

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts  
HES·SO en travail social

Haute École de Travail Social – HES·SO//Valais – Wallis

---

## Réhabilitation psychosociale après un séjour hospitalier



Figure 1 : <http://cafeculturelcitoyen.org/evenements/cafe-philosommes-nous-libres/>

Réalisé par : Natacha Romy

Promotion : Bac AS 15

Sous la direction de : Emilio Pitarelli

Bienne, avril 2019



## Remerciements

Par ces lignes, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pris part d'une manière ou d'une autre à ce travail.

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- Romain Hirschi, mon compagnon, qui m'a supportée tout on long du processus et qui a réalisé une relecture attentive.
- Christoph Geiser, mon ami et coach. Sans lui ce travail n'aurait pas vu le jour.
- Delphine Hirschi pour la relecture de mon travail.
- Emilio Pitarelli, mon directeur de mémoire qui a su être disponible tout au long de mon travail.
- Les quatre personnes que j'ai interviewées, qui ont accepté de répondre à mes questions.
- Mes collègues de travail qui m'ont aidée à trouver les personnes à interviewer.
- Marie-Pierre Studer Trani et Laurence a Marca pour la lecture finale.
- Et toutes les autres personnes de mon entourage à qui j'ai pu parler de mon travail et qui m'ont soutenue.

## Mention

*« Ce travail a été écrit en langage épïcène afin d'inclure les deux genres dans ma recherche ».*

*« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure ».*

*« Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur-e-s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche ».*

Natacha Romy

## Résumé

Dans ce travail de recherche est abordée la réhabilitation psychosociale de personnes souffrant de troubles psychiques après un séjour hospitalier et plus précisément la manière dont cette réhabilitation répond aux besoins des personnes.

Pour réaliser ce travail, j'ai développé trois concepts théoriques : les maladies psychiques, la réhabilitation psychosociale et les besoins. Les recherches théoriques ont démontré que le sujet de la réhabilitation psychosociale était actuel et en constant mouvement.

La démarche méthodologique a été d'interviewer quatre personnes qui avaient été en séjour stationnaire dans une clinique. Les deux thèmes principaux étaient le soutien des proches et/ou du personnel soignant ainsi que les besoins individuels de chaque personne. Grâce à ces entretiens, j'ai essayé de répondre à deux hypothèses, une étant axée sur la relation entre le soutien des proches et le soutien professionnel et l'autre étant axée sur la relation entre comorbidité et satisfaction du besoin.

Les résultats de ma recherche sont que le soutien professionnel est aussi important que le soutien des proches, mais d'une autre manière ; que la comorbidité d'un trouble psychique complique la réhabilitation psychosociale ; que les besoins individuels sont difficiles à identifier et enfin que la recherche est compliquée par l'estimation subjective des personnes interviewées.

Les quatre personnes que j'ai interviewées ont toutes évalué le soutien des professionnel-le-s de manière très positive alors qu'il y avait de nettes différences concernant le soutien des proches. Elles avaient certains besoins qui étaient similaires et d'autres très différents. Les besoins les plus souvent nommés étaient l'autonomie, le contact et la valorisation de soi.

La satisfaction des besoins individuels d'une personne pendant sa réhabilitation psychosociale n'est pas encore la priorité du personnel soignant. De nombreux projets sont en cours d'élaboration et faciliteront – s'ils sont mis en œuvre – considérablement la réhabilitation des personnes souffrant d'un trouble psychique.

## Mots-clés

Réhabilitation psychosociale – Troubles psychiques – Séjour hospitalier – Accompagnement – Soutiens – Besoins



## Zusammenfassung

Ich schliesse mein Studium als Sozialarbeiterin mit dieser Bachelorarbeit ab. Da ich mein Studium zweisprachig absolviere, fasse ich meine Forschungsarbeit auf Deutsch zusammen. Ich werde zuerst meine Motivationen und die Forschungsfrage erwähnen. Danach stelle ich die Theorie vor. Anschliessend gebe ich einen kurzen Überblick über die Methodologie der Forschung und über die Hypothesen. Zum Schluss präsentiere ich die Ergebnisse.

### Motivationen und Forschungsfrage

Persönlich habe ich viele Bewegründe ein solches Thema auszuwählen. Meine Familiengeschichte ist geprägt mit dem Thema „psychische Störungen“, sowohl die Seite von meiner Mutter als auch die Seite von meinem Vater. Schon seit langem interessiert es mich, wie Menschen funktionieren und denken. Als ich das Studium angefangen habe, bemerkte ich, dass ich viele Wissenslücken bezüglich der Thematik „psychische Störungen“ habe.

Ich machte meine erste Praxisausbildungsperiode bei den Psychiatrischen Diensten in Solothurn. Dort habe ich erlebt, dass viele Patientinnen und Patienten wiederholt rückfällig wurden und immer wieder stationär behandelt werden mussten. Es begann mich zu interessieren, was es für Angebote in der psychosozialen Rehabilitation gibt, weil ich vermutete, dass die Patientinnen und Patienten keine angemessene Begleitung nach stationären Aufenthalten hatten. Bei meinen Recherchen stellte ich fest, dass es nicht viel Theorie gibt über die Sichtweisen und Bedürfnisse der Personen, die unter psychischen Störungen leiden. Ich merkte mit der Zeit, dass mich die Bedürfnisse und auch die Befriedigung der Bedürfnisse dieser betroffenen Personen besonders interessierten. Aus diesen Erfahrungen und Überlegungen entwickelte sich folgende Forschungsfrage:

**Inwiefern entspricht die Begleitung in der psychosozialen Rehabilitation den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen nach einem stationären Aufenthalt?**

### Theoretischer Rahmen

In diesem Teil habe ich mich entschieden drei Themen zu bearbeiten. Erstes Thema sind die psychischen Störungen. Ich fand es interessant, psychische Gesundheit und psychische Störung zu vergleichen. Die Grenze zwischen den beiden ist nicht immer so klar wie man aufs erste annehmen könnte. Um psychische Störungen zu definieren und zu ordnen, gibt es verschiedene Klassifikationssysteme wie z.B. das DSM-5 und die ICD-10. In solchen Diagnosewerkzeugen sind alle psychischen Störungen und deren Symptome aufgelistet. Eine psychische Störung, welche sehr viele Leute betrifft, ist die Depression. Sie ist oft mit einer oder mehreren psychischen Störungen komorbid. Die psychischen Störungen haben einen Einfluss auf das Leben der betroffenen Personen. Es gibt Schutz- oder Risikofaktoren. Zum Beispiel sind soziale Kontakte und die Unterstützung der Familie Schutzfaktoren. Hingegen soziale Einflussfaktoren können ein Risikofaktor sein. Wenn man an einer psychischen Störung leidet, ist es üblich Rückfälle zu erleben. Je mehr Rückfälle man hat, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für weitere Rückfälle. Die Definition der Wiedergenesung ist gegenüber früher keine Utopie mehr. Die Wiedergenesung wird aber heute als ein Prozess gesehen, in dem das Verschwinden der Symptome nicht mehr das oberste Ziel ist, sondern in dem es viel mehr darum geht, wieder vollständig integriert in der Gesellschaft zu leben.

Die psychosoziale Rehabilitation ist mein zweites Thema. Eine Definition zu geben ist sehr schwierig, da das Thema sehr breit ist. Ein wichtiger Aspekt ist sicher, dass die psychosoziale Rehabilitation nicht statisch ist. Sie ist kein Resultat, sondern ein Prozess, der immer in Bewegung ist. Sie umfasst alle Schritte, die für Personen mit einer psychischen Störung hilfreich sind. Die Rehabilitation darf nicht mit der Wiedergenesung und der Readaptation verwechselt werden. Die Wiedergenesung beschreibt mehr den medizinischen Aspekt und die Readaptation ist ein alter Begriff, der mehr in der Psychiatrie benutzt wird. Die psychosoziale Rehabilitation hat Werte wie z.B. ein globaler und komplementärer Ansatz für die Person zu fördern, der sich auf ihre Selbstbestimmung, ihre

Fähigkeiten, ihr Erlernen von Fähigkeiten und ihre Mobilisierung im sozialen Umfeld konzentriert. Die psychosoziale Rehabilitation entwickelt sich ständig weiter. Es existieren viele Hilfsmittel und unterstützende und begleitende Gefässe wie Wohngruppen, Arbeitstherapien oder Tools, um Kompetenzen und Ressourcen der Personen zu entwickeln. Die Wiedergenesung von Personen mit einer psychischen Störung wurde früher eher rein individuell betrachtet. Mehrere aktuellere Studien jedoch besagen, dass sowohl individuelles als auch kollektives Handeln wichtig sind, damit die psychosoziale Rehabilitation erfolgreich funktioniert.

Das dritte Thema, das ich entschieden habe darzulegen, ist das Thema Bedürfnisse. Weil dieser Begriff im Alltag sehr vielfältig benutzt wird, ist es schwierig, eine einzelne Definition zu geben. Die Bedürfnispyramide von Maslow bietet eine Grundlage, aber sie alleine genügt nicht, um meine Forschung auszuführen. Eine weitere Theorie besagt, dass Bedürfnisse an Ressourcen gebunden sind. Oft sind die Fachkräfte auf die Krankheit und die Symptome fokussiert und vergessen, dass die Leute auch Ressourcen haben könnten. Diese Ressourcen können eine grosse Rolle spielen, weil sie Schutzfaktoren sind. Eine andere Theorie, die perfekt zu meiner Forschung passt, ist die Motivationstheorie. In dieser Theorie werden primäre und sekundäre Motive differenziert. Die Motive sind eine Konkretisierung der Bedürfnisse. Die primären Motive sind eher physiologischer oder psychologischer Natur und werden durch Mangel sichtbar. Die sekundären Motive sind der „Drive“ (was uns zum Handeln bewegt). Als Zusammenfassung könnte man festhalten, dass es darum geht herauszufinden, welche Ressourcen eine Personen mitbringt. Gleichzeitig geht es darum, bei der Person Mangel zu reduzieren, ihr Motivation zu geben und ihre Bedürfnisse zu erfüllen.

### **Hypothesen und Methodologie**

Ich habe zwei Hypothesen gewählt. Die erste Hypothese ist:

**Menschen mit psychischen Störungen, die weniger Unterstützung von ihren Angehörigen erhalten, benötigen mehr professionelle Unterstützung für ihre psychosoziale Rehabilitation.**

Und die zweite Hypothese ist:

**Je höher die Komorbidität eines Menschen mit psychischen Störungen ist, desto weniger sind seine Bedürfnisse in der psychosozialen Rehabilitation befriedigt.**

Für den empirischen Teil habe ich vier Personen interviewt. Ich habe halbstrukturierte Interviews geführt. Das bedeutet, dass ich Themen und Fragen hatte, welche ich konkret beantwortet haben wollte, aber dass die Personen noch die Freiheit hatten, andere Sachen zu erzählen. Für die Auswertung habe ich eine Analysetabelle errichtet. Mit dieser Tabelle habe ich versucht meine Hypothesen zu beantworten. In der Tabelle habe ich vor allem zwei Aspekte untersucht: Erstens die Unterstützung und zweites die Bedürfnisse der vier Personen, die ich interviewt habe. In den Interviews wollte ich unbedingt darauf achten, die Personen nicht zu beeinflussen. Ich habe versucht nicht zu beurteilen und durch aktives Zuhören die Personen einfach wahrzunehmen.

Für die Analyse habe ich alle Interviews transkribiert, gelesen, untersucht was wichtig war und erforscht, was die vier Personen gemeinsam oder verschieden haben.

### **Ergebnisse**

Beim Thema Unterstützung waren die Antworten der vier Personen in Bezug auf professionelle Unterstützung ziemlich einig. Alle hatten gute Erfahrungen gemacht und fühlten sich unterstützt. Sie haben alle gesagt, dass sie auf die Entlassung aus der Klinik gut vorbereitet waren. Nur eine Person hat gesagt, dass sie sich nicht die professionelle Unterstützung gewünscht hätte, weil ihr diese Art von Unterstützung aufzeigte, dass sie krank ist. In Bezug auf private Unterstützung gab es grosse Unterschiede, einige hatten gute Kontakte und andere fast kein soziales Umfeld mehr (z.B. Familie).

Beim Thema Bedürfnisse war ich erstaunt über die Gemeinsamkeiten der befragten Personen. Zum Beispiel die Bedürfnisse nach Autonomie, Anerkennung und Kontakten wurden von allen vier Interviewpartnern erwähnt. Im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Anerkennung ist oft Arbeit

erwähnt worden. Alle wollten einfach wieder arbeiten wie „normale“ Menschen. Beim Aufbau von sozialen Kontakten hat zum Beispiel eine Person Hilfe von seiner Psychologin bekommen. Eine andere Person hingegen hatte schon gute Kontakte und brauchte keine professionelle Hilfe um diese zu behalten.

Meine ersten Hypothese konnte nicht verifiziert werden. Alle vier Personen wurden einerseits professionell unterstützt und andererseits schätzten sie die Unterstützung durch professionelle Fachkräfte und Institutionen als gut ein. Die einzige Person mit fast keinen sozialen Kontakten hatte nicht mehr professionelle Unterstützung als die drei anderen Personen. Zwei dieser drei anderen Personen hatten ziemlich gleichviel professionelle Unterstützung und gleichzeitig aber auch gute Kontakte zu Angehörigen. Die letzte Person hatte nur zu Beginn Unterstützung von einem Psychiater und beendete danach die Zusammenarbeit. Sie hatte aber eine niedrige Unterstützung durch Angehörige. Darum kann ich diese Hypothese nicht als richtig bestätigen.

Auch die zweite Hypothese hat sich nicht bewahrheitet. Die psychischen Störungen von drei aus vier Personen waren komorbid. Der letzten Person wurde jedoch keine endgültige Diagnose erstellt, deshalb war ein Vergleich zu Personen ohne Komorbidität nicht möglich. Die Person mit der grössten Komorbidität hatte ihre Bedürfnisse am wenigsten erfüllt und somit als einzige die Hypothese bestätigt. Zwei Personen hatten eine gleich hohe Komorbidität und ihre Bedürfnisse ziemlich gut erfüllt. Hingegen hatte die Person mit der niedrigsten Komorbidität ihre Bedürfnisse weniger gut erfüllt als diese zwei Personen. Aufgrund der Datenauswertung aller vier Personen kann ich diese Hypothese nicht verifizieren.

Die Stichprobe von vier Personen ist relativ klein und die Resultate dadurch weniger aussagekräftig. Die Überprüfung der beiden Hypothesen wurde dadurch sicher erschwert.

Was ist mit meiner Fragestellung? Nach den Interviews und mit allem was ich gelesen habe, bleibt mein anfänglicher Eindruck, dass der medizinische Teil gut abgedeckt ist. Hingegen die sozialen Aspekte werden aus meiner Sicht nicht genügend mit den Patienten besprochen. Die Bedürfnisabklärung bei den Patientinnen und Patienten findet meiner Meinung nach zu wenig statt. Es muss auch erwähnt werden, dass es für die vier interviewten Personen schwierig war, ihre Bedürfnisse überhaupt zu erkennen und zu benennen. Aus meiner Perspektive gesehen war es eine Herausforderung, die Bedürfnisse der vier Personen ausfindig zu machen und zu erfassen.

Ist die Begleitung in der psychosozialen Rehabilitation angemessen? Die bereits existierenden Behandlungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote passen für einige Personen, aber nicht unbedingt für alle. In der Theorie sind viele Neuheiten erwähnt, wie zum Beispiel ressourcenorientiertes Arbeiten. Meine vier Interviewpartner kamen gemäss meines Wissens noch nicht mit diesen neueren Ansätzen in Kontakt. Daraus schliesse ich, dass die Zugänglichkeit der neueren Ansätze und deren breite Verwirklichung in der Praxis weiter vorangetrieben werden muss. Nach meiner Einschätzung gibt es viele Fortschritte zum Thema psychische Störungen und sie werden als Krankheiten in einem genügenden Ausmass behandelt. Aber ein Mensch ist mehr als nur seine Krankheit, deshalb würde ich zusammenfassend mit meinem Wissensstand sagen, dass die psychosoziale Rehabilitation noch nicht ganz den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen entspricht und Fortschritte in diesem Bereich wünschenswert sind.

### **Schluss**

Mit dieser Arbeit habe ich Höhen und Tiefen erlebt. Ich habe mir sechs Monate mehr Zeit genommen als geplant, habe fast aufgegeben, habe einen Coach angeworben und meinen Freund verrückt gemacht. Ich habe viel über das Thema psychosoziale Rehabilitation und deren Zusammenhänge erfahren, aber auch viel über mich selber gelernt. Auch wenn diese Arbeit nicht perfekt ist und im letztmöglichen Moment abgeschlossen wurde, bin ich stolz, dass ich es geschafft habe.



## Table des matières

<b>1</b>	<b>CHOIX DE LA THEMATIQUE.....</b>	<b>13</b>
1.1	Histoire et motivations personnelles.....	14
1.2	Motivations professionnelles .....	15
1.3	Lien avec le travail social .....	15
<b>2</b>	<b>QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE .....</b>	<b>17</b>
2.1	Question de recherche .....	17
2.2	Objectifs de recherche.....	18
2.2.1	<i>Objectifs théoriques.....</i>	<i>18</i>
2.2.2	<i>Objectifs pratiques .....</i>	<i>18</i>
<b>3</b>	<b>CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>19</b>
3.1	Thème abandonné.....	19
3.2	Les maladies psychiques.....	19
3.2.1	<i>Différence entre santé psychique et maladie psychique .....</i>	<i>19</i>
3.2.2	<i>Outils de classification.....</i>	<i>20</i>
3.2.2.1	Focus sur la dépression .....	20
3.2.2.2	Comorbidité.....	21
3.2.3	<i>Impact de la maladie psychique et de la transition sur la vie de la personne souffrant de troubles psychiques .....</i>	<i>22</i>
3.2.4	<i>Facteurs de protection et facteurs de risque pour la santé .....</i>	<i>23</i>
3.2.4.1	Modèle biopsychosocial .....	23
3.2.4.2	Les cinq piliers de l'identité de Petzold .....	24
3.2.4.3	Modèle vulnérabilité-stress-compétences .....	24
3.2.5	<i>Rechute et rétablissement.....</i>	<i>26</i>
3.3	La réhabilitation psychosociale.....	26
3.3.1	<i>Définition .....</i>	<i>27</i>
3.3.2	<i>Valeurs et objectifs de la réhabilitation psychosociale.....</i>	<i>28</i>
3.3.3	<i>Outils et accompagnements.....</i>	<i>29</i>
3.3.3.1	Hébergement et centre de jour.....	30
3.3.3.2	Le travail .....	30
3.3.4	<i>En résumé.....</i>	<i>31</i>
3.4	Besoins.....	31
3.4.1	<i>Ressources .....</i>	<i>32</i>
3.4.2	<i>Concept de motivation .....</i>	<i>32</i>
3.4.2.1	Motifs primaires .....	34

3.4.2.2	Motifs secondaires .....	34
<b>4</b>	<b>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....</b>	<b>36</b>
4.1	Problématique .....	36
4.2	Hypothèses .....	36
<b>5</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>37</b>
5.1	Terrain d'enquête .....	37
5.2	Méthodes de collecte des données.....	37
5.2.1	Guide d'entretien (cf. annexe A).....	38
5.2.2	Entretien test.....	38
5.2.3	Comment analyser ?.....	39
5.3	Risques, biais et enjeux éthiques.....	39
5.4	Profil des personnes interrogées et précisions sur les entretiens .....	40
<b>6</b>	<b>PARTIE EMPIRIQUE.....</b>	<b>42</b>
6.1	Soutien.....	42
6.1.1	Soutien des professionnel-le-s .....	42
6.1.2	Soutien des proches.....	43
6.1.3	Autres soutiens .....	43
6.1.4	Analyse du soutien des professionnel-le-s .....	44
6.1.5	Analyse du soutien des proches.....	44
6.1.6	Analyse des autres soutiens .....	46
6.2	Signification de la sortie de clinique .....	46
6.3	Impact de l'hospitalisation .....	46
6.3.1	Hospitalisations antérieures.....	47
6.3.2	Violence dans les soins .....	48
6.4	Impact de la maladie .....	48
6.4.1	Médicaments.....	49
6.4.2	Diagnostic.....	49
6.5	Besoins.....	50
6.5.1	Rachel.....	50
6.5.2	Tom.....	51
6.5.3	Nadia .....	52
6.5.4	Vanessa .....	52
6.5.5	Analyse des besoins.....	53
6.5.5.1	Se prouver (que l'on est capable).....	53
6.5.5.2	Contact .....	54

6.5.5.3	Autonomie .....	54
6.5.5.4	Avoir de la joie .....	55
6.5.5.5	Stabilité mentale .....	55
6.5.5.6	Environnement sécurisé .....	55
6.5.5.7	Respect .....	55
6.6	Commentaire général sur les entretiens .....	56
6.7	Vérification des hypothèses .....	56
6.7.1	<i>Hypothèse 1</i> .....	56
6.7.2	<i>Hypothèse 2</i> .....	58
<b>7</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
7.1	Réponse question de recherche .....	60
7.2	Limites de la recherche .....	60
7.3	Pistes d'action et de recherches .....	61
7.4	Bilan personnel .....	62
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>66</b>
A.	Guide d'entretien .....	66
B.	Formulaire de consentement .....	68
C.	Estimation (smileys) .....	69
D.	Tableau 1 pour analyse (globale) .....	70
E.	Tableau 2 pour analyse – Rachel .....	76
F.	Tableau 2 pour analyse – Tom .....	80
G.	Tableau 2 pour analyse – Nadia .....	83
H.	Tableau 2 pour analyse – Vanessa .....	85

## Table des figures

Figure 1 : <a href="http://cafeculturelcitoyen.org/evenements/cafe-philo-sommes-nous-libres/">http://cafeculturelcitoyen.org/evenements/cafe-philo-sommes-nous-libres/</a> .....	1
Figure 2 : Bio-psycho-sociales Modell zu den Ursachen und der Entstehung von psychischen Störungen (Renneberg et al, 2009, cité par Mattig, Eine psychologische Sicht, 2016, p. 11) .....	23
Figure 3 : Les 5 piliers de l'identité de Petzold, (Edugroup, s.d.) .....	24
Figure 4 : Vulnérabilités-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977, cité par Mattig, Eine psychologische Sicht, 2016, p. 12) .....	25
Figure 5 : Modèle intégratif de la motivation (Fenouillet, 2016, p. 19) .....	33
Figure 6 : Model of basic motives (Atkinson et al., 1996, p. 336) .....	34

## Abréviations

AERES	Auto-évaluation des Ressources
AVEP	Association valaisanne d'entraide psychiatrique
AI	Assurance invalidité
CORAASP	Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAFA	Placement à des fins d'assistance
TB	Travail de Bachelor
WP	Working Poor (travailleur pauvre)



## 1 Choix de la thématique

Les malades psychiques sont encore très stigmatisé-e-s de nos jours. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indique qu'il s'agit de « *l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté* » (Giordana et al., 2018, p. 807). Un sondage réalisé dans le cadre d'une enquête faite à Genève en 2001 montre que « *la honte et le tabou entourant la maladie psychique ont diminué* ». Pourtant, dans cette même enquête, il est rapporté que le milieu des soins suscite encore crainte et appréhension, même s'il n'est plus assimilé à un emprisonnement (Giacomini et al., 2001, pp. 4-5).

A ce titre, dans un article de Le Roy-Hatala et Leguay (2013), les auteurs mentionnent que près de la moitié de la population française (47%) associe les troubles mentaux à des dénominations dépréciatives telles que débile, attardé, dérangé, dément, etc. La schizophrénie illustre bien ce phénomène, car elle a encore beaucoup de peine à être acceptée socialement. Ainsi, près des trois quarts des sondé-e-s (74%) pensent que les personnes souffrant de cette maladie sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres (p. 223).

En Suisse également, malgré les efforts des professionnel-le-s qui s'évertuent à contrer la stigmatisation et à améliorer le statut des personnes ayant un trouble psychique, il semble que l'opinion publique concernant les malades psychiques demeure mauvaise. En témoigne la couverture médiatique de certains faits divers à l'exemple de l'attaque à la tronçonneuse dans la ville de Schaffhouse. La RTS s'interroge sur la « *gestion des marginaux malades après une attaque* » comme celle-ci (RTS, 2017). Il suffit d'un cas isolé comme celui-ci pour semer la panique et tout remettre en question.

Cependant, la démocratisation des connaissances dans les maladies psychiques a un impact négatif sur la perception que les gens en ont, car cela donne l'impression que les maladies psychiques sont en hausse. Or, parmi plusieurs études sur les troubles psychiques, aucune n'a relevé que ces derniers seraient en progression. Ainsi l'augmentation « perçue » par l'opinion publique paraît sans lien avec une hausse réelle mais serait précisément imputable à la meilleure diffusion des connaissances en matière de maladies psychiques parmi la population (Schuler et al., 2016, p. 12).

Les efforts sont pourtant là pour changer cet état de fait. La santé psychique reste un thème d'actualité, en témoigne la campagne de sensibilisation nationale sur la santé psychique « *Comment vas-tu ?* » qui a débuté en 2018 et qui va durer 4 ans. La campagne part du principe que les personnes touchées de près ou de loin par la maladie préfèrent se taire plutôt que de parler des maladies psychiques. L'idée de la campagne est de « *sensibiliser le public au fait qu'il est juste et nécessaire de parler ouvertement des maladies psychiques* » (Fondation Pro Mente Sana, s.d.).

L'ouvrage « *Traité de réhabilitation psychosociale* » (Franck, 2018) fait également mention de divers projets poussant à la déstigmatisation comme le « *clubhouse* » (Franck & Charrier, 2018) dont il sera fait mention dans l'analyse des besoins du présent document ou des tests pour mettre en lumière les ressources des patient-e-s plutôt que de mettre le focus sur la maladie. Comme le dit Cowger et al. : « *Les évaluations cliniques effectuées en psychiatrie se concentrent encore aujourd'hui sur les symptômes et les déficits plutôt que sur les forces* » (cité par Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 289). L'outil AERES (Auto-Evaluation des Ressources) permet, lui, d'évaluer les ressources pour permettre aux patient-e-s de les utiliser comme outils. En fin de compte, les maladies psychiques ainsi que les personnes souffrant d'un trouble psychique sont encore stigmatisées à l'heure actuelle en Suisse. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de m'y intéresser, et plus particulièrement à la vision des personnes concernées, car il ressort qu'elles sont encore trop souvent oubliées alors qu'elles sont au centre de la situation.

## 1.1 Histoire et motivations personnelles

Une de mes motivations est d'ordre personnel. J'ai depuis toujours eu le désir de comprendre l'être humain ainsi que ses mécanismes. Je suis également intéressée par ce thème car la maladie psychique est souvent abordée de manière négative par les médias. La croyance populaire étant qu'une personne souffrant d'une maladie psychique pourrait être dangereuse et ne serait pas capable d'être autonome ou pire, que sa maladie pourrait être contagieuse. Par ce travail, j'ai aussi envie d'étudier ce qu'est la réalité des malades psychiques, puisque lors de ma première formation pratique à la clinique psychiatrique de Soleure, j'ai déjà pu avoir un aperçu de cette réalité.

Dans cette partie, je dévoile de nombreux détails de mon vécu. Ces détails sur mon histoire personnelle et familiale sont toutefois nécessaires pour comprendre mes motivations.

En effet, j'ai un lourd passé familial concernant les maladies psychiques. Je n'étais même pas née que ma grand-mère paternelle mourait, souffrante de dépression. Elle a eu cinq garçons ; l'aîné, ainsi que mon père n'ont jamais eu de problèmes psychiques à ma connaissance. Parmi les trois autres cependant, deux d'entre eux ont choisi de se donner la mort – un des deux était atteint de schizophrénie – et le dernier vit isolé et a très peu de contacts sociaux.

Concernant la branche familiale maternelle, j'ai toujours connu ma mère avec ses sautes d'humeur : elle était hyperactive, mais cela était généralement suivi de périodes très sombres où elle n'avait plus envie de rien et durant lesquelles elle buvait beaucoup. Jusqu'à mes quinze ans, elle arrivait à assumer ses hauts et ses bas, mais les choses se sont ensuite dégradées. Les médecins lui ont diagnostiqué la fibromyalgie ainsi qu'une dépression : elle n'a plus jamais travaillé depuis. Ma mère a fait de nombreux séjours dans différentes cliniques, consulté de multiples spécialistes sans pour autant que son état s'améliore. Ces nombreux passages en institution ont également eu un impact sur la vie de famille et sur l'humeur de mon père. Les tentatives pour régler son problème de dépendance à l'alcool se sont toujours soldées par des échecs. Cependant ma mère n'a jamais voulu admettre qu'il y avait un problème. Plus récemment et grâce aux connaissances que j'ai acquises à la HES à Sierre et pendant ma première formation pratique à la clinique de Soleure, je me suis posé la question suivante : Est-ce que ma mère n'aurait pas un trouble de l'humeur autre qu'une dépression ? Car les phases où elle déborde d'énergie sont complètement incontrôlables ; elle dépense sans compter et en fait beaucoup trop, compte tenu de son état physique.

Ma sœur a également un lourd passé de malade psychique. Il y a dix ans, elle a été diagnostiquée malade psycho-affective, puis, plus récemment, malade avec un trouble bipolaire. Grâce à mes connaissances actuelles, j'ai l'impression que nos parents, qui n'étaient pas du tout informés sur les maladies psychiques à l'époque, n'avaient pas les outils nécessaires pour soutenir ma sœur quand elle en aurait eu le plus besoin. Je n'avais également aucune idée de ce qui se passait et ne savais pas comment faire pour l'aider.

La liste des troubles psychiques dans ma famille est encore longue. Lorsque j'étais enfant, ignorant encore tout des maladies psychiques, j'avais peur de devenir moi-même malade et j'étais bien déterminée à ne pas reproduire ce schéma familial. Naturellement, je sais depuis qu'un trouble psychique est une maladie et non un trait de caractère que l'on pourrait simplement éviter avec un peu de bonne volonté. Cependant, j'ai toujours eu peur de la prédisposition héréditaire de la schizophrénie dont souffrait mon oncle.

Je ne pense pas que je ferais des études pour devenir assistante sociale si je n'avais pas ce passif. J'ai longtemps pensé être trop faible et/ou trop impliquée émotionnellement pour faire des études en travail social. Alors pourquoi dédier mon travail de Bachelor aux maladies psychiques ? Parce que ce thème s'est imposé à moi lors de ma première formation pratique (voir ci-dessous).

## 1.2 Motivations professionnelles

Lors de ma première formation pratique à la clinique psychiatrique de Soleure, j'ai pu constater que mes connaissances dans le domaine des maladies psychiques étaient très restreintes. Lors de cette formation, j'ai appris que j'étais capable d'être détachée émotionnellement et de faire preuve d'empathie sans me laisser submerger. Je travaillais dans le département de crise et de diagnostic au sein duquel j'ai pu voir tout un panel de pathologies. Même si chaque patient-e et chaque maladie est différent-e, une chose m'a littéralement sauté aux yeux : le nombre d'hospitalisations que comptabilisaient certain-e-s patient-e-s. La première fois que j'ai vu le dossier d'un patient, j'ai réalisé que ce dernier en était à sa 33<sup>ème</sup> hospitalisation ! Pourquoi certain-e-s patient-e-s étaient si souvent en crise ? En parlant de cette thématique avec ma praticienne formatrice, ce qui m'a étonnée est que ces va-et-vient entre l'hôpital et le lieu de vie de la personne étaient normaux pour cette dernière et qu'il n'y avait d'après elle pas d'autres moyens de prendre en charge ces personnes. Cela m'a vraiment interpellée, particulièrement le jour où j'ai reconduit à son domicile une dame qui pouvait sortir de l'hôpital. Sur le chemin, nous devions passer prendre ses médicaments à la pharmacie. Or elle n'avait absolument aucune idée des médicaments qu'elle devait prendre et j'ai eu mauvaise conscience de la laisser à la maison toute seule.

Actuellement, je travaille au département des affaires sociales de la ville de Bienne, c'est également là que j'ai effectué ma dernière formation pratique. Les personnes dont je suis le dossier ne souffrent bien évidemment pas toutes d'une maladie psychique, mais il y a tout de même une forte proportion de personnes souffrant d'un trouble psychique. Les moyens dont je dispose pour m'occuper de ces dernières sont très limités. Le nombre de dossiers par assistant-e sociale est de un dossier par pourcent d'occupation, sans distinction de problématique des personnes suivies. Ainsi, un-e assistant-e sociale travaillant à 100% suivra en moyenne cent dossiers. Ces conditions ne sont pas propices à la prise en compte des besoins de chaque personne. Or, c'est bien la qualité de travail social à laquelle j'aspire.

Lors de mes études et de mes différentes expériences professionnelles – le département des affaires sociales de la ville de Bienne ne faisant pas défaut – j'ai pu remarquer que le point de vue de la personne souffrant de maladie psychique était rarement pris en compte. Parfois, il est facile d'oublier de demander à la personne ce dont elle a réellement besoin et de ne prendre en compte que ce que nous, en tant que professionnel-le-s, pensons être le mieux pour la personne que nous suivons. Je ne fais malheureusement pas exception à la règle et me surprends à pousser la personne à faire quelque chose que je pense être bien, souvent par manque de temps, mais également parfois par manque de connaissances. C'est une des raisons qui m'ont poussée à me documenter sur le sujet et à m'intéresser à l'avis des premières personnes concernées.

Concernant la documentation, lors de mes recherches sur le sujet, j'ai été frappée par le peu de littérature sur le sujet et le manque de témoignages de personnes concernées. A l'exception peut-être du dernier ouvrage que j'ai lu – qui est d'ailleurs paru en 2018. Il s'agit du « Traité de réhabilitation psychosociale » qui sera souvent mentionné dans le présent travail. Dans cet ouvrage, les auteur-e-s ont essayé d'obtenir une vue la plus exhaustive possible du sujet et ont également donné la parole aux personnes souffrant de troubles psychiques.

## 1.3 Lien avec le travail social

A priori, le lien entre réhabilitation psychosociale et travail social n'est pas forcément évident. Il y a quand même le terme de « sociale », car la réhabilitation englobe également la partie sociale dans la réhabilitation d'une personne. La thématique concerne le domaine de la maladie psychique, mais comme j'ai pu le constater à la clinique psychiatrique à Soleure, qui avait son service social à l'intérieur de la clinique, le travail social fait partie intégrante de la réhabilitation psychosociale. Il y avait un-e assistant-e sociale par service pour un total de huit assistant-e-s sociales. Chaque patient-e avait un-e psychiatre attitrée, mais également un-e assistant-e sociale attitrée. Chaque semaine lors

des colloques, était évaluée la situation de chaque patient-e. Ainsi, si un patient se portait bien de manière psychologique, mais était sans abri par exemple, il incombait à l'assistant-e sociale de s'occuper de cet aspect de la vie du ou de la patient-e. De ce fait, la démarche de rétablissement du patient était déjà à mon sens abordée comme une réhabilitation psychosociale, bien qu'elle n'était pas du tout désignée en ces termes à la clinique. Un système de service social à l'intérieur d'une clinique dotée d'autant d'assistant-e-s sociales, n'est pas systématique et est encore peu répandu. D'après ma praticienne formatrice, beaucoup de cliniques de la même taille ne possèdent qu'une personne qui s'occupe du service social. A la clinique à Soleure, les assistant-e-s sociales étaient débordées malgré leur nombre supérieur à la normale. Partant de cette constatation, il est aisé de supposer que s'il n'y a qu'une seule personne en charge, cela s'avérera insuffisant pour s'occuper de tous et toutes les patient-e-s.

## 2 Question et objectifs de recherche

Mon thème a évolué au fur et à mesure de l'avancée de mon TB (Travail de Bachelor). Mon pré-projet ne parlait pas exactement du même thème. Le sujet qui m'intéressait en premier lieu était le thème de la résilience. Lorsque j'ai choisi ce premier thème, c'était déjà dans l'optique de parler de personnes souffrant d'un trouble psychique. En effet, je ne comprenais pas pourquoi certaines personnes s'en sortaient mieux que d'autres après un séjour hospitalier. J'avais attribué cela à la résilience. Lors de la présentation de mon projet à M. Pitarelli, mon directeur de TB, la décision a été prise de changer de thème, car l'idée que je me faisais de la résilience était erronée. C'est à ce moment-là que j'ai décidé d'abandonner ce thème et que j'ai commencé à me tourner vers les processus mis en place et sur le parcours de réhabilitation des personnes souffrant de troubles psychiques.

### 2.1 Question de recherche

Ma question de recherche résulte des différents constats que j'ai pu faire dans mon parcours de vie, autant personnel que professionnel. D'un point de vue personnel, j'ai pu constater que les retours à la maison de ma mère après un séjour en institution étaient toujours catastrophiques. Elle allait généralement moins bien après son séjour et c'était à mon père et moi qu'il revenait de tout gérer. Il n'y avait pas vraiment de suivi professionnel, ni d'encadrement d'aucune sorte.

Pour le côté professionnel, j'ai vu beaucoup de patient-e-s qui revenaient régulièrement à l'hôpital sans avoir été suivis. Comme écrit dans « Ruptures et passages, d'un espace à l'autre » :

*« La sortie d'un de ces lieux présente une rupture. Parfois, la séparation est rude et pour certains usagers n'ayant pas acquis les forces psychiques de l'espace social ou même celles de l'espace domestique, la volonté, la détermination et la motivation de vivre comme tout le monde, ne suffisent pas à éviter un retour à la case départ » (Michit & Klotz, 2013, pp. 40-41).*

Les patient-e-s passent d'un univers complètement fermé, réglé, très sûr et où elles et ils sont comme dans un cocon, à la réalité de la vie hors institution où elles et ils sont confrontés aux tâches ménagères et administratives. C'est également à elles et eux qu'il incombe de s'administrer leurs médicaments. Elles et ils sont supposé-e-s être autonomes de suite, alors qu'en réalité, dans le cas de ma mère par exemple, c'était mon père qui s'assurait que ma mère prenait le traitement qui lui avait été prescrit.

Pour ma question de recherche, j'ai longuement hésité entre « Dans quelle mesure l'accompagnement en réhabilitation psychosociale est-il adapté aux personnes souffrant de troubles psychiques ? » et la question que je vous présente ici :

**Dans quelle mesure l'accompagnement en réhabilitation psychosociale répond-il aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques après un séjour hospitalier ?**

Comme déjà évoqué dans mes motivations, j'ai choisi d'axer ma question sur les besoins des personnes souffrant d'un trouble psychique. Si je m'étais décidée pour l'autre question de recherche, j'aurais dû m'intéresser en premier lieu au réseau, afin de déterminer si leur accompagnement était adapté. Cependant, je serais complètement passé à côté de leurs besoins.

J'ai également choisi d'ajouter un paramètre à mon étude, soit l'importance du timing lors de la planification de l'accompagnement. En effet, lors de ma formation pratique à la clinique de Soleure, j'ai remarqué que le choix du moment durant lequel la personne était soutenue pouvait faire une grande différence. D'ailleurs, je l'ai vécu comme un moment charnière pour la personne souffrant de troubles psychiques.

## 2.2 Objectifs de recherche

Mes objectifs de recherche sont partagés en deux catégories : théoriques et pratiques. Les objectifs théoriques seront présentés dans la partie cadre théorique de ce travail alors que les objectifs pratiques seront traités dans la partie empirique. Bien entendu, des liens seront faits entre les deux parties.

### 2.2.1 Objectifs théoriques

- Différencier santé psychique de maladie psychique.
- Définir les concepts de comorbidité et de dépression.
- Présenter le concept de réhabilitation psychosociale.
- Définir quelques concepts d'accompagnement en réhabilitation psychosociale.
- Définir quelques outils d'accompagnement en réhabilitation psychosociale.
- Définir le concept de besoin.

### 2.2.2 Objectifs pratiques

- Identifier les différents soutiens des personnes souffrant de troubles psychiques.
- Différencier les soutiens professionnels et les soutiens privés.
- Identifier les différents besoins en matière de réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de troubles psychiques.
- Identifier les besoins fondamentaux dont les personnes souffrant de troubles psychiques parlent pendant les entretiens.
- Identifier si ces besoins fondamentaux sont satisfaits et comment, dans les domaines privé ou professionnel de la personne souffrant de troubles psychiques.

### 3 Cadre théorique

Mes attentes au début de ce travail étaient grandes. J'avais envie de parler de tout et de manière exhaustive, je me suis vite confrontée à la réalité.

Dans cette partie seront présentés plusieurs concepts théoriques. Le cadre théorique étant vaste, j'ai décidé de n'aborder que trois concepts en particulier, mais pour commencer parlons d'abord du concept que j'ai finalement abandonné.

#### 3.1 Thème abandonné

Une des idées que j'ai abandonnées était de réaliser le plan de l'offre en réhabilitation psychosociale existante. La question du niveau de précision s'est très vite posée : A l'échelle de la Suisse ? Du canton de Berne ? De Bienne ? Cela paraissait être un travail important qui, pourtant, m'éloignait du projet initial, soit de m'intéresser avant tout à l'opinion des personnes souffrant d'un trouble psychique. Ensuite, je voulais également savoir comment les personnes pouvaient accéder à cette offre, mais en y réfléchissant, je me suis rendue compte qu'il était compliqué d'être exhaustif quant aux offres existantes et que ce serait plus un travail d'inventaire des partenaires, certes intéressant du point de vue du réseau, mais qui n'est pas vraiment un travail de recherche.

#### 3.2 Les maladies psychiques

Puisque je traite de personnes souffrant d'un trouble psychique dans le présent document, il est inévitable de parler de maladies psychiques. Mais il serait impossible d'en faire le tour, tout comme il serait également inutile d'énumérer simplement les maladies et symptômes associés. J'ai donc choisi intentionnellement de n'approfondir que les domaines qui servent directement ma recherche.

##### 3.2.1 Différence entre santé psychique et maladie psychique

Avant de commencer à parler de maladie psychique, il est important de parler de ce qui définit la santé. L'OMS en donne la définition suivante: « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2019). Il est compliqué de définir ce que veut dire exactement un état complet de bien-être physique et cet état n'est certainement pas identique d'un individu à un autre. En revanche, ce qui est intéressant dans cette définition, c'est que l'absence de maladie n'est pas l'unique variable définissant l'état de santé d'une personne.

Concernant la santé psychique plus particulièrement, Schuler et al. (2016) expliquent :

*« L'absence de maladie psychique n'implique donc pas automatiquement l'existence de la santé mentale. A l'inverse, le manque de santé mentale ne reflète pas d'emblée l'existence d'une maladie psychique. En conséquence, il est possible de dire qu'une santé psychique optimale est une combinaison d'un niveau élevé de bien-être émotionnel, psychique et social, et de l'absence de maladie psychique »* (p. 10).

Cette définition est particulièrement intéressante, car elle confronte absence de maladie psychique et possible absence de santé mentale. L'opposé est également proposé : il est possible d'avoir une santé mentale défaillante sans pour autant souffrir d'une maladie psychique.

Une autre notion qu'amène Schuler et al. (2016) est celle du mouvement de la santé psychique, qui n'est pas un état figé, mais qui peut considérablement changer au cours de la vie d'une personne. « *La santé psychique n'est pas un état mais un processus complexe et dynamique qui, par-delà ses aspects individuels, est considérablement influencé par des facteurs extérieurs* » (p. 5).

### 3.2.2 Outils de classification

Il existe plusieurs outils de classification des maladies psychiques dont les plus connus sont le DSM-IV<sup>1</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en français « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » ainsi que le CIM-10 « classification internationale des maladies ». Ces deux ouvrages sont en quelque sorte les dictionnaires des maladies psychiques. Ils sont souvent comparés, mais ont pourtant des différences assez notables : « *Une des différences, est que le DSM utilise de façon presque constante une façon de séparer le normal du pathologique* » (Foucher, 2008). Bien que tous ne soient pas unanimes quant au contenu de ces deux outils de classification, ils n'en sont pas moins des outils de référence largement utilisés dans le domaine de la psychiatrie.

Dans le « Traité de réhabilitation psychosociale », Bellier-Teichmann et Pomini déplorent que dans les outils de classification que sont le DSM-IV et CIM-10 « *les vertus et forces de caractère par exemple, ou d'autres formes de ressources comme les habitudes de vie positives ou la présence d'un entourage social protecteur et soutenant, sont négligées sinon absentes* » (Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 289). Ils ont d'ailleurs développé un outil de classification des ressources des patient-e-s (AERES) auquel nous reviendrons plus tard.

#### 3.2.2.1 Focus sur la dépression

Dans le DSM-IV, il n'est pas fait mention de dépression, mais de troubles dépressifs (American psychiatric association, 2003, p. 426). Dans le monitoring sur la santé psychique en Suisse, les auteur-e-s précisent que le terme dépression ne peut être utilisé que lorsque la maladie a été diagnostiquée comme telle du point de vue clinique et préfèrent utiliser dans leur monitoring le terme d'états dépressifs (Schuler et al., 2016, p. 26).

Le rapport sur le monitoring de la santé psychique en Suisse livre « *une vue d'ensemble de la santé mentale et des maladies psychiques au sein de la population suisse* » (id., p. 9).

Cette focalisation sur la dépression est nécessaire, car c'est la maladie qui touche le plus de personnes en Suisse « *Les troubles dépressifs touchent une personne sur cinq au cours de sa vie* » (id., p. 26). De plus, les quatre personnes interrogées dans la partie empirique souffrent soit de dépression soit d'états dépressifs.

Selon le CIM-10, si l'épisode a duré au moins deux semaines et une fois les épisodes maniaques exclus, les symptômes d'un épisode dépressif sont :

- « (1) *diminution marquée de l'intérêt ;*
- (2) *manque de réactivité émotionnelle à des événements ou activités déclenchant normalement une réaction ;*
- (3) *réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle du réveil) ;*
- (4) *dépression plus marquée le matin ;*
- (5) *éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée (remarqués ou signalés par d'autres personnes ;*
- (6) *perte marquée d'appétit ;*
- (7) *perte du poids (au moins 5% du poids corporel au cours du dernier mois) ;*
- (8) *diminution marquée de la libido* » (OMS, 1994, pp. 76-77).

La personne doit présenter au moins quatre des symptômes ci-dessus pour être considérée comme vivant un épisode dépressif.

Dans leur ouvrage, Suzy Soumaille et Gilles Bertschy (2001) expliquent également qu'il n'existe pas une seule sorte de dépression, mais qu'il y a différents types de dépressions qui ne seront pas vus en détail ici, mais dont on peut toutefois dresser une liste ci-après : dépression majeure, dépression

---

<sup>1</sup> Il existe la version V du DSM, mais pour des raisons d'accessibilité, le DSM IV sera pris en référence dans ce travail.



saisonnière, dépression bipolaire, dépression postnatale, syndrome prémenstruel, dépression et ménopause, dépression associée à une autre maladie psychique, dépression associée à une maladie somatique. La sévérité de ces différents types de dépressions peut aller de léger à sévère, chacune possédant ses particularités (Soumaille & Dr Bertschy, 2001, pp. 61-62).

Dans l'ouvrage sur la dépression, les auteur-e-s dépeignent la société d'aujourd'hui comme une société axée sur la performance et le constant dépassement de soi, la dépression étant presque un échec à la réussite. L'ouvrage datant de 2001, il convient de modérer le propos. Et même si dix ans plus tard la dépression est considérée comme une maladie banale à part entière (Garnoussi, 2012, p. 67), Suzy Soumaille dit que *« les sociologues dépeignent la dépression comme la tragédie de l'insuffisance : manque d'énergie, de plaisir, d'attention, de répondant, d'initiative... Cette pression sociale à l'épanouissement personnel à tout prix est bien entendu critiquée »* (Soumaille & Dr Bertschy, 2001, p. 45).

### 3.2.2.2 Comorbidité

Le monitoring de la santé psychique en Suisse définit la comorbidité comme étant *« l'existence de plus d'un trouble de santé spécifique et pouvant être diagnostiqué chez une personne au cours d'une période déterminée »* (Burke et al., 1990, cité par Schuler et al., 2016, p. 28).

La comorbidité peut toucher autant les maladies physiques que psychiques, mais *« en cas de troubles psychiques, les diagnostics doubles et multiples sont particulièrement fréquents »* (Schuler et al., 2016, p. 28).

La comorbidité peut associer toutes les maladies psychiques et est assez courante : *« 45% des malades psychiques [ont] au moins un autre trouble psychique, c'est-à-dire un trouble psychique comorbide »* (Kessler et al., 2005, cité par Schuler et al., 2016, p. 28). Schuler et al. ajoutent que *« Les dépressions sont souvent associées à d'autres maladies, tant psychiques que physiques »* (Schuler et al., 2016, p. 26). Comme le mentionne également Suzy Soumaille, *« toute maladie psychique peut se compliquer par une dépression. Mais l'inverse est aussi vrai : la dépression peut s'accompagner d'autres troubles psychiques »* (Soumaille & Dr Bertschy, 2001, p. 75).

Ainsi une personne souffrant d'un trouble psychique unique ou d'un trouble comorbide ne devrait pas être traitée de la même manière, *« comparés aux diagnostics "isolés", ceux de comorbidité ou de multimorbidité entraînent en général une multitude de conséquences négatives »*. Plus le trouble est comorbide, plus il va générer des effets négatifs : *« gravité et durée accrues de la maladie, succès moindre de la thérapie, limitations psychosociales et professionnelles plus nombreuses, mise à contribution inappropriée du système de santé et davantage de tentatives de suicide »* (Baer & Cahn, 2009, cité par Schuler et al., 2016, p. 29).

Dans l'ouvrage *« Dépressions et comorbidités psychiatriques »* est également fait mention que la comorbidité joue un rôle dans le rétablissement :

*« Les déprimés avec comorbidité anxieuse, comparés aux sujets seulement déprimés, présentaient une pathologie plus grave, interrompaient plus précocement leur traitement, réagissaient plus lentement au traitement et avaient de moins bons résultats et ceci que le traitement soit une psychothérapie interpersonnelle ou un antidépresseur »* (Lemperière, 2002, p. 233).

Ces différents auteur-e-s montrent que la comorbidité peut être un facteur aggravant et qu'il est plus difficile de prendre en charge une personne montrant un trouble comorbide. La thérapie a moins de succès, la maladie peut durer plus longtemps et être plus grave. Il est donc possible de penser que la comorbidité puisse jouer un rôle dans la satisfaction ou l'insatisfaction des besoins.

### 3.2.3 Impact de la maladie psychique et de la transition sur la vie de la personne souffrant de troubles psychiques

L'impact de la maladie sur la vie d'une personne souffrant d'un trouble psychique peut être conséquent. Selon Schuler et al., ce serait « *la cause la plus fréquente d'invalidité en Suisse* » (Schuler et al., 2016, p. 13). Ils soulignent également que les troubles psychiques sont handicapants, car ils ne touchent pas exclusivement un domaine de la vie. « *Les troubles psychiques peuvent avoir de lourdes conséquences dans la mesure où leurs effets se répercutent souvent sur tous les domaines de la vie* » (Schuler et al., 2016, p. 12).

Dans le rapport de la santé mentale de la Direction générale de la Santé en France (2005), l'impact est plutôt concentré sur un domaine de vie : « *Dans les troubles mentaux avérés dont peuvent souffrir certains usagers des services sociaux, on retrouve l'ensemble des pathologies mentales ayant des effets invalidants importants quant à la vie sociale* » (p. 8).

Schuler et al. (2016) affirment que la vie des personnes souffrant de troubles psychiques est fortement atteinte et de qualité moindre que la moyenne. « *Les expériences de souffrance et d'impuissance, l'absence de perspectives, la stigmatisation et la discrimination sont des facteurs émotionnels qui jouent un rôle primordial dans la qualité de vie subjective des personnes souffrant de troubles psychiques* » (p. 12). Cette souffrance a un réel impact sur la personne souffrant de troubles psychiques et est vécue de manière très différente d'une personne à une autre comme exprimé dans le rapport de la santé mentale de la Direction générale de la Santé en France (2005) « *La souffrance psychique est une notion extrêmement hétérogène. Elle recouvre à la fois des états d'âme douloureux, des réactions tristes à des déceptions, des vécus difficiles de situations éprouvantes, des comportements déviants de mise en danger de soi ou des autres et des troubles mentaux* » (p. 20).

Les passages d'un lieu à un autre (comme l'admission à la clinique ou la sortie par exemple) sont un moment éprouvant pour les patient-e-s. Autant le personnel soignant que les personnes souffrant d'un trouble psychique doivent posséder certaines compétences.

« *L'expérience montre que tous ces passages nécessitent chacun un travail d'accompagnement spécifique en fonction des personnalités et des compétences de vie des personnes pour accepter l'espace correspondant aux compétences et pas seulement aux aspirations et demandes des usagers* » (Michit & Klotz, 2013, p. 41).

Mais pour avoir la possibilité de faire ce travail d'accompagnement afin de passer d'un espace à un autre, l'accompagnateur ou accompagnatrice doit être capable de prévoir « *les différents espaces de vie fondamentaux avec leurs contraintes et les formes d'épanouissement personnel qu'ils proposent* » et elle ou il doit également bien connaître la personne qu'elle ou il accompagne et connaître ses ressources « *pour ne pas le lancer dans un espace de vie qu'il ne pourra pas habiter* » (Michit & Klotz, 2013, p. 43).

### 3.2.4 Facteurs de protection et facteurs de risque pour la santé

#### 3.2.4.1 Modèle biopsychosocial

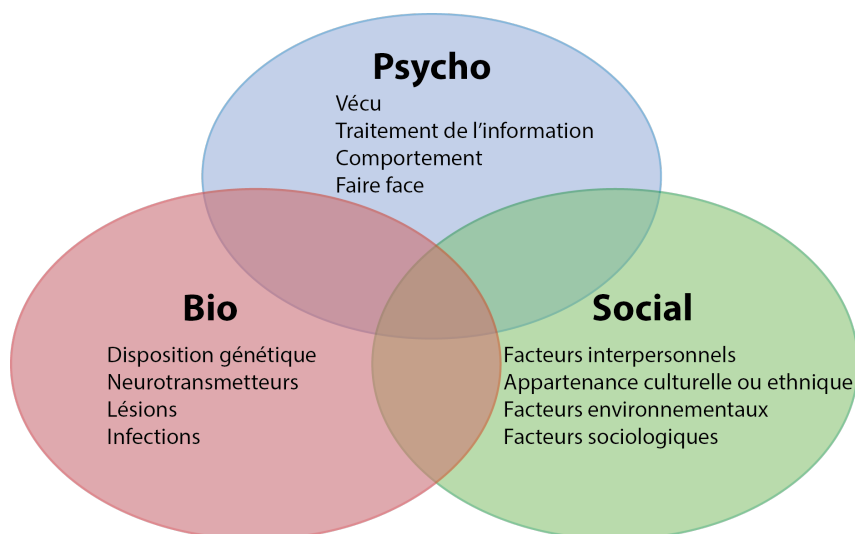


Figure 2 : Bio-psycho-soziales Modell zu den Ursachen und der Entstehung von psychischen Störungen (Renneberg et al, 2009, cité par Mattig, Eine psychologische Sicht, 2016, p. 11)

Il existe un certain nombre de facteurs de protection et de facteurs de risque. Dans le modèle biopsychosocial, on parle de trois sources de risques. Ce modèle est utilisé dans la santé en général, mais peut bien sûr être utilisé dans le domaine de la santé psychique en particulier.

Si l'on prend l'exemple de la dépression, les facteurs de risques biologiques sont la génétique, le déséquilibre des neurotransmetteurs et les hormones (particulièrement chez les femmes lors de la puberté, la ménopause ou la grossesse). Ensuite, les risques psychiques sont : les traumatismes (abus, carence, etc.), certains aspects de la personnalité ainsi qu'un schéma cognitif dysfonctionnel. Enfin, les facteurs de risques sociaux sont : des expériences de vie critiques (perte d'un être cher, divorce, etc.), l'influence de la société (pauvreté, statut social, etc.) (Mattig, 2017, pp. 10-11). Ceci n'a pour seul but que d'illustrer mon propos, chaque maladie ayant ses propres facteurs de risques et de protections. De plus, chaque personne est plus ou moins influencée par ces facteurs. « *Les facteurs de protection ou de risque peuvent découler d'un certain nombre de caractéristiques propres à la personne elle-même ou à son environnement. Distinguer facteurs de protection et facteurs de risque s'avère cependant difficile et suscite des controverses scientifiques* » (Schuler et al., 2016, p. 31).

<sup>2</sup> Psycho : Erleben, Verhalten, Bewältigen, Informationsverarbeitung ; Bio : Genetische Disposition, Neurotransmitter, Läsion, Infektionen ; Sozial : Interpersonelle Faktoren, Kulturabhängigkeit, Umweltfaktoren, Soziologische Faktoren

### 3.2.4.2 Les cinq piliers de l'identité de Petzold

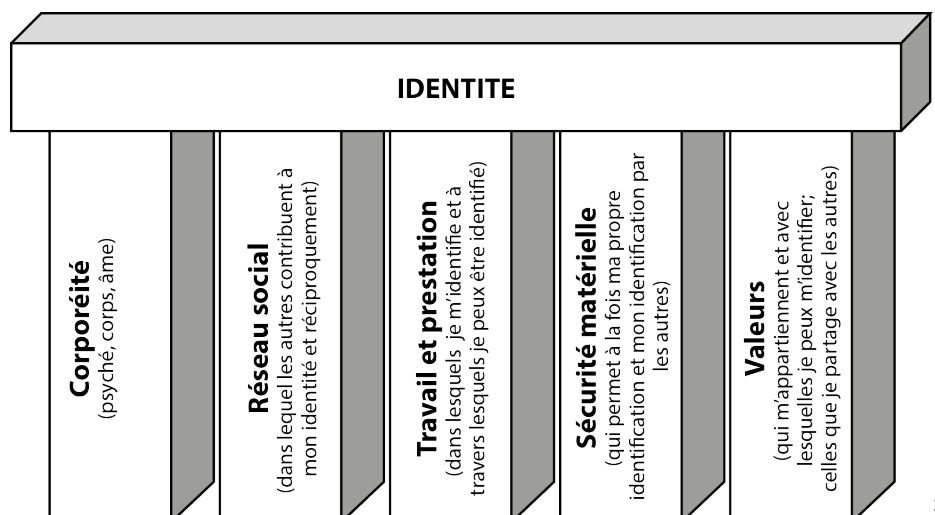


Figure 3 : Les 5 piliers de l'identité de Petzold, (Edugroup, s.d.)

Selon cette théorie, l'identité de l'individu est composée de cinq « piliers » que sont la corporéité, le réseau social, le travail, la sécurité matérielle ainsi que les valeurs (propres et partagées). Cette référence aux piliers permet de comprendre aisément que si un ou plusieurs des piliers sont défaillants et que les autres ne peuvent pas compenser, cela résultera en un déséquilibre, c'est à dire une crise (Edugroup, s.d., p. 71). Ces piliers représentent l'identité d'une personne et, comme nous le verrons plus loin, les besoins des personnes que j'ai interviewées sont compris dans ces piliers. Lorsque j'effectuais ma première formation pratique, nous travaillions avec ces piliers et nous efforcions de préserver les piliers qui étaient déjà mis en place par les patient-e-s. Dans une clinique psychiatrique il paraît évident que le premier pilier qui était touché quand une personne était hospitalisée était la corporéité. Ce pilier était également le premier qui était traité. Mais les autres piliers avaient également leurs importances, car de leurs stabilités dépendait la crise. C'est pourquoi il fallait être vigilant à ce qu'il n'y ait pas un autre pilier qui flanche. Par exemple si quelqu'un avait un travail, nous essayions avec l'aide de la personne de préserver son emploi en restant en contact avec l'employeur-e.

### 3.2.4.3 Modèle vulnérabilité-stress-compétences

Le modèle vulnérabilité-stress-compétences est un autre modèle qui explique que derrière les dimensions du modèle biopsychosocial, il y a certains déclencheurs, comme le stress par exemple, qui interagissent avec les facteurs de risque et les facteurs de protection (Mattig, Eine psychologische Sicht, 2016, p. 11).

<sup>3</sup> Identität ; Leiblichkeit (Psychi, Körper, Seele) ; soziales Netzwerk (in welchem die anderen zu meiner und ich zu ihrer Identität beitrage) ; Arbeit und Leistung (in denen ich mich identifiziere und durch die ich identifiziert werden kann) ; materielle Sicherheit (welche gleichzeitig Identifikation (selbst) und Identifizierung (durch anderen) ermöglichen) ; Werte (mit denen ich mich identifizieren kann, die meine sind, aber auch die anderer, nämlich die all jeniger, die sich mit mir zu diesen Werten bekennen)

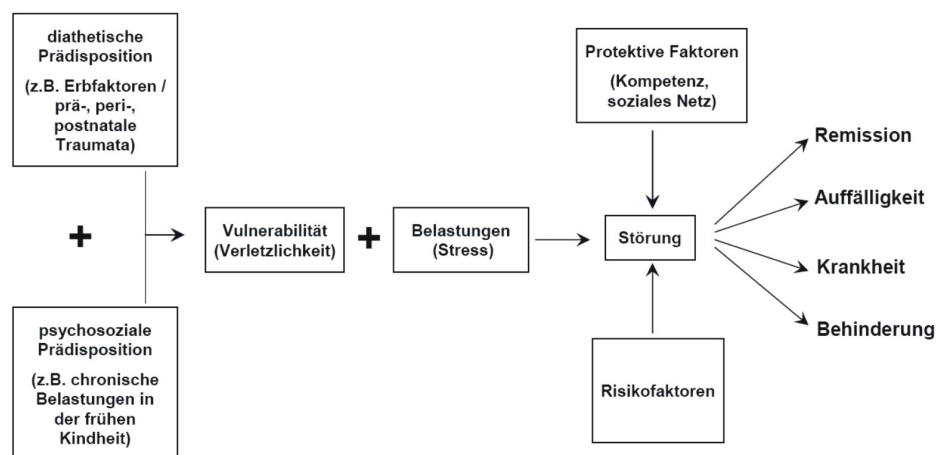


Figure 4 : Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977, cité par Mattig, Eine psychologische Sicht, 2016, p. 12)

Le modèle vulnérabilité-stress-compétence est le « *modèle biopsychosocial de la maladie mentale* » (Morin & Franck, 2018, p. 21). Il permet d'expliquer « *l'apparition des symptômes ou d'un épisode comme une interaction complexe entre facteurs biologiques, environnementaux et facteurs comportementaux* » (Anthony & Liberman, 1986, cité par Morin & Franck, 2018, p. 21).

« *La psychopathologie résulte d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux* » (Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 289). Ces facteurs peuvent être classés en trois domaines primordiaux : « *la vulnérabilité individuelle ; les événements ou conditions de vie stressants ; les facteurs protecteurs* » (Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 289).

Le modèle ci-dessus « *décrit le processus par lequel une vulnérabilité, de nature génétique, développementale ou autre, mise en interaction avec des facteurs de stress (événements de vie, degré important d'émotions exprimées...) déclenche une réponse symptomatique* » (Morin & Franck, 2018, p. 21). D'ailleurs le stress sous toutes ses formes (sociale, psychique ou physique) est lui-même un facteur de risque pour les troubles psychiques (Schuler et al., 2016, p. 31).

L'accès aux soins peut être un facteur de protection, pour autant que l'on consente à y recourir. Ainsi, au sein de l'Union européenne, seule la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux contacte réellement un professionnel, qu'il soit psychothérapeute ou médecin (Wittchen et al., 2011, cité par Schuler et al., 2016, p. 36). Au nombre des facteurs de risque, on pourrait également citer le manque de soutien social (Schuler et al., 2016, p. 33).

En fonction des « *divers facteurs de protection (compétences sociales, soutien familial ou communautaire, stratégies adaptatives, forte estime de soi, capacité de gestion du stress, traitement médicamenteux adapté), la rechute symptomatique peut être évitée* » (Morin & Franck, 2018, p. 21). En fonction des facteurs de protection ou de risque la personne peut être en rémission<sup>4</sup>, en anomalie<sup>5</sup>, malade<sup>6</sup> ou avoir un handicap<sup>7</sup>. Ce modèle montre que les facteurs de protection et de risque peuvent jouer un rôle prépondérant sur le développement ou non de la maladie chez une personne.

Ce modèle est aujourd'hui d'après Ritsner et al., une référence « *pour comprendre l'émergence et l'évolution des troubles psychiques* » (Ritsner et al., 2014, cité par Bellier-Teichmann et Pomini, 2018, p. 289).

<sup>4</sup> Remission

<sup>5</sup> Auffälligkeit

<sup>6</sup> Krankheit

<sup>7</sup> Behinderung

### 3.2.5 Rechute et rétablissement

Il y a d'autres manières d'éviter une rechute, comme par exemple d'impliquer les familles dans la réhabilitation des personnes souffrant de troubles psychiques. Elles ont longtemps été mises de côté. « *Aujourd'hui, les recommandations officielles en matière de santé préconisent un accompagnement systématique des familles même si, en pratique, cela reste encore peu courant en France* » (Rochet & Frankhauser, 2018, p. 778).

Bonsack, Conus et Morandi (2018) expliquent que le rétablissement d'une personne avec un trouble psychique est antinomique à un séjour stationnaire à long terme. « *Le rétablissement est basé sur des notions d'autonomie, d'empowerment et de connexions sociales qui sont incompatibles avec l'hospitalisation psychiatrique de longue durée. Il s'agit de passer de l'agenda du professionnel à l'agenda du patient* » (p.166). Leliott et al. soulignent cependant que les autres possibilités ne sont pas à la portée de tous, ce qui entraîne « *une nouvelle forme de chronicité, caractérisée par des réhospitalisations fréquentes, une comorbidité avec des abus de substances, des contacts avec la police et de la difficulté à s'engager dans les soins* » (Lelliott et al., 1996, cité par Bonsack, Conus, & Morandi, 2018, p. 168). Dans le monitoring sur la santé psychique en Suisse, il est d'ailleurs mentionné que l'on constate une hausse de la quantité de réadmissions par patient de l'ordre de 12% (Schuler et al., 2016, p. 40).

Ces réadmissions vont souvent de pair avec de futures réadmissions, c'est le « *facteur de risque le plus stable et le plus important d'une nouvelle hospitalisation. Environ la moitié des hospitalisations psychiatriques concernent des personnes qui ont déjà été hospitalisées auparavant [...]* » (Golay, s.d., cité par Bonsack, Conus, & Morandi, 2018, p. 169). Suzy Soumaille évoque le même phénomène dans son ouvrage en parlant plus spécifiquement de la dépression : « *La dépression est une maladie récidiviste, voire multirécidiviste* ». Après un premier épisode de dépression majeur, la possible rechute se monte à 50% et monte à 70% après le deuxième épisode, ce pourcentage monte encore à 90% après trois épisodes de dépression majeure. Cette constatation aide à comprendre les réadmissions importantes que j'ai pu observer à la clinique de Soleure (Soumaille & Dr Bertschy, 2001, p. 133).

Concernant le rétablissement, pendant longtemps, la guérison était inimaginable pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Depuis que le rétablissement est vu comme un processus et non plus comme un état figé, l'espoir est revenu. Dans le « *Traité de réhabilitation psychosociale* », Bonsack, Conus et Morandi (2018) indiquent que le rétablissement est subjectif, car relaté par les personnes qui l'ont vécu. Ils ajoutent que le but d'une réhabilitation ne réside pas dans la suppression de l'ensemble des symptômes, mais bien dans la récupération d'une certaine capacité à vivre en communauté (p. 166). Ainsi, l'on peut vivre sa vie et cela malgré la persistance de certains symptômes.

Widlocher avait également une vision du rétablissement qui voulait que la guérison ou l'atténuation des symptômes cliniques allait dans les faits rarement de pair avec une « *guérison sociale* ». « *Cette constatation a pu amener à dire que "le pronostic des maladies mentales tient plus à des facteurs sociaux qu'au caractère propre à l'évolution psychopathologique"* » (Widlocher, 1980, cité par Vidon, 1995, p. 29).

Lysaker dit également qu'une maladie comme la schizophrénie était considérée comme incurable et que le fait même de penser qu'il soit possible de se rétablir est une idée récente qui a bouleversé la conception de cette pathologie (Lysaker et al., 2012, cité par Franck, 2016, p. 10).

## 3.3 La réhabilitation psychosociale

Sur le papier, le terme paraît facile à définir, mais sur le terrain il est plus difficile à vérifier. Effectivement, certaines institutions disent faire de la réhabilitation psychosociale, mais n'en font pas vraiment. A l'inverse, d'autres établissements ne nomment pas leur travail en tant que

réhabilitation psychosociale, mais possèdent une pratique allant dans ce sens. « *La réhabilitation apparaît donc difficile à définir car il n'existe pas de théorie exclusive qui fonde son approche* » (Morin & Franck, 2018, p. 19).

En plus de cette difficulté à voir la réhabilitation psychosociale sur le terrain, la pratique de cette dernière est très diversifiée comme le montre l'article de Dubuis et al. (2006). Dans leur article, il est fait mention de l'importance de la participation des usagers ainsi que de la simultanéité de la démarche soin-réinsertion (Dubuis et al., 2006, p. 321).

« *L'émergence de la réhabilitation psychosociale est liée à l'arrivée dans la communauté de patients ne possédant pas les ressources personnelles ou les conditions objectives leur permettant d'agir seuls* » (Vidon, 1995, p. 19). L'intervention ne peut pas seulement être centrée sur la personne, mais devrait également prendre l'environnement en compte.

La notion de réhabilitation psychosociale est apparue dans la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. Auparavant, l'opinion prédominante parmi les professionnel-le-s voulait que les malades psychiques ne devaient guère attendre mieux qu'une « *stabilisation* » et en aucun cas espérer une rémission (Greacen & Jouet, 2013, p. 360).

Ce paradigme a été remis en question au sortir de la seconde guerre mondiale. En effet, les psychoses issues des atrocités vécues sur les champs de batailles ont mené à l'asile un grand nombre de vétérans de retour au pays. Nombreux parmi ceux-ci étaient atteints de maladies psychiques considérées comme incurables et s'entassaient dans les asiles sans perspective d'amélioration (Duprez, 2008, p. 908).

Les nombreuses initiatives des psychiatres traitant les malades considérés comme incurables, soucieux d'offrir un avenir à ces derniers, mirent en lumière qu'il était possible de se remettre des maladies psychiques graves (Fondation Pro Mente Sana, 2009, p. 4).

### 3.3.1 Définition

Comme nous l'avons établi, il s'avère ardu de donner une définition unique de la réhabilitation psychosociale, il est de surcroît compliqué de choisir arbitrairement une définition parmi toutes celles trouvées dans la littérature. C'est pourquoi, j'ai décidé de citer un échantillon de ce qui était le plus couramment utilisé.

Pour Marianne Farkas, la réhabilitation psychosociale consiste à renforcer les compétences existantes d'un-e patient-e tout en diminuant ses comportements hors norme. L'objectif étant de permettre à la personne de connaître des expériences positives dans un environnement de son choix avec l'encadrement professionnel le plus discret possible (Farkas, 2006, citée par Franck, 2016, p. 3). Toujours selon Marianne Farkas, la réhabilitation psychosociale concerne plus largement l'ensemble des démarches ayant pour but de soutenir les personnes atteintes de maladies mentales graves.

Leguay et al. (2008) ont également une définition qui va dans le sens d'un tout « *La réhabilitation [est] conjointement, un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques* » (p. 886).

Morin et Franck (2018) quant à eux insistent sur le fait qu'il faut distinguer réhabilitation psychosociale et traitement psychiatrique « *le but ou la finalité de la réhabilitation est l'amélioration du fonctionnement et l'augmentation des possibilités d'action des individus dans des environnements spécifiques* » (p. 19).

Dans l'article de Tim Greacen et Emmanuelle Jouet (2013), il est fait mention d'une définition de Anthony W.A. qui parle également d'un processus qui est « *personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles* ». La réhabilitation est vue ici comme une manière de « *donner un sens à sa vie* ». L'objectif étant de dépasser les conséquences néfastes de la maladie mentale afin de pouvoir à nouveau faire des projets (Anthony, 1993, cité par



Greacen & Jouet, 2013, p. 360). Dans le même article Tim Greacen et Emmanuelle Jouet (2013) ajoutent encore que la personne souffrant de maladie psychique doit pouvoir « *s'engager dans un travail ou des activités significatives dans la collectivité* » (p.360).

En plus de la définition de réhabilitation psychosociale qui, comme dit plus haut, ne peut pas être considérée comme un processus figé, il convient ici d'essayer d'expliquer la notion de rétablissement.

*« [Le rétablissement :] c'est un concept à double face, avec une définition médicale et une définition émanant de mouvements communautaires et militants. [...] La première considère le rétablissement comme palier d'un résultat. Elle est normative avec des critères d'évaluation externes tels que l'absence de symptômes... »* (Pellet et al., 2018, p. 149).

Comme le disent Pomini et Bonsack (2018) : « *Le rétablissement se définit ici comme une forme de rémission ou de guérison, dont l'indicateur principal, mais pas unique, demeure la disparition des symptômes* » (p. 56). Donc il s'agirait avant tout de la partie concernant la santé, alors que la réhabilitation psychosociale serait plutôt considérée comme un tout. La rémission apparaît donc comme faisant partie de la réhabilitation psychosociale.

Mais selon Patricia Deegan (1996, citée par Fondation Pro Mente Sana, 2009) : « *Le rétablissement est un processus et non un point final ou un résultat. Se rétablir ne veut pas dire que l'on est "guéri" ou simplement dans un état stable. Le rétablissement est un processus de transformation [...]* » (p. 3). Whitley et Drake (2010, cité par Pomini & Bonsack, 2018) ont identifié cinq dimensions dans le rétablissement : clinique, existentielle, fonctionnelle, physique et sociale. Il apparaît donc clairement que le rétablissement ne concerne pas seulement la santé, mais également d'autres dimensions.

Pour ajouter encore un peu plus de flou, le terme de réadaptation est également souvent utilisé. D'après Vidon (1995) ce terme précède celui de réhabilitation dans la littérature, largement employé durant la période de l'après-guerre. (p. 32).

La profusion de définitions de la réhabilitation psychosociale, ainsi que de termes proches mais dissemblables n'aident pas à la clarté et à une définition inconditionnelle. D'ailleurs, il est important de rappeler ici le côté mouvant de la réhabilitation psychosociale.

Ces différentes définitions insistent sur le fait que la réhabilitation psychosociale n'est pas une guérison définitive, mais bien une démarche continue et que d'innombrables actions d'accompagnement doivent être mises en œuvre afin de garantir cette réhabilitation. Le fait de pratiquer une activité gratifiante (lucrative ou non) semble avoir un impact positif sur la réintégration sociale. En tout état de cause, si l'encadrement professionnel joue un grand rôle, il se doit d'être le plus modéré possible afin que le ou la patient-e se défasse progressivement de sa situation de malade, comme le préconise Pachoud (2011, cité par Lafont-Rapnouil, 2013). L'auteur précise que le but n'est pas une « *guérison médicale ni même [...] la rémission symptomatique* », mais qu'il s'agit d' « *un mode de dégagement [...] de statut de malade mental* » (p. 372).

### 3.3.2 Valeurs et objectifs de la réhabilitation psychosociale

Les valeurs de la réhabilitation psychosociale prennent en compte tous les domaines de la vie d'une personne souffrant de troubles psychiques comme le montre Anthony avec ses valeurs clés :

**« 1. Orientation vers la personne :** accent mis sur l'être humain dans son ensemble plutôt que sur sa maladie.

**2. Fonctionnement :** accent mis sur l'accomplissement des activités quotidiennes.

**3. Soutien :** assistance aussi longue que l'individu l'estime nécessaire et souhaitable.

**4. Spécificité environnementale :** accent mis sur le contexte de vie, de travail, de loisir, d'apprentissage de la personne.

**5. Implication :** Inclusion des individus en tant que partenaires à part entière dans tous les domaines qui les concernent.



**6. Choix :** *préférences de la personne favorisées tout au long du processus.*

**7. Orientation vers les résultats :** *priorité aux résultats pour la personne.*

**8. Potentiel de développement :** *amélioration de la réussite et de la satisfaction de la personne, indépendamment de ses difficultés actuelle » (Anthony et al., 2004, cité par Morin & Franck, 2018, p. 20).*

Ces valeurs donnent une autre dimension à la réhabilitation psychosociale. Elles donnent une direction plus claire que ce qu'une définition pourrait apporter. La méthode médicale classique « *maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments* » se doit d'être adaptée « *pour favoriser une approche globale et complémentaire de la personne centrée sur son autodétermination, ses capacités, l'apprentissage d'habilités, la mobilisation de son environnement social* » (Morin & Franck, 2018, p. 19).

Dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, l'objectif du personnel soignant va au-delà de l'aspect médical. On ne vise pas seulement la rémission clinique de la personne, on lui apporte également « *une aide spécifique [...] pour accomplir avec et malgré son problème de santé ce projet de vie* », le but étant l'amélioration du « *fonctionnement* » social de la personne (Lafont-Rapnouil, 2013, pp. 372-373).

Bazin, Roussel et Estingoy (2013) soulignent que la réhabilitation psychosociale privilégie « *une meilleure insertion sociale grâce à l'amélioration globale du fonctionnement du sujet* » et qu'il appartient au ou à la patient-e de façonner son propre profil de soins, ceci afin de permettre l'accomplissement de son « *projet de vie* », ceci au plus proche des compétences et des ressources du ou de la patient-e (p.248).

Planas et Rengade (2018) ont élaboré une liste des objectifs de la réhabilitation psychosociale :

- « *Eviter le plus possible les décompensations graves qui se soldent par des hospitalisations de longue durée et qui ont souvent des répercussions sur l'autonomie future.*
- *Offrir un accès rapide et facile aux dispositifs de soins, en particulier lors des périodes de décompensation.*
- *Veiller à la bonne collaboration et à la cohérence dans la prise en charge entre les partenaires internes et externes.*
- *Favoriser le soulagement des symptômes.*
- *Favoriser la prise de conscience du processus de la maladie.*
- *Veiller à la création d'un lien thérapeutique.*
- *Veiller à la satisfaction des utilisateurs et de leurs familles.*
- *Favoriser l'augmentation de l'autonomie personnelle, le développement et le maintien d'un niveau optimal de qualité de vie.*
- *Promouvoir l'intégration sociale et familiale.*
- *Promouvoir le maintien dans la communauté dans des conditions les plus normalisées possible.*
- *Veiller à la mise en place de structures et de programmes de réhabilitation qui tiennent compte des besoins des usagers » (Planas & Rengade, 2018, p. 199).*

### 3.3.3 Outils et accompagnements

De nombreux projets s'appuyant sur le concept de réhabilitation ont vu le jour. En Angleterre, la « Hampshire Partnership Foundation Trust » a mis en place des « *actions de rétablissement* » se basant sur cinq principes fondamentaux : l'espoir, la responsabilité, l'éducation, le plaidoyer pour soi-même et le soutien (Greacen & Jouet, 2013, p. 361).

Aux Pays-Bas, l'institut Trimbos a créé une formation nommée « Tree ». Cette dernière permet d'acquérir certaines compétences. Il est par exemple possible d'y apprendre à communiquer sur les épisodes difficiles de sa vie ou à prendre de la distance par rapport à ces événements (Greacen & Jouet, 2013, p. 361).

En Suisse, il y a également plusieurs projets déjà existants et de nombreuses fondations qui pratiquent la réhabilitation psychosociale, à l'instar de la fondation Domus (2011) que j'ai eu l'occasion de découvrir durant mes études. Cette fondation pratique activement la réhabilitation psychosociale. Cette institution possède deux foyers dans lesquels est offert un encadrement pour favoriser l'autonomie, mais également le maintien des contacts avec les proches des personnes qui ont un trouble psychique. La fondation accompagne les personnes dans le chemin vers l'indépendance, elle possède d'ailleurs un centre de jour pour favoriser la transition.

### 3.3.3.1 Hébergement et centre de jour

Le lieu de vie est un élément primordial dans la réhabilitation psychosociale. Lors de ma formation pratique à la clinique psychiatrique de Soleure, le lieu de vie était un questionnement quotidien. Même si un-e patient-e allait mieux d'un point de vue clinique, mais qu'il ou elle n'avait pas de toit pour se loger, nous essayions de retarder sa sortie de la clinique. Si la personne n'avait pas les capacités de vivre toute seule, nous essayions de trouver des solutions intermédiaires sous la forme d'un foyer résidentiel ou d'appartements gérés par des éducateurs ou éducatrices plus ou moins présent-e-s. « *L'appartement collectif dit "tremplin" axe le travail principalement sur le soutien par le collectif des reprises d'autonomie, en proposant un accompagnement ergothérapeutique, infirmier et éducatif* » (Bazin, Roussel, & Estingoy, 2013, p. 251). Ce genre de lieu de vie peut être un intermédiaire efficace avant de passer à une forme de lieu de vie encore plus autonome, comme « *Les studios individuels [qui] permettent un travail beaucoup plus individualisé des référents en fonction des besoins et du projet de chacun* » (ibid.). Toutes ces solutions servent à accompagner la personne afin qu'elle puisse vivre de plus en plus en autonomie.

Comme décrit plus loin, les hospitalisations stationnaires de longues durées ne sont pas toujours les mieux adaptées, la « *structure de soin ambulatoire apparaît de plus en plus clairement comme un outil indispensable au service de la réhabilitation* » (Bazin, Roussel, & Estingoy, 2013, p. 248).

Quelques exemples de ce qu'il est possible de réaliser dans ces centres de jour d'après Bazin, Roussel et Estingoy (2013) est l'« *éducation thérapeutique* » qui a pour but d'aider les personnes souffrant de maladies psychiques à mieux comprendre la maladie et à trouver des outils pour « *mieux gérer la maladie* » (ibid.). Il y a également « *La remédiation cognitive avec deux grands domaines : les cognitions froides (attention, mémoire, concentration, fonctions exécutives...) et la cognition sociale (reconnaissance des émotions, théorie de l'esprit...)* » et pour terminer il y a l'apprentissage des codes sociaux pour aider les personnes « *à percevoir et à comprendre les messages sociaux, puis à choisir une réponse à la situation parmi différentes alternatives, en utilisant des comportements verbaux et non verbaux appropriés et socialement adaptés* » (Bazin, Roussel, & Estingoy, 2013, p. 249).

### 3.3.3.2 Le travail

Le travail est également une notion importante dans la réhabilitation d'une personne souffrant de troubles psychiques. Lorsque j'étais en formation pratique à la clinique de Soleure, si un-e patient-e avait un travail, il était pour nous primordial de le préserver en contactant l'employeur par exemple. A la clinique, il y avait également une thérapie qui s'appelait « Arbeitstherapie » littéralement « *thérapie de travail* ». Cette dernière avait pour but de tester les compétences de travail et la résistance des personnes. Leguay et al. (2008) indiquent que le travail peut être utilisé « *comme support à une adaptation sociale* » (p. 888), ils ajoutent cependant qu'une vraie activité lucrative, même accompagnée d'un programme de soutien, est préférable à un programme d'aide ou de réinsertion en institution.

Selon Vidon (1995), il y a trois axes de réhabilitation « *maison, réseau social, travail* », mais pour qu'il s'agisse réellement de réhabilitation psychosociale, il n'est pas suffisant que la ou le malade soit employé-e, « *il faut qu'il entretienne avec son travail des rapports qui le resituent en tant que sujet. Il est évident que cette exigence fondamentale est nécessaire partout où est en œuvre la réintégration : un domicile dont constituer une "vraie" maison..., etc* » (p.30). Les trois axes de Vidon pourraient être

mis en relation avec les 5 piliers de Petzold dont il est fait mention plus haut. La « maison » de Vidon ferait partie de la sécurité matérielle de Petzold et en ce qui concerne le « réseau social » et le « travail », ils portent le même nom dans les deux théories. La théorie de Petzold est encore enrichie de 2 axes que sont la « corporéité » et les « valeurs » qui semblent fondamentales pour que la réhabilitation psychosociale soit complète.

Vidon (1995) explique également que certaines personnes considèrent la réhabilitation comme ne faisant pas partie du domaine médical, car elle se déroule après ou en parallèle aux soins et qu'elle n'est pas réalisée par des professionnel-le-s du domaine médical. En revanche, d'autres auteur-e-s la considèrent comme partie intégrante des soins, bien qu'étant une étape distincte dans le parcours du patient car représentant une transition vers un « *pôle plus social* » (Vidon, 1995, p. 30).

### 3.3.4 En résumé

*« La réhabilitation psychosociale s'est développée dans un contexte de prise de conscience des limites des modèles traditionnels en ce qui concerne l'intégration dans la communauté des personnes accompagnées. Les valeurs et les modèles de la réhabilitation les encouragent à développer de façon optimale leurs capacités dans un environnement favorisant l'apprentissage et les soutiens »* (Morin & Franck, 2018, p. 24).

Comme le dit Duprez (2008) : « *ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social* » (p. 912).

Greacen et Jouet (2013) partent d'un même constat, à savoir que pour faciliter le « *rétablissement dans le champ de la santé mentale, [il faut] agir à la fois au niveau individuel et au niveau collectif, d'une part, il est question de renforcer ses capacités d'empowerment [...] et d'autre part [...] de constituer une boîte à outils* » (p. 363).

Deegan (2018) insiste sur l'idée de processus non linéaire du rétablissement. Elle explique que le rétablissement se construit petit à petit par une succession de « *petits commencements et de pas minuscules* ». Elle dit également que la manière de procéder concernant la réhabilitation d'une personne « *va à l'encontre des processus de rétablissement. Ces programmes ont des protocoles trop rigides avec une structure linéaire où une personne doit entrer "au point A", se déplacer au travers d'étapes consécutives afin d'arriver "au point B"* » (Deegan, 2018, pp. 12-13).

Chaque auteur-e met en exergue qu'il faut agir à la fois sur les deux dimensions individuelle et collective afin de réussir une réhabilitation sociale. Agir sur la personne souffrant de maladie psychique n'est pas suffisant, il faut également agir sur le milieu de cette personne. Les auteur-e-s expliquent également qu'il faut autant que faire se peut agir avec la personne et s'adapter à sa condition au moment où elle entame le processus de réhabilitation psychosociale.

## 3.4 Besoins

Le terme de besoin est un terme difficile à cerner, car il est utilisé dans la langue française de manière très variée. Dans le Larousse, la définition parle de « *manque, de privation de quelque chose* », mais également d'un « *sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit manquer* » ou encore de quelque chose qui est « *considérée comme nécessaire à l'existence* » (Larousse, s.d.).

Probablement la théorie des besoins la plus connue, la pyramide des besoins de Maslow, ne sera pas traitée ici car cela reste une classification très primaire des besoins qui ne m'aide pas dans ma recherche. J'ai préféré me focaliser sur les ressources et les théories de motivation comme nous le verrons plus loin.

Une définition possible du besoin est donnée dans le « Dictionnaire de psychologie » de Doron et Parot (2011) :

*« Etat de déficit ou d'écart à l'équilibre homéostatique qui déclenche chez l'organisme des comportements propres, en aboutissant à l'acte consommatoire, à combler le déficit, à rétablir l'équilibre. Cette définition, qui renvoie à la notion physiologique d'homéostasie, convient aux besoins biologiques primaires (faim, soif, fatigue, besoin sexuel) et conduit assez naturellement à voir dans les comportements des instruments de la réduction du besoin, notion clé d'une des théories majeures de la motivation » (p. 88).*

Cette notion de motivation sera abordée plus en détail ci-dessous.

Snyder (2002) explique que les personnes souffrant d'un trouble psychique peuvent avoir *« une faible estime d'eux-mêmes »*, surtout en début de thérapie et qu'il est important de *« se focaliser sur les ressources et le sentiment de valeur personnelle »* (cité par Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 290).

### 3.4.1 Ressources

Bellier-Teichmann et Pomini (2018) ont mis en place un outil pour identifier les ressources des personnes souffrant d'un trouble psychique. Cet outil s'appelle AERES (Auto-évaluation des Ressources). Il permet d'identifier les ressources des personnes par un système d'autoévaluation. *« Qu'elles soient internes ou externes, les ressources représentent des forces protectrices qui peuvent jouer un rôle de tampon face aux agressions »* (Rapp et Goscha, 2012, cité par Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 290).

Cependant les ressources sont parfois complexes à identifier pour les personnes, qui n'ont pas conscience de leurs propres forces. *« Moins d'un tiers des individus de la population générale posséderait une bonne connaissance de leurs forces et ressources »* (Arnold, 1997, cité par Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 291). De plus, certaines personnes possèdent des ressources, mais ces dernières ne contribuent pas toujours à leur rétablissement. Parmi les personnes interrogées par Bellier-Teichmann et Pomini (2018), il y a le cas de Yann qui a identifié ses ressources, mais remarqué que certaines de ces ressources ne l'aident pas dans son rétablissement. Ces ressources qui sont *« le courage et la reconnaissance »* ne lui sont d'aucun secours quand il est au plus bas, car il dit : *« Lorsque je suis angoissé, je n'ai plus de courage, je me sens envahi par mes peurs »* (Bellier-Teichmann & Pomini, 2018, p. 295).

Dans l'étude de Bellier-Teichmann et Pomini (2018), parmi les ressources internes que l'on peut également appeler caractéristiques personnelles, *« la confiance en soi [est] une des ressources le plus souvent citées parmi celles que les patients veulent développer »* (p. 296). Les deux ressources suivantes que les personnes désiraient améliorer sont *« l'espoir et le fait d'être à l'écoute de son corps »* (ibid.).

Et concernant les ressources externes, toujours selon Bellier-Teichmann et Pomini, les patient-e-s préfèrent axer leur développement sur les ressources externes que sont les liens d'amitié, les relations amoureuses et le cadre de vie (id., p. 297).

### 3.4.2 Concept de motivation

Pour expliquer ce concept de motivation, je me suis fortement inspirée du livre de Fabien Fenouillet : *« Les théories de la motivation »* (2016). Il explique que beaucoup d'auteur-e-s ont thématiqué le sujet de la motivation et qu'il a ainsi créé un modèle regroupant toutes ces théories. Le but ici, n'est pas de faire un résumé de son ouvrage, mais son modèle intégratif est la base de sa théorie et il me permettra de mieux expliquer que pour lui, dans le modèle intégratif, *« les besoins se confondent avec les motifs »* (Fenouillet, 2016, p. 20). Le modèle intégratif se présente comme suit :

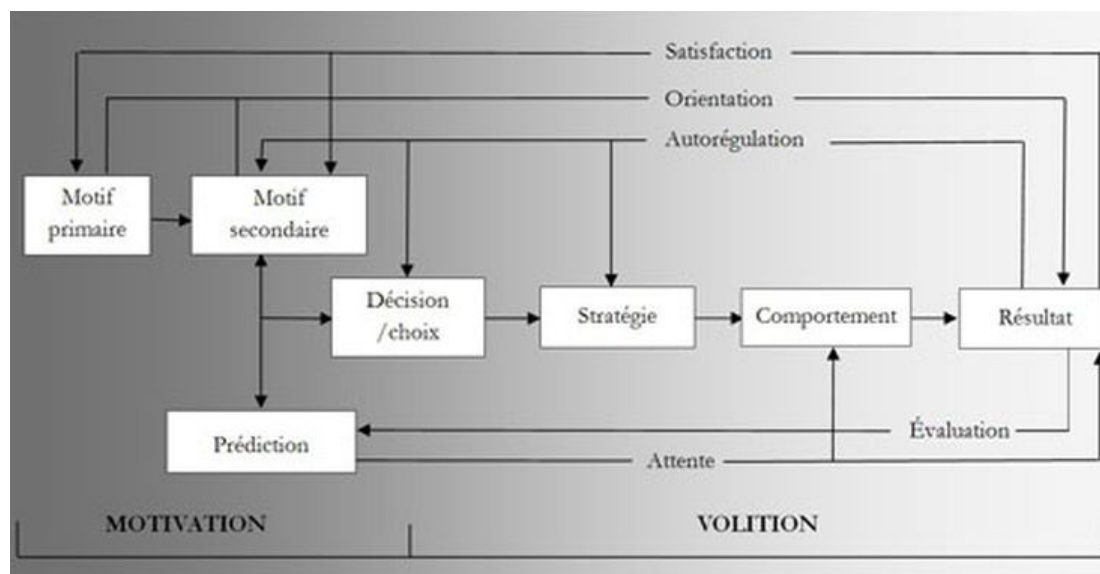


Figure 5 : Modèle intégratif de la motivation (Fenouillet, 2016, p. 19)

Dans ce schéma sont différenciés motif primaire et motif secondaire. Les premiers « se placent à l'origine psychologique du comportement » selon Fenouillet (2016) et les seconds « confinent la question de l'origine en arrière-plan » (p. 21).

D'origine anglaise (motives), les motifs sont « la concrétisation des besoins : ils constituent la composante dynamique et directionnelle de l'acte concret. Le terme de motivations (au pluriel), ou une motivation spécifique, est souvent employé dans le même sens que motif(s) » (Nuttin, 1991, cité par Fenouillet, 2016, pp. 20-21).

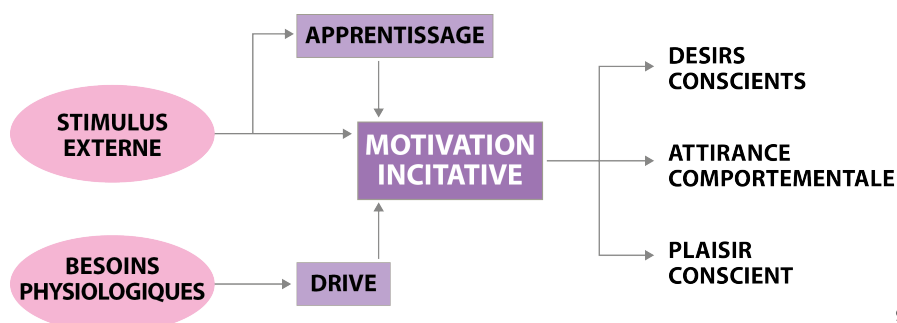
Selon certaines théories, une différence notoire entre motifs primaires et secondaires serait que les motifs primaires ont comme point de départ une motivation interne. Tandis que « l'influence de l'environnement peut être déterminante » en ce qui concerne les motifs secondaires. « Par exemple, le besoin est un motif primaire dont l'origine est plutôt à rechercher intuitivement dans l'organisme. À l'inverse pour comprendre le déclenchement de la dissonance cognitive, il faut prendre en compte certains aspects de l'environnement » (Fenouillet, 2016, p. 21).

Dans le livre « Introduction à la psychologie », il est également fait mention de ces « motives ». La différence entre motif primaire et secondaire est expliquée comme suit :

« Pour les motivations basiques comme la faim, la soif et le sexe, les psychologues ont traditionnellement fait une distinction entre deux types de théories de la motivation. La différence concerne d'où vient la motivation, qu'est ce qui la cause et comment la motivation contrôle le comportement. D'un côté, il y a les théories du drive, qui soulignent le rôle des facteurs internes dans la motivation [...] et d'autre part, il y a les théories incitatives de la motivation, qui soulignent le rôle motivationnel d'événements extérieurs ou d'objets du désir<sup>8</sup> » (Atkinson et al., 1996, pp. 335-336).

Atkinson et al. ont également fait un schéma de la manière dont la motivation intervient par rapport à un manque ou à un stimulus externe.

<sup>8</sup> « For basic motivations like hunger, thirst, and sex, psychologist have traditionally made a distinction between two types of theories of motivation. The difference concerns where the motivation comes from, what causes it, and how the motivation controls behavior. On the one hand are drive theories, which stress the role of internal factors in motivation [...] on the other hand are incentive theories of motivation, which stress the motivational role of external events or objects of desire »



9

Figure 6 : Model of basic motives (Atkinson et al., 1996, p. 336)

### 3.4.2.1 Motifs primaires

Selon Fenouillet (2016) il y a deux sortes de motifs primaires « *les instincts et les besoins* » (p. 21).

Le Trésor de la langue française explique que l'instinct est un « *mouvement intérieur, surtout chez l'animal, qui pousse le sujet à exécuter des actes adaptés à un but dont il n'a pas conscience* » (Le Trésor de la langue française, 2008, cité par Fenouillet, 2016, pp. 21-22).

Et concernant le besoin, le Trésor de la langue française le définit comme tel : « *situation de manque ou prise de conscience d'un manque. Cet état de manque est si perceptible, en ce qui concerne la faim ou la soif par exemple, qu'il en est presque tangible* » (Le Trésor de la langue française, 2008, cité par Fenouillet, 2016, pp. 22-23). Cette définition rejoint la définition du besoin que donne le dictionnaire de psychologie. Fenouillet (2016) s'interroge encore sur le sens réel du terme de besoin : « *Une possibilité est de considérer que des besoins basiques sont indispensables pour continuer d'exister* » (p. 23).

En plus des instincts et des besoins, certains auteur-e-s précisent qu'il y aurait deux sortes de besoins. A côté des besoins physiologiques comme la faim ou la soif par exemple, il y aurait également « *des besoins psychologiques qui sont tout aussi indispensables à la survie et au développement de l'individu* » (Nuttin, 1991 ; Deci et Ryan, 2000 ; Krapp, 2005, cités par Fenouillet, 2016, p. 24).

Fenouillet (2016) ajoute cependant qu'aujourd'hui « *la définition du besoin reste clairement associée au manque et semble renvoyer davantage à une vision plus physiologique que psychologique* » (p. 24).

Toutes les théories n'expliquent pas le besoin de la même manière, pour certaines, « *le manque n'est pas le mécanisme central qui permet d'expliquer des besoins pourtant simples comme la faim ou la soif* » (Rolls, 2005 ; Berridge, 2004, cité par Fenouillet, 2016, p. 24). La définition du besoin est complexe à donner et les différentes théories lui donnent un sens contradictoire :

« *Alors que sa définition repose sur une base physiologique, les spécialistes du domaine lui préfèrent le terme de "motivation" et ceux qui l'utilisent encore, les psychologues de la motivation, lui confèrent un sens qui s'est considérablement éloigné de cette notion de "carence" qui, en dernière analyse, se justifiait par la psychologie* » (Fenouillet, 2016, p. 24).

En résumé il existe trois catégories de motifs primaires : « *les instincts, les besoins physiologiques et les besoins psychologiques* » (Fenouillet, 2016, p. 25).

### 3.4.2.2 Motifs secondaires

La distinction des motifs secondaires par rapport aux motifs primaires est qu'« *ils ne cherchent pas à expliquer l'origine absolue (du point de vue psychologique) du comportement et ils admettent que*

<sup>9</sup> External Stimulus ; Physiological need ; Learning ; Incentive Motivation ; Drive signals ; Conscious Desires ; Behavioral Attraction ; Conscious Pleasure

*l'environnement puisse contenir des facteurs à même d'être à l'origine de la motivation (qui reste cependant une force interne) » (Fenouillet, 2016, p. 25). Woodworth dans sa théorie du drive explique que « ce sont les déficits physiologiques liés aux besoins qui vont créer les drives ou motivations de l'animal. Les drives (motifs secondaires) et les besoins (motifs primaires) doivent être clairement distingués » (Woodworth, 1918, cité par Fenouillet, 2016, p. 31).*

Il existe différentes théories qui expliquent ce qui motive un besoin. De nombreuses théories s'accordent et considèrent « *la valeur comme un concept clef pour comprendre la motivation* » (Fenouillet, 2016, p. 27). La motivation repose sur cinq concepts : « *la valeur en tant que satisfaction d'un besoin ; la valeur en tant que croyance partagée de ce qui est désirable ; la valeur dans sa relation personnelle à un état final ; la valeur comme inférence évaluative et la valeur en tant qu'expérience* » (Higgins, 2007, cité par Fenouillet, 2016, p. 27).



## 4 Problématique et hypothèses

### 4.1 Problématique

Les personnes souffrant de maladie psychique n'ont pas toujours forcément accès aux mesures qui permettraient leur réhabilitation. Comme il est fait mention dans l'article de Lafont-Rapnouil (2013), il existe beaucoup d'outils permettant la réhabilitation comme l'empowerment, le bilan d'évaluation, le bilan neurocognitif, la gestion de crise, le case-management, ou encore la psychoéducation. Cette palette très large n'est malheureusement pas accessible à tout un chacun. L'auteure rapporte qu'en France, en 2010, seule une très faible proportion (2%) des personnes souffrant de schizophrénie était réellement bénéficiaire de mesures de réhabilitation (Lafont-Rapnouil, 2013, pp. 372-374).

Dans un article de Cyril Bouvet (2006), l'auteur met en lumière le manque d'infrastructures de réadaptation en France. Il pense d'ailleurs que les soins psychiatriques sont trop médicalisés et n'impliquent pas assez le ou la patient-e et n'exploitent pas ses ressources « *mobilisables* » qui pourraient faciliter sa socialisation (Bouvet, 2006, p. 150).

Mon expérience à la clinique psychiatrique de Soleure m'a également permis de constater que les soins médicaux étaient toujours primordiaux et que même si les assistant-e-s sociales et le personnel soignant travaillaient en collaboration, il s'agissait pour les assistant-e-s sociales de trouver rapidement des solutions d'hébergement ou une source de revenu que réellement une solution à long terme qui permettrait la réhabilitation psychosociale. De plus, la hiérarchie étant ce qu'elle est, les psychiatres avaient toujours le dernier mot et, dans certains cas, des patient-e-s sans solutions de logement était congédié-e-s hors de la clinique. L'observation que j'ai pu faire était que le manque d'infrastructures en était souvent la cause. Il fallait faire de la place afin de libérer des lits. La clinique de Soleure était la seule du canton qui avait un département fermé et il fallait veiller à toujours avoir de la place pour les cas urgents.

### 4.2 Hypothèses

Il s'est avéré compliqué pour moi de me limiter à deux hypothèses, mais il était également clair que plus j'avais d'hypothèses, plus j'allais avoir de théories à développer et moins cela serait précis. De plus, j'avais vraiment envie de me focaliser sur les besoins de la personne concernée.

Comme mentionné dans la théorie sur la réhabilitation psychosociale, le réseau social est fondamental pour la personne souffrant de troubles psychiques. Si le réseau privé venait à manquer, l'hypothèse est que le réseau professionnel devrait être présent.

**Les personnes souffrant de troubles psychiques qui ont moins de soutien de leurs proches, ont besoin de plus de soutien professionnel pour leur réhabilitation psychosociale.**

Je trouvais le concept de comorbidité intéressant, car comme évoqué plus haut, c'est un phénomène assez courant et qui plus est, comme le dit Baer & Cahn, une personne avec un trouble comorbide ne devraient pas être traitées de la même manière qu'une personne avec un trouble unique (Baer & Cahn, 2009, cité par Schuler et al., 2016, p. 29). Ce constat a amené l'hypothèse que les besoins d'une personne avec un trouble comorbide étaient plus difficiles à satisfaire.

**Plus la comorbidité du trouble mental d'une personne souffrant de troubles psychiques est élevée, moins ses besoins en réhabilitation psychosociale sont satisfaits.**



## 5 Méthodologie

La méthodologie est un passage obligé dans la rédaction d'un travail de cette ampleur. Je n'avais pas conscience de tous les critères qu'il fallait prendre en compte avant de pouvoir par exemple interviewer la première personne. Les enjeux éthiques, mais également la manière d'analyser m'étaient inconnus.

### 5.1 Terrain d'enquête

Initialement, j'avais l'intention de confronter le vécu des personnes souffrant de maladie psychique avec le vécu des professionnel-le-s. Mon idée était de poser les mêmes questions aux deux parties, afin de pouvoir comparer les réponses par la suite. La question de recherche que j'avais à ce moment-là était différente, comme déjà mentionné plus haut. Je souhaitais analyser le parcours d'une personne souffrant de maladie psychique, demander quelle était la nature des mesures mises en place et quelle était leur efficacité d'après elle. L'ampleur et la complexité de la tâche me sont soudainement apparues et j'ai décidé de me focaliser sur les personnes souffrant de maladie psychique.

Le terrain d'enquête a été choisi par facilité pratique, mais aussi grâce au réseautage. J'avais plus de chances de trouver des personnes grâce à mes contacts professionnels que toute seule, c'est pourquoi, j'ai demandé à mes collègues de travail, mais également à mes connaissances si elles ou ils connaissaient des personnes susceptibles de correspondre à mes critères de recherche. Les deux critères qui devaient absolument être satisfaits étaient d'une part que la personne devait souffrir d'une maladie psychique et, d'autre part, qu'elle ait subi au moins une hospitalisation. Cela n'a pas été simple pour autant, j'ai en effet subi les désistements de personnes qui avaient accepté une interview, mais qui se sont finalement rétractées pour diverses raisons. De plus, une personne qui devait être interviewée a été hospitalisée juste avant notre rendez-vous.

J'ai cherché à obtenir une palette diversifiée en considérant différents critères tels que l'âge, le genre, la culture ou la situation socio-économique (travail, famille) ; ceci afin de recueillir « *les réactions les plus variées et les plus contrastées* » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 149). Comme nous le verrons dans le profil des personnes interrogées, mon échantillon ne comprend qu'un seul homme, mais des âges différents.

### 5.2 Méthodes de collecte des données

La méthode que j'ai choisie de privilégier est celle de l'entretien. En effet, cette méthode permet d'obtenir « *des éléments de réflexion très riches et nuancés* », ses particularités sont d'une part « *le contact direct* » entre le chercheur et son sujet et d'autre part « *une faible directivité* » de la part du chercheur. Cette méthode permet d'échanger réellement avec son sujet. Le chercheur, par ses remarques, devra toutefois prendre garde à ne pas s'éloigner de ses objectifs et à rester focalisé sur ses hypothèses. « *Le contenu de l'entretien fera l'objet d'une analyse de contenu systématique, destinée à tester les hypothèses de travail* » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 170).

La forme d'entretien que j'ai utilisée est l'entretien semi-directif. En effet, je me suis intéressée au parcours de vie (à la trajectoire) de la personne. Ce type d'entretien est qualitatif et non quantitatif. Dans un entretien semi-directif, il convient de ne pas être trop directif, mais en ayant quand-même une ligne directrice avec les thèmes précis que l'on veut aborder (Desanti & Cardon, 2007, p. 57).

J'ai élaboré un guide d'entretien (cf. 5.2.1 Guide d'entretien) afin de traiter les informations récoltées. Cela permet de plus d'éviter que le contenu des entretiens soit analysé « *en fonction des valeurs et préjugés du chercheur mais bien en fonction des éléments et de la structure de la grille* » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 191).

Afin d'analyser les entretiens dans les meilleures conditions, j'ai enregistré puis retranscrit intégralement les entretiens. Cela permet « d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées à priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 199).

### 5.2.1 Guide d'entretien (cf. annexe A)

Le guide d'entretien aide à réaliser des connexions à plusieurs niveaux. Au niveau des entretiens dans leur ensemble, il permet des comparaisons entre chaque entretien, de trouver les similitudes ainsi que les différences. Au niveau de chaque entretien, il permet de trouver des relations entre les éléments de ce même entretien (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, pp. 200-201).

J'ai pris beaucoup de temps et d'énergie pour écrire mon guide d'entretien. Effectivement, je ne voulais pas que la personne interviewée pense qu'elle devait me dire telle ou telle chose parce qu'elle pensait que c'était ce que je voulais entendre. Je tenais à m'assurer que la personne n'essayait pas de me plaire et qu'elle se rende compte que je ne valorisais pas une certaine catégorie de réponses.

Concernant la partie où je cherche les besoins des personnes, ma première intention était de ne pas susciter un besoin qui n'existait pas à la base, c'est pour cela que j'essayais de ne pas donner d'exemples de ce que la personne aurait pu entreprendre après son hospitalisation. Et en même temps, en questionnant la personne et en demandant à chaque fois pourquoi ceci ou cela était important, il y avait de nouveau une forme d'influence.

J'ai volontairement mis quelques questions fermées avec des évaluations en échelles pour me permettre de situer les personnes et de les comparer par la suite. Pour que les évaluations ne soient pas trop abstraites, j'ai utilisé des smileys (cf. annexe C). Ces questions ont été par la suite développées. J'ai demandé à la personne la signification de son évaluation et à quoi elle attribuait cette évaluation.

Parler expressément de spiritualité était délibéré, car j'ai pensé que les personnes n'y viendraient pas naturellement. J'ai par exemple aussi mentionné qu'un proche pouvait être un animal, de nouveau, car je ne voulais pas qu'un élément important soit oublié. Cela était une forme de biais comme j'en parle un peu plus loin.

Rachel<sup>10</sup> m'a dit cela à la fin de l'entretien « *Je suis toujours un peu peureuse de pas pouvoir satisfaire les questions [...] mais justement, je crois qu'il n'y a pas de valorisation de votre côté* » (Rachel, 2018). Comme c'était exactement ce que je voulais que les personnes que j'interviewe ressentent, j'étais plutôt satisfaite, mais c'est la seule qui me l'a dit expressément.

### 5.2.2 Entretien test

Au début de mon travail je trouvais que faire un entretien test était inutile. Cependant il s'est avéré que cet entretien, testé sur une amie, a parfaitement tenu son rôle. Mon amie correspondait d'ailleurs parfaitement aux critères des personnes que je souhaitais interviewer. Mon amie a aussi aidé, car elle répondait vraiment à la question que j'avais posée et pas à la question que j'aurais dû poser pour avoir la réponse que je voulais. Typiquement, dans le cas des activités importantes que la personne a pratiquées après son séjour hospitalier, mon amie n'a pas mentionné d'activités importantes pour elle, car elle les pratiquait déjà avant d'être hospitalisée. Elle m'a dit que ces activités allaient de soi. Cette remarque m'a permis de remanier mon guide afin de préciser que les activités pouvaient être des activités déjà mises en place avant.

---

<sup>10</sup> Prénom d'emprunt

### 5.2.3 Comment analyser ?

L'analyse s'est avérée compliquée à mettre en place. Après avoir pris beaucoup de temps à réaliser mon guide d'entretien, une fois que l'entretien test était passé et que j'avais terminé de faire passer les quatre entretiens, je me retrouvais avec des prises de notes ainsi que des enregistrements. Je n'avais pas dans l'idée de retranscrire mes entretiens au début, car je pensais que ma prise de note serait suffisante. Dans « l'apprentissage de la recherche en travail social », j'ai pu lire une méthode afin d'analyser au mieux et sans biais les entretiens, mais il était fortement recommandé de faire des retranscriptions, car la méthode préconisait de relire les retranscriptions afin d'en surligner les passages importants (Cadière, 2013, p. 104). C'est ce que j'ai fait en recherchant les thèmes qui revenaient, en catégorisant par hypothèses et également en axant mon analyse sur le soutien et les besoins des personnes. Dans l'ouvrage de Cadière (2013), il était également recommandé de faire des tableaux afin de pouvoir comparer les entretiens. J'ai fait plusieurs tableaux (cf. annexes) afin de comparer les différents propos des personnes que j'ai interviewées.

## 5.3 Risques, biais et enjeux éthiques

Un des premier biais d'une analyse est que la personne accepte de participer à un entretien. Dans « l'enquête qualitative en sociologie » les auteurs nous poussent à nous poser la question de la raison pour laquelle les personnes acceptent de participer à un entretien. Ils donnent des exemples : « certains le font pour vaincre leur solitude et avoir l'occasion de parler de leurs difficultés sociales et familiales » (Desanti & Cardon, 2007, p. 54).

Les limites du champ d'analyse représentent également un risque. Même si elles semblent parfaitement claires, il est nécessaire de les expliciter : « période de temps prise en compte, zone géographique considérée, organisations et acteurs sur lesquels l'accent sera mis, etc » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 145). Dans mon cas par exemple, j'ai commencé par rechercher des sujets dans la région de Bienne, simplement parce que j'y habite et que c'est là que j'ai le plus de connaissances.

Une autre composante à prendre en compte est « la marge de manœuvre du chercheur : les délais et les ressources dont il dispose, les contacts et les informations sur lesquels il peut raisonnablement compter, ses propres aptitudes, [...] etc. » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 146). Comme c'est le premier travail de Bachelor que j'écris, je n'ai pas d'expérience en la matière, c'est le plus gros travail de recherche que j'ai dû faire durant l'ensemble de mon cursus académique et ce n'est pas un peu de théorie lue dans un livre qui fera de moi la parfaite meneuse d'entretien. De ce point de vue-là, ma marge de manœuvre est limitée. Il y a également mon propre comportement qu'il sera important d'adapter. J'ai essayé, dans la mesure du possible, d'adopter une attitude non jugeante et bienveillante, d'être à l'écoute et de rester le plus neutre possible sans essayer de coacher la personne. Il fallait me rappeler que je n'étais pas dans une posture de psychologue, mais de chercheuse neutre. Cela dans l'optique d'instaurer un climat de confiance.

Comme mentionné plus haut, certaines questions, de par leur simple formulation, pouvaient également biaiser les réponses que me donnaient les personnes interviewées. De même, mes marques d'écoute ou reformulations qui pouvaient passer pour une validation de ce que la personne disait, pouvaient également influencer la personne dans ses réponses.

De plus, lors des entretiens que j'ai menés avec les personnes, c'était une observation indirecte qui était pratiquée. Etant donné que l'information est obtenue par l'intermédiaire de l'entretien, celle-ci reste subjective. En effet, « il y a ici deux intermédiaires entre l'information recherchée et l'information obtenue » : le sujet et la méthode de collecte des informations qu'est l'entretien. « Ce sont là deux sources de déformations et d'erreurs qu'il faudra contrôler pour que l'information apportée ne soit pas faussée, volontairement ou non » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 151).

Etant donné que les entretiens ont été enregistrés et retranscrits, j'ai dû obtenir le consentement préalable de chaque participant-e. Pour ce faire, j'ai utilisé un formulaire de consentement (cf. annexe C) dans lequel il est stipulé que la personne peut se retirer en tout temps. Dans un souci d'éthique, j'ai informé les personnes de ma démarche et de la possibilité que, malgré les efforts d'anonymisation, leur identité soit tout de même révélée par les informations qu'elles me fournissaient sur leur vie privée.

Avant de faire les entretiens j'appréhendais l'impact que de tels entretiens sur des personnes souffrant de maladie psychique pouvaient avoir. Il était évident pour moi que je n'imposerais pas un entretien à quelqu'un qui s'avérerait incapable de le supporter. Mais, une fois en entretien, rien ne me permettait de déceler si la personne serait capable ou non de participer à l'entretien ni si la personne était capable de le supporter. Etant donné que je ne reverrai pas cette personne par la suite, je n'aurai pas l'occasion de savoir si elle a été atteinte d'une certaine manière par mon entretien.

#### **5.4 Profil des personnes interrogées et précisions sur les entretiens**

Comme déjà mentionné plus haut, je travaille actuellement au service social de la ville de Bienne. Grâce à mon travail et à mes collègues, j'ai eu la chance de pouvoir interviewer deux personnes soutenues par le service social. J'ai trouvé les deux autres personnes par un autre biais, c'est un hasard si elles sont également soutenues par le service social d'une autre commune.

Pour ces entretiens, j'ai interviewé quatre personnes entre le 1<sup>er</sup> novembre et le 30 novembre 2018. Il s'est avéré plus compliqué de trouver des personnes voulant bien répondre à mes questions que ce que j'avais imaginé. J'ai eu deux désistements et une personne que je n'ai pas pu interviewer, car elle a été hospitalisée le jour avant la date de notre entretien.

Cependant, j'ai tout de même eu la chance de trouver quatre personnes prêtes à répondre à mes questions. Lorsque je cherchais les personnes à interviewer, je n'avais que deux critères qui étaient importants pour l'interview : avoir déjà vécu une hospitalisation et souffrir d'une maladie psychique.

J'ai réuni dans ce tableau les caractéristiques principales de chaque personne. J'ai donné des noms d'emprunts aux quatre personnes pour garantir leur anonymat tout en facilitant la reconnaissance des personnes tout au long de l'analyse.

	<b>Rachel<sup>11</sup></b>	<b>Tom<sup>12</sup></b>	<b>Nadia<sup>13</sup></b>	<b>Vanessa<sup>14</sup></b>
<b>Date entretien</b>	01.11.18	22.11.18	27.11.18	30.11.18
<b>Sexe</b>	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin
<b>Âge</b>	57 ans	26 ans	34 ans	40 ans
<b>Famille</b>	Sœur jumelle	Parents / Frère et sœur	Frère avec un handicap	Fils de 4 ans
<b>Dernière hospitalisation</b>	07.01 – 31.01.18	Env. juin – août 2017	2016	Hiver 2017
<b>Durée hospitalisation</b>	Env. 1 mois	3 mois « J'ai fait admission 1, 2 et 3 »	Presque 2 mois	1 mois
<b>Lieu hospitalisation</b>	Clinique psychiatrique	Clinique psychiatrique	Clinique privée	Clinique psychiatrique
<b>Qui a initié l'hospitalisation ?</b>	Rachel a subi un PAFA après une tentative de suicide	Infirmière en psychiatrie	Médecin pour les douleurs liées au spina-bifida	Police (voisin a appelé la police pendant une crise)
<b>Diagnostics</b>	- Dépression et un peu borderline - Troubles de la nutrition	- Dépression - Thème de la bipolarité va être investigué lors de sa prochaine hospitalisation	- Dépression et état dépressif - Spina Bifida - Traits de bipolarité	Pas de diagnostic clair, des hauts et des bas. Parfois Mme le nomme dépression
<b>Situation matérielle juste après l'hospitalisation</b>	- Propre appartement - Travail (elle a retravaillé directement après) - Bénéficie de l'aide sociale (WP)	- Propre appartement - Bénéficie de l'aide sociale - A commencé une formation à laquelle il a dû mettre un terme	- Habitait avec son copain - Bénéficie de l'aide sociale	- Propre appartement - Bénéficie de l'aide sociale
<b>Activités</b>	- Chien - Ecrire un agenda	- Arbitrage basket - Aller boire un café avec son papa - Aller se promener	- Insertion professionnelle à 50%	- Marcher - Faire du shopping - Lire - Télé - Internet

J'ai interviewé trois femmes et un homme, âgés entre 26 et 57 ans. Les quatre personnes viennent de Bienne ou du Jura bernois. Quelques indications concernant la famille ont été ajoutées, car cela peut s'avérer pertinent pour l'analyse. Le lieu exact de l'hospitalisation est volontairement tu pour des raisons de protection des données, mais il n'y a que Nadia qui soit allée dans un autre genre de clinique. Le premier entretien (avec Rachel) a duré une heure et demie, les trois autres entretiens ont tous duré approximativement une heure.

<sup>11</sup> Prénom d'emprunt

<sup>12</sup> Idem

<sup>13</sup> Idem

<sup>14</sup> Idem

## 6 Partie empirique

Avant de commencer, il paraît important de préciser le contexte. Cette analyse se base sur les entretiens de quatre personnes, mais cela ne peut en aucun cas permettre de généraliser et ne permet pas d'étudier la question dans sa globalité.

J'ai décidé d'organiser par thèmes les propos des personnes interviewées. Les deux grands thèmes des interviews étaient d'une part le soutien que peuvent apporter les différents aspects de la vie d'une personne et d'autre part les besoins que la personne souffrant de maladie psychique pouvaient avoir directement en sortant de la clinique.

D'autres thèmes ont été abordés comme l'impact de l'hospitalisation et l'impact de la maladie. Le contenu du guide d'entretien dans son entier se trouve en annexe.

### 6.1 Soutien

Lors de mes entretiens, j'ai séparé le soutien en plusieurs catégories : le soutien des professionnel-le-s, le soutien des proches, le soutien de ce qui est matériel et le soutien de la spiritualité.

#### 6.1.1 Soutien des professionnel-le-s

Pour commencer, il paraît important d'énoncer les professionnel-le-s avec qui chaque personne a eu des contacts à la suite de son séjour hospitalier.

	Rachel	Tom	Nadia	Vanessa
<b>Contacts professionnels</b>	Un psychiatre, un infirmier en psychiatrie et une unité d'urgence pour des personnes suicidaires.	Un psychiatre, un psychologue, un art-thérapeute et une infirmière en psychiatrie.	Une psychologue, Pro Infirmis, AI, un psychiatre, hôpital, institution pour faire un essai d'endurance et d'insertion prof.	Un psychiatre

Si nous regardons ce tableau, c'est Vanessa qui a eu le moins de contacts avec des professionnel-le-s et Nadia qui en a eu le plus. Rachel et Tom ont eu à peu près le même nombre de contacts. Tous quatre ont estimé les professionnel-le-s comme un soutien en y attribuant une note entre 4 et 5 (dans une échelle de 1 pour le plus mauvais à 5 pour le meilleur).

Les remarques qu'ils m'ont faites pendant les entretiens concernant les professionnel-le-s sont assez similaires. Par exemple, Rachel et Nadia m'ont parlé de la capacité de non-jugement des professionnel-le-s : « *Ils jugent pas. [...] Ils me prennent comme une personne très valable* » (Rachel, 2018) et « *Ils ont toujours été là en fait, sans jugement, en me prenant comme j'étais* » (Nadia, 2018).

Rachel, Tom et Vanessa ont apprécié l'écoute qu'elles et ils pouvaient recevoir de la part des professionnel-le-s. « *On peut tout leur dire* » (Vanessa, 2018) « *Ils étaient à mon écoute* » (Tom, 2018), « *Je me sens soutenue, écoutée* » (Nadia, 2018). Nadia ajoute également que cette capacité d'écoute n'est pas donnée à tout le monde : « *J'estime que le soutien hors famille, hors cadre des proches est hyper important. Parce qu'il y a beaucoup d'incompréhension de la part de mon entourage* » (Nadia, 2018).

Tom et Vanessa parlent également des conseils ou techniques qu'elle et il ont pu recevoir : « *Ils m'ont donné des techniques ou bien des objectifs* » (Tom, 2018). Et Vanessa, lorsqu'elle parle de son psychiatre, d'ajouter : « *Il me donne des bons conseils. Il me dit comment faut faire les choses, il me motive, il est bien* » (Vanessa, 2018). La motivation dont Vanessa parle est également présente dans

le discours de Tom qui dit que les professionnel-le-s l'ont aidé à « *m'engager dans la vie sociale* » (Tom, 2018).

### 6.1.2 Soutien des proches

	Rachel	Tom	Nadia	Vanessa
<b>Contacts (proches)</b>	Sa sœur et son ami	Ses parents, sa sœur et son frère	Personne	Son compagnon et une copine.

Concernant le soutien des proches, c'est Nadia qui l'évalue le plus négativement. Pour Rachel et Vanessa, l'évaluation de ce soutien est à 4. Quand je demande à Tom d'évaluer le soutien de ses proches, il éprouve des difficultés à mettre tout le monde dans une seule estimation. Je lui propose de séparer les membres de sa famille. Tom estime le soutien de ses parents à 5, de sa sœur à 4 et de son frère à 2.

Rachel, pour sa part, a un lien particulier avec sa sœur qui est également sa jumelle. Elle explique qu'« *avec les proches, il y a toujours la peur d'une récurrence* » et ajoute « *Parce que c'était le choc de sa vie pour ma sœur* » (Rachel, 2018). Rachel parle plus loin du fait qu'elle était souvent comparée à sa sœur : « *J'ai une sœur jumelle, on a toujours été comparées* » (Rachel, 2018). Elle dit également que la valorisation de sa sœur est importante : « *Parce qu'on est jumelles quand même [...] elle disait maintenant tu pourrais faire ça ou bien ça, qu'elle valorise* » (Rachel, 2018).

Nadia explique que ce qui lui manque au sein de sa famille est une meilleure entente. Elle ajoute : « *Et bien disons que mon entourage, c'est ma famille, c'est mes parents, donc malgré tous les problèmes qu'il peut y avoir encore aujourd'hui, je les aime tout fort et je peux comprendre que pour eux, ma situation n'est pas évidente à gérer* » (Nadia, 2018).

Vanessa parle de son compagnon qui était un soutien ainsi que d'une amie qu'elle ne voit plus à présent. Son compagnon était un soutien car : « *Il est venu me voir à la maison tout le temps. Il m'a soutenue financièrement et émotionnellement* » (Vanessa, 2018).

Quant à Tom, lorsqu'il parle de ses parents voilà ce qu'il dit : « *J'avais mes parents qui ont été là tout le temps pour moi lors de mon hospitalisation et en dehors* ». Cependant, concernant sa sœur et son frère, c'est différent, il dit être plus dur avec son frère, car : « *J'ai pas eu d'explications et puis que je ne connais pas les raisons exactes de son manque d'intérêt de venir [me voir à la clinique]* ». Au sujet de sa sœur, son avis diffère, il dit qu'elle est un plus grand soutien : « *Parce qu'elle est venue, elle a fait l'effort de venir et puis ça m'a vraiment touché* » (Tom, 2018).

### 6.1.3 Autres soutiens

Lors des entretiens, j'ai également abordé l'éventuel soutien que peuvent apporter les biens matériels et la spiritualité. Le soutien de ces deux éléments a été plus difficile à évaluer par les personnes interviewées. Il a fallu tout d'abord bien définir ce qu'était les biens matériels.

Le soutien de ce qui était matériel était à 5 pour Rachel, elle dit : « *Ca m'a beaucoup aidée. [...] Déjà en sortant de là, j'ai dit, la semaine prochaine... Je suis de nouveau allée travailler* ». A contrario la spiritualité n'a pas du tout été un soutien, car Rachel l'évalue à 1 et dit : « *J'ai pu prier ou comme ça, j'avais pas de réponse* » (Rachel, 2018).

Pour Tom, c'était presque exactement le contraire, quand il parle des biens matériels il dit : « *Je ne suis pas quelqu'un qui est attaché aux objets* », « *Je n'ai besoin de rien* » (Tom, 2018). Il estime donc le soutien de ce qui est matériel à 1 et explique qu'il n'y a pas besoin que cette estimation augmente. Par rapport à la spiritualité, il estime son soutien à 4. « *C'est dû au fait que certaines personnes de l'église soient venues me rendre visite, ce soient inquiétées de mon état déjà* » « *J'ai aussi trouvé certaines... pas forcément réponses... une certaine importance dans la Bible aussi* » (Tom, 2018). Tom



explique que pour que son estimation passe à 5, il aurait apprécié qu'il y ait un diacre à la clinique pour qu'il puisse avoir un moment avec lui.

Les estimations du soutien matériel et spirituel pour Nadia sont pratiquement identiques. Elle estime le soutien matériel à 3 et le soutien spirituel à 2½. Concernant le soutien matériel, Nadia souligne l'importance d'avoir un travail et que c'est quelque chose de très dur pour elle, mais elle dit que son estimation se monte à 3 car : « *J'ai un toit, je peux manger, je ne suis pas à la rue* » (Nadia, 2018). La question de la spiritualité est pour Nadia quelque chose d'intangible, elle n'arrive pas vraiment à décider si cela représente un soutien ou non. Quand je lui pose la question du rôle de la spiritualité dans sa vie, elle me dit : « *je suis en point d'interrogation avec ça* ». Plus tard dans l'entretien, elle ajoute : « *Est-ce que ça peut m'apporter quelque chose ou non ? Actuellement, j'en suis pas convaincue spécialement, mais disons qu'il y a certaines personnes dans mon entourage qui essaient de m'y amener ou de me montrer ce que ça pourrait apporter* » (Nadia, 2018). Par contre quand il s'agit d'estimer comment faire pour augmenter cette estimation, Nadia affirme que ce n'est pas sa priorité pour le moment et que le soutien de la spiritualité ne doit pas forcément augmenter.

Pour Vanessa le soutien matériel se montait à 3. Elle dit que : « *C'est un soutien parce que j'ai un appartement, je mange, je m'habille, je peux sortir, c'est un soutien quand même...c'est un soutien positif* » (Vanessa, 2018), mais elle exprime le manque : « *Je voudrais bien avoir plus, mais je ne peux pas* ». Lorsque je demande à Vanessa à quelle hauteur elle estime le soutien spirituel, elle me répond tout de suite 5 et dit : « *Parce que je me cultive à la bible, la religion, la spiritualité, je réfléchis. Parce que la bible, c'est quand même important. [...] Ça m'aide dans ma maladie, [...] dans ma dépression* » (Vanessa, 2018). Cependant, au fil de la conversation, elle change de discours et nuance ses propos, expliquant que quand elle va mal, « *la spiritualité, elle est pas là* » (Vanessa, 2018).

#### 6.1.4 Analyse du soutien des professionnel-le-s

L'estimation concernant le soutien des professionnel-le-s a presque été unanime. Rachel, Tom, Nadia et Vanessa ont tous donné une très bonne estimation concernant le soutien professionnel. Elles et ils ont également donné des éléments similaires pour caractériser ce soutien.

Rappelons que Farkas disait que le soutien professionnel devrait se faire le plus discret possible afin de permettre aux personnes d'être acteurs et actrices de leur réhabilitation psychosociale. Vidon (1995), quant à lui, dit que : « *les médecins, les institutions médicales, les "dispensaires"... sont naturellement des partenaires indispensables. Dans la phase de réhabilitation, le "médical" est nécessaire mais non "premier". Il ne doit pas être dominant* » (p. 237), comme dit dans la partie théorique, les familles n'ont pas et ne sont pas toujours impliquées. Vidon explique que « *famille et éléments du corps social* » se doivent d'être « *partenaires* » (ibid.)

Il serait intéressant de voir si ce soutien professionnel peut constituer un frein à l'autonomie. Les quatre entretiens que j'ai menés ne me permettent pas de tirer de conclusion à ce sujet. Comme nous le verrons plus tard dans les besoins, Nadia et Tom ont manifesté leur besoin d'autonomie. Ni l'un ni l'autre n'a énoncé le soutien professionnel comme un frein.

#### 6.1.5 Analyse du soutien des proches

Selon Planas et Rengade (2018) la maladie impacte la plupart du temps de manière négative les relations avec les proches et la famille (p. 197). En analysant les contacts des quatre personnes que j'ai interviewées, on peut remarquer que comme Planas et Rengade (2018) le disent, la maladie peut avoir un impact négatif sur les contacts que la personne souffrant de troubles psychiques entretient. A l'instar de Tom qui dit ne pas comprendre pourquoi son frère ne vient pas le voir quand il est à l'hôpital. Nadia dit également comprendre que sa situation peut être difficile à vivre pour son entourage.

Mais Planas et Rengade (2018) ajoutent : « *On sait que le réseau social peut d'autant plus jouer un rôle de soutien qu'il est étoffé et que les relations sont entretenues* » (ibid.). Cela voudrait dire



qu'effectivement, la maladie dégrade les relations entre les proches et les personnes souffrant de maladie psychique, mais si ces relations existent, elles peuvent jouer un rôle de soutien pour la personne souffrant de maladie psychique comme le dit Vidon (1995) « *La famille est souvent un "lieu" de soutien et de réhabilitation pour les malades. Ceux qui n'en ont pas, les délaissés aussi, ont bien peu de chance de trouver une voie d'accès à la vie sociale* » (p. 228).

Le cas de Rachel représente une bonne illustration de cette théorie. Elle rapporte en effet que lorsqu'elle va mal, elle peut compter sur le soutien de ses proches, mais seulement les plus proches qui sont sa sœur et son compagnon. Elle dit quand elle parle d'eux : « *Mais ces deux ils comprennent, ils disent, ouais elle est mal ou comme ça* » (Rachel, 2018). Car Rachel dit qu'elle n'a pas envie de voir d'autres personnes quand elle va mal : « *Moi j'ai tendance [...] à faire des rendez-vous avec des personnes dans des phases où je suis positive, parce que sinon je me dis, mais non tu peux pas ou je suis trop négative et tout* » (Rachel, 2018).

En dehors de la compréhension de ses proches, Rachel parle également de la valorisation de son entourage par rapport à sa tentative de suicide « *Ça c'est des choses qui valorisent mon entourage* » (Rachel, 2018). Rachel m'explique pendant l'entretien qu'elle était très à l'aise avec le fait de parler de sa tentative de suicide. Elle me dit ne pas comprendre les personnes qui parlent de courage : « *Il y a même des gens qui me disent, moi j'aurais pas le courage* » (Rachel, 2018). Elle me retourne d'ailleurs la question et me demande s'il faut du courage pour ça. Je lui dis que je n'ai pas de réponse à cette question. Rachel continue sur le thème d'EXIT<sup>15</sup> : « *Et puis moi, je trouve EXIT très bien, c'est une chose que je trouve vraiment super. EXIT si vraiment on est malade...* » (Rachel, 2018).

Je suppose que même si Rachel est heureuse de vivre aujourd'hui, elle considère qu'on ne lui a pas laissé le choix. D'ailleurs, sa remarque concernant EXIT l'illustre, car dans le cadre de cette institution les personnes font le choix de mourir. Nous n'avons pas plus épilogué concernant ce thème, car il était un peu éloigné de ma problématique, mais ce serait un sujet intéressant pour un autre travail de Bachelor.

Lors de l'entretien avec Nadia, j'ai pu ressentir ce manque qu'éprouvait Nadia concernant le soutien que ses proches pourraient lui donner. Même si elle dit comprendre ce que ses proches peuvent ressentir, elle dit également qu'elle aimerait une meilleure entente, afin qu'ils puissent réellement devenir un soutien. On comprend également aux dires de Nadia qu'elle regrette de ne plus être avec son ex-compagnon, mais cette partie sera développée plus en détails dans la partie besoin de Nadia.

L'analyse du soutien des proches de Vanessa s'avère complexe. En effet, en début d'entretien, elle parle du soutien de son compagnon ainsi que de celui d'une amie. Elle évoque également son fils et une tante qui représentent la seule famille qu'elle a en Suisse, mais ensuite toutes les réponses qu'elle me donne portent sur son compagnon. Ses propos sont difficiles à suivre. Elle parle de son compagnon très négativement quand il s'agit du respect (cf. 6.5.4 Vanessa). Elle dit également qu'il n'est pas venu la voir quand elle était hospitalisée : « *Il était pas toujours là quand j'étais hospitalisée, il avait pas envie de venir toujours me voir* » (Rachel, 2018). Mais lorsque je lui ai demandé d'évaluer de manière chiffrée à quelle hauteur ce soutien se monte, elle m'a dit 4. Cela était et reste une énigme pour moi. Je suppose que Rachel n'a pas beaucoup de contacts et qu'elle préfère avoir un mauvais contact qu'aucun contact du tout.

Vidon (1995) explique qu'en tant qu'adulte souffrant de maladie psychique, vivre avec ses parents n'aide pas forcément à l'autonomie, mais cela représente une source d'attention, de soins et d'affection dont chacun a besoin, malade ou non (p. 228).

---

<sup>15</sup> EXIT est une association suisse qui milite pour « *le droit de mourir dans la dignité* ». EXIT « *lutte contre l'acharnement thérapeutique* » (Baechler, 2019)

### 6.1.6 Analyse des autres soutiens

Le soutien matériel n'en était pas un pour Tom, alors que pour Vanessa, il signifie beaucoup. Rachel et Nadia ont dit que c'était plutôt un soutien par défaut, car avoir un appartement par exemple, était mieux que de ne pas avoir d'appartement du tout.

Le travail été également une notion importante pour les quatre personnes. Il a beaucoup aidé Rachel à sortir plus tôt de la clinique dans un premier temps et à devenir active dans un second temps, car elle ne voulait pas laisser tomber ses employeurs. Comme déjà mentionné dans la théorie, pour Leguay et al. (2008) mais également pour Vidon (1995), le travail peut être une ressource considérable, mais seulement si la personne est investie dans ce qu'elle fait, comme c'est le cas pour Rachel. Dans le cas de Tom par exemple, je n'ai pas l'impression que son travail d'arbitre l'ait aidé dans sa réhabilitation, c'était même plutôt un fardeau, il en parle comme d'une obligation « *C'est plus compliqué que ça [...] j'ai pris une nouvelle fonction. Je suis convocateur, donc c'est moi qui mets les arbitres à chaque match [...] samedi, j'étais obligé d'aller au match. Il n'y a personne qui peut me remplacer* » (Tom, 2018).

La spiritualité quant à elle, est insaisissable, je n'ai d'ailleurs pas trouvé beaucoup de théorie à ce sujet, dans « Résilience, spiritualité et réadaptation » : « *La spiritualité est l'un des facteurs qui permettent à l'être humain de donner du sens à sa vie [...] à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie* » par exemple. (Chouinard, 2009, p. 89). Dans cet article est fait un lien entre résilience et spiritualité. La résilience est ici définie comme « *la capacité à rebondir à la suite d'un événement malheureux* » (APA, 2010, cité par Chouinard, 2009, p. 90). Selon Chouinard (2009), la spiritualité pourrait faciliter la résilience. Autant la présence de professionnel-e-s compétent-e-s ou de proches est une condition sine qua non, autant la spiritualité peut jouer un rôle ou non.

## 6.2 Signification de la sortie de clinique

La sortie de la clinique a été significative pour les quatre personnes. Pour Rachel, il était important de ne pas rester trop longtemps à la clinique, afin de ne pas perdre son travail : « *Je suis sortie avant terme, donc ils auraient voulu me garder* » « *J'ai vraiment dû signer [...] pour sortir d'un FU (PAFA), il faut pouvoir, parce que c'est comme un arrêt de police [...] Moi, j'étais pendant 3 semaines enfermée* » (Rachel, 2018). Mais comme vous le verrez plus loin, il était également important pour elle de ne pas rester aussi longtemps à la clinique que lors de sa première hospitalisation.

Tom m'a dit qu'en sortant de la clinique il a tout de suite pensé : « *Youppie, c'est la dernière fois, je n'y mettrai plus les pieds* » (Tom, 2018). Comme lors de notre entretien, la date de sa future entrée à la clinique était déjà connue, il était assez ironique sur ce qu'il avait pu penser au moment de sa sortie passée : « *Sur le moment ce qu'on pense, c'est qu'on a quand même réussi à faire un bout de chemin dans sa tête, qu'on croit avoir compris les choses qui nous ont fait mal et qu'on croit avoir compris aussi pourquoi on est tombé aussi bas* » (Tom, 2018).

Il y a eu de la déception pour les proches de Nadia lorsqu'elle est sortie de la clinique « *Je pense que mon entourage pensait que j'allais en profiter autrement de ce séjour, que j'allais vraiment changer du tout au tout, que je serais vraiment différente d'avant* ». Elle dit également « *ça n'a pas changé parce que je suis revenue en fait, à la situation que j'avais avant, voir même pire ça a été juste quelque part, un moment où j'étais loin de chez moi* » (Nadia, 2018). Pour Nadia la signification de la sortie de la clinique a plus été un échec.

Pour Vanessa, la signification était très simple : « *Un soulagement, j'étais bien. J'étais prête pour sortir* » (Vanessa, 2018).

## 6.3 Impact de l'hospitalisation

L'impact que peut avoir une hospitalisation peut varier d'une personne à l'autre. Concernant les quatre personnes que j'ai interviewées, il y en a deux chez qui l'hospitalisation n'a pas eu beaucoup

d'impact. Quand je lui pose la question, Rachel dit directement « *Ca m'a pas trop choquée* » (Rachel, 2018). L'hospitalisation n'a pas beaucoup eu d'impact sur Tom non plus : « *Je ne sais pas si ça a vraiment influencé ma vie...comme c'était la troisième...* » (Tom, 2018). Pour Nadia l'hospitalisation n'a pas été à la hauteur de ses espérances : « *[L'hospitalisation] ça a été comme un chapitre de ma vie qui a été ouvert puis refermé* » et elle ajoute également : « *Pour moi, ça a signifié... l'essai d'un nouveau départ, mais ça a complètement raté* » (Nadia, 2018).

C'est intéressant, car tous trois ont interprété l'impact avec une consonance négative. Les deux premiers en se défendant d'avoir eu une hospitalisation avec des effets négatifs et la troisième en énonçant qu'effectivement l'hospitalisation avait été négative à ses yeux. Il n'y a que Vanessa qui exprime des faits positifs du premier coup « *J'ai fait des connaissances* », « *J'ai appris à voir la vie d'une autre façon...* » (Vanessa, 2018). Par la suite Rachel exprime des éléments positifs. Elle a gagné une nouvelle confiance : « *une certaine résolution de me dire que je suis capable de gérer ma vie* » (Rachel, 2018).

### 6.3.1 Hospitalisations antérieures

Rachel et Tom font un parallèle avec leurs hospitalisations antérieures. Tom par exemple explique qu'il y a eu une nette différence entre sa première hospitalisation et les suivantes. « *La première a beaucoup influencé ma vie, parce que ça fait mal d'avouer qu'on est malade, qu'on a un problème psychique* » (Tom, 2018). En plus de l'entrée à la clinique, lors d'une première hospitalisation, il y a cette prise de conscience que l'on est malade et que ce n'est peut-être pas qu'une crise passagère.

Tom explique également qu'il n'a pas été soutenu de la manière la plus adéquate lors de sa première sortie « *J'ai eu une première sortie difficile où j'ai pas eu du tout de suivi [...] j'ai fait trois mois là-bas, on m'a dit au revoir, vous pouvez sortir. [...] C'est pour ça que pour moi, le suivi psychiatrique est très important à la suite d'une hospitalisation* » (Tom, 2018). C'est pourquoi lorsque nous avons parlé du soutien, Tom a mentionné l'extrême utilité du soutien professionnel. Vidon (1995) affirme que la sortie de la clinique est un moment « *capital* », il parle dans son ouvrage « *d'externement abusif* », c'est-à-dire que « *les sorties sont décidées et imposées sans que quiconque ne soit assuré que les conditions matérielles et morales qui l'attendent ne dépassaient pas les capacités d'organisation du malade, ses moyens financiers, ses énergies psychiques et sa force d'âme* » (p. 235).

Rachel quant à elle explique la différence qu'il y a entre une longue et une courte hospitalisation « *Ce qui est aussi très important, c'est aussi le temps qu'on passe stationnairement, très important. Entre 3 et 16 semaines, il se passe tellement beaucoup* » et d'ajouter « *16 semaines, là c'est la cata quand vous sortez, vous avez l'impression que vous savez même plus où est la Migros* » (Rachel, 2018). Elle parle également de certaines habitudes qu'elle a prises à la clinique, le fait qu'elle ait à manger à heures fixes par exemple et qu'il est dur de se remettre à faire ses courses lorsque l'on sort. Rachel dit également qu'elle a vu passer les saisons lors de sa première hospitalisation. Tous ces éléments ont contribué à sa résolution de ne plus rester si longtemps hospitalisée et qu'elle ait tout fait pour se remettre sur pieds rapidement. Rachel est convaincue que les longues hospitalisations ne sont pas toujours bénéfiques. Ce que Tom puis Rachel évoquent, Vidon (1995) en parle également en ces termes :

« *Les milieux institutionnels ont souvent tendance à surprotéger les gens ; cependant dès que les patients sont renvoyés dans la communauté, la protection est souvent faible ou inexistante : ce "fossé" entre champ thérapeutique et champ social doit nous alerter et nous conduire à construire pour les malades les plus dépendants des "espaces intermédiaires" leur permettant de conserver la maîtrise de leur vie et de vivre un quotidien satisfaisant* » (p. 20).

Lors de ma formation pratique à Soleure, j'ai entendu un discours similaire de la part d'un médecin qui disait, particulièrement pour les personnes souffrant de bipolarité, qu'il fallait repérer « le moment » où la personne était stable et stopper l'hospitalisation rapidement. Si ce moment était loupé, il y avait de grandes chances pour que la personne replonge en crise et que son hospitalisation

dure beaucoup plus longtemps. La raison, toujours d'après ce médecin, était que la personne avait une sorte d' « audience » à la clinique et qu'elle s'y complaisait.

### 6.3.2 Violence dans les soins

Vanessa aborde un point qu'elle est la seule à mentionner avec des détails. Elle dit que l'hospitalisation l'a remise sur pied, qu'elle ne se sentait pas bien en arrivant et qu'elle allait mieux après mais elle dit également que c'était un soulagement à cause de la méthode de soins qu'elle a subie. « *Parce qu'ils ont des manières de soigner un peu violentes, des fois...* » « *Ils t'enferment dans la chambre pendant quelques jours et puis ils te donnent une injection dans les fesses et puis tu es KO pendant quelques jours* » (Vanessa, 2018). Même si je n'en ai rien laissé paraître pendant l'entretien avec Vanessa, ces propos m'ont questionnée. Pour reparler de ma formation pratique, bien entendu je ne travaillais pas dans les soins, mais je voyais comment les patient-e-s étaient traité-e-s. De mon point de vue extérieur, je n'ai pas vu de violence à proprement parler. Mais il y avait effectivement des chambres d'isolement fermées à clé où étaient placé-e-s les patient-e-s qui étaient trop violent-e-s ou agité-e-s. Comment ces patient-e-s ont vécu cet isolement m'est inconnu et peut-être l'ont-elles et ils mal vécu. Je n'étais pas là également lors de l'hospitalisation de Vanessa, ce qui m'empêche de juger de la violence effective ou non de certains soins.

Tom parle brièvement de sa première hospitalisation qui, comme dit plus haut, n'a pas été simple. Il dit simplement : « *On m'avait pas vraiment bien traité* » (Tom, 2018).

Je pense que le ressenti de la qualité des soins pendant l'hospitalisation est subjectif et ne dépend pas seulement des professionnel-le-s qui y travaillent, mais aussi de l'état d'esprit dans lequel la personne souffrant de maladie psychique se trouve au moment de l'hospitalisation. Finalement, les quatre personnes interviewées étaient très contentes du soutien des professionnel-le-s après la sortie de la clinique. Je ne veux pas minimiser la possibilité de violences, mais les entretiens que j'ai menés ne me permettent pas d'analyser plus profondément ce sujet.

## 6.4 Impact de la maladie

L'impact de la maladie est caractéristique à chaque personne. Rachel, qui a un passé de troubles de la nutrition, dit par rapport à eux « *Les troubles alimentaires, ça sera toujours là* » (Rachel, 2018). Elle explique que même si elle n'a plus de crises ou de troubles alimentaires en soi, elle ne pourra plus jamais manger de la même manière. Concernant la dépression Rachel dit de l'impact qu' « *il est omniprésent, mais il est gérable* » et que la dépression « *c'est aussi un truc qu'on peut bien cacher* » (Rachel, 2018).

Lorsque je demande à Tom quel est l'impact de la maladie sur lui, il répond précipitamment « *Elle m'influence pas beaucoup* », mais ajoute directement après « *... ben en fait, si. Ça dépend de la période. Maintenant, je peux dire qu'elle m'influence, parce que je suis de nouveau retombé dans un état assez problématique* » (Tom, 2018). Il s'avère que Tom fonctionne assez bien lors des périodes où il est stable, mais ne fonctionne plus en période de crise. Donc à mon sens, la maladie a un fort impact, car ce sont les périodes de crises qui sont de toute façon problématiques. Une question à laquelle il serait intéressant de répondre, est : qu'est ce qui déclenche les crises ?

Pour Nadia l'impact rime avec solitude, quand je lui pose la question, elle répond : « *De l'isolement, beaucoup d'isolement, d'incompréhension, de conflit [...] que du négatif, évidemment...* ». Nadia est la seule des quatre personnes que j'ai interviewée qui a une sévère maladie physique. « *Si je compare mes douleurs physiques, que j'ai depuis la naissance, dues au spina-bifida, aux douleurs psychiques, elles sont beaucoup plus dures à gérer au quotidien que mes douleurs physiques* » (Nadia, 2018). Je trouve la comparaison qu'elle fait entre maladie psychique et physique intéressante et ce serait un point à approfondir dans un autre cadre que celui de ce travail.

La réponse de Vanessa à cette question est plus vague que celle des autres, je dois répéter plusieurs fois pour qu'elle comprenne ce que j'entends, finalement elle me dit « *Des fois, je suis plus triste que les autres personnes* » (Vanessa, 2018), elle explique ensuite que lorsqu'elle n'est pas bien, les médicaments sont très aidants.

#### 6.4.1 Médicaments

Je n'ai jamais posé de questions concernant les médicaments, mais le thème est revenu lors de trois entretiens.

Rachel parle des médicaments comme d'une bénédiction, elle précise par contre, qu'elle ne voudrait jamais prendre de somnifères. « *C'est un cadeau du ciel pour la psychiatrie [...] parce que sans, je ne sais pas comment on ferait* », « *J'ai presque un amour pour les médicaments* » (Rachel, 2018). Même si elle ne l'a pas dit textuellement, les médicaments semblent influencer sa vie de manière positive.

Tom, lorsqu'il parle de sa maladie, dit : « *La seule influence que ça a par rapport à d'autres personnes c'est que je dois prendre des médicaments* » (Tom, 2018). Lorsque nous approfondissons le sujet, je lui demande quel genre d'influence cela a et il répond qu'en fait, il n'y a pas vraiment d'influence, car il est habitué et les prends depuis 8 ans. Il ajoute que « *les autres personnes le voient pas, moi seul le sais ou bien si j'ai envie d'en parler, j'en parle, mais pour moi c'est pas un défaut.* » (Tom, 2018). Donc même s'il dit au départ que c'est la seule influence, il s'avère en fait que ce ne soit qu'une différence.

Vanessa a parlé très rapidement du thème des médicaments, car elle revenait tout juste de son injection mensuelle d'Abilify<sup>16</sup>. Elle dit par rapport à cela : « *J'arrive presque pas à parler, c'est parce que je viens de la faire maintenant [...] les 3 premiers jours, c'est un peu...* » (Vanessa, 2018). D'après elle la prise du médicament affecte son habilité à parler. Je me suis posé la question de l'influence que pouvait avoir eu ce traitement sur les réponses de Vanessa lors de notre entretien.

Vanessa a toujours dit qu'elle n'avait pas de diagnostic clair, elle a toujours parlé de « hauts » et de « bas », parfois elle a nommé sa maladie dépression. Lors de l'écriture de cette analyse, j'ai cherché ce qu'était le médicament « Abilify » que prenait Vanessa et j'ai été surprise de constater que ce médicament était prescrit lors de schizophrénie et bipolarité.

#### 6.4.2 Diagnostic

Comme je viens de le mentionner dans le cas de Vanessa, il était compliqué pour moi de me faire une idée de son diagnostic. Je me rends compte également en ayant entendu les quatre personnes que j'ai interviewées que le diagnostic qu'elles s'auto-attribuent et le diagnostic qui est attribué par le médecin peut être bien différent.

Est-ce que, comme mentionné dans le monitoring de la santé psychique en Suisse, les symptômes de Vanessa n'étaient pas assez clairs ? : « *Si les indices et les symptômes ne sont pas suffisamment marqués et persistants, aux yeux du spécialiste appelé à poser un diagnostic, pour remplir les critères d'une maladie psychique ou d'une indication thérapeutique, on parle de stress, de souffrance ou de problèmes psychiques* » (Schuler et al., 2016, p. 10). Mais pour continuer avec Vanessa, s'il était impossible pour un psychiatre de poser un diagnostic, comment ce dernier a-t-il fait pour lui prescrire les médicaments correspondants ? La recherche que j'ai effectuée sur le médicament qui était prescrit à Vanessa me pose question. Comment prescrire un médicament sans diagnostic ? Il est également possible que Vanessa ait un diagnostic, mais qu'elle n'ait tout simplement pas voulu me le confier.

Dans certains cas, la pose d'un diagnostic peut s'avérer salvatrice comme l'explique Nadia Garnoussi (2012) « *En parlant de leur dépression comme d'une authentique "maladie", les acteurs sont*

---

<sup>16</sup> Abilify est un médicament indiqué lors de traitements pour la schizophrénie ou les épisodes maniaques lors de bipolarité (Compendium, 2017)

*conscients qu'ils accèdent à une forme positive de reconnaissance* » (p. 20). Dans l'article, il n'est pas seulement fait mention du manque de diagnostic, mais également du fait que la dépression n'était pas considérée comme une « vraie » maladie. Le soulagement vient non seulement de la pose du diagnostic, mais également du fait que la dépression est aujourd'hui « dûment identifiée et objectivable » comme maladie (Garnoussi, 2012, p. 67).

La pose du diagnostic permet de mettre un nom sur ce dont on souffre et permet de prescrire le traitement approprié, mais dans d'autres cas comme le disent Bellier-Teichmann et Pomini (2018) « *Le diagnostic agirait telle une prophétie auto-réalisatrice, favorisant notamment la réinterprétation des conduites du patient à l'aune de son diagnostic* » (p. 290). Si le diagnostic s'avérait être erroné, la personne pourrait agir comme si elle souffrait vraiment de la maladie qu'on lui a attribuée.

Comme dit dans la partie maladie psychique de la théorie : « *Dans nombre de cas, il est impossible d'affirmer où se situe exactement la limite entre « malade » et « en bonne santé »* » (Jacobi & Barnikol, 2015, cité par Schuler et al., 2016, p. 10). Il est donc compliqué de poser un diagnostic sans conséquence, par défaut le diagnostic peut considérablement influencer la vie de la personne souffrant de maladie psychique.

## 6.5 Besoins

Lors de ces entretiens, j'ai essayé de faire ressortir les besoins de chaque personne. Quand je demandais quelles étaient leurs attentes ou leurs souhaits, le but était de trouver les besoins derrière ce que les personnes énonçaient. Elles et ils m'ont répondu, en vrac : besoin de vacances, de travailler ou de voir des gens. Il était compliqué de trouver vraiment le besoin qui se cachait derrière ces affirmations, premièrement car les personnes n'ont pas forcément conscience de leurs réels besoins et deuxièmement, car je ne suis pas formée à faire passer ce genre d'entretien. A force de demander et de chercher la signification des propos des personnes interviewées, il est ressorti une liste qui, je pense, est utilisable. Les besoins sont répertoriés plus en détails en annexe.

### 6.5.1 Rachel

Pour Rachel, ses besoins étaient : Se prouver à elle-même qu'elle était capable d'accomplir quelque chose, l'indépendance financière, le besoin que quelqu'un ait besoin d'elle, un environnement sécurisé et être valorisée/aimée comme elle est.

Le besoin de se prouver à elle-même qu'elle était capable d'accomplir quelque chose s'est manifesté par le besoin de travailler. Elle disait : « *Je veux pas être trop dépendante de je sais pas tout quoi* », « *[Je veux] me prouver moi-même que je puisse de nouveau travailler et participer à la vie* » (Rachel, 2018). Rachel a retravaillé tout de suite après sa sortie de l'hôpital psychiatrique, elle travaillait pour plusieurs employeurs (de petites entreprises<sup>17</sup>). Elle s'est dit : « *non je peux pas les laisser trop longtemps* » (Rachel, 2018). Rachel estimait ce besoin à 3 lors de sa sortie (dans une échelle de 1 pour le plus mauvais à 5 pour le meilleur). Elle disait qu'elle espérait « *être capable de travailler plus* » (Rachel, 2018). Maintenant qu'elle travaille à 60%, elle estime que ce besoin est satisfait à hauteur de 4.5, voire 5. La seule chose qui lui manque est d'avoir un meilleur salaire que ce qu'elle a actuellement.

L'indépendance financière est également une valeur très importante pour Rachel « *Ce qui est très important c'est de pas avoir de dettes. [...] On a été éduquées [...] ma sœur et moi, pour être à jour* » (Rachel, 2018). Elle explique que l'hospitalisation n'a rien changé à son statut financier « *ça m'a pas fait un trou dans le portemonnaie* » (Rachel, 2018). Elle estime d'ailleurs le niveau de satisfaction de ce besoin déjà à 4 et, comme dit plus haut, la seule chose qui lui manque est un salaire plus conséquent.

---

<sup>17</sup> Ndla



Le besoin que quelqu'un ait besoin d'elle était au plus bas lorsque Rachel est sortie de l'hôpital, elle le situait à 1. Ce qui a changé sa vie – elle le cite même comme un moment clé – c'est « *Au moment où j'ai décidé quelle race de chien* » (Rachel, 2018). « *Prendre un chien* » était très important pour elle « *Parce que sinon, je suis trop souvent seule* ». Par la suite « *on s'est mis de nouveau ensemble mon ami et moi et puis ma sœur comment dire... elle m'a pardonné* » (Rachel, 2018). Ces éléments étaient les conditions pour passer à l'échelon supérieur.

Concernant l'environnement sécurisé, il y a plusieurs éléments dont Rachel a besoin pour se sentir en sécurité. Elle estimait déjà être à 5 au niveau de ce besoin grâce à sa voiture : « *C'est comme dans un cocon, comme sous mon duvet* », « *C'est [également] d'être indépendante, quand je pars, où je m'arrête et puis pas voir d'autres figures que t'as pas envie de voir* » (Rachel, 2018). Mais également grâce à son appartement et à son lit : « *Si vous me demandez qu'est-ce que tu préfères dans ta vie, je dirais dormir* » (Rachel, 2018). Plus tard lorsque je demande à Rachel de classer les besoins dans l'ordre des priorités, elle dit que l'environnement sécurisé passe avant le besoin que quelqu'un ait besoin d'elle : « *Mais avant c'est la sécurité, parce que si je me sens pas bien où j'habite...* » (Rachel, 2018).

Pour le dernier besoin, soit « être aimée comme elle est », Rachel a appris grâce à l'hospitalisation « *de vraiment voir qui m'apporte quelque chose* », « *cette valorisation, ils sont vraiment restés, ils m'aiment comme je suis* » (Rachel, 2018).

Tout à la fin de l'entretien, un besoin a refait surface. Rachel m'explique qu'elle a peur de la nouveauté et qu'écrire lui fait du bien. Je me rappelle alors que tout au début de l'entretien, concernant les activités, Rachel avait évoqué le fait qu'elle écrivait dans un agenda, mais cela ne m'est plus venu à l'esprit lorsque nous avons parlé des besoins. Quand elle parle de l'écriture voilà ce qu'elle en dit : « *Ecrire et puis faire le jour... la journée finie en écrivant [...] ça c'est très important pour moi [...] si par exemple, je suis très mal et puis un ou deux jours je peux pas écrire, je me dis, mais là, il y a quelque chose qui...* » et également : « *Le passé a beaucoup d'importance, parce que le futur me fait en général trop peur* » (Rachel, 2018).

Comme dit plus haut, l'entretien avec Rachel a été le plus long et j'aurais aimé plus approfondir le sujet de l'écriture, mais cela aurait prolongé encore cet entretien. Je lui ai quand même demandé pourquoi elle ne l'avait pas mentionné lorsque nous avons parlé des besoins et elle a dit : « *Ca fait tellement partie de moi* » (Rachel, 2018).

### 6.5.2 Tom

Quand nous avons commencé à parler des besoins, Tom a tout de suite dit : « *Pas des choses* ». Il a d'abord mentionné ce dont il n'avait pas besoin. Par la suite, il a mentionné trois besoins : « le contact avec les gens », « retrouver l'autonomie » et « se prouver qu'il est capable ».

Tom a des contacts avec sa famille, particulièrement avec ses parents. Il dit : « *Je retourne chez mes parents quand je me sens pas bien, pour que je me sente entouré et pas que je fasse de bêtises* » (Tom, 2018). Il estime la satisfaction de ce besoin à 4, car il dit : « *J'ai écouté les conseils que [...] ma psychologue et mon infirmière en psychiatrie m'ont donnés et puis j'avais des gens à qui parler aussi, que je pouvais entendre parler surtout, parce que c'est pas moi qui mène la conversation* » (Tom, 2018). Selon Tom, ce qu'il manque pour que cette estimation augmente, est la diversité des personnes à qui il parlait : « *Je parlais toujours aux mêmes personnes* » (Tom, 2018).

Concernant l'autonomie, Tom explique à plusieurs reprises que ses parents sont un soutien lorsqu'il va moins bien, mais que c'est aussi ce qui fait qu'il perd de son autonomie : « *Il y a beaucoup de choses que je ne fais plus, comme la vaisselle, à manger ou bien mes lessives. Donc tout ça, à la sortie de l'hospitalisation je commençais à refaire. Donc ce sont des choses banales peut-être, mais ce sont des choses qu'il faut réapprendre à faire et puis qui prennent un peu de temps à remettre en place* » (Tom, 2018). Tom estime que ce besoin est satisfait à hauteur de 3 lors de sa sortie. Il dit que ce qu'il

lui manquait était : « *L'organisation de la journée et puis aussi, le rappel des tâches [...] se rappeler comment ça fonctionne [...] se rappeler dans quel sens il faut faire à manger* » (Tom, 2018).

Tom explique que pour se prouver qu'il était capable, il a pu avoir le soutien de sa psychologue : « *Ma psychologue qui a beaucoup travaillé avec moi là-dessus, qui m'a donné beaucoup d'exercices, qui m'a engueulé parfois, pour me dire Tom, maintenant vous arrêtez* » (Tom, 2018). S'il estime la satisfaction de ce besoin à 2 à la sortie de la clinique, il dit aussi qu'il était déjà parvenu à l'échelon supérieur grâce aux techniques de sa psychologue.

### 6.5.3 Nadia

Les quatre besoins fondamentaux que Nadia a éprouvés après son hospitalisation étaient : « la valorisation d'elle-même », « les contacts », « le besoin de se sentir aimée » et « l'autonomie ».

Lorsque Nadia parle de valorisation, elle met en avant que c'est surtout par rapport à elle-même : « *la valorisation de moi-même par rapport à mon propre regard sur moi, sur ma vie en général* » (Nadia, 2018). Lorsque qu'elle évalue ce besoin, elle l'estime à 3 car : « *C'était pas la situation rêvée, mais je m'en suis accommodée [...] c'était mieux que rien* » (Nadia, 2018). Elle dit qu'il faudrait : « *Que je sois dans une situation qui mette mieux en valeur mes capacités en fait* » (Nadia, 2018).

Nadia estime la satisfaction de son besoin de contacts à 1, elle dit : « *Il est pas satisfait du tout, parce qu'il y en a pas* » (Nadia, 2018). Ce qui lui manque pour que cette estimation augmente, est une meilleure entente avec sa famille, selon elle.

Par rapport au besoin de se sentir aimée, Nadia évoque son ex-compagnon en ces termes : « *Je voulais régler mes problèmes avec mon ex. [...] Parce que je voyais une vie avec lui, je voyais des enfants, je voyais un mariage...* » (Nadia, 2018). Elle estime que ce besoin était satisfait à 1 lors de la sortie de la clinique et qu'il faudrait de l'écoute et du dialogue pour que cela augmente.

Nadia n'a pas épilogué concernant le besoin de se sentir comme les autres, de trouver sa place. Quand je lui ai demandé comment elle pourrait passer à l'échelon supérieur, elle a simplement dit : « *Je ne sais pas* » (Nadia, 2018).

Concernant l'autonomie Nadia explique : « *[Je ne voulais] pas forcément devoir retourner chez mes parents... gérer mon appartement, gérer ma vie de couple, gérer mon quotidien, retrouver du travail* » (Nadia, 2018). Elle estime ce besoin également satisfait à hauteur de 1 à la sortie de la clinique et pour que cela s'améliore, Nadia dit qu'elle aimerait : « *Que la dépression s'arrête, quoi !* » (Nadia, 2018).

### 6.5.4 Vanessa

Vanessa a mentionné cinq besoins lors de l'entretien : « l'amour », « avoir de la joie », « le respect », « la stabilité financière » et « la stabilité mentale ».

Elle estime que son besoin d'amour était satisfait à 4 lors de sa sortie de clinique. Elle explique « *qu'il y avait moins de disputes avec mon copain* » (Vanessa, 2018). Cependant, lorsque je lui ai demandé comment passer à l'échelon supérieur, elle évoque moins de disputes et plus de compréhension de la part de son compagnon.

Le deuxième besoin a été difficile à identifier, car Vanessa parlait beaucoup de ses vacances comme d'un besoin. En creusant un peu, Vanessa a identifié ce besoin de vacances comme un besoin de joie. Elle a évalué la satisfaction de ce besoin à 5, car : « *Ça a changé, entre être hospitalisée et pas être hospitalisée, j'étais libre* » (Vanessa, 2018). Le fait même de sortir de la clinique a tout changé pour Vanessa. Hormis ces deux aspects, Vanessa a également mentionné son enfant, ainsi que son compagnon : « *La joie de voir mon enfant, l'envie de voir mon copain à la maison* » qui seraient des éléments permettant de placer la satisfaction de ce besoin à 5.



Le respect est une valeur importante pour Vanessa, elle dit : « *Quelqu'un qui manque de respect, ça ne signifie plus rien pour moi. Ça sert à rien. Il est nul pour moi, il est comme un animal* » (Vanessa, 2018). Elle estime que ce besoin était satisfait à 1 lors de sa sortie car : « *Avec mon copain, ce n'est pas très satisfaisant. [...] On commence à se disputer pour des conneries et puis on finit, des fois, par se frapper* » (Vanessa, 2018). Pour que cette estimation change, Vanessa souhaiterait plus d'équité ainsi qu'un changement de comportement de la part de son compagnon.

Concernant la stabilité financière, Vanessa dit : « *Il y a des mois où à la fin du mois, les deux dernières semaines, je dois toujours demander à quelqu'un qu'il me prête quelque chose* » (Vanessa, 2018). Concernant l'estimation de la satisfaction de ce besoin, Vanessa l'estime à 1 : Elle « *est pas stable du tout* ». Vanessa dit que pour augmenter cette estimation, il lui faudrait plus d'argent. Elle a récemment fait une demande d'AI, rapportant que : « *Je pourrais avoir un appartement et un peu plus d'argent pour vivre* » (Vanessa, 2018).

Le dernier besoin de Vanessa, soit la stabilité mentale, est estimé à 5 lors de la sortie de la clinique. Vanessa explique : « *Quand je suis rentrée [à la clinique] j'étais KO, je commençais à délirer, déprimer* » (Vanessa, 2018). Il y a eu une différence entre le moment où elle est entrée à la clinique et lorsqu'elle est sortie. Vanessa explique également que pour atteindre une stabilité mentale, c'est un tout, qu'il faut atteindre, un équilibre : « *Pour la stabilité mentale, il faut l'amour, la joie, la compréhension et l'argent* » (Vanessa, 2018).

#### 6.5.5 Analyse des besoins

Les besoins de chaque personne sont personnels et individuels. Il est également important de mentionner que les besoins qui sont ressortis pendant les entretiens peuvent changer. C'est-à-dire que si j'avais fait l'entretien à un autre moment, peut-être que j'aurais obtenu d'autres réponses. Les besoins évoluent également dans le temps. Par exemple, Tom qui a été hospitalisé plusieurs fois, n'avait pas les mêmes besoins après sa première hospitalisation qu'après la dernière. Dans le « *Traité de réhabilitation* », Roussel et Callot (2018) disent : « *Les besoins en réhabilitation évoluent en parallèle de l'évolution du parcours et du projet de vie de la personne* » (p. 403).

Un autre point par rapport aux besoins est qu'ils ne sont pas toujours assimilés en tant que tels, comme Rachel qui ne me parle pas de ce besoin d'écriture, alors qu'elle le fait tous les jours et que c'est primordial pour elle. Lorsqu'on demande à quelqu'un de réfléchir sur ses besoins, il y en a certains qui sont tellement ancrés qu'ils ne nous viennent pas à l'esprit lorsque quelqu'un pose la question.

Malgré les différences individuelles et la possibilité d'évolution du besoin chez chaque personne, il y a des similarités entre les quatre personnes que j'ai interviewées.

##### 6.5.5.1 Se prouver (que l'on est capable)

Rachel et Tom parlent tous deux du besoin de « se prouver qu'ils sont capables ». La valorisation dont parle Nadia va aussi dans ce sens.

Pour Rachel, la manière de se prouver qu'elle était capable est passée par le travail, alors que pour Tom c'était plus de l'ordre social, aller vers les gens et renouer le contact.

Il existe un modèle d'entraide appelé « *le clubhouse* » qui est « *un modèle d'entraide entre pairs* ». Le but de cette structure n'est pas d'offrir des soins, mais de proposer un soutien entre pairs. Cela s'appelle de la pair-aidance. Ces clubs sont entièrement gérés par les membres, autant au niveau de l'organisation du programme, qu'au niveau des aspects administratif et financier. Ce modèle « *vise le rétablissement et la réinsertion des personnes ayant des troubles psychiques à travers leur responsabilisation et leur valorisation. Le principe essentiel est l'implication active des membres* » (Franck & Charrier, 2018, p. 219). Lors des cours à la HES-SO de Sierre, on nous avait présenté la CORAASP (Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique (CORAASP,

2019) qui est l'association faîtière chapeautant toutes les organisations d'entraide dans le domaine de la santé psychique en Suisse romande. Nous avons à cette occasion plus particulièrement parlé de l'association valaisanne, l'AVEP (Association valaisanne d'entraide psychiatrique) (AVEP, 2018) avec la visite de Mme Claire-Lyse Cabane, paire praticienne en santé mentale. Le principe de la pair-aidance est que la personne qui devient pair-aidante a été elle-même atteinte dans sa santé psychique. Le but étant de partager ses expériences, c'est une forme de valorisation des expériences des personnes. Pour les personnes atteintes de troubles psychiques, il est parfois plus facile d'écouter quelqu'un qui est passé par les mêmes étapes, il s'agit d'une forme de soutien réciproque (Roelandt et al., 2018).

#### 6.5.5.2 Contact

Tom et Nadia parlent tous deux de retrouver du contact. Pour Tom ce besoin est relativement bien satisfait, car il dit avoir les outils nécessaires, qu'il a reçus par sa psychologue et son infirmière en psychiatrie, ainsi que les personnes à qui parler. Nadia n'a quant à elle mentionné aucune aide d'aucune sorte de la part des professionnel-le-s, de plus le contact avec ses proches est très insatisfaisant.

Nadia parle également du besoin de se sentir aimée et Vanessa du besoin d'amour. Malgré les disputes avec son compagnon, Vanessa a une estimation assez élevée de la satisfaction de ce besoin. Nadia parle de son ex-compagnon avec nostalgie et est très insatisfaite du côté de ce besoin.

Rachel n'a pas à proprement parler de besoin supplémentaire de contacts, puisque les contacts qu'elle a lui conviennent. Elle a par contre beaucoup parlé de son chien qui est, comme déjà mentionné plus haut, très important pour elle. Le besoin qui était ressorti était le besoin que quelqu'un ait besoin d'elle. Lors de notre entretien, un point que je n'ai pas mentionné précédemment est que Rachel avait vraiment de l'amour pour son chien. Elle pouvait également ressentir que son chien lui était fidèle. Les théories parlent beaucoup de la plus value des relations avec des proches lors d'une réhabilitation psychosociale. Je n'ai pas trouvé de théorie traitant des bienfaits de posséder un animal, mais je sais que certaines institutions utilisent des animaux, comme la communauté résidentielle thérapeutique « Chly Linde » qui nous avait été présentée à un cours à la HES. A « Chly Linde » sont accueillies des jeunes filles avec des problèmes psychiques et la thérapie est faite à l'aide de chevaux. La théorie veut que si les jeunes filles arrivent à établir une relation avec le cheval et à lui faire confiance, cela favorisera les relations avec les autres. (Chly Linde Therapeutische Wohngemeinschaft Vorderfultigen, 2016).

Comme mentionné dans la partie théorique sur les besoins, les ressources externes que les patient-e-s souhaitent développer sont, entre autres, les amis et les relations sentimentales. Tom est le seul à parler d'une aide professionnelle par rapport à ce besoin de contact. Concernant Nadia et Vanessa, elles n'ont pas mentionné d'aide de la part des professionnel-le-s. Lorsque j'étais à la clinique à Soleure, les contacts avec la famille, les amis, les compagnes et compagnons étaient également considérés comme primordiaux. Comme nous l'avons vu dans la théorie sur le besoin, la maladie influence négativement les contacts. C'est pourquoi, à la clinique, c'était un aspect qui était thématiqué, afin de préserver les contacts déjà existants. La problématique était abordée, mais dans le cas où le contact était complètement inexistant avec la famille ou des ami-e-s, ce n'était de loin pas la première chose qui était travaillée. Quant à l'amour, c'était un sujet qui était complètement laissé de côté.

#### 6.5.5.3 Autonomie

Tom parle de l'autonomie qu'il perd à chaque fois qu'il fait une rechute ; du fait que ses parents sont un soutien, mais que ce retour chez les siens, cette dépendance, implique qu'il a plus de mal à reprendre son autonomie. Il explique que lorsqu'il va mieux, il reprend petit à petit une routine. Il refait des choses de la vie quotidienne. Pachoud (2018) dans le « Traité de Réhabilitation Psychosociale » explique que les activités du quotidien peuvent aider à la « *remédiation cognitive* »,

que le but de la psychiatrie n'est plus seulement axé sur les symptômes à atténuer, mais également sur l'impact de ces symptômes sur la vie quotidienne. Il convient de restaurer les capacités de la personne à faire ses activités habituelles quotidiennes (p. 33).

Nadia partage également ce besoin d'autonomie. Elle vit aujourd'hui chez ses parents et aimerait retrouver sa vie d'avant. Est-ce le souhait de Nadia ou la pression de la société qui donne envie à Nadia d'être autonome ?

Cette valeur d'autonomie est très forte aujourd'hui comme le souligne Durand (2018). Il existe dans notre société une sorte de « *culte de la performance* ». Comme expliqué dans la théorie, la dépression est considérée comme un échec, dans ce monde de toujours mieux et toujours plus. « *La phrase "Deviens autonome" est devenue une injonction de toutes les institutions qui conduit à contraindre les individus en leur faisant croire qu'ils agissent librement* » (Durand, 2018, p. 126).

L'autonomie peut être vécue comme une pression, mais peut également aider la personne « *à renforcer son sentiment de compétence et favoriser son état de santé et sa qualité de vie* (Williams et al., 1998, cité par Pennel et al., 2018, p. 787).

Vanessa et Rachel ont plutôt évoqué l'indépendance financière qui était un paramètre important pour elles. Il s'agit également d'une forme d'autonomie et comme le mentionne Durand (2018), l'autonomie est souvent pensée par les personnes comme concernant essentiellement leur situation financière (p. 127).

#### 6.5.5.4 Avoir de la joie

Avoir de la joie est le besoin que Vanessa énonce en parlant tout d'abord des vacances. Rachel, même si ce n'est pas un besoin qui ressort comme tel, évoque le « *Vorfreude* » qui n'a pas de traduction littérale en français, mais qui veut dire « *se réjouir à l'avance, pour quelque chose dans le futur* ». Cela ramène également à de nouveau éprouver de la joie.

#### 6.5.5.5 Stabilité mentale

C'est Vanessa qui évoque ce besoin de stabilité mentale, même si les trois autres personnes ne l'évoquent pas comme un besoin fondamental. Il y a quand même Nadia qui dit qu'elle aimerait bien que sa dépression s'arrête et également « *j'aimerais pouvoir faire sans, sans ces professionnel-le-s. J'aimerais pouvoir m'en sortir sans* » (Nadia, 2018). C'est ce qu'elle dit lorsque je lui demande ce qui pourrait améliorer son évaluation de la satisfaction de ce besoin. Comme nous l'avons vu dans la théorie des cinq piliers de Petzold, l'un des piliers concerne le mental. J'avais déjà évoqué que les personnes qui venaient à la clinique de Soleure avaient clairement ce pilier qui était touché. Il apparaît dès lors légitime de vouloir améliorer ce pan de leur vie.

#### 6.5.5.6 Environnement sécurisé

Rachel a beaucoup parlé de sa voiture, qui était vraiment importante pour elle et lui permettait d'échapper aux agressions du monde extérieur. Elle évoque également son appartement et m'a d'ailleurs confié pendant l'entretien qu'elle ne comprenait pas pourquoi les gens changeaient si souvent d'appartement. Un des cinq piliers de la théorie de Petzold se rapporte à la sécurité matérielle. Chez Rachel, cette sécurité est exacerbée. Ce pilier peut l'aider à surmonter des défaillances dans d'autres piliers, par contre si ce pilier devait être touché, cela pourrait entraîner les autres piliers de la vie de Rachel dans la chute.

#### 6.5.5.7 Respect

Le respect est une notion élémentaire, elle a été beaucoup évoquée lors de ma formation. La seule personne qui évoque le respect comme un besoin est Vanessa, mais elle ne l'attribue qu'au comportement de son compagnon qui ne la traite pas comme il faudrait d'après elle. Le respect peut être intégré dans le pilier des valeurs de Petzold. Si l'on analyse les piliers de la vie de Vanessa – en

prenant en compte les informations que j'ai obtenues pendant l'entretien – pour la corporéité : Vanessa a eu ou a encore un problème psychique, son réseau social n'est pas très dense, elle ne travaille pas, concernant la sécurité matérielle, elle n'aime pas son appartement et trouve qu'elle n'a pas assez d'argent ; enfin ses valeurs, dont le respect, sont bafouées. De mon point de vue extérieur, ces piliers ne sont pas très stables et pourraient conduire à la crise.

## 6.6 Commentaire général sur les entretiens

Chaque entretien a été assez différent. L'entretien avec Rachel a été le plus long et j'ai également l'impression qu'elle a été la plus honnête. Ceci n'est qu'une supposition. Le fait que Rachel se trouvait dans une période de sa vie assez stable pourrait expliquer cela. Elle était d'ailleurs tellement franche qu'au court de l'entretien elle m'a dit de but en blanc qu'il y avait une question que personne ne lui avait jamais posée. Je l'ai bien entendu enjointe à me la communiquer et voici ce qu'elle m'a confié : « *Est-ce que vous êtes contente d'être encore en vie ?* » (Rachel, 2018). Cela m'a un peu retournée, je l'ai donc invitée à y répondre et je ne m'attendais pas à cette réponse : « *Ca c'est pas rigolo du coup et puis s'il y a des gens autour qui pleurent. [...] L'état qu'on est après... puis on se réveille et pis merde on s'est raté alors là* » (Rachel, 2018). Ce genre de retournement était inattendu, mais Rachel n'attendait rien de moi, à part de l'écouter.

Tom et Nadia étaient dans une période assez noire. Tom allait se faire hospitaliser quelques jours plus tard et Nadia voyait tout en noir lors de notre entretien. J'avais cette impression que Nadia voulait me vendre une image de ce qu'elle pensait être ma vision d'une personne dans son cas. Je ne sais pas si j'ai pu voir la « vraie » Nadia. Cette vision de la « vraie » personne restera dans mes pensées jusqu'à la fin. Je ne saurai jamais si les personnes m'ont dit ou pas la vérité. De plus, que veut dire vrai ou vérité ? Chacun à sa propre vérité et perception de la réalité.

L'entretien avec Vanessa a été le plus compliqué, car elle n'était pas tout à fait elle-même à cause de la prise de son médicament. Elle avait du mal à se concentrer et ne comprenait pas toujours mes questions du premier coup. Il y avait également la barrière de la langue que je n'ai pas eue avec les trois autres. Vanessa a beaucoup axé ses besoins sur son compagnon. Est-ce que son compagnon était vraiment la seule personne de contact ou Vanessa n'a-t-elle pas compris la teneur générale de mes questions, là encore, je ne le saurai jamais. Elle a également raconté l'histoire de son hospitalisation qui m'a laissée pantoise. Deux hommes se seraient introduits chez elle pour lui faire du mal, elle a crié et était en crise, ce qui a déclenché une réaction des voisin-e-s qui ont appelé-e-s la police. Quand la police est arrivée, les deux hommes n'étaient plus là et personne n'a cru Vanessa quant à leur existence. La police a interprété cela comme une crise psychique et l'a conduite à l'hôpital. Par la suite, durant l'entretien, Vanessa explique que la clinique lui a fait du bien et qu'elle était remise après le séjour. J'ai moi-même des doutes sur cette histoire et cela m'attriste, car je ne l'ai pas crue, tant les incohérences dans le discours de Vanessa étaient nombreuses. Dans un travail de recherche, cela est égal si je crois ou non la personne, mais mon comportement a clairement pu influencer l'entretien. Cela me pose question pour mon activité professionnelle, car j'essaie de toujours partir du principe que ce que me dit un-e bénéficiaire est vrai. J'applique ce principe au quotidien, mais quand l'histoire paraît trop abracadabrante, j'ai de la peine à m'y résoudre.

## 6.7 Vérification des hypothèses

### 6.7.1 Hypothèse 1

Pour rappel, la première hypothèse était :

**Les personnes souffrant de troubles psychiques qui ont moins de soutien de leurs proches, ont besoin de plus de soutien professionnel pour leur réhabilitation psychosociale.**

La manière dont le soutien des proches a été évalué est subjective. Les personnes ont évalué les différents soutiens grâce à des smileys que j'ai ensuite traduits en chiffres. De ce point de vue-là, deux soutiens vus de l'extérieur comme similaires pourraient être évalués de manière différente par une personne x ou y, car la perception d'un soutien est propre à chacun-e.

Deuxième point à relever, que signifie plus ou moins de soutien ? Comment quantifier un soutien ? Cela se calcule-t-il en nombre de personnes ou en temps passé avec chaque personne ? Dans le corpus de données des entretiens, je n'ai que le nombre de personnes ainsi que l'estimation que les interviewés m'ont donnée.

Le troisième point que j'aimerais soulever ici est qu'à la suite d'une hospitalisation, il découle naturellement un soutien professionnel. La question que j'ai posée aux quatre personnes était « est-ce que les contacts professionnels qu'elles ou ils avaient à la sortie de la clinique étaient un soutien et à quelle hauteur ? » Je n'ai pas demandé aux personnes qui avaient un bon soutien de leurs proches si le soutien professionnel était quand même nécessaire. Il est compliqué de parler de quelque chose que l'on ne connaît pas et de savoir ce qu'il en serait si ce soutien professionnel n'avait pas été là. Comment définir si le soutien des proches aurait été suffisant ? Ce que j'essaie d'énoncer est que je ne fournis qu'une réponse partielle à la question de par sa subjectivité, autant car le soutien est estimé par la personne interviewée, mais également, car cette estimation peut varier en fonction de l'humeur de la personne au moment de l'entretien.

#### Estimation des soutiens pour les deux catégories :

	Soutien professionnel	Soutien proches
<b>Rachel</b>	5	4
<b>Tom</b>	4.5	5 parents / 4 sœur / 2 frère
<b>Nadia</b>	4	2
<b>Vanessa</b>	5	4

Les quatre personnes ont estimé le soutien professionnel de manière très élevée, ce qui complique ou rend la vérification de mon hypothèse impossible.

La seule personne avec qui mon hypothèse se confirme est Nadia. C'est elle qui avait le plus de personnes qui la suivaient après son hospitalisation, soit cinq personnes ou institutions. C'est également elle qui a estimé le soutien de sa famille au plus bas. Elle a expliqué que le soutien professionnel était très important pour elle.

Rachel n'avait réellement que deux personnes proches lors de sa sortie de clinique. Comme je l'explique plus haut, le nombre ne fait pas forcément la qualité et Rachel confirme que sa sœur et son compagnon ont été d'un énorme soutien, qu'elle et il la comprenaient. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle n'a pas eu besoin de soutien professionnel. Elle dit d'ailleurs par rapport à l'unité d'urgence pour les personnes suicidaires que c'est d'une grande utilité, car elle sait qu'elle peut appeler à tout moment. Donc concernant Rachel, mon hypothèse ne se confirme pas.

Tom a estimé les deux soutiens de manière très élevée. Il dit avoir beaucoup pu profiter des conseils de sa psychologue, mais également que ses parents sont d'un grand soutien lors de crises. Il dit également que lorsqu'il est chez ses parents, cela peut potentiellement retarder la crise. De ce point de vue, mon hypothèse se confirme, car lorsqu'il est chez ses parents, il n'a pas besoin de soutien professionnel. Mais il dit lui-même que parfois il retarde l'inévitable et va voir un professionnel quand la crise est déjà bien présente.

Concernant Vanessa, comme déjà mentionné plus haut, ses propos étaient difficiles à analyser, elle a estimé les deux besoins de manière très haute. Après son hospitalisation, elle a très vite arrêté les séances chez son psychiatre d'après ses dires. Or elle prend encore des médicaments, cependant

j'ignore qui les lui prescrit. L'arrêt des séances chez son psychiatre est-il dû à un soutien privé suffisant ? Rien ne permet de le conclure. De plus, même si elle estime le soutien des proches (qui se résume à son compagnon) à hauteur de quatre, elle explique également qu'il ne la traite pas de manière adéquate.

Au vu des propos des quatre personnes que j'ai interviewées, mon hypothèse ne peut pas être confirmée.

### 6.7.2 Hypothèse 2

Pour rappel, la seconde hypothèse était :

**Plus la comorbidité du trouble mental d'une personne souffrant de troubles psychiques est élevée, moins ses besoins en réhabilitation psychosociale sont satisfaits.**

Comme pour la première hypothèse, la manière d'évaluer la satisfaction des besoins était subjective, car la perception est différente d'une personne à l'autre.

Le deuxième point est que le diagnostic m'a été donné par les personnes elles-mêmes. Bien que j'aie essayé d'en savoir plus en demandant quel serait, selon eux, l'avis du médecin, je ne peux que me baser sur ce que les personnes ont bien voulu partager avec moi.

Si nous reprenons le tableau des caractéristiques des personnes :

	Rachel	Tom	Nadia	Vanessa
<b>Diagnostics</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression</li> <li>- Un peu borderline</li> <li>- Troubles de la nutrition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression</li> <li>- Thème de la bipolarité va être investigué lors de sa prochaine hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression et état dépressif</li> <li>- Traits de bipolarité</li> <li>- Spina Bifida</li> </ul>	Pas de diagnostic clair, des hauts et des bas (possible bipolarité). Parfois Mme nomme son mal dépression.

D'après ce tableau, trois personnes sur quatre ont un trouble psychique comorbide. Le cas de Vanessa est difficile à analyser, elle pourrait être comorbide si l'on considère qu'elle souffre de bipolarité et de dépression. Cela complique l'analyse, car je ne peux pas comparer le cas de personnes avec un trouble comorbide et non comorbide.

Nadia a la comorbidité la plus élevée et la satisfaction de ses besoins la plus basse, la moyenne de satisfaction se monte à 1.4 (cf. annexe G). Ce calcul de moyenne basique confirmerait mon hypothèse.

Rachel pourrait être à égalité avec Nadia au niveau de la comorbidité de son trouble psychique, mais ses besoins sont satisfaits en moyenne à hauteur de 3.2 (cf. annexe E). Rachel ne confirme donc pas mon hypothèse.

Tom est en troisième position par rapport à Nadia et Rachel, sa comorbidité est donc moins élevée, mais ses besoins sont satisfaits presque comme Rachel à hauteur de 3 (cf. annexe F).

Selon le tableau, on peut constater que c'est Vanessa qui est la personne avec un trouble le moins comorbide (par hypothèse, en l'absence d'un diagnostic clair) et ses besoins sont satisfaits à hauteur de 3.2 (cf. annexe H), tout comme Rachel.

Par rapport à ces calculs peu élaborés, mon hypothèse ne se confirme donc pas, à part dans le cas de Nadia.

Il y a cependant d'autres facteurs à prendre en compte, comme par exemple que la satisfaction de certains besoins s'est améliorée depuis. C'est le cas notamment de Rachel. En effet, depuis qu'elle a adopté son chien, la satisfaction du besoin « besoin qu'on ait besoin de moi » est montée à 4. Pour

Tom, la satisfaction du besoin de contact était également au plus bas et quelques temps plus tard, cela s'est amélioré grâce à sa psychologue.

Le fait que j'ai fait une moyenne des différents besoins et de leur satisfaction ne permet pas de révéler quoique ce soit. Certains besoins étaient satisfaits à hauteur de 5, mais les suivants à 1 ce qui peut considérablement changer une moyenne.

## 7 Conclusion

### 7.1 Réponse question de recherche

Ma question de recherche était la suivante :

**Dans quelle mesure l'accompagnement en réhabilitation psychosociale répond-il aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques après un séjour hospitalier ?**

Comme déjà énoncé en prélude à l'analyse, l'entretien de quatre personnes n'est pas une base suffisante pour répondre à cette question de recherche.

L'accompagnement en réhabilitation psychosociale est, comme mentionné plus haut, très vaste. Les quatre personnes que j'ai interviewées n'ont expérimenté qu'une petite partie de ce qui peut exister. J'ai également à peine effleuré du doigt le sujet. Pour répondre à cette question, il faudrait faire un travail de recherche plus conséquent.

Mais pour donner un élément de réponse personnel et suite à mon expérience à la clinique de Soleure, où j'avais l'impression que les personnes étaient renvoyées dans la nature sans suivi, je dirais que les quatre personnes que j'ai interviewées ont un plan pour l'avenir. Que ce soit Tom qui avait déjà sa future hospitalisation de prévue, Rachel qui est stable, mais voit encore son infirmier psychiatrique, Nadia qui est également suivie par une psychologue et un psychiatre ou Vanessa qui continue son traitement.

Les besoins ne sont pas seulement de l'ordre du traitement psychiatrique et au vu de ce que j'ai entendu, les personnes ne sont pas soutenues dans leur globalité. Les besoins « autres » ne sont d'après moi pas assez pris en compte.

Concernant mon travail actuel au service social, j'ai bien entendu moins de contacts avec des personnes qui ont un trouble psychique, mais cela n'est pas inhabituel et arrive régulièrement. Je trouve que les moyens à ma disposition pour satisfaire leurs besoins sont limités, en premier lieu par la nature même de mon travail et de ma fonction, mais également car tout ce qui concerne la réhabilitation psychosociale n'est pas forcément connue. Par exemple, nous avons beaucoup de documentation et nous faisons beaucoup de mise en réseau, mais il manque comme une centralisation de l'information.

Après tout ce que j'ai lu et entendu concernant la réhabilitation psychosociale, je dirais que les besoins d'ordres médicaux sont plutôt bien satisfaits. Ceci bien que, dans le cas de Tom par exemple, j'ai pu remarquer que sa première hospitalisation, respectivement sa première sortie de la clinique n'avait pas été bien organisée. Quoiqu'il en soit, la réhabilitation psychosociale est un tout et ne peut pas être seulement abordée de manière médicale, cela reviendrait à réduire une personne à sa maladie. De ce fait, à mon sens, les autres besoins des personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas satisfaits à leur juste valeur.

### 7.2 Limites de la recherche

Une des limites les plus évidentes est qu'il est impossible de tout lire sur un sujet, surtout que les trois concepts que j'ai choisis sont vastes et fournis en littérature. Ce qui découle naturellement de cette première limite est la question du choix de ce qui va être lu ou pas et ensuite du choix de ce qui va être utilisé. Pendant tout le travail, j'avais la sensation de ne pas connaître assez mon sujet et cette sensation est encore présente, malgré la respectable bibliographie que j'ai compilée. A un certain moment, je pense qu'il est nécessaire de dire stop et de commencer à rédiger en s'appuyant sur les documents que l'on a déjà lus. C'est également une limite de faire cette décision arbitraire des choix de théorie que j'ai décidé de faire ressortir. De plus, j'avais cette peur de mal restituer les



propos des différent-e-s auteur-e-s et je voulais parfois trop appuyer mes propos, quitte à utiliser plusieurs auteur-e-s pour parler du même thème.

Pour ma partie empirique, j'avais dans l'idée de confronter les propos des personnes souffrant de troubles psychiques avec les propos des professionnel-le-s. Cette idée reste une bonne idée, mais cela aurait été un travail titanesque que je peux réserver à de possibles futures études. Et comme je l'ai répété plusieurs fois dans ce travail, ce qui m'importait par dessus tout était d'avoir l'avis des personnes souffrant de troubles psychiques, c'est pourquoi j'ai abandonné l'idée d'interviewer des professionnel-le-s et me suis concentrée sur les personnes souffrant de troubles psychiques.

Même si j'ai effectué mon stage au département des affaires sociales de la ville de Bienne et que j'ai continué à y travailler par la suite, on pourrait croire que je suis à l'aise dans la conduite d'un entretien, mais le but d'un entretien au service social n'est pas le même que lorsque l'on rédige un travail de Bachelor. Comme déjà évoqué plus haut, la forme d'entretien que j'ai privilégiée est l'entretien semi-directif, mais dans les faits, j'ai parfois été très directive et j'ai pu influencer, même involontairement, les personnes que j'ai interviewées. Cela me paraît inhérent à la méthode choisie. Ainsi par exemple, pour être sûre que j'avais bien compris ce que la personne voulait dire, je reformulais ce qu'elle venait de dire, mais ces marques d'écoute peuvent avoir été mal interprétées. Et peut-être que les personnes ont pensé que je mettais en doute leurs propos.

En parlant de doutes, une des limites sont mes propres doutes ou préjugés. Par exemple, par rapport aux rechutes. Initialement, je pensais qu'elles étaient dues à une mauvaise réhabilitation psychosociale, à un mauvais suivi. J'étais convaincue que les professionnel-le-s ou le manque d'infrastructures adaptées étaient pour beaucoup, responsables dans l'échec du rétablissement de la personne. A travers ce travail, j'ai pu me rendre compte qu'il y avait beaucoup de paramètres en jeu et que tout était lié.

### 7.3 Pistes d'action et de recherches

Mon travail était axé sur les besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, considérant que la satisfaction des besoins individuels d'une personne pendant sa réhabilitation psychosociale n'est pas encore la priorité du personnel soignant. Une piste d'action serait de prendre en compte de manière plus individuelle les besoins des patient-e-s. Comme l'écrit Gomory (2002), les modèles actuels de réhabilitation psychosociale « *sont rarement fondés sur les attentes et les objectifs personnels des patients, même s'ils tentent le plus souvent de les prendre en compte* » (Gomory, 2002 ; Spindel et Nugent, 1999, cité par Gaudelus, 2018, p. 321). Dans mon travail est également fait mention d'encadrement professionnel modéré. Il serait intéressant de développer cette pratique afin d'accompagner les personnes au mieux.

Une autre piste de recherche concerne le statut socio-économique des personnes atteintes de troubles psychiques, et plus précisément la pauvreté. Comme écrit plus haut, les quatre personnes que j'ai interviewées sont soutenues par un service social. Dans la partie théorique concernant l'impact de la maladie, il est fait mention que les personnes souffrant d'un trouble psychique qui sont à l'aide sociale ont des difficultés liées avec leur réseau social. « *La précarisation sociale peut aussi être consécutive de troubles psychiques traités ou non, qui ont invalidé les habilités sociales de la personne* » (Direction générale de la Santé, 2005, p. 8). Vu la petitesse de mon échantillon, il n'est pas possible de tirer de conclusion. De plus, je n'ai pas investigué sur ce sujet. Il serait intéressant de se renseigner plus concernant le lien existant entre le fait de souffrir d'une maladie psychique et la pauvreté. Ce n'est peut-être qu'une corrélation, mais cela pourrait être également une causalité.

Il y avait également une hypothèse que j'ai finalement abandonnée qui voulait que plus les personnes souffrant de troubles psychiques ont d'activités/occupations, moins elles ont besoin de personnes/soutien professionnel pour leur réhabilitation psychosociale. Je trouverais intéressant de s'intéresser également à ce pan de la vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

Satisfaire les besoins individuels d'une personne dans une société où les traitements médicaux sont standardisés est compliqué. De nouveaux projets et manières de traiter une personne dans sa globalité donnent cependant de l'espoir.

## 7.4 Bilan personnel

Je suis passée par beaucoup d'étapes et d'états émotionnels pendant ce travail. J'ai changé de sujet après la présentation de mon pré-projet. J'ai rédigé mon projet à la hâte et je ne le jugeais pas assez bon pour passer à l'étape du TB. Différentes circonstances comme des modules trop prenants au cinquième semestre et une formation pratique énergivore ont fait que j'ai complètement abandonné mon TB pendant pratiquement deux semestres. Je n'avais pas conscience du travail que cela représentait. J'avais pratiquement déjà décidé de ne rien rendre en septembre et de m'atteler à la tâche une fois la formation pratique achevée. Au moment de m'atteler à la tâche, j'en ai été incapable, j'avais toujours des impulsions de volonté de travailler, mais qui se soldaient toujours par des échecs. Ces impulsions ont peu à peu fait place à un blocage plus profond que je ne comprenais pas. J'ai failli abandonner en bonne et due forme, mais je me suis finalement résignée à faire appel à un coach.

Se remettre au travail fût très compliqué, j'ai encore eu des doutes et des envies d'abandon, je ne voyais pas comment je pourrais terminer ce travail à temps. Cela m'a beaucoup appris sur moi-même, sur ma capacité à rebondir et à chercher de l'aide quand cela est nécessaire. Même si ce travail n'est pas parfait et qu'il a été terminé au dernier moment, je suis fière d'avoir réussi à le finir.

Merci pour votre lecture.

## 8 Bibliographie

- American psychiatric association. (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Atkinson, R., et al. (1996). *Hilgard's Introduction to Psychology* (12th ed.). New York: Harcourt Brace College Publishers.
- AVEP. (2018). *Home*. Récupéré sur AVEP: Accès <https://www.avep-vs.ch/>
- Bazin, N., Roussel, C., & Estingoy, P. (2013). Centre de jour: Un outil pour la réhabilitation. *L'information psychiatrique*, 89(3), pp. 247-252.
- Bellier-Teichmann, T., & Pomini, V. (2018). *L'évaluation des ressources en réhabilitation psychosociale*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bonsack, C., Conus, P., & Morandi, S. (2018). *Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bouvet, C. (2006). Les indications vers un centre de soins de réadaptation : Étude comparative des patients admis et non admis dans un hôpital de jour proposant des soins de réadaptation. *L'information psychiatrique*, 82(2), pp. 149-154.
- Cadière, J. (2013). *L'apprentissage de la recherche en travail social*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Chly Linde Therapeutische Wohngemeinschaft Vorderfultigen. (2016). Jahresbericht.
- Chouinard, J. (2009). Résilience, spiritualité et réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), pp. 89-92.
- Compendium. (2017). *Abilify*. Récupéré sur Compendium: Accès <https://compendium.ch/mpro/mnr/25409/html/fr>
- CORAASP. (2019). *CORAASP*. Récupéré sur Bienvenue sur le site de la CORAASP: Accès <http://www.coraasp.ch/>
- Deegan, P. (2018). *L'expérience vécue du rétablissement*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Desanti, R., & Cardon, P. (2007). *L'enquête qualitative en sociologie*. Rueil-Malmaison: Editions ASH.
- Direction générale de la Santé. (2005). *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*. Récupéré sur Accès [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur\\_social.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf)
- Doron, R., & Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie* (éd. 3ème édition). Paris: Presses Universitaires de France.
- Dubuis, J., et al. (2006). La réhabilitation : une problématique mondiale. *L'information psychiatrique*, 82(4), pp. 321-330.
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), pp. 907-912.
- Durand, B. (2018). *Le concept d'autonomie*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineau: Elsevier Masson.
- Edugroup. (s.d.). *Die fünf Säulen der Identität*. Récupéré sur Education Group: Accès <https://www.edugroup.at/fileadmin/DAM/Bildung/Medienratgeber/Gewalt-Schule-Medien/Info-Die-5-Saeulen-Identitaet.pdf>
- Fenouillet, F. (2016). *Les théories de la motivation*. Paris: Dunod.

- Fondation Domus. (2011). Fondation Domus. Institution valaisanne de réhabilitation psychosociale. Une force pour demain.
- Fondation Pro Mente Sana. (s.d.). *Pourquoi cette campagne ?* Récupéré sur Comment vas-tu ? : <https://www.comment-vas-tu.ch/la-campagne/pourquoi-cette-campagne/>
- Fondation Pro Mente Sana. (2009). Recovery. Vers le rétablissement. Maladies psychiques. Zürich.
- Foucher, J. (2008). *Comparatif CIM-10 vs. DSM4R*. Récupéré sur Cercle d'excellence sur les psychoses: Accès [http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/Compare\\_CIM\\_DSM.html](http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/Compare_CIM_DSM.html)
- Franck, N. (2016). *Outils de la réhabilitation psychosociale. Pratiques en faveur du rétablissement*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Franck, N. (2018). *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Franck, N., & Charrier, P. (2018). *Clubhouse*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Garnoussi, N. (2012). Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif. *Lien social et Politiques*, (67), pp. 17-32.
- Gaudelus, B. (2018). *Case management et réhabilitation psychosociale dans le système de santé français*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Giacomini, V., et al. (2001). Image de la psychiatrie. Sondage sur les représentations de la maladie psychique et de la psychiatrie. *Psychiatrie. Médecine et hygiène*, 59(2360), pp. 1794-1798.
- Giordana, J.-Y., et al. (2018). *Stigmatisation et destigmatisation*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89(5), pp. 359-364.
- Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89(5), pp. 371-377.
- Larousse. (s.d.). *Besoin*. Récupéré sur Larousse: Accès <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>
- Le Roy-Hatala, C., & Leguay, D. (2013). « Handicap psychique » : le chemin qui reste à parcourir. *L'information psychiatrique*, 89(3), pp. 221-226.
- Leguay, D., et al. (2008). Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'information psychiatrique*, 84(10), pp. 885-893.
- Lemperière, T. (2002). *Dépressions et comorbidités psychiatriques*. (E. Masson, Éd.) Issy-les-Moulineaux.
- Mattig, A. (2017). Affektive Störungen. Überblick. Depressionen. Sierre: HESSO, Haute Ecole de Travail Social, (non publié).
- Mattig, A. (2016). Eine psychologische Sicht. *SozialAktuell*, 12 (décembre), pp. 10-12.
- Michit, R., & Klotz, V. (2013). Rupture et passage: d'un espace à l'autre. *Les cahiers de l'Actif*, 446/447, pp. 39-58.
- Morin, L., & Franck, N. (2018). *Valeurs de la réhabilitation psychosociale*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

- OMS. (1994). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. Paris: Masson SA.
- OMS. (2019). *Vos questions les plus fréquentes*. Récupéré sur Organisation mondiale de la santé: Accès <https://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Pachoud, B. (2018). *Vie quotidienne, capacités fonctionnelles et rétablissement*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux, 33-45: Elsevier Masson.
- Pellet, J., et al. (2018). *Réhabilitation psychosociale et politique de santé*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Pennel, L., et al. (2018). *ETAPE : un programme éducatif pour réduire la souffrance des entourages et en faire des acteurs du soin addictologique*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Planas, P., & Rengade, C.-E. (2018). *Développement d'une filière de soin psychiatrique en faveur du rétablissement : l'expérience neuchâteloise*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Pomini, V., & Bonsack, C. (2018). *Modèles théoriques du rétablissement*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Rochet, C., & Frankhauser, A. (2018). *Place des familles dans la démarche de réhabilitation*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Roelandt, J.-L., et al. (2018). *Le programme des médiateurs de santé-pairs en France : historique, bilan actuel et perspectives*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Roussel, C., & Callot, J. (2018). *Evaluation en situation de vie et coordination inter-équipe*. In N. Franck (Ed.), *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- RTS. (2017, 07 26). *Le forcené à la tronçonneuse de Schaffhouse retrouvé muni d'arbalètes*. Récupéré sur RTS: Accès <https://www.rts.ch/info/regions/autres-cantons/8801241-le-forcene-a-la-tronconneuse-de-schaffhouse-retrouve-muni-d-arbaletes.html>
- Schuler, D., et al. (2016). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016*. Obsan Rapport 72. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Soumaille, S., & Dr Bertschy, G. (2001). *La dépression* (éd. J'ai envie de comprendre). Chêne-Bourg/Genève: Editions Médecine & Hygiène.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (éd. 4e édition). Paris: Dunod.
- Vidon, G. (1995). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris: Frison-Roche.

## 9 Annexes

### A. Guide d'entretien

HES-SO//Valais – Wallis

Bachelor of Arts in Travail social

22.11.18

#### Guide d'entretien

**Question de recherche :** Dans ce travail, des personnes souffrant de troubles psychiques sont interrogées après un séjour hospitalier. Dans quelle mesure l'accompagnement en réhabilitation psychosociale répond-il aux besoins de ces personnes ?

##### A. Présentation

- Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien
- Brève présentation de l'étudiante (études, travail)
- *But de l'entretien* → Expliquer qu'il s'agit d'un travail de recherches → Donner la question de recherche, dire que la question est écrite de manière compliquée pour la recherche. Expliquer en quelques mots ce qu'est la réhabilitation psychosociale.

##### B. Conditions de l'entretien (Puisqu'il s'agit d'un travail de recherches, il y a quelques règles à respecter)

- Durée (1h)
- *Formulaire de consentement* → Tout le monde doit faire ce travail de Bachelor à la HES, ce formulaire est obligatoire → Si tout est clair, signez svp.
- Informer que le travail sera stocké à la bibliothèque de la HES à Sierre.

##### C. Explication des questions qui viennent

- Expliquer qu'il n'y a pas de réponse juste ou fausse. Que je ne vais pas juger si la personne a fait ce qu'il fallait ou non. Pas de jugement de valeur de ma part. Répondez comme cela vient.
- Peut-être qu'il y aura une réponse à laquelle vous ne voudrez ou ne pourrez pas répondre. Je passerai simplement à la suivante.
- Le but est que vous sortiez de notre entretien tranquillement. Je ne vais pas aller dans l'émotionnel, si un thème est trop compliqué, il n'y a pas besoin de développer.

##### D. Vif du sujet

Thématiques	Dimensions	Questions
Mise en place		Pour commencer, je vais vous poser quelques questions de formalité.
Caractéristique de la personne (Photo après le séjour psy)	Sexe, âge Séjour psychiatrique, santé, diagnostic, comorbidité	1. Quel est votre âge ? Où habitez-vous ? 2. Quand avez-vous été hospitalisé (si plusieurs fois demander la dernière fois) ? Où ? Combien de temps ? Qui a eu l'idée de cette hospitalisation ? 3. Quel était votre état de santé au moment où vous êtes entré-e à la clinique psychiatrique ? Quel était votre diagnostic ? Si le médecin était là, qu'ajouterait-il ? 3.1 Quel était le diagnostic avant/après le séjour hospitalier ? 3.2 Si vous pensez à avant votre séjour hospitalier, dans votre parcours, qu'y a-t-il eu comme autres diagnostics ?
Indicateurs, facteurs	Contacts avec professionnels et privés (situation personnelle)  Situation professionnelle, matérielle, activités, spiritualité	4. Avec quels professionnels/institutions avez-vous eu des contacts après votre séjour hospitalier ? (tous les contacts, bons ou mauvais, volontaires ou non, nouveaux ou déjà mis en place avant l'hospitalisation) Donnez-moi la liste, sans jugement de valeur. Il n'y a pas de juste ou de faux. 5. Si vous pensez à votre entourage : qui a été/est proche et important après votre séjour hospitalier ? (Cela peut être un animal. Liste, mots-clés) → Avez-vous des animaux de compagnie ? 6. Quel était votre situation matérielle après votre séjour hospitalier (métier ou activité, logement, argent, voiture,...) 7. Après votre séjour hospitalier, si nous parlons de votre quotidien : Quelles ont été/sont vos activités/occupations favorites ? (faire une liste, cela ne doit pas forcément être qqch de nouveau) 8. Quel rôle joue la spiritualité dans votre vie ?
Parcours de vie	Moments-clés	9. Quels ont été les moments-clés (période) de votre vie après votre séjour hospitalier ? (si vous écriviez un livre, quels seraient les chapitres importants ?) → Mais encore ? Quoi d'autre ?



Impact	Impact de l'hospitalisation et de la maladie psychique sur la vie	10. - Sortir de l'hôpital psychiatrique, qu'est ce que ça signifie/a signifié pour vous ? 10.1 Quel est l'impact de l'hospitalisation sur votre vie depuis que vous êtes sorti-e de la clinique ? Quelle est son influence sur votre vie ? 10.2 Comment la maladie psychique influence votre vie ? Quel est l'impact de la maladie psychique sur votre vie après le séjour hospitalier ?
Estimation	Estimation du degré de soutien pour chaque catégorie précédemment évoquée	11. Si vous pensez à après le séjour hospitalier, estimez sur une échelle de 1-5 (pas du tout, un peu, moyen, bien, très bien) : 11.1 Quel était le soutien des professionnels ? Comment vous-êtes-vous senti soutenu-e ? 11.2 Quel était le soutien des proches ? 11.3 Quel était le soutien de ce qui est matériel ? 11.4 Quel était le soutien de la spiritualité ? → Demander pour chaque catégorie : A quoi est dû que c'est un ... ? → Quelles sont vos idées ou votre représentation de la façon dont cela devrait être pour passer à l'échelon supérieur ?
Besoins et accompagnement	Besoins/ressources - Professionnels (institutions, psy, soins,...) - Entourage (famille, amis,...) - Activités (sport, animaux, musique,...) - Sécurité matérielle (financière, logement,...) - Spiritualité	12. Si nous prenons votre vie après le séjour hospitalier : A quoi avez-vous aspiré ? (si le séjour ne date pas d'il y a longtemps : à quoi aspirez-vous ?) Quels étaient/sont vos attentes (ou souhaits) ? De quoi aviez/auriez-vous eu besoin ? (personnes, choses, etc.) Qu'est ce qui vous a aidé/aide ? Qu'est ce qui était/est important ? Qu'est ce qui vous a manqué/manque ?  Définir une liste de besoins → Pourquoi ? Demander pourquoi jusqu'à avoir trouvé les besoins derrière ce que la personne a dit (identifier les besoins de la personne, pas plus de 5)  Demander s'il manque quelque chose d'important dans la liste des besoins que nous venons de créer.
Estimation	Estimation du degré de satisfaction des besoins pour chaque besoin cité précédemment  Comment le besoin est-il satisfait ?  Comment améliorer l'estimation précédente	13. Pour chaque besoin que vous avez mentionné, je vais poser plusieurs questions : - Estimez sur une échelle de 1-5 (pas du tout, un peu, moyen, bien, très bien) → A quoi est dû que c'est un 4 ou un 2 ? - Comment est-ce que le besoin de ... a été satisfait ? (Si pas clair pour la personne, préciser : par qui ou quoi ? qui a fait les démarches ? vous-même ou « automatique » ?) - Quelles sont vos idées ou votre représentation de la façon dont cela devrait être pour passer à l'échelon supérieur ? 13.1 Comment la maladie psychique influence-t-elle la satisfaction de vos besoins ? 13.2 Pour finir veuillez classer les besoins par ordre d'importance.

### 5. Conclusion de l'entretien

- Annoncer que l'entretien arrive à son terme. Ajouter qqch ? Question que je n'ai pas posé à laquelle la personne aimerait absolument répondre.
- Demander comment la personne se sent par rapport à l'entretien. Comment c'était pour vous ? J'aimerais que vous rentriez à la maison dans de bonnes conditions.
- Rappeler ce qui a été dit au début concernant les conditions d'entretien.
- Ce TB ne sera pas terminé avant mars 2019, si vous avez un intérêt, vous pouvez me contacter à ce moment-là
- Remercier la personne pour le temps accordé.

## B. Formulaire de consentement

HES-SO Valais

Consentement

### ETUDE SUR la réhabilitation psychosociale

**Menée par Natacha Romy**

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant à l'étude
---

Le(la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il(elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informé(e) du fait qu'il(elle) peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, à savoir au plus tard en mars 2019.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert conformément aux dispositions légales en vigueur.

Le(la) soussigné(e) accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date: .....

Signature : .....



### C. Estimation (smileys)



## D. Tableau 1 pour analyse (globale)

HES-SO//Valais – Wallis

Bachelor of Arts in Travail social

05.01.19

### Tableau 1 pour analyse

#### Caractéristiques personnes

	Rachel <sup>1</sup>	Tom <sup>2</sup>	Nadia <sup>3</sup>	Vanessa <sup>4</sup>
Date entretien	01.11.18	22.11.18	27.11.18	30.11.18
Sexe	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin
Âge	57 ans	26 ans	34 ans	40 ans
Lieu de résidence <sup>5</sup>	Bienne et Jura bernois	Bienne et Jura bernois	Bienne et Jura bernois	Bienne et Jura bernois
Famille	Sœur jumelle	Parents / Frère et sœur	Frère avec un handicap	Fils de 4 ans
Dernière hospitalisation	07.01 – 31.01.18	Env. juin – août 2017	2016	Hiver 2017
Durée hospitalisation	Env. 1 mois	3 mois « J'ai fait admission 1, 2 et 3 »	Presque 2 mois	1 mois
Lieu hospitalisation <sup>6</sup>	Clinique psychiatrique	Clinique psychiatrique	Clinique privée	Clinique psychiatrique
Qui a initié l'hospitalisation ?	FU Fürsorgerische Unterbringung (en français PAFA) 6 jours soins intensifs après tentative de suicide	L'infirmière en psychiatrie	« Je suis suivie aussi depuis ma naissance à Berne [...] c'est au centre de la douleur qu'ils m'ont proposé » « J'y pensais aussi » « Mes parents étaient assez pour que je sois hospitalisée »	Police (voisin a appelé la police pendant une crise)
Diagnostics	Tentative de suicide après grande dépression. « Un peu borderline aussi » Troubles de la nutrition	« Comme les autres fois, parce que j'ai fait trois hospitalisations [...] chaque fois c'est dépression, donc perte de motivation, perte	« Dépression, état dépressif » « C'est que j'ai des traits de bipolarité, parce que je peux passer du rire aux larmes. [...] Après est-ce que le	Pas de diagnostic clair, des hauts et des bas. Parfois Mme le nomme dépression.

<sup>1</sup> Noms d'emprunts

<sup>2</sup> idem

<sup>3</sup> idem

<sup>4</sup> idem

<sup>5</sup> Pour des raisons de protections des données les lieux et localités exacts ne seront pas communiqués.

<sup>6</sup> idem

		<i>d'énergie aussi, perte d'envie, idées noires, envie suicidaire aussi »</i> <i>« Peut-être la bipolarité »</i> <i>investigation lors de la prochaine hospitalisation.</i> <i>« Pour eux, c'est de la dépression chronique [...] pour moi, c'est plus de la bipolarité »</i>	<i>diagnostic de dépression est juste, je n'en sais rien, mais ça fait depuis que j'ai perdu mon travail que ça a vraiment dégringolé »</i>	
--	--	--	---	--

### Contacts / Situation matérielle / Activités / Spiritualité

	Rachel	Tom	Nadia	Vanessa
<b>Contacts professionnels</b>	Un psychiatre, un infirmier en psychiatrie et une unité d'urgence pour des personnes suicidaires.	Un psychiatre, un psychologue, un art-thérapeute et une infirmière en psychiatrie.	Une psychologue, Pro Infirmis, AI, un psychiatre, hôpital, institution pour faire un essai d'endurance et d'insertion prof.	Un psychiatre
<b>Contacts (proches)</b>	<i>« Ma sœur, c'est elle qui m'a trouvée et mon ami »</i>	<i>« Mes parents surtout, ouais surtout ma famille, donc mon frère, ma sœur, mes parents »</i>	<i>« Personne »</i>	Son compagnon et une copine.
<b>Situation matérielle</b>	Travail (elle a retravaillé direct. après) Même appart depuis longtemps <i>« Cette hospitalisation ne m'a pas mis plus bas question finances »</i>	Propre appartement, bénéficie de l'aide sociale. A cherché une place d'apprentissage en tant qu'assistant médical.	Habitait avec son copain. Soutenue par le service social. <i>« En gros, j'étais toujours dans la même merde qu'au départ en fait »</i>	Pareil avant et après hospitalisation, à part changement de quelques meubles. Propre appartement, aide sociale.
<b>Activités</b>	<i>« Prendre un chien »</i> <i>« Parce que sinon je suis trop souvent seule »</i> <i>« Mon ami n'habite pas chez moi »</i> <i>« Ecrire un agenda »</i>	Arbitrage basket <i>« Aller boire un café avec mon papa qui m'a amené une certaine assurance et puis j'allais me promener, près de chez moi, dans les hauteurs vu qu'il faisait encore</i>	<i>« On ne va pas dire que c'était mon occupation favorite, mais [l'insertion professionnelle], c'était le seul truc qui me donnait une raison de me lever le matin »</i>	Marcher, faire du shopping, aller en vacances, lire, télé et internet.

		<i>beau »</i>		
<b>Spiritualité</b>	<i>« Oui, je suis assez croyante [...] j'aime bien aller au cimetière [...] et voir des églises »</i>	<i>« Très important, je vais à l'église [...] Pour moi, c'est un renfort, c'est une certaine confiance aussi, c'est peut-être la dernière confiance que j'ai en quelque chose »</i>	<i>« Je suis en point d'interrogation avec ça »</i>	Se retrouve avec des évangélistes pour lire la Bible.

### Impact hospitalisation / maladie

	<b>Rachel</b>	<b>Tom</b>	<b>Nadia</b>	<b>Vanessa</b>
<b>Signification sortie clinique</b>	<i>« Je suis sortie avant terme, donc ils auraient voulu me garder » « J'ai vraiment dû signer [...] pour sortir d'un FU (PAFA), il faut pouvoir, parce que c'est comme un arrêt de police [...] Moi, j'étais pendant 3 semaines enfermée »</i>	<i>« Youppie, c'est la dernière fois, je n'y mettrai plus les pieds » « Sur le moment ce qu'on pense, c'est qu'on a quand même réussi à faire un bout de chemin dans sa tête, qu'on croit avoir compris les choses qui nous on fait mal et qu'on croit avoir compris aussi pourquoi on est tombé aussi bas »</i>	<i>« Ca a été plus un break où j'étais loin de chez moi » « Je pense que mon entourage pensait que j'allais en profiter autrement de ce séjour, que j'allais vraiment changer du tout au tout, que je serais vraiment différente d'avant. Pis en fait, pour moi, ça a été juste quelque part, un moment où j'étais loin de chez moi »</i>	<i>« Un soulagement, j'étais bien. J'étais prête pour sortir »</i>
<b>Impact hospitalisation</b>	<i>« Ca m'a pas trop choquée [...] mais une certaine résolution de me dire que je suis capable de gérer ma vie » « Je me sens capable de dire..., je sais quoi faire..., j'ai d'autres points de secours pour éviter l'hospitalisation » « Je voulais pas tout perdre [...], après je serais encore plus »</i>	<i>« Je ne sais pas si ça a vraiment influencé ma vie...comme c'était la troisième... »</i>	<i>« [L'hospitalisation] ça a été comme un chapitre de ma vie qui a été ouvert puis refermer » « Pour moi, ça a signifié... l'essai d'un nouveau départ, mais ça a complètement raté » « J'y repense souvent en me disant, ça a servi à quoi au final »</i>	<i>« J'ai fait des connaissances » « J'ai appris à voir la vie d'une autre façon... les autres gens qui étaient malades... »</i>



	<i>perdue, je peux rester encore 4-5 semaines chez vous, mais ça m'apporte rien »</i>			
<b>Impact maladie</b>	<p>« Les troubles alimentaires, ça sera toujours là »</p> <p>« [L'impact] il est omniprésent, mais il est gérable »</p> <p>« C'est aussi un truc qu'on peut bien cacher »</p> <p>A propos de son ami et de sa sœur</p> <p>« Ces deux ils comprennent, ils disent : Ouais, elle est mal ou comme ça, mais sinon les autres... »</p>	<p>« Elle m'influence pas beaucoup ... ben en fait, si. Ca dépend de la période, maintenant, je peux dire qu'elle m'influence, parce que je suis de nouveau retombé dans un état assez problématique »</p> <p>« Quand ça allait bien [...], la seule influence que ça a par rapport à d'autres personnes, c'est que je dois prendre des médicaments »</p> <p>« [Les médicaments ne sont pas une influence] parce que les autres personnes le voient pas »</p>	<p>« De l'isolement, beaucoup d'isolement, d'incompréhension, de conflit... »</p> <p>« Mais que du négatif, évidemment... »</p> <p>« Si je compare mes douleurs physiques que j'ai depuis la naissance dû au spina-bifida, aux douleurs psychiques, elles sont beaucoup plus dures à gérer au quotidien que mes douleurs physiques »</p>	<p>« Des fois, je suis pas bien, mais maintenant avec les médicaments... »</p> <p>« Des fois, je suis plus triste que les autres personnes »</p>
<b>Impact sur la satisfaction des besoins</b>	<p>« Ça influence du point de vue que si on est mal, si on est vraiment dans une phase mauvaise, on n'a plus envie d'être avec les autres, on est peut-être négative »</p> <p>« Ça revient comme en arrière, les gens n'ont plus envie de te voir »</p>	<p>« Ça influence surtout sur la confiance en moi [...], toutes ces rechutes, je pense que ça influence de plus en plus sur ma confiance en moi, sur ma capacité à me dire que je suis capable de faire des choses »</p>		<p>« Trop fort [...] Une personne comme moi avec un trouble de... avec des hauts et des bas, elle a besoin de beaucoup d'amour, d'affection, de compréhension »</p>

## Soutien

	Rachel	Tom	Nadia	Vanessa
<b>Professionnel s</b>	(5) « On peut tout leur dire, ils jugent pas » « Ils me prennent comme une personne très valable » « Ils me font aussi pas de reproches »	(4.5) « Il n'y avait pas beaucoup de mal et il y avait très peu de moyen » « Ils étaient à mon écoute, ils essayaient de m'aider aussi » « Ils m'ont donné des techniques ou bien des objectifs [...] pour un peu plus m'engager dans la vie sociale » Sans l'art-thérapeute « Là, je monte à 5 c'est bon »	(4) « J'estime que le soutien hors famille, hors cadre des proches est hyper important. Parce qu'il y a beaucoup d'incompréhension de la part de mon entourage » « Je me sens soutenue, écoutée. [...] Ils ont toujours été là en fait, sans jugement, en me prenant comme j'étais » Pour monter à 5 « J'aimerais pouvoir faire sans, sans ces professionnels »	Psychiatre (5) « Il me donne des bons conseils. Il me dit comment faut faire les choses, il me motive, il est bien »
<b>Proches</b>	(4) « Avec les proches, il y a toujours la peur d'une récidive » Se sent valoriser par ses proches « On t'aime bien » « Leur prendre aussi un peu la peur, parce que c'était le choc de sa vie pour ma sœur »	(5) Parents (4) Sœur « Parce qu'elle est venue, elle a fait l'effort de venir et puis ça m'a vraiment touché » (2) Frère « J'ai pas eu d'explications et puis que je ne connais pas les raisons exactes de son manque d'intérêt ou bien son manque d'intérêt de venir »	(2) « Et bien disons que mon entourage, c'est ma famille, c'est mes parents, donc malgré tous les problèmes qu'il peut y avoir encore aujourd'hui, je les aime tout fort et je peux comprendre que pour eux, ma situation n'est pas évidente à gérer » Pour monter : « C'est une meilleure entente avec moi »	Copain (4) « Il est venu me voir à la maison tout le temps. Il m'a soutenu financièrement et émotionnellement » Elle parle d'une tante au début, mais elle n'en parle plus après. Son fils n'apparaît pas non plus comme un soutien.
<b>Matériel</b>	(5) « Ca m'a beaucoup aidée » « Déjà en sortant de là, j'ai dit, la semaine prochaine... Je suis de nouveau allée travailler »	(1) « Je ne suis pas quelqu'un qui suit attaché aux objets » « Je n'ai besoin de rien » Il n'a pas besoin d'amélioration	(3) « Actuellement, je suis sans travail. C'est quelque chose qui est très dur » « Je le mettrai à 3 parce que j'ai un toit, je peux	(3) « C'est un soutien, mais c'est un appartement que je n'aime pas » « C'est un soutien parce que j'ai un appartement, je

			<i>manger, je ne suis pas à la rue » Pour passer à 4 « J'aimerais retrouver un travail »</i>	<i>mange, je m'habille, je peux sortir, c'est un soutien quand même...c'est un soutien positif » « Je voudrais bien avoir plus, mais je ne peux pas »</i>
<b>Spiritualité</b>	<b>(1)</b> « Non, pas du tout » « J'ai pu prier ou comme ça, j'avais pas de réponse »	<b>(4)</b> « C'est dû au fait que certaines personnes de l'église soient venues me rendre visite, ce soient inquiétées de mon état déjà » « J'ai aussi trouvé certaines... pas forcément réponse, une certaine importance dans la Bible aussi » Passer plus haut « Il m'aurait fallu un moment avec le pasteur ou bien, il aurait fallu qu'il y ait un diacre »	<b>(2.5)</b> « Est-ce que ça peut m'apporter quelque chose ou non, actuellement, j'en suis pas convaincue spécialement, mais disons qu'il y a certaines personnes dans mon entourage qui essayent de m'y amener ou de me montrer ce que ça pourrait apporter » Passer plus haut : « J'ai même pas envie d'essayer, c'est vraiment pas ma priorité »	<b>(5)</b> « Il est haut, mais des fois, il y a l'autre aussi qui me fais chier avec ses cornes » « Parce que je me cultive à la bible, la religion, la spiritualité, je réfléchis. Parce que la bible, c'est quand même important » « Quand tu vois tout en noir, la spiritualité, elle est pas là »

## E. Tableau 2 pour analyse – Rachel

HES-SO//Valais – Wallis

Bachelor of Arts in Travail social

05.01.19

### Tableau 2 pour analyse – Rachel<sup>1</sup>

#### Parcours de vie

Moment-clés	Spécificités
« Au moment où j'ai décidé quelle race de chien » <sup>2</sup> Achat du chien	Rachel a fait des économies. Ce chien était très important pour elle.
Achat de la nouvelle voiture	

#### Besoins

Besoins	Estimation	Pourquoi cette estimation ?	Satisfait par qui ? Par quoi ?	Comment passer à l'échelon supérieur
<b>Se prouver à soi-même que l'on est capable d'accomplir quelque chose</b> « Me prouver moi-même que je puisse de nouveau travailler et participer à la vie peut-être, même un peu sortir, être avec mon ami et puis pas être comme une poupée qui fout rien quoi » « Me prouver que je puisse travailler » « Je veux pas être trop dépendante de je sais pas tout quoi »	3	« J'ai pensé que je serais capable de travailler plus » « Justement avec le chien, il y a pas de place pour plus »	« Un peu tout, le mélange de tout »	Déjà passé à l'échelon supérieur. « Maintenant je travaille à 60% depuis octobre » « Ça a augmenté maintenant, je suis quand même capable [...] mais maintenant c'est 4.5-5 »
<b>Indépendance financière</b> « Ce qui est très important c'est de pas avoir de dettes » « On a été éduqué [...] ma sœur et moi, pour être à jour »	4	« Ca rien changé à mes trucs, ça m'a pas fait un trou dans le portemonnaie »	« Moi »	« Que je gagne plus là où je suis aujourd'hui »
<b>Besoin que quelqu'un ait besoin de moi</b> « Avoir de nouveau quelque chose pour	1	« Ah là, j'étais dans le rouge » « J'avais l'impression que personne me voulait »	« Ma sœur et mon ami »	Déjà passé à l'échelon supérieur. « Pis après, on s'est mis de nouveau ensemble mon ami et

<sup>1</sup> Prénom d'emprunt

<sup>2</sup> Tout ce qui est en italique sont des déclarations de Rachel lors de l'entretien avec elle.



<i>me réjouir » « La joie de vivre »</i>				<i>moi et puis ma sœur comment dire... elle m'a pardonnée »</i>
<b>Environnement sécurisé</b> <i>« [La voiture] c'est comme dans un cocon, comme sous mon duvet »</i> <i>« L'indépendance, je peux rentrer, je peux parquer où je veux, je peux m'arrêter »</i> <i>Il y a le lit aussi : « Si vous me demandez qu'est-ce que tu préfères dans ta vie : Je dirais, dormir »</i> <i>« J'ai encore le même appartement où je me sens très bien faut dire »</i>	5	<i>Elle avait déjà tout ce qu'il fallait.</i> <i>« Parce qu'avec les médicaments [...], bon c'est pas des somnifères, mais je pouvais bien dormir »</i> <i>Par rapport à la voiture : « C'est d'être indépendante, quand je pars, où je m'arrête et puis pas de voir d'autres figures que t'as pas envie de voir »</i>	<i>« Moi »</i>	-
<b>La valorisation → Etre aimé comme vous êtes</b> <i>« Pour être un peu valorisé » « Que je sois pas toujours à la fin de la comparaison »</i> <i>« La sélection des gens que je veux encore voir et plus voir » « J'ai appris aussi avec l'hospitalisation de vraiment voir qui m'apporte quelque chose » « Cette valorisation, ils sont vraiment restés, il m'aime comme je suis »</i>	3	<i>Par rapport à la tentative de suicide</i> <i>« Par rapport à mes gens justement, ma sœur et tout, j'avais quand même un petit peu une mauvaise conscience »</i> <i>« On a tendance à dire que les gens qui essayent de faire ça où bien qui se suicident que ce sont des gens faibles »</i>	<i>« Ma sœur et mon ami aussi. Le chien, je peux pas dire, il a pas le choix »</i> <i>« La thérapie psychiatrique a aidé »</i>	<i>« Maintenant, je suis un peu plus »</i> <i>« J'ai senti que je peux quand même gérer la vie, mon travail et tout et puis que je peux travailler plus et puis que je sais surtout aussi comment faire si j'ai une crise et tout ça »</i> <i>« C'est très important le soutien moral »</i>
<b>Besoins physique → Boissons</b>	-	Nous n'en parlons pas, car c'est un besoin physique que Mme arrive parfaitement à satisfaire.	-	-

**Classification des besoins**

- 1 : La valorisation → Etre aimé comme vous êtes

- 2 : Un environnement sécurisé
- 3 : Besoin que quelqu'un ait besoin de moi « *Mais avant c'est la sécurité, parce que si je me sens pas bien où j'habite...* »
- 4 : Indépendance financière
- 5 : Se prouver à soi-même que l'on est capable d'accomplir quelque chose

### Autres thèmes

Thèmes / Particularités	Précisions	Réflexions / Constatations
<b>Ce qui a amené à la dépression</b>	« <i>Le décès de ma maman le 20 septembre 2017</i> » « <i>Après 4 mois d'une relation, 10 jours après mon anniversaire, il m'a lâchée comme une pomme de terre trop chaude</i> »	-
<b>Tentative de suicide</b>	« <i>Encore une heure et puis je serais morte</i> » « <i>Ca c'est des choses qui valorisent mon entourage</i> » « <i>Il y a même des gens qui me disent, moi j'aurais pas le courage</i> »	-
<b>EXIT</b>	« <i>Et puis moi, je trouve EXIT très bien, c'est une chose que je trouve vraiment super. EXIT si vraiment on est malade...</i> »	Rachel dévie du sujet. Elle évoque EXIT de sa propre initiative.
<b>Trouble de la nutrition</b>	« <i>J'étais presque 10 ans en thérapie [...] il y a des séquelles, c'est un truc qui reste</i> »	-
<b>Autre « diagnostic »</b>	« <i>J'étais toujours une enfant [...] et puis dans l'adolescence qui prenait les choses trop au sérieux</i> »	-
<b>Médicaments</b>	« <i>C'est un cadeau du ciel pour la psychiatrie [...] parce que sans, je ne sais pas comment on ferait</i> » « <i>J'ai presque un amour pour les médicaments</i> »	-
<b>Secret chien pour la sœur</b>	« <i>J'ai rien dit à ma sœur</i> » « <i>Je lui ai dit : j'ai un nouvel ami [...] elle ne m'a pas demandé s'il avait deux jambes ou bien quatre pattes</i> »	-
<b>Jumelle</b>	« <i>Parce qu'on est jumelle quand même [...] elle disait maintenant tu pourrais faire ça ou bien ça, qu'elle valorise</i> » « <i>J'ai une sœur jumelle, on a toujours été comparé</i> »	-
<b>« Question fondamentale pour moi, mais que vous m'avez pas posé que personne m'a posé jusqu'à maintenant »</b>	« <i>Est-ce que vous êtes contente d'être encore en vie ?</i> » « <i>Ca c'est pas rigolo du coup et puis s'il y a des gens autour qui pleurent</i> »	-
<b>Durée de l'hospitalisation</b>	« <i>Pour en revenir à ma première hospitalisation, 16 semaines, là</i> »	Rachel en parle à deux reprises pendant l'entretien et tient à y

	<i>c'est la cata quand vous sortez, vous avez l'impression que vous savez même pas où est la Migros » « Parce qu'on s'habitue [...] tu reçois trois fois à manger [...] et puis après tu as quand même peur d'aller faire des achats » « Ce qui est aussi très important, c'est aussi le temps qu'on passe stationnairement, très important. Entre 3 et 16 semaines, il se passe tellement beaucoup »</i>	revenir à la fin de l'entretien.
<b>Satisfaire les questions</b>	<i>« Je suis toujours un peu peureuse de pas pouvoir satisfaire les questions [...] mais justement, je crois qu'il n'y a pas de valorisation de votre côté »</i>	Cela arrive à la fin de l'entretien. Ne pas valoriser était un des but de mon guide d'entretien.
<b>Ecrire</b>	<i>« Ecrire et puis faire le jour... la journée finie en écrivant [...] ça c'est très important pour moi » « Si par exemple, je suis très mal et puis un ou deux jours je peux pas écrire, je me dis, mais là, il y a quelque chose qui... » « Le passé a beaucoup d'importance, parce que le futur me fait en général trop peur » « Et puis, je suis une accro des dates »</i>	Ce thème revient vraiment tout à la fin de l'entretien. « Ca fait tellement partie de moi » Elle n'en a pas parlé dans ses besoins, car cela est naturel pour elle.

## F. Tableau 2 pour analyse – Tom

HES-SO//Valais – Wallis

Bachelor of Arts in Travail social

05.01.19

### Tableau 2 pour analyse – Tom<sup>1</sup>

#### Parcours de vie

Moment-clés	Spécificités
« Trouver un nouvel appartement » <sup>2</sup>	« Je me suis retrouvé un peu au milieu de ma famille [géographiquement <sup>3</sup> ] »
« Après, il y avait l'arrêt progressif des thérapies parce qu'entre-temps, j'ai arrêté l'art thérapie [...] et les visites chez mon infirmière en psychiatrie »	
« Le troisième gros chapitre durant ces 2 ans, c'est le début de la formation »	« C'était quelque chose que j'attendais quand même depuis un moment, de reprendre quelque chose en quoi je croyais »

#### Besoins

Besoins	Estimation	Pourquoi cette estimation ?	Satisfait par qui ? Par quoi ?	Comment passer à l'échelon supérieur ? Qu'est ce qu'il manquait ?
<b>Contact avec les gens</b>	4	« J'ai écouté les conseils que [...] ma psychologue et mon infirmière en psychiatrie m'ont donnés et puis j'avais des gens à qui parler aussi, que je pouvais entendre parler surtout, parce que c'est pas moi qui mène la conversation »	« C'est moi »	« Le manque de diversité, je pense. Je parlais toujours aux mêmes personnes »
<b>Retrouver autonomie</b> « Quand je me sens faible [...] je vais directement chez mes parents pour pas faire de bêtises, pour me sentir en sécurité »	3	« J'avais les capacités pour, donc j'étais en forme, j'avais de l'énergie »	« C'était automatique là, j'ai laissé faire et puis c'est revenu gentiment tout seul »	« Ce qu'il me manquait, c'était un peu l'organisation » « L'organisation de la journée et puis aussi, le rappel des tâches [...] se rappeler comment ça fonctionne [...] se rappeler dans quel sens il faut faire à manger » Manquait une

<sup>1</sup> Nom d'emprunt

<sup>2</sup> Tout ce qui est en italique sont des déclarations de Tom lors de l'entretien avec lui

<sup>3</sup> Note de l'auteur



				structure de la journée.
<b>Prouver que tu es capable</b> <i>« Parce que sinon, je suis une momie [...] sinon, je reste sur le canapé, je dors, je mange [...] c'est plus vraiment une vie »</i> <i>« Besoin de valorisation [...] je ne suis pas quelqu'un qui lâche facilement les chevaux et puis il faut que ce soit quelqu'un d'autre qui me dise quand c'est l'heure d'y aller »</i>	2	<i>« Mon assurance, ma confiance en moi »</i>	<i>« Ma psychologue qui a beaucoup travaillé avec moi là-dessus, qui m'a donné beaucoup d'exercices, qui m'a engueulé parfois, pour me dire Tom, maintenant vous arrêtez »</i>	<i>« Ah ben je suis monté à l'échelon au-dessus après avec ces techniques »</i>

**Classification des besoins**

- 1 : L'autonomie
- 2 : La confiance en soi ou le fait d'être capable de
- 3 : Le contact avec les autres

**Autres thèmes**

Thèmes / Particularités	Précisions	Réflexions / Constatations
<b>Future hospitalisation</b>	Tom ne s'est pas fait hospitalisé plus tôt, car il voulait/devait encore arbitrer un match de basket.	Quand j'ai vu Tom, il devait à nouveau être hospitalisé le lundi suivant.
<b>Retour chez parents</b>	<i>« Je retourne chez mes parents quand je me sens pas bien, pour que je me sentes entouré et pas que je fasse de bêtises »</i>	-
<b>Basket</b>	<i>« Je suis arbitre de basket [...] C'est pas payé, c'est indemnisé »</i> <i>« C'est plus compliqué que ça [...] j'ai pris une nouvelle fonction. Je suis convocateur, donc c'est moi qui mets les arbitres à chaque match [...] samedi, j'étais obligé d'aller au match. Il n'y a personne qui peut me remplacer »</i>	Tom parle de l'arbitrage comme d'une obligation et pas comme d'un besoin.
<b>Différence entre 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> hospitalisation</b>	<i>« La première a beaucoup influencé ma vie, parce que ça fait mal d'avouer qu'on est malade, qu'on a un problème psychique »</i> <i>« On m'avait pas vraiment bien traité »</i>	Similitude avec le discours de Vanessa et Rachel ???
<b>Art-thérapeute</b>	<i>« J'ai arrêté avec mon art- »</i>	-

	<i>thérapeute, pas seulement parce que j'avais bientôt la formation qui commençait, mais aussi parce qu'il commençait un peu à disjoncter [...] il commençait à me tirer les cartes, à faire du magnétisme [...] si je rentrais dans son jeu, vraiment ça pouvait être dangereux pour moi »</i>	
<b>Matériel</b>	« Pas des choses »	Quand je lui demande ses besoins, Tom me dit « <i>pas des choses</i> ». Il parle en premier de ce dont il n'a pas besoin.
<b>Suivi psychiatrique</b> <b>« J'avais peur d'être lâché dans la nature »</b>	« J'ai eu une première sortie difficile où j'ai pas eu du tout de suivi [...] j'ai fait trois mois là-bas, on m'a dit au revoir, vous pouvez sortir. [...] J'avais quand même un psychiatre [...] il me voyait dix minutes et il disait au revoir, c'est bon, prenez vos médicaments. De ce fait, je ne pouvais plus monter dans un train, je ne pouvais plus aller à un concert. [...] J'avais peur qu'il y ait des gens autour de moi. [...] C'est pour ça que pour moi, le suivi psychiatrique est très important à la suite d'une hospitalisation »	-

## G. Tableau 2 pour analyse – Nadia

HES-SO//Valais – Wallis

Bachelor of Arts in Travail social

05.01.19

### Tableau 2 pour analyse – Nadia<sup>1</sup>

#### Parcours de vie

Moment-clés	Spécificités
« Non, je vois pas. Là, de toute façon, je vois tout en noir, donc... » <sup>2</sup>	-

#### Besoins

Besoins	Estimation	Pourquoi cette estimation ?	Satisfait par qui ? Par quoi ?	Comment passer à l'échelon supérieur
<b>Valorisation</b> « Travail [...] la valorisation de moi-même par rapport à mon propre regard sur moi, sur ma vie en général. C'est surtout en dehors du regard des autres, il y a mon regard personnel »	3	« C'était pas la situation rêvée, mais je m'en suis accommodée [...] c'était mieux que rien »	-	« Que je sois dans une situation qui mette mieux en valeur mes capacités en fait »
<b>Contacts</b> « Le sentiment de solitude est très dur à vivre pour moi »	1	« Il est pas satisfait du tout, parce qu'il y en a pas » « C'est mort quoi »	« C'est un peu tout [...] y compris moi »	« Une meilleure entente »
<b>Besoin de se sentir aimée</b> « Je voulais régler mes problèmes avec mon ex » « Parce que je voyais une vie avec lui, je voyais des enfants, je voyais un mariage » « Malgré tout ce qui a pu se passer avant et après l'hospitalisation, ça a toujours été quelqu'un d'important dans ma vie »	1	-	-	« De l'écoute, du dialogue »
<b>Besoin de se sentir comme les autres,</b>	1	-	-	« Je ne sais pas »

<sup>1</sup> Prénom d'emprunt

<sup>2</sup> Tout ce qui est en italique sont des déclarations de Nadia lors de l'entretien avec elle.

<b>de trouver sa place.</b>				
<b>Autonomie</b> « Pas forcément devoir retourner chez mes parents, gérer mon appartement, gérer ma vie de couple, gérer mon quotidien, retrouver du travail »	1		-	« Que la dépression s'arrête quoi » « Que je trouve la force d'affronter tous mes problèmes. Parce que comme j'ai dit, avant et après l'hospitalisation, c'était toujours la même chose »

**Classification des besoins**

Nadia dit d'abord : « Dans les premiers : se sentir aimé et puis la valorisation », mais quand je demande pour les autres besoins elle dit « C'est tout en même temps en fait ». Donc il n'y a pas vraiment de classification.

**Autres thèmes**

Thèmes / Particularités	Précisions	Réflexions / Constatations
« Je gérais plus rien »	« J'étais hors de la maison, j'étais en couple, mais je gérais plus rien. J'avais perdu mon travail depuis 2012 et puis c'est depuis 2012 que ça a dégringolé et il y a eu d'autres choses qui ont fait que... des douleurs psychosomatiques qui sont arrivées entretemps »	-
AI	« J'ai eu une réinsertion qui a terminé dans ces jours. Ils ont fermé le dossier parce que quand j'ai été [à la clinique], j'étais en atelier protégé à ce moment-là » « J'arrivais plus à gérer l'ambiance qu'il y avait là-dedans. Parce que tout le monde avait des problèmes et moi qui suis sensible aussi à ça parce que j'ai un frère handicapé, ça a impacté aussi »	-



## H. Tableau 2 pour analyse – Vanessa

HES-SO//Valais – Wallis

Bachelor of Arts in Travail social

05.01.19

### Tableau 2 pour analyse – Vanessa<sup>1</sup>

#### Parcours de vie

Moment-clés	Spécificités
Visites à son fils de 4 ans	Son fils est à Macolin, elle n'a pas la garde.
Sa grand-mère est décédée	

#### Besoins

Besoins	Estimation	Pourquoi cette estimation ?	Satisfait par qui ? Par quoi ?	Comment passer à l'échelon supérieur
<b>Amour (d'être aimé et aimé)</b> « Parce que c'est l'amour, parce que c'est joli, c'est beau » <sup>2</sup>	4	« Parce qu'il a avait moins de disputes avec mon copain »	-	Plus de compréhension et moins de disputes avec son copain
<b>Avoir de la joie</b> « Les vacances [...] pour le besoin mental, physique, j'ai besoin de soleil, j'ai besoin de voir des gens souriants..., pour avoir de la joie, pour être satisfait »	5	« Ca a changé entre être hospitalisé et pas être hospitalisé, j'étais libre » « La joie de voir mon enfant, l'envie de voir mon copain à la maison »	-	-
<b>Respect</b> « Respect verbal et physique » « Quelqu'un qui manque de respect, ça ne signifie plus rien pour moi. Ça sert à rien. Il est nul pour moi, il est comme un animal »	1	« Avec mon copain, ce n'est pas très satisfaisant » « On commence à se disputer pour des conneries et puis on finit des fois, par se frapper »	-	L'équité. « Il faudrait qu'il change » « Il faut qu'il me respecte, pas me traiter comme un merde quoi »
<b>La stabilité financière</b> « Pour payer mon avocat, pour offrir des choses à mon copain, mon fils et moi » « Pour vivre »	1	« Elle est pas stable du tout » « Il y a des mois où à la fin du mois, les deux dernières semaines, je dois toujours demander à quelqu'un qu'il me prête quelque	-	Al « Je pourrais avoir un appartement mieux et un peu plus d'argent pour vivre »

<sup>1</sup> Nom d'emprunt

<sup>2</sup> Tout ce qui est en italique sont des déclarations de Vanessa lors de l'entretien avec elle.

		<i>chose »</i>		
<b>La stabilité mentale</b> « Pour ça il faut un homme qui est stable, un peu d'argent et avoir un enfant »	5	« Quand je suis rentrée [à la clinique] j'étais KO, je commençais à délirer, déprimer »	« C'est moi qui me suis aidée, parce que c'est moi qui ai décidé pour les médicaments »	-

**Classification des besoins**

- 1 : La stabilité mentale « Pour la stabilité mentale, il faut l'amour, la joie, la compréhension et l'argent » « Pour être stable, il faut un équilibre »
- 2 : La joie
- 3 : L'amour
- 4 : L'argent « Parce que si t'as pas d'argent, t'as pas de respect »
- 5 : Le respect

**Autres thèmes**

Thèmes / Particularités	Précisions	Réflexions / Constatations
<b>Pas de diagnostic clair</b>	Vanessa dit qu'elle a des hauts et des bas, que c'est comme la bipolarité, mais que ce n'est pas ça. Plus tard, elle parle de dépression.	Ici aussi, beaucoup d'incohérence dans le discours de Vanessa.
<b>Prise de médicament (Abilify)</b>	Injection du médicament juste avant l'entretien. « J'arrive presque pas à parler, c'est parce que je viens de la faire maintenant [...] les 3 premiers jours, c'est un peu... »	Peut avoir eu des conséquences sur les habilités de Vanessa à répondre aux questions. La concentration n'était pas toujours présente
<b>Médicaments</b>	Vanessa a des injections d'abilify tous les mois et prend un antidépresseur (Lytofor) chaque jour. « Ca me calme, ça me stabilise »	Incohérence : Pas de diagnostic, mais prise de médicaments ?!?
<b>Explication de ce qu'il s'est passé avec la police, lors de son internement.</b>	Mme explique que 2 hommes se sont introduits chez elle pour lui faire du mal et que c'est pour cela qu'elle a crié. Personne ne l'a cru, car les 2 hommes étaient partis quand la police est arrivée.	Difficile de démêler le vrai du faux. Vanessa se contredit pendant l'entretien.
<b>Amour, affection</b>	« D'affection que je manque [...] comme tout le monde, on est tous en manque d'affection »	Vanessa avait de la peine à parler pour elle-même, elle disait souvent « tous le monde », « toutes les femmes », etc...
<b>Violence des soins</b>	« Parce qu'ils ont des manières de soigner un peu violente des fois » « Ils t'enferment dans la chambre pendant quelques jours et puis ils te donnent une injection dans les fesses et puis tu es KO pendant quelques jours »	
<b>Enfant</b>	« C'est mon enfant, je suis sa mère.	De nouveau, ce sont des

	<i>C'est un porte-bonheur. » « D'abord, c'est mon enfant [...] de l'avoir avec moi, parce qu'il n'est pas avec moi et ça serait le meilleur cadeau » « Parce que je l'aime, c'est mon enfant et puis j'ai de l'affection pour lui. Parce qu'il doit grandir avec sa mère »</i>	généralités. Vanessa a de la peine à parler pour elle-même.
--	--	--