

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 »

Année 2014



Fabrice GENTNER

Tutorat : Mr le Dr Laurent DEFROMONT

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 »

Année 2014

**La création d'une équipe ambulatoire de réhabilitation
un dispositif de démocratie sanitaire pour rendre la folie à
la société, et la vie sociale à la folie**

Fabrice GENTNER

Tutorat : Mr le Dr Laurent DEFROMONT

"On doit considérer qu'il n'y a chose plus difficile à traiter, ni plus douteuse à réussir, ni plus dangereuse à manœuvrer que de prendre l'initiative d'introduire de nouveaux ordres.

Parce que celui qui les introduits a pour ennemis tous ceux qui tirent avantage des vieux ordres et pour tièdes défenseurs tous ceux qui tireraient avantage des nouveaux ordres -tièdeur qui naît en partie de la peur des adversaires, qui ont les lois de leur côté, en partie de l'incrédulité des hommes, qui ne croient pas, en vérité, aux choses nouvelles, à moins d'en voir advenue une ferme expérience."

Nicolas Machiavel

Le Prince (1532)

Remerciements

Voilà sans aucun doute un exercice particulièrement difficile, mettant un point final à un travail certes intéressant mais fastidieux et harassant... pour soi comme pour les proches !

Je ne dresserai ici aucune liste, évitant de nommer des personnes qui m'ont aidé et soutenu. Non pas que je sois en pleine ingratitude, mais je risquerai d'en oublier... ce qui serait particulièrement fâcheux et ne leur rendrait éminemment pas hommage.

Vous vous reconnaîtrez toutes et tous, je vous serais donc gré d'excuser mon manquement et d'accepter mes remerciements. La langue de Molière, si féconde en temps normal, a bien du mal à trouver des mots pour exprimer toute ma considération et tous mes ressentis à votre rencontre.

Cependant, je ne ferai que deux entorses à ce mutisme dégénératif. Le premier pour remercier mon directeur de mémoire pour son aide, sa rencontre humainement riche de part son humilité et sa recherche constante d'un meilleur possible.

Et mon deuxième encart sera pour saluer ma réhabilitation personnelle débutée il y a maintenant dix ans sous les traits magnifiques du fruit d'une gestation de neuf mois...

A vous tous merci...

Sommaire

Introduction	p. 1
--------------	------

Argumentaire

I. Un constat et un contexte national	p. 2
A. Un constat	p. 2
B. Un contexte	p. 3
II. Un constat et un contexte local	p. 4
A. L'état des lieux	p. 4
1. L'établissement	p. 4
2. Les unités actuelles du dispositif de réhabilitation	p. 6
a. Richard B	p. 6
b. Richard A	p. 7
c. Le Centre Psychothérapique Intersectoriel (CPI)	p. 7
d. Ariane et les appartements associatifs	p. 8
B. Les projets et rapports	p. 9
1. Le projet d'établissement : EPSAN 2015	p. 10
2. Le rapport Patients Séjours Longs : GERPSY	p. 11
3. Le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation	p. 12
C. Les besoins	p. 13
III. Les principes du projet	p. 14
A. Nos valeurs et principes	p. 14
B. Le cadre conceptuel	p. 15
1. La réhabilitation	p. 16
2. Le rétablissement	p. 17
3. L'inclusion sociale	p. 18
4. L'empowerment	p. 19
IV. Questions soulevées	p. 20
V. Objectif visé par le projet	p. 20

La méthode

I. Analyse de l'existant	p. 21
A. Les équipes ambulatoires, définitions et modèles	p. 21

1. Définition	p. 21
2. Les modèles et références	p. 22
a. EMILI (Paris)	p. 23
b. Les services de santé mentale communautaires de la Vallée de Lys G18 (Lille)	p. 23
c. Les services de santé mentale du secteur de Lille Ouest G20 (Lille)	p. 24
d. ULICE (Marseille)	p. 26
e. Le CMP de la Belle de Mai G12 (Marseille)	p. 26
B. Synthèse des visites : les points « techniques » incontournables	p. 27
II. Les grands axes du projet	p. 28
A. Les besoins énumérés	p. 28
1. L'équipe mobile : un travail de lien, d'articulation et d'apprentissage	
2. L'équipe mobile : un outil d'évaluation clinique	p. 29
3. L'équipe mobile : un promoteur de santé publique	p. 30
4. L'équipe mobile : un maillon communicant et réactif	p. 31
B. Comment mobiliser la participation des usagers au sein de cette filière ?	p. 32

Résultats

I. Etat des lieux – avancée du projet	p. 33
II. Dispositif qui a vocation à se développer davantage	p. 34
A. Le Centre de Post Cure (CPC)	p. 34
B. L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)	p. 35
C. Le développement d'Ariane	p. 36
D. La dotation de l'équipe mobile de réhabilitation	p. 36
III. Lien avec le thème : un dispositif de démocratie sanitaire	p. 36

Discussion

I. Avantages et inconvénients du projet réalisé	p. 38
II. Limites de l'étude ou de l'action	p. 39
III. Perspectives futures	p. 39
A. Etendre le dispositif au Territoire de Santé ° 1	p. 40

B. Association d'usagers et des familles : maison des usagers	p. 40
C. La pair-aidance	p. 41
D. Insertion professionnelle : les chantiers thérapeutiques	p. 41
E. Actions de déstigmatisation	p. 42
F. L'enrichissement par les rencontres : Marseille, Nancy, G21 Lille	p. 43
G. S'inscrire dans une dynamique nationale	p. 44

Conclusion	p. 45
------------	-------

Liste des références bibliographiques

Annexes

Introduction

En septembre 2013, la direction des soins m'a sollicité pour mener à terme le projet de réhabilitation sur le nouveau site de Cronenbourg, qui ouvrira en 2015, en compagnie d'une équipe déjà riche d'expérience.

Jeune cadre de santé et jusqu'à présent habitué à exercer auprès de patients arrivant en unité d'admission en phase « aigue », de temps à autre en chambre de soins intensifs... de temps à autre en soins libres... mais pas tant que ça... de temps à autre sortant pour pouvoir libérer des lits régulièrement saturés... j'ai été naturellement intrigué par cette option prise dans les soins qui m'était largement inconnue et, je dois le reconnaître, véhiculait en moi une image négative de chronicité.

Après cette petite année de recul, cette orientation prise dans ma carrière me fut particulièrement bénéfique dans ma vision du soin en santé mentale. Ceci grâce aux rencontres humaines, des usagers et des professionnels, et à mon inscription au Diplôme Inter-Universitaire de « santé mentale dans la communauté » qui m'ont vraiment dilaté les pupilles face à l'ampleur des changements de pratiques et paradigmes à effectuer au sein de l'établissement dans lequel j'exerce... et dans le monde de la psychiatrie de manière générale. Une part de chance s'est également immiscée dans mon parcours, car arrivant dans l'unité de réhabilitation à un carrefour stratégique de l'établissement qui se reconfigure de manière substantielle à l'orée 2015. On nous proposait, à moi et à l'ensemble des responsables de l'unité, une nouvelle équipe, de nouveaux moyens, de nouveaux locaux... mais de facto un projet à construire. Très excitant et motivant mais source de beaucoup d'heures de travail !

La création de l'équipe mobile de réhabilitation est une des pierres angulaires du projet. Je vais ici tenter d'en démontrer tout son intérêt. Dans un premier temps je vais évoquer le contexte national et institutionnel puis les valeurs que nous avons souhaité véhiculer par son biais, les grands principes qui l'habitent. Une seconde partie sera consacrée à la méthodologie pour valider l'utilité de la création de l'équipe mobile de réhabilitation, essentiellement basée sur les visites et les rencontres avec différentes structures d'horizons divers et variés, des professionnels mais aussi des usagers et des associations. Un troisième pan de ce mémoire fera l'objet des résultats de ces rencontres et fera le point sur le projet à ce jour et son état d'avancement. Une partie finale ouvrira des horizons nouveaux auxquels l'équipe sera confrontée dans l'optique d'évolution de la santé mentale et des pratiques.

Argumentaire

En dehors du contexte de l'établissement dans lequel j'exerce, il m'a semblé intéressant d'aborder un constat et un contexte sur le plan national, afin de démontrer que la création d'équipe mobile, telle que celle de réhabilitation évoquée dans ce mémoire, résulte d'un besoin vaste de changement de pratique et de paradigme autour de la prise en soins des usagers de santé mentale.

I. Un constat et un contexte national

A. Un constat

Dans un rapport de 2013, l'Agence Régional de Santé présentait des chiffres et des constats significatifs en terme de santé mentale¹ :

- ✚ 63% des moyens alloués en psychiatrie sont déployés sur l'intra-hospitalier pour assurer la prise en charge de 20% des patients
- ✚ Ce qui part conséquent induit que 37% des moyens alloués le sont pour le suivi de 80% des patients en extra-hospitalier
- ✚ Peu de réactivité et de mobilité des équipes avec des risques accrus de « fabriquer » des futurs « inadéquats »
- ✚ Les établissements hospitaliers s'accrochent aux lits pour ne pas « perdre leurs moyens » financiers faisant un amalgame entre dotation globale et occupation de lits.
- ✚ 20% des patients maintenus en hospitalisation complète faute de solutions d'aval ou d'une articulation avec celles-ci avec pour conséquences : des usagers en voie de désocialisation, une utilisation inadaptée des ressources de santé, des difficultés pour accéder aux lits quand c'est nécessaire
- ✚ Entre 30 et 40% des patients en hospitalisation à temps complet n'ont pas de logement pérenne

L'ensemble de ces données démontrent un déséquilibre conséquent entre intra et extra-hospitalier et in fine un besoin de rééquilibrer les moyens vers des prises en charge extra-hospitalières, ceci d'autant plus que les hospitalisations à temps complet sont nettement plus

¹ CANTA R. *Rôle de l'ARS dans le développement de la psychiatrie communautaire dans la Région PACA*. DIU santé mentale dans la communauté, session Marseille, 2014

couteuses que des alternatives à l'hospitalisation (exemple des familles d'accueil dont le coût est 100 fois inférieur à une hospitalisation à temps complet). Et d'autant plus que cet équilibre permettra à l'ensemble des acteurs d'anticiper les prises en charge et les situations aujourd'hui uniquement compensées par les hospitalisations à temps complet.

B. Un contexte

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2012-2016 fixait comme objectif prioritaire pour la psychiatrie : organiser et améliorer le parcours du patient. De ce fait, il dégage plusieurs axes de travail, axes qui sont par ailleurs similaires au Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 comme le souligne Mr Canta, responsable de la santé mentale à l'ARS des Bouches du Rhône :

- ✚ Une règle: la prise en charge dans la cité
- ✚ L'hospitalisation complète limitée dans le temps
- ✚ Le développement de l'extra hospitalier
- ✚ La priorité au logement
- ✚ Les liens avec tous les acteurs (social, médico-social, médecine de ville, élus, usagers...)

Le PPSM 2011-2015 fixait lui un objectif principal : prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec les troubles psychiques. Dans cette optique 4 axes majeurs sont mis en exergue :

- ✚ Axe 1 : réduire les ruptures au cours de la vie de la personne
- ✚ Axe 2 : réduire les ruptures selon les territoires
- ✚ Axe 3 : réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal
- ✚ Axe 4 : réduire les ruptures entre les savoirs

Dans ces deux documents, plusieurs points sont concordants : assurer l'accès ou le maintien dans un logement, renforcer l'articulation avec le médico-social sur les principes de "projet de vie", faire évoluer la mission du secteur en allant au-devant des personnes, développer les alternatives à l'hospitalisation, développer la collaboration entre les équipes de secteur et le personnel des établissements médico-sociaux, favoriser l'intégration des personnes malades

dans la cité en changeant les représentations des troubles de santé mentale, faire de la prise en charge dans la cité la priorité, développer la communication et la prévention en santé mentale, soutenir le développement des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM). Autant de missions et d'objectifs concordants avec ceux que nous traiterons pour l'équipe mobile de réhabilitation.

II. Un constat et un contexte local

Afin de mieux orienter le lecteur dans le point de vue consacré, il m'a semblé nécessaire de faire un focus sur l'établissement où j'exerce, notamment sur son histoire et son évolution à venir via le projet d'établissement 2015, mais également sur l'enquête interne menée en 2013 qui a permis de dégager des axes de travail quant aux patients dit en « séjour long ».

A. L'état des lieux

1. L'établissement

Quatrième établissement hospitalier public d'Alsace, L'Etablissement Public de Santé Alsace Nord de Brumath (EPSAN), a pour mission la prise en charge des troubles de santé mentale. Il met à disposition de la population des services et équipements de prévention, diagnostic, de soins et de suivis pour adultes, adolescents et enfants.

Spécialisé en psychiatrie, l'EPSAN a son siège à Brumath, où sont installés les lits d'hospitalisation. L'EPSAN dessert les trois-quarts de la population bas-rhinoise, de Wissembourg à Saales et de Sarre Union à Strasbourg et propose plusieurs modalités de soins: de l'hospitalisation classique aux prises en charge de jour, de nuit ou de semaine dans de nombreuses communes du Bas-Rhin.

L'EPSAN a été créé le 1er janvier 1999 par la fusion des centres hospitaliers de Brumath (anciennement Stephansfeld) et de Hoerdt (distant d'une dizaine de kilomètres).

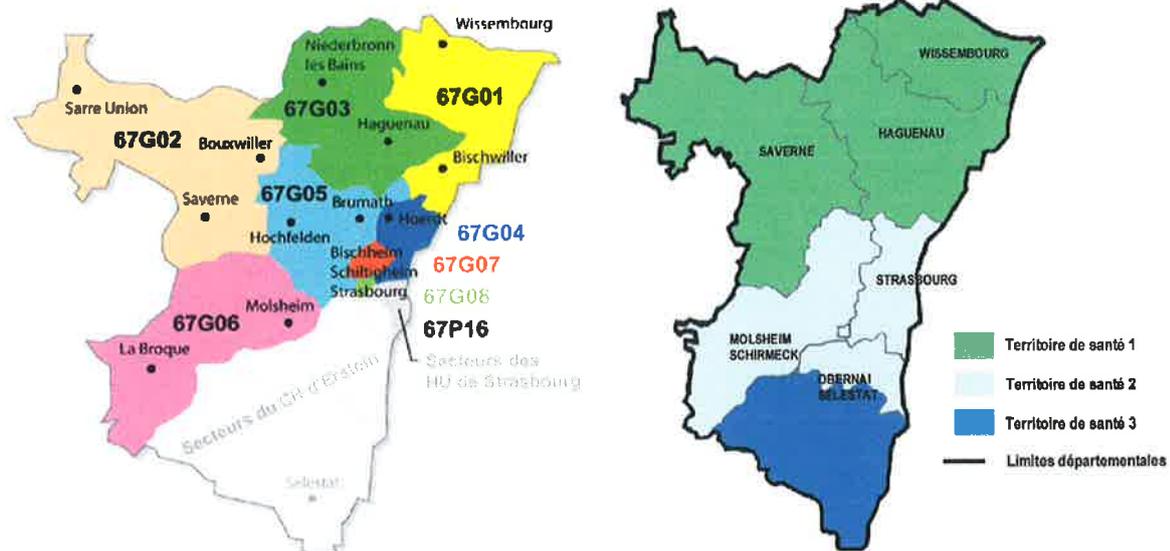
L'EPSAN gère :

- ↘ 8 pôles d'activité clinique relevant de 8 secteurs de psychiatrie générale (patients adultes)

- ✚ 2 pôles d'activité clinique relevant de 2 inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et une unité mère-bébé
- ✚ 1 pôle d'activité clinique relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Service médico-psychologique régionale - SMPR)
- ✚ 1 pôle médico-technique regroupant les services de la pharmacie et d'hygiène hospitalière
- ✚ 1 pôle somatique, gériatrique et médico-social regroupant un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une maison d'accueil spécialisée (MAS)
- ✚ 1 institut de formation en soins infirmiers (IFSI) avec trois promotions d'étudiants en soins infirmiers et une promotion d'élèves aides-soignants

Dans le cadre de la sectorisation en psychiatrie, l'EPSAN exerce ses missions dans le bassin du nord de la communauté urbaine de Strasbourg - C.U.S. (6 cantons de Strasbourg) et sur une grande partie du Bas-Rhin. (404 communes sur les 522 du département), soit sur une aire géographique concernant 68% de la population adulte (718 000 adultes et 104 710 enfants au recensement de 1999)

LES TERRITOIRES DE SANTE DU BAS-RHIN



2. Les unités actuelles du dispositif de réhabilitation

Lors de la rédaction du rapport sur les alternatives à l'hospitalisation, le dispositif de réhabilitation se composait d'une unité intra-hospitalière de 16 lits (Richard B), d'un centre d'activités (Richard A), d'un centre de psychothérapie institutionnel (CPI), d'un appartement d'évaluation géré par l'unité Richard sous l'égide de l'association Ariane et d'un appartement relais géré par le CPI.

a. Richard B



Richard B est l'unité fonctionnelle intersectorielle de réhabilitation de l'établissement, répondant aux besoins des patients relevant du Territoire de Santé n°2. C'est une unité ouverte de 8h à 19h. D'une capacité de 16 lits, elle est amenée à déménager sur le site de Cronenbourg pour s'implanter davantage au cœur même de la cité en voyant sa capacité augmenter à 20 lits.

Historiquement, cette unité était appelée « déchronicisation » et accueillait tous les patients hospitalisés au long cours. Depuis l'intersectorialité mise en place en 2008, le travail effectué par l'ensemble de l'équipe a démontré tout l'intérêt de cette unité dans le parcours patient : 62 sorties ont été réalisées. Sur l'ensemble de ses sorties, 36 patients n'ont jamais été ré-hospitalisés soit 58%. L'ensemble des chiffres d'activités a été un argument pugnace lors de la présentation du rapport sur les alternatives à l'hospitalisation en novembre 2013 (Annexe 2).

L'unité accueille également des patients en Hôpital De Jour (HDJ) et effectue des visites à domicile et/ou des actes dans la communauté. Bien que le nombre de mouvements entrées-sorties se soit maintenu en 2013 en comparaison avec 2011 et 2012, il est à noter la forte augmentation en 2013 des prises en charge en hôpital de jour (+163% par rapport à 2012) ainsi que du nombre d'actes ambulatoires (+93% par rapport à 2012).

Ceci tend à démontrer que l'activité du service s'est nettement développée sur les alternatives à l'hospitalisation, privilégiant les actes de soins en dehors des hospitalisations complètes (Annexe 3).

b. Richard A

Richard A est à l'origine un centre d'activités prenant en charge, par le biais d'activités à visée socio-thérapeutiques, les patients admis dans les unités d'admission. Installée dans la même bâtisse que l'UF intersectorielle, **l'équipe est amenée à évoluer pour devenir l'équipe mobile de réhabilitation**. A ce jour, elle continue à effectuer des activités avec les patients provenant de l'unité d'admission fermée du pôle. Elle prend également en charge les patients de réhabilitation (UF et HDJ) sur des activités plus ciblées notamment d'un point de vue « apprentissage » tendant à l'autonomisation. Pour 2013, l'équipe a réalisé 3456 prises en charge pour 128 patients soit une moyenne de 27 activités par patient. En comparaison avec 2011 et 2012, il est à noter une augmentation graduelle de 61,8% des prises en charge en l'espace de 3 ans. (Annexe 3)

c. Le Centre Psychothérapeutique Intersectoriel (CPI)

Le Centre Psychothérapeutique Intersectoriel est une unité de soins à vocation intersectorielle. Elle représente actuellement une alternative à l'hospitalisation de l'EPSAN grâce à une offre graduée de soins prévenant les ruptures thérapeutiques et les processus de désocialisation dont principalement l'isolement. Les missions principales de la structure sont de favoriser la continuité des soins et la réhabilitation psychosociale. La file active en 2013 est de 74 patients.

C'est la seule unité extrahospitalière de l'EPSAN ouverte de 11h30 à 19h00, 7jours sur 7.

A l'heure actuelle au CPI, les prises en soins sont individualisées et se font en lien avec les structures de soins des pôles de psychiatrie adultes concernées par les patients suivis. Les interventions se font en continuité et en complémentarité des unités d'hospitalisations, des Centre Médico Psychologique (CMP) et des HDJ. L'ensemble des actions de soins est mené en faveur d'une continuité des soins, de l'insertion ou du maintien des patients accueillis dans la communauté. Sont proposés au CPI notamment :

- ✚ un accueil et une socialisation encadrés par l'équipe soignante, des soins psychiatriques et somatiques
- ✚ une permanence téléphonique
- ✚ des repas thérapeutiques à midi et/ou le soir

- ✚ des accompagnements (soins somatiques, démarches administratives, VAD)
- ✚ des animations, des activités et sorties thérapeutiques ponctuelles
- ✚ des démarches visant la prévention des risques, la réinsertion sociale et économique, la réhabilitation
- ✚ une aide pour les activités de la vie quotidienne et les soins d'hygiène
- ✚ un suivi et prise en soins dans l'appartement de relais thérapeutique de trois places
- ✚ un travail en partenariat avec les réseaux médicaux, sociaux et associatifs



d. **Ariane** et les appartements associatifs

ARIANE est une association créée en 1983 qui s'est donnée pour objectif d'apporter des solutions concrètes à la difficulté de relogement de patients hospitalisés en psychiatrie.

En favorisant l'accès et l'aménagement de logements, elle a pour but d'aider dans leur réinsertion sociale les patients ressortissant de l'activité des secteurs psychiatriques de l'EPSAN. A ce jour cinq secteurs utilisent les modalités offertes par ARIANE pour une gestion actuelle de 23 appartements. L'association est chargée de la gestion financière et administrative des logements. Ses ressources sont constituées par:

- ✚ les loyers réglés par les utilisateurs
- ✚ les subventions de l'Etat (ALT : Aide au Logement Temporaire) et du Conseil Général (FSL : Fond de Solidarité pour le Logement)
- ✚ une subvention de l'EPSAN et une mise à disposition d'un local, d'un soutien logistique et 20% de secrétariat
- ✚ les cotisations des membres

L'association dispose de deux types de logements:

- ✚ **des appartements associatifs** (au nombre de 21): sans délai de fin de contrat, ils visent le glissement vers un bail de droit commun. Ils sont des lieux de vie intermédiaire pour retrouver progressivement une vie autonome. Le patient a le statut de sous locataire de l'association : il peut bénéficier d'une allocation logement, paye le

loyer et les charges à la trésorière de l'association, est redevable d'une avance sur travaux d'un montant de 0.50€/m² par mois, indemnise l'association d'un montant de 30€ par mois pour la mise à disposition d'un équipement complet estimé à 2000€ et adhère à l'association en payant une cotisation

Le CPI gère un de ses appartements relais sur Strasbourg composé de 3 logements. Ce logement est actuellement réservé pour des femmes. Il a pour vocation d'évoluer afin de proposer des chambres individuelles, isolées ou regroupées.

- ✦ **des appartements à titre temporaire** (au nombre de 2): ils sont un outil d'évaluation pour le patient et l'équipe de secteur, en offrant une solution provisoire d'hébergement pour une période de 6 mois renouvelable une fois. L'association prend en charge le loyer, les charges et l'assurance, met à disposition tout l'équipement, perçoit une subvention de 210€ par mois si l'occupation du logement est supérieure à 50% le patient ayant 5 euros à sa charge. Il paye ses consommations de téléphone.

C'est un de ses appartements qui est géré par l'unité de réhabilitation actuellement, avec des patients séjournant deux mois maximum afin d'évaluer leurs capacités d'autonomisation. Sur l'année 2013, huit patients ont pu louer cette appartement pour un résultat certain : tous ont trouvé un logement après l'appartement d'évaluation et aucun n'a nécessité une hospitalisation en psychiatrie subsidiaire. Depuis le début de l'année 2014, six patients ont pu bénéficier de l'appartement.

Les patients ayant accès à l'ensemble du dispositif doivent «répondre» à quelques exigences : être pleinement partie prenante dans les démarches, stabilisés d'un point de vue clinique, en soins libres et non pas en soins sous contraintes et ne pas être sous l'emprise de conduites addictives.

B. Les projets et rapports

Depuis la mise en place du projet d'établissement et de la reconfiguration de l'établissement, deux rapports importants ont permis d'étayer la mise en œuvre du projet autour de la filière de réhabilitation. Cette partie permettra de visionner ces différentes étapes cruciales dans le développement de l'équipe mobile.

1. Le projet d'établissement : EPSAN 2015

Le Projet d'Etablissement de l'EPSAN 2013-2017, confirmé par les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) successifs, comprend une réorganisation complète de l'offre de soins en hospitalisation à temps complet.

L'EPSAN compte actuellement 408 lits d'hospitalisation à temps complet situés sur le site de Brumath. Dans le cadre du Projet d'Etablissement, les lits d'hospitalisation à temps complet des secteurs de psychiatrie générale couvrant le Territoire de santé n°2 seront relocalisés au sein d'un nouveau site à Strasbourg, quartier Cronembourg, afin de rapprocher ces lits de la population desservie. Les lits d'hospitalisation à temps complet des secteurs du Territoire de santé n°1 resteront sur le site historique de Brumath, mais seront impactés par la reconfiguration de l'ensemble de l'établissement et notamment par les réorganisations architecturales liées au déménagement des secteurs du Territoire de santé n°2.

En sus de cette réorganisation architecturale, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet sera diminué pour comprendre au total 147 lits pour le Territoire de santé n°1, 140 lits pour le Territoire de santé n°2. Il convient d'ajouter à cette offre de soins en hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale, les 44 lits accueillant les patients adultes souffrant de troubles psychiatriques depuis l'enfance. Ces 44 lits – improprement dénommés « unités 3 x 15 lits » - sont à vocation intersectorielle et interterritoriale. L'offre future de l'EPSAN à l'orée 2015 est donc de 331 lits d'hospitalisation à temps complet soit la fermeture attendue de 77 lits sur l'ensemble de l'établissement. Ce qui représente 46 lits pour 100000 habitants, loin du chiffre moyen national (95.2 lits pour 100000 habitants en 2008²)

A l'échelle de l'EPSAN, le Territoire de santé n°2 doit supporter à lui seul une diminution de 54 lits soit 70% de la réduction de l'établissement.

Dans le projet médical notamment, il est fait objectif dans la partie 2 « prévoir et engager les réorganisations nécessaires à la diminution programmée du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale » d'analyser tous les projets alternatifs pour faire face à la réduction du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, d'où la réflexion menée autour de la réhabilitation.

² OMS Europe, *Policies and Practices for Mental health in Europe – meeting the challenges*, 2008

2. Le Rapport Patients Séjours Longs : GERPSY

Ce rapport, effectué en 2013 au sein de l'établissement, est destiné à nourrir une réflexion à l'échelle de l'établissement qui permette la mise en œuvre d'options de soin, de prise en charge et d'hébergement pour les patients hospitalisés à temps complet, de façon continue ou discontinue, plus de 180 jours sur une période d'un an. Sont dénommés « Patients Séjours Longs » dans cette enquête les patients de l'EPSAN hospitalisés depuis au moins 180 jours sur la période allant du 1er février 2012 au 31 janvier 2013.

L'enquête Patients Séjours Longs répondait à une demande exprimée par l'ensemble des acteurs de l'EPSAN (instances, conseils de coordination, groupes de travail et comités de pilotage) lors des débats relatifs à la déclinaison du Projet Médical et du Projet d'Etablissement. Elle portait sur l'obtention de données chiffrées permettant d'asseoir une réflexion sur les prises en charge les plus adaptées des Patients Séjours Longs et leur devenir. Elle s'inscrivait de façon transversale dans le projet d'établissement et ses différents volets : médical, infirmier, ressources humaines, budgétaire, immobilier et intéresse les Territoires de Santé 1 et 2.

Cette enquête répond à un problème ressenti comme prioritaire par les acteurs de l'EPSAN et les autorités de tutelle. Elle se propose d'établir des constats et de dégager des tendances. L'enquête Patients Séjours Longs est également une base de réponse pour les questions légitimes des autorités de tutelle. Celles-ci portent sur le devenir de ces patients dans la double perspective :

- ✚ du projet de relocalisation des lits d'hospitalisation à temps complet du territoire 2 sur le site de Strasbourg-Cronenbourg
- ✚ du projet d'organisation des lits d'hospitalisation à temps complet sur le site de Brumath, s'accompagnant dans les deux cas d'une diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (diminution de 32 lits pour le territoire 1 et 45 lits pour le territoire 2).

Les données ont été collectées auprès de chaque secteur par une même équipe (le groupe de travail restreint). Cette démarche confère à l'ensemble du recueil une harmonisation de la qualité des réponses et autorise à l'échelle de l'EPSAN l'élaboration d'un discours commun tenant compte des nuances de pratiques au sein de l'EPSAN.

Les données statistiques du rapport démontraient que 171 patients étaient hospitalisés en temps complet sur une durée supérieure à 180 jours du 1^{er} février 2012 au 1^{er} janvier 2013 sur l'établissement. Sur le Territoire de santé n°2, les patients en séjours longs (PSL) représentaient 45% des hospitalisations à temps complet.

La première conclusion du rapport était portée sur l'importance des orientations vers un « logement individuel ou familial » et vers un « retour au lieu de vie antérieur » d'autant plus vrai avec les PSL pour éviter les hospitalisations à temps complet itératives et l'effet « portes tournantes ».

3. Le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation

En septembre 2013, la direction de l'établissement a fait un appel à projet concernant les effectifs à redéployer suite à la fermeture des lits en intra-hospitalier. Sur les cinq projets envoyés, un concernait « les alternatives à l'hospitalisation pour compenser l'écart de capacité en lits d'aujourd'hui (fin 2013) à demain (2015) » (Annexe 1). Ce rapport a été réalisé par un cadre supérieur de santé, le médecin responsable de l'unité de réhabilitation, moi-même en tant que cadre de la même unité et la collègue responsable du CPI.

Les propositions faites dans ce rapport visaient à mettre en œuvre un ensemble de réponses coordonnées, autant de solutions alternatives à l'hospitalisation temps complet qu'il serait judicieux de placer au sein d'une gouvernance identifiée. En effet, force était de constater que la mise en œuvre, depuis quelques années à l'EPSAN, des principes et des outils de la réhabilitation psychosociale, au sein d'équipes dédiées, à destination de publics ciblés, a apporté des réponses satisfaisantes en terme de pertinence de projets de soins et efficaces en matière de rehospitalisation. L'indispensable travail sur le maintien ou la réappropriation d'un niveau d'autonomie suffisant à la vie à domicile ou en collectivité est la base du travail en réhabilitation psychosociale. Un des premiers constats sur l'établissement était qu'il était plus facile de le réaliser dans des unités dédiées, avec du personnel formé, à même de porter des projets très individualisés... que dans les unités d'admission soumises au rythme de l'activité d'admission quotidienne.

Le manque de solutions d'aval et le grand nombre de patients sans logement, hospitalisés de ce fait par défaut, sont des freins à la mise en œuvre du projet d'établissement de l'hôpital. Les propositions formulées dans ce rapport visaient à offrir un ensemble de réponses d'aval graduées, véritables alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

La conclusion fut la suivante : « le développement des outils de la réhabilitation permet d'imaginer ces solutions d'aval, qui ne seront pas exclusives, mais viendront compléter un dispositif existant et enrichir la palette des solutions pour tous les patients soignés dans l'établissement. »

En novembre 2013, ce projet a été présenté et validé en l'état par le Directeur de l'établissement et le président de CME.

C. Les besoins

Le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation proposait de créer une filière intersectorielle complète autour de la réhabilitation psychosociale dont l'unité fonctionnelle d'hospitalisation à temps complet ne serait plus le cœur du dispositif. La proposition faite aux instances était la suivante :

- ✚ L'**UF d'hospitalisation complète** Réhabilitation de l'hôpital de Cronembourg : 20 lits dont 2 studios d'évaluation in situ pour permettre une évaluation dans l'autonomisation, au vu du « succès » de l'appartement d'évaluation Ariane
- ✚ La transformation du C.P.I. actuel en **Centre de Postcure psychiatrique** comportant 10 lits et comprenant un accueil de jour
- ✚ Le renforcement de l'équipe actuelle du C.P.I. par la création d'une **Equipe ambulatoire de réhabilitation**
- ✚ La création d'un service d'**Accueil Familial Thérapeutique** (A.F.T.) de 3 à 5 places (préférentiellement à l'ouest du territoire de santé 2)
- ✚ Le renforcement des solutions d'**appartements de relais thérapeutique** 3 à 5 places (idéalement des appartements individuels regroupés)
- ✚ Le renforcement des **appartements associatifs** proposés par l'association ARIANE

Cette proposition apporte une réponse sanitaire à l'écart entre les besoins actuels constatés en nombre de lits et le nombre de lits prévus dans le projet du nouvel hôpital de Strasbourg Cronembourg (pour le Territoire de santé 2) :

- ✚ Capacité actuelle du Territoire de santé n°2 : 193
- ✚ Capacité future du Territoire de santé n°2 à Cronembourg : 140

✚ Soit un écart de 53 lits³

Le projet rédigé en l'état permet de répondre de la manière suivante :

- ✚ Centre de Post-Cure psychiatrique: 10 lits
- ✚ Accueil Familial Thérapeutique: 3 à 5 places
- ✚ Appartements de relais thérapeutique: 6 places
- ✚ Logements ARIANE: 6 logements

Soit la création de 25 à 27 lits d'alternative à l'hospitalisation à temps complet. Cette réponse en alternative à l'hospitalisation est complétée par le dispositif de l'équipe mobile qui assure le lien entre l'UF d'hospitalisation, le Centre de Post-Cure et les solutions de logements graduées de relais thérapeutiques et associatives.

III. Les principes du projet

Lors de l'appel à projet de l'établissement, nous fûmes plusieurs professionnels à travailler sur le rapport des alternatives à l'hospitalisation : un cadre supérieur, deux cadres de santé (moi-même et la collègue du CPI) ainsi que le chef de pôle responsable de l'unité de réhabilitation actuelle. Au détour de nos discussions, nous avons tout d'abord échangé sur les valeurs que nous souhaitions faire transparaître dans ce projet. Valeurs auxquelles j'adhère pleinement que je vais à présent tenter d'énoncer en espérant retranscrire fidèlement ce qui nous anime.

A. Nos valeurs et principes

Dans le cadre de la réalisation de ce projet, nous étions plusieurs professionnels à nous pencher sur ce dispositif et sa conceptualisation. Forts d'expériences multiples vécues dans les unités d'admission de psychiatrie adulte, interpellés par la réduction de lits engendrée par le déménagement sur Cronenbourg, convaincus que nous ne pouvions repartir sur les mêmes bases avec une réduction de 20% de la capacité en lits de l'établissement, motivés par un projet novateur dans l'établissement, nous avons souhaité sortir du carcan de l'hospitalo-

³ EPSAN, « *Projet médical 2013-2017* », décembre 2013

centrisme car l'établissement n'a pas « *vocation à être un lieu vers lequel convergerait par défaut tout ce qui n'a pas trouvé ailleurs réponse organisée* »⁴.

De plus, au sein de ce groupe de travail, nous nous questionnions depuis un moment sur la place de l'utilisateur au cœur du dispositif de soins en psychiatrie et le rapport au Droit. Combien de patients voyons-nous hospitalisés en soins libres dans des unités fermées ? Combien de patients sont présentés dans des structures, logements, équipes... sans que le patient soit présent ? Combien de décisions sont prises en « bande pluridisciplinaire organisée » sans concertation du principal intéressé ? Le secteur actuel ne doit-il pas être revu dans ses objectifs et son fonctionnement ? Ce que n'a d'ailleurs pas omis de préciser le député Robillard dans sa mission parlementaire en parlant d'un secteur « rénové »⁵. Bon nombre de questions fondamentales, qui ne pourront trouver de réponses que par le biais de la création de l'équipe mobile. Cependant il nous a semblé primordial de les aborder tout de même dans ce projet, afin d'ajuster au mieux le fonctionnement de l'équipe aux nouveaux enjeux autour de la prise en charge des usagers de santé mentale.

Dans ce cadre, nos valeurs principales furent édictées par cinq points, largement véhiculés au sein du DIU « santé mentale dans la communauté » :

- ✚ « Nothing about us without us »
- ✚ Ouverture d'esprit
- ✚ Humilité
- ✚ Croyance inconditionnelle positive
- ✚ Réflexion constante sur les pratiques

Comme le spécifie Emmanuelle Jouet⁶, il est un principe fondamental de voir les savoirs des personnes c'est-à-dire **l'épistémologie des savoirs**.

B. Le cadre conceptuel

Au vu de la réflexion menée autour de l'équipe mobile, et suite aux semaines passées au DIU « santé mentale dans la communauté », plusieurs notions m'ont paru essentielles à éclaircir afin de circonscrire son champ d'action. En effet, beaucoup de concepts et de théories ont été

⁴ CORDIER A. *Rapport sur « un projet global pour la stratégie nationale de la santé »*, 23 septembre 2013

⁵ ROBILLARD D. *Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, 18 décembre 2013

⁶ JOUET E. *Nouvelles pratiques de formation en santé mentale : l'expertise d'expérience et la participation des usagers*. DIU santé mentale dans la communauté, session Paris, 2014

évoqués, mais j'ai arbitrairement fait le choix d'en sélectionner quelques-unes qui m'ont paru les plus évidentes et les plus proches de mes pensées de « chercheur réflexif » chères à BOURDIEU.

1. Réhabilitation

En psychiatrie, deux pans importants apparaissent dans le soin : l'équilibre clinique et l'équilibre social à long terme des personnes traitées. Les interventions relevant du champ de la psychiatrie vont donc devoir associer les traitements, la réadaptation au niveau individuel mais également toutes les actions développées dans le but d'aider les patients à réaliser et formuler un projet de vie qui leur soit propre et qui soit réalisable compte tenu de leur handicap, et ceci au plus près de la communauté.

La *réhabilitation psychosociale* sous-entend donc le maintien des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques dans la communauté et vise à construire pour eux des « systèmes de soutien » en dehors des hôpitaux. Elle se définit donc comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales »⁷ et ces objectifs consistent à « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible »⁸.

Le travail de réhabilitation recouvre aujourd'hui un ensemble d'actions, fait de soins et d'accompagnement des personnes, visant à leur permettre de recouvrer des compétences et un « pouvoir agir » sur la qualité de leur vie quotidienne et la relation avec leur environnement. Ce processus permet, in fine, le « rétablissement », c'est-à-dire cette capacité de la personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans en être nécessairement « guérie »⁹.

La référence quasi constante des acteurs de la réhabilitation à la notion de rétablissement marque actuellement un changement de paradigme déterminant car, à l'inverse de la notion de « stabilisation », elle promeut l'alliance entre les professionnels et les usagers de la psychiatrie et ouvre des horizons nouveaux aux collaborations entre professionnels du soin et de l'accompagnement social et médico-social aux côtés des personnes.

⁷ PELICIER Y. *Réhabilitation, responsabilisation, réhabilitation*, Act. Psych. n°3, 1989

⁸ FARKAS M. ANTHONY W. DANSEREAU J. *La réadaptation, une idée mûrie à quel point ?*, Psychiatrie française n°6, 1989

⁹ DURAND B, *La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée*, Pluriels n°94-95, 2012

2. Rétablissement

Les premières recherches sur le devenir des patients psychotiques remettent en question l'hypothèse pessimiste, encore répandue aujourd'hui y compris chez de nombreux professionnels, selon laquelle il s'agirait de maladies de longue durée et chroniques avec au mieux une stabilisation des symptômes, et considérant l'utilisateur comme récipiendaire passif de soins spécialisés médicaux et sociaux à long terme. Ces études ont révolutionné la donne : en effet, la majorité des personnes atteintes de troubles psychiques graves progressent au-delà d'une simple stabilisation. Face à ce constat, le concept de rétablissement a commencé à acquérir une certaine légitimité. William ANTHONY¹⁰ décrit le rétablissement comme :

« un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs et sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie mentale ». Le rétablissement n'est possible que dans un contexte où l'individu peut être acteur de sa propre vie, de ses soins et où il lui est possible de s'engager dans un travail ou des activités significatives dans la collectivité.

Comme le signifient Emmanuelle JOUET et Tim GREACEN¹¹ :

« Cela suppose que les services psychiatriques soient organisés de manière à ce que cette inclusion sociale devienne possible. Il s'agit de créer et d'assurer un contexte de soins et de soutien dans lequel la personne concernée puisse retrouver la confiance en soi, l'estime de soi, l'espoir d'un avenir riche et positif, mais également la confiance et le respect d'autrui, de sa famille, de ses proches, de ses collègues, de son quartier. Il s'agit pour elle d'apprendre à s'adapter au fur et à mesure aux défis auxquels elle doit faire face, de trouver de nouvelles façons d'être au monde »

Pour corroborer ses dires, à une échelle bien réduite certes, sur les 25 professionnels exerçant à l'unité d'admission dans lequel j'exerçais au sein de l'EPSAN, à la question posée lors de l'entretien d'évaluation annuel « pensez-vous que les pathologies psychotiques soient considérées comme chroniques ? » 23 ont répondu par l'affirmative...

¹⁰ ANTHONY W.A. *Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health system in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11-23 traduit par Tim GREACEN, 1993

¹¹ Sous la direction de GREACEN T. et JOUET E. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Edition Erès, 2012

La notion de rétablissement semble aujourd'hui davantage appropriée que celle de réhabilitation auprès de nombreux professionnels. Cette évolution de sémantique est d'ailleurs symptomatique de celle du regard des professionnels sur cette pratique. L'unité de réhabilitation de l'EPSAN était encore nommée « unité de déchronicisation » en septembre 2013... c'est aussi un changement radical dans « l'ambition collective » et dans la volonté des professionnels et des usagers d'aller vers un mieux-être et non une stabilisation de la clinique

3. Inclusion sociale

L'utilisation du terme *inclusion sociale*, encore inhabituelle en France, est née des politiques européennes de lutte contre l'exclusion sociale au début de ce nouveau siècle. La Commission Européenne (2004) définit *l'inclusion sociale* ainsi :

« lorsque les individus sont en mesure de 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 leurs droits fondamentaux. »

Centrale à la notion d'*inclusion sociale* est l'idée que ce n'est pas au seul individu de faire le travail d'intégration sociale : la société, la collectivité doit faire la moitié du chemin. Dans une politique d'*inclusion sociale*, la réhabilitation sociale ne suffit pas : la société doit elle aussi se « réhabiliter » pour accepter et promouvoir la participation de la personne exclue ou en difficulté comme acteur social à part entière. Si *l'inclusion sociale* comprend la question cruciale de l'accès des personnes vivant avec un trouble de santé mentale au monde du travail en milieu ordinaire, elle vise surtout la participation à la société dans le sens le plus large du terme. Il s'agit d'avoir accès, ou un meilleur accès, à l'ensemble des services publics, de participer à la vie de la cité comme employé, entrepreneur, étudiant, bénévole, enseignant, soignant, parent, conseiller, résident, en tant que citoyen actif. La personne vivant avec un problème de santé mentale a droit aux mêmes opportunités sociales, économiques, éducatives, récréatives, sportives et culturelles que le reste de la population.

Ici l'équipe mobile joue pleinement son rôle en favorisant autant qu'il se peut cette *inclusion sociale* en veillant à ce que l'utilisateur soit le principal acteur dans cette démarche. En ce qui concerne notamment l'accès au travail, à la scolarité et aux études, son rôle d'étayage paraît primordial d'autant plus dans le « marasme » économique actuel. Le regard clinique reste prépondérant ici pour éviter l'écueil des solutions d'alternatives comme les structures de

travail protégé. La notion soulevée par Emmanuelle JOUET d'un cheminement commun entre l'utilisateur et la société et vice-versa me semble intéressante dans le travail de destigmatisation qui sera demandé alloué à l'équipe mobile. Dans un travail de santé communautaire, cela amène à une réflexion autour de la prévention, de l'ouvrage en amont constitutif à un exercice de qualité dans sa globalité.

4. L'empowerment

L'*empowerment* peut être considéré comme le processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant, soit un processus d'autonomisation tout en s'armant mieux pour savoir apporter sa contribution à la collectivité¹². Il est important de comprendre cette autonomisation dans son sens le plus large, en terme de niveau de choix, d'influence et de contrôle que la personne peut exercer sur tous les événements de sa vie, y compris sur ses droits en tant que citoyen. La Commission Européenne¹³ traduit *empowerment* par responsabilisation et la définit comme une « démarche qui consiste à octroyer aux individus le pouvoir de prendre des initiatives responsables en vue d'orienter leur vie et celle de leur communauté dans les domaines économique, social et politique ». Pour l'OMS¹⁴ « la clé de l'*empowerment* est l'élimination des obstacles formels ou informels et la transformation des relations de pouvoir entre l'individu, son contexte social et institutionnel. Le pouvoir est au cœur de l'idée d'*empowerment* ».

En ce qui concerne les services de santé mentale, l'*empowerment* renvoie au niveau de choix, d'influence et de contrôle que l'utilisateur exerce sur les services proposés. Historiquement, la personne ayant un trouble de santé mentale n'a pas eu voix au chapitre : elle était peu informée, peu consultée et souvent mal traitée par des services censés la soigner. Elle et ses proches ont été insuffisamment impliqués dans les processus décisionnels déterminant les politiques et les pratiques des services, et ont dû faire face à la discrimination et à l'exclusion sociale dans de nombreux contextes sociaux. Les personnes vivant avec un trouble psychique se trouvent souvent traumatisées par l'expérience difficile de vivre dans la société avec une

¹² SAÍAS T. *Démarche communautaire : quelles notions pour quels enjeux ?* DIU santé mentale dans la communauté, session Paris, 2014

¹³ Commission Européenne. *Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*. Bruxelles, 2001

¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *User empowerment in mental health*, Copenhague, OMS bureau régional de l'Europe, 2010

maladie mentale, avec un effet dramatique sur leur estime de soi et leur confiance en soi, dans un processus d'internalisation de cette stigmatisation que leur imposent ces sociétés. La notion d'*empowerment* permet également de ne plus être dans une position d'assistantat, souvent décriée, toujours stigmatisante. Ici c'est l'usager qui détient les clefs de sa réussite, étayé par les professionnels qui se retrouvent positionnés en tant qu'auxiliaire, en soutien. Une des prérogatives de l'équipe mobile résidera d'ailleurs dans cette notion d'*empowerment* en partant systématiquement du désir de l'usager pour sortir du carcan réducteur et égocentré du « savoir médical ».

IV. Questions soulevées

Après avoir vu dans un premier temps la genèse progressive de ce projet ainsi que les concepts y afférant, plusieurs questions se posent et notamment comment concilier équipe mobile de réhabilitation et santé communautaire ? Pour être plus précis, quel serait alors le rôle des professionnels de ce dispositif dans l'insertion ou la réinsertion des usagers dans la cité ? Comment procéder pour garantir aux usagers la citoyenneté, être « homme parmi les hommes » ? Tout ceci sans stigmatiser, sans protéger, sans intrusion intempestive dans la sphère privée... c'est tout un art relationnel, toute une « magie de l'autre » à acquérir et développer.

Quels seraient donc les « instruments » les plus adéquats ? Comment se positionner en dehors du carcan institutionnel sans pour autant déroger aux règles de bonnes pratiques en matière de soins ? Comment évaluer le dispositif, en y intégrant des indicateurs, condition sine qua non aujourd'hui pour mettre en exergue une activité soumise aux fourches caudines des instances... et des pratiques plus « traditionnelles » ?

V. Objectif visé par le projet

L'objectif est au final relativement simple : favoriser une prise en charge aux usagers non hospitalo-centrée qui va permettre de proposer des soins de réhabilitation psychosociale dans la communauté en favorisant l'autonomisation, la citoyenneté pleine et entière dépourvue des stigmates des pathologies mentales.

Méthode

Après avoir identifié les tenants et aboutissants de ce projet, nous allons à présent nous attarder sur la seconde partie de ce mémoire, relative à la méthode usitée pour valider la pertinence de la création de l'équipe mobile de réhabilitation.

I. Analyse de l'existant

Dans un premier temps, il m'a semblé judicieux de conceptualiser sur les équipes ambulatoires en concrétisant les visites effectuées lors du DIU « santé mentale dans la communauté ».

A. Les équipes ambulatoires, définitions et modèles

1. Définition

Les équipes mobiles en soins psychiatriques ont les objectifs de soins suivants:

- ✚ Evaluer une situation psychiatrique en examinant son contexte (logement, entourage), permettant d'affiner le diagnostic et les éléments de prise en charge, chose impossible lors d'une hospitalisation classique en temps complet.
- ✚ Eviter les hospitalisations itératives lorsque cela est possible et dans l'intérêt du patient, en intervenant de façon précoce. Ceci également pour éviter le phénomène des « portes tournantes » lié à une sur-occupation des lits.
- ✚ Limiter au maximum la désinsertion sociale et favoriser de ce fait « l'esprit communautaire ».

L'hospitalisation transférant le poids de la maladie du patient de l'entourage vers les professionnels, l'opération en sens inverse proposée par les équipes mobiles n'est possible qu'en s'appuyant sur une alliance solide, avec le patient d'abord, son entourage, sa famille, son médecin généraliste, les partenaires sociaux éventuels mais aussi les professionnels des secteurs d'origine.

La plupart des équipes mobiles en soins psychiatriques existant actuellement ont pour objectif de répondre à la demande d'interventions dites de crise, en urgence. Elles sont fondées sur une demande croissante de la part des proches et des médecins d'intervenir rapidement dans

des situations aiguës, d'y apporter un avis spécialisé, et si possible d'éviter une hospitalisation.

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recommandait en 2009 la prise en charge à domicile des états aigus de schizophrénie par des équipes spécialisées, ou leur intervention rapide au décours d'une hospitalisation, afin qu'elle soit raccourcie¹⁵. Le concept de « crise » apparaît dans les années 1960, il traduit à la fois le caractère aigu des manifestations symptomatiques, le danger vital encouru et l'incertitude de l'évolution du sort du patient. Michel De Clercq décrit la situation de crise comme répondant aux critères suivants¹⁶:

- ✚ Demande urgente et pressante
- ✚ Demande adressée à des personnes à même d'y répondre, selon les cas : médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux
- ✚ Demande portant sur des besoins psychiatriques, psychologiques ou sociaux

Il prône dès la première intervention de crise la mise en place d'une « alliance thérapeutique » entre le patient, le soignant et l'entourage, si celui-ci n'est pas hostile. Cette alliance favorise la mise en place du suivi ultérieur de l'usager, se basant sur des objectifs communs du traitement, et sur le lien de confiance et l'engagement mutuel entre le patient et l'équipe de soins. Elle s'avère être le facteur le plus prédictif du choix entre hospitalisation psychiatrique et traitement ambulatoire, et augmente au fur et à mesure du suivi. Les équipes de visite à domicile sont donc tenues à une approche clinique fine, à un soin particulier à apporter à la qualité de la relation à créer. Le patient est libre d'accepter les soins, mais aussi libre de les refuser : le consentement aux soins est une relation à construire et une condition sine qua non.

2. Les modèles et références

Durant les sessions du DIU, les mercredis étaient consacrés aux visites de structures en lien avec la santé mentale dans la communauté. Nous avons donc pu rencontrer des professionnels provenant d'horizons différents, aux activités diverses, en fonction de leur secteur d'intervention et de leurs objectifs.

¹⁵ NICE Clinical Guideline, *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenian adults in primary and secondary care*, www.nice.org.uk/CG82NICEguideline, 2009

¹⁶ DE CLERCQ M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université, 1997

1. EMILI (Paris)

Sur la session parisienne, nous avons pu rencontrer les professionnels d'EMILI (Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle) intervenant sur les 14^{ème}-15^{ème} et 16^{ème} arrondissements. Son objectif principal est « de rencontrer les personnes souffrant de troubles psychiques et en incapacité à cet instant d'élaborer une demande ou de faire la démarche de venir vers des professionnels (Annexe 4) ». Ses objectifs de soins sont les suivants :

- ✚ Dispenser des soins intensifs à domicile pour traiter la crise en ambulatoire, en alternative à l'hospitalisation
- ✚ Prise en charge familiale pour soulager l'inquiétude de l'entourage et travailler sur les interactions
- ✚ Donner un avis et venir en appui aux partenaires libéraux (médecins généralistes, psychiatres...)
- ✚ Accompagner une personne réticente vers une demande personnelle de soins.

Ouvert de 9h à 20h et intervenant du lundi au vendredi, cette équipe met en exergue l'importance de la dynamique familiale en précisant que l'intervention ne peut se faire sans elle. La prise en charge est limitée à un mois. Cette durée permet d'évaluer et d'orienter le patient vers les structures de soins les plus adaptées le cas échéant. Comme le spécifiait le Dr ANDREU, responsable du projet « c'est un travail de relation publique »

2. Les services de santé mentale communautaires de la Vallée de la Lys G18 (Lille)

Lors de la seconde session, nous avons eu le plaisir de visiter les services relevant du G18 : résidence thérapeutique des Pierres Bleues, Dispositif d'Intervention à Domicile (DIAD), Centre de Santé Mentale Ernest Shackleton et l'Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EMGP).

Présentant des structures diverses avec des fonctionnements différents, plusieurs points nous ont cependant interpellés de par leur intérêt et leur prépondérance dans le lien à la communauté :

- ✚ Les prises en charge en Hôpital De Jour sont limitées à 21 jours et ne sont pas centralisées sur un endroit : c'est un HDJ « éclaté »
- ✚ Le Dispositif d'Intervention à Domicile (DIAD) est limité à 10 jours, renouvelables 1 fois
- ✚ L'équipe intervenant dans le cadre de la géronto-psychiatrie propose des formations à destination des professionnels exerçant dans des structures accueillant des personnes âgées. Ce dispositif permet une meilleure compréhension des pathologies relevant de la géronto-psychiatrie et évite ainsi des hospitalisations non nécessaires face à une agitation ou un trouble du comportement non compris par manque de connaissances des professionnels à proximité immédiate de la personne âgée.

3. Les services de santé mentale du secteur de Lille Ouest G20 (Lille)

Au sein du G20, secteur « péri-urbain » à l'échelle du G07 à l'EPSAN, deux équipes mobiles ont été créées : l'Equipe Mobile de Soins Intensifs A Domicile (EMSIAD) en janvier 2012 et l'Equipe Mobile de Réhabilitation et d'Insertion dans la Cité (EMRIC) en janvier 2014.

Sur l'avant-projet du pôle 12 axes avaient été identifiés. Sur ces 12 axes, quelques-uns ont attiré notre attention car rentrant pleinement dans notre projet de création d'équipe mobile de réhabilitation :

- ✚ Axe 2 : développer des actions en amont et en aval de l'hospitalisation à temps complet
- ✚ Axe 4 : développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagnée, adaptée et diversifiée
- ✚ Axe 6 : accompagner les usagers dans la durée
- ✚ Axe 7 : développer le partenariat avec les aidants
- ✚ Axe 8 : développer les programmes en faveur de la santé mentale par des actions d'information, de prévention et de promotion de la santé mentale positive
- ✚ Axe 9 : développer le travail en réseau et créer de nouveaux partenariats

Le rôle principal de l'EMSIAD est d'apporter au patient des soins coordonnés d'une particulière intensité, à son domicile ou substitut. Ses objectifs sont :

- ✚ d'éviter, écourter ou prendre le relais d'une hospitalisation à temps complet
- ✚ d'intégrer les partenaires et coordonner son action avec les équipes de l'unité d'admission, du CMP et de l'HDJ
- ✚ de constituer une étape intermédiaire intégrée dans une logique de graduation des soins (CMP, CATTP, HDJ, soins à domicile courants, AFT...)

Les soins sont faits uniquement sur prescription médicale du psychiatre traitant du patient. Les interventions peuvent être pluri-quotidiennes, l'équipe étant particulièrement sensible à une réactivité importante si nécessaire. La prise en charge est limitée dans le temps, déterminée initialement, avec accord du patient. A la fin de la prise en charge, le relais est donné au CMP. Une garantie de la continuité et de la permanence est assurée par une ouverture 7 jours sur 7 et un professionnel joignable de 7h à 19h

L'EMRIC est une équipe mobile davantage tournée vers le soin aux usagers atteints de psychose chronique, de troubles de la personnalité. Ses objectifs sont :

- ✚ favoriser leur rétablissement,
- ✚ soigner mais aussi aider la personne à retrouver un rôle et des relations sociales,
- ✚ favoriser l'insertion dans la cité en lien étroit avec le médecin généraliste, les autres partenaires et les aidants.

Comme spécifié sur leur projet, EMRIC accompagne donc l'utilisateur « dans une relation stable et durable, globale, continue, individualisée, flexible, acceptée sur un mode volontaire, participative et utilisant les ressources du milieu. » Les interventions sont assurées par du personnel soignant, mais aussi socio-éducatifs et des neuropsychologues. Ouvert également 7 jours sur 7 de 7h à 19h.

Le rapport annuel du pôle est explicite : depuis la création des équipes mobiles, le nombre d'actes ambulatoires a nettement augmenté (+20% en 1 an) et une diminution notable des journées d'hospitalisation à temps plein a été constatée: -47% en l'espace de 3 ans avec un taux d'occupation des lits en intra passant de 18 en 2010 à 13.9 en 2012.

Ce dernier projet est clairement en adéquation avec celui proposé sur l'EPSAN, car de taille équivalente sur un bassin de population similaire.

4. ULICE (Marseille)

La dernière session du DIU s'est déroulée à Marseille où nous avons pu rencontrer les professionnels d'ULICE et de la Belle de Mai.

L'Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation (ULICE) intervient sur 12 arrondissements de la ville. Une permanence téléphonique est assurée les jours ouvrables, de 9h à 18h30, par un binôme de l'équipe pluridisciplinaire. Au vu de la taille du territoire d'intervention, cet accueil téléphonique est le passage d'évaluation obligatoire pour éviter des déplacements qui ne seraient pas nécessaires. Une prise en charge en ambulatoire n'est décidée qu'en interdisciplinarité après évaluation fine, centrée sur la situation de crise, réalisée par un binôme soignant sur une période limitée (2 mois ou 10 entretiens).

La structure garantit un temps de réactivité rapide, une journée tout au plus. Les objectifs formulés lors de la création de la structure sont clairs : proposer un suivi ambulatoire sur le temps de crise et favoriser l'accès aux soins en organisant un relais adapté voire une hospitalisation, mais également proposer une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie avec des indications pourtant similaires à une hospitalisation « classique » (décompensation, accès maniaque ou mélancolique, dépression, tentative de suicide...)

5. Le CMP de la Belle de Mai G12 (Marseille)

Notre dernière visite a eu lieu au CMP de la Belle de Mai du pôle G12 de Marseille. D'un point de vue contextuel, il est implanté dans le quartier réputé le plus pauvre de France. Ce qui d'ailleurs, entraîne une dynamique tout à fait différente dans le rapport à la population, avec une entraide certaine face à des situations de précarité économique particulièrement difficiles. Leur organisation de travail est tournée vers une collaboration accrue sous forme de partenariat avec différentes structures ou associations : Accueil Familial Thérapeutique (AFT), atelier thérapeutique, réseaux précarité, Atelier Santé Ville, les réseaux locatifs, les entreprises locales. Sur ce dernier point, ils ont réorganisé l'ensemble de leurs activités thérapeutiques autour de la réinsertion professionnelle par le biais du réentraînement au travail. Les entreprises locales du quartier ont été sollicitées afin de proposer aux usagers des temps de travail plus ou moins longs (1h par semaine pour débiter, puis augmentation progressive). L'intérêt est double : favoriser l'insertion professionnelle, et nouer une relation

de proximité avec les acteurs du travail en dehors des ateliers protégés, au sein même de la communauté.

L'association ARPSIDEMIO a également été créée afin d'œuvrer à la destigmatisation de la santé mentale, en mettant en exergue le partenariat aux familles et aux usagers. Un Réseau Santé Mentale et Logement (RSML) en partenariat avec le Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) de la ville de Marseille a également été développé afin de mobiliser les ressources existantes sur le territoire en terme de logement.

B. Synthèse des visites : les points « techniques » incontournables

L'ensemble de ces rencontres fut particulièrement intéressant, me permettant de circonscrire davantage le champ d'action de l'équipe mobile de réhabilitation. De manière synthétique, voici les points qui me semblent les plus importants dans le côté « cahier de charge technique » de l'équipe mobile :

- ✚ La mobilité des équipes et développer « l'aller vers ». Ceci est d'autant plus important que dans les pays développés, la psychiatrie ne voit qu'1% des troubles de santé mental.¹⁷
- ✚ Une disponibilité en prévoyant des horaires d'ouverture larges : 7h à 19h 7 jours sur 7, permettant du moins de joindre facilement l'équipe par téléphone.
- ✚ Une limitation dans la durée du suivi évitant une « chronicisation » dans les soins avec des relais vers les structures de proximité, les secteurs ou les GEM par exemple.
- ✚ Des formations pour les structures en difficultés avec les troubles de santé mentale, qui auront naturellement tendance à se tourner vers l'hospitalisation à temps complet en cas de difficultés.
- ✚ Favoriser le retour au travail en collaborant aussi avec les entreprises locales.
- ✚ Une exigence dans la réactivité en ne dépassant pas un temps d'intervention d'une journée.
- ✚ Le maillage d'un réseau local regroupant les divers partenaires dans la thématique du logement.

¹⁷ Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG), 1999-2003

L'ensemble de ces démarches n'incomberont pas qu'à l'équipe en elle-même et inclura l'encadrement par le biais de la hiérarchie soignante et des médecins.

Concernant l'objectif autour du logement, je ne le traiterai que de manière parcellaire. Non pas qu'il ne soit pas primordial, bien au contraire, mais ce volet sera exploité dans un autre mémoire rédigé par ma collègue du Centre de Post-Cure en 2015.

VII. Les grands axes du projet

Du rapport rédigé en novembre 2013 sur les alternatives à l'hospitalisation à la rédaction de ce mémoire, bon nombre d'étapes ont jalonné la création de l'équipe mobile de réhabilitation. Nous allons à présent les énumérer en mettant en avant les plus importantes, notamment d'un point de vue institutionnel.

A. Les besoins énumérés

Lors des différentes rencontres, nous avons pu échanger avec les professionnels, bénévoles et intervenants pour recueillir leurs avis, leurs attentes, leurs besoins repérés.

On peut distinguer trois « orientations » différentes quoique complémentaires envisagées autour de la réhabilitation.

1. L'équipe mobile : un travail de lien et d'apprentissage

Voilà sans doute une des missions primordiales de l'équipe mobile. Au jour d'aujourd'hui, les équipes mobiles de l'établissement (en lien avec l'autisme et le handicap) sont très peu connues des structures extérieures... tout comme des unités de l'EPSAN.

L'équipe mobile ne doit pas avoir vocation à œuvrer « dans son coin » sans liaison pérenne avec les structures adjacentes, en se positionnant comme « experte ». L'image du lien thérapeutique est ici à suivre : celui-ci ne peut se construire sans altruisme, sans volonté farouche de création d'un lien bilatéral, sans devoir permanent d'un non jugement face aux situations. Lors de nos entretiens, notamment avec les structures telles que le Structure d'Activités de Jour et d'Hébergement (SAJH), mais aussi avec les services de tutelle, cette demande fut particulièrement prégnante.

Comme l'évoquait le Dr ROELANDT durant le DIU¹⁸, les équipes mobiles doivent « se connaître, se reconnaître, se faire connaître, être connues, être reconnues ». Il est fréquent de constater que, malgré tous les outils aujourd'hui à disposition, la communication n'est pas aisée, ceci d'autant plus si les intervenants sont nombreux. L'équipe mobile doit être un rouage facilitant dans l'ensemble des démarches vers nos partenaires, « si la montagne ne vient pas à Mahomet, Mahomet ira à la montagne ».

Cette vocation « d'aller vers » est perceptible au niveau des différentes équipes mobiles rencontrées dans le cadre du DIU. Que ce soit EMILI, ERIC ou l'EMSIAD, ils se positionnent de manière à aller vers l'utilisateur et non pas à attendre que celui-ci daigne ouvrir les portes de la structure. Cette demande a également été faite lors de nos rencontres avec les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) qui souhaitent particulièrement un tissage accru avec les professionnels de la santé mentale. Ceci est d'autant plus vrai que les GEM du secteur manquent sans doute de « proactivité »... et doivent être, pour un temps, portés et encouragés dans leur développement par les acteurs de santé mentale.

2. L'équipe mobile : un outil d'évaluation clinique

Suite à notre rencontre avec les différents pôles du Territoire de Santé °2, un rappel a été fait sur la démarche clinique de l'équipe mobile. En effet, l'évaluation clinique sémiologique reste au cœur du métier de soignant. Cette tâche sera d'autant plus prenante qu'elle nécessite également une observation fine des capacités notamment cognitives des patients afin de fixer avec eux des objectifs précis leur permettant une insertion plus aisée dans la cité.

De ce fait, l'équipe mobile aura en charge les patients de l'unité fonctionnelle d'hospitalisation à temps plein de réhabilitation sur des temps d'activités thérapeutiques, davantage tournés sur l'évaluation des praxis : capacités à faire un repas, à gérer la thérapeutique, à s'intégrer au sein de la communauté... Un outil commun a ainsi déjà été réalisé afin que l'ensemble des professionnels utilise le même support.

Ce rappel à la clinique semble primordial pour éviter l'écueil de « tout faire à la place de... ». La clinique doit rester « reine » pour permettre aux soignants de l'équipe de rester dans une position d'équipe axée sur le sanitaire et ne pas s'épancher sur le médico-social qui a également une part importante dans le parcours des usagers.

¹⁸ ROELANDT J.-L. *Enquête internationale Santé Mentale en Population Générale : images et réalités- Méthodologie et résultats*. DIU santé mentale dans la communauté, session Lille, 2014

3. L'équipe mobile : un promoteur de santé publique

Dans le domaine de la santé communautaire voilà un point primordial. Un Conseil Local de Santé Mentale a été mis en place sur Strasbourg en juin 2013. Cependant, force est de constater que son efficacité est réduite de par son vaste champ d'intervention (Strasbourg et Communauté Urbaine de Strasbourg soit environ 500000 habitants).

L'équipe mobile, et plus précisément son encadrement, doit favoriser la création de CLSM locaux en rencontrant les élus et les associations locales. En effet, face aux problématiques de logement et de destigmatisation entre autre, les CLSM ont déjà démontré tout leur intérêt et leur efficacité de par leurs axes de travail :

- ↓ Prévention
- ↓ Accès aux soins
- ↓ Situation de crise
- ↓ Insertion dans la cité¹⁹

Le travail autour des CLSM repose sur une base plus large autour de la destigmatisation en santé mentale. De par sa position centrale dans le dispositif et son implication dans le lien aux structures, le rôle de communicant de l'équipe mobile est ici fondamental. On peut ici se reposer sur le travail réalisé au G21 de Lille autour de l'exposition des œuvres réalisées par les usagers : les fonds d'art contemporain Frontière\$. En effet, bons nombres d'activités thérapeutiques ont lieu avec les patients sans que cela puisse être divulgué. Dans le cadre des soins apportés par l'équipe mobile, des ateliers proposés, notamment afin d'évaluer leurs capacités, l'exercice de divulgation nous semble nécessaire pour ne plus rester enclavé dans l'hôpital mais s'ouvrir au monde « Il y a plusieurs manières de lutter contre la stigmatisation : on peut lutter en-deçà ou pour un au-delà de la stigmatisation ! »²⁰

L'inscription dans des démarches telle que la Semaine d'Information autour de la Santé Mentale (SISM) est également à pérenniser. Pour la première fois en 2014, l'équipe s'est inscrite dans cette démarche en présentant les tableaux peints par les patients dans le cadre de l'activité peinture (Annexe 6). Cette exposition a eu lieu dans une médiathèque dans la ville, au cœur même de la cité, et a connu un retentissement certain. Ces actions sont à développer

¹⁹ GUEZENNEC P. *Les Conseils Locaux de Santé Mentale, recommandations pour leur création*. DIU santé mentale dans la communauté, session Lille, 2014

²⁰ DESMONS P. *Lutter contre la stigmatisation*. Brochure de Frontière\$

afin de montrer un autre visage de la santé mentale et amener l'utilisateur vers l'extérieur, vers les « autres », vers la cité.

Lors de nos rencontres avec les usagers dans le cadre des réunions « soignants-soignés », cette place dans la destigmatisation était cruciale, à la condition logique que cela soit réalisé avec eux, par eux. Cependant, dans des situations cliniques ou l'hospitalisme a créé du « chronicisme » les patients ont par moment besoin d'être accompagnés dans cette dynamique pouvant leur paraître nouvelle : c'est ici le rôle des professionnels de l'équipe mobile.

4. L'équipe mobile : un maillon communicant et réactif

Au sein des rencontres avec les associations d'usagers, les services de tutelle, les structures médico-sociales, mais aussi avec les autres pôles du Territoire de Santé °2 et les patients des structures, une question revenait régulièrement : la réactivité des interventions avec en filigrane, une critique non dissimulée des temps d'intervention des professionnels des structures extra-hospitalières.

Dans le cadre de la réduction de lit actuelle sur l'établissement, l'équipe a pour mission d'être réactive pour répondre rapidement aux sollicitations extérieures et éviter le cas échéant des hospitalisations non nécessaires. Ceci est d'autant plus le cas avec des structures ne relevant pas de la santé mentale, avec des professionnels non formés à la clinique psychiatrique. Les équipes mobiles rencontrées dans le cadre du DIU avaient toutes en commun un temps de réponse inférieure à 24h. Ici repose, entre autre, la clef du succès.

Autre point important aujourd'hui dans la création d'une nouvelle structure : la communication et notamment concernant les résultats concrets. Ceci d'autant plus que la création de l'équipe mobile est encore sujette à questions au sein de certains professionnels de l'établissement... Cette étape est d'autant plus importante que les organismes de tutelle seront d'autant plus vigilants à l'utilisation des moyens humains. Sur ce point cependant, le Directeur de l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, Laurent Habert laissa entrevoir des choix clairs des instances « *l'important à l'EPSAN demain, est de privilégier les alternatives à l'hospitalisation en lien avec la diminution des lits en intrahospitalier. L'avenir est en dehors des murs.* »²¹

²¹ HABERT L. *Discours lors de la pose de la première pierre du site de l'EPSAN Cronembourg*, novembre 2013

Pour être connu, il faut des actions visibles de tous, des indicateurs clairs tout en étant spécifiques à l'activité. Ceci permettra à l'équipe mobile d'être au cœur de l'ensemble de la filière, articulant les actions des différentes parties.

B. Comment mobiliser la participation des usagers au sein de cette filière ?

Lors des réunions de présentation aux patients pris en charge dans les différentes structures du dispositif actuel (unité de réhabilitation, CPI), les professionnels se sont beaucoup interrogés sur la participation des usagers. Premier changement de paradigme opéré : la présence des patients lors des synthèses de présentation sur la filière !

Ensuite comment les mobiliser davantage quand l'institution dans son aspect « enfermant », la clinique dans sa symptomatologie négative, la société dans sa stigmatisation, la thérapeutique dans ses effets secondaires, brident les actions et les initiatives ?

Les professionnels doivent être à l'intersection dans cette démarche souvent anxiogène pour les usagers. Un exemple intéressant ici peut être l'action entreprise par le personnel éducatif dans le film *Elling*²², où comment permettre à un quadragénaire coupé du monde extérieur et sans repères, admis dans un centre spécialisé, d'en sortir au bout de deux ans pour être réhabilité au cœur même de la cité, dans un parcours certes semé d'embûches, mais au final réussi et humainement enrichissant.

Souvent interloqué par des attitudes pouvant parfois paraître désinvoltes, la participation toujours accrue des usagers est un véritable défi à relever pour leur permettre d'être les acteurs principaux et non plus de simples figurants dans leur parcours de vie. A notre sens, c'est un travail d'accompagnement que doit mener les membres de l'équipe mobile, tout comme l'ensemble des professionnels de la filière : « nothing about us without us ».

²² NAESS Petter, film norvégien *Elling*, 2012

Résultats

Après avoir vu les méthodes d'exploration, la rédaction des différents rapports, nous allons à présent aborder l'application concrète et quels ont été les fruits de ce travail au sein de l'institution.

I. Etat des lieux – avancée du projet

A la suite de la diminution des lits opérés sur les deux premiers trimestres de l'année 2014, les effectifs dégagés en intra-hospitalier ont été « redistribués » sur les équipes extra-hospitalières et notamment l'équipe mobile de réhabilitation. Cependant, les moyens ventilés n'ont permis d'enrichir l'équipe mobile que d'un poste d'infirmier, loin des cinq postes demandés dans le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation.

L'équipe actuelle de Richard A, qui deviendra l'équipe mobile de réhabilitation est actuellement toujours « dispersée » dans des actions très diverses ne relevant pas à proprement parler des missions qui lui seront allouées. Elle intervient toujours pour les patients relevant de l'unité d'admission. Une réorganisation conséquente est actuellement en cours sur cette dernière pour permettre à l'équipe mobile de réaliser les missions qui lui ont été fixées.

Cependant il paraît évident que les actions menées (lien aux structures, évaluation clinique, travail sur la déstigmatisation) ne peuvent se faire qu'avec des moyens en adéquation avec le projet.

Dans le cadre du développement de l'ensemble du dispositif, il nous a semblé primordial d'entretenir déjà des liens avec les différents acteurs du projet. Ainsi, à compter de septembre 2014 à raison d'une journée hebdomadaire, un soignant de l'équipe se détachera au Centre Psychothérapique Intersectoriel, se situant en pleine ville de Strasbourg, dans le but de :

- ✚ Créer du lien avec les professionnels d'une structure amenée à changer profondément d'organisation
- ✚ Prendre en soin des patients actuellement dans la structure en prise en charge de jour nécessitant un étayage différent pour un meilleur ancrage dans la cité et leur lieu d'habitation.
- ✚ Aller à l'encontre des structures travaillant en collaboration avec le CPI
- ✚ Travailler au développement du CPI dans son projet d'évolution en Centre de Post-Cure (CPC) ceci d'autant plus que le CPC sera le futur lieu « d'affectation » de l'équipe mobile.

II. Dispositif qui a vocation à se développer davantage

Ceci nous amène d'ailleurs à parler de la suite à donner à ce projet, bien que celui-ci soit encore dans sa phase « fonts baptismaux avancés ». Comme indiqué auparavant et résultant du rapport aux alternatives à l'hospitalisation, le CPI est amené à subir d'importants travaux pour devenir un Centre de Post-Cure (CPC) avec des logements d'évaluation graduée. Son statut actuel est depuis de nombreuses années sans orientation claire. Laissé à l'abandon durant de nombreuses années, le bâtiment nécessite d'être intégralement réhabilité pour devenir réellement fonctionnel et assumer sa place de pièce maîtresse dans le dispositif. Ceci d'autant plus que son implantation au cœur même de la cité est un atout indéniable dans la volonté affichée d'inclusion sociale.

A. Le Centre de Post Cure (CPC)

Comme énoncé dans le paragraphe précédent, le CPI actuel est amené à évoluer vers un Centre de Post Cure. L'objectif principal du CPC s'inscrira dans ceux édictés pour l'ensemble du dispositif de réhabilitation : poursuivre et développer l'activité en faveur de la continuité des soins, du rétablissement et de la réinsertion sociale pour soutenir un retour à une existence la plus autonome possible, et éviter de facto toutes hospitalisations non nécessaires. Pour y répondre, les objectifs suivants ont été édictés dans le projet de « transformation » du CPI en CPC :

- ✚ Maintenir l'activité d'accueil (en soirée, le week-end, jours fériés, libre en journée en dehors des repas thérapeutiques) avec possibilité de prise de repas thérapeutiques
- ✚ Développer l'offre de soins spécifiques à la réhabilitation psychosociale
- ✚ Développer les accompagnements en faveur de la réinsertion sociale en développant les partenariats en lien avec l'accès au logement et l'accès au travail
- ✚ Créer entre cinq et dix places d'hébergement et en assurer le suivi, soit sous forme regroupé (foyer), soit sous forme éclaté (logements individuels)
- ✚ Maintenir l'activité ambulatoire en faveur du maintien à domicile
- ✚ Développer, avec une équipe renforcée, les interventions en lien avec l'unité d'hospitalisation à temps complet de réhabilitation et les diverses alternatives à l'hospitalisation possibles (actuelles et futures).

Dans l'état actuel du dossier, les validations budgétaires doivent encore être effectuées par les organismes de tutelle. Le CPC sera une étape fondamentale dans le développement du dispositif, abritant également les bureaux de l'équipe mobile de réhabilitation.



B. L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

Autre étape importante, la création d'un Accueil Familial Thérapeutique. Cette solution de prise en charge transitoire intègre l'hébergement et la continuité des soins et est de fait une alternative à l'hospitalisation à temps complet. Elle s'adresse à des patients susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge en milieu familial, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie, et pour lesquels le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas toujours souhaitable ou possible.

Les familles d'accueil sont recrutées et employées par l'hôpital et bénéficient de ce fait de l'ensemble du dispositif de formations de l'établissement.

A l'accueil de la personne, sont établis :

- ✚ un contrat d'accueil qui fixe les conditions et les modalités de l'accueil de la personne ainsi que ses droits,
- ✚ un règlement intérieur qui rappelle les devoirs et obligations de la personne accueillie.

La personne accueillie bénéficie d'une prise en charge domestique, d'une présence responsable sans privation de liberté, d'un soutien psychologique et de stimulation par la participation aux activités de la vie familiale. Les placements peuvent être intermittents, temporaires ou permanents, au domicile des accueillants ou en logement indépendant. Le suivi des personnes accueillies ainsi que l'accompagnement et la formation de la famille d'accueil sont assurés par un service d'AFT constitué d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmier, éducateur, assistante sociale, psychologue). Cette mission sera dévolue à l'équipe mobile de réhabilitation.

Dans le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation, trois à cinq places ont été demandées dans le projet. Le dispositif d'AFT pourrait compléter avantageusement le placement familial du Conseil Général en laissant à l'établissement la maîtrise du recrutement des familles.



C. Le développement d'

Ariane est un partenaire indissociable du dispositif actuellement et bénéficie à l'ensemble des équipes de l'établissement. Son fonctionnement repose cependant sur une équipe réduite, et nécessiterait entre autre un temps complet de secrétariat. Une demande a donc été formulée en ce sens pour renforcer l'équipe et ouvrir 12 appartements supplémentaires. Chaque pôle de l'établissement devant disposer d'un bureau Ariane pour gérer les appartements dont il est bénéficiaire (suivi, signature du bail, état des lieux...).

Cette association support est au cœur du dispositif, car le logement est une des premières conditions d'intégration dans la cité. Ariane permet ainsi d'entamer ces démarches dans des conditions dignes avec un suivi garanti.

D. La dotation de l'équipe mobile de réhabilitation

A ce jour, l'équipe n'est pas dotée de moyens nécessaires en Equivalent Temps Plein (ETP). Au jour d'aujourd'hui, elle est constituée de deux soignants déjà en place sur l'équipe du Centre d'Activités. Impossible dans ces conditions de répondre aux différentes missions qui lui seront confiées.

Comme énoncé à plusieurs reprises, l'équipe est le rouage fondamental dans l'ensemble de la filière, coordonnant les actions des différents intervenants, œuvrant au plus proche des usagers, adaptant la réponse à apporter pour la rendre la plus adéquate possible.

Dans le rapport un effectif total de sept professionnels (5 infirmières, 0,5 éducateur spécialisé, 1 aide-soignant, 0,5 Conseiller en Economie Sociale et Familiale) avait été requis pour fonctionner de manière optimale. L'établissement étant encore en train de reconfigurer son effectif suite à la diminution des lits, nous espérons que l'équipe sera suffisamment dotée pour répondre à ce nouveau défi.

III. Lien avec le thème : un dispositif de démocratie sanitaire

Tout au long de cet écrit, nous avons tenté de démontrer tout l'intérêt de la création de cette équipe mobile. Celle-ci s'inscrit plus globalement dans une dynamique holistique de démocratie sanitaire. La notion de « démocratie sanitaire », vise à décrire un mouvement de

reconnaissance accrue des droits individuels et collectifs ainsi que l'expression des usagers du système de santé. La directive de l'ensemble des professionnels de la structure est de garantir aux usagers les mêmes droits et devoirs, les mêmes possibilités de parcours de vie, les accès aux soins et à la citoyenneté identiques, mais surtout la nécessité que les usagers soient les principaux artisans de cette démarche. L'ensemble relevant simplement d'une démarche profondément humaine, dénuée d'un quelconque rapport soignant-soigné, d'un quelconque rapport « je sais-tu ne sais pas ». Comme l'écrivait Frantz FANON²³ « *la fonction d'une structure sociale est de mettre en place des institutions traversées par le souci de l'Homme* ». Sans en faire ici une quelconque critique, les rôles joués par les Centres Médico-Psychologiques doivent évoluer vers une participation accrue des usagers, une présence accrue dans le fonctionnement, un rôle majeur dans les décisions prises, LA place centrale dans le soin. « Le CMP : le pivot du secteur » est le maître mot dans le fonctionnement extra-hospitalier encore maintenant. Ne serait-il donc pas plus juste d'évoquer plutôt l'utilisateur comme pivot de toute prise en soins²⁴ ? Ne faudrait-il pas passer du secteur au réseau²⁵ ? Voilà sans doute le changement de paradigme auquel l'équipe mobile de réhabilitation doit œuvrer... et l'ensemble des acteurs de la santé mentale de manière plus globale : c'est une démarche de citoyenneté avec la place croissante des aspirations au rétablissement, une ambition collective et partagée.

²³ FANON F. *Lettre de démission adressée au Ministre Résident Gouverneur Général de l'Algérie*, 1956

²⁴ LAFONT-RAPNOUIL S. *La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique*. L'information psychiatrique. Volume 89. Mai 2013

²⁵ BOULEAU J.-H. *Structures oh rehabilitation : from the sector to the networ*, Annales Médico-Psychologiques 169, éditions ELSEVIER-MASSON, 2011

Discussions

I. Avantages et inconvénients du projet réalisé

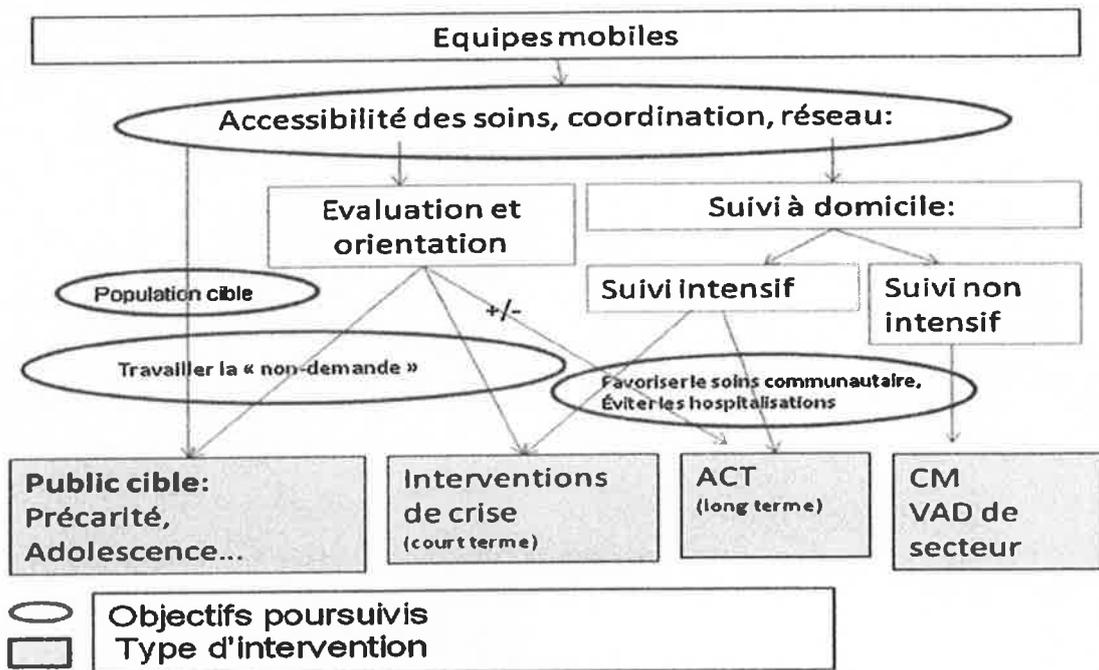
Les inconvénients sont relativement limités et reposent principalement sur la nécessité de communication, sur l'éclairage à apporter concernant les actions de l'équipe mobile et celles des Centres Médico-Psychologiques dans le but de fluidifier au maximum le parcours du patient.

Pour le premier point, il est primordial de mettre des indicateurs en place, ce qui sera fait avec l'aide de la cellule qualité à compter de début 2015. Tableau de bord qu'il sera important de divulguer pour démontrer l'efficacité du système. Dans la même optique chaque pôle concerné par le dispositif a été rencontré pour présenter l'ensemble, les différents acteurs et les missions alloués à la réhabilitation (Annexe 5). Afin de garder le lien crucial au secteur d'origine, des rencontres trimestrielles auront lieu avec les responsables et les équipes de chaque pôle pour faire le point du projet mais surtout afin de discuter des usagers pris en charge et de leurs projets. Pour un dispositif « novateur » dans l'établissement, c'est aux différents acteurs de la filière de montrer son efficacité de manière régulière. D'un point de vue clinique, un compte-rendu mensuel sera envoyé aux responsables de pôles pour évoquer les situations des usagers présents dans l'unité d'hospitalisation à temps complet de réhabilitation. L'objectif étant double : garder le lien avec le pôle d'origine (à la fois pour les tenir informés et afin que le patient ne soit pas considéré comme « oublié »), communiquer sur les avancées du projet.

Le deuxième point évoqué concernant les CMP résulte de plusieurs questions soulevées lors des présentations aux pôles. La plus régulière étant de savoir en quoi le dispositif et particulièrement l'équipe mobile sont des plus-values par rapport à ce qui est développé dans le cadre des Hôpitaux De Jour et des CMP ?

Il est ici intéressant de se pencher sur l'article rédigé par Marianne RAMONET et Jean-Luc ROELANDT sur « les soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve »²⁶ et notamment sur le schéma explicatif ci-après. En effet, les CMP sont amenés à évoluer de manière substantielle pour intervenir plus souvent, plus rapidement, dans des suivis non intensifs. Les équipes mobiles dédiées telle que l'équipe mobile de réhabilitation sont quant à elles amenées à intervenir sur des publics cibles, sur de la non-demande, pour favoriser les soins communautaires et éviter toutes hospitalisations non nécessaires.

²⁶ RAMONET M. et ROELANDT J.-L. *Les soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve*. Annales Médico-Psychologiques° 171 pages 524-530. Elsevier Masson France. 2013



II. Limites de l'étude ou de l'action

Les limites résident sans contexte dans l'absence de questionnaires auprès des usagers. Bien qu'ils aient été rencontrés à de multiples reprises au sein des réunions soignants-soignés des structures du dispositif (CPI et Richard) une étude plus approfondie aurait été sans doute nécessaire pour connaître leurs attentes, leurs choix de participation, leurs demandes. Et évoquer avec eux des notions telle que la pair-aidance, encore largement méconnues dans l'établissement. Ce travail est actuellement à l'étude afin d'orienter au mieux le projet dans ce difficile exercice de service public.

III. Perspectives futures

Comme énoncé à plusieurs reprises, ce projet est encore « jeune » dans sa conception, quoique porté par des professionnels déjà aguerris et convaincus par cette approche d'altérité. Bien que les objectifs soient actuellement déjà ambitieux et en pleine construction, nous pouvons déjà nous ouvrir à d'autres horizons, développer nos pratiques par des expériences, et partager nos connaissances et vécus. Ainsi, nous allons à présent aborder différents points qui nous paraissent importants dans le développement à venir et la montée en puissance du dispositif.

A. Etendre le dispositif au Territoire de Santé °1

Voilà sans doute une des premières démarches à effectuer. Au sein de l'établissement, les pôles rattachés au Territoire de Santé ° 1 n'ont pas fait le choix de développer une filière de réhabilitation comme l'a fait le Territoire de Santé ° 2. Les raisons évoquées étaient multiples, notamment en ce qui concerne la ruralité des secteurs de ce territoire. Choix avait donc été fait de garder des lits de « réhabilitation » au sein même des unités d'admission de psychiatrie générale. A ce jour des voix s'élèvent au sein des pôles du Territoire de Santé ° 1 pour évoluer dans ce choix et dans les politiques de pôles. Des projets sont donc actuellement en cours pour proposer aux usagers des solutions alternatives autour des principes de réhabilitation et rétablissement en travaillant, entre autre, sur l'acquisition et le développement des savoirs.

De ce fait, quel que soit l'optique envisagée, quel que soit les luttes parfois intestines entre pôles, la filière de réhabilitation du Territoire de Santé ° 2 ne doit pas rester cantonnée à son activité sans faire profiter de ses expériences comme nous l'avons déjà évoqué. Le projet étant fortement teinté du principe d'altérité, cette notion doit tout autant rester maîtresse dans la relation à l'usager que dans la relation inter-professionnelle. Des rencontres seront donc prévues avec les pôles du Territoire de Santé ° 1 tout comme nous l'avons déjà fait avec les pôles du Territoire de Santé ° 2 pour présenter la filière de réhabilitation et répondre éventuellement à des questions autour des différents concepts qui l'habillent et aider en tant que « support technique » le cas échéant. Il ne s'agit pas ici de devenir des « experts » et de se placer dans une position d'apprentissage mais simplement de partager les expériences, les réussites mais aussi les échecs du dispositif.

B. Association d'usagers et des familles : maison des usagers

Tout comme énoncé dans les différentes parties de ce mémoire, l'équipe mobile doit pérenniser et développer le lien avec les associations d'usagers déjà présentes au sein de l'établissement. Force est de constater que les associations n'ont pour l'instant que peu de poids et de répondants eu sein de l'EPSAN, malgré leur présence au sein des instances telles que la CRUQPC (Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) et le Conseil de Surveillance.

De ce fait nous les avons également rencontrées pour développer davantage ce travail de partenariat fondamental et perpétuer « l'aller vers » prôné dans le cahier des charges de

l'équipe mobile avec une nécessité exprimée de les aider à s'ancrer davantage au sein de l'établissement.

Dans un futur proche, pourquoi ne pas envisager la création d'une Maison des Usagers sur le principe de celle existante sur le Centre Hospitalier Ste-Anne de Paris (Annexe 7) ? Ceci permettrait un ancrage pérenne au cœur même de l'institution et rentrerait dans les missions de l'équipe mobile autour de la destigmatisation.

C. La pair-aidance

Tout au long du DIU cette notion de pair-aidance est souvent apparue et fut une véritable découverte pour moi. Le programme « médiateurs de santé/pairs » se déploie sur trois régions de France métropolitaine (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et s'effectue en deux phases :

- ✚ Phase 1: formation universitaire par le biais d'un diplôme universitaire
- ✚ Phase 2: mise en situation et insertion dans les équipes après obtention du DU

L'insertion des médiateurs de santé/pairs dans les services de psychiatrie et de santé mentale vise à améliorer le recours aux soins et la qualité de la prise en charge des usagers. Elle est pensée comme l'une des multiples réponses possibles à la diversification de l'offre de soins en France. L'originalité de la démarche est d'allier un savoir académique à un savoir d'expérience autour de compétences spécifiques visant l'amélioration, l'accompagnement et la qualité des prises en charge.

Un rapport final doit être prochainement rendu pour une pérennisation du dispositif d'un point de vue national. Cette possibilité de développement serait une plus-value certaine dans la lutte contre la stigmatisation de la santé mentale mais également pour la réinsertion professionnelle, deux axes de travail de l'équipe mobile au sein de l'établissement.

D. Insertion professionnelle : les chantiers thérapeutiques

Toujours dans le cadre du DIU, nous avons pu visiter l'Atelier et Chantiers Thérapeutiques au Centre Hospitalier de Ste-Anne à Paris. Les objectifs en atelier et chantiers sont les suivants (Annexe 8) :

- ✚ Permettre de repérer les capacités de travail des usagers
- ✚ Faciliter une restauration et une restructuration psychique
- ✚ Favoriser l'accès aux droits grâce à une activité salariée
- ✚ Faciliter une resocialisation et réinsertion

L'objectif est ici encore une fois double : permettre une réinsertion professionnelle et donc sociale, ce qui in fine favorise la lutte contre la stigmatisation. Les résultats des chantiers thérapeutiques sont très intéressants dans le cadre d'un retour à l'emploi. Par le biais d'une montée en charge progressive dans les contrats de travail (initialement 1h par jour, puis ½ journée...), les usagers gagnent en capacités d'autonomisation, de dextérité dans des travaux manuels et voient leur revenu augmenter graduellement.

L'adage populaire « le travail c'est la santé » trouve ici pleinement sa place et est un moteur certain dans le rétablissement des usagers et dans leur inclusion sociale. C'est en tout cas un axe complémentaire à envisager dans le dispositif de réhabilitation.

E. Actions de déstigmatisation

La déstigmatisation : un axe fort dans l'inclusion sociale et l'empowerment. Dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) organisé du 16 au 29 mars 2014, plusieurs actions ont été mises en place eu sein de l'établissement et l'unité de réhabilitation fut moteur d'un projet (Annexe 6). Suite à notre présentation, les avantages furent nombreux et les résultats rapides : un article était paru dans le journal local (Annexe 9) où nous avons pu parler du travail effectué, des stigmates et images négatives encore présents autour des usagers de la santé mentale.

En dehors de l'action en elle-même, nous avons été agréablement surpris par l'intérêt de la population quant à ce sujet, pourtant décrié de manière générale dans les médias et uniquement pointé du doigt lors d'évènements dramatiques et violents. Les usagers ont pu échanger avec le public et cette journée nous a permis d'entr'apercevoir tout l'intérêt de ce type d'action.

Dans le cadre de la filière de réhabilitation de manière générale et d'autant plus sur l'équipe mobile, nous souhaitons ardemment continuer à travailler ce sujet afin de mener des actions sur des populations diverses. Ceci bien évidemment avec les usagers ainsi que les GEM. C'est un axe de travail majeur qui nous facilitera d'autant plus le travail autour de l'autonomisation et l'inclusion sociale.

F. L'enrichissement par les rencontres : Marseille, Nancy, G21 Lille

Dans la poursuite des rencontres faites de manière individuelle lors du DIU, il nous semble primordial de continuer à rencontrer des professionnels déjà davantage aguerris et coutumiers des axes de travail que nous souhaitons mettre en œuvre. Ainsi trois rencontres seront à planifier : le centre de réhabilitation du Centre Hospitalier Universitaire Ste-Marguerite de Marseille, le pôle d'activité G21 sur l'Etablissement Public de Santé Mentale de Lille-Métropole et la filière de réhabilitation sur le Centre Psychothérapique de Nancy.

Pour les unités de Marseille et Nancy, ce sont des dispositifs maintenant bien ancrés dans le paysage « thérapeutique » dans leur région respective. Celui de Nancy, plus jeune dans sa création (2008) est plus conforme au projet que nous souhaitons mettre en place et de taille équivalente quant au bassin de population desservie.

Le secteur G21 (Annexe 11) sur Lille nous est d'autant plus intéressant que nous avons pu participer à un conseil de ce pôle lors de la session lilloise du DIU²⁷. Dans la continuité du travail du Dr Roelandt et de son équipe, ce pôle peut être la définition même du secteur rénové et innovant que nous avons déjà évoqué : une unité d'admission en intra-hospitalier de huit lits uniquement, ouverte, n'utilisant ni les contentions ni les mesures de chambre de soins intensifs. Des structures extra-hospitalières « éclatées » au cœur même de la ville. Des équipes mobiles travaillant sur plusieurs axes différents quoique complémentaires : rétablissement, précarité, évaluation, logement... Une galerie d'art et un fond d'art pour exposer les œuvres des usagers, d'artistes et travailler autour de l'image et de la déstigmatisation, maître mot de ce dispositif.

Le compte-rendu de leur travail ferait un mémoire à lui tout seul et mon peu d'exhaustivité ne leur rendrait ici pas suffisamment hommage. Cette pratique est un des exemples du changement de paradigme opéré au sein de la santé mentale, de part la diversification de leurs actions et une intégration accrue des associations d'usagers et des usagers en eux-mêmes. Cette rencontre nous permettrait d'enrichir notre réflexion et d'ouvrir encore davantage nos esprits aux changements de pratiques à opérer au sein de l'établissement quant à la prise en charge des usagers, au respect de leurs droits et libertés fondamentales, aux choix thérapeutiques engagés.

²⁷ DEFROMONT L. *Conseil de Pôle – Secteur 59G21 de la Banlieue Est de Lille, EPSM Lille-Métropole, 25 mars 2014*

G. S'inscrire dans une dynamique nationale

Il serait illusoire de croire que les actions actuellement entreprises autour de la filière de réhabilitation au sein de l'établissement n'ont jamais été réfléchies ailleurs d'où l'intérêt des visites pour enrichir davantage nos propos et nos connaissances.

Le Professeur LANCON, responsable du centre de réhabilitation de Marseille a créé une association baptisée « Association Solidarité Réhabilitation » qui organise des congrès pour tous les acteurs de la réhabilitation (Annexe 11). Le prochain colloque en octobre 2015 semblerait tout à fait approprié pour ce partage des savoirs.

C'est dans le même cadre que nous avons pu participer le 7 novembre 2013 au colloque « les nouvelles techniques de réhabilitation psychosociale » organisée au CH de Charleville-Mézières qui nous a également permis de découvrir des outils d'évaluation particulièrement pertinents dans la cadre du travail autour de l'autonomisation et de l'acquisition des savoirs et compétences.

S'inscrire dans une dynamique nationale nous permettra de communiquer, d'échanger, de transférer des savoirs qui doivent être évolutifs, participatifs, et créatifs. Comment envisagez la déstigmatisation si nous sommes nous-mêmes ancrés dans un fonctionnement sans rapport à l'extérieur, sans évaluation extérieure, sans lien avec la communauté ? L'ensemble du dispositif ne peut se pérenniser sans « l'autre ». Voilà encore une fois ce rapport fondamental à l'altérité.

Conclusion

Tout au long de ce mémoire, j'ai essayé d'étayer mes propos, forts des rencontres et des valeurs nous habitant, pour démontrer l'intérêt et la pertinence de l'équipe mobile de réhabilitation mais de manière plus large de l'ensemble du dispositif. L'établissement dans lequel j'exerce aujourd'hui est amené à évoluer dans son organisation, son approche du soin, son fonctionnement. Il faut ainsi garder à l'esprit l'évolution de l'organisation hospitalière et la modernisation du financement des établissements de santé avec comme finalité le fait d'allouer prioritairement les ressources aux projets qui répondent le plus aux besoins des usagers et de la population de manière générale. La logique de la tarification à l'activité n'affecte pas les établissements de santé mentale mais de nouveaux dispositifs gestionnaires y sont tout de même introduits ce qui implique de facto, de repenser leurs organisations en fonction des besoins sanitaires de leur environnement dont ils sont à bien des égards le miroir. Au vu des enjeux autour de cette organisation nouvelle, les différents acteurs du projet doivent être et rester ambitieux dans la finalité recherchée. Bien souvent ce terme d'ambition est mal vu car assimilé à un manque d'humilité alors qu'à contrario il peut être un véritable moteur dans la recherche constante d'un meilleur.

En dehors des contextes, nous devons en tant que fonctionnaire, répondre à la mission de service public qui nous est allouée. Un cadre de santé doit ainsi participer à l'évolution de l'hôpital par sa contribution en étant porteur de projet et mettre en œuvre des directives en cohérence avec la politique de santé et le projet d'établissement et se situer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations tout en mobilisant son équipe et en intégrant ses valeurs personnelles.

In fine, l'environnement de travail a profondément changé, les équipes se trouvent projetées dans une nouvelle façon de travailler et le cadre de santé doit accompagner ce changement, mobiliser et soutenir les motivations avec en filigrane la nécessité fondamentale de donner du sens.

Tout comme le décrivait Claire COMPAGNON dans son rapport²⁸ nous devons à présent œuvrer à un An II de la démocratie sanitaire et garantir une place toujours plus accrue aux usagers. L'ensemble de l'équipe mobile de réhabilitation, quelle que soit sa terminologie exacte, sera un élément moteur dans cette dynamique nouvelle et gageons qu'elle participera activement à cette évolution souhaitée et souhaitable.

²⁸ Bilan de la représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002, rapport de Claire COMPAGNON remis le 14 février 2014 à Marisol TOURAINE, intitulé "Pour l'An II de la démocratie sanitaire"

Liste des
références
bibliographiques

I. Ouvrages

- ✚ BOULEAU J.-H. *Structures oh rehabilitation : from the sector to the networ*, Annales Médico-Psychologiques 169, éditions ELSEVIER-MASSON, 2011
- ✚ DE CLERCQ M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université, 1997
- ✚ Sous la direction de GREACEN T. et JOUET E. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Edition Erès, 2012
- ✚ VIDON G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Editions Frison-Roche, 1995

II. Articles d'un périodique

- ✚ ANTHONY W.A. *Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health system in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11-23 traduit par Tim GREACEN, 1993
- ✚ DURAND B, *La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée*, Pluriels n°94-95, 2012
- ✚ FARKAS M. ANTHONY W. DANSEREAU J. *La réadaptation, une idée mûrie à quel point ?*, Psychiatrie française n°6, 1989
- ✚ LAFONT-RAPNOUIL S. *La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique*. L'information psychiatrique. Volume 89. Mai 2013
- ✚ OMS Europe, *Policies and Practices for Mental health in Europe – meeting the challenges*, 2008
- ✚ PELICIER Y. *Réhabilitation, responsabilisation, réhabitation*, Act. Psych. n°3, 1989
- ✚ RAMONET M. et ROELANDT J.-L. *Les soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve*. Annales Médico-Psychologiques° 171 pages 524-530. Elsevier Masson France. 2013

III. Cours Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »

- ✚ CANTA R. *Rôle de l'ARS dans le développement de la psychiatrie communautaire dans la Région PACA*. DIU santé mentale dans la communauté, session Marseille, 2014
- ✚ GUEZENNEC P. *Les Conseils Locaux de Santé Mentale, recommandations pour leur création*. DIU santé mentale dans la communauté, session Lille, 2014
- ✚ JOUET E. *Nouvelles pratiques de formation en santé mentale : l'expertise d'expérience et la participation des usagers*. DIU santé mentale dans la communauté, session Paris, 2014
- ✚ ROELANDT J.-L. *Enquête internationale Santé Mentale en Population Générale : images et réalités- Méthodologie et résultats*. DIU santé mentale dans la communauté, session Lille, 2014
- ✚ SAÏAS T. *Démarche communautaire : quelles notions pour quels enjeux ?* DIU santé mentale dans la communauté, session Paris, 2014

IV. Rapports – Commissions

- ✚ Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)*, 1999-2003
- ✚ Commission Européenne. *Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*. Bruxelles, 2001
- ✚ CORDIER A. *Rapport sur « un projet global pour la stratégie nationale de la santé »*, 23 septembre 2013
- ✚ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *User empowerment in mental health*, Copenhague, OMS bureau régional de l'Europe, 2010
- ✚ ROBILLARD D. *Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, 18 décembre 2013

V. Autres

- ✚ DEFROMONT L. *Conseil de Pôle – Secteur 59G21 de la Banlieue Est de Lille, EPSM Lille-Métropole*, 25 mars 2014
- ✚ DESMONS P. *Lutter contre la stigmatisation*. Brochure de Frontière\$
- ✚ EPSAN, « *Projet médical 2013-2017* », décembre 2013
- ✚ FANON F. *Lettre de démission adressée au Ministre Résident Gouverneur Général de l'Algérie*, 1956
- ✚ HABERT L. *Discours lors de la pose de la première pierre du site de l'EPSAN Cronenbourg*, novembre 2013
- ✚ NAESS Petter, film norvégien *Elling*, 2012
- ✚ NICE Clinical Guideline, *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenic adults in primary and secondary care*, www.nice.org.uk/CG82NICEguideline, 2009

Annexes

Tableau des annexes

Annexe 1: rapport sur les alternatives à l'hospitalisation

Annexe 2: taux de rehospitalisation à Richard B (annexe 8 du rapport)

Annexe 3: rapport d'activités Richard 2013

Annexe 4: plaquette de présentation EMILI

Annexe 5: powerpoint de présentation aux différents pôles

Annexe 6: SISM 2014 plaquette de présentation projet réhabilitation

Annexe 7: plaquette de présentation Maison des Usagers CH Ste-Anne Paris

Annexe 8: plaquette de présentation Atelier et Chantiers Thérapeutiques

Annexe 9: article des Dernières Nouvelles d'Alsace sur la SISM 2014

Annexe 10: plaquette présentation G21 EPSM Lille-Métropole

Annexe 11: affiche du 3^{ème} congrès de réhabilitation psychosociale 2013

Annexe 1 : rapport sur les alternatives à l'hospitalisation

Rapport sur les alternatives sanitaires

pour compenser l'écart de capacité en lits d'aujourd'hui (fin 2013) à demain (2015)

Thématique :

**Appartements thérapeutiques – Foyer de Post-cure
Centre Psychothérapique Intersectoriel**

EPSAN

Novembre 2013

Dr Francis RANGONI, P.H. Chef de pôle G07
Thierry HUSENAU, CSS Pôle G04

Sommaire

Introduction	p. 3
L'enquête « patients long séjour »	p. 3
1. Qu'est ce que la réhabilitation psychosociale ?	p. 4
a. Un dispositif complémentaire aux soins prodigués dans les secteurs	
b. A quels patients s'adresse la réhabilitation psychosociale ?	
c. Le parcours du patient dans le dispositif réhabilitation	
2. Les hébergements	p. 5
a. Les hébergements avec soins dans le champ sanitaire ou médico-social	
b. Les hébergements dans le champ social ou médico-social avec soutien d'un service d'accompagnement	
3. Notre proposition pour le Territoire de santé 2	p. 6
a. Création d'une filière de réhabilitation psychosociale intersectorielle	
b. Réponses à l'écart apportés par ce projet sur le TS 2	p. 7
4. La mise en œuvre du dispositif	
a. Certaines structures existent mais doivent être développées	
b. Les créations	p. 8
c. La faisabilité et le tempo du projet	
d. Les avantages et les inconvénients relevés	p. 9
e. L'évaluation des moyens à mobiliser pour les structures de la filière réhabilitation psychosociale du territoire de santé 2	
5. Evolution proposée pour les pôles du Territoire de santé 1	p. 11
Annexes	p. 12

Quelques voyages et rencontres professionnelles nous ont permis d'appréhender des alternatives et des organisations de l'offre de soins différentes de celle que nous connaissons à l'EPSAN et elles nous ont inspiré en partie les propositions faites dans ce rapport. Elles visent à mettre en œuvre un ensemble de réponses coordonnées, autant de solutions alternatives à l'hospitalisation temps complet qu'il serait judicieux de placer au sein d'une gouvernance identifiée.

La mise en œuvre, depuis quelques années à l'EPSAN, des principes et des outils de la réhabilitation psychosociale, au sein d'équipes dédiées, à destination de publics ciblés, a apporté des réponses satisfaisantes en termes de pertinence de projets de soins et efficaces en matière de rehospitalisation.

L'indispensable travail sur le maintien ou la réappropriation d'un niveau d'autonomie suffisant à la vie à domicile ou en collectivité est la base du travail en réhabilitation psychosociale. Il est plus facile de le réaliser dans des unités dédiées, avec du personnel formé, à même de porter des projets très individualisés...que dans les unités d'admission soumises au rythme de l'activité d'admission quotidienne.

Le manque de solutions d'aval et le grand nombre de patients sans logement, hospitalisés de ce fait par défaut, sont des freins à la mise en œuvre du projet d'établissement de l'hôpital. Les propositions formulées dans ce rapport visent à offrir un ensemble de réponses d'aval graduées, véritables alternatives à l'hospitalisation à temps complet (H.T.C.)

Le développement des outils de la réhabilitation permet d'imaginer ces solutions d'aval, qui ne seront pas exclusives, mais viendront compléter un dispositif existant et enrichir la palette des solutions pour tous les patients soignés dans l'établissement.

L'enquête « Patients à séjours longs »

Elle nous semble d'un grand intérêt et offre des informations et une vision globale dépassant les préoccupations sectorielles tout en permettant d'établir des stratégies d'établissement.

Il nous semblerait intéressant de l'enrichir par les nouvelles orientations proposées dans ce rapport et de la compléter avec des critères nouveaux comme le recensement du nombre de patients sans logement, en constante augmentation dans nos service

Qu'est ce que la réhabilitation psychosociale ?

En psychiatrie, 2 pans importants apparaissent dans le soin : l'équilibre clinique et l'équilibre social à long terme des personnes traitées. Les interventions relevant du champ de la psychiatrie vont donc devoir associer les traitements, la réadaptation au niveau individuel mais également toutes les actions développées dans le but d'aider les patients à réaliser et formuler un projet de vie qui leur soit propre et qui soit réalisable compte tenu de leur handicap, et ceci au plus près de la communauté.

La **réhabilitation psychosociale** sous-entend donc le maintien des patients psychiatriques chroniques dans la communauté et vise à construire pour eux des « systèmes de soutien » en dehors des hôpitaux. Elle se définit donc comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales »¹ et ses objectifs consistent à « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible »².

Le travail de réhabilitation recouvre aujourd'hui un ensemble d'actions, faites de soins et d'accompagnement des personnes, visant à leur permettre de recouvrer des compétences et un « pouvoir agir » sur la qualité de leur vie quotidienne et la relation avec leur environnement. Ce processus permet, in fine, le « rétablissement », c'est-à-dire cette capacité de la personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans en être nécessairement « guérie »³.

La référence quasi constante des acteurs de la réhabilitation à la notion de rétablissement marque actuellement un changement de paradigme déterminant car, à l'inverse de la notion de « stabilisation », elle promeut l'alliance entre les professionnels et les usagers de la psychiatrie et ouvre des horizons nouveaux aux collaborations entre professionnels du soin et de l'accompagnement social et médico-social aux côtés des personnes.

Un dispositif complémentaire aux soins prodigués dans les secteurs

Il ne s'agit pas d'opposer réhabilitation et secteur. Le secteur reste le modèle d'organisation en matière d'offre de soins ambulatoires. La pertinence de la réhabilitation pour des patients ciblés vient compléter et enrichir l'offre du secteur qui ne peut à lui seul développer toutes les formes de soins. *Toutes les situations de soins ne sont pas du ressort de la réhabilitation ; mais toutes les solutions ne peuvent être réalisées dans le cadre du secteur psychiatrique...*

A quels patients s'adresse la réhabilitation psychosociale ?

La réhabilitation psychosociale s'adresse à tout patient stabilisé d'un point de vue clinique, adhérent à sa prise en soins. Les décompensations aiguës, ainsi que les conduites addictives non-stabilisées sont des contre-indication à la mise en œuvre d'un projet de remédiation cognitive. Au vu des troubles induits par la pathologie, les patients souffrant de psychose représentent la population la plus ciblée, car « simultanément malade et en situation d'handicap »⁴

Quels sont les outils de la réhabilitation ?

Remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation... sont des démarches à mettre en œuvre. A ce jour, les outils de réhabilitation sont divers et complémentaires : les ETP, les ateliers d'acquisition des savoirs, la grille d'évaluation de la sphère cognitive se trouvant dans Cariatides, la macro-cible de réhabilitation, mais ils sont d'autant plus efficaces qu'ils s'inscrivent dans un contexte de psychothérapie institutionnelle permettant au patient de retrouver une place de sujet.

¹ Y. PELICIER : réhabilitation, responsabilisation, réhabilitation, *Act. Psych.* n°3, 1989

² M. FARKAS, W. ANTHONY, J. DANSEREAU : la réadaptation, une idée mûrie à quel point ? *Psychiatrie française* n°6, 1989

³ B. DURAND, la réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée, *Pluriels* n°94-95, 2012

⁴ B. DURAND, la réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée, *Pluriels* n°94-95, 2012

Le parcours du patient dans le dispositif réhabilitation

L'admission des patients à l'U.F. réhabilitation de Cronenbourg sera validée et programmée par le responsable médical de cette structure. Son équipe mettra en œuvre le projet de soins et proposera un parcours patient au sein des solutions d'aval proposées dans le dispositif réhabilitation.

L'orientation de la prise en charge du patient vers le dispositif de réhabilitation peut se décider à tout moment, en fonction de bilans ou en raison d'une nécessaire réorientation. L'évaluation de cette prise en charge, sur sa pertinence et ses effets, constitue une étape permanente du projet de soins, avec la possibilité du retour du patient vers son secteur d'origine.

Pour étayer nos propositions, nous avons recherché dans la littérature⁵ les solutions existantes, identifiées en matière d'accueil de patients psychiatriques. Ces structures peuvent accueillir des patients psychiatriques dans les champs :

- sanitaire
- médico-social
- social
- ou par d'autres modalités

Les hébergements avec soins dans le champ sanitaire ou médico-social

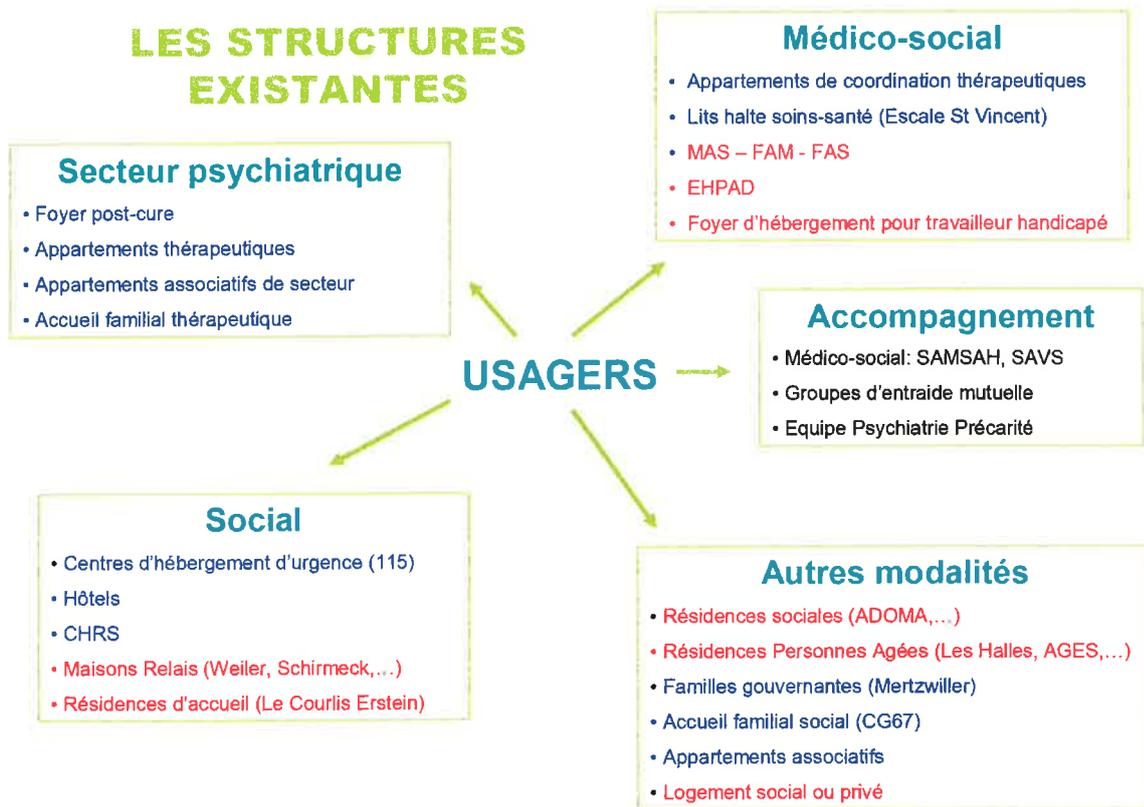
Code couleurs: Hébergement temporaire Hébergement définitif

- Lits halte soins santé
- Appartements de coordination thérapeutique
- Foyers de post-cure
- Appartements thérapeutiques
- Appartements associatifs
- Placement familial thérapeutique
- MAS – FAM
- EHPAD
- Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé

Les hébergements dans le champ social ou médico-social avec soutien d'un service d'accompagnement

- Centres d'hébergement d'urgence – hôtels
- Hébergement de stabilisation
- CHRS
- Accueil familial social (CG67)
- Familles gouvernantes
- Appartements associatifs
- Résidences sociales
- Résidences personnes âgées
- Logement autonome, bailleur social ou privé
- Maison Relais: dont résidence d'accueil
- Foyer de vie

⁵ Guide méthodologique de planification en santé mentale du 15 décembre 1987 et les hébergements des patients psychiatriques
MNASM Février 2007



Pour résumer, les alternatives sanitaires à l'hospitalisation temps complet telles quelles sont identifiées et qui peuvent nous intéresser dans le cadre du développement de l'extrahospitalier sont :

- Un Centre de post-cure psychiatrique doté en lits
- Un service d'accueil familial thérapeutique
- Des appartements de relais thérapeutiques
- Des appartements associatifs de type ARIANE

Notre proposition pour le Territoire de santé 2

Création d'une filière de réhabilitation psychosociale intersectorielle comportant :

- L'UF d'hospitalisation complète Réhabilitation de l'hôpital de Cronenbourg : 20 lits dont 2 studios d'évaluation
- La transformation du C.P.I. actuel en **Centre de Postcure psychiatrique** comportant 10 lits et comprenant un accueil de jour
- Le renforcement de l'équipe actuelle du C.P.I. par la création d'une **Equipe ambulatoire de réhabilitation**
- La création d'un service d'**Accueil Familial Thérapeutique (A.F.T.)** de 3 à 5 places (préférentiellement à l'ouest du territoire de santé 2)
- Le renforcement des solutions d'**appartements de relais thérapeutique** 3 à 5 places (idéalement des appartements individuels regroupés)
- Le renforcement des **appartements associatifs** proposés par l'association ARIANE

Notre proposition apporte une réponse sanitaire à l'écart entre les besoins actuels constatés en nombre de lits et le nombre de lits prévus dans le projet du nouvel hôpital de Strasbourg Cronembourg (pour le Territoire de santé 2)

Capacité actuelle TS 2 à Brumath: 193
Capacité future TS 2 à Cronembourg: 140 Ecart: 53
(page 45 du projet médical 2013-2017)

Réponses à l'écart apportées par ce projet sur le TS 2

Centre de Post-cure psychiatrique: 10 lits
Accueil Familial Thérapeutique: 3 à 5 places
Appartements de relais thérapeutique: + 6 places
Logements ARIANE: + 6 logements

Soit entre 25 et 27 «lits» d'alternative à l'HTC

Cette réponse en alternatives à l'hospitalisation est complétée par le dispositif de l'équipe mobile qui assure le lien entre l'UF d'hospitalisation, le Centre de Post-cure et les solutions de logements graduées (de relais thérapeutique et associatives)

La mise en œuvre du dispositif

Certaines structures existent mais doivent être développées :

- La formule des appartements de relais thérapeutiques : actuellement l'EPSAN gère un appartement de ce type. Il s'agit d'un appartement pouvant accueillir trois femmes ; il est situé à Schiltigheim et c'est le C.P.I. qui assure le suivi des patientes. Nous proposons de transformer cette formule en plusieurs appartements de 1 pièce, regroupés de préférence dans le quartier de Cronembourg ou à proximité du Centre de Post-cure.
- Les appartements associatifs de l'association ARIANE : les demandes de création sont là, reste à renforcer l'association pour lui donner les moyens de la gestion.
- Le Centre de Post-cure s'appuiera sur l'existant C.P.I., qui sera complété par une dizaine de chambres. Ce centre proposera ainsi un accueil et des soins en journée, conservant le cadre horaire actuel. Il sera le siège de l'équipe ambulatoire de réhabilitation. A ce titre, l'aboutissement du projet présenté dans le cadre de l'appel à projets CUS/CG67 «Résidence pour personnes présentant des problèmes de santé» serait une réelle opportunité pour développer conjointement le Centre de Post-cure et une vingtaine de chambres dans la résidence.

Les créations

- L'U.F. d'hospitalisation réhabilitation intersectorielle de Cronenbourg offrira 20 lits dont 2 studios d'évaluation.
- Le service d'Accueil familial thérapeutique : il s'agit d'une alternative à l'hospitalisation correspondant à un besoin identifié, qui nécessite un dispositif dédié pour prendre la dimension thérapeutique. L'accompagnement des familles dans leur mission d'accueil des patients est à ce prix. Il pourrait compléter avantageusement le placement familial du Conseil général en nous laissant la maîtrise du recrutement des familles.
- L'équipe ambulatoire de réhabilitation : mise en œuvre grâce au redéploiement des moyens après mise en configuration *Cronenbourg* sur le site de Brumath. Cette équipe formera les maillons indispensables entre toutes les structures du dispositif réhabilitation cités plus haut.

La faisabilité et le tempo du projet

- Accueil familial thérapeutique  Faisabilité fin 2014
- Appartements de relais thérapeutique  Faisabilité fin 2014
- Logements ARIANE  Faisabilité fin 2014
- Equipe ambulatoire de réhabilitation  Faisabilité fin 2014
- UF HTC Réhabilitation  Application fin 2014
- Centre de Post-cure psychiatrique  Faisabilité fin 2015 ?

La prévision dans ce domaine reste un exercice d'équilibriste et de visionnaire. Plus modestement nous avons bâti ce calendrier dans la perspective d'un projet médical définitivement finalisé...et de l'engagement des forces vives de l'établissement dans sa réalisation : Quand on sait ce qu'on veut il est plus facile de le réaliser !

Pour avancer dans cet objectif, il nous a paru indispensable de clarifier les missions et objectifs des différentes solutions préconisées de manière à éclairer le « lecteur décideur ». Pour faciliter la lecture du présent rapport, nous avons placé ces présentations dans les annexes.

Les avantages et les inconvénients relevés

Le dispositif filière de réhabilitation psychosociale proposé dans ce rapport ne constitue qu'une réponse partielle à la question posée par les alternatives sanitaires à l'hospitalisation dans le cadre de la révision du projet médical de l'EPSAN. Il présente l'avantage d'une réponse chiffrée en alternatives, mais qui ne couvre que la moitié des besoins identifiés sur le Territoire de santé 2. Par conséquent il doit être enrichi d'une profonde réflexion sur les pratiques sectorielles en matière de prévention et de suivi post-hospitalisation. L'implantation forte et active, voire le renforcement des CMP et des soins ambulatoires en hôpital de jour (H.J.) et centre d'activité thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.) sont particulièrement souhaitables au regard du défi qui attend l'EPSAN dans ses missions de soins psychiatriques publics.

L'Accueil familial thérapeutique

Avantages	Inconvénients	Mise en œuvre
Solution familiale pour patients ciblés Maîtrise du recrutement Gestion R.H. interne Maîtrise des places (p/r au placement familial du Conseil général)	Eloignement ? Accompagnement à ne pas sous-estimer	Recrutement des familles Gestion R.H.

Les appartements de relais thérapeutiques

Avantages	Inconvénients	Mise en œuvre
Niveau d'encadrement plus élevé qu'en appartement associatif Faible coût pour le patient (gestion par l'hôpital)	Indications à maîtriser	Location de logements sur Cronenbourg (convention avec bailleur social ?)

Les appartements associatifs ARIANE

Avantages	Inconvénients	Mise en œuvre
Savoir-faire et compétences de l'association	Indications à maîtriser Nécessite un renforcement humain de l'association	Agrément préfectoral de remédiation locative à renégocier avec la Préfecture

Le Centre de Post-cure psychiatrique

Avantages	Inconvénients	Mise en œuvre
Savoir-faire et compétences de l'association	Indications à maîtriser Nécessite un renforcement humain de l'association	Agrément préfectoral de remédiation locative à renégocier avec la Préfecture

L'Equipe ambulatoire de réhabilitation

Avantages	Inconvénients	Mise en œuvre
Coordination des projets de réhabilitation	Indications à maîtriser Nécessite un renforcement humain de l'association	Redéploiement interne après mise en configuration sur le site de Brumath

L'évaluation des moyens globaux à mettre en œuvre pour les structures de la filière Réhabilitation psychosociale du Territoire de santé 2 (en e.t.p.)

Sur la base de :

Filière organisée avec un responsable médical et un cadre supérieur de santé
 1 poste de cadre pour le CPC et 1 poste de cadre pour l'UF HTC de réhabilitation
 CPC Psy : Postes soignants et éducatifs : 1 matin, 1 soir, 1 journée et 1 nuit, 365 jours/an
 Poste ASH : 1 matin et 1 soir/365 jours/an
 Equipe ambulatoire de réhabilitation : 4 soignants en journée du lundi au vendredi
 2 soignants les samedis-dimanches et JF

Profils	ARIANE	Centre de Post-cure psychiatrique	Equipe ambulatoire de réhabilitation	Accueil familial thérapeutique	UF Réhabilitation Cronenbourg	Total
Médecin PH		0,50	0,30	0,20	0,80	1,80
Médecin assistant					0,50	0,50
Cadre supérieur de santé		0,30	0,20	0,30	0,20	1,00
Cadre de santé		0,60	0,40		1,00	2,00
Psychologue		0,40	0,20	0,50	0,10	1,20
Assistant social		0,50	0,40	0,10	0,50	1,50
Secrétaire médicale		0,40	0,10	0,10	0,40	1,00
Infirmier		8,00	5,00	0,50	14,00	27,50
Educateur spécialisé		0,50	0,50			1,00
Aide-soignant			1,00		5,00	6,00
CESF		0,50	0,50			1,00
ASH		3,80			6,00	9,80
Technicien			0,10			0,10
Adjoint administratif	1,2					1,20
Total à redéployer	1,2	15,5	8,7	1,7	28,5	55,60

Annexe 2 : taux de
rehospitalisation à
Richard B

Le taux de rehospitalisation à Richard B

DE 2008 AU 12/11/2013

Il y a eu 62 sorties définitives de réhabilitation depuis 2008.

36 patients n'ont jamais été ré hospitalisés, soit 58% (15 d'entre eux bénéficient d'un suivi en HJ à Richard B)

6 patients ont été ré hospitalisés 1x pour une courte durée à Richard B

Les autres ont été ré hospitalisés à plusieurs reprises à Barbe ou dans leur secteur.

A ce jour, sur ces 62 patients :

29 patients habitent en appartement.

7 patients sont en maison de retraite

2 patients sont en familles d'accueil.

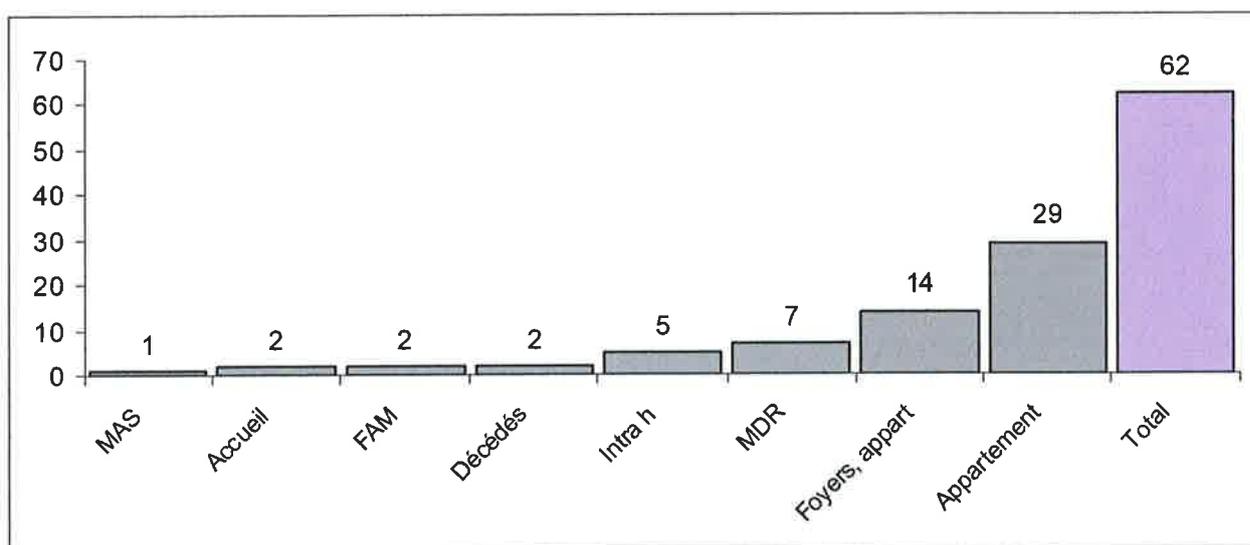
2 patients sont en FAM.

1 patient en MAS.

14 patients sont en foyers, maisons gouvernantes, appartements thérapeutiques....

5 patients sont hospitalisés actuellement dans d'autres services, aucune solution d'aval n'ayant été trouvée.

2 personnes sont décédées au cours de leur hospitalisation.



Graphique : répartition des sortants de l'UF Richard B entre les différentes modalités d'aval

Annexe 3 : rapport
d'activités Richard
2013

RAPPORT D'ACTIVITE DU PERSONNEL SOIGNANT

1. Effectif soignant moyen par type d'activité

Unité : RICHARD B	CMP	CATTP	HJ	INTRA
	0.85 ETP	0.85 ETP	2.2 ETP	12.85 ETP

Unité : RICHARD A	CMP	CATTP	HJ	INTRA
	%	%	2.75 ETP	%

2. Personnel soignant

- **Richard B**

L'unité Richard B est l'unité d'hospitalisation de réhabilitation inter-sectorielle du Territoire 2.

L'équipe soignante de Richard B est constituée de 3.50 ETP d'aide-soignant et de 13.25 ETP d'infirmiers.

L'année 2013 a été marquée par des changements notables au sein de l'équipe soignante : 4 départs (2 IDE et 2 AS) ont été compensés par 4 arrivées, soit **un renouvellement de 23.5% de l'effectif**.

L'absentéisme en 2013 est de 205 jours en 2013, soit **12.05** jours par agent. La lecture de ces chiffres reste cependant à nuancer par le fait que 3 agents concentrent à eux seuls 85% des congés maladie, tandis que 13 autres n'ont aucun jour d'absence pour maladie. Sur les 3 agents, une d'entre elles cumule 126 jours d'absentéisme en lien avec un congé maternité.

L'équipe de Richard se démarque par un âge moyen relativement élevé par rapport aux jeunes équipes des unités d'admission : 45,4 ans avec une expérience certaine dans l'exercice de leur profession au sein de l'établissement : 12,1 ans.

L'arrivée en 2013 de 2 jeunes IDE sortant d'IFSI a permis un rajeunissement de l'équipe et un apport certain de part une vision exsangue des stigmates de la psychiatrie.

Le ratio homme femme au sein de l'équipe soignante est plutôt faible : sur les 17 postes soignants

seuls 3 sont occupés par des hommes soit 17.7% de l'équipe.

Les congés maladie, les absences liées au congé maternité ont entraîné un report de 54 jours sur 2014, ce qui fut gérable dans la récupération des jours sur la planification de travail de la nouvelle année.

L'équipe ASH, intégrant 5 ETP, est constituée d'agents à l'âge et à l'expérience professionnelle disparate. 3 d'entre elles ont un âge moyen de 59,3 ans et les 2 autres de 27,5 ans. L'expérience professionnelle au sein de l'établissement est par contre davantage resserrée au sein de l'équipe avec une moyenne de 9 ans d'ancienneté.

Il est à noter que 2 agents vont prendre la retraite au premier semestre 2014 et 2 autres souhaitent quitter le service pour continuer à exercer au sein du Territoire 1.

A l'orée du déménagement sur Cronembourg, l'équipe ASH sera reconstituée à hauteur de 80%.

L'année 2013 a également été marquée par un changement de cadre de santé au sein de l'unité avec le départ de Mr De Lartigue (pour l'HDJ-CMP de Bischheim) et l'arrivée de Mr Gentner (de Pussin A).

- **Richard A**

L'équipe de Richard A est en charge des activités thérapeutiques au sein du pôle G07, prenant en charge à la fois les patients des Barbe, ceux de Richard et ceux venant en HdJ.

L'équipe est constituée en 2013 de 2.8 ETP, 1.8 ETP d'infirmières et 1 ETP aide-soignante.

Tout comme l'équipe de Richard B, l'équipe a été sérieusement impactée par les changements. 1 infirmière a quitté le secteur pour le G03, faisant basculer l'effectif à 2 ETP.

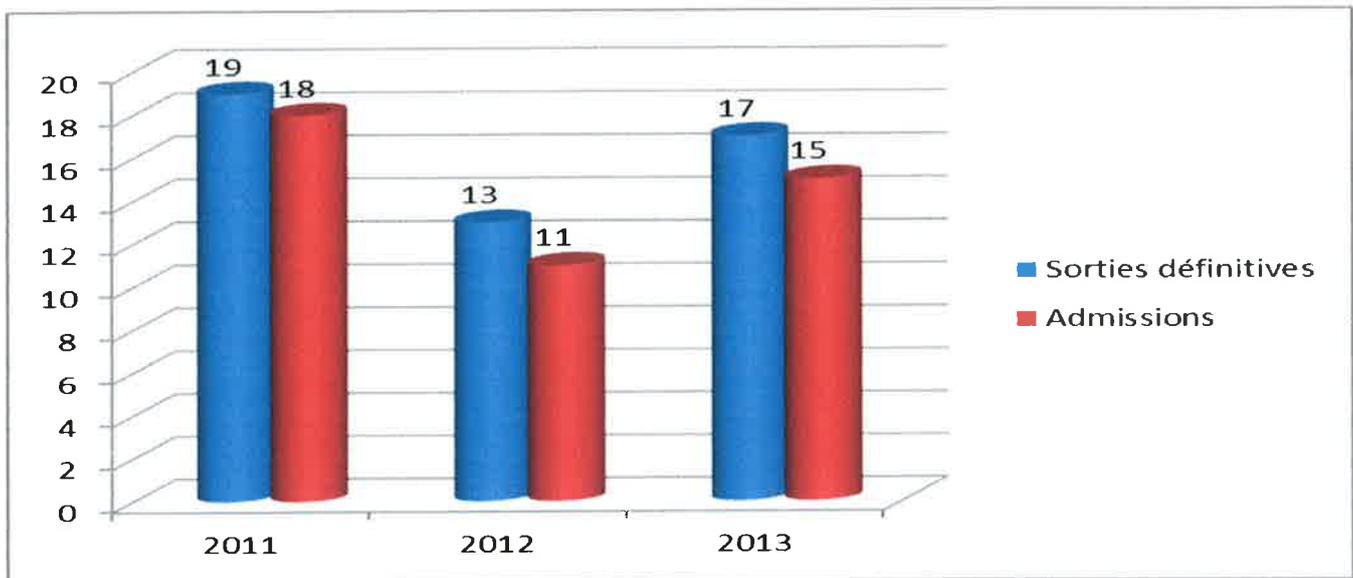
En 2014, l'infirmière de l'équipe devrait également changer d'orientation pour se consacrer à un rôle de coordinateur au CMP-HdJ PA de Bischheim. Son poste devrait être pourvu par un infirmier de Barbe.

3. Activités des services

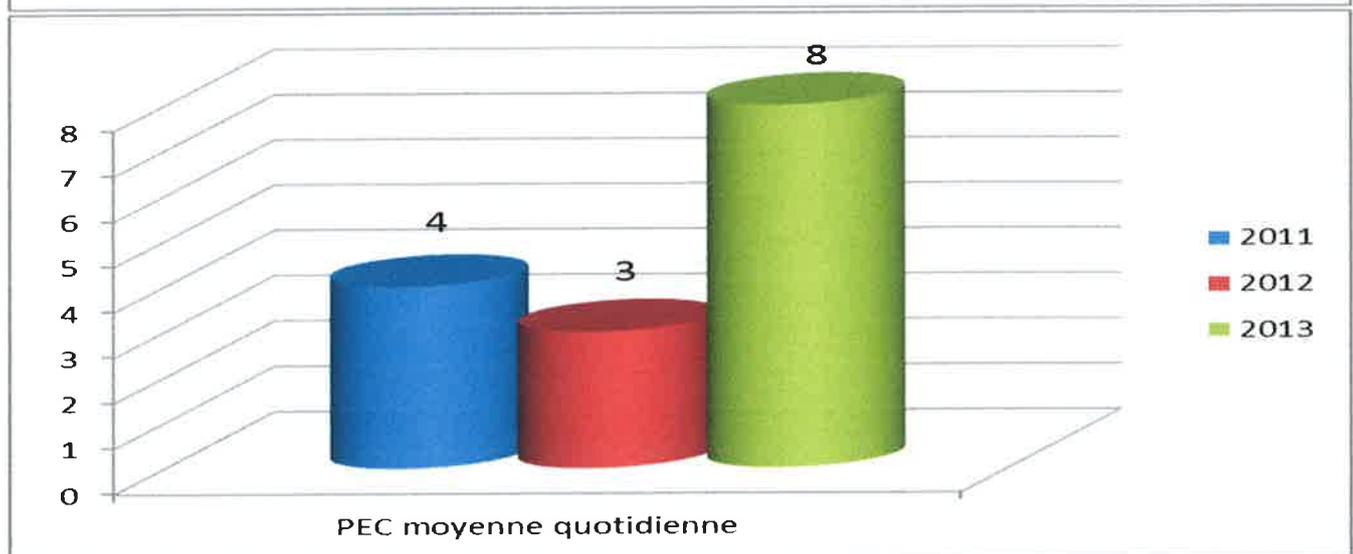
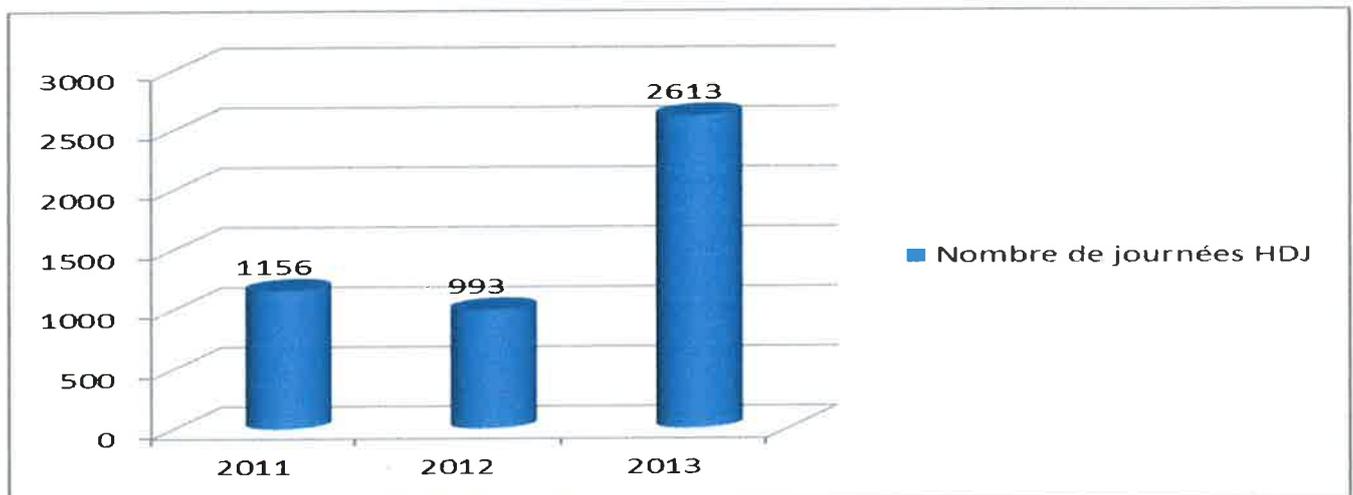
- **Richard B**

L'activité de l'unité peut être analysée sous 3 points distincts :

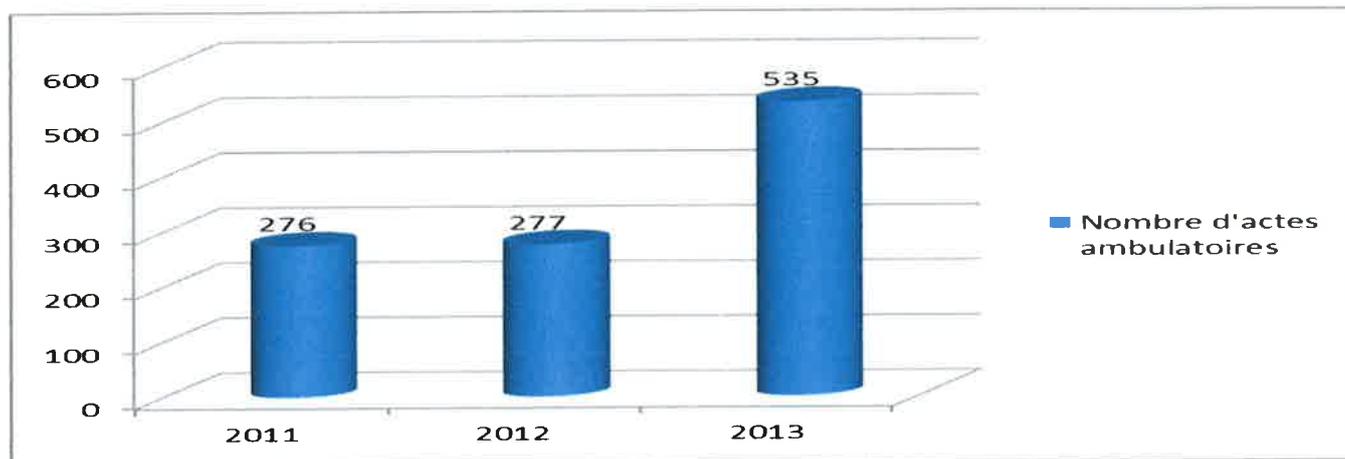
- ✚ **Les mouvements dans l'UF d'hospitalisation** : 17 sorties définitives en 2013 et 15 admissions. Le tableau ci-après donne un comparatif des mouvements de Richard sur les 3 dernières années. Pour le premier semestre 2014, 14 patients sont sortis de l'unité pour autant de mouvement entrant.



✚ **Les prises en charge en hôpital de jour** : en 2013, 2613 journées ont été réalisées pour 26 hospitalisations. Le tableau ci-après donne un comparatif du nombre de prises en charge sur Richard sur les 3 dernières années. Le second tableau donne quant à lui un comparatif du nombre de prises en charge moyen par jour, week-end inclus.



- Les actes ambulatoires** : pour l'année 2013, 535 actes ambulatoires ont été réalisés. Le tableau ci-après donne un comparatif du nombre d'actes ambulatoires sur les 3 dernières années.



Bien que le nombre de mouvements entrées-sorties se soit maintenu en 2013 en comparaison avec 2011, il est à noter la forte augmentation en 2013 des prises en charge en hôpital de jour (+163% par rapport à 2012) ainsi que du nombre d'actes ambulatoires (+93% par rapport à 2012).

Ceci tend à démontrer que l'activité du service s'est nettement développée sur les alternatives à l'hospitalisation, privilégiant les actes de soins en dehors des hospitalisations complètes.

Fin 2013, l'ambition collective de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de Richard fut de trouver une structure adéquate aux patients présents dans l'unité depuis de nombreuses années, provenant « historiquement » du pôle G07. Ainsi, 2 ont pu bénéficier d'une prise en charge dans une des unités du 3X15 de l'établissement. Début d'année 2014, 2 autres ont été pris en charge en famille d'accueil, tout en maintenant le suivi par l'équipe de réhabilitation.

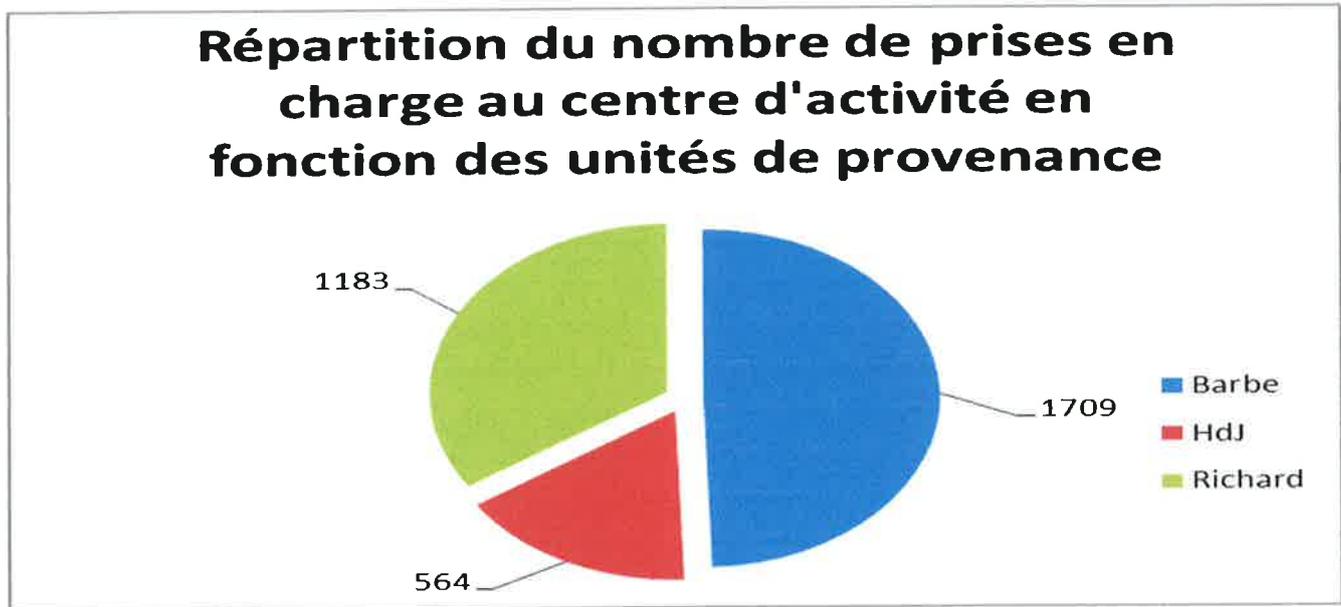
• Richard A

Concernant les activités proposées au sein du centre d'activités, la programmation hebdomadaire se compose de la manière suivante.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	9h/11h PISCINE	9H/9H30 Réunion RA 10h/12h00 THEATRE	9h30/11h30 BASKET avec PHILIPPE B	9H30/11H30 ART PICTURAL	9h30/11h30 CHANT'SONS
MATIN			10h /13h CUISINE		
	13h30 REUNION BA	13h30 REUNION RB	10h/13h30 CUISINE REH@B' Une fois par mois	13h30 REUNION BB	
APRES MIDI	14h00/16h SPORT	14h/16h MEDIATHEQUE	14h/16h MEDIATHEQUE	14h/16h MEDIATHEQUE	13h30/16h00 PEC INDIVIDUELLE ENTRETIENS D'ACCUEIL ACTIVITES ESI
APRES MIDI	14h/16h BULLE D'AIR	14h/16h CIRQUE	14h/16h EN CE MOMENT ...	14h30/16h ECRITURE	

En 2013, une activité nouvelle a vu le jour (cirque) et une autre a été stoppée (cynothérapie) en raison du départ de Mme Furst Géraldine au pôle G03 qui avait bénéficié de cette formation.

Pour l'année 2013, les prises en charge, au nombre de **3456**, se sont réparties de la manière suivante :



Le nombre de patients ayant bénéficié de ses prises en soins sont de 128, soit une moyenne de 27 prises en charge par patient.

Dans un comparatif avec les autres années, on note **une augmentation de 61,8%** des prises en charge en l'espace de 3 ans.

4. Organisation du service

- **Richard B**

L'effectif est passé à 3-3 les mardis et jeudis pour un effectif de 3-2 le restant de la semaine. Cette nouvelle répartition, possible au vu de l'effectif cible de l'unité, a permis d'augmenter les prises en charge individuelles à l'extérieur de l'institution ainsi que les démarches d'évaluation des patients présents dans l'unité d'hospitalisation.

L'équipe est également en charge du suivi des usagers bénéficiant de l'appartement d'évaluation, rue de la Hardt à Brumath, sous « l'égide » d'Ariane. **Sur l'année 2013, 8 patients ont pu louer cette appartement pour un résultat certain : tous ont trouvé un logement après l'appartement d'évaluation et aucun n'a nécessité une hospitalisation en psychiatrie par la suite. Pour le début de l'année 2014, nous restons sur la même dynamique avec 4 patients pris en charge sur l'appartement.**

Il est à noter que la demande pour l'utilisation de cet appartement est particulièrement forte sur l'ensemble de la filière.

La plage d'ouverture de l'unité a été élargie pour rester ouverte de 8h à 20h quotidiennement.

Les actions en lien avec le programme d'éducation thérapeutique des patients ont été poursuivies en 2013 à Richard ainsi que dans l'ensemble du pôle.

- **Richard A**

En comparatif des années précédentes, il est à noter que le nombre de prises en charge au centre d'activités a fortement augmenté, bien que le nombre de soignants dédiés ait lui diminué...

La fin d'année 2013 a vu un changement conséquent dans la programmation des activités avec une volonté de recentrage vers les activités thérapeutiques d'évaluation propres au service de réhabilitation.

5. Actions de formation / recherches

En 2013, plusieurs actions de formation ont eu lieu pour pérenniser et développer les actions en lien avec la réhabilitation et la resocialisation. Nous pouvons noter ici les actions suivantes :

- ✚ Colloque le 7/11/2013 à Charleville sur les « nouvelles techniques de réhabilitation psychosociale » dont on pu bénéficier 4 agents
- ✚ Formation « approches transculturelles des patients originaires des pays de l'Est et du Maghreb » dont on bénéficier 4 soignants

Pour le second semestre 2014, une importante action de formation sera menée au sein du pôle et plus particulièrement pour la filière réhabilitation dont les objectifs seront les suivants :

- ✚ Rappel des concepts essentiels de réhabilitation
- ✚ Permettre le développement d'outils d'évaluation communs entre les structures
- ✚ Effectuer une démarche type réhabilitation, par le biais d'une analyse et évaluation d'une situation
- ✚ Dégager une ligne de conduite commune sur l'ensemble de la filière et créer une véritable dynamique d'équipe autour du projet

La finalisation de cette formation est actuellement à l'étude.

6. Accueil stagiaires

Sur l'année 2013, l'équipe de Richard A et B confondus a accueilli 10 étudiants en soins infirmiers des différents instituts de formation de la région :

- ✚ 9 deuxièmes années
- ✚ 1 troisième année

L'équipe soignante a également encadré 2 élèves aide-soignantes.

Il est à noter que l'encadrement des étudiants à été entièrement revue au sein de l'unité de réhabilitation tout comme au sein de l'ensemble des unités du pôle. Depuis la fin d'année 2013, les étudiants sont amenés à effectuer un parcours de stage, leur permettant de découvrir et développer leurs compétences au sein de toutes les unités : admission, réhabilitation, extra-

hospitalier, CPI.

7. Eléments marquants

La fin d'année 2013 a été marquée par une accélération nette dans le changement de statut de l'unité Richard, passant d'unité de « déchronicisation » à celle de « réhabilitation » en concertation avec l'ensemble des pôles constitutifs du territoire 2.

Afin de développer des actions soignantes plus spécifiques dans la prise en charge des patients, une macro-cible « Projet de réhabilitation » a été présentée au comité de pilotage des transmissions ciblées afin d'être validée institutionnellement. Se basant sur la grille d'acquisition de l'autonomie présente dans Cariatides®, elle a pour vocation de synthétiser les informations en résultant afin de fixer des objectifs avec le patient dans sa démarche d'autonomisation. Son application se fera début d'année 2014 pour une évaluation mensuelle.

Fin d'année 2013, un rapport rédigé par Dr Rangoni et Mr Husenau a permis de mettre en avant l'importance de développer une filière de réhabilitation tournée autour de l'UF de Cronenbourg, un foyer de post-cure, une équipe mobile. Dans la suite de ce rapport, des moyens conséquents, aussi bien humains que financiers seront alloués pour proposer des alternatives à l'hospitalisation.

8. Perspectives pour l'année à venir

- **Richard B**

Tout comme l'ensemble du personnel de l'établissement, le personnel paramédical ainsi que le personnel d'agents de bionettoyage ont été amené à remplir un questionnaire début 2014 adressé par la Direction des Soins afin de se positionner quant aux postes des différentes équipes, de part la reconfiguration engendrée par la réduction des lits et le remodelage des équipes pour Cronenbourg.

Il est à noter que sur les 17 soignants de l'équipe, 15 ont demandé à poursuivre leur chemin professionnel dans l'unité de réhabilitation soit 88% de l'effectif.

La macrocible de « réhabilitation » est devenue un outil d'évaluation au sein de l'unité, régulièrement évalué et réajusté.

Des rencontres avec les différents pôles du territoire vont avoir lieu, afin d'échanger avec les différentes équipes sur le rôle de la réhabilitation et les patients pouvant en bénéficier. En effet, un travail de « communication » nous a semblé important afin d'explicitier nos missions, d'éclaircir les zones d'ombre consécutif au développement de la filière. Le choix a également été fait, en collaboration avec l'assistante sociale du service, de proposer des temps de rencontres avec les organismes en charge de la protection juridique des majeurs afin de clarifier les interventions des uns et des autres.

Une collaboration accrue a été mise en place avec une structure médico-sociale du secteur, implantée sur Schiltigheim, afin de développer les alternatives à l'hospitalisation hors champ de la psychiatrie.

Un des objectifs pour l'année 2014 est de trouver une solution pérenne et adéquate aux derniers patients « historiques » du pôle, au nombre de 5 actuellement.

Au milieu de l'année, l'unité verra sa capacité augmenter à 20 lits. Courant avril, des travaux ont eu lieu afin de transformer l'ancienne chambre de soins intensifs en « studio » d'évaluation et d'aménager 2 salles d'activités situées au-dessus de Richard A en chambre double.

Dans le cadre de la dynamique institutionnelle, la volonté du service est d'équilibrer le nombre de lit par pôle du Territoire 2 pour arriver à un chiffre d'équité de 5 lits occupés par secteur.

Dans la cadre du déménagement sur Cronenbourg, les patients venant en HDJ relevant des autres pôles de l'établissement vont être progressivement re-sectorisés afin de libérer les places et favoriser le lien avec les équipes des secteurs d'origine.

Autre point qui nous a semblé crucial dans la prise en soins des patients : leur présence lors des synthèses de présentation afin d'obtenir leur participation pleine et entière dans les objectifs fixés en commun, avec eux.

D'un point de vue ratio effectif, le choix a été fait de passer à 3-3 sur l'ensemble de la semaine en début d'année bien que le nombre d'ETP initial ne fut pas suffisant, ceci pour coller au plus près à la configuration sur Cronenbourg. Cet effectif cible nous a permis de développer encore davantage les actions individuelles avec les patients tout en garantissant un effectif de « sécurité » dans l'unité.

Au jour d'aujourd'hui, l'équipe paramédicale de Richard est pleinement configurée pour le déménagement sur Cronenbourg. Le déficit d'ETP devrait être compensé début septembre par le biais de la reconfiguration des équipes.

• Richard A

Dans le cadre de la poursuite du travail de réhabilitation, le début d'année 2014 a été marqué par une volonté d'élargir les activités thérapeutiques sur des outils d'évaluation spécifiques. 2 projets ont donc aboutis :

- ✚ La cuisine Réh@b: en collaboration avec la cuisine centrale de l'EPSAN et une diététicienne, l'activité a été mise en place au début de l'année pour permettre aux patients d'acquérir des gestes simples pour cuisiner, dans un souci d'équilibre alimentaire, sur une base financière restreinte. 1X/mois, les patients encadrés par 1 soignante du centre d'activités ainsi que d'un cuisinier et de la diététicienne se retrouvent dans la cuisine attenante à la salle du conseil de surveillance pour préparer un plat équilibré et sain. Déjà réalisée à 3 reprises, cette activité trouve un succès certain chez les patients souvent habitués à ne pas cuisiner et s'acheter des aliments trop riches en matière grasses. Nous tenons ici à remercier l'ensemble des intervenants extérieurs pour leur disponibilité et leurs savoirs nombreux.
- ✚ L'atelier du médicament : en collaboration avec le Dr Javelot de la pharmacie centrale de l'EPSAN, un atelier du médicament a été mis en place lors du premier trimestre 2014 afin d'évoquer les thérapeutiques avec les patients de manière claire et intelligible. Les séances sont proposées à l'ensemble des patients du pôle et sont calibrées en fonction des demandes des patients et de leurs attentes. Courant du mois de septembre, cette activité aura lieu en collaboration avec le pôle G01 afin de mutualiser les moyens et sortir du carcan sectoriel.

- ✚ Les activités vont se développer encore davantage à l'extérieur de l'institution pour permettre encore davantage un ancrage des patients dans leur lieu de vie, au sein même de la communauté. Un projet d'activité en lien avec la sexualité est également à l'étude.

Richard A va progressivement disparaître dans son entité actuelle pour devenir l'équipe mobile de réhabilitation. Dans ce cadre, les patients relevant de Barbe seront progressivement pris en charge en activités par les soignants de jour de l'unité d'admission. L'équipe de Richard A recentrera ainsi son activité sur les patients relevant de la réhabilitation et étendra son activité sur les missions extérieures et l'accompagnement des patients à leur domicile.

Dans ce cadre, le travail de collaboration avec le Centre de Psychothérapie Intersectoriel va progressivement augmenter, l'équipe mobile ayant son implantation définitive rue Jacques Kablé.

Une fois que l'ensemble des équipes de la filière de réhabilitation sera constitué, les moyens seront pleinement disponibles pour tendre à l'objectif principal : donner ou redonner la place de citoyen à tout usager souffrant de troubles psychiatriques au cœur même de la cité et de la communauté en commençant en premier lieu à trouver un logement adéquat dans des conditions dignes.

Annexe 4 :
plaquette de
présentation EMILI

EMILI a pour objectif de rencontrer les personnes souffrant de troubles psychiques et en incitant à cet instant d'élaborer une demande ou de faire la démarche de venir vers des professionnels. Notre intervention débute à la demande de l'entourage et ne peut se faire sans lui. Notre travail porte une attention particulière à la dynamique familiale. Nous proposons un espace et un temps différents des structures de soins classiques. Nous rencontrons la personne en difficulté et son entourage à domicile. La prise en charge est limitée à un mois, durée permettant d'évaluer et d'orienter le patient vers les structures de soins les plus adaptées.

Dr. I. Andreu
Responsable médical

Equipe pluridisciplinaire

Dr I. ANDREU,
responsable médical

Dr A. PICARD
psychiatre

Mme T. GUERNION,
cadre coordinateur de santé

Mme A. PLEIS AMAR
infirmière

Mme J. SIBONI
infirmière

Mme G. SIMEON
infirmière

Pour joindre
E.M.I.L.I
23 rue Tiphaine - 75015 PARIS
Métro : La Motte-Picquet Grenelle

du lundi au vendredi
de 10H00 A 17H30

Contacter le CMP de référence du :
Secteur 14 : 01.45.65.61.19
Secteur 15 : 01.45.65.61.21
Secteur 16 : 01.45.65.61.11



Centre hospitalier
Sainte-Anne

Pôle 15ème : Secteur 14 15 16

E M I L I

Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison
Intersectorielle

Equipe Mobile de soins psychiatriques du 15ème arrondissement

Evaluation et soins à domicile
Informations téléphoniques et avis
Intervention dans les 48h

OBJECTIFS

- Dispenser des soins intensifs à domicile pour traiter la crise en ambulatoire, en alternative à une hospitalisation.
- Prise en charge familiale pour soulager l'inquiétude de l'entourage et travailler sur les interactions.
- Donner avis et venir en appui aux partenaires libéraux (médecins généralistes, psychiatres...).
- Accompagner une personne réticente vers une demande personnelle de soins.

POUR QUI ?

Toute personne âgée de plus de 16 ans, habitant le 15^{ème} arrondissement de Paris ; souffrant de troubles psychiques, nécessitant une prise en charge intensive en ambulatoire. (F) Pfi.

COMMENT DEBUTE LA PRISE EN CHARGE ?

- A la demande d'un professionnel, un rendez-vous avec l'entourage du patient est proposé dans les 48h.
- Une décision est prise quant aux modalités et à la nature des interventions auprès de la personne souffrant de troubles psychiques.
- La première rencontre avec la personne en difficulté est organisée, si nécessaire, avec le demandeur.

→ 9^H - 20^H

→ accueil non programmé de la cas pr antechi infamie
→ réan° 0 nébi - r f
609/CS IAE IX
→ W de relot pulling.

Médecins généralistes

Vous souhaitez un avis psychiatrique pour un patient qui ne veut / peut pas se déplacer en consultation ?

Une famille vous interpelle pour un de ses proches qui pourrait bénéficier d'une évaluation psychiatrique à domicile ?



Les 3 CMP du PÔLE 15

S14 : 01.45.65.61.19
S15 : 01.45.65.61.21
S16 : 01.45.65.61.11



EMILI

Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle
Evaluations et soins à domicile

1 nébi
2, 8 Ete ruyk

Annexe 5 :
powerpoint de
présentation aux
différents pôles



Présentation de la filière de réhabilitation

Présentation pôle

[Plan de la présentation]



1. Préambule
2. Le contexte de l'EPSAN
3. Le constat
4. La réhabilitation psychosociale
 1. Définition
 2. Objectifs pour les usagers
 3. Un dispositif complémentaire aux soins prodigués dans les secteurs
 4. Pour quels patients?
 5. Les outils de réhabilitation
 6. Les missions de l'équipe
5. Le dispositif de réhabilitation aujourd'hui
6. La filière de réhabilitation à l'orée 2015
7. Et demain...

Préambule... un contexte national



- SROS 2012-2016: organiser et améliorer le parcours du patient en psychiatrie
 - Une règle: la prise en charge dans la cité
 - L'hospitalisation complète limitée dans le temps
 - Le développement de l'extra hospitalier
 - La priorité au logement
 - Les liens avec tous les acteurs (social, médico social, médecine de ville, élus, usagers....)
- PPSM 2011-2015: prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec les troubles psychiques
 - Axe 1 : réduire les ruptures au cours de la vie de la personne
 - Axe 2 : réduire les ruptures selon les territoires
 - Axe 3 : réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal
 - Axe 4 : réduire les ruptures entre les savoirs

Préambule... un constat national



- 63% des moyens en psychiatrie sont alloués à l'intra hospitalier pour assurer la prise en charge de 20% des patients
- 37% des moyens pour assurer le suivi des 80% de patients en extra hospitalier...
- 20% des patients maintenus en HC faute de solutions d'aval ou d'une articulation avec celles-ci
- entre 30 et 40% des patients en HC n'ont pas de logement pérenne

Source : ARS

Le contexte de l'EPSAN

- Réduction de 77 lits sur l'EPSAN dont 45 lits sur le T2 pour la configuration Cronembourg
- Développement d'une filière de réhabilitation sur le T2
- Choix du T1 de garder ses lits de réhabilitation dans les unités d'admission (3 par secteur)
- Développement d'une unité de géronto-psychiatrie sur le T2 d'une capacité de 20 lits



Le constat

- Enquête « Patients Séjours Longs » menée en avril 2013 au sein de l'EPSAN, hors unités 3X15
- 171 patients hospitalisés en temps complet + de 180 jours du 1/02/2012 au 01/01/2013
- Les PSL présents en hospitalisation à TC au 31/01/2013 représentent 45% des HTC pour le T2
- Conclusion N°1 du rapport: l'importance des orientations vers un « logement individuel ou familial » et vers un « retour au lieu de vie antérieur » d'autant plus vrai avec les PSL pour éviter les HTC itératives et l'effet « portes tournantes »



La réhabilitation psychosociale

Définition

- La réhabilitation psychosociale sous entend le maintien des patients psychotiques chroniques dans la communauté et vise à construire avec eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux
- Elle se définit comme les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou « anormales »





Les objectifs pour les usagers

- Fondamentalement simple : maintien des patients souffrant de troubles psychiatriques dans la communauté en construisant avec eux un système « d'étayage » en dehors des hôpitaux pour leur redonner une place de citoyen à part entière

Un dispositif complémentaire aux soins prodigués dans les

secteurs

- Il ne s'agit pas d'opposer réhabilitation et secteur. Le secteur reste le modèle d'organisation en matière d'offre de soins (ambulatoires et hospitaliers)
- La pertinence de la réhabilitation pour des patients ciblés vient compléter et enrichir l'offre du secteur qui ne peut à lui seul développer toutes les formes de soins
- Toutes les situations ne sont pas du ressort de la réhabilitation, mais toutes les solutions ne peuvent être réalisées dans le cadre du secteur psychiatrique



Pour quels patients?



- Tout patient stabilisé d'un point de vue clinique. La réhabilitation ne saurait être un lieu de soins contraints
- Les décompensations aiguës ainsi que les conduites addictives non-stabilisées, ou refus de soins sont des contre-indications
- Au vu des troubles induits par la pathologie, les patients souffrant de troubles psychotiques au long cours représentent la population la plus ciblée car simultanément malade et en situation d'handicap
- Le dispositif concerne aussi bien les patients hospitalisés en intra que suivi en extra-hospitalier.
- Admission suite à une synthèse, en présence du patient, de l'équipe d'origine selon la synthèse type de réhabilitation, après accord de l'équipe médicale de l'unité.



Les outils de la réhabilitation

- Remédiation cognitive, entraînement aux habilités sociales, psychoéducation sont des démarches à mettre en oeuvre
- À ce jour, les outils sont divers et complémentaires: ETP, ateliers d'acquisition des savoirs, grille d'évaluation de la sphère cognitive sur Cariatides, macro-cible de réhabilitation, atelier du médicament, cuisine Réh@b...

Les missions de l'équipe



- Consolider les projets individualisés des patients par le biais des VAD
- Evaluer le degré d'autonomisation dans le logement privatif, dans les établissements d'accueil, dans l'UF d'HTC
- Créer ou favoriser le lien existant entre les professionnels de terrain pour maintenir et l'ancrage des patients dans leur lieu de vie
- Assurer la consolidation des liens familiaux et/ou avec le représentant légal
- Favoriser une insertion sociale des usagers par le biais des associations de famille et des GEM
- Communiquer avec les établissements et les acteurs du monde du travail dans le cadre des réinsertions socio-professionnelles
- Participer pleinement à la démarche de démocratie sanitaire en œuvrant au développement des CLSM

Le dispositif de réhabilitation aujourd'hui



- À ce jour le dispositif est composé de l'UF d'HTC sur Richard, du Centre Psychothérapique Intersectoriel, de l'appartement d'évaluation Ariane, rue de la Hardt à Brumath et de l'appartement relais géré par le CPI
- Richard: 16 places intersectorielles, 20 avant septembre 2014
- 4, puis 5 places par secteur, réparties de manière équitable
- Déménagement prévu sur St-Roch fin 2014
- Depuis 2008, il y a eu 62 sorties définitives de l'unité de Richard (hors chiffres 2014).
 - 29 patients habitent en appartement
 - 7 en MDR
 - 2 en famille d'accueil
 - 3 en FAM-MAS
 - 14 sont en foyer, maisons gouvernantes, appartements thérapeutiques...
 - 5 patients sont hospitalisés dans d'autres services EPSAN
 - 2 sont décédés

La filière de réhabilitation à l'orée 2015



- L'ensemble du dispositif est amené à évoluer substantiellement pour garantir encore davantage un suivi des patients, éviter toute hospitalisation non justifiée et répondre de manière réactive
 - HTC intersectorielle de réhabilitation sur Cronembourg de 20 lits avec 2 studios d'évaluation intégrés dans l'UF
 - Transformation du CPI actuel en Centre de Post-Cure Psychiatrique comportant 10 studios, avec un accueil de jour
 - Transformation de l'équipe actuelle de Richard A (en charge des activités du pôle) en équipe mobile de réhabilitation, disponible 7 jours sur 7
 - Création d'un service d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) de 3 à 5 places
 - Renforcement des appartements associatifs proposés par Ariane
- Soit une création d'environ 25 lits d'alternatives à l'hospitalisation

[Et demain...]



- Travail de collaboration avec le T1, afin de développer les approches autour de la réhabilitation, resocialisation, rétablissement sur l'ensemble des territoires
- Œuvrer à la déstigmatisation de la psychiatrie
- Développer la participation des usagers au sein même du dispositif par l'apport des GEM
- Favoriser le travail de collaboration dans un cadre plus global de santé mentale et non plus de psychiatrie
- Favoriser une collaboration accrue avec les équipes de secteur pour fluidifier au maximum le parcours du patient

[En conclusion



- Un projet ambitieux et résolument tourné vers le maintien des usagers au sein de la communauté pour faire des hospitalisations à temps complet une alternative aux soins et non plus une finalité de soin
- Les acteurs du dispositif sont disponibles à tout moment pour répondre à des questions subsidiaires, contact : adresse mail « **rehab** » sur Outlook

Annexe 6 : SISM
2014 plaquette de
présentation projet
réhabilitation



QUAND ? SISM 2014 du 11 au 22 mars

QUI ? Les patients de l'unité de réhabilitation de l'EPSAN ayant participé à l'activité peinture

QUOI ? Une exposition de peintures.

OÙ ? La médiathèque de Brumath, partenaire de proximité

POURQUOI ?

- Favoriser une communication entre l'hôpital psychiatrique et la cité ;
- Inscrire les patients en tant qu'acteur de société
- Valoriser les patients dans des capacités, savoirs faire et savoirs être.
- Apporter un regard différent sur la maladie et ceux qui en souffrent;
- Proposer une approche positive de la santé mentale.

IMPACT ? Livre d'Or fourni et positif
Fierté des patients

Annexe 7 :
plaquette de
présentation Maison
des Usagers CH
Ste-Anne Paris

PLANNING DES PERMANENCES ASSOCIATIVES

LUNDI

- **ARIANE PARIS 1^{er}, 3^e LUNDIS : 14h-16h**

MARDI

- **AFTOC 1^{er}, 3^e et 5^e MARDIS : 14h-17h**
- **ALCOOLIQUES ANONYMES- REGION PARIS INTRA-MUROS 2^e et 4^e MARDIS : 14h-17h**
- **BICYCLE 3^e MARDI : 15h-17h**
- **PORTE OUVERTE 2^e et 4^e MARDIS: 12h-30-15h-30**

MERCREDI

- **PORTE OUVERTE 1^{er} et 3^e MERCREDIS : 11h-14h**
- **FRANCE AVC IDF 1^{er} MERCREDI : 11h-14h et 2^e MERCREDI: 15h-17h (CENTRE R GARCIN DU CH SAINTE-ANNE**
- **ARGOS 2001 14h-17h**
- **SCHIZO OUI ! FAIRE FACE A LA SCHIZOPHRENIE 1^{er} et 3^e MERCREDIS : 14h-17h**
- **LES NEVEUX DE RAMEAU(GEM) 2^e MERCREDI : 14h-16h**

JEUDI

- **UNAFAM Paris 14h-17h**
- **VIE LIBRE 1^{er}, 3^e et 5^e JEUDIS 14h-17h**
- **AL-ANON/ALATEEN GROUPES FAMILIAUX 2^e et 4^e JEUDIS: 14h-17h**

RENSEIGNEMENTS

Maison des usagers
Centre hospitalier Sainte-Anne
1, rue Cabanis 75014 Paris

La Maison des usagers est située dans le même bâtiment que la cafeteria Relay.

Lundi, mardi et jeudi, de 12h30 à 17h
Mercredi, de 11h à 17h

Tél : 01 45 65 74 79

Courriel : maison-des-usagers@ch-sainte-anne.fr

Accès : Métro ligne 6 Glacière – Bus 62




Information santé
Maison des usagers
du Centre Hospitalier Sainte-Anne

UN LIEU D'ECOUTE, D'ENTRAIDE,
D'INFORMATION OUVERT A TOUS :
PATIENTS, PROCHES ET PROFESSIONNELS

LA MAISON DES USAGERS EST UN LIEU :

De soutien et d'entraide pour :

- échanger avec des personnes qui partagent leur expérience de la maladie,
- bénéficier d'une écoute, d'un soutien, d'un conseil, par des personnes qui vivent ou ont vécu la maladie au quotidien,
- sortir de l'isolement, être orienté(e) vers des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ou des groupes de parole,
- rejoindre une association, s'impliquer dans une action solidaire,

D'information sur un problème de santé pour :

- en savoir plus sur une maladie ou une préoccupation de santé,
- trouver des informations sur les médicaments et les traitements,
- s'informer sur l'organisation des soins, les thérapies.

D'information sur ses droits pour :

- se renseigner sur les droits des malades,
- connaître les possibilités de recours ou de médiation,
- identifier le rôle des différents organismes d'aide au respect des droits.

Promotion de la santé pour :

- s'informer sur les conséquences liées à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues,
- prévenir les infections sexuellement transmissibles,
- apprendre à mieux se nourrir, dormir, respirer, entretenir sa forme, gérer le stress...

LES PERMANENCES SONT ASSURÉES PAR LES ASSOCIATIONS SUIVANTES :

AFTOC (Aide aux personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs)

AL-ANON/ALATEEN GROUPES FAMILIAUX (Aide à l'entourage de la personne alcoolique)

ALCOOLIQUES ANONYMES (Aide à la personne alcoolique)

ARGOS 2001 (Aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage)

ARIANE PARIS (Information sur la protection juridique des majeurs vulnérables)

BICYCLE (Aide aux familles d'enfants et adolescents ayant un trouble de l'humeur)

FRANCE AVC et AVC IDF (Accident vasculaire cérébral)

LA PORTE OUVERTE (Association d'écoute)

LES NEVEUX DE RAMEAU (Groupe d'entraide mutuelle)

SCHIZO ? OUI ! FAIRE FACE A LA MALADIE (Aide aux personnes souffrant de troubles schizophréniques et à leur entourage)

UNAFAM Paris (Union nationale des amis et proches de personnes malades et/ou handicapées psychiques)

VIE LIBRE (Mouvement d'anciens buveurs)

LA MAISON DES USAGERS MET A VOTRE DISPOSITION :

- des **permanences d'accueil** assurées par des associations de patients et de proches, et des associations d'écoute,
- des **brochures** d'information,
- des **livres**, des annuaires et des guides dans le domaine de la santé,

La Maison des usagers n'est pas un lieu de soins :

Les informations disponibles ne peuvent remplacer une consultation auprès d'un professionnel qualifié.

Les équipes de soins du Centre hospitalier Sainte-Anne sont à votre disposition pour répondre à vos questions.

La Maison des usagers n'est pas un lieu de réclamations :

Mais les personnes qui s'y présentent peuvent être orientées vers les services compétents pour écouter leurs réclamations et recevoir leurs plaintes.

Annexe 8 :
plaquette de
présentation
Atelier et Chantiers
Thérapeutiques

Présentation

1) L'atelier thérapeutique est une activité encadrée par du personnel soignant dont l'objectif est de permettre une évaluation des capacités d'autonomie globale du bénéficiaire (manuelles, relationnelles, sociales). Cette activité se déroule au CHSA, dans un local adapté à des prestations limitées.

L'ensemble de ces observations, au cours de séances d'atelier de trois heures, permet une évaluation plus fine du diagnostic et des capacités réelles du patient. Il en découle un passage éventuel aux chantiers thérapeutiques ou une reprise, par l'équipe de soins référente, d'une indication de soins plus adaptée à la situation clinique du patient.

L'atelier thérapeutique est une activité transitionnelle non rémunérée, préalable incontournable au passage éventuel aux chantiers thérapeutiques.

L'indication peut être portée au cours ou au décours d'une hospitalisation mais également lors de soins en ambulatoire.

2) Les chantiers thérapeutiques constituent eux aussi une activité encadrée en permanence par du personnel soignant. Tout en poursuivant les soins, le patient acquiert un statut d'ouvrier : « patient ouvrier ».

La réalisation est commandée par un client lui-même patient suivi par un équipe de soins : « patient client ». L'ouvrage est donc imposé techniquement, limité dans le temps et suppose une qualité d'exécution.

Quelque soit son niveau de compétence du « patient ouvrier » sur le chantier, le projet de soins s'engage sur un long terme et dans la régularité quasi quotidienne de l'activité. Ce parcours fait l'objet d'une observation et d'une évaluation régulière de la part de l'équipe encadrante et de l'équipe référente.

Le « patient ouvrier » est salarié de l'association gérant les Atelier et Chantiers Thérapeutiques. Il s'agit d'un emploi par Contrat à Durée Déterminée à temps partiel défini au préalable avec le bénéficiaire. La rémunération s'effectue sur la base du SMIC horaire.

Objectifs généraux

Pour le patient en atelier et chantiers :

- Permettre de repérer ses capacités de travail, de se confronter à leurs limites et de les dépasser,
- Faciliter une restauration et une restructuration psychique en repérant et restaurant,
- Favoriser l'accès aux droits grâce à une activité salariée,
- Faciliter une resocialisation et réinsertion : la collaboration des partenaires associatifs, sociaux et médico-sociaux, permet d'offrir au patient un gradient d'activités de moins en moins encadrées par des soignants et visant son autonomie.

Pour le « patient client » :

- Permettre une réhabilitation et restauration du logement, activité préventive quant à l'insalubrité du lieu de vie,
- Améliorer le maintien à domicile du patient par des aménagements spécifiques,
- Faciliter le maintien dans le logement en prévenant plaintes et expulsions,
- Faciliter le maintien du lien thérapeutique par la médiation que représente l'habitat,

L'expérience acquise depuis 1992 et les résultats obtenus tendent à prouver que « l'outil chantier » est un vecteur de médiation thérapeutique tant pour le « patient ouvrier » que pour le « patient client ».

Modalités de fonctionnement

Entretien de pré admission et « patient ouvrier »

La prescription d'atelier et chantiers thérapeutiques pour un patient est posée par l'équipe référente du patient. Cette indication s'inscrit dans une démarche de soins plus globale, complétant les autres soins, intra et extra hospitaliers, déjà mis en place. Rendez-vous est pris avec ce patient.

Le patient est reçu, de préférence avec un des soignants habituels, afin d'évaluer la meilleure orientation possible à travers sa formation, ses aptitudes physiques et psychologiques, ainsi que son projet personnel.

En fonction du cadre plusieurs activités sont donc possibles :

- l'atelier thérapeutique : petites créations, réparation d'objet, restauration de mobilier à destination de patients défavorisés, ...

- les chantiers thérapeutiques :

- o Nettoyage, assainissement,
- o Petits déménagements,
- o Rénovation plafonds, murs, sols,
- o Pose carrelage,
- o Ponçage parquet, vitrification,
- o Petite menuiserie,
- o Dépannage électrique,
- o Dépannage plomberie,

Les demandes de travaux et « patient client »

Le patient lui-même, la famille ou le tuteur peuvent formuler la demande de travaux mais elle est toujours portée par l'équipe référente du patient client : il s'agit aussi pour lui d'une activité s'intégrant dans le projet de soins.

Un devis est établi sur lequel viendra s'appuyer, après la prestation, une facture,

Le chantier est ensuite programmé et réalisé en présence d'encadrants soignants.

Une maintenance peut être assurée par des visites régulières.

Les travaux sont d'autant plus pratiques à réaliser qu'ils sont à proximité du secteur géographique du CHSA.

Annexe 9 : article
des Dernières
Nouvelles d'Alsace
sur la SISM 2014

Revue de presse 2014



Les Dernières Nouvelles d'Alsace

19 mars

Strasbourg Campagne / Brumath
«L'autre visage de la psychiatrie»

DNA

STRASBOURG - CAMPAGNE

MERCREDI 19 MARS 2014

BRUMATH Exposition à la médiathèque

L'autre visage de la psychiatrie



Des reproductions de tableaux représentant des visages. PHOTO DNA - EVA KNIERIEMEN

Des portraits réalisés par des patients de « réhabilitation » de l'EPSAN sont exposés à la médiathèque « Les Triboques » à Brumath jusqu'au 22 mars. Sous le titre provocateur « Quoi ma gueule ? », le monde de la psychiatrie s'ouvre à nous.

DANS LE CADRE des Semaines d'information sur la santé mentale, une cinquantaine de portraits réalisés par des patients du service de « réhabilitation » de l'EPSAN sont exposés. Une trentaine de personnes y sont suivies, aussi en hôpital de jour. « Par réhabilitation, il faut comprendre socialisation. Après une crise, le malade stabilisé doit retrouver ses repères pour s'intégrer dans sa famille, trouver du travail », explique Fabrice Gentner, cadre de l'unité.

Le choix du portrait

Rolland Aymery, artiste peintre, encadre l'atelier « art pictural » tous les jeudis matins. C'est lui qui a apporté un carton plein de cartes postales parmi lesquelles Christian, Geneviève, Eric et les autres ont pu choisir l'œuvre qu'ils souhaitent reproduire au pinceau ou au crayon. Klimt, Modigliani,

Jawlenski. Sempé sont d'autant d'artistes qui les inspirent. Le résultat est là tant par les couleurs que les formes.

Le choix du portrait, thème de prédilection de nombreux peintres, « s'est imposé de lui-même pour montrer un « visage » différent de la psychiatrie, loin de drames ou dysfonctionnement relatés par les médias », expliquent les soignants. Le titre provocateur « Quoi ma gueule ? », comme chante Johnny Hallyday, a été retenu pour inviter à ce vis-à-vis un peu particulier. Le créateur ou l'observateur du tableau se reflète comme dans un miroir. L'ima-

ge renvoyée n'est pas toujours flatteuse, mais nous confronte avec l'autre, voire avec nous-mêmes.

Les soignants souhaitent ainsi ouvrir l'hôpital sur la cité, redonner aux patients leur place de citoyen et surtout « déstigmatiser l'image que nous avons de la psychiatrie », précise Fabrice Gentner. ■

EVA KNIERIEMEN

► Jusqu'au samedi 22 mars. « Quoi ma gueule ? » à la médiathèque Les Triboques aujourd'hui de 10 h à 13 h et de 14 h à 18 h, le vendredi de 15 h à 19 h et le samedi de 10 h à 15 h. @ www.semaine-sante-mentale.fr

AYMERY ROLLAND TÉMOIGNE

L'artiste peintre qui organise aussi des cours de peinture dans son atelier à Gries, a trouvé dans cet accompagnement sa vocation. « Quand j'étais étudiant en arts déco, j'enseignais pour gagner des sous et c'était douloureux. Maintenant, je me rends compte que c'est ce que j'aime le plus. Nous peintres, on n'a pas les mots pour s'exprimer. Avec le temps, je suis devenu bavard et j'apprécie de parler avec mes élèves. J'essaie de les pousser et, j'en suis persuadé, il leur restera quelque chose ».

Il lui arrive aussi d'accompagner les patients de l'EPSAN au musée. « L'autre jour, nous avons visité une exposition au musée d'art moderne. Un en a pleuré, tellement il trouvait ces images dures ». Lors des sessions de peinture, Aymery constate que les malades « même sous traitement dur s'accrochent. Cela leur demande pourtant énormément de concentration ». Des reproductions particulièrement minutieuses de tableaux de Klimt en témoignent. Et de citer le cas d'un autiste qui malgré tout a appris à communiquer, à mémoriser. « Ils se sont accrochés à la peinture. Ils aiment venir à cette activité », se félicite l'artiste.

Annexe 10 :
plaquette de
présentation G21
EPSM Lille-
Métropole

Soins et Insertions

Culture

- Services Activités, Insertions et Soins intégrés dans la Cité (SAISIC) - Centre d'Art Frontières
211 rue Roger Selengro
59260 Hellemmes
email : frontieres@epsm-lille-metropole.fr
☎ 03 20 47 55 54 - Fax 03 20 47 55 55

Logements

- Filière Appartement Thérapeutique
11 rue A. Diligent - 59155 Faches-Thumesnil
☎ 03 20 16 26 90
- Résidence André Breton
34 bis rue des Myosotis - 59155 Faches-Thumesnil
☎ 03 20 95 48 47
- Appartement Transitoire Samuel Beckett
59 rue du fig d'Aras - Fax 03 20 29 91 15
59 rue du fig d'Aras - 59155 Faches-Thumesnil
email : samuelbeckett@epsm-lille-metropole.fr

Travail

- Pôle travail et recherche d'emploi
DJSPHP ☎ 03 20 97 52 96
Etablissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT) ☎ 03 20 18 38 00

Associations d'usagers en Santé mentale. Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)

- Association "Nord Mentalités" -
Tourcoing

Contact : M. Ethuin, Président
☎ 03 20 25 33 18

- Association Amitié et Partage

216 rue Jacquard - 59260 Hellemmes
Contact : M^{me} Thibaut, Présidente
☎ 03 20 56 02 71
email : gemamitiepartage@orange.fr

- Association les "Ch'ti Bonheur"

1 chemin des marguerites
59155 Faches-Thumesnil
Contact : M. Bodart, Président
☎ 03 20 88 19 90

Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM)

Siège social :
14 av. Robert Schuman
59370 Mons-en-Barœul
Contact : M. Févriér, Permanent
☎ 03 20 56 70 70

Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France)

45 rue du M^{re} Lyautéy - Résidence Europe
59370 Mons-en-Barœul
☎ 03 20 43 71 00
Fax. 03 20 43 71 15
e-mail : cocom@epsm-lille-metropole.fr
www.epsm-lille-metropole.fr

Association Intercommunale de santé, santé mentale et de citoyenneté

(Faches Thumesnil, Hellemmes, Lesquin, Lezennes, Mons en Barœul, Ronchin)
Elle a pour but de favoriser la prévention, l'accès aux soins de santé et de santé mentale, la citoyenneté des personnes malades par le logement, la culture, le travail, les loisirs et l'insertion sociale.
Contact : Mairie de Ronchin
650 avenue Jean Jaurès
59790 Ronchin
☎ 03 20 16 60 00



Pôle de Psychiatrie 59G21
Mons - Hellemmes
Ronchin - Lezennes
Faches-Thumesnil - Lesquin
Santé Mentale
dans la cité

En cas d'urgence, appelez votre médecin généraliste ☎

En cas d'absence de votre médecin généraliste, adressez-vous à :

- SOS Médecin ☎ 03 20 29 91 91
- S. Vincent ☎ 03 20 87 48 48 (ou 50)
- Centre d'Accueil et de Crise
- CHRU de Lille - ☎ 03 20 44 42 15
- Ilôt Psy / Centre d'Accueil Permanent ☎ 03 20 78 22 22
- Urgences CHU de Lille ☎ 03 20 44 59 62
- Numéros utiles :
SAMU Social ☎ 115
SOS Amitié ☎ 03 20 55 77 77
Centre Anti-poison ☎ 038 25 812 822
Accueil et Renseignements du secteur de psychiatrie 59G21 ☎ 03 20 19 12 50



Pôle de Psychiatrie 59G21

Villes de : Mons - Hellemmes - Ronchin - Lezennes - Faches-Thumesnil - Lesquin

Services de soins en santé mentale intégrés dans la cité

Consultatoires / Soins ambulatoires de proximité

- **Mons, Hellemmes, Lezennes.**
Cabinet de médecins généralistes
☎ 03 20 19 12 50
1 av. du Président Kennedy
59370 Mons-en-Barœul
- **Centre de Soins Paul Clermont**
☎ 03 20 19 12 50
58 rue Faïdherbe - 59260 Hellemmes
- **Centre Médico-Psychologique Pirandello**
☎ 03 20 61 75 53 - Fax 03 20 61 75 55
74 bd R. Schuman - 59370 Mons-en-Barœul
email : pirandello@epsm-lille-metropole.fr
- **UTPAS Hellemmes**
☎ 03 20 19 12 50 - Fax 03 20 19 12 55
22 rue de l'Innovation - 59260 Hellemmes
email : antoninartaud@epsm-lille-metropole.fr

Consultations Spécialisées

- **Maison Antonin Artaud**
☎ 03 20 19 12 50 - Fax 03 20 19 12 55
Thérapies émotionnelles, cognitives, comportementales et consultation interculturelle et de psychanalyse. Thérapies brèves.
43/45 rue Faïdherbe - 59260 Hellemmes
email : antoninartaud@epsm-lille-metropole.fr
- **Centre Don Jackson**
☎ 03 20 19 12 51 - Fax 03 20 19 12 55
Centre Intersectoriel de Thérapie Conjugale et Familiale-Systémique
43 rue Faïdherbe - 59260 Hellemmes
email : donjackson@epsm-lille-metropole.fr
- **Diogène**
☎ 03 20 93 58 76
Equipe mobile santé mentale et précarité
45 rue Lavoisier - 59130 Lambersart
email : diogene@epsm-lille-metropole.fr

Hospitalisation

- **Clinique Jérôme Bosch**
☎ 03 20 10 23 89 - Fax 03 20 35 13 74
104 rue du G^e Leclerc - B.P. 10
59487 Armentières Cedex

Alternatives à l'hospitalisation

- **Accueil Familial Thérapeutique Alternatif à l'Hospitalisation (AFTAH)**
☎ 03 20 43 71 07 [08] [09]
Fax 03 20 43 71 15
45 rue du M^r Lyautéy
59370 Mons-en-Barœul
email : aftah@epsm-lille-metropole.fr
- **Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC)**
☎ 03 20 43 71 07 [08] [09]
45 rue du M^r Lyautéy - Résidence Europe
59370 Mons-en-Barœul

- **UTPAS Mons-en-Barœul**
☎ 03 20 19 12 50 - Fax 03 20 19 12 55
3 pl. de Bourgogne - 59370 Mons-en-Barœul
email : antoninartaud@epsm-lille-metropole.fr

Ronchin, Faches-Thumesnil, lesquin.

- **Centre Médico-Psychologique (CCAS) Georges Van Belleghem**
☎ 03 20 62 07 28 - Fax 03 20 96 32 10
286 rue Kléber - 59155 Faches-Thumesnil
e-mail : ssueur@epsm-lille-metropole.fr
- **Centre Médico-Psychologique Benjamin Péret**
☎ 03 28 55 30 15 - Fax 03 28 55 30 18
5 bis rue Comtesse de Ségur - 59790 Ronchin
email : benjaminperet@epsm-lille-metropole.fr
- **Centre Médico-Sportif**
☎ 03 20 62 07 28
rue Comtesse de Ségur - 59790 Ronchin
- **CCAS Lesquin** ☎ 03 20 16 99 74

Annexe 11 : affiche
du 3^{ème} congrès de
réhabilitation
psychosociale 2013

3^{ème} CONGRÈS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

10 et 11 Octobre 2013



LE RETABLISSEMENT

Au CHU La Timone / 264 Rue Saint-Pierre - 13005 Marseille - Métro La Timone

Résumé

A son fils qui voulait des conseils de son millionnaire de géniteur, Kingsley WARD écrit « Ose rêver. Ose essayer. Ose te tromper. Ose avoir du succès. Vas-y. Je te lance un défi ! ». Voilà sans doute une phrase qui aurait pu nous être lancée lorsque nous avons porté sur les fonts baptismaux le projet de réhabilitation et plus précisément celui d'une équipe mobile.

En 2015-2016, l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord dans lequel j'exerce sera amené à changer profondément de visage, dans son fonctionnement, dans son organisation. Dans l'optique du développement de la filière de réhabilitation, nous formulons le vœu pieux d'un changement de paradigme profond dans le soin apporté aux usagers en santé mentale. Des rencontres, des expériences, des succès mais aussi des échecs ont renforcé nos convictions d'une présence accrue des usagers dans les dispositifs de soins, de la nécessité de développer des alternatives à l'hospitalisation, d'un maintien coûte que coûte des patients au cœur même de leur environnement, dans la cité, dans leur cité.

L'EPSM de Lille, le CH Ste-Anne de Paris, le CHU Ste-Marguerite de Marseille, autant d'exemples d'établissements qui ont fait le choix de changements conséquents dans leur pratique avec un retentissement certain dans les prises en soin des usagers mais aussi sur l'opinion publique. En effet, ces changements de paradigme opérés ont tous en facteur commun la destigmatisation et la volonté farouche de changer les a priori négatifs autour de la santé mentale, véhiculés auprès de la société.

Par le biais de la création de l'équipe mobile, que nous traiterons dans ce mémoire, nous relevons le défi qui nous est lancé d'être pleinement participatif dans cet An II de la Démocratie Sanitaire mis en avant par les pouvoirs publics.

Mots-clés : équipe mobile, rétablissement, inclusion sociale, destigmatisation, démocratie sanitaire