

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

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

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

## Résumé

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

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

## Abstract

The objective of this article is to describe the application of the recovery model to an adolescent population. To this end, we first expose the historical and theoretical context in which the recovery movement fits, while evoking the critical voices that have been raised. We then describe the arrival of recovery in Belgium and its application at the Titeca hospital in Brussels, in the care units for adolescents Kallima and Karibu. This experience leads us to the conclusion that an automatic application of this paradigm to adolescents is not possible, due to the specific characteristics of this population (instability, involvement of different social actors such as school, peers and legal representatives, often episodic and critical nature of the request) as well as more general limits of the recovery model (risk of hyper-responsibility of the patient, focus more on acceptance than on change, need for a general cultural change).

*Key words: adolescence, recovery, psychiatry*

## Samenvatting

Het doel van dit artikel is om de toepassing van het herstelmodel op een adolescente populatie te beschrijven. Daarom brengen we eerst de historische en theoretische context in het licht waarbinnen de herstelbeweging past, terwijl we de kritische stemmen oproepen die zijn verheven. Vervolgens beschrijven we de komst van herstel in België en de toepassing ervan in het Titeca-ziekenhuis in Brussel, in de zorgafdelingen voor adolescenten Kallima en Karibu. Deze ervaring brengt ons tot de conclusie dat een automatische toepassing van dit paradigma op adolescenten niet mogelijk is, vanwege de specifieke kenmerken van deze populatie (instabiliteit, betrokkenheid van verschillende sociale actoren zoals school, leeftijdsgenoten en wettelijke vertegenwoordigers, vaak kritische episodische aard van het verzoek) evenals de meer algemene grenzen van het herstelmodel (risico op hyperverantwoordelijkheid van de patiënt, meer gericht op acceptatie dan op verandering, noodzaak van een algemene cultuurverandering).

*Trefwoorden : adolescentie, herstel, psychiatrie*

## LA RÉVOLUTION DU RÉTABLISSMENT EN PSYCHIATRIE : LUMIÈRES ET OMBRES

Le concept de rétablissement, depuis ses premières formulations avancées dans les années 80 par le mouvement des usagers de la psychiatrie des États-Unis, a connu une diffusion impressionnante dans la culture psychiatrique, ainsi qu'un accueil enthousiaste chez certains. La définition la plus citée, celle de Bill Antony, le décrit comme « un processus personnel et unique, vers une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie (mentale). Il suppose le développement de sens et d'objectifs nouveaux, malgré les effets catastrophiques de la maladie »<sup>1</sup> (p. 527). Pour la première fois, le concept de santé mentale est distingué de celui d'absence de maladie : l'un peut apparaître sans l'autre et l'idée même de guérison est abandonnée pour être remplacée par celle, plus réaliste, de rétablissement d'une vie porteuse de sens.

La réalisation de cet idéal passe par une nouvelle manière de concevoir l'intervention, qui n'est plus de nature exclusivement médicale, c'est-à-dire centrée sur l'atténuation ou la disparition des symptômes, mais sur la mise en place d'un projet de vie concret et épanouissant. On passe d'un modèle paternaliste et médical, à un modèle pluridisciplinaire, qui valorise l'apport des différents acteurs du terrain et surtout du « malade », qui est considéré comme le plus grand expert de sa situation<sup>2</sup>. Ce dernier n'est donc plus passif, mais a le pouvoir et le droit de participer à la mise en place de son projet de vie, car il est le seul en mesure d'identifier les objectifs et la nature d'une vie porteuse de sens pour lui. Le « malade » ou le « patient » perd cette appellation et devient un « expert du vécu » ou un « usager ».

- Dans ce contexte, l'implication des anciens usagers dans les institutions de soins est devenue de plus en plus courante, à travers la mise en place de programmes de « pair-aidance » qui ont permis aux usagers plus anciens de fournir un modèle positif aux patients qui se retrouvent dans les premières étapes de leur chemin vers le rétablissement<sup>3</sup>.
- Certains auteurs soulignent que le concept de « rétablissement » a acquis un grand pouvoir de séduction et de rassemblement<sup>4</sup>, car il présente en effet une valence intrinsèquement éthique. Il s'inscrit d'ailleurs dans le mouvement d'une plus grande reconnaissance des droits civiques des minorités et dans celui d'une démocratisation du savoir. Il s'accompagne en outre d'un travail de militance et de dissémination culturelle en faveur de la dé-stigmatisation de la maladie mentale, qui est aussi cohérent avec le discours pluraliste et inclusif de ce début de millénaire.
- Cette révolution n'a d'ailleurs pas tardé à influencer les politiques en matière de santé mentale, comme en témoignent les réformes psychiatriques en ce sens dans plusieurs pays : aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Nouvelle Zélande, en France et au Canada<sup>5</sup>.
- L'engouement pour le rétablissement a donc rencontré

peu de critiques jusqu'à présent, ce qui a fait que les ombres de ce mouvement, à ce jour, nous échappent. Quelques auteurs ont tout de même fait exception.

Koenig et Gilliot (2017) ont mis en évidence certains points de vigilance éthique à garder à l'esprit dans nos réflexions sur le rétablissement. En particulier, les auteurs pointent les dérives possibles de la visée émancipatrice du rétablissement qui, « à l'extrême, peut basculer dans une forme d'injonction à l'autonomie et à l'hyper-responsabilité »<sup>6</sup> (p. 232) et ainsi banaliser la souffrance de l'usager en demande d'aide et de soutien.

- Dans le même ordre d'idées, Martin (2017) a soulevé le risque d'une « injonction à la liberté » : « l'exercice de la liberté est coûteux pour chacun de nous. Par conséquent, placer le patient dans une forme d'injonction à la liberté pourrait s'avérer paradoxal, qui plus est lorsque cette injonction s'adresse à une personne touchée par un trouble psychiatrique qui la fragilise quant à la possibilité de s'autodéterminer (du fait, par exemple, d'altérations de la conscience de soi, d'un vécu persécutif ou de difficultés à pouvoir instaurer un espace intersubjectif) »<sup>7</sup> (p. 202).
- Selon notre point de vue, une autre dimension paradoxale et risquée qui mérite d'être relevée est celle de l'acceptation des symptômes de la maladie. Il s'agit d'une étape fondamentale dans le processus de rétablissement, car elle permet à l'usager de se focaliser sur les dimensions de la vie laissées intactes et ainsi commencer à construire un projet de vie réaliste. Patricia Deegan, pionnière du rétablissement, affirmait en 1988, « ce n'est qu'en acceptant ce que nous ne pouvons plus faire ou être, que nous découvrons qui nous pouvons être et ce que nous pouvons faire »<sup>8</sup> (p. 15). Le risque, ici, de négliger la dimension symptomatique, qui est pourtant souvent porteuse de souffrance, serait réel et pourrait induire une résignation prématurée. Ce risque nous semble d'autant plus important quand il s'agit d'un public qui fait face à un début de maladie, ou à des épisodes intermittents et instables.
- D'autres auteurs se sont intéressés aux précurseurs du rétablissement, comme le mouvement de fermeture des hôpitaux psychiatriques initié par Franco Basaglia en Italie, pour souligner des leçons que nous devrions en tirer<sup>9</sup>. Ainsi, Onnis<sup>10</sup> met en garde contre un phénomène qui a été très courant en Italie après l'approbation de la loi 180 (1978)<sup>11</sup> : la reproduction du modèle asilaire et la perpétuation des pratiques paternalistes et imbibées de préjugés dans les nouvelles structures de soins. Selon l'auteur il y aurait donc le risque réel qu'un changement de surface, c'est-à-dire dans les discours et dans les structures, cache et légitime la continuation d'un modèle dysfonctionnel dans les pratiques. Ce risque est d'autant plus présent si le changement est imposé au niveau des pratiques, sans qu'un changement culturel, profond et radical ne se réalise en même temps dans la représentation de la maladie mentale auprès des intervenants et de la société dans son ensemble. Une nouvelle vision plus optimiste et imprégnée d'espoir serait donc la condition *sine qua non* pour la réalisation d'un changement réel vers le rétablissement.

Dans le présent article nous avons comme objectif d'approfondir les points problématiques du concept de rétablissement, partant des enjeux spécifiques qui concernent la population adolescente qui réside dans nos services. Avec cet objectif, nous allons d'abord décrire l'expérience de l'application du modèle du rétablissement dans le cadre normatif spécifique de la Belgique et ensuite au sein du Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT) de Bruxelles, plus particulièrement dans les unités de soins qui s'occupent des adolescents.

## LE RÉTABLISSMENT DANS LA POLITIQUE ET LES PRATIQUES DE SANTÉ MENTALE POUR LES ADOLESCENTS

Ce n'est qu'en 2015 que la nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et adolescents a vu le jour en Belgique (SMEA, 2015), avec le rétablissement en filigrane. En effet, lors de la conférence interministérielle sur la santé mentale de 2010, où les ministres compétents pour les différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional et des communautés linguistiques) du pays ont proposé une déclaration officielle, un guide pour les pratiques a vu le jour<sup>12</sup>, qui mentionne plusieurs thèmes issus de la nouvelle philosophie du rétablissement: participation des usagers, plus de travail de réseau, séjours en institution plus courts, réduction de la stigmatisation, plus de soins de base et de travail de prévention et sur les ressources. Le principe de base est que l'utilisateur est placé au centre du dispositif et doit être mis en condition de pouvoir décider de manière autonome des différentes dimensions de sa vie, y compris le traitement. Les intervenants en santé mentale sont tenus de l'écouter avant de prendre les décisions le concernant. Le vocabulaire évolue et le mot « usager » est préféré au mot « patient », afin de promouvoir une vision de l'individu comme actif, acteur de son organisation des soins et impliqué dans son processus de rétablissement<sup>12</sup>.

Dans ce document il est pourtant clair qu'une réflexion autour de la spécificité du rétablissement auprès de la population de mineurs n'est pas encore au point. La tendance majoritaire reste celle de généraliser le modèle du rétablissement tel que conçu par et pour les adultes.

- En effet, les chercheurs se sont plongés sur la question spécifique du rétablissement dans les soins de santé mentale des adolescents seulement très récemment, mais ceux qui l'ont fait ont rapidement conclu que le modèle du rétablissement ne pouvait pas être appliqué *stricto sensu* et qu'il fallait, en revanche, *développer une tout autre et nouvelle vision du rétablissement*<sup>13-15</sup>.
- Ward (2014) a identifié quatre facteurs importants qui marquent une différence entre le processus de rétablissement des adultes et celui des adolescents<sup>13</sup>.
- Premièrement, l'auteur souligne le rôle fondamental de la famille dans la définition du chemin de rétablissement du jeune. Ce dernier n'a en effet pas encore complété son processus d'individuation<sup>16</sup>. Selon Ward, la famille doit

donc être protagoniste du processus d'*empowerment* et d'auto-détermination, à travers non seulement des demandes ponctuelles de consentement, mais aussi à travers le partage d'information et une implication dans toutes les étapes du processus de décision.

- Un deuxième facteur concerne le groupe des pairs, qui aurait un impact tout aussi puissant dans la définition de la trajectoire de développement d'un jeune<sup>17</sup>. Ce groupe opère une influence à travers des dynamiques d'identification, assimilation et appartenance, ainsi que de conflit et de différenciation, que tout intervenant se doit de considérer dans la planification du projet de vie des jeunes.
- Un troisième facteur est celui du développement de l'identité : alors que l'identité d'un adulte est relativement stable, celle d'un adolescent est un processus en cours et notamment à son début ; il faut donc être conscient des risques qui peuvent y avoir au niveau de l'image de soi et de la confiance en soi, suite à l'expérience d'un passage par les services de santé mentale.
- Le dernier facteur est celui des changements physiologiques : les changements hormonaux d'un adolescent dans la phase de la puberté déterminent des changements dans son image corporelle ainsi que dans ses émotions et dans la relation à l'autre ; l'instabilité et la complexité relationnelle sont donc particulièrement présentes à cet âge et nécessitent aussi d'être prises en compte comme facteurs spécifiques de cette population.
- Ward offre ainsi un premier éclairage qui pointe la nature profondément sociale du rétablissement des adolescents et le relie aux caractéristiques typiques de cette phase du cycle de vie. Cette contribution reste pourtant au stade de la réflexion théorique. On devra attendre quelques années avant qu'elle ne trouve un support dans les données empiriques.
- Kelly et Coughlan (2019) ont mené une étude qualitative, basée sur des interviews en profondeur auprès des parents d'adolescents usagers des services psychiatriques<sup>14</sup>. Selon ces parents, les interactions sociales et les relations positives avec plusieurs catégories d'acteurs, notamment les pairs, les acteurs scolaires, les adultes et les professionnels de la santé mentale, recouvrent une importance fondamentale, voire critique, dans le processus de rétablissement de leurs enfants.

Ces parents ont également mis en lumière l'importance de la résilience, car il faut garder à l'esprit que dans la vie de jeunes patients des événements vont se produire, parfois chargés de stress, comme les passages d'un stade du cycle de la vie à un autre. Dans ce contexte, la capacité de résister ou de surpasser certaines difficultés et bouleversements revêt une importance cruciale. Selon le point de vue de parents interviewés par Kelly et Coughlan, les cliniciens devraient donc placer ces aspects tout en haut des objectifs principaux du chemin vers le rétablissement, même au-delà et en dépit de la disparition des symptômes.

Bien que cette étude pionnière reste une contribution fondamentale pour élargir et mieux définir les enjeux du rétablissement chez les jeunes, elle ne nous offre qu'une perspective partielle : celle des parents.

- En 2020, Law et ses collègues nous ont offert un éclairage sur la vision subjective des adolescents en les interrogeant directement, avec la même méthodologie des interviews en profondeur<sup>15</sup>. L'analyse de ces interviews a fait émerger une conception du rétablissement qui, de manière surprenante, sous plusieurs aspects, ne correspondait pas à celle conçue par les parents, les tuteurs, les professionnels et les chercheurs. On constate en fait que le rétablissement, comme processus d'adaptation à la maladie et qui dure toute la vie, est quelque chose de très décourageant pour les jeunes, qui préfèrent en revanche viser un résultat stable et rapide, notamment l'élimination des symptômes. Le rétablissement, tel que défini pour les adultes par les professionnels de la santé mentale, est donc en réalité vécu par les adolescents comme une diminution de leurs potentialités. Cette vision devient d'autant plus compréhensible si l'on considère que, dans cette phase développementale, il est impossible de parler d'une condition chronique : les jeunes qui s'adressent aux services de santé mentale expérimentent souvent une première crise, un épisode qui pourrait avoir une nature ponctuelle et disparaître, sans pour autant demander un aménagement des différentes dimensions de leur vie.
- Un autre aspect qui émerge de cette étude est l'exigence de compréhension et de simplification, qui se traduit, chez certains jeunes, par une demande explicite d'un diagnostic. Encore une fois, on remarque un écartement de la vision classique du rétablissement qui, au contraire, considère le diagnostic plus comme un outil médical, dangereux à cause de la stigmatisation qu'il peut susciter et des difficultés qui s'en suivent en termes d'intégration dans la société.
- Cette brève revue de la littérature souligne donc déjà que le concept de rétablissement chez les adolescents doit être nuancé, voire critiqué, au regard de l'instabilité et du dynamisme typiques de cette phase développementale, de l'interconnexion de l'utilisateur avec les différentes parties du système auquel il appartient et de la multitude des points de vue en jeu.

## L'EXPÉRIENCE DE KARIBU ET KALLIMA

Le CHJT s'est fort inspiré du rétablissement pour initier un ensemble de réformes visant à changer de paradigme, en lien avec la volonté politique plus large statuée dans le guide aux nouvelles pratiques du SPF Santé de 2016. L'ensemble des mesures au niveau général de l'hôpital converge dans le projet « Apertio », dont la surveillance est assurée par un « comité rétablissement »<sup>1</sup>.

Au sein des unités pour adolescents nous avons également adopté une série de mesures, tout en étant conscients de la prudence nécessaire et de la nécessité d'adapter ce modèle à notre population spécifique. Les deux unités de soins intensifs concernées sont Karibu, unité d'admission et de stabilisation,

et Kallima, unité de resocialisation et d'autonomisation. Elles accueillent une population masculine d'âge comprise, à l'admission, entre 12 et 18 ans, résidente dans les régions de Bruxelles-Capitale, sa périphérie et la Wallonie. L'admission dans ces unités se fait soit sous un mandat judiciaire (i.e. sur demande du tribunal de la jeunesse, ou par signalement du service de protection de la jeunesse), soit sur demande volontaire, soit pour une mission de mise en observation (admissions forcées) dans des situations de maladie mentale avérée telle que trouble de l'humeur, trouble psychotique et trouble des conduites. Les seuls critères d'exclusion sont le retard mental grave et l'autisme.

Ci-dessous, nous présentons les activités en lien avec l'intégration des notions du rétablissement :

## FORMATION DES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

À travers des groupes de travail, des journées d'étude et des brainstormings, nous avons sensibilisé le personnel des deux unités aux thématiques principales du modèle du rétablissement, notamment pour soutenir et amplifier (1) la co-construction du projet thérapeutique avec le patient et les différents représentants de son réseau ; (2) l'introduction d'une vision optimiste du parcours de rétablissement des jeunes et d'un langage imprégné d'espoir, comme piliers culturels de notre nouvelle pratique et (3) le déplacement du focus de l'intervention sur des dimensions de vie qui ont du sens pour l'utilisateur, au-delà de l'aspect symptomatique.

## MISE EN PLACE DE L'ÉQUIPE MOBILE PLURIDISCIPLINAIRE KARAVELLE

Suite à l'impulsion politique octroyant des moyens humains supplémentaires, le dispositif pour adolescents de l'hôpital a rétabli l'équipe mobile pluridisciplinaire Karavelle, dont les moyens avaient été réaffectés au réseau par le passé. Cette équipe travaille en étroite collaboration avec l'hôpital, avec une approche de « *in & out reaching* », c'est à dire d'intervention en amont de l'hôpital pour préparer, retarder ou éviter l'hospitalisation et d'intervention post-hospitalière pour diminuer la durée de l'hospitalisation et accompagner activement la réinsertion de l'utilisateur dans son milieu de vie. De cette manière, nous avons pu réduire au maximum les coupures avec le milieu de vie des usagers et garantir une continuité de leur projet de vie. Ce travail en amont et en aval de l'hospitalisation demande évidemment plus de contacts avec le réseau du jeune et avec les intervenants externes à l'hôpital.

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur les différentes phases d'implémentation d'Apertio et sur les actions du « comité rétablissement », consulter le site web [www.apertio.be](http://www.apertio.be).

## INTENSIFICATION DU TRAVAIL DE RÉSEAU

En lien avec l'implémentation de la nouvelle politique pour enfants et adolescents nous avons sensiblement augmenté le travail avec les intervenants des réseaux et du milieu de vie des jeunes, y compris pendant leur séjour en hôpital. De cette manière, le nombre des patients inscrits à l'école pendant l'hospitalisation a sensiblement augmenté, de même que dans les maisons de jeunes, ou encore dans des activités de bénévolat ou sportives. L'objectif de cette mesure est de permettre aux usagers de continuer leur vie en collectivité pendant le temps de l'hospitalisation. Ce travail s'inscrit dans la lignée des observations de Ward, Kelly et Coughlan, Law et ses collègues, car il prend en compte la dimension sociale et d'appartenance au groupe des adolescents.

## INTÉGRATION DE LA PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALE DANS LA PRISE EN CHARGE

À travers la création de groupes de réflexion pluridisciplinaire, nous sommes en train d'identifier les besoins spécifiques de deux sous-groupes d'âge (i.e. 12-14 et 15-18). Cette réflexion devrait nous permettre de mieux préciser les cadres et contenus de l'hospitalisation aux usagers qui se situent dans des phases développementales différentes et qui peuvent avoir, pour cette raison, des besoins spécifiques, tant du point de vue de leur gestion quotidienne, que du point de vue de la conception de la maladie, de son impact sur la vie de tous les jours et sur les phases successives de leur cycle de vie.

Cette action se réalise à travers des échanges de pratiques entre des membres désignés du staff de Kallima et Karibu et d'autres acteurs du réseau qui ont une expérience reconnue avec ces deux classes d'âge.

## POINTS DE DIFFICULTÉ ET ASPECTS CRITIQUES

Dans notre réorganisation des pratiques en vue de l'application du rétablissement, nous avons constaté plusieurs aspects critiques, qui sont cohérents avec ce qui a été mis déjà en évidence dans la littérature sur ce sujet.

### LA MULTITUDE DE PERSPECTIVES EN JEU

Une application automatique du rétablissement exigerait que les jeunes eux-mêmes participent activement aux décisions les concernant. Ce processus ne peut cependant pas négliger le rôle des représentants légaux, que ces soient les parents ou les intervenants externes. Pourtant, comme mis en évidence dans la littérature, nous constatons aussi que ces différents points de vue sont parfois inconciliables : la perspective parentale est plus focalisée sur le futur<sup>14</sup>, alors que celle du jeune se concentre plus sur un besoin immédiat de diminution des symptômes, d'interconnexion et de reconnaissance narcissique<sup>15</sup>. Le travail

de convergence de ces points de vue n'est pas toujours possible et celui du jeune finit souvent par être placé au deuxième plan. De plus, une partie d'entre eux sont hospitalisés sous l'effet d'une mesure de contrainte (judiciaire et/ou administrative) qui spécifie certains attendus sociaux pas nécessairement conciliables avec les attentes de l'adolescent.

Dès lors, nous nous interrogeons actuellement sur le dispositif le plus opportun à adopter pour que la volonté de l'usager mineur soit tout de même respectée, en évitant de tomber dans le paradoxe de l'« injonction à la liberté »<sup>7</sup>, potentiellement porteur d'angoisse pour nos usagers, qui sont encore sous le statut juridique des mineurs et sont en plus souvent fragilisés par la crise qu'ils traversent.

### LA MÉCONNAISSANCE DE L'ADOLESCENCE

Déconstruire le diagnostic psychiatrique et offrir un espoir de rétablissement aux jeunes et aux intervenants qui les entourent doit nécessairement passer par une information sur les caractéristiques propres à l'adolescence : instabilité identitaire, influence sociale des pairs et de la famille, bouleversements hormonaux et relationnels. Ces caractéristiques accentuent les symptômes de troubles mentaux (même des symptômes psychotiques) auprès de cette population<sup>18</sup>. Nous avons souvent constaté dans ce travail une méconnaissance des situations cliniques qui touchent à l'adolescence, tant dans les intervenants du réseau social que dans les intervenants du secteur de la santé mentale.

### LA PERSISTANCE D'UNE VISION PESSIMISTE

L'Organisation mondiale de la Santé rapporte que 1 jeune sur 5 en-dessous de 18 ans souffre d'un trouble mental et que les troubles mentaux couvrent 45 % de la charge sanitaire pour cette population<sup>18</sup>. On en déduit que la probabilité pour un jeune d'avoir accès aux soins de santé mentale est plus élevée que pour un adulte et que cette proportion diminue donc au fur et à mesure qu'on avance dans l'âge. En termes pratiques, cela veut dire qu'une grande partie des jeunes qui transitent par les services de santé mentale n'y reviendront plus, une fois adultes. Cette donnée devrait en effet procurer un certain espoir aux intervenants, mais, de manière paradoxale, l'absence de tout contact avec nos jeunes, dans les phases suivantes de leur développement, nous empêche de tracer et comprendre leur chemin de rétablissement, ainsi que d'intégrer cette connaissance dans nos pratiques. En l'état actuel, l'optimisme et le « langage de l'espoir » auprès des intervenants et des parents restent donc difficiles à obtenir, en raison de cette vision très focalisée sur le présent du patient, un présent souvent disruptif et chargé de changements.

### LA PERTE DE CONTACT AVEC LES ANCIENS USAGERS

La difficulté dans le suivi à long terme des jeunes est aussi à l'origine d'un autre problème dans l'application du modèle du rétablissement à la population adolescente : l'exploitation de la pair-aidance. Ce point apparaît d'ailleurs comme le grand absent dans la liste de toutes les mesures mises en place au sein de nos services, alors qu'il figure parmi les mesures les plus représentatives du modèle du rétablissement. Mais comment donner de la place et de la valeur au vécu de patients rétablis si

la plus grande partie d'entre eux ont décroché des services de santé mentale après l'adolescence, car probablement rétablis, ou tout simplement parce que suivis dans des structures adultes ? À notre connaissance, cet aspect de la réflexion peine à avancer, tant d'un point de vue théorique, que dans la pratique clinique. Il se heurte d'ailleurs à l'impératif déontologique du secret médical, qui fait obstacle à la communication entre plusieurs structures de soin.

### LE RETARD DU CHANGEMENT CULTUREL PAR RAPPORT À CELUI DES PRATIQUES

Une grande partie des mesures mentionnées dans le paragraphe précédent exige un changement culturel profond pour pouvoir se réaliser. Pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, ce changement profond tarde à se produire. En l'absence de celui-ci, le risque est en effet que la prédication de Onnis se réalise, à savoir un changement de surface, mais avec un modèle sous-jacent qui reste très attaché à l'idée de soigner la maladie avec paternalisme.

En outre, il y a aussi le risque que l'encouragement des patients à l'inclusion dans la société malgré leurs difficultés se heurte encore souvent à la vision générale de la maladie mentale source de stigmatisation et d'exclusion.

### LES CONTRAINTES

Toutes les mesures mentionnées dans le paragraphe précédent sont certainement fondamentales pour qu'un changement culturel se produise, tant au sein de nos services que dans l'environnement externe qui entoure le jeune. Cependant, il est important de souligner que ces mesures présentent un coût supplémentaire, non seulement financier mais aussi en termes de charge de travail et de complexité. En l'absence d'un investissement massif de ressources financières et humaines, il est donc inévitable que le changement culturel nécessaire au rétablissement se produise avec lenteur.

### LA PERSISTANCE D'UNE INTERVENTION AXÉE SUR LES SYMPTÔMES

Les usagers adolescents sont souvent en train de vivre leur première crise de décompensation et leur condition clinique est typiquement marquée par une grande instabilité. Dans ce contexte, il est très difficile, voire inopportun, d'initier un parcours d'acceptation de la maladie et de réorganisation du projet de vie. Ceci est d'autant plus difficile si l'on considère les enjeux en termes identitaires et narcissiques qui sont présents dans cette phase. De lors, avec cette population la place de l'intervention médicale et le focus sur les symptômes reste souvent primordiale, tant pour répondre à l'exigence d'espoir des usagers mineurs et de leurs proches, que pour alléger la souffrance générée par la crise.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES FUTURES

Au cours de notre expérience, nous avons donc éprouvé des difficultés à appliquer, au sens strict, le modèle de rétablissement auprès de la population adolescente. Cependant, nous restons dans l'idée que la direction tracée est la bonne, d'autant plus que ses concepts peuvent s'articuler avec notre conception du travail avec les adolescents, ainsi qu'avec notre système de valeurs. Mais pour qu'elle ne reste pas un idéal abstrait, il est important de prendre conscience de ces questions critiques et d'être réaliste sur ce qui est possible et juste de réaliser, de ce qui peut et est juste de demander aux patients, en respectant aussi leurs contextes, leurs limites, leurs souffrances et leur besoin d'aide. Le rétablissement n'est pas le même pour tout le monde : cet aspect doit être retenu plus fortement que tous les autres pour éviter de se tromper et de créer de nouvelles souffrances. Dans la lignée des auteurs qui ont étudié le sujet ces dernières années, nous sommes aussi persuadés que l'application du rétablissement aux adolescents nécessite une révision profonde du concept même et pas seulement une adaptation. Comme nous l'avons vu, certains aspects ne sont tout simplement pas applicables ; d'autres restent encore à explorer et d'autres nécessitent un surinvestissement et un temps long, le temps nécessaire pour qu'une révolution profonde ait lieu dans la conception même de la maladie mentale à l'adolescence.

Un point qui semble revenir de manière récurrente est certainement celui de l'interconnexion entre les usagers adolescents et plusieurs acteurs, notamment les pairs, la famille et les intervenants. Le rétablissement d'un usager adolescent ne peut donc pas être un « chemin personnel », comme le définit Antony, mais le chemin de tout le système qui entoure le jeune et qui doit trouver un équilibre nouveau et plus fonctionnel. De cette manière l'analyse et l'intervention ne peuvent pas être placées exclusivement sur l'individu et ses objectifs, sur ses comportements et ses croyances, mais doivent s'élargir à une perspective multi-systémique, voir écosystémique<sup>19</sup>, qui tient compte de tous les éléments de manière conjointe, y compris de la composante médicale et de l'environnement qui entoure le jeune. Une telle approche rendrait mieux compte de toute la complexité du rétablissement dans le travail avec les adolescents, qui, comme nous l'avons vu, reste encore en grande partie inexploré.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s, Academic Search Premier". *Psychosoc Rehabil J.* 1993;4(16):11-23.
2. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals.* Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
3. Le Cardinal P, Roelandt J, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique.* 2013;89:365-70.
4. Pachoud, B. La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem,* 2020;7:165-80.
5. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008;17:128-37.
6. Koenig, M, Gilliot, E. Le concept de rétablissement en psychiatrie: modes d'appropriation et points de vigilance éthiques. *Perspectives Psy.* 2017;56:229-34.
7. Martin B. Le rétablissement en psychiatrie. *Avant-Propos. Perspectives Psy.* 2017;56(3):201-2.
8. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J.* 1988;11:1-9.
9. Davidson JR, Chichester JS. *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned.* Larry. John Wiley & Sons Ltd; 2010.
10. Onnis L. Franco Basaglia : 25 ans après, encore précurseur ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.* 2002;29:257-63.
11. Texte intégral de la Loi du 13 Mai 1978 n. 180, disponible sur [salute.gov.it](http://salute.gov.it).
12. SPF. Manuel des pratiques innovantes. 2016. Disponible sur: [http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide\\_FR.pdf](http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf).
13. Ward D. 'Recovery': does it fit for adolescent mental health? *J Child Adolesc Ment Health.* 2014;26(1):83-90.
14. Kelly M, Coughlan B. A theory of youth mental health recovery from a parental perspective. *Child Adolesc Ment Health.* 2019;24(2):161-9.
15. Law H, Gee B, Dehmadhi N, Carney R, Jackson C, Wheeler R *et al.* What does recovery mean to young people with mental health difficulties? - 'It's not this magical unspoken thing, it's just recovery'. *J Ment Health.* 2020;29(4):464-72.
16. Collins WA, Laursen B. Parent-adolescent relationships and influences. In: Lerner RM, Steinberg L. *Handbook of adolescent psychology.* New Jersey: John Wiley & Sons;2004:331-61.
17. Dishion TJ, Tipsord JM. Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annu Rev Psychol.* 2011;62:189-214.
18. Organisation mondiale de la Santé. Global burden of disease study. Geneva, Switzerland; 2004. [http://www.GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.GBD_report_2004update_full.pdf) (who.int)
19. Barudy, J. *La douleur invisible de l'enfant. Approche écosystémique de la maltraitance.* Toulouse: Eres; 1997.

AUTEUR CORRESPONDANT

RAFFAELLA DI SCHIENA  
Centre Hospitalier Jean Titeca,  
Rue de la Luzerne, 11  
1030 Bruxelles  
E-mail : [raffaella.di-schiena@chjt.be](mailto:raffaella.di-schiena@chjt.be)