

QUELLE PLACE POUR L'HÔPITAL DANS UN PARCOURS DE SOINS PSYCHIATRIQUES ORIENTÉ VERS LE RÉTABLISSEMENT ?



Fonds Julie Renson
Fonds Reine Fabiola
Fonds Aide aux personnes atteintes
de maladie mentale et leur entourage

 Fondation
Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

Avant-propos	1
Introduction	2

1. L'HÔPITAL : LE CHAÎNON MANQUANT DU RÉTABLISSEMENT

1. L'hôpital secoué par les pair-aidants	6
2. Définir le rétablissement et la place de l'hôpital dans la trajectoire du patient	8
Le patient est l'égal du soignant	8
L'hôpital, un maillon dans une chaîne du soin	9
Une place essentielle aux pair-aidants	10
Adopter les outils de la réhabilitation psychosociale	11
Intermède 1 : Interview de Philippe Delespaul	12
3. Changer l'hôpital	16
Vers un « changement culturel »	16
Une vision partagée, un changement de posture	17
Des plans de formation au rétablissement	18
L'intégration de pair-aidants	18
S'ouvrir sur le monde extérieur, par l'architecture et l'urbanisme aussi	19
Intermède 2 : Interview de Nicolas Franck	20
4. Modifier les équilibres	24

2. LES QUATORZE PIONNIERS

1. Le rétablissement brique par brique	28
Intermède 3 : La Réhab mobile de la Maison de Soins Psychiatriques « Les Trois Arbres »	32
2. Des projets formateurs, la pair-aidance au cœur	34
Intermède 4 : La Maison de Soins Psychiatriques « De Wadi »	36
3. Changer les structures de l'hôpital	38
Intermède 5 : L'équipe Fil Rouge d'ISoSL	42
4. Ouvrir l'hôpital	44
Intermède 6 : Le Centre Psychiatrique Universitaire de Duffel	48
Annexes	50

AVANT-PROPOS

Aujourd'hui, en théorie, le concept de soins orientés vers le rétablissement semble faire consensus au sein des services de psychiatrie des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des maisons de soins psychiatriques. En effet, ils améliorent la prise en charge et la qualité de vie des usagers, en lien avec le monde extérieur, tout en donnant du sens au travail des professionnels du soin.

Dès l'admission, les professionnels et les usagers définissent, ensemble, des objectifs et élaborent, de commun accord une trajectoire d'aide et de soins en vue de mettre en place un soutien et un suivi de manière concertée. La finalité est de construire, en partenariat avec l'ensemble des acteurs, un retour, aussi rapide que possible, dans le milieu de vie.

Cette approche offre également une piste de réponse à la perte de sens du métier et à l'épuisement professionnel des prestataires de soins dans le secteur hospitalier. En effet, le rétablissement implique une perspective de travail sur le long terme. Dès l'admission, on donne au professionnel un sens à ses actions en lui proposant de participer à des activités dont la finalité est le rétablissement de l'usager.

Malgré un intérêt évident en Belgique et les exemples de nombreuses expériences pratiques menées au niveau international, nous constatons que l'aide et les soins orientés vers le rétablissement semblent encore difficiles à mettre en place à l'hôpital.

Avec leur initiative autour du rôle des hôpitaux dans la trajectoire de soins qui mène au rétablissement, le Fonds Julie Renson, le Fonds Reine Fabiola, le Fonds Aide aux personnes atteintes de maladie mentale et leur entourage et la Fondation Roi Baudouin ont cherché à définir ce que signifie et implique ce rôle et à soutenir les hôpitaux qui ont souhaité mettre en place, développer ou pérenniser une démarche ambitieuse de soins orientés vers le rétablissement.

Ces démarches ont pu prendre des formes diverses et variées : formations croisées, organisation de stages d'immersion au sein de services innovants, création de comités d'usagers et/ou de proches, actions liées au développement du travail en réseau, intégration d'experts du vécu et de pair-aidants, ...

Cette publication synthétise ce parcours exploratoire et les lessons learned issues de quatorze expériences pionnières en Belgique. Puissent-elles inspirer d'autres hôpitaux à s'engager dans ces petites révolutions pleine de sens, tant pour les usagers que pour les personnels de soin.

Dr Emmanuël Nélis

Président du Comité d'avis « Santé mentale »
Fondation Roi Baudouin

INTRODUCTION

En 2023, la Fondation Roi Baudouin lance un appel à projets intitulé « Repenser les soins psychiatriques à l'hôpital en fonction de l'usager », avec le soutien des Fonds Aide aux personnes atteintes de maladie mentale et leur entourage, Julie Renson et Reine Fabiola. Avec cet appel, la Fondation souhaite soutenir un élan nouveau dans la psychiatrie, en favorisant des soins hospitaliers orientés vers le rétablissement, au sein de la collectivité.

Plutôt qu'une psychiatrie hospitalière centrée uniquement sur les symptômes, le rétablissement érige le patient au rang d'acteur de son propre parcours de soins. L'usager des soins de santé mentale ne vise pas la « guérison » mais la mise en mouvement, avec en ligne de mire, la possibilité de vivre, au quotidien, en s'ancrant sur ses forces, en connaissant ses faiblesses.

Le rétablissement semble aujourd'hui faire consensus parmi les soignants. Du moins en théorie. La notion n'est pas si nouvelle. Elle tire ses origines dans des protestations de patients psychiatriques, qui dénonçaient leurs conditions de vie en institutions dès le début du 20^e siècle, mais s'est véritablement répandue dans les années 70 et 80, à partir des États-Unis et du mouvement des 'survivants de la psychiatrie'. Les racines de ce mouvement puisent dans la contestation d'une psychiatrie « asilaire », faite de contrainte et d'enfermement. Le rétablissement, au contraire, prône la « désinstitutionnalisation » et l'autodétermination des personnes ayant des troubles psychiques. En visant son rétablissement, le patient gagne en dignité. Il se réinvente, avec l'aide de soignants volontaires et à l'écoute. Dans un tel modèle, l'hôpital ne joue qu'un rôle parmi d'autres. Il n'est plus cette structure pesante et imposante. Les soins sont avant tout prodigués à l'extérieur, dans le milieu de vie du patient, en lien avec ses compétences et avec le soutien de son entourage. L'émergence de ce nouveau paradigme en psychiatrie se réalise de manière très concrète en Europe, plus particulièrement en Italie, grâce aux travaux pionniers de Franco Basaglia dès les années 1960. Des travaux qui ont abouti, en 1978, à une loi cruciale d'application concrète du rétablissement par la fermeture de lits d'hôpitaux et l'ouverture de centres de soins ambulatoires.

Depuis les années 1970, le rétablissement s'est diffusé dans la communauté des soignants. Il s'est même institutionnalisé, gagnant ses jalons internationaux en infusant peu à peu les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Des politiques publiques s'en inspirent. En Belgique, la réforme de la santé mentale, « psy107 », emprunte une partie de ses préceptes. La réforme s'ancore partiellement dans une philosophie du rétablissement pour ce qui concerne l'organisation des soins, en réseaux, avec un encouragement à la fermeture de lits hospitaliers au profit d'équipes mobiles. Malgré ces réformes, appliquées de manière variable en fonction des réseaux de soin, la Belgique reste le pays européen où le nombre de lits psychiatriques par habitants est le plus élevé.

La notion de rétablissement, bien plus vaste que la seule fermeture de lits hospitaliers, séduit largement... mais ne se transcrit pas toujours dans la réalité. Des résistances et des peurs s'expriment parmi les soignants, et même, parfois, parmi les usagers, tant le rétablissement bouscule les habitudes.

La Fondation Roi Baudouin promeut la notion de rétablissement depuis longtemps. Un appel à projet avait soutenu des initiatives portées par le secteur ambulatoire, il y a plusieurs années. Des hôpitaux avaient alors manifesté leur intérêt de pouvoir participer à une telle initiative. La Fondation a pris la balle au bond.

Car l'hôpital est un maillon prépondérant de l'organisation des soins de santé mentale en Belgique. L'institution est centrale, probablement trop centrale. Quel rôle peut-il jouer dans un système de soins orientés vers le rétablissement ? La question est particulièrement sensible car la notion de rétablissement implique – par essence – de réduire son importance au profit de services ambulatoires. Les hôpitaux sont-ils dès lors dans l'incapacité de faire progresser leurs pratiques, vers des soins ancrés dans le rétablissement ? Certainement pas. C'est pourquoi, en 2021 et 2022, la Fondation Roi Baudouin a organisé quatre ateliers réunissant du personnel et des dirigeants hospitaliers, pour leur poser cette question : *« Quelle place et quel rôle les hôpitaux généraux et psychiatriques peuvent endosser dans une trajectoire de soins menant les personnes avec des troubles psychiatriques vers le rétablissement ? »* Ces échanges furent fructueux. Ils permirent de mieux définir le rétablissement dans le contexte belge. De pointer les obstacles et les opportunités pour enclencher un tel mouvement. C'est de ces sessions fécondes qu'est né l'appel à projets. Il s'agissait d'appuyer des équipes d'institutions psychiatriques désireuses de se lancer dans l'aventure. Le but poursuivi étant de repenser les soins dans une relation d'égalité avec le patient, pour les inscrire dans une trajectoire de rétablissement, d'ouvrir l'hôpital vers le monde extérieur, de tisser des liens avec d'autres services, mais aussi avec le milieu de vie du patient, et d'intégrer des « experts du vécu », des « pair-aidants » dans les établissements. Ces anciens patients sont une force motrice du rétablissement. Ils tirent de leur expérience un savoir inspirant tant pour les patients que pour les soignants.

Quatorze projets ont été sélectionnés, au nord comme au sud du pays. Certains axent leurs efforts sur la formation, d'autres revoient de fond en comble l'organisation des soins qu'ils prodiguent, d'autres encore intègrent des pair-aidants à leurs effectifs quand des établissements tissent des partenariats à l'extérieur de l'hôpital, pour y faire souffler un vent frais d'espoir et de résilience. À trois reprises, en 2024, les équipes porteuses de ces projets ont été conviées pour faire connaissance, échanger sur leurs pratiques, prendre du recul, mieux définir les contours de leurs approches et élaborer des recommandations concrètes à d'autres hôpitaux qui voudraient suivre leur exemple. Des participants évoquèrent des blocages institutionnels ou politiques, comme le mode de financement des hôpitaux, qu'il s'agirait de dépasser pour réellement « changer le paradigme » en Belgique.

Dans cette aventure, les porteurs de projets ont été accompagnés par deux éminents spécialistes internationaux du rétablissement. Nicolas Franck, psychiatre et chef du Pôle Centre Rive Gauche du Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon, en France. Philippe Delespaul, psychologue clinique en milieu hospitalier et professeur en innovation dans la santé mentale à l'Université de Maastricht, spécialiste du rétablissement. Leurs interventions ont permis de centrer le débat sur le rétablissement, sa faisabilité, les éventuelles difficultés qu'il fait naître, mais aussi sur sa plus-value pour les soignants. Car si le rétablissement est un bienfait pour les patients, il est aussi porteur de sens pour les acteurs du soin. Ce rapport fait la part belle aux projets soutenus par la Fondation Roi Baudouin. Ils y sont décrits en deuxième partie. Quatre projets ont fait l'objet de reportages in situ, afin de donner vie à la notion de rétablissement, comme des respirations qui ponctuent le texte. D'autres intermèdes sont proposés au lecteur, à commencer par deux longues interviews de Nicolas Franck et Philippe Delespaul.

Ce rapport récapitule d'abord les échanges menés en amont de l'appel à projets, lors des ateliers de 2021 et 2022. Car ce sont ces discussions, destinées aux professionnels du soin, qui ont posé les fondations de l'appel. Les porteurs de ces quatorze projets sont des pionniers. L'objectif de ce rapport est de rendre visible leurs pratiques à l'échelle de la Belgique et, qui sait, de contribuer à changer de paradigme dans le secteur de la santé mentale et, en particulier, dans les hôpitaux. Pour que le rétablissement soit bien plus qu'un concept théorique.

« Quelle place et quel rôle les hôpitaux généraux et psychiatriques peuvent endosser dans une trajectoire de soins menant les personnes avec des troubles psychiatriques vers le rétablissement ? »



01 /

L'HÔPITAL : LE CHAÎNON MANQUANT DU RÉTABLISSEMENT

1. L'HÔPITAL SECOUÉ PAR LES PAIR-AIDANTS

« Le rétablissement c'est une prise de conscience. On réalise qu'il ne s'agit pas de « guérir », mais de vivre différemment. De découvrir ses propres capacités. Et cela prend du temps. » Ce 22 septembre 2021, les paroles de B., ancien patient d'hôpital psychiatrique, résonnent au sein de l'assistance, composée de professionnels de la santé mentale, lors d'un des quatre ateliers organisés par la Fondation Roi Baudouin sur « la place des hôpitaux dans une trajectoire menant les usagers de la santé mentale vers le rétablissement ».

B. est pair-aidant. Il intervient auprès de patients et, en puisant dans son expérience, il tisse des liens avec les usagers, il leur inspire confiance et les accompagne dans leur trajet de soins. Les pair-aidants sont de plus en plus nombreux à intégrer des services de santé mentale, ils sont au cœur du processus de rétablissement des patients. Cette montée en puissance symbolise le changement silencieux, lent et progressif, en cours dans le microcosme des soins de santé mentale. Un monde de professionnels qui s'ancrent de plus en plus dans la notion de rétablissement.

À n'en pas douter, l'intervention de pair-aidants, ou d'experts du vécu, fut un moment fort de cette série de quatre rencontres qui rassemblaient de nombreux intervenants d'hôpitaux psychiatriques ou de services psychiatriques d'hôpitaux généraux.

Ces rencontres furent marquées du sceau de l'interdisciplinarité. Des directeurs d'hôpitaux, des psychologues, des psychiatres, des coordinateurs de soins, des infirmières et infirmiers ont échangé à bâtons rompus sur le soin psychiatrique à l'hôpital, sur le rétablissement et la réhabilitation psychosociale, esquissant les contours d'un changement, parfois balbutiant, de leurs propres pratiques et de leur rapport aux patients.

Ils évoquèrent le futur d'un hôpital d'un genre nouveau, où le patient serait l'égal du soignant, en se basant souvent sur des changements en cours, parfois depuis de nombreuses années. Ces participants mentionnèrent les multiples obstacles qui freinent la transition d'un système de soins pleinement orienté vers le 'rétablissement' des patients. Ils listèrent les résistances et les facteurs bloquants ; ceux qui obèrent le succès de cette transformation, mais ils mirent aussi en évidence les efforts de pionniers, qui montrent la voie sinueuse vers des trajectoires de soin orientées vers le rétablissement.

En Belgique, le rétablissement n'est pas encore la pierre angulaire du système de soins de santé mentale. Il est, de plus en plus, un horizon à atteindre, un objectif affiché au sein des établissements de soins. Et ce fut tout le sens de ces ateliers : montrer la réalité des situations de terrain, si variables entre les réseaux de soins, entre les hôpitaux aux pratiques divergentes. Il s'agissait aussi d'amplifier le mouvement vers une approche centrée sur le rétablissement, en embarquant les hôpitaux dans l'aventure, et d'offrir une caisse de résonance aux bonnes pratiques qui essaient en Belgique et ailleurs.

Les paroles libres, sans fard, des experts du vécu, auxquelles les professionnels du soin se sont frottés, y ont contribué. Les mots des pair-aidants ont permis de poser les enjeux. Ils ont montré pourquoi l'hôpital, lieu de soin s'il en est, est aujourd'hui le chaînon manquant d'un parcours de rétablissement fonctionnel et efficace. Les mots des pair-aidants furent parfois durs, puisés dans un vécu institutionnel chaotique. Ils entrouvrirent la porte sur des pratiques hospitalières encore parfois vécues comme des violences institutionnelles. Les pair-aidants décrivirent un hôpital psychiatrique encore trop éloigné de la réalité des patients, de leur vie, de leur parcours, de leurs liens à l'extérieur. Ils soulignaient cette ambiguïté du rôle des hôpitaux lors d'un parcours de soin en santé mentale. Lieu de soin. Mais lieu d'anxiété.

L'hôpital « *n'explique pas assez* » ses interventions, disaient des intervenants. Il est souvent perçu comme une entité quasi démiurgique, imposant des choix d'en haut, « pour le patient », mais bien souvent... sans le patient. « *L'hôpital reste sourd face aux questions du patient* », entendait-on ce jour-là. « *J'ai eu l'impression d'être un animal abandonné à la SPA*, disait V., pair-aidante. *Les médecins et infirmières ne m'expliquaient rien.* »

D'anciens patients évoquaient cette incroyable solitude face au diagnostic, à son annonce vécue comme traumatisante. Pour certains, l'hospitalisation fut un temps d'arrêt salutaire, marqué par des rencontres utiles et un soutien salvateur. Pour d'autres, elle se résume à un choc qu'il faut affronter en solitaire, comme une longue traversée dans le brouillard. Un choc dont les ondes sont démultipliées lorsque l'hospitalisation est décidée dans la contrainte.

Pour beaucoup de patients, l'admission à l'hôpital psychiatrique, c'est une plongée dans un monde hostile, froid, qui peut accroître les fragilités d'une personne en crise, propulsée du jour au lendemain dans un monde sans repères, loin du domicile et des proches, où manquent souvent des mots simples et réconfortants pour mieux comprendre les actes qui y sont posés, les traitements imposés.

En face, on trouve souvent des équipes hospitalières en perte de sens, parfois enclines au découragement, à l'épuisement, face au manque de ressources, face aux rechutes des patients et subissant une forme de stigmatisation au sein même du monde de la santé. On trouve aussi des professionnels du soin essentiellement focalisés sur les symptômes et trop peu sur le trajet du patient, sur sa vie, au dehors, qui n'est pourtant pas faite que de crises et de pertes de contrôle.

Comme un fil fragile entre ces deux univers, comme l'esquisse d'un rapprochement entre soignants et patients, on trouve l'approche des soins orientée vers le rétablissement. L'idée de soins qui misent sur le patient en tant qu'acteur de son rétablissement, véritable sujet agissant, se répand peu à peu dans les différentes strates des soins de santé mentale. Ce paradigme du soin, pas si nouveau que ça, axé sur le patient, sur son propre univers, son cadre de vie, ses ressources et ses compétences infuse dans le secteur de la santé mentale, mais trop peu à l'hôpital. L'idée du rétablissement se répand depuis des années grâce à des acteurs innovants qui changent radicalement l'approche des soins psychiatriques. Le rétablissement est de plus en plus considéré comme une clef pour sortir de la logique actuelle de soins hospitaliers qui, pour beaucoup d'intervenants, a montré ses limites. Ils plaident pour un changement de modèle. Et dans ce nouveau paysage, encore à façonner, l'hôpital doit être remis à sa juste place : un simple maillon dans une chaîne de soins. Mais avant tout, il faut bien définir ce qu'est le rétablissement, en proposer une définition partagée par tous.

« Le rétablissement c'est une prise de conscience. On réalise qu'il ne s'agit pas de guérir, mais de vivre différemment. De découvrir ses propres capacités. Et cela prend du temps. »

B., pair-aidant

2. DÉFINIR LE RÉTABLISSEMENT ET LA PLACE DE L'HÔPITAL DANS LA TRAJECTOIRE DU PATIENT

Lors des ateliers, l'une des premières tâches fut de définir précisément la notion de rétablissement. Le rétablissement semble faire consensus dès qu'on l'évoque de manière théorique, mais dans ses applications pratiques, des résistances et des craintes effleurent parmi les praticiens du soin, et plus particulièrement à l'hôpital.

Pour décrire les limites du système actuel et définir le rétablissement comme nouvel horizon, les participants aux ateliers reçurent l'aide précieuse de deux spécialistes incontestables de ce domaine : Nicolas Franck et Philippe Delespaul. Les éléments décrits ci-après, sont issus de leurs présentations, des 22 et 24 juin 2021, puis du 22 mai 2024, et des échanges et discussions entre les participants aux différents ateliers.

Le patient est l'égal du soignant

Le rétablissement change la focale. Il s'inscrit dans un dialogue, en toute transparence entre le soignant et le patient. Ce dernier participe à ses propres soins, à la construction de sa prise en charge. L'usager de soins en santé mentale est acteur de toute démarche le concernant, dans une relation non-hiérarchique avec le soignant. Ce sont les demandes des patients qui orientent les choix, les interventions, en une interaction permanente. L'objectif est ainsi de redonner une capacité d'autodétermination au patient, de lui confier un pouvoir d'action sur ses soins et sur sa propre vie. Le patient est accompagné par les professionnels du soin et de l'action sociale pour puiser dans ses forces, ses ressources. Il est orienté pour mieux connaître ses limites. Oui, le patient est atteint de troubles mentaux. Sa vie sera différente, sa situation évoluera, mais elle ne sera pas moins bonne pour autant. Et comme le résumait B., pair-aidant lors du second atelier, le rétablissement n'est pas la quête d'une guérison hypothétique, mais la recherche d'un nouvel équilibre de vie, qui nécessitera des adaptations. L'objectif ultime du rétablissement est de fonctionner au quotidien, de trouver des ressources, en soi ou dans son entourage, pour faire face aux difficultés et, malgré les troubles, être en capacité de réaliser des projets.

Pour être efficace, le rétablissement privilégie toujours le contexte de vie de la personne. Il s'appuie sur les ressources du patient, sur ses proches, son réseau, ses liens sociaux. Il s'agit d'une approche globale, holistique, où toutes les dimensions du bien-être de l'individu sont pensées. Le travail, l'insertion sociale, les loisirs, les liens affectifs. Le rétablissement personnel est une notion subjective, définie par le patient lui-même.

L'hôpital, un maillon dans une chaîne du soin

Une approche fondée sur le rétablissement privilégie toujours le soin hors de l'hôpital, au plus proche du milieu de vie. Car l'hôpital, dans cette nouvelle architecture des soins de santé mentale, ne devrait plus occuper qu'une fonction périphérique. « *La place des personnes est dans la société !* », rappelaient les deux experts. Pour Nicolas Franck et Philippe Delespaul, le recours à l'hospitalisation doit être limité à sa portion congrue. Les patients ne doivent pas être coupés de la société, bien au contraire. « *L'hospitalisation est délétère pour le patient* », insistait Nicolas Franck. « *Il plonge les patients dans l'environnement le moins prévisible, particulièrement instable pour des patients psychotiques ou paranoïaques* », rappelait Philippe Delespaul. Cet environnement accroît l'agressivité et fragilise les plus vulnérables. Ainsi « *l'établissement dont le coût est le plus élevé, l'hôpital, n'est pas le lieu idéal pour soigner les patients les plus graves* ».

En suivant cette idée, le nombre de lits doit diminuer drastiquement. Les moyens ainsi dégagés grâce à ces fermetures doivent être déployés vers des services ambulatoires, qui interviennent à l'extérieur de l'hôpital, comme des équipes mobiles par exemple. Nicolas Franck a lui-même réduit le nombre de lits de 150 à 60 dans son institution lyonnaise. Dans ce contexte, l'objectif est aussi de faire disparaître, ou de réduire au maximum, l'utilisation de la contrainte. Nicolas Franck rappelait, en mai 2024, que les situations de danger, qui provoquent des mises à l'isolement forcées – « *en aucun cas bénéfiques* » - étaient le plus souvent liées « *à la contrariété d'être hospitalisé* ». Donc en réduisant le recours à l'hospitalisation, on réduit mécaniquement l'usage de la contrainte.

L'hôpital, dans cette nouvelle architecture des soins de santé mentale, ne devrait plus occuper qu'une fonction périphérique.

« *C'est une question de droits humains, de droits fondamentaux* », répète inlassablement Philippe Delespaul qui pointe un état d'exception problématique dans la psychiatrie. Alors que la contrainte et l'enfermement sont utilisés, dans un état de droit, sur décision ou sous contrôle d'un juge, et à titre exceptionnel, ces garde-fous, si l'on peut dire, sont effacés du paysage psychiatrique. C'est un peu comme si la perception du danger réel ou supposé des personnes atteintes de troubles mentaux autorisait l'escamotage de tous nos grands principes, par l'utilisation de la contrainte et de l'isolement forcé à des fins préventives. Ainsi, ces stratégies de protection basées sur la contrainte se situent aux antipodes de stratégies basées sur le rétablissement. D'ailleurs, nos deux experts estiment que le rétablissement est la voie idéale pour s'éloigner de ce modèle psychiatrique coercitif. Encore faut-il convaincre les professionnels du soin, les décideurs politiques et « l'opinion » en général du bienfait de cette approche centrée avant tout vers le rétablissement du patient. Encore faut-il les convaincre qu'elle ne met pas la société en danger.

Quoiqu'il en soit, dans un modèle de soins qui vise le rétablissement du patient, la fonction de l'hôpital devrait être cantonnée aux soins de crise, de court terme, que l'ambulatorio ne peut fournir. La durée de l'hospitalisation doit être réduite et consacrée à préparer la sortie. Pour Philippe Delespaul, il peut s'agir d'un temps de pause nécessaire à la réorganisation de la prise en charge hors les murs de l'institution. Car trop souvent, le patient est confronté à l'hôpital à un cadre de vie désincarné, anxiogène. Le séjour hospitalier est une coupure avec le contexte de vie, il ne permet pas d'observer de manière pertinente le patient, car il évolue hors de son cadre naturel.

Le rétablissement implique donc de changer du tout au tout la place du patient au sein de la pratique des soins hospitaliers. Il suppose d'instaurer une relation simple et directe avec ce dernier et de le rendre acteur de son traitement, dès l'admission. Le cap et le chemin à suivre vers le rétablissement doivent être fixés au plus tôt, toujours en co-construction avec le patient.

La préférence est à l'ouverture de structures d'aide en prévention de l'hospitalisation, grâce à des prises en charge précoces. En France, des centres d'accueil, d'évaluation et d'orientation permettent à toute personne demandeuse d'accéder à une consultation psychiatrique en quelques jours, permettant de déclencher différentes mesures d'accompagnement médico-sociales. En Belgique, il existe des centres de revalidation psychosociale, mais ils sont peu nombreux.

L'hôpital, seul, n'est pas en capacité de poser les fondations d'une architecture de soins orientés vers le rétablissement.

Le rétablissement implique, par essence, de construire un réseau dense autour des patients. À cet égard, un acteur isolé n'a que peu de leviers d'action. L'hôpital doit s'inscrire dans un réseau plus vaste, s'ouvrir au monde extérieur, être en contact quasi-permanent avec les services ambulatoires, les proches, le réseau, les services sociaux, les lieux de formation.

Les professionnels du soin doivent viser le rétablissement clinique bien sûr, donc la réduction des symptômes, mais aussi le rétablissement fonctionnel et le rétablissement social, notamment en termes d'accès au logement et à l'emploi. C'est une dynamique protectrice et globale, autour des personnes en souffrance, en collaboration avec les structures d'aide et de soins, qui se situe à l'opposé d'une vision fragmentée de la santé. Les acteurs du soin, conçus dans une acception très large, doivent se connaître. La sortie de l'hôpital, le relais vers d'autres services, doit être préparée au plus tôt, et suivie après la sortie.

Même en réduisant la place de l'hôpital, ce dernier reste un levier essentiel pour garantir la réussite d'une offre de soins orientée vers le rétablissement, et cela implique notamment un changement de posture des soignants, dans une optique plus horizontale des soins. Car si l'hôpital ne change pas, il peut se muer en obstacle.

Il est nécessaire que l'hôpital s'adapte au patient et non l'inverse. Les psychiatres, les psychologues doivent accepter de descendre de leur piédestal et rendre les patients acteurs de leur propre traitement. Les directions doivent soutenir le mouvement. L'adaptation et la formation à cette nouvelle réalité sont essentielles pour tout le personnel de l'hôpital.

Une place essentielle aux pair-aidants

En plein cœur d'un hôpital axé sur le rétablissement, on trouve un acteur essentiel : le pair-aidant. « *Sans pair-aidants, pas de rétablissement* », est l'un des mantras que l'on pourrait extraire des ateliers. Le vécu des pair-aidants, leur savoir ancré dans l'expérience rassure les patients. Cette présence leur permet de se sentir compris par d'autres personnes qui ont traversé des épreuves tout aussi dures que les leurs et de se projeter sur un avenir meilleur, un horizon possible. Car bien souvent, le patient se sent incompris par le soignant, comme s'il vivait « *dans un autre monde, impossible à atteindre* », pour citer les propos du professeur Delespaul. L'ancien patient, rétabli, jouit d'une légitimité que ne possède pas le soignant. Et cette légitimité peut encourager l'usager à s'engager dans ses propres soins avec l'espoir d'aller mieux.

D'un autre côté, la simple présence de pair-aidants au sein des équipes ouvre de nouveaux horizons dans les hôpitaux, dans les services qui les intègrent ou les emploient. Côté ces anciens patients hors de moments de crise, les voir développer des compétences professionnelles, peut contribuer à changer le regard des soignants sur les personnes qui traversent des zones d'instabilité psychiques ou des troubles psychiatriques sévères. Leur présence est un rappel salutaire qu'en psychiatrie la crise n'est que de courte durée, et qu'elle alterne avec des moments de rétablissement. S., ancienne patiente et désormais pair-aidante, évoqua, en 2021, l'importance de ce rôle : « *les rencontres avec des pairs ont joué un rôle très important dans mon processus de rétablissement. Elles m'ont fait comprendre que je n'étais pas seule ; cette aide permet à chacun de partager ce qui fait sens et d'explorer ensemble des voies vers le rétablissement. Et la pair-aidance représente une possibilité d'insertion socio-professionnelle pour les anciens patients.* »

**La simple présence
de pair-aidants au sein
des équipes ouvre
de nouveaux horizons
dans les hôpitaux.**

Adopter les outils de la réhabilitation psychosociale

Dans le champ thérapeutique, les professionnels sont invités, par Nicolas Franck, à déployer les outils de réhabilitation psychosociale, dans et hors de l'hôpital pour favoriser le rétablissement. Là encore, le soin ne doit pas se cantonner à l'approche clinique du patient, au traitement du symptôme. Il s'agit de l'accompagner vers son rétablissement, dans la vie réelle, en dehors de l'hôpital, pour que le patient soit en capacité, avec l'aide de ses proches, de son réseau, d'affronter les difficultés de la vie.

Le premier de ces outils est la psychoéducation. Elle consiste en un travail de groupe, coordonné par un professionnel du soin et un pair-aidant, qui permet au patient et à sa famille de mieux comprendre et accepter la maladie, le traitement, la notion de rétablissement et les renoncements qu'il faudra consentir pour parvenir à un nouvel équilibre. Un autre outil privilégié dans une approche centrée sur la réhabilitation psycho-sociale et donc, à terme, sur le rétablissement, c'est la remédiation cognitive, qui permet, grâce à des exercices pratiques, de réduire l'impact des troubles cognitifs qui affectent la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, la cognition sociale. Enfin, un autre outil essentiel, c'est l'entraînement des compétences sociales. Là encore, ce sont des exercices concrets, des jeux de rôle ou de résolution de problèmes sociaux, qui permettent à l'individu d'améliorer sa capacité à communiquer et interagir avec les autres.

Chaque patient doit être pris en charge le plus tôt possible et participer à l'évaluation de sa propre situation, en s'ancrant dans ses compétences et ses limitations. Des outils pratiques sont essentiels à la réhabilitation sociale. Les plans de suivi individualisés permettent d'évaluer le niveau de satisfaction de la personne au regard de différents besoins comme le logement, la santé, les finances, les relations sociales. Ce plan permet de jauger les besoins individuels et de paver la route des interventions nécessaires en direction d'un rétablissement, comme horizon à atteindre. Autre outil clef, encore peu connu en Belgique : les directives anticipées en psychiatrie. Selon Nicolas Franck, elles s'avèrent essentielles pour gérer les crises de patients psychiatriques. Hors crise, lorsque le discernement du patient n'est pas altéré, ce document écrit s'avère très utile car il permet au patient de consigner les conduites à tenir par l'entourage ou les professionnels des soins en cas de rechute ou de crise. Ces directives, surtout lorsque leur rédaction est accompagnée par un pair-aidant, réduisent le nombre de réadmissions à l'hôpital, favorisent la connaissance de soi et modifient les équilibres dans la relation thérapeutique en redonnant du pouvoir au patient.

Le soin ne doit pas se cantonner à l'approche clinique du patient, au traitement du symptôme.

PHILIPPE DELESPAUL

INTERVIEW



Psychologue clinique en milieu hospitalier et professeur en innovation dans la santé mentale à l'Université de Maastricht. Philippe Delespaul est un des grands spécialistes internationaux des soins de santé mentale orientés vers le rétablissement. Aux Pays-Bas, il a contribué à fonder le « Nouveau mouvement pour la santé mentale », plaçant la question du respect des droits humains au cœur de la psychiatrie moderne.



La Fondation Roi Baudouin soutient quatorze projets de soins orientés vers le rétablissement et portés par des hôpitaux psychiatriques ou des services psychiatriques d'hôpitaux généraux. Vous les avez rencontrés lors d'un atelier d'échanges et de réflexions. Quelle a été votre impression générale au sujet de ces projets, leur ambition, l'envie des équipes, les éventuelles réticences...

Philippe Delespaul : Chaque porteur de projet exprimait une volonté sincère d'introduire le rétablissement dans son institution. Mais disons-le d'emblée, le grand défi c'est justement de développer un beau projet de rétablissement dans un environnement hospitalier. Car l'enjeu pour les patients, dans le cadre de soins qui visent le rétablissement, c'est de définir ce qui importe réellement dans leur propre vie et surtout de trouver les moyens d'y parvenir. C'est essentiellement une vie extrahospitalière qui peut permettre d'aller dans cette direction. Une direction codécidée déterminée par le patient. Il est plus aisé de travailler au rétablissement dans l'environnement naturel d'une personne, à la maison, avec l'aide de la famille, des amis, avec des opportunités multiples, un réseau de soutien et d'associations. Des opportunités qui sont très limitées dans un contexte hospitalier.

C'est donc un paradoxe... est-il dépassable ?

C'est un paradoxe oui. Et un enjeu fondamental apparaît en filigrane. Quand les patients « atterrissent » à l'hôpital, on a toujours l'impression que c'est en dernier recours, qu'il n'y avait pas d'alternative. Et pourtant, on voit que d'un pays à un autre, d'une région à une autre, la même situation n'aboutit pas à la même conséquence. Un patient hospitalisé dans une région ne le serait pas dans une autre. Donc en réalité, il existe des alternatives. En Europe, il y a des pays où le contexte hospitalier a quasiment disparu dans le domaine de la psychiatrie, en Espagne ou en Italie. Dans certains pays, il y a dix fois plus de lits par habitants que dans d'autres. Il faut donc aider en premier lieu les personnes avec des troubles psychiques à domicile. Mais entre-temps, on peut bien sûr essayer de développer un contexte propice au rétablissement dans un environnement hospitalier, comme le font les lauréats de l'appel à projets.

La Belgique a pourtant lancé, dès 2010, la réforme dite « psy 107 », qui partage certains objectifs de « rétablissement », en visant la fermeture de lits hospitaliers, sur base volontaire, au profit d'équipes mobiles. Par ailleurs, cette réforme encourage une meilleure coordination avec l'ambulatoire par la création de réseaux locaux. Pourtant, la Belgique reste en tête du classement européen du nombre de lits psychiatriques par habitant. Vous qui connaissez bien le système belge, comment l'expliquez-vous ?

La discussion sur le nombre de lits en psychiatrie est complexe. Je connais assez bien la situation en Belgique et aux Pays-Bas, ainsi que celle d'autres pays, mais de manière moins approfondie. Ces deux pays disposent d'un nombre élevé de lits psychiatriques (notamment par rapport à l'Espagne, à l'Italie et au Royaume-Uni) et figurent parmi les

premiers pays d'Europe en termes de lits psychiatriques. La Belgique a réduit un nombre limité de lits dans le cadre de la réforme « psy 107 » (5-10 % était l'objectif), et aux Pays-Bas, environ 1/3 des lits ont été réduits depuis 2008, même si les chiffres ne font pas l'unanimité. Malgré cette réduction, les deux pays restent en tête du classement européen en termes de nombre de lits psychiatriques. Certains affirment que trop de lits ont déjà été supprimés et que « l'ambulatorisation », pourrait-on dire, est une trajectoire un peu naïve et pas forcément très sûre pour la société. Je trouve cela absurde, car plusieurs pays d'Europe montrent qu'il est parfaitement possible de réduire le nombre de lits sans effets néfastes sur la société et en améliorant la qualité des soins. Je trouve encore plus choquant de constater qu'en Belgique (et aux Pays-Bas, en France, etc.), le nombre de lits occupés est différent d'une région à l'autre, car les patients ne sont pas sur un pied d'égalité. J'ai toujours soutenu qu'il serait plus difficile de réduire le nombre de lits en Belgique qu'aux Pays-Bas. Les deux pays ont à peu près le même nombre de lits psychiatriques (pour 10 000 habitants). Cependant, en Belgique, un tiers des lits psychiatriques sont occupés par des personnes avec des problèmes psychogériatriques et un quart par des personnes avec des handicaps mentaux. Ces deux groupes sont pris en charge par d'autres systèmes de soins aux Pays-Bas. Le nombre de lits disponibles en Belgique pour les personnes avec des troubles psychiatriques graves est donc beaucoup plus petit qu'aux Pays-Bas. En outre, en Belgique, chaque hôpital psychiatrique dispose de services (« communautés thérapeutiques ») où les personnes reçoivent parfois des mois de traitement en hospitalisation, souvent pour des problèmes qui, dans d'autres pays, sont traités exclusivement en ambulatoire. Nous avons besoin de l'espace budgétaire clinique en Belgique pour développer l'ambulatoire. C'est la seule façon d'obtenir des soins psychiatriques modernes et durables.

Oui mais en Belgique, la complexité institutionnelle rend ce genre de politiques particulièrement ardue...

Même dans ce contexte particulier, on peut constater qu'il y a des disparités entre régions, entre provinces et même entre hôpitaux. On le voit aux Pays-Bas avec la question de l'hospitalisation contrainte. Les différences régionales sont considérables. Pour certains psychiatres, il n'y a pas de sécurité possible sans admission de patients sous contrainte. Dans d'autres hôpitaux, d'autres régions, des psychiatres pensent tout à fait autrement. Et pourtant le cadre administratif, juridique est le même. Il est donc possible d'opérer des changements profonds dans le contexte actuel, en changeant les mentalités et en faisant preuve de créativité.

Dans certains hôpitaux des soignants expriment des réticences à l'idée d'adopter un modèle de soins estampillé « rétablissement ». Comment cela s'explique-t-il ? Le rétablissement ne contient-il pas en lui la menace existentielle pour les hôpitaux, celle d'une quasi-disparition ?

Naturellement ! Mais, il y a bien assez de travail dans la santé mentale. Certains soignants d'hôpitaux devraient peut-être en

« Un patient hospitalisé dans une région ne le serait pas dans une autre. Donc en réalité, il existe des alternatives. »

effet changer de travail si le rétablissement devenait la norme. Il est toujours possible de faire évoluer une carrière, vers l'ambulatoire par exemple. Alors bien sûr, dans une équipe à l'hôpital il y a davantage de cohésion, on peut communiquer, il y a des psychiatres, des psychologues, des infirmières, etc. Mais, sur d'autres points, l'ambulatoire offre des avantages. Contrairement à ce que l'on croit souvent, les risques sont bien moindres en ambulatoire, vu que l'hospitalisation contribue à une hausse du risque.

Pourquoi ?

Disons qu'il suffit de visiter les admissions d'un hôpital psychiatrique pour réaliser qu'il ne s'agit pas vraiment d'un lieu très « relax ». Et qu'au contraire s'y accumulent de nombreuses problématiques. Il est beaucoup plus facile d'accompagner un patient dans son environnement que dans un lieu qui inspire la peur, où l'on ne peut pas prévoir la réaction des autres. Cette peur provoque des réactions imprévisibles. Ensuite, quand un patient est pris en charge dans sa propre maison, il peut aller se reposer une heure s'il le souhaite. Dans le secteur hospitalier c'est parfois impossible, les chambres sont fermées, il y a des radios qui font du bruit, cela complique la vie des gens et constitue, en quelque sorte, une agression pour un patient fragilisé.

Vous disiez que l'hôpital ne permet pas de prendre en charge les maladies les plus graves ...

Pour gérer les cas les plus difficiles, les hôpitaux recourent souvent à l'isolement pour sécuriser les autres patients. Car finalement, pour vivre en collectivité, il est plus facile d'admettre un patient un peu moins malade. Les personnes qui traversent des troubles plus aigus ont encore plus besoin d'un environnement individualisé que les autres, de préférence dans leur environnement de vie, où l'on peut organiser une désescalade, puis une continuité et un suivi des soins, souvent moins onéreux qu'un suivi hospitalier. L'environnement hospitalier coûte extrêmement cher. Il vaut mieux employer ces moyens pour des alternatives ambulatoires. Et personne ne veut d'un hôpital qui soit un environnement carcéral. Là aussi, il faut y créer des opportunités de rétablissement, donc de communication, d'interaction, d'activités communes.

Revenons sur les quatorze projets sélectionnés. Tous présentent une réelle ambition d'intégrer le rétablissement dans la logique de soin des patients. Mais souvent, ils insistent sur une dimension du rétablissement. L'intégration de pair-aidants, la formation, le contact avec le monde extérieur. Alors que le rétablissement est un concept « holistique », est-il possible d'avancer pas à pas ?

Il faut toujours une période didactique pour développer une méthode nouvelle. Il est très difficile de tout faire en même temps, d'agir sur tous les fronts. Pour convaincre les équipes, le public, et même les patients, il est parfois nécessaire, au nom de la pédagogie, d'avancer d'abord sur un aspect, limité, du rétablissement. On peut ainsi expérimenter, mieux comprendre et surtout... convaincre. Donc je comprends que l'on décide d'avancer ainsi. Le problème c'est que pour avancer sur cet aspect limité, il va falloir développer de nouvelles compétences, et cela risque de prendre des années, ce sera lent, alors que l'objectif final est d'adhérer pleinement à des soins ancrés dans le rétablissement, dans toutes ses dimensions. Selon moi, il est beaucoup plus efficace de fermer l'hôpital, ou, en tout cas, de réduire drastiquement le nombre de lits. Cela va pousser les équipes à apprendre beaucoup plus vite qu'en tentant de changer les pratiques pas à pas. Souvent, cette façon prudente d'avancer s'explique par la peur de ne pas maîtriser la situation. Il faut donc démontrer que cette nouvelle pratique peut être gérée en toute sécurité. C'est important, pour les professionnels, les pair-aidants, les patients, de « faire » l'argument, de le démontrer. Faire changer l'appréciation relative à la sécurité demande du temps, ça c'est un véritable changement culturel qu'il faut mener.

Un des facteurs essentiels au succès d'une approche de soins orientés vers le rétablissement, c'est l'intégration de pair-aidants. Pouvez-vous nous rappeler pourquoi leur rôle est essentiel et comment faciliter leur intégration dans une équipe ?

La simple présence de pair-aidants, dans une équipe révèle leur importance. En étant simplement présents, ils font changer les choses. Le fait qu'ils évoluent dans une équipe démontre que ce que l'on voit d'un patient à un instant T est susceptible de changer. La plupart des pair-aidants ont fait face à des problèmes psychiatriques identiques à ceux qu'affrontent les patients hospitalisés. En général, les patients sont admis à l'hôpital lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes aigus, des moments de crise, cela donne la perception biaisée que les problèmes seront toujours là. Et puis il y a les réadmissions qui accroissent ce sentiment. Il devient difficile d'imaginer les patients dans un environnement normalisé. Lorsqu'un pair-aidant est intégré dans une équipe, il ouvre les soignants sur une autre dimension. Il permet de se souvenir que ce que l'on voit du patient à l'hôpital n'est que temporaire. Les crises sont périodiques, à d'autres moments le patient fonctionne différemment. C'est très important car les professionnels ont une vue partielle, comme filtrée, de la réalité de la vie de leurs patients. C'est pourquoi les professionnels du secteur hospitalier sont souvent plus pessimistes au sujet du rétablissement. Ils auraient bien besoin de voir leurs patients, hors les murs, être parents, ou travailler et gérer leur vie dans des périodes de rétablissement.

Les pair-aidants sont aussi, et peut-être surtout, importants pour les patients...

D'abord ils apportent un regard différent sur l'administration des soins et sur leur importance. À l'hôpital, et de manière générale chez les soignants, on estime qu'il est d'abord et avant tout important de réduire les symptômes. Les pair-aidants vont surtout insister sur le fait qu'il est plutôt important d'être en capacité de gérer sa propre vie. Ils aident à changer le focus du soin. L'obsession du symptôme fait place peu à peu à l'importance de gérer la vie quotidienne, emmener les enfants à l'école, remplir le frigo, être fonctionnel. Les pair-aidants ont une vision du quotidien qu'on a presque perdu en psychiatrie. Enfin, la parole du pair-aidant est, de prime abord, mieux acceptée que celle des soignants. Il peut même aider à faciliter le contact avec ces derniers. Car, a priori, le soignant est vu comme un individu appartenant à un autre monde, stable, et très éloigné de celui du patient. Parfois, la perception de la vie stable d'un soignant rend inaudible ses paroles par un patient qui se perçoit comme manquant d'opportunités, de ressources pour gérer sa vie. Et à cet égard, le rôle du pair-aidant est aussi crucial, car il peut donner des perspectives.

« Le discours sur le rétablissement, avec notamment toute l'aide que peuvent apporter des pair-aidants, est un discours pour diversifier les opportunités offertes aux personnes en souffrance. »

Intégrer des pair-aidants dans les équipes ne se fait pas toujours de manière très fluide...

C'est vrai, mais cela s'intègre dans une problématique plus vaste. Dans le secteur de la santé mentale on a souvent l'idée que les « professionnels qui comptent vraiment », donc ceux qui peuvent véritablement aider les gens, ce sont les psychiatres et les psychologues. Ils sont importants pour les soins perçus comme tels : médicaux, hospitaliers, psychothérapeutiques. Dans le même temps, on a développé une sorte d'obsession pour deux interventions typiques face à des troubles de la santé mentale. La prescription de traitements médicamenteux et de psychothérapies. Et pourtant, beaucoup d'autres éléments peuvent faire la différence dans la vie d'une personne dépressive par exemple. On sait que des personnes dépressives retrouvent une raison de vivre lorsqu'elles deviennent grands-parents. Dans le contexte de vie des gens, il existe beaucoup d'opportunités de changer radicalement leur quotidien et qui n'ont rien à voir avec l'hôpital. Avec la médecine basée sur la preuve, on a limité les opportunités de changement à quelques options prototypiques, qui ne fonctionnent pas toujours et pour lesquelles on manque de moyens. Le discours sur le rétablissement, avec notamment toute l'aide que peuvent apporter des pair-aidants, est un discours pour diversifier les opportunités offertes aux personnes en souffrance.

Qu'est-ce que le rétablissement change en termes de soins apportés aux personnes ?

Le changement radical c'est : offrir davantage d'opportunités aux patients, explorer avec eux les solutions et le traitement adéquat. Il s'agit de bricoler avec la personne pour lui ouvrir un champ d'opportunité, en lien avec ses proches, s'il en a, ou le tissu associatif local, l'insertion socio-professionnelle. Il y a autant d'approches que de personnes. Bien sûr, développer ces trajectoires individuelles de soin est éminemment plus facile dans un contexte normal que dans le contexte très limité de l'hôpital.

3. CHANGER L'HÔPITAL

Vers un « changement culturel »

L'hôpital doit opérer un « changement culturel ». Un vaste programme ! Ils ont été nombreux, les participants aux ateliers et aux sessions de travail des porteurs de projets à s'y référer.

La transition d'un modèle à un autre ne sera pas aisée. Si l'hôpital était un jardin, disait-on lors de ces ateliers, la tâche des paysagistes serait de favoriser une transition du « jardin à la française », considéré par certains comme monotone et formel, à un « jardin à l'anglaise », en phase avec les élans de la nature, plus libre et duquel se dégage une sensation apaisante derrière l'impression du désordre.

Les participants à l'atelier sur la transition hospitalière n'ont pas été avares en métaphores. Ces professionnels du soin psychiatrique ont par exemple comparé l'hôpital actuel à une galère, « où l'on rame comme des esclaves », alors qu'un hôpital qui s'inscrit dans une dynamique de réhabilitation sociale et de rétablissement était décrit comme « une pirogue, souple et sans capitaine, dont la progression est tributaire de la coordination de l'équipage ».

Les images soulignent toute la métamorphose qu'est censée opérer l'hôpital pour tendre vers une approche orientée vers le rétablissement. Une approche qui rendrait toute la place qu'il mérite au patient au sein des interventions. Un hôpital ouvert sur le monde extérieur, en lien étroit avec les familles, les services ambulatoires, les services d'insertion socio-professionnelle, les acteurs culturels et de loisirs. Un hôpital qui intégrerait des pair-aidants. Mais surtout : un hôpital qui chercherait à réduire sa propre importance, non pas à s'effacer, mais à se tenir en retrait sauf en période de crise.

Pour y parvenir, de nombreux jalons d'une transition réussie ont été posés par les participants aux ateliers qui avait pour thème, rappelons-le : « *quelle place pour les hôpitaux dans une trajectoire de soin menant les usagers de la santé mentale vers le rétablissement ?* » Mais, comment faire pour tisser encore davantage le lien entre le monde hospitalier et extra-hospitalier ? Comment décroisonner l'hôpital ? Comment insuffler une culture du rétablissement dans le fonctionnement de l'hôpital et ce, dès l'admission ? Comment ne plus faire « ce qui est bon pour le patient » mais travailler avec lui, sans se focaliser uniquement sur son rétablissement clinique ?

Cette question est d'autant plus cruciale qu'un des facteurs qui freine la transition vers le rétablissement est, selon les experts Nicolas Franck et Philippe Delespaul, issue de l'attitude de certains soignants, peu enclins à lâcher l'étreinte de leur pouvoir médical. Un changement réel implique une modification de la posture des soignants. Avec le rétablissement, le savoir ne vient plus seulement d'en haut, il est partagé avec le patient qui, dès, lors, devient l'acteur principal de son propre trajet de soins. Au fond, la question-clé est peut-être la suivante : comment passer d'une culture asilaire de la psychiatrie, axée sur la protection du patient et de la société à une culture du soin et du rétablissement ? Des changements structurels dans le fonctionnement hospitalier peuvent y contribuer.

Une vision partagée, un changement de posture

Pour qu'un hôpital emprunte la voie de soins ancrés dans le rétablissement, il est important que cette démarche, amenée à bousculer les habitudes, soit portée à bras le corps par le personnel. Et qu'elle se diffuse à tous les échelons de l'institution. Pour ce faire, il est essentiel que la direction des établissements concernés y adhère à 100 % et qu'elle l'inscrive noir sur blanc.

Chaque hôpital devrait ainsi rédiger un document, sous forme de charte par exemple, décrivant cette vision partagée du rétablissement. Une charte comme une boussole qui indiquerait le chemin commun vers une approche du soin inscrite dans le rétablissement. Bien sûr, une telle vision ne doit aucunement être une directive top down, décidée dans les hautes instances de l'établissement. Au contraire, elle doit être co-construite avec l'ensemble des travailleurs de l'hôpital, mais aussi avec des représentants d'usagers et de leurs proches.

Car le rétablissement suppose de modifier le circuit décisionnel d'un hôpital, et donc de tendre vers une gouvernance plus collégiale. Des représentants d'usagers ou d'aidants doivent être intégrés dans les instances décisionnelles, les comités de direction, les assemblées générales. La fonction de représentant d'utilisateur n'est pas à prendre à la légère. Elle implique d'outiller, de former ces acteurs pour qu'ils cernent au mieux le fonctionnement complexe d'un hôpital et ses équilibres institutionnels.

Les changements doivent ensuite se traduire dans l'approche clinique du patient. Il s'agit d'intégrer les outils de réhabilitation sociale, décrits plus haut, dans la pratique du soin. L'hôpital doit devenir une simple étape, dans la vie du patient. Ses antécédents, les prises en charge antérieures, à l'extérieur de l'hôpital, doivent être prises en compte et la sortie, le lien avec le réseau et l'ambulatoire, doit être anticipé

puis faire l'objet d'un suivi. C'est dans cette optique que la fonction de case manager, en charge de l'accompagnement et du suivi après l'hôpital, est l'une des pistes possibles pour tracer ce fil rouge entre l'hôpital et la vie dehors. La création d'une telle fonction permet de mieux connaître le passé du patient, de lister les interventions précédentes et de les lier avec une perspective future. Cette continuité, inscrite dans un trajet de rétablissement, est une carence importante, aujourd'hui, en milieu hospitalier, alors qu'elle permettrait de placer le patient dans une trajectoire de vie plus large, où l'environnement social est pris en compte.

Le rétablissement doit être pensé dès l'admission à l'hôpital, par une cartographie des ressources du patient, de ses soutiens, dans le cadre d'un plan de suivi individualisé. Les proches du patient doivent être davantage inclus dans la trajectoire de soins. Ils pourraient par exemple partager tout ou partie du séjour de leur proche hospitalisé, et être, dans tous les cas, davantage informés et concertés au sujet du trajet de soin du patient. Si le patient donne son accord, sa famille devrait être autorisée à participer aux réunions de concertation avec l'équipe soignante.

Les soignants doivent donc consentir à perdre une partie de leur pouvoir, basé sur leur savoir médical au profit d'une communication horizontale, simple, avec le patient, dans un espace ouvert, d'écoute et d'empathie. Le patient doit être informé de tout ce qui le concerne et devrait même participer à des réunions d'équipe le concernant, à la rédaction de rapports à son sujet.

Un tel changement, simple sur le papier, viendrait bousculer des habitudes bien ancrées. Lors des échanges, les résistances au changement d'une partie des soignants, à commencer par les psychiatres et psychologues, étaient soulignées à de nombreuses reprises. Il n'est pas évident de perdre une posture de pouvoir et de consentir à des progrès par petits pas, dans une logique de soin plus holistique. La co-construction du soin « *suppose que le patient fasse des choix qui ne paraissent pas toujours les plus judicieux aux soignants* », concluaient les participants aux ateliers. Et cela prend du temps, car le patient fonctionne par essais et erreurs, il tombe et se relève. Il apprend sur lui-même.

Faire bouger les récalcitrants prendra du temps, et de la pédagogie. Pour ce faire, il est essentiel de faire essaimer les bonnes pratiques qui, désormais sont nombreuses, en France, aux Pays-Bas, en Italie, et même en Belgique. C'est en montrant l'exemple que l'on peut surmonter la peur qu'inspirent parfois les patients. La réussite de nouveaux modèles basés sur le rétablissement est l'argument le plus fort pour déclencher une dynamique de changement. Des « ambassadeurs », des « pionniers » peuvent convaincre par leur enthousiasme, bien sûr, mais aussi par leurs résultats.

Des plans de formation au rétablissement

L'autre clef de voûte d'une architecture du soin estampillée rétablissement, c'est bien sûr la formation. Le rétablissement doit être au cœur des programmes d'enseignement, de formation initiale et continuée de toutes les professions actives à l'hôpital et pas seulement des psychiatres et psychologues. Le corps infirmier, les ergothérapeutes, les kinés, les directions, les assistants sociaux, tout le monde doit comprendre et intégrer ce que couvre la notion de rétablissement. Dans le cadre de la formation continuée, des modules mixtes pourraient être mis en place, faisant se côtoyer des apprenants issus du monde médical et d'autres élèves usagers, pair-aidants ou en passe de le devenir. De telles initiatives fissurent les cloisons entre les mondes. Enfin, les soignants devraient davantage être confrontés à l'impact de leurs décisions sur les patients. Il est ainsi suggéré de récolter des témoignages de patients, par exemple sous forme de vidéo, afin de sensibiliser les soignants aux conséquences des actes qu'ils posent, sur le vécu de patients hospitalisés. Quant aux directions, des soignants proposent qu'ils s'informent mieux de la réalité quotidienne de la psychiatrie par des « immersions » dans ces services.

L'intégration de pair-aidants

L'un des vecteurs de changement les plus efficaces à l'hôpital et dans tous les services de soins psychiatriques : ce sont les pair-aidants. Comme nous l'avons dit, leur simple présence peut faire changer les mentalités des soignants et apaiser les patients. La pair-aidance est évidemment un atout considérable pour les anciens patients qui souhaitent franchir ce cap et s'appuyer sur leur propre expérience en tant qu'utilisateur des services de santé mentale pour développer des compétences professionnelles et venir en aide à d'autres patients. Mais, intégrer ces nouvelles fonctions dans l'hôpital ne se fait pas en un jour. Des soignants sont parfois désorientés par la présence de ces nouveaux profils, des tensions émergent, de la méfiance, car aux yeux de certains soignants, le pair-aidant remet en cause le pouvoir médical issu du savoir scientifique. Des soignants craignent par ailleurs que le pair-aidant, ancien patient, soit l'objet de rechutes. Des professionnels de la santé mentale se sentent même sur la sellette, craignant que leur mission de soin soit grignotée par celle des experts du vécu.

L'atterrissage d'experts du vécu dans une équipe doit donc être préparé, notamment via la formation du personnel. L'intervention des pair-aidants doit se situer dans un cadre clair, délimitant bien les rôles et fonctions de chacun. Leur importance est telle au regard du rétablissement, que ceux-ci devraient être intégrés en nombre et intervenir à des moments-clefs de l'hospitalisation, lors de l'admission par exemple, mais aussi lors du diagnostic, souvent vécu comme un choc par des patients en proie à la solitude. Car, le diagnostic, par exemple d'autisme, de psychose, de dépression, modifie le

comportement, et influe sur les émotions, les sentiments profonds, comme le rappelait Philippe Delespaul. Parfois, il aggrave la situation. Il nécessite une attention particulière.

Le lien avec un ancien patient n'a pas de prix pour un nouvel admis à l'hôpital. Il permet de réduire ce gouffre entre le patient et le monde du soin. Il est comme un cordage ténu qui permet au malade de s'accrocher, de ne pas dériver totalement dans son propre trouble. Les établissements qui intègrent des pair-aidants, bénévoles ou professionnels, sont de plus en plus nombreux. Mais le statut de cette fonction, relativement nouvelle, reste flou. Aux Pays-Bas comme en France, des formations qualifiantes et diplômantes sont mises en place. En Belgique, des « académies du rétablissement » voient le jour, à l'initiative de réseaux locaux de soins de santé mentale, et pose de premières bases théoriques utiles à la compréhension du rôle de pair-aidant. De rares formations universitaires, comme celle proposée par l'Université de Mons, donnent des armes pour professionnaliser la fonction, même si ces formations ne sont pas qualifiantes.

Les pair-aidants ne bénéficient pas encore d'un statut propre et sont souvent embauchés sous d'autres intitulés correspondant aux profils et aux barèmes d'autres fonctions, comme éducateur par exemple. Un grand pas pour la pair-aidance serait d'avancer vers une clarification de leurs statuts, la création de formations diplômantes, et l'ajout d'une nouvelle fonction dans les grilles barémiques.

Un grand pas pour la pair-aidance serait d'avancer vers une clarification de leurs statuts, la création de formations diplômantes, et l'ajout d'une nouvelle fonction dans les grilles barémiques.

L'intégration de pair-aidants est une condition nécessaire à la transition des soins hospitaliers vers le rétablissement, mais elle doit s'accompagner d'autres changements. Il faut ouvrir en grand les portes et fenêtres de l'hôpital. Certains imaginent d'intégrer dans le personnel des boulangers, des jardiniers, des ébénistes, des musiciens, dont les activités viendraient enrichir les journées des patients, en contraste avec les activités parfois infantilisantes qui leur sont proposées.

Les pair-aidants plaident pour qu'enfin l'hôpital et les patients se rencontrent. Lors de l'admission, *« l'hôpital n'explique pas assez ce qui s'y fait. Il faut davantage expliquer, en des mots simples, le rôle de l'hôpital dans une trajectoire de soins »*. B. résumait simplement ce rôle nouveau : *« un environnement sûr et agréable, où l'aide est adaptée, personnalisée, humaine et orientée vers le rétablissement et la recherche d'une solution. »* Dans cette nouvelle approche, il est primordial de penser la sortie, de la préparer au plus tôt, et de l'accompagner. Des soins orientés vers la prévention des crises, prodigués par une équipe pluridisciplinaire, doivent figurer au cœur de la politique de l'hôpital.

S'ouvrir sur le monde extérieur, par l'architecture et l'urbanisme aussi

Ce grand courant d'air du rétablissement devrait ainsi toucher à des dimensions multiples. L'urbanisme est parfois considéré comme le reflet d'une conception asilaire de la psychiatrie. Les hôpitaux sont souvent isolés des centres urbains, témoignant d'une forme de mise à l'écart et renforçant la stigmatisation. Dans cette optique, le rétablissement implique d'ouvrir l'hôpital sur le monde extérieur, de créer des liens avec le quartier, ses associations, ses habitants. Cette attitude ouverte contribue à la déstigmatisation de la psychiatrie et de ses patients.

L'architecture, aussi, est souvent pointée du doigt. Les intérieurs des hôpitaux devraient être plus accueillants, les abords plus verts. Les cloisons physiques s'y ajoutent aux cloisons invisibles ; et les participants aux ateliers réclamaient un décroisement de cette architecture d'intérieur, par la création d'espaces informels où pourraient se côtoyer les soignants et les usagers. D'autres insistaient pour mettre à disposition des locaux à destination des associations d'usagers, de pair-aidants ou d'aidants proches, des lieux extraits du regard des soignants, permettant les rencontres avec la famille, les amis. En clair : un environnement sain et agréable contribue à la guérison.

**Les hôpitaux sont
souvent isolés
des centres urbains,
témoignant d'une forme
de mise à l'écart
et renforçant
la stigmatisation.**

NICOLAS FRANCK

INTERVIEW



Nicolas Franck est psychiatre et chef du Pôle Centre Rive Gauche du Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon. Ce pôle regroupe des structures spécialisées en psychiatrie qui visent le rétablissement des patients. Nicolas Franck est par ailleurs responsable du Centre ressource de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. En France, il est l'un des précurseurs des soins orientés vers le rétablissement.



Lors de votre intervention à Bruxelles, vous avez rencontré les porteurs de quatorze projets de soins orientés vers le rétablissement des patients. Ces projets sont issus du monde hospitalier. Qu'avez-vous retenu de leurs envies, de leurs questionnements, voire de leurs réticences ?

Il est difficile de répondre à cette question de manière univoque car ces projets sont hétérogènes. Un intérêt évident pour la réhabilitation psychosociale s'est exprimé. J'ai bien compris qu'il existe, en Belgique, des obstacles structurels au déploiement d'une offre de soins psychiatriques orientée vers le rétablissement. L'ambulatoire et l'hospitalier sont des secteurs séparés, distincts. Il est évidemment beaucoup plus facile de réformer l'offre de soins lorsqu'un seul responsable organise l'ambulatoire et l'hospitalier. Il est plus simple de faire bouger les lignes en France.

Vous-mêmes, lorsque vous avez sensiblement modifié l'offre de soins psychiatriques à Lyon et dans ses alentours, notamment en fermant des lits d'hôpitaux pour déployer davantage d'équipes en ambulatoire, comment vous y êtes-vous pris ? Avez-vous fait face à des résistances ?

La direction actuelle du Vinatier m'a soutenue, à partir de 2017. Les choses étaient plus compliquées avec la direction précédente, ainsi qu'avec certains médecins qui exprimaient de fortes réticences. Pour faire bouger les lignes vous avez besoin du soutien des pouvoirs publics et de la direction de l'établissement hospitalier. Tout doit être aligné ; une seule opposition peut bloquer tout le processus. J'y ai été confronté, mais je constate que les pouvoirs publics sont plus faciles à convaincre que certains soignants, car ils s'intéressent à la santé publique et si vous leur apportez une solution clef en mains, ils seront intéressés. J'ai d'abord convaincu des autorités nationales et locales dans les années 2000, il y a plus de quinze ans. Ensuite, pour convaincre les médecins de terrain, par exemple à l'hôpital, il faut plus de temps. Il est nécessaire d'avoir la bonne équipe en place au bon moment. Pour moi, ça s'est produit à partir de 2017, quand la direction m'a permis de travailler et d'appliquer les idées que je proposais depuis longtemps. J'ai commencé la réhabilitation psychosociale dès les années 2000, en créant des structures spécialisées. J'ai pu développer des réseaux de réhabilitation psychosociale, des associations. Tout ça sans problème. Mais, transformer complètement l'offre de soins en psychiatrie, transformer le secteur de la psychiatrie générale, c'est une autre histoire. Il aura fallu attendre 2019 pour que tout s'aligne. Cela nécessite de lever les oppositions. Quand on vous donne la responsabilité de transformer une structure, certains membres de l'équipe ne partagent pas votre vision, ou ils n'ont pas l'énergie pour porter ce changement avec vous, alors certains démissionnent, d'autres essayent de vous bloquer. Les obstacles sont nombreux, il faut les déjouer.

Et aujourd'hui, où en êtes-vous ?

Au bout de cinq ans, cette transformation n'est pas tout à fait terminée. Notre offre de services, nos façons de travailler sont perfectibles. Le positif c'est que les équipes ont des valeurs, de l'engagement, dans une organisation qui fonctionne. Mais, des améliorations sont nécessaires, des outils de soin sont encore à créer, comme l'ouverture de structures de répit. Il nous faudrait aussi mutualiser le travail des équipes qui gèrent les crises psychiques. En 2020, j'ai décidé que le nombre de lits dans les unités d'hospitalisations complètes passerait de 150 à 60 afin de redéployer des moyens vers l'extérieur, tout en développant les outils de réhabilitation psychosociale et en embauchant des pairs-aidants. Le problème, c'est que les équipes des services ambulatoires sont séparées des équipes hospitalières. Pour la gestion des crises, ce n'est pas l'idéal. Je souhaite développer une équipe médicale qui gère la crise au bon endroit et au bon moment. C'est la seule manière pour assurer un fonctionnement optimal de notre offre de soins. Séparer l'hospitalier de l'ambulatoire ne permet pas un fonctionnement optimal. En Belgique, ça risque de ne pas fonctionner tel quel. Ici, je suis le chef de pôle je peux décider sur mon secteur de transférer des moyens de l'hospitalier vers l'ambulatoire et ainsi montrer l'exemple. C'est la clef...

En Belgique le rétablissement des patients, comme objectif à atteindre, semble faire consensus, au moins dans les discours. En réalité, cela progresse lentement, notamment à l'hôpital. L'appel à projets de la Fondation Roi Baudouin a pour but de lancer une dynamique. Mais, au sein de l'hôpital, certains craignent pour la place de leur institution, aujourd'hui omniprésente, qui pourrait être menacée dans son existence même par la logique du rétablissement ?

Oui bien sûr ! Notre objectif c'est de soigner la population. S'il faut pour cela fermer des lits et supprimer des équipes hospitalières, ça ne me gêne pas du tout. Quand une institution auto-justifie son importance et qu'elle n'est pas liée formellement à celles qui s'occupent du reste du parcours de soin, alors le changement vers une véritable logique de rétablissement ne va pas fonctionner. Il faudrait soit faire évoluer l'organisation administrative en Belgique, soit que toutes les entités compétentes en matière de santé mentale se mettent d'accord pour faire évoluer les structures. Sans cela, il est évident qu'aucune institution ne va se suicider pour donner ses moyens à une autre, sachant qu'en plus la loi l'interdit.

Vous voulez dire qu'il n'est pas possible d'agir dans ce cadre ?

Je ne dis pas ça. Il est possible d'agir. En France, au départ, nous avons commencé par créer des structures de recours. Cela ne modifiait pas l'offre de soins primaires, mais peu à peu le nombre de ces structures a augmenté. Il y en a 135 aujourd'hui. Ce sont des structures qu'on sollicite pour avoir un appui technique, un suivi supplémentaire. Les gens sont d'abord suivis dans le circuit de psychiatrie générale et derrière, il y a ces structures qu'il est possible de solliciter. Cela fonctionne quelques temps mais très vite, le centre de recours est saturé. Ces 135 services peuvent prendre en

« Le concept de rétablissement, c'est une manière de soigner, et une manière de considérer les personnes qu'on accompagne. »

charge quelques dizaines de milliers de personnes pour des troubles mentaux sévères, alors que les besoins se comptent en millions d'individus. Il est donc possible d'agir en ouvrant de telles structures, mais ça ne vaut pas vraiment le coup, car quelques pourcents des besoins sont couverts. Il est bien plus judicieux de transformer l'offre de soins primaire. Il est aussi possible de faire avancer les choses au sein des institutions, en changeant des pratiques, mais sans vision globale, uniforme, ça n'ira pas très loin.

Est-ce que l'intégration de pair-aidants n'est pas déjà, en tant que telle, une belle avancée vers une approche du soin ancrée dans une perspective de rétablissement ?

Si vous intégrez des pair-aidants, vous allez favoriser cette approche orientée vers le rétablissement. C'est bien. Vous aurez quelques soignants convaincus, qui changeront leur attitude, et c'est déjà positif pour les quelques patients qu'ils soignent. Mais, cela ne suffit pas. Pour emporter tout le monde, cela prendra des années.

Qu'est-ce que la logique de rétablissement implique comme changements en terme d'offres de soins ?

Les outils techniques du soin, les outils de réhabilitation psychosociale, sont importants. Le concept de rétablissement, c'est une manière de soigner, et une manière de considérer les personnes qu'on accompagne. Le rétablissement c'est un processus personnel, propre à la personne concernée par les troubles. Ce sont ces personnes qui définissent ce qu'est leur rétablissement. Et nous, soignants, ce qui nous incombe, c'est de créer les conditions du rétablissement. Pour ce faire, il y a de multiples critères. Créer les conditions du rétablissement c'est respecter les personnes, favoriser leur auto-détermination, renforcer leurs compétences etc. Une manière de renforcer leurs compétences, c'est le recours aux outils de soin de la réhabilitation psychosociale. Avec ces outils vous diminuez l'impact des troubles cognitifs, les problèmes de communication, le manque d'espoir, le manque de connaissances sur la maladie. Ces outils techniques,

il faut les diffuser partout. Mais, ils ne fonctionneront pas de manière optimale si vous n'adhérez pas pleinement à la philosophie du soin orientée vers le rétablissement. J'ai constaté que, souvent, les équipes se précipitent sur les outils de soin, car cela semble plus facile au premier abord. Mais, si elles ne modifient pas leur attitude à l'égard du patient, si elles restent paternalistes, à décider pour l'utilisateur, alors ces outils fonctionneront beaucoup moins bien.

Et dans ce paysage du rétablissement, on trouve les pair-aidants, dont le rôle est essentiel...

Il est très utile d'en intégrer dans les équipes de soin. Il faut le faire. Pour les patients, les experts du vécu sont un levier très fort de leur rétablissement. Les patients retrouveront l'espoir aux côtés de ces personnes auxquelles ils s'identifieront, et *in fine* ils seront mieux soignés. La pair-aidance est aussi un vecteur de changement du côté des équipes car elle change leur regard sur la maladie. Les pairs-aidants offrent une vision positive de ce que peut faire une personne qui a été accompagnée dans un parcours de soin. Cela déstigmatise le patient en psychiatrie et redonne de l'espoir. Ça ne fait pas tout, mais c'est une partie de la solution.

Une offre de soins orientée vers le rétablissement est associée à l'idée d'autodétermination. Le patient doit se réapproprier son parcours de soin. Jusqu'où ?

Jusqu'au bout. Le patient décide de tout ce qui le concerne. Le traitement concerne en premier lieu le patient, on ne va pas le lui imposer. Il y a des lois pour imposer l'administration de traitements à des personnes dangereuses, mais en réalité cela concerne peu de personnes, et en général pour des durées limitées. Donc, il n'y a aucune raison que nous, les soignants, imposions quoi que ce soit aux patients. On doit les convaincre de ce qui est utile pour eux, selon nos connaissances scientifiques, sans forcer. Notre rôle est de donner des arguments, pour que les patients soient en mesure de décider.

Lors des échanges, une pair-aidante plaide pour que l'hôpital conserve la possibilité d'hospitalisations sous contrainte. N'est-ce pas antithétique avec le fondement même de la philosophie du rétablissement ?

Lorsqu'on met en place des équipes mobiles, que l'on intègre des pair-aidants dans les services, que l'on propose des plans de suivi individualisés pour tous, des directives anticipées en psychiatrie. Lorsqu'on décide d'accompagner les familles, pour qu'elles aident au mieux leurs proches, que l'on parle du rétablissement, de la réhabilitation psychosociale aux pouvoirs publics, à la société en général, c'est dans le but d'éviter toute contrainte. Car, la contrainte est traumatisante. Bien sûr, il y aura toujours de la contrainte pour les cas les plus sévères. Mais l'objectif de soins qui visent le rétablissement du patient, c'est d'offrir plus de liberté et moins de contraintes. L'hospitalisation sous contrainte administrative, les contraintes physiques comme la contention, il faut les combattre et les réduire au minimum. Il est quand même évident que l'anticipation est préférable à la contrainte. Il est plus efficace de prendre en charge un patient au plus tôt, avant que son état ne soit dégradé et que l'on soit obligé de choisir la contrainte. C'est possible d'adopter une telle manière de fonctionner, mais pour ce faire, il faut créer un meilleur accueil, précoce, dans des structures plus lisibles.

Pour conclure revenons-en aux patients. Il est nécessaire qu'ils participent à leur trajectoire de soins. Mais, la participation des usagers que vous prônez doit être beaucoup plus large ? Leur voix doit se faire entendre dans les organes de gouvernance des hôpitaux ?

Si on est orienté rétablissement, les patients ou représentants d'usagers doivent contribuer à l'organisation et aux décisions des institutions, car leur parole a une pertinence évidente sur la façon dont on va traiter leurs « semblables ». Il faut donc des représentants d'usagers à tous les étages et donc se débrouiller pour qu'au minimum, ils soient représentés dans les organes de gouvernance.

« Le traitement concerne en premier lieu le patient, on ne va pas le lui imposer ! »



4. MODIFIER LES ÉQUILIBRES

Pour Philippe Delespaul, l'hôpital, conçu dans une perspective de rétablissement, devient un lieu de pause dans le parcours de vie d'une personne atteinte de troubles psychiques. Il peut par exemple être utile dans la gestion de situations de crise, comme on le voit avec les unités High Intensive Care (HIC), dont les prises en charge sont de courtes durées et centrées sur le patient et son réseau.

Mais l'hôpital, dans cette perspective du rétablissement, n'est qu'un maillon d'une longue chaîne dans le trajet de soin d'un patient, comme le stipulait Mark Leys, notamment lors de l'un des ateliers. Le professeur de sociologie à la Vrije Universiteit Brussel insistait sur ce point : *« pourquoi vouloir intégrer de nouveaux profils, de nouvelles compétences dans l'hôpital et pas investir, selon une logique de trajectoire, dans d'autres structures, ambulatoires de préférence ? On cherche à faire rentrer la société dans la structure hospitalière. C'est bien, mais n'oublions pas que la logique du rétablissement est plutôt de faire sortir la personne de l'hôpital. »*

L'amont et l'aval de l'hôpital sont consubstantiels à la construction d'un réseau de soins autour de la personne. *« L'hôpital a trop tendance à vouloir tout faire lui-même »*, insistait le sociologue. Pour que l'hôpital soit intégré dans ce paysage plus vaste, il doit tisser des liens permanents avec l'ambulatoire, en particulier avec les services de santé mentale, avec le secteur des habitations protégées, les équipes de soins psychiatriques à domicile, les maisons de soins psychiatriques, mais aussi, plus largement, avec les CPAS, les structures d'Insertion socio-professionnelle, les associations de patients, d'aidants, les clubs de sports et de loisirs. Une chance : ces réseaux ne sont pas à inventer. Ils existent et réunissent tous ces services qui dépendent de différents niveaux de pouvoir, le fédéral pour l'hôpital, les régions et communautés pour l'ambulatoire et les services résidentiels extra-hospitaliers. Ils ont été institués en Belgique dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, dite « psy 107 », en référence à l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, lancée en 2010 et dont nombre d'objectifs rencontraient, du moins partiellement, ceux du rétablissement. Son objectif affiché était en effet de réduire le nombre de lits en institution psychiatrique au profit d'équipes mobiles, inscrites dans l'organigramme hospitalier, mais capables de prendre en charge un patient dans son lieu de vie, y compris dans des situations de crise. Ces fermetures de lits étaient une option offerte aux hôpitaux sous forme de projets-pilotes et visaient à renverser la tendance à la surhospitalisation psychiatrique, prégnante en Belgique. Le même fonctionnement en réseaux a été initié pour mettre en place une nouvelle politique pour le public enfants/adolescents (voir l'article 11). Toutefois, celle-ci ne se fondait pas sur un gel de lits.

Par ailleurs, la réforme, façonnée en conférence interministérielle, donc avec les différents niveaux de pouvoirs compétents, a instauré une vingtaine de « réseaux 107 » réunissant au niveau local tous les acteurs impliqués de près ou de loin dans les soins de santé mentale. Ces réseaux fonctionnent plus ou moins bien, en fonction de l'implication locale des différents acteurs, mais leur existence est une des clefs pour passer à la vitesse supérieure lorsqu'on évoque le rétablissement. Dans ces réseaux, cohabitent des institutions parfois en concurrence quant à leurs modèles de financement, tributaires d'autorités différentes, et le modèle, bien souvent, reste fragmenté. Mark Leys rappelait qu'un réseau fonctionnel doit reposer sur la confiance. Il invitait les différents partenaires de la santé mentale à partager des moments de formation, de dialogue, de confrontation des pratiques.

Quinze ans après le lancement de la réforme, les effets commencent à devenir tangibles, même s'ils ne sont pas toujours spectaculaires. Les dernières estimations du SPF Santé publique comptabilisaient 2.372 fermetures de lits agréés en psychiatrie pour adultes grâce à la réforme 107. En 20 ans, la baisse du nombre de lits plafonne à 6,4 %. La durée d'hospitalisation a tendance à diminuer même si le nombre d'hospitalisations sous contrainte, lui, augmente. Ces fermetures sont compensées par la mise sur pied d'équipes mobiles déployées en milieu domestique ou par le renforcement de services résidentiels.

Mais, le changement est lent et la révolution attendue n'a pas lieu. En 2022, l'Institut Européen de Statistiques (Eurostat) rappelait que c'est bien la Belgique qui reste en tête de tous les pays européens en terme de nombre de lits psychiatriques par habitant avec un ratio de 140,7 lits pour 100.000 habitants, pour une moyenne européenne de 73 lits.

Les réticences d'une partie des directions hospitalières, des personnels soignants, des psychiatres peuvent expliquer ces fortes divergences d'application de la loi « psy 107 ». Certains craignent qu'une logique de soins orientée 'rétablissement' ne fasse perdre la raison d'être des hôpitaux. D'autres s'inquiètent qu'à terme, des transferts de financement vers les entités fédérées soient décidés, au détriment du financement des hôpitaux. Lors des ateliers, il fut rappelé à plusieurs reprises que la loi sur les soins de santé mentale, la « loi 107 », pave le chemin du changement. Elle offre un cadre propice au rétablissement, qu'il s'agisse d'investir pleinement.

Beaucoup de participants pointèrent alors le problème du financement des soins de santé, et plus particulièrement de l'hôpital. Les recettes des établissements hospitaliers sont toujours liées au nombre d'admissions, et au nombre d'actes posés, entraînant une course entre institutions pour remplir un maximum de lits et freinant parfois les efforts de déploiement hors les murs.

Il est admis que le mode de financement, qui privilégie les actes de soin clinique, la réduction des symptômes et le quantitatif, est trop rigide et ne favorise pas la prise de risques ni l'innovation.

Une vaste réforme du financement de l'hôpital, pas seulement psychiatrique, doit être envisagée. C'est du moins l'une des demandes de soignants présents lors des ateliers. Celle-ci pourrait s'appuyer sur des indicateurs qualitatifs, encore à développer, mais qui intégreraient le vécu du patient et son bien-être. Ce vaste chantier pourrait s'accompagner d'un meilleur remboursement des prises en charge extra-hospitalière, aujourd'hui pénalisées par rapport à l'hospitalier.

En parallèle, le travail administratif des soignants devrait être considérablement allégé, pour que ces derniers retrouvent le sens, le contact humain, qui si souvent se dissolvent sous le poids de la paperasse à remplir. Des participants proposaient par exemple de soustraire le personnel soignant à l'obligation de remplir un Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) pour chaque patient et de procéder plutôt à l'échantillonnage de cette tâche administrative.

Ces modifications devraient intervenir dans une modification substantielle des équilibres budgétaires. Comme le rappelait Philippe Delespaul, seul 0,6% du produit national brut sont dépensés en Belgique pour les soins de santé mentale, soit un peu plus de 50% de ce que recommande l'OMS. Alors que l'OMS fixe également comme objectif de consacrer 60% des dépenses à l'ambulatoire et 40% à l'hôpital, la Belgique dépense 80% de son budget en soins de santé mentale pour l'hôpital. Modifier ces ratios impliquerait un bouleversement que seule une volonté politique forte, partagée par les différents niveaux de pouvoir, serait à même d'enclencher. Une volonté politique qui déboucherait sur des législations favorisant sans ambiguïté la logique du rétablissement.

Le mode de financement, qui privilégie les actes de soin clinique, la réduction des symptômes et le quantitatif, est trop rigide et ne favorise pas la prise de risques ni l'innovation.



02 /

LES QUATORZE PIONNIERS*

* La liste des projets soutenus dans le cadre de l'appel à projets « Repenser les soins psychiatriques à l'hôpital en fonction de l'utilisateur » se trouve en **Annexe 3**.

1. LE RÉTABLISSEMENT BRIQUE PAR BRIQUE

Ce 28 novembre 2024, la Fondation Roi Baudouin accueille pour la troisième fois un groupe de soignants et de pair-aidants venus de quatorze établissements de soins psychiatriques du nord et du sud du pays. Au sein de leurs établissements, hôpitaux ou maisons de soins psychiatriques, ils portent des projets favorisant le rétablissement des patients dans leur environnement et ont, à ce titre, bénéficié d'un soutien suite à l'appel à projets visant à « *repenser les soins psychiatriques à l'hôpital en fonction de l'utilisateur* ».

Lorsque ces acteurs du soin se rencontrent, leurs projets sont déjà sur les rails. Certains sont axés sur la formation, la sensibilisation des soignants, d'autres sur la professionnalisation de pair-aidants et leur intégration dans les équipes, d'autres encore sur la déstigmatisation des patients par l'ouverture de l'hôpital sur le monde extérieur.

La rencontre du jour leur permet de tirer de premiers enseignements et de construire un savoir commun. De ces expérimentations fécondes, initiées ou soutenues via l'appel à projets, des recommandations concrètes peuvent être tirées à destination des autres hôpitaux du pays.

L'objectif étant de les inspirer dans leur pratique, de démontrer, preuves à l'appui, qu'une approche renouvelée du soin psychiatrique à l'hôpital, qui vise le rétablissement du patient, en lien avec l'extérieur, est possible à mettre en œuvre. Ce n'est pas un parcours de santé bien sûr. Des résistances au changement se font sentir. Mais, ce nouveau souffle apporte du sens, et modifie les perspectives. C'est bien à partir de ces projets concrets qu'un changement de plus grande envergure pourra advenir en Belgique. Ces projets montrent une voie à suivre, ils amplifient un mouvement déjà en cours.

Pour faire émerger ce discours commun, pour faciliter les échanges, la Fondation Roi Baudouin a pris des chemins de traverse. Aux habituels ateliers et travaux thématiques de groupe, elle a préféré donner libre cours à la créativité des participants, grâce au « *Lego Serious Play* », où les célèbres Légos servent d'outils au service d'une créativité sans limite. Chaque personne présente est ainsi munie de son petit sachet des célèbres briques en plastique multicolores, d'accessoires et de personnages. En s'adonnant à de petites constructions, et en y accolant un sens métaphorique, les participants sont en possession d'un support très concret pour visualiser la notion de rétablissement, et l'expliquer grâce à des images évocatrices et des associations d'idées.

Répartis en quatre tables, les lauréats de l'appel à projets s'exercent d'abord, individuellement, en élaborant de petites constructions individuelles représentant le rétablissement. Un participant érige, sous les yeux amusés de sa collègue, un petit podium symbolisant la montée progressive, non linéaire, vers le rétablissement du patient. Une autre construit une roue posée sur une base mastoc. « *C'est la roue du changement, on voit que la base est essentielle* », commente-t-elle.

Les assemblages de Légos ont un caractère ludique qui facilite le lien entre les porteurs de projets issus d'établissements différents. La connivence est assurée. Mais, ces petits assemblages permettent surtout d'explorer d'une nouvelle manière des concepts aussi théoriques que le rétablissement, la pair-aidance, la psycho-éducation.

Après l'échauffement, les choses sérieuses commencent. Une nouvelle consigne : utiliser les briques pour représenter le projet idéal de soins orientés vers le rétablissement. Après un moment d'hésitation, les participants s'échinent à la tâche, concentrés, sérieux et parfois rigolards. Sur les tables, on peut voir une fleur et de petites briques symbolisant des graines, semées dans d'autres hôpitaux grâce à l'action de sensibilisation de soignants et d'équipes avant-gardistes. Des ponts en plastique sont construits, car « *à un moment, il faudra franchir la rivière vers des soins centrés sur le patient, mais il faut faire face à des réticences* ». Des personnages tiennent tant bien que mal sur des bascules, montrant l'équilibre fragile du rétablissement.

Ces œuvres en miniatures sont ensuite l'objet de discussions par groupe. Chacune des quatre tablées doit s'acquitter d'une tâche commune : unir les constructions individuelles, les assembler d'une manière optimale pour tendre vers le « projet idéal », mais collectif cette fois-ci. Dans chaque groupe, les propositions fusent. « *Il n'y a pas de mauvaise proposition, l'essentiel c'est d'être créatif* », rappelle l'animatrice du jour. Les pièces valdinguent et les idées s'échangent, les briques génèrent des élans collectifs et des débats, basés sur l'expérience de chacun.

On balise ce « projet idéal », grâce à des rappels importants, incarnés par des Légos. Une petite porte d'entrée bien décorée, un escalier rappellent que « *l'accueil, le premier contact avec le patient est essentiel pour favoriser la confiance* ». Une table plus loin, les Légos mettent en scène un rapprochement salutaire entre familles de patients et soignants. « *Car souvent*

des soignants mettent de la distance avec des parents qu'ils jugent trop exigeants. » D'autres cassent les cloisons, aèrent l'architecture de briques vers des parterres fleuris pour souligner « *l'importance de l'ouverture vers l'extra-hospitalier* ». L'entourage, la famille, les ressources du patient sont aussi personnifiées. À chaque table, un délégué explique devant l'assistance les raisons du choix de telle ou telle construction, du placement de tel accessoire.

Les Légos parlent. Les critères énumérés par les participants dessinent les contours du « projet idéal ». En voici quelques caractéristiques. L'importance de la continuité des soins, à l'extérieur de l'hôpital, avant et après l'admission, est l'un des facteurs de réussite d'un projet de rétablissement, tout comme la prise en compte du rythme du patient, la création d'un contexte favorisant sa prise de parole, l'utilisation de l'art comme support du rétablissement. Le lien avec le monde extérieur est pointé comme l'une des clefs de la déstigmatisation. La recherche de moments de contacts informels entre patients et soignants doit être privilégiée. La nécessité de se concentrer sur la vie et les objectifs de vie du patient et pas uniquement sur ses symptômes est une priorité. Les difficultés à convaincre de la plus-value de l'intégration de pair-aidants dans les équipes entrent dans l'équation. Il faut prendre du temps, y aller pas à pas, avancer comme un funambule. « *Les pair-aidants portent un message dans des équipes pionnières. Pour que cela se diffuse, il faut du temps et du courage* », lance l'un des participants en pointant un personnage porteur de flambeau. Pour dépasser les craintes, il faut embarquer les directions et les psychiatres. Développer des académies du rétablissement est toujours un 'plus' pour faire avancer la cause du rétablissement et de la pair-aidance. Dans tous les cas, le patient devient un acteur de ses soins. Il définit l'orientation, même si cela ne convient pas tout à fait au soignant. Et si le patient le souhaite, sa famille est concertée sur le parcours de soins. À la sortie de l'hôpital, il est nécessaire d'évaluer cette approche de soins orientée vers le rétablissement en trouvant des moyens de répondre à cette question « un patient rétabli le reste-t-il ? ».

**« Il n'y a pas de mauvaise proposition,
l'essentiel c'est d'être créatif. »**

Voilà pour le projet idéal. Et dans les quatorze institutions, on œuvre déjà, de différentes manières, à le mettre en place, au quotidien. Encore faut-il que ces projets essaient et se démultiplient. Pour terminer la demi-journée de travail, les participants lâchent leurs Légos. Ils élaborent des propositions qui pourraient convaincre d'autres établissements de suivre le sillon qu'ils tracent. D'abord, face aux résistances, fortes par endroit, il est prioritaire d'opérer un changement de mentalité. Considérer le patient comme l'égal des soignants, construire des soins en fonction de ses besoins et demandes, ce n'est pas une mince affaire. Le changement de mentalité ne se décrète pas. Toutefois, ce changement n'est pas impossible. Les pair-aidants peuvent en être le déclencheur. Des expériences positives d'intégration de pair-aidants dans les équipes peuvent casser des murs, et même convaincre les médecins et psychiatres. Cette force de changement, impulsée par les pair-aidants, doit être soutenue au niveau législatif : le statut des pair-aidants devrait être reconnu dans la loi. Le périmètre de leur action, de leur accès aux informations et aux données relatives aux patients devraient aussi être cadrées, disent les participants. Il est nécessaire de « *sortir d'une vision du soin hospitalo-centrée* », enchaînent-ils. Ce qui est loin d'être évident pour des hôpitaux. Il est nécessaire de montrer que cela fonctionne, que des patients parviennent à se sentir rétablis, qu'ils réussissent et à être fonctionnels dans leur vie quotidienne, à trouver de nouveaux équilibres malgré leurs troubles psychiques. Pour le démontrer, il faut développer des indicateurs qualitatifs d'évaluation, garder le contact avec les patients après la sortie de l'hôpital. Des indicateurs de rétablissement sont aussi développés dans certains hôpitaux, à destination des patients qui, dès lors, peuvent voir où ils en sont de leur propre rétablissement et, à chaque étape, rester actifs et informés.

Le travail avec la famille, les amis du patient, les pair-aidants, doit devenir une évidence. Mais, cela implique de déstigmatiser la souffrance psychique. L'hôpital doit s'ouvrir au monde. Ne pas s'isoler du monde extérieur. Une des priorités devrait être d'investir « *dans la continuité des soins* ». Quant au soignant, il devrait changer de posture et se muer en facilitateur, pour aider le patient à s'approprier son propre rétablissement. Pour qu'il décide par lui-même, « *et même si ses décisions ne conviennent pas au soignant* ». Le personnel soignant doit éviter de placer des objectifs trop hauts et rester à l'écoute des objectifs définis par le patient lui-même.

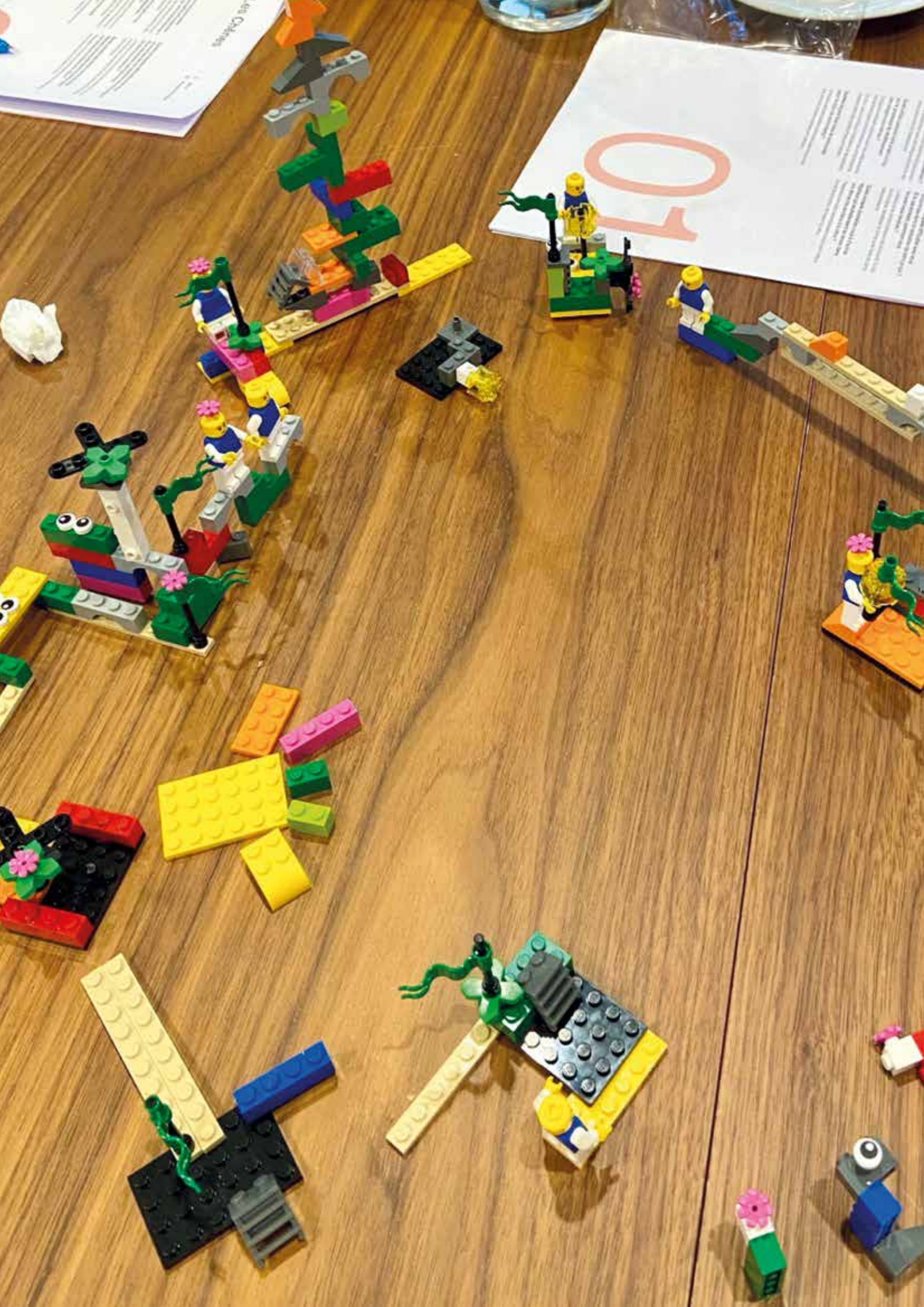
Il est enfin crucial de pérenniser les expériences liées au rétablissement. Cela passe notamment par la formation des étudiants, et des équipes. C'est souvent un noyau dur qui lance l'impulsion. Mais pour faire perdurer l'approche, il est nécessaire de former et d'informer, de démontrer l'intérêt de ce changement de paradigme. Le soutien de la direction est nécessaire.

Le rétablissement s'appuie sur des soins créatifs taillés sur mesure pour chaque patient. Cette approche ne doit pas être étouffée par des règles trop contraignantes. La créativité doit être de mise. Enfin, pour déstigmatiser, l'hôpital doit créer du lien avec le voisinage, avec le tissu associatif, culturel et économique local.

La meilleure des recommandations c'est l'expérience de terrain. Montrer qu'une approche de soins ancrée dans le rétablissement du patient peut porter ses fruits. Les quatorze lauréats de l'appel à projets le montrent chacun à leurs manières.

Rappel des principaux traits du projet idéal de soins orientés vers le rétablissement, formulé par les participants à l'atelier et de leurs recommandations adressées à d'autres hôpitaux :

- Convaincre le management et l'ensemble des soignants hospitaliers de la plus-value du rétablissement.
- Assurer une formation initiale et continuée sur le rétablissement à destination des directions, des psychiatres et de l'ensemble des soignants hospitaliers.
- Changer la posture et muer la posture des soignants hospitaliers en « facilitateurs » de soins.
- Tisser des liens entre l'hôpital et le monde extérieur.
- Assurer la continuité des soins, à l'extérieur de l'hôpital, avant et après l'admission.
- S'adapter au rythme du patient, créer un contexte favorisant sa prise de parole. Il devient acteur de ses propres soins.
- Se concentrer sur la vie et les objectifs de vie du patient, son entourage, ses centres d'intérêt, ses ressources et pas uniquement sur ses symptômes.
- Si le patient le souhaite, concerter sa famille et son entourage au sujet du parcours de soins.
- Créer de moments de contacts informels entre patients et soignants.
- Intégrer des pair-aidants dans les équipes, bien préparer cette intégration avec les équipes.
- À la sortie de l'hôpital, évaluer cette approche de soins en développant des indicateurs de rétablissement.



LA RÉHAB MOBILE DE LA MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES « LES TROIS ARBRES »

REPORTAGE



La Réhab mobile : un swing pour le rétablissement

À Bruxelles, une voiturette de golf surgit régulièrement devant des établissements de soins de santé mentale. Dans l'habitacle : une équipe de la Maison de Soins Psychiatriques (MSP) « Les Trois Arbres », du réseau Epsilon, dont un pair-aidant professionnel. Ils sillonnent la capitale pour faire avancer la notion de rétablissement. Leur atelier itinérant implique et touche des patients et des soignants.

Difficile de ne pas remarquer la Réhab mobile lorsqu'elle déboule aux abords d'un établissement de soins de santé mentale de la région bruxelloise. Cette voiturette de golf sillonne depuis le mois d'avril 2024 les hôpitaux psychiatriques, les centres de jour et autres initiatives d'habitat protégé pour causer rétablissement et réhabilitation psychosociale, et promouvoir un accompagnement qui focalise avant tout sur les besoins des patients, dans une relation non-hiérarchique. « Si c'est une voiture de golf qui symbolise notre projet, c'est qu'au golf, il faut progresser par étapes, c'est inévitable, et le rétablissement c'est un peu la même chose », explique Angélique Ott, psychologue au sein de l'Epsilon – réseau de soins psychiatriques. La Réhab mobile, Angélique Ott a contribué à la faire démarrer au sein de la MSP « Les Trois Arbres » à Uccle, aux côtés de P., le pair-aidant employé par la MSP. « Avec ce projet il s'agit de sensibiliser d'autres institutions au rétablissement, mais aussi de donner la parole aux usagers pour qu'ils sensibilisent les soignants sur leurs vécus dans un trajet de soin », détaille P..

Lorsque la Réhab mobile se déplace vers un établissement, elle transporte quatre membres de l'équipe de la MSP 'Les Trois Arbres', deux psychologues, une infirmière et P., le pair-aidant, dont la présence est essentielle à la réalisation de ces ateliers itinérants.

Des jeux de mots, des jeux de golf

Les institutions visitées ne le sont jamais à l'improviste. Lorsqu'une date est fixée, une dizaine de patients de l'institution cible sont mobilisés, ainsi qu'un groupe de soignants. Une fois la voiturette garée, les premiers échanges autour d'un café permettent de briser la glace avant de commencer l'atelier qui se déroule généralement en extérieur, dans un jardin ou un espace vert. Le rituel des présentations passé, la discussion s'enclenche d'abord sur les notions de rétablissement et de réhabilitation. Chaque participant est invité à résumer ces notions en un seul mot. Celui qui s'échappe spontanément, du tac au tac.

Le groupe est ensuite scindé en deux équipes qui s'affrontent lors d'un petit quizz ludique au sujet du rétablissement. Il faut courir vers un buzzer et à chaque bonne réponse, le ou la gagnante est invité à se munir d'un club de golf, à taper dans la balle blanche et à viser un petit filet situé à quelques centimètres. Il faut faire preuve de dextérité mais l'exercice est surtout amusant et convivial.

Ensuite, les participants entrent dans le dur, ils s'approchent du green, et échangent de manière approfondie sur les notions de rétablissement et de réhabilitation. Lors de la visite de l'unité 2 de l'Hôpital Psychiatrique Fond'Roy, des participants ont par exemple signalé le malaise qu'ils éprouvaient face au terme de réhabilitation qu'ils ressentaient comme stigmatisant. S'il faut se réhabiliter c'est donc que les personnes avec des troubles

psychiatriques ne seraient pas adaptées à la société, disaient les patients. « *Nous ne sommes pas des parias* », affirmait une participante. « *Pourquoi nous réhabiliter à une société qui nous a rendu malades ?* », disait un autre.

Les patients de l'hôpital préféraient largement la notion de rétablissement, qui se dévoile au loin, comme un horizon à atteindre, un long chemin à parcourir. Le rétablissement, c'est une perspective de stabilité émotionnelle et psychique. Un espoir. Ces moments d'échanges sont importants, ils apportent de la nuance et enclenchent un dialogue salutaire entre soignants et soignés. L'atelier est aussi l'occasion pour les patients de partager, en toute confiance, leurs expériences. On y échange des conseils pratiques liées au rétablissement, pour la gestion du stress par exemple, ou par la mise en place de routines ou d'exercice de relaxation. L'atelier vise ainsi à rompre l'isolement dont se sentent victimes certains patients.

Un chemin vers l'espoir

La fin de l'atelier est ponctuée par le témoignage de P., qui revient sur son parcours. Celui-ci fut jalonné de plusieurs hospitalisations liées à des troubles bipolaires. La dernière remonte à 2016. Une épreuve « *très compliquée, car l'hospitalisation avait été faite sous la contrainte* ». Il se souvient, alors, du manque de préparation de l'après hôpital et de la violence qui existait dans le service.

Neuf ans plus tard, après avoir surmonté les obstacles et trouvé un traitement adapté à sa situation, P. s'est stabilisé, s'est formé à la pair-aidance et a été employé par la MSP. Il est désormais pair-aidant et met ses talents – en musique, en ébénisterie, en boulangerie, en graphisme – et son expérience au profit des patients. Son parcours et cette possibilité de nouvel équilibre donnent du baume au cœur des patients de la MSP et des autres institutions qu'il visite avec la Réhab mobile. Au départ, il n'était pas évident pour P. de partager son vécu avec ces patients rencontrés au gré des visites de la Réhab mobile. Mais, très vite, il a constaté « *qu'une réelle connexion avait lieu avec eux. J'ai vu des visages s'illuminer, j'ai vu de la curiosité et de l'espoir* ».

La Réhab mobile a visité plus d'une dizaine d'établissements en 2024. De ces multiples rencontres naîtra une « trousse de réhab », ou plutôt un guide des bonnes pratiques relatif au rétablissement. On y trouvera quelques bons tuyaux très concrets et des contacts utiles. Mais d'ici là, la Réhab mobile continuera de faire swinguer la santé mentale bruxelloise, dès le printemps 2025.

« Avec ce projet il s'agit de sensibiliser d'autres institutions au rétablissement, mais aussi de donner la parole aux usagers pour qu'ils sensibilisent les soignants. »

P., pair-aidant

2. DES PROJETS FORMATEURS, LA PAIR-AIDANCE AU CŒUR

« L'intégration de la pair-aidance dans notre service constitue une véritable évolution dans notre approche du soin en psychiatrie. Par son vécu et son parcours de rétablissement, elle incarne la possibilité d'un mieux-être et représente une source d'espoir pour le patient. La pair-aidante aide les soignants à mieux comprendre les attentes et les besoins des patients. Elle démontre qu'un parcours de soins peut mener à une vie épanouie et pleine de sens. » Pour l'infirmière en chef adjointe de l'unité Dali du **Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP) de Mons Chêne aux Haies**, l'intégration d'une paire-aidante professionnelle dans son équipe offre une plus-value indiscutable. C'est tout le sens du projet porté par cet hôpital et la MSP Mozart. Les deux structures se sont unies pour intégrer des pair-aidants dans leurs équipes et former ces dernières. Le projet a permis de former 179 professionnels du département infirmier et paramédical du CHP et de la MSP aux notions de rétablissement et au rôle des pair-aidants. Le projet a d'ailleurs été conçu avec l'appui du Comité d'usagers, régulièrement sollicité par l'institution, dont le plan stratégique vise à l'implication des patients et de leurs proches.

L'adhésion des soignants est bien sûr une condition essentielle à la réussite d'un projet axé sur le rétablissement. Mais, le CHP et la MSP ne se contentent pas de former les équipes aux notions de base. Certaines unités de soin intègrent des pairs-aidants dans leur staff. C'est bien leur savoir, basé sur l'expérience, qui soutient cette nouvelle dynamique, ce changement de culture, axé sur la capacité d'action des patients. Trois équipes accueillent ou ont accueilli des pairs-aidants, et le recrutement de deux experts du vécu est en cours dans deux autres unités, dont l'équipe mobile de l'hôpital. Bien sûr, l'intégration de pairs-aidants ne se fait pas sans craintes. Des membres du personnel expriment des réticences tant les habitudes sont bousculées par l'arrivée de ces nouveaux membres d'équipe. Les formations atténuent ces questionnements. Par ailleurs, les équipes qui accueillent des pair-aidants en leur sein reçoivent une formation sur mesure, intensive, pour passer ce cap en douceur.

Un obstacle reste à surmonter : celui du recrutement. Les pairs-aidants potentiels ne se bousculent pas au portillon. Mais, le travail en réseau du CHP de Mons permet de diffuser largement l'information. Ce projet a été conçu en relation étroite avec différents partenaires extérieurs, comme l'asbl Santé Mentale et Exclusion Sociale (SMES), l'asbl Interstices ou le réseau 107. Ces mêmes partenaires, et d'autres, seront impliqués.

**L'adhésion des soignants est bien sûr
une condition essentielle à la réussite
d'un projet axé sur le rétablissement.**

À l'avenir, le CHP et la MSP comptent tisser davantage de liens avec des acteurs extra-hospitaliers, comme le CPAS, le relai social ou un centre de formation. En attendant, les avancées du CHP et de la MSP sur le chemin du rétablissement feront l'objet d'un colloque, programmé en septembre 2025 qui devrait, lui aussi, contribuer à diffuser les bonnes pratiques en Fédération Wallonie-Bruxelles. Mais, ce que l'on retiendra, ce sont surtout les mots de l'infirmière en chef adjointe de l'unité Dali. Elle rappelle qu'en fin de compte, ce sont bien les patients qui bénéficient d'une approche centrée sur leur rétablissement, avec le soutien essentiel des pairs-aidants : *« cette approche améliore le suivi des traitements, car elle repose sur un dialogue de pair à pair, souvent plus efficace qu'une prescription descendante. »*

À l'Hôpital Psychiatrique de jour de La Citadelle à Liège, on compte aussi ponctuer le projet 'rétablissement' par un colloque, moyen idéal de faire rayonner les bonnes pratiques. Cela fait plus de dix ans que l'hôpital de La Citadelle affiche son ambition de rendre le patient acteur de sa prise en charge. On notera, par exemple, la conversion de lits résidentiels en lits de jour psychiatriques. Avec ce projet, nommé « RETABLiège », La Citadelle veut aller plus loin et faire du rétablissement la pierre angulaire du soin de santé mentale à l'hôpital, quitte à « *bouleverser certaines idées reçues* ». L'objectif affiché : passer d'un système de soin où le soignant sait ce qu'il convient au patient à la construction collective d'un environnement où *« la qualité de vie peut s'en trouver enrichie »*. Une délégation de l'hôpital s'est rendue à Lyon, à l'hôpital du Vinatier, dirigé par Nicolas Franck. Très concrètement, l'hôpital de jour de La Citadelle a d'ores et déjà modifié ses pratiques. L'équipe a suivi des formations sur le rétablissement et ses outils de soin. Une bibliothèque virtuelle, consultable par tous, a été élaborée, permettant l'émergence d'un langage commun.

Tous les patients se voient proposer un module mensuel sur le rétablissement, divisé en quatre ateliers. Le premier porte sur la psychoéducation et prend vie à travers un groupe de parole favorisant la connaissance et l'évaluation des signes cliniques liés au trouble psychique. Le second explore l'auto-évaluation des difficultés et des besoins des usagers, là aussi, grâce à un groupe de parole. Le troisième décrit le réseau de partenaires que le patient peut solliciter, qu'il s'agisse des services de soin, à l'image des équipes mobiles, de services de consultation ambulatoires, comme le service de santé mentale, ou de services d'insertion socio-professionnelle. Enfin, le dernier atelier permet « l'auto-évaluation des ressources et de soutien à l'activation du réseau ».

L'une des innovations du projet réside dans le détachement d'un agent de liaison extrahospitalier. Son travail est d'accompagner les patients dans leur propre rétablissement, à l'extérieur de l'hôpital. Cet agent facilite la transition vers le réseau ambulatoire et permet de combler, au moins partiellement, ce vide qui happe si souvent les patients à la sortie de l'hôpital. Il permet de densifier le réseau de l'hôpital de jour et de

multiplier les liens à l'extérieur de l'établissement. Comme dans les autres projets, cette transition vers une culture du rétablissement ne se réalise pas d'un claquement de doigts. Des résistances s'expriment. Mais ici, elles n'ont pas été le fait de membres des équipes soignantes, mais plutôt d'usagers, qui manifestaient l'envie d'être pris en charge d'une manière plus directive. Toutefois, le « module rétablissement » et l'accompagnement par un agent de liaison, offrant des perspectives rassurantes sur l'après, permettent de dépasser cet attentisme. Le principal attrait de cette nouvelle approche, selon les premières évaluations de l'équipe porteuse du projet, c'est d'avoir un impact sur le « *sentiment d'avoir un but dans la vie et de faire partie de la société* ».

À Tournai, le Centre Régional Psychiatrique (CRP) Les Marronniers a tout misé sur la formation et la participation de pairs-aidants. C'est un vaste plan de formation au rétablissement et à la pair-aidance qui a été mis en place et a permis de toucher 612 agents grâce à 30 sessions de formation. Ces moments d'apprentissage ont concerné l'ensemble du personnel de soin, les ressources humaines, le secrétariat médical et les fonctions de direction. Seuls les psychiatres n'ont pas suivi les modules en 2024 mais cela devrait être corrigé dès 2025. La direction, qui soutient pleinement la démarche, a rendu obligatoire la participation à ces formations assurées par un formateur certifié et un pair-aidant passé par l'Université de Mons. Depuis quelques années, le CRP Les Marronniers instaure peu à peu une culture du rétablissement, ce qui donne lieu à de multiples projets impliquant des usagers et leurs proches. Il n'est pas toujours évident de déclencher ces changements d'habitudes chez les soignants. Les réticences sont fortes chez certains soignants, particulièrement lorsqu'il s'agit d'intégrer dans leurs équipes un pair-aidant. Les craintes sont davantage exprimées en hôpital psychiatrique sécurisé. Mais, grâce aux formations, le regard change peu à peu. Des soignants prennent du recul et réalisent l'importance du lien, de l'écoute et du travail commun qu'il faut mener avec le patient. Car, le rétablissement donne de l'espoir et du sens aux soignants, la voix des pairs-aidants leur montre que, sur le long terme, leur travail n'est pas inutile et qu'il existe une issue aux crises et aux rechutes, que l'hôpital n'est qu'un temps dans la vie des personnes. Les soignants réalisent l'impact de leurs interventions et, au contact des experts du vécu, ils comprennent mieux quelles actions soutiennent les usagers et quelles autres manières d'être ou de faire les freinent dans leur rétablissement.

Le CRP avance, malgré les obstacles. Une convention de volontariat pour pair-aidant a été rédigée. L'engagement d'un pair-aidant salarié est une idée qui progresse. Elle est en passe de se concrétiser. La description de poste a été préparée. Reste à passer le cap, pour un changement en profondeur.

LA MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES « DE WADI »

REPORTAGE



Nul n'est une île

Notre lieu de vie influence les chances de rétablissement pour ceux qui traversent une crise psychique. C'est pourquoi la MSP De Wadi, à Merelbeke, offre à « ses » résidents une place dans le quartier, et au quartier une place chez eux.

« Mon propre passé en psychiatrie m'aide à percevoir plus vite les signes chez les résidents »

K., pair-aidant

Cet hiver, un stand a manqué à l'appel sur le marché hebdomadaire du jeudi, sur la place de l'église de Merelbeke : le Café Oe is 't avec son café, son thé et ses pâtisseries. Ce stand est tenu par les résidents, les bénévoles et les visiteurs de la maison de soins psychiatriques du village. Tout y est gratuit, mais ceux qui le souhaitent peuvent faire un petit don pour aider à couvrir les frais vétérinaires de Musti, le chat de De Wadi. Dès l'arrivée du printemps, ils seront de retour pour offrir une collation aux passants, les informer sur De Wadi et les inviter aux activités de De Driesprong, le centre de rencontres du foyer. Chacun peut y venir pour un café, une discussion ou une activité. *« Les résidents qui participent le jeudi ont surtout envie de sortir »*, explique K., le bénévole qui veille au bon déroulement du stand.

K. a lui-même été hospitalisé plusieurs fois. Après sa dernière admission, il s'est senti mieux et, depuis, il reprend des forces jour après jour. Il se sent assez fort aujourd'hui pour s'engager comme bénévole à De Wadi. En plus de gérer le stand du marché, il encadre aussi les séances de badminton, accompagnant les résidents chaque jeudi après-midi au centre sportif de Merelbeke. *« Je veux être utile aux autres »*, dit K. *« Au lycée, j'ai étudié les sciences de la santé et du bien-être, je savais que je voulais retravailler dans le social. Mon propre passé en psychiatrie m'aide à percevoir plus vite les signes chez les résidents. Je reconnais quand c'est trop difficile pour eux, je sais qu'il ne faut pas forcer. Je comprends ce que signifie un aujourd'hui, ce n'est pas possible. »*

Le marché, un projet parmi d'autres

Le marché hebdomadaire n'est qu'une des initiatives mises en place par De Wadi pour ses résidents. Son approche des soins axés sur le rétablissement repose sur le concept de rétablissement social. *« L'homme n'est pas une île »*, rappelle Evi Verbeke, psychologue à De Wadi et chercheuse au sein du département de psychanalyse et de psychologie clinique de l'Université de Gand. Le lieu de vie joue un rôle crucial. Il est bien beau de prôner la désinstitutionnalisation des soins, mais cela ne peut fonctionner que si la société est prête à accueillir les personnes en situation de vulnérabilité psychique. Pour qu'elles puissent s'épanouir, elles doivent, au-delà de leur cercle familial ou conjugal, trouver leur place dans un réseau de personnes et d'organisations locales qui les acceptent, les valorisent et leur offrent un rôle actif. *« Un quartier dans lequel elles aussi peuvent avoir une signification et apporter leur contribution »*, explique Evi Verbeke.

À l'origine, le projet s'inspirait d'expériences allemandes menées dans des villages où les petits commerces avaient disparu. L'idée était d'ouvrir une épicerie communautaire proposant des produits locaux ou un café de rencontres. Mais, une analyse du quartier et une consultation des habitants ont montré que Merelbeke disposait encore d'un bon maillage de commerces et de services de proximité.

« Nous avons constaté que le problème ne venait pas du manque d'infrastructures, mais de l'accessibilité de nos résidents à ces lieux », souligne Evi Verbeke. Située entre ville et campagne, Merelbeke est un environnement propice à une institution comme De Wadi. « C'est un quartier qui connaît peu de problèmes sociaux. Les études montrent que vivre dans un environnement dégradé complique le rétablissement. Ici, ce n'est pas un quartier huppé, mais la classe moyenne qui y réside a la capacité mentale et sociale d'accueillir nos résidents. » Merelbeke compte aussi plusieurs commerces à prix abordables, un critère essentiel pour les résidents de De Wadi, qui doivent souvent composer avec des revenus limités. Tout y est accessible à pied, et le village bénéficie d'une vie culturelle dynamique, notamment grâce à la maison de la culture et la bibliothèque municipale. « Notre objectif est de réduire les barrières d'accès à ces espaces pour nos résidents. » Enfin, De Wadi avait une autre motivation derrière ce projet. « Ces dernières années, nous accueillons de plus en plus de jeunes adultes. La désinstitutionnalisation a ses avantages, mais elle laisse aussi certaines personnes sur le carreau : des patients atteints de troubles persistants, souvent isolés et trop anxieux pour vivre seuls. Ces trentenaires et quadragénaires ne veulent pas rester enfermés entre quatre murs. Ils veulent sortir davantage. »

Une place légitime dans la communauté

Il arrive que les résidents de De Wadi adoptent un comportement perçu comme inhabituel dans la rue ou au supermarché. Il n'est pas rare que l'institution reçoive un appel de la supérette locale signalant l'attitude jugée préoccupante d'un résident, ou de voisins inquiets parce qu'un des résidents aborde tout le monde dans la rue. « La semaine dernière encore, le boulanger est venu jusqu'ici avec l'un de nos résidents qui traversait un moment difficile. » L'objectif de De Wadi est la pleine acceptation des résidents lorsqu'ils se déplacent dans le village. « Cela ne se fait pas tout seul : nous engageons le dialogue avec le quartier. Nous créons des liens, nous luttons contre la stigmatisation et nous réfléchissons à la manière dont nous pouvons soutenir les commerces et autres structures locales, comme le centre de services de proximité ou la maison de repos. » Certains résidents apprécient, par exemple, de fréquenter la bibliothèque. Grâce à des échanges informels, De Wadi a pu donner quelques conseils aux bibliothécaires afin qu'ils les accueillent au mieux. « Nous ne voulons pas que nos résidents soient simplement tolérés, nous voulons qu'ils fassent partie intégrante de Merelbeke. »

À l'inverse, Evi Verbeke souhaite aussi encourager les habitants du quartier à franchir les portes de De Wadi et de De Driesprong, son centre de rencontres. Depuis quelques années, l'institution organise une fête de quartier où les commerçants locaux sont également conviés. « Ces moments informels sont bien plus puissants qu'une réunion d'information classique. Cela nous permet d'échanger spontanément

avec les gens, de voir s'il y a des difficultés et si nous pouvons aider. » De Wadi aspire à être un « hub chaleureux » pour Merelbeke, un lieu où les personnes isolées du quartier peuvent se retrouver et se reconstruire. « Nos résidents ont aussi quelque chose à apporter, ils ne sont pas dans un rôle passif. » Certains habitants viennent cuisiner avec eux, partager un café ou participer à l'atelier d'art hebdomadaire, encadré par des artistes professionnels. « Souvent, il s'agit de personnes qui, elles aussi, connaissent une certaine vulnérabilité psychique. » Dans ces ateliers, qui se tiennent dans le centre de services de proximité voisin, résidents, bénévoles et visiteurs créent ensemble. « Des membres du conseil des seniors et d'autres associations nous rejoignent spontanément. C'est un bel exemple d'inclusion par la culture. » L'art est omniprésent à De Wadi : il n'y a pas un mur sans une œuvre réalisée par un résident. L'an dernier, leurs peintures et poèmes ont été exposés lors d'une grande rétrospective au centre culturel. « Une présentation expliquait qui nous sommes, et une boîte aux lettres recueillait les réactions des visiteurs. Parmi elles, un mot d'une poétesse bipolaire qui anime des ateliers d'écriture pour partager sa force à travers la poésie. »

Une autre exposition était consacrée aux témoignages de rétablissement rédigés par les résidents en collaboration avec des étudiants de l'Université de Gand. Ils y racontaient leur parcours, ce qui les aidait et les endroits de Merelbeke où ils se sentaient les bienvenus. « Il n'existe pas une seule façon d'entrer en relation avec les autres », souligne Evi Verbeke. « Il y a toujours plusieurs chemins possibles. »

Être reconnu pour ce qui les rend uniques redonne de la force aux résidents. C'est le cas de ceux qui tiennent le stand du marché : ils distribuent des prospectus, renseignent les passants et les invitent aux événements. « Ils endossent un rôle complètement différent. Une employée du service social, venue donner un coup de main, a été frappée par l'impact du stand. Elle a découvert les résidents sous un autre jour, bien différent de celui qu'elle connaissait à De Wadi. À De Wadi, nous ne nous focalisons pas sur les symptômes », conclut Evi Verbeke. « Nous regardons la personne, nous observons l'environnement dans lequel elle évolue. Le rétablissement social n'est pas un dernier recours pour ceux qui ne trouvent pas leur place dans un parcours clinique classique. Le rétablissement social concerne tout le monde. »

3. CHANGER LES STRUCTURES DE L'HÔPITAL

À Gand, l'Hôpital Psychiatrique Docteur Guislain, presque aussi ancien que la Belgique, revisite l'éventail des soins à l'aune du rétablissement. Et le changement est un changement d'ampleur. Fidèle à sa tradition avant-gardiste, l'hôpital intègre la perspective du patient à tous les étages. Avec ce projet, intitulé « *Vu sous un autre angle – façonner ensemble les soins de manière créative* », le changement est d'abord initié dans l'unité HIC, dite de crise, où sont prodigués des soins intensifs et individualisés. Les prises en charge sont ancrées dans une logique de rétablissement, avec l'ambition de faire rayonner cette pratique dans tout l'établissement.

Cela passe d'abord par la co-construction des soins. Dès l'admission, des entretiens de coordination des soins ont lieu, puis ils s'enchaînent sur base régulière. Le parcours de soins est ainsi concerté avec le patient lui-même et sa famille ou ses proches. On aide le patient à mieux comprendre son trouble, son traitement, mais aussi, et peut-être surtout, on présente au plus vite des perspectives pour la sortie de l'hôpital. À court terme, un pair-aidant viendra étoffer l'équipe des HIC pour parachever cette vision du soin orientée autour du rétablissement du patient. De manière générale, des concertations sont menées avec les usagers, leurs familles, les soignants pour affiner la stratégie de soins de l'hôpital. Et pour que tout le personnel soit au diapason de cette nouvelle approche, une formation sur le rétablissement est proposée aux équipes. Elle est plus spécifiquement destinée à préparer à l'intégration d'experts du vécu. Les travaux menés lors de cette formation ont permis de rédiger un guide opérationnel, incluant un profil de fonction de 'pair-aidant', une procédure de sélection et un parcours d'accueil qui sera éterné dans le service HIC.

Ce projet déborde largement l'unité HIC. Un groupe de référence sur le rétablissement a été constitué au sein de l'hôpital. Il réunit des représentants de chaque service, mais aussi des experts du vécu, notamment issus du Clientenbureau, du nom de cette structure, présente en Flandre, gérée par des experts du vécu et dont la mission est de défendre les droits des patients, de représenter les usagers de soins de santé mentale. Le rôle de ce groupe est de rendre très concrète l'approche 'rétablissement' dans tout l'hôpital. À cet égard, l'outil Recovery Oriented Practices Index (ROPI) est le 'couteau suisse' qu'utilisent allégrement les membres du groupe de référence. Le ROPI est un outil d'évaluation de huit dimensions clé du rétablissement. Il permet, entre autres, d'évaluer la satisfaction des besoins fondamentaux des patients, l'offre diversifiée des services, la participation active de l'utilisateur, l'approche centrée sur ses capacités, l'accent porté sur le rétablissement par l'expertise vécue. Le ROPI facilite l'analyse des points forts et faibles des pratiques de soin au regard du rétablissement. Un autre groupe de référence a été mis sur pied à l'hôpital Docteur Guislain, qui concerne plus spécifiquement le travail avec les familles, en focalisant l'attention sur les enfants de personnes dépendantes ou atteintes de troubles psychiques.

Enfin, un groupe de pilotage, auquel est étroitement associé Cliëntenbureau et l'association de soutien aux familles confrontées à des troubles psychiques, Similes, travaille plus largement sur la notion de rétablissement, sa diffusion et son évaluation. L'hôpital développe son réseau en collaborant avec la Ville de Gand, la HerstelAcademie, les maisons de quartier, les centres de services, les centres d'aide sociale, toujours dans une optique d'ouvrir l'institution, et donc le soin, au monde qui l'entoure. Grâce à ce projet, la notion de rétablissement s'installe peu à peu dans les pratiques, même s'il n'est pas évident de susciter l'intérêt hors des professions de soignants. Les services de soutien, on peut penser aux services administratifs, logistiques, techniques voire sociaux, ne sont pas toujours en phase avec cette nouvelle dynamique. Il n'empêche, les patients et leurs familles semblent apprécier ce changement d'approche. Les premières évaluations menées au sein de l'unité HIC montrent que l'implication renforcée de l'entourage, via les entretiens de coordination des soins, rencontrent un écho très favorable chez les usagers et leurs familles, car cela permet de reconstruire des relations souvent malmenées et donc, de consolider le parcours de soin tout en préparant « l'après » hôpital. Des témoignages de patients sont regroupés dans le podcast, disponible sur Spotify, « Over veerkracht gesproken » - que l'on pourrait traduire par « À propos de la résilience ».

À **Eeklo**, et dans ses alentours, la réforme « 107 » a donné naissance à deux réseaux très actifs dans le domaine de la santé mentale. Le réseau Pakt, dont fait partie l'**Hôpital Sint-Jan**, met l'accent notamment sur les liens entre hôpital et services extra-hospitalier. Dans le cadre de ce projet, l'hôpital Sint-Jan a développé un partenariat avec le Cliëntenbureau du réseau Pakt et celui d'un autre réseau de travail transmurale, qui travaille donc sur la continuité des soins entre l'hôpital et le monde extérieur, nommé ADS.

Le but premier du projet est de renforcer la politique de qualité des soins prodigués à l'hôpital, au regard du rétablissement. Il s'agit donc en premier lieu de développer des indicateurs de qualité, des méthodologies d'audit, pour évaluer les trajectoires de soin orientées vers le rétablissement, et surtout leur impact sur la vie des patients. On trouve parmi les indicateurs : la participation des patients au parcours de soin, l'implication de l'entourage, la continuité des soins. À toutes les étapes de l'élaboration de cette politique de qualité, les patients sont impliqués, ainsi que des pair-aidants, mandatés par le Cliëntenbureau. Le premier lieu de cette concertation se situe dans la « plateforme vision du rétablissement », où siègent bien sûr des soignants. Ses réunions mensuelles sont ouvertes à tous les patients et à tout membre d'équipe qui le souhaite.

À toutes les étapes du projet, l'expérience du vécu est mobilisée, par exemple dans le cycle d'audit interne, où le ROPI joue un rôle important. Des pairs-aidants sont conviés pour partager leur expertise lors de sessions de formation.

À la lumière des indicateurs de qualité, les équipes de toutes les unités, en collaboration avec des patients, sont incitées à perfectionner leur approche rétablissement. Ainsi, la « Clinique Double Diagnostic », qui accueille des patients avec à la fois des troubles psychiques et d'addictions, est en passe de mettre en place un Conseil des usagers.

Bien sûr, pour pérenniser les bonnes pratiques, dont celles déjà en cours, comme les groupes de soutien ou les évaluations ROPI, la formation est essentielle. Tous les nouveaux employés bénéficient d'une formation de base par un expert du vécu du Cliëntenbureau. Ce dernier coanime, aux côtés de soignants, les formations relatives à la thématique 'qualité'. Celui-ci est aussi imbriqué dans la structure de l'hôpital, notamment dans le groupe en charge du programme thérapeutique. La participation des usagers sera aussi ancrée structurellement dans le développement des programmes de soin. Leur participation active est encouragée dans les réunions d'équipes pluridisciplinaires. On le voit, les pair-aidants sont donc déjà bien intégrés au fonctionnement de l'institution. Un nouveau cap devrait être franchi, en 2025, par l'embauche d'un expert du vécu.

**On aide le patient
à mieux comprendre
son trouble,
son traitement,
mais aussi et peut-être
surtout, on présente
au plus vite
des perspectives
pour la sortie
de l'hôpital.**

Finalement, ce sont bien les patients qui doivent bénéficier de ce projet. Les indicateurs développés au sein de l'hôpital permettent de mesurer si le trajet de soins implique bien le réseau du patient, ses proches. Ils encouragent, dès l'admission, les démarches vers l'extérieur. Ils notent la participation des usagers. Concrètement, ces indicateurs se traduisent en actions, par exemple pour accroître l'implication des familles, en collaboration avec la plateforme familiale.

Une information simple d'accès sur les possibilités qui s'offrent aux patients est distribuée à ces derniers dès l'admission, sous forme de brochures ou de séances d'informations. Un groupe central de patients a été créé dans l'hôpital, ouvert à tous. Des patients sont formés et accompagnés pour jouer au mieux le rôle de représentant de leurs pairs. Enfin, l'hôpital vise une augmentation du nombre de patients qui participeront activement à leur propre traitement, par exemple en s'impliquant dans des réunions multidisciplinaires les concernant. Une brochure, co-rédigée par des représentants de patients présente cette philosophie. Et puis l'hôpital active ses relais à l'extérieur, par exemple auprès de la HerstelAcadémie régionale ou d'un club de sport inclusif.

Il n'est pas toujours évident de mobiliser les patients, note-t-on du côté de l'hôpital, certains cherchent à mieux cerner cette approche qui leur demande d'être davantage actif, alors qu'ils attendent parfois que l'hôpital prenne les rênes de leur vie. Quant aux pair-aidants, ils seront davantage accompagnés pour faire face à la croissance de leur importance dans l'organisation des soins. Leur rôle doit davantage être clarifié pour éviter toute confusion avec les attributions des soignants. Malgré ces quelques ajustements nécessaires, le rétablissement avance du côté de l'hôpital Sint-Jan, et, pour emprunter les mots de l'institution elle-même *« si nous parvenons à identifier dès le début du traitement un bon équilibre entre les forces et les besoins de l'utilisateur et une offre adaptée hors de l'hôpital, cela contribue à raccourcir la durée de l'hospitalisation et à prévenir les réadmissions après la sortie »*.

Au sein de la **section psychiatrique de l'Hôpital général Noorderhart**, dans le Limbourg, 30% des admissions concernent des personnes en situation de dépendances à l'alcool ou à des psychotropes. Les rechutes sont monnaie courante et les réadmissions sont nombreuses, ce qui décourage à la fois le patient et le soignant. Pour contrecarrer cette tendance, l'hôpital mise sur le changement de focale grâce à la participation des patients à des groupes d'entraide, en lien avec des réseaux de soins, à l'extérieur, dont des médecins généralistes. L'hôpital prône aussi le contact avec des experts du vécu. Au cœur de la démarche on trouve l'idée de choix. Le patient doit être en mesure de choisir entre plusieurs options. Les pair-aidants leur inspirent confiance ; *« ils sont à la fois des compagnons d'infortune et des modèles »*. Car, les patients souffrant d'addiction peuvent s'identifier au parcours de ces experts du vécu.

En pratique, chaque patient qui le désire est vu par un pair-aidant, dans un délai d'une semaine. 8 pair-aidants ont été embarqués dans l'aventure, et d'autres sont en cours de recrutement. Ces experts du vécu agissent auprès du patient, qu'ils conseillent dans leur trajet de soin et vers les relais à l'extérieur, notamment vers des groupes de soutien.

Cette initiative est le fruit d'une collaboration étroite avec la Verslavingskoepel, un réseau de soutien aux personnes dépendantes. Cette coupole soutient les personnes dépendantes, depuis 2012, grâce à un modèle innovant de collaboration entre experts du vécu et soignants. L'objectif du projet développé par l'hôpital Noorderhart et la coupole, est bien sûr d'impliquer des pair-aidants dans l'accompagnement des patients, d'inciter ces derniers à participer à des groupes de parole mais aussi d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur en favorisant la continuité des soins grâce à des partenariats avec le réseau extrahospitalier, notamment les médecins généralistes de première ligne, des services sociaux et communaux.

Car, ce projet est intrinsèquement orienté vers le réseau externe à l'hôpital, dans l'idée d'une continuité de soins. Ainsi, un groupe de pilotage a été constitué. Son rôle : trouver des moyens de pérenniser le projet et, ainsi, pousser au développement d'une prise en charge extra-hospitalière pour les personnes avec des assuétudes. On y trouve bien sûr des représentants de l'hôpital et de la Verslavingskoepel, mais aussi le CAW, un médecin généraliste, un représentant du CPAS. Ce groupe permet d'initier par exemple des formations, comme celle qui s'est tenue à Lommel, à destination de médecins généralistes du Nord-Limbourg, ou d'autres, à destination des services sociaux des communes et CPAS du Nord-Limbourg, grâce à la « Welzijnsregio », cette initiative intercommunale de mutualisation des ressources des CPAS pour soutenir des projets liés au bien-être et, notamment, à la santé mentale des habitants. Les travailleurs sociaux des CPAS ont accueilli avec enthousiasme cet apport, car la pair-aidance offre une aide non négligeable pour des publics qui parfois ne se sentent pas prêts à aller plus avant dans des prises en charge médicales. Au sein de l'hôpital, 33 patients ont ainsi pu bénéficier d'un soutien de pair-aidant. Leurs familles ont aussi la possibilité d'échanger avec un pair-aidant dédié aux proches.

Les bienfaits de la pair-aidance sont évidents pour les patients. Ils se sentent mieux compris et peuvent s'identifier. Quant aux soignants, ils constatent une meilleure réceptivité des patients lors des échanges. Et dans les communes, les services sociaux savent mieux vers qui orienter des personnes souffrant d'addiction. Les vertus sont là. Les obstacles aussi. Il s'avère assez difficile de recruter des pair-aidants bénévoles. L'hôpital compte sensibiliser davantage, notamment via des associations locales pour combler ce manque de candidats. Une fois les pair-aidants en poste, il sera nécessaire de les accompagner, par des supervisions, afin de soutenir leurs démarches et éviter les découragements. Notons au passage

que certains soignants appréhendaient ce déploiement de pair-aidants dans leur institution. Des formations devraient permettre de mettre en exergue les bienfaits de leur présence et de faciliter leur atterrissage dans les équipes.

Une chose est sûre, cette action volontariste fait germer des idées dans le Nord-Limbourg et au-delà. À Pelt, une permanence hebdomadaire a ouvert pour les patients après leur hospitalisation. L'hôpital Vesalius s'engage à développer le même modèle en 2025 et les autres hôpitaux de la région suivent de très près les résultats, dans l'idée de suivre la même voie.

Au **Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT)**, cela fait longtemps qu'on réfléchit à la notion de rétablissement. Mais, la translation de la réflexion à la pratique prend du temps, et bouscule le quotidien. C'est pourquoi l'hôpital a décidé de saisir la balle au bond et de répondre à l'appel à projets, vu comme une « *opportunité pour accélérer la transformation des pratiques* ». Pour réaliser le projet intitulé « *Soutenir et concrétiser l'espoir d'aller mieux* », l'hôpital s'est allié au SMES, en bénéficiant de son projet Peer And Team support (PAT), un programme de soutien, d'accompagnement et de formation au rétablissement et à la pair-aidance. Au sein du CHJT, c'est l'unité Alizé qui est à l'initiative, et la bénéficiaire principale, de ce partenariat avec le SMES. Le projet vise en premier lieu l'équipe soignante, afin d'y faire progresser la notion de rétablissement et donc de soins amarrés aux besoins des patients.

L'unité Alizé offre un accueil résidentiel de moyen ou long terme à des patients psychotiques. On y propose au patient de coconstruire son projet de vie individualisé, donc une certaine culture du rétablissement y est déjà présente. D'ailleurs, le CHJT a développé son projet thérapeutique autour de la notion de rétablissement, des formations sont prodiguées en ce sens et un Comité de rétablissement a été institué dès 2020 pour harmoniser les pratiques. Mais, en réalité, comme le rappellent les porteurs de projet, faire changer la posture du soignant face aux patients, nécessite du temps. C'est dans cette logique que le SMES est intervenu dans l'unité Alizé, avec ses pair-aidants. Ainsi, 8 sessions de formation ont été données au personnel soignant, administratif et logistique de l'unité en 2024. À l'issue de ce processus, l'équipe a rédigé sa propre définition du rétablissement qui est désormais affichée, en grand format, sur les murs de l'unité, comme une charte ralliant toute l'équipe. Les travailleurs de l'unité Alizé ont ensuite décidé de poursuivre leur œuvre autour de la notion de rétablissement en se répartissant en trois groupes de travail. Le premier est consacré au rétablissement et aux soins. On y liste les pratiques existantes avec l'ambition de les étendre dans tout l'hôpital. Des outils destinés à favoriser l'implication des usagers y sont élaborés. Le groupe planche notamment sur un carnet de soin adapté à chaque patient où seront listés les objectifs et les besoins de l'usager. Le second

unités pour récolter leurs attentes et leur vision du rétablissement. Ce recueil contiendra aussi des avis de patients et de proches. Enfin, des réunions hebdomadaires permettent au troisième groupe de travail de confronter les pratiques professionnelles concrètes aux principes du rétablissement.

Faire progresser le rétablissement à l'hôpital n'est pas de tout repos. La curiosité des patients n'est pas toujours facile à éveiller, tout comme leur implication. Des soignants sont encore réticents, ce qui rend leur motivation variable. Et même l'équipe de l'unité Alizé estime que l'état physique de leur unité, où les résidents vivent à trois dans des chambres communes défraîchies, n'offre pas vraiment les conditions idéales pour un rétablissement. Malgré ces difficultés, qui sont autant de défis pour l'année 2025, le rétablissement avance. L'équipe Alizé envisage désormais d'embaucher un pair-aidant.

L'ÉQUIPE FIL ROUGE D'ISoSL

REPORTAGE



À Liège, les pairs-aidants tissent un fil rouge entre soignants et patients

Au sein de l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISoSL), le rétablissement se déploie grâce à l'équipe Fil Rouge. Sa mission : faciliter l'intégration de pairs-aidants dans les équipes et sensibiliser ces dernières à la plus-value de soins orientés vers le rétablissement.

« L'objectif de l'équipe Fil Rouge c'est de faire essaimer la pair-aidance et le rétablissement, il s'agit de sensibiliser les équipes et de répondre aux questions qu'elles se posent. »

L., coordinatrice de 'Fil Rouge' et pair-aidante

En ce début d'après-midi du mois de janvier, à Liège, ils sont plus d'une vingtaine de participants à assister à une session de travail du groupe « Pair-aidance et rétablissement », organisée par l'équipe Fil Rouge d'ISoSL.

Des pairs-aidants, stagiaires, bénévoles, salariés, s'installent aux côtés d'infirmières, de psychologues, de psychiatres, d'ergothérapeutes, d'éducateurs, issus d'une dizaine de services d'ISoSL - hôpitaux, équipes mobiles, services ambulatoires.

Alors qu'ils n'étaient qu'une poignée de participants lors de la première réunion du groupe, en février 2024, l'affluence n'a fait que croître au fil des mois, à tel point qu'il est difficile, aujourd'hui, de trouver assez de chaises pour tout le monde. Ce succès témoigne de la montée en puissance de la thématique du rétablissement et de l'intérêt porté à la pair-aidance, au sein de l'Intercommunale de soins.

Véritable porte-voix du rétablissement, l'équipe Fil Rouge, composée de pairs-aidants et de soignants, anime les sessions de ce groupe de travail. L'assistance est composée de membres de services qui ont déjà intégré des pairs-aidants, ou d'unités désireuses d'introduire des pratiques orientées vers la pair-aidance et le rétablissement dans leurs équipes. « L'objectif de l'équipe Fil Rouge c'est de faire essaimer la pair-aidance et le rétablissement, il s'agit de sensibiliser les équipes et de répondre aux questions qu'elles se posent », explique L., coordinatrice de Fil Rouge et elle-même paire-aidante.

Agir sur plusieurs fronts

En 2017, la direction d'ISoSL a choisi d'inscrire les pratiques de ses services dans une approche axée sur le rétablissement, insufflant ainsi un nouvel élan aux soins psychiatriques en favorisant la pair-aidance. Un véritable changement de paradigme. Le traduire en actes concrets demande du temps et du pouvoir de conviction, car la pair-aidance vient heurter des habitudes parfois bien ancrées chez les soignants. Et dans ce vaste projet de rétablissement, Fil Rouge joue un rôle essentiel. « L'équipe Fil Rouge, est la véritable cheville ouvrière de ce projet », note Marie-Noëlle Levaux, psychologue et membre fondatrice de l'équipe.

Fil Rouge mène son action sur plusieurs fronts. L'équipe sensibilise les unités à l'importance du rétablissement et aux bénéfices de la pair-aidance, perçue à la fois comme un levier contre la stigmatisation et un moteur d'espoir et d'identification pour les patients. C'est l'équipe Fil Rouge qui fait le lien entre les demandes des services et les pair-aidants - bénévoles, stagiaires, et même salariés - qu'elle coordonne et qu'elle accueille.

Un pair-aidant peut à la fois être intégré à un service tout en gardant ce lien fort avec l'équipe Fil Rouge, à travers des partages de bonnes pratiques, des échanges, des techniques d'intervision. C'est aussi Fil Rouge qui forme les équipes à l'accueil de pair-aidants et organise les réunions du groupe de travail « Pair-aidance et rétablissement » pour examiner des problèmes concrets posés par ce changement de modèle et faire progresser les bonnes pratiques.

Quelle déontologie pour les pairs-aidants ?

En cette journée de janvier, les participants au groupe de travail sont conviés pour parler de déontologie. Faut-il un code de déontologie pour les pairs-aidants ? Jusqu'où peut-on aller dans le partage des informations sur un patient ? Qu'en est-il du secret professionnel partagé ? Est-il envisageable d'intégrer un pair-aidant dans un service où ce dernier a séjourné en tant que patient ?

Le groupe est divisé en quatre tables de parole. Dans l'une d'entre elles, les discussions se fixent autour d'une thématique assez sensible pour les soignants. Où se situent les limites entre le rôle du pair-aidant et le cadre des règles en vigueur ?

Au fil des échanges, les participants ont d'abord rappelé que la familiarisation des pairs-aidants avec le règlement d'ordre intérieur ou la charte du service devrait être un préalable. Cependant, ces documents restent évolutifs et peuvent refléter une conception du rétablissement parfois obsolète. Mais ensuite, tout peut être discuté en réunion d'équipe, rappelle un soignant, même les propositions les plus étonnantes, car le rétablissement véhicule justement l'idée qu'il n'existe pas de solution uniforme pour tous les patients. « Chaque pair-aidant amène quelque chose de sa propre expérience, c'est justement toute la richesse de leurs interventions, parfois surprenantes. Un pair-aidant m'avait dit qu'il s'était sorti de son addiction grâce aux piments ! » L'arrivée de pairs-aidants « bouscule les habitudes, rappelle Marie-Noëlle Levaux. Si nous choisissons de travailler avec eux, c'est pour trouver d'autres solutions. » Dans certains services, les interventions de pair-aidants ont permis de questionner l'isolement de patients en crise et de retrouver peu à peu une forme de sérénité. « La pair-aidance pousse à faire un pas de côté, à réfléchir et, in fine, invite au lâcher prise », conclut Marie-Noëlle Levaux.

« Chaque pair-aidant amène quelque chose de sa propre expérience, c'est justement toute la richesse de leurs interventions, parfois surprenantes. »

Marie-Noëlle Levaux, psychologue et membre fondatrice de l'Equipe

À l'issue de ces échanges, les quatre groupes se réunissent à nouveau. On y présente l'avancée des discussions. L. évoque l'élaboration d'une charte des pairs-aidants, qui balisera leur travail, à travers des règles communes et garantira une certaine cohérence des interventions.

Au sein d'ISoSL, la pair-aidance avance. L'équipe Pôle ambulatoire âge de transition et l'équipe mobile Estim s'approprient à intégrer des pairs-aidants salariés. L'équipe Dédale, spécialisée dans l'accompagnement de personnes présentant un double diagnostic d'addiction et de psychose, accueille en son sein deux pair-aidants bénévoles. Six autres équipes ont été formées au rétablissement et à la pair-aidance ou ont manifesté l'intérêt pour cette approche qui se diffuse rapidement. L'équipe HIC a embauché R., un pair-aidant salarié. Il fut hospitalisé à deux reprises et considère que sa mission, aujourd'hui, est essentielle car elle « peut faire changer le regard sur les patients en psychiatrie. Il y a les maladies mais aussi les personnes. Voir quelqu'un qui s'en est sorti, ça peut changer les horizons ». Une mission d'intérêt général donc, que l'équipe Fil Rouge poursuit avec détermination.

4. OUVRIR L'HÔPITAL

À l'Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF), les soignants sont convaincus d'une chose. Il faut que les parents soient partenaires des soins de leurs enfants. Ces soins pédopsychiatriques doivent être intégrés à l'environnement de l'enfant, en ce compris dans sa famille. C'est tout le sens du projet porté par trois unités de l'hôpital, à destination d'enfants atteints de particularités neurodéveloppementales, en particulier d'enfants avec des troubles du spectre autistique. Les trois unités de jour pédopsychiatriques de l'HUDERF - l'unité parents enfants pour les 0 - 2,5 ans, l'unité APPI qui vise la prise en charge précoce d'enfants autistes et l'unité maternelle thérapeutique pour enfants de 2,5 à 9 ans - se sont donc unies pour développer ce projet ouvert sur le monde extérieur. Grâce au soutien reçu via l'appel à projets, une psychologue spécialiste des troubles du spectre autistique a pu être embauchée.

Les équipes des trois services ont été embarquées dans ce projet qui affecte, dès le début de la prise en charge, un « soignant référent » à l'enfant et à ses parents. Ce soignant met en place un plan de prise en charge individuel répondant aux besoins spécifiques de l'enfant, en lien avec l'environnement de ce dernier, et déterminé par l'équipe pluridisciplinaire. Les parents sont ici considérés comme de véritables co-thérapeutes. L'objectif est de transmettre aux parents, ainsi qu'aux crèches ou aux écoles fréquentées par les enfants, des stratégies quotidiennes, issues de 'l'ESDM', donc des méthodes d'intervention précoces pour enfants autistes, afin de favoriser la communication, l'attention, le partage, le plus souvent par le jeu. L'entourage apprend à aménager l'espace, mettre en place des outils visuels, des apprentissages adaptés à la situation de l'enfant. Ces stratégies peuvent donc être reproduites à domicile ou à l'école.

L'entourage est ainsi outillé, grâce à l'aide des soignants, à analyser les relations entre le comportement de l'enfant et son environnement. Les soignants leur enseignent des comportements et stratégies davantage adaptés à l'environnement. Afin d'acquérir ces compétences, les parents sont invités à des groupes de psychoéducation dont le contenu des échanges porte sur les particularités de leurs enfants. Ces parents ont aussi reçu des guidances ciblées à domicile afin d'élaborer une stratégie propre à leur enfant, toujours dans l'idée de favoriser la communication.

La prise charge des équipes de l'HUDERF se déroule donc, en partie, hors les murs, avec un suivi à domicile, et aussi dans les crèches, les écoles, en interaction directe avec les enseignants ou puéricultrices. Cet accompagnement, ouvert vers l'extérieur, aide au maintien à l'école des enfants, le renforce parfois, et diminue le temps d'hospitalisation. Des partenariats privilégiés avec crèches et écoles se développent. 16 familles ont bénéficié du projet. 16 écoles et 3 crèches ont été sensibilisées à l'inclusion de ces enfants, ce qui permet d'affiner la connaissance par les équipes de l'hôpital du réseau extérieur. Les premiers retours des familles concernées sont positifs. Des mesures d'aide directe sont mises en place à domicile ou à l'école. Les parents comprennent mieux leurs enfants et les échanges avec les professionnels sont plus fluides. La solidarité entre parents émerge des groupes de parole. Les effets bénéfiques se font sentir, mais l'efficacité du projet n'est pas encore optimale. En effet, le temps d'accompagnement, de quatre à cinq mois, est trop limité. Quant aux écoles, elles manquent cruellement de moyens et de formations ce qui entrave parfois la mise en place concrète des stratégies essentielles à la bonne intégration d'enfants avec des troubles du spectre autistique.

À Anvers, l'**Unité de Psychiatrie pour Jeunes et Adolescents (UKJA)** du réseau hospitalier **ZNA**, s'ouvre aussi vers l'extérieur... en traversant la rue. Car, à quelques encablures de l'établissement se situe le musée Middelheim, ce lieu prisé des flâneurs pour ces statues et sculptures exposées à l'air libre. Avec ce projet, nommé « Bypass », l'équipe de l'UKJA s'inscrit dans une dynamique située à la croisée des chemins de l'urbanisme, de l'artistique, de l'architecture et des soins. Il s'agit ici de concevoir, avec la participation active des jeunes hospitalisés, un nouvel espace public, qui leur serait ouvert, situé entre l'hôpital et le musée. L'hôpital veut ainsi « *co-crée un espace thérapeutique en dehors des murs de l'institution, offrant des possibilités d'apprentissage et de développement aux jeunes* ». Le projet est ambitieux, il sort des cases préexistantes et mise sur le monde de l'art, sur les interactions avec l'extérieur, pour « déstigmatiser » ces jeunes en psychiatrie. Tout au long de la création de cet espace extérieur, les jeunes ont voix au chapitre, et ce, dès la conception de cet espace. Le musée Middelheim, de son côté, devient aussi un acteur du rétablissement de ces jeunes et de leur entourage. Un accord a été passé entre les deux institutions. Les jeunes seront consultés à chaque étape du projet, notamment sur l'aménagement de l'espace et le choix des artistes qui y seront exposés. Un espace pourrait être dédié à l'exposition des œuvres des jeunes de l'UKJA.

La première étape concrète de 'Bypass' réside dans la cartographie des besoins des jeunes et de leurs familles, ou de leurs proches. Cela passe par des entretiens détaillés et des groupes de parole. Puis ce sont les concepteurs du projet – les « designers » – qui élaborent des propositions, toujours en lien avec les jeunes, qui, plus tard, auront la possibilité de participer à leur mise en œuvre. Ce lieu est destiné à devenir un espace de soins hors les murs de l'hôpital et un lieu de rencontres, notamment avec les familles, et avec un public plus large. Le rêve poursuivi par les porteurs du projet est bien « *d'encourager les rencontres et la fusion de différents univers* ».

Le réseau ZNA adhère à la vision de soins ancrés dans le rétablissement, moins hiérarchique et adaptée aux besoins du patient. C'est aussi dans cette logique que ce projet s'inscrit, visant l'émancipation des jeunes et l'ouverture d'espaces où ils pourront « *expérimenter leur autonomie et leur autorégulation* ». D'autres partenaires, résidents locaux, Université d'Anvers, centres de services, sont ou seront associés à 'Bypass'. Ce lieu extérieur, sécurisé mais hors de l'enceinte fermée de l'hôpital, est conçu comme un espace d'expérimentation et de transition vers le suivi post-hospitalisation. Ce projet est développé avec la Faculté de médecine et des sciences du soin, ainsi que la Faculté de design de l'Université d'Anvers.

L'art, encore, est au cœur du projet « Samenspel » né également dans le giron du Réseau hospitalier d'Anvers, mais cette fois-ci porté par le **Service de Psychiatrie pour Adultes de l'Hôpital Stuivenberg**, et destiné à des patients avec des troubles psychiatriques graves, et de longue durée. C'est le théâtre qui sert de levier et d'ouverture d'un chemin vers le rétablissement. Les patients issus des unités résidentielles et de l'hôpital de jour sont invités à co-construire une représentation théâtrale avec des soignants volontaires. Ils sont encadrés par Lien De Graeve, metteuse en scène et artiste qui construit un spectacle autour d'objets apportés par les participants. Les répétitions hebdomadaires ont débuté en septembre 2023 et sont extrêmement bénéfiques aux patients. « *Ils oublient un instant qu'ils sont malades* », souligne Lien De Graeve. Par le plaisir du jeu, les patients prennent confiance en eux, ils s'oublient quelques instants dans la joie de vivre et développent de belles amitiés. Ils découvrent aussi des aptitudes qu'ils n'auraient pas imaginées. Cette énergie vitale qui se déploie, malgré la vulnérabilité psychique, est une force dans laquelle les patients peuvent puiser pour se mettre en mouvement. La participation des soignants est aussi un immense atout car elle brise les frontières entre les mondes et permet aux patients de ressentir un sentiment d'égalité. Bien sûr, la construction d'un tel projet demande de la souplesse et de la créativité car le groupe est instable, marqué par un fort turn over et une participation irrégulière. Cela n'a nullement empêché la troupe d'offrir une première représentation en public devant des patients et des soignants de l'hôpital Stuivenberg en juin 2024. Deux représentations finales viendront clôturer ce cycle en 2025, l'une à la salle Rataplan et l'autre à nouveau dans l'enceinte de l'hôpital. Ces moments sont essentiels car ils génèrent un fort sentiment d'accomplissement chez les participants. Ce projet s'inscrit dans la dynamique de rétablissement enclenchée dès 2015 au sein de l'hôpital Stuivenberg.

Outre le théâtre, « Samenspel » contient une seconde dimension, relative à la résilience, via des sessions de formation à destination de patients et de soignants. Le déroulement de ces formations est désormais en suspens suite au décès de la formatrice, Herlinde Wynants, en décembre 2024. Ce terrible drame endeuille la communauté des soins psychiatrique anversoises. En effet, Herlinde Wynants était, de par son vécu, l'incarnation du lien entre le monde du soin et les patients. Elle avait été interniste, médecin impliquée dans la création du centre de référence sur le syndrome de fatigue chronique. Mais, elle souffrait aussi de troubles psychiques sérieux et intervenait, sur base régulière, en tant que pair-aidante. Elle avait rédigé plusieurs ouvrages sur ces thèmes.

Dans le cadre de « Samenspel », elle a pu prodiguer ses formations à la résilience chaque semaine à l'hôpital de jour, aux côtés d'un soignant membre du personnel. Elle a par ailleurs animé une session d'introduction à la résilience au personnel de l'hôpital de jour et au sein du groupe de réflexion sur les soins axés sur le rétablissement. Enfin, 12 membres de l'équipe de l'hôpital ont suivi auprès d'elle une formation pour devenir eux-mêmes formateurs en résilience. Ses formations, ancrés dans la pratique concrète du sourire, permettaient aux patients d'apprendre à mieux se connaître et à gérer leur stress et leurs angoisses, dans une atmosphère ludique et bienveillante.

Des réflexions sont en cours pour pérenniser et poursuivre le travail d'Herlinde Wynants, dont la vie et les actions auront contribué à faire avancer la notion de résilience... et celle de rétablissement.



LE CENTRE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE DUFFEL

REPORTAGE



La Boussole de traitement montre la voie vers le rétablissement

Parfois, une réponse commence simplement par poser la bonne question. Dans les couloirs du Centre Psychiatrique Universitaire de Duffel (UPC Duffel), une révolution silencieuse est en marche avec la Boussole de traitement, qui place les patients et leurs proches sur un pied d'égalité dans le dialogue avec les soignants.

**« Il est donc essentiel
que le plan de traitement
ne devienne pas
un plan de vie,
mais qu'il définisse
des critères clairs
et atteignables
pour la sortie. »**

Evelien Vanbeveren,
coordinatrice des soins
au Centre Psychiatrique
Universitaire de Duffel

P. l'a toujours avec lui : une pile de petites cartes colorées, maintenues par un bouton argenté, qui s'ouvrent et tournent comme une boussole. Rose : que se passe-t-il ? Vert menthe : qu'est-ce qui a déjà aidé ? Orange : quels objectifs choisissons-nous ensemble ? ... En tout, dix questions qui aident P., durant son séjour à l'UPC Duffel, à organiser ses pensées sur sa vie et son traitement : c'est ça, la Boussole de traitement.

« J'ai déjà séjourné huit fois dans un établissement psychiatrique », raconte P. « À chaque admission, on vous pose tellement de questions, on vous donne tellement d'informations. C'est accablant, un vrai chaos. On n'a pas toujours de réponse immédiate à toutes ces questions. Après toutes ces années, je commence à comprendre ce qui est possible, ce qui ne l'est pas, et où se situent mes limites. Mais, on ne peut pas tout clarifier dès le premier jour. »

La Boussole de traitement, élaborée par l'UPC Duffel, en collaboration avec des soignants et des patients, est une liste de contrôle, pratique, qui structure les discussions entre les patients, leurs proches et les soignants. Il permet d'aborder les raisons de leur présence à l'hôpital, le traitement en cours et leurs aspirations pour la suite de leur vie.

« Cela aide à voir la personne au-delà du diagnostic », souligne Lieve Beheydt, collaboratrice scientifique en diagnostic à l'UPC Duffel. Il s'agit de regarder les capacités et les forces, et pas seulement la vulnérabilité. Tout commence avec la première question de la boussole – que se passe-t-il ? La réponse ne se limite pas, comme on pourrait s'y attendre, à dépression ou addiction. Elle reflète plutôt ce que le patient perçoit comme son principal problème.

Valoriser l'expérience vécue

Il s'agit souvent de choses très concrètes : le patient n'a vu personne depuis deux semaines. Ou bien : le voisin qui l'aidait pour les courses n'est plus disponible. À partir de cette première question, la Boussole structure le dialogue : pourquoi ce problème est-il un problème maintenant ? Qu'a-t-on déjà tenté ? Qu'est-ce qui a aidé auparavant ? Mais aussi : quels objectifs la personne se fixe-t-elle ?

« L'hospitalisation est courte », explique Evelien Vanbeveren, coordinatrice des soins. « Il est donc essentiel que le plan de traitement ne devienne pas un plan de vie, mais qu'il définisse des critères clairs et atteignables pour la sortie. » Autrement dit : qu'est-ce qui est suffisant pour permettre au patient de poursuivre son chemin après son départ ? Dormir une semaine entière sans interruption ? Ou simplement se lever à heure fixe chaque jour ? Quoi qu'il en soit, cela se décide en concertation avec le patient.

Mais, ce n'est pas toujours le cas, comme l'a constaté S. par le passé. En tant que travailleuse paire-aidante familiale et assistante psychologue, elle accompagne et informe les familles de patients à l'UPC Duffel. Elle leur fait découvrir la Boussole de traitement. Un outil dont elle aurait aimé disposer lorsque son propre compagnon a été hospitalisé dans un autre établissement. « Tellement de choses n'ont jamais été prises en compte, tant d'aspects de notre vie n'ont pas été abordés. Les objectifs ont été imposés, pas discutés. Et moi, on ne m'a rien demandé, mes connaissances n'ont jamais été reconnues. »

Or, la famille détient souvent des informations précieuses qui complètent le récit du patient ou les observations de l'équipe soignante. Elle perçoit des éléments dont le patient n'a pas conscience, connaît ses habitudes et ses préférences, et a souvent été en première ligne face aux difficultés avant l'hospitalisation. La Boussole de traitement valorise cette expertise vécue.

Grâce à la Boussole, les patients peuvent également préparer leurs entretiens avec les soignants. Ils sélectionnent les questions qui les préoccupent à ce moment-là et peuvent en discuter avec leur famille. « Cela les aide à structurer leurs émotions et leurs pensées, afin d'exprimer le plus clairement possible ce qu'ils jugent important de partager », explique S.

« Même si nos soignants sont très accueillants, un patient peut vite se sentir intimidé face à la différence de connaissances et d'expertise », ajoute Evelien Vanbeveren. « Dans ce contexte, il n'ose pas toujours poser des questions à l'équipe soignante. Avec la Boussole de traitement, ils commencent la discussion sur un pied d'égalité. » Cet outil favorise ainsi un dialogue plus réciproque.

La boussole comme un fil rouge

Toutefois, les professionnels doivent parfois encore s'habituer à utiliser la Boussole de manière systématique, reconnaît Lieve Beheydt. C'est pourquoi un programme parallèle est mis en place à l'UPC Duffel pour former les équipes interdisciplinaires à cet outil. La psychiatrie est une discipline complexe : les patients accueillis à Duffel présentent souvent plusieurs diagnostics et sont confrontés à de nombreux facteurs de vie qui s'influencent mutuellement. La meilleure approche consiste donc à centrer le soin non seulement sur le traitement médical, mais aussi sur le fonctionnement global et le bien-être du patient.

Comment structurer les discussions sur le traitement des patients ? L'objectif est que les équipes interdisciplinaires utilisent les dix questions comme fil conducteur lorsqu'elles discutent d'un patient en équipe. « Elles doivent se demander quelles informations sont essentielles pour élaborer un traitement, en se basant non seulement sur les connaissances scientifiques, mais aussi sur l'expérience et la perception du patient. »

« La Boussole devient alors un fil rouge qui accompagne toute la prise en charge, en étant complétée et ajustée en permanence, même lorsque le patient change d'unité », explique Lieve Beheydt. « En intégrant ces informations au dossier patient, nous nous assurons qu'elles sont toujours transmises, garantissant ainsi la continuité des soins et limitant les angles morts. »

Même si l'intégration de la Boussole de traitement aux réunions de suivi peut sembler chronophage, elle permet en réalité de travailler plus efficacement. Les équipes, tout comme les patients, ne sont pas obligées d'aborder toutes les questions à chaque fois, mais peuvent se concentrer sur celles qui sont les plus pertinentes à l'instant T.

Chaque unité dispose de son propre cadre, de sa propre approche et de son propre langage. « Avec la Boussole de traitement, nous voulons instaurer une langue commune et compréhensible dans toute l'institution, pour formaliser ce que les soignants ont en réalité toujours fait », conclut Evelien Vanbeveren.

Les patients sont convaincus de la valeur ajoutée de la Boussole. « Lors des séances de groupe, lorsque nous parlons de la Boussole de traitement, explique K., travailleuse paire-aidante, on voit les gens sortir de leur diagnostic. En répondant aux questions, ils réalisent que, malgré des diagnostics différents, d'autres traversent les mêmes difficultés. Ils comprennent qu'ils ne sont pas seuls. »

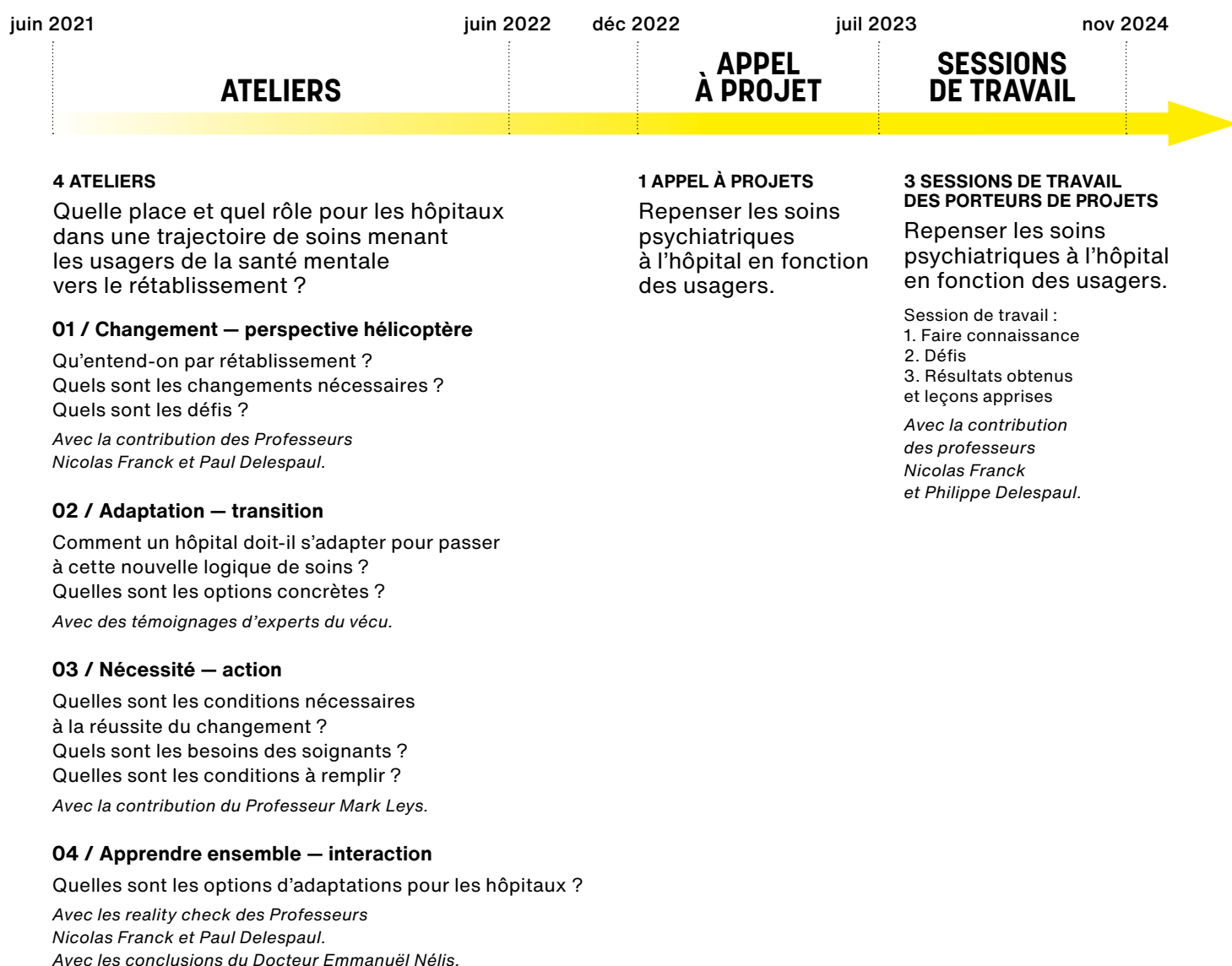
En tant que paire-aidante, elle est membre à part entière de l'équipe de soins. Forte de sa propre expérience, elle sait que ces questions, en apparence simples, peuvent faire émerger de nombreuses émotions. « Mais, elles peuvent aussi révéler des forces insoupçonnées et donner du pouvoir aux personnes. » « Parler du fait que l'on se sent seul, par exemple, peut amener à identifier quelqu'un qui pourrait être là pour vous. » Parfois, une réponse commence simplement par poser la bonne question.



ANNEXES

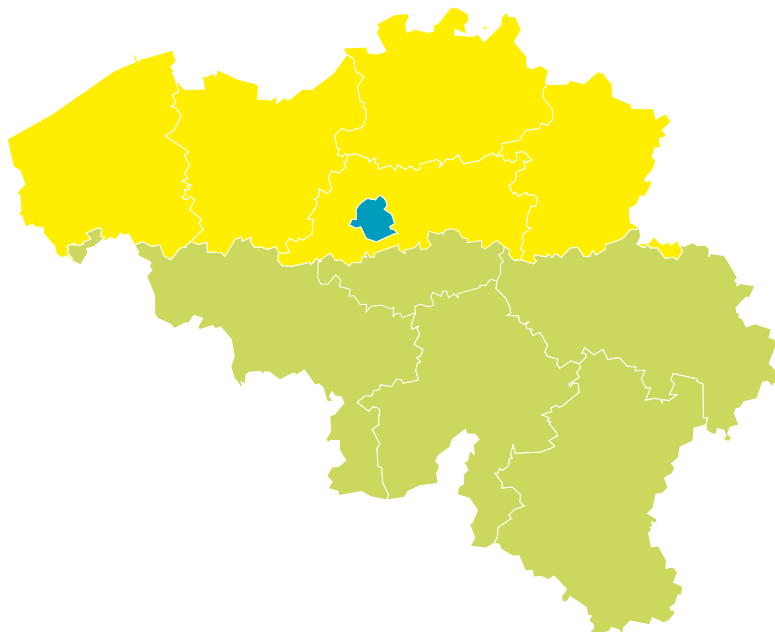
ANNEXE 1

Schéma synthétique et chronologique de la démarche de la Fondation Roi Baudouin comprenant les 4 ateliers « Quelle place et quel rôle pour les hôpitaux dans une trajectoire de soins menant les usagers de la santé mentale vers le rétablissement ? » et les 3 sessions de travail des porteurs de projets « Repenser les soins psychiatriques à l'hôpital en fonction de l'usager »



ANNEXE 2

Liste des hôpitaux ayant participé aux 4 ateliers « Quelle place et quel rôle pour les hôpitaux dans une trajectoire de soins menant les usagers de la santé mentale vers le rétablissement ? »



● FLANDRE

Alexianen Zorggroep Tienen
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia
AZ Klina
AZ Maria Middelaers
AZ Sint-Lucas
Heilig Hart Ziekenhuis
Jan Yperman Ziekenhuis
Jessa Ziekenhuis
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum – Geel
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum – Rekem
Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus
Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie
Psychiatrisch Ziekenhuis Karus
Psycho-therapeutisch Centrum ‘Rustenburg’
ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg

● WALLONIE

Centre Hospitalier EpiCURA
Centre Hospitalier Régional de la Citadelle
Centre Neuropsychiatrique Saint Martin
CHR Mons Hainaut – Groupe Jolimont
Hôpital de jour psychiatrique de la Citadelle
Hôpital de Lobbes – Groupe Jolimont
Hôpital Psychiatrique Saint Jean de Dieu - ACIS
Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège - ISoSL
P.C. Sint-Franciscus - De Pelgrim
Pôle Neurosciences du CHU de Charleroi - ISPPC
Valisana - Groupe hospitalier St Luc – UCL

● BRUXELLES

Centre Hospitalier Jean Titeca
CHU St Pierre
MSP 4 saisons et Schweitzer
MSP Les Trois Arbres - Epsilon

ANNEXE 3

Liste des projets soutenus dans le cadre de l'appel à projets « *Repenser les soins psychiatriques à l'hôpital en fonction de l'usager* » visant à soutenir des approches de soins psychiatriques hospitaliers orientés vers le rétablissement au sein de la collectivité.

BRUXELLES-LAEKEN

Bruxelles-Laecken

Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola

Des soins pédopsychiatriques intégrés à la famille et à l'environnement pour de jeunes enfants : les parents-partenaires

Les unités de jour pour enfants de 0 à 8 ans prennent en charge des situations de troubles dits neurodéveloppementaux souvent complexes. Le projet souhaite augmenter les possibilités d'intervention dans l'environnement du patient (crèches, écoles) et travailler davantage avec le parent-partenaire pour le rendre acteur de la santé de son enfant.

LIÈGE

Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège

RETABLIège

Ce projet vise à intégrer le processus de rétablissement via :

- la formation du personnel au rétablissement et intégration de la pair-aidance aux côtés de l'usager, de l'admission à la sortie.
- le détachement d'un agent de liaison extrahospitalière pour renforcer les liens entre le réseau hospitalier et ambulatoire.
- l'organisation d'un colloque/salon du rétablissement.
- la participation à la formation au rétablissement des futurs agents.

Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège – IsoSL

Projet Pair-aidance et Rétablissement au sein de l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège, Santé Mentale: stratégies pour l'essaimage et la pérennisation des pratiques

Le Projet Pair-aidance & Rétablissement IsoSL, initié depuis 2018, est porté par une équipe mixte de pair-aidants et professionnels techniques. Celle-ci a développé une expérience de terrain à préparer certaines équipes à l'implémentation de pratiques de pair-aidance et de rétablissement. Aujourd'hui, elle fait face au défi de créer les conditions propices à leur essaimage et pérennisation afin de faire évoluer la culture institutionnelle vers plus de participation de l'usager dans ses soins.

MONS

Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons-Borinage pour le Chêne aux Haies

Le partenariat avec des experts du vécu au sein du Centre Hospitalier Psychiatrique du Chêne aux Haies et de la Maison de Soins Psychiatriques « Mozart »

Cette institution s'engage dans un processus de partenariat avec des experts du vécu. Il s'agit d'une volonté institutionnelle de renforcer l'accompagnement de l'usager vers le rétablissement en poursuivant la réforme et les nouvelles politiques en santé mentale. Le projet souhaite former tous leurs soignants au rétablissement et les accompagner dans ce partenariat. Ce processus étalé sur deux ans se clôturera par un colloque sur les bénéfices apportés par les pair-aidants aux soins à l'usager.

SCHAERBEEK

Centre Hospitalier Jean Titeca

Soutenir et concrétiser l'espoir d'aller mieux.

Développement des pratiques orientées rétablissement au sein du Centre Hospitalier Jean Titeca

Le CHJT promeut une approche humaniste des soins, en phase avec les principes du rétablissement et souhaite mettre en place une action ambitieuse qui a pour but d'ancrer cette approche dans les services offerts. Il s'agira de former les travailleurs aux principes du rétablissement sur base du vécu de pairs-aidant-e-s et de mener des actions prioritaires qui orientent, renforcent et développent les pratiques actuelles, tout en capitalisant sur l'expérience menée au bénéfice de l'ensemble du CHJT.

TOURNAI

Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers

À la rencontre des savoirs issus de l'expérience

Ce projet vise à imprégner tous les acteurs du CRP les Marronniers de la réalité de ce que peut être le rétablissement. Pour cela, ils développeront un plan de formation, destiné à chaque soignant et à la ligne hiérarchique, basé sur le savoir expérientiel des usagers. D'autre part, ils reconnaitront, formaliseront et valoriseront une bonne intégration des pair-aidants dont les missions seront axées sur les liens de l'usager avec son environnement.

UCCLE

Epsylon Réseau de soins psychiatriques

La Rehab Mobile : un swing vers le rétablissement !

Au volant d'une «golf car», résidents, pair-aidants et travailleurs de cette MSP vont rencontrer le personnel et les usagers d'autres institutions de soins. L'objectif est d'échanger sur leurs expériences du rétablissement et les chemins empruntés pour y parvenir. Une campagne de sensibilisation aux concepts du rétablissement, une présentation et un débat seront menés au pied de la «Rehab Mobile». En plus de son utilité dans le projet de sensibilisation, elle servira les usagers au quotidien.

ANTWERPEN

Psychiatrisch Ziekenhuis ZAS Ziekenhuis Aan de Stroom

SAMENspel: Bron van HERSTEL

“Onze droom is om na 2 jaar SAMENspel een voorstelling te geven op een unieke locatie tijdens de ‘Tiendaagse van de Geestelijke gezondheid’ in 2025.” SAMENspel wil een transitie van de binnenwereld naar de buitenwereld realiseren tussen samenleving, patiënten en hun entourage, medewerkers en acteurs. SAMENspel versterkt het zelfbeeld van alle betrokkenen door samen een creatief proces te ontwikkelen, buiten het ziekenhuis, in verbinding met alle actoren en socio-culturele organisaties.

Ziekenhuis Netwerk Antwerpen / ZNA & Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen / UKJA

Bypassen tussen kinderpsychiatrie en Middelheimmuseum

BYPASS creëert via een participatief ontwerpproces rond de zone tussen het ziekenhuis en het Middelheimmuseum een nieuwe, kwaliteitsvolle publieke verblijfsruimte. Er wordt hierbij maximaal ingezet op co-creatie van een therapeutische ruimte buiten het ziekenhuis en op interessante leer- en ontwikkelingskansen voor jongeren met (duurzame) ontmoetingen tussen deze jongeren, hun verzorgers, wetenschappers, ontwerpers en bredere bezoekers van de omgeving, vrijwilligers, medewerkers en bezoekers van het museum.

DUFFEL

Emmaüs-Universitair Psychiatrisch Centrum Duffel

Het behandelkompas: samen met hulpverleners, patiënten en familie de goede richting van het behandeltraject vinden

UPC Duffel wil gedurende het zorgtraject een goed evenwicht bewaren tussen de expertise van de patiënt, de hulpverlener en de familie. Daarom hebben ze een ‘behandelkompas’ ontwikkeld dat de patiënt en zijn naasten ondersteunt om richtinggevende vragen te stellen die de behandeling vorm geven. “We zijn ervan overtuigd dat dit behandelkompas zowel de regie van de patiënt over zijn eigen behandeling als de kwaliteit van de geboden zorg zal verbeteren.”

EEKLO

Sint-Jan Psychiatrisch Ziekenhuis & Groep Philippus Neri GGZ Meetjesland

De ontwikkeling van een herstelgericht kwaliteitsbeleid als garantie voor een andere zorg op maat van de zorggebruiker

Aanpak gericht op herstel in het PZ Sint-Jan Eeklo versterken en verduurzamen in een kwaliteitswerking waarbij thema's zoals bijvoorbeeld participatie aan het behandeltraject hetzelfde belang geven als andere kwaliteitsthema's zoals suïcidepreventie of medicatieveiligheid. De zorggebruikers en hun context worden betrokken in het ontwikkelen, scoren en evalueren van kwaliteitsindicatoren als garantie voor een andere zorg op maat van de zorggebruiker.

PZ Sint-Jan Eeklo wil de aanpak gericht op herstel versterken en verduurzamen in een kwaliteitswerking waarbij thema's zoals participatie aan het behandeltraject hetzelfde belang krijgt als andere kwaliteitsthema's zoals suïcidepreventie of medicatieveiligheid. De zorggebruikers en hun context worden betrokken in het ontwikkelen, scoren en evalueren van kwaliteitsindicatoren als garantie voor een andere zorg op maat van de zorggebruiker.

GENT

Zorggroep Guislain

“Door een andere bril bekeken”:

samen zorg cocreatief vorm geven

Dit project wil het patiënt en familieperspectief ten volle integreren op micro meso en macroniveau. Vanuit de High Intensive Care (HIC) Crisiswerking worden deze principes, inzichten, systemen en structuren gedissemineerd binnen de samenwerking in de lokale context (0de tot 3de lijn) en het ruimere psychiatrisch centrum Dr. Guislain. Doorheen het volledige project wordt ten volle gewerkt vanuit cocreatie met alle partners binnen die drie niveaus.

MERELBEKE

PVT De Wadi & PC Karus

Sociaal herstel bij mensen met langdurige psychische problemen door in te zetten op een bredere verankering in de lokale gemeente

Gezien onderzoek aantoont dat de plaats waar mensen met langdurige psychische problemen leven, cruciaal is voor hun herstel, wil PVT De Wadi inzetten op samenwerking met de buurt. Ze willen bewoners van hun PVT aanzetten om een zinvolle bijdrage te leveren aan de lokale gemeenschap door enerzijds uit te zoeken wat de buurt nodig heeft en anderzijds te co-creëren met het cultuurhuis en de bibliotheek van Merelbeke. Daarnaast willen ze dit ook wetenschappelijk inbedden via samenwerking met UGent.

PELT

Noorderhart Ziekenhuis

«De bepaalde klik die je moet maken in je hoofd, die willen we geven». Een veiliger pad naar herstel voor personen met een verslaving.

Verslavingsproblematiek is de meest voorkomende hoofd- én nevendiagnose bij opname in een PAAZ. Het is samenspel van genetica, persoonlijkheids- en omgevingsfactoren, waardoor de aandoening levenslang meespeelt. Ervaringsdragers verslaving en context (EVD/C) helpen het team levenslang zorg op te starten tijdens de crisisopname. Zij gidsen de patiënt en hun naasten ‘transmuraal’ naar zelfhulpgroepen, huisartsen, welzijnszorg en GGZ. Naar herstel voor de patiënt en ontzorging van zorgverleners.

Quelle place pour l'hôpital dans un parcours de soins psychiatriques orienté vers le rétablissement ?

Une édition de la Fondation Roi Baudouin

Rue Brederode 21 – 1000 Bruxelles

Deze publicatie bestaat ook
in het Nederlands onder de titel :

***Welke rol kunnen ziekenhuizen spelen
in een herstelgericht psychiatrisch zorgtraject?***

Auteur

Cédric Vallet

Coordination pour la Fondation Roi Baudouin

Sofie Bekaert, Head of Programme

Ann Clé, Senior Project Coordinator

Yves Dario, Senior Project Coordinator

Anneke Ernon, Senior Project Coordinator

Pascale Prête, Project and Knowledge Manager

Conception graphique & mise en page **Signélazer**

© **Photos** Couverture : imaginima / p.4 : andresr /

p.12 : DR / p.20 : DR / p.23 : FG Trade / p.26 :

imaginima / p.31 : DR / p.47 : LightFieldStudios

Cette publication peut être téléchargée gratuitement
sur notre site **www.kbs-frb.be**

Dépôt légal D/2848/2025/08

Numéro de référence 3997

Juillet 2025

Avec le soutien du Fonds Julie Renson, Fonds
Reine Fabiola, Fonds Aide aux personnes atteintes
de maladie mentale et leur entourage, gérés par la
Fondation Roi Baudouin.

FONDATION ROI BAUDOUIN

Agir ensemble pour une société meilleure

La Fondation Roi Baudouin est une fondation d'utilité publique qui a pour mission de contribuer à une société meilleure en Belgique, en Europe et ailleurs dans le monde.

La Fondation est un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Elle cherche à maximiser son impact en renforçant les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises.

Ses valeurs principales sont l'intégrité et la transparence, le pluralisme et l'indépendance, le respect de la diversité et la promotion de la solidarité.

Notre vision pour l'avenir : en Belgique, ancrer nos activités, du niveau le plus local à l'échelle du pays ; en Europe, continuer à positionner la Fondation Roi Baudouin sur la scène européenne ; à l'international, devenir un acteur de référence de la philanthropie transfrontalière, via l'alliance Myriad pour les dons transfrontaliers créée avec Myriad USA et Myriad CANADA, et notre partenariat avec Give2Asia.

Nous déployons des activités autour de programmes au service de l'intérêt général :

- Démocratie
- Climat, environnement et biodiversité
- Justice sociale et pauvreté
- Santé
- Enseignement et développement des talents
- Patrimoine et culture
- Europe et international

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du Roi Baudouin

Merci à la Loterie Nationale et à ses joueurs, ainsi qu'à nos nombreux donateurs pour leur engagement.

kbs-frb.be
because.eu

Abonnez-vous à notre e-news
Suivez-nous sur    

