens avec les patients. Nous y avons ainsi ajouté la question de la pair-aidance, de la négociation entre soignant et soigné, du travail sur base des forces ainsi que la réappropriation de rôles sociaux valorisants pour les patients.

Ensuite, dans dix hôpitaux différents, nous avons contacté par mail ou par téléphone de nombreux services (direction générale, accueil, direction de départements et prestataires) regroupant des professionnels de différentes fonctions (assistants sociaux, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, chef de service, membre de la direction). Sur les dix hôpitaux contactés, seuls des professionnels de six d'entre eux ont répondu à notre demande (Voir Annexes : Tableau 1 et 2).

Que ce soit pour les patients ou pour les cliniciens interrogés, les entretiens duraient en moyenne environ une heure ($\mu = 59$ minutes 23 secondes).

6. Analyse des données

Pour analyser les entretiens réalisés auprès de patients pendant leur hospitalisation - que nous avons systématiquement enregistrés et retranscrits dans leur intégralité - nous avons utilisé la méthode du codage thématique. Le fait que ces entretiens aient été analysés avant que ne débutent les entretiens en visioconférence avec des professionnels nous a permis d'adapter notre guide aux éléments abordés par les patients et que nous n'avions pas envisagés au préalable.

Ensuite, nous avons effectué l'analyse des entretiens avec les professionnels également par codage thématique, avec comme support l'usage du programme Excel nous permettant de visualiser l'ensemble des informations relatives à chacune des thématiques relevées.

7. Retour sur les observations

L'ensemble des observations furent réalisées au sein d'une unité de soins de l'Hôpital Psychiatrique 'Le Chêne aux Haies' à Mons, durant une période de quinze jours, à raison d'une centaine d'heures sur place.

7.1. Par rapport aux éléments propres à l'approche du *recovery*

Des soins individualisés. Chaque parcours de soins était différent en raison des troubles psychiatriques des patients mais aussi de leurs besoins : nous avons noté que des adaptations étaient possibles, notamment par rapport aux durées d'hospitalisation, aux démarches psychosociales, aux traitements ou à la mobilisation des réseaux naturel et professionnel des patients.

Une prise en charge pluridisciplinaire. Afin de pouvoir exprimer leurs demandes, les patients étaient tous informés, dès leur admission, du nom de l'infirmier de référence qui leur était attribué. Outre cet interlocuteur privilégié gravitaient autour du patient l'ensemble des autres professionnels : le travailleur social, pour les démarches administratives et les contacts avec des services extérieurs, le psychologue, pour les entretiens individuels ou de famille à visée thérapeutique, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, pour les activités et la remise en mouvement, l'équipe nursing, pour la prise en charge infirmière, et le psychiatre. Si chaque membre de l'équipe avait un rôle bien déterminé, il est arrivé que certains réalisent des tâches qui ne leur étaient pas destinées, afin de soulager un collègue. Par exemple, alors que l'assistant social était débordé, un psychiatre a été amené à prendre contact avec un service de protection de la jeunesse afin de répondre le plus rapidement possible au questionnement d'un patient souhaitant recevoir la visite de ses enfants dans le service.

De l'information. Au moment de leur admission, les patients étaient censés prendre connaissance du règlement du service et le signer. Nous avons constaté, notamment, lors de l'admission d'un patient ayant déjà été hospitalisé auparavant dans le service, que le prestataire de soins accueillant lui a fait signer le règlement sans que le patient n'en ait pris connaissance et l'a invité à lire ledit document quand il en aurait envie. Outre les informations relatives à leurs devoirs, les patients étaient également informés de leurs droits, comme par exemple celui de solliciter le passage d'un représentant de culte religieux dans le service ou celui de mettre fin à leur hospitalisation à tout moment.

Par ailleurs, au cours de l'hospitalisation, des groupes d'information concernant les diagnostics ou certaines pathologies plus précises étaient organisés par le psychiatre et l'un ou l'autre membre du personnel, avec un diaporama comme support. Nous avons remarqué, lors de notre participation à ces groupes, que certains patients dormaient pendant la présentation alors que d'autres posaient beaucoup de questions lorsqu'ils se sentaient concernés par le sujet abordé. Concernant leur diagnostic, leur traitement ou d'autres aspects médicaux, nous n'avons pas réellement pu observer d'interactions entre des prestataires de soins et des patients.

Les contacts avec les services extérieurs. Lors des réunions cliniques, les contacts avec les proches ou les services extrahospitaliers étaient presque toujours délégués aux travailleurs sociaux qui, lors d'entretiens avec le patient ou en solo, assuraient cette fonction de relais. Lorsque les démarches se faisaient en présence du patient, nous avons pu observer que celui-ci était invité à agir lui-même, notamment pour les prises de contacts téléphoniques ou pour les rendez-vous extérieurs, même s'il gardait la possibilité de se faire accompagner. Par exemple, lors d'un entretien avec un assistant social, un patient a souhaité faire des démarches pour poser sa candidature dans un hôpital de jour du site hospitalier. Il a téléphoné lui-même, après avoir reçu des informations sur l'organisation de ce service et les activités, en présence de l'assistante sociale afin qu'elle lui fasse part des moments où elle pourrait l'accompagner. Quelques jours plus tard, nous avons assisté à l'entretien d'admission à l'hôpital de jour ; le patient s'est exprimé lui-même la majorité du temps et a uniquement sollicité l'aide de l'assistante sociale pour les démarches administratives restantes.

L'association du patient à la prise de décision et une place active. S'ils ne participaient pas aux réunions cliniques ou aux remises de services où parfois l'équipe prenait des décisions les concernant, comme par exemple une hospitalisation de jour avant un retour à domicile ou une reprise de travail, les patients étaient la plupart du temps associés à leur prise en charge lors d'entretiens individuels durant lesquels ils pouvaient négocier leur projet, avec les cliniciens. Un jour, par exemple, lors d'une réunion clinique, le psychiatre a invité l'assistant social à suggérer deux projets à un patient et, par la suite, lors de l'entretien individuel, ce dernier a pu discuter des possibilités offertes et en choisir une.

La participation aux activités proposées dans le service semblait très importante pour certains prestataires en termes d'activation du patient, mais cela ne faisait pas consensus. Nous avons ainsi assisté à une discussion, au cours de laquelle le kinésithérapeute reprochait au psychiatre d'obliger les patients à s'inscrire à certaines activités qu'il organisait.

Le kinésithérapeute expliquait que cette obligation médicale de participer aux activités ne lui convenait pas, car soit les patients n’y venaient pas aux heures prévues soit y participaient de façon indifférente et inactive avec, pour conséquence, le blocage de places limitées qui auraient pu être libérées pour d’autres, réellement intéressés.

Bien que de nombreuses activités libres ou encadrées soient organisées de façon hebdomadaire (séances de sport, de relaxation, d’hydrojet, de décompression, d’ergothérapie et sorties ‘courses’) ou de façon moins régulière (groupes borderline ou diagnostic, groupes communautaires, ‘vie’, ‘émotions’, ou ‘cuisine’), nous avons constaté qu’à différents moments, des patients erraient dans les couloirs, l’un d’eux s’exclamant même un jour qu’il n’y avait vraiment rien à faire. A plusieurs reprises, des stagiaires infirmiers ont encadré des ‘tournois’ de ping-pong que des patients avaient initiés dans le couloir du réfectoire.

Un soutien à l’espoir. Durant la période d’observation, nous n’avons pas réellement été confrontée à des patients désespérés dans le sens où, lors des entretiens auxquels nous avons assisté, ils avaient toujours des projets d’avenir et la plupart espéraient un mieux. En ce qui concerne les professionnels, si certains s’efforçaient de croire aux capacités des patients de s’en sortir, cela avait ses limites. En effet, lors des réunions cliniques notamment, réunissant l’ensemble de l’équipe de soins, nous avons été témoin de discussions où des prestataires montraient un réel découragement face à certaines situations. Par exemple, un psychiatre s’est exclamé pendant une réunion « *je fais quoi, moi, avec ce patient* », une infirmière lui a répondu, « *en même temps, ça fait quatre mois qu’il est là, je dis ça, je ne dis rien !* » et a été suivie par d’autres, qui ont ajouté qu’ils ne voyaient plus de sens à l’hospitalisation. Ou, lors d’une discussion, un membre de l’équipe nursing a expliqué qu’il avait des difficultés à travailler avec l’un des patients du service, parce que celui-ci avait, je cite, « *le profil type du patient qui met tout en échec* ». Ces éléments ont été amenés lors de réunions impliquant uniquement des professionnels, jamais lors d’interactions avec le patient.

7.2. Des situations particulières

Le psychiatre, au cœur du processus de soins. Les hospitalisations visant en général la stabilisation des symptômes, la réadaptation du traitement ou une mise à l’abri, le psychiatre occupe une position centrale lors des prises de décision et des rencontres, tant vis-à-vis de l’équipe clinique que des patients.

Par rapport aux patients, par exemple, nous avons observé que les entretiens de recadrage étaient tous assurés par le psychiatre, souvent accompagné d’un infirmier plutôt effacé et

silencieux pendant la discussion. Ainsi, face à un patient qui avait enfreint des règles de vie communes en fumant dans les toilettes et en urinant dans les couloirs, un infirmier et l'ergothérapeute, témoins de ces scènes, ne sont pas intervenus directement mais ont fait appel devant moi au psychiatre pour qu'il recadre lui-même le patient. Lors d'un entretien de suivi, il est arrivé aussi qu'un patient souhaitant diminuer sa médication contre l'avis du psychiatre mette fin à la discussion en lui disant « *c'est vous le grand chef!* ». Vis-à-vis des professionnels, nous avons noté, par exemple, que nombreux d'entre eux attendaient le feu vert du psychiatre avant de prendre des initiatives : une infirmière qui souhaitait organiser un nouveau groupe dans l'unité avec les patients et l'animer seule a expliqué attendre l'aval du psychiatre avant d'amorcer son projet.

Les problèmes de consommation, une complexité supplémentaire. Le règlement de l'unité de soins interdit la consommation d'alcool ou de drogue et prévoit des tests urinaires ou des prises de sang en cas de 'doute' de l'équipe quant à la sobriété du patient. Si le patient, après une sortie, avoue avoir consommé ou s'il s'agit de sa première consommation, l'équipe part du principe qu'une chance peut lui être laissée et l'hospitalisation ne prend pas nécessairement fin. Durant notre période d'observation, nous avons noté que de nombreux patients peinaient à respecter cette règle. Un patient, par exemple, le jour même de son admission, s'est fait livrer de la cocaïne dans le jardin de l'unité et a introduit de la méthadone dans le service en la dissimulant dans des emballages de bonbons : son hospitalisation s'est donc terminée quelques heures après son arrivée. Un autre patient, lors d'une sortie sur le site de l'hôpital, a expliqué avoir été abordé par un ami qui lui aurait proposé de boire un soda contenant, à son insu, de la drogue. Nous avons relevé que certains patients, peut-être à cause de leur pathologie, donnaient l'impression de toujours 'tester' le règlement de l'unité et ses limites, particulièrement concernant la consommation de substances. Un patient qui avait consommé durant son hospitalisation a avancé, lors de l'entretien de recadrage avec le psychiatre, que cette consommation avait été suscitée par l'hôpital qui, explicitement, lui octroyait une seconde chance s'il avouait avoir consommé. Que cela concerne les consommations ou d'autres transgressions au règlement, les membres de l'équipe de soins n'étaient pas tous d'accord sur les suites à donner aux manquements. Lors d'une réunion, certains professionnels ont expliqué que pour eux, il serait normal que les patients soient renvoyés de l'hôpital, puisque « *responsables de leurs choix* », tandis que d'autres considéraient la relation de soins comme plus importante.

8. Retour sur les entretiens-patients

Au total, nous avons réalisé quatre entretiens avec des patients, trois femmes et un homme ; leur analyse a mis en évidence différents éléments intéressants concernant leurs attentes respectives, en matière de prise en charge pendant leur hospitalisation.

8.1. Des attentes parfois inexprimées

A la recherche d'écoute et de sécurité. Parmi les attentes vis-à-vis du personnel de soins, l'écoute fut l'élément commun. Chaque personne interrogée a exprimé, à sa manière, soit le fait d'être soulagée parce qu'elle se sentait effectivement comprise, soit le fait d'espérer pouvoir être écoutée par les prestataires de soins durant son hospitalisation. En plus de ce besoin partagé par tous les participants, l'un d'eux a également relevé l'importance d'être à l'hôpital pour la sécurité que le lieu assure : la sécurité dans la prise des médicaments, le fait d'avoir un endroit pour dormir, d'avoir un lieu à soi.

« Être ici, ça m'aide beaucoup. Ça m'aide beaucoup. Ça m'aide à manger, ça m'aide à dormir, ça m'aide à me sentir en sécurité. (...) Enfin, que je me sens bien ! C'est un grand mot de se sentir bien. Mais, on va dire que je me sens apaisée du fait d'être ici. » - Entretien 4

Nommer et donner du sens. Trois des quatre patients interrogés nous ont fait part de leur besoin de recevoir de l'information concernant leur diagnostic et de discuter du sens des prises en charge proposées au sein du service. Le fait d'être informés et de mettre des mots sur ce qui leur arrive leur permet, semble-t-il, de se sentir compris et de comprendre eux-mêmes également ce qui leur arrive.

« On a enfin mis un nom sur ce que j'avais et ça me soulage (...) j'arrive à exprimer ce que je ressens. Ce que je n'arrivais pas forcément à faire avant. Ça m'aide de savoir ». Entretien 1

Bénéficier d'autonomie et avoir la possibilité de refuser. Les patients rencontrés ont tous témoigné de leur besoin de devenir ou de rester autonomes, tant pour le choix de leur traitement et de leur médication que pour d'autres éléments relatifs à leurs soins. Une patiente me disait notamment :

« Moi, je fais de l'automédication. (...) qu'on vienne me faire mon pilulier toutes les semaines, ça c'est hors de question. » - Entretien 1

En outre, à propos de cette aspiration à l'autonomie, ils ont également exprimé un réel besoin d'être considérés en tant que personnes adultes, capables de refuser.

Dans cet extrait, un patient fait référence à un test d'hygiène qui lui aurait été imposé quelques jours après son arrivée à l'hôpital, sans lui avoir fourni de raison explicite.

« Et puisque c'est moi qui l'ai décidé [l'hospitalisation], (...) par exemple pour l'examen de nettoyage, il n'avait pas à être obligatoire. J'aimerais que l'on puisse me le demander (...) J'aurais voulu avoir la possibilité de pouvoir dire 'non, merci, je n'ai pas besoin' ». » Entretien 4

Un milieu hospitalier sécurisant, pas cloisonné. Si aucun patient n'a explicitement critiqué le cadre 'fermé' de l'unité, l'organisation des activités, par contre, était au centre des préoccupations. Les activités de groupe étaient largement plébiscitées, car appréciées pour leur apport en termes d'échanges et de relations interpersonnelles ; un patient insistait sur l'importance de 'faire partie de quelque chose', ce que le groupe permet. Mais la plupart d'entre eux ont exprimé une insatisfaction face au manque d'activités à l'extérieur de l'unité de soins. Tout en admettant qu'un encadrement par l'équipe de soins restait nécessaire pour certains patients pendant les sorties du service, ils semblaient tous d'accord sur la perspective de 'sortir' plus du cadre hospitalier, du pavillon.

« Ce n'est pas un Club Med, mais plus d'activités... Je ne sais pas. Faire des sorties (...) Et, il y a des jeux de société, mais des jeux de société, c'est ici, c'est enfermé » - Entretien 2

8.2. Aller vers le soin, une démarche personnelle complexe

Concernant la demande d'hospitalisation et les démarches qui y sont liées, nous avons constaté l'importance pour les patients d'avoir pu prendre eux-mêmes la décision de se faire aider. Tous ont insisté sur ce point, qui semblait par ailleurs donner du sens à leur présence à l'hôpital : avoir choisi d'être là, mais surtout 'avoir fait le pas'. L'une des patientes interrogées avait d'elle-même pris la décision d'aller 'vers les soins', mais à ses yeux son initiative n'était pas suffisamment reconnue par les prestataires de soins alors que, pour elle, en particulier, la démarche de 'demande d'aide' avait relevé d'une réelle difficulté et avait demandé un effort considérable... Elle le soulignait dans cet extrait :

« Aller aux urgences seule, demander d'être hospitalisée au (.), d'être hospitalisée ici, toute seule, sans attache de nulle part ! Demandez à quelqu'un qui est dans la rue de faire la même chose que moi... Demandez-leur ! Vous allez voir comment ils vont vous répondre ! C'est compliqué hein... Moi, je trouve que j'ai déjà quand même pas mal travaillé pour tout ça. (...) Je mange, je dors, je m'habille. C'est déjà beaucoup vous savez ! C'est déjà beaucoup pour quelqu'un qui voulait se tuer » - Entretien 4

Nous avons également décelé ce besoin de reconnaissance de manière plus générale chez l'ensemble des patients interrogés, d'autant plus intensément lorsque cela concernait le fait d'être reconnu en tant que personne. Ils ont, chacun à leur façon, décrit cette attente par différents éléments, tels que le besoin de se sentir écouté, de se sentir respecté, d'être regardé lors d'une conversation, de se sentir compris et surtout de 'ne pas se sentir considéré comme un simple numéro'.

« Elle, elle me regarde droit dans les yeux quand elle me regarde et qu'elle me parle. Comment vous expliquez ? Mmmmh. Elle s'adresse à moi de personne à personne ! Tu vois ? » -

Entretien 4

8.3. Sortir de l'hôpital pour se rétablir et trouver de l'aide dans la communauté

L'hospitalisation ne nous a pas paru être vécue, en soi, comme une expérience négative dans la vie des patients qui la considéraient plutôt comme une étape nécessaire à leur expérience propre de la maladie. Durant une période déterminée, ils espèrent trouver l'écoute et la sécurité nécessaires à leur processus de changement, recevoir les informations liées à leur médication et à leur prise en charge ainsi qu'être considérés comme autonomes et capables de s'investir personnellement dans leurs soins. Deux focus intéressants ont été mis à ce sujet : d'abord, le fait d'être reconnus comme des individus, des personnes autonomes, des adultes, et ensuite, la possibilité qui doit leur être accordée parfois de refuser certaines choses, ce qui souligne finalement l'importance pour les patients d'avoir le choix.

Quoi qu'il en soit, tous envisageaient déjà leur sortie, l'anticipaient ou la préparaient. Même si l'un des patients a émis des craintes par peur d'éventuelles rechutes, les autres aspiraient à une vie hors de l'hôpital comme tout un chacun, avec parfois même la sortie comme seul et unique 'projet d'hospitalisation', tout cela en n'excluant évidemment pas d'éventuelles autres hospitalisations 'programmées' afin de sécuriser ou retravailler certaines choses.

« L'objectif ce serait encore une petite hospitalisation, pour prendre les paramètres (...) Il ne reste plus qu'une étape : sortir. (...) Mon projet c'est vraiment sortir d'ici... » - Entretien 1

Tous avaient des projets : rentrer chez soi, trouver un travail, un logement, fonder une famille, se réorienter dans le domaine de l'emploi, démarrer des suivis thérapeutiques réguliers extrahospitaliers ou solliciter des services d'aides à domicile. Ils souhaitaient tous vivre dans la communauté et nourrissaient leurs projets d'espoir.

« Je suis dans l'espérance d'avoir une vie meilleure. » - Entretien 4

En termes de demandes ‘non-rencontrées’ durant leur hospitalisation, seul le manque d’échange avec des pairs a réellement été abordé. Un patient, en particulier, regrettait l’absence d’opportunité de parler et de trouver de l’écoute auprès de personnes ayant été confrontées à des situations problématiques similaires ; il a, par exemple, exprimé son intérêt pour les groupes d’échanges comme les Narcotiques Anonymes auxquels il aimerait être intégré afin de trouver plus de soutien qu’à l’hôpital, où il ne se sentait pas compris autant qu’il aurait pu l’être par quelqu’un ayant vécu les mêmes choses.

« Les gens qui ont aussi des problèmes, ça m’aide aussi à me dire que je ne suis pas le seul. »

Entretien 2

9. Retour sur les entretiens-professionnels

Les entretiens avec des professionnels autour des questions du rétablissement furent plus structurés que ceux menés avec les patients. Ayant cerné les attentes des patients par l’analyse des entretiens, nous avons sensiblement modifié notre guide d’entretien à destination des prestataires de soins au regard des données collectées et y avons ajouté notamment une question sur la pair-aidance ; avec l’expérience, nous étions aussi davantage préparée à cadrer la discussion (voir *Annexes : Guide Temps 2*). Dans cette partie de notre travail, les résultats sont présentés suivant les thématiques abordées dans notre guide d’entretien, à savoir l’approche centrée sur les besoins des patients, le choix et l’information, la responsabilité, ainsi que la réinsertion et l’espoir.

9.1. Une approche centrée sur le patient.

Globalement, le patient est systématiquement présenté par les professionnels de la santé mentale comme étant au centre de ses propres soins, de sa propre prise en charge hospitalière. La plupart des prestataires disent écouter les besoins, les désirs et les préférences de chaque patient afin de mettre en place des projets ; la façon de procéder est par contre tout à fait différente d’un lieu à un autre.

En effet, dans certains établissements, la place du patient durant l’hospitalisation est purement individuelle et le focus est mis soit sur lui seul, soit sur une petite partie de son réseau. Dans ce cas-là, l’hospitalisation est considérée comme un moment propice pour renforcer les compétences positives des patients (par le travail des AVJ, de questions d’alimentation, de budgets, par des thérapies cognitives, de la psychoéducation) et parfois pour également permettre la récupération de fonctionnements sociaux perdus du fait de longs séjours en institution dans le passé.

Ailleurs, des concertations régulières, dans une dynamique collective, sont mises sur pied et permettent d'établir des dispositifs davantage personnalisés et d'orienter les personnes en fonction de leurs besoins ou demandes particulières. Ces réunions, souvent pluridisciplinaires, rassemblent divers acteurs du réseau tant naturel que professionnel des patients et sont généralement organisées à différents moments de l'hospitalisation, afin de réévaluer les besoins du patient, en tant que principal intéressé ; elles donnent l'occasion, au patient, de verbaliser ses objectifs, ses attentes, ses valeurs et, aux acteurs de son réseau, d'évaluer, d'une certaine façon, sa disponibilité au changement et son implication dans son projet personnel.

Enfin, certains services encouragent la création de comités d'usagers dans le but de faire porter les voix des patients à la direction ou vers d'autres services pour qu'ils aient l'opportunité de participer activement au déroulement de leur prise en charge. Ce type de dispositif favorise l'alliance soignant-soigné.

Quel que soit le dispositif privilégié, d'après certains prestataires de soins, il est primordial de respecter le rythme du patient. « *Le seul bon rythme est celui du patient* », expliquait un professionnel (Professionnel 11) et les soignants doivent soutenir ce rythme, sans imposer celui qui leur paraît mieux convenir. L'image qui nous a été proposée par l'un des cliniciens est de considérer le prestataire de soins comme une personne ressource qui met à la disposition des patients une multitude de 'ficelles' pouvant lui être utiles, tout en laissant au patient la possibilité de s'en saisir quand ce dernier l'estime opportun. De cette manière, les patients reprennent le pouvoir qui leur appartient.

Dans la réalité, il semble que les patients ne sont pas nécessairement prêts à entrer dans le processus de rétablissement au moment où le professionnel de la santé le souhaiterait et qu'un 'effort' soit demandé au soignant pour respecter ce rythme. L'un des cliniciens rencontrés a bien exprimé cette difficulté très présente lorsqu'il s'agit de travailler avec quelqu'un qui n'est pas disposé à se lancer dans une démarche de rétablissement :

« *On ne sait pas soigner quelqu'un qui n'a pas de demande ! Enfin ! On travaille avec des adultes, pas avec des enfants ! (...) un enfant, je peux comprendre qu'il faut attendre qu'il ait des demandes.* » Professionnel 4

Ce fut relevé comme une réelle difficulté par certains soignants, m'expliquant parfois projeter leurs propres désirs sur les patients. Un prestataire de soins refusait des patients au moment de la préadmission si ceux-ci ne démontraient pas suffisamment de volonté.

Un autre professionnel de soins a reconnu se rendre compte que parfois, en équipe, ils mettaient la barre trop haut en termes d'attentes vis-à-vis du patient ou de son projet et cela, 'à la place' du patient, alors que celui-ci n'était pas forcément prêt à s'investir comme ils l'entendaient. Par ailleurs, un professionnel du même hôpital a également fait part de la difficulté, en tant que soignant, de ne pas interpréter et aussi du danger de proposer des projets en fonction de ce que l'on a interprété, projets dans lesquels le patient ne trouve finalement pas de sens.

En plus des besoins individuels, les besoins communautaires sont considérés comme importants car même si l'épanouissement personnel de la personne prime, certains prestataires estiment indispensable de s'assurer malgré tout que les demandes des patients ne nuisent pas à l'équilibre de la communauté, tant dans le service de soins que dans la société. Une des personnes interrogées a expliqué : « *Si maintenant le patient part dans des choses qui ne sont pas adéquates, on essaie de le remettre sur les bons rails* ». Professionnel 1

9.2. Avoir le choix et être informé

Concernant la responsabilité conférée aux patients, nous avons questionné les professionnels de la santé sur la manière dont ils procèdent pour associer les patients à la prise de décision, sur les informations qu'ils fournissent durant l'hospitalisation, sur la place dévolue à la négociation et, enfin, sur la façon de donner une place active aux patients.

9.2.1. Donner le choix

Trois des professionnels, tous psychiatres, ont souligné l'importance d'expliquer et de proposer au patient les différentes possibilités de traitements, de médications et de projets. Cela vient, semble-t-il, soutenir la relation de soins - qu'elle soit de confiance ou contractuelle - puisque cela permet au patient de se positionner, en acceptant ou en refusant, et donc favorise son autonomie, sa responsabilisation.

9.2.2. Informé le patient

De manière générale, fournir de l'information concernant les maladies mentales, les traitements, leurs effets désirables et non désirables, ainsi que sur le réseau de soins, était soutenu en tant que processus d'éducation thérapeutique. Globalement, la transparence, en ce compris la transmission du diagnostic au patient, et l'honnêteté étaient admises comme étant essentielles.

Un ancien psychiatre, devenu membre de la direction d'un établissement hospitalier, a exprimé quelques réticences envers la psychoéducation en raison du risque *in fine* de tendre vers des processus de normalisation plus que vers le rétablissement personnel et subjectif ; cela reviendrait à dire aux patients ce qu'il serait bien de faire, dans une perspective très paternaliste de laquelle bon nombre de cliniciens estiment actuellement nécessaire de se détacher.

Par contre, le partage d'informations comme la transmission du diagnostic, s'il peut parfois créer un auto-stigma chez les patients, nous a été présenté comme nécessaire à un moment donné puisque tout le travail en hôpital reposera sur ce dernier.

« Ça me semble tellement important en fait de passer par le diagnostic : parce que le traitement en dépend ! Si on me dit que j'ai un cancer et que je vais devoir prendre tel traitement d'hormonothérapie pendant x temps, si je ne sais pas vraiment les finalités de mon traitement, je vais clairement avoir des problèmes de compliance, d'adhésion (...) » - Professionnel 12

« (...) ce n'est pas le diagnostic qui compte, c'est la manière dont le patient a la capacité de se l'approprier ». - Professionnel 7

Il semble que, dans la majorité des cas, le patient reçoit de l'information concernant sa santé, lors de groupes au sein de certaines structures, alors que dans d'autres, cela se décline davantage en individuel. En plus, le patient bénéficie d'informations concernant le réseau existant, dont l'assistant social est le plus souvent l'interface.

Afin d'informer, selon un ergothérapeute ayant participé à l'étude, il n'est pas intéressant d'arroser les gens de théorie. Cette personne, travaillant à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital (dans des clubs thérapeutiques avec d'anciens patients) soulignait à quel point il était important de ne pas se cantonner à la présentation d'informations brutes, mais de privilégier les modes de communication tels que les jeux de rôle permettant aux patients et aux soignants de vivre les concepts et de les intégrer en ne se limitant pas à les nommer ou à les définir.

Les professionnels les plus sensibles au concept de rétablissement en psychiatrie furent presque unanimes sur un point, à savoir que l'information sur les maladies mentales et sur les composantes du rétablissement ne doit pas être limitée aux patients, ni à leurs familles. Elle devrait être fournie à une échelle plus large, auprès des réseaux de soins ainsi qu'auprès de la communauté en général afin d'endiguer le phénomène de stigmatisation des malades mentaux.

9.2.3. Responsabiliser en donnant une place active aux patients

Il fut intéressant de constater que les cliniciens n'avaient pas tous la même compréhension des concepts que nous abordions.

Par exemple, la notion de la participation des usagers lors du parcours de soins fut un sujet extrêmement polysémique. Certains professionnels entendaient purement et simplement par 'participation' le fait que les patients se rendent le plus souvent possible aux activités proposées par l'unité de soins alors que d'autres considéraient que la participation résidait dans le fait d'intégrer les patients aux réunions de concertations, de façon régulière, et de les y entendre pour ensuite leur laisser le choix.

Lorsque la participation était assimilée à une présence accrue en activités, les services proposaient généralement un panel d'activités conforme à ce qui est attendu en termes de finalité et de sens. Pour certains, les activités avaient pour principal objectif de remettre les personnes en mouvement, de leur permettre de réapprendre une vie 'active', après leur avoir laissé une période de relâche.

« ...c'est un hôpital ! Donc ça veut dire que les gens arrivent et se posent aussi.(...) Les activités ici, ce serait plus pour reprendre les bases ! Ça peut paraître idiot mais juste le cycle jour-nuit, être éveillé la journée et on dort la nuit, on prend soin de soi, on se rafraîchit, on prend une douche on mange un repas complet, on a des interactions sociales, on se dit bonjour et au revoir, on prend du plaisir dans son corps à travers la promenade, à travers le sport, à travers l'ergo, la relaxation... etc. On reprend les contours de son identité en racontant son histoire et ses projets » – Professionnel 9

Il s'agissait dès lors également de réapprendre à respecter des horaires, de se remettre au sport, de faire des choses agréables, de prendre soin de soi et d'autrui. Un professionnel a insisté sur le fait que les activités ne doivent pas uniquement réactiver, mais qu'elles doivent également permettre aux personnes malades de ne pas avoir une vie creuse.

« Le vide ce n'est rien, mais là, il n'y a pas rien » – Professionnel 11

Et là, soit le sens est implicite et l'on considère que le patient comprendra par lui-même les finalités attendues de ces activités, soit le sens de celles-ci est systématiquement réexpliqué et retravaillé avec le patient. L'un des professionnels nous expliquait que lorsque les patients sont contraints de participer aux activités proposées par les unités, comme les séances d'ergothérapie collectives, donner du sens à la participation n'est pas toujours possible, puisqu'imposée.

Le summum afin de donner du sens aux activités est, selon l'un des psychiatres que nous avons rencontrés, de créer du lien durant l'hospitalisation, via des activités transversales à l'extérieur de la structure de soins. L'idée est alors de faire le lien entre les activités hospitalières et d'autres, extrahospitalières, afin d'éviter une rupture brutale entre un milieu de mise en mouvement et un autre, plus creux, à la sortie de l'hôpital.

Au niveau de la négociation soignant-soigné, dans une certaine mesure, le patient était également présenté par les prestataires de soins comme étant participatif lorsqu'on lui donnait la possibilité de négocier, donc d'établir des accords, et *a fortiori* quand il négociait effectivement. Des entretiens menés, il semble ressortir que la négociation ne soit pas toujours possible, en tout cas pas pour tous les sujets ni avec tout le monde. Concernant, par exemple, le respect du règlement de l'unité, il était quasi inenvisageable que les patients négocient, sauf pour les heures de sortie. Les questions de consommation, d'attitudes ou de comportements inadéquats entraînaient le plus souvent des 'fins d'hospitalisation' immédiates, laissant l'un des professionnels dubitatif quant à la 'bonne façon de réagir' :

« Mais il faudrait justement travailler ça, ne pas le prendre sur soi et mettre de la distance, parce que c'est ce problème que le patient a. Je veux dire : on travaille avec des personnalités borderline, qui sont impulsives, qui ne savent pas gérer leurs émotions ou exprimer ce qu'elles ressentent. Donc, à ce moment-là, je trouve que ce serait intéressant de reprendre les choses avec le patient, ce qu'il s'est passé, pour qu'il puisse verbaliser et voir comment agir autrement la prochaine fois. » - Professionnel 2

Par ailleurs, il est certain que chaque professionnel, lors de négociations avec les patients, est influencé par ses valeurs, sa vision du monde...

« Dans une négociation, je me demande ce que moi j'y gagne aussi ! En tant que soignant et en tant que personne. L'idée est de pouvoir permettre au patient d'avoir aussi un impact sur moi. Donc, on doit se laisser un peu... c'est le psy qui parle mais... il faut se laisser un peu pénétrer aussi par les attentes du patient. » - Professionnel 7

L'un des professionnels a comparé les hospitalisations à des contrats à durée déterminée, toujours à négocier et renégocier avec les patients. L'objectif, finalement, est de parvenir à trouver des compromis acceptables, en lien avec l'idéal de vie du patient. Evidemment, tout cela se fait au cas par cas et dépend énormément de la relation de confiance ou d'alliance qui a pu se former entre les personnes concernées.

En ce qui concerne la place des patients dans leur processus de soins, nous avons envisagé - puisque cette façon de fonctionner existe dans certains hôpitaux psychiatriques de jour en Belgique - la possibilité pour le patient de peut-être parfois participer aux réunions pluridisciplinaires, afin de partager son point de vue avec l'ensemble de l'équipe et de discuter de son projet. Cependant, autant dans les services les moins sensibilisés au paradigme du rétablissement que dans ceux qui connaissaient le concept, la participation des patients aux réunions d'équipe ne fut pratiquement jamais envisageable, et cela pour différentes raisons.

La crainte principale des équipes semble être que ne soient discutés des sujets trop sensibles pour les patients, comme des antécédents familiaux ou psychiatriques traumatiques, susceptibles de les placer dans une position difficile. Ensuite, les prestataires de soins paraissent avoir besoin de moments 'entre eux' afin de déverser leurs impressions tant positives que négatives vis-à-vis des situations rencontrées. Or, la participation d'usagers durant les réunions rendrait ces moments de 'détente' moins libérateurs pour les professionnels de soins car, en présence d'un patient, ils devraient contenir leurs ressentis professionnels et personnels et ne pourraient s'exprimer librement ou avec humour sur une situation pénible.

« Maintenant, de là à dire que les patients sont associés aux décisions... Sincèrement, oui, de plus en plus, sur les heures de sortie et l'organisation de certaines activités. Oui, de plus en plus, mais il y a encore beaucoup de choses à faire ! » - Professionnel 7

Lorsque l'option de la participation des patients aux réunions cliniques n'est pas retenue, d'autres moments sont par contre prévus afin de favoriser la collaboration, même si la place du patient est alors plus morcelée. Dans une grande majorité des services où les échanges avec le patient s'opèrent principalement en individuel, chaque professionnel voit le patient 'de son côté' puis l'équipe de soins rassemble les informations et procède à une prise de décision concernant le patient, sans pour autant que ce dernier ne soit présent.

Les professionnels les plus au fait quant au paradigme de rétablissement ont unanimement pointé deux concepts-clés, à savoir la participation et l'empowerment des patients, en tant qu'outils complémentaires à la base du processus de rétablissement. Dans les services de ces cliniciens, plusieurs dispositifs existent pour que le patient dispose d'une place active dans son processus de soins, comme la création de 'sherpas' ou guides à l'arrivée de nouveaux patients, et comme la délégation de responsables que ce soit pour la communauté, pour un comité d'idées ou d'usagers ou pour la présidence de salles au sein de l'unité de soins.

En outre, des outils pluridisciplinaires ou multi-acteurs sont proposés, telles des cellules interdisciplinaires ou de concertations, toujours dans le but de solliciter le patient et de le positionner au cœur de son réseau. La différence réside dans le fait que les professionnels, alors, ne gravitent plus autour d'un patient sans le solliciter mais sont tous en lien avec lui, partenaire de la décision. L'idéal prôné par ce type de mesures est la participation en tant que 'prise de pouvoir' : il s'agit pour les prestataires de prendre ou de donner la régie au patient, tout en étant transparents sur le 'quand' et le 'pourquoi' cette régie pourrait lui être donnée ou reprise.

« (...) dire « la personne est actrice de ses soins », ça c'est quelque chose qui est écrit de toutes parts. Alors, n'est-ce pas juste du politiquement correct ? ça, bon voilà ! Mais on essaie de rendre cela concret et de mettre cela en place » - Professionnel 6

« Il s'agit aussi de responsabiliser : même si la personne a besoin de "se reposer", on n'abandonne pas le patient dans ce repos-là. » - Professionnel 12

9.3. L'insertion sociale

Concernant l'insertion sociale, en termes de préparation à la sortie définitive de l'hôpital, nous avons essentiellement axé nos questions sur la façon dont sont préparées les sorties, mais également sur le déroulement des contacts avec les services ou les acteurs extrahospitaliers pouvant favoriser un retour 'dans la société'. Nous estimions important aussi d'obtenir des informations sur ce qui existe pour renforcer les supports extrahospitaliers, agissant sur la continuité des soins et sur la façon dont le réseau du patient était sollicité.

9.3.1. La sortie définitive

La sortie du patient de l'hôpital est une question complexe pour deux raisons. D'abord, les sorties ne se passent pas toujours comme prévu au départ : certaines hospitalisations prennent fin subitement parce que les patients décident de signer une décharge ou parce qu'en raison d'une transgression du règlement de leur unité, ils sont invités à quitter l'hôpital. Ensuite, les sorties de l'hôpital peuvent être temporaires et cela complexifie les choses. Il arrive ainsi que certaines sorties soient 'programmées' à l'avance, pour des raisons économiques propres à l'hôpital ou pour ne pas endetter le patient; celui-ci sort donc avec l'assurance de savoir qu'il se fera réhospitaliser, quoi qu'il arrive, après un temps déterminé, et n'est donc pas forcément 'poussé' à se détacher du système hospitalier.

D'après les cliniciens, il paraît nécessaire, pour les équipes, de discuter de la sortie d'un patient au début de son hospitalisation, voire même au moment de la préadmission.

De multiples hypothèses de sortie peuvent déjà être amenées en équipe dès l'entrée du patient afin de cadrer les soins et d'envisager la mobilisation d'un réseau, même sans en informer le patient ou sans lui dire explicitement que sa sortie est déjà préparée.

« C'est difficile de s'affilier à un système si vous demandez déjà à la personne de se désaffilier du système » - Professionnel 12

Force est de constater qu'aux yeux de nombreux professionnels interrogés, l'hôpital œuvre en vase clos et donc ne travaille en son sein qu'avec le patient pour préparer sa sortie, prévenir les éventuelles rechutes, le rendre autonome dans sa prise de médication et lui fournir les contacts à solliciter en cas de besoin. Dans ce cas-là, l'approche consiste parfois à inconfortabiliser le patient pour l'obliger à se mobiliser et éviter que l'hôpital ne devienne un lieu de vie considéré comme un hôtel. L'une des personnes que nous avons interviewées a expliqué que, dans son service d'admission, des groupes de parole de préparation à la sortie étaient organisés une fois par semaine.

Le problème de ce fonctionnement 'en vase clos' est que, finalement, il manquerait une étape entre le milieu hospitalier et l'extrahospitalier. Les ergothérapeutes, plus que les autres prestataires de soins interrogés, ont relevé ce problème et émis l'hypothèse selon laquelle l'hôpital pourrait leur attribuer plus de 'liberté' dans leur travail afin de les laisser, pendant l'hospitalisation, se rendre au domicile du patient afin de préparer au mieux son milieu de vie, aménager son environnement et évaluer ses capacités fonctionnelles.

A l'hôpital, le côté par nature très institutionnel renforce le modèle des soins axé sur le 'faire à la place de' alors que l'idéal poursuivi par les soignants, en partie au moins actuellement selon mes résultats, est de promouvoir la mise en pratique, en situation, afin de s'inscrire davantage dans la vie réelle de l'utilisateur. Ainsi, des 'tests' à l'extérieur sont déjà envisagés dans certains services, afin de pouvoir retravailler ensuite au sein de l'hôpital les difficultés pratiques concrètes auxquelles le patient a été confronté.

« Pour ne pas justement qu'il y ait l'effet de l'hôpital et que du jour au lendemain plus rien parce que cela n'a pas été mis en place » - Professionnel 10

L'idéal visé par la consolidation d'un lien de continuité entre l'intra et l'extrahospitalier est de permettre à la personne malade de se tester à l'extérieur, mais d'avoir en même temps la sécurité de l'hôpital, et fluidifierait donc les transitions entre les différents lieux de soins, sans qu'il n'y ait de trajet défini au préalable de façon formelle.

*« (...) il ne faut pas un trajet de soin. Il faut la possibilité de soin et il faut des trajets possibles.
(..) Il faudrait qu'à chaque bifurcation on puisse proposer plusieurs choses au patient. » -*

Professionnel 11

Une sortie définitive qui a du sens, pour la plupart des prestataires, est une sortie qui a été discutée avec le patient et pour laquelle les relais nécessaires ont été mobilisés.

9.3.2. Mobilisation des réseaux naturels et professionnels

Concernant les contacts avec les services extérieurs, comme les habitations protégées, les hôpitaux de jour ou les maisons de soins psychiatriques, les prestataires de soins ont tous déclarés être satisfaits de leur déroulement, relevant de manière générale que ces contacts permettent de créer du lien entre les différents acteurs du réseau et de préparer la sortie de l'hôpital. Nous avons observé que, dans de nombreux services, des acteurs du réseau de santé mentale sont effectivement sollicités lors des hospitalisations, afin de mettre en place des suivis extérieurs, voire des hospitalisations extrahospitalières, ou de requestionner des projets.

Certains prestataires, majoritairement ceux faisant partie de la direction, nous ont rapporté, par contre, que beaucoup de services extérieurs à l'hôpital tout comme les familles des patients leur reprochent souvent de tarder à faire appel à eux durant les hospitalisations. L'un d'eux nous a expliqué qu'il y a une grande différence entre la théorie et la pratique à ce niveau-là, entre la mobilisation des réseaux, comme préconisée par les recommandations émises dans la réforme, et la réalité. Il semble que, souvent, les services extrahospitaliers soient contactés à l'approche de la sortie définitive, ce qui ne permet pas toujours un travail optimal.

Ces contacts et partenariats sont plus nombreux, en revanche, lorsque les hôpitaux de jour ou les maisons de soins font partie intégrante de l'institution. Lors de projets visant une prise en charge en hôpital de jour, par exemple à la suite du séjour hospitalier à temps complet, il est alors fréquent que les candidatures soient posées pendant l'hospitalisation pour faciliter les démarches mais surtout pour permettre une continuité dès la sortie.

A propos de l'implication des proches et de la famille des patients, l'ensemble des prestataires rencontrés ont souligné l'importance majeure de la famille, pendant les hospitalisations en tant que source d'information pour l'équipe mais aussi en tant que pilier et soutien en cas de rechutes post-hospitalisation. Pourtant, la plupart regrettaient un manque de prise en compte réel des familles durant les séjours en hôpital, par manque de temps de la part des professionnels de la santé, mais également par facilité.

« (...) on se dit que tout se passe à l'institution, tout se passe à l'hôpital... alors les proches ils nous emmerdent en fait ! » Professionnel 11

« (...) les familles ne sont pas suffisamment sollicitées. Voire sont perçues comme étant négatives. Ça, même si personne ne le reconnaîtra, on a quand même beaucoup ces discours-là, qui d'une certaine manière disqualifient les familles. » - Professionnel 7

Dans la majorité des services où exerçaient les cliniciens interviewés, des entretiens de famille étaient proposés, organisés pour la plupart par les psychologues des services, afin d'aborder les dynamiques familiales, mais uniquement si le patient le demandait ou si l'équipe l'estimait nécessaire. Sinon, la place des proches se limitait aux visites, avec parfois la création de lieux de rencontre plus neutres comme des 'espaces enfants'.

En pratique, il semble que certains prestataires de soins ne soient pas satisfaits de ces façons actuelles de procéder. Les ergothérapeutes, plus que les autres, m'ont fait part de leurs regrets par rapport aux limites de leurs fonctions en institution ; celles-ci pourraient, selon eux, être élargies à un travail d'aménagement de l'environnement tant social qu'environnemental, afin de limiter au maximum le phénomène de rupture abrupte – le passage d'un milieu encadrant à leur domicile - vécu par bon nombre de patients à leur sortie. La famille dans ce cas-là est considérée comme un support pour favoriser une structure et une stabilité.

D'autres professionnels voient également la famille comme un outil positif et une ressource indispensable pour renforcer les filets de sécurité autour des patients et envisageaient tout à fait la mise en place de concertations pluridisciplinaires impliquant les proches du patient hospitalisé, voire en avaient déjà organisées. L'un des prestataires de soins a même suggéré, comme idée pour le futur, de se calquer sur le modèle hollandais qui promeut, afin de travailler plus intensivement avec la famille, des hospitalisations ponctuelles de celle-ci avec le patient, dans des ailes de l'hôpital réservées à cet effet.

9.4. L'espoir de rétablissement

Afin de cerner cette composante de l'approche globale du *recovery*, nous avons souhaité savoir comment agissent concrètement les prestataires de soins afin de soutenir l'espoir.

9.4.1. Les soignants comme « porteurs d'espoir »

Pour favoriser l'espoir auprès des patients, les cliniciens suggèrent de privilégier un contact d'égal à égal avec les patients en vue de leur offrir une relation saine et authentique, de travailler sur base de micro-objectifs atteignables, de nommer les 'choses', de leur rappeler leurs droits,

de leur proposer de rencontrer des pairs-aidants et de les confronter à des témoignages d'anciens patients. Par ailleurs, une honnêteté et une transparence totales quant aux risques semblent nécessaires afin que les patients soient armés et préparés à y faire face ; 'profiter' des événements critiques est un moyen pour se projeter et pour renforcer les filets de sécurité des patients, en se focalisant sur leurs besoins, leurs limites et leurs forces.

« (...) la malchance qui pour nous peut devenir une chance, c'est que comme dans le service on s'occupe plutôt de patients avec des troubles psychiatriques assez lourds, le malheur c'est que ce soient des choses chroniques et récidivantes. Donc, malheureusement pour elles, elles passent par des états de rechute et on peut travailler cela. On peut reprendre ça. »

Professionnel 12.

L'intégration de dynamiques d'espoir devrait être permanente, tout comme le fait de fournir aux patients un maximum d'outils favorisant leur autonomie, comme l'éducation thérapeutique, par exemple. L'un des problèmes majeurs soulignés par les professionnels est qu'eux-mêmes n'ont pas toujours foi en l'avenir des patients ; nous avons observé, lors de nos entretiens, que tous n'étaient pas systématiquement optimistes quant aux possibilités de 'guérison'.

« Espoir de guérison, c'est un grand mot! (...) c'est surtout la stabilisation que l'on vise »

Professionnel 2

Que penser alors lorsque les professionnels n'y croient pas ou, du moins, pas totalement ? L'un d'eux s'est exprimé à ce sujet :

« (...) que l'on n'y croie pas tous tout le temps, c'est normal quoi ! On est assommés... C'est dur quoi ! C'est un boulot difficile, c'est un boulot difficile où l'on est confrontés tout le temps à des gens qui ne vont pas bien, qui parfois sont violents... Enfin, je ne dis pas du tout cela dans un terme d'accusation.(...) Mais parfois, l'espoir, les malades n'ont pas la possibilité de le porter eux, donc c'est aux soignants de porter l'espoir »

Professionnel 11

Plusieurs professionnels, en revanche, estimaient que l'ensemble des patients avait 'une chance de s'en sortir' et de vivre une vie pleine de sens, avec de l'aide et du temps ; ils ont proposé des pistes pour devenir et rester des porteurs d'espoir, comme davantage de formation des soignants au paradigme du *recovery*, ainsi qu'une sensibilisation plus régulière au rétablissement par l'implication de pair-aidants ou de témoignages d'anciens patients d'hôpitaux psychiatriques.

Pour garantir l'intégration de dynamiques d'espoir au sein des unités de soins, l'un des professionnels interrogés a proposé d'incorporer aux équipes des personnes ressources, 'référentes rétablissement et pair-aidance', qui seraient chargées de 'semer' le changement de paradigme au sein de l'équipe et de soutenir les soignants dans une visée plus optimiste.

9.4.2. Le paradigme du rétablissement

Quatre des treize professionnels interviewés n'avaient jamais entendu parlé du rétablissement subjectif, au cœur du paradigme du *recovery*. Pour les autres, soit le concept était clair mais relativisé puisqu'il était associé à certaines pathologies et qu'ils éprouvaient une difficulté à inscrire leur rôle de soins dans le paradigme, soit le rétablissement était au centre de leurs préoccupations et ils commençaient à redéfinir et à remettre en question leurs pratiques. Lorsque les professionnels ne connaissaient pas le paradigme, et après que nous leur en avons brièvement expliqué le concept, nous avons ressenti une espèce de résistance et de tentative de défense.

« On n'a pas un truc blanc ou noir en santé mentale, où on dit « il n'y a plus de lésion, vous êtes rétabli on ne se verra plus. » - Professionnel 10

« Les patients sont en phase maniaque souvent, donc ils se sentent très bien comme ils sont. Et là on ne peut pas accepter, d'abord par respect pour [eux] parce qu' [ils vont] droit dans le mur, qu' [ils disent] « je me sens bien comme ça, je sors ». Donc il y a quand même une espèce de consensus de ce qu'est le bien-être, le rétablissement. Il y a un seuil quoi. (...) un rétablissement minimum requis. » - Professionnel 9

Pour les autres, le changement de paradigme au sein des équipes était vécu comme un changement de philosophie nécessitant vraiment de remettre en question les routines, de s'assurer que chacun parle le même langage et que le soignant réajuste constamment sa position vis-à-vis du patient, entre prendre trop ou pas assez de place dans la prise en charge. Tous pointaient le travail en équipe pluridisciplinaire/multidisciplinaire comme un atout essentiel pour ces changements et pour la multiplicité des regards.

L'idéal poursuivi par ces quelques cliniciens était donc vraiment de transmettre au patient l'idée qu'il est tout à fait possible de vivre avec une maladie mentale, même sévère.

« (...) je pense qu'il faut être créatifs. Mais cela demande pour beaucoup de sortir de leur zone de confort » - Professionnel 12

Pour ce qui concerne la pair-aidance elle-même, souvent associée au *recovery* en santé mentale, les avis furent mitigés. La plupart des prestataires en avaient entendu parler, lors de conférences ou parce qu'ils s'y étaient personnellement intéressés, mais l'implication de pairs-aidants n'était pas pour autant concrétisée. L'absence de pair-aidance dans les services nous fut justifiée de plusieurs façons : premièrement, par la difficulté d'intégrer un ancien patient, même formé, parmi les équipes de soins parce que la distance soignants-soignés est encore stricte, ensuite, parce que le focus est mis plus sur l'encouragement à intégrer des structures de pairs à l'extérieur de l'hôpital après - voire même durant - l'hospitalisation, ou sur la valorisation de la production artistique d'anciens patients.

« On n'y réfléchit pas, tant que cela ne se pose pas! » – Professionnel 6

Globalement, pourtant, tous émettaient des avis positifs sur ce type de méthode, considérant qu'un ancien patient de psychiatrie trouve mieux les mots pour aborder certains sujets et pourrait aider lors de moments de crise.

Les prestataires de soins les plus favorables à la pair-aidance, ou l'ayant déjà expérimenté sur leur lieu de travail, expliquaient que, pour pouvoir l'implanter au sein de plus d'unités de soins psychiatriques, il serait nécessaire de mieux former et informer les équipes.

« La pair-aidance pour moi, c'est l'extrême du chemin de rétablissement, c'est-à-dire que c'est une réintégration - pour moi- totale » - Professionnel 13

« L'idée est vraiment de se rendre compte que l'on vient donner du relief aux choses et donner des points de vue différents, et non pas consommer en concurrence » – Professionnel 11

9.5. Sujets additionnels au guide d'entretien

9.5.1. La réforme de soins de santé mentale et ses conséquences

Il semble, au regard du discours de certains prestataires de soin, que la réforme 107 ait eu un impact sur la patientèle des établissements hospitaliers psychiatriques suite à la conversion des lits T et à une plus grande offre de soins extrahospitaliers. Les personnes hospitalisées seraient, depuis lors, des individus avec davantage de problèmes cognitifs et pour lesquels une prise en charge moins cadrée n'est pas suffisante.

« Parce que justement, je pense que ces personnes peuvent tenir au domicile avec le soutien des équipes mobiles, par exemple. Et que maintenant, celles qui sont à l'hôpital, sont celles pour qui un soutien en ambulatoire n'est pas suffisant » - Professionnel 6

En plus de ce changement en termes d'usage des soins, la réforme a aussi poussé les hôpitaux à ouvrir leurs portes vers l'extérieur. Certains prestataires expliquaient à ce propos que, vu l'augmentation du travail en réseau, ils se sentaient beaucoup plus ouverts aux autres acteurs, mais également plus exposés à la critique. Le fait d'avoir généré une ouverture vers l'extérieur, et envers l'hôpital, permet par ailleurs un travail de déstigmatisation plus conséquent, par exemple, via l'organisation de colloques impliquant des patients partenaires ainsi que par la visite des établissements de soins par des acteurs extrahospitaliers.

Au niveau de la prise en charge, les unités de soins en hôpital psychiatrique ont également dû modifier leurs approches de travail et repositionner l'usager au centre de son processus de soins en vue notamment de répondre à la nouvelle exigence de la réforme 107. Celle-ci vise une intensification des soins en milieux résidentiels mais reste perçue de différentes manières par les professionnels de la santé : il s'agit pour eux soit de faire la même chose qu'avant, mais plus vite, soit plutôt de faire mieux mais dans le même laps de temps. Cette seconde vision était le plus souvent retenue comme la voie à suivre.

« C'est sûr que le plaidoyer selon lequel il faut faire le plus vite possible et des hospitalisations les plus courtes possibles, c'est méconnaître le processus-même de la maladie ! » - Professionnel 12

« Il faut reconnaître que ce n'est que de la théorie! (..) Mais c'est en tout cas le chemin que l'on essaie de suivre petit à petit à l'hôpital » - Professionnel 7

Dans un premier temps, pour parvenir à une intensification de soins telle que promue par dans cette vision, plusieurs cliniciens préconisaient de dispenser aux prestataires de soins plus de formations, notamment centrées sur le rétablissement.

« C'est un manque de formation aussi... ça vraiment ! Il y a un travail énorme à faire en termes de formation... d'une approche basée sur le rétablissement. Il faut que ce soit dans le curriculum des personnes. Parce qu'elles ont de vieilles représentations de la maladie! » -Professionnel 12

Ensuite, il leur semblait aussi important que les équipes de soins bénéficient de plus de moyens, donc d'effectifs, afin de prendre en charge les patients plus adéquatement et d'augmenter la présence de soignants autour des personnes hospitalisées.

9.5.2. Le repli de l'hôpital psychiatrique sur lui-même lors de la crise sanitaire Covid-19

Pour de nombreux prestataires de soins rencontrés, la période de confinement due à la propagation du Covid-19 suscita d'importantes réflexions quant à la place des hôpitaux.

Alors que certains établissements hospitaliers avaient entamé un travail d'ouverture vers l'extérieur, le confinement a eu pour effet un renfermement complet de l'hôpital sur lui-même.

« (...) un évènement comme celui que l'on vit là depuis 2 mois, nous ramène 50 ans en arrière à l'hôpital psychiatrique ! Cela fait deux mois que les patients ne sont pas sortis, deux mois qu'ils sont infantilisés : pour des raisons sanitaires, et sûrement très bonnes ! Mais, voilà (...) »

Professionnel 7

Cette période, décrite comme extrêmement compliquée pour les soignants, fut aussi envisagée par certains comme une opportunité pour de nouveaux questionnements et changements, puisque la propagation du coronavirus a forcé des prestataires à innover dans leurs méthodes de travail, par l'instauration d'entretiens vidéo ou de téléconsultations, dans des espaces de travail pour le moins non naturels en milieu hospitalier. Ces adaptations 'forcées' peuvent, d'après certains professionnels, accélérer la prise de conscience des ajustements possibles.

9.5.3. Un paradigme biomédical encore très ancré et un hôpital 'en vase clos'

Avant le mouvement de repli sur eux-mêmes des établissements hospitaliers en raison du Covid-19, une grande partie des hôpitaux dans lesquels travaillent les professionnels interrogés avait déjà bien inscrit l'idée de transiter vers un modèle plus ouvert. Ce changement de perspective découlait notamment de la prise de conscience par certains soignants de possibles effets indésirables de l'hôpital sur les individus, puisqu'il peut à un moment devenir iatrogène et chroniciser les choses.

« Il ne faut pas perdre de vue que les gens travaillent en miroir ! Donc, quand tu ne travailles qu'avec des gens chroniques, il y a quelque chose qui se chronicise chez toi. Enfin, c'est un mécanisme qu'il ne faut pas perdre de vue et qui se chronicise aussi dans la dynamique d'équipe, dans la manière de travailler. Donc, il faut chaque fois pouvoir venir casser quelque chose de ça. » - Professionnel 11

Pourtant, un courant de pensée, encore fort ancré à l'heure actuelle dans les esprits en Belgique, considère l'hôpital psychiatrique presque comme le lieu de la dernière chance.

« Être psychiatre, c'est par essence très frustrant, ou soignant d'ailleurs en soins psychiatriques, parce que l'on ne guérit personne. Et, on est à l'âge de pierre en psychiatrie, et on voit ce que l'on pourrait faire ! Donc, un psy qui est satisfait de la situation actuelle n'est pas un vrai psy. Je veux dire, il faut d'office, si on veut travailler dans ce milieu-là, dans lequel il y a des choses à faire, c'est aussi un acte politique. Quasiment ! J'exagère peut-être un peu, mais il y a un peu de ça (...) » - Professionnel 7

Cette vision découle, selon certains prestataires, du fait que l'hôpital psychiatrique est considéré comme indispensable, mais aussi comme le dernier recours dans lequel on va devoir tout travailler, tout régler. Plusieurs professionnels, cumulant simultanément des expériences professionnelles intra et extrahospitalières, ont insisté sur le fait que parallèlement au paradigme du *recovery*, il faudrait donc absolument relativiser la place de l'hôpital, tant au niveau des soignants que des patients, dans leur parcours de vie.

« (...) tous mes collègues ne partagent peut-être pas cela et n'ont pas la même vision, mais l'hôpital même s'il a un rôle extrêmement important et qu'il a joué un rôle central dans la prise en charge, je pense qu'il doit être relativisé. (...) Moi, j'ai très peur personnellement, que quelque part, le centre de gravité du patient soit à l'hôpital. » - Professionnel 12

« Ce ne sont pas des cas, ce sont des êtres humains et si on les voit... Et, je pense que ça c'est l'une des problématiques de la psychiatrie : c'est qu'on voit leur vie comme étant juste la psychiatrie. Mais, ce sont des êtres humains qui avaient une vie avant la psychiatrie, et qui auront, il ne faut pas le perdre de vue, une vie après la psychiatrie ! Donc, cette psychiatrie doit être vue comme un passage dans un parcours de vie. Et c'est ça qui est important à venir réinscrire (...) il est nécessaire d'accompagner la vie et non pas accompagner l'extraction de la vie » - Professionnel 11

L'une des problématiques majeures soulevée était que deux phénomènes se produisent lorsque les soignants travaillent exclusivement en hôpital, les empêchant de voir 'autre chose' que la psychiatrie dans la vie du patient.

D'abord, puisque le recours à l'hospitalisation est à présent préconisé surtout pour les patients ayant des besoins plus aigus, il va de soi que les soignants ont uniquement accès aux moments où les patients sont 'au plus mal' et ne les reverront que lorsqu'ils iront à nouveau mal. Ce phénomène est renforcé par le fait que l'hôpital travaille en 'silos', imperméable au milieu extrahospitalier, alors que le patient, pour sa part, va traverser plusieurs structures de soins. A partir du moment où les professionnels de soins n'ont accès qu'à cette seule vision de la maladie, il sera difficile pour eux de garder espoir et d'être porteurs d'espoir de surcroît. Deuxièmement, puisque l'hôpital est vu comme unique lieu de soins, certaines étapes de la psychiatrie vont parfois être confondues. Par exemple, les moments de gestion de crise - type soins intensifs en médecine générale - vont se mélanger avec la revalidation et la réinsertion sociale, étapes qui, en médecine générale, seraient découpées en différents espace-temps.

« (...) en psychiatrie, ces trois temps sont confondus ! Ils l'ont été très, très longtemps et on avait l'impression que tout cela ne pouvait se faire qu'à l'hôpital. Alors que, si on est tétraplégique et que l'on imagine faire tout ça dans le service de soins intensifs, qui est un passage indispensable et qui aura un impact sur tout le reste, donc ce n'est vraiment pas à minimiser, c'est vraiment indispensable... si on imagine tout faire là, on peut bien se rendre compte que la personne, elle ne conduira jamais sa bagnole ! » - Professionnel 11

Il semble nécessaire, chez les professionnels exerçant dans les hôpitaux psychiatriques, de réinscrire la place de l'hôpital dans le système de soins en tant que maillon transitoire et en tant que parenthèse dans un processus de thérapie au cœur d'une multitude d'autres aides, qu'elles soient communautaires ou institutionnelles. Pour cela, une fois de plus, la nécessité d'une formation plus intensive et d'une spécialisation des soignants a été soulignée.

Nous avons également constaté que plusieurs professionnels avaient de manière ferme suggéré le décloisonnement des frontières intra et extrahospitalières, non par des adaptations architecturales ou l'organisation d'événements dans l'hôpital, mais par le développement d'expériences 'dedans-dehors' à destination des prestataires de soins. L'objectif en est qu'ils soient davantage confrontés aux réalités de 'récupération', de 'rétablissement' et de 'bien-être personnel' vécues par les patients et auxquelles ils n'ont généralement pas accès. Mais le fait de partager son temps de travail entre deux lieux - l'un extrahospitalier et l'autre hospitalier - est moins facilement réalisable que la seconde option qui nous a été proposée : la pair-aidance. Celle-ci, puisque le pair-aidant a connu les rechutes et les crises par lui-même et est associé à une 'figure' d'espoir, pourrait permettre la 'confrontation' à la réalité du rétablissement et rendre les soignants conscients que l'hôpital n'est pas à lui seul le lieu pour y parvenir.

Certains soignants ont mis en évidence l'importance, comme pour tout dispositif, de bien adapter l'implémentation de la pair-aidance en fonction des réalités de terrain. Dans des services spécifiques, comme ceux accueillant des personnes souffrant de problèmes d'assuétudes, des expériences de pair-aidance ont montré que les patients pouvaient, par testing par exemple, malmenager ou 'bousculer' les pairs-aidants. L'un des intervenants expliquait notamment qu'un pair-aidant stagiaire, ancien toxicomane, s'était trouvé en difficulté lorsque des patients hospitalisés lui avaient proposé des substances. Afin de limiter les risques pour le pair-aidant, sa fonction de soutien à temps plein au sein de l'unité de soins a été réorientée vers la coanimation des groupes de pairs.

9.5.4. Sur l'implémentation de pratiques orientées vers le rétablissement

Dans l'une des institutions dont nous avons rencontré un professionnel, l'implémentation des soins orientés vers le rétablissement est un projet existant formellement depuis près de dix ans. Le cheminement fut progressif et de nombreux acteurs ont dû être sensibilisés au préalable. Nous avons eu l'occasion, lors de notre entretien, de discuter des différentes étapes qui ont permis l'orientation de cet hôpital dans cette optique.

En fait, dans un premier temps, la direction de l'hôpital a été sensibilisée au paradigme du *recovery*. Ensuite, l'institution a débuté un travail de sensibilisation auprès de ses collaborateurs, donc de son réseau, auprès de chacune de ses équipes, mais également auprès des patients eux-mêmes. Cette dernière étape fut nécessaire dans le sens où le paradigme tend à mobiliser davantage de nombreux patients avec une expérience de longue durée en institution, non accoutumés à se voir considérés comme des acteurs de leurs soins. Ensuite, il a fallu réécrire la mission de l'hôpital, la direction donnant comme 'consigne officielle' de s'inscrire dans cette nouvelle philosophie. Puisque la demande émanait directement de la direction, de façon top-down, les prestataires de soins ont été contraints de remettre en question leurs routines habituelles. Ce fut, globalement, perçu comme un moteur de changement car les modalités d'implémentation de ce paradigme restent finalement très libres. Dans l'hôpital en question où le processus de changement est toujours en cours, les membres de la direction sont conscients que si la 'machine' est en route, il est toutefois nécessaire d'entretenir cette nouvelle perspective.

Le concept de rétablissement étant 'à la mode', il ne doit pas devenir une vitrine ou une tendance mais bien rester un système de valeur ancré dans les pratiques. L'une des plus grandes difficultés, abordée par quelques professionnels de la santé, est que de nombreux soignants tiennent un discours s'apparentant à « *le rétablissement, c'est possible, mais pas pour nos patients* ». Mais, « (...) *effectivement, il y a des soignants qui disent « ce n'est pas pour nous, pas pour nos patients », mais là, ils se trompent vraiment quoi !* »- Professionnel 12

Ce type de discours, d'après plusieurs professionnels de la santé interrogés, est particulièrement révélateur d'un manque de connaissances et d'expériences positives ; selon eux, il serait nécessaire, à nouveau, de développer des dispositifs - comme la pair-aidance - à l'attention des professionnels de soins, afin de les confronter à la réalité du rétablissement et de leur redonner espoir pour qu'ils puissent être porteurs d'espoir à leur tour, et surtout porteurs du changement.

10. Nos hypothèses de départ

Au départ de ce travail, nous avons émis trois hypothèses concernant les pratiques orientées vers le rétablissement dans le domaine hospitalier.

Premièrement, nous avons supposé que chaque prestataire de soins aurait sa propre définition du rétablissement du fait d'une réappropriation du concept par chacun. Au regard de nos résultats, il semble en effet que la notion de *recovery* ne fasse pas plus consensus pour les cliniciens en Belgique qu'ailleurs. Elle est envisagée, conformément aux différentes composantes que nous avons relevées dans la littérature, comme une obligation sociale, impliquant un '*rétablissement minimum requis*' (professionnel 9), comme une finalité ou comme un processus personnel. Selon Karl WEICK, ce type d'ambiguïté autour d'une notion est une problématique, au sein d'organisations, si le sens en est sans cesse retravaillé alors que chacun exerce son activité professionnelle en mobilisant continuellement ces concepts (Weick, 2015) ; il pourrait être nécessaire de repenser les concepts de façon plus pragmatique avec des étiquettes différentes, pour que les individus puissent avoir plus de contrôle sur ceux-ci (Weick, 2015), et permettre une plus grande cohérence entre eux.

Dans un second temps, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la réforme belge des soins de santé mentale de 2011 aurait eu des répercussions, non seulement sur les pratiques mais aussi sur la façon dont les professionnels perçoivent les soins, puisqu'ils auraient été amenés à reconsidérer certaines de leurs routines. Il semble que la réforme ait eu deux impacts importants, d'abord un changement de public au sein des hôpitaux psychiatriques, forçant les cliniciens à reconsidérer les prises en charge et les soins, ensuite une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, l'exposant davantage au réseau. De ce fait, les professionnels de la santé ont dû, dans leur travail quotidien, adapter les prises en charge à leur nouveau public – faire plus, sur le même laps de temps – et repenser leur collaboration avec les réseaux – souvent mobilisés tard ou pas du tout auparavant lors d'hospitalisations. Par contre, il apparaît, au regard de nos résultats, que la prise de position claire de la direction des établissements hospitaliers ainsi que l'expérimentation positive de pratiques, comme la pair-aidance, ont autant sinon davantage conduit à des changements d'approche des soins que la réforme elle-même.

Enfin, nous avons repris les différents éléments du paradigme des soins orientés vers le rétablissement et avons fait l'hypothèse que nous les retrouverions dans les pratiques dont nous ferions part les prestataires rencontrés. Ces éléments comprenaient : (1) une approche orientée sur et par le patient, vers ses besoins, (2) le partage des décisions et de la responsabilité, grâce à l'information et l'association du réseau du patient au processus de soin, (3) un positionnement des professionnels de la santé mentale en tant que porteurs d'espoir et de soutien à l'empowerment, en cédant notamment une place active au patient et (4) la réappropriation de rôles sociaux valorisants par les patients, grâce au renforcement du lien entre l'hôpital et l'extrahospitalier. D'après nos résultats, nous ne pouvons pas dire qu'en Belgique le paradigme du *recovery* se déploie de façon plus linéaire et plus consensuelle qu'ailleurs, en raison des enjeux complexes qui sous-tendent son approche. Par contre, il est certain que l'idée du *recovery* fait son chemin, puisque l'on trouve dans certains hôpitaux des dispositifs, - ou ne fût-ce que la volonté d'en développer -, en vue d'associer plus activement le patient à l'organisation de ses soins – par les comités d'usagers, par exemple – et d'adapter les soins à la demande et aux besoins.

11. Interprétation des résultats

11.1. Interprétation des observations

Nos observations au sein d'un service du Centre Hospitalier Psychiatrique 'Le Chêne aux Haies' nous ont permis de constater que le patient y est considéré comme 'responsable' par les cliniciens : responsable de lire par lui-même le règlement d'ordre intérieur du service, de choisir son projet parmi les propositions émises par l'équipe et d'assumer les conséquences de ses 'infractions' au règlement. Nous avons également observé une réelle volonté d'impliquer le patient dans ses démarches, en le laissant, notamment, passer des coups de téléphone, prendre des rendez-vous ou se rendre aux rendez-vous, seul, même si un accompagnement était toujours possible. Si ces éléments cadrent avec une approche de type *recovery*, reposant sur l'idée de donner au patient une place active et de le considérer comme une personne responsable, d'autres par contre furent moins illustratifs de l'approche.

Dans l'unité, nous avons ainsi remarqué que les prises en charge étaient davantage rythmées par des entretiens individuels engageant un prestataire et le patient et que peu de moments de concertation, impliquant l'ensemble de l'équipe de soin, étaient à disposition du patient.

En ce qui concerne les activités aussi, nous avons constaté que, pour certains patients, des activités étaient ‘imposées’ par l’équipe de soins et que, malgré le large panel d’activités proposé, une partie des patients se plaignaient de n’avoir rien à faire au sein de l’unité. Cette constatation nous amène à deux réflexions : d’une part, l’obligation de participation aux activités n’est-elle pas contraire au principe de responsabilisation de l’individu, capable de faire ses propres choix et de définir ses besoins ? D’autre part, puisque les patients affirment n’avoir rien à faire alors que l’unité de soins leur propose plusieurs types d’activités thérapeutiques, ne faut-il pas, dès lors, retravailler l’offre en fonction de leurs besoins réels ? Le rétablissement personnel, par définition, ne peut être fait ‘à la place de’ ou imposé à la personne par les professionnels de la santé mais doit plutôt venir d’elle pour qu’elle le vive par elle-même et pour elle-même (Mental Health Commission, 2008). Soigner dans la contrainte concourt en partie à renforcer une relation paternaliste forte, alors que le mouvement du *recovery* prône davantage une relation de partenariat, de respect et de droit (Wooley, 2020).

Nos observations ont également montré qu’au sein du service, le médecin psychiatre occupe une place centrale dans la prise en charge des patients. Ce rôle d’autorité lui est conféré par les patients et par les professionnels de soins, qui considèrent continuellement le psychiatre comme ‘maître des décisions’. Si la psychiatrie a évolué, « *Demeure une constante, le procès fait aux psychiatres d’exercer un excès de pouvoir, de restreindre les libertés ou d’imposer des traitements dont la légitimité est contestée, associé à un laxisme en matière de sortie ou de suivi des malades mentaux qui leur sont confiés.* » (Jovelet, 2011, p.779). Cette observation nous ramène à la réalité de la pratique professionnelle en santé mentale, qui repose sur un équilibre entre le ‘trop’ ou le ‘trop peu’, à la fois une condition de travail mais également une difficulté pour les soignants (Jovelet, 2011).

Enfin, nous avons relevé, grâce à nos observations au ‘Chêne aux Haies’, que certains professionnels semblaient éprouver de l’épuisement face à des situations complexes ou récurrentes et que cela se marquait d’autant plus lorsque la pathologie était associée à des comorbidités liées à l’abus de substances. Peut-être cet épuisement est-il lié à la pathologie même dont souffraient la majorité des patients du service : la littérature scientifique a montré que cette pathologie est souvent la plus complexe à gérer, tant les individus malades tendent à adopter des comportements difficiles ou à rejeter les soins (Le Fort, 2011, p.9).

Au regard de nos résultats, il semble que cet état d'épuisement a des répercussions sur la façon dont les soignants perçoivent les patients. La notion souvent utilisée de 'patients difficiles', intégrant à la fois 'ceux mettant tout en échec' ou 'ceux ayant la capacité mais pas la volonté de s'investir dans leurs soins' (Le Fort, 2011) démontre une approche visiblement négative à l'égard des patients, défavorable à une relation de *partnership*. Ces qualificatifs sont des représentations stigmatisantes (Martin & Franck, 2013) qui ne favorisent pas l'émergence ou le maintien d'un espoir pour les cliniciens.

11.2. Interprétation des entretiens-patients

Nos entretiens avec les patients nous ont permis de constater que la plupart de leurs attentes lors de leur séjour en hôpital psychiatrique correspondent aux différents focus mis en évidence par l'approche globale du *recovery*. Les patients nous ont quasiment tous fait part de leur besoin d'être considérés par les soignants comme des personnes autonomes et autodéterminées, et non comme des malades. Pratiquement, ils souhaitent bénéficier d'écoute, nécessaire à l'instauration d'une relation thérapeutique et leur permettant de se sentir pris en considération par le système de soins, par les cliniciens (Slade, 2009). Ils espèrent également une prise en charge dans un environnement sécurisant et la possibilité d'opérer des choix, que ce soit de l'ordre de l'acceptation ou du refus. Par ailleurs, ils s'attendent à recevoir de l'information sur leur diagnostic et sur l'intérêt des prises en charge proposées dans les services de soins, afin d'être à même de donner du sens à leur vécu et de se sentir compris. Par l'affirmation de ces besoins, les patients ont implicitement fait référence à trois grands thèmes du *recovery*, à savoir le maintien d'une identité positive permettant à chacun de formuler ses propres aspirations, rêves et préférences, la compréhension de l'expérience de la maladie vécue comme n'étant pas représentative de la personne dans sa globalité ainsi que la possibilité de prendre des responsabilités grâce à l'autogestion (Slade, 2009).

En plus de ces éléments, les patients interrogés ont mis en évidence que le recours aux soins, et *a fortiori* la demande d'hospitalisation, ne vont pas de soi. Parmi l'ensemble des patients rencontrés, hospitalisés dans un service d'admission générale donc sans procédure de contrainte à l'hospitalisation, l'un d'eux a exprimé ressentir un besoin de reconnaissance, de la part des cliniciens, par rapport à l'effort qu'il avait fourni pour poser la démarche de 'demande d'aide'. Pendant l'hospitalisation, puisque cette démarche est compliquée mais relève de leur propre initiative, les patients éprouvaient parfois aussi le sentiment d'être 'enfermés' au sein de leur unité de soin.

Il paraît clair que, si la fermeture des services répond à des logiques sécuritaires, les mesures d'enfermement, de surveillance et de contrainte (Najman, 2015) s'avèrent, pour les patients, contraires à leurs besoins, à leur liberté.

Fondamentalement, les patients avaient une vision pertinente de l'hôpital, perçu comme une 'étape' nécessaire en vue de mobiliser les ressources pour la construction d'une vie meilleure en dehors de l'institution de soins. Les patients souhaitant réinvestir des rôles sociaux valorisants au sein de la communauté paraissaient tous habités par la certitude que des soins à plus long terme hors institution devaient suivre leur prise en charge à l'hôpital. Le séjour hospitalier était donc majoritairement perçu par les patients comme le lieu de gestion de la crise soutenant le recouvrement de soi, alors qu'il paraissait plutôt considéré par les cliniciens comme le principal lieu de soins. Or, « *il est inutile qu'un patient «guérisse» à l'hôpital s'il ne peut pas maintenir cet état après sa sortie* » (Conus, Bonsack & Söderström, 2012).

Un patient relevait aussi l'incapacité des prestataires de l'hôpital à pouvoir comprendre pleinement sa situation et à partager des expériences de vécus similaires, susceptibles de l'encourager. D'une certaine façon, ce patient réprouvait le manque d'échanges possibles, au sein de l'hôpital, avec des pairs en processus de rétablissement.

11.3. Interprétation des entretiens-professionnels

Par nos entretiens avec des professionnels de la santé affirmant placer le patient au centre de ses soins, l'informer, lui laisser le choix et favoriser la réinsertion, conformément aux grands enjeux de l'approche vers le rétablissement, nous avons relevé que la manière de procéder pour y parvenir était très différente d'un lieu à un autre. Tous utilisaient finalement les mêmes mots pour parler de pratiques distinctes, ce qui rejoint les observations au cours desquelles nous avons constaté des dissemblances entre les niveaux de compréhension des concepts par les soignants. Un exemple en est celui de la notion de 'participation active' de l'utilisateur, comprise soit en termes de participation à un maximum d'activités dans l'unité soit comme l'inclusion du patient à toutes les étapes de son processus de soins.

Néanmoins, en termes de pratiques, plusieurs professionnels se rapprochaient de l'approche globale du *recovery* : de manière individualisée, ils encourageaient le patient à développer ses talents et ses forces ainsi qu'à verbaliser ses attentes et utilisaient aussi des dispositifs collectifs pour fournir au patient les ressources et les environnements extrahospitaliers adéquats en vue de l'aider à réinvestir des rôles sociaux valorisants (Farkas, 2007).

En ce qui concerne le rôle du patient dans son processus de soin, dont l'idée pourrait être condensée par le slogan '*Rien à propos de nous, sans nous*' (Farkas, 2007), même si des concertations étaient possibles dans certains services, la principale tendance restait que chaque professionnel travaille en individuel avec le patient avant que les décisions ne soient prises en équipe (Voir Annexe : Illustration du mécanisme de décision réseau 1) ; nous n'avons pas eu connaissance de services où tous travaillent et décident ensemble par le biais d'échanges collectifs impliquant le patient (Voir Annexe : réseau 2). La réalisation de réunions pluridisciplinaires cliniques sans participation du patient en est un exemple. Néanmoins, pour permettre au patient d'exprimer ses besoins et d'être acteur au sein du système de soins, des dispositifs tendent à se développer comme la désignation de 'sherpas', pour l'accueil de nouveaux patients dans les services, ou de représentants d'usagers pour aviser et conseiller la direction de l'hôpital sur les modalités de prise en charge.

A propos du choix et de la responsabilisation des patients, la plupart des professionnels considéraient comme primordial d'informer le patient, par exemple sur son diagnostic, et d'être dans une communication 'transparente' vis-à-vis de lui. Cela rejoint une attente importante des patients, relevée lors de nos entretiens : être informés pour pouvoir donner du sens à leur vécu. En termes de responsabilité, les patients étaient la majeure partie du temps considérés comme responsables par les professionnels et, par conséquent, appelés à assumer les conséquences de leurs comportements jugés inadéquats par l'équipe ou contraires au règlement de leur service.

Pour ce qui est l'inclusion sociale des patients, nous avons relevé au cours de nos entretiens que la question de la sortie restait particulièrement problématique étant donné son caractère 'incertain' lié tant à la pathologie qu'aux mécanismes de financement propres aux hôpitaux. Mais les professionnels de la santé sont quasiment unanimes sur le fait qu'il est nécessaire de préparer et de discuter de la sortie d'un patient dès son entrée à l'hôpital, en équipe tout au moins. Cette considération fait écho au besoin exprimé par les patients lors des entretiens : vivre une vie meilleure hors du cadre hospitalier. Pour favoriser un retour dans la communauté, l'hôpital dispose de nombreux appuis extérieurs pouvant prendre le relais ; mais, si les contacts avec les services extérieurs ont été généralement qualifiés de 'bons' par les cliniciens, ces derniers les estimaient toutefois insuffisants. En effet, il semble que la collaboration avec des services extérieurs à l'hôpital existe mais n'est pas optimale, en ce qu'elle se manifeste presque systématiquement en fin d'hospitalisation, et que la sollicitation des proches du patient se limite généralement à des entretiens de famille, peu fréquents.

12. Discussion générale

12.1. Le rétablissement, des points de vue diversifiés

Nos résultats démontrent qu'actuellement, il n'existe pas, en Belgique, de consensus clair autour de la question du rétablissement ; une tendance se dessine toutefois, à savoir l'utilisation plus marquée des composantes médicale et personnelle du *recovery* dans le soin.

Nous avons pu observer que la mise en œuvre de l'une ou l'autre de ces conceptions avait des effets observables sur la prise en charge. En effet, lorsque le rétablissement reposait sur une perspective plus médicale, les professionnels de la santé avaient tendance à considérer qu'il n'était pas accessible à tous les patients, en raison du caractère évolutif des troubles mentaux et de leurs conséquences (Martin & Franck, 2013). Pour ces prestataires, l'espoir n'apparaissait pas comme une notion essentielle en psychiatrie, puisque donner l'espoir de rétablissement aux patients et aux professionnels revenait à promettre un idéal illusoire (Farkas, 2007 ; Linder, 2018). La plupart du temps, ces discours, empreints d'une vision médicale du *recovery*, s'axaient en particulier sur la normalisation des individus au regard des exigences de la société, de la communauté et de l'hôpital, la normalisation étant « *l'obligation de se conformer à des normes de conduite* » (Kemedjio, 1994, p.14) pour produire des sujets normaux, par « *l'homogénéisation des conduites* » (Kemedjio, 1994, p.14). Dans les services focalisés sur cette vision du rétablissement, il n'était pas inhabituel que des projets thérapeutiques soient imposés au patient, par ailleurs exclu des réunions collectives ou contraint de se rendre à certaines activités.

Par contre, lorsque le rétablissement était perçu comme étant un cheminement personnel dont chaque individu est le maître, l'intention de soins fut moins orientée vers les attentes de la société et des soignants que vers l'épanouissement individuel. Cette façon d'envisager le *recovery* est plus proche des définitions du rétablissement qu'avaient proposé Patricia DEEGAN en 1996 et William ANTHONY en 2002 ; dans cette optique, le processus de soins doit permettre de se rétablir non pas des effets de la maladie mentale elle-même mais bien des effets secondaires liés au diagnostic - tels que la discrimination, les impacts négatifs sur l'emploi, la perte de rêves - (Farkas, 2007), et ne vise pas la normalisation des personnes, mais l'incorporation de la maladie comme partie intégrante de la nouvelle identité de la personne. Les services où cette conception du rétablissement était plus valorisée favorisaient davantage les mécanismes de concertations, l'organisation de comités d'usagers ou l'expérimentation de pair-aidance, par exemple.

En 2012 déjà, Bernard PACHOUD avait distingué également ces deux conceptions du rétablissement, qui ont chacune leurs « *fondements propres et privilégient chacune certains déterminants, et par suite aussi des stratégies différentes de soutien au rétablissement* » (Pachoud, 2012, p.259). Selon lui, la conception ‘objective’, dite médicale, vise la rémission symptomatique et la réinsertion professionnelle, par le travail par exemple, alors que la conception expérientielle – ou personnelle – du rétablissement vise à ce que les individus parviennent à se rétablir dans une vie satisfaisante, avec la maladie (Pachoud, 2012).

12.2. Une amorce de pratiques

Par la recherche réalisée, nous avons montré que de nombreuses pratiques s’inscrivent dans la continuité des soins ‘centrés sur la personne’, conformément aux principes de l’approche du *recovery* telle que présentée dans la littérature. Nous avons constaté ainsi que les patients hospitalisés en psychiatrie ont la possibilité d’être acteurs du système de soin, sont reconnus comme responsables, sont informés – à tout le moins sur leur état de santé - et bénéficient d’éducation à la santé, sont impliqués dans les démarches relatives à leur projet personnel et sont pris en charge de façon individuelle et/ou collective. En revanche, nous avons également observé d’autres éléments moins orientés vers le rétablissement (manque de collaboration, peu de *partnership*, de reconnaissance du savoir expert et d’intégration de pairs) que nous tenterons d’expliquer par les hypothèses suivantes.

Peu de collaboration avec les services extérieurs. Ce manque de collaboration, nous l’avons déjà abordé, résulte en partie d’un fonctionnement hospitalier ‘en vase clos’ toujours d’actualité, bien que son ouverture progressive vers l’extérieur soit en cours. Deux éléments pourraient expliquer cette problématique, à savoir l’organisation même du système de santé belge et la place de l’hôpital au sein de ce système.

En 2014, NICAISE, DUBOIS et LORANT avaient souligné que la fragmentation du système de santé belge constituait un réel frein à la coordination entre les services de soins.

Alors que la réforme 107, allouant une partie des budgets hospitaliers à la collaboration avec le réseau, devait renforcer la coordination entre les différents acteurs de santé mentale, l’évaluation qualitative de la réforme ‘*Parcours Bruxelles*’ réalisée par WALKER, THUNUS et NICAISE, en 2019, a fait apparaître qu’en réalité, les mécanismes de financement de la réforme ont eu pour effet de placer l’hôpital en position de pouvoir, en tant que coordinateur et bailleur de fonds.

WALKER, THUNUS et NICAISE ont souligné deux effets pervers - inattendus - de la réforme belge ; d'une part, le renforcement du pouvoir de l'hôpital aurait accentué la frontière entre l'ambulatoire et le résidentiel ainsi qu'entre la psychiatrie et la santé mentale. Et, d'autre part, la réforme aurait également engendré « *un manque de moyens pour assurer un suivi plus important dans la communauté* » (Walker et al., 2019, p.57), la majorité des financements étant allouée aux équipes mobiles développées à partir des hôpitaux et dissociées du tissu communautaire.

Ces constats nous amènent à envisager l'hypothèse selon laquelle les problèmes de collaboration découlent, non pas des pratiques professionnelles, mais des contraintes organisationnelles et financières entraînant effectivement des répercussions sur la possibilité de voir émerger des changements concrets, dans les pratiques, en faveur du *recovery*.

Peu de collaboration avec les proches du patient. Nous avons relevé que, pendant les hospitalisations, la sollicitation des proches du patient était encore extrêmement faible. Or, « *les aidants naturels, les membres de la famille et les amis fournissent souvent la majeure partie du soutien et peuvent jouer un rôle essentiel pour favoriser le rétablissement et faciliter l'inclusion sociale* » (Shepherd et al., 2012, p.8). En 2009, l'étude de REPPER et collègues, en Angleterre, faisait déjà le constat d'une place 'marginale' des aidants dans le système de santé mentale, en raison notamment de l'attitude des professionnels à leur égard - entretenant une forme de 'culture du blâme' envers les aidants familiaux -, des tensions causées par les pratiques conçues pour maintenir la confidentialité et des soins centrés sur le patient plutôt que sur les interdépendances (Repper, Nolan, Grant & Curran, 2008). Notre recherche a effectivement pointé qu'au sein des équipes de soins, des discours disqualifiants vis-à-vis des familles étaient fréquents et que le modèle de prise en charge individuelle était le plus courant. La position marginale de la famille dans le système de soins peut être expliquée par son image au fil du temps, à savoir d'abord, qu'elle est à l'origine de la maladie d'un de ses membres, puis que le groupe familial dans son ensemble est malade et, enfin, qu'elle est une partie du problème mais aussi de la solution (Davitian & Scelles, 2013).

Se réinterroger sur la place des familles dans les processus de soins, « *au niveau des soins (niveau micro), au niveau des services (niveau méso) et au niveau politique (niveau macro)* » (AIGS, 2016, p.7), paraît nécessaire dans ce contexte de désinstitutionnalisation, impliquant le glissement d'une partie de la prise en charge en dehors des établissements de soins et, par conséquent, un investissement de la 'maison familiale' comme « *lieu de vie, lieu de soin, lieu de convalescence* » (Davitian & Scelles, 2013, p.78).

Peu de reconnaissance du savoir expert par l'intégration de pairs. En 2013, MARTIN et FRANCK ont mentionné les différentes craintes des soignants vis-à-vis du dispositif de pair-aidance, la confusion entre les rôles de chacun, le respect de la confidentialité et la professionnalisation de l'entraide étant les principales sources de débat (Martin & Franck, 2013). Nos résultats, eux, montrent que les réticences des professionnels semblent découler aussi - si pas davantage - de la nature paternaliste des relations entre soignants et soignés, la pair-aidance bousculant les rapports asymétriques habituels et favorisant la reconnaissance du savoir expert lié à la maladie mentale.

Peu de partnership. Comme expliqué précédemment, notre étude a montré que, dans la majorité des cas, le médecin psychiatre continuait à détenir à la fois la fonction de soin, de recadrage et de décision, pendant les hospitalisations. Nous pouvons poser l'hypothèse que l'absence de partenariat - de complémentarité – constatée entre le soignant et le soigné découle, au moins en partie, de ce rapport de pouvoir, de cette relation asymétrique immuable. Cela va à l'encontre de l'approche globale de soins orientée vers le rétablissement qui vise à considérer les patients « *en tant que partenaires dans toutes les décisions qui se répercutent sur leur santé mentale (...) [donc] les praticiens travaillent aux côtés de la personne afin de concevoir ensemble des plans de service, d'encourager la résolution des problèmes et de proposer des choix, au lieu d'agir unilatéralement pour régler le problème ou de « réformer » la personne* » (Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, 2015, p.30).

Nous avons également démontré une forme d'étiquetage - voire la stéréotypisation - des patients par les professionnels, probablement en lien avec un 'épuiement' professionnel, qui constitue un obstacle supplémentaire au développement d'une relation de partenariat. Il nous semble que le découragement observé pourrait, dans une certaine mesure, être mis en lien avec d'autres conséquences non attendues de la réforme 107 de 2011, soulignées par les professionnels. La réforme avait pour objectif de diminuer la durée de séjour et le nombre de lits chroniques en milieu hospitalier mais a, vraisemblablement aussi, eu pour effet de modifier le public des hôpitaux et de créer un phénomène de porte tournante (Cintas, 2009) : d'un côté, « (...) maintenant, [les personnes] qui sont à l'hôpital, sont celles pour qui un soutien en ambulatoire n'est pas suffisant » (Professionnel 6), donc ayant besoin de plus d'encadrement, et de l'autre, « dû au raccourcissement de la durée des séjours (...) un grand nombre de malades sortent rapidement après leur admission et retournent à l'hôpital peu après leur sortie » (Cintas, 2009, p.7), « faute d'une solution plus durable » (Marquis & Susswein, 2020, p.13).

Ces changements, outre qu'ils réduisent le temps consacré aux patients par les prestataires de soins - et donc, le temps pour mettre en place des projets - (Cintas, 2009), engendrent également une plus forte rotation de patients et modifient alors la nature des activités professionnelles des cliniciens, astreints à plus de tâches administratives qu'à passer du temps avec les patients (Cintas, 2009). Peut-être serait-il intéressant d'examiner les effets non attendus de la réforme au regard de ces problématiques. En 2016, en tout cas, les résultats d'une recherche sur la 'satisfaction au travail' menée par JACOB, MACQUET et NATALIS auprès de 414 prestataires de soins belges ne permettaient pas de « *mettre en avant un « burn-out » des prestataires de soins* » (Jacob et al., 2016, p.743).

Peu de réunions collectives impliquant le patient, exclusion des réunions cliniques. Nos résultats nous ont permis de constater le peu de moments collectifs incluant l'équipe de soins dans son entièreté et le patient, au cours des hospitalisations. Les prestataires de soins expliquaient leurs réticences, en particulier au sujet de la participation de l'utilisateur aux réunions cliniques, par deux raisons : le fait que, lors de ces réunions, sont discutés des éléments de la situation du patient sur lesquels ce dernier n'a pas forcément besoin ou envie de revenir et aussi, le besoin des cliniciens de se retrouver en équipe pour 'se libérer' de la pression en s'exprimant librement, parfois avec humour, sur les situations.

Cela rejoint l'étude 'Parcours Bruxelles' de 2019, où la question de la participation de l'utilisateur aux réunions de concertations fit également « *l'objet de controverses* » (Walker et al., 2019, p.49) en raison de la probabilité importante qu'ont les cliniciens d'y aborder des expériences désagréables ou douloureuses pour les patients (Walker et al., 2019). Pourtant, puisque « *le pouvoir d'agir se traduit par la défense des droits fondamentaux, l'égalité de traitement, la participation à l'organisation des soins et leur évaluation, et l'accessibilité à une information sur les troubles et la maladie* » (Laforcade, 2017, p.25), prévoir des opportunités de réunions collectives impliquant le patient pourrait être une piste de travail, pour l'avenir, en hôpital.

12.3. Des obstacles au changement de pratiques

Ce travail nous a permis d'objectiver que le changement des pratiques orientées vers le rétablissement en milieu hospitalier ne dépend pas uniquement du positionnement et des croyances des professionnels, mais est influencé également par les contraintes organisationnelles et financières liées à l'organisation du système de soins ainsi que par la configuration et l'organisation des structures hospitalières elles-mêmes.

Au niveau du système de soins, nos résultats ont montré que la réforme 107 et ses modalités de financement ont accentué la fracture entre le milieu résidentiel et l'ambulatoire, modifié le public des hôpitaux psychiatriques par la fermeture des lits T et généré une logique de turnover rapide des patients en hôpital. Ces effets ont affaibli les amorces de collaboration entre l'hôpital et l'extrahospitalier alors que « *la mobilisation des partenaires communautaires pour qu'ils participent à l'éducation du public, à la lutte contre la discrimination et à l'amélioration des maillages entre les services est un élément central de la pratique axée sur le rétablissement* » (Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, 2015, p.45).

La structure même de l'hôpital fut aussi abordée tant par les patients, limités dans leurs activités en raison du cadre 'fermé' de l'unité de soins, que par les prestataires, inquiets des impacts de la crise Covid-19 sur le repli de l'hôpital psychiatrique sur lui-même.

En 2016 déjà, WALDEMAR et ses collègues avaient souligné cette problématique comme pouvant être « *un défi pour l'adoption d'une approche axée sur le rétablissement* » (Waldemar et al., 2016, p.5). Leur étude avait montré que la conception même de l'hôpital psychiatrique était inadaptée à l'objectif de rétablissement en raison de son environnement « *peu accueillant, avec seulement un espace limité et un accès à la vie privée* » (Waldemar et al., 2016, p.5) et du manque d'espaces pour l'accueil des familles, d'espaces extérieurs et d'accès à des services, comme internet.

Finalement, il apparaît que le manque de collaboration entre l'ambulatoire et l'hospitalier, le turnover rapide des patients et le peu d'espaces existant au sein des services constituent des difficultés restreignant la capacité des professionnels de la santé de fournir aux patients des soins et des traitements orientés vers leur rétablissement (Waldemar et al., 2016 ; Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons & Hunt, 2013).

12.4. La place de l'hôpital dans le contexte actuel

Notre travail nous amène enfin à nous interroger sur la place de l'hôpital à la fois dans le continuum de soins et dans le paradigme des soins orientés vers le rétablissement.

Une des critiques à l'encontre du domaine hospitalier psychiatrique par l'un des professionnels concernait le fait que les différents temps de soins y sont confondus, en raison d'une volonté de l'organisation et des prestataires de soins de 'tout régler' à l'hôpital, contrairement au domaine de la médecine générale, où ils sont décomposés en 'étapes' au sein de services spécifiques.

Même s'il est vrai que l'hôpital reste le principal lieu de contrôle et de gestion de l'aspect symptomatique et que les délais de séjours sont trop courts pour un rétablissement significatif, l'hospitalisation pourrait par contre en devenir le point de départ (Singh, Barber & Van Sant, 2016). L'enjeu serait alors de réfléchir à la manière dont l'hôpital pourrait, d'une part, intégrer l'approche du *recovery* à ses missions, sans que cela ne dénature son aspect médical - puisque « *le rétablissement implique le soulagement des symptômes qui génèrent une souffrance de la personne* » (Martin & Franck, 2013, p.3) et, d'autre part, remplir son rôle pour permettre aux autres acteurs de jouer le leur, dans un système de soins dont le rétablissement serait le « *concept organisateur* » (Linder, 2018, p.22).

Comme l'ont rappelé les patients que nous avons interrogés, l'hôpital est une étape, un maillon dans une trajectoire de vie, dans un continuum de soin. 'Quelque chose' existe avant et après l'hospitalisation, dans la vie du patient, qu'il s'agit de maintenir ou de préparer.

13.Recommandations pour la pratique

Nous l'avons déjà évoqué, si l'approche globale axée vers le rétablissement devait être plus implémentée dans le domaine hospitalier psychiatrique belge, il serait avant tout nécessaire de repenser les contraintes financières, organisationnelles et structurelles qui empêchent les hôpitaux d'ajuster leur place dans le continuum de soins et qui, par conséquent, freinent les prestataires de soins dans le déploiement de pratiques de soins *ad hoc*.

En outre, le développement - tant dans les organismes hospitaliers qu'extrahospitaliers - d'un langage commun et d'« (...) *une vision et une culture du rétablissement* » (Guide de référence pour les pratiques axées vers le rétablissement, 2015, p.88) permettrait de lisser les discours et les pratiques qui en résultent, pour institutionnaliser l'approche globale du rétablissement et procéder à une sensibilisation à grande échelle. Les patients, pour leur part, devraient recevoir une information claire, dès leur entrée à l'hôpital, concernant les 'nouvelles règles du jeu', à savoir leur implication en tant qu'acteurs principaux de leur processus de soins.

Comme nos résultats l'ont fait ressortir, il semblerait également essentiel que les fonctions de gouvernance renforcent « *la responsabilisation à l'égard des mesures prises* » (Guide de référence pour les pratiques axées vers le rétablissement, 2015, p.104) et que les directions hospitalières se positionnent explicitement dans ce paradigme, en intégrant les principes du rétablissement à leurs missions.

Le développement des connaissances des intervenants en santé mentale pourrait passer par la formation - des séances de cours ou des conférences - (Anthony, 2002) ou par une ‘immersion’ dans d’autres services (Walker et al., 2019), leur donnant l’occasion d’expérimenter d’autres réalités que celle de l’hôpital.

Par ailleurs, puisqu’il semble avéré que la théorie ne conduit pas nécessairement au changement, intégrer au travail quotidien des cliniciens des procédures, des discours et des pratiques tournés vers une approche globale axée vers le rétablissement pourrait susciter le changement par l’action plutôt que par la théorie. Après avoir, par exemple, installé des pairs-aidants dans des services hospitaliers, formés sur le terrain, il serait intéressant ensuite d’évaluer s’il en ressort des expériences positives ou non.

14.Limites de l’étude

A cause de la pandémie du Covid-19, nous avons été contrainte de restreindre l’ambition de notre recherche, vu la situation de confinement et la moindre disponibilité des professionnels. L’hôpital ‘Le Chêne aux Haies’ ayant fermé ses portes en raison de la crise sanitaire dès le mois de mars, il ne nous a pas été possible d’aller au bout de notre démarche auprès des patients, censés au départ représenter la moitié de notre échantillon.

Par la suite, vu la situation complexe des hôpitaux au début du confinement, la plupart des prestataires contactés dans les diverses institutions étaient peu disponibles et n’avaient pas de temps à nous accorder. Pour cette raison, les cliniciens ayant participé à notre étude étaient surtout des praticiens personnellement intéressés par notre question de recherche et qui, malgré des obligations professionnelles décuplées, souhaitaient apporter leur contribution. D’autre part, puisque nous ne pouvions pas rencontrer de prestataires en ‘face à face’, nos entretiens ont tous été réalisés par visioconférence, ce qui a pu influencer la qualité de nos données.

Une autre limite de notre travail réside dans le fait que le sujet que nous avons choisi d’aborder ne fait pas consensus, même dans la littérature, et qu’il fut dès lors parfois compliqué de travailler autour de la notion de *recovery*, toujours ambiguë. Cette confusion de la notion a été à la source de grands écarts entre les discours et les pratiques des différents professionnels, ce qui a complexifié l’analyse de nos résultats.

15. Pistes de recherche

Puisque la position des établissements hospitaliers psychiatriques aurait, d'après notre réflexion, besoin d'être revue et rediscutée, une piste de recherche serait de se pencher sur la façon de concilier l'approche biomédicale à l'approche du rétablissement « *dans une dialogique constructive et réciproque* » (Franck, 2018), afin que l'hôpital parvienne à s'inscrire davantage dans le paradigme du *recovery*.

Une piste de recherche supplémentaire serait d'inventorier, dans différentes structures hospitalières, l'implémentation ou non des pratiques liées au *recovery* en même temps que d'autres indicateurs comme le taux de réadmission ou la satisfaction des usagers. En croisant les observations, sur base de méthodes d'évaluation nouvelles ou existantes - comme le ROPI *Recovery Oriented Practices Index*, par exemple -, il serait possible d'estimer les effets attendus de l'approche du *recovery* et de ses pratiques et d'évaluer si, en fin de compte, ce paradigme a du sens au sein du secteur hospitalier.

De la même manière, puisque les professionnels de la santé ont abordé certains effets de la réforme 107 qui n'avaient pas été envisagés à son introduction - comme le changement de public et le phénomène de la porte tournante-, il pourrait être intéressant de recenser l'ensemble des effets non attendus de la réforme de l'organisation des soins de santé belge et leur conséquences sur les pratiques quotidiennes.

En guise de CONCLUSION

Alors que la réforme de l'organisation des soins de santé mentale de 2011 poursuivait l'objectif d'orienter les pratiques de soins vers le rétablissement, notre travail a fait apparaître que de nombreux obstacles subsistent, empêchant son aboutissement. La non-adhésion des professionnels, à laquelle nous nous attendions au départ de cette recherche, n'a pas été relevée comme un élément décisif, au contraire de l'organisation du système de soins, de la configuration même des structures hospitalières et de l'ambiguïté autour de la notion de rétablissement.

Ce travail nous a aussi permis de constater l'existence d'une fracture entre le milieu hospitalier et l'extrahospitalier qui fragilise la collaboration, pourtant indispensable à la continuité des soins et au retour du patient dans la communauté. Nos résultats ont montré que les professionnels exerçant au sein des hôpitaux psychiatriques sont davantage confrontés « *aux cas les plus problématiques et aux expériences les plus douloureuses* » (Koenig &al, 201, p.24), sans possibilité de voir les patients une fois que ces derniers sont sortis de l'hôpital, donc quand ils sont 'bien' ; les professionnels ne peuvent, par conséquent, pas se représenter le rétablissement personnel tel que nous l'entendons. Cette constatation faite, nous avons mis en avant plusieurs propositions de changements, afin de réduire cette frontière entre l'hôpital et l'ambulatoire et de favoriser le décloisonnement des pratiques, par exemple au moyen du dispositif de pair-aidance ou par l'immersion de professionnels du milieu hospitalier dans des structures extrahospitalières.

En raison de la confusion persistante autour du concept de *recovery*, la tentation serait grande d'imposer une « *homogénéisation des courants de pensée qui traversent le champ de la santé mentale* » (Koenig &al, 2014, p.22). Nous retenons finalement de notre travail que l'enjeu, actuellement, doit plutôt s'orienter vers la construction d' « *un cadre qui garantirait la cohérence d'un ensemble, c'est-à-dire qui pourrait accueillir et faire coexister différents éclairages théoriques et pratiques cliniques* » (Koenig &al, 2014, p.22).

BIBLIOGRAPHIE

AIGS – Association Interrégionale de Guidance et de Santé. (2016) *Projet participation des usagers et des proches à la réforme des soins de santé mentale*. 194 pages. En ligne, <http://www.psy107.be/images/Rapport%20d'activit%C3%A9s%20Fr%202016.pdf>

Anthony, W. (2002) Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 102 – 113. doi : <https://doi.org/10.7202/014541ar>

Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale. (2007) Le rétablissement : cadre théorique et savoir expérientiel. Première Partie. *Le partenaire*, 15(1), 28 p. En ligne, <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v15-n1.pdf>

Bejerholm, U. Roe, D. (2018) Personal recovery within positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72,(6), 420 – 430. DOI : <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1492015>.

Bonsack, C. Favrod, J. (2013) De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'Information Psychiatrique*, 89(3), 227 – 232. doi : 10.1684/ipe.2013.1042.

Chen, S-P . Krupa, T. Lysaght, R. Piat, M. McCay, E. (2013) The Development of Recovery Competencies for In-patient Mental Health Providers Working with People with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(2), 96 – 116 doi: 10.1007/s10488-011-0380-x.

Cintas, C. (2009) Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *PISTES, Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 11(1), 20 p. doi : <https://doi.org/10.4000/pistes.2283>.

Cleary, M. Horsfall, J. O'Hara-Aarons, M. Hunt, G. (2013) Mental Health nurse's views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 205-212. doi : <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00867.x>

Commission de la santé mentale du Canada. (2015) *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement : Espoir, Dignité, Citoyenneté*. Ottawa, Ontario. 110 p. En ligne, <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives/11869/guide-de-referance-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement>

Conus, P. Bonsack, C. Söderström, D. (2012) L'hôpital psychiatrique : un lieu pour la formation à la psychothérapie des troubles psychotiques. *L'Information Psychiatrique*, 88(7), 527 – 534. doi : 10.3917/inpsy.8807.0527.

Davagle, M. Gilles, M. Huvelle, F. Istace, L. Van Den Eynde, M. Van Hoye, P. Wacquez, J. Wautier, D. (2013) *Les carnets de l'éducateur : exploration de la profession. Deuxième carnet. Le secteur de la santé mentale, par Michèle Van Den Eynde*. 420 p. En ligne, <http://www.educ.be/carnets2013/carnets.pdf>

Davtian, H. Scelles, R. La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ? *L'Information psychiatrique*, 89(1), 73-82. doi : 10.3917/inpsy.8901.0073.

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. doi : <https://doi.org/10.1037/h0101301>.

Demailly, L. (2017) L'idée du rétablissement – recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome*, 3(65-66), 6 -7. doi : <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0006>

Duplantier, M. (2011) *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante*. Médecine humaine et pathologie. (Thèse présentée en vue de l'obtention du doctorat en médecine, non publiée) Université Grenoble Alpes, Grenoble - France. 79 p. En ligne, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639268>

Ehrenberg, A. Lovell, A. (2001) *La maladie mentale en mutation*. Psychiatrie et société. Editions Odile Jacob. Paris. 312 p.

Ellingham, I. (2014) Le mouvement du rétablissement : un développement significatif pour le champ du counselling et de la psychothérapie. *ACP – PR. Approche Centrée sur la Personne. Pratique et Recherche*, 2(20), 27-35. doi : 10.3917/acp.020.0027.

Farkas, M. (2007) The vision of recovery today : what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74. En ligne, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>

Franck, N. (2018) *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson. France. 912 p.

Guide vers de meilleurs soins en santé mentale : par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. (2011) Bruxelles. 37 p. En ligne, <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>

Guide vers de meilleurs soins en santé mentale : par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. (2011) Wallonie. 37 p. En ligne, <http://www.psy107.be/files/Wallonie.pdf>

Jacob, B. Macquet, D. Natalis, S. (2016) La réforme des soins en santé mentale en Belgique : Exposé d'un modèle. *L'information Psychiatrique*, 96(9), 731-745. doi:10.1684/ipe.2016.1550.

Jovelet, G. (2011) Les conditions de la psychiatrie publique. *L'information Psychiatrique*, 87(10), 769-779. doi:10.3917/inpsy.8710.0769.

Kemedjio, C. (1994) Pouvoir disciplinaire et normalisation. *Journal of French and Francophone Philosophy*, 6(1-2), 11-19. doi : <https://doi.org/10.5195/jffp.1994.357>.

Knuapp, P. E Jr. (2013) *The contribution of the recovery self-assessment to the measurement of illness management and recovery*. (Dissertation en vue d'obtenir le grade de Docteur en éducation non publiée) Drake Université, Iowa, Etats-Unis. 157 p. En ligne, <https://core.ac.uk/download/pdf/46925928.pdf>

Koenig, M., Castillo, M., Plagnol, A., Marsili, M., Miraglia, S. & Bouleau, J. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme. *PSN*, 12(4), 7-27. doi:10.3917/psn.124.0007.

Laforcade, M. (2017) Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome*, 3(65-66), 25 -26. 2017. En ligne, https://www.advocacy.fr/upload/Ldm_27_0518/Bulletin-RHIZOME-N65-66_fevrier_2018.pdf

Landry, D. (2017) Survivor research in Canada : ‘talking’ recovery resisting psychiatry and reclaiming madness. *Disability and Society*, 32(9), 1437 – 1457. doi: <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1322499>

Le Fort, V. (2011) *Prendre soin du patient difficile en psychiatrie : une revue de littérature étoffée*. (Mémoire Bachelier en soins infirmiers) Document non publié. Haute Ecole de Santé, Fribourg, Suisse. 124 p. En ligne, http://doc.rero.ch/record/27102/files/LEFORT_Virginie.pdf

Linder, A. (2018) Des patients aux soignants : Les appropriations du « rétablissement » par les professionnels de la psychiatrie. *Inter Pares*, 7, 19 – 25. En ligne, https://www.researchgate.net/publication/330193480_Des_patients_aux_soignants_Les_appropriations_du_retablissement_par_les_professionnels_de_la_psychiatrie

Marquis, N. Susswein, R. (2020) Rétablir par le réseau. Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale « Psy107 » (Belgique). *SociologieS*. 16 p. En ligne, <http://journals.openedition.org/sociologies/13711>

Martin, B. Franck, N. (2013) Rétablissement et schizophrénie. *EMC Psychiatrie*, 1 – 9. En ligne, <https://www.researchgate.net/publication/285735301>

Mental Health Commission. (2008) *A recovery approach within the Irish mental health services: a framework for development*. (Ecrit par Agnès Higgins) 52 p. En ligne, <https://www.lenus.ie/handle/10147/75113>

Mental Health Europe. (2020) *Mental Health in all policies : scoping review of national developments (2017-2019)*. 12 p. En ligne, https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2020/02/MHAP_Scoping_review_2017_2019_final.pdf

Mistiaen, P. Cornelis, J. Detollenaere, J. Devriese, S. Ricour, C. (2019) *Synthèse : Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. KCE. Report 318Bs – Health Services Research. 52 p. En ligne, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318B_Soins_de_sante_mentale_synthese.pdf

Morissette, J. Demazière, D. Pépin, M. (2014) Introduction. Vigilance ethnographique et réflexivité méthodologique. *Recherches Qualitatives*, 33(1), 9-18. En ligne, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01502275/>

Najman, T. (2015) *Lieu d'asile : Manifeste pour une autre psychiatrie*. Editions Odile Jacob. Essai, Broché. France. 240 p.

Nicaise, P. Dubois, V. Lorant, V. (2014) Mental health care delivery system reform in Belgium : The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120 – 127. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.007

Organisation Mondiale de la Santé. (2001) *La Santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève. 181 p. En ligne, https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé. (2001) Aide-Mémoire : Politique et prestations de services de santé mentale. *Rapport sur la Santé dans le Monde*, 2001. 4 p. En ligne, https://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet2_fr.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé. Europe. (2008) *Policies and practices for mental health in Europe : meeting challenges*. 191 p. En ligne, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé.(2013) *Plan d'action pour la santé mentale 2013 – 2020*. 52 p. En ligne https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (2014) *Atlas de la santé mentale 2014*. 69 p. En ligne, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204409/9789241565011_fre.pdf;jsessionid=772DA2A3CC867007DAFFDADF1F9E9339?sequence=1

Pachoud, B. (2012) Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'Information Psychiatrique*, 88(4), 257 - 266. doi : <https://doi.org/10.3917/inpsy.8804.0257>

Pachoud, B. (2017) Pourquoi la visée du rétablissement en santé mentale implique une priorisation de la dimension éthique ? *Annales Médico-Psychologiques*, 175(9), 816-820. doi : 10.1016/j.amp.2017.09.005

Provencher, H. Keyes. C.L.M. (2010) Une conception élargie du rétablissement. *l'Information Psychiatrique*, 86(7), 579–589. doi : <https://doi.org/10.3917/inpsy.8607.0579>

Repper, J. Nolan, M. Grant, G. Curran, M. Enderby, P. Goward, P. (2008) *Family Carers on the Margins: Experiences of Assessment in Mental Health*. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). London School of Hygiene and Tropical Medicine. 15 p. En ligne, <https://www.semanticscholar.org/paper/Family-carers-on-the-margins-%3A-experiences-in-Repper-Nolan/f8b8b8896db8bb555ddf882ef6d47b57e82f8d35>

Shepherd, G. Boardman, J. Slade, M. (2012) *Faire du rétablissement une réalité*. (Germain, N. Landry, L. Di Biase, P., Trad.) Institut universitaires de santé mentale Douglas, Montréal. Edition Québécoise. (Article original publié en 2007) 27 p. En ligne, https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf

Singh, N. Barber, J. Van Sant, S.(2016) *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Evidence-Based Practices in Behavioral Health. Etats-Unis : Springer. (E-book) 467 p. doi: 10.1007/978-3-319-40537-7.

Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Valued-based Medicine. Cambridge University Press. Royaume-Uni. 275 p.

Waldemar, A. Arnfred, S. Petersen, L. Korsbek, L. (2016) Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings : A literature Review. *Psychiatric Services in Advance*, 67(6), 596-602. doi: 10.1176/appi.ps.201400469

Walker, C. Nicaise, P. Thunus, S. (2019) *Parcours*. Bruxelles. *Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. UCL Louvain. Belgique. 76 p. En ligne, <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Weick, K. (2015) Ambiguity as Grasp : The Reworking of Sense. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 23(2), 117-123. doi: 10.1111/1468-5973.12080

Wooley, S. (2020) « Ce n'est pas du soin si c'est contraint ». Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains. *L'information psychiatrique*, 96(1), 27-34. doi :<https://doi.org/10.1684/ipe.2019.2052>

Tableau 1: Chronologie des entretiens-professionnels

N° entretien	Sexe	Fonction	Date	Durée
1	♂	Psychiatre	12 mars	20'
2	♀	Ergothérapeute	7 mai	65'
3	♂	Infirmier Directeur des services	8 mai	80'
4	♀	Infirmière en chef	15 mai	90'
5	♂	Directeur Infirmier chef des services	19 mai	60'
6	♀	Infirmière en chef	19 mai	60'
7	♂	Directeur Médical	19 mai	60'
8	♀	Psychologue	20 mai	60'
9	♀	Psychologue	20 mai	45'
10	♀	Psychiatre	22 mai	40'
11	♀	Ergothérapeute	27 mai	60'
12	♂	Psychiatre	29 mai	70'
13	♀	Psychologue	4 juin	60'

Tableau 2 : Fréquence et pourcentage des professionnels interrogés

Fonction	Psychiatres	Membres de la direction	Ergothérapeutes	Psychologues	Infirmiers en chef	Total
N	3	3	2	3	2	13
%	23	23	15,5	23	15,5	100%

Illustration du mécanisme de décision

Illustration : réseau 1

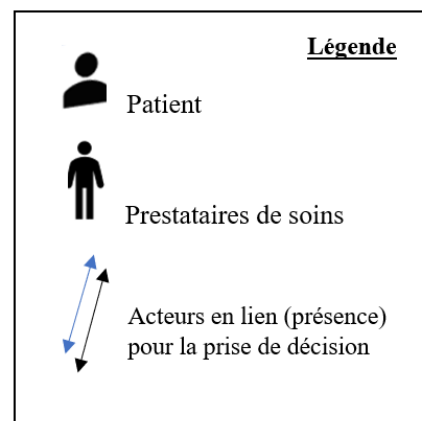
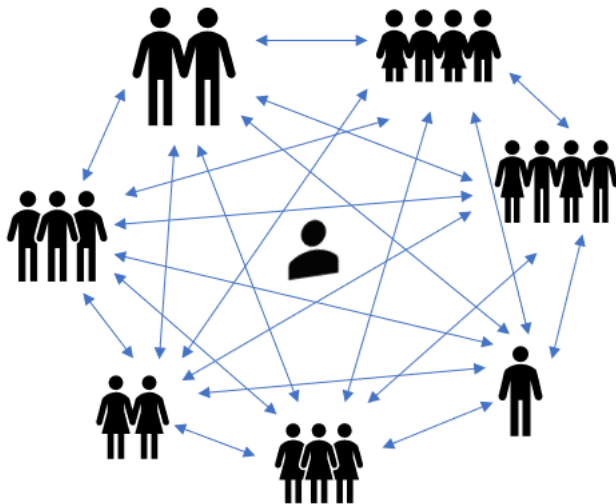
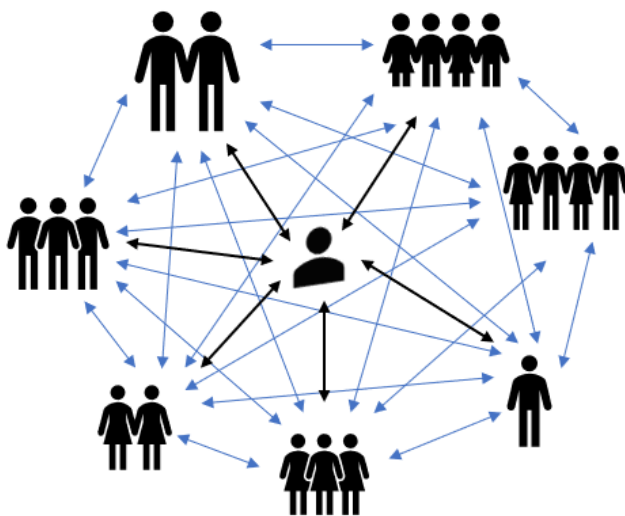


Illustration : réseau 2



QUESTIONS	DIMENSIONS	THEMATIQUES	QUESTIONS DE RELANCE
Pouvez-vous un peu expliquer dans quel type de service vous travaillez ? Tout en présentant : les missions et valeurs	Fonction des intervenants & Offre de soin	Missions et « sens » de la fonction	Pouvez-vous illustrer votre « rôle » par un exemple de situation ?
Comment décririez-vous votre rôle auprès des patients ?		Interventions aux différentes étapes de l'hospit* : adm*, suivi, recadrage, sortie, post-hospit.	<ul style="list-style-type: none"> x Quand et pourquoi intervenez-vous, aux différentes « étapes » d'une hospitalisation ? x Que pouvez-vous apporter au patient durant son hospitalisation ?
Dans quelle mesure sont pris en compte les besoins exprimés par les patients ?	Approche centrée sur le patient	Activités et services	Quel(le)s activités et/ou services sont proposés ? Qu'apportent-ils ?
Dans quelle mesure le patient est-il associé à la prise de décision concernant son projet? Partnership	Autonomie – Responsabilité	Multidisciplinarité	Quand / Comment se décline le travail en équipe multidisciplinaire ?
Quelles informations sont données au patient – Explicitement - ?		Attentes	Comment sont prises en compte les attentes ?
Que faites-vous pour préparer la sortie définitive de l'hôpital d'un patient ?	Réinsertion	Valeurs et culture	Comment sont prises en compte les valeurs et la culture des patients ?
Quand et comment se déroulent en général vos contacts avec les services de soin extérieurs à l'hôpital ?		Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> x Pratiquez-vous le « traitement forcé »/ les hospitalisations « involontaires » ? x A quel moment la participation du patient est-elle selon vous nécessaire ?
Dans quelle mesure essaye-t-on de donner une place active au patient ?	Rétablissement (Estimez-vous que ce soit 'votre' rôle ?)	Engagement personnel Collaborativité	<ul style="list-style-type: none"> x Quelles sont les stratégies que vous mettez en place, dans votre pratique professionnelle, pour favoriser l'engagement personnel du patient ? x Dans quelle mesure la négoiation est-elle possible avec le patient ?
Dans quelle mesure les patients ont-ils une chance de « s'en sortir » malgré les difficultés liées à leur maladie ?		Information au patient	<ul style="list-style-type: none"> x Le patient est-il informé de son diagnostic ? des formules de soin alternatives ? x Qu'est-ce que cela apporte au patient selon vous ?
		Résolution de problèmes : sociaux (logement, emploi, isolement, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> x Lorsque le patient manifeste des problématiques particulières comment procède le service pour y trouver des solutions ? (Est-ce votre rôle ?) x Est-il envisageable pour vous de parler de la sortie dès l'admission ?
		Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> x Quelle est la place pour les proches des patients lors des hospitalisations ? x Sur quoi vous reposez-vous le plus afin de diriger l'intervention ? (Forces)
		Lien avec la communauté	<ul style="list-style-type: none"> x (Lien avec services d'aide & de soin extérieurs) Pouvez-vous illustrer ? x Qu'en est-il du positionnement de votre équipe concernant la pair-aidance ?
		Chemin personnel, sens de soi	(cf. Réinvestissement des rôles sociaux qui font sens, changement de perspective)
		Attentes et souhaits	(cf. Focus sur les attentes)
		ESPOIR	(cf. Espoir : autant de la part du professionnel que du patient – élément essentiel dans le mouvement du rétablissement subjectif)
			+ Comment faites-vous pour vous pour donner cet espoir au patient ?

Clôture : Depuis quelques années, et en particulier depuis l'introduction de la réforme 107, un concept est mis en avant dans le secteur de la santé mentale : le **concept de rétablissement**. En avez-vous entendu parler ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer cela que signifie pour vous, dans le contexte de votre unité de soin et comment le mettez-vous en pratique ?

