
Communiquer autrement à propos des troubles psychiques dans un contexte de soins

Fonds Julie Renson
Fonds Reine Fabiola

 Fondation
Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

Communiquer autrement à propos des troubles psychiques dans un contexte de soins

Fonds Julie Renson
Fonds Reine Fabiola

 Fondation
Roi Baudouin
Agir ensemble pour une société meilleure

COLOPHON

TITRE	Communiquer autrement à propos des troubles psychiques dans un contexte de soins Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel : Anders communiceren over psychische aandoeningen in een zorgcontext Une édition de la Fondation Roi Baudouin Rue Brederode 21 1000 Bruxelles
AUTEURS	Stéphane Adam, Adeline Muller et Pierre Missoten (ULg) Ignaas Devisch et Jodie Bernaerdt (UGent) Eva Heirbaut (Artevelde Hogeschool)
TRADUCTION	Patrick De Rynck Michel Teller
COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIIN	Gerrit Rauws, Directeur Yves Dario, Coordinateur de projet senior Anneke Ernon, Coordinateur de projet senior Pascale Prête, Project and knowledge manager
CONCEPTION GRAPHIQUE	Trinôme
IMPRESSION	Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be
Dépôt légal	D/2848/2019/13
Numéro de commande	3656 Juillet 2019 Avec le soutien de la Loterie Nationale

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	7
2. Processus discriminatoire et santé mentale	9
2.1. Stéréotypes, préjugés et discrimination : rien d'irrationnel, mais rien qu'on ne puisse changer !.....	9
2.2. Avec quelles 'lunettes' regardons-nous les personnes avec un trouble psychique ?.....	15
3. Dix-sept initiatives de professionnels en réseau d'apprentissage	21
3.1. Une place pour le patient partenaire / expert du vécu / pair-aidant	21
3.2. L'inconfort des professionnels dans l'accompagnement.....	27
3.3. La reconnaissance par les patients et les pairs.....	52
3.4. Les implications familiales et la question de la parentalité.....	55
4. Enseignements tirés	61
4.1. Le point de vue du philosophe	61
4.2. Le point de vue du psychologue	65
Annexe 1 : Dix-sept initiatives en un coup d'œil	69
Annexe 2 : Références	87

1. INTRODUCTION

La manière dont la société envisage les troubles psychiques peut avoir une grande influence sur leur apparition, leur traitement et les possibilités de rétablissement. Afin d'explorer cette question, le partenariat Fonds Julie Renson - Fonds Reine Fabiola - Fondation Roi Baudouin a investi dans une recherche visant à identifier les représentations sociales et culturelles liées aux troubles psychiques ¹.

Sur base d'une analyse inductive d'un vaste échantillon de documents médiatiques (journaux, magazines, romans, films, ...), l'Institut pour l'étude des médias de la KU Leuven a fait apparaître cinq 'frames' problématisants : *La peur de l'inconnu*, *La maîtrise de soi*, *Le monstre*, *Le maillon faible* et *La proie facile*. Il a aussi mis en évidence sept 'counterframes' déproblématisants : *La mosaïque*, *Le cas particulier*, *La jambe cassée*, *L'invité imprévu*, *La longue marche*, *La faille* et *Le canari dans la mine*.

Une communication nuancée est bonne pour tout le monde. Le secteur de la santé mentale et ses professionnels ont à ce propos une fonction d'exemple : s'ils développent une communication bien balancée, alors il y a plus de chances que la société leur emboîte le pas.

Dans cette même étude, des interviews de psychiatres, psychologues, thérapeutes et travailleurs de première ligne ont exploré les représentations des troubles psychiques qui vivaient au sein du secteur des soins de santé. Elles ont permis de mettre en évidence comment les professionnels parlent eux-mêmes des personnes avec un trouble psychique. Elles leur ont aussi donné l'occasion d'évaluer les représentations courantes véhiculées par les médias. Le framing de la santé mentale dessiné par les professionnels du secteur semble connecté avec les évolutions de celui-ci. En effet, on remarque une évolution d'un modèle de soin 'invalidant' avec peu de partenaires vers un modèle centré sur le rétablissement, s'appuyant sur un réseau élargi de partenaires de soin. Ce processus est toujours en cours et se traduit aussi dans la communication du secteur.

En avril 2017, le partenariat Fonds Julie Renson - Fonds Reine Fabiola - Fondation Roi Baudouin a invité les soignants, via un appel à projets, à investir dans une communication nuancée et équilibrée autour des troubles psychiques, une communication qui déstigmatise, une communication qui brise les tabous.

Cet appel s'adressait aux différentes structures actives dans le secteur des soins de santé mentale ; qu'elles soient hospitalières ou ambulatoires ; qu'il s'agisse de services de santé mentale ou de partenaires dans le domaine de la réinsertion socioprofessionnelle, du logement ou de l'aide sociale.

¹ Van Gorp B., Vyncke B., Vergauwen J., Smits T., Vercruyse T., & Vroonen E. (2017). (Se) Représenter autrement les personnes avec des troubles psychiques. Analyser - nuancer - déstigmatiser. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin. Online : <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20170210PP>; brochure : <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20170510PP>

Les organisations répondant à l'appel devaient partager les principes et valeurs suivants :

- être sensible à l'humanisation des soins de santé et, en particulier, au traitement non discriminatoire des personnes avec des troubles psychiques ;
- travailler à partir d'une approche des soins centrée sur le rétablissement, fondée sur les besoins des patients et de leur entourage ;
- reconnaître le rôle crucial de la réflexion et de la formation professionnelle autour du savoir-être avec les personnes présentant des troubles psychiques dans la mise en place d'une culture de communication non stigmatisante.

Les organisations candidates devaient être prêtes à s'engager dans un trajet en trois étapes tel que décrit ci-dessous :

- investir dans une auto-évaluation des représentations sociales autour de la santé mentale qui vivent en interne, avec l'ensemble de leurs collaborateurs ;
- sur base des conclusions de cette auto-évaluation, développer un programme interne pour améliorer la culture de communication par du coaching, des formations ad hoc ou d'autres activités au sein de leur structure de soin ;
- consécutivement aux deux premières étapes, s'engager à échanger leur expérience avec d'autres organisations de soin autour des effets produits sur l'équipe de travail et les usagers.

En outre, le trajet devait comprendre des interactions concrètes entre professionnels et usagers et améliorer les représentations sociales des deux parties.

Dix-sept initiatives ont pu être soutenues. En plus d'un appui financier de 15.000 € maximum chacune, elles ont pu bénéficier d'un soutien méthodologique commun assuré par les équipes des Professeurs Stéphane Adam (ULg) et Ignaas Devisch (UGent) et participer aux travaux d'un réseau d'apprentissage comprenant des visites individuelles d'experts et trois interventions (en décembre 2017, avril 2018 et novembre 2018). Ce processus s'est clôturé par une conférence organisée le 21 février 2019 à Bruxelles.

Lors de cette rencontre, des interventions de spécialistes reconnus, des contributions de porteurs de projets et un panel de discussion regroupant experts du vécu, politiques et professionnels de la santé mentale ont permis de dresser le bilan de ces deux années de travail et de tirer les enseignements principaux de l'ensemble de ces projets qui ont tous visé, chacun à leur manière, à améliorer la communication entre usagers, entourage et professionnels de la santé mentale. La présente publication fait largement écho aux échanges qui ont eu lieu lors de cette journée.

2. PROCESSUS DISCRIMINATOIRES ET SANTÉ MENTALE

2.1. Stéréotypes, préjugés et discrimination : rien d'irrationnel, mais rien qu'on ne puisse changer !

Contribution du Pr Vincent Yzerbyt, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Psychological Sciences Research Institute, UCL

Introduction

*Le paradis c'est l'endroit où
les Français sont les cuisiniers
les Anglais sont les policiers
les Allemands sont les travailleurs
les Italiens sont les amants
et le tout est organisé par des Suisses*

*L'enfer c'est l'endroit où
les Français sont les travailleurs
les Anglais sont les cuisiniers
les Allemands sont les policiers
les Suisses sont les amants
et le tout est organisé par des Italiens*

Le fait que la description somme toute parcellaire de ces deux univers nous fasse autant sourire est révélateur. Nous sommes toutes et tous redoutablement bien équipés en matière de stéréotypes, pétris de convictions à propos de toute une série de groupes qui nous entourent. Cela fait le bonheur des humoristes, le quotidien des touristes, mais aussi les choux gras des populistes et sans aucun doute le fardeau des nombreuses personnes directement visées par ces raccourcis de pensée. Evidemment, tous les stéréotypes ne sont pas connus pour être désobligeants. Dire des Suisses qu'ils organisent très bien les choses peut sembler flatteur. Pour autant, cela est-il positif sur toute la ligne ? N'en arrive-t-on pas à des visions paternalistes ? Dire que les Noirs sont de formidables athlètes correspond-il vraiment à une approche respectueuse des Américains d'origine africaine ? Poser la question, c'est y répondre.

Il n'empêche que ce qui vient le plus souvent à l'esprit quand on évoque la problématique des stéréotypes, ce sont les conséquences négatives de ces croyances largement répandues. Que n'a-t-on vu les méfaits occasionnés par les jugements à l'emporte-pièce à propos des juifs, des protestants, mais aussi des fous et des sorcières et aujourd'hui des chômeurs, des migrants ou des musulmans. Le pire est sans doute que les choses ne semblent pas s'arrêter à la sphère des idées, mais que celles-ci induisent une chaîne de réactions qui se situe ensuite au plan des émotions et des conduites. Le ressentiment, la peur, voire le rejet et l'agression mènent dans certains cas à l'éradication pure et simple de l'Autre. Tout cela conduit à l'ostracisme, à l'exclusion, à la mise au ban de la société,

avec une kyrielle de conséquences du point de vue des individus et de la société. Dans les cas extrêmes, on assiste au massacre de certaines personnes, voire à l'extermination pure et simple de groupes entiers.

L'ambition de cette présentation est de dresser un panorama succinct de ce que les sciences comportementales contemporaines, en l'occurrence la psychologie sociale, nous disent au sujet des stéréotypes, des préjugés et de la discrimination. Le message sera triple. On verra tout d'abord que les stéréotypes et leurs conséquences sont le résultat de plusieurs mécanismes de formation. On montrera ensuite que la mesure des stéréotypes est une entreprise complexe à laquelle les psychologues sociaux ont apporté des contributions originales. On mettra enfin en cause la vision traditionnelle des stéréotypes en termes strictement évaluatifs pour montrer que les stéréotypes constituent des réponses à deux questions pragmatiques incontournables dans les relations sociales. Au terme de notre parcours, il sera possible de comprendre pourquoi il convient de considérer les stéréotypes comme autre chose que des réactions irrationnelles, mais plutôt comme des croyances qu'il est possible de modifier. Un message résolument optimiste donc.

Les enracinements des stéréotypes

En préambule, clarifions ce dont on parle. Sur le plan définitionnel, les scientifiques conviennent de distinguer les stéréotypes des préjugés et de la discrimination. Les stéréotypes renvoient aux connaissances, aux croyances et aux opinions que les gens ont à propos de tel ou tel groupe. Même si ces trois termes sont parfois utilisés de manière interchangeable dans le langage courant, ils recouvrent des réalités bien différentes, que ce soit au plan de l'expérience subjective ou au niveau de certaines considérations morales ou légales.

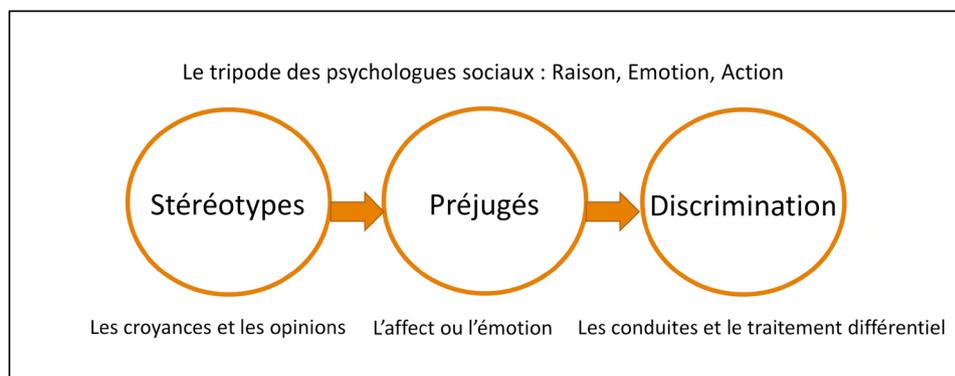


Figure 1. Séquence causale des perceptions sociales.

Après près d'un siècle de recherches, on en sait aujourd'hui bien plus sur les origines des stéréotypes. On peut classer les facteurs en quatre grandes catégories. En premier lieu, on trouve la socialisation et la personnalité. Dès la fin de la seconde guerre mondiale, des chercheurs se disent que les déflagrations de violence et de haine observées dans le monde - on pense évidemment aux horreurs de l'Holocauste - s'enracinent dans une dérive particulière sur le plan de la personnalité des gens. Des sociologues d'origine allemande et des psychologues américains unissent leurs efforts et mettent au point une

série d'échelles qui, sur la foi d'un arsenal théorique mêlant psychologie et psychanalyse, permettraient de repérer ce qu'on qualifiera de personnalité autoritaire (Adorno et al., 1950). Malheureusement, les questionnaires se révèlent problématiques. Qui plus est, le cadre théorique ne semble pas pouvoir rendre compte des variations rapides observées au fil de l'histoire. Il n'en demeure pas moins que l'idée d'un syndrome de personnalité garde son attrait, ce qui poussera des chercheurs à améliorer les outils comme la perspective théorique. A l'heure actuelle, on considère que des facteurs de socialisation sont à même de façonner la personnalité des gens au point de les doter d'une vision du monde qui les oriente vers des objectifs précis. Au final, les individus abordent les interactions avec autrui sous l'angle de certaines croyances idéologiques. Les plus connues sont l'autoritarisme de droite et la dominance sociale. Dans le premier cas, une éducation punitive forgera une personnalité conformiste qui conduira à percevoir le monde comme dangereux. Cela se traduira par une recherche de sécurité. Au service de ce but, les individus développeront des positions autoritaires et conservatrices plutôt qu'une posture ouverte et promotrice d'autonomie. A côté de ces aspects liés aux convictions et aux modes de pensées largement tributaires du giron familial, on ne peut manquer de noter l'impact de la socialisation par les pairs et, de plus en plus, par les médias. Les gens sont nourris par les livres scolaires, la presse, la télévision, etc. Plus largement, ce qu'on pense que les autres pensent est une source puissante d'influence. Si vous estimez qu'il est mal vu de se moquer d'une personne avec un handicap, alors il y a peu de chances que vous le fassiez. En outre, les visions des groupes se marquent aussi dans les interstices des formes d'organisation de la société (quels métiers sont assignés à qui), de la culture (comment représente-t-on les choses et les gens), et ainsi de suite.

Une seconde famille de facteurs à l'origine du dénigrement d'autrui et des conflits intergroupes résiderait dans la lutte pour des ressources trop souvent limitées. Cette explication fut initialement avancée pour contrer une lecture par trop individualiste des phénomènes groupaux. Une expérience devenue classique illustre bien le propos. Dans le souci précis d'évincer une quelconque influence de déficiences sur le plan de la personnalité, Sherif (1967) et ses collaborateurs ont fait appel à de jeunes adolescents parfaitement équilibrés issus de la classe moyenne nord-américaine et les ont étudiés dans le cadre de colonies de vacances soigneusement orchestrées. Trois semaines et trois temps se succèdent : au cours d'une première semaine, les jeunes sont répartis en deux groupes dans un immense parc naturel, ignorant même l'existence de l'autre groupe. Les groupes vaquent à leurs occupations et, comme toute communauté, vivent leur vie, avec leur 'folklore', leur chef, leurs activités. En début de deuxième semaine, les deux groupes apprennent la présence de l'autre. D'emblée, le climat dégénère. Les choses empirent vraiment lorsque les chercheurs mettent les gamins en concurrence lors d'une série de rencontres sportives. Des raids sont organisés, avec leurs évidentes actions de représailles. Lors de la troisième semaine, les chercheurs s'emploient à renouer les liens. Cela s'avère très compliqué et ce n'est que lorsque les adolescents doivent unir leurs efforts pour triompher de l'un ou l'autre obstacle (un camion de ravitaillement à désembourber) qu'un changement de cap se produit. Les contacts se font alors davantage positifs au point que de nouvelles amitiés se nouent et viennent effacer les rancœurs initiales. Cette étude offre une vision miniature de ce que la société américaine vit dans ces années de lutte pour les droits civiques des Noirs. Même si les défis sont immenses, la déségrégation est en marche. Il ne fait guère de doute que l'insuffisance des ressources (comme l'emploi) et les divergences de normes et de valeurs (comme les convictions

religieuses et les conceptions familiales) sont susceptibles de mettre à mal les relations entre les groupes. Mais d'autres mécanismes, encore plus élémentaires, sont à l'œuvre.

De fait, on doit à un troisième courant de recherche, celui de l'identité sociale, d'avoir mis en exergue l'importance de l'appartenance groupale. Un chercheur d'origine juive polonaise, étudiant en France au début de la Seconde Guerre mondiale et rescapé des camps grâce à des identités opportunément mises en sourdine, sera à l'origine de ce constat. En tentant de mettre au jour les facteurs indispensables à l'émergence de comportements discriminatoires, Tajfel, c'est son nom, s'est évertué à créer une condition de groupes dits minimaux. Des écoliers étaient répartis en deux groupes sur base d'un critère futile, ils ne savaient pas qui étaient les autres membres de leur groupe, n'avaient aucune histoire groupale, aucune interaction formelle, etc. En dépit de ces conditions minimalistes, ils distribuaient davantage de points ou d'argent à des membres inconnus de leur groupe qu'à des personnes appartenant à un autre groupe. Tajfel était parvenu à diviser le monde en 'eux' et 'nous' et à montrer les conséquences de cette division. Ces résultats mettent en exergue la valeur centrale de nos appartenances pour notre propre identité et, dès lors, l'importance de se retrouver dans un groupe qui rejaillit positivement sur soi. Qu'il suffise de penser aux mines réjouies des supporters de football au lendemain d'une victoire et à la fierté avec laquelle ils arborent encore les oripeaux du club au fil des jours qui suivent, tout le contraire de ce qui se passe en cas de défaite. Dans les outils à la disposition des membres pour marquer la différence et asseoir la supériorité de leur groupe, les stéréotypes jouent un rôle de premier plan. Au-delà d'être descriptives, ces caractérisations permettent aussi de rationaliser les rapports sociaux inégalitaires et de justifier les actions à l'encontre des autres groupes. S'il convient de ne pas accorder trop vite un droit au travail aux nouveaux migrants, c'est que ce sont des profiteurs qui prendraient le travail des autres, n'est-ce pas ?

Vers la fin des années septante, les recherches mettent en exergue une dernière contrainte qui rend compte de la propension à utiliser des stéréotypes. Il s'agit du caractère limité de nos ressources cognitives. Ainsi, ces raccourcis de pensée que sont les stéréotypes résulteraient de la nécessaire simplification du monde qui nous entoure, par le biais de ce que les chercheurs appellent le processus de catégorisation. Nous mettons les gens dans des tiroirs et nous stylisons le monde. Exactement comme une carte routière ou un GPS permet d'atteindre sa destination en simplifiant à outrance le monde physique, les stéréotypes se révèlent des outils précieux pour naviguer dans l'univers social, même s'ils traduisent les choses de manière caricaturale. Les stéréotypes offrent des réservoirs d'informations précieuses qui viennent étoffer les labels catégoriels que nous ne cessons d'apposer aux gens que nous croisons. Grâce à eux, nous avons une possibilité de prédire ce qui risque de se passer. N'a-t-on pas intérêt à parler lentement à une personne âgée ou à supposer qu'elle ne maîtrise pas la bureautique ? Nous sommes des experts pour cerner l'appartenance à tel ou tel groupe et mobiliser des savoirs orientés, comme le montre une étude d'Eberhard et al (2004). Des participants blancs américains sont invités à regarder un écran sur lequel des flashes très courts, 230 ms, apparaissent à gauche ou à droite d'un point de fixation. Une centaine de flashes sont ainsi projetés. Il s'agit en réalité d'un mélange indistinct de dizaines de visages, du moins dans la condition de contrôle. Dans une condition expérimentale, après les premières 100 ms, le flash laisse la place à un visage noir pendant 30 ms, puis le flash prend à nouveau sa place. Dans l'autre condition expérimentale, c'est un visage de blanc qui

s'immisce dans la séquence. Cette première phase de l'expérience fait ensuite place à une tâche de reconnaissance d'objets. Il faut identifier 14 objets qui se laissent deviner peu à peu à mesure qu'un filtre surimposé à l'image se dissipe. Dans le lot, 4 objets ont un lien direct avec la criminalité comme un revolver. En accord avec les stéréotypes négatifs qui prévalent sur les Noirs aux Etats-Unis, les participants mettent moins (plus) de temps à identifier ces 4 objets lorsqu'ils ont d'abord été confrontés au visage noir (blanc) que dans la condition de contrôle, indiquant par là que le visage a mis leurs connaissances stéréotypiques en éveil.

La logique des contenus des stéréotypes

Quels que soient les facteurs responsables de nos stéréotypes, il est de plus en plus difficile de mesurer ces derniers. De fait, pour la plupart d'entre nous, il n'est pas convenable ou parfois même difficile de révéler aux autres ce que nous pensons dans ces termes. Les psychologues sociaux ont du coup développé des techniques diverses et variées pour sonder les croyances des gens, même les plus inavouables. Ces travaux ont permis de mieux cerner le contenu des stéréotypes et, par la même, de réaliser que ces derniers sont tout le contraire d'opinions aléatoires et inamovibles. Bien au contraire, ils répondent à une logique bien huilée. Les conceptions que l'on colporte au sujet de tel ou tel groupe renvoient aux rapports hiérarchiques et aux relations d'interdépendance que l'on entretient avec les cibles. Dans son fameux Modèle du Contenu des Stéréotypes, Fiske (2015) propose que les différences de statut et de pouvoir se traduisent par l'attribution de traits liés à la ce qu'elle appelle la compétence et qui recouvre des aspects de capacité (efficace, doué, intelligent, etc.) et d'assurance (ambitieux, motivé, sûr de soi, etc.). Les relations d'interdépendance donnent lieu, quant à elles, à des attributions de traits liés à ce que Fiske appelle la chaleur et qui se réfère aux facettes de sociabilité (enjoué, sociable, affable, etc.) et de moralité (sincère, honnête, fiable, etc.).

De nombreuses recherches attestent que ces jugements de compétence et de chaleur caractérisent les groupes sociaux qui peuplent notre environnement. Les banquiers, les riches se voient dotés de compétence mais manqueraient de chaleur. Les personnes âgées, avec un handicap physique ou avec une déficience intellectuelle sont chaleureuses mais pâtissent d'un déficit de compétence. Les gens de la classe moyenne, les étudiants et, concédons-le, notre propre groupe héritent opportunément des deux. Enfin, à l'extrême opposé, certains groupes comme les migrants, les SDF, les toxicomanes, etc., se voient dénier tant la compétence que la chaleur. Ces constructions stéréotypées viennent ensuite nourrir des émotions qui évoquent respectivement l'envie, la compassion, l'admiration et le mépris. A leur tour, ces émotions alimentent un ensemble de conduites qui oscillent entre facilitation (tolérer, encourager, s'allier, aider, épauler) et nuisance (éviter, ostraciser, contrarier, insulter, agresser).

Une configuration particulière correspond au quadrant maudit. On retrouve là les groupes auxquels on conteste la compétence autant que la chaleur, comme les SDF ou les migrants, mais aussi certains groupes associés à la maladie mentale, comme les schizophrènes ou les psychotiques, ainsi que les personnes atteintes de dépendances sévères à des produits stupéfiants. Plusieurs recherches confirment que ce cadran est générateur de réactions de mépris, de dégoût, voire de déshumanisation. Dans une expérience intrigante, Cikara et ses collègues (2010) recourent au paradigme dit du trolley. Les participants doivent imaginer qu'ils se retrouvent face à un dilemme : ils

sont sur un pont qui enjambe une voie ferrée, à côté d'un autre individu. Ils voient arriver un train d'un côté et aperçoivent de l'autre côté du pont 5 hommes sur la voie. Prenant conscience que le conducteur du train verra les hommes trop tard si rien n'est fait, l'idée surgit de pousser son voisin sur la voie pour que le train entame une procédure de freinage et, au final, épargne les 5 individus. Sans autre précision, la toute grande majorité des gens rechigne à pousser son voisin, même si c'est l'option 'utilitariste' la plus indiquée. L'expérience consiste à varier les groupes d'appartenance du voisin et des 5 hommes. Un des résultats est que les participants jugent le sacrifice de leur voisin moins acceptable si les 5 individus font partie d'un groupe que l'on situe généralement dans le quadrant maudit. Autrement dit, on se préoccupe d'autant moins de tenter de sauver ces gens qu'ils sont SDF, migrants ou schizophrènes plutôt que banquiers, étudiants ou personnes âgées !

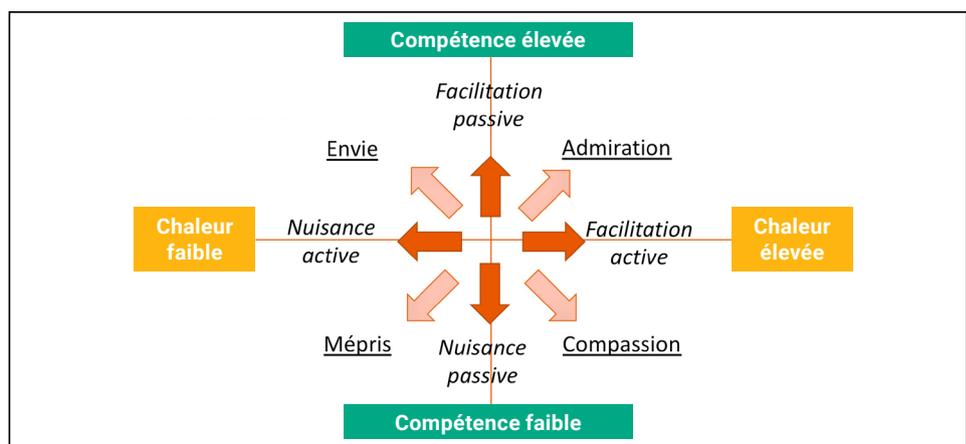


Figure 2. Dimensions des contenus des stéréotypes.

A y regarder de plus près, peu d'études ont directement examiné les perceptions des personnes confrontées à des troubles psychiques sous l'angle du Modèle du Contenu des Stéréotypes, même si des recherches sont actuellement en cours (Yzerbyt, Rohmer & Aube, 2019). Une exception notoire est le travail de Sadler (2012, 2015) qui aborde la question des stéréotypes d'une douzaine de troubles psychiques. Elle montre notamment que les comportements de nuisance active (insultes, obstruction, agression, etc.) résultent avant tout des sentiments de colère qui émanent de l'absence de chaleur (sociabilité, attention aux autres, fiabilité, sincérité, etc.) associée aux personnes ayant des troubles psychiques. Sont ici concernés au premier chef les sociopathes, les délinquants violents et certains criminels. De même, les conduites de nuisance passive (indifférence, évitement, ostracisme, etc.) découlent de la peur qu'inspire l'absence de chaleur et de compétence (capacités, motivation, efficacité, etc.). Dans ce dernier cas, c'est quasiment toutes les personnes avec des troubles psychiques qui sont concernées.

Conclusions

On l'a vu, les facteurs qui forgent les stéréotypes, ces connaissances qui portent sur les caractéristiques distinctives des groupes qui nous entourent, sont multiples. La socialisation a évidemment son mot à dire, dans le giron familial comme dans les médias et la société en général. Interviennent aussi la question des ressources, et plus généralement les menaces que les uns et les autres perçoivent sur un plan matériel ou

symbolique. Nous sommes des animaux sociaux et le seul fait d'appartenir à un groupe stimule des effets d'identification et facilite la discrimination. Enfin, nous sommes tenus de catégoriser les informations pour donner sens au monde et agir efficacement et les stéréotypes sont des alliés précieux à cet égard. Loin de correspondre à des contenus arbitraires, les stéréotypes sont la traduction de relations de pouvoir et de dépendance. In fine, ce sont ces interprétations qui orientent les réactions émotionnelles et les conduites, ce qu'on appelle les préjugés et la discrimination.

Il ne faut pas se le cacher, le travail reste immense. Plus on comprendra les rouages qui conduisent les observateurs que nous sommes à affubler les groupes sociaux de tels ou tels traits, plus on sera aussi à même de modifier ces derniers. Et de fait, des recherches innombrables ont permis de cerner des manières d'opérer qui donnent l'espoir non pas de se passer des stéréotypes - il semble bien que ce soit là une illusion - mais de pouvoir modifier ces derniers dans un sens positif. Ainsi, que ce soit dans des écoles, des institutions, des quartiers, les psychologues sociaux ont pu mettre en place des stratégies de collaboration horizontale entre personnes appartenant à des groupes initialement en conflit et montrer tous les effets bénéfiques de ces glissements sur les deux dimensions structurelles des rapports hiérarchiques et de l'interdépendance. En prônant dans le même temps une approche individualisée qui met aussi en sourdine des étiquettes groupales souvent envahissantes, on peut aussi mieux appréhender la richesse des uns et des autres et encourager les gens à changer leur fusil d'épaule au moment d'aborder des personnes appartenant à des groupes traditionnellement décriés. Dans un second temps, on peut alors prôner l'idée d'une communauté plus large qui sera en mesure de bâtir son avenir en tablant sur les spécificités et les atouts des différents groupes qui la composent. C'est en tous cas un magnifique objectif que les psychologues sociaux ne manquent pas de s'assigner.

2.2. Avec quelles 'lunettes' regardons-nous les personnes avec un trouble psychique ?

Contribution du Prof. Dr. Baldwin Van Gorp, Instituut voor Mediastudies, KUL

Il y a près d'un siècle, en décembre 1922, la revue illustrée flamande 'Ons Volk Ontwaakt' a publié une série d'articles sous le titre "Over de behandeling van krankzinnigen" (À propos du traitement des malades mentaux). On y parlait en termes particulièrement élogieux de ce qu'on appelle aujourd'hui les soins de santé mentale :

Heureusement tout de même que d'autres veulent accueillir ces malheureux qui souffrent, d'autres qui comprennent cette souffrance et qui peuvent dès lors la soulager. (...) nous rendons hommage à ces héros et héroïnes cachés qui, sans être vus de quiconque si ce n'est de Dieu et de Ses anges, mettent leur vie en gage avec tant de grandeur pour être nuit et jour au service de leurs chers malades mentaux. (Ons Volk Ontwaakt, 10 décembre 1922, p. 597).

Ces articles sont passionnants à lire, pour diverses raisons. Tout d'abord parce qu'ils montrent clairement que la recherche d'une terminologie adaptée pour parler des personnes avec un trouble psychique ne date pas d'hier : "malades mentaux" mais aussi "aliénés", "personnes arriérées" et "personnes souffrant d'une maladie nerveuse" sont quelques-uns des termes utilisés. En deuxième lieu, on constate qu'il n'était pas

évident d'indiquer quelle était la place qui revenait à ces personnes. On se heurtait manifestement à la question de savoir s'il fallait les interner.

Cent ans plus tard, bien des choses ont changé. Ou peut-être pas ? Car, les mêmes questions se posent toujours : quels termes utiliser pour parler des personnes avec un trouble psychique et quelle doit être l'attitude de la société envers elles ? A cela s'ajoute la question de savoir comment parler du secteur de la santé mentale : les soignants sont-ils encore les "héros et héroïnes cachés" dont il était question dans l'article ?



Ce sont des questions de ce genre qui ont fait l'objet en 2015 d'une recherche initiée par le Fonds Julie Renson, le Fonds Reine Fabiola et Fondation Roi Baudouin. L'Institut voor Mediastudies de la KU Leuven est ainsi parti à la recherche des images habituellement utilisées en Belgique pour parler des personnes avec trouble psychique et a cherché entre autres à savoir comment ces images peuvent aussi jouer un rôle significatif pour les soignants. Cette étude a finalement débouché sur douze cadres de pensée, ou 'frames', qui apportent tous une réponse spécifique à la question : qu'est-ce qu'une maladie psychique et qu'est-ce que cela signifie pour la personne directement concernée ? Nous allons d'abord nous intéresser brièvement au concept académique de 'framing'. Nous aborderons ensuite les douze 'frames' de l'étude, en indiquant d'emblée le rôle que chacun d'entre eux pourrait jouer pour toute personne active, à titre professionnel ou bénévole, dans le secteur des soins de santé mentale. On trouvera des détails plus précis et des avis dans de précédentes publications².

Que contient un frame?

Le concept de framing a une signification neutre en science de la communication. Il désigne des cadres de pensée ou des perspectives à partir desquels une question peut être envisagée. Ce sont notamment les valeurs, les archétypes et les stéréotypes qui produisent chaque fois un autre frame. Ces frames se nichent dans les têtes des gens quand ils grandissent, sous l'effet de l'éducation, en suivant l'actualité, en regardant des films etc. Tout le monde, y compris donc les personnes avec un trouble psychique et leurs soignants, associera donc certains frames avec les maladies mentales et avec les personnes qui en souffrent.

Les frames sont des schémas relativement stables, partagés et insérés dans la culture. Pour les personnes qui font partie d'une même culture, ils ont un air familier, ce qui fait que tout le processus de framing passe souvent inaperçu et qu'on a l'impression que le frame, c'est-à-dire les lunettes à travers lesquelles on regarde une question, est une

² Cfr Annexe 2

donnée factuelle. Or, un frame ne constitue jamais qu'une manière possible de regarder la réalité : il y a toujours d'autres lunettes qui sont disponibles. Dès le moment où ces frames déterminent la conception des maladies psychiques et où les gens se comportent en fonction d'eux, ils font office de prophétie autoréalisatrice et il est d'autant plus difficile de les distinguer des faits.

En se basant sur une analyse systématique d'un large échantillon de sources, composé entre autres d'articles de presse, de films, de romans et de sites internet traitant des maladies psychiques, l'étude a peu à peu identifié un certain nombre de frames et de counterframes : chaque frame représente une vision problématisante des troubles psychiques et chaque counterframe un regard déproblématisant. Les chercheurs suggèrent dans le rapport une combinaison de frames problématisants et de counterframes déproblématisants, qu'ils présentent comme la meilleure manière de parler des personnes avec un trouble psychique. Cette approche devrait résulter en une image plus équilibrée et plus nuancée des troubles psychiques, même s'ils restent insaisissables jusqu'à un certain point et s'ils se présentent sous de nombreuses formes, allant des assuétudes à la dépression et au burn-out en passant par une série de troubles psychiatriques durables.

Douze frames et counterframes

Les chercheurs ont distingué cinq frames qui contribuent à stigmatiser les personnes avec un trouble psychique. Trois d'entre eux intéressent tout particulièrement le secteur de la santé mentale. Il y a tout d'abord la conception selon laquelle une maladie psychique est une caractéristique qui détermine toute la personnalité d'individus potentiellement dangereux. Elle est fondée sur une *Peur de l'inconnu*. Pour ceux qui sont professionnellement confrontés à des personnes avec un trouble psychique, ce sentiment peut se traduire par un malaise face au caractère capricieux et imprévisible de certaines maladies mentales. L'idée selon laquelle ces personnes constituent des *Maillons faibles* est aussi une source de stigmatisation : vues sous cet angle, les personnes avec un trouble psychique souffrent de déficiences inhérentes et la société s'en sortirait mieux sans elles. En troisième lieu, il y a la norme sociale de la *Maitrise de soi*, qui est utile pour placer entièrement la responsabilité du trouble au niveau de la personne concernée. Cette problématisation donne lieu à des raisonnements simplistes : un alcoolique doit 'simplement' s'abstenir de boire, un anorexique doit 'simplement' manger plus, etc.

Le *monstre* est un frame problématisant qui mérite une attention particulière. Cette métaphore apparaît régulièrement dans la manière dont des individus essayent de présenter de manière vivante leur propre expérience de la maladie et les médias se font un plaisir de la reprendre : "La dépression est un trou noir qui vous déchire" (*Het Laatste Nieuws*, 29 septembre 2017) ou "L'angoisse est une bête affamée" (*Body Talk*, mai 2017)³. Le frame est problématique dans la mesure où il suggère qu'un trouble psychique est quelque chose que l'intéressé doit combattre par tous les moyens, qu'il exige une vive résistance et que, si on ne parvient pas à le faire, c'est un signe de faiblesse.

³ Pour quelques exemples visuels, voir : De Hollyhock (2016, 18 octobre). Un artiste illustre des maladies mentales de façon très glauque. HITEK.fr. Online: https://hitek.fr/42/illustrations-maladie-mentale-glauque_4442
https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/

Enfin, le frame *Une proie facile* fait intervenir le secteur de la santé mentale lui-même : des soignants, et par extension des charlatans et de pseudo-thérapeutes, tirent habilement parti du caractère insaisissable des troubles psychiques et de la crédulité des malades pour en retirer un avantage (financier). Ce frame inclut également l'explosion des produits psychopharmaceutiques, le surdiagnostic - 'il faut convaincre tout le monde qu'il souffre d'un trouble psychique' - ainsi que les psychologues et les psychiatres, qui n'ont pas toute leur tête non plus.

Le principal défi de l'étude était de rechercher des cadres de pensée susceptibles de faire contrepoids à ces frames problématisants et très stigmatisants. Les chercheurs ont finalement décrit sept 'counterframes', c'est-à-dire des cadres qui donnent lieu à une vision moins ou non problématisante d'une question : une maladie psychique n'est alors plus un problème, ou en tout cas n'est pas quelque chose d'angoissant, un signe de faiblesse ou de manque de maîtrise de soi.

Chacun de ces sept counterframes comporte un point d'attention spécifique pour les soignants. Alors que, dans le frame *Peur de l'inconnu*, les personnes avec un trouble psychique sont rejetées comme étant 'anormales', il y a d'abord la possibilité de les voir comme des *Cas particuliers*, des personnes dotées de caractéristiques uniques et de compétences exceptionnelles. Mais, la préférence va à la 'normalisation' : une maladie psychique est l'expression d'une vulnérabilité qui ne constitue que l'une des nombreuses facettes d'une personne. Chacun a sans doute 'un bloc de travers', comme dans *Une mosaïque*.

Trois autres counterframes touchent au parcours de rétablissement d'une personne psychologiquement vulnérable. Il y a tout d'abord le besoin des personnes qui connaissent des problèmes physiques de comprendre ce qui se passe exactement. Une fois qu'un diagnostic clair a été posé, on peut rechercher le remède adéquat. Si une maladie psychique était vue comme *Une jambe cassée*, qui est due à une cause physique claire, on pourrait plus facilement compter sur la compréhension du monde extérieur et il suffirait de mettre un plâtre et de prendre le repos suffisant pour guérir complètement. En deuxième lieu, et dans cet ordre d'idée, il y a le besoin de pouvoir expliquer d'où provient une maladie psychique. On évoque souvent un traumatisme de jeunesse ou, si ce lien ne peut pas être établi, un traumatisme refoulé. Dans ce cas, la maladie psychique est une réaction compréhensible à un événement externe traumatisant, comme *Un tremblement de terre*. Le troisième counterframe est *La longue marche*, qui indique de manière métaphorique que le traitement d'un trouble psychique vise moins la guérison que le rétablissement. La personne en question doit accomplir un périple difficile, avec des hauts et des bas. Cela souligne sa responsabilité personnelle - personne ne peut le faire à sa place - mais aussi le fait qu'elle n'est pas seule dans cette entreprise : il y a d'autres marcheurs qui lui tiennent compagnie et des guides expérimentés qui sont prêts à l'accompagner. De plus, le rétablissement va plus loin que la guérison : il ne s'agit pas seulement de donner à la maladie une place dans la vie, mais cela englobe aussi une expérience totale qui permet à la personne de progresser dans différents domaines.

La longue marche met fortement l'accent sur l'idée que l'on peut apprendre à gérer la maladie, même si cela peut exiger de sérieux efforts. Le counterframe *L'invité imprévu* va dans le même sens. Sous cet angle, une maladie psychique est quelque chose qui surgit tout

à coup dans une existence, contre laquelle il ne faut pas lutter, mais que l'on doit apprendre à appréhender dans l'espoir que cet 'invité' finira un jour par partir. Enfin, *Le canari dans la mine* déplace l'accent de la personne malade vers la société, qui est exigeante et stressante : à cause de certains dysfonctionnements structurels, de plus en plus de personnes souffrent d'un trouble psychique. C'est un plaidoyer pour accorder à la santé mentale une place plus centrale dans la société et pour ne pas la rejeter quelque part dans la marge.



Au travail

Les frames et les counterframes ont été identifiés en étudiant systématiquement toutes sortes de sources médiatiques. Ils ne résultent donc pas d'observations dans un contexte de soins, par exemple. Des interviews de soignants ont cependant été réalisées à l'issue de l'étude, mais elles ont plutôt permis de réfléchir aux frames reconstruits que de chercher à savoir, par exemple, dans quelle mesure ces frames jouent effectivement un rôle dans le contact entre les professionnels et les patients. C'est pourquoi le Fonds Julie Renson, le Fonds Reine Fabiola et la Fondation Roi Baudouin ont spécifiquement mis sur pied, consécutivement à la recherche, une action visant le secteur de la santé mentale. Comment les frames et les counterframes ainsi que leurs éléments constitutifs pourraient-ils être utiles aux soignants ?

Un piège qui doit en tout cas être évité est de partir de l'idée qu'il faut toujours donner la préférence aux counterframes déproblématisants et éviter d'utiliser les frames problématisants. En règle générale, les troubles psychiques constituent en effet un problème. Les rejeter comme étant non problématiques pourrait avoir pour effet qu'ils échappent à l'attention des décideurs politiques et que les personnes atteintes soient considérées comme des 'comédiens'. Il est préférable d'opter pour une combinaison bien réfléchie de frames et de counterframes, en cherchant surtout à éviter les éléments potentiellement stigmatisants.

Les soignants pourraient commencer par évaluer leur propre communication : quels frames et counterframes reconnaissent-ils dans leur manière de communiquer ? Dans quelle mesure abordent-ils d'emblée les personnes avec un trouble psychique comme des personnes faibles, potentiellement dangereuses et manquant de maîtrise de soi ? Un trouble psychique ressemble-t-il effectivement à un monstre qu'il faut combattre ?

Une étape suivante dans la prise de conscience est de voir dans quelle mesure les counterframes peuvent être utiles pour améliorer la communication avec et au sujet des personnes psychologiquement vulnérables. Dans quelle mesure est-il réellement possible

et nécessaire de poser un diagnostic clair (*La jambe cassée*) et d'identifier une cause (*Le tremblement de terre*)? Certains counterframes, en particulier *La longue marche*, donnent la possibilité d'expliquer de manière compréhensible ce que signifie le rétablissement pour une personne avec un trouble psychique.

Cette publication rend compte du parcours qui a invité le secteur belge de la santé mentale à mettre sur pied des projets destinés à améliorer la perception des personnes avec un trouble psychique. Une attention particulière est accordée aux enseignements tirés de cette expérience, qui peuvent à leur tour servir de source d'inspiration pour tous ceux qui veulent communiquer autrement sur les troubles psychiques dans un contexte de soins.

3. DIX-SEPT INITIATIVES DE PROFESSIONNELS EN RÉSEAU D'APPRENTISSAGE

Si chaque projet ayant été développé dans le cadre de l'appel « Communiquer autrement à propos des troubles psychiques dans un contexte de soins » est singulier, il va de soi que des points communs existent entre certains d'entre eux. Ainsi, on peut globalement distinguer quatre types de projet.

Premièrement, certains projets mettent l'accent sur le rôle important et utile que peuvent avoir des (anciens) patients, c.à.d. des personnes ayant personnellement vécu une expérience de détresse psychique. Selon les projets, ces personnes sont qualifiées d'experts du vécu, de patients partenaires ou de pairs-aidants.

Deuxièmement, d'autres projets focalisent davantage leur attention sur les représentations de la santé mentale et des personnes avec une pathologie mentale chez les professionnels de la santé. L'identification de ces représentations est vue comme un matériel utilisable en vue de la mise en place ou de l'amélioration d'interventions visant à déstigmatiser les patients et à sensibiliser les professionnels à leur perception de la santé mentale et à l'impact que cette perception peut avoir sur leurs attitudes et leur communication envers les patients.

Troisièmement, un projet a approfondi cette question des stéréotypes et de la stigmatisation dans la population générale et auprès de patients en incluant l'image véhiculée par le psychologue. En effet, bien que ce dernier puisse jouer un rôle important et utile dans l'accompagnement des personnes avec un trouble psychique, il peut paradoxalement être lui-même victime de discrimination ou d'une mauvaise image.

Quatrièmement, certains projets ont souhaité mettre en lumière le peu de place et d'attention accordés à la famille (et, plus particulièrement, aux enfants des patients). Celle-ci est bien trop peu prise en considération pour les patients présentant un problème de santé mentale. Les professionnels finissent par oublier que les patients sont aussi des parents...

La présentation de certains projets repose sur l'élaboration de nuages de mots. Au sein de ces nuages, plus les mots sont grands, plus ils ont été fréquemment cités. Par ailleurs, les mots ont été colorés en rouge, bleu ou vert selon qu'ils peuvent être qualifiés de négatifs, neutres ou positifs en référence à la personne ou au concept évalué (ex : « patient schizophrène » ou « santé mentale »).

3.1. Une place pour le patient partenaire / expert du vécu / pair-aidant

a) Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Kempen vzw (Geel)

Titre de l'initiative

Experts du vécu et intervenants professionnels main dans la main pour des soins de santé mentale honnêtes, transparents et sur mesure.

Motivation

Ces dernières années, le Réseau GGZ Kempen s'est investi dans le recours à des experts du vécu et dans la communication avec les proches, les patients et les professionnels. Les différents groupes de travail et réunions ont permis de recueillir une mine d'informations qui visent à améliorer les soins et la communication. Certaines améliorations peuvent être mises en œuvre de manière très concrète et structurelle. C'est plus difficile pour un concept tel que la 'déstigmatisation'.

Avec 'Te Gek?', LOGO Kempen et les pouvoirs publics ont beaucoup investi dans la déstigmatisation auprès de la population. Le Réseau GGZ Kempen collabore intensément avec LOGO dans ce but. Son plan stratégique comprend la mission spécifique 'briser les stigmatisations au niveau des professionnels'. Un soutien supplémentaire au niveau du personnel et une formation sont essentiels pour cela.

Objectif

Le Réseau GGZ Kempen veut mieux faire percevoir aux professionnels impliqués leurs propres images mentales relatives à la vulnérabilité psychique et à la psychiatrie et les rendre conscients de leurs préjugés et de l'effet qu'ils peuvent avoir sur leur relation quotidienne avec l'usager/le patient. Il veut aussi pouvoir aborder plus ouvertement la gêne qui entoure leur propre vulnérabilité mentale. Pour y parvenir, l'association mène un travail axé sur le rétablissement, stimule une approche fondée sur les forces et les talents et explique la distinction avec le modèle diagnostique médical. Beaucoup d'intervenants ont en effet été formés avec ce modèle et il faut des efforts, des formations et de la communication pour concilier les deux modèles.

Méthode

Le Réseau GGZ Kempen veut que les intervenants actifs au sein du secteur de la santé mentale et des secteurs adjacents prennent conscience de l'effet de la stigmatisation sur leur relation professionnelle avec une personne en situation de vulnérabilité psychique. Il met au point du matériel de communication à leur intention et renforce l'implication d'experts du vécu à différents niveaux dans le Réseau. Il veut attirer l'attention d'équipes de soins sur ce thème au moyen d'une formation interactive.

Processus

Le Réseau GGZ Kempen a abordé ce thème avec l'équipe au travers d'une formation interactive. Un intervenant professionnel et un expert du vécu ont fait réfléchir l'équipe à ses propres conceptions et préjugés au moyen du récit d'un rétablissement, d'études de cas, d'affirmations et d'un questionnaire standardisé. Deux moments de formation ont été prévus au total.

Dans la première phase du projet, un expert du vécu a partagé son expérience des soins de santé. L'association a associé à cela un questionnaire relatif à des affirmations sur la stigmatisation et sur les conceptions personnelles des participants.

Dans une deuxième phase, l'équipe a poursuivi la réflexion avec le coordinateur et le coach externe afin de mettre en lumière sa propre manière de fonctionner.

Dans un troisième temps, le Réseau s'efforce d'intégrer structurellement ces formations et de diffuser plus largement l'intérêt de travailler ce thème. Les résultats seront communiqués à la première ligne : LOK HA sur le rétablissement, coaching, formation, groupes de travail.

La participation au projet permet d'implanter plus solidement l'aspect 'déstigmatisation au niveau des professionnels', qu'il est difficile d'ancrer dans la ligne stratégique. Ce que LOGO Kempen a tenté de faire auprès du grand public a bien sûr aussi un effet indirect sur les soignants, mais le Réseau CGG Kempen a recherché une approche plus concrète à partir d'un autre angle d'approche.

Ce soutien a fait en sorte que les objectifs et les délais ont clairement pu être tenus à l'œil. Les moyens financiers ont donné la possibilité d'engager du personnel supplémentaire. Le cadre théorique de base a permis de mener une réflexion et un travail sur des bases scientifiques. Et, le matériel présentant les résultats de la recherche (rapport, brochure) a rendu possible le développement de matériel de formation concret. Ceci a conduit aux réalisations suivantes :

- une formation interactive sur mesure pour les équipes ;
- une évaluation au moyen d'un questionnaire standardisé ;
- une intégration structurelle de cette formation dans le Réseau GGZ Kempen.

Le travail s'est fait initialement au sein des équipes elles-mêmes et avec les organisations partenaires les plus proches au sein du Réseau, mais très vite des demandes de formation provenant de l'extérieur du Réseau ont afflué. Il a été difficile de les gérer compte tenu de leur nombre par rapport au temps et aux moyens disponibles.

La force de la collaboration entre les experts du vécu et les autres soignants professionnels a encore prouvé son utilité dans le cadre de l'objectif de ce projet et a réduit les préjugés concernant le recours à ce tandem. En même temps, c'est une illustration et un plaidoyer pour une vision axée sur le rétablissement.

CGG Kempen tient à mettre en exergue que le travail trans-organisationnel au niveau intermédiaire est essentiel, aussi bien entre la première et la deuxième ligne qu'entre l'aide sociale et la santé. Il est en outre indispensable que l'approche soit soutenue par tous les partenaires et à tous les niveaux pour aborder autrement la stigmatisation.

b) CRF Alba (La Louvière)

Titre de l'initiative

Horizon 2020

Motivation

Le CRF Alba a pour mission de proposer un programme de rééducation fonctionnelle afin d'augmenter ou de maintenir les habiletés des bénéficiaires dans les différents domaines de l'autonomie personnelle et de l'insertion professionnelle. Il s'agit ici pour l'individu de modifier son regard sur sa maladie, ses limitations, ses difficultés et de s'appuyer sur ses ressources subjectives pour vivre avec, voire les dépasser.

L'individu concerné par un problème de santé mentale dispose des ressources nécessaires pour dépasser les limitations secondaires à cette condition en s'appuyant sur ses capacités alternatives, sans se référer à un modèle de normalité établi « du dehors ».

Objectif

En tant que service promulguant la version « 3 » du rétablissement psychiatrique (modalité de rétablissement qui prône la modification du regard que l'individu porte sur sa maladie, ses limitations, ses difficultés et qui s'appuie sur les ressources de l'individu), ce projet a pour volonté d'aller le plus loin possible dans la déstigmatisation et l'insertion de personnes concernées par une problématique de santé mentale.

Méthode

En vue d'atteindre cet objectif de déstigmatisation et d'insertion, le CRF a mis en place un projet avec des experts du vécu. Les bénéficiaires ayant réalisé un parcours complet au sein du CRF peuvent formuler la demande de devenir expert du vécu. Ils s'inscrivent alors dans un parcours de 4 mois de partage de leur propre expérience de la santé mentale et/ou de co-animation. L'idée est que chaque bénéficiaire puisse s'approprier pleinement son parcours de vie et en faire une force, un outil de partage et de soutien auprès d'autres qui vivraient les mêmes difficultés.

Processus

Depuis le début du projet, cinq bénéficiaires sont devenus experts du vécu et trois autres sont demandeurs de le devenir.

Ce projet d'experts du vécu permet aux bénéficiaires de s'identifier à une personne relais durant leur accompagnement au sein du CRF. De plus, la présence d'experts du vécu met en avant une vision positive et concrète de rétablissement et de réinsertion sociale, professionnelle, etc. Ce projet n'en est qu'à ses débuts. En effet, l'idée est de pouvoir l'alimenter et le faire évoluer au fur et à mesure de l'inclusion et de la participation d'experts du vécu.

c) Projet du Service de Sciences de la famille de l'UMons (Mons)

Titre de l'initiative

Pair-aidance et intégration dans les dispositifs d'aide et de soins.

Motivation

L'UMons essaie de favoriser l'introduction des pairs-aidants au sein d'équipes professionnelles travaillant dans une structure. Un pair-aidant est un « expert du vécu », c'est-à-dire un individu qui a vécu l'expérience de la grande souffrance sociale et/ou psychique. Ces personnes ont mobilisé des ressources et développé des compétences pour faire face à cette situation. Elles s'en sont sorties suffisamment pour tirer un savoir de cette expérience de vie. Le pair-aidant met donc son expérience au service d'autres personnes vivant avec un trouble psychique.

Le projet prend naissance en s'appuyant sur un constat : l'intégration de pairs-aidants dans les structures d'aide et de soins n'est pas aisée. Entre craintes et stigmatisation, les pairs-aidants et les professionnels doivent trouver leur place. L'Université propose des

stages à la pair-aidance au sein de structures dans lesquelles les pairs-aidants peuvent faire valoir leur expérience.

Objectif

L'objectif est d'évaluer la perception des professionnels sur le concept de « pair-aidance » avant et après l'intégration d'un pair-aidant stagiaire.

Méthode

Avant le début du stage du pair-aidant, un questionnaire est administré à chaque professionnel travaillant au sein de la structure. Ce questionnaire permet d'étudier les représentations sociales vis-à-vis d'un travailleur pair-aidant via des questions telles que : « un pair-aidant est plus fragile qu'un autre employé, il faut donc prendre soin de lui » ; « le secret professionnel ne concerne pas le pair-aidant » ; « pour être pair-aidant, il est indispensable de suivre une formation », ... Chaque réponse se fait via l'emploi d'une échelle allant de « pas du tout » à « tout à fait ».

Après la fin du stage du pair-aidant, le même questionnaire est administré aux professionnels afin de déterminer dans quelle mesure leurs représentations sociales ont évolué. Une réflexion sur le « pourquoi les représentations ont évolué ou non ? » et sur le « comment elles ont évolué ? » est menée en équipe.

Processus

La récolte des données (via les lieux de stage) est toujours en cours. Les résultats seront connus au mois de novembre 2019.

Les perspectives sont doubles. D'une part, il s'agira de créer des formations qui croient au rétablissement des pair-aidants, au savoir expérientiel et qui prônent la co-construction (le pair-aidant ayant des compétences et connaissances qu'il convient aussi de prendre en compte). D'autre part, il conviendra de favoriser la pleine intégration des pairs-aidants au sein des équipes.

d) Université d'Anvers (Anvers)

Titre de l'initiative

Communiquer autrement dans les nouveaux soins de santé de première ligne : conscientisation des médecins généralistes flamands en formation.

Motivation

Les plaintes psychiques sont prévalentes parmi la population. Bien des recherches démontrent que le regard que les soignants portent sur les personnes avec un trouble psychique a une grande influence sur la manière dont ils traitent ces patients. A l'heure où on cherche à désinstitutionnaliser les soins de santé mentale, les soins de première ligne vont devoir assumer une grande responsabilité. Il est dès lors important d'étudier, et de nuancer si nécessaire, l'attitude des futurs professionnels de première ligne vis-à-vis des patients qui connaissent des difficultés psychiques. Les médecins généralistes sont un maillon important dans les soins de première ligne.

Objectif

L'objectif de ce projet est qu'après avoir fait la connaissance d'experts du vécu, les médecins généralistes en formation aient une conception plus nuancée des personnes psychologiquement vulnérables et fassent peut-être aussi preuve d'un plus grand intérêt pour la santé mentale.

Méthode

Le projet se compose de plusieurs phases. D'abord, il s'agit de mesurer les attitudes des médecins généralistes flamands vis-à-vis des personnes en situation de vulnérabilité psychique et les cadres de pensée qu'ils utilisent avec ces patients. Ensuite, les futurs généralistes qui étudient à l'Université d'Anvers sont mis en contact avec des experts du vécu. Enfin, l'Université effectue une nouvelle évaluation. Tout au long de ces phases, mais surtout à l'occasion de la dernière, un écho est donné dans les médias.

Processus

Quatre phases : mesure préalable, contact entre étudiants et experts du vécu, nouvelle évaluation et diffusion des résultats.

Lors de la première phase, l'Université a interrogé tous les étudiants en dernière année de médecine et a récolté ainsi une vision de leurs préjugés vis-à-vis de personnes atteintes de dépression, d'alcoolisme ou d'un trouble de la personnalité 'borderline'.

Les étudiants en dernière année de médecine à la KU Leuven, l'UAntwerpen et la VUB - l'UGent n'a pas voulu participer - ont été invités à remplir un questionnaire sur leurs attitudes (et leurs cadres de pensée) pour ce faire. 88 étudiants (19,4%) ont répondu à l'enquête.

Dans la deuxième phase, les médecins généralistes anversois en formation ont été mis en contact avec quelques experts du vécu, qui ont raconté leur histoire, témoigné de leur expérience de la stigmatisation et expliqué comment ils auraient préféré que les choses se passent. Les interactions entre les étudiants et les experts du vécu ont été facilitées. La nouvelle évaluation qui suivra, lors de troisième phase, devrait faire apparaître un changement d'attitude des médecins en formation vis-à-vis des personnes atteintes de troubles psychiques.

Dans la phase ultime du projet, les résultats seront diffusés dans le milieu des médecins généralistes.

Il ressort de la première phase de la recherche que les répondants utilisent avant tout le frame du 'Monstre', aussi bien pour les personnes dépressives que pour les alcooliques et les patients avec un trouble de la personnalité 'borderline'. Les principaux counterframes utilisés sont 'La mosaïque' et 'La longue marche', également pour les trois pathologies. L'intérêt pour la psychiatrie ou une tendance à s'investir dans les soins de santé mentale n'ont aucun effet (sauf pour le frame 'Une proie facile'). Les hommes et les étudiants de l'UA semblent utiliser plus souvent le frame 'La maîtrise de soi'. Les counterframes 'La longue marche' et 'La mosaïque' ainsi qu'un intérêt pour la psychiatrie sont des prédicteurs d'un sentiment de compétence.

On peut dire de manière générale que des frames plus nuancés restent largement sous-utilisés, surtout pour des pathologies plus lourdes. Les conceptions stigmatisantes augmentent en effet à mesure que la pathologie s'aggrave.

L'UA tient à souligner que le recours à des experts du vécu dans la formation des professionnels semble être une plus-value. Lors des travaux cliniques, on aborde rarement la question de savoir comment les patients veulent être traités alors que la formation de généraliste permet encore de le faire. La recherche montre que les soignants professionnels en formation semblent ouverts et passionnés par les témoignages des experts du vécu et veulent prendre leurs conseils à cœur tandis que les experts du vécu sont motivés pour apprendre aux (futurs) médecins quel a été l'impact de la stigmatisation.

3.2. L'inconfort des professionnels dans l'accompagnement

a) De Hulster Beschut Wonen vzw (Leuven)

Titre de l'initiative

Des vis qui manquent ? Une communication plus fine avec et au sujet des personnes psychologiquement vulnérables.

Motivation

De Hulster se consacre depuis un certain temps déjà à la question de la perception. L'association organise tous les deux ans des initiatives telles que 'Kunst in de Steigers' (projet artistique avec et par des usagers), 'Kwis in de Steigers' (un quizz pour tous) et la Journée des Familles. Mais, il est encore possible d'améliorer la communication avec et au sujet des usagers et la sensibilité à cet enjeu. De Hulster estime que la communication est une chose à laquelle on peut travailler en permanence. Ce projet est une excellente occasion pour impliquer explicitement et consciemment toute l'organisation dans la perception des usagers, d'en faire un point d'attention durable et de découvrir ses propres 'taches noires' en matière de stigmatisation. L'association veut, autant que possible, stimuler encore davantage une relation d'égal à égal entre l'utilisateur et l'intervenant professionnel.

Objectif

De Hulster vise une conscientisation aussi bien de ses collaborateurs que de ses usagers : les personnes psychologiquement vulnérables sont aussi des gens comme les autres. L'association recherche tout d'abord une prise de conscience permanente de la manière dont les professionnels communiquent avec et au sujet des usagers : la direction, les psychiatres, les accompagnateurs, mais aussi les services logistiques (administration, service technique et d'entretien), qui passent beaucoup de temps avec les usagers. D'autre part, elle cherche à produire un changement d'attitude auprès des professionnels : une approche moins problématisante, non stigmatisante, relativisante et axée sur le rétablissement, sans être pour autant nonchalante. Enfin, elle veut impliquer les usagers eux-mêmes afin d'initier chez eux aussi un processus de prise de conscience et d'émancipation et de briser l'autostigmatisation. Il ne s'agit pas d'un plan sur deux ans, mais d'une démarche permanente : même après l'achèvement du projet, De Hulster veut rester attentive à l'image qu'elle a de ses usagers.

Méthode

Dans un premier temps, De Hulster veut analyser comment ses collaborateurs – de la direction à l'équipe de nettoyage – communiquent, aussi bien oralement que par écrit, avec et au sujet des personnes psychologiquement vulnérables. Un coaching et une formation aideront ensuite à affiner les attitudes de communication. Enfin, l'association veut diffuser ses constats et idées auprès d'autres organisations de soins et dans la société afin de contribuer à changer la perception des personnes en situation de vulnérabilité psychique.

Processus

Dans la première phase du projet, une enquête a été réalisée, au moyen d'un questionnaire et d'ateliers, pour savoir quels sont les frames les plus utilisés dans l'équipe et par les usagers. Un atelier a été spécifiquement consacré aux actions : comment communiquer en créant du lien avec les usagers dans tout ce qui est fait avec eux ? Quelle action entreprendre ? Quelles actions entreprendre ensemble ? Sous quelles formes ? Comment faire pour leur donner une dimension durable ?

Quatre frames ont été identifiés, après une analyse, comme étant les plus utilisés par les professionnels et les usagers.

Quatre ateliers, prévus dans la deuxième phase, ont permis d'encore conscientiser davantage l'équipe aux implications des quatre frames. Les aspects suivants ont été mis en évidence :

- l'être humain est au centre, dans son unicité ;
- être attentif à ce que la personne veut elle-même, dans sa propre vie ;
- être attentif à diverses facettes de la vie quotidienne ;
- égalité dans la relation usager-professionnel (en étant attentif à la vulnérabilité du professionnel lui-même) ;
- une communication qui relie ;
- faire route ensemble : accompagner, soutenir, au rythme de l'utilisateur, le chemin de l'utilisateur, renforcer les possibilités de l'utilisateur,...
- être attentif au contexte sociétal.

Dans une troisième et dernière phase, De Hulster partagera ses expériences avec des organisations externes.

Un atelier de conclusion avec Dirk De Wachter a déjà été organisé dans le cadre de la phase 2.

Il est possible d'associer un élément révélateur à chaque (counter)frame.

1. La mosaïque

De Hulster part du principe qu'une personne ne se réduit pas à son trouble psychique, ce qui correspond parfaitement à ce frame. L'association juge important de voir la personne dans toutes ses facettes. Ne pas catégoriser et ne pas verbaliser uniquement le trouble psychique, mais aussi d'autres domaines de l'existence. Des récits non dominants peuvent être une aide.

Élément révélateur : 'oubliez le diagnostic dans votre travail d'aide, mais ne le niez pas!'

2. L'invité imprévu

De Hulster adhère en partie à l'idée centrale de ce frame. L'association est consciente qu'apprendre à vivre avec la maladie suppose un processus long et individuel avec des hauts et des bas. Elle est convaincue que le professionnel et/ou l'expert du vécu joue un rôle significatif pour soutenir le processus personnel d'acceptation, par exemple : en diffusant l'idée d'égalité, dans sa manière de communiquer, en donnant confiance, en insistant sur les qualités, en donnant du temps, en étant présent, en étant un modèle de rôle,...

Élément révélateur : 'parfois, le rétablissement échoue; il faut apprendre à vivre avec ça, comme résidents et comme professionnels'.

3. La longue marche

De Hulster estime que l'idée centrale de ce frame correspond à la mission clé du professionnel au sein de l'organisation. Celui-ci agit comme un guide qui ne sait pas tout et qui ne décide pas de tout sur la voie vers le rétablissement : faire route ensemble, partir en voyage ensemble (parfois au sens littéral). Un guide peut soulager une partie du poids à porter. Sa disponibilité et sa volonté d'assurer cette fonction sont considérées comme des aspects inhérents et essentiels du travail. Aider à tenir compte de ses limites, admettre que le chemin vers le rétablissement est long, être authentique et attentif au rythme de l'utilisateur sont d'autres éléments centraux.

Élément révélateur : 'en tant que professionnel, on ne sait pas tout et on ne peut pas tout résoudre, il faut connaître ses limites !'.

4. Le canari dans la mine

De Hulster est convaincu que la vulnérabilité psychique est accentuée et est négativement influencée par le stress ambiant et par une société individualiste et orientée sur la performance. Le sentiment croissant d'absence de sens, d'isolement et de fausse liberté n'est pas sans risques. Les premiers symptômes d'un trouble psychique apparaissent d'ailleurs souvent lors d'événements stressants et particulièrement difficiles à vivre pour des personnes psychologiquement vulnérables.

Élément révélateur : 'bien s'occuper des gens ne signifie pas nier les maladies provoquées par la société; l'objectif doit être d'exclure le moins possible de gens de la société et de créer une place pour eux dans celle-ci'.

Une grande attention accordée à ces quatre (counter)frames identifiés dans l'analyse a conduit à la volonté de renforcer les éléments positifs déjà présents dans le contexte de l'utilisateur et dans la relation entre le professionnel et l'utilisateur. Pour y parvenir, on peut entre autres : oser montrer sa vulnérabilité l'un à l'autre, communiquer de manière à créer du lien, être attentif aux talents et aux forces et partir d'un principe d'égalité. Tout cela se concrétise surtout dans la relation d'aide.

b) CHR Citadelle, Service d'Urgence Médico-Psycho-Sociale (UMPS) (Liège)

Titre de l'initiative

La communication comme instrument thérapeutique dans la prise en charge des troubles psychiques en services d'urgences.

Motivation

Intégrée au service d'urgence général, l'UMPS est une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues, médecins, psychiatres, infirmiers, et assistants sociaux. Ses principales missions sont d'accueillir de manière inconditionnelle, neutre et bienveillante toute personne se présentant spontanément ou adressée dans le service en l'abordant dans sa dimension bio-psycho-sociale. Il s'agit également d'établir un diagnostic complet afin de proposer un projet de soins adapté aux besoins, ressources et limites de l'utilisateur en tenant compte de tous les facteurs médicaux, psychologiques et sociaux problématiques.

Une attention particulière est portée à l'évaluation de la vulnérabilité individuelle, des éléments susceptibles de compromettre l'insertion sociale, de l'exposition au risque de précarisation voire d'exclusion sociale et de la consommation de psychotropes. La pratique quotidienne au sein du service des urgences amène à constater que des phénomènes de stigmatisation et de discrimination vis-à-vis d'utilisateurs avec des problèmes psychiques subsistent et peuvent avoir un impact sur la qualité de la prise en charge, l'adhésion à des soins adaptés et le pronostic de rétablissement.

Objectif

Tout d'abord, il s'agit d'identifier les représentations des professionnels concernant les patients avec un trouble psychique, leur influence sur la prise en charge et le sentiment de compétence des soignants. Sur base des résultats, l'idée est de mettre en place des séances de sensibilisation aux représentations (stéréotypes, etc.) liées à la santé mentale et à leur impact sur la santé physique et mentale des patients, les professionnels de la santé et les interactions qui se nouent entre patients et professionnels.

Méthode

Les représentations sont évaluées via une enquête "papier-crayon" réalisée auprès de l'ensemble des professionnels du service UMPS (n = 43).

Cette enquête est divisée en 2 parties :

- Partie A : chaque professionnel se voit proposer deux vignettes cliniques présentant des patients aux plaintes similaires. L'un a dans ses antécédents un trouble psychique et l'autre pas (figure 1). Pour chaque vignette, il est demandé aux professionnels d'énoncer le type de prise en charge proposé ainsi que son sentiment de compétence face au patient. En ce sens, ces vignettes abordent la question des attitudes de soins et de prises en charge des patients.

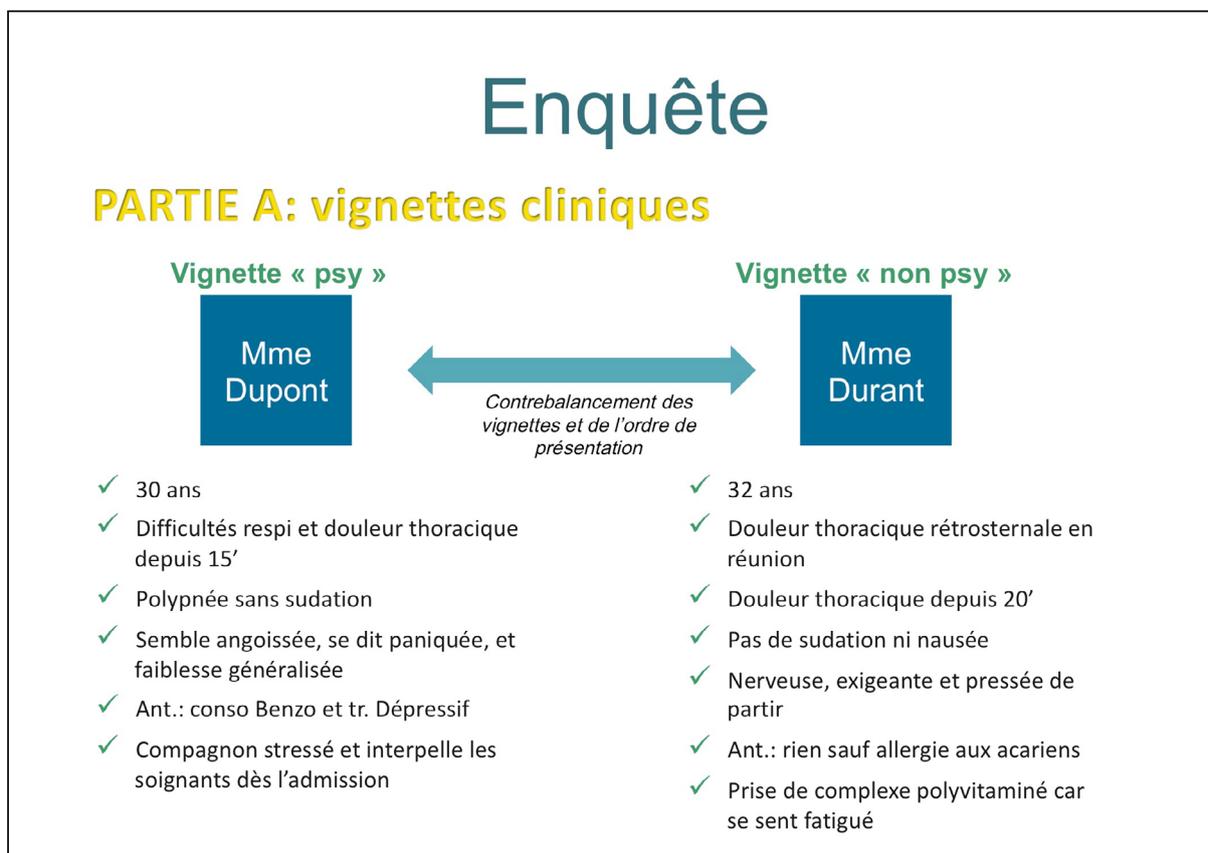


Figure 3. Représentation schématique de la distinction vignette « psy » - « non psy ».

- Partie B : chaque professionnel doit énoncer les cinq premiers mots qui lui viennent à l'esprit quand il pense (a) à un patient présentant un trouble psychique (représentation générale) et (b) à un patient alcoolique, borderline et schizophrène (représentations spécifiques à une pathologie). Sur base des mots énoncés par chaque professionnel, des nuages de mots sont créés : plus le mot est fréquemment cité, plus il est grand.

Processus

L'analyse des résultats de la *partie A* de l'enquête ne met pas en évidence de différence significative entre les deux types de vignettes cliniques que ce soit au niveau des représentations, du sentiment de compétence ou de la prise en charge proposée. On note un respect des protocoles de tri, d'organisation de la prise en charge et des actes techniques imposés par les guidelines des fonctions médicales et infirmières spécifiques à l'aide médicale urgente quelle que soit la vignette.

Par contre la *partie B* de cette enquête montre des représentations générales sur les troubles psychiques et spécifiques à des pathologies psychiques empreintes d'une valence négative (figure 2, ci-dessous). On y retrouve une majorité de termes en lien avec le danger, l'incompréhension, l'instabilité ou encore la manipulation. Ces résultats correspondent aux observations informelles préalables ayant motivé l'élaboration du présent projet.

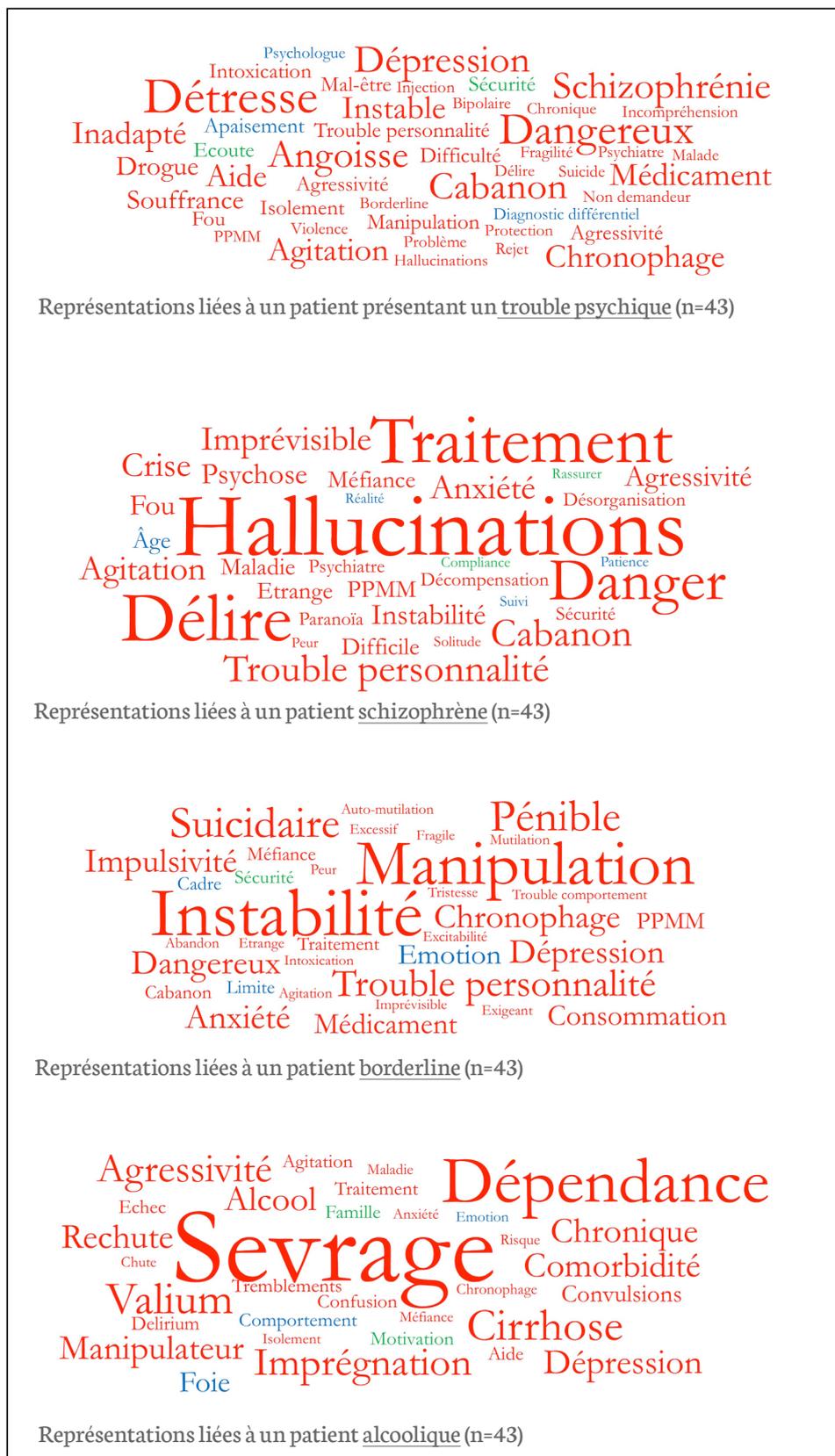


Figure 4. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à un patient présentant un trouble psychique, schizophrène, borderline et alcoolique. Mots négatifs, neutres et positifs.

Cette enquête, réalisée au sein de l'UMPS, n'est qu'une première étape. Celle-ci sera suivie par une communication des résultats en séance plénière rassemblant l'ensemble du personnel soignant, ainsi que par un coaching et une supervision en petits groupes pluridisciplinaires sur le thème des représentations, de l'élaboration de pratiques de qualité et d'une communication optimale entre professionnels et usagers avec des troubles psychiques. Ces prochaines étapes permettront de sensibiliser l'ensemble des professionnels de l'urgence à l'existence de ces représentations et de leurs impacts au niveau des pratiques, de leur qualité, de l'adhésion aux soins et du pronostic de rétablissement des usagers. Il s'agira également de mobiliser les professionnels afin de faire évoluer leurs pratiques et le regard qu'ils posent sur les troubles psychiques. Par ailleurs, cette expérience au sein du service des urgences servira d'incubateur et devrait être généralisée à l'ensemble des salles de médecines en 2019 et 2020.

c) Katarsis vzw (Genk)

Titre de l'initiative

STERK!

Motivation

Katarsis axe son action, depuis un certain temps déjà, sur la mise en place de formes de travail créatives. L'aspect non verbal dans la communication quotidienne est aussi davantage mis en avant. STERK! s'inscrit dès lors dans cette vision et peut constituer un défi qui affine le travail de l'organisation. Ce serait en outre la première fois qu'un projet théâtral serait organisé avec ses résidents. Il n'est pas évident de faire un travail expressif avec ce groupe cible. D'une part, l'organisation manque d'expertise dans ce domaine au sein de son équipe. D'autre part, il faut un public pour pouvoir parler de théâtre. Ces deux aspects sont présents dans ce projet théâtral et font réfléchir et agir Katarsis en dehors de son cadre. Le fait que tout le processus soit mis en image et publié fournit aussi un outil pour donner une autre image de son groupe cible et peut continuer à faire vivre le processus dans l'organisation. Katarsis veut combattre la stigmatisation qui entoure les assuétudes et faire percevoir ce monde inconnu. Elle veut également donner une image humaine de l'assuétude et des personnes dépendantes, car elle remarque qu'il y a des problèmes de stigmatisation dans l'environnement dans lequel elle est établie. Enfin, l'organisation veut intégrer cela dans son fonctionnement pour remettre les résidents en contact avec leur univers sensitif, étant donné que beaucoup de personnes qui ont une problématique d'assuétude finissent par devenir étrangères à elles-mêmes.

Objectif

STERK! poursuit un triple objectif. Avec ce projet théâtral, Katarsis veut d'abord participer à la lutte contre la stigmatisation, faciliter la réintégration de ses résidents dans la société, leur faire découvrir de nouveaux centres d'intérêt, miser sur leurs talents (cachés), leur faire comprendre, reconnaître et exprimer leur image d'eux-mêmes et leur donner la possibilité d'exprimer leurs émotions. En travaillant ensemble, l'organisation espère aussi améliorer la cohésion de son programme collectif. En deuxième lieu, elle veut, par cette formation, réfléchir à ses propres méthodologies, en découvrir d'autres et explorer celles qu'elle peut appliquer dans son fonctionnement. Enfin, Katarsis veut, avec la publication, dessiner une image humaine et déstigmatisante du monde largement inconnu de la problématique des assuétudes.

Méthode

STERK! est, pour la communauté thérapeutique de Katarsis, un projet théâtral encadré par Ingrid Dullens, qui est centré sur les résidents de Katarsis et sur leur univers de vie. Le processus créatif a été photographié, exposé et présenté dans une publication. D'un autre côté, STERK! est aussi une formation créative pour les accompagnateurs thérapeutiques du groupe de désintoxication de Katarsis. L'organisation veut ainsi ancrer les méthodologies de STERK! au sein de Katarsis.

Processus

Trois réalisations sont visées dans le cadre de cette initiative : un projet théâtral, la publication d'un livre et une formation pour les accompagnateurs.

1. **Projet théâtral** : le groupe a répété une fois par semaine pendant trois mois. Lors de ces séances hebdomadaires, les résidents ont exploré de nouvelles facettes de leurs émotions et ont appris à les exprimer de manière créative. Ils ont mieux pris conscience de qui ils sont vraiment, des qualités qu'ils ont et des pièges qu'ils rencontrent. Leurs parents, amis et partenaires ont pu se faire, durant le spectacle, une image plus large de la personne derrière l'assuétude. Ils étaient légitimement fiers de leur performance et leur enthousiasme était grand. Après le spectacle et l'exposition, le 1er février à l'hôtel de ville de Genk, une réflexion a eu lieu avec les résidents. Des portes se sont ouvertes à la suite de l'étroite collaboration avec la ville de Genk pour lancer de nouveaux partenariats à l'avenir et pour continuer à travailler aux possibilités de réintégration des résidents et à la déstigmatisation.
2. **Publication du livre** : Ingrid Dullens a pris des notes et Mine Dalemans a fait des photos pendant la phase de préparation du projet théâtral. Elles les ont réunies et en ont fait une sélection pour le livre qui a été imprimé.
3. **Formation** :
 - octobre et novembre: 1 moment de formation 'parole', ensuite exploration et intégration personnelles ;
 - décembre et janvier: 1 moment de formation 'image', ensuite exploration et intégration personnelles ;
 - février: réflexion.

Dans le cadre de ce programme de longue durée, Katarsis prévoit à présent chaque semaine des séances de thérapie non verbale pour lesquelles, grâce à ce projet, elle peut faire un choix parmi une gamme plus large de possibilités, comme le travail plastique, le drame, l'expression orale et la musique. L'association rend les résidents conscients de leurs pensées, de leurs sentiments et de leur ressenti, de manière créative. Les accompagnatrices qui ont activement participé au projet théâtral sont aussi celles qui encadrent ce groupe.

La notoriété de l'association s'est accrue grâce à la présentation de son projet à Genk. Celle-ci a formulé la demande de présenter deux autres fois le spectacle : une fois à destination exclusive d'étudiants en Action sociale et en Orthopédagogie et une autre fois pour des travailleurs de terrain, des partenaires, des membres de la famille et d'autres personnes intéressées. Le partenariat avec le centre culturel de Genk a aussi donné naissance à de nouveaux accords de coopération avec trois centres culturels (Houthalen-Helchteren, Beringen & Heusden-Zolder). En proposant son spectacle dans ces centres culturels, l'association veut s'adresser à des jeunes socialement vulnérables

du troisième degré de l'enseignement secondaire. En lien avec le spectacle, il y aura des témoignages et des rencontres avec les résidents afin de pouvoir aborder le tabou concernant la toxicomanie et d'inciter les jeunes à recourir plus facilement à des services d'aide.

A partir du printemps, Katarsis va aussi créer avec quelques résidents intéressés une brève pièce de théâtre dans laquelle elle va intégrer les méthodologies apprises. Celle-ci sera présentée à la fin août lors de la fête annuelle pour les anciens résidents de Katarsis qui ont vaincu leur dépendance.

Le projet théâtral est réalisé et monté.

Les résidents ont découvert en eux d'autres compétences, possibilités et ressources. Ils ont appris à se présenter sur scène et à gérer l'anxiété et le stress provoqués par cette nouvelle situation. Leur image d'eux-mêmes et leur confiance en eux ont ainsi évolué positivement. En recourant à une approche créative pour les mettre davantage en contact avec leurs émotions et en leur proposant des outils pour les exprimer créativement, ils ont pu être plus conscients de qui ils sont vraiment, des qualités qu'ils ont et des pièges qu'ils rencontrent.

Les accompagnateurs regardent aujourd'hui avec un autre regard les personnes qui ont un problème d'assuétude parce qu'ils les ont 'rencontrées' de manière plus profonde. Ils ont découvert des techniques créatives non verbales et ils continuent à les appliquer dans leur travail quotidien. Cela vaut aussi pour les autres professionnels actifs à Katarsis. Tant les accompagnateurs que les résidents se sont ouverts l'un à l'autre. Il en a résulté un autre type de rencontre, qui a un effet déstigmatisant (tout le monde est vulnérable) et qui fait voir le côté humain de chacun : la personne réelle derrière la personne dépendante et derrière l'intervenant professionnel. Les résidents ont ainsi été confrontés à des qualités 'humaines' qu'ils ne connaissent pas toujours, mais qui peuvent être utiles et nécessaires dans le processus de rétablissement.

Grâce au spectacle, l'entourage proche des résidents a aussi pu se faire une image plus large et plus humaine de la personne derrière l'assuétude.

Une base de soutien plus large s'est créée dans le contexte de l'organisation. Des contacts avec des centres culturels et des écoles ont débouché sur de nouvelles représentations, ce qui a permis de toucher un public plus large de jeunes, d'étudiants, de professionnels et d'autres personnes intéressées.

Un élément non négligeable est que les résidents vont dialoguer avec des jeunes socialement vulnérables au travers de témoignages et de rencontres. Ils vont ainsi jouer un rôle d'experts du vécu. Non seulement cela aura un effet de déstigmatisation, mais cela réduira aussi le tabou autour des assuétudes et facilitera le recours à des services d'aide.

d) Les habitations protégées/Le Relais asbl (Tournai)

Titre de l'initiative

“Sensibilisation à la santé mentale”: développement des modules du Service de Soins Psychiatriques à Domicile (SPAD) Bien Chez Soi de Tournai.

Motivation

Créé par l'asbl « Les habitations protégées/Le Relais » de Tournai en 2002, et subsidié via ce service par le ministère des Affaires sociales et Santé publique, le SPAD Bien Chez Soi poursuit deux objectifs principaux : améliorer la qualité de vie de la personne en vulnérabilité psychique à domicile en partenariat avec son entourage et en collaboration avec son réseau d'intervenants (via notamment la réalisation de réunions de coordination) et favoriser la déstigmatisation de la psychiatrie par des séances de coaching et de sensibilisation à la santé mentale auprès des services de 1ère ligne non spécialistes en santé mentale (notamment via des discussions à partir de situations rencontrées). En ce sens, le SPAD Bien Chez Soi s'adresse, d'une part, à des personnes adultes avec une maladie mentale chronique résidant à domicile et, d'autre part, à des professionnels de 1ère ligne non spécialisés en santé mentale.

L'expérience quotidienne au sein du service SPAD amène à constater qu'il est nécessaire de sensibiliser les services de 1ère ligne hors secteur santé mentale aux maladies mentales pour améliorer les soins apportés aux usagers. En effet, il n'est pas rare d'entendre ou de percevoir dans les mots de bénéficiaires des idées telles que « on me dit que je ne suis capable de rien à cause de ma maladie... Et si c'était vrai ? ». Chez les professionnels divers questionnements sont fréquents, comme par exemple : « comment être plus à l'aise face à une personne en vulnérabilité psychique (notamment au niveau de ma communication avec cette personne) » ?, « la personne chez qui je travaille à domicile a des hallucinations... Comment dois-je réagir » ?, « Faut-il avoir peur des maladies mentales » ?, etc.

Objectif

Tenant compte de l'importance des services à domicile et, en même temps, d'un manque de formation en santé mentale, le but est de poursuivre et d'affiner l'élaboration de modules de sensibilisation à la santé mentale. En vue d'étoffer les outils utilisés lors des modules de sensibilisation, ce projet a pour objectif d'identifier les représentations de professionnels travaillant dans le secteur de la santé mentale et de les comparer avec celles de professionnels travaillant dans des secteurs hors santé mentale (ouvrier, enseignant, banquier, etc.).

Méthode

En vue de mettre en exergue les clichés liés à la maladie mentale, un questionnaire de type enquête en ligne a été créé. Plus précisément, ce questionnaire a pour but de mettre en avant des données chiffrées et d'amener la réflexion et l'analyse de situations rencontrées afin de dépasser les craintes de côtoyer des personnes avec des pathologies psychiatriques chroniques, et de favoriser un changement de regard.

Processus

393 personnes ont répondu, en tout et en partie, au questionnaire (récolte stoppée en avril 2019). Parmi ces personnes, nous dénombrons 218 professionnels ayant, dans le cadre de leur profession, un contact direct avec des personnes présentant une maladie mentale et 174 professionnels n'ayant pas de tels contacts.

Dans les suites de leurs données démographiques, les professionnels ont énoncé les trois premiers mots leur venant à l'esprit quand ils pensaient à la « maladie mentale ». Sur base de leurs réponses, des nuages de mots ont été constitués (seuls les mots énoncés par cinq ou plus de cinq professionnels ont été insérés). Plus le mot est grand, plus il a été fréquemment cité.



Figure 5. Nuages de mots / Trois mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « maladie mentale ». Mots **négatifs**, **neutres** et **positifs**

De la même manière des nuages de mots ont été créés par rapport à la perception de l'hospitalisation psychiatrique.



Figure 6. Nuages de mots / Trois mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « hospitalisation psychiatrique ». Mots **négatifs**, **neutres** et **positifs**

Par la suite, les participants ont répondu à la question « Sur 100 personnes, combien auront une maladie mentale au cours de leur vie (toutes maladies mentales confondues)? ». A l'heure actuelle, il est communément admis que cela concerne 25% des personnes (chiffres de l'OMS ⁴). Si près de la moitié des professionnels de la santé sont conscients de ce chiffre, il est davantage sous-estimé chez les professionnels n'étant pas en contact avec des personnes avec une maladie mentale (Figure 7).

	Total (n=335)	Professionnels santé mentale (n=189)	Autres professionnels (n=146)
Une personne sur 4 N (%)	119 35,52%	81 42,86%	38 26,03%
Une personne sur 7 N (%)	92 27,46%	46 24,33%	46 31,51%
Une personne sur 10 N (%)	82 24,48%	45 23,81%	37 25,34%
Une personne sur 20 N (%)	42 12,54%	17 8,99%	25 17,12%

Figure 7. Quel est le nombre de personnes sur 100 qui auront une maladie mentale au cours de leur vie ?

4 https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/

Suite à ce questionnement sur la prévalence des troubles de santé mentale, les professionnels ont indiqué leur degré d'accord par rapport à 13 affirmations relatives à la santé mentale et à ceux en vulnérabilité (tableau 2). Seules les réponses à certaines questions montrent des différences statistiquement significatives (le p, c'est-à-dire le seuil de significativité est inférieur à 0.05) entre les deux groupes de professionnels. Ainsi, les professionnels qui ne sont pas en contact avec la santé mentale considèrent davantage que les personnes avec une maladie mentale sont limitées intellectuellement ($p=0.006$) et ont plus de risque d'être victime d'abus (ex : vols, escroquerie, agressions) que celles qui ne sont pas malades ($p=0.003$). De plus ces professionnels considèrent davantage qu'il est difficile de communiquer avec une personne présentant une maladie mentale ($p=0.028$).

D'autres différences entre les deux groupes de professionnels approchent le seuil de significativité (p compris entre 0.05 et 0.10). Ainsi, les professionnels en contact avec la santé mentale considèrent davantage qu'une personne ayant une maladie mentale peut avoir une vie « normale » ($p=0.088$), et a des périodes de stabilisation de son état ($p=0.06$). De plus, ils trouvent davantage que la vulnérabilité au stress joue un rôle central dans la maladie mentale ($p=0.075$).

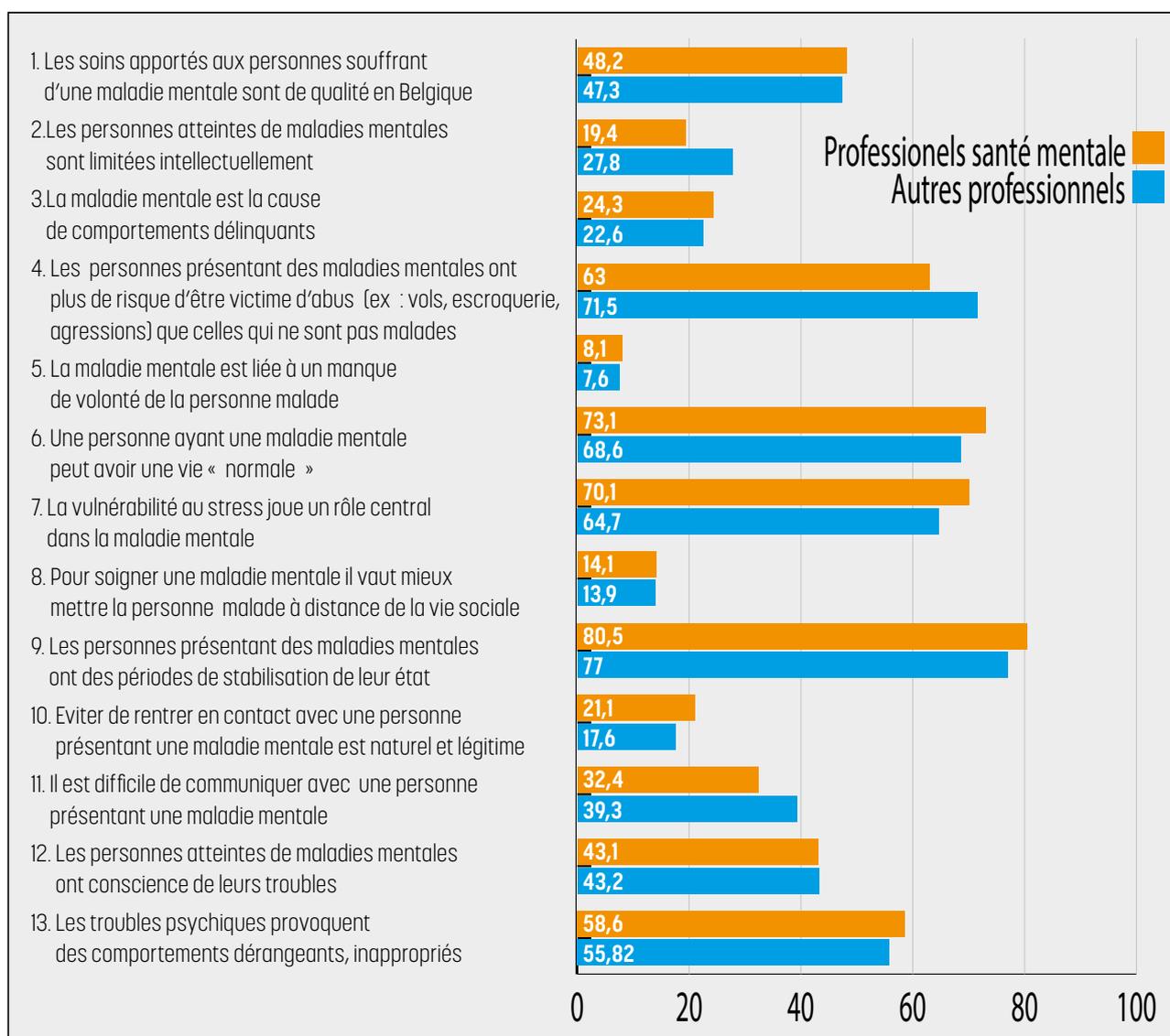


Figure 8. Comparatif des perceptions professionnels de la santé mentale/autres professionnels

De manière générale, les deux qualités principales dans l'approche de la personne avec une maladie mentale sont la pose d'un diagnostic et la qualité du lien relationnel entre le patient et le professionnel. Ce résultat est semblable si on distingue les deux groupes de professionnels.

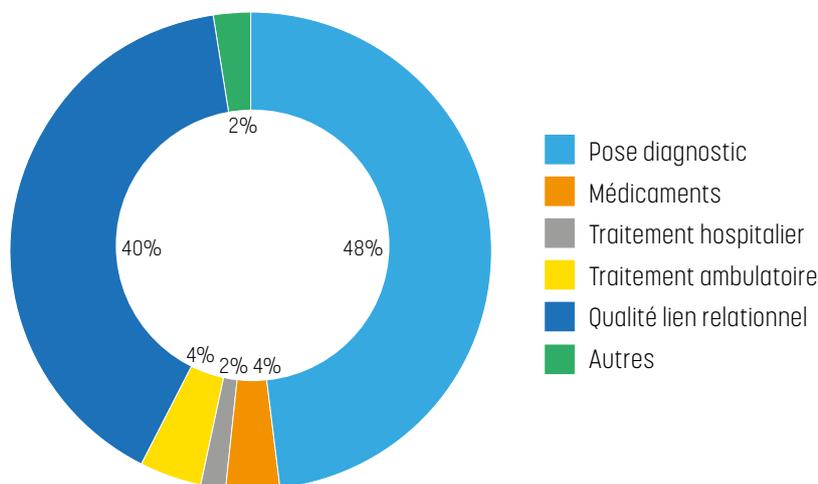


Figure 9. Quelle est la qualité la plus importante dans l'approche de la personne avec une maladie mentale ?

De même, plus de 75% des professionnels (de la santé ou non) déclarent ne pas se sentir mal à l'aise (de pas du tout à un peu) de dire à leur entourage (famille, amis, collègue, etc.) qu'un de leurs proches est atteint de schizophrénie.

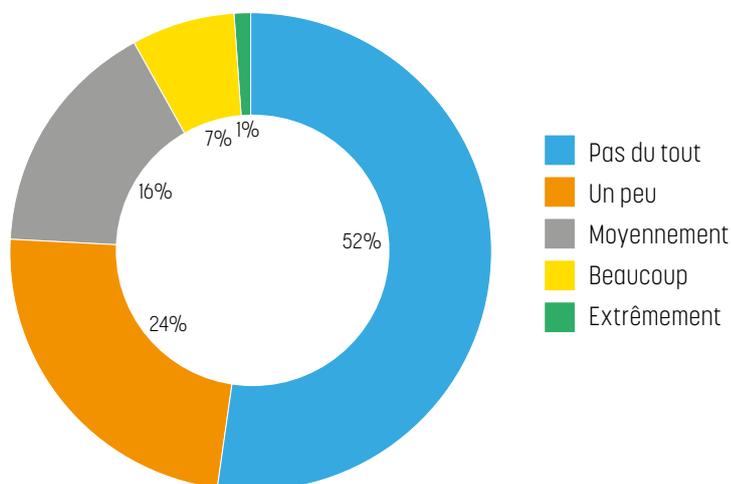


Figure 10. Seriez-vous mal à l'aise de dire à votre entourage (famille, amis, collègues) qu'un de vos proches est atteint de schizophrénie ?

Par contre, 2/3 des professionnels dans le secteur des soins de santé mentale énoncent avoir déjà rencontré des difficultés avec des personnes ayant une pathologie mentale pour seulement 36 % des professionnels ne travaillant pas dans le secteur.

Comme énoncé, l'identification objective de la perception de la santé mentale (via le questionnaire) sera employée afin d'étoffer les outils utilisés lors des modules de sensibilisation.

e) Aster asbl (Schaerbeek)

Titre de l'initiative

Carrefour de connaissances pour mieux communiquer.

Motivation

L'Asbl Aster est une maison médicale située à Schaerbeek. Celle-ci est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui est amenée à rencontrer quotidiennement différents types de patients, dont certains ont une maladie psychique.

Le projet s'est basé sur le constat que, généralement, dans les Maisons Médicales, les équipes pluridisciplinaires sont davantage axées sur les soins « somatiques ». Or, ces équipes sont de plus en plus confrontées à des patients avec troubles psychiques.

Objectif

Les objectifs du projet étaient d'analyser les représentations des professionnels de première ligne et des prises en charges concrètes. Ils visaient aussi à accompagner toute personne au niveau bio-psycho-social, tout en acceptant et en prenant en compte ses particularités psychiques. Aussi, le projet avait pour désir d'intégrer des pairs-aidants dans les équipes soignantes du réseau de la santé afin de constituer un levier dans la lutte contre la stigmatisation. Une des problématiques principales à laquelle la maison médicale est actuellement confrontée est le manque de repères de nouveaux médecins et la difficulté à les faire réfléchir autrement sur la maladie mentale.

Méthode

- Questionnement sur les « frames » et « counters frames » au sein de l'équipe.
- « Questions des 5 mots » pour confronter la représentation des professionnels
- Création d'un jeu de cartes (en cours) pour questionner les représentations

Par ailleurs, le projet repose sur un travail d'équipe basé sur des réunions de concertations régulières et des tables rondes organisées avec les patients. La pluridisciplinarité, en général, et la présence des psychologues, en particulier, sont garants de la prise en charge des patients dans le respect de leurs singularités.

Processus

L'échantillon se compose de 10 participants. Un nuage de mots a été créé. Plus le mot est grand, plus il a été fréquemment cité.



Figure 11. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « maladie mentale ». Mots négatifs, neutres et positifs.

L'expérience positive de la maison médicale peut être utile pour toutes les maisons médicales présentes aux alentours. Plus précisément, le travail de déstigmatisation effectué via la reconnaissance et l'emploi des compétences des différentes « parties prenantes » (patients et professionnels dont médecins et psychologues) peut être considéré comme une expérience pilote enrichissante.

f) OPZC Rekem (Lanaken-Rekem)

Titre de l'initiative

Une communication axée sur le rétablissement avec des personnes psychologiquement vulnérables pour les intervenants résidentiels à l'OPZC Rekem et les intervenants ambulants de NOOLIM (réseau région Limbourg-Est).

Motivation

L'OPZC Rekem a pour objectif stratégique d'être un centre de soins axé sur le rétablissement, avec une participation active du patient et de sa famille. On utilise souvent dans le travail des frames négatifs tels que "La peur de l'inconnu" et "Le maillon faible", ce qui fait obstacle à l'autonomie de la personne. Il y a aussi d'autres frames négatifs, qui ne relèvent pas des cinq frames relevés. Dans "Le maillon faible", la priorité est accordée au risque de rechute et on parle alors en termes de risques. Malgré un grand nombre d'initiatives participatives qui permettent une bonne communication entre le professionnel et l'utilisateur, il est toujours difficile pour les professionnels de faire jouer un rôle à des frames positifs dans le processus individuel de rétablissement.

Objectif

Les équipes suivent une formation active de plusieurs jours sur le rétablissement. Cette formation a plusieurs objectifs :

- renforcer l'équipe dans son action vis-à-vis du public cible ;
- renforcer l'équipe-noyau dans son action vis-à-vis de l'équipe ;
- faire en sorte qu'à l'issue de la formation, l'équipe et l'équipe-noyau aient suffisamment d'outils pour poursuivre leur travail d'approfondissement et de développement dans un travail de qualité de soutien au rétablissement.

Méthode

La vision dominante du rétablissement est fortement greffée sur une citoyenneté active pour la personne en situation de vulnérabilité psychique. Le programme des formations médicales, infirmières et thérapeutiques s'inspire en grande partie d'un processus rationnel clinique de symptômes, de diagnostic, d'interventions systématiques, de cheminements cliniques et de réglementations. Les intervenants cherchent à intégrer le concept de rétablissement dans le travail professionnel pour lequel ils ont été formés. Avec ce projet, l'OPZC Rekem crée un pont. Dans ce cadre, un ambassadeur du rétablissement est désigné et est chargé de cultiver le paradigme du rétablissement dans l'organisation.

Processus

Dans la première phase du projet, toute l'équipe d'Acute zorg 2A (traitement d'adultes présentant une vulnérabilité psychosociale, psychotique ou chronique) a suivi un processus de formation, donnée par un expert externe en soins de soutien au

rétablissement. Thèmes abordés : le travail axé sur les ressources, la théorie de la 'présentie', le framing et comment communiquer avec et au sujet des patients dans une optique de rétablissement. Par ailleurs, des séances ont été organisées pour l'équipe-noyau. Elles ont permis d'élaborer le questionnaire "Ce que je souhaite" et de réécrire le rôle du mentor dans le texte de vision du cluster 'Acute zorg en Ouderenzorg' afin de parvenir à une stratégie qui soutient le rétablissement. La brochure d'accueil d'Acute zorg 2A a également été adaptée. L'accent, au lieu d'être mis sur les "règles de l'unité de soins", est désormais mis sur la coopération.

Parmi les enseignements tirés du projet, l'OPZ Rekem indique que c'est lors d'une mission du professeur/interviseur Pieter Vaes qu'il y a eu la plus grande prise de conscience durant cette phase. Il a demandé aux mentors quels étaient les forces et les objectifs personnels des patients qui leur étaient attribués. Pour la moitié des patients, les mentors n'ont pas pu citer d'objectifs et pour les deux tiers d'entre eux, ils n'ont pas pu mentionner de forces évidentes. Cette confrontation a été pour l'équipe une expérience très désagréable, qui a incité à la réflexion et qui a orienté la suite du processus. Dans la deuxième phase, l'OPZC Rekem a présenté à tous les membres de l'équipe un formulaire d'évaluation décrivant tous les frames dans le but de leur faire prendre conscience des frames qu'ils utilisent. Les observateurs ont noté des propos problématisants quand il était question des patients. Cela a aidé à rester vigilant. Les propos potentiellement problématisants ont été débattus à la fin de chaque séance et une alternative déproblématisante a été recherchée. L'équipe est ainsi devenue plus consciente des termes stigmatisants utilisés et ceux-ci ont nettement diminué.

Perspectives de développement pour la troisième phase :

Acute zorg 2A poursuit l'évaluation et la mise en œuvre du questionnaire "Ce que je souhaite". Des discussions ont lieu pour l'instant, dans le conseil stratégique du cluster 'Acute zorg en Ouderenzorg', sur la manière d'appliquer le nouveau texte de vision dans les autres unités de soin. Pour commencer, le cadre théorique des soins de soutien au rétablissement sera utilisé lors des interventions dans les unités de soin. Dans la phase suivante, ce projet continuera à être déployé dans les soins de longue durée. Un expert externe donnera un cycle de formation pour tous les soignants de l'unité de soin PVT Rekem. Le cadre théorique sera expliqué, mais on s'intéressera surtout à sa traduction dans la pratique. Par ailleurs, des séances d'intervision seront destinées à l'équipe-noyau afin de parvenir à une stratégie davantage axée sur le rétablissement. Pour les équipes-noyaux de 'Ouderenzorg' et de 'Forensische zorg', des séances seront organisées afin d'évaluer dans quelle mesure la politique actuelle est orientée sur le rétablissement et comment on peut l'améliorer. En dehors des murs de l'institution, une équipe mobile de Noolim, le partenaire du réseau, suivra une formation au rétablissement. Le service Communication est impliqué dans ce projet et veillera aux termes utilisés dans des notes d'information, des affiches, etc.

Le projet a engendré une prise de conscience considérable qui a permis non seulement une réflexion axée sur le rétablissement à partir de l'objectif stratégique, mais aussi d'appliquer cela dans la pratique quotidienne, tant au niveau de l'équipe que dans la relation avec le patient. On peut parler d'une ébauche de changement culturel dans le service : l'autonomie du patient est davantage respectée.

Les réalisations concrètes sont bien sûr les séances de formation pour l'équipe 'Acute zorg 2A' et pour l'équipe-noyau. A partir du questionnaire "Ce que je souhaite" – élaboré durant l'une de ces séances – le rôle du mentor a été réécrit dans le texte de vision du cluster 'Acute zorg en Ouderenzorg' pour parvenir à une stratégie de soutien au rétablissement. La brochure d'accueil d'Acute zorg 2A a aussi été adaptée. De plus, ce questionnaire s'est traduit par des objectifs partagés entre le patient et son contexte personnel et professionnel au lieu de travailler avec un plan de traitement unilatéralement imposé par l'équipe. Le patient participe activement à la discussion, ce qui réduit l'usage de termes stigmatisants : on parle 'avec' le patient et plus à son sujet.

Les règles unilatérales de l'unité de soin ont également fait place à des engagements de coopération. En effet, qu'est-ce que cela fait pour quelqu'un de recevoir à son admission un document avec des 'règles' ?

Enfin, les soignants sont plus attentifs aux observations factuelles plutôt qu'aux interprétations et se détachent de leur propre monde, de leurs valeurs et de leur cadre normatif au bénéfice d'une pure observation du patient dans son univers de vie, en liant tout cela à une réflexion. Le contact personnel entre le patient et le soignant vise davantage à nouer une relation fondée sur une proximité et une présence attentives.

g) Hôpital psychiatrique Bethaniënhuis (Mechelen)

Titre de l'initiative

StigWA ? Communication déstigmatisante dans le traitement de personnes psychologiquement vulnérables.

Motivation

Des enquêtes à grande échelle (Eurobaromètre, 2006; SGC-BMHS, 2010; EVS, 1981-2010) révèlent que les Belges ont de nombreux préjugés vis-à-vis des personnes qui présentent des problèmes psychiques. Celles-ci sont souvent étiquetées comme étant dangereuses et imprévisibles, on les tient pour responsables de leurs problèmes et on leur fait peu confiance pour se rétablir. Il est frappant de constater que ces conceptions stigmatisantes ne sont pas seulement le fait de personnes extérieures et mal informées, mais aussi de soignants professionnels correctement formés. Dès lors, les patients ne se sentent pas pris au sérieux et ont l'impression d'être traités de manière paternaliste. La stigmatisation dans les soins de santé a un impact sur leur rétablissement et leur qualité de vie. Des enquêtes internes au PZ Bethaniënhuis (PZ) et à AZ SintJozef (AZ) – deux établissements de soins de l'asbl Emmaüs situés sur le même campus – ont aussi démontré que les patients étaient confrontés à de la stigmatisation, des préjugés et des discriminations.

Objectif

L'objectif de Bethaniënhuis est de nuancer et de normaliser la perception des troubles psychiques de manière à ce que les patients soient davantage impliqués dans leur propre processus de traitement. Des interventions déstigmatisantes influencent le rétablissement et la qualité de vie des patients, mais contribuent aussi indirectement à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, deux importants indicateurs de qualité pour une institution de soins.

Méthode

le projet étudie dans quelle mesure certaines interventions ont un effet déstigmatisant dans le traitement de patients psychiatriques. Plusieurs outils permettant d'aborder la stigmatisation sont utilisés, comme stigwAPP, une application ludique, interactive et éducative pour évaluer de manière naturelle des images mentales de patients et de soignants et leur faire prendre conscience de leurs conceptions stigmatisantes. Bethaniënhuis veut ainsi instaurer une culture de communication ouverte avec un feedback réciproque sur la stigmatisation.

Processus

Dans la première phase du projet, Bethaniënhuis a réalisé une mesure préalable afin d'explorer la problématique de la stigmatisation dans son organisation, et ce au moyen de diverses enquêtes :

- enquête quantitative sur la stigmatisation parmi les professionnels ;
- enquête quantitative sur l'autostigmatisation parmi les patients ;
- enquête qualitative sur l'autostigmatisation parmi les patients ;
- projet Photovoice (stigmatisation ressentie par les patients avec un trouble psychique au sein du PZ Bethaniënhuis) ;
- revue systématique (effet de l'autostigmatisation sur la qualité de vie des patients schizophrènes).

La deuxième phase de ce projet comportait trois interventions pour parler de la stigmatisation des patients aux PZ Bethaniënhuis:

1. StiwAPP

L'app révèle les schémas de pensée (inconscients) stigmatisants du participant. On lui montre ainsi de petits films avec deux personnes, dont l'une est un patient psychiatrique et l'autre pas. Le participant a pour tâche, tout en regardant le film, de décider quel est le patient psychiatrique parmi ces deux personnes. On ne lui donne bien sûr pas la réponse à cette question, mais bien le message que tout le monde est vulnérable, y compris lui-même. Plusieurs messages destinés à activer des conceptions stigmatisantes s'affichent tout au long du film. Cette appli est installée sur une tablette transformée en borne mobile, qui sera emmenée dans des événements externes et qui sera placée dans chaque unité de l'AZ Sint-Jozef et du PZ Bethanië. Elle a été réalisée par des patients du PZ Bethaniënhuis, en collaboration avec tracé 7 et le service technique.

2. Projet Photovoice

Tant les professionnels que les patients ont l'occasion, pendant une certaine période, de photographier avec un appareil jetable des choses qu'ils jugent stigmatisantes. Au bout d'un moment, les photos sont développées et mises sur la table afin de permettre une discussion entre eux. L'idée est ainsi de réduire l'approche 'nous-eux' et de créer des ouvertures pour parler de la stigmatisation.

3. Jeu StigWA

Au moyen d'un élément ludique et d'affirmations, les joueurs sont mis au défi de parler de la stigmatisation. Des points de repère sont proposés via des questions réflexives (qu'est-ce que cela vous a fait?) et proactives (qu'allez-vous faire de cela à l'avenir?).

Trois départements pilotes ont été sélectionnés pour utiliser ce jeu et le projet Photovoice.

Dans la troisième phase du projet, Bethaniënhuis évalue, par une étude quantitative sur la stigmatisation au niveau des professionnels et l'autostigmatisation au niveau des patients, les résultats produits sur ceux-ci par les interventions décrites ci-dessus. Les interventions sont chaque fois mises en œuvre pendant un mois dans les départements pilotes, avec une évaluation avant et après.

Enfin, durant la quatrième phase, Bethaniënhuis se concentrera sur la diffusion de son projet au travers d'associations professionnelles, de médias et d'une journée d'étude et en mettant l'app stigwAPP à la disposition d'autres services de soins.

La phase 1 et la phase 2 ont été réalisées avec succès. La phase 3 est en préparation. Rien que le développement en soi du projet Photovoice, du jeu StigWA et de l'app StigwAPP permet d'atteindre partiellement les objectifs. Leur mise en œuvre dans le fonctionnement quotidien rend cela encore plus intensif.

h) Psycho-Sociaal Centrum St-Alexius Elsene vzw (Ixelles)

Titre de l'initiative

Ensemble en route vers une image positive : de la société au milieu de travail.

Motivation

Depuis 2011, l'asbl a créé un groupe de travail sur le thème de l'image positive, parce qu'elle est convaincue que celle-ci exerce un important effet préventif. Le médecin principal est l'animateur de ce groupe de travail, qui se compose aussi bien de membres du personnel que d'usagers. Le groupe s'occupe, d'une part, d'actions concrètes et, d'autre part, d'un volet plus théorique qui nous pousse à s'interroger sur ce qu'est la stigmatisation, comment on contribue à la perpétuer et comment on peut aider à la réduire. L'association a déjà fait réaliser une étude sur ses propres relations stigmatisantes avec ses usagers/patients. Cette étude a montré qu'il fallait aussi accorder une attention particulière en interne à la manière dont le personnel contribue à la stigmatisation.

Objectif

St-Alexius veut produire un changement auprès de ses collaborateurs et de ses usagers, mais surtout dans la relation entre eux :

- les collaborateurs doivent prendre conscience de la manière, souvent inconsciente, dont ils stigmatisent, des causes de cette attitude et surtout de la manière dont ils peuvent la changer ;
- l'association veut faire comprendre à ses usagers qu'ils se stigmatisent souvent eux-mêmes ou entre eux, souvent sans le vouloir, et comment ils peuvent gérer et limiter ces comportements.
- Au travers de cette initiative, St-Alexius espère impulser une dynamique entre ces deux groupes en les impliquant tous deux dans la préparation et l'élaboration aussi bien de la journée d'étude que des séances de coaching. Ils apprendront ainsi à avoir une autre relation entre eux, espérons-le de manière durable.

Méthode

Une réflexion sur la stigmatisation est en cours depuis un bon moment déjà au sein du groupe de travail interne 'Image positive'. Lors d'une journée d'étude, l'organisation réunira des universitaires, des professionnels et des experts du vécu pour enrichir son expertise, avec de nouveaux éléments apportés par des experts externes. En clôture de la journée, un panel de discussion constituera l'ébauche d'une série de séances de coaching pour le personnel et les résidents afin de les sensibiliser encore davantage au thème et de mettre au point un outil de réflexion.

Processus

Un groupe de travail qui se réunit chaque mois pour développer le projet a été mis sur pied au sein de l'organisation. La première action menée a été l'organisation d'une après-midi d'étude sur la stigmatisation : aller au-delà de 'nous et eux', briser la stigmatisation des personnes psychologiquement vulnérables, ... Avec cette après-midi qui s'est tenue au Centre psychosocial, l'organisation a cherché à faire réfléchir aussi bien des étudiants, des professionnels externes que des membres de la famille et des experts du vécu aux effets de la stigmatisation, à la manière de la gérer et éventuellement à leurs propres cadres stigmatisants qu'ils utilisent. L'idée était d'ouvrir la discussion pour dégager de nouveaux éléments de compréhension. Quatre orateurs ont chacun présenté leur vision de la stigmatisation en fonction de leur propre expertise. Erik Thys a parlé de ses deux études comparatives sur la stigmatisation dans les médias. Kirsten Catthoor a examiné le cadre plus large de la stigmatisation dans la société. Stijn Vissers a commenté l'étude sur la stigmatisation dans le milieu de travail qu'il a réalisée au PSC Sint-Alexius. Enfin, il y a aussi eu le témoignage de l'experte du vécu Nadia Mahjoub.

St-Alexius va maintenant utiliser le matériel recueilli lors de cette journée d'étude pour développer un outil de réflexion et pour inspirer des séances de coaching destinées à des soignants. Cela se fera à l'aide d'un outil ROPI (Recovery Oriented Practices Index) qui permet de comprendre comment et dans quelle mesure une équipe fournit des soins orientés sur le rétablissement. L'équipe a aussi pris conscience de la tension entre le modèle biomédical et le modèle de réhabilitation sociale.

i) Vzw Re-Member (Wevelgem-Gullegem)

Titre de l'initiative

La vulnérabilité, une force. Voir la vulnérabilité (psychique) avec d'autres yeux et en parler autrement.

Motivation

L'asbl Re-Member a été fondée par Willy et Lut Vandamme après le décès de leur fille Lieve. Ils avaient été très touchés par la manière dont on avait traité les vulnérabilités psychiques de leur fille, principalement dans le cadre de la psychiatrie résidentielle. Le noyau de l'asbl Re-Member se compose d'un groupe de personnes qui sont toutes concernées (directement/ indirectement, personnellement/professionnellement) par une vulnérabilité psychique, pour eux-mêmes ou dans leur entourage. La motivation de ces personnes est fondée sur la conviction qu'une autre approche - existentielle - est nécessaire lorsque les personnes sont confrontées à des crises, à une vulnérabilité (psychique) et/ou au suicide. La réorientation positive est au centre de leur vision. Elle part d'une réflexion 'différente' et d'une autre manière d'apprécier les défis auxquels

l'existence nous confronte. En se rencontrant et en parlant avec son cœur, on trouve des forces pour se mettre ensemble en recherche et pour assumer des responsabilités afin de garder la maîtrise de sa vie. L'asbl souhaite que l'on accorde plus d'attention à une autre approche des personnes en situation de vulnérabilité psychique et à une autre manière de parler d'elles, aussi bien au sein des différents services que de la société et des partenaires dans le secteur des soins de santé.

Objectif

En collaboration avec ses partenaires au sein des organisations, Re-Member veut développer, au niveau politique et dans la société, un cadre existentiel avec un langage adapté pour aborder des personnes, principalement celles présentant une vulnérabilité psychique. La responsabilité et l'égalité constituent la base de cette vision. Le langage recherché est un langage qui traite de perspectives et d'opportunités, qui aborde l'être humain (et pas la pathologie) dans sa singularité au lieu de l'aliéner, qui relie, qui envisage la vulnérabilité comme une force, qui favorise la rencontre et le rétablissement, bref un langage chargé d'amour. Nos mots et nos pensées constituent une réalité, un autre langage amène une autre perspective, ouvre des portes et peut mettre des gens en mouvement. Avec cette approche, l'asbl cherche aussi à stimuler un débat éthique centré sur la prise de responsabilité pour soi-même, pour l'autre et pour la communauté.

Re-member veut prévenir les admissions en psychiatrie (résidentielle) et accélérer les sorties de ces institutions en cherchant à ce que les personnes concernées retrouvent la maîtrise de leur propre trajet dans les soins de santé, et ce dès le moment de leur admission.

Méthode

En collaboration avec quatre organisations partenaires dans le secteur de l'aide à la jeunesse, l'asbl Re-Member élabore une autre approche pour des jeunes et de jeunes adultes présentant une vulnérabilité psychique. Il est essentiel pour cela d'utiliser un autre langage. L'organisation travaille avec des personnes et leur entourage pour leur rendre la maîtrise de leur propre vie. Rétablissement, rencontre, égalité et responsabilité sont des concepts-clés dans les cercles 'à cœur ouvert' auxquels les gens sont invités à participer pour aller ensemble de l'avant. Re-member veut initier un mouvement au sein des organisations et de la société. Le but est de développer, dans les différentes équipes, un autre langage plus chargé d'amour, et ouvrant des possibilités dans les relations entre nous et avec les personnes en situation de vulnérabilité psychique. Elle souhaite en outre que ce langage et cette vision s'implantent dans un réseau plus large et encore à développer de services de première, deuxième et troisième ligne.

Processus

Le projet implique plusieurs actions pour rechercher un langage qui traite de perspectives et d'opportunités, qui aborde l'être humain (et pas la pathologie) dans sa singularité au lieu de l'aliéner, qui relie, qui envisage la vulnérabilité comme une force, qui favorise la rencontre et le rétablissement, bref un langage chargé d'amour. Re-Member travaille avec des cercles 'à cœur ouvert' pour permettre à des personnes psychologiquement vulnérables d'entrer en contact et de communiquer à cœur ouvert.

Cette méthode comprend les éléments suivants :

- un accueil avec des rituels dans un cadre chaleureux ;
- on trace un cadre expliquant comment fonctionnent les cercles 'à cœur ouvert' : chacun est interrogé et écouté, nous parlons à notre tour et nous nous écoutons les uns les autres ;
- on demande de parler avec son cœur, ici et maintenant, nous le faisons aussi ;
- le cercle commence par une question d'ouverture : "comment te sens-tu et qu'attends-tu de cette discussion ?" ;
- il y a deux accompagnateurs, l'un surveille le processus du cercle, l'autre reflète si nécessaire les émotions de chacun ;
- les participants au cercle sont invités à utiliser une langue dynamique ;
- on demande à chacun d'exprimer ses sentiments du fond de son cœur ;
- si chacun parle dans une langue dynamique et à partir d'un désir existentiel, un contact se crée, le processus devient source d'espoir.
- Le cercle se termine par un mot de conclusion, si possible introduit par l'un des participants.

Une première action menée est le développement d'un trajet de formation dans les organisations partenaires, qui ont à leur tour introduit ce langage dans leurs réseaux.

Une deuxième action a été l'organisation d'une journée d'étude pour présenter la vision de Re-member et le langage qui s'y rattache à des organisations partenaires, à des instances politiques et plus largement à la société. Cette journée d'étude a été enregistrée et figure sur le site internet de l'organisation.

La dernière action consiste à rédiger un livre pour diffuser également par ce moyen-là la méthodologie, les expériences et le langage des cercles 'à cœur ouvert'. Le travail de rédaction est toujours en cours.

Le développement d'un autre langage dans les relations avec des personnes psychologiquement vulnérables, en collaboration avec des personnes ayant l'expérience des troubles psychiques, était déjà un fait. Le projet a donné l'occasion de le mettre en œuvre de manière plus approfondie dans les organisations et, plus largement, sur le terrain.

Concrètement, cela a débouché sur les résultats suivants :

1/ Le développement d'un trajet de formation au sein des organisations partenaires et du matériel de cours correspondant.

Plus de 10 duos répartis sur les provinces flamandes ont été formés et équipés pour organiser des cercles 'à cœur ouvert' et transmettre cette méthodologie dans leur propre réseau. Plus de 50 cercles 'à cœur ouvert' ont eu lieu dans les différentes organisations partenaires.

Même si l'expérience montre que la diffusion de ce langage et de cette vision dans la psychiatrie ambulante et surtout résidentielle ne va pas de soi (entre autres parce que la conception reste axée sur le diagnostic), l'asbl est parvenue à ébaucher un réseau plus large dans les soins de santé mentale.

2/ Ce langage s'est largement implanté dans les organisations partenaires et même au-delà. Aujourd'hui, il n'y a pas seulement des cercles 'à cœur ouvert' avec des familles et de jeunes adultes, mais aussi parmi le personnel et les collaborateurs des organisations. La vision est en outre partagée par les directions des organisations partenaires.

3/ Re-member a organisé une journée d'étude pour environ 200 personnes, aussi bien des professionnels que des personnes ayant une expérience de la vulnérabilité psychique.

Cela a permis une diffusion plus large du langage et de la vision.

4/ en ce moment, l'organisation rédige un livre sur le langage, la vision et la méthodologie des cercles 'à cœur ouvert', en faisant aussi appel à des volontaires. La publication est prévue pour 2019.

j) ZNA UKJA : Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (Antwerpen)

Titre de l'initiative

En route ensemble vers une vision et une communication nouvelles en pédopsychiatrie.

Motivation

Près d'une personne sur quatre avec de graves troubles psychiatriques dit avoir été confrontée à des attitudes stigmatisantes (tant conscientes qu'inconscientes) de soignants (Castelein, e.a., 2016). Les intervenants professionnels ne diffèrent pas beaucoup de la population en général en ce qui concerne leurs conceptions des patients présentant des troubles psychiques (Schulze, 2007). L'étude de Van Gorp et de ses collègues révèle également que les professionnels des soins de santé mentale utilisent aussi bien les frames problématisants que les counterframes déproblématisants. Une attitude stigmatisante ou un frame problématisant peut entraver le rétablissement des patients (Drake & Whitley, 2014; Uco e.a., 2012). Les soignants sont souvent les figures les plus importantes dans la vie de ceux-ci (Borge, e.a. 1999). C'est précisément pour cela qu'en tant que soignants en pédopsychiatrie, nous devons être conscients des frames problématisants et des attitudes stigmatisantes si nous voulons favoriser le rétablissement des enfants et des jeunes (et de leur famille).

Objectif

Les porteurs de ce projet cherchent avant tout à ce que les travailleurs du ZNA-UKJA prennent conscience de l'image qu'ils ont des patients et réfléchissent à leur propre 'framing'. En leur proposant des alternatives, ils espèrent également avoir un impact sur l'autostigmatisation des patients. Parler de l'autostigmatisation en thérapie peut favoriser l'empowerment'. Il peut aussi être utile de recueillir des descriptions 'aidantes' que les jeunes utilisent pour parler de leur trouble psychique et de les transmettre à d'autres jeunes. Ils veulent par ailleurs partager leurs expériences avec d'autres soignants au sein et en dehors des soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes en développant une boîte à outils et en diffusant ces expériences dans l'enseignement et le secteur de la formation. Bien qu'au départ cette initiative ne soit menée que dans une seule organisation, le projet a donc un impact potentiel beaucoup plus grand.

Méthode

Afin de favoriser une communication déproblématisante de la part des soignants et de réduire l'autostigmatisation des patients, l'organisation va recenser l'utilisation des frames et des counterframes en pédopsychiatrie à partir d'une perspective impliquant diverses parties prenantes (soignants, jeunes et leurs parents) et selon une méthode mixte (aussi bien des questionnaires que des focus groups). Elle pourra ainsi développer un atelier de conscientisation, une boîte à outils et une vision sur mesure pour le personnel.

Processus

Durant la première phase, 117 membres du personnel ont participé à l'enquête en ligne (*self-assessment*). Celle-ci était basée sur le questionnaire utilisé par Lauber et al (2006) avec des professionnels suisses dans le secteur des soins de santé mentale. Ce questionnaire invite à évaluer 22 adjectifs (plus ou moins caractéristiques du public cible) sur une échelle de Likert en 7 points. Les membres du personnel ont dû donner un score à ces adjectifs par rapport aux enfants, à leurs parents et à leurs collègues en pédopsychiatrie. Les résultats montrent que le personnel du ZNA-UKJA n'a pas une conception différente de son public (enfants comme parents) que leurs collègues suisses. Il lui attribue cependant un score moins positif quand ils s'évaluent eux-mêmes ou leurs collègues. Un feed-back de ces résultats a été donné au personnel lors d'un séminaire interne. À cette occasion, les frames et les counterframes identifiés par Baldwin Van Gorp lui ont été présentés.

Dans une deuxième phase, les membres du personnel ont été invités à participer à trois focus groups. 21 membres du personnel (4 psychologues, 12 accompagnateurs du groupe de vie, 3 pédopsychiatres, 1 assistant et 1 chef-infirmier) des différents départements du ZNA-UKJA y ont pris part. Les résultats de ces focus groups sont actuellement synthétisés dans une publication scientifique. De petits 'rappels à l'ordre' ont aussi été mis au point pour le personnel afin de les aider à utiliser davantage les counterframes dans leur travail quotidien. Cette idée a été lancée par le personnel lui-même durant les focus groups.

Les résultats des deux premières phases sont traduits, dans la troisième phase, en une nouvelle vision stratégique pour le ZNA-UKJA, qui sera davantage concrétisée lors de la prochaine journée de réflexion stratégique. Les porteurs de projet espèrent ainsi faire vivre le thème de la déstigmatisation au sein du ZNA-UKJA et l'inscrire durablement à l'ordre du jour.

De très nombreux résultats sont décrits parmi les processus. D'autre part, les thèmes et les constats marquants suivants ont été évoqués dans les focus groups :

- certains membres du personnel estiment qu'il y a encore beaucoup de choses à améliorer alors que d'autres pensent que l'on fait déjà le maximum;
- ceux qui voient encore des améliorations perçoivent aussi les écueils et veulent s'y attaquer activement;
- la stigmatisation est présente, mais moins dans la communication directe avec le patient et son milieu et plus souvent dans la communication interne;
- certains frames et counterframes sont plus reconnaissables que d'autres;

- le personnel indique qu'il y a aussi beaucoup de stigmatisation vis-à-vis des parents et pas seulement vis-à-vis des enfants, le public cible proprement dit;
- le focus group a pris la forme d'une intervision, ce qui a été jugé très agréable par le personnel.

Dans une enquête pour savoir comment il veut prolonger le travail sur ce thème, le personnel indique ne pas opter pour un atelier, mais plutôt pour un rappel quotidien des (counter)frames. Cela peut se faire par différents moyens : marque-pages ou porte-clefs avec les différentes figures des (counter)frames, affiches dans les locaux d'accompagnement. Le personnel indique aussi qu'il peut être utile de réfléchir ensemble à ce thème. Cela a été transmis au groupe de travail 'formation interne' pour voir comment ce thème peut être intégré dans l'offre de formation.

Le projet a permis de faire une auto-analyse plus approfondie que ce qui était le cas et d'ainsi mieux comprendre les processus de stigmatisation mais aussi les processus de conscientisation qui aident à combattre effectivement la stigmatisation. Le ZNA-UKJA considère qu'il faut continuer à se mobiliser durablement sur ce thème et opte résolument pour le mettre en œuvre dans sa ligne stratégique.

3.3. La reconnaissance par les patients et les pairs

a) Maison médicale sur Lesse (Houyet)

Titre de l'initiative

Normaliser et vulgariser des soins psychiques en milieu rural, pour les patients comme pour les soignants.

Motivation

Ce projet a été mené à la Maison Médicale sur Lesse située à Houyet, dans le Sud de la province de Namur, en région rurale. Cette Maison Médicale repose sur une équipe de 13 personnes dont des médecins, kinésithérapeutes, infirmier(ères), psychologues, et des accueillantes dispensant des soins de première ligne, des actions de prévention, d'éducation à la santé et de santé communautaire.

Objectif

L'objectif est d'identifier les représentations des personnes avec troubles psychiques auprès des patients et de la population générale, ainsi qu'identifier les représentations vis-à-vis du psychologue.

Méthode

La récolte des données s'est réalisée via une enquête en ligne comprenant plusieurs types de questions. Deux questions évaluaient les stéréotypes propres à la maladie mentale : (1) « quels sont les cinq premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand on dit psychologue ? » ; et (2) « quels sont les cinq premiers qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on dit dépression ? ». Ensuite, des estimations de pourcentages étaient demandées afin d'évaluer la stigmatisation. La question commençait systématiquement comme cela : « selon vous, quel est le pourcentage de personnes qui ... (ex : ont consulté au moins une fois un(e) psychologue ou un(e) psychothérapeute au cours des 12 derniers mois ?) ». Par

la suite, les données fournies par les participants étaient comparées à aux faits (c.à.d. la réalité).

Processus

L'échantillon se compose de 27 patients et 84 personnes « tout venant » (« population générale »).

Stéréotypes

Des nuages de mots ont été constitués. Plus le mot est grand, plus il a été fréquemment cité.

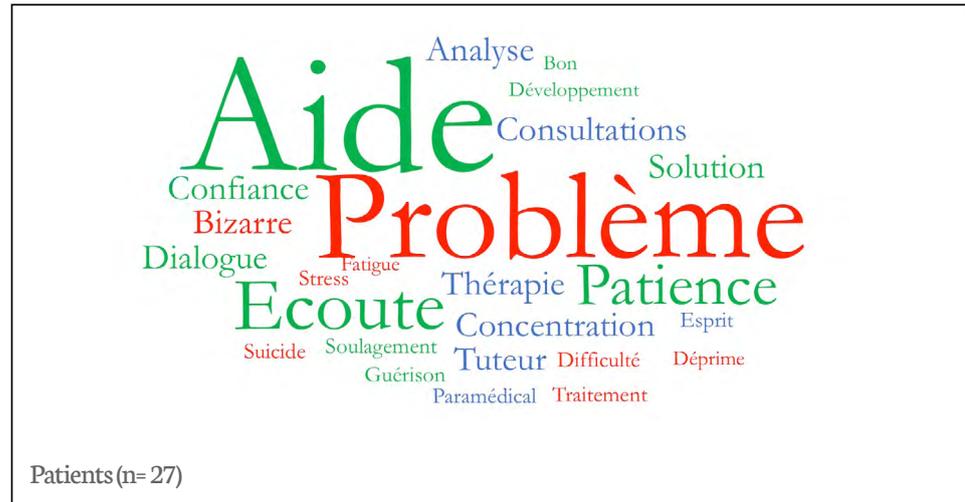


Figure 12. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « psychologue ». Mots négatifs, neutres et positifs.

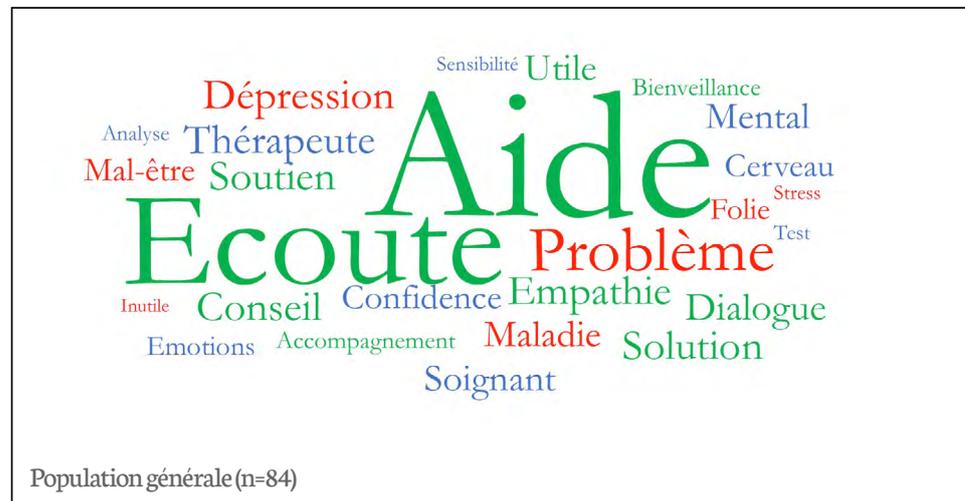


Figure 13. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « psychologue ». Mots négatifs, neutres et positifs.



Figure 14. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « dépression ». Mots négatifs, neutres et positifs.

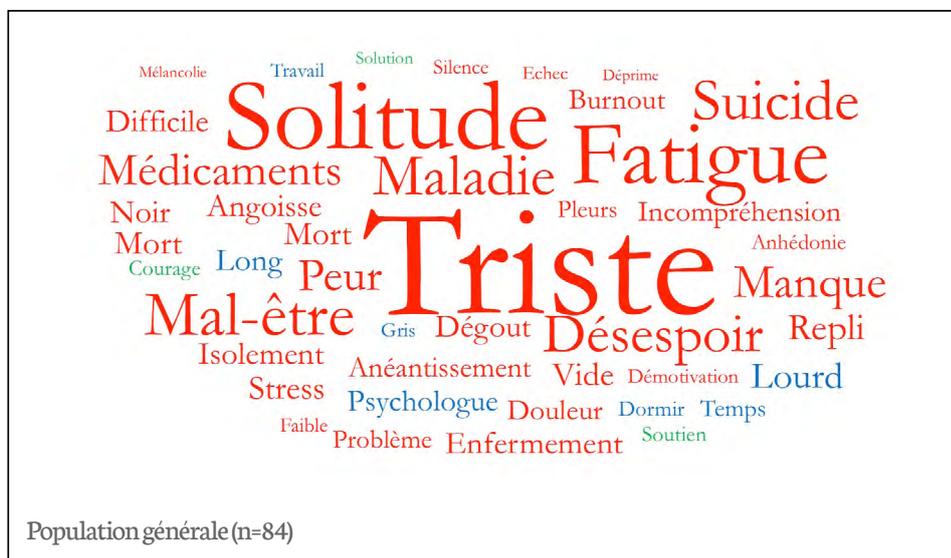


Figure 15. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « dépression ». Mots négatifs, neutres et positifs.

Stigmatisation

Quel que soit le paramètre évalué (consultation psychologique, traitement anti-dépresseur, problématique alcool, etc.), les patients surestiment davantage que la population générale.

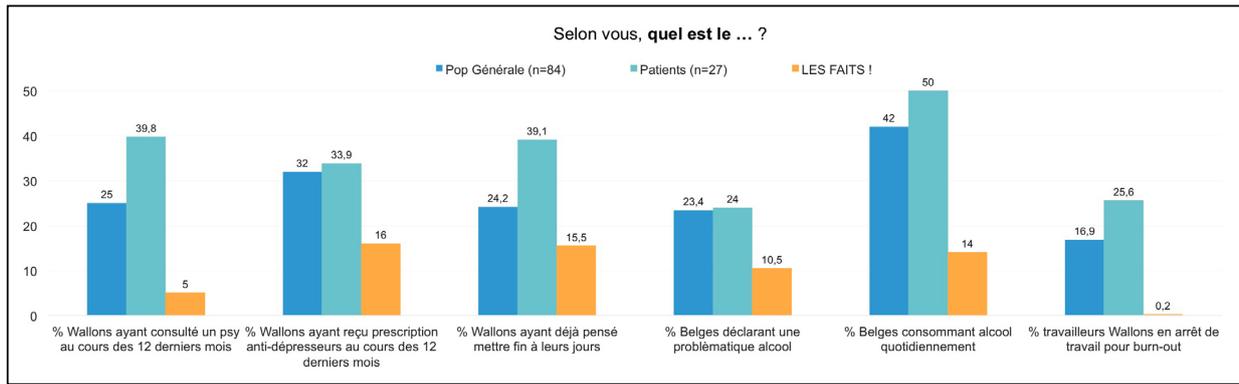


Figure 16. Estimation des pourcentages.

L'engagement d'une psychothérapeute dans la maison médicale et son implication dans des projets de santé communautaire a pour but de lever les freins économiques et culturels à l'accessibilité aux soins psychiques. De plus, sa participation active aux réunions d'équipe et ses interventions spécifiques sous forme de « capsules pédagogique » devront permettre de nuancer le regard des professionnels sur la réalité des troubles psychiques.

3.4. Les implications familiales et la question de la parentalité

a) Entr'Aide des Marolles (Bruxelles)

Titre de l'initiative

La famille, ça va ? Groupe de soutien et d'expression face à la vulnérabilité psychique, seul ou en famille.

Motivation

Depuis près de 90 ans, l'Entr'Aide des Marolles accompagne la population précarisée du quartier. Par ses actions, elle tente de développer la santé et le bien-être des habitants par une approche globale de la santé. Le public rencontré présente des difficultés simultanées : logement insalubre, difficultés administratives et financières, problèmes de santé, troubles psychiques, difficultés familiales et scolaires, etc.

Reconnue à la fois comme Maison médicale, Centre d'Action Sociale Globale, opérateur en alphabétisation et Service d'Aide Psychologique, elle agit auprès des habitants du quartier des Marolles, en termes de santé physique et mentale et au niveau social. Elle propose des consultations à ce niveau et met en place des actions de prévention via de nombreux projets collectifs et communautaires.

Objectif

Les objectifs sont d'aboutir par une reconnaissance de leurs ressources propres, à une vision plus positive des personnes présentant un trouble psychique ; à faciliter les échanges au sein des familles composées d'un individu avec trouble et de leur permettre de se sentir moins isolées.

Méthode

Création/gestion d'un groupe multifamilial

« La famille, ça va ? » a été créé sur base du constat selon lequel c'est complexe de vivre au quotidien avec un trouble psychique (ou avec un proche ayant un trouble psychique). L'objectif est d'échanger au sein du groupe dans un climat de respect et de confidentialité. Il s'agit donc d'un endroit, d'un moment où on peut poser ses questions, exprimer ses difficultés, les ressources que l'on a trouvées chez soi ou chez les autres, s'inspirer des œuvres d'artistes, des coupures de journaux, exprimer son point de vue grâce à sa créativité et son expérience, etc. Le groupe est ouvert aux enfants, adolescents et adultes pour qui la vie de famille est compliquée du fait d'une vulnérabilité psychique personnelle ou de celle d'un proche.

Sensibilisation de professionnels

Il s'agit d'amener la thématique de la vulnérabilité psychique et de son implication dans les familles auprès des réseaux professionnels intersectoriels au sein de l'Entr'Aide des Marolles, dans le quartier et la région de Bruxelles-Capitale. La thématique est abordée de différentes manières et via différents supports : films, vignettes cliniques, discussions autour des difficultés rencontrées dans la prise en charge de personnes avec troubles psychiques et présentation du groupe « la famille, ça va ? ». Pour rappel, il s'agit d'un groupe permettant d'échanger sur les difficultés rencontrées au quotidien.

Processus

Différentes initiatives concrètes ont vu le jour suite au lancement du projet :

- Lancement de *séances de groupe* bimensuelles (le mardi, de 17h à 18h30) qui permettent aux patients et à leurs proches de mettre des mots sur ce qui se passe dans la famille (quand un parent décompense par exemple), d'expliquer aux enfants plus jeunes ce qui se passe, qu'est-ce que la maladie mentale et ses conséquences, les changements engendrés, etc. Ces séances permettent donc de verbaliser plus aisément les vécus de chacun. Parfois, le recours à des médias de type collage ou dessins est mis en place et facilite les choses.
- Lancement d'une *réflexion* avec les travailleurs des autres services de l'Entr'Aide (Maison Médicale, Centre Action Sociale Globale, école d'alphabétisation, ONE, accueil et service administratif et financier). Il s'agit d'un travail de sensibilisation et de concertation des professionnels de l'Entr'Aide dans le but d'améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge et d'aider à la déstigmatisation des troubles psychiques.
- *Rencontres et communication* auprès des partenaires des secteurs de la santé mentale, services sociaux, médicaux, paramédicaux et hospitaliers de première ligne, des associations de patients et de proches et de notre public cible (réalisation d'un document de présentation, d'affiches, de courrier) pour faire connaître l'action.
- *Sensibilisation* des réseaux professionnels interpellés par la thématique, intéressés par l'offre du groupe « La famille, ça va ? », (souhait d'amélioration de la qualité d'écoute et de l'accès aux soins pour les familles concernées par la vulnérabilité psychique).

Le groupe « la Famille, ça va ? » va amener le partage des difficultés et va permettre aux personnes y participant de trouver les ressources extérieures dont elles ont besoin. La sensibilisation des professionnels au sein de l'institution va permettre d'améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge médicales, sociales, psychologiques et de l'ONE.

Enfin, la concertation des professionnels devrait permettre d'améliorer de manière globale la qualité de vie des familles visées par le projet et leur accès aux soins. Enfin, cela devrait permettre de déstigmatiser les troubles psychiques au sein du quartier, à travers les réseaux professionnels et la diffusion de visuels thématiques auprès d'un large public.

b) Oeuvres des Frères de la Charité asbl / Centre psychiatrique Saint-Bernard (Manage)

Titre de l'initiative

Être parent n'est pas une maladie (communiquer autrement sur le rôle parental des personnes avec des troubles psychiques).

Motivation

Le Centre Psychiatrique Saint-Bernard à Manage est à la fois un hôpital psychiatrique et une Maison de Soins Psychiatriques. La notion de parentalité chez les personnes avec une maladie mentale est encore relativement tabou. Toutefois, quelques professionnels du centre sont sensibilisés à la question et développent des outils afin de démystifier le tabou. Le centre est en effet constitué d'un espace enfants, où ceux-ci peuvent s'exprimer librement (sous forme de consultations). Il existe également des groupes de parentalité.

Le projet s'appuie sur différents constats mis en évidence par les professionnels travaillant dans le centre. Ces constats sont liés à la parentalité chez les personnes avec troubles psychiques. Quelques phrases illustrent cette notion de parentalité et la nécessité d'y être vigilant : « être parent est important au sein de la société et le sentiment de « bien faire » avec nos enfants contribue à notre santé mentale », « le thème de la parentalité n'est pas toujours facile à aborder par les équipes soignantes », « les usagers sont parfois les premiers à se dévaloriser », « les usagers ont peur d'aborder les difficultés avec les enfants par peur du placement ou de suppression de droits de visites ».

Objectif

Pour le personnel et le réseau :

- identifier les représentations sur le rôle parental et permettre une prise de conscience des schémas (freins et leviers) qu'ils véhiculent ;
- s'intéresser à la dimension parentale, celle-ci devant être vue comme un élément indissociable de la prise en charge et comme une ressource !

Pour les familles :

- déconstruire les schémas négatifs, notamment liés à la honte et la culpabilité ;
- pouvoir parler librement de ses enfants et de son rôle parental quand on est usager ;
- rendre la présence des enfants dans les lieux de soins naturelle et positive ;
- rendre le contact avec la psychiatrie positif pour les enfants et la déstigmatiser ;
- renforcer la dynamique de soutien entre pairs.

Méthode

Trois étapes clés sont présentes dans le projet : (1) identifier les freins et facilitateurs à l'accès aux ressources ; (2) faire circuler les résultats dans les équipes via des réunions, tables de discussion soignants-patients et présentations ; et (3) créer des affiches à faire circuler en interne et dans le réseau élargi.

En vue de rencontrer le 1^{er} objectif, le projet repose sur divers éléments.

Auprès du personnel soignant :

- présentation du projet au personnel soignant de quatre unités de soin en réunion d'équipe ;
- questionnaires individuels sur base volontaire.

Auprès des patients :

- expression du vécu de la maladie par collages ;
- renforcement des ateliers « parentalité » avec prise de notes ;
- questionnaires individuels sur base volontaire.

Processus

Les résultats propres aux questionnaires en ligne sont décrits ci-dessous. Ils constituent la base et le « matériel » utilisables pour toute la suite du projet.



Figure 17. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « un enfant qui grandit avec des parents avec trouble psychique ? ». Mots négatifs, neutres et positifs.



Figure 18. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « un enfant qui grandit avec des parents avec trouble psychique ? ». Mots négatifs, neutres et positifs.

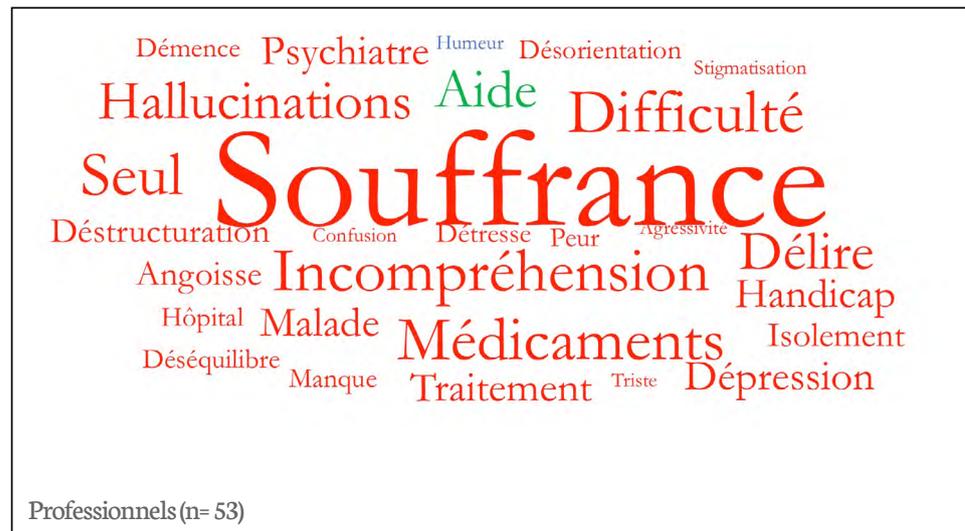


Figure 19. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « une personne avec trouble psychique ? ». Mots négatifs, neutres et positifs.



Figure 20. Nuages de mots / Cinq mots qui me viennent à l'esprit quand je pense à « une personne avec trouble psychique ? ». Mots négatifs, neutres et positifs.

Les questions suivantes ont ensuite été posées aux participants (la réponse se donnait sur une échelle de « pas du tout d'accord (0) à tout à fait d'accord (100) » :

- Pensez-vous que cela soit utile d'aborder la parentalité de vos patients en réunion d'équipe ?
- Pensez-vous que les visites des enfants sont souhaitables lors d'une hospitalisation en psychiatrie ?
- Pensez-vous qu'un espace aménagé pour les enfants est souhaitable dans un hôpital ?
- Pensez-vous que souffrir d'un trouble psychique augmente le risque de placement de l'enfant ?
- Estimez-vous que votre rôle parental est abordé dans les soins ?
- Trouvez-vous important que votre psychiatre/psychologue s'y intéresse ?
- Les visites des enfants sont-elles souhaitables lors d'une hospitalisation ?
- Un espace aménagé pour les enfants est-il souhaitable dans un hôpital ?

- Pensez-vous que présenter un trouble psychique augmente le risque de placement de l'enfant ?

Quelle que soit la question posée, nous n'observons pas de différence marquée entre les réponses des professionnels et des patients, excepté pour la dernière question (est-ce qu'un trouble psychique augmente le risque de placement de l'enfant). Les professionnels pensent, de manière plus importante que les patients, que le risque de placement est augmenté lorsqu'un enfant vit avec des parents ayant un trouble psychique.

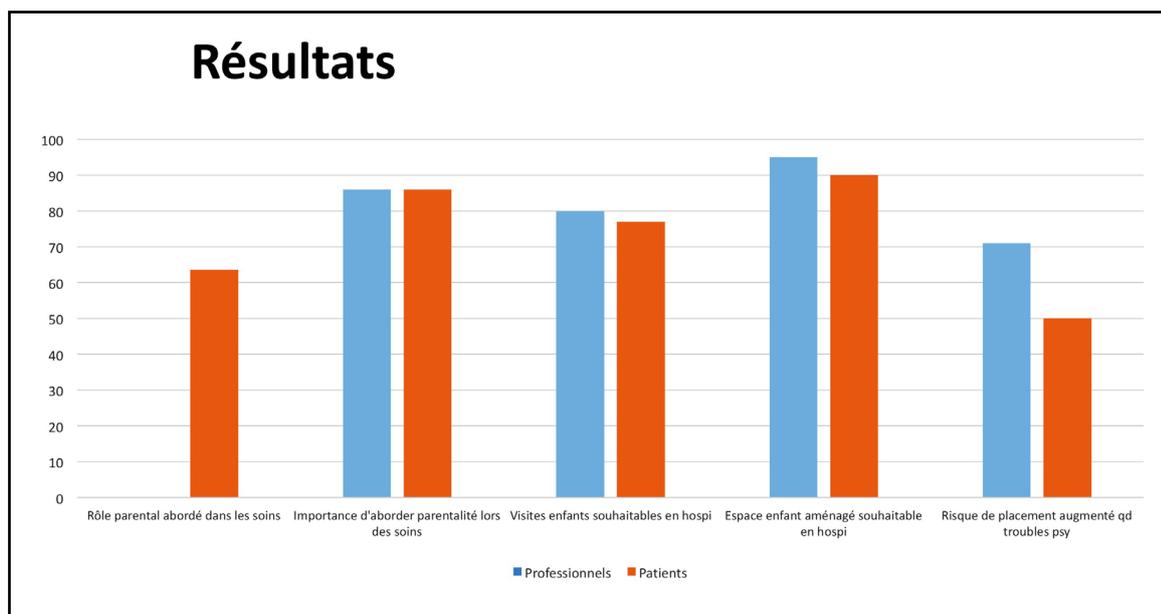


Figure 21. Réponses aux questions (sur une échelle allant de pas du tout d'accord (0) à tout à fait d'accord (100)) contrastées entre les professionnels (en bleu) et les patients (en orange). NB : la première question a été posée uniquement aux patients.

Différents constats sont établis avec des chiffres d'intérêt pour la parentalité assez satisfaisants par rapport à ce qui était escompté (étape 1). Ces constats pourront être discutés en petits groupes au sein de la structure et différentes questions de réflexion sont en cours, telles que « comment interpréter la similitude des représentations négatives des soignants et des usagers ? », « les soignants n'ont-ils pas avant toute chose une image très négative de l'hôpital ? », etc. (étape 2)

Différentes pistes de réflexion sont également en cours sur la manière de travailler les choses concrètement. Par exemple, à l'aide de jeux de rôles, de tables rondes, ...

Les professionnels présents dans le projet aimeraient également réfléchir ensemble à des « contre-frames » constructifs, afin de l'utiliser comme matériel de communication (étape 3).

4. ENSEIGNEMENTS TIRÉS

4.1 Le point de vue du philosophe

Contribution du Prof. Dr. Ignaas Devisch, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de Santé publique et des soins de santé primaires, UGent

Corriger des erreurs de communication semble être chose aisée. N'avons-nous pas tous les meilleures intentions ? Le parcours proposé par la Fondation a été mis sur pied pour aller au-delà de cette question. Car, les bonnes intentions ne suffisent pas pour 'faire bien'. Situons tout cela dans son cadre.

Stigmatisation

Pour ce faire, je pars d'un schéma du savoir basé sur un discours qu'a un jour prononcé l'ancien ministre américain de la défense Donald Rumsfeld, à partir de quatre formes de savoir liées à quatre limitations de celles-ci.

1. Known knowns

On sait qu'on sait quelque chose. C'est le savoir le plus évident : on sait quelque chose et on en est conscient. Comme : il pleut et je le sens, tu es à côté de moi et tu me regardes dans les yeux, etc.

2. Known unknowns

On sait qu'on ne sait pas quelque chose. C'est aussi assez évident. Je sais, par exemple, que je ne sais pas combien de personnes souffrent actuellement de la faim, combien pèsent 20 gouttes de pluie, ce que ça fait d'être un chien, et ainsi de suite. Il s'agit d'une forme de non-savoir dont je suis pleinement conscient.

3. Unknown unknowns

C'est une forme de non-savoir au deuxième degré. En plus de savoir que je ne sais pas certaines choses, il y a aussi plein de choses que j'ignore sans même m'en rendre compte. Par exemple, je ne sais pas que quelqu'un sait quelque chose que je ne connais pas. Il y a beaucoup de lacunes dans notre connaissance dont nous ne sommes pas conscients.

4. Unknown knowns

On ne sait pas qu'on sait quelque chose. Il s'agit de choses que l'on sait, mais en n'en ayant pas, ou peu, conscience. On possède un savoir, mais on n'en fait rien ou on n'en est plus conscient. Je situe la stigmatisation dans cette dernière catégorie.

Autour de quoi tourne la stigmatisation ? Ce processus vise à rattacher involontairement quelqu'un à une image ou une position défavorable pour lui. Et spécifiquement en termes de communication, il passe par l'utilisation de mots et de gestes qui peuvent être

blesnants ou réducteurs, mais sans en être conscient. Pourquoi ? Parce qu'on a l'habitude de le faire, parce que ça va de soi.

C'est pourquoi le point de départ de ce parcours peut aussi être de nature philosophique : on part d'un problème dont on ne réalise même pas que c'est un problème. Ce n'est pas évident et cela demande une approche patiente de lente prise de conscience et de cadrage. Il faut du temps pour briser de bonnes intentions et de vieilles habitudes. D'abord pour se rendre compte qu'il y a bel et bien un problème, au-delà des évidences. Nous n'en sommes pas conscients parce que cela échappe à notre discours ou parce que quelque chose dans notre discours détermine le regard que nous portons sur l'autre au point que cela échappe à notre conscience.

Ceci nous amène au terme de 'framing': avant même que l'on parle, il y a un cadre à partir duquel on parle et c'est ce cadre que nous voulons saisir et expliciter. Que disons-nous de l'autre et comment, en quoi pouvons-nous améliorer cela et comment pouvons-nous inscrire durablement ces améliorations dans les soins quotidiens envers l'autre ? Ces questions ont été le fil rouge des projets décrits dans ce rapport.

Un lent processus de maturation

Les questions que je viens de citer suscitent logiquement et à bon droit de fortes attentes. En même temps, ce projet s'est attaché à envisager tout cela dans la bonne perspective. Comment s'interroger en effet sur ce qu'on ne voit pas ? Faut-il apprendre à regarder autrement ? Ou a-t-on besoin d'autres yeux qui indiquent comment apprendre à voir mieux ou autrement ?

À la lumière de ces questions, nous avons sans doute été un peu trop impatients au moment du lancement du parcours. Nous voulions des résultats clairs et rapides, qui ne sont pas venus. Pas parce que nous n'avons pas fait de notre mieux, mais plutôt parce qu'il s'agit d'un processus de longue haleine avec des résultats parfois peu spectaculaires, qui peuvent cependant faire la différence. Il faut beaucoup de temps pour infléchir de vieilles habitudes, c'est un fait.

Nous ne pouvons donc pas présenter de résultats retentissants. Mais, nous pouvons :

- témoigner d'un processus long et difficile ;
- dire que tout cela demande du temps : du temps pour discuter entre nous, du temps pour tomber et apprendre à se relever, du temps pour tirer des enseignements de nos erreurs.

Il y a aussi quelques pièges que nous tentons activement d'éviter. J'en cite quelques-uns.

1. Il est bon de demander aux intéressés ce que l'on fait mal, mais cette question peut avoir un caractère contraignant. Pas seulement parce qu'il n'est pas facile de résumer brièvement tout cela, mais aussi parce que cela suppose que tout le monde est capable de formuler cela en phrases et d'expliquer ce qui ne va pas. Ce n'est pas évident et le fait que la personne ne trouve pas les mots ne doit pas nous amener à conclure que tout va pour le mieux. Bref, nous devons rechercher des moyens pour faire dire aux gens de manière non contraignante ce qu'ils ont à dire.
2. La conscientisation est un phénomène abstrait et nous risquons de nous contenter de savoir que nous avons commis des erreurs ou de mettre sur pied une action ponctuelle et d'oublier ensuite tout ce qu'elle a eu de positif. La conscientisation

n'entraîne un changement que si elle fait durablement et activement partie du fonctionnement quotidien, tant dans la culture organisationnelle que dans les relations avec les gens.

Enseignements

Apprendre à regarder et à communiquer autrement demande donc du temps, de la prudence et de la patience. Des actions ponctuelles peuvent initier un processus, mais il s'agit ensuite de pérenniser les résultats. Autrement dit, le changement doit être présent dans le fonctionnement quotidien, comme un point d'attention et une veilleuse pour éviter qu'il soit sans lendemain.

Le mieux semble être de rechercher d'une manière ou d'une autre une concrétisation matérielle de ce que signifie effectivement communiquer autrement. La prise de conscience doit être visible dans une organisation de manière à ce que la question des conséquences qu'elle entraîne reste à l'ordre du jour.

En cela, les réponses génériques devront toujours céder le pas à la complexité de chaque organisation particulière. On peut certes partager le cadre à partir duquel on réfléchit à une autre manière de communiquer. Mais, l'approche adoptée par une organisation dépend de son contexte.

Les différentes organisations qui ont collaboré à ce projet étaient toutes face au même défi : comment transformer des intentions en actions concrètes et comment les intégrer durablement dans le fonctionnement quotidien? Cela a conduit bon nombre d'entre elles à se poser cette question de base : comment travaillons-nous et est-ce la meilleure manière possible de le faire ? Cette question les a invitées à faire un exercice de réflexion qui a souvent pris une forme matérielle : un dépliant, une pièce de théâtre ou une nouvelle note de vision.

Des professionnels et des volontaires ou des patients y ont souvent collaboré, avec beaucoup de passion et de patience. La préparation d'une pièce de théâtre est ainsi un travail de longue haleine qui est très exigeant pour des personnes qui se trouvent parfois dans une phase où elles ont des ressources limitées. En contrepartie, la satisfaction du résultat accompli a souvent été très grande.

Communiquer autrement signifie s'affranchir de la stigmatisation. Comme nous l'avons dit, cela ne peut que partir d'une prise de conscience de ce que l'on ne fait pas bien. Ce n'est pas un hasard si cette prise de conscience a été et est encore tout en haut de l'ordre du jour de nombreuses organisations qui ont participé à ce projet. Elles ont pris diverses initiatives dans ce but : interroger des patients, mettre sur pied des groupes de parole, parler avec des parents et des proches. Elles ont ensuite utilisé ces éléments d'information pour mieux connaître leurs 'unknown knowns' et en faire des 'known knowns' capable d'amorcer au moins l'ébauche d'un basculement.

Par ailleurs, il y a certainement lieu de retenir les aspects suivants :

1/ Mobiliser des experts du vécu/pairs-aidants dans le processus de conscientisation de la stigmatisation apporte une plus-value.

2/ Certains frames (p. ex. le monstre) et counterframes (p. ex. la mosaïque, la longue marche) sont nettement plus utilisés que d'autres. On manque de données pour se prononcer de manière plus nuancée à ce sujet, mais on peut se demander à quoi cela est dû.

3/ Avant même le projet, certains principes étaient importants pour les professionnels dans la relation entre le patient et le soignant : pouvoir et oser montrer sa vulnérabilité, un travail axé sur les ressources, une communication qui relie et une relation égalitaire. Tout au long du processus, ces principes ont souvent été confirmés comme étant efficaces pour déstigmatiser et pour se rattacher aux counterframes.

4/ Il n'est pas rare que des organisations se fondent sur leur vision ou leur mission pour garantir un travail axé sur le rétablissement, mais cela ne semble pas aller de soi dans le fonctionnement quotidien. Comme elles partent (en raison d'une longue histoire) d'un modèle biomédical, le patient est pour ainsi dire identifié en fonction de son diagnostic et le traitement est adapté en conséquence. Prendre uniquement ce modèle comme point de départ ne permet pas de communiquer au sujet des patients dans une perspective plus large que la perspective dominante de la pathologie. De plus, le traitement part des besoins du patient tel qu'ils ont été estimés par le spécialiste. L'utilisation d'un modèle biopsychosocial permet d'approcher le patient à partir de différents domaines de l'existence et donc aussi de décrire et de solliciter des ressources. Cela donne immédiatement naissance à une autre communication avec et sur le patient. Un besoin très frappant dans diverses organisations est celui de rencontrer les gens dans leur vulnérabilité à un autre niveau, plus profond : à partir de leur humanité. C'est d'une importance indéniable dans le travail orienté sur le rétablissement et donc dans la déstigmatisation.

5/ C'est une erreur de penser que ce projet veut ou doit éradiquer la stigmatisation. Il s'agit beaucoup plus de permettre à différentes parties de prendre conscience de celle-ci : le patient, l'entourage, le soignant, la direction. Ce n'est que si on en est conscient et si on l'admet que l'on peut réfléchir à la manière de briser cette stigmatisation, de penser et donc de communiquer autrement. Ce processus demande aussi que l'on se montre dans sa vulnérabilité.

6/ De manière très frappante, l'une des clés pour communiquer autrement et donc déstigmatiser se situe dans la relation entre le soignant et le patient : en lui donnant un autre contenu et en recherchant davantage l'être humain derrière le patient, en se basant sur des principes d'égalité et de responsabilisation, en ne se focalisant pas sur le problème dominant mais en accentuant d'autres dimensions du patient qui ont été mises à l'arrière-plan.

7/ Chaque organisation est pleinement consciente de la nécessité de déstigmatiser, mais manque de temps et de moyens dans la pratique quotidienne pour mener un travail approfondi dans ce domaine et rechercher ce qui fonctionne effectivement dans les équipes. Qu'est-ce qui fait que ce n'est pas une priorité à l'ordre du jour ? Nous pouvons supposer que c'est dû aux listes d'attente et à un personnel surchargé par les nécessités du travail urgent et immédiat avec le public. Pourtant, le fait d'investir dans une autre manière de communiquer a un effet indirect et même préventif à long terme.

Nous ne pouvons pas considérer les projets soutenus comme étant achevés. Communiquer autrement n'est pas quelque chose qui se fait une seule fois avant de reprendre la routine ordinaire, mais suppose que l'on s'interroge continuellement sur sa communication et que l'on soit prêt à prendre conscience de nouveaux pièges potentiels dans la manière de parler des gens et de les aborder. Cela demande des efforts, mais procure certainement aussi beaucoup de satisfaction. On peut espérer que les équipes et les organisations qui ont participé à ces projets partageront leur enthousiasme avec d'autres organisations sur le terrain.

4.2 Le point de vue du psychologue

Contribution du Dr. Stéphane Adam, Chargé de cours et responsable de l'Unité de Psychologie de la Sénescence, ULg

Nos actes sont déterminés dans une large mesure par la perception, souvent inconsciente, que nous avons d'une réalité. Ainsi, avant de s'engager concrètement dans une démarche de soin avec un patient (qu'il soit âgé, d'origine étrangère ou avec un diagnostic psychiatrique), il convient de s'interroger sur nos représentations mentales du public ciblé auquel il appartient et sur l'influence que celles-ci peuvent avoir sur nos attitudes de soin.

Des représentations sociales négatives

Le premier enseignement de notre participation à ce projet de la Fondation Roi Baudouin est le constat clair que les représentations existantes à propos des patients avec une maladie mentale apparaissent comme extrêmement négatives. Il suffit pour en prendre conscience de regarder les différents nuages de mots réalisés. Ceux-ci mettant en évidence, de manière extrêmement visuelle, l'existence de stéréotypes négatifs à l'égard de la santé mentale et des personnes avec un trouble psychique (dépression, schizophrénie, etc.).

Cette perception négative de la santé mentale est observable tant chez les professionnels (médecins, paramédicaux, mais aussi les services d'aides à domicile, etc.) qu'auprès de la population générale. Ainsi, chez les professionnels en psychiatrie, des mots tels que « difficulté, incompréhension, souffrance, ... » reviennent régulièrement. Au niveau des professionnels du soin ne travaillant pas spécifiquement dans un service de psychiatrie (par exemple, les professionnels du service des urgences du CHR de la Citadelle, service dans lequel différents corps de métier, médicaux et paramédicaux, travaillent), les représentations qui émergent à la question des 5 mots sont elles aussi extrêmement négatives : « dépression, manipulation, cabanon (c.à.d. pièce d'isolement capitonnée), ... ».

Face à un tel résultat, des questions se posent naturellement : comment les professionnels peuvent-ils adopter une attitude respectueuse, humaine, d'égal à égal s'ils ont cette représentation d'une personne atteinte d'une maladie mentale ? Ou encore, comment les professionnels peuvent-ils communiquer adéquatement avec des personnes avec des troubles psychiques en étant entachés de tels stéréotypes ? Sachant que, comme précédemment évoqué, ces stéréotypes engendrent des attitudes négatives envers les patients et que ces attitudes négatives ont un impact délétère sur la santé de ces patients.

L'auto-stigmatisation

Un second enseignement (particulièrement frappant à nos yeux) a été de constater que les patients développent eux-mêmes des représentations très négatives à propos des personnes avec problèmes de santé mentale. Nous pouvons parler ici d'auto-stigmatisation ; en ce sens que les patients sont la cible des stéréotypes qu'ils ont eux-mêmes intégrés au cours de leur vie à l'égard de la santé mentale et des patients avec un trouble de santé mentale.

Nous pouvons néanmoins nous demander si les patients sont négatifs par essence ou si ce sont les professionnels qui ont alimenté voire amené cette perception négative chez les patients (par effet de contamination) ? S'il n'existe pas de réponse claire, il est probable que les professionnels, de par leurs attitudes, « contaminent » les patients.

C'est, en tout cas, ce qui a pu être montré dans le vieillissement. Par exemple, une étude réalisée en maison de repos consistait à demander à des résidents âgés (en bonne santé physique et mentale) de s'entraîner à résoudre des casse-tête type puzzle. Dans le premier groupe, l'aide est très présente durant l'entraînement (on leur suggère par exemple où mettre les pièces, voire on en pose l'une ou l'autre à leur place). Dans le deuxième groupe, les résidents sont uniquement encouragés verbalement, et dans le dernier groupe, les résidents s'entraînent seuls (aucun professionnel n'est présent durant les séances d'entraînement). Les résultats sont éloquentes : la performance s'améliore dans le groupe avec encouragement verbal, elle est stable quand les résidents s'entraînent seuls (aucune amélioration), par contre elle se détériore dans la condition avec aide ! De plus, dans ce dernier groupe, les sujets déclarent trouver la tâche plus difficile et se sentir moins confiants en eux lors de la réalisation de ces puzzles comparativement au groupe avec encouragement verbal. En quelque sorte, plus on trouve les personnes incompetentes, plus on va leur faire ressentir cela verbalement ou par les actes (en l'occurrence ici en les aidants à l'excès). La conséquence est que les participants sont contaminés par ces attitudes : ils se sentent moins confiants en eux, ils trouvent la tâche plus difficile, et ils font donc moins d'efforts lors de la tâche. Cette baisse d'efforts fait qu'ils sont moins performants, ce qui confirme qu'ils sont moins compétents. C'est ce qu'on appelle la prophétie auto-réalisatrice des stéréotypes.

Ce qui est vrai pour le vieillissement, doit être également présent dans le contexte de soin des personnes avec diagnostic de santé mentale. L'auto-stigmatisation devrait donc avoir des conséquences sur les comportements des patients qui auront tendance inconsciemment à se conformer aux stéréotypes dont ils sont sujets.

L'oubli de la parentalité

Un troisième enseignement concerne la question de la parentalité (et la notion de famille) chez les individus ayant une maladie mentale. De manière générale, il apparaît que les professionnels s'y intéressent peu et ont tendance à totalement négliger ce point, avec comme a priori (stéréotype) que ce n'est pas possible d'avoir des enfants et surtout de s'en occuper correctement lorsqu'on a une maladie mentale.

Ainsi, les professionnels ont tendance à uniquement percevoir l'individu comme « quelqu'un de malade », et non plus comme un individu à part entière avec ses besoins, ses envies et ses relations familiales et amicales. La parentalité chez les individus avec

maladie mentale est une thématique encore relativement taboue dans nos sociétés et sur laquelle les regards se doivent d'évoluer. Une sensibilisation du public apparaît essentielle mais également et surtout une sensibilisation des professionnels du secteur.

La place de l'expert du vécu

Un quatrième enseignement concerne les différentes pistes étudiées pour sensibiliser les acteurs du secteur afin de diminuer les représentations négatives et de faire évoluer les mentalités dans le secteur.

Parmi celles-ci, une apparaît comme clairement prometteuses, à savoir le fait d'introduire dans les établissements et les structures de soins des experts du vécu. Ces personnes sont stabilisées aujourd'hui mais ont, au cours de leur vie, connu un trouble psychique et ont acquis une certaine expérience face à ce trouble. L'introduction de ces experts du vécu peut être considérée comme une forme de révolution culturelle dans le sens où classiquement, dans le milieu du soin, la dynamique relationnelle est de type hiérarchique avec le soignant qui sait ce qui est bon pour le patient. Les experts du vécu permettent de développer une hiérarchie de transversalité et d'égalité (le patient « redevient » acteur). En ce sens, l'expert du vécu ne doit pas dicter au soignant quoi faire, mais il est nécessaire de créer un échange et une collaboration entre soignant et expert du vécu. Car finalement, qui est le plus à même de comprendre, ressentir, suggérer des conseils à un individu en souffrance, que quelqu'un qui a déjà été dans le même cas de figure, et surtout qui a pu surmonter ses difficultés ? Aussi, considérer que l'expert du vécu a une expérience à part entière est pertinent pour le soignant, et constitue en soi une façon de déconstruire ses stéréotypes. Néanmoins, si ces initiatives apparaissent très pertinentes, il n'en reste pas moins que la mise en application est délicate et complexe : les soignants se sentant en partie dépossédés d'une partie de leur rôle.

Outre ce rôle et cette place attribuée au sein de structures aux pairs-aidants (et donc aux patients vus comme experts à la compétence complémentaire aux soignants), un autre élément est susceptible de faire évoluer les représentations, à savoir la formation. Mais, s'il est établi, notamment dans d'autres secteurs comme le vieillissement, que la formation constitue une des pistes principales permettant de contrer les stéréotypes (Levy, 2016), il est tout aussi établi qu'une réflexion sur le contenu de la formation est indispensable. En effet, l'idée est qu'une formation qui n'aborderait que la santé mentale et les personnes avec un trouble psychique sous l'angle des déficits, pertes, difficultés, risques, etc. associés aux personnes ne ferait qu'en alimenter une vision négative.

En d'autres termes, une seconde révolution doit s'opérer dans le secteur des soins. En effet, outre une place prépondérante qui doit être laissée aux patients dans la relation soignant/soigné, il apparaît qu'un changement drastique doit s'opérer au niveau de la formation ! La communication verbale et non-verbale doit devenir un élément important dans toute formation du secteur médical et paramédical. En effet, les études montrent en quelque sorte que bien communiquer, c'est soigner. La façon dont je transmets les stéréotypes par mes attitudes peut par exemple imprégner le patient qui se conforme alors à ces stéréotypes. Mais aussi la façon dont on propose un traitement peut induire chez le patient une bonne (ou une mauvaise) adhésion à ce traitement (avec tous les enjeux que cela peut alors avoir sur sa santé !). Pourtant, la grande majorité des formations dans le secteur consiste pour 90% au moins à apprendre des savoirs et des

actes techniques. Le paradoxe est que dans la pratique à peine 50% des actes du soignant sont des actes que nous pouvons qualifier de « techniques ». La grande majorité du temps de travail d'un soignant consiste à communiquer (à un collègue, un patient, la famille). En résumé, la place de la communication dans les formations doit clairement être revue à la hausse !

Des représentations négatives pour les professionnels aussi

Enfin, notre dernier enseignement relève d'un paradoxe. Alors qu'un problème de santé mentale pourrait conduire naturellement à une approche de type psychologique, les psychologues semblent eux-mêmes victimes de stéréotypes négatifs (ex : « les psys, c'est pour les fous ! ») conduisant à ce que les acteurs du secteur n'orientent pas spontanément les patients vers eux ; voire même que les patients n'aillent pas naturellement vers un psychologue pour les aider.

Un des projets soutenu a abordé directement cette question. Les résultats de celui-ci suggèrent que les représentations face au psychologue ne sont pas si négatives que cela. Ces éléments amènent donc à penser qu'il y a une certaine ouverture d'esprit face au psychologue et au rôle que celui-ci peut tenir. Pourtant, a contrario, dans les faits, une consultation auprès d'un psychologue pour un problème de santé mentale est bien moins fréquente que le recours aux antidépresseurs (de l'ordre de 3 fois moins !). Ceci s'explique notamment par le fait qu'en général, lorsqu'un individu a un problème de santé mentale (affect dépressif, par exemple), il a tendance à consulter dans un premier temps son médecin traitant, et celui-ci va avoir tendance à s'orienter préférentiellement (et souvent uniquement) vers un traitement pharmacologique (plus coûteux pour la collectivité). De toute évidence, promouvoir des approches non-pharmacologiques (entre autres psychologiques) doit constituer une base d'innovation et de changement dans le secteur de la santé mentale.

ANNEXE 1 : DIX-SEPT INITIATIVES EN UN COUP D'ŒIL



Hoe Gek Communiqueer Jij?!

Fonds Julie Renson
Koningin Fabiolafonds

Koning Boudewijnstichting
Samen werken aan een betere samenleving

Doelstellingen

- Zorgverleners bewust maken van eigen denkbeelden betreffende psychische kwetsbaarheid
- Genuanceerd leren communiceren over psychische kwetsbaarheid


Netwerk GGZ Kempen

Realisaties

- Interactieve vorming op maat van teams
- PowerPoint gebaseerd op publicaties van de KBS
- Stellingen om interactie aan te wakkeren
- Casussen vanuit zowel hulpverleners- als cliëntenperspectief
- Evaluatie aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijst
- Structurele inbedding van deze vorming in het Netwerk GGZ Kempen



"Mijn vriend heeft het moeilijk, ik laat hem liever met rust"

"Na mijn burn-out, gaf men mij een andere job"

"Stop met drinken, dan is alles opgelost"

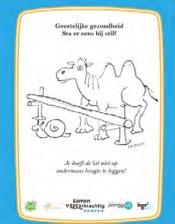
"Ik ga steeds blijven hervallen"

"Ik ben omringd door vele nieuwe, fijne mensen"

"Ik ben nu actief als ervaringsdeskundige"

"Na 5 jaar clean zijn, ben ik papa geworden"

Signaleringsplan	
	Het gaat goed met mij
	Het gaat niet zo goed met mij
	Het gaat slecht met mij



Geestelijke gezondheid
Sta er eens bij uit!

Je hoeft de last niet op iedereen te leggen!



Geestelijke gezondheid
Sta er eens bij uit!

Zelfde is niet des van veld!

1. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Kempen vzw (Geel)

CRF Alba—Horizon 2020



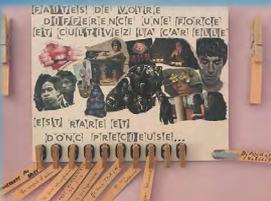


Le responsable du projet

Le CRF Alba a pour mission de proposer un programme de rééducation fonctionnelle afin d'augmenter ou de maintenir les habiletés de nos bénéficiaires dans les différents domaines de l'autonomie personnelle et l'insertion professionnelle.

Il s'agit ici pour l'individu de **modifier son regard sur sa maladie**, ses limitations, ses difficultés et de s'appuyer sur **ses ressources subjectives pour vivre avec**, voire les dépasser.





« Personne ne peut vous faire sentir inférieur sans votre consentement. »

Le projet

L'individu concerné par un problème de santé mentale dispose des ressources nécessaires pour dépasser les limitations secondaires à cette condition en s'appuyant sur **ses capacités alternatives**, sans se référer à un modèle de normalité établi du dehors.

Pour aller au bout de cette idée de **déstigmatisation et d'insertion**, nous avons mis en place un projet **d'experts du vécu**. Les bénéficiaires ayant réalisés un parcours complet au sein du centre, peuvent en formuler la demande. Il s'inscrit alors dans un parcours de 4 mois, de partage de leur propre expérience de la santé mentale et/ ou de co-animation.

Chaque bénéficiaire peut, de cette façon, **s'approprier pleinement son parcours de vie** et en faire une **force**, un outil de partage et de soutien auprès d'autres qui vivrait les mêmes difficultés.

Résultats

Depuis le début du projet cinq bénéficiaires sont devenus experts du vécu et trois autres sont demandeurs de le devenir.

La richesse de ce projet est **l'apport positif** pour les bénéficiaires en parcours qui peuvent s'identifier et trouver une **personne relais** durant leur prise en compte au sein du centre.

De plus, c'est une **vision positive** et concrète de **possibilité de rétablissement**. Nous espérons pouvoir alimenter cette expérience en persévérant dans ce sens et assurer une suite à la **démarche de rétablissement**.



Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin





AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap

ALISES

café



UNION EUROPEENNE

2. CRF Alba (La Louvière)



Projet « Pair-aidance : santé mentale et précarités »

« Ce programme s'adresse à des personnes qui ont vécu l'expérience de la grande souffrance sociale et/ou psychique. Elles ont mobilisé des ressources et développé des compétences pour faire face. Elles s'en sont sorties suffisamment pour tirer un savoir de cette expérience de vie. Elles souhaitent faire une formation à la pair-aidance, afin de mettre leur expertise et leurs savoir-faire au profit d'autres personnes qui vivent des situations similaires. »

Un groupe de production de savoirs à l'origine de la formation organisée depuis 2015.

Une formation qui croit au rétablissement, au savoir expérientiel et qui prône la co-construction.

- Des stages obligatoires depuis la session 2018
- Des séances d'intervention pour ajuster sa pratique
- Un travail de fin de formation basé sur la recherche.



© Pascale Fransolet, Pas'Colle

Volonté d'intégrer les pairs-aidants au sein des équipes

Vous êtes travailleur psycho-médico-social ? Accueillir un pair-aidant, êtes-vous prêts ?

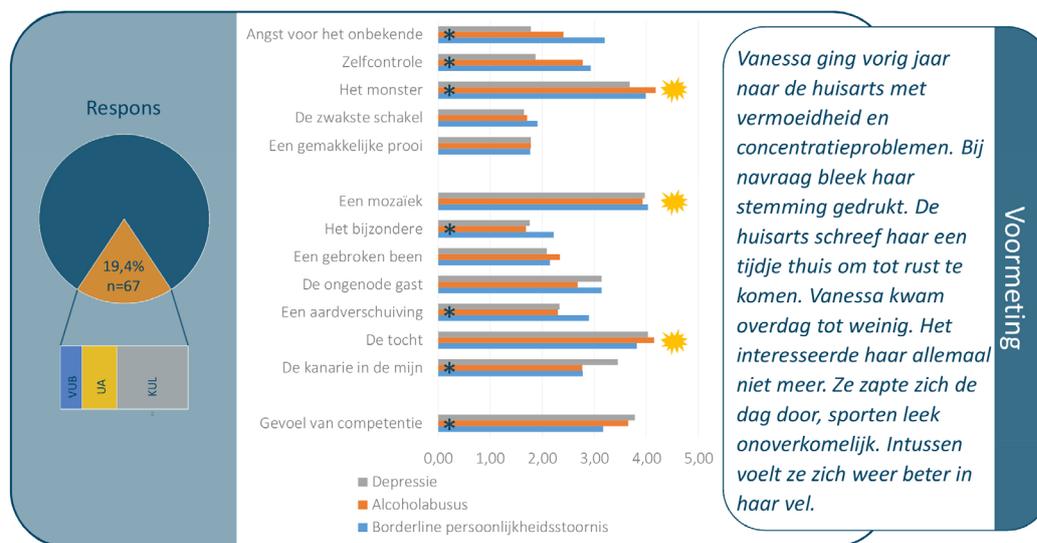
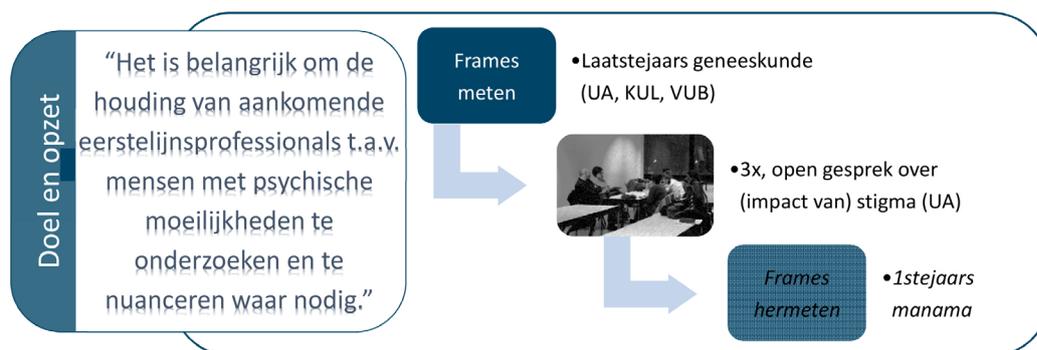


Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin.

3. Projet du Service de Sciences de la famille de l'UMons (Mons)

ANDERS COMMUNICEREN IN DE NIEUWE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG: BEWUSTWORDING BIJ VLAAMSE HUISARTSEN IN OPLEIDING

Kris Van den Broeck, Universiteit Antwerpen
Met de steun van de Koning Boudewijnstichting



- Geen effect van interesse voor psychiatrie of tendens tot investering in GGZ (uitgez. ‘een makkelijke prooi’)
- Mannen en UA-studenten schijnen vaker ‘zelfcontrole’ te gebruiken (cave kleine groepen)
- Competentiebeleving wordt voorspeld door ‘de tocht’, ‘de mozaïek’ en interesse in psychiatrie.
- Nog veel ruimte voor meer genuanceerde frames, zeker bij meer ernstige ziektebeelden.



kris.vandenbroeck@uantwerpen.be

Koning Boudewijnstichting
Samen werken aan een betere samenleving



4. Université d'Anvers (Anvers)

La communication comme instrument thérapeutique dans la prise en charge des troubles psychiques en services d'urgences.

Urgences Médico-Psycho-Sociale (UMPS)
Centre Hospitalier Régional, 4000 Liège
Personnes de contact : Maude Evrard & Thomas Bertoncello

CONTEXTE

Qui sommes-nous?
Intégrée au service d'urgence général, l'UMPS est une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues, médecins somaticiens, psychiatres, infirmiers, et un assistant social.

Quelles sont nos missions?

1. Accueillir toute personne se présentant spontanément ou adressée dans le service en l'abordant dans sa dimension bio-psycho-sociale.
2. Etablir un diagnostic complet afin de proposer un projet de soins adapté aux besoins, ressources et limites de l'utilisateur en tenant compte de tous les facteurs médicaux, psychologiques et sociaux problématiques.

Une attention particulière est portée à l'évaluation de la vulnérabilité individuelle, des éléments susceptibles de compromettre l'insertion sociale, de l'exposition au risque de précarisation voire d'exclusion sociale et de la consommation de psychotropes.

Pourquoi ce projet?
La pratique quotidienne au sein du service des urgences amène à constater que des phénomènes de stigmatisation et de discrimination vis-à-vis d'utilisateurs souffrant de problèmes psychiques subsistent et peuvent avoir un impact sur la qualité de la prise en charge, l'adhésion à des soins adaptés et le pronostic de rétablissement.



OBJECTIFS

Identifier les représentations des professionnels concernant les patients avec troubles psychiques, leur influence sur la prise en charge et le sentiment de compétence des soignants.

METHODES

> ECHANTILLON
✓ Professionnels du service UMPS (n = 43)

> MESURES & PROCEDURE

Vignette « psy »

Mme Dupont

- ✓ 30 ans
- ✓ Difficultés respiratoires et douleur thoracique depuis 15'
- ✓ Polygamie sans sudation
- ✓ Semble angoissée, se dit paniquée, et tabagisme généralisée
- ✓ Ant.: consommation Benzoc et tr. Dépressif
- ✓ Compagnon stressé et interrompt les vêtements dès l'admission

↔ Contrôlabilité des vignettes et de l'ordre de présentation

Vignette « non psy »

Mme Durant

- ✓ 32 ans
- ✓ Douleur thoracique rétrosternale en réunion
- ✓ Douleur thoracique depuis 20'
- ✓ Pas de sudation ni nausée
- ✓ Nervosité, essouffement et pression de partir
- ✓ Ant.: rien sauf allergie aux acariens
- ✓ Prise de complémentation polyvitaminée car se sent fatigué

Phase 1 : Attitudes de soins et de prise en charge patient

- « psy » vs « non psy »
- Prise en charge proposée?
- Sentiment de compétence?

Phase 2 : Stéréotypes à l'égard des patients souffrant d'un trouble psychique: quels sont les 5ers mots qui vous viennent à l'esprit quand on dit ...

- patient avec troubles psychiques (représentation générale)
- patient alcoolique, borderline et schizophrène (représentations spécifiques à une pathologie)

Création de nuages de mots: plus le mot est fréquemment cité, plus il est grand. »

RESULTATS

Phase 1

Vignette « psy »
Mme Dupont

↔
Contrôlabilité des vignettes et de l'ordre de présentation

Vignette « non psy »
Mme Durant

Représentations

- Sentiment de compétence
- Organisation prise en charge
- Sentiment de compétence

Sur base des **1ères analyses** descriptives:

1. Absence de différence significative entre les deux types de vignettes cliniques
2. Respect des protocoles de tri, d'organisation de la prise en charge et des actes techniques imposés par les guidelines des fonctions médicales et infirmières spécifiques à l'aide médicale urgente quelle que soit la vignette.

Phase 2

Quels sont les 5ers mots qui vous viennent à l'esprit vous pensez à un patient avec troubles psychiques?

Mots majoritairement **négatifs!!!**



Thématiques principales:
danger, incompréhension, instabilité ou encore manipulation.

IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

CETTE ENQUÊTE RÉALISÉE AU SEIN DE L'UMPS N'EST QU'UNE PREMIÈRE ÉTAPE! . CELLE-CI SERA SUIVIE PAR (1) UNE COMMUNICATION DES RÉSULTATS EN SÉANCE PLÉNIÈRE RASSEMBLANT L'ENSEMBLE DU PERSONNEL SOIGNANT, ET (2) DU COACHING ET DE LA SUPERVISION EN PETITS GROUPES PLURIDISCIPLINAIRES SUR LE THÈME DES REPRÉSENTATIONS, DE L'ÉLABORATION DE PRATIQUES DE QUALITÉ ET D'UNE COMMUNICATION OPTIMALE ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES.

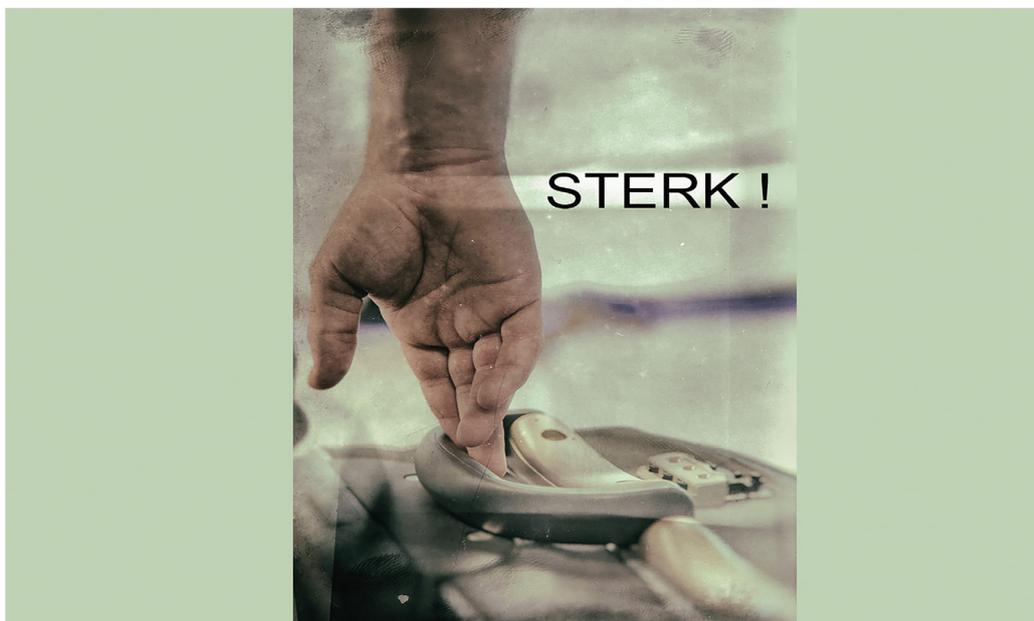
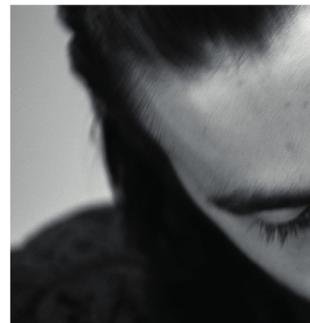
CES PROCHAINES ÉTAPES PERMETTRONT DE SENSIBILISER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE À L'EXISTENCE DE CES REPRÉSENTATIONS ET DE LEURS IMPACTS AU NIVEAU DES PRATIQUES, DE LEUR QUALITÉ, DE L'ADHÉSION AUX SOINS ET DU PNSTIC DE RÉTABLISSEMENT DES USAGERS.

IL S'AGIRA ÉGALEMENT DE LES MOBILISER AFIN DE FAIRE ÉVOLUER LEURS PRATIQUES ET LE REGARD QU'ILS POSENT SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES. CETTE EXPÉRIENCE AU SEIN DU SERVICE DES URGENCES SERVIRA D'INCUBATEUR ET DEVRAIT ÊTRE GÉNÉRALISÉE À L'ENSEMBLE DES SALLES DE MÉDECINES EN 2019 ET 2020.

6. CHR Citadelle, Service d'Urgence Médico-Psycho-Sociale (UMPS) (Liège)



van
niemand
naar
iemand
is
nieuw leven



Een
plek
waar je
kind
mag
zijn

STERK! is een krachtige samenwerking tussen bewoners, begeleiders en makers. Tussen mensen die komen, sterk aanwezig zijn, hun stempel drukken, plots weer verdwijnen en een leegte achterlaten. Een project van dramacoach Ingrid Dullens en fotograaf Mine Dalemans over leven en werken in de therapeutische gemeenschap Katarsis.

Veel dank aan:

Mathias - Tim - Jessica - Stefaan - Faissal - Davy - Leen - Shana - Glenn
Jessica - Dave - Esma - Jan - Michiel - Wendy- Jill- Danny - Jeff - Jordy
Dennis - Jordy - Elke - Niels- Andrew - Greet - An - Mieke

Verantwoordelijke uitgever: Aniek Nagels, uitgever van cultureel - Stedelijk 1.3000 Genk



7. Katarsis vzw (Genk)



Bien Chez Soi s'adresse à :

- Des personnes adultes souffrant de maladie mentale chronique résidant à domicile,
- Des professionnels de 1^{ère} ligne non spécialisés en santé mentale.

Le service vise à :

- Améliorer la qualité de vie de la personne à domicile en partenariat avec son entourage et en collaboration avec son réseau d'intervenants,
- Favoriser la déstigmatisation de la psychiatrie par des séances de coaching et de sensibilisation à la santé mentale auprès des services de 1^{ère} ligne.

Nous avons créé un QUESTIONNAIRE à propos de la perception de la maladie mentale à l'attention des professionnels et de la population en général, dans le but d'étoffer les outils utilisés lors des modules de sensibilisation.

Les réponses nous permettront de mettre en avant des **données chiffrées** et d'**amener la réflexion et l'analyse** des situations rencontrées afin, qui sait, de **changer de regard...**

Par ce questionnaire, nous souhaitons mettre en exergue les clichés liés à la maladie mentale et ainsi **dépasser les craintes** de côtoyer des personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques.

Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin



8. Les habitations protégées/Le Relais asbl (Tournai)

ENQUETE

SUR LA

PERCEPTION

DE LA

SANTE

MENTALE

SPAD BIEN CHEZ SOI
Avenue de Maire, 22
7500 TOURNAI

069/68.64.13
bienchezsoi@hplrelais.be



CARREFOUR DE CONNAISSANCES POUR MIEUX COMMUNIQUER

L'amélioration
de la prise en charge globale des
patients ayant vécu l'expérience de la
maladie mentale était notre principal
objectif.

La pluridisciplinarité,
en général, et la présence
des psychologues, en particulier
sont garants de la prise en charge
des patients dans le respect
de leurs singularités.



Un travail d'équipe, basé sur des
réunions de concertation
régulières et des tables rondes
organisées avec les patients.



Projet réalisé avec le soutien de la
Fondation Roi Baudouin



9. Aster asbl (Schaerbeek)

Herstelgericht communiceren voor hulpverleners



Voorstelling OPZC Rekem

Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem is een pluralistische en vraaggestuurde organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg in de regio Oost-Limburg. OPZC Rekem hecht veel waarde aan een respectvolle en herstelondersteunende benadering van elke patiënt en bewoner. Dit project was een opportuniteit om deze waarden verder te verankeren, zowel intramuraal als binnen Noolim, het netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Limburg.

Doel

Het implementeren van herstelondersteunende zorg in de dagdagelijkse werking van een zorgeenheid.

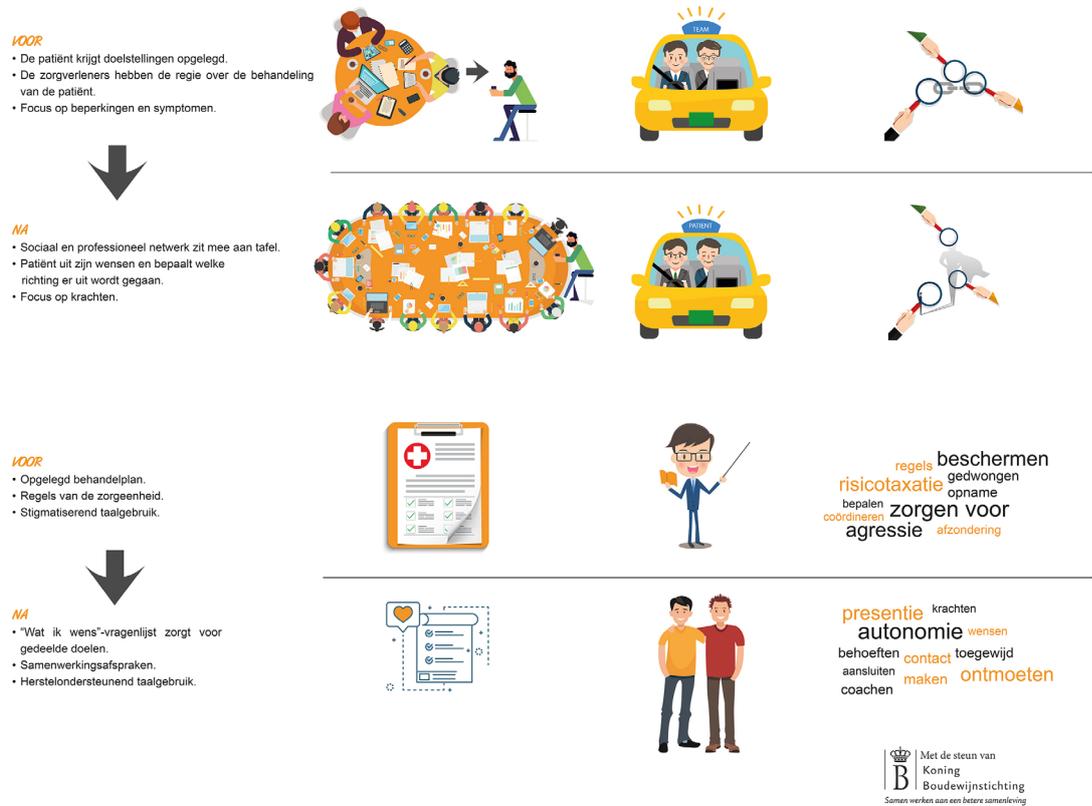
Project

In de eerste fase van het project doorliep het hele team van Acute zorg 2A een vormingsproces, gegeven door een extern expert in herstelondersteunende zorg. Acute zorg 2A is een zorgeenheid gericht op de behandeling van volwassenen met een psychotische of een chronische psychosociale kwetsbaarheid. De besproken thema's zijn het theoretisch kader van herstelondersteunende zorg, krachtgericht werken, de presentietheorie, framing en hoe herstelgericht te communiceren over en met patiënten.

Daarnaast werden er sessies georganiseerd voor het kernteam. Tijdens deze sessies werd de "Wat ik wens"-vragenlijst vormgegeven. Op basis van deze sessies werd de rol van de mentor in de visietekst van het cluster Acute zorg en Ouderenzorg herschreven om te komen tot een herstelondersteunend beleid. Daarnaast werd de onthaalbrochure van Acute zorg 2A aangepast. In plaats van de focus te leggen op de "regels van de zorgeenheid" wordt nu de focus gelegd op "samenwerking".

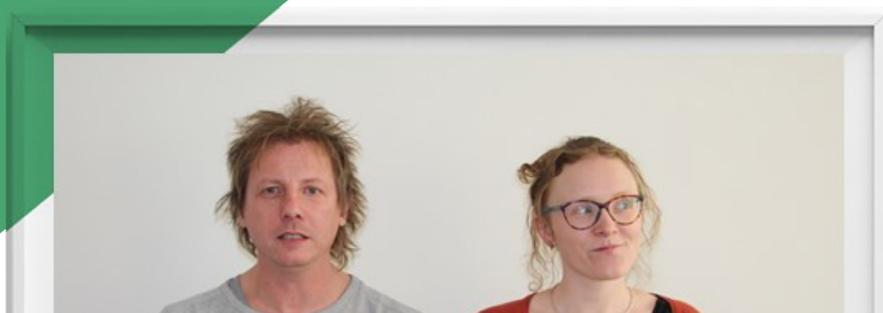
Ontwikkelingsperspectieven

Acute zorg 2A werkt verder aan de evaluatie en implementatie van de "Wat ik wens"-vragenlijst. Momenteel wordt in de beleidsraad van het cluster Acute zorg en Ouderenzorg besproken hoe men de nieuwe visietekst zal implementeren op de andere zorgeenheden. Om te beginnen zal het theoretisch kader van herstelondersteunende zorg gebruikt worden tijdens de intervisies op de zorgeenheden. In de volgende fase zal dit project verder worden uitgerold binnen Langdurige zorg. Een extern expert zal een vormingsreeks geven voor alle zorgverleners van zorgeenheid PVT Rekem. Het theoretisch kader zal er toegeelicht worden, maar er wordt vooral aandacht gegeven aan de vertaalslag naar de praktijk. Daarnaast gaan er intervisies plaatsvinden voor het kernteam, om zo te komen tot een meer herstelgericht beleid. Voor de kernteams van Ouderenzorg en Forensische zorg zullen sessies georganiseerd worden om te evalueren hoe herstelgericht het huidige beleid is en hoe men kan verbeteren. Extramuraal zal een mobiel team van netwerkpartner Noolim een training krijgen in herstelondersteunend werken. De dienst Communicatie is betrokken bij dit project en zal mee waken over het geschreven taalgebruik op informatienota's, affiches, enzovoort.



10. OPZC Rekem (Lanaken-Rekem)

Wie o wie zit in de psychiatrie?



Psychiatrisch Centrum Bethanië ontwikkelde
3 interventies om stigma bespreekbaar te maken:



1. **stigWA-spel**
patiënten, hulpverleners en context in gesprek over stellingen m.b.t. stigma
2. **photovoiceproject**
patiënten brengen stigmatisering in hun dagelijks leven in beeld
3. **stigwAPP**
kiosk met ludieke app om mensen bewust te maken van stigmatiserende opvattingen over psychiatrische patiënten

Meer info op stigWA.be



11. Hôpital psychiatrique Bethaniënhuis (Mechelen)

Wij & zij voorbij

Stigma doorbreken bij mensen met een psychische kwetsbaarheid

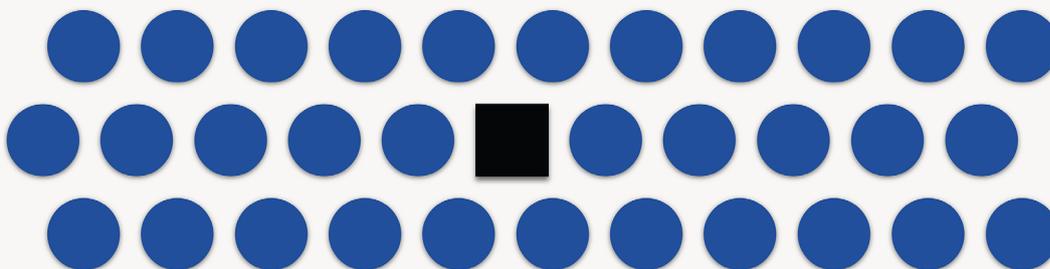
In 2011 werd de werkgroep 'positieve beeldvorming' opgericht binnen het psycho-sociaal centrum. De werkgroep bestaat uit een divers team en ervaringsdeskundigen die werken rond stigma. We zijn ervan overtuigd dat positieve beeldvorming een belangrijk preventief effect heeft op psychische kwetsbaarheid. We contacteerden expert Prof. Bracke (UGent) met de vraag of één van zijn studenten zou willen onderzoeken in hoeverre er gestigmatiseerd wordt binnen ons centrum.



Op 16 november 2018 organiseerden we een studienamiddag 'Wij en zij voorbij, stigma doorbreken bij mensen met een psychische kwetsbaarheid'. Deze studiedag werd georganiseerd in het PSC maar was toegankelijk voor studenten, ervaringsdeskundigen en hulpverleners van buitenaf. We ontvingen vier sprekers die elk vanuit hun eigen expertise hun visie op stigma belichtten. Erik Thys sprak over zijn twee vergelijkende onderzoeken rond stigma in de media. Kirsten Cathoor bekeek het bredere kader van stigma in de maatschappij. Stijn Vissers gaf uitleg bij het onderzoek rond stigma op de werkvloer dat hij voerde in ons PSC Sint-Alexius. Tot slot was er de getuigenis van de ervaringsdeskundige Nadia Mahjoub.



Het resultaat was een mooie bijeenkomst van 150 deelnemers met een interactief slotdebat. Het vervolg op deze studienamiddag is werken naar de-stigmatisering op de werkvloer. Ons doel is om over alle afdelingen heen te streven naar een anders communiceren over en met mensen met een psychische kwetsbaarheid.



HET PSYCHO-SOCIAAL CENTRUM SINT-ALEXIUS-ELSENE BIEDT PSYCHOSOCIALE OPVANG EN BEGELEIDING VOOR (JONG)VOLWASSENEN MET EEN PSYCHOTISCHE PROBLEMATIEK. HET IS EEN KLEINSCHALIGE VOORZIENING MET EEN AANBOD VAN PARTIELE HOSPITALISATIE, ZOWEL DAG ALS NACHT EN INTENSIEVE PSYCHIATRISCHE THUISBEGELEIDING (ACT). AAN HET CENTRUM ZIJN TWEE PROJECTEN BESCHUT WONEN VERBODEN. DE BEWONERS VERBLIJVEN IN GEMEENSCHAPSHUIZEN, INDIVIDUELE STUDIO'S OF PENSJONS.
MET STEUN VAN DE KONING BOUWELIJNSTICHTING EN VZW KAOS.

12. Psycho-Sociaal Centrum St.-Alexius Elsene vzw (Ixelles)

Fonds Julie Renson
Fonds Reine Fabiola
Fondation Roi Baudouin



Ik wil er niet meer zijn ...
... en ik weet niet hoe ik er kan
over praten of wat te doen ...

geraakt worden, hebben mensen zich verenigd om een ander antwoord te formuleren op de uitdagingen van psychische kwetsbaarheid.
Gestoeld op de visie van de positieve heroriëntering waarin we een

liefdevolle taal en houding

beweging gebruiken, willen we mensen – opnieuw – in krijgen. Een gedeelde verantwoordelijkheid, creëren van perspectief.

spreken in waarheid
vanuit

gelijkwaardigheid en **liefde** voor elkaar, de bouwstenen van een open-hart-cirkel.
Rechtstreeks toegankelijk en beschikbaar, zonder wachtlijsten.

Open-hart-cirkels
Een - ander - antwoord in het omgaan met psychische kwetsbaarheid

Wat willen wij van vzw Re-Member en partners graag realiseren?
Instroom voorkomen en doorstroom versnellen in de (residentiële) psychiatrie.
Regie over het traject binnen de GGZ opnieuw in handen van de betrokkenen zelf, en dit vanaf het moment van aanmelding.

Wat hebben we reeds gerealiseerd?
Ontwikkelen van een andere taal in het omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid, i.s.m. mensen met eigen ervaringen.
Verderzetting van het project en subsidiëring van de open-hart-cirkels
Opleiding uitgewerkt voor geïnteresseerden m.b.t het voeren van open-hart-cirkels
Meer dan 10 duo's, verspreid over Vlaamse provincies, opgeleid en uitgerust voor het uitvoeren van open-hart-cirkels.
Over de verschillende partner-organisaties werden meer dan 50 open-hart-cirkels uitgevoerd. Elke partner-organisatie werkt(e) een netwerk uit binnen en buiten de GGZ, om ook een breder traject mogelijk te maken.

www.re-member-psychischezorg.be

met de steun van de Vlaamse Overheid Koning Boudewijnstichting Nationale Loterij



13. Vzw Re-Member (Wevelgem-Gullegem)



Samen op weg naar een nieuwe visie en communicatie in de kinderspsychiatrie (ZNA-UKJA)

Projectdoelstellingen

Dit project heeft als doel een deproblematiserende communicatie bij zorgverstrekkers te bevorderen en zelfstigma bij cliënten te verminderen. Dit door het gebruik van frames en counterframes in de kinderspsychiatrie in kaart te brengen in een mixed methods design (zowel vragenlijst als focusgroepen) om zo een toolbox te kunnen ontwikkelen op maat van het personeel en deze bevindingen eveneens te vertalen naar een nieuwe visie van ZNA-UKJA. De impact van stigma door een hulpverlener op een cliënt is patentieel groter dan het publieke stigma. Daarom willen we actief werk maken van destigmatisering binnen (en buiten) de organisatie en dit op drie vlakken:

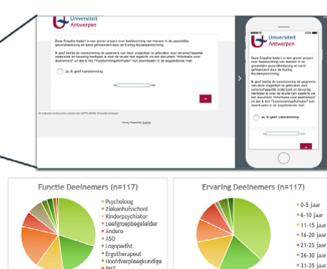
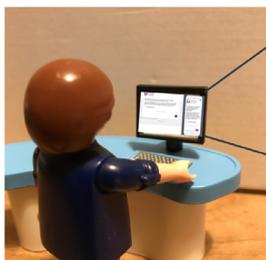
1. Elke hulpverlener binnen ZNA-UKJA moet zich bewust zijn van problematiserende frames en deproblematiserende counterframes en de manier waarop dit het herstelproces van jongeren en hun gezinnen kan belemmeren
 2. In de behandeling van kinderen, jongeren en hun gezinnen moeten we de nodige aandacht hebben voor zelfstigma en dit bespreekbaar maken en adresseren. We moeten blijven inzetten op empowerment van jongeren en hun gezinnen om een tegengewicht te kunnen blijven bieden tegen stigma.
 3. We moeten als rolmodel ook destigmatisering buiten de organisatie brengen in o.a. het onderwijs dat we voorzien voor de studenten (genesingskunde, verpleegkunde, opvoeders, psychologen, orthopedagogen e.a.) en de voordrachten die we als experts geven voor zowel zorgverleners als het brede publiek.
- Deze drie domeinen worden eveneens in het wetenschappelijk onderzoek aangehaald als essentiële elementen om tot destigmatisatie te komen.

Het project omvat 3 fasen: in de eerste fase werd al het personeel van ZNA-UKJA uitgenodigd om deel te nemen aan een zelf-assessment. In de tweede fase organiseerden we focusgroepen met het personeel en in de derde fase worden de bevindingen uit fase 1 en 2 vertaald naar het beleid.

Resultaten

In de eerste fase namen 117 personeelsleden deel aan de online enquête (self-assessment). We baseerden ons hiervoor op de vragenlijst die door Lauber et al (2006) gebruikt werd bij Zwitserse professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg. Deze vragenlijst vraagt om 22 adjectieven te scoren op een 7-punts Likert-schaal (meer of minder typerend voor de doelgroep). Wij hebben de personeelsleden van ZNA-UKJA deze adjectieven laten scoren ten opzichte van de kinderen, hun ouders en de collega's binnen de kinderspsychiatrie. Tabel 1 geeft de resultaten weer van de scores over kinderen en hun ouders ten opzichte van de scores die de Zwitserse professionals uit de GGZ gaven over hun patiënten. Tabel 2 geeft de resultaten van de kinderen en hun ouders ten opzichte van de scores die ze hun collega's geven. Deze resultaten tonen aan dat het personeel van ZNA-UKJA niet anders over hun doelgroep (zowel kinderen als ouders) denkt dan hun Zwitserse collega's (Tabel 1). Ze scoren hun doelgroep (zowel kinderen als hun ouders) evenveel minder positief wanneer ze zichzelf (of hun collega's) scoren (zie Tabel 2).

Tabel 1	Kind M, SD	Ouder M, SD	Zwitserse GGZ M, SD	Tabel 2	Kind M, SD	Ouder M, SD	Collega's KZ M, SD
Overroepbaar	3.94 (0.76)	3.41 (0.68)	3.59 (0.65)	Overroepbaar	3.94 (0.76)*	3.41 (0.68)*	2.97 (0.84)
Stipiel	3.18 (0.79)	3.15 (0.65)	3.10 (0.73)	Stipiel	3.13 (0.79)	3.15 (0.65)	2.48 (0.73)
Guk	3.18 (0.83)	3.07 (0.67)	3.51 (0.62)	Guk	3.18 (0.83)	3.07 (0.67)	2.80 (0.79)
Min inoortje	3.84 (0.84)	3.45 (0.65)	3.39 (0.67)	Min inoortje	3.84 (0.84)*	3.45 (0.65)	2.56 (0.79)
Min inoortje bevoorren	3.70 (0.76)	3.48 (0.65)	3.38 (0.59)	Min inoortje bevoorren	3.70 (0.76)*	3.48 (0.65)	2.84 (0.71)
Beleggend	3.99 (0.82)	3.18 (0.57)	3.38 (0.56)	Beleggend	3.99 (0.82)*	3.18 (0.57)	2.48 (0.77)
Oktobermaand	2.21 (0.78)	2.79 (0.50)	2.58 (0.49)	Oktobermaand	2.21 (0.78)	2.79 (0.50)	2.18 (0.79)
Kanarlijk	3.30 (0.76)	3.05 (0.50)	3.26 (0.56)	Kanarlijk	3.30 (0.76)	3.05 (0.50)	2.79 (0.86)
Algemeen	3.20 (0.73)	3.20 (0.50)	3.20 (0.51)	Algemeen	3.20 (0.73)	3.20 (0.50)	2.42 (0.80)
Beleggend	2.26 (0.73)	2.79 (0.50)	3.10 (0.51)	Beleggend	2.26 (0.73)	2.79 (0.50)	2.19 (0.71)
Dan	3.09 (0.59)	3.11 (0.50)	2.97 (0.51)	Dan	3.09 (0.59)	3.11 (0.50)	2.50 (0.79)
Luistend	2.96 (0.81)	2.87 (0.52)	2.89 (0.71)	Luistend	2.96 (0.81)	2.87 (0.52)	1.71 (0.81)
Erg beakundig	2.46 (0.85)*	2.65 (0.70)	3.12 (0.53)	Erg beakundig	2.46 (0.85)*	2.65 (0.70)	1.66 (0.76)
Spekulerend	2.86 (0.81)	2.83 (0.49)	2.89 (0.46)	Spekulerend	2.86 (0.81)	2.83 (0.49)	1.51 (0.71)
Sinn	2.67 (0.62)*	2.75 (0.50)	2.91 (0.50)	Sinn	2.67 (0.62)*	2.75 (0.50)	1.33 (0.51)
Overmaat	2.88 (0.51)	2.83 (0.49)	2.89 (0.46)	Overmaat	2.88 (0.51)	2.83 (0.49)	1.51 (0.71)
Sociaal	2.29 (0.64)	2.72 (0.52)	2.60 (0.44)	Sociaal	2.29 (0.64)*	2.72 (0.52)	1.90 (0.74)
Witje/Hasardje	2.54 (0.73)	2.68 (0.50)	2.55 (0.59)	Witje/Hasardje	2.54 (0.73)	2.68 (0.50)	1.41 (0.64)
Verantwoordelijk	2.49 (0.77)	2.70 (0.71)	2.51 (0.58)	Verantwoordelijk	2.49 (0.77)*	2.70 (0.71)	1.92 (0.77)
Zinnelijk ander	2.12 (0.58)	2.58 (0.70)	2.44 (0.45)	Zinnelijk ander	2.12 (0.58)*	2.58 (0.70)	1.59 (0.72)
controlerend	2.16 (0.70)	2.73 (0.58)	2.22 (0.55)	controlerend	2.16 (0.70)*	2.73 (0.58)	1.55 (0.70)
huldbaar	2.43 (0.67)	2.60 (0.61)	2.21 (0.72)	huldbaar	2.43 (0.67)*	2.60 (0.61)	1.30 (0.65)



Deze bevindingen werden teruggekoppeld aan het personeel van ZNA-UKJA via een *intern seminarie*. Van dit moment werd er meteen gebruik gemaakt om het personeel kennis te laten maken met de frames en counterframes die door Baldwin Van Gorp geïdentificeerd werden.



In een tweede fase werden personeelsleden uitgenodigd om deel te nemen aan een *focusgroep*. 21 personeelsleden (4 psychologen, 12 begeleiders van de leefgroep, 3 kinderspsychiaters, 1 ASO en 1 hoofdverpleegkundige) uit de verschillende afdelingen van ZNA-UKJA namen deel aan 3 focusgroepen. (De resultaten van deze focusgroepen worden momenteel gebundeld in een wetenschappelijke publicatie).



Thema's die in de focusgroepen aan bod komen:
 - sommige personeelsleden geven aan dat er nog veel verbeterd kan worden, anderen geven net aan dat alles al gedaan wordt
 - degenen die nog verbetering zien, zien zelf de valkuilen en willen hier ook actief mee aan de slag gaan
 - stigma is aanwezig, maar minder in rechtstreekse communicatie naar patiënt en context, vaker in interne communicatie
 - sommige frames en counterframes zijn herkenbaarder dan andere
 - personeel geeft aan dat er ook wel stigmatisatie is naar ouders toe (niet enkel naar de eigenlijke doelgroep de kinderen)
 - Focusgroep kreeg vorm van interview, wat door personeel als heel aangenaam ervaren werd



In de derde fase worden de bevindingen van fase 1 en fase 2 vertaald naar een nieuwe *beleidvisie* voor ZNA-UKJA.

Bevraging over hoe personeel verder wil met dit thema

Personeel geeft aan niet te kiezen voor een workshop, maar eerder op een *dagelijkse* manier herinnerd te worden aan de frames en counterframes. Dit door verschillende zaken: bladwijzer en/of sleutelhangar met de verschillende figuren van de frames en counterframes, posters in de begeleidingslokalen. Daarnaast geven ze wel aan dat samen reflecteren over het thema hen wel kan helpen. We nemen dit mee naar de "werkgroep interne vorming" en bekijken op welke manier dit thema in het vast aanbod opgenomen kan worden.

In het beleidsplan voor de komende jaren werd het thema stigma en destigmatisatie eveneens opgenomen. Op de volgende beleidsdag zal dit meer geconcretiseerd worden. Op deze manier proberen we het thema van destigmatisering levend te houden binnen ZNA-UKJA en het blijvend op de agenda te zetten.

Wat nemen we mee?

- Wanneer men werkt met kinderen en jongeren moet men bewust zijn van een stigmatisatie op 2 niveaus: het niveau van de jongere met zijn/haar psychische kwetsbaarheid en het niveau van diens ouder.

- We hebben voldoende tijd genomen om de (stigmatisatie) binnen onze organisatie in kaart te brengen. Dit vormt een solide basis voor het uitwerken van een beleid op maat van de noden van het personeel. We willen dit in de toekomst nog verder zetten door ook de jongeren en hun ouders over de communicatie te bevragen (welke frames en counterframes vinden zij zelf helpend en welke niet?). Dit om de werking eveneens nog meer te kunnen afstemmen op de noden van de jongeren en hun ouders.

Met steun van de Koning Boudewijnstichting

Referenties
 Lauber C, Nord C, Braunschweig C, Rössler W (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (Suppl 429): 51-9.

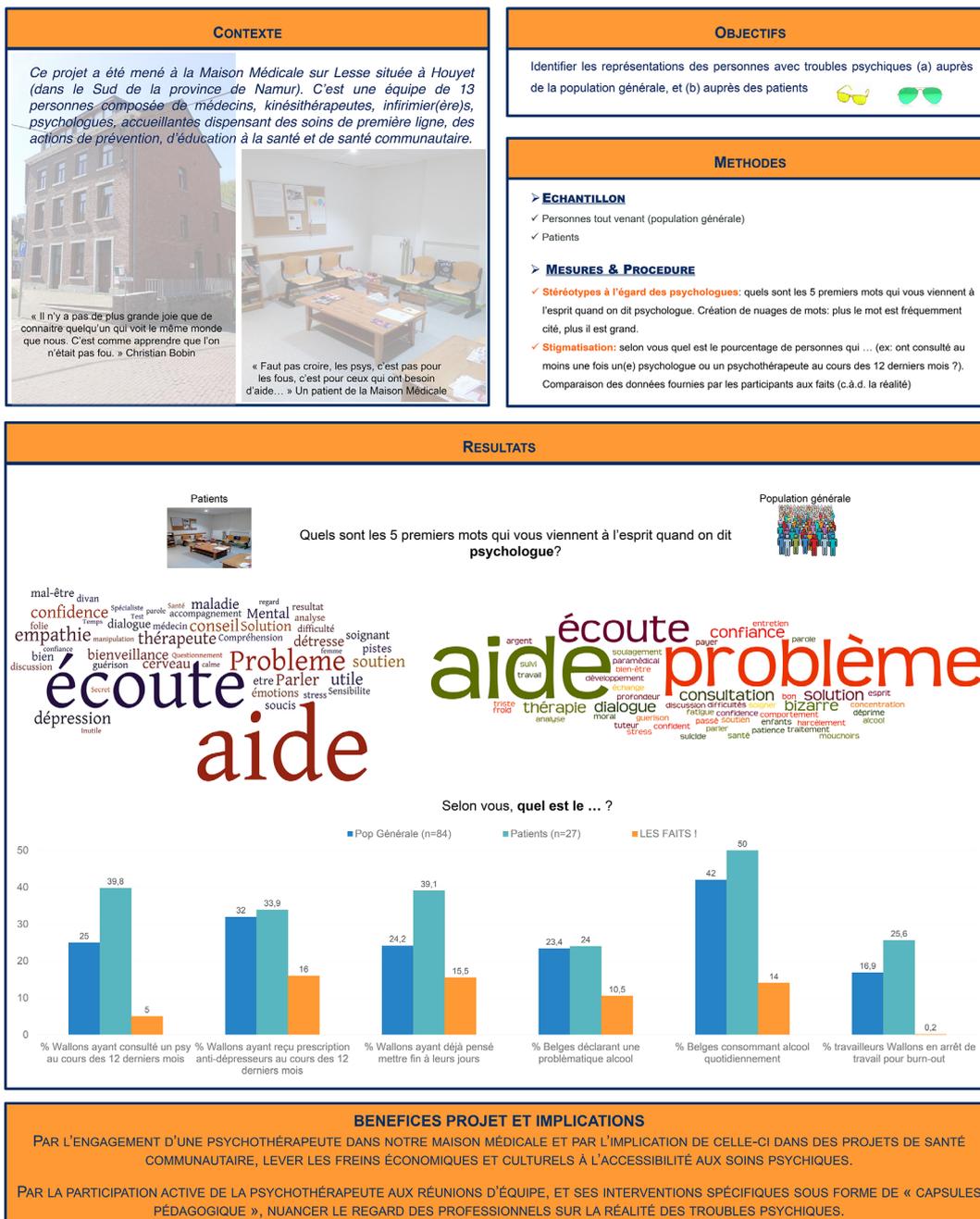
14. ZNA UKJA : Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (Antwerpen)

NORMALISER ET VULGARISER DES SOINS PSYCHIQUES EN MILIEU RURAL, POUR LES PATIENTS COMME POUR LES SOIGNANTS

Maison Médicale sur Lesse
14 rue de la Station à 5560 Houyet

mm.surlesse@hotmail.com - 052/66.70.60

Personnes de contact : Caroline Detry & Florence Prick



15. Maison médicale sur Lesse (Houyet)



Entr'Aide des Marolles ASBL
SANTÉ - SOCIAL - SANTÉ MENTALE

Depuis près de 90 ans, l'Entr'Aide des Marolles accompagne la population précarisée du quartier en visant à développer la santé et le bien-être des habitants par une approche globale de la santé. Notre public présente des difficultés simultanées: logement insalubre, difficultés administratives et financières, problèmes de santé, troubles psychiques, difficultés familiales et scolaires, etc.

Reconnue à la fois comme Maison médicale, Centre d'Action Sociale Globale, opérateur en alphabétisation et Service d'Aide Psychologique, elle agit auprès des habitants du quartier des Marolles, en santé, en santé mentale, au niveau social et en alpha, tant en proposant des consultations que dans la prévention à travers de nombreux projets collectifs et communautaires.

La famille, ça va ?

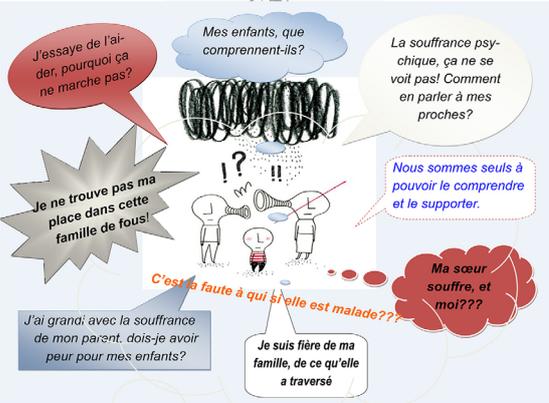
Groupe de soutien et d'expression face à la souffrance psychique, seul ou en famille

Le groupe multifamilial

Pourquoi ? Parce que c'est complexe de vivre au quotidien avec la souffrance psychique. Parce qu'en famille, chacun peut se poser des questions difficiles à partager. Pour se soutenir mutuellement.

Comment ? Echanger au sein du groupe dans un climat de respect et de confidentialité. Poser ses questions, exprimer ses difficultés, les ressources que l'on a trouvées chez soi ou chez les autres, s'inspirer des œuvres d'artistes, des coupures de journaux, exprimer son point de vue grâce à sa créativité et son expérience.

Pour qui ? Adultes, enfants, adolescents pour qui la vie de famille est ou a été compliquée par sa souffrance psychique ou celle d'un proche.



Sensibilisation de professionnels

Quoi ? Amener la thématique de la souffrance psychique et de son implication dans les familles auprès des réseaux professionnels intersectoriels au sein de l'Entr'Aide des Marolles, dans le quartier et la Région de Bruxelles-Capitale

Comment ? Présentations sous différentes formes : film, collage, vignettes cliniques; discussions autour de la rencontre de ce public et des difficultés de sa prise en charge; présentation du groupe « La famille ça va » et de son dispositif.

Qui ? Environ 185 personnes rencontrées: réunion interservice de l'Entr'Aide des Marolles, groupes communautaires, équipes de Centre de Santé et de Santé Mentale, plénière de Réseau Santé Mentale des Marolles, Journée Portes Ouvertes du groupe « La famille, ça va ? »

Quelles visées?

- Par une reconnaissance de leurs ressources propres, une vision plus positive des personnes souffrant de troubles psychiques, faciliter les échanges au sein des familles, les personnes, adultes, enfants, adolescents pour qui la vie de famille est ou a été compliquée par sa souffrance psychique ou celle d'un proche et leur permettre de se sentir moins isolées dans l'espace social;
- Par le partage des difficultés rencontrées, les aider à trouver les ressources extérieures auxquelles elles peuvent faire appel;
- Par la sensibilisation des professionnels au sein de l'institution, favoriser la qualité de l'accueil et des prises en charge médicales, sociales, psychologiques et de l'ONE;
- Par la concertation des professionnels de ces différents services à propos de ces familles; nous souhaitons améliorer de manière globale la qualité de vie des familles visées par le projet et leur accès aux soins et **déstigmatiser** les troubles psychiques au sein du quartier, à travers les réseaux professionnels: la diffusion de visuels thématiques auprès d'un large public.



Espace de lecture



Espace de jeu

Un lieu, quatre espaces

Quels résultats?

Lancement des séances de groupe bimensuelles, le mardi, de 17h à 18h30 qui permettent aux patients et à leur proches de mettre des mots sur ce qui se passe dans la famille quand un parent décompense par exemple, d'expliquer aux enfants plus jeunes ce qui se passe, qu'est-ce que la maladie mentale et ses conséquences, les changements... ; qui permettent de verbaliser plus aisément ces vécus, le recours à des médias (collage, dessins...) est utilisé.

Lancement d'une réflexion avec les travailleurs des autres services de l'Entr'Aide des Marolles (Maison médicale, Centre d'Action Sociale Globale, école d'alphabétisation et de Français Langue Etrangère, ONE, accueil et service administratif et financier) travail de sensibilisation et de concertation des professionnels de l'Entr'Aide dans le but d'améliorer la qualité de l'accueil et des prises en charge et d'aider à la déstigmatisation des troubles psychiques. Un questionnaire créé avec l'aide des chercheurs de l'Université de Liège permettra un éclairage plus objectif des représentations à ce sujet.

Rencontres et communication auprès de nos partenaires des secteurs de la santé mentale, des services sociaux, médicaux, paramédicaux et hospitaliers de première ligne, des associations de patients et proches de patients et de notre public cible (réalisation d'un document de présentation, d'affiches, de courrier et des temps de rencontre) pour faire connaître notre action.

Sensibilisation des réseaux professionnels interpellés par la thématique, intéressés par l'offre du groupe « La famille, ça va ? », soit une amélioration de la qualité d'écoute et de l'accès au soin pour les familles concernées par la souffrance psychique.



Espace de collage



Espace de discussion

Avec le soutien du **Fonds Julie Renson** et  **Fondation Roi Baudouin**
Agir ensemble pour une société meilleure

16. Entr'Aide des Marolles (Bruxelles)



17. Œuvres des Frères de la Charité asbl / Centre psychiatrique Saint-Bernard (Manage)

ANNEXE 2 : RÉFÉRENCES

Rapport de recherche

(Se) représenter autrement les personnes avec des troubles psychiques - Analyser-nuancer-déstigmatiser »

bit.ly/Représenterautrement

Brochure

Tous fous ?! Parler autrement de la santé mentale

bit.ly/Tousfous

Vidéos Youtube

• Tous fous ?! Parler autrement de la santé mentale - 10 conseils pratiques pour parler autrement de santé mentale

bit.ly/10conseilspratiques

• Communiquer autrement à propos des troubles psychiques dans un contexte de soins ?

bit.ly/Communiquerautrement

Fondation Roi Baudouin,
Fondation d'utilité publique
Rue Brederode 21, 1000 Bruxelles
info@kbs-frb.be
T. 02-500 45 55

Les dons sur notre compte
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1 sont fiscalement
déductibles à partir de 40 euros.

Fondation Roi Baudouin Agir ensemble pour une société meilleure

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste, active au niveau local, régional, fédéral, européen et international. Nous voulons apporter des changements positifs dans la société et, par conséquent, nous investissons dans des projets ou des individus qui peuvent en inspirer d'autres. En 2014, la Fondation Roi Baudouin et les Fonds qu'elle gère ont attribué 30 millions d'euros de soutien à 1.712 organisations et 270 individus pour des projets autour de la pauvreté, la santé, le développement, l'engagement sociétal, le patrimoine...

La Fondation organise également des journées d'études, des tables rondes, des expositions et partage des expériences et des résultats de recherche dans des publications (gratuites). Nous nouons des partenariats et stimulons la philanthropie 'via' et non 'pour' la Fondation Roi Baudouin.

2.122 personnes mettent leur expertise à disposition dans nos commissions d'experts, comités d'accompagnement, comités de gestion et jurys indépendants. Leur engagement bénévole garantit des choix de qualité, l'indépendance et le pluralisme.

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 tous les donateurs pour leur précieux soutien.

www.kbs-frb.be Abonnez-vous à notre e-news

Suivez-nous sur     

PUB N°3656

**Communiquer autrement à propos des troubles
psychiques dans un contexte de soins**