

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: études et applications"

Année 2014

**Etat des lieux des représentations et des pratiques des professionnels
d'un service de santé mentale orienté rétablissement**

Coline GROULEZ-DRAIN

Sous la direction du Dr Massimo MARSILI

Sommaire

I) Introduction

II) Argumentaire

- 1- Historique du rétablissement
- 2- Le concept de rétablissement
- 3- Les services orientés rétablissement
- 4- La petite histoire du secteur de psychiatrie 59G21

III) Méthode

- 1- Matériel utilisé
- 2- Méthode de recueil et d'analyse

IV) Résultats

- 1- Analyse descriptive
 - a) Les professionnels du service de santé mentale 59G21
 - b) Les représentations des professionnels du service de santé mentale 59G21
 - c) Les pratiques du service de santé mentale 59G21
- 2- Comparaison des représentations des professionnels selon leur métier
- 3- Le médiateur de santé pair

V) Discussion

VI) Conclusion

Bibliographie

Annexes

I) Introduction

Le secteur de psychiatrie 59G21 oeuvre depuis longtemps dans la philosophie de la santé mentale communautaire. Progressivement, le service s'est ouvert sur la communauté en développant des alternatives à l'hospitalisation et en essayant de coller le plus possible aux besoins et attentes des usagers. La participation des usagers et la notion de rétablissement ont contribué à l'orientation du secteur 59G21 vers la santé mentale communautaire. Mais les professionnels qui composent l'équipe du secteur sont issus de branches très variées, et n'ont pas forcément individuellement cette culture de la santé mentale communautaire et du rétablissement, d'autant plus que c'est une pratique encore peu développée en France.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les représentations des professionnels du service de santé mentale 59G21 sur les troubles psychiques dits "sévères", d'une part, et les pratiques de ce service, d'autre part, et de les confronter aux données de la littérature et aux recommandations sur les "recovery oriented services". Pour cela, nous avons créé un questionnaire s'inspirant des principes du rétablissement et de la pratique des "recovery oriented services" et l'avons diffusé aux professionnels du pôle 59G21.

Dans la première partie ce mémoire, nous commencerons par vous présenter le contexte historique de la philosophie du rétablissement, les données actuelles sur les services orientés rétablissement et l'histoire du service de santé mentale 59G21. Ensuite, nous présenterons l'étude réalisée auprès des professionnels du service de santé mentale 59G21. Nous concluerons par une discussion autour des perspectives d'amélioration du pôle 59G21 dans le sens du rétablissement, au regard d'exemples issus de la littérature internationale.

II) Argumentaire

1- Historique du rétablissement

Le "recovery" est un concept dont la psychiatrie ne s'est saisie que très récemment. A l'origine, ce terme était employé par des groupes d'anciens buveurs qui se réunissaient pour se soutenir mutuellement dans leur démarche d'abstinence. Les Alcooliques Anonymes ont vu le jour en 1935 et ont perpétué cette pratique de groupes de soutien par les pairs. A la fin des années 1980, Judi Chamberlin a contribué à développer la notion d' "empowerment" et d'entraide mutuelle. Puis a suivi une vague de mouvements associatifs et politiques des usagers en santé mentale pour "la réappropriation du pouvoir «par et pour» les usagers" (Le Cardinal P. et al., 2013 ¹⁴). Au cours des années 1990, se sont développés des groupes d'entraide mutuelle. A l'heure actuelle, les GEM se multiplient partout en France.

Le mouvement des usagers en santé mentale a pris une grande ampleur aux Etats Unis, avant d'essaimer dans d'autres pays. Le terme francophone "rétablissement" a été proposé par les chercheurs canadiens. Depuis le début du XXI^{ème} siècle, de nombreux pays ont publié des rapports et des recommandations sur le rétablissement et les pratiques à adopter dans les services de santé mentale, en particulier les pays anglo-saxons: les Américains en 2006 (*Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care* ²¹), les Irlandais en 2008 (*A recovery approach within the irish mental health services* ¹²), les Canadiens en 2008 (*Faire du rétablissement une réalité* ¹⁹) et 2012 (*Mise en pratique du rétablissement* ²⁰), les Anglais en 2010 (*Recovery is for All* ¹⁷), les Australiens en 2012 (*National Recovery-Oriented Mental Health Practice Framework* ¹⁵) et en 2013 (*A national framework for recovery-oriented mental health services* ¹), et cette liste n'est pas exhaustive.

2- Le concept de rétablissement

Le mot "rétablissement" est la traduction du terme anglo-saxon "recovery". William A. Anthony le définit comme suit: "Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness". "Recovery is a truly unifying human experience" (Anthony, 1993 ²).

Pour Patricia E. Deegan ¹⁰ (1988), Le rétablissement est à distinguer de la réhabilitation: "Rehabilitation refers to the services and technologies that are made available to people with disabilities so that they might learn to adapt to their world. Recovery refers to the lived or real life experience of people as they accept and overcome the challenge of the disability". Elle distingue trois pierres angulaires dans le concept de rétablissement: "hope, willingness and responsible action" (espoir, bonne volonté ou empressement, et action responsable).

Il existe de nombreuses définitions du rétablissement. Toutes se rejoignent sur l'idée qu'il s'agit d'un processus, et pas d'une fin en soi; d'un processus qui comprend bien plus que la rémission des symptômes psychiatriques, mais qui concerne la personne dans son ensemble, dans toutes les sphères de sa vie. La rémission du trouble psychiatrique n'est ni une condition nécessaire ni suffisante au rétablissement. "Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that one is « cured »". "This is the paradox of recovery, i.e., that in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do" (Deegan, 1987 ⁹).

Le rétablissement a pour finalité le bien-être global de la personne, et les chemins qui y mènent peuvent être multiples. Il est propre à chacun. L'essentiel est de pouvoir accompagner la personne dans ses choix et ses projets, à son rythme, et en respectant le fait que ses priorités ne sont pas forcément les nôtres. Cela suppose d'accepter que le chemin vers le rétablissement puisse être long et sinueux. La personne en rétablissement passera sans doute par des déceptions, des échecs; à nous, soignants, d'être présents, de supporter avec l'utilisateur les moments de découragement et de l'aider à tenir le cap. "Recovery is a process. It is a way of life. It is an attitude and a way of approaching the day's challenges" (Deegan, 1987 ⁹).

Pour les anglais, qui ont publié un rapport en décembre 2010 sur les pratiques orientées rétablissement (*Recovery is for All* ¹⁷), on peut distinguer trois principes clés du rétablissement: "hope", "agency", et "opportunity" (ce qui signifie: espoir, autodétermination et prise de pouvoir, accès équitable et participation active aux services de la cité).

La notion d'espoir est centrale, et revient systématiquement dans la littérature consacrée au rétablissement. L'espoir est un moteur pour les personnes en rétablissement qui seraient vite tentées de baisser les bras, surtout quand les soignants n'y croient pas. L'espoir devrait être véhiculé et porté par chacun d'entre nous.

L' "empowerment" est aussi une notion centrale dans la philosophie de rétablissement. Elle transparaît dans deux des pierres angulaires du rétablissement choisies par Deegan: "willingness" et "responsible action"; et dans le terme "agency" choisi par les anglais comme l'une des clés du rétablissement. Pour l'OMS (2010 ²²): "In a mental health context, empowerment refers to the level of choice, influence and control that users of mental health services can exercise over events in their

lives". Empowerment "is the process of taking control and responsibility for actions that have the intent and potential to lead to fulfilment (= épanouissement, réalisation) of capacity. This incorporate four dimensions:

1. self-reliance (= indépendance, autonomie)
2. participation in decisions
3. dignity and respect
4. belonging and contributing to a wider community" (= appartenance et contribution/participation à une communauté plus ouverte).

Du côté des soignants, l'OMS considère que, pour aboutir à l'empowerment des usagers, cela requiert des conditions externes et des qualités internes importantes (ci-dessous en anglais):

"- hope and respect

- reclaiming one's life

- feeling connected

- understanding that people have rights

- learning skills that the individual defines as important

- moving from secrecy to transparency

- growth and change that are never ending and self initiated".

On peut se demander si le rétablissement a un sens chez des personnes qui n'auraient pas conscience de vivre avec une maladie mentale. L' "insight" est-il nécessaire au rétablissement? Davidson balaie cette question en quelques pages, dans un article très intéressant, datant de 2012 (*Le problème de l'insight* ⁸). Il prône l'idée que le rétablissement n'est de doute façon pas censé être centré sur le diagnostic, mais bien sur la personne, ses désirs, ses buts, et la façon dont la poursuite de ses projets et désirs est devenue difficile. Il est donc possible d'aller à la rencontre des personnes "là où elles en sont" et de leur offrir un accès au soin malgré le déni de la maladie. Il n'est pas nécessaire de parler de "schizophrénie" pour accompagner une personne dans son processus de rétablissement. Il suffit de se concentrer sur les aspects angoissants ou gênants de la maladie.

3- Les services orientés rétablissement

Faire le choix de travailler en santé mentale dans le sens du rétablissement, c'est en quelque sorte franchir le pas vers un changement complet de paradigme. Alors que les services traditionnels de psychiatrie centraient tous leurs efforts sur les soins, le traitement, la disparition des symptômes,

les services orientés rétablissement proposent une autre approche, centrée sur la personne, ses forces, ses choix de vie, ses projets. Là où la prise du traitement et la stabilité clinique étaient les objectifs principaux en psychiatrie "classique", ceux-ci deviennent des moyens parmi d'autres pour accéder aux projets de vie de la personne.

Le psychiatre et les équipes soignantes ont l'habitude de se positionner comme détenteurs du savoir et d'avoir le pouvoir sur "leurs" malades, tandis que ceux-ci sont priés de suivre les prescriptions à la lettre et de remettre à plus tard leurs projets de vie, jugés trop ambitieux tant qu'ils ne sont pas "stables". Or, il est possible pour les usagers de devenir acteurs de leurs soins et de prendre le pouvoir dans les prises de décision qui les concernent. Il est possible de s'appuyer sur le savoir expérientiel des usagers et de leur faire confiance sur leur capacité à décider de ce qui est le mieux pour eux. Cette prise de pouvoir des usagers sur leur propre suivi et, plus globalement, sur leur propre vie, cet "empowerment", c'est ce vers quoi nous devons accompagner les usagers de nos services, à condition d'adopter une position humble et respectueuse.

Pour Anthony (1993 ¹): "In a recovery-oriented mental health system, each essential service is analyzed with respect to its capacity to ameliorate people's impairment, dysfunction, disability, and disadvantage". D'autre part, il ne faut pas oublier le rôle des aidants naturels et de l'entraide entre pairs. "Recovery may be facilitated by the consumer's natural support system. (...) Self-help groups, families, and friends are the best examples of this phenomenon" (Anthony, 1993 ¹).

A l'heure actuelle, la pair-aidance est encore très peu développée en France, alors que c'est une pratique courante aux Etats-Unis. Il existe des groupes de pairs, notamment pour les usagers en addictologie (Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes par exemple), mais la professionnalisation des pairs aidants est encore balbutiante. Pourtant, dans l'histoire de la psychiatrie française, Jean-Baptiste Pussin est un exemple marquant de la possible professionnalisation d'anciens usagers de la psychiatrie. Il a sans doute joué un grand rôle dans la libération des aliénés de leurs chaînes par Pinel (Le Cardinal P., 2010 ¹³).

Une expérimentation menée par le CCOMS est actuellement en cours pour évaluer l'intérêt du support par les pairs. Le terme choisi pour désigner cette profession naissante est "médiateur de santé". Ainsi, 30 médiateurs de santé ont été formés puis intégrés dans des services de psychiatrie et d'insertion sociale. L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans (Roelandt J.-L., 2010 ¹⁸).

Larry Davidson et son équipe de chercheurs, à l'Université de Yale aux Etats-Unis, ont écrit, dans une revue de la littérature sur la pair-aidance, qu'on ne retrouvait pas de différence significative entre des soins prodigués par des professions soignantes "classiques" en psychiatrie, et des soins délivrés par des pairs-aidants, et ce dans 3 études différentes. Une quatrième étude

montrait même une amélioration significativement plus importante chez les usagers suivis par des travailleurs pairs (Davidson et al., 2006 ⁵). Davidson et al. conceptualisent la pair-aidance comme impliquant une ou plusieurs personnes, ayant une histoire de maladie mentale et ayant expérimenté des changements significatifs dans leur parcours psychiatrique, qui offrent des services et/ou du soutien à d'autres personnes présentant des maladies mentales sévères et considérées comme n'ayant pas suffisamment avancé dans leur propre processus de rétablissement. Dans un article plus récent, Davidson et al. (2012 ⁷) ont cherché à mettre en évidence les particularités des interventions réalisées par les pairs aidants. Ils en ont relevé principalement trois:

1. les pairs aidants sont porteurs d'espoir.
2. les pairs aidants s'appuient sur un savoir expérientiel, que n'ont pas la plupart des soignants.
3. les pairs aidants ont un mode relationnel caractérisé par l'empathie.

En effet, en donnant la possibilité aux usagers de s'identifier à eux, les pairs aidants dégagent confiance et compréhension.

L'un des freins à cette pratique est l'accueil mitigé des équipes soignantes, qui se sentent menacées par ces nouveaux professionnels. La formation préalable des équipes est donc indispensable à la bonne intégration des pairs aidants ou médiateurs de santé.

Dans une étude publiée en 2004, Borg et al.³, ont interrogé des usagers en santé mentale, dans le but de mettre en évidence ce qui a pu être aidant dans les relations qu'ils ont pu avoir avec les soignants. L'idée sous-jacente est d'essayer de comprendre comment les professionnels orientés rétablissement peuvent au mieux collaborer avec les usagers. Les éléments qui ressortent de ces entretiens sont:

- les démonstrations d'empathie et de respect,
- un mode relationnel basé sur l'égalité, la collaboration, c'est-à-dire une relation authentique, de personne à personne,
- le fait que les professionnels soient à l'écoute des propres priorités de l'utilisateur,
- l'intérêt porté à la vie quotidienne et aux événements de vie de l'utilisateur,
- le fait de se sentir considéré et vu comme une personne, pas uniquement comme un malade, et donc de pouvoir partager les bonnes comme les mauvaises expériences,
- la disponibilité des soignants ou des équipes.

Au total, les qualités humaines des soignants avaient plus d'importance aux yeux des usagers que leurs compétences professionnelles.

Pour résumer, nous pouvons retenir quelques principes sur les "recovery oriented services":

- Etre porteurs d'espoir, aspect central et indispensable au rétablissement.
- Prodiguier des soins centrés sur la personne, ses forces, ses projets.
- Favoriser et soutenir l' "empowerment" des usagers.
- S'appuyer sur les aidants naturels (famille, amis).
- Orienter les usagers vers les réseaux d'entraide mutuelle et les groupes de pairs.
- Concourir à la professionnalisation des pairs aidants.

4- La petite histoire du secteur de psychiatrie 59G21

Le service de santé mentale 59G21 dépend de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. Il dessert 6 communes de la métropole lilloise: Hellemmes, Mons-en-Baroeul, Lezennes, Fâches-Thumesnil, Ronchin et Lesquin, soit un bassin de 84 193 habitants (INSEE 2008). Depuis les années 1980, le secteur 59G21 a évolué vers un service de santé mentale communautaire, se démarquant de plus en plus des services de psychiatrie traditionnels, hospitalo-centrés voire asilaires. Cela s'est traduit par une diminution du nombre de lits d'hospitalisation (85 en 1985 vs 10 en 2013), et par un redéploiement des moyens et des équipes vers l'ambulatoire. Bien sûr, ces aménagements se sont faits progressivement.

Pour commencer, les lieux de consultation, au coeur de la cité, se sont multipliés, pour favoriser l'accessibilité aux soins des usagers. Actuellement, le secteur 59G21 comprend deux CMP (centres médico-psychologiques), mais il est aussi possible pour les usagers de rencontrer les professionnels sur d'autres sites: comme une maison médicale ou un centre sportif par exemple. Le classique CMP est devenu SMPP (service médico-psychologique de proximité), non plus centré sur un lieu de consultation mais proposant des soins sur de multiples sites, et à domicile. Le SMPP se met à disposition des usagers et si besoin va vers eux, hors les murs du CMP.

En 1993, l'ouverture de la résidence André Breton, accueillant 6 usagers présentant des troubles psychiques persistants et nécessitant un étayage soignant quasi permanent, a permis d'offrir une alternative à de longues hospitalisations pour ces personnes.

En 2002, le secteur a commencé à travailler avec des familles d'accueil thérapeutique. Les accueils durant généralement quelques semaines, cela a permis de désengorger encore l'hôpital et d'éviter de trop médicaliser des situations qui ne le nécessitaient pas forcément.

2005 marque l'ouverture du SIIC ou Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (Vavasseur et al. 2010 ²³). Il s'agit d'une équipe mobile de soins intensifs à domicile, pour les situations de crise ne

nécessitant pas une surveillance constante en milieu hospitalier. Avec une capacité de 12 places, l'équipe du SIIC assure des soins quotidiens, voire pluri-quotidiens, à domicile. Le SIIC est aussi un outil très intéressant pour faire des sorties d'hospitalisation "précoces", quand la situation est jugée encore trop fragile pour être prise en charge par le SMPP.

Parallèlement s'est développée la filière appartement. Ce service a permis à des usagers de vivre en autonomie dans des appartements associatifs, avec un accompagnement régulier à domicile par une équipe de réhabilitation médico-sociale. Actuellement, 28 usagers vivent en appartement associatif sur le secteur 59G21.

Le développement de toutes ces alternatives à l'hospitalisation a permis de réduire considérablement la durée moyenne des séjours à l'hôpital (133 jours en 1983 vs 8 jours en 2013). De plus, l'augmentation constante de la file active du service (735 en 1983 vs 2774 en 2013) n'a pas empêché la diminution du nombre de lits d'hospitalisation. En 2013, le service d'hospitalisation, la clinique Jérôme Bosch, a été décentralisé de l'EPSM vers le site du CHRU de Lille, afin de se rapprocher des usagers. Précisons que c'est un service ouvert, pensé pour respecter au mieux les libertés des usagers et offrir un environnement accueillant. Ainsi, la clinique Jérôme Bosch ne comprend pas de chambre d'isolement, et la contention n'y est pratiquée qu'en dernier recours, avec un objectif de zéro contention.

Par ailleurs, le 59G21 est aussi un service de santé mentale communautaire car il travaille en partenariat avec les communes qu'il dessert et les acteurs de la cité. Concrètement, le service est impliqué dans un Conseil Local de Santé Mental. Il travaille aussi en partenariat avec les médecins généralistes du secteur, les centres sociaux, ou encore les associations locales. Il participe enfin au dispositif Diogène, une équipe mobile de psychiatrie pour les personnes en grande précarité, qui concerne toute la métropole lilloise.

III) Méthode

1- Matériel utilisé

Nous avons construit un autoquestionnaire (cf. annexe), dont les questions s'inspiraient de la RSA (=Recovery Self Assessment, O'Connell, Tondora, Croog, Evans, & Davidson, 2005¹⁶). Notre questionnaire a été mis en forme via un masque de saisie sur le logiciel Sphinx. Il comprenait 2 parties:

1- Les représentations des professionnels du service sur les troubles psychiques sévères et sur le rétablissement. Dans cette partie, les réponses étaient cotées de 1 à 5 (1=fortement d'accord, 2=plutôt d'accord, 3=ni en désaccord ni d'accord, 4=en désaccord, 5=fortement en désaccord) ou "je ne sais pas". Cette première partie avait pour but de refléter les croyances et opinions subjectives des professionnels du service de santé mentale 59G21.

2- Les pratiques du service de santé mentale 59G21. Les réponses possibles étaient: "oui", "non" ou "je ne sais pas". Cette partie avait pour but de mettre en évidence la réalité des pratiques du service de santé mentale 59G21, à l'heure actuelle, et de voir comment il se situait par rapport aux recommandations sur les "recovery oriented services".

Les réponses étaient anonymes, mais il fallait renseigner la profession, l'ancienneté dans la profession, et l'ancienneté dans le service.

2- Méthode de recueil et d'analyse

Le questionnaire a été diffusé par email à tous les professionnels du service de santé mentale 59G21, toutes professions confondues, soit 140 personnes. Le recueil a duré environ 3 semaines, de fin juin à mi-juillet 2014, avec des relances régulières par email. Le taux de réponses attendu était d'au moins 50%.

Les données ont ensuite été analysées grâce au logiciel Sphinx. Nous avons réalisé une analyse descriptive des données puis des tests de Fisher et du chi².

IV) Résultats

1- Analyse descriptive

Nous avons récolté 82 observations, sur un nombre total de 140 professionnels dans le service de santé mentale 59G21.

Cependant, une observation a été supprimée car elle ne contenait aucune réponse. Cela correspond probablement à une personne qui aurait parcouru et validé le questionnaire sans avoir répondu aux questions. Nous avons donc retenu 81 observations, ce qui correspond à un taux de réponses de 57,8%.

Nous avons également apporté quatre corrections dans la saisie de la profession, trois pour des infirmiers n'ayant pas sélectionné l'onglet "profession paramédicale" mais ayant répondu en texte libre, et une pour un interne en médecine que nous avons inclu dans l'onglet "médecin". Nous avons également corrigé cinq observations pour lesquelles l'ancienneté dans la profession était renseignée en terme de date de début d'activité, et non sous forme d'une durée en années.

a) Les professionnels du service de santé mentale 59G21.

Sur 81 observations, les professions étaient réparties de la façon suivante:

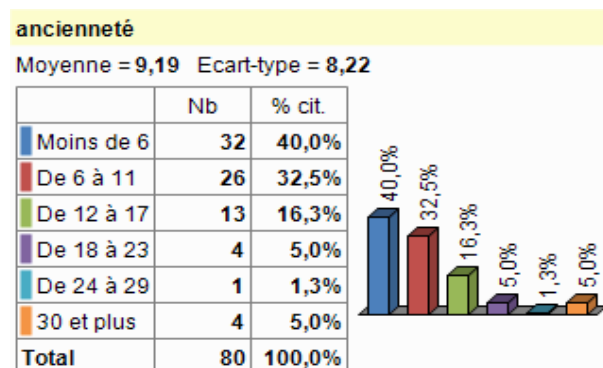
Tableau 1

Quelle est votre profession ?			
	Nb	% cit.	
Non réponse	1	1,2%	1,2%
Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	42	51,9%	51,9%
Médecin	12	14,8%	14,8%
Secrétaire	7	8,6%	8,6%
Psychologue	6	7,4%	7,4%
Cadre	5	6,2%	6,2%
Profession socio-éducative	4	4,9%	4,9%
Autre	1	1,2%	1,2%
ASH	1	1,2%	1,2%
Intervenant socio-culturel	1	1,2%	1,2%
Médiateur de santé pair	1	1,2%	1,2%
Famille d'accueil thérapeutique	0	0,0%	0,0%
Total	81	100,0%	

Seules les familles d'accueil n'ont pas souhaité répondre au questionnaire. Une personne a répondu au questionnaire sans renseigner sa profession, c'est pourquoi l'échantillon pour cette question est de 80 personnes (cf tableau 1).

L'ancienneté dans la profession était répartie de la façon suivante:

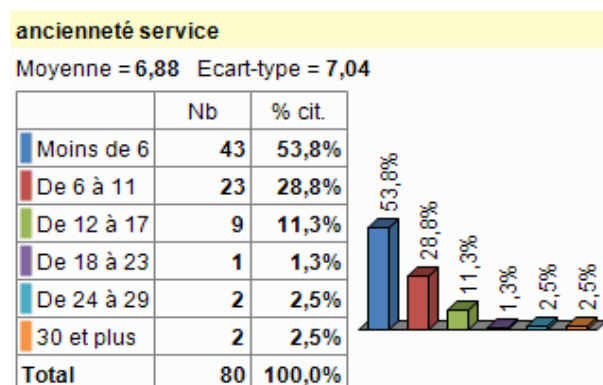
Tableau 2



On peut remarquer que les professionnels du service sont majoritairement jeunes, avec, pour 86,4% d'entre eux, une ancienneté dans la profession inférieure ou égale à 15 ans.

L'ancienneté dans le service était répartie de la façon suivante:

Tableau 3



On ne notait pas de différence significative entre l'ancienneté dans la profession et dans le service. 92,6% des professionnels du pôle avaient une ancienneté inférieure ou égale à 15 ans.

b) Les représentations des professionnels du service de santé mentale 59G21.

Pour cette première partie du questionnaire, les réponses étaient cotées de 1 à 5, avec 1 correspondant à "fortement en accord" et 5 à "fortement en désaccord".

Cette partie comportait 5 groupes de questions (numérotés de 1 à 5), soient 24 questions au total. Le premier groupe portait sur la possibilité pour des personnes souffrant de troubles psychiques sévères d'en guérir, le deuxième sur la possibilité de se rétablir de ces mêmes troubles, le troisième sur la notion de rétablissement, le quatrième sur les capacités, compétences et l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, et le dernier groupe comportait une question sur le souhait ou non des professionnels de partager les toilettes avec les usagers du service.

Pour le premier groupe de questions (cf tableau 4), on peut remarquer que plus de la moitié des professionnels sont en désaccord (réponses cotées 4 ou 5) avec la possibilité d'une guérison. 63,8% des professionnels pensent qu'une personne souffrant d'un trouble bipolaire ne peut pas en guérir, 72,5% pour un trouble psychotique chronique, 70% pour une schizophrénie et 52,6% pour un trouble de personnalité. La vision des professionnels sur une possibilité de guérison de ces quatre troubles psychiatriques est globalement pessimiste.

Tableau 4

Concernant l'évolution des troubles psychiatriques - guérison						
	1	2	3	4	5	Je ne sais pas
Une personne souffrant d'un trouble bipolaire peut en guérir	3,8%	13,8%	16,3%	31,3%	32,5%	2,5%
Une personne souffrant d'un trouble psychotique chronique peut en guérir.	3,8%	7,5%	15,0%	32,5%	40,0%	1,3%
Une personne souffrant de schizophrénie peut en guérir.	6,3%	7,5%	15,0%	32,5%	37,5%	1,3%
Une personne souffrant d'un trouble de la personnalité peut en guérir	7,5%	8,8%	25,0%	21,3%	31,3%	6,3%

Pour le deuxième groupe de questions (cf tableau 5), la tendance s'inverse par rapport au premier groupe. En effet, les professionnels sont plus de 75% à penser qu'une personne vivant avec un trouble psychique sévère peut se rétablir: 87,7% pour le trouble bipolaire, 80,3% pour le trouble psychotique chronique, 82,8% pour la schizophrénie et 76,5% pour un trouble de personnalité. On peut remarquer qu'aucun professionnel n'a coché la case "je ne sais pas" en réponse à cette question, alors que certains l'ont fait pour le groupe 1.

Tableau 5**Concernant l'évolution des troubles psychiatriques - rétablissement**

	1	2	3	4	5	Je ne sais pas
Une personne souffrant d'un trouble bipolaire peut se rétablir	66,7%	21,0%	4,9%	4,9%	2,5%	0,0%
Une personne souffrant d'un trouble psychotique chronique peut se rétablir	56,8%	23,5%	11,1%	3,7%	4,9%	0,0%
Une personne souffrant de schizophrénie peut se rétablir	59,3%	23,5%	9,9%	3,7%	3,7%	0,0%
Une personne souffrant d'un trouble de la personnalité peut se rétablir	46,9%	29,6%	8,6%	8,6%	6,2%	0,0%

Pour le troisième groupe de questions (cf tableau 6), 95% des professionnels (réponses cotées de 1 ou 2) pensent que le rétablissement est un processus global, qui vise le bien-être de la personne dans son ensemble. 81,3% d'entre eux ne sont pas d'accord (réponses cotées 4 ou 5) pour dire que le rétablissement correspond à une guérison de la maladie. Les réponses à ces deux questions sont donc assez tranchées. En revanche, la réponse à la question: "Le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique" est beaucoup plus mitigée, avec une répartition environ équivalente pour les 5 modalités de réponses et quelques réponses "je ne sais pas".

Tableau 6**Concernant le rétablissement**

	1	2	3	4	5	Je ne sais pas
Le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique	17,5%	23,8%	23,8%	17,5%	15,0%	2,5%
Le rétablissement correspond à une guérison de la maladie	2,5%	2,5%	13,8%	26,3%	55,0%	0,0%
Le rétablissement est un processus global, qui vise le bien-être de la personne dans son ensemble	82,7%	12,3%	2,5%	1,2%	1,2%	0,0%

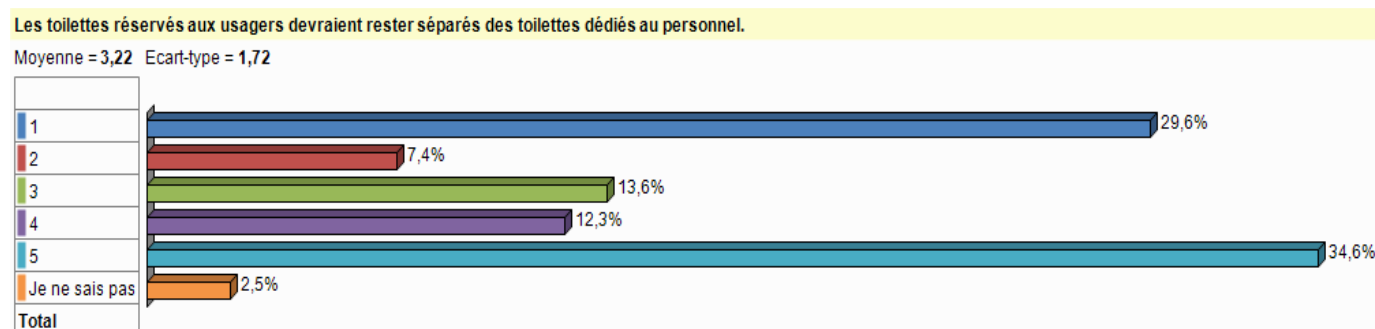
Pour le quatrième groupe de questions (cf tableau 7), concernant les compétences et l'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère, on peut remarquer que, pour la majorité des questions, plus de 85% des professionnels sont en accord avec les différentes propositions (réponses cotées de 1 ou 2). Toutefois, pour trois questions, le taux de réponses 1 et 2 est un peu plus faible, situé entre 80 et 85%. Cela concerne la capacité à suivre des études avec succès, à gérer son budget et à être autonome pour la gestion de son traitement.

La dernière question (cf figure 8), enfin, s'intéressait à l'opinion des professionnels sur le fait d'avoir des toilettes séparés de ceux des usagers. La majorité des professionnels se prononçait en désaccord avec des toilettes séparés (46,9% de réponses cotées 4 ou 5 contre 37% cotées 1 ou 2). On peut remarquer toutefois que les avis étaient souvent tranchés avec environ 30% de réponses cotées 1 ou 5.

Tableau 7

Une personne souffrant d'un trouble psychiatrique sévère peut,						
	1	2	3	4	5	Je ne sais pas
être intelligente.	81,5%	11,1%	2,5%	1,2%	2,5%	1,2%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, prendre des décisions autonomes.	76,5%	16,0%	2,5%	1,2%	3,7%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, être autonome dans les actes de la vie quotidienne (repas, courses, toilette, ...)	86,4%	8,6%	1,2%	1,2%	2,5%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, travailler	63,8%	23,8%	10,0%	1,3%	1,3%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, suivre des études avec succès.	57,5%	26,3%	10,0%	2,5%	3,8%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, pratiquer des activités de loisir dans la communauté.	86,3%	10,0%	2,5%	0,0%	1,3%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, s'impliquer dans la vie associative de la communauté.	81,5%	13,6%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, exercer ses droits et devoirs de citoyen, comme le droit de vote.	72,8%	14,8%	7,4%	0,0%	2,5%	2,5%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, gérer son budget.	61,7%	22,2%	11,1%	1,2%	2,5%	1,2%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, être autonome pour la gestion de son traitement.	67,9%	23,5%	6,2%	1,2%	1,2%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, avoir des relations amicales.	86,4%	9,9%	2,5%	0,0%	1,2%	0,0%
en dehors des périodes de décompensation aiguë, avoir une vie de famille.	85,2%	9,9%	3,7%	0,0%	1,2%	0,0%

Figure 8



c) Les pratiques du service de santé mentale 59G21

La deuxième partie du questionnaire comportait 9 groupes de questions (numérotés de 6 à 14), soit un total de 57 questions, portant sur les pratiques du service de santé mentale 59G21. Les réponses possibles étaient sous trois modalités: "oui", "non" ou "je ne sais pas". Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous:

Le groupe 6 concernait le service d'hospitalisation (cf tableau 9). Le taux de réponses "oui" était supérieur ou égal à 70% pour toutes les questions. Ce taux dépassait 90% pour 7 questions sur 11.

Les réponses à la question sur le respect de la confidentialité était un peu plus mitigée, avec plus de 11% de réponses "non" ou "je ne sais pas".

La liberté d'accès aux activités obtenait 12,3% de réponses "non" ou "je ne sais pas".

Les questions sur l'amplitude horaire des visites et la liberté de venir des visiteurs étaient les plus discutées ou méconnues, avec environ 15% de réponses "je ne sais pas".

Tableau 9

Le service d'hospitalisation			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Il offre des chambres individuelles	100,0%	0,0%	0,0%
Il permet au patient de préserver son intimité.	95,1%	0,0%	4,9%
Les patients peuvent circuler librement dans le service.	98,8%	0,0%	1,2%
Il ne comporte pas de chambre d'isolement	93,8%	4,9%	1,2%
La contention n'y est utilisée qu'en dernier recours	97,5%	1,3%	1,3%
La confidentialité est respectée lors des entretiens individuels avec le patient ou des transmissions entre professionnels.	88,9%	4,9%	6,2%
Il offre une amplitude horaire de visites d'au moins l'équivalent d'une demi-journée tous les jours.	78,8%	2,5%	18,8%
Les visiteurs peuvent aller et venir librement.	70,4%	14,8%	14,8%
Les activités proposées sont libres.	87,7%	4,9%	7,4%
Les usagers ont la possibilité de donner leur avis sur le service.	92,6%	1,2%	6,2%
Les durées d'hospitalisation sont majoritairement inférieures à un mois.	100,0%	0,0%	0,0%

Le groupe 7 concernait les soins ambulatoires (cf tableau 10). Les réponses étaient à plus de 80% positives pour la pluralité des lieux de consultation, l'amplitude horaire des consultations, le délai pour un premier contact avec le service, l'accueil des usagers par un professionnel à leur arrivée et la possibilité d'être suivi à domicile. En revanche, la possibilité de bénéficier d'une consultation 7 jours sur 7 apparaissait moins évidente. Le confort des salles d'attente obtenait environ le même taux de réponses "oui" et "non". Enfin, le temps de retard dans les consultations apparaissait clairement supérieur au délai proposé de un quart d'heure ou moins.

Tableau 10

Les soins ambulatoires			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Le pôle de santé mentale propose plusieurs lieux de consultation répartis sur le secteur.	100,0%	0,0%	0,0%
Il est possible de bénéficier d'une consultation le soir après 18 heures.	97,5%	0,0%	2,5%
Il est possible de bénéficier d'une consultation 7 jours sur 7.	63,0%	33,3%	3,7%
Le délai pour un premier contact avec le service n'excède pas une semaine	96,3%	0,0%	3,7%
Le délai pour un rendez-vous médical n'excède pas un mois	69,1%	22,2%	8,6%
Le retard dans les consultations n'excède pas un quart d'heure.	9,9%	75,3%	14,8%
Les salles d'attentes des lieux de consultation comportent des fauteuils confortables.	48,1%	43,2%	8,6%
Les usagers sont accueillis par un professionnel à leur arrivée.	84,0%	12,3%	3,7%
Il est possible d'être suivi à domicile si besoin.	100,0%	0,0%	0,0%

Le groupe 8 concernait la gestion des situations de crise (cf tableau 11). Les taux de réponses "oui" étaient supérieurs à 95% pour toutes les questions.

Tableau 11

La gestion de crise			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Le pôle de santé mentale comprend un système d'astreinte médicale 24h/24.	98,8%	0,0%	1,2%
Il est possible de joindre un soignant par téléphone 24h/24 si besoin.	96,3%	1,2%	2,5%
Il est possible de rencontrer un professionnel de service dans les 48h en cas de besoin.	98,8%	0,0%	1,3%
Le pôle de santé mentale offre la possibilité d'alternatives à l'hospitalisation en cas de décompensation aiguë.	98,8%	1,2%	0,0%
Il est possible de bénéficier d'un suivi intensif à domicile en cas de décompensation aiguë.	100,0%	0,0%	0,0%

Dans le groupe 9, sur la diversité de l'offre de soins, on retrouvait un taux de réponses "oui" supérieur à 90%, sauf pour la question sur le service de réhabilitation au long cours, qui obtenait 87,7% de "oui" (cf tableau 12).

Tableau 12

La diversité de l'offre de soins			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Le service permet une offre de soins variée avec plusieurs catégories professionnelles.	100,0%	0,0%	0,0%
Les usagers peuvent bénéficier de soins individuels ou en groupe	98,8%	0,0%	1,2%
Chaque usager peut bénéficier de plusieurs modalités de suivi ou intervenants selon sa demande et l'évaluation des professionnels.	98,8%	0,0%	1,2%
Les projets de soins sont personnalisés selon les besoins de l'utilisateur.	91,4%	8,6%	0,0%
Les projets de soin sont réévalués et adaptés à l'évaluation des besoins de l'utilisateur.	90,1%	7,4%	2,5%
Le pôle de santé mentale comprend un service de réhabilitation au long cours pour les patients ayant des troubles persistants	87,7%	6,2%	6,2%

Dans le groupe 10, nous avons exploré l'ouverture du service sur des professions qui ne sont pas classiquement retrouvées dans les équipes de santé mentale (cf tableau 13). Cette ouverture apparaît donc effective avec plus de 95% de réponses positives concernant la présence d'artistes, animateurs socio-culturels ou médiateurs de santé pairs.

En revanche, la question sur l'implication des médiateurs de santé pairs dans la formation des professionnels obtient seulement 38% de réponses "oui". Et la suivante, sur l'implication des médiateurs de santé pairs dans les groupes d'information ou d'éducation thérapeutique obtient 69,7% de "oui".

Tableau 13

Une ouverture de l'équipe sur des professions non soignantes			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Le pôle de santé mentale comprend des professionnels qui ne sont pas soignants de formation, comme des artistes ou des animateurs socio-culturels.	98,8%	0,0%	1,2%
Le pôle de santé mentale comprend des médiateurs de santé pairs.	97,5%	0,0%	2,5%
Les Médiateurs de santé pairs sont impliqués dans la formation des professionnels du service.	38,3%	28,4%	33,3%
Les médiateurs de santé pairs sont impliqués dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies.	67,9%	6,2%	25,9%

Le groupe 11 portait sur l'implication et la responsabilisation des usagers et des aidants (cf tableau 14). A la question sur l'existence de groupes d'information ou d'éducation thérapeutiques à destination des usagers et des aidants, 76,5% des professionnels répondent "oui". Environ 15% d'entre eux répondent "je ne sais pas", ce qui indique une méconnaissance de ce dispositif chez certains professionnels. La question sur la recherche de l'avis des usagers obtient 90% de réponses "oui". Mais le taux de "oui" est beaucoup moins élevé quand on demande si cet avis est suivi (63%).

Pour les autres questions, le taux de réponses positives est inférieur à 65%. L'avis des familles et aidants semble beaucoup moins demandé que celui des usagers (64,2% de "oui"). La question sur l'implication des personnes en rétablissement dans les groupes d'information ou d'éducation obtient 60,5% de réponses positives. Et un peu plus de 56% des professionnels considèrent que les usagers sont encouragés à participer au conseil de pôle.

Tableau 14

L'implication et la responsabilisation des usagers et des aidants			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Des groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies sont organisés à destination des usagers et des aidants.	76,5%	8,6%	14,8%
Les personnes en rétablissement sont impliquées dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies.	60,5%	13,6%	25,9%
L'avis des usagers sur les pratiques du service est recherché.	90,1%	3,7%	6,2%
L'avis des usagers sur les pratiques du service est suivi.	63,0%	7,4%	29,6%
L'avis des familles ou proches des usagers est recherché.	64,2%	14,8%	21,0%
L'avis des familles ou proches des usagers est suivi.	43,2%	18,5%	38,3%
Les usagers sont encouragés à participer au conseil de pôle.	56,8%	11,1%	32,1%

Le groupe 12 concernait le respect de l'autonomie des usagers (cf tableau 15). Les taux de réponses "oui" dépassent 90% pour les 5 questions. Les deux questions sur la recherche de la demande des usagers concernant leurs modalités de suivi, d'une part, et leur implication dans les décisions prises concernant leur traitement ou leur suivi, d'autre part, obtiennent un score un peu moins élevé.

Tableau 15

Le respect de l'autonomie des usagers			
	Oui	Non	Je ne sais pas
La demande des usagers concernant les modalités de leur suivi est recherché.	90,1%	7,4%	2,5%
Les usagers sont impliqués dans les décisions prises sur leur traitement ou leur suivi.	90,1%	2,5%	7,4%
Si les usagers le souhaitent, les proches sont impliqués dans les décisions prises concernant le suivi des usagers.	95,0%	2,5%	2,5%
Les usagers peuvent changer d'intervenant référent s'ils le souhaitent/	100,0%	0,0%	0,0%
Les usagers peuvent demander à consulter leur dossier médical.	96,3%	1,2%	2,5%

Dans le groupe 13, on a cherché à explorer la possibilité pour les usagers d'être entendus dans les autres domaines de leur vie que les soins, et d'être accompagnés vers la communauté, ainsi que sur la valorisation de leurs capacités (cf tableau 16). Les réponses obtenues étaient pour plus de 90% des "oui".

Tableau 16

Au delà de la prise en charge des symptômes et de la maladie			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Les usagers ont la possibilité de discuter avec les professionnels des autres aspects de leur vie que les symptômes cliniques.	98,8%	0,0%	1,2%
Les capacités des usagers sont valorisées.	92,6%	0,0%	7,4%
Les usagers sont encouragés par les professionnels du service à faire des activités dans la commune.	96,3%	1,3%	2,5%
Les usagers sont encouragés par les professionnels du service à participer à des groupes d'entraide mutuels ou des groupes pairs.	96,3%	1,3%	2,5%
Les usagers sont accompagnés dans leur projet professionnel s'ils le souhaitent.	93,8%	2,5%	3,7%

Enfin, dans le groupe 14, sur le partenariat avec les acteurs de la communauté, le taux de réponses "oui" était compris entre 95 et 100%, sauf pour l'implication du pôle dans des conseils locaux de santé mentale qui obtenait 92,6% de "oui" (cf tableau 17). Néanmoins, dans ce cas précis, toutes les autres réponses correspondaient à "je ne sais pas", ce qui souligne plus une méconnaissance des CLSM qu'une réponse négative.

Tableau 17

Le partenariat avec les acteurs de la communauté			
	Oui	Non	Je ne sais pas
Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec les médecins généralistes des patients.	100,0%	0,0%	0,0%
Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec les acteurs sociaux de la communauté.	96,3%	1,3%	2,5%
Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec le milieu associatif existant dans la communauté.	100,0%	0,0%	0,0%
Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec les communes du secteur.	97,5%	1,2%	1,2%
Le pôle de santé mentale est impliqué dans des conseils locaux de santé mentale.	92,6%	0,0%	7,4%

2- Comparaison des représentations des professionnels selon leur métier

Nous avons comparé les différentes réponses obtenues dans la première partie du questionnaire, en fonction de la profession du répondant. La première remarque est que nous n'avons généralement pas retrouvé de différence significative entre les réponses données par les divers métiers représentés. Cela est sans doute dû au trop faible nombre d'agents dans certaines professions. Néanmoins, quelques tendances apparaissent.

Dans le groupe 1 (tableaux 18, 19, 20 et 21), sur la guérison des troubles psychiatriques, on peut remarquer que les professions paramédicales semblent avoir une vision plus pessimiste que les autres professions. En effet, il y a une majorité à être en désaccord (réponses cotées 4 ou 5) avec la possibilité d'une guérison, quel que soit le trouble psychiatrique. Alors que, chez les psychologues, médecins, professions socio-éducatives, cadres, ou secrétaires, la répartition paraît plus homogène entre les professionnels en accord et en désaccord. Les ASH, intervenant socio-culturel, médiateur de santé et autre profession n'étant chacun représenté que par une personne, il est plus difficile de les comparer aux autres professions. Sur le plan statistique, la différence de score était significative entre les professions paramédicales et les autres professions, concernant la possibilité de guérison d'une personne souffrant d'un trouble psychotique chronique ($p < 0,001$), d'une schizophrénie ($p < 0,001$), et d'un trouble de personnalité ($p = 0,001$).

Tableau 18

Groupe n°1												
Quelle est votre profession ?												
Une personne souffrant d'un trouble bipolaire peut en guérir												
	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	0,0%		0,0%	16,7%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
2	0,0%	40,0%		100,0%	25,0%	0,0%	7,1%	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	13,9%
3	100,0%	0,0%		0,0%	16,7%	0,0%	14,3%	25,0%	0,0%	42,9%	0,0%	16,5%
4	0,0%	40,0%		0,0%	41,7%	0,0%	28,6%	25,0%	20,0%	42,9%	100,0%	31,6%
5	0,0%	20,0%		0,0%	0,0%	100,0%	45,2%	50,0%	20,0%	14,3%	0,0%	31,6%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	2,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 19

Groupe n°2

Quelle est votre profession ?

Une personne souffrant d'un trouble psychotique chronique peut en guérir.

	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	0,0%		100,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
2	0,0%	20,0%		0,0%	25,0%	0,0%	2,4%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	7,6%
3	100,0%	40,0%		0,0%	8,3%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%	42,9%	100,0%	15,2%
4	0,0%	20,0%		0,0%	41,7%	0,0%	33,3%	25,0%	40,0%	42,9%	0,0%	32,9%
5	0,0%	20,0%		0,0%	8,3%	100,0%	54,8%	75,0%	20,0%	14,3%	0,0%	39,2%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 20

Groupe n°3

Quelle est votre profession ?

Une personne souffrant de schizophrénie peut en guérir.

	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	0,0%		0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	25,0%	40,0%	0,0%	0,0%	6,3%
2	0,0%	20,0%		0,0%	25,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%
3	100,0%	40,0%		0,0%	16,7%	0,0%	4,8%	25,0%	20,0%	42,9%	0,0%	15,2%
4	0,0%	20,0%		0,0%	33,3%	0,0%	38,1%	0,0%	20,0%	42,9%	100,0%	32,9%
5	0,0%	20,0%		100,0%	8,3%	100,0%	54,8%	50,0%	0,0%	14,3%	0,0%	38,0%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 21

Groupe n°4

Quelle est votre profession ?

Une personne souffrant d'un trouble de la personnalité peut en guérir

	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	20,0%		0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	25,0%	40,0%	0,0%	0,0%	7,6%
2	0,0%	40,0%		0,0%	16,7%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%
3	100,0%	0,0%		100,0%	33,3%	0,0%	11,9%	50,0%	20,0%	71,4%	100,0%	25,3%
4	0,0%	40,0%		0,0%	16,7%	0,0%	26,2%	0,0%	20,0%	14,3%	0,0%	21,5%
5	0,0%	0,0%		0,0%	8,3%	100,0%	50,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	30,4%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	8,3%	0,0%	4,8%	25,0%	20,0%	0,0%	0,0%	6,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Dans le groupe 2, aucune différence ne ressort entre les diverses professions. Une très large majorité des professionnels est d'accord avec l'idée qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique sévère peut se rétablir, et ce quelle que soit la pathologie.

Dans le groupe 3 (cf. tableaux 22, 23 et 24), la première question semble faire débat selon la profession. En effet, les professions para-médicales, cadres, ASH, intervenant socio-culturel et secrétaires, pensent en majorité que le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique, alors que la plupart des médecins et psychologues sont en désaccord avec cette affirmation. La différence est significative entre les psychologues et les autres professionnels ($p=0,023$).

Presque toutes les professions semblent en désaccord avec le fait que le rétablissement correspond à une guérison de la maladie.

Toutes les professions sont très majoritairement d'accord avec l'idée que le rétablissement est un processus global, qui vise le bien-être de la personne dans son ensemble.

Tableau 22

Groupe n°9												
Quelle est votre profession ?												
Le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique												
	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	20,0%		0,0%	16,7%	0,0%	19,0%	25,0%	0,0%	28,6%	0,0%	17,7%
2	100,0%	40,0%		100,0%	8,3%	0,0%	26,2%	0,0%	0,0%	42,9%	0,0%	24,1%
3	0,0%	20,0%		0,0%	25,0%	100,0%	28,6%	25,0%	20,0%	0,0%	0,0%	24,1%
4	0,0%	20,0%		0,0%	8,3%	0,0%	16,7%	50,0%	40,0%	14,3%	0,0%	17,7%
5	0,0%	0,0%		0,0%	41,7%	0,0%	9,5%	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	13,9%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	100,0%	2,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 23

Groupe n°10

Quelle est votre profession ?

Le rétablissement correspond à une guérison de la maladie

	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
2	0,0%	0,0%		100,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
3	0,0%	20,0%		0,0%	16,7%	0,0%	4,8%	0,0%	20,0%	57,1%	100,0%	13,9%
4	100,0%	40,0%		0,0%	41,7%	100,0%	19,0%	25,0%	40,0%	14,3%	0,0%	26,6%
5	0,0%	40,0%		0,0%	41,7%	0,0%	69,0%	75,0%	40,0%	28,6%	0,0%	54,4%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 24

Groupe n°11

Quelle est votre profession ?

Le rétablissement est un processus global, qui vise le bien-être de la personne dans son ensemble

	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	100,0%		100,0%	91,7%	100,0%	85,7%	75,0%	100,0%	57,1%	0,0%	83,8%
2	100,0%	0,0%		0,0%	8,3%	0,0%	7,1%	25,0%	0,0%	28,6%	100,0%	11,3%
3	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
4	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	1,3%
5	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Dans le groupe 4, il y a peu de différences observables entre les réponses données par chaque profession. Quelques remarques, cependant (cf. tableaux 25 et 26):

- La moitié des professionnels socio-éducatifs ont répondu qu'ils étaient en désaccord avec le fait qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique sévère pouvait, en dehors des périodes de décompensations aiguës, prendre des décisions autonomes.
- L'ASH a répondu qu'il était en désaccord avec la possibilité pour ces personnes de suivre des études avec succès, alors que toutes les autres professions sont très majoritairement en accord avec cette proposition; avec la limite que la profession d'ASH n'est représentée que par une seule personne.

Tableau 25

Groupe n°13												
Quelle est votre profession ? en dehors des périodes de décompensation aiguë, prendre des décisions autonomes.												
	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	100,0%	60,0%		0,0%	75,0%	100,0%	81,0%	50,0%	83,3%	71,4%	100,0%	76,3%
2	0,0%	40,0%		100,0%	25,0%	0,0%	11,9%	0,0%	16,7%	14,3%	0,0%	16,3%
3	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	2,5%
4	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
5	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 26

Groupe n°16												
Quelle est votre profession ? en dehors des périodes de décompensation aiguë, suivre des études avec succès.												
	ASH	Cadre	Famille d'accueil thérapeutique	Intervenant socio-culturel	Médecin	Médiateur de santé pair	Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	Profession socio-éducative	Psychologue	Secrétaire	Autre	Total
1	0,0%	20,0%		0,0%	66,7%	100,0%	65,9%	25,0%	50,0%	57,1%	0,0%	57,0%
2	0,0%	60,0%		100,0%	33,3%	0,0%	14,6%	50,0%	50,0%	14,3%	100,0%	26,6%
3	0,0%	20,0%		0,0%	0,0%	0,0%	9,8%	25,0%	0,0%	28,6%	0,0%	10,1%
4	100,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
5	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	7,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
Je ne sais pas	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

La dernière question de la première partie, sur le fait que les toilettes des usagers et des professionnels devraient rester séparés, montre des différences notables entre les professions, même si ces différences ne sont pas statistiquement significatives (cf. tableau 27): les ASH, professions paramédicales, et intervenant socio-culturel sont majoritairement en accord avec cette proposition; alors que les cadres, médecins, psychologues, médiateur de santé et artiste sont majoritairement en désaccord. Les professions socio-éducatives répondent à 50% qu'ils sont en accord avec cette proposition, et à 50% qu'ils sont en désaccord.

Tableau 27

Groupe n°16

Les toilettes réservés aux usagers devraient rester séparés des toilettes dédiés au personnel.

Quelle est votre profession ?

	1	2	3	4	5	Je ne sais pas	Total
ASH	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Cadre	20,0%	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	100,0%
Famille d'accueil thérapeutique							100,0%
Intervenant socio-culturel	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Médecin	8,3%	0,0%	8,3%	25,0%	58,3%	0,0%	100,0%
Médiateur de santé pair	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Profession paramédicale (Aide soignant, IDE, psychomotricien)	40,5%	7,1%	16,7%	9,5%	21,4%	4,8%	100,0%
Profession socio-éducative	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Psychologue	0,0%	0,0%	16,7%	16,7%	66,7%	0,0%	100,0%
Secrétaire	28,6%	14,3%	14,3%	0,0%	42,9%	0,0%	100,0%
Autre	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	28,8%	7,5%	13,8%	12,5%	35,0%	2,5%	

$p = 44,1\%$; $\chi^2 = 45,74$; $ddl = 45$ (NS)

La relation n'est pas significative.

3- Le médiateur de santé pair

L'avis du médiateur de santé pair (=MSP) nous intéresse particulièrement car il s'agit d'une profession encore très peu répandue en France, et qui est particulièrement recommandée dans la littérature internationale sur les "recovery oriented services" (Davidson et al., 2006⁵ et 2012⁷).

Précisons que, malgré le principe d'anonymat de cette étude, et bien qu'il n'y ait qu'un médiateur de santé ayant pu répondre au questionnaire, celui-ci a accepté que ses réponses soient spécifiquement analysées, du fait de la spécificité de son métier. D'autre part, les résultats présentés ci-dessous ne sont pas statistiquement significatifs.

Nous pouvons ainsi remarquer que le médiateur de santé s'est prononcé "fortement en désaccord" avec l'idée d'une guérison des différents troubles psychiques (cf tableau 18, 19, 20, 21), mais, a contrario, fortement en accord avec la possibilité de se rétablir.

Par ailleurs, le MSP a coché la réponse 3, "ni en accord, ni en désaccord", pour la proposition: "le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique" (cf. tableau 22). Pour rappel, il s'agit de la question qui a le plus divisé les professionnels. En revanche les réponses du MSP aux deux questions suivantes étaient plus tranchées: "en désaccord" avec "le rétablissement correspond à une guérison de la maladie" (cf. tableau 23); et "fortement en accord" avec "le rétablissement est un processus global, qui vise le bien-être de la personne dans son ensemble" (tableau 24).

Concernant les compétences et l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, le MSP a répondu qu'il était fortement en accord avec toutes les propositions, sauf pour les actes de la vie quotidienne, pour lesquels il était en désaccord (réponse cotée 4).

Enfin, dans la deuxième partie du questionnaire, portant sur les pratiques du service de santé mentale 59G21, nous nous sommes intéressés à l'avis du MSP concernant les questions pour lesquelles les réponses étaient les plus partagées entre les professionnels. Nous réaborderons ces questions dans la discussion car elles correspondent souvent aux axes d'amélioration du service.

Voici ci-dessous les réponses du MSP et, entre parenthèses, le numéro du tableau auquel se référer pour voir les taux de réponses, toutes professions confondues:

- Il est possible de bénéficier d'une consultation 7 j/7 (cf. tableau 10): **Oui**
- Le délai pour un rendez-vous médical n'excède pas un mois (cf. tableau 10): **Oui**
- Le retard dans les consultations n'excède pas un quart d'heure (cf. tableau 10): **Non**

- Les MSP sont impliqués dans la formation des professionnels du service (cf. tableau 13): **Non**
- Les MSP sont impliqués dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies (cf. tableau 13): **Oui**
- Des groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies sont organisés à destination des usagers et des aidants (cf. tableau 14): **Non**
- Les personnes en rétablissement sont impliquées dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies (cf. tableau 14): **Je ne sais pas**
- L'avis des usagers sur les pratiques du service est suivi (cf. tableau 14): **Oui**
- L'avis des familles ou proches des usagers est recherché (cf. tableau 14): **Oui**
- L'avis des familles ou proches des usagers est suivi (cf. tableau 14): **Oui**
- Les usagers sont encouragés à participer au conseil de pôle (cf. tableau 14): **Oui**

V) Discussion

Pour commencer, l'une des limites de cette étude est d'avoir utilisé un questionnaire non validé par la littérature internationale. Nous avons initialement pensé utiliser la RSA dans sa traduction française par Pelletier et al. Néanmoins, les questions de la RSA, telles qu'elles étaient littéralement formulées, nous ont semblé peu précises et portant à interprétation, d'autant plus que nous souhaitions diffuser le questionnaire par email.

Avec 81 observations, et un taux de réponses de 57,8%, nous avons atteint notre objectif attendu d'au moins 50%. Nous pouvons ainsi souligner la participation active des professionnels du service à cette enquête. Toutefois, une autre limite de cette étude est le faible nombre de professionnels dans certains corps de métiers, ce qui n'a pas permis d'obtenir des résultats représentatifs et statistiquement significatifs pour la plupart des analyses.

En outre, le fait que les professionnels du service soient majoritairement jeunes, avec, la plupart du temps, une ancienneté de courte durée dans la profession, mais aussi dans le service suggère un turn-over important. Comment expliquer ce turn-over? Pour quelles raisons le service n'accueille-t-il quasiment que des jeunes professionnels? Pourquoi le personnel ne reste-t-il pas plus longtemps dans le service? Est-ce à dire que les conditions de travail y sont difficiles? Sans doute l'engagement dans un service de ce type demande-t-il plus de disponibilité que dans un service classique. En effet, aller vers les usagers signifie une mobilité, une adaptabilité, une souplesse des professionnels, qui n'est pas toujours confortable. Comment, alors, aider les professionnels à retirer de la satisfaction de leur travail, à s'adapter sans s'épuiser et à tenir sur la durée? Voici une base de réflexion à approfondir, si l'on veut pérenniser les services orientés rétablissement et donner envie aux services plus classiques de se développer dans ce sens.

Dans la première partie du questionnaire, nous interrogeons les représentations des professionnels sur la santé mentale et le rétablissement. Le premier groupe de questions s'intéresse à la possibilité d'une guérison pour plusieurs troubles psychiques, classiquement jugés sévères, voire incurables. Les réponses recueillies reflètent une vision très pessimiste de la maladie mentale. En effet, les professionnels considèrent en grande majorité qu'une guérison n'est pas possible. Cela dit, la notion de guérison peut elle-même être discutée. Peut-on considérer qu'une personne ne présentant plus de symptômes pendant plusieurs semaines ou mois est guérie? Qu'en est-il des possibles rechutes? Volontairement, nous n'avons pas clairement défini ce que nous entendions par "guérir", de façon à ce que chacun se prononce selon sa propre représentation de la guérison. Le

terme "rémission" aurait peut-être été plus juste que "guérison" mais cela laisse supposer que guérir est utopique, que l'usager ne pourra jamais se défaire de cette maladie qui lui colle à la peau, qui va parfois jusqu'à gommer sa propre identité. Pourquoi "le schizophrène" devrait-il rester, toute sa vie, caché derrière cette étiquette, sans espoir de devenir ou redevenir une personne comme une autre, avec sa personnalité, ses envies, ses projets. Croire en une possible guérison, c'est donner de l'espoir aux usagers. Comme le dit si justement Patricia Deegan (1987 ⁹): "There is a person in here".

D'après Davidson et al. (2008 ⁶), seulement un tiers des individus expérimentant une maladie mentale sérieuse (l'article concerne en particulier la schizophrénie) auront un contact avec un service spécialisé en santé mentale, ce qui signifie probablement que les autres n'ont pas de symptômes très envahissants ou arrivent à vivre avec. Davidson cite dans cet article la définition de la rémission, proposée par les membres du "Remission Working Group": "a state in which patients have experienced an improvement in core signs and symptoms to the extent that any remaining symptoms are of such low intensity that they no longer interfere significantly with behavior and are below the threshold typically utilized in justifying an initial diagnosis of schizophrenia".

Ajoutons que, dans le cheminement qui accompagne cette réflexion, nous nous sommes rendus compte que l'intitulé "trouble psychotique **chronique**" est en lui-même contradictoire avec la possibilité d'une guérison. Peut-être aurait-il fallu le formuler autrement.

Concernant le concept de rétablissement, la première question est celle qui semble soulever le plus de débats. Plusieurs professions répondent majoritairement que le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique. Cela montre à quel point le rétablissement est absent de la plupart des formations professionnelles. La conception classique de la psychiatrie, selon laquelle le trouble psychique est au centre des préoccupations, est encore bien ancrée chez les soignants et les autres professionnels du service. Placer la personne au centre des soins, et avoir pour objectif premier son bien-être, même si des symptômes persistent, est encore loin d'être une évidence. Un des axes d'amélioration du service pourrait être de mieux former les professionnels au concept de rétablissement. Mais pour que cela fonctionne, que les mentalités et les pratiques évoluent vraiment, il faudrait toucher tous les professionnels, à tous les niveaux de prise en charge des usagers. La secrétaire, qui accueille les usagers au CMP, ou l'ASH, qui côtoie de près les personnes hospitalisées, sont autant à même de transmettre de l'espoir que le médecin ou le psychologue.

Par ailleurs, la deuxième partie du questionnaire avait pour but d'évaluer la réalité des pratiques du secteur 59G21. L'un des biais est que les professionnels du pôle n'ont pas tous le même niveau de connaissance des pratiques des différents services composant le pôle. Par exemple, une

personne travaillant exclusivement en intrahospitalier ne connaît pas forcément toutes les pratiques existant en ambulatoire. L'information de l'ensemble des professionnels sur les différentes options de prises en charge, ou les autres services proposés aux usagers par le secteur 59G21, est sans doute un point à améliorer. Il aurait peut-être été intéressant de préciser dans quel service travaillent les professionnels interrogés, mais cela aurait compromis l'anonymat des réponses.

Les réponses recueillies montrent que le service d'hospitalisation se distingue clairement du service de psychiatrie asilaire dont il est le descendant, et que l'accueil et le respect des usagers y est une priorité concrète. Il serait intéressant d'interroger les professionnels ayant répondu "non" à la question sur le respect de la confidentialité, car, étant tous soumis au secret professionnel, c'est un aspect primordial de notre métier, qui est indissociable du respect de l'utilisateur. La question de la liberté d'accès aux activités ne fait pas l'unanimité. Cela pourrait être du à la méconnaissance de certains professionnels travaillant en ambulatoire. Ou peut-être est-ce le reflet des plaintes de certains usagers (recueillies notamment lors des groupes de paroles proposés en hospitalisation par le médiateur de santé), exprimant le fait de s'ennuyer, de ne pas avoir assez d'activités. Concrètement, le service propose presque chaque jour des activités manuelles, parfois de la cuisine, parfois des soins socio-esthétiques, accessibles librement, sans durée imposée ou d'horaire précis. Ces activités sont mises à disposition des patients, la plupart du temps en présence d'une animatrice socio-culturelle, dans un espace commun, ouvert sur la salle à manger, le jardin et le salon télé. A cela, s'ajoute de la psychomotricité ou de la balnéothérapie deux fois par semaine. Des équipements sportifs, comme une table de ping-pong ou un punching ball sont également accessibles librement. Les questions sur l'amplitude horaire des visites et la liberté de venir des visiteurs sont également discutées ou méconnues, avec environ 15% de réponses "je ne sais pas". En pratique, les visites sont autorisées toute la journée, environ de 9h00 à 20h00. Les visiteurs vont et viennent librement dans les locaux (chambres, parties communes, jardin), à partir du moment où ils se sont présentés à l'accueil en arrivant.

Les réponses obtenues pour les soins ambulatoires sont à plus de 80% positives pour la pluralité des lieux de consultation, l'amplitude horaire des consultations, le délai pour un premier contact avec le service, l'accueil des usagers par un professionnel à leur arrivée et la possibilité d'être suivi à domicile. En revanche, la possibilité de bénéficier d'une consultation 7 jours sur 7 apparaît moins évidente. En réalité les consultations médicales ont lieu 5 jours sur 7, des consultations d'urgence sont aussi possibles le samedi matin, et les entretiens IDE à domicile se font 5 jours sur 7 pour le SMPP et 7 jours sur 7 pour le SIIC, sachant que le SIIC gère à la fois le suivi des personnes admises en SIIC, les personnes reçues en familles d'accueil, et des entretiens d'urgence à domicile, en concertation avec le médecin psychiatre d'astreinte. Enfin, l'appréciation

du temps de retard dans les consultations apparaît clairement supérieur au délai proposé d'un quart d'heure ou moins. C'est donc clairement un point à améliorer. C'est aussi une réclamation récurrente des usagers lors des forums animés par le médiateur de santé. L'une des difficultés est de trouver le bon équilibre entre "être disponible pour les situations urgentes ou de crise", et "assurer des suivis de qualité pour tous les usagers".

Les questions portant sur la personnalisation des projets de soins et la réévaluation de ces projets obtiennent des taux de réponses positives moins élevés que les 3 questions sur la variété de l'offre de soins. Nous avons, sans doute, encore du chemin à parcourir pour améliorer la réévaluation des projets de soins et impliquer les usagers dans l'élaboration de ces projets. Peut-être faudrait-il systématiser cette réévaluation? L'utilisation d'outils spécifiques du rétablissement pourrait aussi être travaillée comme le WRAP (= Wellness Recovery Action Planning, Tondora et Davidson, 2006 ²¹), ou le "person-centered planning" (Borg M. et al., 2009 ⁴). La mise en oeuvre de ces outils implique néanmoins des rencontres régulières entre la personne en rétablissement et son "cercle d'aidants", pour reconstruire son histoire, identifier ses forces, ses préférences et ses besoins, construire une vision d'un futur désirable, et développer un plan d'action pour réaliser cette vision (Borg M. et al., 2009 ⁴). Le bénéfice attendu est rarement mesurable à brève échéance, il faut donc être patient. Le rétablissement est un processus qui prend du temps et qui se mesure sur le long terme, mais pour mettre en oeuvre ces outils, il est indispensable de former les équipes. Dans une étude comparant deux groupes de patients: un groupe pris en charge par une équipe ayant reçu 4 jours de formation sur le rétablissement, et un groupe contrôle, Guibert et al. (2013 ¹¹) montrent des changements significatifs dans les plans de soins des patients entre T0 et 3 mois plus tard, dans le groupe formé aux outils du rétablissement. Dans l'autre groupe, les plans de soins évoluent très peu. Les changements observés concernent le contenu des plans de soins, mais aussi une attribution plus importante de la responsabilité des actions entreprises aux usagers.

Par ailleurs, notons que la question de l'implication des médiateurs de santé pairs dans la formation des professionnels obtient seulement 38% de réponses "oui". La suivante, sur l'implication des médiateurs de santé pairs dans les groupes d'information ou d'éducation thérapeutique obtient 69,7% de "oui". La réponse du MSP à ces questions permet de confirmer qu'il n'est pas actuellement impliqué dans la formation des professionnels. Il est en revanche impliqué dans un groupe de travail sur l'éducation thérapeutique et le mieux être des usagers. Nous avons ici une piste d'amélioration concrète dans le rôle et la confiance que les autres professionnels accordent aux MSP, et dans l'utilisation de leur savoir expérientiel pour mieux nous former. Il ne faut toutefois pas oublier que le métier de médiateur de santé n'est apparu que très récemment en France,

et qu'il fait actuellement l'objet d'une expérimentation, dans le but de le pérenniser et de lui donner toute la légitimité qu'il mérite (cf. chapitre I-3).

A la question sur l'implication des personnes en rétablissement dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies, le MSP répond: "je ne sais pas". Mais il répond "non" à la question sur l'organisation par le service de groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies, à destination des usagers et des aidants. De fait, le service de santé mentale 59G21 organise des réunions d'échange sur les pathologies, destinées aux usagers, mais aussi aux aidants, aux médecins généralistes, et à toute personne intéressée par la question. Nous les appelons les Ateliers Mieux-être. Ces réunions sont animées par un binôme composé d'un professionnel de l'EPSM et d'un usager ou représentant d'usagers d'une association. Elles ont lieu un soir de semaine environ deux fois par mois.

Le recueil de l'avis des usagers et des aidants est mené de plusieurs manières: en hospitalisation via un questionnaire de satisfaction, au travers d'un groupe de parole animé par le MSP ("Parole aux usagers"), et enfin au moyen d'une boîte à idée, à disposition des patients en salle commune. Par ailleurs, le service organise des forums des usagers, sous forme de réunions ouvertes aux usagers et aidants, animées par le MSP, et permettant de recueillir l'avis des usagers sur le service. Volontairement, les autres professionnels ne sont pas présents à ces réunions, pour laisser libre cours aux discussions et débats entre usagers. En revanche, le MSP fait un retour au reste de l'équipe sur les principales remarques et demandes des usagers.

Vis-à-vis du respect de l'autonomie des usagers, les taux de réponses "oui" dépassent 90% pour les 5 questions. Toutefois, les deux questions sur la recherche de la demande des usagers sur les modalités de suivi, et leur implication dans les décisions prises sur leur traitement ou leur suivi obtiennent un score un peu moins élevé. Cela est peut-être lié au fait que, malgré la volonté affichée du service de travailler dans le sens du rétablissement, certaines personnes sont sous mesure de contrainte. En 2013, on a recensé 300 hospitalisations à la clinique Jérôme Bosch, dont 74 en SDT et 13 en SDRE, soient 29% d'hospitalisations sous contrainte. Cela dit, étant donné que des alternatives à l'hospitalisation existent dans le service, celle-ci n'est utilisée qu'en dernier recours. Les situations nécessitant une hospitalisation sont donc des situations de crise aiguë, ce qui explique peut-être ce taux élevé de soins sous contrainte. Actuellement, 18 personnes sont suivies dans le cadre d'un programme de soins ambulatoires, sur une file active de 2774 personnes en 2013.

VI) Conclusion

En conclusion, le service de santé mentale 59G21 a développé une pratique proche des services orientés rétablissement décrits dans la littérature internationale. Les résultats de cette étude pourront être une base de réflexion pour discuter avec les professionnels de leurs représentations, et réfléchir ensemble à l'amélioration de nos pratiques.

De nombreux points forts ressortent du questionnaire sur les pratiques du service. Néanmoins, il reste une grande marge de progression, pour en améliorer le fonctionnement.

Avant de pouvoir réellement "faire du rétablissement", il faudrait former les équipes, à la théorie du rétablissement, mais aussi et surtout aux outils pratiques développés par les services orientés rétablissement. En effet, bien que de nombreux professionnels aient une notion de ce qu'est le rétablissement, il n'est pas sûr qu'ils aient toutes les clés pour le mettre en pratique. Si l'on veut que les équipes trouvent du sens et prennent plaisir au travail, il faudrait qu'elles comprennent sur quelles bases théoriques s'appuie l'organisation du service, et qu'elles aient en mains tous les outils existants, afin d'améliorer l'efficacité de leurs interventions, et ainsi avoir la satisfaction d'assister au parcours de rétablissement des usagers qu'ils accompagnent.

Les conditions de travail et la valorisation du travail des équipes devraient aussi être une priorité, pour éviter un épuisement des équipes et un turn-over trop important. Le rétablissement devrait pouvoir être un engagement, sans être un sacrifice. N'oublions pas que les professionnels en santé mentale sont, eux aussi, des êtres humains avant d'être des soignants.

Pour finir, cette étude ne saurait être complète sans solliciter l'avis des usagers sur leurs propres représentations et sur la qualité des soins et services, proposés par le secteur 59G21. Nous pourrions ainsi diffuser notre questionnaire aux usagers du service, ce qui permettrait de comparer ensuite les représentations et opinions des professionnels et des usagers. L'avis des usagers serait sans doute très parlant et permettrait de faire avancer notre réflexion sur l'amélioration de nos pratiques. Ce travail est donc destiné à se poursuivre et n'est qu'une première étape dans le processus de rétablissement du 59G21.

Bibliographie

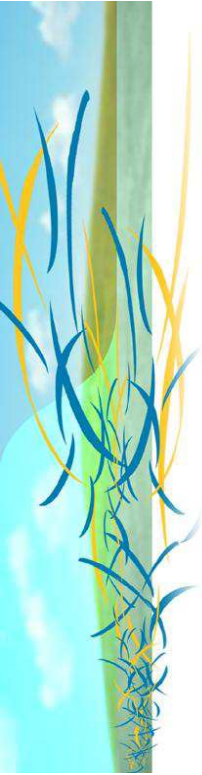
- ¹ *A national framework for recovery-oriented mental health services: Policy and theory*, Commonwealth of Australia 2013. (Print ISBN: 978-1-74186-012-2. Online ISBN: 978-1-74186-013-9. Publications approval number: 10287).
- ² Anthony William A., *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16(4), 11–23.
- ³ Borg M. et Kristiansen K., *Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services*, Norwegian University of Science and Technology, Journal of Mental Health, October 2004; 13(5): 493 – 505.
- ⁴ Borg M., Karlsson B., Tondora J., et Davidson L., *Implementing Person-centered Care in Psychiatric Rehabilitation: What Does This Involve?*, Isr J Psychiatry Relat Sci Vol 46 No. 2 (2009) 84–93.
- ⁵ Davidson L., Chinman M., Sells D. et Rowe M., *Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field*, Schizophrenia Bulletin vol. 32 no. 3 pp. 443–450, 2006, doi:10.1093/schbul/sbj043.
- ⁶ Davidson L. et al., *Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives*, Schizophrenia Bulletin vol. 34 no. 1 pp. 5–8, 2008, doi:10.1093/schbul/sbm122.
- ⁷ Davidson L. et al., *Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience*, World Psychiatry 2012;11:123-128.
- ⁸ Davidson L., *Le problème de l'insight*, 2012, Traduction française par Claire Ambiel, disponible sur: www.chameaupsy.com.
- ⁹ Deegan Patricia E., *Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope*, 1987.
- ¹⁰ Deegan Patricia E., *Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 1988, 11(4), 11-19.
- ¹¹ Gilburt et al., *Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study*, BMC Psychiatry 2013, 13:167 (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/167>).
- ¹² Higgins A., *A Recovery Approach within the Irish Mental health services, A Framework for Development*, for the Mental Health Commission, 2008.
- ¹³ Le Cardinal Patrick, *Les pairs-aidants ou médiateur de santé-pairs : enjeu d'un nouveau métier dans le champ de la santé mentale*, et Davidson L., *Soutien par les pairs et troubles mentaux graves*, dans Pluriels n°85/86 Novembre-Décembre 2010.
- ¹⁴ Le Cardinal Patrick, *Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives*, L'Information psychiatrique, 2013, Volume 89, Numéro 5.

- ¹⁵ *National Recovery-Oriented Mental Health Practice Framework*, Australia, 2012.
- ¹⁶ Pelletier J.-F., Bisson J., Vasiliadis H.-M., Lesage A., O'Connell M., Recovery Self-Assessment, Version française – Intervenants et Gestionnaires. Provider Version O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A & Davidson.
- ¹⁷ *Recovery is for All. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry*. A Position Statement by Consultant Psychiatrists. London: SLAM/SWLSTG. South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust, 2010.
- ¹⁸ Roelandt J.-L., *Le programme de médiateurs de santé-pairs*, Pluriels n°85/86 Novembre-Décembre 2010.
- ¹⁹ Shepherd G, Boardman J. et Slade M., *Faire du rétablissement une réalité*, Centre for Mental Health, Sainsbury Centre for Mental Health, 2008, Edition Québécoise, 2012.
- ²⁰ Shepherd G, Boardman J. et Burns M., *Mise en pratique du rétablissement, Une méthodologie en vue d'un changement organisationnel*, Sainsbury Centre for Mental Health, 2010, Edition québécoise 2012.
- ²¹ Tondora J. & Davidson L., *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*, Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, Prepared for the Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services by the Yale University Program for Recovery and Community Health (2006).
- ²² *User empowerment in mental health*, a statement by the WHO Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.
- ²³ Vavasseur J., Boulongne Y., Roelandt J.-L., Defromont L. et Meaux A., *Service de Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC)*, Dossier soins à domicile, Pratiques en santé mentale, 2010, N°2.

Annexe : questionnaire adressé aux professionnels du pôle 59G21.



Merci d'accepter de répondre à ce questionnaire, destiné aux professionnels du pôle de santé mentale 59G21.
Vos réponses sont anonymes et resteront strictement confidentielles.



Quelle est votre profession ?

Si 'Autre', précisez :

Quelle est votre ancienneté dans cette profession (en année) ?

Quelle est votre ancienneté dans le service ?



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord
Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

1ère partie : Les croyances des professionnels du pôle de santé mentale

Concernant l'évolution des troubles psychiatriques

	1	2	3	4	5	Je ne sais pas
Une personne souffrant d'un trouble bipolaire peut en guérir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne souffrant d'un trouble psychotique chronique peut en guérir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne souffrant de schizophrénie peut en guérir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne souffrant d'un trouble de la personnalité peut en guérir	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord
Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant l'évolution des troubles psychiatriques

	1	2	3	4	5	Je ne sais pas
Une personne souffrant d'un trouble bipolaire peut se rétablir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne souffrant d'un trouble psychotique chronique peut se rétablir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne souffrant de schizophrénie peut se rétablir	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne souffrant d'un trouble de la personnalité peut se rétablir	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant le rétablissement

Le rétablissement a pour objectif premier la disparition des symptômes cliniques de la maladie psychiatrique
Le rétablissement correspond à une guérison de la maladie
Le rétablissement est un processus global, qui vise le bien-être de la personne dans son ensemble

Je ne sais pas

1 2 3 4 5

Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant l'intégration sociale des usagers en santé mentale

être intelligente.
en dehors des périodes de décompensation aiguë, prendre des décisions autonomes.
en dehors des périodes de décompensation aiguë, être autonome dans les actes de la vie quotidienne (repas, courses, toilette, ...)

Je ne sais pas

1 2 3 4 5



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant l'intégration sociale des usagers en santé mentale

en dehors des périodes de décompensation aiguë, travailler
en dehors des périodes de décompensation aiguë, suivre des études avec succès.
en dehors des périodes de décompensation aiguë, pratiquer des activités de loisir dans la communauté.

Je ne sais pas

1 2 3 4 5



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant l'intégration sociale des usagers en santé mentale

en dehors des périodes de décompensation aiguë, s'impliquer dans la vie associative de la communauté.
en dehors des périodes de décompensation aiguë, exercer ses droits et devoirs de citoyen, comme le droit de vote.
en dehors des périodes de décompensation aiguë, gérer son budget.

Je ne sais pas

1 2 3 4 5



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant l'intégration sociale des usagers en santé mentale						Je ne sais pas
en dehors des périodes de décompensation aiguë, être autonome pour la gestion de son traitement.	1	2	3	4	5	
en dehors des périodes de décompensation aiguë, avoir des relations amicales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
en dehors des périodes de décompensation aiguë, avoir une vie de famille.	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Les toilettes réservées aux usagers devraient rester séparées des toilettes dédiées au personnel.						Je ne sais pas
☐	☐	☐	☐	☐	☐	



2ème partie : Les pratiques du pôle de santé mentale			
A) Les structures disponibles dans le pôle de santé mentale			
Le service d'hospitalisation			
Il offre des chambres individuelles	Oui	Non	Je ne sais pas
Il permet au patient de préserver son intimité.	☐	☐	☐
Les patients peuvent circuler librement dans le service.	☐	☐	☐
Il ne comporte pas de chambre d'isolement	☐	☐	☐
La contention n'y est utilisée qu'en dernier recours	☐	☐	☐
La confidentialité est respectée lors des entretiens individuels avec le patient ou des transmissions entre professionnels.	☐	☐	☐



Le service d'hospitalisation			
Il offre une amplitude horaire de visites d'au moins l'équivalent d'une demi-journée tous les jours.	Oui	Non	Je ne sais pas
Les visiteurs peuvent aller et venir librement.	☐	☐	☐
Les activités proposées sont libres.	☐	☐	☐
Les usagers ont la possibilité de donner leur avis sur le service.	☐	☐	☐
Les durées d'hospitalisation sont majoritairement inférieures à un mois.	☐	☐	☐



Les soins ambulatoires
Le pôle de santé mentale propose plusieurs lieux de consultation répartis sur le secteur.
Il est possible de bénéficier d'une consultation le soir après 18 heures.
Il est possible de bénéficier d'une consultation 7 jours sur 7.
Le délai pour un premier contact avec le service n'excède pas une semaine
Le délai pour un rendez-vous médical n'excède pas un mois

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



Les soins ambulatoires
Le retard dans les consultations n'excède pas un quart d'heure.
Les salles d'attente des lieux de consultation comportent des fauteuils confortables.
Les usagers sont accueillis par un professionnel à leur arrivée.
Il est possible d'être suivi à domicile si besoin.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



La gestion de la crise
Le pôle de santé mentale comprend un système d'astreinte médicale 24h/24.
Il est possible de joindre un soignant par téléphone 24h/24 si besoin.
Il est possible de rencontrer un professionnel de service dans les 48h en cas de besoin.
Le pôle de santé mentale offre la possibilité d'alternatives à l'hospitalisation en cas de décompensation aiguë.
Il est possible de bénéficier d'un suivi intensif à domicile en cas de décompensation aiguë.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



B) Le fonctionnement du pôle de santé mentale

La diversité de l'offre de soins
Le service permet une offre de soins variée avec plusieurs catégories professionnelles.
Les usagers peuvent bénéficier de soins individuels ou en groupe
Chaque usager peut bénéficier de plusieurs modalités de suivi ou intervenants selon sa demande et l'évaluation des professionnels.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



La diversité de l'offre de soins

Les projets de soins sont personnalisés selon les besoins de l'usager.
Les projets de soins sont réévalués et adaptés à l'évaluation des besoins de l'usager.
Le pôle de santé mentale comprend un service de réhabilitation au long court pour les patients ayant des troubles persistants

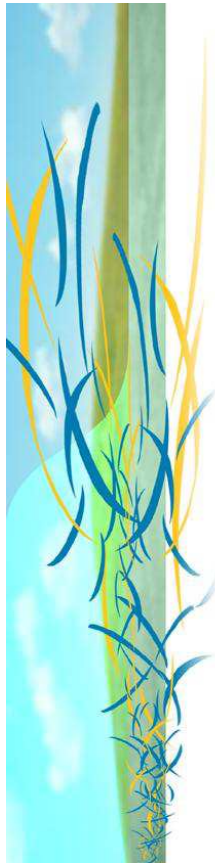
Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



Une ouverture de l'équipe sur des professions non soignantes

Le pôle de santé mentale comprend des professionnels qui ne sont pas soignants de formation, comme des artistes ou des animateurs socio-culturels.
Le pôle de santé mentale comprend des médiateurs de santé pairs.
Les Médiateurs de santé pairs sont impliqués dans la formation des professionnels du service.
Les médiateurs de santé pairs sont impliqués dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies.

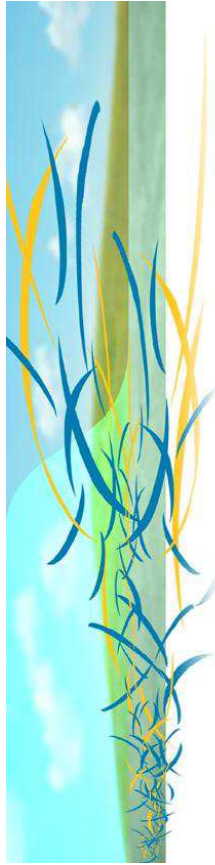
Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



L'implication et la responsabilisation des usagers et des aidants :

Des groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies sont organisés à destination des usagers et des aidants.
Les personnes en établissement sont impliquées dans les groupes d'information ou d'éducation sur les pathologies.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐



L'implication et la responsabilisation des usagers et des aidants

L'avis des usagers sur les pratiques du service est recherché.
L'avis des usagers sur les pratiques du service est suivi.
L'avis des familles ou proches des usagers est recherché.
L'avis des familles ou proches des usagers est suivi.
Les usagers sont encouragés à participer au conseil de pôle.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



Réponses cotées de 1 à 5 :
1 = Fortement en accord
5 = Fortement en désaccord

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Le respect de l'autonomie des usagers

La demande des usagers concernant les modalités de leur suivi est recherchée.

Les usagers sont impliqués dans les décisions prises sur leur traitement ou leur suivi.

Si les usagers le souhaitent, les proches sont impliqués dans les décisions prises concernant le suivi des usagers.

Les usagers peuvent changer d'intervenant s'ils le souhaitent/ Les usagers peuvent demander à consulter leur dossier médical.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



Au-delà de la prise en charge des symptômes et de la maladie.

Les usagers ont la possibilité de discuter avec les professionnels des autres aspects de leur vie que les symptômes cliniques.

Les capacités des usagers sont valorisées.

Les usagers sont encouragés par les professionnels du service à faire des activités dans la commune.

Les usagers sont encouragés par les professionnels du service à participer à des groupes d'entraide mutuels ou des groupes pairs.

Les usagers sont accompagnés dans leur projet professionnel s'ils le souhaitent.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐



Le partenariat avec les acteurs de la communauté.

Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec les médecins généralistes des patients.

Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec les acteurs sociaux de la communauté.

Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec le milieu associatif existant dans la communauté.

Les professionnels du pôle travaillent en partenariat avec les communes du secteur.

Le pôle de santé mentale est impliqué dans des conseils locaux de santé mentale.

Oui	Non	Je ne sais pas
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Résumé

Le rétablissement est une philosophie de soin encore balbutiante dans les services de psychiatrie français, mais déjà très développée dans les pays anglo-saxons. L'objectif de ce travail était d'évaluer, d'une part, les représentations des professionnels du pôle de santé mentale 59G21 sur les troubles psychiques dits "sévères", et également de faire un état des lieux des pratiques du service, afin de les confronter aux données de la littérature et aux recommandations sur les "recovery oriented services". Pour cela, nous avons diffusé, par email, un questionnaire s'inspirant des principes du rétablissement aux professionnels du pôle de santé mentale 59G21. Le recueil des réponses a duré trois semaines et les données ont été analysées par le logiciel Sphinx.

Nous avons obtenu un taux de réponses de 57,8% parmi les 140 professionnels du pôle. L'analyse des données montre que le pôle de santé mentale 59G21 a développé une pratique proche des services orientés rétablissement, décrits dans la littérature internationale. Néanmoins, il reste une grande marge de progression. Les principaux points à améliorer sont: la formation des équipes aux outils pratiques du rétablissement, la collaboration avec les aidants, l'implication des médiateurs de santé et des usagers en rétablissement dans les groupes d'éducation thérapeutique, dans les réunions d'information sur les pathologies et surtout dans la formation des professionnels de santé. Cette étude a aussi permis de mettre en évidence un turn-over important des équipes, ce qui questionne les conditions de travail.

Les résultats de cette étude pourront être une base de réflexion pour discuter avec les professionnels de leurs représentations, et réfléchir ensemble à l'amélioration de nos pratiques. Pour finir, cette étude a vocation à se poursuivre. Il serait, en effet, très instructif de recueillir l'avis des usagers sur leurs propres représentations, et sur la qualité des soins et services proposés par le secteur 59G21.

Mots-clés: Santé mentale, Communautaire, Rétablissement, Empowerment, Médiateur de santé, Pair-aidance.