

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

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »
Année 2019

Recherche action pour intégrer le rétablissement
au cœur du projet d'un hôpital de jour

Inès Suisse de Sainte Claire

Remerciements

Un grand merci à toute l'équipe soignante de l'hôpital de jour:

Marie COLIN
Elise BONTEMPS
Céline DEPOORTERE
Annabel KLAK
Marine LAIRE
Cécile LEDOUX
Valérie VERMEERSCH
Delphine VILLER

qui ont participé et contribué à ce travail.

Je remercie également les patients qui ont participé à l'enquête et qui permette d'alimenter et d'enrichir nos projets.

J'espère que ce travail permettra d'améliorer nos pratiques et de permettre aux usagers de se rétablir.

Table des matières

Introduction.....	4
I. Les soins Psychiatrique dans l'histoire: du «Fou» au rétablissement psychosocial.....	5
1. Rappel historique:.....	5
2. Changement de paradigme et naissance de l'empowerment.....	7
3. De l'empowerment au rétablissement en passant par la réhabilitation.....	8
II. Présentation de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole et de L'hôpital de jour du Pôle Tourquennois.....	12
1. L'EPSM Lille Métropole en 2000.....	12
2. L'EPSM Lille Métropole en 2019.....	13
3. Le Pôle Tourquennois.....	13
4. L'Hôpital de Jour: «Centre GAMBETTA».....	15
III. Méthodologie utilisée.....	16
1. Questionnaire du «projet Baromètre».....	16
2. Entretien semi-directif.....	19
3. Description de la population étudiée.....	19
IV. Résultat.....	20
1. Questionnaire baromètre.....	20
2. Entretien semi-directif.....	21
V. DISCUSSION.....	22
1. Questionnaire.....	22
2. Le questionnaire semi-directif.....	25
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES.....	32

Introduction

En tant que Praticien Hospitalier en psychiatrie au sein d'un secteur de psychiatrie adulte des Hauts-de-France et référente du l'hôpital de jour et du CATTP pour le pôle tourquennois, la question de l'articulation entre les soins en hospitalisation temps plein, l'hospitalisation à temps partiel et le CMP m'a tout de suite interpellée. En effet, les différentes structures ont tendance à être cloisonnées, ce qui entraîne un manque de dynamisme et de fluidité dans la prise en charge et rallonge la durée des prises en charge pour les différentes structures.

De plus, les projets de prise en charge des usagers au sein de l'hôpital de jour et du CATTP ne sont pas suffisamment axés sur la réhabilitation et le rétablissement de l'utilisateur. Cela peut, notamment, s'expliquer par des difficultés de relai vers les organismes sociaux et médico-sociaux.

Devant ce constat, je me suis intéressée à la psychiatrie communautaire pour identifier les leviers permettant une articulation. La notion de citoyenneté implique que l'offre de soin ne doit pas rendre les usagers dépendants du système de soin qui le définira comme un malade mental. Elle doit axer son travail sur les ressources de la personne qu'elles soient psychiques ou sociales ainsi que sur les ressources de son environnement.

Avant ma prise en fonction il y un an et demi sur le pôle Tourquennois, j'ai exercé durant quatre ans en milieu pénitentiaire dans une UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée). Le même constat me frappait : on s'efforçait de mettre en place des soins adaptés comprenant psychothérapie, traitement médicamenteux, mise en place de projet de vie avec une efficacité, sur le long terme, non satisfaisante car le projet de soin n'était pas en lien avec le futur milieu de vie de l'utilisateur.

J'ai donc décidé de m'inscrire au DIU de santé mentale dans la communauté. Le but de ce travail est de s'appuyer sur l'évaluation réalisée par les usagers et avec l'aide de l'équipe soignante (infirmière et médiatrice de santé pair) de leurs attentes au sein de l'hôpital de jour en termes de rétablissement.

Une fois ce travail effectué nous pourrons par la suite ré-écrire le projet médical et donc le projet de soin de la structure.

I. Les soins Psychiatrique dans l'histoire: du «Fou» au rétablissement psychosocial.

La notion de soin psychiatrique a pris différentes formes au cours de l'histoire. De même, les prises en charge proposées ont évolué au cours du temps. Il en va donc tout naturellement de même pour les lieux de prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques.

1. Rappel historique

Au Moyen-Age, l'hospitalisation des "fous" se développe lentement, dans un esprit d'accueil et d'assistance, dans des établissements importants tel l'Hôtel-Dieu de Paris(1). La protection des pauvres, elle, est organisée par la féodalité, c'est-à-dire par le seigneur et par l'Eglise. Un grand nombre de personnes ayant des troubles psychiques et ne participant pas à l'organisation du travail, ne peuvent donc compter que sur l'aumône, et se retrouvent errante, sans lieu fixe de résidence.

A la Renaissance, la maladie mentale passe d'une conception surnaturelle ou divine au statut de maladie naturelle. C'est le passage décrit par H. Ey de la notion d'Esprit du Mal vers la notion de Maladies de l'Esprit. L'Hôpital général de Paris est fondé avec l'édit de 1656, qui signe la période du Grand Renfermement selon M. Foucault (2). Il a pour vocation d'accueillir tous les errants et les personnes souffrant de maladies mentales. Les lettres de cachet viennent continuer ce « grand renfermement », puisqu'elles permettent de demander l'arrestation ou l'emprisonnement de certains. Une idéologie de l'enfermement apparaît alors, elle concerne aussi bien les errants valides que les "fous" (3).

Avec la révolution, la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen introduit la notion d'une citoyenneté pour l'individu malade. C'est à cette époque que P. Pinel amène l'idée qu'il faut "délivrer de leurs chaînes les "malades mentaux". Il théorise alors, ce qu'il appelle « le traitement moral », qu'il considère comme étant « une affaire de bon sens ». Il explique qu'il faut parler avec douceur, compatir avec le patient et lui redonner espoir(4).

En parallèle, il y a une volonté d'amélioration des conditions d'hospitalisation. Il y a alors une remise en liberté des « aliénés », et l'article 64 du Code Pénal de 1810 permet de distinguer l'aliéné, qu'il faut soigner, d'un criminel, à condamner. En 1838, la loi dite « sur les aliénés » prévoit que chaque département ait un établissement où les malades pourront être traités. Ce sont les premiers asiles (5).

Au début du XXe siècle, des descriptions cliniques plus fines émergent, avec par exemple la distinction entre névrose et démence précoce (terme se rapprochant la schizophrénie actuelle) par E. Kraepelin.

A noter qu'à cette époque les "aliénés" ne sortaient pas de l'asile et l'hôpital représentait leur lieu de vie.

C'est au XXe siècle, après la découverte de nouveaux moyens thérapeutiques tels que les neuroleptiques, que les conditions de soins s'améliorent. Cela va conduire à une période dite de désinstitutionnalisation, où il ne devient plus indispensable de prendre en charge les personnes au sein d'une institution. Les soins dans la communauté deviennent enfin possibles. Cette période de désinstitutionnalisation voit naître une idéologie prenant en compte la personne malade, plutôt que le malade. Pour aller dans ce sens, dans l'après-deuxième guerre mondiale, plusieurs psychiatres réclament une abrogation de la loi de 1838, une transformation des conditions d'hospitalisation, la mise en place d'un dispositif de soin extra-hospitalier, ainsi que la séparation de la neurologie et de la psychiatrie. De plus, l'organisation mondiale de la santé, organisation intergouvernementale, se dote d'une division de la Santé Mentale, qui permet la coordination des recherches et l'internationalisation des perspectives(4). Le 15 mars 1960, la circulaire ministérielle lance une réorganisation complète de la psychiatrie. Elle reste encore aujourd'hui essentielle et constitue le principe fondateur dans la prise en charge des personnes ayant un trouble psychique. Elle stipule notamment :

« L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure » et se poursuit « Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. »(6).

Cela entre en application un peu plus tard avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Désormais, le secteur psychiatrique dispense et coordonne, pour une aire géographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins (7). Les évolutions récentes ont amené à s'intéresser à la notion plus large de santé mentale. En 2001, le rapport d'E. Piel et de J.-L. Roelandt intitulé "De la psychiatrie vers la santé mentale" indique préconise de replacer la psychiatrie dans la communauté civile et de redynamiser les partenariats avec les acteurs sociaux et les élus locaux, de développer la prévention en intégrant les soins psychiatriques et les soins primaires dans le champ plus vaste de la santé mentale(8).

En parallèle, et avec la loi du 2 janvier 2002, le rôle de l'utilisateur émerge : ce dernier est maintenant considéré comme participant à sa propre prise en charge et aux décisions le

concernant(9). Cette loi rend l'utilisateur acteur de son projet de vie en favorisant le respect de ses droits.

2. Changement de paradigme et naissance de l'empowerment

Dans les années 2000, émerge un changement de point de vue à propos des personnes concernées par un trouble psychique. En effet, auparavant, le patient était considéré comme étant passif, exécuteur de ses soins. La relation médecin/malade était une relation asymétrique, faite d'un sachant : le médecin et d'un exécutant: le patient, qui devait suivre les prescriptions médicales. Aujourd'hui, cette relation s'équilibre et la personne concernée par un trouble est maintenant actrice de ses soins, faisant partie intégrante des prises de décision la concernant. On a vu émerger de nombreux termes permettant de rendre compte de ce changement de point de vue pour désigner la personne ayant un trouble : "personne concernée" et "usager" ainsi que la reconnaissance des associations de représentants d'utilisateurs et leur participation à plusieurs instances institutionnelles.

Si l'on en revient à l'étymologie du mot « patient », la première utilisation du mot désignait « celui qui endure » ou « qui souffre ». Il dérive du mot latin « patiens », participe présent du verbe déponent pati. Ce terme, encore couramment utilisé, a eu par la suite une connotation parfois autoritaire de « celui qui exécute ». Aujourd'hui, les termes fréquemment utilisés tels que "personne concernée", "usager" rendent compte de la transformation du statut de la personne soignée.

Les associations de défense des droits des patients en psychiatrie, vers la fin du XXe siècle, ont pris le relais de cette lutte pour la reconnaissance des droits des utilisateurs. « Nothing about us without us ». C'est le mot d'ordre qui a conduit à la naissance des mouvements des utilisateurs. Ce mouvement a commencé aux Etats-Unis, dans les années 1970, avec les personnes ayant le VIH et qui souffraient de stigmatisation. Il s'est poursuivi par les personnes ayant des addictions. Tous réclamaient un respect de la dignité, une information partagée, leur participation, l'auto-gestion, l'auto-détermination. Cela a permis de prendre en considération le savoir expérientiel acquis par le malade, comme venant compléter le savoir médical qui n'est alors plus absolu (10).

Par la suite, cela a conduit à l'émergence de l'empowerment, notion au cœur de la vision de la promotion de la santé prônée par l'OMS : « *l'empowerment fait référence à un niveau de choix, d'influence et de contrôle que les utilisateurs peuvent exercer sur les événements de leurs vies. La clé de l'empowerment est la modification des barrières formelles et informelles et la*

transformation des relations de pouvoir entre les individus, les communautés, les services et les gouvernements »(10).

Bien sûr, la considération de la voix des usagers s'étend à plusieurs domaines, et notamment à celui de la santé mentale, qui nous intéresse. Ainsi, dans l'introduction de l'ouvrage collectif "Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie", T.Greacen et E. Jouet introduisent et définissent justement les concepts de rétablissement – inclusion – empowerment. Ces trois concepts sont maintenant essentiels pour accompagner les personnes souffrant d'un trouble psychique. Ensemble, ils contribuent à ce que de nombreux auteurs s'approprient un nouveau paradigme qui est d'« *envisager l'utilisateur de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière et dont les services de santé mentale sont configurés de manière à soutenir son autonomie plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de patient.* »(11).

Une des conséquences qui en découle est l'émergence de nouveaux points de vue qui peut justement provenir des revendications de certains des usagers. Les usagers prônent notamment des systèmes d'accompagnement plus proches de leurs besoins. L'exemple de l'entraide mutuelle est particulièrement illustratif de cela(12). Cette entraide est reconnue, financée et formalisée dans les Groupes d'Entraide Mutuelle, les GEM, qui sont des réseaux de santé communautaire créés par et pour les usagers. Pour continuer sur cette dimension de l'entraide, Anne Lovell s'est intéressée à la valeur sociale de l'expérience des personnes en situation de handicap. A partir d'entretiens collectifs avec des adhérents de GEM, elle a mis en évidence l'aspect dominant de l'expérience du handicap psychique qui se situe dans le champ des relations sociales. D'une part, le handicap serait présent dans la relation à l'autre, avec des « *difficultés relationnelles par rapport à l'entourage amical, familial, professionnelle ou encore « la frange anonyme » de passants, commerçants et autres petites connaissances croisées dans le quotidien* »(13).

3. De l'empowerment au rétablissement en passant par la réhabilitation

La réhabilitation est définie comme « *un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté* »(14). Pour Marianne Farkas, chercheur et directrice du Centre de Réhabilitation psychosociale de l'OMS, « *la réhabilitation est la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès*

et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles. »

L'OMS définit la réhabilitation comme *« l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre aux malade ses capacités antérieures et d'améliorer sa conditions physique et mentale lui permettant d'occuper par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la société »*

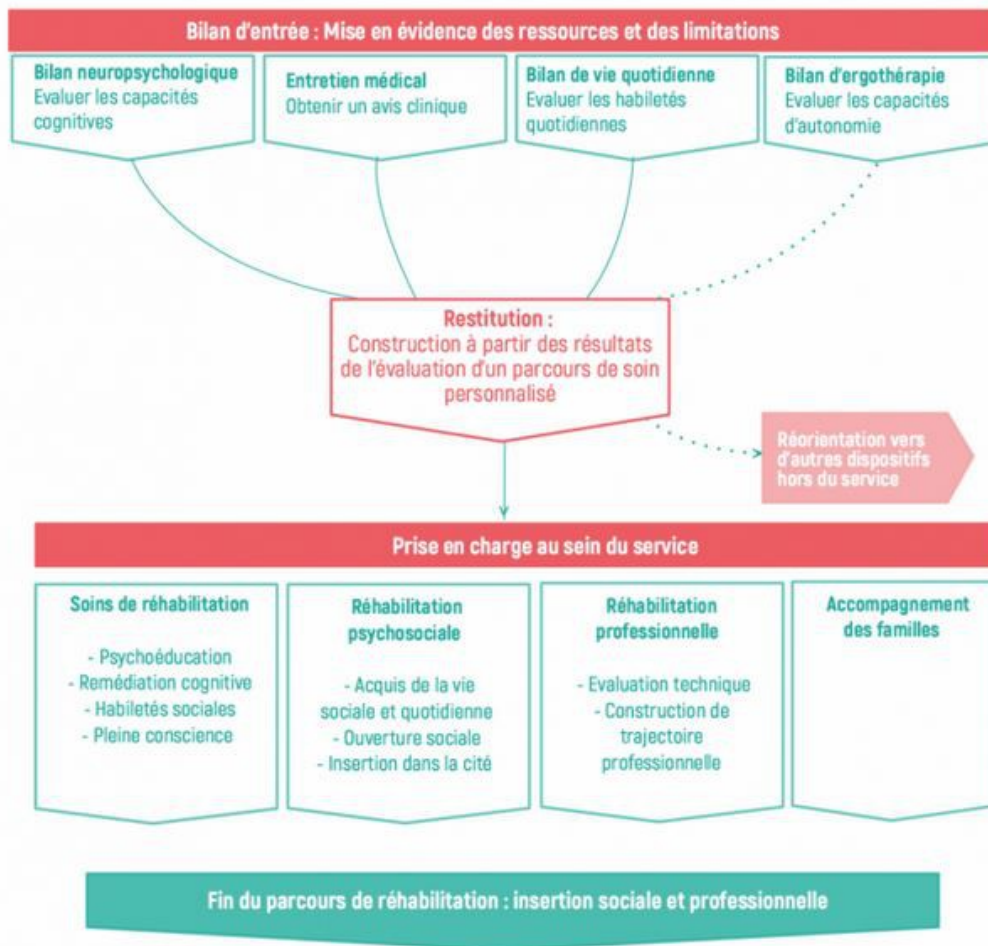
Quelle que soit la définition, il s'agit bien de s'appuyer sur les capacités propres à l'individu pour réduire l'impact des difficultés dues à la maladie avec l'objectif de favoriser le rétablissement.

Il est donc important dans la prise en charge des patients d'éviter de maintenir la personne en situation de dépendance parfois induite malgré eux par les soignants et de s'appuyer sur les ressources internes des usagers. Ne pas « faire à la place de » mais « faire avec ».

Pour Bernard Durand, président de la Fédération d'aide à la santé mentale FASM-Croix Marines (actuellement « Santé mentale France »), le travail de réhabilitation commence par une évaluation ressemblant à un bilan diagnostique dont *« les outils ne sont plus du registre du savoir psychiatrique et cette évaluation ne relève donc pas du registre des soins, mais des moyens qu'on peut se donner pour limiter les conséquences des troubles dans le registre social et favoriser l'insertion de la personne. D'où la nécessité de se doter d'outils permettant à la personne en soins d'évaluer elle-même ses besoins et problèmes afin de construire non pas un projet de soins, mais un projet de vie, laissant une juste place aux ressources de la personne et au chemin déjà accompli »*.

Mais aussi et surtout, comme le souligne G. Barbes et P. Lalonde, un travail sur nous-mêmes pour *« modifier nos perceptions et attitudes alimentées par les préjugés des maladies mentales »*(15) qui sont des vecteurs puissants de stigmatisation par les professionnels eux-mêmes.

Le centre de ressources de réhabilitation psychosociale dirigé par Professeur Nicolas Franck synthétise clairement le parcours de réhabilitation :



Si la réhabilitation engage très largement les services de santé mentale, par le biais des actions d'apprentissage de nouvelles aptitudes et stratégies, ainsi que de la mobilisation de ressources pour aider la personne à atteindre ses objectifs, le rétablissement appartient exclusivement à la personne. Le rétablissement est la visée primordiale de tout processus de réhabilitation.

Pour définir le rétablissement quoi de plus juste que de donner la parole à celles et ceux qui ont fait l'expérience de la maladie mentale. La définition la plus utilisée provient de William Anthony, ancien Directeur du Centre de réhabilitation psychiatrique de l'Université de Boston: « *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale.* » On l'aura compris, le rétablissement n'est pas la guérison, ni la rémission. Pour Bernard Pachoud « *le rétablissement ne caractérise pas l'évolution de la maladie, mais le devenir de la personne.* »(16)

Le terme anglais recovery trouve sa traduction française plus justement par « se rétablir », donc une action sur soi, où il s'agit de retrouver l'équilibre après et avec une expérience de maladie mentale. Parfois, il s'agira d'un équilibre que chaque sujet va devoir inventer, expérimenter, intégrer comme nouveau, plutôt qu'un retour à un état antérieur, de toute façon impossible, mais aussi pour chacun d'entre nous. On ne revient jamais en arrière. La vie est en permanence en mouvement.

Les croyances historiques, celles qui ont maintenu la personne dans un statut figé de malade, Helen Glover(11) les présente dans un tableau : les personnes qui vivent avec une maladie mentale sont malades à tout jamais, elles auront besoin de soutien plus important avec le temps, elles ne peuvent assumer de responsabilités et auront toujours besoin des soignants, elles présentent un risque pour elles-mêmes ou pour autrui, elles nécessitent l'aide d'un professionnel pour se rétablir, manquent de discernement et ne peuvent donner un sens à leur souffrance et à leurs expériences, ont besoin d'un environnement sans stress loin des responsabilités inhérentes à la vie dans la cité, devront être réhabilitées/réadaptées à la vie, sont incapables de nouer des relations.

La manière de concevoir le rétablissement de Patricia Deegan est totalement ancrée dans la vie, avec ses limitations et ses possibles : « *Le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire.* »

Pour Patricia Deegan les composants du rétablissement sont l'espoir, l'affermissement d'une identité personnelle - la constitution d'un soi, la restauration du pouvoir d'agir, la restauration du sens, l'importance essentielle des relations.

L'attention est portée aux ressources de la personne, notre rôle- s'il en est un- c'est de l'aider à les découvrir, à en prendre conscience. Pour Shepherd, Boardman et Slade, la relation des professionnels avec les usagers des services doit évoluer d'une position d'expertise et d'autorité vers une position de coach « *offrant ses compétences et connaissances professionnelles, tout en apprenant du patient et en le valorisant dans sa qualité d'expert par l'expérience... Le but du professionnel est donc de mettre à la disposition de la personne les ressources –informations, habiletés, réseau et soutien- pour qu'elle puisse gérer sa maladie autant que possible en plus de l'aider à avoir accès aux ressources dont elle pense avoir besoin pour vivre sa vie* »(17)

Pour Borg et Kristiansen, cités par ces mêmes auteurs, les compétences requises sont l'ouverture, la collaboration d'égal à égal, l'importance primordiale accordée aux ressources internes de l'individu, la réciprocité et la volonté de fournir un effort supplémentaire.

D'après Andersen, Oades et Caputi (2003), les éléments du processus de rétablissement sont de trouver et garder espoir, de trouver ou retrouver une identité positive, bâtir une vie riche de sens, se prendre en main et être maître de sa vie.

II. Présentation de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole et de l'hôpital de jour du Pôle Tourquennois

L'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole a en charge 9 secteurs de psychiatrie générale adultes, dont le pôle 59G19, et 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

1. L'EPSM Lille Métropole en 2000

L'EPSM Lille Métropole comportait 681 lits d'hospitalisation complète répartis sur 35 unités de soins.

Sur les secteurs étaient implantés :

- 5 Hôpitaux de Jour
- 10 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.)
- 1 Appartement Thérapeutique
- 16 Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.) et 39 Antennes de Consultation
- 1 Résidence filière appartement
- 1 Atelier thérapeutique et centre d'art

L'activité intra-hospitalière était déjà en baisse constante, alors qu'une nette augmentation des actes sur le secteur apparaissait. La "file active", concernant les patients non hospitalisés, connaissait un fort développement. Sur douze mois, près de 15 200 personnes, sur une population de 600 000 habitants répartis sur 62 communes pour la psychiatrie générale et 116 communes pour la psychiatrie infanto-juvénile, avaient bénéficié au moins d'un acte thérapeutique, évitant ainsi les risques d'une hospitalisation à temps plein.

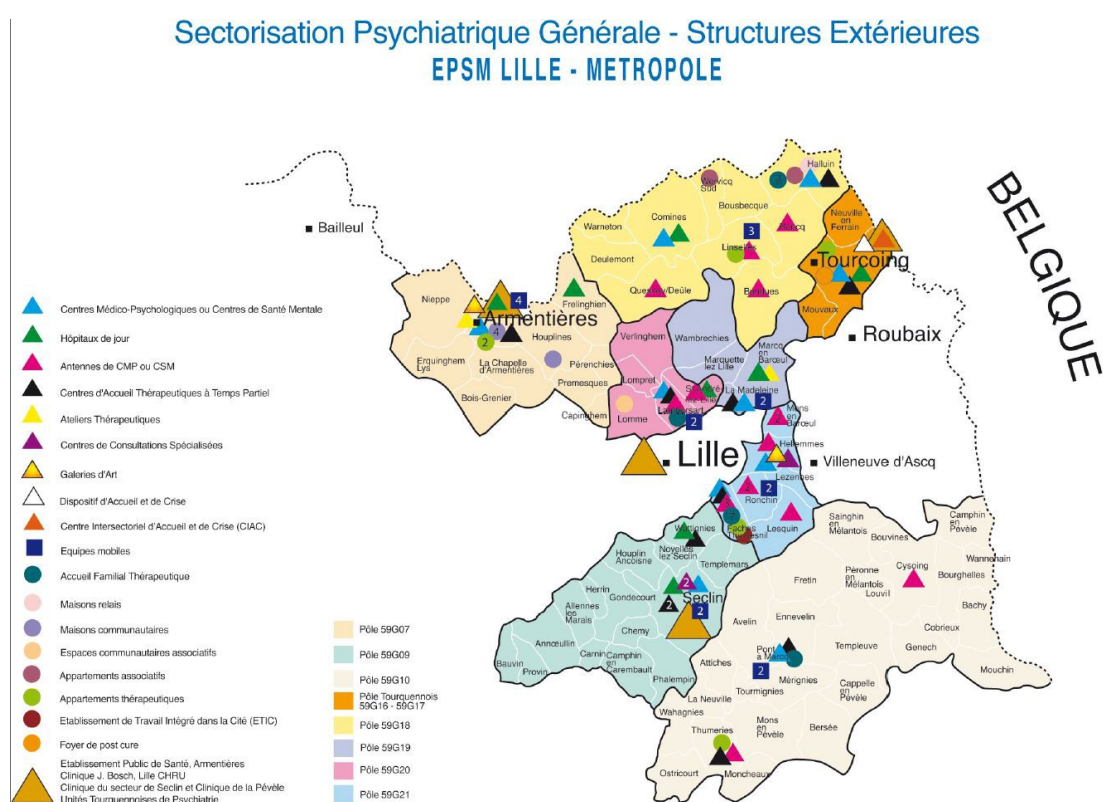
L'EPSM employait alors 1781 personnes, dont 68 médecins et internes

2. L'EPSM Lille Métropole en 2019

Pour une population de 647 504 habitants, il emploie 102,5 ETP médicaux alors que l'hospitalisation temps plein compte 229 lits (soit environ une moyenne de 25 lits par secteur), soit quasiment trois fois moins qu'en 2000.

21 028 personnes ont été prises en charge en soins ambulatoires (soit près d'un tiers de plus qu'en 2000).

Ont été créés 20 dispositifs Equipes mobiles et près de 150 places en Filière Hébergement (associatif, communautaire), ainsi que 44 lits d'Appartements Thérapeutiques.



3. Le Pôle Tourquennois

Le pôle tourquennois prend en charge les populations des communes de Tourcoing, Mouvaux et Neuville-en-Ferrain, soit une population d'environ 120 000 personnes.

Il correspond à la réunion de deux secteurs historiques de psychiatrie (59G16 et 59G17) au sein d'un même pôle.

Il comprend:

-les "Unités Tourquennoises de psychiatrie" (UTP): unité d'hospitalisation à temps plein localisé au sein de l'hôpital général de Tourcoing mais dépendant administrativement de l'EPSM Lille Métropole.

Au sein des UTP on retrouve 50 lits répartis en plusieurs unités dont deux tri-sectorielles en raison de l'inclusion du secteur 59G18 (en jaune sur la carte) :

le CIAC (Centre inter-secteur d'Accueil et de Crise)

l'unité 16-25 accueillant des patients ayants entre 16 et 25 ans des trois secteurs ainsi que du secteur infanto-juvénile 59I03.

- un Centre Médico-Psychologique se trouvant dans le centre-ville de Tourcoing

- un Dispositif d'Accueil de Crise (DAC) situé à côté des UTP permettant l'accueil en urgence et un suivi court des usagers

- une postcure psychiatrique de 10 places située dans le centre de Tourcoing

- un CATTP

- un Hôpital de Jour de 20 places

- des appartements thérapeutiques « Starther » pouvant accueillir 10 personnes.

Le pôle est constitué d'une équipe pluridisciplinaire « classique » (infirmiers, secrétaires, ASH, psychiatres, assistantes sociales, etc.).

Le pôle, conscient du rôle que le savoir expérientiel peut avoir dans le parcours de rétablissement des usagers, a souhaité renforcer depuis 2012 la place des experts d'expérience dans l'accompagnement des usagers. Ceci s'est traduit par l'intégration de deux médiateurs de santé-pair (MSP) dans les équipes du service. Une MSP est actuellement en poste au sein des UTP et de l'U2TR (Unité transversale tourquennoise de réhabilitation) et la deuxième exerce au sein de l'équipe de l'hôpital de jour. Les MSP assurent l'accompagnement individuel des usagers, par des rencontres ponctuelles ou plus régulières selon les situations, et apporte son savoir expérientiel aux équipes du service.

De plus, le pôle a initié la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) en 2011/2012 pour développer et faciliter le travail avec les élus et les autres partenaires. La psychiatrie ne peut pas prendre en charge l'ensemble des dimensions de la santé mentale et doit nécessairement travailler en partenariat avec les acteurs locaux, notamment la collectivité et les élus locaux.

4. L'Hôpital de Jour: «Centre GAMBETTA»

L'Hôpital de jour se situe dans le centre-ville de Tourcoing et peut accueillir jusqu'à 20 patients par jour.

L'équipe est constituée de 6 IDE pour un équivalent temps plein de 5 ETP, une MSP, un mi-temps secrétaire et un praticien hospitalier, moi-même.

La prise en charge se fait en demi-journée ou journée complète. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17H. L'adhésion se fait à la demande du praticien référent et du patient. Un entretien de préadmission se fait sur l'Hôpital de jour ou directement au sein des UTP par moi-même.

Une première demi-journée est proposée au patient avant l'intégration définitive qu'il soit alors hospitalisé aux UTP ou non pour qu'il puisse se faire une idée des soins proposés ;

L'intérêt de proposer l'intégration dès l'hospitalisation temps plein est d'éviter au maximum la rupture de soin entre la sortie de l'hôpital et le relai vers l'extérieur.

La durée de prise en charge dépend du patient et de ses besoins. Il en est de même de la fréquence de sa prise en charge dans la semaine. Cette fréquence peut également varier d'une semaine à l'autre, le but étant de mettre en place un suivi assez souple qui s'adapte aux capacités et aux besoins de l'utilisateur.

Durant chaque demi-journée, deux activités en parallèle sont proposées au patient.

L'emploi du temps de la semaine est réalisé le lundi mais peut être modifié à tout moment en fonction des usagers. Les activités sont différentes tous les jours et toutes les semaines pour éviter une routine. Ces activités peuvent être au sein de l'Hôpital de Jour ou sur l'extérieur.

Des sorties ponctuelles à la journée sont parfois réalisées comme par exemple des journées à la plage l'été, le marché de Noël ou encore la fête des cerfs-volants, etc...

L'objectif principal des activités est d'une part la resocialisation au sein d'un groupe et au sein de la cité. C'est dans ce but que beaucoup d'activités se font sur l'extérieur (cinéma, bowling, médiathèque, musées, marché,...). En participant au CLSM, l'équipe soignante souhaite proposer et participer à de nouveaux projets qui amélioreront davantage l'inclusion des personnes.

Des ateliers d'éducation thérapeutique sont également proposés. Des ateliers de remédiation cognitive et de pratique de réhabilitation sont en cours d'élaboration avec l'U2TR (Unité transversale tourquennoise de réhabilitation).

III. Méthodologie utilisée

Pour élaborer un nouveau projet médical en collaboration avec les usagers nous avons décidé d'utiliser deux méthodes de travail.

La première étant la réalisation d'un auto-questionnaire avec une aide extérieure et la deuxième méthode est l'entretien semi directif réalisé par la médiatrice de santé-pair.

1. Questionnaire du «projet Baromètre»

Pour le questionnaire, nous sommes partis sur un questionnaire déjà existant et validé scientifiquement. Nous avons voulu utiliser un questionnaire permettant d'apprécier au mieux la qualité de vie des usagers.

Le choix s'est porté sur le questionnaire existant dans «le projet baromètre» (18). Ce programme, développé au Québec par le CHU de Sherbrooke, a été conçu à partir des productions de 15 groupes de travail et d'une étude de la littérature scientifique. Il constitue un outil d'intervention clinique, numérique et collaboratif, qui met en lumière les forces et les progrès de la personne dans sa communauté.

Le projet Baromètre est une plateforme sécurisée sur Internet où la personne se connecte avec son propre compte. L'outil est un support à sa réflexion sur sa vie et ses choix à travers 4 onglets principaux.

Il permet d'apprécier l'évolution de la qualité de vie en tenant compte des priorités de l'utilisateur, et soutient sa participation et son engagement, à la hauteur de ses capacités, tout au long de sa démarche de rétablissement.

D'après les concepteurs de l'outil, le projet Baromètre :

- ! facilite l'évaluation longitudinale de la qualité de vie et du fonctionnement social de la personne ;
- ! traduit en images ses progrès à travers le temps. Ces images agissent telles des rétroactions visuelles et motivationnelles ;
- ! permet l'identification et la priorisation des forces et des changements significatifs que la personne souhaite poursuivre ;
- ! cartographie le réseau social de la personne, la qualité de ses liens interpersonnels et leur évolution ;

- ! soutient la réflexivité de la personne et habilite celle-ci dans l'expression de son vécu, en fonction des indicateurs de qualité de vie;
- ! accorde un rôle actif à la personne dans la conception et la réalisation de son « plan d'action ».

Il comporte 4 onglets:

L'onglet «*Qualité de vie*»

Cet onglet donne un portrait visuel (sous forme graphique : radar) de l'ensemble des sphères de sa vie et des thèmes reconnus pour leur influence sur cette qualité de vie. A travers des questionnements où la personne auto évalue l'importance selon elle de chaque critère, Baromètre lui permet de comprendre son vécu de façon globale, d'identifier ce qui est le plus important pour elle, de suivre l'évolution de sa qualité de vie dans le temps pour reprendre du pouvoir sur sa vie.

L'onglet «*réseau social*»

L'onglet réseau social permet également d'avoir une représentation visuelle de l'entourage de la personne où elle identifie les personnes les plus importantes. Elle suit l'évolution de son réseau social de son point de vue et peut y prendre soin.

L'onglet «*Accomplissements ou Objectifs*»

Cet onglet est utilisé par les personnes pour qu'elles suivent le degré d'accomplissements de leurs objectifs prioritaires. Cet onglet permet aux personnes d'accumuler des expériences positives où elles se voient en train d'avancer.

Il y a également une représentation graphique qui fait suite à l'entrée des objectifs et des étapes pour les concrétiser. Il permet un suivi des changements en cours.

L'onglet «*Mes forces*»

Cet onglet met en évidence les aspirations et les rêves de la personne et lui permet d'identifier ses habiletés et ses compétences. Ainsi que les ressources accessibles pour parvenir à la réalisation des objectifs.

Le projet Baromètre paraissait donc le plus approprié aussi bien sur le contenu que sur sa facilité d'utilisation pour la personne concernée.

Nous avons donc utilisé le questionnaire du premier onglet: «qualité de vie». Il regroupe 43 items repartis en 5 sous-groupes différents: *besoin, santé, vie sociale et projet de vie*.

Pour chaque item l'utilisateur doit d'une part coter son importance (important-très important – prioritaire) et lui donner une note entre 0 et 10 sur une échelle visuelle numérique.

<p style="text-align: center;">PROJETBAROMÈTRE</p> <p style="text-align: center;">Les indicateurs de qualité de vie (1/5)</p> <p>Besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bien-être en logement ✓ Sentiment d'être en sécurité ✓ Sommeil ✓ Besoin d'aimer et être aimé(e) ✓ Sexualité ✓ Spiritualité ✓ Autonomie ✓ Alimentation ✓ Ressources financières 	<p style="text-align: center;">PROJETBAROMÈTRE</p> <p style="text-align: center;">Les indicateurs de qualité de vie (2/5)</p> <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ État de santé physique ✓ Activité physique ✓ Santé psychologique ✓ Espoir en l'avenir ✓ Joie de vivre ✓ Compréhension de sa condition de santé ✓ Gestion de ses symptômes ✓ Compréhension de la médication ✓ Relation avec la médication ✓ Maîtrise de ses dépendances
<p style="text-align: center;">PROJETBAROMÈTRE</p> <p style="text-align: center;">Les indicateurs de qualité de vie (3/5)</p> <p>Estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentiment de fierté personnelle ✓ Sentiment d'efficacité ✓ Confiance en ses forces ✓ Apprentissages ✓ Capacité à exprimer son point de vue ✓ Discours intérieur ✓ Acceptation de soi ✓ Sentiment de liberté (face au regard des autres) 	<p style="text-align: center;">PROJETBAROMÈTRE</p> <p style="text-align: center;">Les indicateurs de qualité de vie (4/5)</p> <p>Vie sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentiment d'être respecté(e) ✓ Qualité générale de ses relations ✓ Sentiment d'appartenance à la communauté ✓ Participation communautaire ✓ Mobilité (capacité à se déplacer) ✓ Capacité à faire valoir ses droits ✓ Relation avec les règles et les lois ✓ Entraide
<p style="text-align: center;">PROJETBAROMÈTRE</p> <p style="text-align: center;">Les indicateurs de qualité de vie (5/5)</p> <p>Projet de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivation ✓ Autodétermination ✓ Activités valorisantes ✓ Situation d'emploi ✓ Sentiment d'être en contrôle de sa vie ✓ Respect de ses engagements ✓ Sentiment d'être soutenu(e) ✓ Clarté de son projet de vie 	

Pour des questions de temps et d'organisation, nous avons inclus 10 usagers dans l'étude.

Nous souhaitons avoir une représentativité de l'ensemble de la file active. Le choix des usagers s'est donc fait en fonction de la pathologie ou du trouble pour lesquels ils sont suivis, le temps d'accueil à l'hôpital de jour (nombre de demi-journée par semaines et durée de prise en charge) et l'accord de celui-ci de participer au projet.

Les questionnaires ont été réalisés par les usagers avec l'aide d'une IDE entre le 24 avril et le 18 juin 2019. Il n'y avait pas de temps limite et les usagers n'étaient pas obligés de répondre à toutes les questions.

2. Entretien semi-directif

En ce qui concerne l'entretien semi directif, l'objectif était de pouvoir donner une libre expression aux usagers.

Le choix de la médiatrice de santé-pair s'est tout naturellement imposé pour mener les entretiens. Depuis son arrivée dans l'équipe de soin, il a tout de suite été repéré que les usagers se confiaient facilement à elle sur tous les sujets de vie (logement, emploi, projets, santé, etc) et cela très spontanément.

Pour des raisons de temps et de cohérence, nous avons choisi 5 usagers ayant participé au questionnaire.

L'utilisateur et la médiatrice définissaient ensemble le lieu et l'horaire le plus adapté. La durée d'entretien n'était pas définie et le patient pouvait l'interrompre à tout moment.

En début d'entretien, la médiatrice rappelait le contexte de l'étude ainsi que les concepts qui seraient abordés, principalement le rétablissement.

Ensuite, elle demandait à l'utilisateur de se présenter puis d'expliquer depuis quand et pourquoi il venait à l'hôpital de jour .

Ensuite, la médiatrice structurait l'entretien autour de deux questions :

«Que vous apporte l'HDJ pour permettre un meilleur rétablissement ? »

« Qu'attendez-vous de l'HDJ et que pouvons-nous améliorer pour cela ? »

L'entretien était retranscrit par écrit par la médiatrice.

3. Description de la population étudiée

Au niveau de la population étudiée, nous avons recensé 10 personnes prises en charge pour des pathologies différentes :

- quatre patients pour des troubles de l'humeur : deux suivis pour trouble bipolaire et deux pour un syndrome anxiodépressif,
- deux patients pour schizophrénie
- deux patients pour trouble schizoaffectif,
- un patient suivi pour Trouble Obsessionnel Compulsif,
- un patient pour trouble de la personnalité borderline .

Les âges varient entre 31 et 69 ans avec une moyenne de 49.9 ans.

Les prises en charge varient sur :

- la durée : entre 2 mois et 6 ans avec parfois des interruptions pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois.
- l'objet de la venue : entre une simple délivrance de traitement quatre fois par semaine à quatre journées complètes par semaine.

Aucun patient n'est pris à temps plein.

Nous avons décidé de nous intéresser aux moyennes se situant en dessous de 0.5 et au-dessus de 0.75.

IV.Résultat

1. Questionnaire baromètre

Tout d'abord sur les 5 axes recherchés, on retrouve une moyenne assez similaire allant de 0,58 à 0,62 avec un intervalle de confiance oscillant entre 0,045 et 0,14.

Ces résultats ne dégagent donc pas d'axes de travail.

Par contre, si on s'attarde aux différents items, on retrouve cinq moyennes en dessous de 0.5 et quatre moyennes au-dessus de 0.75.

Les moyennes inférieures à 0.5 sont regroupées dans les axes *santé, vie sociale et projet de vie*.

Pour l'axe *santé*, on retrouve pour :

- le sous item *santé psychologique*, une moyenne de 0.46 avec comme intervalle de confiance à 95% (0.37-0.54)

- le sous item *gestion de ses symptômes*, une moyenne de 0.45 avec comme intervalle de confiance à 95% (0.20-0.69)

Pour l'axe *vie sociale*, on retrouve pour :

-le sous item *mon sentiment d'appartenance*, une moyenne à 0.34 avec comme intervalle de confiance à 95% (0.17-0.50)

-le sous item *ma participation communautaire*, une moyenne à 0.19 avec comme intervalle de confiance à 95% (0-0.38).

Pour l'axe *projet de vie*, on retrouve pour le sous item *ma situation d'emploi* une moyenne à 0.43 avec un intervalle de confiance à 95% (0.22-0.64).

Les moyennes supérieures 0.75 sont regroupées dans les axes *santé et vie sociale*

Pour l'axe *santé*, on retrouve pour le sous item « Ma relation avec mes dépendances » une moyenne à 0.79 avec un intervalle de confiance à 95% (0.62-0.95)

Pour l'axe *vie sociale*, on retrouve pour:

le sous item *ma mobilité* une moyenne à 0.75 avec un intervalle de confiance à 95% (0.57-0.92)

le sous item *Les règles et les lois* une moyenne à 0.88 avec un intervalle de confiance à 95% (0.74-1)

le sous item *l'entraide* une moyenne à 0.79 avec un intervalle de confiance à 95% (0.58-1)

2. Entretien semi-directif

Pour rappel, les questions posées aux usagers par la médiatrice de santé-paire sont «*Que vous apporte l'HDJ pour permettre un meilleur rétablissement ?* » et «*Qu'attendez-vous de l'HDJ et que pouvons-nous améliorer pour cela ?* »

Pour mieux retranscrire les réponses des patients, nous proposons de classer les mots ou idées retranscrits par la médiatrice par axe du projet baromètre.

Pour l'axe « BESOIN » :

Les éléments qui ressortent le plus sont le sentiment de bien-être et de sécurité et de respect ressenti au sein de l'HDJ :

«*J'adore venir*» / «*l'équipe est bienveillante, avenante, disponible et à l'écoute*».

L'item *logement* est aussi mis en avant pour certains dont le logement a une petite surface.

«mon logement est trop petit et rester longtemps dedans m'est impossible»

L'HDJ leur permet de s'extraire du milieu alors anxiogène.

Pour l'axe SANTE :

On retrouve une efficacité sur l'intensité des symptômes : *« quand je suis à l'hdj je ne ressens pas le stress », « quand je viens à l'HDJ la voix «caid» n'est plus là»,* ainsi que sur la gestion des symptômes *« je ne pensais pas que les activités pouvaient influencer sur mes TOCS»* *«venir à l'HDJ me permet de prendre de la distance avec mes voix».*

L'HDJ semble aider les patients à comprendre et à gérer leur médication *« je connais mes traitements et leur effet. Zoplicone, c'est pour les voix et risperidne, c'est pour arrêter «caid» mes voix»; « l'hdj m'a permis de gérer mes traitements et leur utilisation grâce au pilulier».*

Pour certains, le fait d'arriver à faire des activités au sein de l'HDJ est un signe de bonne santé : *« il est important pour moi de participer aux activités, cela va dans le bon sens de ma santé ».*

Pour l'axe ESTIME DE SOI :

On retrouve la possibilité pour les usagers d'exprimer leur point de vue : *« l'hdj permet un échange d'expérience avec d'autres personnes » ainsi que l'acceptation de soi et la liberté face au regard des autres »/ « je me sens respecté à l'HDJ », l'équipe est bienveillante ».*

Pour l'axe VIE SOCIALE :

Ce qui ressort le plus, c'est la possibilité via l'hôpital de jour de faire des sorties sur l'extérieur que les usagers n'auraient pas réussi à faire seul, en particulier les sorties dans des lieux communautaires tel que musée, opéra, théâtre, ou sortie à la mer ainsi que l'occasion de *« rencontrer des gens de partager un repas »*

Le sentiment d'être respecté ressort également dans cet axe.

Par contre, on retrouve des éléments d'amélioration, notamment développer les activités sportives ou encore les sorties sur l'extérieur pour améliorer le contact extérieur, l'insertion dans la société et surtout lutter contre l'isolement.

Pour l'axe PROJET DE VIE :

On retrouve des points intéressants comme *« l'HDJ m'a permis de trouver de l'aide afin de concrétiser mes projets, on a su répondre à mes besoins », « j'ai envie d'aller de l'avant ».*

«L'HDJ permet de me stabiliser avec pour but de trouver par la suite des activités en milieu ordinaire ».

Les usagers semblent parfaitement autonomes dans leur quotidien et semblent satisfaits de l'aide apportée par l'équipe.

V.DISCUSSION

1. Questionnaire

Concernant les moyennes inférieures à 0.5.

Il n'est pas surprenant que le sous item «*ma santé psychologique*» défini par le projet baromètre par «*état intérieure qui me permet de réaliser les activités qui sont importantes pour moi*» et «*La gestion de mes symptômes*» défini comme «*capacité d'agir sur les symptômes qui affectent mon bien être*» soient les plus impactés puisqu'il s'agit de patients n'étant pas encore stabilisés dans leur troubles. Le principe même d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie est de réduire les symptômes de la maladie.

Toutefois, c'est intéressant de voir que le sous item «*la compréhension de ma condition de santé*» défini comme étant «*la compréhension de la maladie, éléments déclencheurs, traitements, etc* » ait une moyenne à 0.68 avec intervalle de confiance à 95% (0.54-0.81).

En effet, cela laisse supposer que les patients de l'hôpital de jour présentent encore des troubles psychiques qui doivent être stabilisé durant leur séjour mais que la connaissance de leur trouble est bonne. On peut se demander si cela n'est pas le résultat de l'éducation thérapeutique déjà mise en place sur la structure ainsi que le partenariat avec l'U2TR.

Par contre, le fait qu'ils n'arrivent pas gérer leur symptôme doit nous faire réfléchir à la mise en place d'outils stratégiques. En effet, il semble peu probable que le simple outil chimio thérapeutique puisse permettre aux usagers d'agir totalement sur leurs symptômes.

Des outils sont déjà mis en place comme les groupes d'entendeur de voix mis en place depuis 2014. D'autres stratégies d'adaptations doivent être réfléchies, c'est d'ailleurs un travail sur lequel se penche actuellement le pôle à travers l'U2TR.

En ce qui concerne les items de la vie sociale, les deux items dont la moyenne est inférieure à 0.5 sont «*mon sentiment d'appartenance*» et «*ma participation communautaire*» qui sont

définis comme étant respectivement le « *sentiment d'appartenance envers ma communauté* » et « *participation à des activités organisées dans la communauté ou dans le voisinage (activités de loisir, fêtes...)* ». Il faut noter que ce sont les items avec les moyennes les plus basses et dont l'intervalle de confiance à 95% est entièrement inférieur à 0.5.

On pourrait donc se dire que c'est l'axe de travail le plus important, cependant, même si l'insertion sociale fait partie du rétablissement, en quoi les soins psychiatriques ont à intervenir dedans et surtout comment y répondre ?

Il est d'ailleurs très intéressant de voir que les autres items ont par contre des moyennes assez hautes et même pour certains les plus hautes de tout le questionnaire.

Les usagers se sentent donc exclus de leur communauté mais paradoxalement ils ont la sensation d'être respectés, d'avoir de bonnes relations avec leurs proches, une mobilité correcte, et une connaissance de leurs droits. Il s'agit d'items beaucoup plus en lien avec les ressources travaillées en structures de psychiatrie puisqu'il s'agit de capacité ne faisant intervenir que leurs propres ressources ou les ressources de leur environnement proche.

Cela montre bien que la prise en charge sanitaire n'est pas suffisante pour inclure socialement les patients et leur permettre d'accéder à une citoyenneté.

Le dernier item dont la moyenne est inférieure à 0.5 est « *ma situation d'emploi* », défini par « *la satisfaction face à ma situation d'emploi* ». Sachant qu'un seul patient sur les 10 a un emploi fixe, il est normal que cet item soit bas. Cet item est donc difficilement interprétable.

Il est par contre étonnant que les moyennes de ces items ne soient pas plus basses.

L'équipe de l'hôpital de jour est en lien permanent avec les travailleurs sociaux et le projet de vie est systématiquement examiné pour chaque patient, mais on aurait pu supposer que cela aurait pu être un axe de travail dans le rétablissement.

En ce qui concerne les items dont les moyennes sont supérieures à 0.75

Pour l'axe santé, on retrouve pour le sous item « *Ma relation avec mes dépendances* » défini par « *être à l'aise avec mes comportement de dépendance (consommation de substances, nourriture, achats, sexe, relation, jeu, ...)* » une moyenne à 0.79.

Ce chiffre est plutôt rassurant puisque dans la population tourquennoise, nous retrouvons une proportion importante d'addiction. Cependant, il existe un biais en ce qui concerne les addictions aux substances illicites et à l'alcool puisqu'il est interdit de consommer dans la structure. Si le patient n'arrive pas respecter une abstinence durant les horaires de prise en charge, celle-ci est interrompue avec un relai vers les services d'addictologie.

Pour l'axe *vie sociale*, on retrouve pour le sous item « *ma mobilité* » (définie comme la facilité à me déplacer dans les endroits souhaité) une moyenne à 0.75 avec un intervalle de confiance à 95% (0.57-0.92) et le sous item « *Les règles et les lois* » (défini comme la relation entretenu avec les règles et les lois établie) une moyenne à 0.88 avec un intervalle de confiance à 95% (0.74-1).

Les résultats pour la mobilité sont plutôt rassurants car ils montrent que l'accès aux soins n'est pas une difficulté pour les patients interrogés. Ce chiffre s'explique par la situation très centrale de l'hôpital de jour et de son accessibilité. En effet il est situé à proximité de plusieurs arrêts de bus et 2 arrêts de métro et il est possible de se garer facilement à proximité. De plus, le pôle Tourquennois regroupe seulement 3 communes (Tourcoing, Neuville-en-Ferrain et Mouvaux). Les structures de soins se trouvent à proximité des habitants.

Les résultats sur « *les règles et les lois* » peuvent s'interpréter par une recherche importante de l'EPSM Lille métropole à garantir et informer les patients sur leurs droits et devoirs que ce soit à l'aide d'affiches, de flyers ou de réunion d'information. C'est rassurant de voir que les usagers ne se sentent pas démunis vis à vis de cela.

2. Le questionnaire semi-directif

Ce qui ressort en premier plan est l'importance des rapports sociaux que les usagers retrouvent au sein de l'HDJ et cela quel que soit leurs troubles.

Les patients soulignent le sentiment d'exclusion et d'isolement qu'ils peuvent vivre sur l'extérieur, exclusion qui empêche la réalisation d'activités de la vie courante. Une des usagères déclare notamment être étonnée par « le plaisir » que permet une activité de la vie quotidienne : « *c'est surprenant que la sortie flunch enthousiasme autant le groupe alors qu'il s'agit d'une activité banale* ».

On constate l'importance d'accompagner les personnes à retrouver des repères et une confiance en soi pour aller vers l'extérieur. Ainsi, la « sécurisation » des parcours et de l'environnement social (disposer d'un logement pérenne, nouer des relations, avoir des activités, travail, loisirs, culture, vacances) fait partie des conditions nécessaires à la stabilisation et à l'accès à un minimum de bien-être.

C'est d'ailleurs ce qui est demandé par les usagers, ils expliquent bien que les activités les plus appréciées sont celles proposées sur l'extérieur (musée, théâtre, médiathèque), activités

qui sont d'ailleurs en lien avec la société. Les patients souhaitent donc retrouver leur citoyenneté.

De plus, les hospitalisations répétées ou les accompagnements à l'HDJ qui perdurent s'expliquent notamment par le sentiment, des patients, de bien-être et d'être en sécurité, bien que pour nous, soignants, les conditions hospitalières paraissent peu enviables.

Seulement, il faut que ce bien-être soit présent et ressenti en dehors de l'HDJ. Tout l'enjeu pour l'équipe de l'HDJ est de favoriser ce passage d'un « environnement protégé » qu'est l'HDJ à un environnement social dit de droit commun.

Une fois la personne stabilisée d'un point de vue sanitaire, se pose la question du relai vers les structures sociales, passage de relai souvent difficile car le décroisement du secteur sanitaire, social et médico-social n'est pas encore effectif.

Depuis maintenant 2 ans, nous avons mis en place plusieurs passerelles :

- La première, assez classique est l'accompagnement par une éducatrice vers les activités du centre communal d'action sociale ou des centres sociaux, le but étant de faire un travail pour éviter tout arrêt brutal de prise en charge. Un passage par le CATTP pour une durée limitée est parfois envisager.

- La deuxième est de proposer à l'usager d'intégrer soit le Groupe d'entraide mutuel «Nord Mentalité » de Tourcoing » soit l'association « Fratrenative». Cette association a été créée en mai 2008 sous l'impulsion de familles, proches et amis touchés dans leur entourage par les troubles psychiques et/ou l'isolement social. Elle a pour vocation de venir en aide aux personnes en souffrance psychique subissant le regard dévalorisant, stigmatisant et culpabilisant de la société.

Fratrenative accueille ainsi les personnes en souffrance psychique et leurs familles. Fratrenative leur propose des activités, des moments d'échange pour rompre la solitude et l'isolement.

Je précise que des informations sur ces deux associations sont disponibles à tous les usagers du pôle tourquennois dans les différentes structures.

- Le conseil local de santé mentale, lieu de coordination et de concertation, doit limiter les ruptures de soins et les blocages dans les parcours de soins en veillant à la disponibilité et à la réactivité de l'ensemble des acteurs locaux (médecins généralistes, travailleurs sociaux, bailleurs, etc) tout au long du parcours de vie. Cette démarche politique a connu des difficultés et n'est pas aussi opérationnelle que le pôle de psychiatrie pourrait l'espérer, ce qui s'explique par une absence d'engagement de la part des élus locaux. Malgré tout, les

professionnels du pôle souhaitent poursuivre ce travail de coordination pour faciliter l'accès aux soins mais également pour travailler sur les représentations sociales de la santé mentale de la population. Il faut rappeler que la stigmatisation des troubles psychiques a un impact important sur le sentiment d'exclusion des usagers et cette problématique est en enjeu collectif et politique qui ne peut pas être menée uniquement par la psychiatrie.

- En ce qui concerne la gestion des symptômes, en particulier pour les patients atteints d'hallucinations accoustico-verbales, un travail d'accompagnement vers le groupe d'entendeurs de voix de Tourcoing est proposé. L'association nationale REV France (réseau entente de voix) est constituée de groupes locaux permettant à chacun d'échanger, partager son expérience et ses stratégies pour faire face aux voix.

Les axes proposés par le pôle de santé mentale sont cependant critiquables car la majorité des actions sont axées sur des activités et non des projets de vie.

Bien que les soignants et que les activités soient à l'extérieur de l'hôpital, le pôle et notamment l'HDJ doivent recentrer l'accompagnement proposé vers le projet de vie de chaque patient en intégrant au maximum les dimensions de son environnement (famille, logement, revenus, emploi, activités sociales, etc), ce qui nécessite un partenariat avec les autres acteurs du territoire.

Face à ce constat, nous souhaitons instaurer pour chaque nouvel usager pris en charge par l'HDJ un entretien « d'entrée » mené par un éducateur. Cet entretien serait axé sur le projet de vie et sur les capacités de la personne pour ensuite proposer un accompagnement qui soit le plus cohérent et le plus pertinent possible. C'est à l'équipe de s'adapter aux ressources et aux besoins de chaque patient et non aux patients de s'adapter aux activités proposées par les soignants.

Le but de cette démarche est d'éviter une chronicisation au sein de la structure avec pour seul but l'occupation.

Ainsi, l'intérêt de l'hôpital de jour pour certains patients est de permettre une stabilité de leurs symptômes tout en évitant une hospitalisation à temps complet, pour d'autres le but est de restructurer leur journée et pour d'autre de permettre la mise en place d'un lien social bienveillant. L'équipe doit ainsi construire avec chaque patient un projet de soins/de vie pour adapter au mieux la prise en charge, ce qui passera nécessairement par un travail partenarial avec les structures sociales, médico-sociales ou associatives.

Ce travail et les résultats seront présentés à l'équipe de l'HDJ pour que collectivement, nous puissions travailler sur un nouveau projet de structure qui prenne en compte les attentes des patients et qui replace le rétablissement dans tous les futurs projets.

Conclusion

A travers cette étude, j'ai souhaité aborder deux questions :

- la cohérence du projet de l'HDJ face aux attentes des usagers
- mobiliser l'équipe autour de la notion de rétablissement

La méthodologie choisie a permis de fédérer l'équipe autour de ce projet, les professionnels ont été sollicités sur le choix de l'outil ainsi que la grille d'entretien et le « recrutement » des dix patients ayant participé à l'enquête. La place de la médiatrice de santé-pairs pour mener les entretiens a été un levier pour repositionner son rôle dans l'équipe de soins mais également pour reprendre contact avec certains patients.

L'élaboration des outils d'enquête a permis de remettre le rétablissement et la citoyenneté au centre de la prise en charge et rappeler à l'équipe que l'HDJ est une passerelle pour les usagers entre une prise en charge sanitaire et une « reconquête » de leur citoyenneté.

En alliance avec la personne, les soignants vont l'accompagner pour qu'elle prenne conscience de ses ressources, de ses potentialités en fonction de ses priorités. C'est elle qui décide des orientations qu'elle souhaite prendre dans son projet de vie.

Les résultats baromètre ainsi que les entretiens semi directifs ont souligné que le trait commun le plus souvent retrouvé chez les patients à l'extérieur est l'isolement social et la solitude. Ce sentiment d'exclusion partagé par l'ensemble des usagers interrogés affirme l'importance de décroisonner et de s'inscrire dans une prise en charge collective et partagée par toutes les structures d'accompagnement du territoire.

La psychiatrie publique a la responsabilité de garantir une continuité des soins et une prise en charge coordonnée avec les partenaires du territoire. L'hôpital de jour est identifiée comme une passerelle entre le sanitaire et le social mais nous devons être vigilants à ne pas chroniciser cette prise en charge et accompagner les patients vers une inclusion sociale.

Bibliographie

1. Nouvelle histoire de la psychiatrie [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/nouvelle-histoire-psychiatrie>
2. Histoire de la folie à l'âge classique - Tel - GALLIMARD - Site Gallimard [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Tel/Histoire-de-la-folie-a-l-age-classique>
3. [PDF] document - Psychiatrie Adulte et Psychologie Médicale - Free Download PDF [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: https://nanopdf.com/download/document-psychiatrie-adulte-et-psychologie-medicale_pdf
4. PICHOT Pierre page 1 | Base SantéPsy [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=author_see&id=470&page=1&nbr_lignes=113&l_typdoc=&nb_per_page_custom=50&nb_per_page_custom=25
5. Histoire de la psychiatrie [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: https://www.puf.com/content/Histoire_de_la_psychiatrie
6. doc_num.pdf [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540
7. dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf [Internet]. [cited 2019 Oct 22]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
8. 014000522.pdf [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000522.pdf>
9. admin. La loi sur “le droit des usagers” du 2 janvier 2002 [Internet]. ADAPEI41. 2014 [cited 2019 Oct 22]. Available from: <http://www.adapei41.com/droits-demarches/droit-des-usagers/la-loi-sur-les-droits-des-usagers-du-2-janvier-2002>
10. Roelandt J-L, Ghazi LE. Santé mentale et citoyenneté : une histoire française, Mental Health and Citizenship: French history, Resumen. *Inf Psychiatr*. 2015 Sep 15;me 91(7):539–48.
11. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089.htm>
12. Cardinal PL, Roelandt J-L, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives, Recovery-oriented and peer-support practices. Historical studies and perspectives. *Inf Psychiatr*. 2013 Jun 17;me 89(5):365–70.

13. Lovell AM, Troisoeufs A, Mora M. Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance : éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave, *Psychic handicap*, the paradoxes of recognition and ordinary knowledge among people with severe mental disorders. *Rev Francaise Aff Soc.* 2010 Mar 1; (1):209–27.
14. Deleu G, reha binfoweb, les grands principes de la réhabilitation.
15. *Annales médico-psychologiques - Vol 164 - n° 4 - EM consulte* [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.em-consulte.com/revue/AMEPSY/164/4/table-des-matieres/>
16. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *Inf Psychiatr.* 2012 Apr 1;88(4):257–66.
17. *faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf* [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: http://www.douglas.qc.ca/publications/220/file_fr/faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf
18. Bossé P-L, Carrier S, Morin P. Le projet Baromètre, un outil numérique et collaboratif. Pertinence et utilité dans le champ de la santé mentale. *Inf Psychiatr.* 2018;me 94(10):802–8.

ANNEXES

Tableau 1: résultats généraux

PATIENT/AXE	besoin	sante	estime de soi	vie sociale	projet de vie
1	0,4	0,4	0,3	0,6	0,4
2	0,6	0,6	0,8	0,5	0,7
3	0,5	0,7	0,2	0,6	0,5
4	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8
5	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5
6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
7	0,7	0,8	0,8	0,6	0,5
8	0,7	0,4	0,6	0,7	0,7
9	0,7	0,7	0,5	0,6	0,8
10	0,8	0,6	0,7	0,7	0,7
moyenne	0,61	0,6	0,58	0,61	0,62
ecart type	0,159513148	0,156347192	0,2097617696	0,073786479	0,13984118
intervalle de confiance	0,098865457	0,096903213	0,1300093028	0,045732493	0,086672869

Tableau 2 : résultat Axe BESOIN

AXE BESOIN	logement	securite	sommeil	amour	sexualité	autonomie	alimentation	ressource financière
1	0,3	0,2	0,3	0,5	0,8	0,3	0,5	0,5
2	0,1	0,5	0,5	0,7	0,5	0,9	0,5	1
3	0,5	0,2	0,5	0,6	0	1	0,8	0,5
4	0,5	0,6	1	0,7	1	0,6	0,7	0,5
5	0,6	0,3		0,4		0,5		0,4
6	0,9	0,8	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8
7	0,8	0,8	1	0,5	0,4	0,8	0,6	0,5
8	1	1	0,7	0,5		0,7	0,7	0,9
9	0,8	1	0,7	0,2		0,9	0,7	0,9
10	0,9	0,9	0,7	1		0,5	0,7	0,7
moyenne	0,64	0,63	0,6555555556	0,57	0,55	0,7	0,666666667	0,6555555556
ecart type	0,291356978	0,316403399	0,1788854382	0,211081869	0,344963766	0,221108319	0,070710678	0,1914854216
intervalle confiance	0,180581608	0,196105255	0,1108723059	0,130827494	0,276023429	0,137041838	0,043826127	0,118681713

Tableau 3 : résultats axe santé

AXE SANTÉ	s physique	activités	s psychologes	espoir	joie de viv	comprend	symptomes	c medication	R medication	dependances
1	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2	0,5	0,5	1
2	0,3	0,6	0,7	0,7	0,6	0,5	0,1	0,9	0,7	1
3	0,8	1	0,5	0,5	0,8	1	0	1	1	0,5
4	0,7		0,5	1	1	0,7	1	0,7	0,9	0,9
5	0,5	0,5	0,4	0,1	0,3	0,9	0,1	0,5	0,6	0,4
6	0,2	0,3	0,4	0,9	0,8	0,7	0,8	0,3	0,7	0,7
7	1	1	0,5	0,7	1	0,5	1	0,5	0,6	1
8	0,4	0,9	0,3	0,5	0,3	0,5	0,1	0,1	0,2	0,4
9	0,4	0,3	0,6	0,5	0,3	1	0,7	1	1	1
10	0,3	0,3	0,5	0,7	0,7	0,5	0,5	0,8	0,8	1
moyenne	0,51	0,577778	0,46	0,58	0,6	0,68	0,45	0,63	0,7	0,79
ecart type	0,2514403	0,311359	0,1429841	0,28206	0,305505	0,214994	0,39791121	0,302030168	0,244948974	0,264365067
intervalle de confiance	0,15584145	0,203417	0,0886208	0,17482	0,189351	0,133252	0,24662339	0,187196798	0,151818157	0,163852156

Tableau 4: résultats axe estime de soi

AXE ESTIME DE SOI PATIENT/ITEM	fiereté	efficacité	competences	apprentissage	opt de vue	discours interieur	acceptation de soi	liberté
1	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1
2	0,6	0,8	0,8	0,7	0,8	1	1	1
3	0,1	0,7	0,3	0,1	0,5	0	0	0
4	0,8	1	0,9	0,8	0,7	0,6	1	0,7
5	0,5	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,1	0,5
6	0,7	0,2	0,5	0,4	0,8	0,6	0,8	0,7
7	1	0,7	1	0,6	1	0,5	0,8	1
8	0,6	0,8	0,5	0,3	0,5	0,8	0,3	0,3
9	0,3	0,7	0,4	1	0,1	0,6	0,4	0,2
10	0,7	0,7	1	1	0,5	0,8	0,5	0,6
moyenne	0,56	0,69	0,62	0,59	0,57	0,55	0,5	0,51
ecart type	0,267498702	0,260128174	0,2780887149	0,292308817	0,262678511	0,3064129385	0,380058475	0,354181372
intervalle de confiance	0,165794367	0,16122615	0,172358004	0,259471434	0,162806836	0,1899132171	0,2355583548	0,219519855

Tableau 5: résultat axe vie sociale

AXE VIE SOCIALE PATIENT/ITEM	être respecté	relation	appartenance	participation	mobilité	droits	règles et lois	entraide
1	0,5	0,9	0,1	0	0,8	0,8	0,8	0,9
2	0	0	0,5	0,1	0,8	0,9	1	0,9
3	1	1	0	0	1	0	1	0,5
4	0,7	0,6	0,6	0,9	0,9	0,5	0,5	0,6
5	0,7	0,5	0	0	0,1	1	1	0
6	0,8	0,8	0,6	0	0,9	0	1	1
7	0,2	0,9	0,7	0,2	0,9	0,6	0,5	1
6	0,8	0,4	0,5	0,6	0,5	0,8	1	1
9	0,5	0,5	0,2	0,1	0,6	1	1	1
10	0,7	0,8	0,2	0	1	1	1	1
moyenne	0,59	0,64	0,34	0,19	0,75	0,66	0,88	0,79
ecart type	0,299814758	0,3025815	0,2674987	0,3107339	0,27988093	0,386437	0,20976177	0,33149493
interval de confiance	0,185823697	0,1875385	0,16579437	0,19259133	0,17346881	0,239512	0,130009303	0,205458911

Tableau 6: résultat axe projet de vie

PATIENT/ITEM	spiritualité	motivation	décisions	activités valorisante	emploi	être en co	engagement	être soutenu	clarté
1	0,9	0,2	0,1	0,1	0,1	0,5	0,5	0,8	0,1
2	0,5	1	0,7	0,8	0,5	0,9	0,5	0,5	1
3	0,5	0,2	0,5	0,5	1	1	0,5	0,5	0,1
4	0,9	0,9	0,9	0,6	0,5	0,7	0,9	0,9	0,8
5	0,3	0,6	0,7	0,6	0	0,5	0,6	0,5	0,5
6	0,5	0	0,9	0,7	0,8	0,7	0,1	1	0,3
7	0,1	1	0,7	0,7	0,2	0,4	0,5	0,5	0,2
8	0,9	0,6	0,5	0,5	0,3	0,5	1	1	0,8
9	1	1	0,5	0,5		1	1	0,6	0,9
10	1	1	0,2	0,5	0,5	0,7	0,9	0,7	0,5
moyenne	0,66	0,65	0,57	0,55	0,433333	0,69	0,65	0,7	0,52
ecart type	0,3204164	0,3922867	0,2668749	0,1900292375	0,324037	0,218327	0,291547595	0,210818511	0,3392803
interval de confiance	0,19859249	0,2431374	0,1654077	0,1177791774	0,2117	0,135318	0,180699751	0,130664266	0,2102842

RÉSUMÉ

En tant que Praticien Hospitalier en psychiatrie au sein d'un secteur de psychiatrie adulte des Hauts-de-France et référente du l'hôpital de jour et du CATTP pour le pôle tourquennois, la question de l'articulation entre les soins en hospitalisation temps plein, l'hospitalisation à temps partiel et le CMP m'a tout de suite interpellée. En effet, les différentes structures ont tendance à être cloisonnées, ce qui entraîne un manque de dynamisme et de fluidité dans la prise en charge et rallonge la durée des prises en charge pour les différentes structures.

A travers cette étude, j'ai souhaité aborder deux questions :

- la cohérence du projet de l'HDJ face aux attentes des usagers
- mobiliser l'équipe autour de la notion de rétablissement

Les résultats baromètre ainsi que les entretiens semi directifs ont souligné que le trait commun le plus souvent retrouvé chez les patients à l'extérieur est l'isolement social et la solitude. Ce sentiment d'exclusion partagé par l'ensemble des usagers interrogés affirme l'importance de décroisonner et de s'inscrire dans une prise en charge collective et partagée par toutes les structures d'accompagnement du territoire.

La psychiatrie publique a la responsabilité de garantir une continuité des soins et une prise en charge coordonnée avec les partenaires du territoire. L'hôpital de jour est identifiée comme une passerelle entre le sanitaire et le social mais nous devons être vigilants à ne pas chroniciser cette prise en charge et accompagner les patients vers une inclusion sociale.

Mots clés: rétablissement, Hopital de jour, réhabilitation, empowerment, projet barometre, inclusion sociale.