

# Le “Rétablissement” en santé mentale: Spécificités et limites de son application à une population adolescente

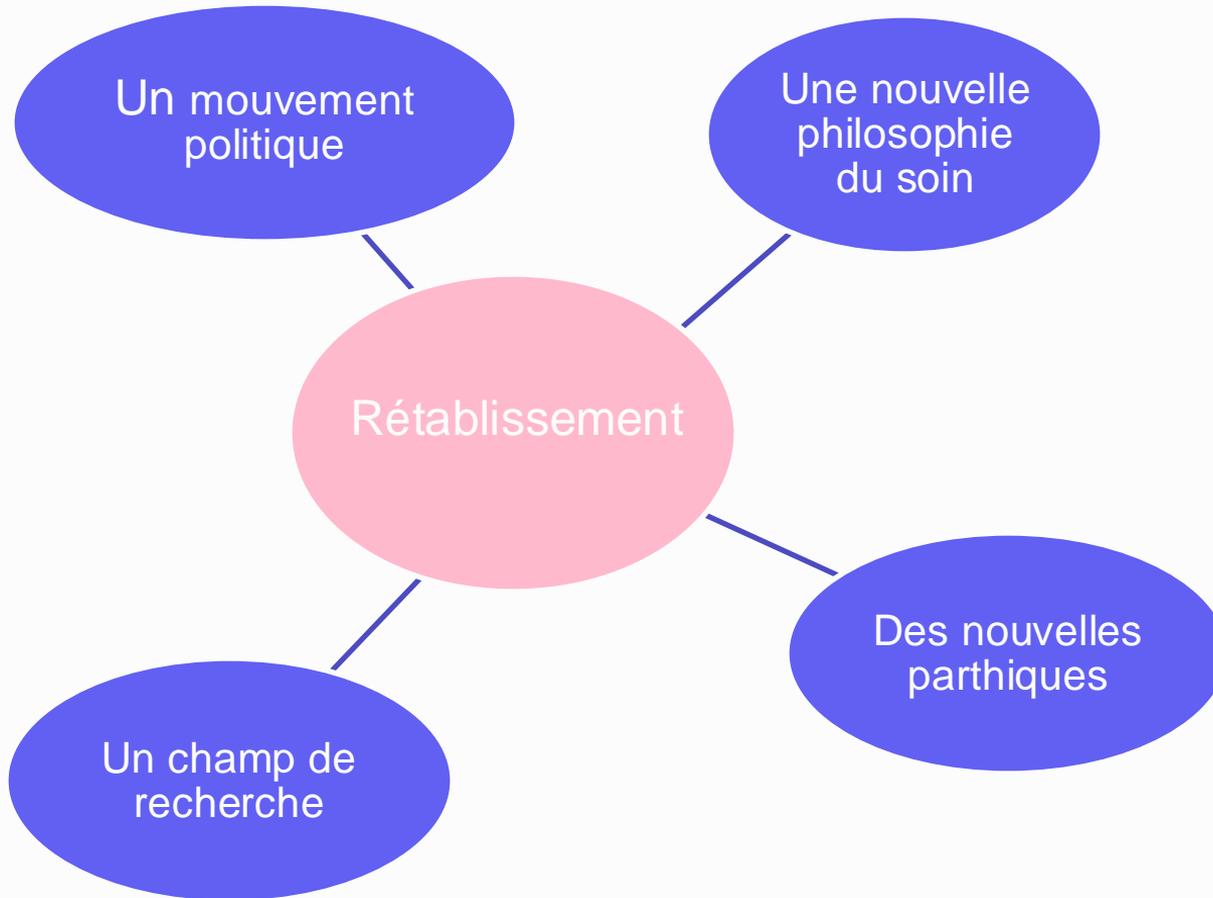
Di Schiena, R., Morsa, M., Joiret, E., Piccinin, B.

# Sommaire

- Le cadre théorique et politique
- Un aperçu d'expérience
- Etudes en cours et résultats préliminaires
- Conclusions provisoires

## Définition

- « *C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie* »  
(Bill Antony, 1993)
- « *Chaque parcours de rétablissement est unique. Chaque personne doit trouver ce qui fonctionne pour elle* » (Patricia Deegan, 1988)



# Un mouvement politique



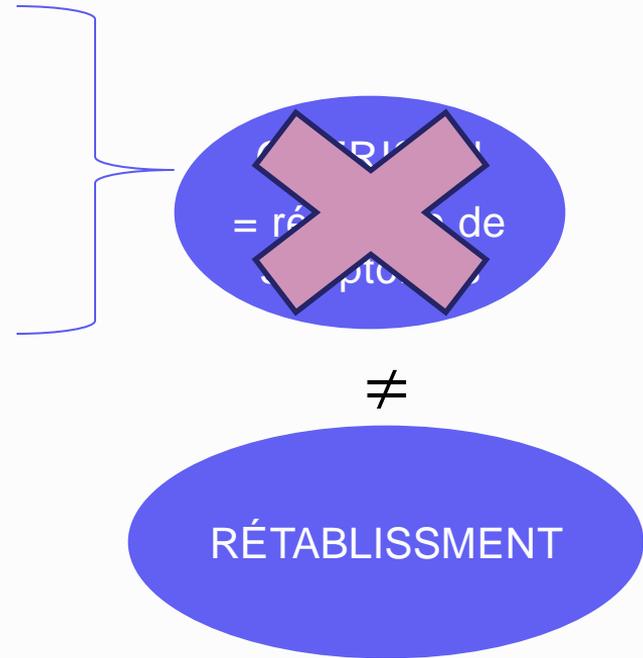
- Dans les années 70 le Mouvement des usagers de la psychiatrie a eu son origine dans le « Mouvement des droits civiques » en USA, pour la reconnaissance des droits des femmes, des homosexuels ou de gens de couleur

⇒ pour les usagers de la psychiatrie il prend le nom de *recovery movement*

⇒ (*Rétablissement*)

# Un mouvement politique

- Longues périodes d'hospitalisation
- Des traitements inhumains
- Seul le savoir des experts compte
- La qualité de vie n'est pas un critère
- Le diagnostic et la stigmatisation



# Une nouvelle philosophie du soin

---

Le but de la prise en charge est rendre la vie du patient intéressante et satisfaisante, selon sa propre définition, en présence ou non de symptômes.

---

Le rétablissement est un parcours individuel, qui tient compte de la personne et pas de son diagnostic

---

Le point de départ sont les points de force de la personne et ses valeurs

---

Le clinicien n'est plus un expert mais un mentor. L'utilisateur est lui-même expert de son vécu

---

# Des nouvelles pratiques

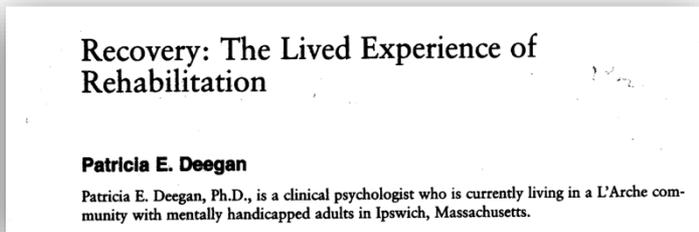
- La base des nouvelles réformes en santé mentale  
(Conférence interministérielle Santé publique du 26 avril 2010, Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, SMEA, 2015\*)
- L'abandon du mot patient en faveur du mot usager
- L'intégration des paire-aidants
- La réduction des séjours en institution (financement des équipes mobiles)



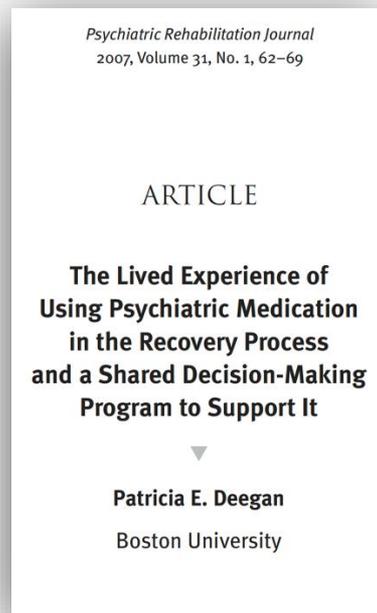
Mettre en valeur l'expérience subjective de l'utilisateur  
Promouvoir sa participation au soin

# Un champ de recherche

- Pluridisciplinaire (science médical, anthropologie culturelle, épidémiologie, sociologie, science psychologique)
- Les chercheurs/usagers



- L'usage des interviews en profondeur



# Un aperçu d'expérience

Une philosophie d'ouverture x +

apertio.be/fr

Google Gmail Maps Google (99+) Libero Mail Google Traduttore mps.it English File Stude... Les programmes d... Tous les favoris

## Apertio, une philosophie d'ouverture au service du patient

aujourd'hui ↓ regarder au début ↓

Le **Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT)** développe sa philosophie de soins, basée sur les principes du **rétablissement**. Dans ce sens, une **nouvelle construction hospitalière** a vu le jour et nous avons développé cette plateforme, vous permettant d'être tenu au courant des dernières informations, projets et événements importants au sein du CHJT. Bien plus qu'une plateforme, c'est également un **outil de travail** pour nos équipes.



# Un aperçu d'expérience

## SPÉCIFICITÉS ET LIMITES DE L'APPLICATION DU MODÈLE DU RÉTABLISSMENT À UNE POPULATION ADOLESCENTE : L'EXPÉRIENCE DES UNITÉS KARIBU ET KALLIMA DU CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA

SPECIFICITIES AND LIMITS OF THE APPLICATION OF THE RECOVERY MODEL  
TO AN ADOLESCENT POPULATION: THE EXPERIENCE OF THE KARIBU AND KALLIMA UNITS  
OF THE JEAN TITECA HOSPITAL

Raffaella DI SCHIENA, Bruno PICCININ, Etienne JOIRET  
*Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles*

### Résumé

L'objectif de cet article est de décrire l'application du modèle de rétablissement à une population d'adolescents. A cette fin, nous exposons d'abord le contexte historique et théorique dans lequel s'inscrit le mouvement du rétablissement, tout en évoquant les voix critiques qui se sont levées. Nous décrivons ensuite l'arrivée du rétablissement en Belgique et son application au Centre Hospitalier Jean Titeca de Bruxelles, dans les unités de soin pour adolescents. Cette expérience nous amène à la conclusion qu'une application automatique de ce paradigme aux adolescents n'est pas possible, en raison des caractéristiques spécifiques de cette population (instabilité, implication des différents acteurs sociaux tels que l'école, les pairs et les représentants légaux, nature souvent épisodique et critique de la demande) ainsi que des limites plus générales du modèle du rétablissement (risque d'hyper-responsabilisation du patient, focus davantage sur l'acceptation que sur le changement, nécessité d'un changement culturel général).

*Mots-clés : adolescence, rétablissement, psychiatrie.*

Di Schiena, R., Piccinin, B., & Joiret, E. (2022). Spécificités et limites de l'application du modèle du rétablissement à une population adolescente : L'expérience des unités Karibu et Kallima du Centre Hospitalier Jean Titeca. *Acta Psychiatrica Belgica*, 122 (2), 55–60.

## Nos observations

- Acceptation de la maladie mentale difficile
- Grande instabilité dans les objectifs/valeurs
- Statut de mineur
- Risque d'hyper-responsabilisation
- La multitude des acteurs en jeux

# Notre recherche



- Objectif:

explorer le vécu des professionnels et des usagers impliqués dans les soins institutionnels pédopsychiatriques autour du thème de la participation (et du rétablissement)

# Etude 1: Le point de vue des professionnels

## Méthode

- Echantillon: 16 pédopsychiatres
- Années d'expérience:  $M = 17,69$ ,  $SD: 9$
- Durée des entretiens (via teams): entre 25 et 45 minutes



# Etude 1: Le point de vue des professionnels

## Canevas:



*« En tant que professionnel de la santé mentale des mineurs, quelle est votre opinion générale sur l'approche de la prise de décision partagée? »*

*« A votre avis, quelles sont les spécificités dans le cadre de la prise en charge des mineurs ? »*

*« Pensez-vous que certains facteurs peuvent impacter votre démarche de décision partagée ? »*

Etc...

## Etude 2: Le point de vue des jeunes hospitalisés

- Echantillon: 21 jeunes d'une *Mage* de 15,56 (SD=1,67) dans la phase finale de leur séjour eu CHJT
- Durée du séjour:  $M = 8$  mois,  $SD=6$
- 2 interviews de durée variable entre 15 minutes et 2 heures
- Participation volontaire
- Interviewer: une personne non impliquée dans le soin, formée à la méthode des interviews en profondeur (journaliste)



## Etude 2: Le point de vue des jeunes hospitalisées

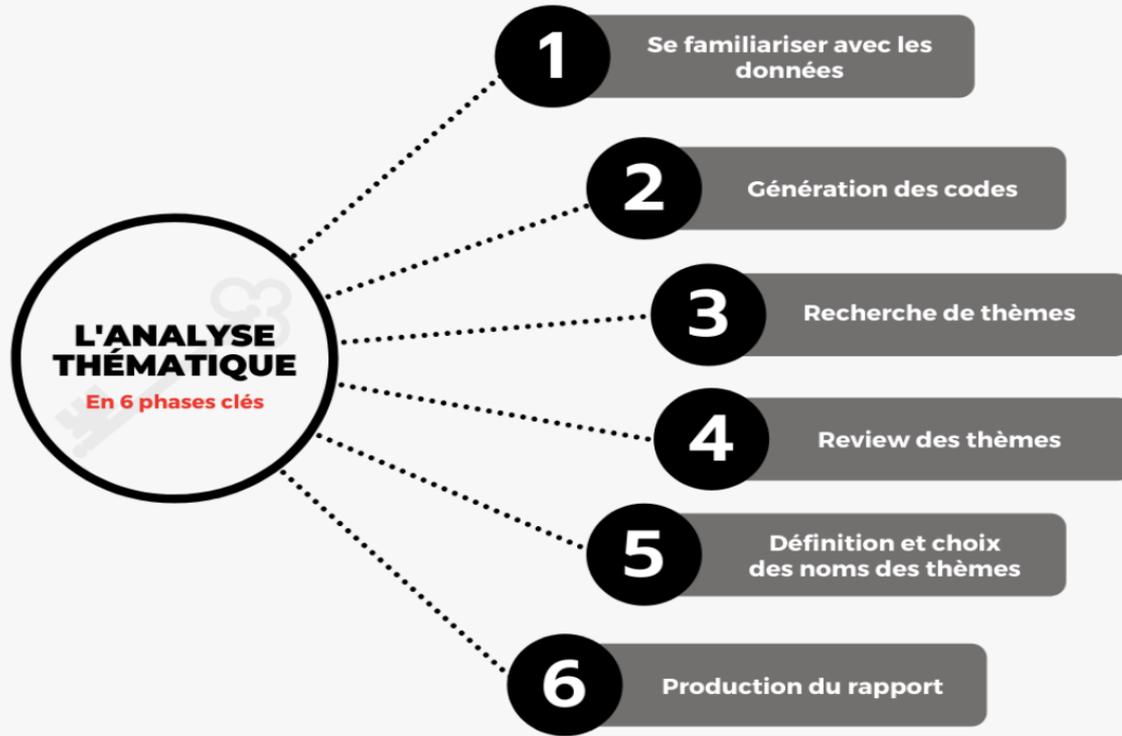


*« As-tu le sentiment d'avoir été acteur pendant ton hospitalisation? »*

*« Te sens-tu entendu/compris en général/par les professionnels ? »*

*« As-tu le sentiment d'être acteur de ta vie en générale ? »*

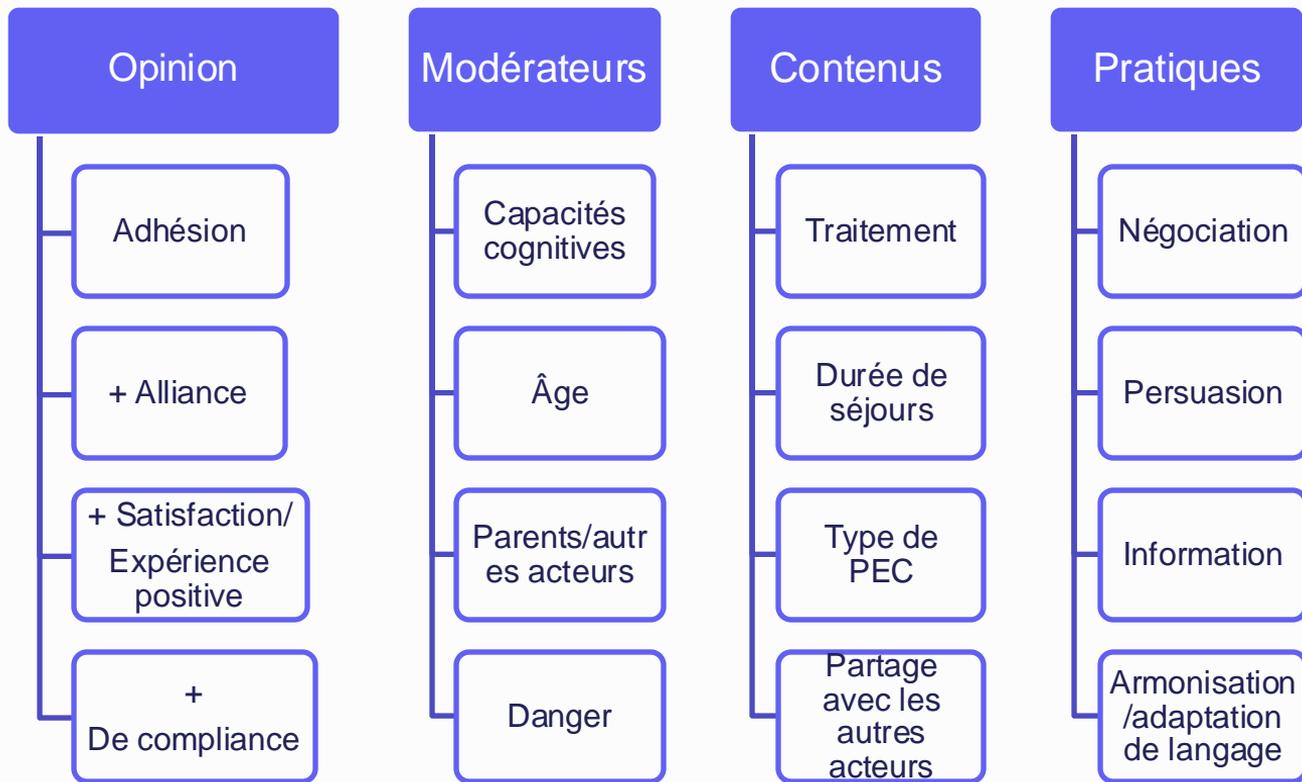
*Etc....*



Tiré de "Phases of Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006, p.35)"

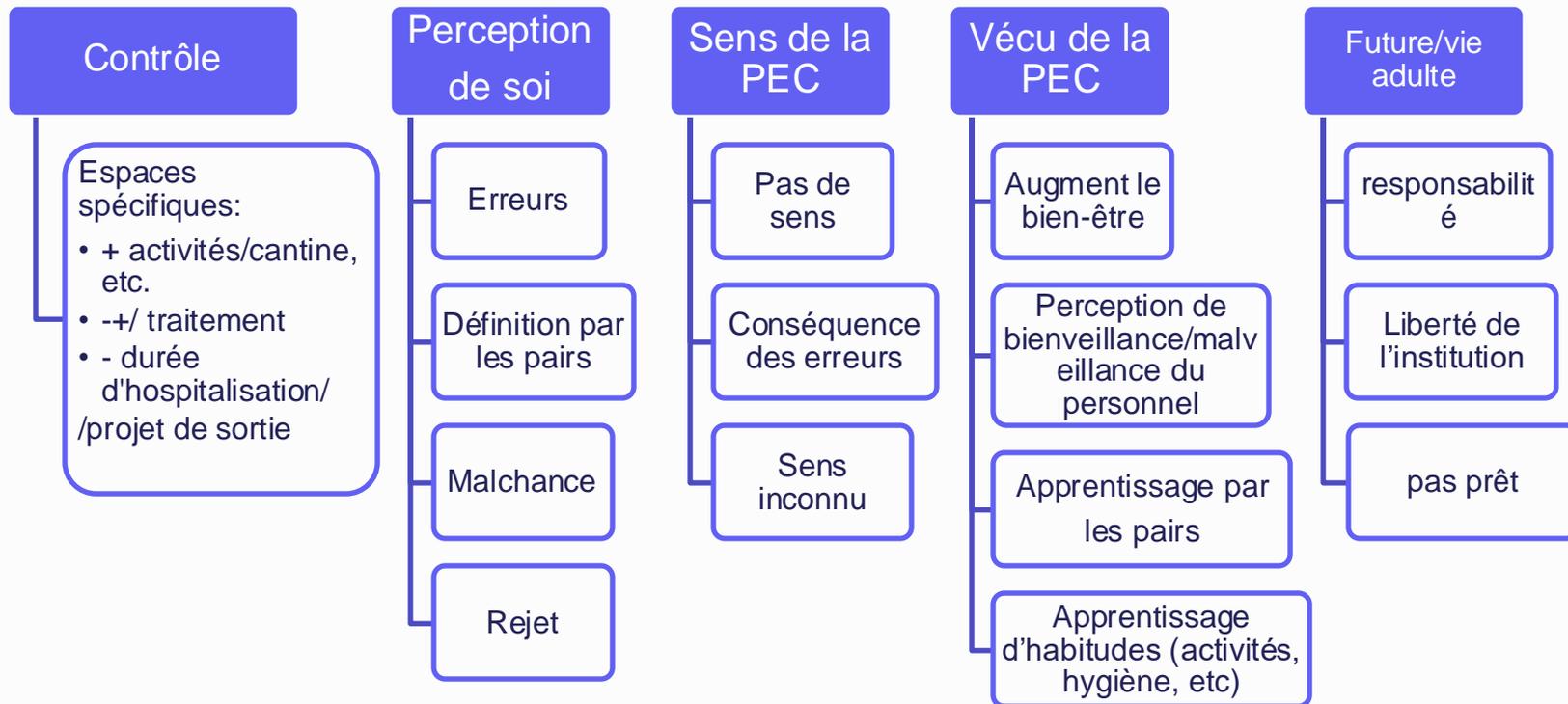
# Résultats préliminaires: les professionnels

Corpus de texte analysé: 4 interviews



# Résultats préliminaires: les jeunes

Corpus de texte analysé: 21 interviews



# Conclusions provisoires

- Reconnaissance de la valeur éthique de la participation des usagers/bienveillance
- Un nouveau rôle du professionnel comme pédagogue
- Prévalence du discours médical chez les professionnels VS. des contenus plus expérientiels chez les jeunes usagers
- Un vécu de perte de control qui persiste chez les usagers
- Le rétablissement chez les mineurs est plus complexe

# Merci

Raffaella.dischiena@uliege.be

# Bibliographie

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

Anthony, W. A., & Ashcraft, L. (2010). The recovery movement. In B. L. Levin, K. D. Hennessy, & J. Petrila (Eds.), *Mental health services: A public health perspective* (3rd ed., pp. 465–479). Oxford University Press.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>

Deegan P. E. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 62–69. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.62.69>

[https://www.psy0-18.be/images/Guide\\_0-18/GUIDE-EA\\_definitif\\_20150330.pdf](https://www.psy0-18.be/images/Guide_0-18/GUIDE-EA_definitif_20150330.pdf)

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Westerhof GJ, Keyes CL. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*. 2010 Jun;17(2):110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y. Epub 2009 Aug 26. PMID: 20502508; PMCID: PMC2866965.