

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le diplôme interuniversitaire

«Santé mentale dans la communauté»

Année 2019

DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE AU  
RETABLISSEMENT

Comment inscrire une structure sanitaire dans ce processus ?

Arnaud Dumoulin

# TABLE DES MATIERES

Introduction :	3
1 : Ariane : Unité de réhabilitation psychosociale non sectorisée	7
1.1 : Ariane : Emergence du projet	7
1.2 : Ariane et son fonctionnement	8
1.3 : Première évaluation à six mois, et constats	9
1.4 : Le Rétablissement ? Limites et difficultés pour une structure sanitaire de s'y inscrire	12
2 : Un outil d'évaluation et de pilotage	16
2.1 : L'étoile du rétablissement	16
2.2 : Conception de l'outil	17
2.3 : Exploitation des questionnaires	18
3 : Actions d'évolution	23
3.1 : Actions en lien avec Ariane	23
3.1.1 : Le WRAP	23
3.1.2 : Action continue d'évaluation et programme QualityRights	26
3.1.3 : Accès à l'information	29
3.2 : Interactions sur l'environnement extérieur	29
	1

3.2.1 : Les structures d'appui extérieures	29
3.2.2 : Les médiateurs de santé pairs	31
3.2.3 : Articulation avec un GEM	32
Conclusion	34
Bibliographie	36
Annexes	38
Annexe 1 : Rapport d'évaluation d'Ariane à 6 mois	38
Annexe 2 : Programmes et activités proposés au sein d'Ariane	47
Annexe 3 : Questionnaire à destination des usagers	50

# INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles psychiques sont responsables d'une part importante de morbidité dans le monde. Ils sont classés au troisième rang des maladies les plus fréquentes, juste après les cancers et les pathologies cardiovasculaires. Les chiffres de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation précise qu'il y a eu 424 000 patients hospitalisés en France en 2018, soit 6 pour 1000 habitants [1]. En France, ces troubles touchent près d'un Français sur quatre. Classée comme l'une des cinq priorités nationales de santé, et appuyée au sein de la loi de modernisation de notre système de santé par la loi du 26 janvier 2016 [2], la santé mentale reste un enjeu majeur de santé publique et d'inclusion sociale (OMS, 2001) [3].

En tant que professionnel de santé, je suis investi dans le champ de la Santé mentale depuis 1996, tout d'abord comme infirmier puis comme cadre de santé depuis 2005. J'ai toujours été convaincu de l'importance du travail à accomplir, sans être convaincu de toujours avoir les meilleures postures. C'est pour cela que je n'ai eu de cesse d'interroger ma pratique et le contexte d'exercice dans lequel je me trouvais. Mon investissement comme cadre de santé allait dans le sens d'agir pour l'amélioration des pratiques de soin. Mais, au-delà des pratiques, c'est également les parcours des personnes soignées qui devaient nous interpeller. Surtout quand nous souhaitons mettre l'accent sur l'inclusion sociale. J'ai toujours eu la conviction, qu'il fallait au préalable pouvoir s'appuyer sur des liens forts entre les différents partenaires que sont :

- Les usagers et leur famille
- Les professionnels du sanitaire et du médico-social
- Les professionnels du secteur social dans leur grande diversité

Depuis deux ans, je suis missionné et investi pour mettre en place une structure proposant des soins de réhabilitation psychosociale au sein de l'hôpital où j'exerce. Ce type de soin particulier me permettait d'apporter une offre de soin qui correspondait à mes valeurs. Cela semblait correspondre également à la représentation que je me faisais des besoins des usagers.

Comme infirmier, j'étais assez proche des pratiques défendues par le courant rogerien<sup>1</sup>. En ce sens, je m'attachais à considérer que l'usager détenait les clés de son évolution positive. De même, j'évitais de tenir une posture trop « invasive » dans la relation thérapeutique.

La réhabilitation en psychiatrie fait partie des priorités affichées du ministère de la Santé. Encore trop peu développée, l'offre de réhabilitation psychosociale est actuellement encouragée par les pouvoirs publics, comme le montre la feuille de route présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie [4], et l'instruction DGOS du 16 juin 2019 [5]. Cette instruction précise la volonté d'organiser un maillage territorial pour les soins de réhabilitation.

Tout en s'appuyant sur le Rapport de Michel Laforcade [6], la stratégie nationale de santé récemment posée dans le cadre du décret « Ma santé 2022 » [7] confirme cette volonté « d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale », mais également de favoriser l'accès aux soins le plus précocement possible dans une trajectoire de rétablissement. Dans cette volonté de favoriser les partenariats et les liens entre sanitaire, médico-social et social, cette orientation vise à favoriser les logiques de parcours de l'usager. L'offre de suivi des usagers doit donc ainsi, dans le champ du handicap psychique, davantage travailler et proposer des modalités d'accompagnements inclusives (en lien avec l'éducation, l'emploi, le logement, la culture, les loisirs, ...).

Je souhaite également faire le lien avec antérieurement, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Ce dernier rappelait et précisait la notion de handicap au sens de la loi du 11 février 2005 [8] : «constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques,[...] cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant». C'est ainsi qu'est reconnue l'altération de certaines capacités individuelles induite par des troubles psychiques importants et persistants comme représentant un handicap psychique. A partir de ce texte, il peut être attendu une compensation. Il incombe alors à la société de pouvoir apporter à chaque personne des réponses ciblées à l'altération de ses capacités, pour qu'ainsi elle recouvre son autonomie et son inclusion sociale. C'est également

---

<sup>1</sup> L'écoute en psychothérapie : de Carl Rogers à Palo Alto. Auteur(s) : Jean-Jacques Wittezaele, docteur en psychologie

dans ce même plan, qu'il est promu « la réhabilitation psycho-sociale au sens large dans la mesure où elle permet l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, [...] la relégation dont sont trop souvent victimes les personnes vivant avec des troubles psychiques ».

La réhabilitation psycho-sociale désigne l'ensemble des mesures qui peuvent contribuer au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques afin de favoriser leur autonomie et le retour à une vie citoyenne en profitant des ressources habituelles du milieu ordinaire. Ses principes consistent à « restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique en les aidant à conserver, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible » (Anthony, 1979). De ce fait, la notion de rétablissement implique de s'inscrire dans la perspective de l'utilisateur qui va lui-même, construire son projet. Les professionnels de santé viennent alors en soutien, en vue d'accompagner la personne pour la conception et la mise en œuvre de ce projet. La réhabilitation psycho-sociale, se situant à l'articulation de la prise en charge sanitaire et de l'accompagnement médico-social et social, il est nécessaire de développer et promouvoir des pratiques coordonnées de façon à multiplier les opportunités pour la personne en situation de handicap psychique.

Ainsi, les structures de santé mentale ont un rôle majeur à jouer en vue de faciliter et développer les pratiques de lien sur les territoires. Par le biais des soins de réhabilitation psycho-sociale, il leur est possible de permettre aux usagers d'accéder à leurs besoins et dans un même temps promouvoir des parcours de soins inclusifs en respectant leurs droits et libertés. Ce faisant, les usagers de la psychiatrie se trouvent intégrer davantage dans les dispositifs de droit commun. Ce mouvement contribue à faire évoluer les représentations négatives sur la maladie mentale et participe potentiellement donc à la destigmatisation du handicap psychique.

Cette représentation de l'articulation entre l'offre de réhabilitation psycho-sociale et le Rétablissement est bien celle de nos tutelles, et de ceux qui pensent les politiques de santé en France. Seulement, sans vouloir encore approfondir le concept de Rétablissement, il semble que ce projet ne puisse être qu'un parcours personnel pour chaque usager, et qu'il résulte d'une mise en compétences d'expériences vécues. Ainsi, je m'interroge sur mon rôle en tant que cadre de santé dans l'évolution à apporter au sein de la structure dans laquelle je travaille.

Elle a été initialement pensée et organisée pour proposer des soins de Réhabilitation psychosociale. Nous souhaitons nous inscrire, avec l'équipe, dans un projet de Rétablissement. Finalement, que recouvre cette notion de rétablissement ? Est-elle une conséquence systématique des soins de réhabilitation psychosociale ? Mais, surtout en tant que cadre de santé d'une structure, comment évaluer et accompagner la réelle orientation « Rétablissement » d'une structure sanitaire de réhabilitation psycho-sociale ?

# 1 Ariane : Unité de réhabilitation psychosociale non sectorisée

## 1.1 Ariane : Emergence du projet

C'est dans un contexte financier difficile au sein de l'établissement, que notre directeur général nous a annoncé une évolution majeure dans l'organisation de l'offre de soin. En effet chaque secteur, en plus de son activité propre, allait devoir proposer une activité non sectorisée. Nous nous retrouvons là, bien loin des messages conceptuels. Avec plusieurs collègues, nous cherchions comment prendre en compte les dimensions de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation qui sont essentielles dans la prise en soins en psychiatrie. La « palette » de soins proposée aux patients, déjà très riche en psychiatrie, mais en devient encore plus large, plus complexe. Elle comprend des propositions thérapeutiques nouvelles, nécessitant des compétences spécialisées.

Le nouveau projet médical, adopté en avril 2016, a intégré l'attente et la demande faite par la direction de l'EPSM. L'idée étant d'inscrire dans le projet médical d'établissement le volonté de mobiliser les compétences internes existantes. Il est précisé dans ce dernier que « Chaque secteur ne peut regrouper en son sein l'ensemble des compétences pour mettre à disposition des patients les techniques de soins les plus spécifiques adaptées à leur état clinique.»

Je faisais alors parti du pôle Caen-est (suite à la loi HPST, notre établissement a pris la décision que chaque secteur deviendrait un pôle) ;. Nous cherchions à ce que l'utilisateur soit le plus possible acteur de son projet de soin, « incantation très célèbre ». Expression tant de fois reprise sous des termes des fois différents. Nous avons formés un petit groupe de réflexion, suite à une formation de pôle, sur le thème de la réhabilitation psycho-sociale. Nous cherchions donc à faire évoluer les pratiques sur notre pôle, en ayant des propositions différentes en fonction des lieux de soin. Ce fut pour nous une opportunité que de voir cette proposition émerger dans le projet médical. Ainsi, nous avons proposé à la hiérarchie du pôle, que la réhabilitation psychosociale soit notre apport pour l'établissement. Notre projet fut validé après quelques négociations, dans la mesure où il se trouvait associé au projet du pôle Caen-sud plus orienté, lui, sur la Remédiation cognitive. Notre trajectoire vers la réhabilitation psycho-sociale émergeait davantage, pour nous, des outils d'entraînement aux habiletés sociales. Il faut préciser que notre formation nous avait orientés vers une version très intégrative de la réhabilitation psychosociale. Le volet remédiation cognitive était, au moins,

notre lacune, et allait devoir être travaillé. C'est avec enthousiasme que nous avons accueilli nos collègues.

Ainsi, précise encore le projet médical, avec la création d'un dispositif ressource de réhabilitation : « Cette action vise à mettre à disposition des secteurs un outil non sectorisé visant à renforcer le travail de réhabilitation : groupes de psychoéducation, prestations de réadaptation, de réentraînement aux gestes de la vie quotidienne et de réhabilitation, de remédiation cognitive, permettant d'acquérir ou de retrouver des habiletés sociales, de restaurer des capacités, de sauvegarder et développer l'autonomie, de favoriser le soutien aux aidants. »

La collaboration entre les deux pôles et le recrutement, en mars 2017, d'une neuropsychologue expérimentée en réhabilitation psycho-sociale a permis la réflexion autour de la création de l'unité ARIANE, dont les missions furent notamment, d'établir un diagnostic des capacités du patient puis de lui proposer un programme de réhabilitation coordonné.

Conjointement des contacts furent établis afin de nous rapprocher et de nous articuler avec la démarche d'éducation thérapeutique qui était développée dans l'établissement depuis quelques années.

Des liens se mettent en place entre l'équipe d'Ariane et les équipes de secteur afin de bien coordonner le parcours de chaque patient sur la structure. Des échanges sont également proposés afin de mettre en place, ou de pérenniser sur les secteurs des outils de réhabilitation psychosociale. Ainsi, la réhabilitation psychosociale s'associe à la prise en charge du secteur ce qui permet de diminuer rechutes et hospitalisations, et améliore les compétences et la qualité de vie de l'utilisateur. Cette diffusion s'est faite progressivement et continue de se faire.

## 1.2 Ariane et son fonctionnement

La première étape de la prise en charge au sein de cette unité est la réalisation du bilan des compétences, plaintes et projets du patient, en vue d'obtenir un diagnostic de réhabilitation sur lequel peut être décidée une orientation vers les différents programmes de réhabilitation psychosociale.

Cette évaluation de la symptomatologie, des aptitudes cognitives, des habiletés de vie quotidienne et sociales, de la qualité de vie et du parcours de rétablissement reposera sur la passation d'échelles validées dans les recommandations de réhabilitation psycho-sociale. Ces échelles sont passées par différents professionnels. A ce jour, l'équipe est composée de psychiatres (1,3 ETP), d'infirmiers (4 ETP), d'ergothérapeutes (1 ETP), de psychologues spécialisés en neuropsychologie (1,8 ETP) et d'un cadre de santé (0,8 ETP). Sa composition a été progressive la création de l'unité, et continuera encore d'évoluer.

Cette première étape est indispensable à la construction d'un projet personnalisé propre au patient, ainsi qu'à une meilleure implication, et donc à une amélioration des résultats obtenus par les groupes de réhabilitation.

L'unité réalisera une synthèse pluriprofessionnelle qui permettra d'établir une proposition de programme personnalisé de réhabilitation. A la suite, l'unité proposera une restitution de synthèse à l'utilisateur et à des personnes de son souhait (famille, amis, réseau) et à son psychiatre. Au cours de cette restitution ou dans les jours qui suivent, l'utilisateur choisira les groupes thérapeutiques dans lesquels il souhaite participer. Ceci signifie le début de l'accompagnement d'Ariane. Cette participation sera revue avec l'utilisateur tous les six mois afin de vérifier que cela correspond toujours à ses vœux et à ses besoins.

Je vous propose, en Annexe 2, une représentation des différentes activités dont nous disposons actuellement. Il s'agit dans le même temps d'activités en groupe ou en individuel. Les supports ont plusieurs orientations. Nous disposons d'activités d'éducation thérapeutique du patient, de remédiation cognitive, de remédiation de la cognition sociale, de thérapie cognitives, d'entraînement aux habiletés sociales et de soutien pour le logement et la réinsertion professionnelle.

### 1.3 Première évaluation à six mois, et constats

Je présente l'évaluation à six mois de fonctionnement que nous avons réalisée pour notre institution et nous-mêmes. Celle-ci démontre bien l'orientation d'Ariane vers les principes de la réhabilitation psycho-sociale. Ce document figure en annexe 1. Je peux en tirer les enseignements suivants :

- Un peu plus de 40 usagers qui émanent de quatre des six pôles de l'établissement. Mais également quelques situations ayant pour origine des hôpitaux périphériques.
- Ces demandes sont majoritairement pour des personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles de l'humeur (80% pour les deux).
- Les deux demandes principales sont les troubles cognitifs et les troubles des habiletés sociales. Les attentes associées, plutôt autour de la réinsertion, du logement, du fonctionnement social et de la reprise d'études.
- Nous étions impliqués dans des formations pour nos collègues dans l'institution, des bailleurs sociaux
- Nous comptabilisions quarante neuf interventions dans des structures en demande sur 2017 et vingt en septembre 2018.

En lien avec cette évaluation, nous nous étions donnés des objectifs, et faits quelques remarques. Il semblait que notre fonctionnement hospitalier était déjà satisfaisant. L'acceptation de notre offre de soin semblait bonne. La composition de l'équipe permettait de répondre en grande partie aux demandes qui nous étaient faites. Nous faisons également le constat que notre connaissance du réseau avec les acteurs du secteur social, médico-social et associatif était insuffisante pour pouvoir accompagner les demandes vers le logement, la reprise du travail ou la formation. Nous aurions, en ce sens, souhaité élargir la composition de notre équipe à des travailleurs sociaux et/ou un médiateur de santé pair.

Nous pouvons comparer ces quelques éléments avec des données de l'ANAP [9] qui précisent l'organisation attendue pour ces centres de Réhabilitation psycho-sociale. En voici quelques critères, que j'ai repris du guide :

- Conduire le projet de création du dispositif en mode projet avec une validation et un soutien institutionnels
- Prévoir un plan de formation pluriannuel général interne et proposer un accès aux professionnels des autres champs
- Recruter les compétences spécialisées
- Organiser l'éducation thérapeutique pour les personnes et pour les aidants

- Organiser un accès rapide à l'évaluation, dès l'hospitalisation complète
- Organiser le processus de restitution systématique et régulière de l'évolution de la personne à l'équipe ou au professionnel adresseur, qui pourra poursuivre le suivi médical (ex. : secteur, psychiatre libéral, médecin traitant, personnel de l'accompagnement social et médicosocial...)
- Renforcer le soin hors les murs
- Organiser la coordination des différents intervenants : soin, logement, scolarité, insertion et maintien dans l'emploi, loisirs, aides à domicile, case manager...
- Prévoir un plan de communication pour que le dispositif soit lisible et repérable par les différents dispositifs d'appui à la coordination : Conseil local de santé mentale, Centre local d'information et de coordination (CLIC pour les personnes âgées), Plateforme territoriale d'appui (PTA), réseaux... et par les différents acteurs concernés du territoire.

Nous répondons positivement à quasiment tous les critères. Nous retrouvons autrement les critères déjà identifiés, mais qui viennent conforter notre évaluation. Tout d'abord notre lien avec l'ETP qui au début était faible, nous travaillons actuellement à formaliser les liens. Une procédure précisera cette articulation.

Pour renforcer le soin hors les murs et sa coordination, nous pointons les points sur lesquels nos efforts doivent porter. Nous travaillons actuellement sur des conventions avec deux organismes qui favorisent la reprise du travail, et une particulièrement l'emploi accompagné. Nous sommes en lien également avec les bailleurs sociaux, dans le cadre d'un temps de rencontre par l'intermédiaire du CLSM (Conseil local en Santé Mentale). Nous évoquons tous les deux mois des situations qui interpellent les bailleurs sociaux. Il s'agit souvent de difficultés d'accès aux soins. Nous servons alors de relai, quand cela est nécessaire, avec les équipes de secteur.

Même si la temporalité afin de répondre à cette demande d'évaluation institutionnelle était minime, nous pouvons constater que nous ne sommes pas adressés aux usagers. Notre fonctionnement hospitalier prenait le dessus et restait prépondérant. Ainsi, ce projet répond aux orientations attendues d'un service de Réhabilitation psycho-sociale, mais pour ce qui est

de la dimension du Rétablissement, cela semble plus difficile. Précisons désormais ce que recouvre ce concept et comment un service de soin peut le proposer.

#### 1.4 Le Rétablissement ? Limites et difficultés pour une structure sanitaire de s'y inscrire

Ce mouvement anglo-saxon (recovery) est né dans les années 1980-1990, à partir des revendications des usagers eux-mêmes, en vue de l'obtention de plus de droits et de pouvoir de décision. On dénomme ces anciens usagers de la psychiatrie américaine, les « survivors ». Patricia Deegan en est une des voix. Elle exprimait sa définition du parcours du rétablissement ainsi, « la personne souffrant d'un trouble mental doit aussi se remettre de la stigmatisation dont elle a été victime et qu'elle aura si souvent internalisée au plus profond de son être. Elle doit se remettre des effets iatrogènes des traitements, du manque d'opportunités récentes pour gérer sa propre vie, des effets secondaires négatifs du chômage et des rêves brisés » (Deegan, 1993, citée par Greacen et Jouet 2012, p10) [10]. On perçoit dans cette phrase tout le travail qu'elle est parvenue à réaliser, et la complexité d'un parcours de rétablissement. On entend également la non considération qu'elle a des soins qui lui ont été proposés. Ce mouvement, par certains aspects extrémiste, surtout pour moi, soignant, envisage le Rétablissement sans l'hôpital.

La même année, Bill Anthony en 1993 (Anthony, 1993, cité par Greacen et Jouet, 2012, p9)[10], un des concepteurs du mouvement du recovery, donne une définition qui expose un autre regard du rétablissement, c'est pour lui "un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre une vie épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie mentale ».

Cette approche, évoque davantage l'espoir et ne semble pas aussi lourdement chargée du vécu de cette « vie brisée » de P.Deegan. La place de la temporalité, des étapes, du processus de transformation engagé sur le long terme y est présente. Il n'est pas question de nier le traumatisme causé par la maladie mais d'une redéfinition identitaire. Cette construction amène

à la prise de conscience du handicap, des limites imposées par la maladie. Ainsi, il ne s'agit pas de nier les effets de la maladie mais de parvenir à les dépasser. Il faut également identifier des moyens pour vivre avec, ou les contourner. Parallèlement, l'utilisateur doit expérimenter comment créer ou recréer une vie satisfaisante selon ses propres critères, dans un environnement choisi. Cela nécessite tout d'abord un travail d'introspection conséquent ainsi qu'une posture dynamique.

Il n'est pas aisé d'accueillir, pour quelqu'un qui a travaillé dans le champ de la psychiatrie depuis vingt ans, ces témoignages qui jugent nos pratiques. Il convient de les mettre en lien à toutes ces situations vécues comme incomprises, insolubles, pour lesquelles notre approche semblait inadéquate. Il ne faut pas non plus tomber dans une forme de généralisation. Mais, il faut considérer que ces attentes exprimées représentent les soins de demain, l'approche à laquelle les usagers aspirent. C'est cet esprit qui doit animer nos réflexions. Il nous incombe de pouvoir entendre ces voix, et intégrer que c'est la voie du rétablissement et de l'empowerment de chacun.

Or, si nous plongeons dans le cœur de nos pratiques actuelles, nous sommes encore bien loin du compte. Les murs des conceptions asilaires continuent de tomber, mais nos repères sont présents, avant de changer en profondeur. Il faut aussi considérer en reprenant le contenu de ces définitions, que nous ne pouvons plus être les seuls acteurs de ce changement. Il faut déjà que nous nous défassions de cette posture de contrôle, que nous quittions nos attitudes trop stigmatisantes, mais qu'également nous nous ouvrons vers d'autres partenaires, qui eux se trouvent au cœur des cités. Cette stigmatisation est malheureusement encore trop véhiculée par, nous, soignants mais également par la population générale. Jean-Yves Giordana la définit comme, « une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état et qui va générer des comportements de discrimination » [11]

Nous évoquons, pour le concept de réhabilitation psychosociale, le besoin de penser des politiques, des actions et des organisations transversales entre le sanitaire, le médico-social et le social. Le Rétablissement nous amène à devoir lever encore davantage de barrières. En effet, il s'agit pour l'utilisateur de retrouver le contrôle de sa vie et son pouvoir d'agir, son empowerment. Cette idée s'approche de la définition de la santé mentale de l'OMS : « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la

vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Ainsi le seul facteur de bien-être ne peut se résumer en l'absence de maladie ou l'éradication des symptômes. Il est important de pouvoir faire la distinction entre le rétablissement clinique et le rétablissement personnel, tout autant différents, que non concurrentiels. [10] « Le rétablissement « clinique » se concentre sur l'identification et la réalisation d'objectifs sanitaires, tandis que le rétablissement « personnel » reconnaît l'importance du processus, des efforts sur soi-même et de l'apprentissage. Dans l'idéal, on désirerait les deux car l'un sans l'autre est incomplet. ». Nous visualisons clairement le changement de posture qui est demandé en vue d'évaluer cet autre rétablissement. Si nous souhaitons inscrire un projet de structure vers le rétablissement, il faut réorienter beaucoup de nos postures. La structuration de nos services a été, et est encore orientée pour le rétablissement clinique. Chaque parcelle du projet est à questionner. Il ne faut évidemment pas se limiter à notre regard, mais y associer les usagers. Ainsi, également le précise, Claude Finkelstein, pour qui « les seules personnes qui peuvent évaluer un service, c'est celles qui l'utilisent [12].

La meilleure façon de valider un changement dans nos pratiques, sera de le faire par les bénéficiaires. En effet, devant les attentes formulées par nos tutelles et nos administrations, il peut être tentant d'apposer le terme de Rétablissement à tous les projets à venir. Il ne faut donc pas s'arrêter à ces seuls termes. Les usagers, dans ce qu'ils perçoivent de nos soins, ressentent clairement la posture que nous prenons.

Le processus de rétablissement n'est pas détenu par le professionnel, il ne peut que le soutenir. Comme le dit Glover [10], « On ne peut pas doter les gens d'empowerment : on peut seulement les priver d'empowerment en faisant obstacle à l'exercice de leur pouvoir, de leur autonomie et de leur libre orientation naturels ». Il existe d'ailleurs un mouvement au sein des usagers anti rétablissement. Il est en effet possible de vivre ce « rétablissement » comme une injonction. Qui ne va pas vouloir de son rétablissement ? Une certaine pression globale s'instaure ainsi vers cette sorte de panacée. Ce projet individuel doit rester un choix, et relève d'un parcours dans lequel tout individu s'engage librement.

Il arrivera un moment où la personne souhaitera s'engager dans ce parcours. Pour le décrire, je me réfère au modèle soutenu par Andresen [13] qui présente le parcours de rétablissement suivant cinq étapes, décrites ensuite par Favrod et Maire [14]. Ces étapes forment un processus non linéaire, avec des avancées et des retours en arrière.

- La phase moratoire qui importe de s'engager dans les soins afin de normaliser les symptômes
- La phase de conscience qui correspond aux soins de psychoéducation, de connaissance de la maladie, et l'espoir d'une nouvelle vie
- La phase de préparation qui correspond au moment d'établir le bilan des forces et des faiblesses que l'utilisateur peut travailler par des soins de réhabilitation psychosociale, dont la remédiation cognitive et /ou les entraînements aux habiletés sociales
- La phase de reconstruction pendant laquelle l'utilisateur retrouve une identité positive par le biais de fonctions sociales ou d'un travail professionnel
- La phase de croissance durant laquelle les conséquences de la maladie sont maîtrisées et le nouveau projet de vie identifié

Ces étapes présentées ainsi forment des repères. Néanmoins, l'accent doit toujours être mis sur les ressources internes et externes de l'utilisateur, sur son devenir, sur la possibilité de se dégager d'une identité de malade psychiatrique et retrouver une vie active et sociale. L'espoir doit rester le centre de nos préoccupations de soignants, de même que ces autres objectifs :

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

Ainsi tout soignant devrait à terme, maîtriser ces missions à orientation sanitaires mais également favoriser chez la personne le travail des objectifs sus-cités. Ceci nécessite la mise en place d'un changement de paradigme.

## 2 Un outil d'évaluation et de pilotage

J'ai au cours de cette première partie exposé le parcours suivi depuis le projet, la création d'une structure de réhabilitation psychosociale, et le désir de son orientation vers le rétablissement, il nous faut revenir désormais à notre question de départ. Comment alors savoir si notre pratique, et notre organisation permettent aux usagers d'identifier et de suivre leur parcours de rétablissement.

Il s'agit donc d'inventer un outil d'évaluation qui permettrait de rendre compte de l'orientation rétablissement d'une « structure d'accompagnement ». Je prends cet intitulé afin de me démarquer d'un concept trop marqué « sanitaire ». Il convient de s'appuyer sur le modèle théorique, que je viens d'exposer, reprenant les différents champs d'évolution des personnes attendues. Mais il faut également tenir compte des modalités et des résultats attendus, afin de répondre à la question, et que les réponses soient exploitables. Il n'est en effet pas envisageable que la réponse soit un oui ou un non. La question n'est pas que : est-ce que cette structure pratique le rétablissement ? Il conviendra également que l'évaluation puisse fournir des réponses plus précises. Il faut donc que les interviewés, usagers, puissent répondre aux différents aspects du rétablissement. Dans l'intérêt du projet, il est primordial de parvenir à identifier des pistes d'évolution. En effet, l'accompagnement proposé par la structure ne sera pas égal sur tous les aspects. Il est en effet probable en fonction de l'histoire du service que certaines thématiques soient centrales et d'autres non perçues, ou laissées en chantier.

### 2-1 L'étoile du rétablissement

Afin de répondre à ces différents niveaux d'exigence, il m'a semblé intéressant de m'appuyer sur l'un des concepts en lien avec le rétablissement, « L'étoile du rétablissement » (Glover, 2007). Cet outil reprend cinq axes d'évolution des personnes. Initialement, c'est un outil orienté vers les soignants, qui doivent analyser leurs pratiques. Cela leur permet de prendre en considération au sortir d'entretiens, les postures prises. D'identifier ce que l'on fait bien, et ce que nous devons tendre encore à améliorer. Dans un aspect pratique, il a été construit (Glover, 2009) une checklist afin de préciser les items attendus. Cette étoile présente cinq branches,

qui chacune, propose deux extrémités sous la forme d'un continuum sur une même thématique, en voici la liste :

- De la libre orientation des personnes à leur aliénation
- De l'espoir au désespoir
- Du sentiment de citoyenneté de la personne à sa stricte considération comme malade
- De la maîtrise par la personne de ses responsabilités personnelles, à la maîtrise par un tiers
- De la conscience de soi active à passive

Chaque axe représente une branche de l'étoile et permet d'évaluer une thématique avec une certaine intensité. Afin d'être plus précis, plusieurs questions sont identifiées sous forme d'items. Les items proposés le sont, soit dans des formes positives, soit négatives. Plus le professionnel progresse dans sa posture, plus l'étoile est formée visuellement. C'est un outil valorisant et qui peut, pour un soignant, être réitéré afin qu'il visualise sa progression. Nous pourrions généraliser cet outil à tous les membres d'une équipe, afin de rendre compte de la posture moyenne d'une équipe, et visualiser quelle branche nécessite un appui particulier. En effet, si nous voulons proposer un contexte le plus favorable possible pour le rétablissement, il faut que toutes les dimensions soient prises en compte en même temps.

## 2.2 Conception de l'outil

L'environnement général de l'hôpital est actuellement accoutumé des évaluations. Elles quadrillent toutes les activités, et tous les processus. Beaucoup portent sur les modalités d'action des soignants. La recherche de qualité implique l'analyse profonde des processus. Il existe parallèlement, les campagnes d'évaluation de la satisfaction des usagers. Souvent mises en marge, ces requêtes viennent infirmer ou confirmer la bonne application des bonnes pratiques et le respect exhaustif du cahier des charges. L'expression des usagers reste malheureusement trop « portion congrue » de tout ce dispositif. Or, ce devrait être un outil prépondérant à la détermination des actions à mettre en place au sein d'un établissement de

santé. Plus particulièrement, ce doit être le cas dans une unité qui se réclame de réhabilitation psychosociale, et d'autant plus encore quand il s'agit de rétablissement

C'est donc plutôt aux usagers d'Ariane que je souhaite m'adresser, et dont j'espère un retour perspicace et objectif. En effet, comme nous l'avons précédemment dit, le rétablissement est une expérience individuelle et intime. Même si l'angle de Glover est de faire prendre conscience aux professionnels qu'ils doivent changer leurs pratiques, je préfère que cette activité revienne aux usagers. Mon souhait est donc de pouvoir inverser le questionnement. Ainsi, il incomberait aux usagers de la structure, tout en reprenant le même référentiel, de pouvoir nous indiquer sur quels aspects, il leur semble que nous soyons efficaces, et sur lesquels nous devons progresser.. J'ai ainsi demandé aux usagers d'évaluer globalement chaque continuum de 1 à 10. Ainsi, cela me permet d'avoir une évaluation particulière de chaque continuum. Le questionnaire est disponible en Annexe 3.

J'ai souhaité également que tout le processus d'accompagnement puisse être interpellé. Donc, le temps de l'évaluation, le temps de la restitution, et enfin le temps des modalités de suivi. J'ai donc ciblé toutes les personnes qui sont aujourd'hui accompagnées sur les différentes modalités de l'unité. J'ai donc exclu, de cette sollicitation, toutes les personnes qui sont en cours d'évaluation et/ou de restitution. Ceci en considérant qu'ils n'avaient pas un regard global sur le parcours proposé. J'ai également privilégié les réponses anonymes. Cette méthode m'empêche de pouvoir réinterpeller individuellement les personnes, mais permet une expression plus libre. Les usagers ne sont pas couramment en situation d'évaluer les soins, donc il faut favoriser l'absence de jugement pour obtenir leur intime conviction.

J'ai transmis ce questionnaire par voie postale aux adresses des usagers. J'avais donné la limite du 1er septembre pour le retour. Ceci me donnait le temps de les exploiter pour les délais d'écriture du mémoire.

## 2.3 Exploitation des questionnaires

J'ai effectué 39 envois en fonction de la file active du moment. J'ai obtenu 16 retours par courrier, ou dans une petite boîte de réception, qui avait été disposée au sein de l'unité pour cette occasion. Je considère que ce chiffre de 41 % de retour est très bon. Je l'attribue à plusieurs facteurs. Le premier est la proximité qui existe entre les usagers et l'équipe. En effet

plus nous sommes proche du public cible, plus nous pouvons espérer récupérer des questionnaires. Le deuxième tient selon moi de la posture que propose le questionnaire. En proposant aux personnes de s'exprimer sur leur accompagnement, et sur l'impact qu'il a sur leur vie, c'est motivant. Je l'avais construit également pour qu'il ne prenne pas trop de temps à remplir.

Voici le tableau récapitulatif des résultats obtenus, sur lequel nous retrouvons les 16 questionnaires retournés (abscisses) et les différentes questions (ordonnées). Les cinq thématiques sont représentées par les questions de Q1 à Q5, elles sont évaluées de 1 à 10, 10 étant orienté vers une plus grande satisfaction. Les sous questionnements sont évalués de 1 à 4, 4 étant l'évaluation la plus négative. Nous retrouvons les moyennes obtenues sur chaque sous questionnement et sur chaque thématique, à droite..

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Moyenne
<b>1</b>	1	1	1	1		1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1,2/4
<b>2</b>	1	1	4	2		1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1,4/4
<b>3</b>	2	1	1	1		1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1,1/4
<b>4</b>	1	1	1	1		2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1,4/4
<b>Q1</b>	8	7	9	10		10	7	8	8	10	10	9	10	9	9	10	8,9/10
<b>6</b>	1	4	1	1		1	2	4	1	1	1	1	1	2	1		1,6/4
<b>7</b>	1	1	1	2		1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1,3/4
<b>8</b>	1	4	4	2		1	1	4	3	1	1	4	1	1	4		2,3/4
<b>Q2</b>	9	6	9	8		8	8	6	9	7	8	8	10	8	10	5	7,9/10
<b>10</b>	2	4	1	2		3	2	4	2	4		1	2	1	1	2	2,2/4
<b>11</b>	4	4	4	4		3	2	4	1	1		1	2	4	1	2	2,6/4
<b>12</b>	4	1	4	1		4	1	4	1	1		2	4	4	1	2	2,4/4

<b>Q3</b>	10	6	3	10		7	8	5	9	9	10	9	8	6	6	5	7,4/10
<b>14</b>	1	2	1	1		1	2	1	2	1	4	1	2	3	1	2	1,7/4
<b>15</b>	1	4	4	3		2	2	4	1	1	4	1	4	3	1	2	2,5/4
<b>16</b>	1	1	4	2		2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	2	1,7/4
<b>Q4</b>	7	6	7	8		9	7	4	8	9	9	9	9	9	10	3	7,6/10
<b>18</b>	1	4	1	1		1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1,4/4
<b>19</b>	1	1	1	1		1	2	4	1	1	1	1	1	2	1	2	1,4/4
<b>20</b>	?	4	4	1		1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	2	1,9/4
<b>Q5</b>	9	6	9	9		10	7	5	8	9	10	8	10	7	8	6	8/10

Il est à noter que le questionnaire numéro 5 n'était pas exploitable. Je l'ai néanmoins intégré dans le tableau. J'ai calculé les moyennes en tenant compte de ce questionnaire et de quelques réponses qui ne figuraient pas.

Il est tout d'abord intéressant de remarquer qu'il existe une bonne corrélation entre les données des sous questions et des items, de façon générale, mais également sur les différents questionnaires. Je peux donc considérer que les usagers se sont relativement bien saisis de l'outil.

Sinon, entre l'item le plus hautement évalué (8,9) et le plus bas (7,4), l'écart n'est pas si important. J'avais envisagé que les différences soient plus significatives. Il me faut donc regarder ces chiffres plus finement.

Je peux donc exprimer les niveaux de satisfaction sur les items ainsi sur 10 :

- De la libre orientation des personnes à leur aliénation : 8,9
- De l'espoir au désespoir : 7,9
- Du sentiment de citoyenneté de la personne à sa stricte considération comme malade : 7,4

- De la maîtrise par la personne de ses responsabilités personnelles, à la maîtrise par un tiers : 7,6
- De la conscience de soi active à passive : 8

Je propose de reprendre les chiffres et de pointer ceux qui me paraissent les plus significatifs. J'aborderai dans la troisième partie ce qui pourrait être des projets répondant aux besoins identifiés.

Concernant le premier item, je ne suis pas surpris qu'il soit le plus haut. C'est un changement de posture fort, que nous avons voulu inscrire dès le départ du projet. Nous avons souhaité positionner les usagers comme acteurs décisionnaires de leur parcours. Je note néanmoins la question 2, qui soulève une remarque sur l'accès à de l'information. Il s'agit particulièrement d'une personne qui a mis un 4. Mais nous n'avons que tardivement mis à disposition des flyers et des supports d'information. C'est également un aspect stratégique important pour nous, dans la mesure où nous souhaitons aider les usagers à tenir une posture active.

Je regroupe les items de l'espoir et de la conscience de soi active. Leur évaluation est proche ou égale à 8. Cette évaluation est valorisante quant à notre action. A propos de l'espoir, nous pouvons remarquer que la question 8 impacte beaucoup le résultat (2,3 par rapport à 1,6 pour la question 6, et 1,3 pour la question 7). Ce n'est pas si surprenant, l'intitulé est : « Vos projets se trouvent-ils en dehors de la maladie ? ». Ce résultat m'amène à plusieurs commentaires. D'abord, je peux en déduire directement que les personnes ne sont pas assez avancées dans leur parcours de rétablissement. La maladie impacte encore beaucoup leur quotidien et leur projet. Je peux considérer que les actions mises en place sur leur secteur, ainsi que sur Ariane vont contribuer à améliorer cette évaluation. Notre jeune expérience, depuis l'ouverture de la structure, ne nous a pas donné le temps de tisser un réseau suffisant hors sanitaire. Autrement, je pense que le positionnement géographique de la structure à l'intérieur de l'hôpital est gênant sur cet aspect. Nous aurions évidemment préféré nous trouver dans la cité.

Pour la « conscience de soi active », je note quatre 4 dans les réponses recueillies. Ceci peut signifier que nous ne sommes pas assez allés suffisamment chercher les compétences et les connaissances des personnes concernant leur maladie. Nous n'en avons pas assez tenu compte dans notre approche, et ce que nous avons proposé aux personnes comme accompagnement. Je disais antérieurement que nous avons souhaité des usagers acteurs. Nous avons également

évoqué que nous devions nous servir du savoir profane des usagers. Il faudra conforter cet aspect.

Au sujet de « la maîtrise par la personne de ses responsabilités personnelles », je suis positivement surpris de ce niveau des réponses faites par les personnes. Ceci tend à montrer que même si la maladie est encore prégnante, ils ont le sentiment de garder les commandes de leur vie. En les aidant encore davantage, ils vont pouvoir prendre encore plus conscience de leurs potentialités et ainsi rentrer dans une spirale vertueuse. En lien avec la question 15 (2,5), il semble qu'il puisse être nécessaire de travailler pour ceux que cela intéresse sur un outil s'apparentant à un plan de crise.

Enfin, la partie concernant l'accès à la citoyenneté. C'est l'évaluation qui réclame le plus d'intervention (les trois réponses sont entre 2,2 et 2,6). C'est un aspect qui réclame une multitude d'actions dans le temps. Nous ne pouvons pas attendre d'effet type « action, résultat ». Il faut en même temps travailler sur les représentations des personnes souffrant de handicap psychique dans la population générale, que des limites que se donnent ces personnes en lien avec leur handicap. Il faut parallèlement agir sur la stigmatisation que sur l'auto stigmatisation. Ce seront des campagnes longues tant sur la population générale que les usagers accompagnés. Comme le précise Tine Van Bortel [12], p105, « l'un des objectifs principaux consiste à traiter les thématiques de la stigmatisation et de l'auto stigmatisation par rapport à l'attitude et les comportements de tiers, qui peuvent mener à terme à une réduction de la qualité de vie, [...], et au rétablissement.

Globalement, je suis assez satisfait du rendu de l'outil. L'idée de joindre des évaluations thématiques et des questions précisant le thème est intéressante. Je pense néanmoins que davantage de questions et de questionnaires pourraient permettre de situer plus précisément les actions à apporter. Je trouve également que certaines formulations de question seraient à revoir, dans le sens de plus de précision et de clarté. En effet, les questions trop vagues ne permettent que des hypothèses imprécises.

Dans le but de faciliter l'exploitation des résultats, et de respecter les délais impartis au rendu du mémoire, je n'ai pas inclus de questions ouvertes permettant une expression ouverte. Avec une certaine mesure, je pense que cela permettrait de valider plus justement les attentes des personnes interviewées.

## 3 Actions d'évolution

Voici, en quelques mots, ce que nous pouvons retenir des actions attendues. Tout d'abord des actions visant à réduire la stigmatisation véhiculée par la population générale, mais également sur l'auto stigmatisation générée par les usagers. Ce sont des objectifs à longs termes qui réclament des actions continues dans le temps. Les facteurs qui les influencent sont multiples et en dehors du champ du sanitaire. Ce n'est pas pour cela qu'il ne faut rien mettre en place, mais les temporalités sont différentes. Ensuite, je propose de regrouper plusieurs actions, qui chacune, concourt à faire avancer les usagers sur leur parcours de rétablissement. Le travail menant à l'élaboration d'un plan de crise individuel. Le savoir profane, A.Caria nous précise qu'« il se construit progressivement une parole collective, par le biais du développement des associations d'usagers et de la reconnaissance d'une certaine expertise profane de la maladie » [12], p181. C'est donc notre rôle de valoriser son existence sur tous les temps de l'unité, pendant les groupes mais aussi en dehors. Cet objectif va jusqu'à promouvoir l'emploi de médiateurs de santé pairs. Enfin, donner un accès continu à l'information. C'est faciliter son accès au sein de l'unité, mais surtout renvoyer vers sa recherche à l'extérieur, vers le droit commun, tant que cela est possible.

### 3.1 Actions en lien avec Ariane

#### 3.1.1 Le WRAP

Je voulais tout d'abord apporter une réponse pratique. Le plan de crise semblait la cible idéale en tant que support. Je me suis aperçu qu'il pouvait se combiner avec d'autres objectifs afin de correspondre à un projet plus global. C'est ainsi que j'ai pensé au WRAP comme une réponse aux attentes des usagers. Il s'agit du plan d'action de rétablissement et de bien-être (Wellness Recovery Action Planning). C'est un outil qui a été initialement créé aux Etats-Unis par Mary Ellen Copeland, il a ensuite été décliné au cours d'une expérience en Angleterre. Je sais également que des expériences ont été initiées en France. Il existe le modèle théorique initial, mais des déclinaisons particulières sont envisageables. Je pense même que le modèle intègre des caractéristiques sociétales, de la définition du bien-être. Nos repères ne sont pas forcément exactement les mêmes que les anglo-saxons. Il convient donc de repérer les fondements de cet outil, les liens avec le concept de rétablissement. Il s'appuie sur le modèle de Copeland (1997) et particulièrement sur cinq domaines clés.

- L'espoir : le but de réaliser ses rêves et ses objectifs
- La responsabilité personnelle : faire ce qui incombe pour aller bien
- L'éducation : apprendre pour prendre les bonnes décisions
- Plaidoyer pour soi-même : savoir obtenir pour soi-même ce que l'on mérite
- Soutien : vers soi et vers les autres, dans le but de se rétablir

Je retrouve une grande proximité avec les références du modèle de Glover (2007), que j'ai présenté antérieurement. Ce dernier présente des terminologies un peu différentes, et insiste sur des notions comme le mérite que j'ai du mal à associer. Il ne reprend pas la notion de citoyenneté qui manque dans nos références et ce que je recherche. Il est néanmoins aisé de les superposer.

C'est une expérience, lors de sa mise en place, qui nécessite de définir un groupe de départ composé d'usagers et de professionnels volontaires. Ces derniers suivent une formation commune afin de s'approprier les étapes de la réalisation du WRAP. Chacun réalise son propre WRAP, sans distinction. Cela permet aux soignants d'avoir expérimenté le processus. Cela permet également de créer un même groupe avec les usagers. Il s'agira ensuite d'un groupe témoin, qui pourra ensuite aller à la rencontre d'autres qui voudront en savoir davantage sur cet outil, et le mettre en place.

Par cet outil, chaque personne doit identifier, ce qui est nécessaire pour elle pour aller bien. C'est une démarche individuelle qui peut s'enrichir dans le temps, puisque nous apprenons de nous même tous les jours. Je vous propose de décliner les huit parties que contient l'expérience du Hampshire en Angleterre. [10], p78.

- Bien-être : définition de son propre sens, et de ce que nous ressentons quand nous allons bien.
- Boîte à outil du bien-être : identification de ce qui est nécessaire en vue de pouvoir maintenir cet état.
- Programme journalier : sur un carnet, noter ce qui est nécessaire au maintien de cet état.

- Déclencheurs : identification des éléments extérieurs susceptibles d'altérer cet état de bien-être. Identification d'un plan visant à les contrer.
- Signes avant-coureurs : ce sont des signes personnels qui nous indiquent que nous n'allons plus si bien. Il faut également identifier un plan qui permette de les endiguer.
- Lorsque tout se dégrade : identification des signes qui montrent que les choses se dégradent encore. Situation nécessitant l'intervention urgente de soi-même ou d'autrui.
- Plan de crise : ce plan est rédigé à un moment où nous allons bien. Il précise l'aide que nous souhaitons recevoir en cas de difficulté à gérer le quotidien.
- Plan d'après-crise : Cette partie peut être rédigée et explicite à la suite d'une crise ce qui a fonctionné, et ce qui ne l'a pas éventuellement. C'est dans cette partie que l'on peut réajuster les éléments en lien avec son bien-être.

Ce plan doit être réalisé à un moment où chaque personne va bien, et il convient de commencer par la première étape. C'est un outil vivant, pour lequel il faut prendre le temps de rédiger chaque étape. C'est un dispositif qui a le mérite de modifier les rapports soignants soignés. Toute personne est actrice pour sa vie, retrouve de l'Empowerment dans le sens que précise l'OMS (2010) : « La clé de l'empowerment est la suppression des barrières formelles ou informelles et la transformation des relations de pouvoir entre individus, groupes sociaux, services et gouvernements. Le pouvoir est au cœur de l'idée d'empowerment. ». C'est ce pouvoir que je souhaite leur redonner par l'utilisation de cet outil. Il permet d'identifier pour chaque personne et en fonction de son environnement la gestion des conséquences de la maladie dans son quotidien. C'est-à-dire, même dans une phase d'équilibre, quelles sont les manifestations concrètes de la maladie dans la vie des personnes ? Dans une étape suivante, quels sont les signes d'alerte ? Quelles sont ces manifestations individuelles de la maladie qui permettent d'identifier, que l'équilibre est en voie de se rompre. C'est ce moment qui doit pousser chacun, à un moment donné d'appliquer un plan de crise. C'est l'intérêt de l'avoir conçu et planifié, à un moment où elle va bien. Chaque plan sera donc individuel et sera lié aux ressources, et aux personnes de confiance qui l'entourent.

### 3.1.2 Action continue d'évaluation et programme QualityRights

Il est essentiel de pouvoir maintenir une évaluation des besoins des usagers d'Ariane. Ce mémoire a été l'occasion de créer un outil en lien avec l'étoile du rétablissement. Ce ne doit pas rester une évaluation ponctuelle. En effet, ça n'a d'intérêt, que si c'est maintenu dans le temps. Ceci permet également de visualiser les effets de ce que nous mettons en place. Il est possible et intéressant d'y associer une évaluation indépendante et externe : c'est ce que propose le programme QualityRights. Ce dispositif a été proposé en 2016 en France, et permet à l'échelle d'un pays, d'un établissement ou d'une structure de soin, de vérifier le respect des droits des usagers et la qualité des soins dispensés. Des personnes extérieures au service, viennent évaluer les pratiques soignantes et, à l'issue de leur visite, rédigent un rapport de préconisations.

Pour ce faire, l'OMS propose un instrument, le Quality Rights Toolkit [15] qui se veut complet et pratique. Il est issu de nombreux échanges d'experts internationaux. Cet outil inspiré de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, détermine des référentiels fondamentaux que chaque établissement ou service doit remplir. Je reprends ces quelques principes :

- des conditions de vie sûres et hygiéniques et un environnement social propice au rétablissement;
- la fourniture de soins se fondant sur des données factuelles en fonction de leur état de santé mentale et physique, sur la base d'un consentement libre et éclairé;
- l'orientation des services sur le renforcement de l'autonomie pour permettre aux gens de s'engager dans un projet de rétablissement;
- le signalement et l'élimination de tout mauvais traitement
- le lien entre services de santé et emploi, éducation, logement et services sociaux pour promouvoir l'autonomie dans la communauté des usagers des services de santé mentale.

Je reprends sciemment de façon exhaustive les objectifs présentés sur le site. Les intérêts d'utiliser cet outil sont multiples. Il apparaît clairement l'orientation vers le rétablissement de la grille de lecture qui est proposée. L'étoile du rétablissement, via l'outil d'évaluation, axe

prioritairement le regard sur l'accompagnement en lui-même. J'ai le sentiment que les experts qui vont se déplacer auront un regard différent et plus exigeant que les usagers que nous suivons. Je considère que cette interpellation de notre projet sera ainsi complémentaire. Il me semble pertinent de pouvoir croiser et associer les évaluations des usagers et des experts.

### 3.1.3 Accès à l'information

Nous proposons aujourd'hui beaucoup de supports en lien avec le PSYCOM, mais également les premières structures d'appuis que nous avons identifiées au sein du réseau régional et local. Ces supports ont vocation à informer, mais également à solliciter les échanges et les questionnements. Nous avons récemment élaboré un plan de communication. Ce dernier nous a contraints à préciser quels outils nous souhaitons utiliser vers les usagers, les professionnels et le réseau. Nous nous sommes mis en lien avec le service de communication de l'établissement, afin de nous donner les moyens de cette mission. Cela passe par la réactivation du site de l'établissement, mais également de préciser quelle politique nous souhaitons avoir concernant les réseaux sociaux. Les usagers et les professionnels utilisent de plus en plus ces supports. Malgré une certaine réticence, peut être en lien avec une méconnaissance, il est difficile de ne pas s'y inscrire actuellement. Le risque en serait de ne pas être visible en tant qu'acteur du réseau.

C'est pour nous encore une démarche récente qui mérite d'être envisagée avec précaution.

## 3.2 Interactions sur l'environnement extérieur

Nous abordons désormais les actions qui pourraient être utilisées pour que les usagers trouvent des supports en dehors des équipes sanitaires. Il s'agit de toutes ces initiatives qui nous permettent de tisser des liens avec des dispositifs de transition. Il peut s'agir d'organismes de droit commun, mais sinon de structures supports intermédiaires.

### 3.2.1 : Les structures d'appui extérieures

Ainsi, nous avons établi des conventions avec Cap Emploi et Ladapt qui nous engagent réciproquement à accueillir des personnes ayant un projet en lien avec la reprise d'un travail. Ces mêmes conventions peuvent être établies avec des bailleurs sociaux, concernant la thématique du logement. L'intérêt pour une structure comme la nôtre est de parvenir à

identifier un, ou plusieurs, interlocuteur en fonction des besoins exprimés ou identifiés par les usagers. Notre fonction est de permettre d'établir des passerelles plus ou moins sécurisées, permettant aux usagers d'avancer dans leur parcours. Cette activité réclame une veille permanente sur les dispositifs qui apparaissent, et ceux qui périssent. Il est également nécessaire de mettre en place une activité de lobbying au sein des différents réseaux. Les récents échanges dans le cadre de la discussion des projets territoriaux de santé mentale en sont une parfaite illustration. Sur des thématiques prédéfinies, un appel a été fait pour que tous les interlocuteurs soient mobilisés, regroupés en vue d'établir des préconisations et un projet pour le territoire. Cette mission s'est effectuée dans le cadre d'une commande liée à un décret qui faisait suite à la loi de modernisation de notre système de santé [2]. Il existe également les échanges que nous avons, avec le Conseil Local de Santé Mentale. Ce conseil, sur demande notamment d'une instruction de la direction générale de la santé du 30 septembre 2016, correspond en la création d'un espace d'échanges et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers et les professionnels du même territoire. Il s'agit là plus précisément de l'échelon municipal. C'est pour nous un vecteur de rencontres et d'échanges, colossal. Il existe d'autres instances locales qui peuvent nous permettre d'influer sur les politiques. Le Plan Local de Santé de la ville de Caen avait été défini en 2014. Il est donc rediscuté cette année, et doit finaliser la définition d'un contrat local. Ce projet local de santé possède un volet santé mentale qui nous intéresse tout particulièrement. Y assister permet de l'influencer, mais également d'identifier les acteurs des réseaux.

Les murs des asiles tombent petit à petit. C'est ainsi, notre ouverture aux activités de l'extérieur, et l'explicitation de nos missions, de notre organisation et de nos besoins qui participe à les faire disparaître.

Dans cet esprit, je souhaite participer à remettre en place une maison des usagers au sein de mon établissement. C'est un dispositif réglementaire dont la mise en place a été précisée dans la circulaire du ministère de la santé le 28 décembre 2006 [16]. C'est une revendication légitime des associations d'usagers. Ainsi, nous travaillons avec la direction de l'établissement qui souhaite également aller dans ce sens. Il va désormais falloir finaliser le projet et déterminer un lieu qui puisse accueillir une permanence d'accueil et des activités. Il est en effet nécessaire qu'il puisse en exister une à l'intérieur de l'hôpital, mais, à terme, je souhaiterais participer à ce qu'il y en ait une dans la cité, avec un projet différent, ouverte avec l'appui de la mairie et d'autres soutiens. Un projet partagé et fédérateur. C'est autrement

que le projet se particularise. Nous souhaiterions qu'il y ait la présence de plusieurs médiateurs de santé pairs au sein de ce lieu. Il s'agit d'une fonction nouvelle au sein des établissements de santé. Elle nécessite des personnes ayant un profil et un parcours particulier. Il se trouve que plusieurs usagers d'Ariane ont un projet qui va dans ce sens.

### 3.2.2 : Les médiateurs de santé pairs

Les Médiateurs de Santé-Pairs ont un statut de salarié, ils sont employés par des établissements hospitaliers ou par des structures médico-sociales dans le domaine de la santé mentale. Il importe donc de faire officialiser un contrat de travail, pour permettre l'accès à la formation. Cette façon de poser des précautions et des garanties est assez récent, et ce qui différencie le statut de pair aidant et celui de médiateur de santé pair. Cette formation dure une année universitaire, avec une entrée directement en 3<sup>ème</sup> année de licence. Il est donc nécessaire d'avoir validé un Bac+2, ou un Bac qui devra être assorti d'une validation des acquis, interne à l'université. Il existe donc, une licence de Sciences Sanitaires et Sociales parcours Médiateurs de Santé-Pairs, qui a été créée en 2018 par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé avec l'Université de Bobigny Paris XIII. La formation est accessible à des personnes concernées par des troubles psychiques, rétablies ou en voie de l'être.

En tenant compte des expériences passées, qui ont parfois été douloureuses, le CCOMS prend le parti aujourd'hui d'accompagner les établissements en amont. Ceci afin de former les équipes qui vont accueillir le médiateur de santé pair, dans les modalités de recrutement, mais enfin surtout pour l'accompagnement des médiateurs de santé pairs, dans leur parcours d'intégration professionnel. Plusieurs documents précisent actuellement le contenu du programme de formation et des conditions d'exercice de ces professionnels [17]. Il sera important de pouvoir réaliser ce travail avec le CCOMS, en lien avec les personnes intéressées par ce poste. Actuellement trois usagers d'Ariane sont motivés pour intégrer ce cursus.

Il existe également un document récapitulatif qui a été produit par le centre ressource du Vinatier à Lyon [18]. C'est un document qui décrit les étapes principales à respecter. Il inclut de l'information sur la notion de pair-aidance. Ensuite, il évoque les conditions de recrutement et d'engagement. Nous discutons actuellement avec la direction de l'emploi de

personnes. Nous devons construire avec les associations d'usagers ce projet partagé dont nous avons besoin sur le terrain.

Les associations d'usagers sont potentiellement un excellent vecteur pour décentrer l'activité du soin. Nous évoquons les maisons des usagers qui peuvent se situer tant en intra qu'en extra hospitalier. Une place à l'extérieur participe d'autant plus à la destigmatisation. Elle participe également à en faciliter l'accès, et permet une interaction directe avec la cité. Mais il existe d'autres activités en lien avec les associations d'usagers. Ce sont les groupes d'entraide mutuels. Nous ne bénéficions pas non plus, de ce soutien dans notre ville. Ce constat de manque est fait depuis de nombreuses années. Au cours des démarches que nous avons faites afin de rencontrer les associations d'usagers, nous avons rencontrés l'UNAFAM, qui nous a parlé du projet de créer un GEM dans la cité.

### 3.2.3 : Articulation avec un GEM

A l'inverse des clubs thérapeutiques, les GEM sont des espaces plus libres ou tout à chacun peut venir et repartir. C'est la Loi de 2005 [8], qui a permis leur financement. Ces structures sont organisés sous forme d'association. Leur projet peut prendre des formes diverses, et évoluer assez facilement en fonction des personnes qui le composent. Ce sont des lieux tiers, en dehors du sanitaire, qui permette d'accueillir la différence, la souffrance psychique et les projets individuels. Les personnes retrouvent une collectivité, un soutien mutuel, un lieu où ils peuvent s'investir, prendre des initiatives, reprendre contact avec les responsabilités tout en étant dans un cadre non stigmatisant. Les principes support sont la pair aide et favoriser l'Empowerment des personnes le plus possible. C'est un excellent outil d'insertion dans la cité et de lutte contre l'isolement. A la fin de l'année 2016, il existait 430 GEM en France.

L'idée de ce mémoire n'est évidemment pas de faire une liste exhaustive des différentes actions possibles. En tenant compte de la complexité et la multiplicité des interlocuteurs et des besoins, nous pouvons décliner toutes les opérations qui impliquent du lien quasiment à l'infini. Ma volonté comme celle de l'équipe, avec qui je travaille, est de se saisir de toutes les occasions offertes pour continuer d'ouvrir cette unité vers l'extérieur et d'établir des passerelles vers la communauté. J'aurais pu autrement faire le choix, de ne présenter que deux actions et de les approfondir davantage. J'ai voulu surtout, sur la base de l'analyse des questionnaires, rendre compte des actions qui semblent répondre directement aux besoins

exprimés. C'est pour cela que mon choix pour ce mémoire s'est porté sur la mise en place du WRAP, d'utiliser le regard et les préconisations du Programme Qualityrights et de développer notre offre d'informations le plus variées possible.. Toutes ces premières actions sont dépendantes directement d'Ariane. Les autres propositions sont interdépendantes de l'engagement d'autres partenaires.. Il importera de solliciter de nouveau les usagers, afin de vérifier que le sens que nous proposons est bien celui qu'ils attendent. Il faudrait d'ailleurs à terme, parvenir à ce que ce soient les usagers qui participent directement à la désignation de l'évolution organisationnelle de l'unité. Mais quelle forme pourrait prendre cette nouvelle offre participative ?

## Conclusion

Chaque jour, en nous rendant au travail, nous ne connaissons pas la trame exacte de notre journée. Elle nous réserve son lot de surprises, de rencontres, de découvertes. C'est ainsi que forts de notre conception du soin, de l'accompagnement vers le rétablissement des usagers, nous faisons avancer le projet de cette unité. Il y a tant de personnes, collègues à persuader qu'un changement de paradigme est devant nous. Nous devons nous en saisir, pour la promotion d'une autre pratique professionnelle, nous concernant, et qu'il n'y ait plus de place à part pour les personnes atteintes d'un handicap psychique. Tous ces professionnels doivent être convaincus de la possibilité de nous enrichir en accueillant l'« autre ». Avec lui, nous devons pouvoir former un nous. Ce « nous » n'en sera que plus fort.

Ce DIU a été pour moi un moment particulier dans ma carrière, comme ce moment où, ce que j'entends, ce que je vois, explique ce que je ressentais. Il arrive et est lié à l'intégration de cette unité Ariane. C'est en effet, de sens, qu'il s'agit, tant, comme une direction qu'une signification. Direction, puisque cette formation me permet d'identifier là où je veux aller mais également ce que je ne veux plus faire. Signification pour l'exercice de clarification et de précision qui était nécessaire. Ariane qui permet de désigner une sortie au labyrinthe. Cet outil qui nous permet, aux usagers et à nous-mêmes, d'engager notre parcours de rétablissement.

Ce travail de mémoire tient sa place dans ce parcours. Il me force à m'arrêter et à prendre le temps d'analyser, et de trouver le sens. Le fait d'identifier une problématique proche de mon exercice professionnel quotidien n'est pas anodin. Cela m'amène à pouvoir directement mettre en application ce que j'ai pu écrire. J'ai également pu utiliser des informations et des documents en lien avec mon quotidien. Par contre, il était difficile de dissocier ce qui était de l'ordre du mémoire, et ce qui était de l'ordre du travail. Ainsi, la gestion du temps n'a pas été simple jusqu'au terme de l'écriture de ce travail.

Le quotidien de la gestion de cette unité va me reprendre rapidement. De grands défis sont devant nous, faire évoluer les représentations et les comportements est laborieux. Cet exercice réclame de l'endurance et de la ténacité. Il faut également pouvoir s'entourer d'une équipe qui va dans le même sens. Afin de ne pas s'épuiser, il est également important de pouvoir se fixer des petits objectifs. Ceci permet d'aller vers ces grands objectifs, sans se perdre. Dans cette approche également, nous pouvons nous rapprocher des usagers.

Le thème des Semaines d'Information de la Santé Mentale 2020, sera « Santé mentale et Discriminations ». Ce thème nous laisse augurer des débats passionnés. Nous l'avons vu au cours de ce DIU, il n'est pas si simple au final de savoir si une action va vraiment participer à la destigmatisation. Même avec les meilleures intentions, il est possible de renforcer les différences. Au-delà du thème, c'est d'espoir dont nous ne devons manquer. Il faut l'afficher et le revendiquer d'une façon militante.

## Bibliographie

- [1] : Chiffres issus du Rim-P 2018, produits par l'ATIH
- [2] : loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
- [3] : Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs
- [4] : Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018
- [5] : Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur le territoire
- [6] : Rapport relatif à la Santé Mentale de Michel Laforcade de 2016
- [7] : Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale « Ma Santé 2022 »
- [8] : Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005
- [9] : [anap.fr/ressources/publications/details/actualites/mettre-en-place-la-rehabilitation-psychosociale-dans-les-territoires](http://anap.fr/ressources/publications/details/actualites/mettre-en-place-la-rehabilitation-psychosociale-dans-les-territoires)
- [10] : Greacen et Jouet (2012). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, Toulouse, Edition érès.
- [11] : Giordana J-Y. Qu'est-ce que la stigmatisation? Stigmatisation En Psychiatrie. En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010.
- [12] : 4<sup>ème</sup> rencontres internationales du CCOMS du 30 et 31 janvier 2014, Autonomisation, empowerment, Agir autrement. p131.

[13] : Andresen, R., Oades, L, et Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian and New Zealand journal of Psychiatry

[14]: Favrod.J, Maire, A. (2012). Se rétablir de la schizophrénie, Issy-les-Moulineaux, Edition Elsevier.

[15] : [https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_20120615/fr/](https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_20120615/fr/)

[16] : Circulaire N°DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006, faisant suite à la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

[17] : Vidéo de présentation du programme : <https://youtu.be/jJMW5mM8ts4>

[18] : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/comment-integrer-un-travailleur-pair-dans-une-equipe-de-sante-mentale-un-petit>

## **Annexe 1**

### **Unité de réhabilitation psychosociale Ariane, rapport d'activité à 6 mois**

#### 1. Introduction

La réhabilitation psychosociale s'adresse aux patients souffrant d'un trouble psychique d'évolution déficitaire qui entrave significativement leur fonctionnement au quotidien et leur qualité de vie.

Le projet Ariane promeut l'idée que les soins de réhabilitation psychosociale se doivent d'être disponibles quelque soit le secteur géographique d'appartenance d'un usager en psychiatrie. Afin d'y répondre, il a donc été souhaité que le dispositif de réhabilitation psychosociale de l'EPSM soit non sectorisé. Chaque pôle peut ainsi adresser un patient sur l'unité Ariane.

Les objectifs visés sont multiples, tant sanitaires que sociaux, à savoir :

- Evaluer, développer et valoriser les compétences personnelles et interpersonnelles
- Réduire la désorganisation neurocognitive
- Réduire la symptomatologie négative
- Diminuer la fréquence des rechutes
- Permettre au patient de mieux vivre avec sa maladie
- Permettre l'amélioration du fonctionnement psycho-social et de la qualité de vie des patients
- Faciliter l'intégration dans la communauté.

En pratique la réhabilitation psychosociale a pour but de réduire la durée et la fréquence des rechutes et des hospitalisations du patient et de permettre son installation dans la cité en l'aidant à mieux comprendre sa maladie, travailler ses fragilités, et en soutenant son projet. L'unité non sectorisée Ariane concourt donc à fluidifier le parcours de soins des patients.

Il s'agit donc de propositions thérapeutiques nouvelles, nécessitant des compétences spécialisées. Ces compétences sont sous-tendues par des professionnels bénéficiant de formations spécifiques pour répondre aux exigences d'évaluation, ainsi que la mise en place de techniques de soins spécialisées telle que la remédiation cognitive par exemple.

Actuellement l'unité est composée des temps suivants :

- Psychiatre – 1,3 ETP (trois praticiens)
- Psychologue spécialisé en neuropsychologie – 0,8 ETP
- Ergothérapeute – 1 ETP
- Infirmiers – 2,4 ETP
- Cadre de santé – 0,50 ETP

Au 15 janvier 2019, les postes infirmiers s'élèveront à 4 ETP.

Le premier temps du parcours est l'évaluation initiale qui a pour but d'identifier les ressources et les fragilités du patient et de faire émerger ou de conforter son projet personnel.

Secondairement il est proposé au patient une prise en charge individualisée avec des outils de soin spécifique à la réalisation de son projet. (Remédiation cognitive, groupe d'habiletés sociales, psychoéducation, etc.)

## 2. File active actuelle et prévisionnelle

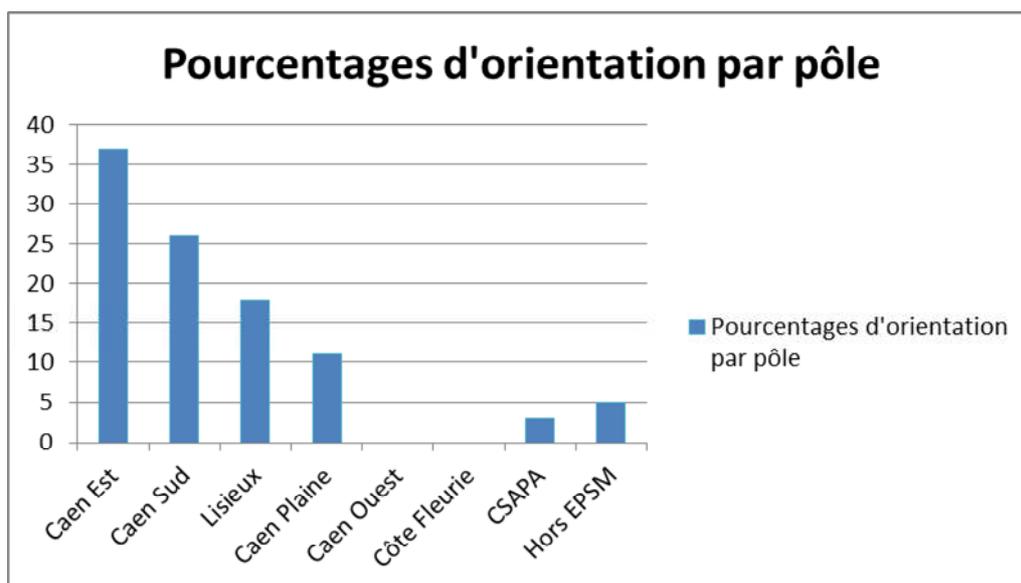


Fig.1 : Répartition des demandes en fonction des pôles

L'adressage des patients provient de plusieurs pôles de psychiatrie adulte, du CSAPA de l'EPSM ainsi que de deux secteurs de psychiatrie adulte de la Manche (Saint Lô et CH de l'Estran à Pontorson). A noter que les pôles adresseurs principaux sont les pôles porteurs du projet Ariane ;

Le travail de communication se poursuit au sein de l'EPSM via les réunions médico-cadre des différents pôles et les réunions professionnelles (commission des soins infirmiers, réunions des assistants sociaux, réunions psychologues, réunions des personnels de rééducation). Chaque communication amène des demandes de prise en charge. C'est pourquoi nous sommes contraints de les échelonner. Aujourd'hui des contacts ont été pris afin de communiquer lors des réunions médico-cadre des deux pôles encore non adresseurs. La communication s'étend également à la région Basse-Normandie : établissements psychiatriques, psychiatres libéraux, associations de famille par l'envoi de flyers.

La file active est actuellement constituée de 41 patients, avec une croissance continue.

Compte-tenu de la population initiale visée, des programmes proposés ou en cours de développement pour 2019, on peut raisonnablement estimer une demande concernant 150 patients pour fin 2019, pour une file active d'une centaine d'utilisateurs.

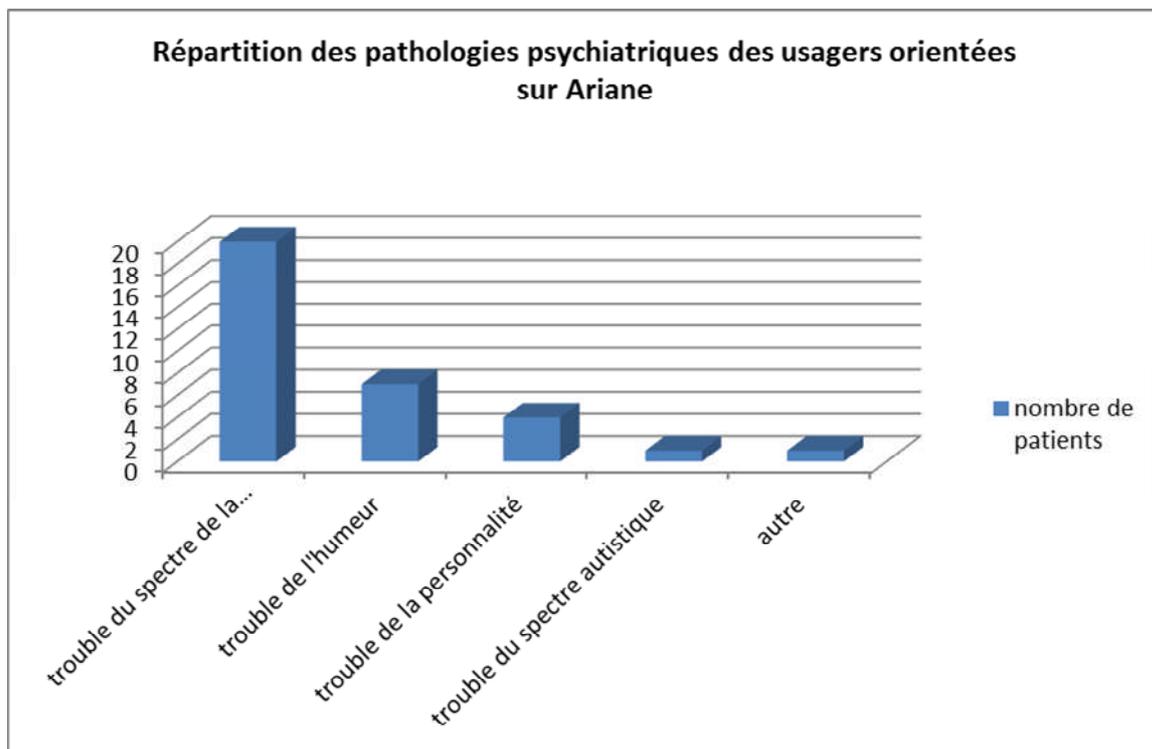


Fig.2 : Répartition des usagers en fonction de leur pathologie psychiatrique principale.

La majorité des patients adressés sur Ariane présentent un trouble du spectre schizophrénique (60%). 21% des indications concernent un trouble de l'humeur et 12% un trouble de la personnalité. La diversité des problématiques des patients accueillis nécessite d'aménager ou de concevoir des programmes de soins spécifiques aux difficultés propres à ces pathologies. Par exemple, on peut adapter le groupe affirmation de soi pour intégrer les variations de l'humeur et leurs conséquences sur la communication avec autrui.

Actuellement, les modalités de prises en charge dont bénéficient les patients au moment de leur adressage sur Ariane se répartissent de la manière suivante :

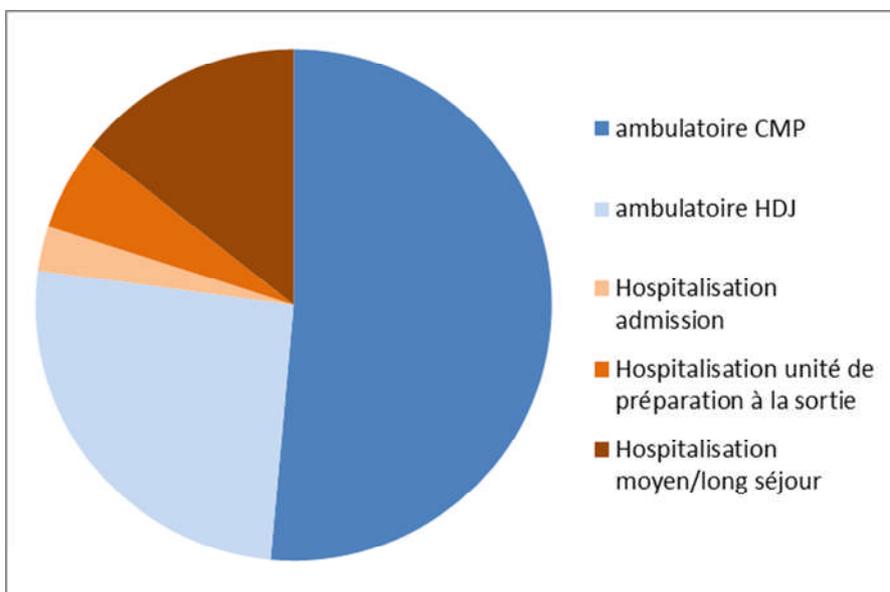


Fig. 3 : Modalités de soins des patients au moment de leur adressage sur l'unité Ariane.

La majorité des patients adressés bénéficient d'un suivi ambulatoire (77% d'entre eux) de type CMP ou HDJ. Il s'agit de patients stabilisés, qui vivent à l'extérieur de l'hôpital. Les demandes concernent essentiellement : une reprise d'un travail (milieu ordinaire ou adapté) ou d'une formation, mais aussi d'un maintien ou d'une récupération d'autonomie.

Concernant les patients hospitalisés les demandes initiales sont :

- Un soutien dans l'élaboration du projet de sortie d'hospitalisation, tout d'abord en réalisant un profil des forces et faiblesses afin de confirmer l'adéquation entre le degré

d'autonomie du patient et son projet ; puis en proposant des techniques de soins spécifiques de réhabilitation pour optimiser cette autonomie et consolider le projet émis par le patient.

- Une expertise via le bilan pluri professionnel afin d'éclairer des questionnements diagnostics

### 3. Problématiques des patients abordées lors de l'admission

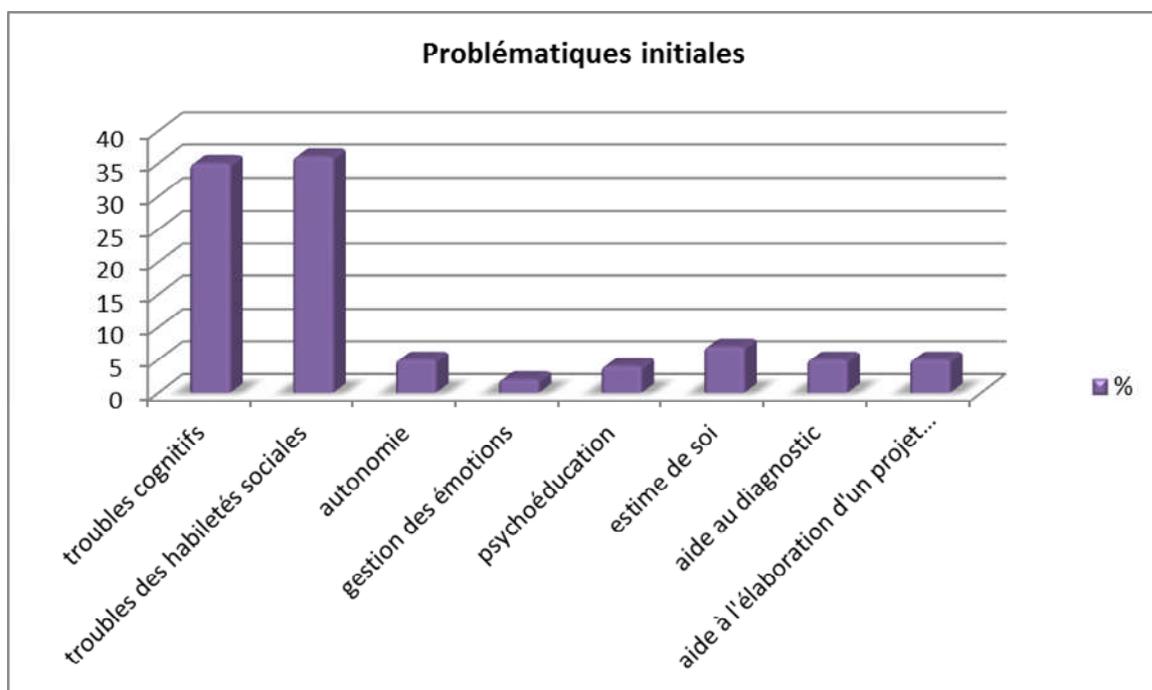


Fig.4 : Répartition .des types de problématiques évoquées lors de la demande d'admission

Lors de l'adressage des patients ce sont les plaintes cognitives et les difficultés dans les habiletés sociales qui sont mises en avant, montrant la compréhension des équipes concernant le travail de remédiation cognitive qui est proposé. On retrouve également des demandes concernant le groupe d'affirmation de soi, ce qui est significatif des bons retours exprimés lors des premières sessions de ce programme. Enfin on note une demande croissante de psychoéducation. A cet effet, plusieurs programmes sont en cours d'élaboration, de même qu'un rapprochement avec l'UTEP pour optimiser l'offre à destination des usagers.

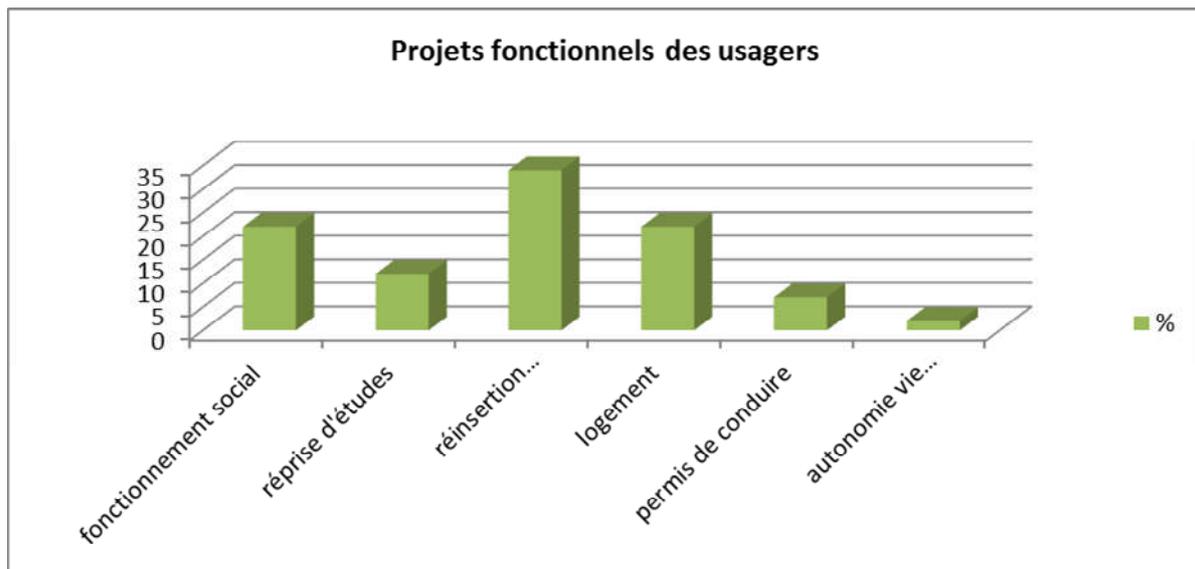


Fig. 5 : Objectifs fonctionnels mis en lumière à l'issu de la phase d'évaluation

Les projets des usagers concernent principalement les domaines de la réinsertion sociale et professionnelle. Un accompagnement spécifique et une bonne connaissance des dispositifs de réinsertion et de formations seront donc à prévoir comme compétences professionnelles à développer sur Ariane.

Afin de répondre aux besoins des patients qui ont été admis sur l'unité après la phase d'évaluation, les programmes suivants ont été, ou vont être mis en place prochainement :

- L'IPT (Integrated Psychological Therapy), groupe travaillant la cognition et les habiletés sociales
- La CRT (Cognitive Remediation Therapy) programme individuel
- Un groupe d'affirmation de soi
- Le groupe « Je suis super » qui cible l'estime de soi
- Le programme PEP'S (Programme d'Emotions Positives dans la Schizophrénie), groupe favorisant l'expression et le ressenti des émotions positives
- Un groupe de psychoéducation sur la maladie

#### 4. L'appui aux équipes et la formation : missions des ECORP

L'admission au sein de l'unité Ariane représente pour chaque usager une phase importante dans son parcours de réhabilitation mais aussi dans son rétablissement. Les actions qui vont être menées sur Ariane viennent en complémentarité avec le travail réalisé sur son secteur.

A ce titre l'unité Ariane a pour mission de présenter son travail La réhabilitation psychosociale implique un regard particulier qui fait que la thérapeutique s'appuie et est conditionnée par les attentes et les besoins des patients. Si nous voulons que les efforts et les compétences acquises par l'usager se pérennisent, il doit y avoir une continuité au travail réalisé pendant la prise en soin d'Ariane

C'est pourquoi nous souhaitons nous appuyer sur deux leviers différents :

- La mise en place d'une formation institutionnelle proposée aux agents de l'établissement
- Un travail de rencontre et d'accompagnement des projets de services qui souhaitent mettre en place des outils de Réhabilitation. Il peut s'agir d'échelles en vue de réaliser des bilans au sein du service afin de réinterpeller le projet de soin en s'appuyant sur les besoins ressentis et exprimés par le patient. Il peut s'agir autrement de la mise en place de programmes plus ou moins conséquents en vue de faciliter le travail sur des compétences qui semblent déficitaires aux usagers.

Ainsi c'est en effectuant ce double travail que nous allons concourir à la mise en place d'un maillage au travers des différents pôles. Ceci aura pour conséquences, une meilleure indication des usagers au parcours d'Ariane, ainsi qu'une meilleure collaboration tout au long de la prise en charge commune. Il s'agit donc de parvenir à instaurer une spirale vertueuse pour la qualité des soins proposés.

<b>POLES</b>	<b>Interventions</b>	<b>Unités rencontrées</b>	<b>Profil des unités</b>
Caen-Est	2017 : 40	8	L'ensemble des unités du pôle
	<b>2018 : 9</b>		
Lisieux	2017 : 3	2	HDJ et Unité de préparation à la sortie
	<b>2018 : 4</b>		
Côte-Fleurie	<b>2018 : 3</b>	1	Equipe Mobile
SMPR	<b>2018 : 1</b>	1	HDJ
Caen-Sud	<b>2018 : 3</b>	3	2 Equipes Mobiles et Méli-Mélo

Tab 1 : Interventions d'ECORP 2017/2018

A ce jour, nous avons réalisé 63 interventions sur 15 unités. Le pôle Caen-est qui est à l'origine de cette pratique, a bénéficié d'une majorité des interventions. Ce travail qui s'est effectué sur l'ensemble des structures du pôle Caen-Est a permis une fluidification du parcours psychiatrique du patient. Cependant d'autres pôles se montrent intéressés, et nous ont sollicités. La majorité des demandes émane des équipes mobiles. Ces structures, de création récente, et qui interviennent au domicile des usagers, sont demandeuses d'outils d'évaluation de l'autonomie et de techniques d'aide au maintien de l'autonomie.

Chaque équipe qui nous sollicite le fait en fonction de ses missions. C'est à chaque fois la possibilité de présenter et diffuser le projet d'Ariane au sein des pôles.

## 5. Projets en cours de développement

Afin de renforcer son dispositif et ses propositions thérapeutiques, l'unité s'appuie également sur des structures existantes. Un travail en partenariat avec l'unité de préparation à la reprise du travail : Méli Mélo ainsi que la ferme thérapeutique de May-sur-Orne, est en cours pour proposer une évaluation écologique des capacités professionnelles des stagiaires en vue d'une reprise d'activité professionnelle.

Afin de lutter contre la stigmatisation et favoriser l'empowerment<sup>1</sup> des usagers en psychiatrie, l'intégration de médiateurs de santé/pairs au sein des hôpitaux semble une voie prometteuse. Le programme de recherche porté par le CCOMS a achevé sa phase expérimentale en 2014 et a pour objectif d'étendre son action sur la France entière. L'unité Ariane a pour projet de se rapprocher de ce dispositif.

Les membres de l'équipe ont commencé à travailler l'articulation entre ETP et réhabilitation psychosociale, ceci en lien avec l'UTEP. La formation de l'ensemble de l'équipe aux « 40h ETP » est en cours, avec pour but l'élaboration de programmes sous le format ETP (ex : « affirmation de soi », « je suis super », « schizophrénie et addictions »).

A moyen terme un travail de réseaux auprès de différents acteurs du secteur social et médico-social est prévu afin de renforcer le parcours de réhabilitation du patient notamment dans ses projets autour du logement et du travail ou de la formation professionnelle. Un temps social dédié permettrait travailler ses liens. A noter qu'il existe déjà une amorce de collaboration par le biais du CLSM et la présence de membres de l'unité Ariane aux RCP (Réunions Concertation Pluriprofessionnelles);

Afin de promouvoir les innovations en matière de réhabilitation psychosociale sur le territoire de santé, l'unité Ariane a pour vocation de se mettre en lien avec des protocoles de recherche. A ce jour, la participation au programme « Ludotruc » en collaboration avec M. Cochet du CH du Vinatier est prévue. Par ailleurs, l'intégration au projet de recherche « RC2S » est en réflexion avec Mme Peyroux du CH du Vinatier. Une collaboration avec le Dr Dubreucq est également envisagée. Il s'agit d'un protocole de soin qui vient d'être traduit en français, et qui porte sur la diminution de l'auto stigmatisation des personnes présentant un trouble mental sévère.

Concernant l'axe formation et diffusion des connaissances, qui fait partie des missions de l'unité, il est prévu de proposer, pour le premier trimestre 2020 une « journée normande de réhabilitation psychosociale » sur le thème : Des dispositifs innovants de réhabilitation psychosociale en Basse-Normandie.

## Annexe 2

Programmes	Objectifs	Organisation	Porteur
<b>INTERVENTIONS AUPRES DES EQUIPES POUR LA DIFFUSION ET LE SOUTIEN DES SOINS DE RPS</b>			
Etat des lieux de la proposition existante de soins en RPS afin de poser un diagnostic partagé sur les besoins / les demandes / l'existant de la structures de proximité.			
Sensibilisation / Formation aux outils de RPS (outils d'évaluation, programmes spécifiques, posture soignante et notion de rétablissement).			
Accompagnement à la diffusion des prises en soin en RPS.			
<b>PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE/PSYCHOEDUCATION</b>			
<b>Insight</b>	Améliorer les connaissances des patients quant à leur pathologie. Identifier et reconnaître les différents symptômes de sa maladie afin d'éviter et/ou de diminuer les rechutes.	<b>9 séances 2 sessions 12 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>Bipolact</b>	Programme de psychoéducation à destination des personnes ayant un trouble du spectre bipolaire stabilisé.	<b>13 séances</b>	<b>Centre Esquirol</b>
<b>Profamille</b>	Permettre aux familles de mieux comprendre comment faire avec un proche dont certains symptômes paraissent difficiles à gérer. Apprendre à réduire les conséquences du stress sur elles-mêmes et leur propre santé. Mieux utiliser les possibilités d'aide et recourir plus efficacement aux services médico-sociaux.		<b>Centre Esquirol</b>
<b>Mieux comprendre la psychose, c'est pouvoir décider et vivre mieux</b>	<b>Phrase d'objectif global!!!!</b> Module « Caen la psy' cause » (en cours de labellisation ETP). Module « Diet'astuces » (en cours de labellisation ETP) (acquérir des compétences permettant d'identifier les changements alimentaires à effectuer grâce à des solutions qu'ils auront trouvé en vue d'améliorer leur qualité de vie)		<b>UTEP EPSM</b>
<b>PROGRAMMES DE REMEDIATION COGNITIVE</b>			
<b>Ludotruc</b>	Stimuler les fonctions cognitives de base en utilisant les jeux de société. Favoriser l'expression d'émotions. Initier une réinsertion sociale.	<b>12 séances 1 session 5 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>Cognition dans le trouble bipolaire</b>	Identifier comment fonctionne la cognition (attention, mémoire, fonctions exécutives, ...) puis faire le lien avec les émotions. Comprendre comment le trouble bipolaire influence les capacités cognitives. Apprentissage de stratégies permettant de gérer certaines difficultés cognitives et émotionnelles.	<b>10 séances 1 session 5 patients</b>	<b>ARIANE</b>

<b>Flex</b>	Travailler les capacités de flexibilité mentale au travers d'exercices ludiques afin d'améliorer sa capacité à mieux s'adapter face aux imprévus, à résoudre des problèmes, et à interagir plus facilement avec les autres.	<b>9 séances 1 session 5 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>CRT</b>	Améliorer les capacités cognitives afin de permettre la mise en place de stratégies d'adaptation pour faciliter la réussite de projets. La CRT est indiquée pour des personnes présentant des troubles modérés à sévères.	<b>Patient-dépendant (2 à 6 mois) 12 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>Remédiation cognitive individualisée</b>	Améliorer les capacités cognitives afin de permettre la mise en place de stratégies d'adaptation pour faciliter la réussite de projets. Elle ne suit pas un programme spécifique mais est fonction des difficultés du patient. Elle est davantage indiquée pour des personnes présentant des troubles légers à modérés.	<b>Patient-dépendant (2 à 6 mois) 5 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMMES DE REMEDIATION DE LA COGNITION SOCIALE</b>			
<b>ATEM</b>	Développer des aptitudes permettant d'anticiper et d'interpréter le comportement ou l'action des autres dans une situation donnée. Aider dans la régulation des conduites sociales. Favoriser les interactions sociales.	<b>8 séances 1 session 6 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>RC2S</b>	Programme de remédiation informatisé en individuel permettant de travailler différents processus tels que l'attribution d'états mentaux, la reconnaissance des émotions et le style attributionnel.	<b>14 séances</b>	<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMMES DE THERAPIE COGNITIVE</b>			
<b>EMC Dépression</b>	Entraînement métacognitif dans la dépression permettant de réduire la symptomatologie et l'intensité de la dépression, d'élaborer des stratégies de gestion des symptômes dépressifs et d'améliorer l'estime de soi.	<b>10 séances 2 sessions 10 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>EMC Psychose</b>	Entraînement métacognitif dans la psychose permettant d'identifier les biais cognitifs favorisant le maintien des idées délirantes et assouplir ces biais.	<b>Xxx séances 1 session 5 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>NECT</b>	Programme expérimental dans le cadre d'une étude randomisée multicentrique visant à réduire l'auto-stigmatisation et ses conséquences sur l'estime de soi et le fonctionnement social en utilisant les techniques de psychoéducation, restructuration cognitive et de thérapie narrative	<b>14 séances 2 sessions 12 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMMES D'ENTRAINEMENT DES COMPETENCES ET DES HABLETES SOCIALES</b>			
<b>Je suis super</b>	Améliorer l'estime de soi et la qualité de vie. Aider les patients à développer des initiatives personnelles et d'auto-détermination dans les situations sociales.	<b>24 séances 2 sessions 12 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>Affirmation de soi</b>	Identifier les différents comportements dans la communication avec autrui. Identifier et exposer ses émotions et opinions lors de situations sociales, développer un positionnement affirmé dans les situations	<b>15 séances 2 sessions 12 patients</b>	<b>ARIANE</b>

	sociales.		
<b>IPT</b>	Programme permettant de renforcer le fonctionnement social en étant plus à l'aise avec des personnes inconnues. Aider à trouver des solutions individualisées aux problématiques du quotidien afin d'améliorer la qualité de vie du patient. Enfin, rencontrer des personnes ayant des problèmes similaires afin de permettre le partage d'expériences et l'enrichissement mutuel.	<b>90 séances 4 sessions 18 patients</b>	<b>ARIANE</b>
<b>Dixiludo</b>	Au travers d'un jeu de plateau, il s'agit de recréer ou remettre en jeu les principes de base de la conversation afin d'être capable de comprendre une question et d'y répondre, de poser une question et de comprendre la réponse, d'écouter le point de vue de l'autre, donner une opinion, se mettre d'accord autour d'une idée commune et de favoriser l'expression orale, avoir confiance en ce que l'on dit	<b>12 séances Renouvelables en fonction des besoins 3 niveaux d'implication</b>	<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMME DE REMEDIATION COGNITIVE ET D'AUTONOMIE A L'HEBERGEMENT</b>			
<b>Reméd'Alim</b>	Ce programme permet aux patients de repérer leurs difficultés cognitives afin d'en comprendre l'impact sur leur alimentation et mettre en place des stratégies de compensation. Il vise également l'amélioration de la gestion du quotidien, la prise de plaisir à cuisiner et à pratiquer une activité physique.	<b>12 séances, dont 2 séances en présence d'une diététicienne (1 session = 4 patients ayant fait de la CRT)</b>	<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMME D'AUTONOMIE A L'HEBERGEMENT</b>			
<b>Réhabilitation par le logement</b>	Appartements Associatifs		<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMME DE SOUTIEN A L'INSERTION PROFESSIONNELLE</b>			
Liens avec les structures de l'EPSM : HJ ferme thérapeutique de May-sur-orne, cafétéria thérapeutique Méli-Mélo			<b>ARIANE</b>
<b>PROGRAMME DE SOUTIEN DES FAMILLES</b>			
Groupe ouvert pour les familles, 2h hebdomadaires, ouvert à toutes personnes vivant avec une personne souffrant de troubles psychiatriques. Partenariat avec l'Unafam. Ouvert à tout le territoire bas normand.			<b>ARIANE UNAFAM</b>

## Annexe 3

Questionnaire anonyme à l'intention des usagers d'Ariane

Je m'appelle Arnaud Dumoulin, et je suis cadre infirmier du service Ariane. J'effectue actuellement un Diplôme Universitaire « Santé Mentale dans la communauté ». Je cherche à identifier si notre projet vous accompagne de manière satisfaisante dans votre Rétablissement.

Les questions sont en lien avec ce que vous avez ressenti et identifié durant le bilan, et pendant l'accompagnement que vous avez choisi.

Vous pourrez répondre à chaque question, soit par « oui », « plutôt oui », « plutôt non » ou « non ».

Au cours de votre suivi :

1. Vous êtes-vous senti(e) libre d'échanger avec les soignants du service ? :
2. Avez-vous le sentiment d'avoir eu accès à suffisamment d'informations ? :
3. Vous êtes-vous senti(e) encouragé(e) dans votre libre orientation ? :
4. Avez-vous identifié les programmes de groupe comme des apprentissages ? :
5. De 1 à 10, à combien évaluez-vous (1 étant le moins), l'ouverture des soignants ? :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Actuellement :

6. Ressentez-vous davantage de bien être ? :
7. Avez-vous identifié ce qui est important pour vous ? :
8. Vos projets se trouvent-ils en dehors de la maladie ? :
9. De 1 à 10 (1 étant le moins), à combien évaluez-vous l'espoir que vous a redonné Ariane ? :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Depuis le début de votre suivi :

10. Avez-vous eu le sentiment d'apporter quelque chose aux autres personnes des groupes ? :
11. Avez-vous identifié des soutiens non soignants, à l'extérieur de l'hôpital ? :
12. Avez-vous identifié vos obstacles éventuels d'accès à la ville ? :
13. De 1 à 10 (1 étant le moins), vous sentez-vous en situation d'exercice de votre citoyenneté ? :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Votre suivi vous-a-t-il permis de :

14. De savoir comment réagir en cas de recrudescence de votre maladie ? :
15. D'élaborer un plan de crise ? :
16. D'identifier ce qui peut vous empêcher de maîtriser votre vie ? :
17. De 1 à 10 (1 étant le moins), Vous sentez davantage aux commandes de votre vie ? :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Maintenant :

18. Parvenez-vous à avoir des initiatives pour satisfaire vos besoins ? :
19. Vous sentez-vous, plus courageux(se), plus déterminé(e) dans vos actions ? :
20. Selon vous, votre connaissance de la maladie a-t-elle été suffisamment prise en compte ?
21. De 1 à 10 (1 étant le moins), vous sentez-vous plus actif(ve) dans votre Rétablissement ? :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je vous remercie d'avoir accepté de remplir ce document qui va nous permettre d'améliorer notre service, et me permettre de réaliser mon mémoire. Je vous propose de pouvoir nous renvoyer le document au plus tard le 1er septembre 2019, soit :

- En remettant ce questionnaire au sein d'Ariane
- En nous le renvoyant par courrier à l'adresse suivante :

Unité Ariane

EPSM de Caen

15 ter, rue Saint-Ouen

14000 Caen

## Résumé du mémoire :

Les nombreux questionnements professionnels qui ont été les miens, m'ont amenés à m'intéresser à la réhabilitation psychosociale. Elle me demandait une posture qui m'amenait à être plus en accord avec mes valeurs. Je retrouvais une relation à l'utilisateur plus équilibrée. Au hasard de la vie institutionnelle, je me suis retrouvé en situation d'encadrer la mise en place et la croissance d'une structure qui propose des soins de réhabilitation psychosociale. Nous tenons compte du savoir expérientiel, l'utilisateur est au cœur des choix thérapeutiques.

Après une évaluation, nous nous sommes rendu compte que nous étions trop hospitalocentrés. Nous voulions alors faire évoluer notre projet vers le rétablissement. Nous avons conscience qu'il fallait nous ouvrir vers la cité, la communauté. Initier ou intégrer des réseaux. En effet de nombreux maillages existent déjà. Je les méconnaissais encore beaucoup. Mais comment faire évoluer exactement ce projet, quelles sont les attentes des usagers. Leur insufflons- nous l'espoir suffisant ? Leur permettons-nous de retrouver leur empowerment ? Une structure sanitaire peut-elle vraiment permettre aux usagers de s'inscrire dans un parcours de rétablissement ?

J'ai créé un outil d'évaluation, teinté de l'étoile du rétablissement, mais que j'ai choisi d'orienter vers les usagers. Ces derniers doivent nous indiquer leurs besoins et leurs attentes. Les réponses au questionnaire m'ont permis d'identifier globalement les points qui réclament de notre part une évolution, un ajustement. Plusieurs attentes sont structurelles de l'offre d'accompagnement d'Ariane. D'autres sont conditionnées par le réseau de partenariats que nous serons en capacité de mobiliser. Si nous souhaitons que la maladie ne soit plus l'axe central des projets des usagers, il nous reste encore beaucoup de choses à changer. Tout un travail correspond également à faire évoluer les représentations de la population générale.

Les usagers sont stigmatisés, et s'auto stigmatisent. Pouvons-nous en tant que professionnels de santé agir dans le cadre de nos missions, ou est-ce plutôt un engagement militant qui peut faire bouger ces montagnes ?

Mots clés : Réhabilitation psychosociale, Rétablissement, Usagers, Evaluation et WRAP