

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2018

**La Maison Saint Vincent: Un tremplin pour une place pleine et
entière dans la communauté?
Evaluations et perspectives**

Emilie JUNG

Tutorat: Céline LOUBIERES

SOCRATE: Serais-tu frustré?

-
- Alexandre JOLLIEN: Quand un enfant essaie de s'épanouir au sein d'un milieu où l'on n'a cessé de le dévaloriser (souvent involontairement d'ailleurs), il intériorisera cette projection et assimilera les remarques qu'il a entendues...Nombre d'entre nous risquons de perdre toute confiance spontanée en la vie... Hegel a beaucoup insisté sur la problématique du regard d'autrui. Il voit dans la rencontre de l'autre un moyen de s'élever, de grandir, de devenir pleinement humain...
-
- Socrate: Pff...
-
- AJ: Quant à Sartre, il décrit tout au long de son oeuvre notre besoin viscéral de nous sentir reconnu...besoin jamais assouvi.
-
- S: Pfff..
-
- AJ: Socrate! Tu m'écoutes?
-
- S: Pff! Oui! Oui! Je t'écoute! J'imagine que tu as quantité d'exemples!
-
- AJ: J'en ai un qui me vient à l'esprit...

Sommaire

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

I La Maison Saint Vincent dans le projet de soins, d'intervention et d'accompagnement.....p 2 à 6

- 1) Le projet de soins, d'intervention et d'accompagnement comme balise.....p 2
- 2) La place de l'assistant de service social dans l'accompagnement et les équipes.....p 2-3
- 3) La place de l'assistant de service social dans l'accompagnement et les équipes.....p 4
- 4) A qui s'adresse la

- MSV?.....p 4
- 5) Modalités d'accueil et de
fonctionnement.....p 4 à 6

II Constats actuels, difficultés et
questionnements.....p 6-9

- 1) L'évolution des profils des
résidents.....p 6-7
- 1) Le « coût» de
l'investissement.....p 7
- 2) Les difficultés de communication entre équipes de soins et
MSV.....p 7-9
- 3) Former les équipe des soins à la philosophie de la
communauté.....p 9

III) La MSV, un sas ou une étape nécessaire pour certains vers la
communauté?.....p 10 à 15

- 1) Qu'est-ce qui fait communauté? Où commence la
communauté?.....p 10
- 2) L'expérience du logement d'abord, un
systématisme?.....p 11-12
- 3) Pas à pas vers la communauté...une question
d'étapes?.....p 12-15

- I) IV) Evaluation et axes d'amélioration du dispositif: regards croisés des
professionnels et des
résidents.....
..p 15 à 27

II)

- 1) Le rapport annuel
2017.....p 15
- 2) La fiche action 31 du projet coordonnée de soins, d'interventions et
d'accompagnement..p 17
- 3) le groupe de travail des
référentes.....p 18-22
- 4) La restitution de la parole, de l'expériences des
résidents.....p 22-27

Conclusion.....
.....p 28

Ma demande d'intégrer le DIU de santé mentale dans la communauté se situe dans le prolongement de ma participation à une formation sur la psychiatrie communautaire et le travail social. De par son approche dynamique et interactive, le responsable pédagogique a su nous initier et nous inviter à la méthodologie de projet, nécessaire à l'ébauche de tout projet au bénéfice des personnes que nous accompagnons pour leur (re)intégration dans la cité. Le second opus de cette formation va se poursuivre en fin d'année.

Soucieuse d'adapter mon exercice professionnel d'assistante de service social (ASS) aux besoins des personnes accompagnées, et curieuse de découvrir d'autres pratiques, usages et dispositifs, je me suis ainsi aisément projetée dans cette année universitaire.

Ce travail de mémoire et la réflexion auquel il invite a été une opportunité de porter un regard méta

à la fois sur ma pratique, celle de l'institution et d'expérimenter le focus groupal afin de faire émerger les besoins, attentes des personnes accompagnées dans le but de favoriser leur (re)intégration dans la communauté.

En partant du postulat que la Maison Saint Vincent (MSV) représente une forme de santé mentale dans la communauté, ce travail de mémoire peut également se concilier avec une demande émanant de la direction des soins en terme d'évaluation du dispositif. Il nous a ainsi été demandé de mettre en lumière les intérêts et les limites actuels du dispositif, en proposant des axes de solution, d'amélioration ainsi que de formaliser le fonctionnement afin de lui offrir plus de lisibilité et de cohérence.

Dans un premier temps, je m'attacherai à présenter le contexte de naissance de la MSV,

ses objectifs et son fonctionnement actuel, avec ses forces et difficultés.

Puis, dans le sens d'une amélioration du dispositif, au regard de la philosophie de la psychiatrie communautaire, je propose de rendre compte de la réflexion menée par les référentes assistantes de service sociale de la MSV et de sa commission pour faire évoluer le dispositif.

Enfin, car c'est le noyau de la philosophie, je laisserai la place à la parole, à l'expérience des résidents étant actuellement à la MSV. Dans cette optique, j'ai choisi de réunir les 5 résidents actuels et les ai invités à s'exprimer sur les intérêts, limites du dispositif, au regard de leur expérience et de recueillir leur avis sur les potentiels changements à mettre en oeuvre. Les résultats de ce focus groupe seront présentés dans la dernière partie de mon travail.

28

I La Maison Saint Vincent dans le projet de soins, d'intervention et d'accompagnement

1) Le projet de soins, d'intervention et d'accompagnement comme balise

Celui ci se réfère et s'appuie sur les principes du « projet d'évolution de l'organisation des parcours de soins », volet fondateur et central du projet d'établissement du centre hospitalier de Rouffach, dans lequel sont tenus de s'impliquer tous les professionnels de l'établissement.

Il vise la promotion d'une psychiatrie dite au coeur de la cité et implique un véritable changement de paradigme, en considérant la prise en charge hospitalière comme une alternative aux autres modes d'accompagnement. « De nouveaux modes d'organisation, de nouvelles pratiques vont être au coeur de ce nouveau défi, où le patient acteur doit avoir une place centrale ».

Ce projet réaffirme ainsi le droit à la citoyenneté et au développement des personnes

accompagnées.

A partir des expériences tels que le Bail Tremplin et la MSV, il encourage à poursuivre le développement de modèles d'évaluation au sein de la cité, afin de faciliter l'insertion de la personne.

L'approche du focus groupe en terme de démarche qualité rejoint ainsi l'axe 1 de ce projet intitulé « la promotion de l'empowerment en considérant le patient comme acteur de sa prise en charge ».

Le développement de l'empowerment des patients ne peut se résumer au simple fait d'inscrire celui ci au coeur de la prise en charge mais réellement de lui laisser sa place lui permettant d'exister « dans une démarche progressive afin qu'il devienne acteur actif au sein de son parcours de vie » et ainsi de favoriser son « autodetermination ¹ » et sa citoyenneté.

1) La place de l'assistant de service social dans l'accompagnement et les équipes

2)

Les grands principes de l'intervention sociale sont rappelés dans le décret du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des ASS de la fonction publique hospitalière.

L'ASS est décrit comme un professionnel singulier, placé au sein de l'équipe de santé mentale, et

28

dont l'action et le statut le situent à la charnière entre le « dedans » et le « dehors ». A cette place, l'ASS, apporte sa contribution particulière à la concrétisation des projets des patients et des équipes.

Dans le prolongement de l'action de l'équipe médicale sur la « reconstruction

identitaire », il s'ingénie à la restauration des liens sociaux et à la reconnaissance de la citoyenneté des patients.

Il concourt à l'élaboration des projets de vie en les ajustant aux réalités concrètes et en les adaptant au contexte de vie des patients.

Son action vise à s'inscrire à contre-courant des phénomènes d'exclusions qu'il s'efforce de contenir.

Il s'attache à la restauration des perspectives d'intégration sociale pour les patients isolés par les pathologies les plus invalidantes. La MSV incarne bien à mon sens, cette volonté de « s'ingénier à » ouvrir le champ des possibles.

3) Qu'est ce qu'est que la MSV? Objectif et finalité

La maison Saint Vincent n'est pas une unité de soins même si elle se situe au sein du parc du centre hospitalier. Ce n'est pas non plus un appartement thérapeutique, ni même une maison relais ou un logement dit inclusif. Ne disposant pas d'un budget de fonctionnement propre, ce n'est pas une structure dite médico-sociale.

Ainsi, la MSV est un dispositif intersectoriel du centre hospitalier, inscrit dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale. Né il y a à présent 10 ans, ce fut un projet à l'initiative des assistantes de service social du CH et porté par l'ancien directeur de l'établissement. Depuis 2 ans, le dispositif est financièrement et administrativement géré par l'association le Tremplin, dite d'hygiène mentale, association qui porte également le dispositif de baux glissants.

L'objectif de la MSV est d'évaluer les capacités d'autonomie des résidents, permettant des sorties d'hospitalisation, afin de construire un projet de vie en adéquation avec les besoins des personnes accompagnées et en articulation avec les équipes de soins. Il est ouvert au public toute l'année.

Située dans une maison individuelle au sein du centre hospitalier de Rouffach, elle permet l'accueil de 6 résidents possédant 6 chambres, le reste des espaces est collectif.

28

4) A qui s'adresse la MSV?

Les personnes accueillies à la MSV ne sont pas hospitalisées mais considérées comme résidentes, puisqu'elles s'acquittent d'une redevance mensuelle auprès de l'association le Tremplin, déterminée en fonction de leurs ressources et basée sur les plafonds du revenu de solidarité active ou de l'allocation adulte handicapé.

Le dispositif s'adresse à des personnes qui se confrontent à des échecs successifs de vie en autonomie en raison de leur maladie et de l'impact que celle-ci génère dans leur vie au quotidien, et où pour lesquelles on peut souvent constater des ré-hospitalisations, souvent de plus en plus longues, et dans des contextes de plus en plus précaires (isolement, perte des droits et des habiletés, rupture de traitement car déni des troubles...). Magali Coldefy, géographe en santé (ARS PACA) vient rappeler dans son étude², qu'un quart des lits en France, dans le champ de la santé mentale sont occupés par patients au long court (soit 13.000 personnes).

Le dispositif s'adresse également à des personnes n'ayant pas eu l'opportunité de prendre leur autonomie et auxquelles il est proposé ce temps d'évaluation afin de construire avec elles le projet de vie qui correspond à leurs valeurs et leurs besoins. Ce dispositif apparaît particulièrement pertinent pour les personnes souffrant de schizophrénie et présentant des freins à rester attachés au monde, et donc confrontées à la difficultés de faire valoir leurs droits de citoyens.

5) Modalités d'accueil et de fonctionnement

Une commission pluridisciplinaire se réunit une fois par mois afin d'étudier les candidatures. Elle est constituée d'un médecin psychiatre, d'une psychologue, de cadres intra et extra-hospitalier, de 4 assistantes sociales référentes, d'une infirmière et de 2 aides soignantes intervenant à la MSV en tant qu'accompagnatrices à l'autonomie. En dehors des postes des aides soignantes qui sont budgétés par le Tremplin, les professionnels intervenant au bénéfice de la MSV et des résidents le font sur leur temps de travail, c'est à dire qu'aucun temps de travail n'est à proprement dédié.

28

Les résidents sont accueillis pour une durée initiale de 2 mois, renouvelable si besoin. La commission est également chargée d'effectuer les bilans d'autonomie en présence de l'assistant social référent du résident, ainsi que d'un membre de l'équipe soignante hospitalière qui oriente. La commission permet de participer à l'élaboration du projet de vie avec le résident.

Les référentes assistantes sociales, garantes de la coordination et de la communication effectuent un passage bi-hebdomadaire ainsi qu'une permanence téléphonique au bénéfice des résidents, des équipes et des partenaires. Dans ce sens et dans un objectif de traçabilité également, elles sont tenues d'intégrer la synthèse des bilans mensuels dans le dossier du résident.

Le suivi pluridisciplinaire est assuré par le service hospitalier d'origine (psychiatre, psychologue, infirmier, activités thérapeutiques et dispense de traitement).

Une accompagnatrice à l'autonomie intervient chaque matinée du lundi au vendredi dans le but d'affiner l'évaluation de l'autonomie des personnes accueillies et l'apprentissage des

actes quotidiens, par le biais individuel mais également collectif.

Ainsi, dans le cadre de leurs missions, elles animent:

- un repas collectif 1 fois par semaine afin d'encourager la cohésion de groupe et d'évaluer la place et les capacités de chacun. Elles accompagnent également les résidents aux courses le premier mois suivant l'accueil, ainsi que dans la gestion de leur linge, dans la familiarisation de l'utilisation des appareils électroménagers...

- un atelier jardin/potager avec un référent du service des espaces verts du CH. Cette atelier favorise le développement de l'autonomie par le biais de la prise d'initiative des résidents de manière spontanée. Il permet également aux résidents de retrouver ou de maintenir un lien avec la réalité des saisons et du temps qui passe, d'être en contact avec la « Terre ».

- un groupe de parole en co-animation avec une psychologue tous les 15 jours. Ce temps permet à chaque résident de s'exprimer sur son vécu à la MSV, d'échanger sur les difficultés de cohabitation, d'adaptation, sur leurs interrogations concernant leur projet de vie...Incontournable pour permettre l'apaisement des tensions et une cohabitation la plus harmonieuse possible, il peut également contribuer à une meilleure implication des résidents dans leurs projets de vie.

28

En dehors des commissions mensuelles aux ordres du jour déjà bien chargés, les temps de rencontres pour réaliser les rapports annuels du dispositif étaient les seules occasions pour échanger sur les difficultés rencontrées et les modalités pour y remédier. Notre volonté de faire évoluer plus pleinement, et de manière visible le dispositif, comme vecteur de réintégration dans la cité a rencontré la demande de la direction des soins d'évaluation du dispositif. Il nous a ainsi fallu réussir à dégager des temps de rencontre et de réflexion supplémentaires, ce qui n'a pas été chose aisée au vu des emplois du temps des professionnels engagés dans cette tâche.

II) Constats actuels, difficultés et questionnements

L'origine des difficultés actuelles trouvent différentes sources, tant institutionnelles que générées par l'évolution des profils des résidents, et sans doute étroitement liées.

1) L'évolution des profils des résidents

Les temps de suivi des accompagnatrices à l'autonomie sont de plus en plus chronophages du fait de patients/résidents moins stabilisés psychologiquement, encore souvent dans le déni des troubles et des difficultés, sans adhésion réelle à la prise en charge et à l'accompagnement proposés. L'apragmatisme généré par la maladie ayant donc entraîné le besoin d'un étayage plus important dans la stimulation des gestes de la vie quotidienne.

Nous avons par ailleurs pu constater une nette augmentation des ré-hospitalisations au cours du séjour à la MSV en raison d'une dégradation de l'état clinique, parfois sans retour possible dans le dispositif, ce qui était plus rare au préalable. Il est à noter que les consommations de toxiques ont un réel impact sur la clinique de patients déjà souvent désorganisés par leur maladie et qui de plus vient fragiliser leur équilibre financier, souvent précaire.

Egalement, nous constatons une baisse des orientations vers le logement autonome ou en bail glissant et une augmentation des sorties vers des structures d'hébergement collectif (en centres

d'hébergement et de réinsertion sociale, logements associatifs).

Enfin, la durée des hospitalisations s'amenuisant, le temps peut parfois manquer pour construire ce projet avec la personne. Parfois encore se rajoutent les délais d'accueil à la MSV. Tous les pôles de psychiatrie adulte ne possédant pas d'appartements thérapeutiques, cela peut aussi parfois expliquer des orientations non adaptées ou « limites » vers la MSV.

2) le « coût » de l'investissement

Les seuls postes budgétés sur le dispositif sont ceux des aides soignantes, à hauteur d'un 50% au total.

En se basant sur les données recueillies au niveau de Cariatides (système informatisé de la gestion des données), nous avons pu dégager les temps d'investissement actuels pour les professionnels intervenant dans la prise en charge des résidents:

Temps dédié par les professionnels de la commission

- Psychiatre: 2h lors des consultations et 3h en commission.
- Secrétariat : 8h (rédaction, ordre du jour, invitation...)
- psychologue: 6h, réparties entre groupe de parole et commission.
- Infirmière et cadres : 3h chacun pour la commission
- Assistantes de service social: pour la référence 3h de commission, 2 passages par mois ainsi que la permanence téléphonique.

Temps dédié par mois par les professionnels hors commission

- Visite infirmière : 4h

- Passages au service pour dispense de traitement et si besoin entretien infirmier: 17h

- Activités thérapeutiques: 16h

28

La disponibilité psychique des professionnels intervenant auprès des résidents me semble essentielle pour offrir un accompagnement de qualité, porteur de sens. La multiplicité des tâches demandées et parfois leur glissement peuvent constituer le risque d'une intervention néfaste pour les résidents.

3) Les difficultés de communication entre équipes de soins et MSV

L'ensemble des professionnels intervenant dans les accompagnements à la MSV déplorent des difficultés de communication, tant au niveau du dispositif que des équipes de soins. Après de nombreux échanges, nous avons pu identifier partie de leur origine.

Ainsi, les aides soignantes, qui participent pleinement à la prise en charge des résidents n'ont pas accès au dossier Cariatides, qui permet pourtant la mise à disposition des informations utiles à la prise en charge des résidents/patients et qui est accessible à l'ensemble des professionnels participant à l'accompagnement. Ce manquement implique que les assistants de service social référentes, une fois l'information obtenue, se doivent de la transmettre aux personnes concernées, ce qui peut se révéler très chronophage selon les situations.

A titre d'exemple, il est arrivé à plusieurs reprises, et parfois dans des situations graves (intoxication médicamenteuse volontaire, faits de violence...) que nous ne soyons pas informés par les équipes du transfert aux urgences de résidents ou de leur

réhospitalisation. Nous sommes, la plupart du temps tenus au courant par les résidents eux-même des informations importantes (re-hospitalisation, incidents divers, démarches à l'extérieur des résidents...). On peut aisément imaginer l'état de détresse, de stress, de souffrance, que la gestion d'une telle situation peut générer chez des personnes déjà fragiles. On peut se demander quel peut être le sentiment de considération qui les ont traversé à ces instants, quand un temps de parole, d'attention ne leur a pas été accordé dans les premiers instants suivant l'évènement.

28

Ces exemples certes extrême, permettent toutefois d'illustrer l'importance de la réactivité des équipes pour des réponses qui se doivent parfois d'être immédiates et en cohérence pour le bénéfice des personnes accompagnées.

4) Former les équipe des soins à la philosophie de la communauté

Si la question de la restauration du lien avec l'extérieur, avec ce qui fait communauté et donc citoyenneté est le socle même du métier d'ASS, lors de ma participation au DIU, j'ai été interpellée par la faible représentativité des soignants (en dehors des médecins) parmi les étudiants.

De par mon expériences dans diverses unités de soins, j'ai pu être à de nombreuses reprises confrontée à une forme de scission de missions et parfois aussi de désintérêt entre le « dedans » et le dehors », à ce qu'il en était du devenir de la personne. Comme si son absence dans l'unité lui suffisait à cesser d'exister, comme si la réduction ou la

suppression du symptôme constituait le seul devoir de l'intra-hospitalier. La santé mentale communautaire et les approche qu'elle permet de déployer constituent ainsi un terreau favorisant la capacité à se laisser étonner, surprendre et une réelle invitation à essayer. Comme le disait Claude Ethuin, président de l'association Nord mentalités « le meilleur moyen d'évaluer est d'essayer ».

Lui même ancien « usager », il a créé cette association proposant des activités permettant de juguler les effets délétères de longues hospitalisations générant une perte des habiletés sociales. A travers un accompagnement au budget, d'accompagnement aux courses, de création de menus, l'association permet à ses adhérents une « reconquête des territoires perdus ».

Il m'apparaît ainsi primordial que les soignants soient accompagnés et formés dans ce changement de paradigme qui constitue malgré tout, encore aujourd'hui, une forme de révolution au sein de l'hôpital. Développer la santé mentale dans la communauté, implique de participer à créer une communauté accueillante et cela dès et depuis les lieux de soins. Et qu'est-ce que le soin? Qu'est-ce que la communauté si ce n'est un lieu où nous prenons soin les uns des autres?

28

III) La MSV, un sas ou une étape nécessaire pour certains vers la communauté?

1) Qu'est-ce qui fait communauté? Où commence la communauté?

Pour évoquer ce qui fait communauté, il apparaît un préalable nécessaire, qui est celui de définir ce qui fait société, communauté et santé. Lors de la déclaration d'Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un « état complet de

bien être physique, mental et social » et « qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition pour le moins subjective implique deux dimensions de la santé; celle du diagnostic et celle du ressenti³. Cette santé du ressenti laisse ainsi présager l'ensemble des sphères qu'elle touche; liens sociaux, relations familiales, intimes, environnement, activité professionnelle, loisirs...Un témoignage m'a particulièrement interpellée dans *Quand tombent les murs de l'asile*⁴ quand un homme livre « c'est surtout parce que je suis malheureux que je suis malade ». Ce témoignage vient asseoir la conception selon laquelle la réduction des troubles ne constitue pas pour autant la guérison de l'être social qu'est l'humain. La question qui sera à poser aux résidents, comme l'a fait le psychiatre désaliéniste Lucien Bonnafé, est: « que peut-on faire pour vous aider »?

La santé mentale communautaire est constituée par la mise en oeuvre de trois concepts distincts: L'empowerment, le rétablissement et la citoyenneté.⁵Se pose ainsi légitimement la question de comment concilier ce cadre conceptuel avec un dispositif a priori situé non au sein de la communauté, sinon celle de la communauté du soin?

28

2) L'expérience du logement d'abord, un systématisme?

D'un point de vu structurel et géographique, puisque se situant au sein de l'institution, la MSV pourrait ne pas être considérée comme étant intégrée dans la communauté puisque

n'étant pas le milieu de vie naturel du patient, de la personne. Selon C Bonsack⁶, « il ne s'agit plus d'entraîner les personnes à vivre dans la communauté dans un sas de préparation comme un milieu protégé mais d'emblée de les les plonger dans l'actualisation immédiate de leurs compétences dans un environnement naturel ».

C'est le pari que propose le programme « Un chez soi-d'abord » initié en 2011 suite à la recommandation d'un rapport remis à Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé en offrant un toit sans conditions à des personnes précaires, sans logement et souffrants parfois de troubles psychiques dits graves⁷.

« La démarche rompt avec les pratiques habituelles du secteur social, où prévaut le traitement d'abord: il faut faire la preuve de sa capacité à gravir les marches qui permettent de sortir de la pauvreté avant de pouvoir accéder à un appartement »⁸.

En plus du logement mis à disposition par le biais d'une intermédiation locative, les locataires sont accompagnés par une équipe médico-sociale afin de faire émerger leurs besoins et leurs ressources, dans une démarche de recovery (définition). Les équipes sont là pour « aider les personnes logées à retrouver des marge de manoeuvre dans un environnement qui, même s'il s'est amélioré, demeure contraint ».

Le dispositif intègre également des travailleurs « pairs », c'est à dire des personnes dites rétablies qui ont rencontré des difficultés similaires et qui peuvent mettre à profit leur expérience pour soutenir les personnes accompagnées. Je reviendrai sur leur bénéfice dans le cadre des perspectives imaginées pour la MSV.

28

A l'inverse de ce dispositif que l'on pourrait nommer d'urgent, car il permet de sortir des femmes et des hommes de la rue, le dispositif de la MSV s'adresse à des personnes déjà inscrites dans un parcours de soins, souvent hospitalisées à plusieurs reprises, au cours et

au décours d'une hospitalisation.

La difficulté d'accès au logement est une problématique centrale pour les personnes souffrant de handicap psychique. La circulaire du 2 mai 2017, relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, rappelle que celui ci constitue « un socle fondamental à l'insertion sociale ».

Toutefois, n'y a t'il pas d'autres préalables nécessaires? Des étapes à franchir pour se remplir, s'habiter, se faire confiance avant une entrée en logement, pleinement intégré dans la communauté? Si il va de soi qu'un logement dans la communauté doit se situer en dehors de l'hôpital et donc dans la communauté de vie des personnes, la communauté comporte également les volets de l'intégration sociale et citoyenne. Dans cette transition entre le « dedans » et le dehors », la MSV, ou ces espaces transitionnels auxquels fait référence Bonsack, ne pourraient-ils pas permettre une forme de reconquête des territoires perdus de ce qui fait communauté?

3) Pas à pas vers la communauté...une question d'étapes?

Selon Bernard Pachoud, psychiatre, la notion de rétablissement est originale, dans le sens où elle affirme une « disjonction entre l'histoire de la maladie, ses déterminants et le devenir de la personne qui comporte d'autres déterminants ».9

« Le rétablissement ne caractérise pas l'évolution de la maladie, mais le devenir de la personne...il suppose un processus de redéfinition de soi ». Il n'implique pas pour autant un déni ou un désintérêt vis à vis de la maladie mais une prise de conscience de celle ci et de ses conséquences et des objectifs propres à chacun pour un « réengagement dans une vie active ». Selon l'auteur, le

rétablissement est une procédure personnelle et non de soins, « c'est pourquoi il est prioritairement l'affaire des usagers, et s'il est possible de les soutenir dans cette démarches, ils doivent en garder l'initiative et la maîtrise ».

Ainsi, 2 stratégies sont amenées à se rencontrer: celle du traitement de la maladie et celle du rétablissement. Doit donc se poser la question de la pertinence de les mettre en oeuvre dans la même structure ou au contraire de les différencier.

Le professeur Jacques Favrod, infirmier en soins psychiatriques de formation et travaillant au service communautaire du CHU de Lausanne, rend attentif à la notion d'étapes et du pas à pas¹⁰. Un processus, un mouvement perpétuel cité par nombre de médiateurs de santé pairs lors de leurs interventions et témoignages lors du DIU. Ainsi, Céline Lettailleur¹¹ rappelle que « l'importance est le mouvement, pas le fait d'être rétabli définitivement ». D'autres témoignages rapportent les difficultés de retrouver le quotidien, de devoir réapprendre . « Ce n'est pas le rendez-vous qui est important, c'est le chemin pour y arriver, aller d'un point A à un point B ».

Selon J. Favrod, le modèle de rétablissement se couple au modèle bio-médical. Si le modèle bio-médical s'attache à comprendre les causes de la maladie, à trouver un traitement. Le rétablissement, quant à lui se construit sur la base de l'expérience des personnes dites rétablies. Il le décrit comme un modèle de «salutogénèse» qui pose la question de comment faire pour avoir une vie satisfaisante.

Favrod insiste sur la notion du pas à pas dans le rétablissement et dégage 4 étapes successives:

- le moratoire: pourquoi c'est tombé sur moi, phase de déni, colère, découragement

avant un engagement dans les soins

- la conscience du trouble qui interfère avec la croissance personnelle, importance de l'espoir
- la préparation: revoir ses priorités, redéfinir ses valeurs, distinguer ce qui fait parti de la maladie et ce qui fait parti de soi (exemple des hallucinations qui viennent raconter quelque chose de notre histoire).
- 28
- La reconstruction: avancer vers ses objectifs de vie
- la croissance: entrer dans une vie riche et pleine

Le rétablissement est ainsi un processus, un mouvement, qui n'est donc jamais définitif ou clôturé. Sa finalité, selon Patricia Deegan¹² est de pouvoir « vivre une vie pleine et satisfaisante » malgré les symptômes résiduels de la maladie, ou parfois persistants. Dans cette rédaction, et dans les conférences qui suivront, elle partage quelques unes de ses stratégies:

- Les rapports amicaux: trouver un équilibre entre moments seule et en société
- La routine
- Etudier, apprendre, travailler
- La volonté de prendre ses responsabilités et accepter que personne ne peut faire le travail de rétablissement à sa place
- La volonté de suivre une psychothérapie pour dépasser les traumatismes
- Rencontrer d'autres personnes rétablies et apprendre à être honteuse
- développer des capacités d'autonomie, par exemple, comment accepter d'entendre

des voix

➤ ...

Son témoignage, comme tant d'autres apportent la preuve scientifique d'un changement positif, vers un mieux être auquel chacun a droit. Ce droit implique en amont un droit à l'information dite positive par le corps médical et ses équipes. L'annonce d'un diagnostic médical ne devrait ainsi jamais être mise en lien avec un diagnostic de vie, bien souvent, trop souvent pessimiste et déterministe.

28

Mouvement de révolte face à un système de soin considéré comme paternaliste, et privant le sujet de l'exercice de sa liberté, le concept de rétablissement est né d'une rencontre entre le mouvement citoyen américain dans les années 70, et le courant scientifique, notamment par le biais d'études longitudinales qui portaient sur le devenir de personnes touchées par des troubles mentaux graves. Les évolutions favorables de ces patients sont venues appuyer le positionnement citoyen et leur reconnaissant une forme d'expertise. Pour la recherche, l'expérience personnelle apporte des données qualitatives. C'est donc considérer que les personnes développent des compétences et des connaissances scientifiques (troubles, traitements...) que les scientifiques ne possèdent pas sans être eux-mêmes touchés par la maladie.

Doivent donc se poser les questions des conditions, de l'environnement nécessaires pour soutenir ce processus. Et à l'inverse, quelles seraient les dimensions qui risqueraient de venir l'entraver? Pour éviter une population dite « satélisée et insularisée et qui demeure en marge de la société, et donc en peine d'accéder aux services, structures de droits commun, le modèle de santé mentale communautaire consiste donc à renforcer les

services sanitaires et sociaux à l'attention de ces personnes ».13

IV) Evaluation et axes d'amélioration du dispositif: regards croisés des professionnels et des résidents

Brice Martin, psychiatre au service universitaire de réhabilitation au centre hospitalier spécialisé le Vinatier, part du principe que le socle de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques se situe dans le recueil et l'écoute de l'expérience des patients, des malades dits rétablis, le savoir profane selon les anthropologues¹⁴.

« L'approche « santé rétablissement » ne constitue-t-elle pas une invitation à rappeler la primauté de l'expérience sur la connaissance, une connaissance qui ne saurait être imposée au sujet exclusivement de « l'extérieur », de façon théorique, d'en haut, par un tiers tout puissant, le

28

soignant, qui plus est en général épargné par l'expérience d'un trouble psychique sévère »?

Il met toutefois en valeur trois axes de vigilance auxquels veiller pour une bien-traitance et bienveillance dans l'accompagnement.

Le premier est celui du respect de la temporalité propre à chacun. La Maison Saint Vincent n'ayant pas de temps d'accueil maximal posé, cette libre temporalité peut être respectée. A l'inverse, cette non limite ne peut-elle engendrer des conséquences parfois délétères pour les résidents, notamment en terme de ré-institutionnalisation ?

Le second axe de vigilance est celui d'éviter une récupération médicale d'un concept et ainsi de lui faire perdre son sens, son individualité avec une « couverture officiellement humaniste ». Cet argument m'a renvoyée, en tant que professionnelle-personne, personne professionnelle au risque de l'approche normative qui peut « s'inviter » dans la relation, l'accompagnement. Qu'est-ce qu'être autonome? Es-ce être dans la norme, dans une « normalité » proche de la mienne?

La réponse à cette question n'est pas l'objet et l'enjeu central de ce mémoire, mais elle renvoie au cœur de mon métier. Je trouve l'argument de Paul Watzlavick particulièrement percutant « l'autonomie, le plein exercice de l'empowerment, c'est aussi choisir ses dépendances ».

Enfin, le troisième axe de vigilance est celui de protéger le patient d'une injonction à la prise obligatoire de sa liberté. Ce questionnement lui aussi renvoie à la question de la norme.

Dans quel but évaluer un dispositif si ce n'est dans l'intérêt des personnes accompagnées? En quoi les éléments quantitatifs d'un rapport annuels pourraient-ils venir témoigner de la pertinence de cette approche? Il apparaît qu'à ce jour, notre approche évaluative est cruellement parcellaire et nécessite le regard des personnes accompagnées si nous souhaitons donner corps à la question de la santé mentale dans la communauté. Le rétablissement étant un processus en perpétuelle mouvance, il aurait été intéressant de compléter l'approche du focus groupal avec les résidents actuels par le retour d'expérience de résidents passés par la MSV. Quels que soient leur chemin pris, en quoi le dispositif a-t-il été un tremplin?

1) Le rapport annuel 2017

A titre d'exemple, au terme de l'année 2017, la MSV a accueilli 14 résidents. A l'issue de leur passage:

- 5 résidents ont intégré un logement autonome.
- 1 résident a intégré le dispositif de bail glissant
- 1 résident était en attente d'une place en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
- 1 résident était en attente d'une place dans un logement SAVA (service d'accompagnement vers la vie autonome).
- 4 résidents ont été réhospitalisés sans retour possible à la MSV (conduites suicidaires graves, fortes consommations de toxiques ayant généré une décompensation, dépendance trop lourde...)
- 2 résidents étaient encore présents en fin d'année avec un projet de vie en logement autonome.

La durée moyenne d'accueil est de 4 mois et demi. La durée d'accueil la plus courte est de 16 jours et la plus longue de 269 jours.

Comme dit précédemment, une baisse des orientations en logement autonome et en bail glissant a été constatée et une augmentation vers les structures collectives.

2) La fiche action 31 du projet coordonnée de soins, d'interventions et d'accompagnement

Si on se réfère à l'enquête menée dans le cadre de l'action 31 du projet coordonné de

soins, d'interventions et d'accompagnement intitulée: *A partir des expériences bail tremplin et MSV, poursuivre le développement de modèles d'évaluation au sein de la cité, afin de favoriser l'insertion de la personne*, il est à relever que:

- Le dispositif de la MSV semble relativement bien repéré par les professionnels, mais moins de la branche infirmière.
- 28
- Il est souvent cité comme étant un outil intéressant pour évaluer l'autonomie des patients/résidents et comme aide pour élaborer un projet de vie adapté aux besoins de ceux ci.
- Il est décrit comme un outil sécurisant pour certains patients/résidents très en difficulté, du fait qu'il se situe dans l'enceinte du centre hospitalier et à proximité de l'équipe soignante qui le suit dans le service.
- L'approche pluridisciplinaire de cette évaluation est appréciée.

3) le groupe de travail des référentes

Je vais ici synthétiquement rendre compte des réflexions en cours. Encore une fois, la volonté de faire évoluer le dispositif en apportant des réponses aux besoins des personnes demande des temps de rencontre, d'échanges et de concertation. Par après, la mise en place potentielle de certains outils exigera des temps, une disponibilité supplémentaires qui pourrait demander un redéploiement ou des moyens humains supplémentaires, tout comme des moyens financiers. Ces réflexions n'impliquent pas pour autant la pertinence à notre sens de la création d'une unité fonctionnelle. En effet, l'organisation actuelle, permet de mener l'accompagnement, les soins, en veillant à la temporalité des personnes accueillies et de ne pas être contraint à une certaine forme de pression institutionnelle en terme de délais d'accueil, d'évaluation, pouvant contrarier le processus de rétablissement.

La communication

- Afin de renforcer, valoriser la communication entre les équipes de soins et le dispositif, nous avons demandé la création d'un **mail collectif** MSV distribuant tous les référents MSV. Par ce biais, les équipes de soins pourront diffuser rapidement les informations importantes aux référents, permettant une réactivité.
- Dans le même sens, et afin de favoriser la reconnaissance de l'implication des accompagnatrices à l'autonomie, leur permettre un accès au logiciel **cariatides**, dossier informatisé des personnes. Elles pourront ainsi, en continu prendre connaissance des informations intégrées par les équipes pour optimiser la coordination et les accompagnements.

28

- Impliquer la **pluridisciplinarité, la communauté du soin** en renouvelant la participation de soignants aux commissions (cadre et infirmiers). En effet, par manque de temps, de changement de lieux d'exercice, les soignants impliqués se sont désengagés. Un cadre d'une unité de réhabilitation est d'ores et déjà venu étoffer les rangs...

La co-construction

- Une mise à jour des documents d'admission a été réalisée. Par exemple, une **grille d'évaluation de l'autonomie** plus développée a été réalisée à l'attention des potentiels résidents-équipes et travailleurs sociaux afin de privilégier la **co-construction et de cibler les objectifs prioritaires** à atteindre.
- Sur le modèle de l'**open dialogue**¹⁵, déterminer avec la personne ses souhaits et modalités d'engagement: quelles sont ses attentes, les difficultés repérées par lui-même? Cette approche, rejoignant celle de la systémie, encourage le dialogue

entre la personne, sa famille, son réseau.

- Afin de donner corps et vie à la notion de la personne au centre de son projet et de favoriser cette co-construction, la **participation du résident aux temps de commissions, bilans et de synthèses** pourrait être opportuns.

L'évaluation des besoins, encourager et renforcer les capacités

-
- Après exploration de différents outils d'évaluation, nous accordons un intérêt tout particulier à **ELADEB**, une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Nous avons ainsi pris contact avec des professionnels ayant été formés et qui ont offert de nous transmettre leurs connaissances pour nous familiariser avec cet outil.

28

- Lors du DIU, j'ai eu l'opportunité d'aller à la rencontre de l'équipe Habilité de Lille, dispositif spécialisé dans l'accompagnement et les soins pour les personnes à haut besoins (équivalent aux missions d'un SAMSAH16), présentant des troubles psychiques sévères. En terme d'outils, l'équipe utilise notamment le ***projet baromètre***.¹⁷Véritable outil numérique d'empowerment, il permet de :
 - - faciliter l'évaluation de la qualité de vie et du fonctionnement social.
 - - traduire en image les progrès à travers le temps.
 - - d'identifier et prioriser les forces et les changements significatifs.

- - cartographier le réseau social et la qualité de ses liens interpersonnels.
- - soutenir la réflexivité et habiliter l'expression du vécu.
- - accorder un rôle actif à la personne dans la conception et réalisation de son « plan d'action ».
- **La remédiation cognitive** est « une intervention qui a pour but d'améliorer le fonctionnement cognitif dans un objectif de durabilité et de généralisation »¹⁸. Pour l'heure les prises en charge se développent en unité d'activité thérapeutique en groupal. Elle peut être associée à d'autres outils de réhabilitation afin de favoriser la réussite d'un projet concret qu'il soit social ou professionnel. Après un bilan global, le soin individualisé peut être envisagé. Ses objectifs globaux sont de restaurer ou compenser les fonctions cognitives qui sont altérées. Dans un second temps, il s'agit d'accompagner la personne dans la mise en place de stratégies de résolution de problème. Enfin, la remédiation cognitive peut permettre de généraliser les stratégies et de transférer les compétences à la vie quotidienne, dans le but d'améliorer l'autonomie, et donc l'insertion sociale.

28

➤ **Le partage d'expérience, la convivialité du collectif**

- La complémentarité de l'approche d'un **travailleur-pair** à celle des accompagnatrices à l'autonomie afin de privilégier la « **monstration** » plutôt que la démonstration. Valérie Brimann, médiateur de santé pair a rappelé l'importance d'un même langage comme « absolu nécessaire ».
- Le **repas collectif** ne se réalise plus que très ponctuellement alors que l'organisation initiale le prévoyait une fois par semaine. Les aides soignantes nous

ont renvoyé la difficulté pour nombre de résidents d'avancer la somme nécessaire pour l'achat des denrées ou encore d'être remboursés par la suite par les autres résidents. En plus de sa plus value de convivialité, ce temps a une visée éducative et thérapeutique. Pour lui permettre de revivre et d'être pérennisé, nous avons sollicité l'association Tremplin, en suggérant d'ajouter à la redevance mensuelle une somme dédiée à son organisation. Pour l'heure, nous n'avons pas reçu une réponse positive à cette demande.

- En plus d'encourager dans les capacités, de générer de la fierté à faire par soir même ou ensemble, **l'atelier jardin** pourrait présenter, s'il était développé, un avantage écologique et financier pour les résidents.
- Déjà testé entre collègues par le biais d'une ASS intervenant en hôpital de jours et découvert plus avant au PSYCOM19 lors de ma participation au DIU, l'outil **histoires de droits** apparaît un support intéressant pour créer le dialogue sur les droits en psychiatrie et sur ceux de la citoyenneté. Au delà du droit (recours, démarches, aides, accompagnements) il permet le partage d'expérience, le croisement des regards et également d'être support au changement.

La MSV apparaît être un espace transitionnel entre le « dedans » et le « dehors » offrant la possibilité de s'entraîner, d'expérimenter la communauté avec le soutien de professionnels et du collectif, et ce dans un contexte différencié de celui de l'intra-hospitalier dit classique. Cette espace peut permettre à ceux qui y sont accueillis de reconquérir leurs territoires perdus, en découvrir d'autres avec le soutien de la communauté humaine du soin.

28

Jacques Hochmann²⁰, en faisant référence, dès 1971, à la multiplication des institutions intermédiaires par le biais de la sectorisation, insiste sur l'importance de la continuité des

soins et des « points d'encrage thérapeutiques » pour celui qu'on nommait encore le malade. « C'est même tout l'intérêt de cet éclatement que d'offrir au malade la possibilité d'expérimenter à la fois la continuité et la différence (c'est à dire le changement) en remplaçant chaque fois, dans des cadres autres, une relation aux mêmes personnes, ou, dans le même cadre, une relation à des personnes différentes. Le rôle du contexte comme agent différenciateur devient alors apparent ».

Les apports théoriques et expérientiels gagnés en DIU n'ont de cesse de se croiser avec l'expérience professionnelle et humaine vécue à la MSV. Tous ces éléments réunis ont été les fondements nécessaires pour élaborer ces réflexions en vu de répondre aux besoins des personnes accueillies. Enfin, et cette dimension doit être la part belle de ce projet, quelle est l'expérience-expertise, l'avis des résidents actuels?

4) La restitution de la parole, de l'expériences des résidents

Le « nothing about us without us » est un principe central de la santé communautaire et du rétablissement, alors comment répondre aux besoins des usagers si ce n'est en les faisant participer aux réflexions menées ? Egalement, quelle part à la participation, à la concertation et aux décisions leur sera t-elle laissé dans les évolutions envisagées?

Il existe plusieurs modèles de participation, qui reposent sur la participation citoyenne et politique de citoyens, base de la démocratie. Vraisemblablement, la plus connue a été créée en 1969 par Sherry Arnstein²¹. Son échelle décline 8 niveaux de participation, répartis entre une participation faible et une participation pleine et aboutie. Sans pour autant en détailler chaque étape, il apparaît, et c'est la donnée la plus intéressante, que

plus le citoyen se situe haut dans l'échelle, plus il a un pouvoir de

28

détermination sur les résultats.

Lorsque j'ai sollicité individuellement chaque résident pour leur présenter brièvement le contenu du DIU, ses objectifs et sa finalité, les résidents m'ont questionnée sur les perspectives envisagées par les travailleurs sociaux en vue d'améliorer, d'optimiser le dispositif. J'ai eu le sentiment qu'ils confiaient, remettaient ce rôle aux professionnels uniquement, comme si leur parole pouvait ne pas avoir de poids, d'écho. Si 2 résidents se sont d'emblée portés volontaires pour apporter leur témoignage, 2 étaient assez réticents et un a refusé me précisant qu'il n'était pas à la MSV depuis assez longtemps pour témoigner. Lors de la réalisation du groupe, tous ont été présents, semble-il porté par un certain élan du groupe.

Ce projet est-il le vôtre ?

Ainsi, et je ne l'avais pas envisagé dans mon questionnement en amont, lors de la rencontre avec le groupe, ma première question a été de leur demander quelle était leur part de choix dans la réalisation de ce projet. La réponse a été quasiment unanime: si une seule résidente a dit avoir vu le bénéfice potentiel de ce projet dès la visite de la MSV, tous les autres ont dit avoir accepté ce projet suite aux préconisations de l'équipe, à savoir « on m'a dit que ce serait bon pour moi ». Et pour autant, à la question « et si c'était à refaire? », tous repasseraient par la « case MSV » pour reprendre leurs propos.

Pouvons-nous pour autant nous contenter de ces projets miroirs, c'est à dire que la personne se repose sur les travailleurs sociaux, leurs familles, leurs proches pour déterminer ce qui est bon, ou ce qui ne le serait pas pour eux? Non, assurément, cette projection sur l'autre peut toutefois représenter une première étape dans la reconnaissance

que l'autre lui accorde, dont elle a besoin.

Selon la Laidlaw Foundation de Toronto, l'inclusion sociale consiste à faire en sorte que tous les enfants et adultes aient les moyens de participer en tant que membres valorisés, respectés et contribuant à leur communauté et à la société. Cinq pierres angulaires ont ainsi été identifiées:

- la reconnaissance valorisée

28

- les opportunités de développement humain
- l'implication et l'engagement
- la proximité
- les moyens financiers

Nous verrons que le coeur de ces dimensions transparait en filigrane dans la parole retranscrite des résidents. Pour mener ce focus groupe, j'ai fait le choix d'une approche semi-directive, organisant mes questions en cohérence avec la direction prise par les débats du groupe.

Quels intérêts à la MSV?

- « une sortie directe aurait été brutale, même avec des aides au domicile...notamment pour les courses et le ménage. »
- « retrouver un rythme, réapprendre à organiser le quotidien...être à nouveau dans le bain ».
- « rester chez ma mère n'était plus une option, mais je ne sais pas encore ce que je

veux ».

- « Ici j'ai le temps de préparer mon projet et de faire des économies ». Tous ont fait part de leurs craintes de ne pouvoir assumer financièrement leur projet de logement autonome et de l'importance d'être accompagnés dans leur accès aux droits.
- « Ici, j'ai appris à être patient, à dégager des priorités...le soin, arrêter les toxiques, me séparer de relations qui me sont néfastes ».
- « J'ai repris la main sur l'administratif ».
- « Seul je déprimerais...ensemble on s'entraide...les repas, la solitude ».
- « l'équipe est un soutien...nous pouvons parler, nous confier...c'est immédiat . L'équipe est réactive quand il y a des difficultés avec le traitement ».

28

Quels manques? Qu'est-ce qui devrait changer, évoluer?

- Le manque du repas collectif est relevé par tous les membres... « ça participe au fait d'apaiser les conflits...de s'apprendre des choses...d'avoir d'autres moments avec les aides soignantes, moins directifs (nous y reviendrons) ».
- « C'est difficile de retourner à l'unité fermée où j'étais hospitalisé pour chercher le traitement, ça me donne l'impression d'être encore hospitalisé parfois...de revivre des moments difficiles quand je n'étais pas bien».
- « Faire des activités c'est bien, mais être avec les patients des unités ça me rappelle mon hospitalisation...j'ai parfois l'impression d'être encore hospitalisé ».

- « Il y a les activités, on est libre de sortir, mais le temps est parfois long...j'ai besoin de retravailler ».
- « Les aides soignantes sont parfois un peu trop après nous...mais c'est vrai, parfois c'est le bordel en cuisine et il faut nous reprendre ».
- « Avoir chacun son frigo...il y a des vols de nourritures...chacun son frigo ça éviterait la suspicion ».
- « Avoir un lit 2 places, ou une place mais plus grand, je me retourne et je tombe par terre ».
- « Avoir le droit de parfois ramener son copain, sa copine...avoir droit à son intimité »
- « Elargir les horaires de visite de la famille, des amis ».
- « Je me sens parfois en insécurité...le portillon reste ouvert et des patients rentrent, parfois avec des toxiques ».

28

- **Une MSV à l'extérieur de l'hôpital ?**

- «Comment feraient les professionnels pour venir?...ils manqueraient de temps ».
- « Pourquoi pas, mais ça ferait beaucoup de MSV si elle sont là où on veut vivre ».
- « Ca ne changerait rien, on a tout ici, les commerces, les équipes ».

Mis à part une résidente qui vient d'atteindre l'âge légal pour bénéficier de sa retraite, les

autres résidents ont tous dans la trentaine. Au terme de notre groupe, ils ont témoigné des bienfaits de leurs traitement mais également de leurs effets secondaires; « ça me rend stone », « je suis fatigué », « je me demande si je pourrais travailler avec ce traitement ».

Au sein du centre hospitalier, nous disposons d'un dispositif d'insertion professionnelle grâce à un partenariat entre la direction et la MDPH. Des missions de 6 mois en travail partiel peuvent ainsi être proposées au seins des espaces verts ou encore en cuisine ou au niveau des services techniques. Nous n'avons jusqu'à présent pas sollicité simultanément le dispositif MSV et celui de l'insertion professionnelle.

Le groupe a été l'occasion pour les résidents de s'exprimer sur leur besoin d'insertion, d'utilité sociale, de remplir leur quotidien, tout en y ajoutant le bénéfice financier. Il serait ainsi pertinent de réfléchir aux conditions qui pourraient permettre à certains résidents de coupler temps d'évaluation en vu de préparer leur projet et de retrouver également le rythme d'une activité professionnelle si cela est leur souhait.

Si les observations et suggestions faites par les professionnels rejoignent en partie celles des résidents, il demeure toutefois des points de non convergence. Une co-construction pour une co-évolution apparaît prioritaire pour améliorer le dispositif.

Egalement, pour une parole peut être rendue plus libre pour les résidents, il m'apparaîtrait opportun que cette approche soit menée par un professionnel extérieur, par exemple un médiateur de santé pair. Par ailleurs, dans cet objectif de partage d'expérience, de « monstration » d'un mieux être possible, de rétablissement, le médiateur de santé pair pourrait avoir sa place dans l'accompagnement des résidents au quotidien, permettant ainsi d'amoindrir le vécu intrusif généré par la présence des professionnels du soins. Professionnels qui souvent ne connaissent pas la réalité de la maladie.

28

En plus des expériences rapportées par les résidents actuels, il aurait été intéressant de compléter cette approche par l'expérience d'anciens résidents rétablis en terme

d'identification de savoirs utiles, mobilisables et mobilisés lors de leur accueil à la MSV, en vue d'augmenter leur pouvoir d'agir , et cela dans le vécu quotidien de la maladie.

La MSV représentant un temps le lieu de vie pour ses résidents, un conseil de vie social²² (CVS) aurait toute sa pertinence. Lieu d'échange et d'expression touchant le fonctionnement de la structure , il est également un lieu d'écoute ayant pour vocation de favoriser la participation des usagers. Constitué par une instance collégiale, il se doit d'adopter un fonctionnement démocratique. Toutefois le CVS tel qu'il est constitué actuellement pourrait ne pas répondre aux besoins de la MSV, la durée de mandat des membres étant d'un an minimum selon la loi et sa structure, sa moelle serait à imaginer.

La chance qui m'a été offerte d'intégrer le DIU Santé mentale dans la communauté m'a donné l'opportunité d'allier, de marier la théorie de sa philosophie à la pratique en marche actuellement et d'apporter un nouveau souffle à ce qu'elle pourrait devenir. A chaque fois que je revenais des différentes sessions, je m'en retrouvais enrichie en concepts, rencontres, idées novatrices pouvant me guider dans ma réflexion. Les temps d'échanges et de réflexion avec mes collègues et les résidents de la MSV en sont la pierre angulaire. La temporalité de la formation a su rencontrer la demande de la direction des soins de réfléchir aux difficultés actuelles rencontrées à la MSV et de faire part de notre réflexion pour faire correspondre le dispositif aux besoins de ses résidents au regard de la psychiatrie communautaire, devenue un cheval de bataille du centre hospitalier de Rouffach. Le cheval trotte depuis un bout de chemin déjà...

A la question que pose Bernard Pachoud de séparer ou non lieux de soin et lieux de rétablissement, et au terme de cette réflexion, je souhaiterais formuler deux pistes de réponse. Au regard des pratiques professionnelles menées et projetées à l'attention des personnes accompagnées à la MSV et au regard de la parole de ses résidents, je dirais qu'elle ne peut être catégorique et surtout qu'elle se doit d'être adaptable aux besoins des personnes et à leur temporalité. Egalement, la primauté de la conception de ce qui fait soin, la volonté d'apporter soin à autrui et espoir occupe une place centrale pour accompagner vers le rétablissement. Ainsi, il me semble que la présence de structures dans la communauté ne suffit pas à assurer la mise en oeuvre de sa philosophie et surtout elle ne suffit pas à préserver du risque de ré-institutionnalisation.

La création et l'organisation d'une communauté accueillante implique la participation de

tous. En cela, les conseils locaux de santé mentale occupent une place centrale en tant que lieux citoyens de concertation et de co-construction, et je le souhaite, considérés comme les terreaux des futures politiques en santé mentale.

Références Bibliographiques

- Bonsack. C and al, (2013), De la réhabilitation au rétablissement, l'expérience de Lausanne, *L'information Psychiatrique*, volume 89.

✕ - Bosse. PL and al (2016), Dossier l'empowerment en santé mentale, *Santé mentale*, numéro 212.

- Coldefy. M (2018) www.irdes.fr, version numérique, Atlas sur la santé mentale en France.

- Deegan. P (2001), Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation, *Le Partenaire*, volume 15.

- Favrod. J (2018), *Thérapies comportementales et cognitives dans les psychoses*, www.youtube.fr

- Girard. V (2009), La personne sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, *La Documentation Française*.

- Hochmann. J (1971), *Pour une psychiatrie communautaire*, p 203, Editions du Seuil.

- Lazarus. A (2000), conférence sur les conséquences de la précarité du point de vu sociologique, *Pratique en Santé mentale*, numéro 1.

✕ - Martin. B (2017), Le rétablissement en psychiatrie, *Perspective Psychiatrique*,

volume 56.

- Mouzon. C, (2017), La révolution un chez soi d'abord, *Alternatives économiques*, numéro 368.
- Pachoud. B, (2012), Se rétablir de troubles psychiatriques, un changement de regard sur le devenir des personnes, *L'information Psychiatrique*, volume 88.
- Roelandt. JL and al (2002), *Manuel de psychiatrie citoyenne*, In Press Editions.
- ✕ - Roelandt. JL and al (2015) La santé mentale en France et dans le monde: des hommes, pas des murs, *Pratiques en santé mentale*, numéro 1.
- ✕ - Saïas. T (2011), *Introduction à la psychologie communautaire*, Dunod.
- Wykes. T and al (2011) A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes, *AM J Psychiatry*, 168:472-485.
- Vattier. Y (2005), *Quand tombent les murs de l'asile*, France.

Résumé

La santé mentale dans la communauté implique, tel que son nom l'indique, le

développement d'une communauté accueillante offrant des services, des structures, des accompagnements au service des personnes souffrant de troubles psychiques afin de permettre leur (re)insertion sociale et professionnelle. En amont, la Maison Saint Vincent située au sein d'un centre hospitalier en santé mentale peut-elle constituer un maillon, une étape pour certains dans le processus de rétablissement? Dans quelles conditions peut-elle permettre aux personnes de s'approprier leur devenir sans prendre le risque d'une forme de ré-institutionnalisation? A la demande d'évaluation du dispositif adressée par la direction des soins, ce mémoire est l'occasion de donner des pistes de réflexions et d'actions, apportées par les résidents actuels et le groupe de travail des référentes du dispositif pour un co-construction. Le « nothing about us without us » apparaît un absolu nécessaire pour permettre l'autodétermination.

Mots clés rétablissement-empowerment-réhabilitation-évaluation-co-construction