

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire
« Santé mentale dans la communauté : Etude et applications »

Année 2017

Les ressources culturelles rennaises : Outil d'intégration et de rétablissement ?

Candidate : Nadège BAZIN

Tutorat : Aude CARIA

REMERCIEMENTS

« Jouons collectif »

Cette expression que vous retrouverez un peu plus tard dans le mémoire, résume assez bien la manière dont j'ai souhaité son élaboration et sa construction au fil des mois.

Avant tout, il faut un environnement favorable permettant l'expression, la réflexion, l'agir.

Ces ressources je les trouve au sein du pôle dans lequel j'exerce qui invite toujours à l'enrichissement professionnel et au droit à penser. La formation continue en constitue un bon levier.

Le travail complexe d'écriture prend appui sur l'aventure humaine faite de rencontres, de questionnements, de partages. Je pense à mes collègues des différents services du pôle (Morel, CMP, CATTP), aux usagers, aux différents intervenants durant la formation du DIU (formateurs, étudiants), aux professionnels qui nous ont accueilli lors des stages, aux partenaires de la ville de Rennes...

Cette aventure c'est aussi un besoin d'engagement, une envie de changement, de mieux pour notre système de soins à l'échelle de ma fonction.

Le collectif ouvre des portes, rend possible, rend plus fort.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien et leur compétence, plus particulièrement Aude Caria tutrice de ce mémoire ainsi que mes collègues et amis :

Lucille Coudray, Ingrid Birée, Corinne Derrien, Gabriel Alain, Thierry Joutard.

Un grand merci aux usagers du CATTP pour leur participation essentielle au Focus Groupe et à Vincent pour le prêt de ses photos.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	..4
1. Quelques repères conceptuels	..7
1.1 Le rétablissement	..7
1.2 L’empowerment	..8
1.3 L’inclusion	10
2. Le travail infirmier au sein du pôle de psychiatrie G05	12
2.1 Présentation du pôle G05	12
2.2 Le CATTP Les colombes	13
2.3 L’accompagnement infirmier	15
3. Les partenariats au service de l’intégration citoyenne	17
3.1 Les partenaires sociaux et associatifs	17
3.2 Le partenariat : chemin vers le droit commun	19
4. Enquête qualitative sur les attentes des usagers	24
4.1 Objectifs de l’étude	24
4.2 Méthodologie des focus groups	24
4.3 Analyse	26
4.4 Discussion post groupe	28
CONCLUSION	31
ANNEXES	33
BIBLIOGRAPHIE	40
RESUME	42

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme "un état complet de bien être physique, mental et social et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou de handicap". Ceci nous informe d'une part que la santé mentale s'inscrit dans un concept de santé globale sans distinction et d'autre part que la santé mentale est bien davantage que l'absence de troubles.

Toujours selon l'OMS, la santé mentale "est un état de bien être dans laquelle une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté". Cette définition introduit une vision plus optimiste mais aussi un socle commun pour tout un chacun. La santé mentale est l'affaire de tous et donc doit être pensée par et pour la communauté. On peut entendre la nécessité de construire collectivement une politique de santé communautaire.

La santé communautaire, quant à elle, vient potentialiser les pratiques de soins et de santé, en y incluant, outre les soins psychiatriques, l'ensemble des ressources mobilisables sur un territoire de santé favorisant le bien être psychique, une vision plus élargie sous le terme de promotion de la santé ¹.

Je travaille actuellement en tant qu'infirmière en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), dépendant du Pôle de psychiatrie G05 du Centre Hospitalier Guillaume Rénier à Rennes. Je m'interroge sur la place du soin en psychiatrie mais surtout sur comment prendre soin. La psychiatrie ne peut pas traiter l'ensemble des questions relatives à la santé mentale, mais elle ne peut pas non plus se contenter de traiter un symptôme.

La santé communautaire interroge la place de l'utilisateur de soins dans le système de soins et plus globalement dans la société.

J'ai choisi de m'intéresser dans ce mémoire à trois concepts centraux de la santé communautaire : le rétablissement, l'inclusion sociale et l'empowerment, afin d'en comprendre les enjeux dans ma pratique d'infirmière en santé mentale. Quelle adaptation me faut-il engager dans ma pratique infirmière pour y répondre? A l'échelle de ma fonction infirmière en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, à quoi dois-je être attentive dans l'accompagnement des usagers ?

¹ www.sante/participative.org/santecommunautaire

Ma problématique a émergé suite au constat d'une diversité de propositions de médiations thérapeutiques qui ont tendance à rester cloisonnées dans le lieu de soins, le risque étant de maintenir l'utilisateur dans un dispositif uniquement médical, sorte de prolongement du fonctionnement hospitalocentrique. Le CATTP pourrait alors avoir tendance à laisser l'utilisateur à une place unique de "malade". Des questions sont apparues :

- Comment, à partir de ce lieu de soins ambulatoire, créer une dynamique sur la cité ?
- Comment s'inscrire dans la ville, accéder aux divers dispositifs associatifs de la ville ? Comment accompagner l'utilisateur dans « le prendre place », à s'appropriier sa ville, à retrouver place de citoyen ?
- Que se passe-t-il pour l'utilisateur en dehors des heures d'ouverture du CATTP ?

L'idée d'utiliser davantage la ville comme traitement a émergé. Pour cela, j'ai imaginé travailler sur le partenariat culturel.

Structurellement, notre établissement dispose d'une commission culturelle. Un lien étroit existe donc entre les partenaires culturels, la ville et le CH Guillaume Rénier. La création du partenariat à partir du CATTP, s'est nourrie initialement du récit des usagers de soins concernant leurs difficultés à s'intégrer socialement, de part la stigmatisation dont ils sont victimes mais sans doute aussi de leur propre part d'auto stigmatisation.

Comment tirer profit de la richesse culturelle rennaise dans l'accompagnement des usagers de soins en ambulatoire ?

Afin de trouver des pistes de réponse à cette question, j'ai donc souhaité orienter mon mémoire en partant de ces expériences partenariales, afin d'en saisir les enjeux dans une politique de santé dans la communauté.

Grâce à un travail collaboratif, il s'agit d'adapter l'approche aux bénéfices des usagers en santé mentale, développer les relais possibles dans la ville en mesurant ensemble, avec les usagers et les partenaires, et mesurer les freins et obstacles pour y pallier, en travaillant le maillage, passerelle entre le soin et la ville et encore plus entre le statut de soigné et celui de citoyen. Au regard des principes d'empowerment, cette approche n'a de sens que si elle est portée par les usagers eux-mêmes, si la démarche fait sens pour eux. C'est pourquoi il me semblait nécessaire de questionner directement les besoins et attentes des usagers vis-à-vis du CATTP.

Quelles sont leurs attentes vis-à-vis des services que nous pouvons leur proposer, pourquoi fréquentent-ils ce lieu et pas un autre?

D'autre part, mes réflexions ont aussi contribué à interroger la structure :

- Est ce que notre pratique favorise l'intégration sociale ?
- Est ce que la structure au travers de l'équipe veille à soutenir l'identité de citoyen plutôt que celle de malade psychique ?
- Est ce que nos outils de soins prennent en compte ces problématiques ?
- Peut-on travailler à externaliser les soins pour être au plus proche de ce qui fait difficulté ?
- Comment fait-on pour s'intégrer ?
- Est ce que seuls, les soins en psychiatrie, peuvent soutenir le parcours de rétablissement et d'intégration ?

Plus globalement, comment le CATTP, à partir du vécu des usagers, œuvre-t-il pour favoriser le rétablissement et l'empowerment ?

L'accompagnement vers la vie culturelle est- il un bon outil d'intégration, est ce suffisant et surtout cela répond-il à leur besoins ?

Afin de tenter de répondre à ces questions, j'ai choisi de réaliser une enquête qualitative sous forme de focus groups auprès des usagers fréquentant le CATTP où j'exerce, afin de recueillir leurs points de vue sur la question : "Comment utiliser les ressources de la ville au profit d'une meilleure intégration sociale ?".

Mon mémoire est articulé en quatre parties. La première est consacrée à quelques repères conceptuels soutenus par la santé communautaire : le rétablissement, l'empowerment et l'inclusion sociale. Ils me servent à étayer l'analyse réalisée en fin de mémoire au travers du Focus groupe. A partir de l'existant, le pôle où j'exerce, le CATTP, j'apporte en seconde partie, quelques notions du travail d'accompagnement réalisé auprès des usagers. Au travers de la troisième partie, j'expose la démarche engagée, depuis plusieurs années, avec les partenaires culturels de la cité dans un souci d'inclusion sociale.

Enfin la quatrième partie est dédiée à la réalisation du focus group auprès des usagers. Il permettra une mise en lien entre la pratique existante de la structure et les concepts théoriques. D'autre part il sera l'occasion d'interroger la démarche d'inclusion sociale au travers du partenariat et ouvrira sur de nouvelles orientations possibles de travail.

1. QUELQUES REPERES CONCEPTUELS

La santé communautaire pourrait se définir comme un nouveau paradigme qui viserait à intégrer pleinement à notre société les personnes souffrant de troubles psychiques. L'usager de la psychiatrie ne doit plus se définir comme uniquement patient, mais bien un citoyen à part entière, appartenant à une collectivité, auteur de sa vie. La prise en compte des concepts de la santé communautaire ne peut se faire sans opérer des changements dans nos institutions psychiatriques et donc dans les pratiques soignantes. Ce nouveau paradigme questionne la manière dont les usagers sont accompagnés dans leur souffrance psychique, au-delà de la maladie et de la normalisation des symptômes. Le soutien au rétablissement, l'empowerment et l'intégration sociale participent aux changements demandés par les usagers de soins.

1.1 Le rétablissement

Ce mouvement anglosaxon (*recovery*) est né dans les années 1980-1990, à partir des revendications des usagers eux mêmes pour l'obtention de plus de droit et de pouvoir de décision. Ce terme est à entendre comme un ensemble de concepts. Littéralement, rétablissement provient du latin *stabilire* : faire se tenir solidement, affermir, soutenir. Cette définition traduit une notion de mouvement, de dynamisme.

Dans le langage médical et para médical, il est plus courant d'utiliser le terme « de rémission fonctionnelle » ou de « stabilisation des troubles », mettant la maladie au centre des préoccupations.

Le rétablissement complète cette première approche en y incluant le devenir de la personne comme centre des préoccupations.

Bill Anthony en 1993, un des concepteurs du mouvement de *recovery*, donne une définition très simple du rétablissement, le rétablissement c'est "vivre sa vie au-delà de la maladie". Il parle d'un « processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale »². Cette approche, évoque la place de la temporalité, des étapes, du processus de transformation engagé sur le long terme. Il n'est pas question de nier le traumatisme causé par la maladie mais d'une redéfinition identitaire. Cette construction amène à la prise de conscience du handicap, des limites imposées par la maladie mais

² Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, Tim Greacen et Emmanuelle Jouet

aussi des moyens pour vivre avec (ressources) ou les contourner.

Parallèlement le sujet expérimente comment créer ou recréer une vie satisfaisante selon ses propres critères, dans un environnement choisi. Cela nécessite tout d'abord un travail d'introspection conséquent ainsi qu'une posture dynamique pour l'utilisateur.

Repper et Perkins³ concluent à trois concepts essentiels dans le parcours de rétablissement. Ils sont issus des témoignages d'utilisateurs :

- *L'espoir* : entretenir la motivation et l'espérance d'une vie personnelle épanouie.
- *être acteur de sa santé et de sa vie* : retrouver le sentiment d'autodétermination.
- *trouver des opportunités* : tirer profit des circonstances pour atteindre des buts positifs.

Le système de santé et l'accompagnement qui en découle doivent prendre en considération cette vision élargie en ne focalisant plus uniquement sur la gestion des symptômes mais en soutenant la personne en soins dans sa propre évaluation et dans la mise en œuvre de méthodes en vue de la maîtrise de ses troubles. Shepperd et Coll⁴ proposent une liste de dix astuces pratiques centrées sur le rétablissement à destination des professionnels dont voici le premier intitulé : (cf: annexe 1)

Après chaque entretien, demandez-vous si... : Vous avez écouté la personne activement de façon à l'aider à donner un sens à ses problèmes de santé mentale.

Le processus de rétablissement n'est pas détenu par le professionnel, il ne peut que le soutenir. L'accent est mis sur les ressources internes et externes de l'utilisateur, sur son devenir, sur la possibilité de se dégager d'une identité de malade psychiatrique et retrouver une vie active et sociale.

L'espoir doit rester le centre de nos préoccupations de soignants.

1.2 L'empowerment

Historiquement, l'empowerment prend naissance dans les années 1960 aux Etats-Unis avec les mouvements des droits civiques et droits des femmes et, plus globalement sur le continent américain pour les droits sociaux des peuples indigènes. Pour ces communautés opprimées, ce terme désigne le fait de provoquer des prises de conscience, mais aussi de trouver les moyens de s'en sortir.

³ Repper, J. ; Perkins, R.2003. Social Inclusion and Recovery, London, Balliere Tindall

⁴ Shepherd, G. ; Bordman, J. ; Slade, M. 2008. Making Recovery a Reality, Sainsbury Centre for Mental Health, London.

Dans les années 1990, la notion d'empowerment apparaît dans les textes des organismes internationaux comme l'ONU, qui précise que « les personnes doivent participer aux décisions et aux processus qui décident du cours de leur vie » (ONU, 1995)⁵. Dans le domaine de la santé c'est à partir des politiques de « promotion de la santé » avec la Charte d'Ottawa (ONU, 1986)⁶ et la Charte de Bangkok (ONU, 2005)⁷, que la notion d'empowerment est reprise. Le citoyen devient acteur et auteur de sa santé.

En France, le mouvement prend forme dans les associations de lutte contre le sida à partir de 1990. C'est au travers de la loi du 4 mars 2002⁸ relative aux droits des malades et la qualité du système de soins, qu'apparaît la notion de pouvoir d'agir et la possibilité pour les représentants d'associations d'usagers de participer aux instances décisionnelles des établissements de santé. Mais aussi par la loi du 11 février 2005⁹ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui propose une définition du handicap psychique et créer les Groupes d'Entraide Mutuelle.

Du côté de l'utilisateur, « l'empowerment comme le rétablissement, s'entend comme un processus de réappropriation du pouvoir de décider et d'agir permettant d'avoir un contrôle sur sa vie »¹⁰. L'empowerment ne peut se décrire en une unique définition, mais est à comprendre en termes de concept global.

Le partenariat entre l'OMS et la Commission Européenne, initié en 2009 a permis un consensus autour d'une définition : l'empowerment fait « *référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. La clé de l'empowerment se trouve dans la suppression des barrières formelles et informelles et (...) la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements* ».

Cette approche fait référence aux droits des usagers, mais interroge les fondements du système de soins et la collectivité. La dimension collective a toute son importance, car l'utilisateur pourvu de droits ne peut s'en servir que si la société l'intègre comme citoyen à part entière.

⁵ ONU 1995b, p.12 « Empowerment. Development must be by people, not only for them. People must participate fully in the decisions and processes that shape their live »

⁶ www.euro.who.int/data/assets/pdfdata/0003/129675/OttawaCharterF.pdf

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/>

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

¹⁰ B. Pachoud, Cours DIU « Santé mentale dans la communauté », janvier 2017

L'empowerment peut être considéré comme se produisant à trois niveaux :

- Au niveau individuel, psychologique, interactionnel : *« ce qui permet à la personne de devenir plus autonome, avec une participation à la prise de décision, une dignité et un respect plus important, le sentiment d'appartenir et de contribuer à la vie de la collectivité »*
- Au niveau des services de soins : *les services d'accueil et d'accompagnement doivent donner l'accès à l'information et aux droits, laisser place à un véritable choix et prise de décision, faciliter le développement de compétences que l'utilisateur considère comme utile.*
- Au niveau sociétal : *par la lutte contre la stigmatisation, l'accès à l'emploi et autres activités de droit commun.*

Le processus d'empowerment doit créer un environnement qui prend en compte l'ensemble de ces trois niveaux. La notion d'empowerment invite à un questionnement global du regard porté sur l'utilisateur de soins en santé mentale : sur la discrimination, l'exclusion, la stigmatisation. Dans les établissements de santé, il est aussi question d'adapter l'accompagnement offert aux utilisateurs en matière de droits, d'informations, d'accès à la parole, d'apprentissages, prises de décisions, de mises à dispositions des ressources. Un accompagnement soignant qui ne serait pas omniprésent mais prendrait place dans un à côté, être un point d'appui, encourager l'utilisateur dans ses capacités. Il s'agit aussi de prendre en considération le savoir expérientiel dans une dynamique de co-construction dans la relation soignant- soigné.

Paul Ricoeur propose une définition optimiste et pleine d'espoir de ce que pourrait être l'accompagnement soignant, il dit : « Le soin serait cette aide que je propose à autrui afin que celui-ci retrouve une puissance d'agir, qui peut certes être altérée par la souffrance mais jamais anéanti »¹¹.

1.3 Inclusion

De plus en plus le terme d'inclusion est préféré au terme d'intégration. Le terme d'intégration suppose qu'on retrouve une place dans la société après en avoir été mis à l'écart.

L'inclusion porte davantage sur le droit à la singularité et sur une place donnée de plein droit, qui que l'on soit. Ce glissement progressif d'un terme à l'autre, trouve son origine dans le changement de concept qui vient interroger « la norme sociale » ainsi que la « place » dans la société. Une place de plein droit, qui que l'on soit c'est-à-dire ouvrant le droit à la singularité pour se référer à l'inclusion ou une place à retrouver après qu'on eut été mis à l'écart de la société (et que les troubles ont été résolus), pour définir l'intégration. Cette différenciation interroge la norme.

¹¹ Paul Ricoeur, *Soi même comme un autre*, 1990

Ce terme encore inhabituel en France est né des politiques européennes de lutte contre l'exclusion sociale au début du XXI^e siècle. La commission européenne en 2004 définit l'inclusion sociale comme : « la capacité des individus à participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social, et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leur droits fondamentaux»¹².

Ce qui est central dans l'idée d'inclusion, selon Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, « c'est que ce n'est pas à seul à l'individu de faire le travail d'intégration sociale, la société, la collectivité doivent faire la moitié du chemin ». La société doit « se réhabiliter » au même titre que toutes personnes. Pour accepter et promouvoir la participation des personnes exclues. « L'inclusion sociale comprend la participation à la société au sens large c'est-à-dire : avoir accès ou améliorer l'accès aux services publics, de participer à la vie de la cité. La personne avec des troubles a droit aux mêmes opportunités sociales, économiques, éducatives, récréatives, sportives et culturelles que le reste de la population. »¹³

Il est intéressant de recueillir la parole de l'utilisateur afin de mieux comprendre ce qu'il attend de l'intégration, sur quoi il peut s'appuyer, mais aussi ce qui fait frein.

- *Facteurs favorisants* : avoir un logement, capacités à habiter dans un environnement choisi et satisfaisant, capacités sociales
- *Freins* : l'isolement social, stigmatisation, baisse de l'estime de soi, répétitions des hospitalisations.

¹² Commission européenne. 2004. Rapport conjoint sur l' inclusion sociale, Bruxelles, [http : // eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=com](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=com)

¹³ Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, Tim Greacen et Emmanuelle Jouet

2. LE TRAVAIL INFIRMIER AU SEIN DU POLE DE PSYCHIATRIE G05

2.1 Présentation du pole G05

Le pôle G05 du Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Rennes recouvre le secteur géographique de Rennes centre et Rennes ouest, pour une population recensée d'environ 75 000 habitants. Une augmentation démographique est attendue dans les années à venir avec l'aménagement d'un nouveau quartier.

Cette implantation sectorielle géographique est récente, puisque le redécoupage sectoriel date de 2009. Elle a permis de moderniser et d'innover les prises en soins dans une vision intégrative et multi- partenariale. Elle développe ainsi de nouvelles orientations thérapeutiques par le biais de la mutualisation de soins communs à deux autres secteurs (G08, G10). Notre pôle compte 2 unités d'hospitalisation : Magnan et Morel pour une capacité d'accueil de 25 lits chacune, correspondant aux deux sous-secteurs précités.

Le dispositif ambulatoire se compose d'un Centre Médico Psychologique (CMP), un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), et un Hôpital De Jour (HDJ), qui ont été récemment réunis au sein d'un nouveau Centre De Jour « Les Colombes ». L'objectif de cette nouvelle organisation est d'améliorer la dynamique de soins et la lisibilité de la coordination entre structures pour les divers partenaires (familles, structures médico social, associations). Mais aussi de développer et soutenir l'insertion sociale et la réadaptation des usagers en favorisant les partenariats avec la ville.

L'Unité d'Ergothérapie et de Réinsertion (UER) ainsi que le Centre Socio Thérapeutique et Culturel (CSTC) viennent enrichir l'approche diversifiée et pluri professionnelle du pôle. Ce sont deux entités inter sectorielles, rattachées à notre pôle.

La mutualisation des prises en charge médicales tri sectorielles a permis de créer :

- Une Unité Mutualisée Paul Bernard (*UMA*) : orientée en addictologie.
- Un hôpital de jour de courte durée (*HDJC*) : Dour Tan. Dispositif intra hospitalier, de courte durée, ouvert 7 jours sur 7, destiné à l'accueil en substitution ou en relais d'une hospitalisation en phase de soins aigus, de 15 à 20 places.
- Une nouvelle Filière Intersectorielle pour les Hospitalisations Prolongées (*FIHP*) tournée vers les soins de longue durée et la réinsertion.

Notre pôle fonctionne sur la base de la politique de secteur, dans le souci d'offrir des soins de proximité et de continuité. Il se démarque par une vision holistique du soin et porte un vif intérêt à l'approche pluri-professionnelle et aux soins diversifiés. Dans cet esprit d'ouverture cohabite diverses orientations thérapeutiques comme la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementalistes, la psychothérapie institutionnelle.

La prévention est également un axe important.

- La prévention primaire

Lutte contre la stigmatisation par le biais des Semaines d'information sur la santé mentale, participation au conseil rennais en santé mentale, des instances d'aide à la décision (ressort, point d'interrogation), en collaboration avec les divers partenaires du champ, social, médico-social...

- La prévention secondaire

Adaptation des structures ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ) aux besoins de soins des usagers dans le cadre de la prévention des rechutes. Maillage thérapeutique personnalisé et renforcé si besoin. Projet de soins personnalisé.

- La prévention tertiaire

Par la réhabilitation sociale sous toutes ses formes, réinsertion par le travail, le logement, loisirs, citoyenneté, information des aidants familiaux ...

Le maintien de la santé mentale pour tous reste un objectif général qui se construit au sein du pôle, dans une vision intégrative et multi partenariale et s'exerce largement en dehors de l'hôpital.

Elle se déploie aussi au niveau politique au travers d'instance du type conseil local en santé mentale, cela dans un souci d'amélioration, complémentarité, respect du travail de chacun et innovation en matière de santé mentale.

2.2 Le CATTP Les Colombes

La naissance des Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) apparaît à partir des années 1960. Il s'agit d'un dispositif de santé mentale mis à disposition de la population dans le cadre de la sectorisation. Deux textes réglementaires viennent légiférer la structure :

* L'arrêté du 14 mars 1986 (JO du 19 mars 1986) « relatif aux équipements et service de lutte contre la maladie mentale, comportant ou non des possibilités d'hébergement ». ¹⁴

* La Circulaire du 14 mars 1990 (JO du 3 avril 1990) relative aux orientations de la politique de santé mentale. ¹⁵

"Les CATTP visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et thérapeutique de groupe". La prise en charge se déroule à temps partiel, sur une partie de la journée en séquence durant la semaine, pour une durée déterminée, sans hébergement ni restauration. Cette définition généraliste laisse place à une diversité de réalité sous l'appellation CATTP grâce aux souplesses de fonctionnement que permet son statut. Il existe donc une disparité de conception, de fonctionnement, d'orientation thérapeutique, et d'organisation ainsi place est laissée à l'originalité de construction. Enfin, le CATTP Les Colombes fonctionne en étroite relation avec l'ensemble du dispositif comme le CMP, l'hôpital de jour et les unités d'admission.

OBJECTIFS de la structure

- Maintenir la stabilisation clinique.
- Poursuivre le travail d'éducation thérapeutique et de prévention des rechutes débuté dans les structures de soin en amont.
- Soutenir et accompagner le patient dans son processus de rétablissement.
- Permettre un accompagnement rassurant et sécurisé dans le réinvestissement des liens avec la cité.
- Développer une convivialité relationnelle avec un groupe de référence repéré et sécurisant en présence et en l'absence du personnel soignant.
- Mettre en place un lien choisi avec une structure de soin de proximité.

Fonctionnement de la structure

Le CATTP assure deux grandes missions :

- L'accueil: le temps de la rencontre, d'établir un contact, le début d'un engagement.
- Les activités thérapeutiques : Les activités pratiquées sont des médiations qui permettent une ouverture sur la possibilité de création et vers une vie sociale. Elles suscitent la curiosité, l'éveil, développent les capacités d'initiatives, renforcent l'estime de soi. Elles peuvent constituer un moyen d'expression et d'investissement.

¹⁴ www.legifrance.gouv.fr

¹⁵ www.legifrance.gouv.fr

Notre CATTP est librement accessible pour les usagers du secteur, qui n'ont pas besoin de prescription médicale pour y accéder. La liberté de fréquentation est le principe de base, l'utilisateur est donc indépendant et libre "d'auto prescription". On y favorise la liberté de choix tant sur le plan de l'activité que sur le rythme, ce qu'il faut entendre comme un travail de responsabilisation, c'est-à-dire une conscience de lui et de l'autre, de ses choix, de ses droits, et de ses envies. L'utilisateur travaille à assumer son statut de citoyen et à favoriser son existence autonome.

L'objectif premier de la structure est l'accompagnement vers la restauration du lien social altérée par la souffrance psychique et provoquant l'isolement. L'intégration au lieu de soin se conçoit sous la forme d'une participation à la vie collective par le biais de l'activité. Cette dynamique groupale permet de travailler le processus socio thérapeutique comme un banc d'essai, un « laboratoire d'entraînement des potentialités et capacités¹⁶ ». On y travaille la clinique de la relation. Ces liens sécurisants et de confiance créés au sein de la structure permettent aux groupes de s'extérioriser sur la ville sans présence soignante.

Aussi nous travaillons une dynamique de pôle, par un travail commun sur la ville comme la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM), et les partenariats mis en place. Au cœur de ces échanges notre association de service : Réso5 et le blog L'Echo des Esprits.

2.3 L'accompagnement infirmier

Le travail infirmier est subordonné au décret^o 2004-802 de compétence du [29 juillet 2004](#)¹⁷. Ce décret réunit l'ancien décret du [16 février 1993](#) relatif aux règles professionnelles (respect de la dignité, respect du secret professionnel, respect du patient...) et le décret de compétence du [11 février 2002](#) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession (rôle propre infirmier, intervention sur prescription médicale et intervention en collaboration avec le médecin).

L'article 6, qui nous intéresse particulièrement, liste les actes relevant spécifiquement du champ de la santé mentale :

- entretien d'accueil du patient et de son entourage,
- activités à visée socio thérapeutiques individuelles ou de groupe,
- surveillance des personnes en chambre d'isolement,
- surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

¹⁶ Paul Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*

¹⁷ www.legifrance.gouv

Les actes spécifiques au domaine de la santé mentale nous apparaissent assez restreints.

En pratique, les missions du travail infirmier sont à la fois complexes et variées. Les contours imprécis du métier d'infirmier en santé mentale autorisent une interprétation subjective et permettent en conséquence une grande liberté d'action.

Plusieurs pratiques thérapeutiques cohabitent aujourd'hui. L'infirmier doit savoir jongler avec les divers champs de pensée qui seront autant de réponse possibles pour l'usager.

De même la santé mentale n'est plus à ce jour l'apanage exclusif des services hospitalisés spécialisés, peu de patients se trouvant "à vie" à l'hôpital, mais vivent à domicile ou dans des structures médico sociales, il devient donc primordial pour l'infirmier d'avoir une connaissance solide du réseau et des accompagnements proposés, pour orienter le difficile choix thérapeutique offert à l'usager : qu'il soit chimique, comportementaliste, institutionnel, psychanalytique...

Le travail IDE consiste avant tout à prendre le temps de la rencontre. Le temps d'instaurer un lien de confiance, le temps du travail d'écriture de l'histoire du sujet, des émotions qui y sont liées. Sa biographie plus que son histoire clinique. Le savoir experientiel est ainsi valorisé car pris en considération. A partir de ce moment, il est possible d'accompagner le patient dans son parcours de soin : de l'annonce du diagnostic, à la prise de conscience des symptômes, jusqu'aux changements adaptatifs, à la reconstruction.

Le soignant apprend de l'autre, de son expertise, de son vécu, de ses ressources, de ses freins. Cela va constituer une ressource mobilisable tant pour le soignant que le soigné. Ensemble ils apprennent du système de soins, de ce qui est difficile à s'approprier, ce qui peut être aliénant. De cette rencontre naît l'expérience positive de la relation à l'autre possible, une expérience sociale réussie et réutilisable.

Il ne s'agit pas pour l'IDE de « prendre en charge », ce qui enfermerait l'usager dans une relation de co-dépendance. L'IDE accompagne la temporalité propre à chacun dans son parcours de rétablissement. Il s'adapte au rythme sans bousculer, sans obligations performatives. L'accompagnement IDE met l'accent sur les ressources. La personne en soins, comme le soignant, mobilisent leur expertise. De la confrontation s'opère un authentique dialogue. Il n'y a pas de place pour le maître et l'apprenant. L'accompagnement relève d'un espace de propositions, de réflexions et de débats. La relation se veut « égalitaire », et doit favoriser l'autonomie, l'indépendance dans la communauté.

3. LES PARTENARIATS AU SERVICE DE L'INTEGRATION CITOYENNE

L'exclusion sociale, la stigmatisation, la discrimination sont des termes qui semblent ponctuer le récit des usagers lorsqu'ils font référence à leur parcours d'insertion. Les lieux de soins comme le CATTP œuvrent pour soutenir l'appartenance citoyenne en ouvrant les pratiques soignantes en dehors de la structure. Les actions culturelles proposées par la ville de Rennes sont apparues comme un chemin possible à prendre pour favoriser l'intégration des usagers.

Avant de définir les contours de nos expériences partenariales, voici quelques outils utilisés pour la création, la mise en place et diffusion de nos projets.

3.1 Les partenaires sociaux et associatifs

La Carte Sortir

Il s'agit d'un PASS qui donne accès à un réseau de partenaires de la ville de Rennes dans les domaines des loisirs, du sport et de la culture. Cette carte a pour but de faciliter l'accès à de nouvelles expériences, faire sortir comme son nom l'indique, tous les rennais qui ne pourraient pas avoir accès à la culture d'un point de vue financier (sous conditions de revenus). La démarche administrative d'obtention du pass est accompagnée en amont, dans les structures de soins ou directement via les CDAS de la ville.

La Commission culturelle

La commission culturelle existe depuis 2006, elle est issue d'une convention nationale entre le ministère de la santé et le ministère de la culture dans le cadre du projet « culture à l'hôpital », signé en 1999. Le CHGR déjà engagé dans les pratiques culturelles et artistiques s'est associé pleinement à ce processus en lien avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC).

Elle permet à tout professionnel de l'établissement de connaître les initiatives qui se développent dans les services, de rencontrer des partenaires culturels de la cité, de créer des projets transversaux, de réfléchir à ce que produit la présence de l'art en psychiatrie.

C'est un lieu d'échange, de partage, de conseil, d'orientation vers les différents partenaires et non un organisme de financement. Parmi ces partenaires :

- Des financiers publics comme la DRAC et l'Agence régionale de santé (ARS),
- Des partenaires privés tels que la fondation de France, les entreprises privés.
- La ville de Rennes et Rennes métropole avec qui le CHGR a signé une convention.

- Les partenaires culturels, les artistes et les associations..

Ces partenariats permettent l'ouverture de l'hôpital vers des espaces de créations, des passerelles de soins, des accueils d'artistes en résidence, des participations à des actions citoyennes dans la cité.

L'Association RESO5 (REinsertion SOciothérapie du secteur G05)

C'est une association de loi 1901, créée en 1996, qui regroupe des usagers de soins et des soignants et qui s'inspire de la psychothérapie institutionnelle et des clubs thérapeutiques. Le budget de fonctionnement s'appuie sur les subventions versées par l'établissement hospitalier au titre des activités thérapeutiques ainsi que sur les adhésions annuelles de ses membres (pour une somme symbolique de 4 euros) et des ressources qu'elle récolte (ventes lors d'événements institutionnels).

La dynamique associative se crée autour :

- de la place prise par les membres : trésorier, secrétaire, membre du bureau, représentant de l'association lors d'événements extérieurs (SISM, Fédération Santé Mentale France...)
- des commissions mensuelles: où sont discutés et votés les projets, budgets et partenariats par l'ensemble des membres présents.

Les commissions offrent des moments de projection, de partages d'expériences, accessibles et conviviaux où la parole est distribuée dans un espace de libre échange.

L'outil associatif permet ainsi de déstigmatiser, d'offrir un statut social. Il est un support de formation, transmissions de valeurs auprès des jeunes diplômés et étudiants infirmiers.

C'est aussi un passeport intéressant de droit commun: nous nous identifions à partir de l'association RESO 5 et non d'une structure de soin.

L'association RESO5 a fait des petits.... le Blog L'Écho des Esprits !

Le blog : l'Echo des Esprits¹⁸

C'est l'envie de décliner le petit journal papier du même nom en outil plus contemporain et d'avantage ouvert sur le monde, accessible via internet (d'ailleurs abonnez-vous !).

Le blog a été réalisé avec les compétences en informatique d'un membre de l'association. Ce projet a été présenté lors des journées Santé Mentale France à Lyon en 2014 à l'atelier "Santé mentale, nouveaux outils, nouvelles technologies". Il s'agit d'un outil de transversalité, support à la dynamique de soin car il offre un espace de libre circulation de la parole des usagers comme des soignants. La censure n'est pas de mise, des modérateurs pourraient intervenir au besoin (articles ou

¹⁸ <http://lechodesesprits.blogspot.fr>

commentaires). Il permet la valorisation du savoir expérientiel, d'interroger les pratiques de soin. C'est une fenêtre ouverte pour les familles, il autorise les portes de l'hôpital à s'ouvrir.

3.2 Le partenariat : chemin vers le droit commun

Sur le plan institutionnel, il y a une envie de collaboration entre deux services du dispositif ambulatoire : le CATTP et l'Hôpital de Jour (HDJ). Nous avons fait le constat qu'il était très souvent demandé à l'usager de soin d'être mobile à l'intérieur du dispositif : passer d'un lieu à un autre. Paradoxalement cette démarche est peu demandée aux soignants. Nous souhaitons partager cette transversalité, en gommant les frontières des lieux de soins, en jouant avec les places, en bougeant avec eux.

La liberté de circulation, d'aller et venir est ainsi possible déplaçant les cloisonnements des lieux et des liens et pouvant s'expérimenter dans un contexte sécuritaire : faire avant tout du communautaire institutionnel pour faire du communautaire dans la cité et mieux s'inscrire dans le droit commun.

Nous avons aussi souhaité nous inscrire dans le réel, nous servir du réseau culturel existant, auquel nous prenons plaisir à prendre place en tant que citoyen. Une envie de partager ce qui nous fait du bien. Le partenariat permet de créer une synergie, de coopérer, tirer profit de la complémentarité, en vue de réaliser un objectif commun. Le nôtre est de soutenir l'inclusion. Il permet d'interroger, de réfléchir à plusieurs.

La ville de Rennes possède une politique artistique et culturelle très dynamique, c'est pourquoi nous avons voulu tirer profit de cette richesse au profit des usagers de soins. L'art est un bon outil pour interroger le monde, sa place, créer, inventer.

Nous avons fait le choix de travailler le partenariat avec deux institutions facilement reconnaissables dans le paysage culturel Rennais et ce depuis 4 ans : le Théâtre National de Bretagne (TNB) et les Tombées de la Nuit.

Fonctionnement commun aux deux partenaires

Nous nous sommes inscrits et identifiés dans le partenariat en tant qu'adhérents de l'association RESO5. Le TNB comme les Tombées de la Nuit sont adhérents du réseau carte Sortir, ils sont implantés, identifiés depuis de nombreuses années sur la ville. Ils partagent une philosophie d'ouverture sur la création artistique comme espace de rencontre, de partage, d'émotions pour tous. Ils souhaitent proscrire l'idée que l'art serait à la seule portée d'une élite intellectuelle.

Les partenaires s'intéressent comme nous aux solutions à mettre en œuvre pour créer la mixité sociale, inclure tous les publics. Nos diverses rencontres non jamais amené nos partenaires à considérer notre public comme spécifique nécessitant une approche particulière. Le lien s'opère dans la rencontre tout simplement.

Dans notre démarche commune, nous nous attachons à être des facilitateurs d'accès, à dédramatiser les démarches allant du choix du spectacle au retour à domicile à l'issue des représentations. Nous travaillons sur les ressources de chacun, sur la cohésion du groupe, en prenant appui sur les projets proposés. Nous n'avons pas vocation à nous substituer aux démarches qui pourraient être individuelles, mais bien d'apporter un accompagnement lorsque celui-ci est nécessaire dans une dynamique d'appropriation. L'objectif est de donner de l'information sur les diverses manifestations, créer des passerelles par l'identification des lieux, la reproduction possible en dehors du lieu de soins, de créer la rencontre avec nos partenaires qui restent disponibles pour accompagner les démarches individuelles. Au sein du groupe cela permet de créer des liens et des groupes indépendants au fonctionnement de la structure de soins.

Nous utilisons deux espaces temps pour préparer les rencontres :

- *Un temps de rencontre en amont des spectacles* permet de préparer l'événement par une présentation de spectacle 15 jours avant la date de la représentation. Cette latence apparaît nécessaire en terme de préparation et de projection pour l'usager. La rencontre a aussi pour but de susciter l'intérêt et l'envie en donnant des clés à la compréhension de la démarche artistique (enjeux, scénographies...), de construire le lien de confiance avec les partenaires. Toutes les questions sont permises.
- *Un temps de restitution des spectacles* aiguise le sens critique et permet à chacun d'exprimer son vécu émotionnel, qu'il soit positif ou non.

Le choix du spectacle est discuté entre la structure (usager/soignant) et les partenaires. Il doit être adapté tant sur le fond (thématiques qui font résonance avec notre histoire, nos combats, ou qui portent un intérêt social) que sur la forme (format accessible, plutôt de courte durée afin que l'expérience soit positive, que chacun ait les moyens cognitifs de suivre).

Pour que l'expérience soit reproduite, elle doit être positive, accessible et apporter du plaisir. L'idée aussi soutenue, c'est qu'il est possible d'avoir une vie sociale en soirée, le week-end. Les usagers sont souvent en difficulté pour sortir de leur domicile après 17h. La soirée est souvent nommée comme un frein à la concrétisation des projets. De faire ensemble rend possible quelque chose qui

n'était pas imaginable auparavant. La magie du spectacle se prolonge également dans la restitution ouverte sur le blog l'Echo des Esprits.

Le théâtre national de Bretagne (TNB)

Le TNB est un lieu identifié par un grand nombre de Rennais. Il fait partie du patrimoine culturel de la ville; C'est un centre dramatique national, une école de théâtre, qui défend l'idée que « *l'art, la culture, et le théâtre doivent répondre à une mission de service public* » (Arthur Nauziciel, Directeur du TNB). C'est un lieu qui historiquement entretient des liens avec le CHGR depuis plusieurs années, un partenariat culture-santé est né de cette rencontre.

Nous avons mis en commun avec la chargée de la relation au public du TNB notre envie d'ouverture sur la cité, discuté l'impact de la stigmatisation des usagers dans le processus d'intégration, analysé les difficultés supposées pour devenir spectateurs du lieu. Le parcours spectacle s'organise chaque année autour de la saison. Le choix des spectacles tente de balayer les différentes formes d'art programmées: théâtre, danse, musique, cirque. Dans un souci de répondre à l'éclectisme du groupe. Nous prenons des risques pour ne pas être (que) consensuel.

Le partenariat avec le TNB s'inscrit dans une démarche de réhabilitation psycho sociale par l'insertion dans le réseau culturel de la ville. Elle donne accès à une vie citoyenne, est un lieu de rencontre, favorisant la relation à l'autre, l'estime de soi voir le dépassement de soi. Elle participe aussi à mobiliser les fonctions cognitives, à initier les capacités créatives, à prendre plaisir et parfois rêver.

Les Tombées de la nuit

L'association des Tombées de la nuit soutient l'art vivant, l'art de rue. Festival en mutation dans la forme puisqu'il n'existait qu'annuellement pour une édition d'été, aujourd'hui tout au long de l'année avec Les Dimanches à Rennes. Ce festival invite à la réflexion autour des évolutions de la ville de Rennes et de sa métropole. La philosophie pourrait se résumer ainsi: « *jouons collectif, du commun dans la cité commune* » (Claude Guiniard et Philippe Kauffman, Directeurs du festival).

Ce qui nous a intéressé dans le travail de partenariat, c'est la possibilité de devenir spectateurs complices, « participer au jeu relationnel d'habitant à habitant, et jouer aussi avec le rapport entre l'œuvre, son contexte et les publics ». Convaincu nous aussi par « l'aventure artistique commune, la nécessité de multiplier les espaces de rencontres, de retrouvailles, et d'échanges ».

Nous avons participé au projet intitulé Dominoes¹⁹. Il se caractérise par une performance itinérante dans l'espace public, dont voici le descriptif donné aux rennais avant sa mise en œuvre :

« Parcourant les rues, les parcs, les appartements, naviguant sur l'eau, la ligne de dominos poursuit inévitablement son chemin, dessinant une chaîne à la fois physique et symbolique à travers la ville. Une effervescence se crée, les habitants se mobilisent, volontaires ou spectateurs pour rendre possible cet événement exceptionnel et unique où l'on se réapproprie l'espace public pour jouer aux dominos. Jeu de l'enfance à taille adulte ».

L'intérêt de ce projet, c'est qu'il est collectif et participatif. Il faut l'imaginer comme une sculpture citadine en mouvement pour 7000 blocs de béton cellulaire, le long d'un parcours de 2,5 km, porté par 300 habitants prenant en charge l'installation et l'accompagnement du public.

Nous avons pris place dans le collectif « habitant complice », pris part aux rencontres collectives et enfin construit, protégé et expliqué aux nombreux passants cette ligne étrange de dominos géants. La place de bénévole permet à l'utilisateur de se sentir un partenaire à part entière dans le projet culturel en se confondant aux habitants complices, la question du soin ne sera pas nommée. L'action bénévole donne une place au sujet dans la cité. Investie d'une mission, la personne prend appui sur le collectif, le projet, ses potentiels ... permettant au symptôme de s'estomper.

Ce type d'action donne la possibilité à l'utilisateur de reproduire sa participation individuellement ensuite. Nous avons été bénévoles, dans un projet participatif, porté par la ville et l'équipe des Tombées de la nuit, dans leur désir de cohésion sociale.

Montée d'adrénaline toute la journée, excitation générale durant les 30 minutes de courses des blocs de béton cellulaire à terre... Surprise générale : malgré l'amplitude horaire contraignante, le rapport au public et donc à la foule conséquente : l'énergie et les ressources ont été mobilisables à l'échelle de chacun. L'implication et la responsabilité du projet était de taille : «on compte sur nous» pour la construction du projet. Challenge réussi ! (cf annexe 2)

The Color of Time²⁰, un autre exemple de projet participatif

C'est une seconde proposition des Tombées de la nuit dans la poursuite des projets participatifs et intégratifs à la ville. **La compagnie marseillaise Artonik nous invite, dans ce spectacle dansant,**

¹⁹ www.lestombeesdelanuit.com/fr/spectacles/dominos

²⁰ www.artonik.org/The-Color-of-Times,61

à aborder la question de la stigmatisation et de la peur de l'autre en laissant une place à la diversité. Leur spectacle repose sur le partage, il questionne l'isolement, il invite à se laisser approcher et même toucher par la couleur comme exorcisme de la différence. Il était impossible de ne pas s'y rendre (cf annexe 3).

Projet institutionnel Ergorico²¹

C'est un projet transversal, à l'initiative de l'école d'ergothérapie de Rennes, construit autour de la mosaïque, ouvert à l'ensemble des services du CHGR. Cette idée a été soutenue par la commission culturelle, les services d'ergothérapie, la direction des soins, les financeurs publics et privés.

A partir de l'œuvre d'Odorico, un mosaïste Rennais dont les œuvres sont visibles dans la ville. Il a été imaginé la réalisation de 14 totems en bois en gardant les codes graphiques de l'artiste. Le graphisme général a été réalisé par une usagère de l'Unité d'Ergothérapie Extériorisée (UER), puis transposé sur les 4 faces des poteaux de bois. Notre CATTP a souhaité participer à cet événement, qui s'est décliné dans divers ateliers :

- ateliers publics ouverts aux rennais à l'espace des Champs libres.
- ateliers au sein de la structure de soins : ils furent nombreux...
- ateliers collectifs au sein du CHGR pour le travail de finition, dans un esprit d'entre-aide.
- ateliers publics dans le cadre de l'exposition qui a duré une quinzaine de jours, durant la Semaine d'Information en la Santé Mentale, dont le thème de cette année était: « Santé mentale et travail ».

L'investissement des usagers a été sans relâche, un vrai travail. Beaucoup de minutie, de patience, d'entre-aide ont été nécessaires. Il y a eu une véritable appropriation de l'œuvre et beaucoup de fierté à exposer. Chacun a souhaité participer à sa manière : une co-construction avec les ressources de chacun. La mobilisation fut intense durant plusieurs mois tant dans la réalisation, que dans la participation au montage du projet. L'exposition eu lieu dans une galerie marchande très fréquentée (centre commercial Alma). Le public a été séduit par le travail réalisé. Il nous a encouragé, a accepté de s'essayer à la mosaïque sur les conseils avisés des usagers, créant un bel espace de rencontres et de possibles (cf annexe 4).

²¹ www.ergorico.wixsite.com/ergorico

4. ENQUETE QUALITATIVE SUR LES ATTENTES DES USAGERS

4.1 Objectifs de l'étude

- Identifier les besoins des usagers du CATTP au travers du vécu du lieu de soins.
- Questionner la pratique actuelle : est-ce que nos outils de soins favorisent le rétablissement et l'empowerment des usagers ?
- Le partenariat culturel est-il identifié par les usagers comme un levier à l'intégration sociale?

Afin d'explorer ces trois dimensions, j'ai réalisé une enquête qualitative sous forme de deux focus groupe avec les usagers du CATTP où j'exerce.

4.2 Méthodologie des focus group

J'ai réalisé une enquête qualitative en réalisant deux focus group au sein du CATTP où j'exerce.

Pour convier les usagers à participer, nous avons discuté du diplôme inter universitaire santé mentale dans la communauté et de la réflexion soignante qui s'engageait pour moi autour de nouveaux concepts comme le rétablissement, l'empowerment, l'inclusion sociale et l'intérêt de construire avec eux, sur la base de leurs vécus, leurs envies, leurs besoins.

Afin de s'inscrire dans une démarche d'empowerment et d'adapter aux besoins la démarche d'accompagnement soignant, j'ai proposé un échange sur le thème « Comment utiliser les ressources de la ville au profit d'une meilleure intégration sociale ».

J'ai fait le choix d'indiquer un thème large, afin de ne mettre aucune pression sur un éventuel « savoir nécessaire » à la discussion et donc favoriser une parole spontanée. Pour la réalisation de l'enquête, j'ai constitué deux groupes de sept participants, soit quatorze usagers au total dans les locaux du CATTP, selon leur disponibilité, en proposant deux dates possibles. J'ai effectué un rappel par courrier en amont, quinze jours avant en rappelant le thème, le lieu, la date, l'heure et le nom de l'observateur. Les participants ont en commun, le fait de se rendre régulièrement dans le lieu de soins et ce depuis plus d'un an dans une régularité de présence. L'âge varie de vingt-cinq ans à plus de soixante ans. Le caractère anonyme est indiqué ainsi que la forme de traitement des données.

Chaque groupe a accepté d'être enregistré dans le souci de respecter la parole dans son intégralité et a été informé du caractère anonyme de l'enquête. Un même temps de parole pour chaque groupe

(1h10).

J'ai obtenu l'accord de tous, ceux pour qui la verbalisation est plus simple ont précisé qu'ils souhaitaient me rendre service et être utile à l'élaboration du mémoire.

Consignes générales

Dans un focus groupe la parole doit être libre, circuler au sein du groupe et non dans un échange avec l'animateur, dont le rôle n'est pas d'intervenir mais de faciliter l'échange.

Construction de la grille de questions (cf annexe 5).

J'ai préparé une grille de questions portants sur trois axes afin de croiser les regards sur le lieu de soins (le dedans), la cité (l'extérieur) et sur ce qui fait lien (l'intégration).

1- Le lieu de soins : CATTP

Il m'est apparu important d'interroger les groupes sur le fonctionnement et la pratique de la structure en partant de leur vécu. C'est une manière de leur donner la parole, de les impliquer, de co construire des projets futurs riche de sens pour eux.

Aussi ce dialogue ouvert doit permettre de déterminer ce qui fait ressource dans le fonctionnement général de la structure, mais aussi ce qui peut limiter. Il s'agit ainsi d'identifier les besoins, de porter attention à ce qui pourrait être reproduit (conduit) à l'extérieur de la structure. Comprendre ce qui fait intégration au sein de la structure afin de permettre une transposition ultérieurement.

2-Les ressources extérieures : la Cité

Les lieux ressources dans la ville peuvent toucher divers domaines : loisirs, sports, vie culturelle, quels sont ceux identifiés par le groupe comme ressource et quel vécu en ont-ils ? Ces expériences dans la cité ont elles été induites par la structure? Si oui de quelle manière ? Il y a t-il un lien avec le partenariat développé ? Que produisent-elles pour eux ? Quelles en sont les enjeux, intérêts, besoins ?

3-L'intégration sociale : comme lien.

Définition du terme, vécu associé. Qu'est ce qui facilite ou inversement freine la démarche d'intégration sociale ? Le lieu de soins est il vecteur d'intégration ? Si oui comment ?

Est-il possible de faire un lien entre le partenariat culturel développé et l'intégration sociale ?

4.3 Analyse

Les données retranscrites ci-dessous sont le témoignage des usagers lors du groupe de parole.

1- Le lieu de soins

Le CATTP est identifié comme un lieu d'accueil et d'activités. Pour certain, c'est plus de l'accueil, pour d'autre, plus un lieu d'activité, ou les deux. Il est associé à la rencontre et au partage de mêmes centres d'intérêts, qui vient rompre la solitude. Il aide à trouver sa place et à prendre en considération l'autre. Ce sentiment d'appartenance est vecteur de bien être psychique ou de consolidation psychique. La structure favorise le maintien d'une vie sur l'extérieure et aide à aller plus loin dans la cité. Elle est assimilée à un point de repère, un refuge, à la sécurité, à des bases de fondation permettant l'expérimentation de la vie sociale. Ce lieu est aussi associé à la création : on s'essaie pour savoir ce que l'on aime et ce pour quoi on est capable.

Autre notion importante : La référence au collectif. Le groupe est soutien car il est possible de faire avec l'autre ce qu'il n'est pas encore possible de réaliser seul.

2- Le rétablissement et l'empowerment

Le groupe se sent entendu car son avis est pris en considération et que son envie sera la matière première à la constitution des projets. La prise de parole y est donc valorisée, le choix est respecté et soutenu par l'équipe. La notion de temporalité y est importante sous le terme d'étape, d'effectuer un pas après l'autre mais aussi dans la reconnaissance d'un chemin à parcourir car rien n'est acquis d'emblée. Il y a l'expérimentation, qui éveille la curiosité. La valorisation de se découvrir des compétences. La notion de plaisir éprouvé. Ce faire du bien sans appréhension.

Le processus de rétablissement est décrit comme un cheminement personnel en diverses étapes :

- Passer l'appréhension que l'on a de soi même.
- La connaissance de soi et la surprise de soi qui invite à mieux s'accepter et donc à se re narcissiser.
- L'acceptation de soi: tel que l'on est, avec ses imperfections.
- La notion d'espoir : Il a du possible, il y a un après. Il est possible de rêver sa vie malgré ses faiblesses.

Le lieu apporte une consolidation psychique qui permet de mieux vivre à l'extérieur. Il semble à la fois une base de fondation dans le dedans mais aussi une passerelle pour le dehors car le lieu s'ouvre sur l'extérieur. L'accompagnement du lieu de soins vers l'extérieur est identifié.

3-L'insertion sociale

La multiplication des différentes formes de supports est repérée, au sens d'une diversité d'insertion possible dans la cité. Elle semble permettre d'obtenir les outils nécessaires pour la construction du projet individuel. L'insertion sociale en dehors de la structure apparaît néanmoins complexe.

Quelques participants, ont fait référence au changement de posture nécessaire à l'insertion, une posture qui se doit active en changeant ses habitudes, et nécessite se lancer. La prise de risque fait peur et parfois non nécessaire pour certains d'entre eux. Il y a un souhait de s'intégrer mais en sécurité.

On doit comprendre que l'intégration dans la cité doit être soutenue, accompagnée pour recréer un sentiment de sécurité. Le groupe donne de l'élan, il permet une expérience sociale réussie pouvant s'externaliser en dehors de la structure.

4-Le partenariat culturel

Différentes formes de manifestations ou lieux culturels sont cités : Les champs libres, l'Opéra, le TNB, les Tombées de la nuit, le cinéma, les concerts, les maisons de quartier, le centre social.

Ces lieux sont associés au plaisir, à l'envie de sortir à nouveau. Ils sont aussi assimilés à meilleure connaissance de soi, à l'importance de se cultiver et d'apprendre. Dans une autre forme d'ouverture, les projets proposés permettent au collectif de s'associer pour sortir ensemble en dehors du lieu de soins, une autre forme de liens se créer. Il est aussi indiqué l'importance de donner les informations sur les manifestations culturelles de la ville qui permettent à certains de sortir à partir de leur domicile.

5-L'utilité sociale : comme forme d'intégration citoyenne

Le terme utilité sociale rassemble l'ensemble des membres des deux groupes pour définir l'intégration. Etre utile pour la collectivité sous la forme de bénévolat par exemple.

Etre utile socialement :

- c'est faire comme tout le monde.
- c'est être bien dans la vie qu'on a choisie.
- c'est avoir un logement, prendre part aux votes, avoir une adresse : être habitante.

Pour certains l'intégration sociale c'est avoir un emploi.

C'est aussi participer à la vie du quartier : entretenir des relations de voisinage. Cela peut être aussi la participation à une activité de loisirs dans son quartier. Se sentir en lien avec un groupe d'appartenance.

Le lien social est associé à l'intégration car il nécessite un échange : être parmi les autres, s'investir comme dans l'amitié.

4-4 Discussion post groupe

En préambule, j'ai beaucoup appris de cette méthode de recueil de données. En effet elle m'apparaît utile mais surtout nécessaire. La bienveillance du groupe a permis de lever les freins et barrières à l'expression individuelle et d'oser exprimer des projets.

Le focus group est un bon outil d'empowerment car du groupe émane une interaction, une entraide, un soutien, une analyse, très importante et profitable à tous, en termes d'idées, de projections, d'outils utilisables. Le respect de la parole fait ressource, comme les encouragements dans les divers niveaux de rétablissement de chacun « tu vas y arriver, il faut du temps ». La reconnaissance entre pairs est un appui solide au sein du groupe, l'expérience de l'autre est précieuse car je peux m'identifier à lui car il est comme moi dans ses doutes et appréhensions.

Ce soutien entre pairs peut-il dépasser les frontières du lieu de soins ?

L'intégration sociale apparaît comme une notion vaste, intime et instable dans le vécu, puisqu'elle ne peut être comblée dans tous les domaines souhaités. Elle est surtout collective de part son lien indissociable au droit commun souvent cité par les usagers : le logement, le travail, le droit de vote. Elle se définit par un ensemble de valeurs fondamentales, comme de pouvoir donner à la société, se rendre utile, donner de soi. Pour ces raisons, la structure de soins ne répond pas strictement aux attentes des usagers qui souhaitent davantage qu'appartenir à leur ville. La notion d'accompagnement par le collectif laisse sans doute moins de place à l'expression et mise en place des besoins individuels. Est-ce la mission du CATTP de s'engager dans la voie de l'utilité sociale en favorisant des projets individualisés ?

Pour autant, la structure de soins est décrite comme un lieu qui non seulement participe à l'intégration sociale mais où on se sent intégré et où on est intégré par le biais du collectif au sein de la structure. Le CATTP est peu nommé, n'y vécu comme un lieu de soins. Les termes pour

la qualifier font référence à une association, un lieu qui permet de faire connaissance. La maladie y semble gommée, les soignants ne ressemblent pas à des infirmiers, et on y pratique des soins indirects pour reprendre les expressions du groupe. Cette vision plutôt ouverte et positive ne doit pas être éloignée de l'aspect protecteur, confortable, de sécurité souvent employée au décours du focus. Ce sas protecteur est pour le moins questionnant.

Les usagers prennent appui sur le collectif et les projets proposés sur l'extérieur. Les projets culturels sont identifiés comme un outil parmi d'autres, qui ont permis de sortir, de s'externaliser progressivement, de rompre l'isolement, prendre du plaisir. C'est une forme de vie sociale parce « qu'on fait comme tout le monde ». Des groupes indépendants se sont constitués pour sortir ensemble lors de manifestations culturelles. Certains participent activement aux appels à participations des Tombées de la nuit ou s'y rendent comme spectateur. La notion de faire ensemble est importante. La multiplication des expériences dans la ville, de conserver les mêmes partenariats a fait forme de réassurance pour le groupe.

L'aspect temporalité est aussi une notion importante, il n'y a pas d'accroche d'emblée, il n'y a pas de résultats visibles immédiats. Mais comme pour le rétablissement il faut du temps, de l'analyse, du recul pour percevoir le chemin accompli. Néanmoins il reste une peur importante de s'inscrire de manière individuelle dans la vie sociale ou sportive. La difficulté fait souvent renoncer. Il n'y a plus cette sécurité du groupe ou de la structure pour guider.

Faut-il alors questionner le rôle de la structure et l'accompagnement soignant ? Comment travailler l'apprentissage de la difficulté ?

La structure de soins doit veiller à ne pas être trop sécurisante au risque de freiner les initiatives individuelles. Au contraire elle doit être force de proposition, révéler, encourager les ressources perçues au sein des groupes et ce, tout au long du parcours, en y associant les possibilités d'inscription dans la ville. Le CATTP est un lieu qui permet de dessiner un projet, une envie, un besoin sur l'extérieur si cela correspond à l'envie de l'utilisateur. Elle doit accompagner la difficulté d'intégration du tissu social ordinaire en questionnant les freins, en accompagnant physiquement si besoin dans un cadre discuté avec l'utilisateur. L'expérience montre qu'il n'est pas possible d'homogénéiser les parcours d'insertion, il faut les individualiser.

A savoir que lorsqu' on intègre une association, ce n'est pas simple, il n'y a pas de place privilégiée, on est un citoyen lambda parmi les autres. L'intégration prend du temps, elle ne se fait pas d'emblée, elle n'est pas acquise. **La posture soignante se situe alors dans un équilibre complexe entre**

création du lien et détachement et ce, tout au long du parcours de l'individu en soins.

CONCLUSION

La santé communautaire interroge la place de l'utilisateur de soins dans le système de soins et plus globalement dans la société. J'ai choisi de m'intéresser dans ce mémoire à trois concepts centraux de la santé communautaire : le rétablissement, l'inclusion sociale et l'empowerment, afin d'en comprendre leurs enjeux dans ma pratique d'infirmière en santé mentale. A l'échelle de ma fonction infirmière en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, à quoi dois-je être attentive dans l'accompagnement des usagers ? Plus globalement, comment le CATTP, à partir du vécu des usagers, œuvre-t-il pour favoriser le rétablissement et l'empowerment ? L'accompagnement vers la vie culturelle est-il un bon outil d'intégration, est-ce suffisant et surtout cela répond-il à leurs besoins ? Afin de tenter de répondre à ces questions, j'ai choisi de réaliser une enquête qualitative sous forme de focus group, auprès des usagers fréquentant le CATTP où j'exerce, afin de savoir recueillir leur point de vue sur la question : « Comment utiliser les ressources de la ville au profit d'une meilleure intégration sociale ? ».

L'analyse du focus group nous apprend que la structure de soins est décrite comme un lieu qui non seulement participe à l'intégration sociale mais où on se sent intégré et où on est intégré par le biais du collectif au sein de la structure. Les projets culturels sont identifiés comme un outil parmi d'autres, qui ont permis de sortir, de s'externaliser progressivement, de rompre l'isolement, prendre du plaisir. Le CATTP est un lieu qui permet de dessiner un projet, une envie, un besoin sur l'extérieur si cela correspond à l'envie de l'utilisateur. Elle doit accompagner la difficulté d'intégration du tissu social ordinaire en questionnant les freins, en accompagnant physiquement si besoin dans un cadre discuté avec l'utilisateur.

Le focus, au travers de la parole des usagers amène à un travail réflexif à poursuivre dans le champ du rétablissement, de l'empowerment, de l'insertion sociale, de l'accompagnement soignant ...

Ces nombreux concepts doivent avant tout s'inscrire et être partagés dans une vision communautaire au sein de notre pôle, avec le collectif soignant pour être efficient.

Une formation interne dans notre service, centrée sur le rétablissement pourrait inviter les soignants à élargir leur vision de l'accompagnement sur l'unique prisme du regard clinique mais d'y associer le rétablissement personnel de l'utilisateur.

Nous pourrions aussi travailler davantage la notion de rétablissement avec les usagers eux-mêmes qui n'ont pas toujours conscience d'être rétablis ou en voie de rétablissement. La poursuite de focus

group ou la mise en place d'ateliers d'information, pourraient aider l'usager à mieux assumer la maladie avec ses possibilités et ses freins et faire l'objet de discussions sur les changements à engager pour parvenir à croire en leur avenir. Les limites comme les capacités doivent être identifiées, analysées, et faire l'objet d'accompagnement. Cela nécessite aussi d'avoir une vision élargie de l'accompagnement et de changer de regard sur le malade « psychique » qui ne pourrait être pris « en charge » que par l'institution.

Nous pourrions aussi nous servir du blog comme outil de rétablissement mais aussi d'empowerment, en créant un espace dédié, comme une invitation à la prise de conscience du chemin parcouru, un espace dédié aux solutions, aux expériences, aux questionnements, à la destigmatisation, au devenir, et surtout à l'espoir.

Nous devons aussi poursuivre la diversification des supports, les lieux d'insertion, sortir des soins institutionnalisés lorsque cela est possible pour intégrer le droit commun. Cela semble avoir fonctionné pour le média culturel, aujourd'hui l'information suffit à concrétiser la mise en mouvement de l'usager. Le test d'Helen Glover pour les structures qui visent l'inclusion sociale peut être un bon support pour la mise en place d'un projet (cf annexe 6).

L'insertion dans la cité se poursuit, le groupe du CATTP intègre les activités sportives de droit commun encadrées par la ville de Rennes. Une nouvelle aventure mais surtout une nouvelle étape. Nous devons mettre à profit le savoir être, le savoir faire des usagers dans leur parcours de rétablissement dont ils n'ont pas toujours conscience. L'utilité sociale demandée pourrait prendre forme dans l'accompagnement d'action bénévole, ou dans l'ouverture des groupes auto supports existants sur la cité.

ANNEXES

Annexe1

Tableau : dix meilleures astuces pour une pratique centrée sur le rétablissement
(Shepherd et coll., 2008)

Après chaque entretien, demandez-vous si ...
1. Vous avez écouté la personne activement de façon à l'aider à donner un sens à ses problèmes de santé mentale.
2. Vous avez aidé la personne à repérer et à hiérarchiser les buts que le rétablissement lui permettra d'atteindre - et non vos buts à vous, en tant que professionnel.
3. Vous avez donné la preuve que vous croyez aux points forts et aux moyens dont l'intéressé(e) dispose d'ores et déjà pour atteindre ces buts.
4. Vous avez puisé dans votre « vécu », ou dans celui d'autres usagers, des exemples qui inspirent la personne en question et donnent une validité à ses espoirs.
5. Vous avez fait particulièrement attention à l'importance des buts qui sortent la personne de son « rôle de malade » et lui permettent d'apporter quelque chose aux autres.
6. Vous avez recensé les ressources dont l'intéressé dispose hors du champ de la santé mentale - amis, contacts, associations - qui sont en rapport avec la réalisation de ses buts.
7. Vous avez encouragé l'autogestion, par la personne, de ses problèmes de santé mentale (en lui fournissant des informations, en renforçant ses stratégies pour y faire face et en suggérant d'autres stratégies.
8. Vous avez discuté avec la personne de ce qu'elle veut en matière d'interventions thérapeutiques (par exemple des psychothérapies, des thérapies alternatives, un plan conjoint de gestion des crises), en respectant ses souhaits à chaque fois que cela est possible.
9. Vous vous êtes toujours comporté(e) de façon à montrer du respect pour la personne et le désir d'instaurer, dans votre travail avec elle, une relation de partenariat sur un pied d'égalité, et manifesté le souhait de toujours « faire plus ».
10. Tout en acceptant que l'avenir soit incertain et que les rechutes arrivent, vous avez continué à exprimer votre soutien envers la capacité de la personne d'atteindre les buts qu'elle a définis, c'est-à-dire entretenu l'espoir et les attentes positives de celle-ci.

DOMINOES



Sécurité, lien social, du jamais vu !



L'artiste, un habitant complice, les spectateurs, une œuvre



Section 1 des habitants complices : La Dream Team !

THE COLOR OF TIME :



« Explosion de joie chromatique ... »



« ...ce jour là les castes n'existent plus,

chacun est l'égal de l'autre »

ERGORICO



Fresque finale

Ergorico avant l'étape mosaïque

EXPOSITION Semaines d'information
sur la santé mentale

ERGORICO
Rencontre entre Santé Mentale et Mosaïque

13 au 24 mars 2017

Galerie Commerciale du Centre Commercial **alma** En face du Carrefour

Ateliers mosaïque ouverts au public
de 14h00 à 17h00

Mercredi 15 Mars Vendredi 17 Mars
Lundi 20 Mars Mercredi 22 Mars

Partenaires: Rennes, Le Havre, Les ateliers libres, alma, sism

Retrouver nous sur notre page Facebook : Ergorico ou notre site <http://ergorico.univ-rennes.fr>
Pour nous contacter : univ@ergorico.univ-rennes.fr ou ergorico@gmail.com



Atelier collectif au centre commercial Alma



Exposition au centre commercial Alma – Rennes – Mars 2017



*L'aventure se poursuit :
Exposition « Effets de Serres » au CHGR – Octobre 2017*

Grille du questionnaire focus groupe

Objet de l'étude : favoriser une meilleure intégration dans la ville des usagers du CATTP.

Remarque: Le questionnaire représente un support pour réorienter les échanges si besoin. Seuls les axes sont donnés aux groupes.

Questionnaires construits en 3 axes :

1-Le lieu de soin : CATTP

- Représentation du lieu: définition personnel.
- Porte d'entrée ?
- Besoin : que viennent ils chercher dans ce lieu ? Intérêt, but, besoins identifiés.
- Pourraient-ils le trouver à l'extérieur ?
- En quoi, pourquoi s'y sentent'ils bien ?
- Est ce un lieu étape ou un lieu pérenne: comment s'en servent-ils ?
- Est ce un lieu d'ouverture sur l'extérieur ? Si oui par quel biais ? Comment ?
- Ont-ils repéré, identifié des manques dans la structure ?
- Souhaitent'ils travailler un autre type d'accompagnement ?

2-Les ressources extérieures : la cité

- Ont-ils identifiés des lieux ressources dans la ville ? (en termes de loisirs, vie sociale, vie culturelle). Lesquels ?
- S'y rendent ils ? oui comment ? Non, pourquoi ?
- Est ce que le CATTP favorise leur insertion dans la ville? Par quel biais (activités, sorties) ?
- Se sentent-ils intégrés (prendre place) dans la ville ? Si oui, comment? Si non, pourquoi?
- Freins identifiés ?
- Ont-ils des envies ou des besoins à soumettre au lieu de soins ?
- Connaissent-ils les partenariats développés? Entre autre culturel ? Connaissent-ils les objectifs de ces partenariats ?
- Est-ce une aide, un tremplin pour eux ? Sinon pourquoi ?
- Est-ce un outil d'intégration sociale ?
- Il y a-t-il des freins/obstacles identifiés afin d'intégrer à la ville?

3-Intégration sociale /inclusion/citoyenneté

Notion d'intégration/d'inclusion :

- Quelle définition ?
- Est-ce en rapport avec la citoyenneté ?
- Est-ce en rapport avec la notion de communauté ?
- Se sentent-ils bien intégrés dans leur ville, si oui comment ? Si non pourquoi ?
- Les moyens/outils à l'inclusion ?

TEST POUR LES STRUCTURES QUI VISENT L'INCLUSION SOCIALE

Une réponse affirmative à chacune des questions suivantes indique que le soutien dispensé s'articule sur l'institutionnalisation, et est facteur d'un sentiment de différence et de stigmatisation chez les usagers.

1. Est-il difficile à une personne dont l'identité n'est pas dictée par la maladie de participer à cette initiative ?
2. L'accompagnement ou l'activité requièrent-ils que la personne s'identifie à sa maladie ou au statut d'usager en psychiatrie pour pouvoir y participer ?
3. L'activité de soutien remplace-t-elle ou fait-elle double emploi avec quelque chose qui est déjà ouvert aux membres de la collectivité ?
4. L'activité ou la structure d'accompagnement affiche-t-elle ou dégage-t-elle l'image d'une relation soignant-soigné (ex : badge portant le nom des personnes, uniformes, véhicule avec logo...).
5. L'accompagnement dispensé promeut-il des rapports sociaux artificiels?
6. Le soutien est-il dispensé sur un mode ou à une heure indiquant aux autres que les intéressés ne remplissent pas un rôle social valorisé (ex : organiser un barbecue pour un groupe de 20 personnes dans le cadre d'une intervention un jeudi midi indique aux passants que les membres du groupe présentent probablement un handicap car la plupart des adultes qui travaillent ne font pas de barbecue le jeudi midi avec 20 personnes).

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Déchamp C., -Le roux, F., 2014 « Santé mentale : guérison et rétablissement, regards croisés ». Ed. Jhon Libbey.
- Greacen T., Jouet E., 2012, « .Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie », Ed. Erès.
- Ricoeur P., 1990, « Soi même comme un autre », Ed Seuil.
- Ricoeur P., 2004, « Parcours de la reconnaissance », Ed. Stock.

- Revues professionnelles

- Bulletin de psychologie : « Les groupes centrés (focus groups) ». tome 57 mai- [juin 2004](#).
- L'information psychiatrique : les CATTP, numéro 7, volume 72, septembre 1996, page 629 à 733.
- L'information psychiatrique : « Santé mentale et citoyenneté: une histoire Française » numéro 7, août -[septembre 2015](#).
- Santé mentale numéro 106, dossier : « [Aujourd'hui](#), la réhabilitation », [mars 2006](#),
- Santé mentale numéro 191, dossier: « A propos de la guérison en psychiatrie », [octobre 2014](#).
- Santé mentale numéro 212, dossier : « L'empowerment en santé mentale », [novembre 2016](#).
- Santé mentale numéro 220, dossier: « Les savoirs expérientiels des patients », [septembre 2017](#).
- Pratiques en santé mentale, numéro 3, dossier : « Santé mentale et pratiques artistiques », [août 2010](#).
- Pratiques en santé mentale, numéro 3, dossier : « Aide à la santé mentale et psychiatrie communautaire », [août 2013](#).
- Pratiques en santé mentale, numéro 2, dossier : « Le rétablissement », [mai 2014](#),.
- Pratiques en santé mentale, numéro 1, dossier : « La santé mentale: complexité du terme, perspectives d'avenir », 2015.
- Pratiques en santé mentale numéro 4, dossier : « Les GEMS et l'exercice de la liberté », [novembre 2015](#).
- Pratiques en santé mentale numéro 3, dossier : « Autonomie: concept incontournable? », [septembre 2016](#).
- Soins psychiatries, numéro 300, dossier : « Au sujet du rétablissement »,. septembre /[octobre 2015](#).
- Soins psychiatrie, numéro 308, « Le rétablissement en psychiatrie », Janvier/[février 2017](#).

Articles:

- Fiches méthodologique : Stop j'agis, Les groupes focalisés, Février 2004, APES université de Liège.
- Fiches : Plan local de santé de la ville de Rennes, Pour une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la ville. Ed. Ville de Rennes janvier 2013
- Fiche psycom : Le rétablissement, mai 2015
- Formarier M., " La relation de soin, concepts et finalités", recherche en soins infirmiers 2007/2 (n 89), p33-42. Cairn .info.
- Sebbane D., De Rosario B., Roelandt J.L., La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen P10 à 13. La santé en action numéro 439, mars 2017..
- Ordre national des infirmiers, rapport de synthèse, Psychiatrie et santé mentale, enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières. Mars 2010.

Cours DIU Santé mentale dans la communauté

- Pachoud B. : Cours DIU santé mentale dans la communauté 2015, La perspective du rétablissement.
- Vasseur-Bacle S.: Cours DIU santé mentale dans la communauté 2015, Empowerment concept fondamental de la santé communautaire.

Mémoire

Ibarrart M. F : Master 2 RIM-option éducation thérapeutique, L'empowerment... Un chemin vers le rétablissement en santé mentale.

Sites internet

Ascodopsy : <http://www.ascodocpsy.org/>

CCOMS: www.ccomssantementalelillefrance.org

Psycom : <http://www.psycom.org/>

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire
« Santé mentale dans la communauté : Etude et applications »
Année 2017

Les ressources culturelles rennaises : outil d'intégration et de rétablissement ?

Nadège BAZIN

RESUME

De nombreux usagers de la psychiatrie consolident leurs soins en utilisant le dispositif ambulatoire du secteur dont ils dépendent. Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) est une des possibilités du réseau de soins offerte aux usagers. Il présente l'avantage d'être au cœur de l'environnement de l'utilisateur dans le souci de répondre à une proximité de services. La structure a pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par le biais de médiations thérapeutiques de groupe. Comment dans ce lieu s'articule la prise en compte de l'environnement de l'utilisateur avec les activités proposées ? Prend-elle en considération l'inclusion sociale comme réponse à l'existence autonome visée ? Les pratiques soignantes et d'accompagnement mettent-elles les besoins des usagers au cœur de la démarche ? Expérience concrète d'inscription dans la cité avec les partenaires culturels de la ville de Rennes. Est-ce le bon chemin pour soutenir le rétablissement ? La réalisation de focus group nous apportera quelques éléments de réponses des attentes des usagers du CATTP du secteur G05 du Centre hospitalier Guillaume Rénier à Rennes.

MOTS CLEFS : rôle infirmier, CATTP, inclusion sociale, rétablissement, empowerment, cité.