



Vrije  
Universiteit  
Brussel

**RECHERCHE SCIENTIFIQUE 'VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTE MENTALE'**

**EXPLICATION DES QUESTIONS DE RECHERCHE ET DES DOMAINES D'EVALUATION  
POUR LES ENQUETES AUPRES DES SOIGNANTS/PROFESSIONNELS, DES USAGERS ET  
DES FAMILLES.**

**LUCAS - KU LEUVEN**

Veerle De Jaegere  
Prof. Dr. Chantal Van Audenhove

Leuven  
juillet 2012



# Colophone

## **Commanditaire**

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

## **Équipe de recherche**

LUCAS - KU Leuven: Veerle De Jaegere & Prof. Chantal Van Audenhove

UCL-IRSS: Pablo Nicaise, Janaina Costa Campos Lopes & Prof. Vincent Lorant

VUB-MESO: Griet De Roeck & Prof. Mark Leys

**Leuven, juillet 2012**



# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>1 Au niveau des usagers</b>	<b>8</b>
1.1 Questions de recherche	8
1.2 Domaines d'évaluation	8
1.2.1 Le degré de rétablissement du patient	8
1.2.2 La participation de l'utilisateur aux soins	9
1.2.3 La situation clinique des usagers	11
1.2.4 La satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus	12
<b>2 Au niveau de la famille</b>	<b>14</b>
2.1 Questions de recherche	14
2.2 Domaines d'évaluation	14
2.2.1 La participation de la famille/aidants-proches aux soins de l'utilisateur	14
2.2.2 Attention pour la famille/aidants-proches	15
<b>3 Au niveau des soignants/professionnels</b>	<b>17</b>
3.1 Questions de recherche	17
3.2 Domaines d'évaluation	17
3.2.1 Des soins et des compétences orientés vers le rétablissement	17
3.2.2 La satisfaction des soignants/professionnels au travail	20
<b>Résumé</b>	<b>24</b>
<b>Références</b>	<b>25</b>



## Introduction

Les projets 'Vers de meilleurs soins de santé mentale (article 107)' sont évalués à la demande des pouvoirs publics (Service Public Fédéral Santé publique, les communautés et les régions). La recherche a pour but d'observer les projets qui prennent place dans le cadre du programme de réforme de l'article 107 et d'évaluer dans quelle mesure leur fonctionnement correspond à la vision du programme de réforme. Cette recherche prend place avec la collaboration de trois équipes scientifiques (LUCAS KU Leuven, UCL-IRSS et VUB-MESO). LUCAS KU Leuven et UCL-IRSS se penchent sur la contribution de la réforme sur les soignants/professionnels<sup>1</sup>, les usagers<sup>2</sup> et la famille<sup>3</sup>. La VUB se penche principalement sur la délimitation géographique des projets et de la composition du réseau.

Afin de soutenir et d'éclaircir cette recherche, les équipes de recherche mettront en place une série de documents. Ce document offre un aperçu des domaines d'évaluation et des questions de recherche, pertinents pour la recherche de LUCAS KU Leuven. Ce document ne comprend donc pas d'information sur la délimitation géographique et la composition du réseau (des thèmes de recherche étudiés par la VUB-MESO) ou sur l'utilisation des services par les usagers, l'inclusion sociale et la qualité de vie des usagers (des thèmes de recherche étudiés par l'UCL-IRSS).

L'explication des questions de recherche et des domaines d'évaluation est subdivisée dans ce document en trois parties. Chaque partie correspond à un certain niveau d'enquête: *paragraphe 1* offre une vue sur les questions et les domaines qui sont pertinents au niveau du patient, *paragraphe 2* est dirigé sur le niveau des familles et *paragraphe 3* commente les questions et les domaines au niveau des soignants/professionnels.

---

<sup>1</sup> Un soignant/professionnel fait référence à tous les professionnels qui sont impliqués dans les soins pour l'utilisateur (dans ce cas des relations de soins formelles).

<sup>2</sup> Un usager fait référence à une personne avec des problèmes psychiques. Cette personne est vue comme un partenaire actif pour définir son trajet de soins.

<sup>3</sup> La famille/aidant-proche fait référence à tous les personnes dans l'environnement naturel de l'utilisateur qui sont des acteurs importants dans les soins pour cet usager (dans ce cas des relations de soins informelles).

## 1 Au niveau des usagers

Dans ce paragraphe, les questions de recherche et les domaines d'évaluation qui sont pertinents pour la recherche de LUCAS KU Leuven au niveau des usagers sont expliqués.

### 1.1 Questions de recherche

LUCAS - KU Leuven pose quatre questions de recherches centrales au niveau de l'utilisateur :

1. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle au processus de rétablissement de l'utilisateur ?
2. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à la participation de l'utilisateur aux soins ?
3. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à la situation clinique (la gravité du problème) des usagers ?
4. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus ?

### 1.2 Domaines d'évaluation

Chacune des questions de recherche citées ci-dessus correspond à un ou plusieurs domaines d'évaluation, pertinents pour la partie de recherche de LUCAS KU Leuven. Les domaines suivants sont consécutivement expliqués : le degré de rétablissement du patient, la participation des usagers aux soins, la situation clinique des usagers et enfin, la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus.

#### 1.2.1 Le degré de rétablissement du patient

##### *Que signifie le rétablissement du patient ?*

La 'Recovery Support Strategic Initiative' de SAMHSA<sup>4</sup> donne une nouvelle définition du rétablissement, qu'elle définit comme :

*"A process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential."*

De plus, la SAMHSA définit quatre grandes dimensions qui soutiennent une vie orientée vers le rétablissement :

- Santé: pouvoir gérer ses propres limites et troubles et vivre d'une manière saine, aussi bien physiquement qu'émotionnellement.
- Logement: un endroit stable et sûr pour y vivre.
- But: des activités quotidiennes significatives (par exemple un travail, l'école, le bénévolat), l'indépendance et les moyens de participer à la société.
- Société: des relations et des réseaux sociaux qui offrent du soutien, de l'amitié, de l'amour et de l'espoir.

---

<sup>4</sup> SAMHSA est une agence américaine de la santé publique dans le département de soins et les services sociaux. <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>

Le rétablissement est donc un processus comprenant des dimensions différentes. Dans ce domaine d'évaluation, nous nous concentrons sur la dimension existentielle du rétablissement ou le processus interne, psychologique qui permet d'apprendre à vivre avec un trouble et l'élaboration de projets de vie personnels. Le rétablissement est quelque chose que le patient fait soi-même et non quelque chose que les soignants/professionnels font pour les usagers. Les soignants/professionnels peuvent cependant soutenir les usagers là-dedans (Whitley & Drake, 2010; Anthony, 1993).

Des résultats mesurables de la dimension existentielle du rétablissement sont, entre autres, l'espoir et le sentiment d'empowerment (Whitley & Drake, 2010).

L'espoir comprend la reconnaissance et l'acceptation du problème, une implication au changement, la reclassification des priorités, une concentration sur les forces et non sur les faiblesses, une pensée orientée vers le futur et avoir une confiance en soi (Schrank & Slade, 2007). L'auto-gestion signifie que les usagers prennent eux-mêmes la régie sur leurs propres problèmes, apprennent à intervenir par eux-mêmes, apprennent à éviter la rechute, exercent (de nouveau) de l'influence sur leur propre environnement et apprennent à trouver le chemin qui mène la bonne offre (de soins) (Mueser et al., 2002). Empowerment comprend l'autonomie, le courage, le contrôle, la prise de responsabilité personnelle et faire appel aux mêmes droits et responsabilités que les autres personnes (Schrank & Slade, 2007).

#### *Quelle est la plus-value de suivre le rétablissement (espoir et empowerment) ?*

Dans des soins orientés vers la communauté, les usagers restent autant que possible dans leur environnement naturel et fonctionnent de manière aussi indépendante que possible. Pour cette raison, il est important que les usagers apprennent certaines aptitudes (voir ci-dessus), qu'ils trouvent le chemin vers la bonne offre de soins et qu'ils (re)commencent à exercer de l'influence sur leur environnement.

L'espoir joue un rôle central pour soutenir les usagers dans leur processus de rétablissement. L'espoir est autant un catalyseur qu'un facteur qui entretient le processus de rétablissement. L'espoir est une condition sine qua non pour le rétablissement. Le processus de rétablissement est en effet souvent basé sur la reconstruction de significations aux événements, autant nouveaux que du passé (Schrank, Stanghellini, & Slade, 2008).

#### *Quels sont les facteurs qui influencent le processus de rétablissement des usagers ?*

La mesure dans laquelle les soignants/professionnels utilisent des soins orientés vers le rétablissement lors de leur relation avec les usagers a une influence sur le processus de rétablissement des usagers. La mesure de soins orientés vers le rétablissement est un autre domaine d'évaluation dans cette recherche et est expliqué comme domaine d'évaluation au niveau des soignants/professionnels.

### 1.2.2 La participation de l'utilisateur aux soins

#### *Qu'est-ce que c'est la participation ?*

La participation est avoir voix au chapitre dans la prise de décision et une participation active à une série d'activités (comme le planning, l'évaluation, la prestation de soins, la recherche, la formation ou le recrutement) à partir de l'expertise par l'expérience de la personne, en collaboration avec des professionnels. La participation connaît différentes gradations, indiquée à l'aide de l'échelle de

participation. Une remarque importante ici est que la gradation la plus haute n'est pas toujours le résultat visé (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

La participation comprend différents aspects : fournir des informations aux usagers, shared decision making (la participation et la liberté de choix dans la détermination des soins), l'offre de soutien dans la participation aux soins (entre autres l'encastrement structurel) et la prise en compte des besoins des usagers (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

Les bonnes pratiques pour la participation satisfont à une série de critères, comme indiqué par Tambuyzer & Van Audenhove (2010). Un certain nombre de ces critères sont spécifiques au thème participation : favorisant l'autonomie et l'empowerment, correspondant aux besoins et prenant la perspective de l'utilisateur et sa connaissance par l'expertise par l'expérience.

### *Quelle est la plus-value de la participation ?*

La participation des usagers coïncide avec un objectif de la réforme : les besoins des usagers sont le point de départ afin de déterminer les soins requis (Guide pour de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits de soins et de réseaux de soins, 2010).

La participation offre aussi bien une plus-value pour les usagers que pour l'organisation même, comme décrit ci-dessous (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

- Au niveau des usagers

*Valeur thérapeutique – favorisation du rétablissement* : la prise d'un rôle actif dans le processus de soins facilite le processus de rétablissement de l'utilisateur. Cela facilite le sentiment d'empowerment chez l'utilisateur. L'utilisateur acquiert une série de compétences et apprend à s'en servir, comme une meilleure intelligence de soi et la gestion de la maladie. De plus, l'implication d'un utilisateur lors de l'élaboration d'un plan de crise/signalement donne plus de chances de réussite.

La participation contribue à une plus grande satisfaction chez les usagers, à une meilleure santé et à une meilleure qualité de vie.

*Considérations humanitaires*: les usagers ont droit aux services humains qui font partie du professionnalisme des soignants/professionnels.

*Considérations médicales*: un utilisateur bien informé, respecté et impliqué dans le traitement se tiendra plus aux arrangements et directives d'un traitement.

- Au niveau de l'organisation

*L'amélioration de la qualité – rendre les soins de santé mentale plus sensibles aux besoins des usagers* : demander le jugement et l'avis de l'utilisateur donne de l'information sur le processus de soins et peut ainsi mener à des améliorations (par exemple une meilleure accessibilité, un bon traitement, une implication au plan de soins ou plus de soins sur mesure). Cette amélioration est possible grâce à l'expertise par l'expérience de l'utilisateur, c'est-à-dire que l'utilisateur est souvent le seul qui puisse évaluer le succès d'un certain traitement pour les souffrances psychiques.

*Les soignants/professionnels qui sont experts par l'expérience* passent plus de temps à la supervision, aux contacts avec les usagers et à la prestation de soins en comparaison avec des autres soignants/professionnels.

*Quels sont les facteurs qui influencent la participation des usagers aux soins ?*

Des compétences orientées vers le rétablissement et des soignants/professionnels qui travaillent dans cette culture stimulent une participation de l'utilisateur dans les soins. Dans une telle relation, les soignants/professionnels considèrent les usagers comme des partenaires à part entière, ils les prennent au sérieux et les impliquent autant que possible dans les discussions/décisions par rapport au processus. Les usagers ont droit à participer, à une liberté de choix et à une communication des informations complète. Le degré de soins orientés vers le rétablissement est un autre domaine d'évaluation dans cette recherche et est expliqué comme domaine d'évaluation au niveau des soignants/professionnels.

1.2.3 La situation clinique des usagers

*Que voulons-nous dire avec la situation clinique des usagers ?*

Dans cette recherche, nous voulons utiliser une série de données cliniques de l'utilisateur, comme la problématique, les besoins et plaintes ressentis, la durée d'hospitalisation, le nombre de (ré) hospitalisations, etc. Cela correspond à la dimension clinique du rétablissement (Whitley & Drake, 2010).

*Quel est l'importance d'enregistrer la situation clinique dans la recherche ?*

La recherche montre que le changement de la gravité de la problématique est une mesure centrale pour contrôler l'effet du traitement (Walburg, 2003).

Les résultats offrent la possibilité d'évaluer l'accompagnement/le traitement et de l'adapter si nécessaire. Ils donnent des outils dans la communication avec l'utilisateur même ou d'autres soignants/professionnels impliqués. Cela offre la possibilité d'améliorer le processus de traitement ainsi que la connaissance professionnelle (Tyrer et al., 2007; Walburg, 2003; Slade, 2002; Hirdes et al., 2000; Ramonet et al., 2000).

Il est important, surtout dans un programme de réforme, de garder attentivement à l'œil la situation clinique de l'utilisateur. On doit évidemment veiller à ce que l'état psychiatrique de l'utilisateur ne souffre pas de la réforme et une socialisation des soins.

Le pourcentage de ré-hospitalisations est très utilisé internationalement comme indicateur pour les rechutes ou les complications après une hospitalisation clinique pour des troubles psychiques (Tyrer et al., 2007; Ramonet et al., 2000).

*Quels sont les facteurs qui influencent la situation clinique des usagers ?*

Il est impossible et irréaliste d'avoir une vue sur tous les facteurs influençant la situation clinique des usagers. Cette recherche vise dans un premier temps à contrôler si la réforme et ces changements contribuent à la situation clinique des usagers et si cette contribution est significative.

#### 1.2.4 La satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus

##### *Que veut-on dire par la satisfaction des usagers ?*

La satisfaction des usagers peut être vue comme un résultat, mais aussi comme un facteur dans le processus de soins qui exerce une influence sur les autres résultats (Ruggeri et al. 2003).

La satisfaction des usagers par rapport aux soins proposés est le résultat d'une part de la perception de l'utilisateur que les soins sont adaptés à ses besoins et ses problèmes, et d'autre part de la possibilité de l'organisation d'offrir des soins d'une certaine qualité (par exemple des compétences et des comportements professionnels, la disponibilité d'interventions spécifiques, le déroulement du traitement) (Ruggeri et al., 2003). Les besoins de soins peuvent être divisés en différents domaines : des activités journalières, la situation de vie, l'intégration sociale, la situation financière, ainsi que la santé physique et mentale (Becker et al., 2000).

Pour avoir une meilleure compréhension de la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus, nous examinons dans quel mesure des éléments clés du soin sont évalués comme important et réalisé par les usagers, les soignants/professionnels et la famille. Des aspects qui sont évalués comme très important mais pas vraiment réalisé donnent des indications pour améliorer des soins. Des différences entre la perception de différentes personnes impliquées (dans ce cas l'utilisateur, le professionnel et la famille) donnent aussi des points à discuter ou à mettre en harmonie (Van Audenhove et al., 2001).

##### *Quelle est la plus-value de mesurer la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus ?*

La satisfaction des usagers est l'indicateur le plus homogène et reproductible (Ramonet et al., 2000) et offre différents avantages. Tout d'abord, ça offre des possibilités de participation pour les usagers et mène aux avantages qui sont dûs à la participation des usagers (voir ci-dessus dans le domaine d'évaluation 'participation'). Deuxièmement, une mesure de satisfaction offre aussi des avantages d'efficacité, car un usager mécontent demande plus d'attention. Troisièmement, la réponse aux besoins exerce une influence positive sur la perception de la qualité de vie de l'utilisateur. Cette relation est autant cross-sectionnelle que longitudinale (Slade, Leese, Cahill, Thornicroft, & Kuipers, 2005; Slade et al., 2004). Enfin, la mesure de satisfaction constitue aussi une plus value pour le libre-échange. La concurrence croissante dans les soins de santé permet aux usagers de changer de soignant/professionnel s'ils ne sont pas satisfaits (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010; Havenaar, van Splunteren, & Wennink, 2008).

##### *Quels sont les facteurs qui influencent la satisfaction des usagers ?*

Ces facteurs influençant la satisfaction des usagers peuvent être divisés en facteurs externes et internes, qui sont expliqués ci-dessous (Halbesleben & Rathert, 2008; Duggins & Shaw, 2006; Ruggeri et al., 2003; Garmann, Corrigan, & Morris, 2002).

- Des facteurs externes

Les facteurs externes comprennent les caractéristiques des organisations et les caractéristiques des soignants/professionnels qui peuvent influencer la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus.

Un certain nombre de ces caractéristiques des organisations qui exercent une influence sont :

- La présence de peur de la violence des autres usagers dans l'institution psychiatrique a une influence négative sur la satisfaction des usagers.
- Un manque d'autonomie dans le département psychiatrique a un impact négatif sur la satisfaction.
- La routine et des habitudes dans des services psychiatriques ont une influence négative sur la satisfaction.
- Il y a une plus grande satisfaction dans les services orientés vers la communauté versus les services psychiatriques liés à l'hôpital.

Concernant les caractéristiques des soignants/professionnels, nous renvoyons vers la manière de communiquer des soignants/professionnels et le degré de bien-être/burnout des soignants/professionnels. On peut trouver un lien plus fort entre le burnout et la satisfaction de l'utilisateur si les usagers ont plus de contacts avec les membres du personnel qui montrent des signes de burnout (et vice versa). Nous constatons les relations suivantes:

- Une baisse du sentiment de savoir-faire chez le soignant/professionnel est accompagnée d'un jugement moins positif de l'utilisateur concernant les soignants/professionnels thérapeutiques.
  - L'épuisement émotionnel (dimension centrale du burnout) va de paire avec une satisfaction plus basse de l'utilisateur par rapport aux soins reçus (liens les plus forts).
  - Dépersonnalisation: relation imprécise par rapport à la satisfaction de l'utilisateur.
- Des facteurs internes

Les facteurs internes sont les caractéristiques des usagers qui peuvent exercer une influence sur la satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus. Un premier facteur est le degré d'entente entre l'utilisateur et le soignant/professionnel en ce qui concerne la condition/situation de l'utilisateur. Un deuxième facteur sont les attentes que les usagers ont par rapport aux services psychiatriques. Si les usagers ont peu d'attentes, cela a une influence positive sur leur satisfaction. Un troisième facteur est le degré de psychopathologie de l'utilisateur. Un fort degré de psychopathologie va de paire avec une satisfaction plus faible par rapport à l'information, à l'accès, à l'efficacité et à l'implication des personnes importantes. Enfin, il y a une influence limitée des caractéristiques démographiques et des besoins restés sans réponses de l'utilisateur. Les besoins restés sans réponse vont de paire avec une satisfaction plus faible par rapport à l'information, à l'accès et à l'implication des personnes importantes.

## **2 Au niveau de la famille**

Dans ce paragraphe, les questions de recherche et les domaines d'évaluation qui sont pertinents pour la recherche de LUCAS KU Leuven au niveau de la famille ou l'environnement proche (en tant qu'aide-proche) sont expliqués.

### **2.1 Questions de recherche**

LUCAS - KU Leuven pose trois questions de recherches centrales au niveau de la famille ou l'environnement proche (en tant qu'aide-proche).

1. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à l'intensité de l'accompagnement qui pèse sur la famille ou l'environnement proche (en tant qu'aide-proche) de l'utilisateur?
2. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle au soutien la famille ou l'environnement proche (en tant qu'aide-proche) de l'utilisateur?
3. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à la participation de la famille en ce qui concerne les soins apportés à l'utilisateur?

### **2.2 Domaines d'évaluation**

Chacune des questions de recherche citées ci-dessus correspond à un domaine d'évaluation, pertinent pour la partie de recherche de LUCAS KU Leuven. Deux domaines sont expliqués ci-dessous, c'est-à-dire la participation de la famille/aidants-proches aux soins de l'utilisateur et l'attention pour la famille/aidants-proches.

#### **2.2.1 La participation de la famille/aidants-proches aux soins de l'utilisateur**

*Que veut-on dire par la participation de la famille/aidants-proches?*

Nous renvoyons à la construction de partenariats avec les membres de la famille qui sont basés sur l'équivalence, la confiance et le respect mutuel. Cela implique une triade ou une relation soignant/professionnel-utilisateur-famille. La triade est une relation complexe, étant donné que l'utilisateur et la famille peuvent avoir des besoins contradictoires (Cleary, Freeman, & Walter, 2006).

*Quelle est la plus-value d'impliquer la famille/aidants-proches dans les soins ?*

La participation de la famille et l'attention pour la relation utilisateur-famille exercent une influence positive sur la qualité des soins et préparent les utilisateurs pour une vie dans la société.

La famille connaît l'utilisateur généralement très bien et peut du coup être une source d'information importante. C'est important que la famille comprenne ce qu'il peut se passer en cas de rechute et ce qu'ils peuvent faire (Jones, 2010). De plus, la relation avec la famille exerce souvent plus d'influence que celle avec les prestataires de soins. En impliquant les familles, les soignants/professionnels ont une vue sur leurs attentes, ainsi que leurs forces et besoins (Cleary, Freeman, & Walter, 2006).

L'étude de l'environnement dans lequel l'utilisateur vit, peut aider à identifier des ressources existantes, mais jusque là inconnues (Tondora et al., 2006).

### *Quels sont les facteurs influencent la participation de la famille/aidants-proches ?*

Des compétences orientées vers le rétablissement et travailler avec cette culture stimulent une participation de l'utilisateur. Dans ce contexte, les soignants/professionnels construisent des partenariats avec la famille de l'utilisateur, basés sur l'équivalence, la confiance et le respect mutuel. Ils considèrent la famille comme des sources de soutien importantes dans les soins à l'utilisateur (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006). Le degré de soins orientés vers le rétablissement est un autre domaine d'évaluation dans cette recherche et est expliqué comme domaine d'évaluation au niveau des soignants/professionnels.

#### 2.2.2 Attention pour la famille/aidants-proches

##### *Que veut-on dire?*

Avoir de l'attention pour la famille/aidants-proches signifie être attentive à ce qu'ils ressentent et les soutenir de différentes manières. Ce soutien porte autant sur le contenu qu'il peut être émotionnel que pratique. Un soutien portant sur le contenu signifie un transfert d'informations continu sur la maladie et les traitements correspondants. C'est donc plus que la remise d'un dépliant avec des informations sur les problèmes de la famille ou des proches. Un soutien pratique (par exemple une aide ménagère ou administrative) fait que la famille se sent soutenue et a également une fois du temps pour soi. Un soutien émotionnel signifie être attentif aux difficultés que la famille éprouve dues aux troubles psychiques de leur famille (stigma, désespoir). Les soignants/professionnels aident à améliorer la communication et le savoir-vivre dans la famille et avec les aidants-proches. Ils apprennent aux familles/aidants-proches comment gérer les conséquences de la maladie, ils les aident dans la recherche d'activités ou de soutien social, etc. Un concept important est 'Expressed Emotion' (EE), développé par George Brown et Michael Rutter (dans des années 1950-1960). Ce concept réfère aux attitudes et comportements affectifs – critique, hostilité, et sur-implication émotionnelle – des soignants/professionnels (in)formels par rapport aux usagers avec divers troubles psychiatriques. Ces formes de soutien apparaissent pendant une intervention avec la famille, comme evidence-based practice (Kuipers, 2006).

##### *Quelle est la plus-value de l'attention portée à la famille/aidants-proches ?*

Les familles/aidants-proches de personnes en trouble de souffrance psychique sont aussi bien confrontés avec les caractéristiques spécifiques des problèmes psychiques que l'impact de ces problèmes dans différents domaines de vie (De Rick, Opdebeeck, Van Audenhove, & Lammertyn, 2000). Dans un contexte de socialisation des soins, les usagers résident aussi longtemps que possible dans leur environnement naturel et les hospitalisations sont limitées autant que possible. Cela peut intensifier l'accompagnement de la famille ou les soignants/professionnels informels. Avoir de l'attention pour la famille/aidants-proches aussi bien au niveau du contenu, qu'émotionnel et pratique peut avoir une influence positive sur l'intensité de l'accompagnement ressentie (Kuipers, 2006). L'intensité de l'accompagnement ressentie chez les aidants-proches (décrite dans la littérature comme 'caregiver burden') est un terme complet qui réfère aux conséquences physiques, émotionnelles et financières de la charge des soins pour une personne avec des problèmes.

Un soutien adéquat à la famille/aidants-proches prévient mieux les troubles psychiques chez eux et facilite le processus de rétablissement de l'utilisateur. Il ressort d'une recherche (Butzlaff & Hooley, 1998; Kavanagh, 1992) qu'une fréquence élevée de remarques critiques, la présence d'hostilité ou un degré

élevé de sur-implication émotionnelle (= Expressed Emotion élevée) chez la famille est relaté à une plus grande chance de rechute chez l'utilisateur psychiatrique dans les 9 mois.

Dans ce processus de réforme, il est donc important de faire attention à la famille/aidants-proches de manière à ce que les usagers puissent séjourner dans leur environnement avec assez de moyens et qui soit et reste un soutien pour l'utilisateur.

*Quels sont les facteurs qui influencent?*

Dans un contexte orienté vers le rétablissement, les soignants/professionnels font attention aux besoins de la famille et donnent de l'espace pour les soutenir (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009 ; Tondora & Davidson, 2006). Le degré de soins orientés vers le rétablissement est un autre domaine d'évaluation dans cette recherche et est expliqué comme domaine d'évaluation au niveau des soignants/professionnels. Il ressort d'une recherche sur les personnes souffrant de démence que l'intensité d'accompagnement ressentie chez les aidants-proches est principalement liée aux capacités du soignant/professionnel à gérer la situation et d'essayer de mettre l'ordre dans tout cela (Parks & Novielli, 2000). À côté de l'importance du réseau social informel, se cache aussi beaucoup de force et de plus-value dans un comportement attentif des soignants/professionnels qui sont impliqués dans les soins de l'utilisateur.

### **3 Au niveau des soignants/professionnels**

Dans ce paragraphe, les questions de recherche et les domaines d'évaluation qui sont pertinents pour la recherche de LUCAS KU Leuven au niveau des professionnels sont expliqués.

#### **3.1 Questions de recherche**

LUCAS - KU Leuven pose deux questions de recherches centrales au niveau des professionnels.

1. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à l'offre de soins orientés vers le rétablissement (entre autre le partenariat avec la famille et les usagers) ?
2. Quelle contribution la réforme apporte-t-elle à la satisfaction par rapport au travail et au burnout chez les soignants/professionnels ?

#### **3.2 Domaines d'évaluation**

Chacune des questions de recherche citées ci-dessus correspond à un domaine d'évaluation, pertinent pour la partie de recherche de LUCAS KU Leuven. Deux domaines sont expliqués ci-dessous, c'est-à-dire des soins et des compétences orientés vers le rétablissement et la satisfaction des soignants/professionnels au travail.

##### **3.2.1 Des soins et des compétences orientés vers le rétablissement**

*Que veut-on dire par des soins et des compétences orientés vers le rétablissement?*

Des soins orientés vers le rétablissement comprennent, entre autres (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006):

- Des soins accessibles et une approche individuelle: les soignants/professionnels voient l'utilisateur comme une personne et non seulement comme son problème psychiatrique.
- Une approche qui est basée sur les forces de l'utilisateur au lieu de ses faiblesses. Les soignants/professionnels croient au développement personnel des usagers et en leur autodétermination.
- Le soutien des usagers dans leur processus de rétablissement et la facilitation de ce processus. Les soignants/professionnels soutiennent les usagers dans le développement de leur responsabilité personnelle pour leur santé, la mise en ordre d'affaires personnelles et la prise de rôles dans la société.
- L'élaboration de plans en dialogue avec l'utilisateur et l'évaluation régulière de ces plans :
  - Un plan d'accompagnement donne d'information détaillé des soins ou de l'accompagnement d'un usager. C'est un instrument de travail avec des objectifs de soins logiques et mesurables qui rendent possible la planification des soins. Ça comprend également des critères d'évaluation pour évaluer activement si le processus se déroule bien.
  - Le plan de rétablissement est une partie du plan d'accompagnement. Il comprend les objectifs de vie et soutient le processus d'indépendance de l'utilisateur par rapport aux organisations de soins.

- Un plan d'intervention en cas de crise comprend des informations importantes sur ce qui doit être fait en cas de crise. Un plan de signalement aide à reconnaître une situation à risque accrue et comprend des signaux et prodromes, ainsi que des actions possibles pour éviter la rechute.
- Lors de l'élaboration des plans, il est important de formuler des objectifs de traitement efficaces. Ces objectifs sont difficiles, mais faisables et ont une faible pression des résultats. Les objectifs sont spécifiques et formulés positivement et sont pertinents pour la personne. Ils sont dirigés sur le 'ici et maintenant' et le futur proche et ils sont formulés en termes de comportement et processus.
- L'élaboration de partenariats avec la famille des usagers, basée sur l'équivalence, la confiance et le respect mutuel. Les soignants/professionnels considèrent la famille comme des sources de soutien importantes dans les soins aux usagers (voir aussi le domaine d'évaluation au niveau de la famille : 'participation de la famille aux soins de l'utilisateur').
- L'identification de et la réaction aux barrières possibles pour le travail orientés vers le rétablissement. Le rétablissement est possible dans une offre de soins qui assure la continuité de relations significatives et de formes de soutien à l'utilisateur dans le temps et durant les différents épisodes et services.
- La création d'une culture orientés vers le rétablissement grâce au leadership et à l'implication organisationnelle. Un changement de l'évaluation et de la gestion du risque va de paire.

La relation entre l'utilisateur et le soignant/professionnel est une composante essentielle de la qualité générale des soins (Garmann, Corrigan, & Morris, 2002). La relation avec et le savoir-faire du thérapeute sont les deuxièmes plus grands prédicateurs des résultats de la psychothérapie, à savoir 30%. Les plus grands prédicateurs sont les changements en dehors de la thérapie (40%) (Lambert & Barley, 2001)<sup>5</sup>. Des études démontrent également une relation significative entre l'intensité de la relation thérapeutique, des meilleurs résultats, comme une intensité réduite des symptômes, une amélioration du fonctionnement général et une meilleure qualité de vie (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003). Des usagers identifient la qualité de la relation thérapeutique comme le facteur le plus crucial dans les soins psychiatriques (Priebe & McCabe, 2006).

L'importance de la relation thérapeutique nous amène à un nouveau rôle dans la réforme : le référent de soins. Il est le personnage clé thérapeutique qui a une bonne relation thérapeutique avec l'utilisateur, caractérisée par la confiance. Le référent de soins reste également le personnage central pour l'utilisateur, indépendant où l'utilisateur se retrouve dans les soins (Guide vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits de soins et de réseaux de soins, 2010).

Une étude de la littérature de DeSmet et al. (2010) sur les compétences centrales des acteurs dans le programme de réforme souligne l'importance des caractéristiques et compétences suivantes du référent de soins, pertinentes dans ce contexte :

- Chaque usager a un référent de soins, qu'il a choisi lui-même où qu'il a accepté. Le référent de soins a un lien de confiance avec l'utilisateur.
- Le référent de soins dispose de compétences cliniques dans les soins de santé mentale.

---

<sup>5</sup> [http://cms.psychotherapie.nl/NVPCMS/upload/7\\_181.pdf](http://cms.psychotherapie.nl/NVPCMS/upload/7_181.pdf)

- Le référent de soins a comme tâche d'élaborer le plan de soins et d'assurer le suivi de celui-ci. Il assure la continuité des soins et il participe à chaque concertation importante concernant l'utilisateur.
- Le référent de soins a des contacts avec l'environnement naturel de l'utilisateur. Il considère l'environnement naturel comme des sources primaires de soins.
- Le référent de soins travaille dans l'environnement naturel de l'utilisateur.

### *Quelle est la plus-value des soins orientés vers le rétablissement ?*

Le travail orienté vers le rétablissement favorise le processus de rétablissement de l'utilisateur. L'objectif final de ces soins est de finalement se rendre superflu et faire en sorte que les usagers apprennent à gérer leurs problèmes, qu'ils sachent ce qu'ils peuvent faire en cas de problème, qu'ils reconnaissent une rechute à temps, etc. (voir ci-dessus dans le domaine d'évaluation 'rétablissement' au niveau de l'utilisateur).

Une évaluation régulière de la vision de l'utilisateur comme partie intégrante d'une session thérapeutique améliore aussi bien la relation thérapeutique que la situation de l'utilisateur (Priebe, & McCabe, 2006).

Le travail avec des plans de rétablissement où des objectifs de vie personnels sont élaborés a une influence positive sur le rétablissement. L'aspect tourné vers l'avenir de ces objectifs et le fait d'y aspirer ensemble ont un impact positif sur l'espoir de l'utilisateur (Kylmä, Juvakka, Nikkonen, Korhonen, & Isohanni, 2006).

### *Quels sont les facteurs qui influencent le travail orienté vers le rétablissement ?*

La mesure dans laquelle les soignants/professionnels utilisent une approche orientée vers le rétablissement, est dépendante de différents facteurs, aussi bien au point de vue de l'organisation qu'individuel (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006). Nous expliquons ceci ci-dessous.

Les facteurs au niveau de l'organisation désignent la mesure dans laquelle une organisation est convaincue d'une culture orientée vers le rétablissement et agit dans ce but. C'est entre autre clair dans l'évaluation et la gestion des risques et la mesure dans laquelle les membres du personnel participent aux processus de changement et aux décisions. Si cette dernière est peu présente, il y a de grandes chances qu'ils adoptent à leur tour une approche moins participative dans leur accompagnement des usagers et familles.

Un facteur individuel qui influence le niveau de relation orientés vers le rétablissement, est la satisfaction par rapport au travail et la charge de travail chez les soignants/professionnels. La charge de travail est expliquée plus en détails dans le prochain domaine d'évaluation 'satisfaction des soignants/professionnels par rapport à leur travail'.

La charge de travail a un impact sur la qualité des soins, dont la relation usager-soignant/professionnel est une indication (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2011; Halbesleben & Rathert, 2008; Garmann, Corrigan, & Morris, 2002). Le concept 'Expressed Emotion (EE)' détermine le climat affectif de cette relation thérapeutique. Ce concept n'est donc pas uniquement pertinent pour déterminer le climat affectif de la relation usager-famille (voir ci-dessus). Les soignants/professionnels avec un EE bas ont leurs propres sentiments sous contrôle, peuvent bien motiver leurs usagers, mettent clairement des limites et ont de la compréhension pour les difficultés et le comportement gênant des usagers (Van Humbeeck & Van Audenhove, 2004). Ce type de relation et comportement stimule une relation orientée vers le rétablissement. Il y a un lien positif entre EE et l'intention du soignant/professionnel de quitter sa fonction

actuelle. Une relation entre EE et burn-out n'a pas été trouvée (Van Humbeeck, Van Audenhove, & Declercq, 2004).

### 3.2.2 La satisfaction des soignants/professionnels au travail

#### *Que veut-on dire par la satisfaction au travail ?*

La satisfaction au travail est un ensemble de réactions et attitudes émotionnelles positives que les personnes ont par rapport à leur travail. Cette satisfaction comprend différents aspects, comme la satisfaction par rapport au contenu et l'appréciation du travail, la satisfaction avec le responsable et les collègues, la satisfaction par rapport au climat de travail et le niveau d'autonomie, la satisfaction par rapport aux possibilités de promotions et avantages financiers. Chacun de ces aspects exerce une influence sur la satisfaction au travail perçue, nous les développons plus en détails dans le prochain point (Roelen, Koopmans, & Groothoff, 2008).

Le mécontentement par rapport au travail chez les soignants/professionnels est un des facteurs les plus significatifs qui contribuent au burnout. Les critères qui prédisent le mieux le burnout sont le mécontentement par rapport au salaire et aux récompenses, la possibilité de promotion ou de certains avantages diminuée, et le mécontentement par rapport au climat de travail (des collègues ou des responsables) (Ogresta, Rusac, & Zorec, 2008).

Le burnout est un état de fatigue psychique relatif au travail. Le burnout est un syndrome qui est composé de trois symptômes sous-jacents (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Quelqu'un avec un burnout (1) est émotionnellement épuisé, (2) dépersonnalise les tiers et (3) a une idée d'être moins compétent au point de vue personnel. Le burnout et l'engagement sont deux dimensions à part qui corrélaient négativement ensemble. L'absence de burnout ne veut pas dire que quelqu'un montre de l'engagement.

#### *Quelle est la plus-value d'étudier la satisfaction au travail?*

La pertinence pour étudier la satisfaction au travail ressort d'études qui démontrent que les soignants/professionnels courent un grand risque de burnout s'ils travaillent avec des usagers avec des souffrances psychiques graves (Acker, 2003).

De plus, la satisfaction au travail et le burnout chez les soignants/professionnels ont un impact sur la situation de l'utilisateur, la qualité des soins (la relation thérapeutique usager-soignant/professionnel) et la satisfaction des usagers. Concrètement, les relations suivantes sont constatées (Morse et al., 2011; Halbesleben & Rathert, 2008; Garmann, Corrigan, & Morris, 2002):

- Une grande mesure de fatigue émotionnelle et de la dépersonnalisation est liée à des attitudes négatives chez les soignants/professionnels par rapport à leurs usagers. Des attitudes négatives chez les soignants/professionnels sont liées à des résultats moins bons chez les usagers avec des troubles psychiques graves. Ceci est explicable par l'influence que celui-ci exerce sur l'utilisateur par une forme d'une prédiction qui s'est réalisée.
- La mesure dans laquelle le burnout des soignants/professionnels détériore la relation entre l'utilisateur et le soignant/professionnel, peut avoir un impact négatif sur la mesure dans laquelle l'utilisateur est loyal au traitement. Cela augmente donc le temps de rétablissement. En cas de burnout, les usagers confient qu'ils ont besoin plus de temps pour ré-fonctionner normalement après une hospitalisation. C'est une relation significative, même après contrôle de la gravité de la maladie (en termes de durée de l'hospitalisation).

- Le burnout est lié à une qualité moindre des soins aux usagers, où les soignants/professionnels sont moins empathiques, moins collaborant et moins attentifs.
- Voir les informations ci-dessus concernant les facteurs influençant la satisfaction de l'utilisateur.

Dans le cadre des soins de santé mentale, c'est un défi d'enquêter régulièrement sur le burnout chez les soignants/professionnels à l'aide d'instruments standardisés. De cette manière, il est possible d'avoir un meilleur aperçu de ce phénomène, à savoir la prévention, les causes, les effets et les interventions pour s'attaquer au burnout (Paris & Hoge, 2009).

### *Quels sont les facteurs qui influencent la satisfaction au travail ?*

Ces facteurs peuvent être subdivisés en 4 groupes, à savoir les exigences et ressources du job, les caractéristiques du groupe cible et des soignants/professionnels. Les facteurs du milieu ou les facteurs qui sont liés à l'organisation ont une plus grande influence sur le burnout potentiel des soignants/professionnels que les caractéristiques individuelles de ces soignants/professionnels (Morse et al., 2011). Il y a quatre facteurs qui expliquent en grande partie la satisfaction au travail, à savoir la variété des tâches, les conditions de travail, la charge de travail et les possibilités de carrière (Roelen, Koopmans, & Groothoff, 2008).

- **L'exigences du travail (job demands)**

Les exigences du travail peuvent être aussi bien quantitatives (la charge de travail) que qualitatives (la charge émotionnelle). Des exigences hautes et défavorables au travail (pression du temps et charge de travail, par exemple) sont liées à une fatigue émotionnelle chez les soignants/professionnels (cf. processus énergétique du jobresources & demands model de Schaufeli & Bakker, 2004). Des exemples d'exigences du travail qui ont un impact négatif sur la satisfaction au travail sont : trop de travail administratif, charge de travail et pression du temps et un caseload trop grand (Boyer & Bond, 1999; Orgestra et al., 2008; Morse et al., 2011).

Un caseload bas pour les soignants/professionnels diminue la possibilité de burnout. La possibilité du personnel de mettre des limites au travail semble essentielle pour pouvoir gérer le stress qui est relaté au travail avec les usagers avec de graves problèmes psychiques (Finch & Krantz, 1991).

- **Ressources au travail (job resources)**

Les ressources au travail contribuent ou bien à atteindre les objectifs de travail (motivation extrinsèque), ou bien à réduire les exigences du travail, ou bien à stimuler la croissance et le développement personnel (motivation intrinsèque). Une distinction peut être faite ici entre (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Acker, 2003):

- Les ressources liées à l'organisation comprenant le contrôle sur l'exécution du travail, la possibilité de qualification, la participation dans la prise de décision (autonomie) et la variété des tâches/compétences.
- Les ressources sociales désignent le soutien de collègues, le feedback et la supervision.

La présence de ressources au travail diminue la possibilité que quelqu'un s'engage moins ou se retire du travail (disengagement) (cf. processus motivationnel du jobresources&demands model de Schaufeli & Bakker, 2004). Les ressources nommées ci-dessus ont un impact sur la satisfaction des

soignants/professionnels par rapport à leur travail (Morse et al., 2011; Orgestra et al., 2008). Pour illustration, l'impact d'un certain nombre de ressources est détaillé ci-dessous :

- Une approche d'équipe offre des responsabilités partagées. Les casemanagers n'ont pas le sentiment d'être seul et reçoivent le soutien de leur équipe toute entière. En cas de problème, l'équipe cherche les solutions possibles. Cette approche facilite la communication et attribue des responsabilités claires aux membres de l'équipe.
- Avoir la possibilité de discuter d'affaires sensibles et confidentielles avec des superviseurs peut mener à une fatigue émotionnelle et de la dépersonnalisation moindres. Ceci a une influence positive sur les soins qui sont fournis aux usagers. C'est du moins ressenti de cette manière par les infirmiers jeunes et masculins dans des soins communautaires (Community Mental Health Nurses) (Edwards, Burnard, Hannigan, Cooper, Adams, Juggessur, Forthergil, & Coyle, 2006).
- Des personnes ressentent un conflit de rôle si on leur pose des questions et attentes incompatibles. L'ambiguïté du rôle se présente quand il y a un manque de clarté concernant des tâches avec des objectifs et des responsabilités. Dans les deux cas, il y a un mécontentement chez la personne avec son rôle, il ressentira de l'angoisse et il prestera en conséquence moins efficacement. Un travail où la personne pour l'accomplissement des tâches ne doit rendre des comptes qu'à un supérieur améliore la satisfaction, ainsi qu'un travail plus efficace et atteindre plus des objectifs (Acker, 2003). Assertive Community Treatment est le modèle défini le plus explicite et opérationnel, offrant une clarification des rôles et exerçant ainsi une influence sur la satisfaction des soignants/professionnels par rapport à leur travail (Boyer & Bond, 1999).

- Le groupe cible

Travailler avec des usagers avec de graves troubles psychiatriques est corrélé avec un niveau de fatigue émotionnelle et de dépersonnalisation plus élevé. Ceci est en lien avec la quantité de travail continue et significative qui est exigée pour que les usagers arrivent à faire de petits changements dans le traitement (Acker, 2010).

Principalement les usagers souffrant de schizophrénie semble demander beaucoup, en partie à cause de leur faible responsivité et le manque de réciprocité (Acker, 2010). Le pourcentage des usagers qui prennent des drogues est également corrélé avec le mécontentement au travail (Boyer & Bond, 1999).

Cependant, certaines ressources ou exigences dans le job (par exemple l'approche d'équipe ou un caseload bas, voir ci-dessus) peuvent annuler l'effet négatif d'un groupe cible difficile (Boyer & Bond, 1999). Ceci concorde avec le model 'Demand-Control-Support' (Sargent & Terry, 2000), où un job exigeant avec des attentes élevées, mais aussi beaucoup de contrôle et d'autonomie et de soutien de l'équipe, favorisent la satisfaction des soignants/professionnels au travail (Nelson, Johnson, & Bebbington, 2009).

La satisfaction des soignants/professionnels dans les hôpitaux versus dans les services communautaires est dépendante du contexte, par exemple la quantité de contacts avec les usagers desquelles les membres du personnel retirent de la récompense (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi, & Morosini, 2003). Cependant, à mesure que la fréquence de contact avec les usagers augmente, la satisfaction au travail va diminuer (Boyer & Bond, 1999).

- Caractéristiques des soignants/professionnels

Les soignants/professionnels avec plus d'expérience de vie et de travail ont un plus faible risque de burnout (Acker, 2010). Cela ne veut cependant pas dire que la satisfaction au travail augmente de ce fait (Ranz, Stueve & McQuiston, 2001; Boyer & Bond, 1999).

Les soignants/professionnels ont souvent des attitudes négatives par rapport aux usagers avec de graves problèmes psychiatriques. Au plus longtemps on travaille dans les soins de santé mentale, au plus on aura des attitudes négatives par rapport à l'utilisateur (Acker, 2010).

Dans certaines études, on trouve une différence entre les différents métiers, par exemple une satisfaction plus basse chez des travailleurs sociaux et des assistants d'infirmiers (in Gigantesco et al. 2003).

Il y a également une influence possible des caractéristiques individuelles comme le sexe, l'âge, le statut civil et familial (Acker, 2003).

## Résumé

Un suivi scientifique des projets de la réforme 'vers de meilleurs soins de santé mentale' permet de voir si la réforme des soins de santé mentale en Belgique répond suffisamment aux attentes et si la qualité des soins de santé mentale est en effet améliorée.

Trois équipes scientifiques sont impliquées dans ce développement social pertinent : LUCAS KU Leuven, UCL-IRSS et VUB-MESO. Ce document offre un aperçu des questions de recherche et des domaines d'évaluation qui prennent une place centrale pour l'équipe de recherche LUCAS KU Leuven.

Ces thèmes de recherche peuvent être subdivisés en 3 niveaux, à savoir 'usagers', 'familles en tant qu'aidants-proches' et 'soignants/professionnels'. Au niveau des usagers, les thèmes suivants sont approfondis: 'le degré de rétablissement de l'utilisateur', 'la participation de l'utilisateur aux soins', 'la situation clinique de l'utilisateur', et 'la satisfaction de l'utilisateur par rapport aux soins reçus'. Au niveau de la famille, une explication des domaines d'évaluation 'la participation de la famille aux soins de l'utilisateur' et 'l'attention pour la famille' suivent. Au niveau des soignants/professionnels, la recherche de LUCAS KU Leuven se penche sur les domaines d'évaluation 'des soins/compétences orientés vers le rétablissement' et 'la satisfaction au travail'.

Un aperçu des questions de recherche et des domaines d'évaluation qui y sont liés suit par niveau. Pour chaque domaine d'évaluation, leur signification dans cette recherche est expliquée, ainsi que la plus-value et les facteurs influençants.

Afin d'avoir une vue globale de la recherche dans le cadre du programme de réforme, il est important de compléter ces informations avec les questions de recherche et les domaines d'évaluation des équipes de recherche UCL-IRSS et VUB MESO. Ces équipes se penchent sur la détermination géographique, la composition des réseaux et les liens de collaboration en fonction de l'utilisateur (utilisation des soins).

## Références

- Acker, G.M. (2003). Role conflict and ambiguity. *Social Work in Mental Health*, 1 (3), 63-80.
- Acker, G.M. (2010). The challenges in providing services to clients with mental illness: managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46 (6), 591-600.
- Anthony, W. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Reprinted from *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp. 11-23.
- Boyer, S.L. & Bond, G.R. (1999). Does assertive community treatment reduce burnout? A comparison with traditional case management. *Mental Health Services Research*, 1 (1), 31-45.
- Butzlaff, A.M. & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cleary, M., Freeman, A. & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 189-194.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- De Rick, K., Opdebeeck, S., Van Audenhove, Ch., & Lammertyn, F. (2000). De gezinsleden van personen met langdurige psychische problemen. LUCAS KU Leuven.
- DeSmet, A., De Jaegere, V., De Coster, I., Van Audenhove, Ch. (2010). Kerncompetenties van actoren in 'Betere GGZ' projecten: beschrijving van literatuur. LUCAS KU Leuven.
- Duggins, R. & Shaw, I. (2006). Examining the concept of patient satisfaction in patients with a diagnosis of schizophrenia: a qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, 30, 142-145.
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Forthergil, A., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007-1015.
- Finch, E.S. & Krantz, S.R. (1991). Low burnout in a high-stress setting: a study of staff adaptation at Fountain House. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14 (3), 15-26.
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* (2010). Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2003). Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Mental Health Journal*, 39 (4), 349-355.
- Garmann, A.N., Corrigan, P.W., & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (3), 235-241.
- Halbesleben, J.R.B. & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Management Review*, 33(1), 29-39.
- Havenaar, J., van Splunteren, P., & Wennink, J. (2008). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Uitgeverij Van Gorcum.

- Howgego, I.M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 169-183.
- Jones, K. (2010). Family carer education in mental health. WHO Regional Office for Europe. Empowerment in Mental Health – Working together towards Leadership. A meeting in partnership with the European Commission. Hosted by EUFAMI. 27-28 October 2010, Leuven.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent development in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601–620.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy*, 28, 73-80.
- Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, 651-664.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 38(4), 357-361.
- Leff, J. (ed.) (1997). *Care in the community: illusion or reality?* Chichester: Wiley.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Hum. Behav.* 5, 16-22.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.
- Morse, G., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2011). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*.
- Moore, E., Ball, R.A., & Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in staff working with the long-term mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 161, 802-808.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I. (2002). Illness Management and Recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53 (10).
- Nelson, T., Johnson, S., & Bebbington, P. (2009). Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 44, 541-549.
- Ogresta, J., Rusac, S. & Zorec, L. (2008). Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croat. Med.* 49, 364-374.
- Paris, M. & Hoge, M.A. (2009). Burnout in the Mental Health Workforce: A Review. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 37(4).
- Parks, S.M. & Novielli, K.D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62 (12), 2613-2620.
- Priebe, S. & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatr Scand.*, 113, 69-72.
- Ramonet, M., Roelandt, J. L., Defromont, L., & Daumerie, N. (2000). Modèles de soins en psychiatrie: comment mesurer leurs effets cliniques? *Revue de la littérature*.

- Ranz, J., Stueve, A., & McQuiston, H.L. (2001). The role of the psychiatrist: job satisfaction of medical directors and staff psychiatrists. *Community Mental Health Journal*, 37, 525-539.
- Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., & Groothoff, J.W. (2008). Which work factors determine job satisfaction? *Work*, 30, 433-439.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J.L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., Schene, A., Tansella, M. & EPSILON Study Group (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON study. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (2), 229-245.
- Sargent, L.D., & Terry, D.J. (2000). The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work & Stress*, 14 (3), 245-261.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3), 293-315.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand.* 118, 421-433.
- Schrank, B. & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2009). *Implementing recovery: a methodology for organisational change* Sainsbury Centre for Mental Health.
- Slade, M. (2002). What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36, 743-753.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy Psychosomatics*, 73, 183-189.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British journal of psychiatry*, 187, 256-261.
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2010). Participatie van patiënten en mantelzorgers in de Therapeutische Projecten. Leuven: LUCAS KU Leuven.
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2010). Goede praktijken van participatie in de GGZ. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 19 (1), 56-65.
- Tondora, J. & Davidson, L. (2006). *Practice guidelines for recovery-oriented behavioral health care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services.
- Tyrer, P., Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P., & Marriott, S. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Review). *The Cochrane Collaboration*.
- Van Audenhove Ch., Van Humbeeck, G., Spruytte, N., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (2001). The Care Perception Questionnaire – an instrument for the assessment of the perspective of patients, family members, and professionals on psychiatric rehabilitation. *European journal of psychological assessment*, 17 (2), 120-129.
- Van Humbeeck, G. & Van Audenhove, C. (2004). Expressed emotion in professionele zorgrelaties: een literatuuroverzicht. *Passage*, 3, 24-32.

Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2004). Mental health, burnout and job satisfaction among professionals in sheltered living in Flanders: a pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 569-575.

Walburg, J. A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg.

Whitley, R. & Drake, R.E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services (Open Forum)*. 61, 1248-1250.