

Master 2
Situations de handicap et
participation sociale

Promotion : **2021-2022**

Accompagner autrement
les jeunes en souffrance psychique

Analyse d'une approche neuro-systémique d'une équipe mobile
destinée aux 16-25 ans au Centre Hospitalier de Jonzac



Julien BONILLA GUERRERO

Juin 2022

Remerciements

A L'EHESP

A **Delphine Moreau**, un grand merci pour votre disponibilité et pour la qualité de votre accompagnement dans ce travail. Vous avez réussi à faire en sorte que je prenne du plaisir à réaliser un exercice que je redoutais, vous avez toujours trouvé les mots justes, ceux dont j'avais besoin pour donner un sens à cet écrit. Je vous dois beaucoup. Merci énormément.

A **Emmanuelle Fillion, Marcel Calvez, Sylvie Moisdon Chataignier**, merci à vous pour la qualité du master proposé et de m'avoir permis de profiter de cette année universitaire, j'ai beaucoup appris grâce à vous. Merci

A **Régine Maffei**, merci pour votre générosité, votre gentillesse, votre disponibilité et vos retours toujours rassurant. Prenez bien soin des suivants.

A **l'ensemble de mes collègues de promotion**, de belles rencontres, des discussions à n'en plus finir, des souvenirs qui resteront gravés. Merci à tous ! Un merci encore plus appuyé à **Claire** et **Amélie** pour votre disponibilité, votre soutien, vos innombrables lectures, commentaires et corrections pour améliorer cet écrit. Ce fut « une chouette rencontre » et ce n'est qu'un début.

A **l'ensemble des intervenants** pour la qualité de leurs apports, je mesure la chance d'avoir croisé votre route au cours de cette année universitaire.

A l'ensemble des jeunes rencontrés depuis la mise en place de l'équipe ESPPAIR, ainsi que leur famille

Merci de votre confiance, de vos retours, de vos mécontentements, de vos compliments, de vos avis pour continuer à vous proposer le meilleur accompagnement possible.

A l'équipe ESPPAIR (anciens et actuels)

Tiffany, Caroline, Simon, Romain, Maxime, Anthony, Romane, Catherine, Margaux, Aurore, Aurélia, Morgane, Jean Marc. Ce n'est pas tous les jours facile d'essayer de transformer les pratiques mais c'est un véritable plaisir de travailler à vos côtés. Votre engagement, votre humilité et vos compétences vous honorent, ne changez surtout pas. Un merci tout particulier à notre secrétaire pour toute l'aide apportée sur ce mémoire.

Au CH de Jonzac

A **M. Martinez, M. Turpain, M. Cassagnol, Me Conté et M. Le Guillermic**, à la fois pour avoir accepté que je puisse réaliser cette formation, pour votre soutien et pour avoir accepté de me recevoir et de me consacrer du temps pour améliorer la qualité de ce travail. Merci aussi à **M. Renoux** du DIM pour nos échanges réguliers et le partage de données indispensables à l'analyse du travail effectué.

A l'université de Bordeaux, Sarah, Simon, Meryl, Kevin, Antoinette.

Merci pour votre aide, vos conseils, vos remarques durant cet écrit et pour tout ce que vous nous apportez au sein de l'équipe. Ces échanges sont précieux et utiles pour nous cliniciens mais aussi et surtout pour les personnes accompagnées et leurs familles. Merci

A CEISME et A la CHF

Patrick, Manue, JMD, Antoinette, Michèle, Ivy, Laurent, Caroline, Christian, Jean Michel, Natacha, Sarah, Fanny.

Merci de m'avoir fait tomber dans la marmite de la neurosystémique tout petit et en plus il n'est pas interdit de continuer à en boire une louche tous les mercredis ! Je crois que je ne suis pas encore prêt pour arrêter. Merci à toutes et tous pour tenter d'améliorer la qualité de l'accompagnement auprès des personnes et familles qui en ont besoin et pour nos réflexions éthiques (enfin on essaye). Un merci tout particulier à **Patrick**, ça fait maintenant longtemps que tu as cru en moi. Notre rencontre est un vrai tournant, tu le sais, je te dois énormément !

Un merci particulier à **JMD**, sans qui rien ne serait possible. Derrière chaque grand projet, il y a un grand Homme. Et c'est un vrai plaisir d'y être associé au quotidien et de partir en vadrouille avec toi.

A ma famille

A **ma femme**, j'ai la chance, et notre couple a la chance de t'avoir. Tu es ce que j'ai de plus précieux et je t'en remercie. Merci de ton soutien permanent et d'avoir accepté ce projet un peu fou.

A **mes enfants**, qui m'ont aidé bien plus qu'ils ne le pensent en profitant de chaque instant de joie et de bonheur possible. Vous êtes ma plus grande fierté.

A **mes parents** et à **ma sœur**, pour leur soutien sans failles depuis toujours.

Et à toutes les personnes, qui de près ou de loin, m'ont soutenu et encouragé au cours de la réalisation de ce projet.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	9
Chapitre 1 : Le projet ESPPAIR : public visé, conception de l'équipe et objectivation des profils.....	19
1 Données de la littérature concernant le développement des troubles psychiatriques	19
1.1 Intervenir précocement	19
1.2 Eléments théoriques liés à l'adolescence	22
1.3 Eviter les ruptures de parcours	23
2 De l'importance de se décentrer d'une vision médicale.....	24
3 Rétrospective de la création d'ESPPAIR	26
3.2 Fondement du projet.....	27
3.3 Mise en œuvre de ce projet	29
3.4 Composition de l'équipe.....	30
3.5 Les objectifs spécifiques de l'équipe	30
4 Objectiver les profils rencontrés par l'équipe ESPPAIR en 2021.....	32
4.1 Données globales.....	32
4.2 Repérages avec un diagnostic clinique de la CIM-10.....	33
5 Discussion	35
Chapitre 2 : La mise en œuvre du projet.....	37
1 Stratégies d'interventions de l'équipe ESPPAIR	37
1.1 Le 1 ^{er} contact.....	38
1.2 Apport de l'approche neurosystémique.....	39
1.3 Les évaluations spécifiques	44
1.4 La lutte contre la stigmatisation.....	50
2 Données de l'activités de l'équipe ESPPAIR.....	52

2.1	Données d'activités des membres de l'équipe (hors médecins).....	52
2.2	Données d'activités vers les autres équipes du pôle.....	52
2.3	Données d'activités vers l'hospitalisation.....	53
3	Discussion.....	53
Chapitre 3 : Regards croisés des acteurs d'ESPPAIR.....		57
1	Regards croisés sur les missions d'ESPPAIR.....	57
2	Regards croisés sur limites et obstacles du projet.....	60
3	Regards croisés sur les perspectives à envisager.....	67
Conclusion.....		70
Bibliographie.....		77
Liste des annexes.....		I
NOTE D'OBSERVATION.....		XX

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AGAPSY : Associations Gestionnaires et d'Accompagnement des Personnes en Situation de Handicap Psychique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS NA : Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

ARS : Agence Régionale de Santé

BDA : Bouffée Délirante Aigue

CBD : Cannabidiol (composé des fleurs de Chanvre)

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CFHE : Conseil Français des Personnes Handicapées pour les questions Européennes

CH : Centre Hospitalier

CIDPH : Convention Internationale des Droites des Personnes Handicapées

CIFSH ou CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico Psychologique

CPNLF : Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DPNT : Durée de Psychose Non Traitée

DRH : Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales

DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé

EMPP : Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité

ESPPAIR : Equipe mobile de Soutien de Proximité, de Prévention et d'Accompagnement Interprofessionnel vers le Rétablissement

ETP : Equivalent Temps Plein

FASM : Fédération d'Aide à la Santé Mentale

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

FIOP : Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

G-MAP : Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation

HAS : Haute Autorité de Santé
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP : Médiateurs Santé Pairs
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PEP : Premier Episode Psychotique
PPH : Processus de Production du Handicap
PTSD : Post Traumatic Stress Disorder (syndrome de stress post traumatique)
PTSM : Plan Territorial de Santé Mentale
RGPD : Règlement Général de Protection des Données
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
TDA et TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
UHR : Ultra Haut Risque
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

Introduction

Il n'a jamais été autant question de santé mentale en France qu'actuellement. En effet, les différents événements et crises de ces dernières années (crise sanitaire, conflits géopolitiques européens et internationaux) ont mis en évidence l'importance de prendre en considération la question centrale de la santé mentale pour chaque français. Nous retrouvons cette importance dans de nombreux discours politiques récents¹. La Fédération Santé Mentale France, née en 2016 de la fusion de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale (FASM) et des Associations Gestionnaires et d'Accompagnement des Personnes en situation de handicap PSYchique (AGAPSY), devenue un interlocuteur privilégié dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques en France, défend l'idée de « *faire de la santé mentale un enjeu citoyen* »². Cet enjeu est d'autant plus important que le rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) en octobre 2019 estimait « *qu'une personne sur deux sera atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie, et qu'environ un adulte en âge de travailler sur cinq en souffre à tout moment* »³.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé mentale est une composante essentielle de la santé, elle est bien plus que l'absence de troubles mentaux ou de handicap d'origine psychique* »⁴. Pour la première fois en France, un gouvernement a nommé un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, auprès de la ministre des solidarités et de la santé, grâce au décret n°2019-380, publié le 29 avril 2019. Le Pr Frank Bellivier a pris cette fonction le 3 mai 2019 avec pour mission principale le déploiement de la feuille de route de la santé mentale et psychiatrie, annoncée en 2018. Celle-ci abordait trois axes majeurs :

- La prévention et le repérage de la souffrance psychique et la prévention du suicide ;
- Une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- L'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique.

¹ Veran, (2021), Discours d'Olivier Véran - Assises de la santé mentale et de la psychiatrie - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr) – 27 septembre 2021

² Santé Mentale, (2021), <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale> - 8 octobre 2021

³ Safon & Suhard, (2019), la santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE, bibliographie thématique (irdes.fr) – octobre 2019

⁴ OMS, (2018), Santé mentale : renforcer notre action (who.int) – 30 mars 2018

Malgré ces avancées importantes, permettant de déstigmatiser le recours à un psychiatre ou à un psychologue, de rendre moins tabou le sujet de la santé mentale en France pour prendre soin de soi en cas de souffrances psychiques, le chemin est encore long pour permettre de répondre à l'ensemble des objectifs fixés par cette feuille de route. Il suffit de consulter quelques contributions et critiques d'acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues les 27 et 28 septembre 2021 pour s'en rendre compte. Aude CARIA, directrice chez Psycom-Santé mentale, organisme public d'informations et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, explique qu'« à la faveur de la pandémie, la santé mentale est devenue un enjeu politique, social et culturel. Car si la psychiatrie concerne les personnes qui ont besoin de soins psychiatriques, la santé mentale concerne toute la population. Pour répondre à la hauteur des enjeux de santé publique des années qui viennent, il importe, entre autres, de développer une culture de la santé mentale, mieux informer sur la santé mentale, lever le tabou sur la santé mentale pour agir contre la stigmatisation »⁵. L'UNAFAM, par l'intermédiaire de sa présidente, Marie Jeanne RICHARD revendique qu'« il est temps que la psychiatrie sorte du cycle des rapports itératifs et fasse enfin l'objet d'un véritable plan interministériel impliquant la santé, le handicap, la recherche, mais aussi l'éducation, l'emploi, le logement, le tout porté par une agence nationale. Une demande forte : mettre en œuvre un plan interministériel psychiatrie – santé mentale pour faire levier et construire une psychiatrie du XXIème siècle [...]. Ce plan Psychiatrie-santé mentale doit être un levier pour faire entrer la psychiatrie dans la nouvelle ère qui sera demain la sienne. Il doit comporter des volets formation et recherche »⁶.

Ce développement, bien que très positif, a mis au second plan les avancées dans les pratiques spécifiques en psychiatrie, particulièrement pour les personnes atteintes de troubles d'ordre psychotique, qui seraient pourtant tout aussi importantes à mettre en exergue. Par exemple, les pratiques professionnelles, dans les milieux du soin et de l'accompagnement, ont vécu des moments de remise en cause importante du fait de l'évolution des représentations des troubles psychiatriques. Celles-ci se veulent aujourd'hui « davantage tournées vers la participation sociale et le rétablissement, qui placent la personne et sa pleine inclusion dans la société au centre des préoccupations. Les modèles

⁵ Caria, (2021) Contributions aux Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr) – publié le 24 septembre 2021 et mis à jour le 5 octobre 2021 – voir contribution du psycom

⁶ Richard, (2021) Contributions aux Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr) – publié le 24 septembre 2021 et mis à jour le 5 octobre 2021 – voir contribution de l'UNAFAM

du handicap de l'OMS et la notion de rétablissement offrent des cadres pour penser ces changements, ainsi que des concepts opérationnalisables » (Prouteau et al., 2018). Les pratiques pour accompagner les personnes en souffrance psychique ou présentant un handicap psychique sont alors redéfinies à partir de l'autodétermination, l'empowerment, le rétablissement, notions que nous aborderons au sein de ce travail de mémoire. Le rétablissement émerge depuis peu comme une préoccupation centrale des professionnels du soin et de l'accompagnement. Le rétablissement personnel se définit comme « *le processus par lequel les personnes retrouvent une vie qui a du sens, dans laquelle elles se sentent utiles, et ce indépendamment de la récurrence de symptômes psychiatriques* ». (Crowley, 1997) La réorganisation des systèmes de santé mentale autour de ce concept est une priorité (OMS, 2021), notamment pour le système français (Coldefy & Maugiron, 2022).

Le développement d'accompagnement adapté et précoce limitant le risque de transition vers la psychose semble aujourd'hui primordial. La schizophrénie est une maladie d'apparition insidieuse. Elle touche environ 24 millions de personnes, soit une sur 300 (0,32 %), dans le monde. Ce taux est de 1 personne sur 222 (0,45 %) parmi les adultes⁷. La moitié des adultes développant un trouble schizophrénique connaît des symptômes psychotiques avant l'âge de 19 ans (Amminger et al., 2006) L'intervention précoce permet de prévenir le développement d'un trouble psychique chronique et d'éviter les ruptures de liens et de parcours (voir par exemple la méta-analyse de (Bird et al., 2010). C'est d'ailleurs une préoccupation centrale actuellement, puisque de nombreux projets déposés pour obtenir un financement du Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP) en 2021, sont centrés sur cette dimension⁸.

L'expérience clinique, au sein du Centre Hospitalier de Jonzac en Charente Maritime, et le développement d'actions pour répondre aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques sur le territoire du pôle ont amené une réflexion dès 2018 afin de créer une équipe mobile d'intervention précoce en s'appuyant sur les bases théoriques du modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIFSH ou CIF – schéma en Annexe 1). Elle les intègre dans une approche centrée sur la prévention comme recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le guide Affection de Longue Durée (ALD) de 2007 qui fixe comme objectif d'établir un

⁷ OMS (2022), Principaux repères sur la schizophrénie (who.int)

⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé (2021), liste des projets PEA-FIOP, (solidarites-sante.gouv.fr)

diagnostic précoce, par la recherche des symptômes constituant la phase prodromique, notamment à l'adolescence et chez l'adulte jeune (HAS, 2007).

La CIF a connu une longue évolution avant d'arriver à sa version actuelle, en 2001. Cette classification de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) correspond à l'évolution des perspectives liées à la compréhension des maladies et des handicaps ainsi qu'aux pratiques thérapeutiques, éducatives et sociales. Le modèle du handicap a été tout d'abord construit à partir d'une vision médicale, c'est-à-dire centrée sur la maladie et ses conséquences fonctionnelles, s'appuyant sur la CIM (Classification Internationale des Maladies), pour évoluer vers un modèle social où le contexte environnemental (famille, société, politiques) joue un rôle décisif (Ravaud & Paris, 1999) ; (Marissal, 2009). Ce modèle propose une approche sociale de la maladie et du handicap à partir de laquelle il est donc possible de conceptualiser plus facilement les actions d'interventions thérapeutiques ou d'accompagnement par rapport aux projets des personnes. La CIF est un instrument qui, au-delà d'une démarche diagnostic biomédicale, doit permettre de décrire l'ensemble du fonctionnement d'un individu dans la situation qui lui est propre. Cette approche permet de répertorier aussi bien les ressources et les difficultés d'une personne que celles de son environnement. Dans sa version actuelle, la CIF « *comprend l'ensemble des dimensions en soulignant l'interactivité entre ces dernières et l'équilibre entre les éléments concernant l'individu (déficience, activité et participation) et le contexte (facteurs environnementaux et personnels)* » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2001) ; (Cuenot & Rémy-Néris, 2017). La dernière version est multifactorielle, pour ne pas dire systémique, et intègre les théories de la complexité.

Cet accent mis par l'OMS sur l'interaction entre tous les facteurs est important. Désormais, on ne définit plus le handicap comme étant l'objectivation de la maladie mais comme une situation particulière dans un contexte donné, qui traduit une inadaptation individu/environnement. Toutefois, l'accent a davantage été mis sur les problématiques (sensitivo-)motrices et sensorielles. Celles relevant de la santé mentale et psychique ont été prises en compte plus tardivement grâce notamment aux modèles de l'OMS et à l'action des associations d'usagers et de leurs familles. Les situations de handicap sont des situations toujours complexes. Elles nécessitent des approches différentes, tant analytiques, centrées sur la pathologie, que systémiques, s'intéressant aux interactions entre les composantes des systèmes en présence (par exemple, le patient, la famille et l'hôpital), là où les limitations d'activité entraînent des perturbations au sein du rapport personne/environnement. Ces perturbations créent des restrictions de participation qui justifient une intervention précoce dont l'objectif est de prévenir ou de limiter les

conséquences de cette situation en s'appuyant sur les ressources de l'individu dans ses systèmes. L'idée de prévention prend alors tout son sens. En effet, beaucoup de personnes accompagnées sont en situation de souffrance psychique sans pour autant souffrir d'une maladie psychiatrique diagnostiquée.

L'Equipe mobile de Soutien de Proximité, de Prévention et d'Accompagnement Interprofessionnelle vers le Rétablissement (ESPPAIR) est une équipe d'intervention précoce et au long cours, d'accompagnement de proximité du handicap psychique, qui vise l'accompagnement de la personne et son entourage par la co-construction des projets personnels, de vie sociale, de loisirs et professionnels. Ceci a pour but d'éviter la rupture de liens (isolement) et la rupture de parcours de soins. Cette équipe mobile est dite de prévention car elle accompagne en particulier les adolescents, et jeunes adultes (16-25 ans). Son objectif est de dépister et diagnostiquer les sujets à Ultra Haut Risque (UHR) et à traiter les phases prodromiques et premiers épisodes psychotiques de la schizophrénie et d'autres pathologies du registre de la santé mentale afin d'éviter l'entrée dans des pathologies chroniques. Elle vise à réduire la DPNT (durée de psychose non traitée) et permet une continuité d'accompagnement prospectif tout en luttant contre la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques. Son but est donc d'améliorer la réponse à la souffrance psychique des personnes en situation de risque de transition vers un trouble psychotique chronique, ainsi que de favoriser le processus de rétablissement pour les personnes vivant avec un handicap psychique.

Ce projet d'équipe mobile a été déposé lors du premier appel d'offres en France du Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP) en 2019. L'objectif de ce fonds est de financer des projets de prévention du handicap psychique, d'accompagnement ou de transformation de l'offre de soins en psychiatrie. ESPPAIR a fait partie des cinq projets sélectionnés sur le plan national et a donc fait l'objet d'un financement dédié.

Ce dispositif s'appuie sur les dernières orientations législatives d'organisation territoriale en psychiatrie et santé mentale, notamment la Loi de modernisation du système de santé en 2016⁹ et la stratégie Ma santé 2022 parue en 2018¹⁰. Ces orientations mettent l'accent sur les principes de responsabilité populationnelle, de « l'aller-vers » (rapport Laforcade¹¹, 2016), du rétablissement et d'une prise en compte globale des personnes

⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (legifrance.gouv.fr)

¹⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé (2018), Stratégies Ma santé 2022 : un engagement collectif (solidarites-sante.gouv.fr)

¹¹ Laforcade, (2016), Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr) – publié le 12 octobre 2016 et mis à jour le 1^{er} décembre 2017

accompagnées tels que préconisés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) dans sa dernière publication : « Le nouvel ambulatoire en santé mentale : pour une vie debout » (ANAP, 2021).

Il s'agit d'un projet qui, dans sa conception, sa mise en œuvre et son fonctionnement, est basé sur la proximité, sur la mobilité territoriale et l'intervention précoce. Il s'appuie sur l'approche neuro-systémique du handicap psychique, la philosophie du rétablissement et le respect des droits des personnes handicapées. Il organise les actions de professionnels « hors les murs », se différenciant de l'offre des structures ambulatoires traditionnelles en intervenant principalement au domicile ou sur des lieux de vie.

L'approche neuro-systémique du handicap (Mazaux, 2011) correspond à une approche systémique du handicap, telle qu'elle est définie par le modèle de CIFSH en ayant un focus sur l'impact des troubles cognitifs sur la personne concernée et son environnement. Cette approche permet d'intégrer dans la réflexion une dimension médicale, une dimension fonctionnelle ainsi qu'une dimension environnementale des restrictions de la personne afin d'envisager des propositions d'accompagnement co-construites et incluant ces différentes variables. Ce focus a été mis en œuvre dans le cadre de la consultation handicap et famille au CHU de Bordeaux, qui existe officiellement depuis 1994, pour des personnes présentant des lésions cérébrales acquises. L'originalité et l'utilité de la démarche est citée dans la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 18 juin 2004 (devenue la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) depuis) relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires¹².

Il est tout à fait imaginable de transférer ces apports pour les personnes présentant des difficultés cognitives en lien avec une pathologie psychiatrique, la schizophrénie par exemple. En effet, que ce soit pour les personnes présentant une cérébrolésion ou une schizophrénie, les troubles cognitifs font partie des symptômes cliniques et leurs conséquences ne sont pas assez considérées dans la compréhension du fonctionnement de ces personnes. Tout d'abord, quelle que soit leur origine étiologique, ils influencent la compréhension par la personne de l'offre de projets d'accompagnement qui lui est proposé. Ensuite, ils interfèrent avec la compréhension par les professionnels de santé et les équipes d'accompagnement des troubles et des difficultés des personnes (avec une tendance à la

¹² CIRCULAIRE DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/ 2004/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

réification à l'organe qui dysfonctionne et à ne se centrer que sur une dimension médicale). Il s'agit de la phrase classique : « *il dit cela mais ça ne veut rien dire, c'est à cause de son AVC* » ou bien « *c'est encore le traumatisé crânien de la chambre 12 qui fait des siennes* » ou encore « *on sait que parce qu'il est schizophrène, il n'a pas les compétences pour travailler normalement, sinon il faut toujours être derrière lui et on ne peut pas lui confier des missions à responsabilité* ». Ils interfèrent aussi avec le réaménagement personnel, familial et relationnel qui va en découler et perturbent en plus le travail d'acceptation d'une nouvelle identité individuelle et familial : [c'est la famille qui parle : « *on nous a dit que vous envisagiez qu'il sorte, mais on n'est pas trop pour car il n'a pas encore récupéré tout ce qu'il devait récupérer, on sait que ça va être long et c'est mieux pour lui s'il reste encore un peu pour s'améliorer. Vous savez quand il vient le week-end il se trompe tout le temps, il faut toujours qu'on soit derrière lui* ». Ces différentes dimensions induisent une forte stigmatisation par une présomption d'incapacité en raison des troubles identifiés, comme illustré par les exemples.

Il en est de même en psychiatrie et la mise en place effective de l'équipe ESPPAIR, qui s'est faite progressivement au cours de l'année 2020 et qui a confirmé ce constat rapidement. Pour une équipe censée réaliser une intervention précoce afin de dépister l'entrée dans des troubles psychotiques, beaucoup de situations rencontrées ne semblaient pas être en adéquation avec la représentation initiale des missions de l'équipe : difficultés scolaires, difficultés relationnelles dans la famille, trouble du sommeil important, angoisses et anxiété (avec, pour beaucoup, un impact de la période COVID et des différents confinements). Pour autant, les réponses apportées à ces situations correspondaient à ce que les jeunes rencontrés semblaient attendre. Ce paradoxe a été source de nombreuses interrogations pour l'équipe. Faut-il poursuivre en accueillant l'ensemble des jeunes de 16-25 ans qui « s'orientent » vers la psychiatrie ? En avons-nous les ressources ? Est-ce pertinent ? Devons-nous plutôt centrer nos interventions sur la spécificité de la phase prodromique et les réponses à y apporter ? Devons-nous travailler avec les partenaires et les personnes qui adressent les jeunes vers l'équipe pour les sensibiliser et qu'ils ne sollicitent l'équipe que lorsque les symptômes deviennent spécifiques ?

Toutes ces questions n'ont pas vocation à trouver des réponses au cours du travail proposé dans ce mémoire mais nous amèneront l'interrogation suivante : **en quoi l'accompagnement proposé par ESPPAIR participe à la prévention du handicap psychique chez les jeunes de 16 à 25 ans présentant des souffrances psychiques ?** Nous tenterons d'y répondre à cette interrogation en se centrant sur **trois objectifs principaux**.

Le premier est d'identifier les profils des personnes rencontrées au cours de l'année 2021 afin d'objectiver leur correspondance ou leur écart aux missions d'ESPPAIR telles qu'elles ont été définies dans le projet initial. Le deuxième est de mettre en évidence la manière dont l'équipe ESPPAIR aborde les situations rencontrées, définit les difficultés et le type de réponse proposée. Enfin, le dernier objectif serait d'identifier les limites et obstacles de l'intervention ESPPAIR ou ses pistes d'évolutions en les resituant dans les enjeux institutionnels du Centre Hospitalier de Jonzac.

Après avoir détaillé la méthodologie de ce travail, nous répondrons aux objectifs décrits ci-dessus en présentant le public visé par le projet de l'équipe ESPPAIR, en décrivant celui effectivement rencontré et en discutant de l'adéquation de ce dernier à celui prévu au départ. Nous analyserons, par la suite, les modalités d'intervention de l'équipe ESPPAIR. Nous poursuivrons ce travail en identifiant les limites et obstacles de l'intervention de cette équipe mobile ainsi que ses pistes d'évolutions en croisant les regards des différents acteurs du projet. Nous concluons ce travail par une mise en perspective réflexive qui pourrait permettre de poser les jalons d'une évaluation plus formelle sur des preuves d'efficacité du fonctionnement d'ESPPAIR.

Méthodologie

La méthodologie de travail dans ce mémoire repose sur différents outils pour répondre aux objectifs définis. Par souci de clarté, cette méthodologie sera présentée par objectif.

Objectif 1 : objectiver les profils des personnes rencontrées par ESPPAIR en 2021

L'objectif 1 est discuté à partir des données d'activités de l'équipe.

Procédure

L'analyse quantitative porte sur les indicateurs collectés en 2021 par le DIM (département d'information médicale) du Centre Hospitalier de Jonzac, portant donc sur les données d'activité de l'équipe ESPPAIR recueillies en pratique courante au sein des dossiers « patients » du CH : nombre de personnes rencontrées par ESPPAIR en 2021, nombre d'hospitalisations dans l'année, diagnostics CIM 10 posés, délai de réponse entre le premier contact initié par la personne et une première réponse de l'équipe (1^{er} contact téléphonique, première rencontre avec un membre de l'équipe, ou encore le délai pour une réponse médicale...). Cette analyse permet de repérer, à partir des diagnostics posés CIM 10¹³, le(s) profil(s) de personnes le(s) plus régulièrement rencontré(s) par l'équipe. En fonction de ces diagnostics, il est possible de voir s'il y a une correspondance entre les profils rencontrés au cours de l'année et les profils attendus, imaginés lors de l'élaboration de ce projet. Cette analyse permet aussi d'explorer le caractère raisonnable, ou non, du délai de réponse entre le moment où l'équipe a été contactée et la première proposition d'échanges et/ou de rencontre.

¹³ Pour information, la CIM est une classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. C'est la référence internationale en matière de diagnostic médical. Elle en est aujourd'hui à sa 11^{ème} version, mais celle qui est encore la plus utilisée est la CIM-10, ce qui est le cas du CH de Jonzac.

Démarches d'analyse

Concernant l'analyse des données quantitatives, j'ai tout d'abord fait une demande par mail auprès du DIM concernant l'activité de l'équipe ESPPAIR sur l'année 2021 (avec notamment les informations diagnostics des situations rencontrées dans un premier temps). Un rendez-vous téléphonique a été réalisé par la suite pour affiner les données nécessaires à une analyse plus poussée. Ces demandes sont répertoriées au sein de l'encadré 1.

Encadré 1 : Demandes faites auprès du DIM du CH de Jonzac concernant l'UF

1848 (UF d'ESPPAIR phase prodromique)

- ✓ Âge moyen et médian des situations rencontrées
- ✓ Répartition homme – femme
- ✓ Répartition majeur - mineur
- ✓ Nombre de nouvelles personnes admises sur cette UF
- ✓ Nombre de personnes ayant déjà eu un contact avec un service du pôle de psychiatrie
- ✓ Nombre de personnes dont c'est le premier contact avec un service du pôle de psychiatrie
- ✓ Activités médicales
- ✓ Activités des autres membres de l'équipe (ergothérapeutes, neuropsychologues, médiateurs santé pairs)
- ✓ Nombre de rencontres avec des familles
- ✓ Répartition des diagnostics posés sur l'ensemble des situations (sans doublons)
- ✓ Nombre de personnes ayant eu une hospitalisation dans l'année et si c'est le cas, une hospitalisation en pavillon d'admission (à la suite d'une crise) ou en hospitalisation programmée (intégrée dans son parcours) ainsi que la durée de ces hospitalisations
- ✓ Nombre de personnes ayant été orientées sur les CMP pour des soins spécifiques

Cette partie permet de réaliser une analyse descriptive. Il est possible d'en ressortir quelques statistiques.

Concernant le délai de réponse, il s'agit d'une donnée collectée manuellement par la secrétaire du service car cet indicateur n'est pas quantifiable par le DIM. Il s'agit du délai

entre le moment où la personne (ou un tiers) a contacté l'équipe et le moment où l'équipe a établi un premier contact avec la personne concernée ou son entourage (téléphonique ou présentiel). La collecte de ces données sur l'ensemble des jeunes permet d'avoir une moyenne du délai de réponse.

Quelques limites à considérer concernant la méthodologie répondant à l'objectif 1

La limite principale concerne le diagnostic posé. En effet, face à une même situation clinique, il est difficile de pouvoir dire si chaque médecin psychiatre poserait le même diagnostic. Aussi, seuls deux médecins ont pu poser les diagnostics F au sein de l'équipe ESPPAIR. En plus d'être généralement en accord sur le plan clinique, ils prennent le temps de poser ce diagnostic, de revenir dessus en fonction des informations qui apparaissent au cours du temps et des retours de l'équipe. Le diagnostic « final » est donc posé des semaines, voire des mois après la première rencontre et il reste à nouveau évolutif dans le temps.

Ce biais est plus important pour les critères X-Y-Z¹⁴ car c'est l'ensemble des professionnels de l'équipe qui a saisi ces cotations et qu'il n'y a pas eu d'uniformisation. Il était cependant important de faire apparaître ces diagnostics car cela permet à l'équipe d'avoir aussi une compréhension de la symptomatologie des personnes en se décentrant de la dimension de la pathologie (ce point sera détaillé par la suite dans ce travail).

Objectif 2 : modalités d'interventions d'ESPPAIR

L'objectif 2 est de mettre en évidence la manière dont l'équipe ESPPAIR aborde les situations rencontrées. Cet objectif sera traité par une analyse de huit cas. Ils seront développés pour donner des exemples de situations auxquelles l'équipe est confrontée, dans leurs hétérogénéités et récurrences.

Procédure

L'analyse du dossier de certaines situations, dans un abord qualitatif, a pour objectif de mettre en évidence plusieurs éléments. Le premier concerne l'analyse de l'adressage

¹⁴ Contrairement au diagnostic posé en F qui caractérise une pathologie en lien avec des troubles mentaux, les critères X-Y-Z apportent des « informations environnementales » en ajoutant des facteurs influant sur l'état de santé et des causes externes de morbidité et de mortalité.

(qui fait la demande auprès de l'équipe ?) et du motif d'adressage (pour quelles raisons ? symptômes ?). Dans un deuxième temps, il s'agit de réaliser un travail de mise en correspondance (analyse de cohérence) avec les objectifs initiaux de l'équipe. Enfin, une synthèse globale à partir de ces situations est réalisée.

Démarches d'analyse

Pour le choix des situations, je me suis appuyé sur la secrétaire du service afin de solliciter le regard d'un autre membre de l'équipe, et plus spécifiquement d'une personne qui a une vue de l'ensemble des situations rencontrées mais qui n'a pas d'interventions directes auprès d'eux, ou de mission d'accompagnement. Il avait été envisagé d'aborder huit situations distinctes :

- quatre sélectionnées, à partir du point de vue de la secrétaire, sur les situations qui ont le plus mobilisé l'équipe (nombre de fois où elles ont été abordées en réunion clinique, nombre de rendez-vous avec membre de l'équipe dont médecin, nombre de contacts téléphoniques avec des partenaires, etc). Il ne s'agit pas forcément des situations les plus complexes rencontrées.

- quatre choisies au hasard, où la secrétaire a demandé à une autre secrétaire, ne connaissant pas du tout les personnes accompagnées par l'équipe, de les sélectionner dans le tableau Excel qu'elle a réalisé. Ayant environ 400 lignes dans ce tableau pour l'année 2021, elle lui a demandé de choisir un chiffre entre 1 et 100, entre 101 et 200, entre 201 et 300 puis entre 301 et 400. Chaque numéro choisi correspondait à une situation vue au cours de l'année 2021 par au moins un membre de l'équipe ESPPAIR.

La secrétaire de l'équipe a ensuite anonymisé chacune de ces huit situations et m'a transmis les informations que nous avions les concernant. J'ai ensuite réalisé une synthèse des informations à ma disposition pour chacune de ces situations.

Quelques limites à prendre en considération concernant la méthodologie répondant à l'objectif 2

La limite principale concernant cet objectif est qu'il peut manquer des informations au sein des dossiers ou bien avoir eu une information en 2022 qui pourrait contredire une information de 2021.

En répondant à ce deuxième objectif, cela viendra compléter l'objectif 1. En effet, l'analyse de situations permettra de nourrir l'analyse des données quantitative transmise par le DIM. Ces deux objectifs permettront de discuter dans quelle mesure les profils des personnes rencontrées par ESPPAIR en 2021 correspondent aux missions définies et qui seront développées dans les modalités d'interventions d'ESPPAIR.

Objectif 3 : limites, obstacles et perspectives

L'objectif 3 est d'identifier les limites et obstacles de l'intervention ESPPAIR ou ses pistes d'évolutions en les resituant dans les enjeux institutionnels du CH de Jonzac. Ceci est mis en perspective en s'appuyant sur une triple analyse concernant : les personnes accompagnées, les membres de l'équipe et les acteurs institutionnels.

Participants

Dans cette analyse, j'ai sollicité, par un questionnaire, l'ensemble des jeunes suivis en 2021 par l'équipe à partir des coordonnées inscrites dans leur dossier (avril - mai 2022). Environ 250 jeunes ont reçu le questionnaire, 70 ont répondu. J'ai également interrogé l'ensemble des membres de l'équipe (en mai 2022), 10 ont répondu sur 11 personnes sollicitées. Pour ces 2 groupes, tous les participants ont été consentant pour participer. Pour le dernier groupe, j'ai sélectionné six acteurs institutionnels pour l'éclairage qu'ils peuvent apporter sur l'équipe ESPPAIR et ses enjeux institutionnels : le directeur du Centre Hospitalier de Jonzac, le directeur des ressources humaines et des affaires médicales, le directeur des services financiers, la directrice des soins, le cadre supérieur de santé du pôle et le médecin chef de pôle. Ils sont tous impliqués d'une manière ou d'une autre par le projet ESPPAIR.

Procédures

L'investigation des différences de représentation des acteurs du projet, c'est-à-dire les jeunes rencontrés, les membres de l'équipe ESPPAIR ainsi que les acteurs institutionnels, avait pour but de travailler sur cet objectif. Cette investigation s'est réalisée de deux manières différentes, un questionnaire pour les jeunes et les membres de l'équipe et des entretiens auprès des acteurs institutionnels.

Pour les jeunes, les retours ont été essentiellement basés sur le questionnaire de satisfaction crée au sein de l'équipe. Le choix du questionnaire semblait le plus judicieux en comparaison d'entretiens auprès des jeunes, afin d'éviter de créer de la confusion entre les objectifs de l'accompagnement proposés par l'équipe et les objectifs attendus dans ce travail. Ce questionnaire est inspiré du CSQ-9 et a été discuté avec des chercheurs de l'Université de Bordeaux afin que certaines thématiques puissent apparaître. Ces chercheurs sont docteur ou doctorant en neuropsychologie clinique et travaillent sur les thématiques des pratiques orientées vers le rétablissement en psychiatrie ainsi que la stigmatisation. Il a été mis en ligne par l'intermédiaire de la plateforme Forms de Microsoft du 4 avril au 20 mai 2022. L'objectif de ce questionnaire est un « *recueil de la qualité perçue* » (Donnet- Descartes, Dujardin, 2012, p.15) par les jeunes de l'accompagnement proposé par l'équipe. L'objectif est aussi de vérifier que l'accompagnement proposé aux jeunes correspond à leurs attentes et identifier des axes d'amélioration dans les propositions d'accompagnement.

Pour les professionnels de l'équipe, un questionnaire a également été créé. Il est inspiré (sur le fond) du Recovery Scale Assessment (RSA) (O'Connell et al., 2005). Cet outil présente un intérêt certain pour objectiver les pratiques orientées vers le rétablissement et comprend une partie qui interroge directement les professionnels de santé sur leurs pratiques. A nouveau, il était important de faire ressortir « la qualité perçue » du fonctionnement par les professionnels de l'équipe. Il était également important d'y intégrer leur ressenti en leur laissant la possibilité de s'exprimer grâce à des questions ouvertes, d'où la différence sur la forme avec le RSA. Le choix du questionnaire semblait pour ce groupe le plus judicieux du fait de ma proximité relationnelle avec l'ensemble des membres de l'équipe. Il était difficile d'envisager des entretiens avec chacun d'entre eux. En effet, de ma place de coordinateur de cette équipe, même si je n'ai aucun lien hiérarchique avec mes collègues, il aurait été difficile pour eux de s'exprimer aussi facilement. Ils connaissent bien mon positionnement vis-à-vis du fonctionnement de l'équipe et ils auraient pu se sentir dans une position inconfortable pour exprimer des opinions différentes des miennes. Pour autant, ce travail ne se base pas sur un débat d'opinions mais bien le recueil de leur ressenti et représentations vis-à-vis de l'accompagnement proposé pour les jeunes. Il m'était impossible de ne pas recueillir ce point de vue, du fait qu'il est à la base de la réflexion de ce mémoire.

Pour les acteurs institutionnels, un courrier ainsi qu'un mail ont été envoyés, à chacun d'entre eux, afin de solliciter un rendez-vous d'environ trente minutes individuellement.

L'entretien semi directif me semblait adapté afin de bien cibler les thématiques sur lesquelles je souhaitais recueillir leurs avis et représentations. De plus, en fonction de la connaissance de chacun et de leur fonction propre au sein du Centre Hospitalier, il était plus facile d'ajuster les questions (même si la trame reste la même). Un autre intérêt portait aussi sur la différence de fonctionnement existante entre ce projet ESPPAIR et les autres services du pôle (équipes du CMP, SAMSAH) et les liens entre ces différentes équipes. Il me semblait important d'explorer ces dimensions, en lien avec l'évaluation du FIOP à venir pour pérenniser nos modalités de fonctionnement. Il s'agit à nouveau de percevoir l'intérêt perçu d'une équipe comme ESPPAIR, incluant les avantages et inconvénients, d'un point de vue institutionnel. Ces rendez-vous ont eu lieu entre le 30 mai et le 10 juin.

Matériels

Le questionnaire de satisfaction à destination des jeunes (annexe 2) est composé de treize questions : dix questions avec réponses une échelle de Lickert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord) ; trois questions sont des questions ouvertes permettant des réponses plus longues. Le temps estimé de ce questionnaire est d'environ cinq minutes.

Pour les membres de l'équipe ESPPAIR, le questionnaire est composé de dix-huit questions (annexe 3) : quatre questions fermées selon une échelle de Lickert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord) pour modalité de réponse ; quatorze questions ouvertes permettant des réponses plus longues ou des précisions, par rapport aux réponses faites avec l'échelle de Lickert. Le temps estimé de ce questionnaire est d'environ vingt minutes.

Pour les acteurs institutionnels, un guide d'entretien semi directif a été élaboré (annexe 4) afin d'aborder avec chacun les mêmes thématiques. Le temps de passation envisagé est d'environ trente minutes. Les thématiques retenues concernent : les missions de l'équipe ESPPAIR, leur compréhension du FIOP, les apports et freins institutionnels qu'engendrent une équipe comme ESPPAIR, la participation ou non de chacun d'entre eux pour faciliter la mise en place d'un projet comme ESPPAIR et dans une perspective plus globale, les transformations nécessaires pour faciliter l'accompagnement en santé mentale et en psychiatrie.

Démarches d'analyse

L'équipe ESPPAIR est un nouveau dispositif qui présente des différences par rapport à ceux préexistants sur le pôle de psychiatrie adulte. Cette distinction, par comparaison aux pratiques hospitalières classiques, amène à prendre en considération les dimensions institutionnelles. Cela permettra d'étayer auprès du FIOP les critères d'évaluations scientifiques basés sur « l'evidence based practice » du fonctionnement de cette équipe.

Concernant les questions fermées et graduées grâce aux échelles de Lickert, que ce soit pour les jeunes ou pour les professionnels de l'équipe, elles sont traitées par une analyse statistique descriptive.

Concernant les questions ouvertes, pour les trois publics concernés, une analyse qualitative du contenu est faite par thème.

Ce travail permet d'explorer, dans un premier temps, la mesure dans laquelle les attentes et besoins spécifiques des personnes rencontrées sont prises en considération dans les accompagnements proposés. Il permet également de voir quelles perspectives d'amélioration peuvent être envisagées (cibles, moyens). Ces éléments constituent en outre un indicateur préliminaire de preuves d'efficacité du fonctionnement d'une équipe comme d'ESPPAIR. Il permet aussi de percevoir les facilitateurs ainsi que les freins d'un fonctionnement comme celui d'ESPPAIR en mettant en évidence la distinction entre des dimensions individuelles (formations, prise de responsabilité, sens des interventions proposées) et des dimensions institutionnelles (encadrement, liberté de fonctionnement...) pour les professionnels de santé participant à ce fonctionnement.

Concernant les entretiens proposés aux acteurs institutionnels du CH de Jonzac, indispensables au fonctionnement d'un projet comme celui-ci, l'analyse permet d'interroger les enjeux de transformations des pratiques institutionnelles au sein d'un Centre Hospitalier (basées sur une territorialisation des réponses et non sur des murs) et de percevoir la plus-value d'un projet tel que celui-ci mais également les contraintes et freins institutionnels que cela engendre (place de la personne concernée, place de la famille). Elle amène aussi les acteurs impliqués à s'interroger sur leur participation effective au sein de ce projet, chacun dans son champ de responsabilité.

Associer ces deux dimensions, avec des données quantitatives et qualitatives (Dietrich et al., 2012; Guével et al., 2016; Lemerrier et al., 2013), permet une description détaillée qui ne peut pas se centrer exclusivement sur les réponses apportées auprès des

jeunes mais se doit d'intégrer des dimensions institutionnelles pour comprendre les enjeux de la réponse proposée par ESPPAIR. A plus long terme, ce travail permettra d'affiner les critères d'évaluation de ce type de fonctionnement (centrées sur les interventions proposées, centrées sur les professionnels qui pratiquent ces interventions mais aussi sur les institutions qui peuvent proposer ce type de réponses et qui doivent intégrer la transformation de représentations, de postures et de pratiques que cela engendre).

Quelques limites à prendre en considération concernant la méthodologie répondant à l'objectif 3

La critique principale, pour travailler sur ce troisième objectif, réside dans l'utilisation d'un questionnaire, à destination des jeunes, avec peu de questions ouvertes ne donnant que peu d'informations exploitables. Cependant, même si le choix du questionnaire se justifie, il aurait pu être envisagé différemment avec plus de questions ouvertes, afin de recueillir leur point de vue en les laissant davantage s'exprimer plus librement. Il s'agit d'un axe d'amélioration possible pour le recueil de la « qualité perçue » par les jeunes, de l'accompagnement proposé par ESPPAIR en 2022.

D'autres éléments auraient pu être pertinents à recueillir, par exemple, l'âge des personnes répondants ou le sexe, pour pouvoir en extraire des données statistiques. Seulement la volonté de respecter le Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) pour ne pas se mettre en dehors du cadre légal concernant l'utilisation de données de santé et garantir l'anonymat des répondants, a limité cet aspect.

De plus, étant donné qu'une petite partie des personnes contactées ont répondu au questionnaire, la question de la représentativité se pose. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : ceux qui ont répondu peuvent être ceux qui sont le plus satisfait de l'accompagnement proposé (ou le plus insatisfait), il y a possiblement un effet de désirabilité sociale pour certains, ou encore que ce soit ceux qui ont été accompagnés le plus récemment qui ont répondu et que ceux ayant été vus en début d'année 2021 n'ont pas vu d'intérêt à répondre un an après le dernier contact avec l'équipe.

Enfin, une dernière limite pourrait être de ne pas avoir intégré dans ce travail le regard des familles et des partenaires. Il y a plusieurs raisons à cela. La première est un choix volontaire de se centrer sur les jeunes dans un premier temps. En effet, beaucoup de situations sont des tierces demandes, c'est-à-dire que ce n'est pas la personne concernée qui a contacté l'équipe, mais un membre de la famille ou un acteur institutionnel d'une structure du territoire. Même si notre fonctionnement systémique essaie de faire la part des

choses et de bien comprendre la demande, par qui elle est portée et ce qui est attendu, il paraissait important de commencer par savoir si cela a été bien compris par les jeunes avant d'y intégrer les regards de ceux qui sont amenés à être des porteurs de demandes. La contrainte du temps pour rendre ce travail est le deuxième élément permettant de comprendre pourquoi ces représentations n'ont pas été intégrées. Elles représentent tout de même un retour indispensable à avoir à terme pour continuer à être dans une démarche de qualité. Un dernier point concerne davantage les acteurs institutionnels du territoire que les familles (puisqu'elles ont été en grande partie intégrées aux réponses et à l'accompagnement proposé) ; ces derniers n'ont pas encore tout à fait intégré les modalités de fonctionnement d'ESPPAIR, qui diffèrent de celles habituellement pratiquées, et qui nécessitent une co-construction de fonctionnement qui n'a pas encore trouvé un équilibre satisfaisant.

La méthodologie décrite ci-dessus vise à répondre aux trois objectifs structurant ce travail. Avant de présenter les données recueillies ainsi que l'analyse que l'on peut en faire, il semble nécessaire de contextualiser le projet ESPPAIR en décrivant le public visé ainsi que ses fondements et sa mise en œuvre.

Chapitre 1 : Le projet ESPPAIR : public visé, conception de l'équipe et objectivation des profils

S'appuyant sur les objectifs structurant ce travail, il est pertinent de décrire, dans ce premier chapitre, les éléments justifiant la définition de population ciblée par l'intervention de l'équipe ESPPAIR. Puis de présenter, dans la continuité, la description du fondement de ce projet d'équipe mobile et le contexte institutionnel dans lequel elle s'inscrit. Le fonctionnement d'ESPPAIR amène alors à s'interroger sur les missions réalisées, notamment si elles sont en adéquation avec ce qui avait été imaginé et décrit au départ. Objectiver les profils rencontrés par l'équipe est donc l'occasion de commencer à répondre aux interrogations posées par ce fonctionnement.

1 Données de la littérature concernant le développement des troubles psychiatriques

La difficulté du repérage précoce est liée aux enjeux spécifiques des manifestations des troubles psychotiques à l'adolescence (indétermination diagnostique, pluralité des étiologies possibles, rôle des consommations de toxiques).

1.1 Intervenir précocement

L'apparition des troubles chroniques des pathologies psychiatriques de l'adulte se révèle majoritairement à l'adolescence. Le diagnostic est généralement fait entre 15 et 25 ans (M.-O. Krebs & CPNLF, 2015). L'incidence pour la schizophrénie augmente entre 15 et 17 ans, 50% des cas se déclarent avant 22-23 ans. Après l'âge de 27 ans, l'incidence chute de nouveau (Kessler et al., 2007). D'autres auteurs évoquent une incidence du premier épisode supérieure dans la période allant de 15 à 25 ans. La moitié des premiers épisodes psychotiques (PEP) surviennent entre 16 et 19 ans, ce qui suggère que la moitié des sujets adultes développant le trouble ont connu des symptômes psychotiques à l'âge de 19 ans (Amminger et al., 2006; Gillberg et al., 1986).

Récemment, l'European Psychiatric Association (EPA) a élaboré des recommandations concernant les interventions précoces, faisant suite à un travail de méta-analyse. Les auteurs en concluent que les interventions précoces, psychologiques comme pharmacologiques dans un contexte bien établi, peuvent prévenir ou différer l'apparition d'un premier épisode psychotique (Schmidt et al., 2015, Schultze-Lutter et al., 2015).

La période des psychoses débutantes englobant la phase prodromique (M.-O. Krebs & Canceil, 2004; Fusar-Poli et al., 2013), c'est-à-dire la période où la personne commence à avoir des symptômes, qu'ils soient non spécifiques ou spécifiques, et le premier épisode psychotique peut être vue comme une fenêtre d'opportunité thérapeutique (M.-O. Krebs & Lejuste, 2017) ouvrant sur l'espoir de la prévention des troubles psychotiques (voir schémas annexe 5). Les approches rétrospectives ont permis de mettre en valeur la notion de prévention et d'interventions précoces devant le caractère très peu spécifique qui mène à un taux important de faux positifs pouvant aller de 15 à 70% (Lecardeur et al., 2016)

Plusieurs auteurs ont insisté sur l'importance de la DPNT (durée de psychose non traitée), qui correspond à la période entre le début des symptômes psychotiques et la mise en place d'un traitement. En effet, plus cette période est longue, plus elle est associée à un facteur de mauvais pronostic (Souaiby et al., 2016). Mc Gorry et son équipe se sont consacrés à la détection et l'intervention la plus précoce possible par l'intermédiaire de moyens thérapeutiques dédiés. Afin de remplir ces objectifs, l'EPPIIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Center) a notamment vu le jour (McGorry et al., 1996). Plusieurs programmes de ce type ont été élaborés sur les 20 dernières années en Europe, en Australie et aux Etats-Unis.

Leur impact a été récemment évalué dans la revue systématique de Marshall & Rathbone (2011) qui explicitent que certaines stratégies thérapeutiques ont montré un impact favorable. Celles-ci résident notamment l'association de thérapies psychologiques et médicamenteuses, ou dans l'utilisation d'acides gras Omega-3. Les auteurs en concluent que les recherches à ce sujet doivent se poursuivre, notamment pour évaluer le maintien des bénéfices dans le temps.

Dans la même logique, la revue de littérature et méta-analyse de Stafford et son équipe met en évidence des bénéfices mais invite à de plus amples recherches sur le sujet (Stafford et al., 2013). Ceci permettrait notamment de mieux caractériser les facteurs qui affectent la durée de maladie non traitée, et les implications qui en découlent pour les sujets concernés.

Evolutions possibles

L'évolution des premiers épisodes psychotiques n'est pas univoque. La conférence de consensus de la Fédération française de Psychiatrie en 2003 avance les chiffres suivants :

- Dans 25% des cas, la résolution est complète et l'accès restera unique.
- Dans 25% des cas, des récurrences à plus ou moins long terme ont lieu, chaque accès ayant la même valeur qu'un épisode unique.
- Dans 50% des cas, l'évolution se fait vers une psychose chronique, celle-ci pouvant prendre la forme d'une schizophrénie, ou d'une psychose non schizophrénique. L'évolution peut également se faire vers un trouble bipolaire.

Delamillieure, Couleau & Dollfus (2009), confirment cela : « seuls 25 à 30% des individus présentant un PEP développent une schizophrénie par la suite. Le PEP peut être inaugural d'une schizophrénie mais aussi d'un trouble schizophréniforme de durée inférieure à 6 mois, d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizo-affectif, d'une psychose réactionnelle brève de durée inférieure à 15 jours, d'une psychose paranoïaque ou encore d'un trouble induit par une substance telle que le cannabis ».

Quelques précautions importantes

L'impact du cannabis

Il est important de prendre en considération l'impact de la consommation de cannabis car elle est conséquente dans cette tranche d'âge de transition sociale et qu'elle a un impact sur le diagnostic possible. En effet, le cannabis induit des réactions psychotiques aiguës « durant de quelques heures à quelques jours » (M.-O. Krebs & CPNLF, 2015). Les manifestations psychiatriques associées aux prises de cannabis sont nombreuses et bien décrites. Celles-ci comprennent des symptômes psychotiques, à savoir des idées délirantes (« effet parano »), des sensations de dépersonnalisation/déréalisation, une désorganisation conceptuelle, des illusions voire hallucinations et des déformations de l'image du corps notamment (Dervaux & Laqueille, 2012). Des doses supérieures à 200 µg/kg peuvent mener à des symptômes dissociatifs, des distorsions ou encore des illusions visuelles et auditives.

De manière générale, le risque de schizophrénie est deux fois plus élevé chez les consommateurs de cannabis, indépendamment du sexe, de l'âge, de l'appartenance ethnique, du milieu urbain ou de la consommation d'autres produits (Henquet et al., 2008). La consommation de cannabis, dans ce contexte, est vue comme un facteur environnemental. Les modèles actuels visant à comprendre l'entrée dans la pathologie conjuguent l'influence de ces facteurs environnementaux avec une vulnérabilité entre autres génétiques qui à eux seuls n'entraînent pas la pathologie.

Le cannabis a un impact sur la maturation cérébrale propre à cette période de la vie. En effet, l'existence d'une majoration du risque si l'âge de début des consommations se situe avant 15 ans a pu être objectivée en mettant en évidence des troubles de l'attention et des fonctions exécutives plus sévères lorsque les consommations ont débuté avant l'âge de 15 ans (Fontes et al., 2011). En plus de doubler le risque de psychose par rapport à une exposition à l'âge adulte, une première exposition avant l'âge de 15 ans est associée à une altération durable des fonctions cognitives.

Un dernier élément d'importance réside dans le fait que le cannabis va avoir un effet précipitant sur la survenue d'un trouble psychotique, à savoir que l'âge de début des troubles va être plus précoce en cas de consommation. Ceci est encore accentué par certains facteurs tels que la précocité de l'usage (avant 14 ans), la quantité des consommations, la qualité du produit (teneur en delta-9-THC) ou encore une vulnérabilité génétique particulière (M.-O. Krebs & CPNLF, 2015).

Le risque suicidaire

L'un des intérêts du diagnostic et du traitement précoce est de diminuer ce risque (Fédération Française de Psychiatrie et al., 2003). L'association entre intervention précoce et risque suicidaire à court et long terme a été étudiée. Elle montre que le dispositif d'intervention précoce (accompagnement sur deux ans) permet de diminuer le taux de suicide dans la période critique suivant le premier épisode psychotique (PEP) mais également que cet effet se maintient dans le temps (Chan et al., 2018). La nécessité de maintenir la prévention du risque suicidaire au décours du premier épisode est aussi souligné (M.-O. Krebs & Lejuste, 2017).

1.2 Eléments théoriques liés à l'adolescence

L'adolescence est un âge de transition. C'est l'âge où l'apparition des troubles est la plus fréquente avec un premier pic potentiel entre 16 et 19 ans et un second entre 20 et 24 ans mais il s'agit aussi d'un âge de transition sociale : le passage de l'adolescence à l'âge adulte, où l'on passe du Lycée vers les études supérieures et/ou l'emploi, où l'on part de chez ses parents et où l'on vit ses premières expériences d'autonomie... Tordjman & Wiss en 2014 explique que « *l'adolescence est une période de changement. Il s'y produit à la fois une rupture avec un état antérieur, l'enfance (comme on ne désire pas forcément quitter), et une recherche d'un statut stable d'adulte (qu'on voudrait bien atteindre). C'est à la fois une période de crise, d'individuation et de maturation* ».

Michel Delage (2008) donne quelques éléments théoriques importants au sujet de l'adolescence, à partir des données issues des théories de l'attachement. La montée pulsionnelle, les remaniements identitaires, les enjeux liés à l'autonomisation sont autant de facteurs d'insécurité pour l'adolescent ainsi que pour ses parents. Michel Delage se questionne sur une certaine flexibilité de l'attachement, en lien avec cette période de l'adolescence qu'il décrit comme une deuxième phase du processus de séparation-individuation. Il cite notamment trois éléments majeurs amenant nécessairement l'adolescent à revisiter la qualité de ses attachements. Les nouvelles capacités cognitives d'abord, c'est-à-dire l'acquisition d'une vision de soi qui permet de se dégager de la seule image donnée par les donneurs de soin. L'adolescent peut prendre en compte les points de vue des parents et construire le sien propre. Il est aussi capable de regarder sa relation avec chacun des deux parents, ainsi que la relation des parents entre eux. Deuxièmement, la poussée vers l'autonomie, qui par la qualité de la présence parentale permet l'exploration d'autres attachements. Enfin, l'attirance sexuelle et les relations avec les pairs, décrits comme un nouvel équilibre entre attachements construits dans l'enfance et ceux établis dans les relations avec de nouveaux partenaires.

1.3 Eviter les ruptures de parcours

C'est malheureusement dans cette période de transition et de potentielles fragilités qu'il existe de façon structurelle des ruptures de continuité dans certains dispositifs. Par exemple, entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Règlementairement, la pédopsychiatrie s'arrête à 16 ans et l'accompagnement en psychiatrie adulte débute à 18 ans selon les textes législatifs en France. Concernant les troubles du spectre psychotique, ils ne sont toutefois pas forcément dépistés par les dispositifs de pédopsychiatrie car les schizophrénies à début précoce sont rares (1/10000 selon la conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie en 2003). Il apparaissait alors pertinent que la tranche d'âge des 16-18 ans soit rattachée à celle des 18-25 ans car elle représente une période d'entrée majoritaire dans l'éclosion des pathologies psychiatriques chroniques et tout particulièrement celle des psychoses débutantes.

De plus, il peut exister des ruptures de parcours entre la fin de l'obligation d'aller à l'école (16 ans), la majorité (avant les jeunes adolescents sont sous la responsabilité de leur famille) et l'accès aux ressources des minima sociaux (25 ans). En effet, si les jeunes entre 16 et 25 ans ne bénéficient pas de ressources environnementales leur permettant de

subvenir à leurs besoins, ils peuvent se retrouver dans des situations de précarité et/ou isolement les mettant en marge de la société.

Enfin, l'ouverture des droits à compensation de la MDPH (à 20 ans pour bénéficier de l'AAH par exemple) peuvent contribuer à un retard de dépistage, d'intervention et de soins ainsi que d'engagement des personnes dans les projets de vie personnels (autonomie, déplacements, vie sociale, formation scolaire, universitaire et professionnelle, citoyenneté, vie affective).

Cette première partie permet de comprendre l'intérêt de se centrer sur les jeunes de 16 à 25 ans. Ces apports théoriques ont interrogé les promoteurs du projet (cités en annexe 5) : Faut-il constituer une équipe spécialisée dans l'accompagnement de jeunes qui présentent des symptômes spécifiques d'un éventuel premier épisode psychotique ? Ou faut-il créer une équipe de prévention pour voir l'ensemble des jeunes répondant à ce critère d'âge et qui se présentent ou qui contactent un des services de psychiatrie du pôle ?

L'abord des modèles du handicap permet de développer un regard plus complexe sur ces questions.

2 De l'importance de se décentrer d'une vision médicale

Bien que les modèles du handicap aient largement évolué pour souligner l'importance des facteurs environnementaux, le handicap reste souvent pensé en référence à une maladie préalablement identifiée, notamment en psychiatrie. Cette vision médicale du handicap en France est d'ailleurs l'objet d'une des critiques principales de l'observation du comité des droits de l'Organisation des Nations Unies (ONU) dénoncée par le dernier rapport transmis en Aout 2021¹⁵ sur l'application de la Convention Internationale des Droits des Personnes handicapées (CIDHP) ratifié par la France en 2010. Cette critique a d'ailleurs déjà été faite en 2017, à la fois dans le rapport de Catalina Devandas-Aguilar¹⁶, rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées mais aussi par le Comité Français des personnes Handicapées pour les questions Européennes (CFHE) à la suite de l'examen du rapport initial de la France. Or, beaucoup de personnes accompagnées peuvent se trouver en restriction de participation à la vie sociale sans pour autant avoir reçu

¹⁵ ONU, (2021), Sessions des organes de traités ([ohchr.org](https://www.ohchr.org)) (l'ensemble des rapports est disponible sur ce site).

¹⁶ Devandas-Aguilar,(2017), Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017 ([OHCHR](https://www.ohchr.org))

un diagnostic de maladie psychiatrique (difficultés à suivre des études, à sortir de chez soi, à aller au cinéma...).

Penser le handicap, ce n'est pas penser les troubles ou la maladie, mais bien la réalité des personnes, le concret, le quotidien. Il s'agit, dans ces situations complexes, de raccourcir les délais de réponse et d'accompagnement. Si on peut admettre qu'une action basée sur une vision réductionniste qui se centre sur le symptôme donne de nombreux résultats pour soigner ou guérir bon nombre de malades, ce raisonnement linéaire, s'appuyant sur le fait qu'une cause produit un effet, peut parfois s'avérer insuffisant voire inefficace. En entrant dans le monde de la personne en situation de handicap, la compréhension et l'action des intervenants sont confrontées à une réalité multidimensionnelle et plurifactorielle qui relève de la complexité. Ils y rencontrent alors bien plus qu'une seule représentation réductionniste unicausale de la situation de handicap de la personne. Par exemple, il ne suffit pas de préconiser des aides techniques pour réduire son handicap, pas plus qu'il ne suffit de donner un traitement adapté à une personne souffrant d'une pathologie psychotique pour qu'elle n'exprime plus de symptômes, et qu'elle ne soit plus en restriction de participation sociale.

Il s'agit d'avoir une action co-construite avec la personne concernée et son entourage pour avoir une réponse adaptée à leur besoin, mais aussi de réfléchir à cette réponse d'une manière sociale, intégrant l'environnement dans lequel évolue la personne et son entourage (que ce soit d'un point de vue relationnel, professionnel, d'accès aux loisirs, à la citoyenneté...). Ces réponses impliquent alors de nombreuses personnes, professionnels du soin et de l'accompagnement ou non, praticiens libéraux ou rattachés à des institutions, des acteurs de premier recours, des personnels des collectivités locales et territoriales, des membres de l'entourage...L'un des enjeux est alors d'améliorer la cohérence et la continuité du parcours de la personne en respectant ses envies et souhaits, tout en articulant chacune des interventions nécessaires (schéma d'interventions avec des pratiques orientées vers le rétablissement en Annexe 6).

Cet objectif s'inscrit au sein du paragraphe 2, annexe 1 de la note de cadrage de l'instruction DGOS/R4/2019/176 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie pour l'année 2019. ESPPAIR s'inscrit alors dans les axes de travail de la feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée par la ministre des Solidarités et de la Santé en juin 2018 :

- Mise en œuvre des parcours en psychiatrie favorisant la proximité et les articulations entre l'ensemble des acteurs du parcours de santé sur les territoires de santé mentale,
- Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence.

Pour les promoteurs de ce projet, l'abord des personnes se fait par la question du handicap au sens des restrictions de la participation décrits dans la CIFSH et non par les seuls symptômes au sens du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V. Ce modèle actuel du handicap de l'OMS peut servir de support pour synthétiser les éléments recueillis au cours des différents entretiens et évaluations spécialisés (démarches G-MAP, pour une description détaillée, cf. article Prouteau et al., 2018). Cette démarche G-Map permet la prise en compte des déficiences, de manière à avoir une meilleure compréhension des limitations d'activités, mais aussi celle des facteurs contextuels (personnels et environnementaux) qui éclairent la restriction de participation de la personne. La restitution des résultats peut également se faire par l'intermédiaire de ce modèle de la CIF car il permet d'indiquer à la personne sur quelles dimensions il est possible d'agir et dans quel but en termes de réduction des restrictions de la participation.

Le handicap pensé comme un empêchement dans les rôles sociaux devient un levier pour prévenir l'entrée dans un trouble psychiatrique chronique et maintenir l'inscription dans des liens sociaux. C'est dans cet esprit que l'équipe ESPPAIR a été imaginé.

3 Rétrospective de la création d'ESPPAIR

La création de l'équipe ESPPAIR s'inscrit dans la poursuite de la dynamique du pôle de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Jonzac, qui a engagé le virage ambulatoire de ses pratiques depuis 1995, par le déploiement de professionnels qualifiés sur l'ambulatoire, soit plus de 2/3 du pôle de psychiatrie hors filière médico-sociale.

Le développement d'actions de réhabilitation psychosociale basées sur le projet personnel (inclusion sociale, citoyenneté, renforcement du pouvoir d'agir) favorise davantage de proximité et le maintien dans l'environnement familial, social, affectif et d'apprentissage. Elle repose aussi sur une offre diversifiée du « panier de soins » au sein du pôle en privilégiant des lieux inclusifs de rencontres et de soins. La labellisation de

niveau I lui a été attribuée fin 2018. Suite à la Loi du 16 Janvier 2015¹⁷ relative à la délimitation des régions, où l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine (ARS NA) s'est engagée dans la structuration de l'offre de réhabilitation psychosociale sur l'ensemble de la nouvelle région.

Le CH de Jonzac n'est pas un établissement spécialisé en psychiatrie et se compose de trois autres pôles : la MCU (Médecine Chirurgie Urgences), la Gériatrie et Réadaptation et la Pédopsychiatrie.

Le territoire d'intervention du pôle de psychiatrie adulte s'articule autour de deux secteurs du Sud de la Charente Maritime (carte en annexe 7) : celui de Jonzac (vert sur la carte) représentant un bassin de population de 75 000 habitants environ et celui de Royan (bleu sur la carte) pour 120 000 habitants (et pouvant monter à plus de 300 000 habitants en période estivale). Chaque secteur dispose de lieux de consultations facilitant la proximité du soin. Ce sont des Centre Médico-Psychologique (CMP) ; il y en a quinze au total actuellement sur l'ensemble du territoire.

ESPPAIR s'inscrit dans le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui met en avant l'offre à consolider pour réduire les inégalités territoriales au travers de dispositifs pluriels de promotion et de repérage en santé mentale favorisant « l'aller vers ». Le PTSM de Charente Maritime inclut toute une partie sur le rétablissement, en mettant en exergue les actions menées pour le handicap psychique sur l'habitat, l'emploi, les loisirs, la citoyenneté, l'accès aux droits, la réhabilitation psychosociale, les programmes d'éducation thérapeutique, la pair-aidance, le soutien aux personnes accompagnées et aux familles. ESPPAIR répond aux six priorités d'accompagnement, du jeune adulte à la personne âgée, dans leur parcours et leur projet personnalisé, présent dans les 10 axes du PTSM établis à la suite du diagnostic territorial réalisé (annexe 8).

3.2 Fondement du projet

Entre l'hospitalisation et la pleine participation sociale, il est nécessaire de proposer des réponses sanitaires temporaires et/ou graduées et évolutives, en adéquation avec le parcours de rétablissement des personnes.

Le mouvement d'empowerment initié par des usagers marque une progression dans ce sens en transformant l'action de l'accompagnant professionnel du « faire pour »

¹⁷ Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral (legifrance.gouv.fr)

(paternaliste et stigmatisant) vers le « faire avec » (émancipateur et valorisant). Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, l'empowerment consiste à octroyer davantage de pouvoir aux individus pour qu'ils soient en mesure d'agir sur leurs contraintes sociales. Il s'agit donc de soutenir leur participation sociale et leur engagement dans des activités significatives au regard de leurs habitudes de vie. Il implique alors de pouvoir intervenir sur l'environnement de la personne : famille, emploi, école, quartier, vie associative, etc.

L'empowerment est à rapprocher de la notion de rétablissement, également apparue à l'initiative des usagers, dont les écrits sur leurs parcours dans la maladie ont commencé à être publiés dans les années 1970-80 (Chamberlin, 1978; Deegan, 1988). Pour William Anthony (1993), le rétablissement désigne « *une démarche personnelle et unique [...]. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie [...]* ».

L'approche du rétablissement s'est développée en se centrant sur le devenir de la personne, tout en imaginant la possibilité « *de vivre avec et malgré des troubles* » et a été portée par les usagers et leurs familles (Chamberlin, 1978). Il ne s'agit pas d'envisager une guérison ou une rémission basée sur la disparition des symptômes (Pomini & Bonsack, 2018). Les critères du rétablissement n'appartiennent pas aux soignants mais aux personnes accompagnées (Vigneault, 2019).

Cette graduation et cette adéquation oblige une transformation des pratiques professionnelles en psychiatrie qui doit se baser sur une approche de proximité, au plus proche du domicile et/ou de l'environnement de la personne en incluant le « hors les murs » sur un territoire étendu.

La rigidité du cadre administratif de prise en charge et des règles de fonctionnement de l'accompagnement en psychiatrie est une difficulté régulièrement exprimée par les usagers comme les professionnels de la santé mentale. Les délais d'attentes actuels pour bénéficier d'un accompagnement en CMP ou pour avoir une consultation avec un psychiatre sont des exemples souvent donnés et empêchent ou retardent de nombreuses personnes pour accéder à des soins. Il en est de même pour faire valoir les droits qui concernent les personnes en situation de handicap nécessitant une reconnaissance administrative pour bénéficier des accompagnements spécifiques, par des services médico-sociaux (SAMSAH, SAVS...) ou des places en établissement (EAM, MAS...). En effet, le délai de traitement des dossiers administratifs par la MDPH pour bénéficier de ces droits est souvent très long et la réponse apportée peut parfois ne pas prendre en considération l'évolution (positive ou négative) entre le moment du dépôt du dossier et la

réponse. De plus, le fait d'avoir besoin de remplir un dossier administratif, nécessitant un certificat médical où un diagnostic doit être posé renforce la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou rencontrant des situations de handicap. Sans ce certificat médical, le dossier de demande auprès de la MDPH est considéré incomplet et cela peut donner l'impression que les personnes sont réduites au diagnostic posé pour avoir accès à leurs droits. En se référant aux modèles du handicap de l'OMS, la CIFSH, il apparaît difficile de comprendre les situations réellement vécues par les personnes sans prendre en considération leurs points de vue et sans passer du temps auprès d'elles pour comprendre leur fonctionnement et les adaptations qu'elles ont déjà mis en place pour maintenir les rôles sociaux auxquels elles souhaitent prétendre de manière performative.

3.3 Mise en œuvre de ce projet

En 2018, la mise en place d'une expérimentation d'une mission de coordination de parcours sur le secteur de Royan est initiée par le détachement de mon poste d'ergothérapeute, initialement inscrit au sein d'une équipe ambulatoire d'un CMP du secteur. Un neuropsychologue est recruté par la suite dans le cadre de l'axe de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive. Un Médiateur Santé Pair vient compléter l'équipe pour enrichir, par son expertise personnelle du rétablissement, les missions de coordination de parcours sur le pôle. A cet effet, le CH de Jonzac dépose deux projets de création d'équipes mobiles dans le cadre du FIOP 2019 avec pour missions :

- Le dépistage des phases prodromiques en particulier dans la schizophrénie entre 16 et 25 ans ;
- La coordination de parcours de rétablissement pour les personnes présentant un handicap psychique.

Début 2020, le projet de création de l'équipe de dépistage des phases prodromiques est retenu par le FIOP et notifié quant à son budget en avril. Les recrutements pour cette équipe sont alors lancés. Le projet de coordination de parcours pour les troubles du spectre schizophrénique au-delà de 25 ans n'a pas été retenu. Dès lors, le pôle prend la décision de maintenir cette mission de coordination de parcours en intégrant deux dimensions : la coordination de projet des phases prodromiques entre 16 et 25 ans et la coordination de parcours des personnes présentant un handicap psychique au-delà de 25 ans. On tient ainsi compte de la nécessité de continuité d'accompagnement pour les jeunes qui présenteront un trouble avéré du spectre schizophrénique. Les deux missions décrites précédemment dans les projets déposés ont alors été réunies dans une même équipe avec,

d'une part, des intervenants dédiés au dépistage prodromique pour les adolescents et jeunes adultes de 16-25 ans et, d'autre part, la mobilisation de l'ensemble des professionnels du pôle en ce qui concerne la coordination de parcours. Cette équipe et ces missions sont coordonnées par l'ergothérapeute ayant été détaché en 2018 comme décrit précédemment.

3.4 Composition de l'équipe

L'équipe ESPPAIR est composée d'un Equivalent Temps Plein (ETP) d'ergothérapeute coordinateur, de 3 ETP d'ergothérapeutes, de 4 ETP de neuropsychologues, de 2 ETP de Médiateurs Santé Pairs, d'un ETP de secrétariat, de 0,4 ETP de cadre (non pourvu) et de 0,4 ETP de psychiatre. Cela ajoute de nouveaux professionnels, spécialistes des situations de handicap psychique, qui étaient peu représentés sur le territoire. Ces compétences complètent celles des infirmiers, très présents au niveau des CMP. C'est la raison pour laquelle il n'y a pas d'infirmiers recrutés sur cette équipe. L'apport de cette pluri professionnalité est importante pour permettre de croiser les regards sur les situations rencontrées. C'est d'ailleurs de cette manière que le pôle de psychiatrie adulte, du CH de Jonzac, a résolu le problème de l'hospitalisation au long cours par l'addition des compétences de l'ensemble de ces professionnels et en y impliquant les autres acteurs présents sur le territoire (assistantes sociales de secteur, infirmiers libéraux, médecins traitants et autres acteurs de premier et second recours).

Une telle démarche nécessite des professionnels formés à l'approche systémique, à la connaissance du modèle de la CIFSH, à la philosophie du rétablissement et au concept d'« *empowerment* » afin que la personne soit accompagnée dans l'élaboration de la construction de son projet, avec l'ensemble des acteurs de son environnement. Cela a d'ailleurs été une des conditions du recrutement des professionnels ou des axes de formation prévus au cours de l'année de recrutement (une formation à l'approche systémique est en cours pour quatre membres de l'équipe, le reste de l'équipe étant déjà formé – pour les autres axes, les formations initiales de chacun des professionnels ont apporté un bon niveau de connaissance sur ces domaines).

3.5 Les objectifs spécifiques de l'équipe

Pour le dépistage des phases prodromiques

Cette équipe mobile est dite de prévention car ses objectifs sont de dépister et diagnostiquer les sujets à ultra haut risque (UHR) de développer un trouble du spectre

schizophrénique et de contribuer à traiter et accompagner les premiers épisodes psychotiques. Elle s'adresse aussi à d'autres pathologies du registre de la santé mentale afin d'éviter l'entrée dans des pathologies chroniques (pathologies anxieuses, troubles de l'humeur et bipolarité, troubles addictifs...). Ces pathologies peuvent s'associer en comorbidités psychiatriques mais aussi faire partie des formes d'entrée dans des troubles du spectre schizophrénique. De plus, elle vise à réduire la DPNT (durée de psychose non traitée).

Elle a également pour objectif de créer un partenariat et un réseau efficace en utilisant la stratégie « d'abaissement des filtres » (Van Os & Delespaul, 2005) : « *Les filtres sont définis comme l'ensemble des éléments qui conditionnent le passage d'une étape à une autre au cours de la trajectoire de soins d'un patient comme par exemple le passage du médecin généraliste au spécialiste. L'augmentation de la perméabilité de différents filtres (reconnaissance des signes en médecine générale, adressage au psychiatre) augmente les possibilités de prévention de la schizophrénie en population générale* » (Llorca & Denizot, 2008).

Enfin, elle a pour mission d'apporter de l'aide, de l'information/formation aux groupes professionnels ayant la plus grande probabilité de premier contact avec les patients à risque (Haggerty & Mrazek, 1994)

Pour la coordination de projets

La possibilité d'un réajustement des projets des personnes accompagnées dans une démarche de co-construction est proposée par ce dispositif de manière pérenne. L'objectif principal est d'améliorer le parcours de rétablissement de la personne en tentant d'éviter les ruptures quel que soit leur âge. L'accompagnement des projets s'inscrit dans le respect des droits des personnes handicapées défini par la Convention des Nations Unies. Pour cela, des professionnels du pôle ont été formés au Quality Rights Tool Kit traduit par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). L'équipe accompagne ainsi l'évolution du projet de la personne, et sa redéfinition dans le temps, sans avoir la nécessité d'attendre une notification MDPH, telle qu'elle est indispensable pour débiter un accompagnement médico-social (SAMSAH par exemple).

Au regard des gains attendus, le projet concourt à l'amélioration de la coordination entre les acteurs des divers champs en vue de favoriser :

- La communication entre la personne et son entourage par une démarche intégrative sociale, impliquant l'ensemble des acteurs présents sur le territoire.
- La coordination des échanges d'informations inter professionnelles avec la validation de la personne par rapport à leur utilité et pertinence
- La coordination des projets ainsi définis avec les acteurs de premier niveau : médecins généralistes, infirmier(e)s du secteur libéral, assistants sociaux de la Délégation Territoriale, professionnel(le)s de la réinsertion et du retour à l'emploi, bailleurs sociaux publics et privés, élus locaux, associations, etc.

La description de la population cible, ainsi que le fondement de l'équipe et ses objectifs a fait apparaître des questionnements qui constituent le premier objectif de ce travail. L'objectivation des profils rencontrés par l'équipe ESPPAIR en 2021 permet d'y apporter des éléments de réponse.

4 Objectiver les profils rencontrés par l'équipe ESPPAIR en 2021

L'analyse quantitative porte sur les indicateurs collectés en 2021 par le DIM du CH de Jonzac, donc sur les données d'activité de l'équipe ESPPAIR recueillies en pratique courante au sein des dossiers « patients » du CH.

4.1 Données globales

L'équipe ESPPAIR a rencontré 404 personnes au cours de l'année 2021 parmi lesquelles 99 étaient déjà connue en 2020 (année de démarrage de l'équipe) et 224 personnes n'avaient jamais consulté un service de psychiatrie auparavant. Sur ces 404 personnes, l'âge moyen est de 20,7 ans et l'âge médian est de 19 ans. L'équipe a rencontré 221 personnes de sexe féminin, 183 de sexe masculin (55-45 %). 116 jeunes étaient mineurs (environ 30 % de la file active) au moment de la rencontre (42 de sexe masculin soit 36,2 % et 74 de sexe féminin soit 63,8%).

Le délai moyen de contact c'est à dire le moment où le jeune (ou un tiers) a pris contact et le moment où l'équipe l'a rappelé, est de 4,86 jours, ce qui signifie qu'une personne avait un premier échange avec un clinicien de l'équipe moins de cinq jours après avoir adressé une demande au secrétariat.

Les pathologies importantes à prendre en considération pour le repérage de personnes à risque de développer des pathologies psychiatriques chroniques sont détaillées dans l'encadré 2 ci-dessous.

Encadré 2 : repérages chez les 16-25 ans de personnes à risque de développer des pathologies psychiatriques chroniques

- ✓ Adolescents UHR (pré-morbide, prodrome, PEP, BDA...)
- ✓ Pathologies anxieuses
- ✓ Troubles de l'humeur et bipolarité
- ✓ Troubles addictifs
- ✓ Pathologies issues des abus, de la maltraitance et du psychotrauma
- ✓ Tous les « dys »

Ces pathologies peuvent s'associer en comorbidités psychiatriques mais aussi faire partie des formes d'entrée dans des pathologies chroniques

4.2 Repérages avec un diagnostic clinique de la CIM-10

Sur ces 404 personnes, 363 ont reçu un ou plusieurs diagnostics. Ceux-ci peuvent concerner plusieurs dimensions : un diagnostic médical (catégorie F, c'est-à-dire en termes de maladie ou trouble) nécessairement établi par un médecin (F20 par exemple) et/ou un diagnostic « contextuel » (catégories X-Y-Z) pouvant être établis par les professionnels intervenants dans l'équipe (Z63.1 ; Z63.8 et X78). Cela amène des éléments environnementaux et sociaux dans la compréhension des situations. Par exemple, une personne dont les codes diagnostics CIM 10 seraient F20.0 ; Z63.1 ; Z63.8 et X78 indiqueraient que la personne rencontrée souffre d'une schizophrénie (F20) et qu'elle a des difficultés dans les rapports avec ses parents (Z63.1), qu'il y a d'autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z63.8) et qu'elle s'est auto-infligée des lésions par l'utilisation d'objet tranchant (X78).

Si on se concentre sur les schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29), 33 personnes rencontrées ont eu ce diagnostic posé sur les 363 personnes ayant eu un diagnostic. Cela représente 9% de la file active, ce qui pourrait paraître peu par rapport à la mission principale d'ESPPAIR.

Parmi ces 404 personnes, 348 ont été vues par un médecin. Toute personne qui contacte l'équipe, ou pour qui l'équipe a été contacté, reçoit une proposition de rendez-vous

médical. Cependant, l'accompagnement pourra débuter avant ce rendez-vous. Ce choix a été fait par l'équipe, dès le départ, pour plusieurs raisons : le délai de réponse médicale qui peut parfois être long. Cela permet de créer un lien, une relation, avec les personnes qui ne soient pas centrés sur une réponse à des symptômes dans un premier temps. Cette dimension se retrouve d'autant plus si la demande est portée par un tiers. De plus, toutes les personnes ne souhaitent pas rencontrer un psychiatre et peuvent avoir besoin de temps pour mesurer un intérêt, un bénéfice à un rendez-vous médical.

Il est cependant nécessaire que les personnes accompagnées aient un diagnostic médical posé pour que l'activité produite par l'équipe puisse ressortir (ce qui est une contrainte stigmatisante). L'activité médicale a généré 1130 actes, ce qui veut dire que les personnes ont été vues en moyenne 3 fois par un médecin au cours de l'année. Ce chiffre est à pondérer car certaines situations nécessitent un regard médical plus régulier, particulièrement en cas de mise en place d'un traitement médicamenteux. Il est possible alors de déduire qu'un certain nombre de personnes n'ont rencontré un médecin qu'une seule fois et n'ont pas eu besoin de plus.

56 personnes ne se sont pas présentées au rendez-vous avec le médecin. Une partie a pu être ré-orientée, dès le premier appel au service, si les éléments échangés ne concernaient pas l'équipe ESPPAIR (diagnostic neurologique déjà posé ou demande faite par un tiers qui n'a pas été honoré par le jeune, etc.).

14 jeunes ont eu un diagnostic posé par l'équipe (en X-Y-Z) mais n'ont pas eu un diagnostic en F (personne ne nécessitant pas un rendez-vous médical selon l'équipe ou ne s'étant pas présenté au rendez-vous programmé ou ayant été rencontrée en fin d'année 2021 avec un rendez-vous médical prévu en 2022).

D'un point de vue des diagnostics posés en F, nous voyons que la majorité des personnes rencontrées (54,2%) présente des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes(F40-48).

Tableau de répartition des diagnostics des personnes rencontrées par ESPPAIR en 2021

UF 1848 - Répartition des diagnostics - Année 2021			
Code CIM10	Nb. patients	Nb. patients DAS	Nb. Patients total
F40-F48 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	169	119	219
Z55-Z65 - Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales	36	155	176
F60-F69 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	42	58	94
F50-F59 - Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	15	46	60
F90-F98 - Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	31	22	48
F10-F19 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	16	32	42
F20-F29 - Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	30	5	33
Z70-Z76 - Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs	5	28	30
F99 - Trouble mental, sans autre indication	28	-	28
Z80-Z99 - Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections	-	27	27
F30-F39 - Troubles de l'humeur (affectifs)	16	6	22
F80-F89 - Troubles du développement psychologique	9	8	15
F70-F79 - Retard mental	8	6	14
F00-F09 - Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	8	8	13
X85-Y09 - Agressions	-	13	13
X60-X84 - Lésions auto-infligées	-	10	10
G40-G47 - Affections épisodiques et paroxystiques	1	4	5
Z00-Z13 - Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers	1	4	5
L20-L30 - Dermatoses et eczéma (syndrome)	-	2	2
M40-M54 - Dorsopathies	-	2	2
T66-T78 - Effets de causes externes, autres et non précisés	1	-	1
E70-E90 - Anomalies du métabolisme	-	1	1
J40-J47 - Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	-	1	1
L40-L45 - Lésions papulo-squameuses	-	1	1
L60-L75 - Maladies des phanères et des annexes de la peau	-	1	1
O00-O08 - Grossesse se terminant par un avortement	-	1	1
R47-R49 - Symptômes et signes relatifs au langage et à la voix	-	1	1
Y85-Y89 - Séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité	-	1	1
Z40-Z54 - Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins	-	1	1

Si nous nous attardons aux critères en Z, qui peuvent s'additionner puisque chacun représente une dimension environnementale, psychosociale, relationnelle ou familiale¹⁸, il s'agit de la dimension la plus présente dans les situations rencontrées (60,8%).

5 Discussion

L'objectivation des profils réalisés permet d'apporter un premier élément de réponses aux questionnements posés. En effet, les chiffres montrent que 9% de la file active d'ESPPAIR sont des personnes qui présentent des troubles spécifiques d'entrée potentielle vers une maladie psychiatrique chronique, ce qui semble peu. Cependant rapporté aux chiffres en France qui indiquent qu'environ 0,7 à 1% de la population est confrontée à des troubles psychotiques de type schizophrénie (Gourier-Frery et al., 2014), l'équipe a rencontré 9 fois plus de situations pour des personnes avec des symptômes

¹⁸ Pour rappel, il n'y a pas d'uniformisation de la cotation par les membres de l'équipe car il ne s'agit pas d'une habitude de pratiques et que l'ensemble de l'équipe n'est pas familier à cette cotation.

psychotiques qui peuvent laisser présager un premier épisode psychotique ou une entrée dans des troubles chroniques. Il s'agit d'un premier argument qui permet d'avancer que la cible est bien repérée.

De plus, si on rajoute à cela, l'ensemble des personnes présentant des troubles correspondant aux repérages chez les 16-25 ans, de personnes à risque de développer des pathologies psychiatriques chroniques (encadré 2), on arrive à une proportion qui est majoritaire dans les situations rencontrées (environ 65% de la file active). Le choix de rencontrer l'ensemble des jeunes de 16 à 25 ans montre la diversité des profils rencontrés et semble pertinent car 2/3 des personnes rencontrées dans ESPPAIR correspondent bien à des critères diagnostics, même si leurs symptômes restent a-spécifiques, nécessitant de surveiller une possible entrée dans des troubles psychotiques chroniques dans le temps. C'est aussi un des intérêts d'ESPPAIR de pouvoir suivre dans le temps l'évolution des situations qui permettront d'affiner ces chiffres. Il est aussi envisagé une étude longitudinale de l'accompagnement précoce sur le devenir des personnes rencontrées et de leurs familles.

Ce premier chapitre permet de répondre au premier objectif posé dans ce travail en objectivant les profils des personnes rencontrées et en confirmant l'adéquation entre les missions initiales et les personnes rencontrées. Pour compléter ce premier objectif, il semble pertinent de mettre en évidence de quelle manière l'équipe ESPPAIR aborde les situations rencontrées, définit les difficultés et le type de réponse proposé, ce qui correspond au deuxième objectif de ce travail. Afin de pouvoir répondre à celui-ci, une analyse de situations a été réalisée et sera proposé dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : La mise en œuvre du projet

1 Stratégies d'interventions de l'équipe ESPPAIR

Comme décrit dans le chapitre précédent, chaque jeune poussant la porte d'une des structures du pôle de psychiatrie, s'il est âgé entre 16 et 25 ans, est orienté vers l'équipe ESPPAIR. L'objectif de l'équipe est d'évaluer si les motifs l'amenant à consulter des services de psychiatrie sont en lien avec l'apparition de symptômes psychiatriques. Les seules exceptions à « ce protocole » concernent les situations déjà connues par les équipes et dont l'accompagnement est déjà inscrit dans le temps ou les relais de situation quand une personne arrive d'un autre secteur et a déjà un diagnostic posé.

Les illustrations cliniques¹⁹ ont pour but d'illustrer concrètement le travail réalisé au quotidien par l'équipe. Cette analyse permet aussi de sortir de « l'idéal de fonctionnement » imaginé au départ et de mesurer les enjeux auxquels l'équipe est exposée en rencontrant les jeunes en souffrance psychique et en tentant de répondre à leurs souhaits. Les situations exposées viendront ainsi nourrir la discussion pour voir si la réponse faite correspond aux missions de l'équipe, en complément du premier objectif, et aux attentes des jeunes.

Chacune des étapes de l'accompagnement proposé par l'équipe est présentée dans ce chapitre. Si une des huit situations cliniques, choisie par la secrétaire ou « tirée au sort », permet d'explicitier une modalité d'intervention alors la situation est présentée en suivant. Une synthèse concernant ces situations cliniques est réalisée à la fin de ce chapitre et permet de discuter dans quelle mesure ESPPAIR intervient sur les situations à risque de troubles psychotiques mais aussi en quoi l'intervention proposée peut s'avérer pertinente dans des situations moins à risque (et/ou parfois lorsque l'adressage est questionnable). Des données d'activités de l'équipe viennent compléter les réponses possibles au questionnement posé en lien avec les missions de l'équipe et les modalités de son intervention.

¹⁹ Pour chacune des situations présentées, le prénom et certains éléments ont été modifiés pour conserver l'anonymat des personnes. Aucune de ces transformations ne modifie le sens de l'accompagnement qui a réellement été proposé.

1.1 Le 1^{er} contact

ESPPAIR a pour mission première d'établir un contact avec l'adolescent et le jeune adulte, dans son lieu de vie, pour nouer une alliance thérapeutique pouvant rendre un accompagnement et des soins éventuels possibles. Cette alliance est le témoignage de l'engagement de l'équipe auprès de la personne qui la contacte. L'équipe s'engage alors à la rencontrer au-delà des difficultés rencontrées et/ou exprimées (ou de sa pathologie si déjà définie), en prenant en considération la dissymétrie du lien à laquelle elle est exposée vis-à-vis de l'équipe mais aussi dans sa famille.

Le premier contact est une étape essentielle. L'équipe doit comprendre comment la personne se représente elle-même, ses difficultés et priorités. Le projet personnel doit également être exploré et discuté en termes de facilitateurs et d'obstacles éventuels. Il s'agit de s'entendre sur les objectifs de l'intervention. Par exemple, la dimension cognitive existe toujours mais sa remédiation ne doit pas s'imposer à la personne comme un préalable à toute intervention. Elle doit plutôt être présentée comme un outil permettant de travailler sur les restrictions de participation quand celles-ci prennent du sens et deviennent une cible pour la personne. L'objectif d'une remédiation cognitive intégrative centrée sur la personne est d'améliorer les facteurs subjectifs (anxiété, dépression, auto-stigmatisation) à travers le gain cognitif que produit la remédiation. La finalité est ici de faciliter le transfert des compétences en vie quotidienne.

Le premier contact est aussi un moyen de comprendre qui est le réel porteur de la demande : la personne concernée ou une personne de son entourage (familial, scolaire, professionnel...). Cette information est importante pour ajuster la proposition d'accompagnement. La situation de Constance peut en être une illustration. Elle est le reflet de situations que nous avons beaucoup rencontrées.

Illustration clinique : la situation de Constance

Constance est une jeune fille qui vient d'avoir 17 ans, dont la mère appelle le service car très inquiète puisqu'elle « *s'est effondrée à table dans la semaine au lycée* ». Il y a donc eu des échanges entre la professeure principale, l'infirmière scolaire, la conseillère principale d'éducation et les parents de cette jeune où il a été proposé que cette jeune fille contacte notre service. Elle n'était pas d'accord avec cette proposition, mais du fait d'être mineure, il n'était pas possible pour nous de ne pas prendre en considération la demande de sa mère. Constance comprendra d'ailleurs très bien cela et dira dès la première rencontre : « *je leur ai dit que je ne veux pas et elle m'a répondu*

qu'il fallait que je me force et pas que je m'écoute ». Elle ne voulait bien sûr pas rencontrer l'équipe avant le rendez-vous médical, prévu 1 mois plus tard. Sa mère l'a amenée, posant le diagnostic de dépression pour sa fille. Il s'avère qu'à la fin de l'entretien, la proposition a plutôt été axée sur une dimension familiale de l'anxiété, ce que chacune a pu reconnaître, avec une pression très importante mise par les parents sur la réussite scolaire, ce qui a généré une anxiété de performance majeure chez cette jeune fille.

Elle n'a pas été suivie ni accompagnée en individuel, elle n'en ressentait pas le besoin. En revanche, quelques entretiens familiaux ont permis de travailler d'autres dimensions et se sont avérés rapidement efficaces. Trois entretiens, espacés de 4 à 6 semaines ont été suffisants. Pour conclure, il a été proposé un accompagnement individuel à la mère de Constance, qui a accepté pour travailler sur son anxiété à elle et la manière de la gérer pour éviter les répercussions sur sa fille. Elle pourra même dire : *« je n'aurai jamais cru que la proposition d'accompagnement et de gestion du stress me serait destinée et je n'avais jamais imaginé à quel point ça avait une influence sur ma fille, mais c'est la meilleure chose qui me soit arrivée ces derniers temps et ça m'a fait un bien fou, et je crois que toute la famille est contente »*.

Dans cette situation, au-delà des informations déjà recueillies lors du premier contact qui permettait de formuler des premières hypothèses qui se confirment ou s'infirmement par la suite, l'intérêt d'une approche neurosystémique apparaît. Il semble important de détailler cet apport qui caractérise l'équipe.

1.2 Apport de l'approche neurosystémique

L'équipe peut également intervenir pour des missions d'évaluation des problématiques impliquant des adolescents en souffrance mais portée par des tierces personnes (famille, partenaires, acteurs du soin et de l'accompagnement...). Chaque situation fait l'objet d'une co-construction de projet individualisé entre l'adolescent, sa famille et les partenaires. Par exemple, il arrive régulièrement que l'équipe soit sollicitée par un acteur du territoire (structure médico-sociale, de l'éducation nationale, associative...) pour aborder les « troubles du comportement » d'un jeune. Il est alors indispensable de comprendre le sens du comportement exprimé par ce jeune avec les personnes présentes lorsque ce « trouble-symptôme » apparaît. Comme le souligne Jean Marc Destailats en 2010, *« la systémique c'est un regard »*. Si on étudie isolément un individu ayant un trouble du comportement, les questions logiques qui en découlent portent obligatoirement sur la nature de l'état de la personne et sur la nature de l'esprit humain. Si on élargit la focale, pour y inclure le contexte dans lequel se produit le trouble alors le regard se déplace vers les effets sur autrui, les réactions d'autrui. On se borne alors à observer des entrées et des

sorties d'informations dans un système. Les symptômes sont des informations et non simplement un conflit intra psychique : c'est la différence entre être ou avoir le symptôme.

Des questions simples permettent de comprendre de manière systémique les symptômes afin de tendre vers une compréhension relationnelle des troubles et non vers une réification réductionniste explicative. On y parvient par trois types de question : le symptôme montre quoi ? il le montre à qui et selon quelle règle ? et avec quel résultat ? Le message dont le symptôme est porteur nous informe tout autant sur l'individu qui en est porteur que sur le fonctionnement du système qui lui donne un sens. Ce raisonnement s'applique aussi à toutes les tierces demandes reçues par l'équipe (famille, partenaires, acteurs du soin et de l'accompagnement...). Les situations de Karl, Maeva et Sophie sont emblématiques de l'apport de l'approche neurosystémique au sein de l'équipe.

Illustration clinique : la situation de Karl

Karl est un jeune homme de 17 ans orienté par la psychiatrie de liaison et les urgences du Centre Hospitalier. Il s'est présenté aux urgences avec sa famille en manifestant d'importantes angoisses de mort à la suite de consommation de CBD. Celles-ci sont majorées par la vaccination pour le COVID-19 et le décès d'un ami de ses grands-parents à 83 ans des suites d'un accident vasculaire cérébral et il craint d'en faire un lui aussi.

Les premiers échanges avec Karl et sa famille ne se feront que par l'intermédiaire de rencontres très rapprochées, en lien avec d'importants symptômes somatiques chez ce jeune homme, comme décrit par les collègues les ayant rencontrés : *« Son sommeil est agité avec des réveils nocturnes plusieurs fois par nuit causés par l'impression que son corps se décompresse. Cette impression est également repérée régulièrement en journée, il fait de plus état de difficultés à avaler, de « lancées d'électricité » douloureuses dans le pied, d'une moindre mobilité de sa jambe, de problèmes auditifs (acouphènes occasionnels lui donnant des sensations de vertige + impression de perte auditive car il s'entend moins bien parler) et visuelle (plainte : quand fixe un point le reste devient moins net + impression que sa vision « va vite »), d'un sentiment d'oppression récurrent et de difficultés à respirer. Il présente ainsi une forte attention sur chacun de ses ressentis et perceptions corporelles, celles-ci sont systématiquement anxiogènes et interprétés comme étant un possible début d'AVC. De plus, à la suite d'une éruption cutanée consécutive à la prise d'un repas chez MacDo, il ne se nourrit plus (hormis quelques céréales) par crainte de faire un choc anaphylactique, il souhaite cependant réintroduire progressivement quelques aliments car il a perdu beaucoup de poids (-10 kg). Il n'a ainsi plus de force et dit être plus maladroït ».*

Les premières observations cliniques, du médecin l'ayant vu aux urgences, sont intéressantes à prendre en considération pour percevoir ce que l'on appelle en systémique,

l'importance du symptôme dans le lien familial, c'est-à-dire la place que prend le trouble dans les relations : « *patient vu avec sa mère (à sa demande), présente une préoccupation somatique exagérée non accessible au rationnel et difficilement accessible à la réassurance malgré les différents intervenants de santé. Jeune très fin dans sa réflexion, hypersensible, intellectualisant tout ce qu'on lui dit. Est dans une situation de paradoxe : attaque ce qu'il vient chercher, à savoir un traitement pour apaiser ses angoisses. Il n'y a clairement pas d'éléments en faveur d'une psychose (je reste cependant prudent sur cette évolution). Évoque un fonctionnement qui sort de sa norme depuis 3 mois, sentiment d'impuissance des parents avec un symptôme qui prend énormément de place dans la famille et qui commence à organiser la vie au quotidien de celle-ci* ».

Il fera sur les trois premiers mois de l'accompagnement proposé environ un à deux passages par semaine par les urgences avec des idées hypochondriaques importantes. Les évaluations médicales régulières et ce qui a été mis en place par l'équipe pour ce jeune ont permis de confirmer l'hypothèse initiale de non entrée dans un trouble psychotique majeur mais d'une anxiété importante (voire débordante). Cependant, il ne s'engage pas dans les soins proposés sur les CMP du secteur, il n'en voit pas d'intérêt. Il ne se saisit pas non plus de nos propositions de contacts téléphoniques et ne répond jamais. Les rendez-vous hebdomadaires s'organisent principalement par la mère, qui appelle souvent dans l'urgence, devant l'apparition de troubles chez son fils. Elle ne confirme jamais ou que très tardivement les rendez-vous pour discuter dans des temps où ce jeune homme manifeste moins de symptômes pour travailler sur un plan de crise conjoint, obligeant l'équipe à se sur adapter à leur organisation familiale en permanence.

L'équipe a travaillé essentiellement sur la compréhension systémique des symptômes, avec pour principale hypothèse une forte interpellation de sa mère qui ne trouve généralement que du rejet. Par exemple, lors d'un rendez-vous où il est travaillé ce que ce jeune homme attend de sa mère pour gérer une crise d'angoisse, il pourra dire qu'il souhaite avoir un temps de réassurance privilégié avec sa mère. Elle répondra que souvent, quand ce moment arrive, elle n'est pas disponible car c'est son moment de repos où elle regarde une série TV. Dans un premier temps, il y a peu de remise en question du fonctionnement parental, des propos durs, de part et d'autre, qui conduisent parfois à une forte escalade symétrique et même des mouvements de violence. Au fur et à mesure du temps, la proposition d'un accompagnement basé sur un fonctionnement en mode éducatif, de la compréhension et des apprentissages, auprès de Karl concernant son anxiété, ses mécanismes de défense, sa santé et le fait de prendre soin de soi, ont fini par être un levier intéressant car il s'en est saisi avec les membres de l'équipe ESPPAIR, bien qu'il continue de refuser les soins sur le CMP. (L'hypothèse étant la qualité du lien co-construit avec les membres de l'équipe dans le temps). Cette situation continue d'évoluer favorablement malgré une symptomatologie anxieuse importante, tout en étant sortie de l'inquiétude d'une entrée dans un trouble psychotique.

Illustration clinique : la situation de Maeva

Maeva est une jeune femme de 18 ans qui présente, lors de la première rencontre avec l'équipe, « *des idées de persécution qu'elle a parfois des difficultés à clarifier. Elle décrit être victime de harcèlement scolaire, dit subir en permanence des moqueries dans le bus et au lycée. Elle décrit des pensées qui pourraient être des idées de références (il s'agit d'un trouble que l'on observe en psychiatrie basé sur des croyances erronées en lien avec des éléments de l'environnement ou des événements qui auraient une signification particulière selon les personnes). En effet elle reconnaît des éléments de son passé dans des exercices de français et pense que ces éléments la visent en particulier. Elle nourrit le même genre d'idées concernant les réseaux sociaux. Son discours est désorganisé, elle semble rencontrer des difficultés de mémoire autobiographique. En effet elle dit avoir des idées qui tournent en boucle dans sa tête et a tendance à mélanger des souvenirs anciens avec des souvenirs récents. Elle nous parle de difficultés de sommeil, difficultés d'endormissement. Elle dit que lorsqu'elle dort peu, cela majore le stress, elle pleurerait toute la journée et subirait ou entendrait plus de moqueries d'elle (difficile de savoir s'il s'agit d'hallucinations auditives ou non) ».*

A nouveau, une analyse neurosystémique de la situation va permettre de comprendre différemment les choses, par rapport à une inquiétude de décompensation psychotique que l'équipe pouvait avoir après la première rencontre. Le bilan neuropsychologique, qui ne révélera aucune difficulté, et la compréhension de l'histoire familiale et des dynamiques relationnelles, encore en cours permettront de proposer à Maeva un accompagnement dans la réalisation d'un projet.

Très vite elle aborde un passé psycho traumatique en lien avec une mère alcoolique, des violences verbales et physiques entre ses parents, des tentatives de suicide de la part de sa mère devant elle et son plus jeune frère... aucun accompagnement individuel ne sera proposé, si ce n'est pour prendre régulièrement des nouvelles. Elle ne présentera pas pour le moment de troubles psychotiques et le travail a été de créer une adhésion familiale à ce qui est proposé. L'objectif a été de se décentrer d'une dimension médicale par rapport à ses symptômes pour les comprendre d'un point de vue relationnel. Elle abordera les harcèlements dont elle est victime régulièrement et pourra même évoquer le fait qu'elle ait été victime d'une agression sexuelle avec viol (où nous découvrirons que sa mère a aussi vécu cela dans son parcours). Elle sera accompagnée sur ce point à la fois sur une dimension clinique et légale (pour lequel nous n'avons pas d'informations au moment de l'écrit de ce travail). Elle présente toujours des épisodes confuso-anxieux et un tableau plutôt évocateur d'une anxiété importante avec des éléments de stress post-traumatique (PTSD). Elle bénéficie pour cela de soins spécialisés sur le CMP de secteur sans empêchement jusqu'à présent de pouvoir avancer dans ses projets.

Illustration clinique : La situation de Sophie

La situation de Sophie pourrait malheureusement être un copier-coller de la situation de Maeva avec quelques différences à souligner. Il s'agit là aussi d'une femme de 23 ans, orientée vers notre service, car elle a déjà rencontré l'équipe EMPP de l'hôpital. En effet, elle s'est retrouvée dans une situation de précarité inquiétante, signalée par la mairie du village où elle réside avec son compagnon, dans un logement décrit comme dégradé voire insalubre. L'EMPP l'avait orientée vers le CMP du secteur pour avoir accès à des soins en lien avec une anxiété généralisée et une phobie sociale. Ce diagnostic lui a été posé par un médecin psychiatre du CMP, diagnostic avec lequel elle n'était pas en accord. Elle était aussi mécontente du lien construit avec ce médecin. Pour elle, il ne l'a pas écouté et n'a pas compris ce qui lui arrivait. L'équipe du CMP propose alors qu'elle rencontre ESPPAIR pour avoir accès à un accompagnement axé sur des projets, ce qui fait qu'elle rencontrera un autre médecin psychiatre.

La demande principale de cette jeune fille est d'avoir un diagnostic lui permettant de comprendre ce qui lui arrive. A nouveau des éléments peuvent laisser penser à une entrée dans des dimensions psychotiques : « Sensations d'oppressions et des impressions d'être persécutée, moquée, à entendre des messes basses à son sujet lorsqu'elle est dehors (dit entendre les gens parler sur elle). Repli total sur son domicile en dehors des visites à sa mère et des courses qu'elle fait avec son compagnon. Ruminations constantes. Sommeil de mauvaise qualité. Actuellement sans aucune activités, relativement isolée sur le plan social ». Mais, comme pour de nombreuses situations rencontrées, elle aborde rapidement un parcours psycho traumatique durant son enfance (père alcoolique, toxicomane, dans des relations d'emprise avec des violences physiques et verbales, elle n'a pas été victime d'agression sexuelle mais qualifie les violences psychologiques qu'elle a subi comme graves avec des expériences terrifiantes).

L'accompagnement se centrera alors sur deux dimensions : la première pour lui permettre d'avoir accès à des soins pour traiter son PTSD et les conséquences légitimes sur son quotidien ; la seconde pour l'accompagner sur un projet ne permettant pas de laisser le traumatisme guider son avenir. Elle sortira rapidement de la question du diagnostic qu'elle demandait initialement car elle était inquiète d'avoir la même maladie que son père qui avait été « étiqueté » bipolaire ou borderline. Les soins lui permettront de travailler sur son impulsivité, ses difficultés de gestion des émotions et de son humeur. L'accompagnement dans des projets personnels lui permettront de sortir d'une phase qu'elle décrit comme « *un handicap majeur et une dépendance totale à son conjoint qui devait gérer tout le quotidien* » pour aller vers un projet professionnalisant (CAP esthétique pour travailler en tant que vendeuse cosmétique).

Les dernières nouvelles ont permis d'apprendre que son projet actuel est celui d'un changement de logement, ce qui semblait être une priorité dès le départ mais plus pour nous que pour elle. Elle explique qu'il y a deux raisons à cela : le fait d'être moins démunie d'un point de vue financier et que commence à apparaître le projet de devenir mère un jour, « *pas tout de suite* », «

mais un jour je voudrai le devenir, maintenant que je sais que je suis capable de mettre un terme à la violence dans ma famille ». Elle décrira alors comment le travail qu'elle a effectué lui permet d'être beaucoup plus sereine pour son avenir, même si « ce n'est pas tous les jours facile ».

Le premier contact ainsi que l'apport de l'approche neurosystémique permettent de faire une première évaluation générale de la situation de chaque jeune ; le regard porté sur l'interaction entre les facteurs environnementaux, relationnels et cliniques ont pour but de sortir d'une vision uniquement centrée sur l'expression des symptômes et de préciser les objectifs d'accompagnement, qui peuvent être multiples. Les évaluations spécifiques, décrites ci-dessous, prennent alors un sens différent pour le jeune.

1.3 Les évaluations spécifiques

Chaque axe de la CIFSH, défini plus haut, peut devenir une cible thérapeutique et/ou d'accompagnement, ce qui impliquera des interventions spécifiques en lien avec les compétences de chacun des intervenants dans le projet de la personne. Il peut alors être proposé différents types d'interventions et d'évaluations par la suite. Dans cette optique, une action conjointe de l'ergothérapeute et du neuropsychologue, qui ne sont pas présents en libéral sur le territoire, est envisagée dans ce projet. La mobilité de ce binôme renforce la pluri professionnalité de l'intervention de santé mentale en apportant l'action qu'ils apportent. Cette mobilité permet aussi de proposer des interventions précoces dans des lieux choisis avec les personnes favorisant l'accès au suivi et leur engagement dans l'accompagnement proposé.

A) L'évaluation neuropsychologique

L'évaluation neuropsychologique comprend une évaluation objective et subjective des compétences cognitives d'un individu. C'est le support d'une psychothérapie intégrative qui relie de façon complexe les dimensions cognitives et psychoaffectives, c'est-à-dire en lien avec le parcours de la personne. L'évaluation objective permet de mesurer les différentes sphères de la neuro-cognition et de la cognition sociale à l'aide d'épreuves normées (reconnaissance de ses propres émotions, capacité à comprendre les intentions d'autrui...). L'évaluation subjective permet l'investigation des plaintes cognitives de la personne à partir d'échelles validées (trouble de la mémoire, de la concentration, de l'attention...).

B) L'évaluation ergothérapique

L'ergothérapie est une discipline qui a, depuis les années 1970 en France à la suite des pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, inscrit son champ de compétence et d'intervention dans l'étude et la compréhension complexe du rapport homme/environnement et des restrictions de participation qui y sont observées, en lien avec l'évolution des modèles du handicap (Processus de Production du Handicap (PPH) puis CIFSH). Les ergothérapeutes ont développé une méthodologie d'observation de la cognition de l'individu à travers son activité et dans son contexte, et non dans des centres spécialisés ou établissements. Ces derniers ne peuvent évaluer que les limitations d'activité et non les restrictions de participation significatives de l'environnement écologique. La situation de Marc illustre l'intérêt de ce binôme neuropsychologue-ergothérapeute.

Illustration clinique : La situation de Marc

Marc est un jeune homme de 16 ans pour lequel sa famille, et particulièrement sa mère, est en demande. En effet, c'est elle qui appelle le secrétariat pour prendre un rendez-vous pour son fils mineur. Elle réalise cette démarche avec l'envie que son fils puisse avoir la continuité d'un suivi qu'il a eu plus jeune en pédopsychiatrie. Malgré les explications fournies dans un premier temps sur le fonctionnement de l'équipe et la demande d'avoir ce jeune en contact direct, il est inenvisageable d'entendre ce fonctionnement pour cette mère. Il est alors proposé que ce soit plutôt un membre de l'équipe, ergothérapeute et thérapeute familial systémique, qui puisse recontacter la recontacter et bien comprendre ce qu'il se passe.

L'échange téléphonique aborde alors plutôt la manière dont les parents de ce jeune sont démunis face à la situation et leur épuisement. Ils sont inquiets pour leur fils car il a des difficultés scolaires, est souvent exclu de cours en lien avec son comportement, il consommerait des toxiques, sortirait beaucoup et ne respecterait pas les règles parentales... Il n'a pas de projets pour la suite de ces études et ne sait pas vers quoi s'orienter. Ils comprennent et reconnaissent que si leur fils n'est pas d'accord avec ce que nous proposons alors il y a de fortes chances que cela ne fonctionne pas. Nous faisons cependant la proposition de le contacter pour essayer de le rencontrer une première fois afin qu'il puisse se faire son propre avis et voir s'il veut engager une démarche d'accompagnement avec nous. Cette proposition va rester infructueuse de longs mois malgré de nombreuses tentatives. Les parents communiqueront régulièrement des informations concernant leur fils à l'équipe, tout en l'informant mais ça ne permettra pas de construire un premier lien avec lui.

Quelques mois plus tard, notre équipe est sollicitée par un partenaire, qui accompagne des jeunes sur un plan social, et qui s'inquiète pour une situation qu'il suit depuis de nombreux mois. Nous reconnaissons immédiatement le jeune concerné. Il semble qu'il ait un bon lien avec ce partenaire et nous leur faisons la proposition de construire un premier contact avec ce jeune à l'occasion d'un rendez-vous commun. Il acceptera sans difficultés cette proposition.

Lors de la première rencontre avec l'équipe, il pourra expliciter qu'il a voulu plusieurs fois faire la démarche vers notre service sans y parvenir et qu'il était inquiet que nous ne soyons attentifs qu'à ce que pourraient dire ses parents. Nous découvrons alors qu'il est accompagné depuis tout jeune pour des difficultés d'attention importante, il aurait été diagnostiqué TDAH mais sans réellement avoir d'évaluations. Son parcours scolaire semble confirmer cela. Par chance, il a bénéficié d'un bilan neuropsychologique récent qui conforte cette hypothèse mais il n'a rien retenu de ce qui lui a été explicité et aucun des parents n'en a eu la restitution. Nous proposons alors la rencontre avec un neuropsychologue de notre équipe et des entretiens de co-construction de projet, en présence des parents afin que tout le monde puisse participer à la hauteur de ce qu'il peut. Le lien élaboré avec la famille va amener progressivement à la compréhension des compétences de leur fils, et surtout comment les mobiliser. Il est en cours d'élaboration d'un projet professionnel qui a du sens pour lui et dans lequel il semble s'épanouir. Un lien régulier continue avec l'équipe pour permettre un soutien dans les étapes à franchir avec ce projet.

Dans cette situation, aucune dimension psychiatrique n'apparaît et la lecture neurosystémique, des difficultés rencontrées par cette famille, proposée par l'équipe semble montrer, là aussi, tout son intérêt. En effet, à aucun moment il n'a été envisagé de comprendre la situation en intégrant les difficultés cognitives en lien avec le TDAH de ce jeune homme. Toutes les manifestations décrites comme des troubles du comportement, ne sont que des moments de fatigue cognitive importante où il n'a plus la capacité de gérer ses émotions, où chaque demande qui lui est faite lui donne un sentiment d'incompétence car il ne peut pas réaliser l'action demandée sur le moment.

Un travail d'apprentissage pour lui et sa famille, sur la manière de gérer ses difficultés, en acceptant de faire des pauses régulières, « en s'aérant l'esprit », va permettre d'augmenter rapidement ses résultats scolaires. Une rencontre avec le conseiller principal d'éducation, ouvert et très attentif à ces aspects, va faciliter l'accompagnement proposé. Ce lien va permettre la continuité de son parcours étudiant avec un aménagement possible, ce qui était son souhait et ce qui répond aussi aux attentes familiales. D'ailleurs d'un point de vue de l'accompagnement centré sur le soin, nous sommes passés d'entretiens individuels, qui n'avaient pas beaucoup d'intérêt pour Marc à des entretiens familiaux basés sur la qualité du lien entre les membres de la famille et l'implication de chacun dans la réalisation des projets de ce jeune, ce qui a beaucoup de sens pour eux.

C) L'évaluation écologique

L'intervention écologique dans le milieu usuel de l'individu éclaire tous les facteurs (obstacles ou facilitateurs) ainsi que les difficultés liées au profil cognitif de l'adolescent et à ses facteurs personnels (histoire familiale, éléments pré morbides neuro développementaux, dyspraxies, habiletés sociales, troubles des apprentissages, troubles déficitaires de l'attention, hyperactivité ...). L'équipe met en relation ces différents éléments en lien avec le bilan neuropsychologique classique et fait apparaître les décalages entre le profil de performance et les difficultés évaluées. Elle peut réajuster l'intervention après la mise en lumière d'une nouvelle compréhension du fonctionnement de la personne et ainsi proposer de nouvelles alternatives.

D) L'intégration de la famille et des partenaires

Au cours de ces échanges, l'équipe promeut le sentiment d'auto-détermination et de renforcement du pouvoir d'agir de la personne en lui reconnaissant la compétence et la responsabilité des choix utiles à sa santé et à son rétablissement. Elle ambitionne aussi de permettre une implication des membres de la famille dans l'accompagnement proposé. La restitution auprès d'une personne et de son entourage a pour but d'éclairer une compréhension partagée des difficultés, de leurs conséquences sur les relations, l'organisation et les projets familiaux. Malheureusement, les familles n'acceptent pas toujours les propositions faites, en dépit de l'intérêt que cela pourrait représenter à la fois pour le jeune concerné mais aussi pour l'équipe. Le respect de ces décisions oblige à réfléchir parfois différemment de ce qui est imaginé au départ. La situation de Valérie en est un exemple.

Illustration clinique : La situation de Valérie

Valérie est une jeune fille, tout juste majeure. C'est un membre de la famille qui a conseillé à cette jeune fille de contacter l'équipe. En effet, Valérie présente des troubles de l'humeur fluctuant depuis de nombreux mois ayant un impact important sur la qualité des liens qu'elle entretient, à la fois avec les membres de sa famille et avec ses amis. Elle a d'importants troubles du sommeil et une difficulté dans la gestion de ses émotions. Elle indique assez rapidement demander de l'aide pour gérer une situation familiale peu banale dans laquelle son père a été accusé par une personne accueillie (ses parents étaient famille d'accueil) d'avoir commis des attouchements sur elle, ce qu'elle réfute. Une enquête a eu lieu et n'a pas donné de suites judiciaires à cet événement. Cependant, cet épisode a profondément marqué la famille et particulièrement le lien entre elle et son père malgré son soutien affiché à celui-ci. Il est proposé à cette jeune fille des soins sur le CMP de secteur et la

possibilité d'entretiens familiaux afin de pouvoir aborder l'impact de cet événement sur la famille, ce qui est la demande de Valérie.

Malgré l'aide de sa fratrie par rapport à cette proposition, son père refusera d'être reçu en entretien par notre équipe. Le travail effectué s'est alors porté sur une compréhension personnelle de la dynamique familiale engendrée par cet événement. Elle pourra, grâce à ce travail, et les soins auxquels elle a été assidue, réaliser ses projets initiaux pour travailler dans les assurances.

Un certain nombre d'éléments resteront en suspend sur cette situation, notamment sur la possibilité qu'elle ait pu réellement vivre un événement traumatique, intra familial ou non. Cependant, la dimension d'une décompensation sur un mode psychotique est écartée à ce jour. Des inquiétudes restent présentes sur une dimension anxieuse et névrotique. A ce sujet, elle a déjà rédigé avec un médecin de l'équipe un plan présentant les indications à suivre en cas d'urgences la concernant. Le lien, déjà construit avec elle, pourra, peut-être, faciliter un accompagnement s'il s'avère nécessaire.

ESPPAIR, en ayant une visée fonctionnelle et inclusive, contribue au dépistage, à l'accompagnement, au traitement et aux soins de la souffrance psychique des personnes rencontrées. La détection précoce et le diagnostic ouvrent une période d'intervention qui est l'opportunité de co-construire un partenariat d'accompagnement et de soins. Cette période est aussi le temps des angoisses quant au pronostic, à l'évolution des symptômes, à la transition vers une pathologie chronique et un handicap psychique. Ces inquiétudes pèsent sur les dynamiques individuelles et collectives au sein de la famille. La réponse s'articule aussi avec le réseau d'acteurs de premier recours. La recherche de sens dans l'accompagnement d'un projet doit être claire et partagée, à la fois par la personne, son entourage, l'équipe et les différents acteurs du réseau. Il est alors plus facile de s'appuyer sur leur engagement pour la suite de l'intervention. De plus, le lien établi permet de prévenir des situations de crise qui peuvent être gérées par un travail relationnel avec l'ensemble des acteurs impliqués, sans forcément avoir recours à une hospitalisation complète ou des soins classiques de psychiatrie ambulatoire. Le travail réalisé avec Alexandra l'illustre.

Illustration clinique : La situation d'Alexandra

Alexandra est orientée vers l'équipe par un médecin généraliste du secteur qui s'avère être un membre de la famille de cette jeune fille de 16 ans. Beaucoup de monde s'inquiète du fait d'un changement brutal de comportement, incompréhensible pour les personnes la connaissant. L'hypothèse d'une décompensation psychique sur un versant psychotique est avancée rapidement. De nombreux éléments, constatés par un médecin lors d'un passage sur les urgences d'un centre

hospitalier, peuvent y contribuer : « *Des idées suicidaires venant de manière impulsive sans projet établis - Tachypsychie - Déstructuration de la pensée - Discours désorganisé, passe du coq à l'âne mais revient toujours sur sa réussite professionnelle (enfin plutôt sa sensation d'incapacité à réussir) - Dévalorisation de soi : physique (problème d'image corporel), mental (interprète ses réussites comme du hasard, ou donne le mérite à d'autres, dit ne pas réfléchir, être bête...)* - Pessimisme sur son futur - Obsession sur sa réussite scolaire et son avenir (métier futur); peur de l'échec - Notion de déréalisation dans son discours : a l'impression de ne pas être là - Notion de TOC rapportés ».

D'autres éléments peuvent être encore inquiétants, un membre de sa famille est soigné et accompagné pour des troubles psychotiques et un membre plus éloigné s'est suicidé lorsqu'il avait une trentaine d'années. Il y aurait aussi des troubles névrotiques importants chez d'autres membres de la famille, particulièrement des TOC et phobies non diagnostiqués et non suivis. Bien que la décompensation psychotique soit tout à fait possible et urgente à accompagner, si telle est le cas, l'équipe explore aussi des hypothèses relationnelles.

Lors des premières discussions avec Alexandra, elle rapporte assez rapidement « être harcelée sexuellement au téléphone par un inconnu ». Cet événement a démarré quelques semaines auparavant, il s'agit d'un homme qu'elle devait rencontrer lors de vacances familiales dans une autre région mais il ne serait pas venu au rendez-vous fixé. Cependant des échanges de photos et vidéos dénudés ont été découverts par le père de cette jeune fille à la suite de l'inspection de son téléphone. Le père est allé porter plainte à la gendarmerie contre cet homme beaucoup plus âgé que cette jeune fille, mineure.

La suite de la proposition d'accompagnement sera complexe dans un premier temps car cette jeune fille mettra régulièrement en scène ses difficultés par des passages à l'acte, plus ou moins violent envers elle-même (mutilations, scarifications importantes) obligeant parfois des hospitalisations en médecine car son pronostic vital a pu être engagé. A chaque fois, elle peut dire qu'elle ne souhaite pas mettre fin à ses jours mais qu'elle ne sait pas comment gérer ce qui se passe dans sa tête. Elle précise aussi avoir une « volonté d'alerter ses parents » qu'elle décrit comme absents depuis longtemps. Un tournant dans l'accompagnement proposé sera un entretien familial, dans lequel ils ont pu reconnaître que leur fonctionnement, du fait de leur organisation professionnelle, ait pu faire ressentir à leur fille un sentiment de délaissement.

L'accompagnement est toujours en cours et alterne entre des périodes d'avancée dans des projets professionnels pour elle, pour lesquelles elle semble avoir des compétences lui permettant d'envisager ce projet avec sérénité, et des moments où des angoisses peuvent resurgir de manière importante, la paralysant totalement, où elle ne dort plus et passe son temps à ruminer. Toutefois, la relation construite avec l'équipe permet de prendre moins de temps dans ces périodes en se décentrant des symptômes afin de mettre au premier plan les projets qu'elle souhaite mener. Des entretiens familiaux ont été proposés, en complément de l'accompagnement individuel, mais sont très souvent décalés ou reportés, du fait des obligations professionnelles des parents, ce qui précède

généralement une phase de réapparition de symptômes... Nous sommes actuellement dans une période plutôt favorable concernant l'avancée des projets, sans nouvelle mise en danger, avec un lien important envers elle et son entourage. L'amélioration la plus significative se trouve dans la possibilité d'une communication plus apaisée entre chacun des membres de la famille ainsi qu'avec l'équipe.

1.4 La lutte contre la stigmatisation

Enfin, il convient de lutter contre la stigmatisation qui est portée sur les pathologies psychiatriques et le handicap psychique et qui concourt à l'éloignement du soin. La stigmatisation sociétale des maladies psychiatriques et de leur lieu de soin induisent des stratégies de refus, des troubles de réticence et d'évitement, qu'il convient de ne pas renforcer en inscrivant l'adolescent dans une proximité trop grande avec les usagers de la psychiatrie. Cela renforce l'idée dans la famille d'un devenir analogue pour eux.

Les professionnels du soin sont des vecteurs de cette stigmatisation et une recherche à ce sujet, associant ESPPAIR et l'université de Bordeaux (Laboratoire de psychologie EA 4139) est menée actuellement avec le soutien de l'ARS Nouvelle Aquitaine²⁰. L'intégration des médiateurs santé pairs dans cette équipe a d'ailleurs été réfléchi sur cet aspect pour favoriser la dimension de la prévention, en lien avec leurs savoirs expérientiels, et utiliser les ressources de la pair-aidance. D'ailleurs, des soins de groupe pour adolescents sont envisagés car ils s'appuient sur l'évolution clinique ordinaire et luttent contre le repli par une « pair-aidance générationnelle ». La situation de Romain pourrait illustrer cette partie en réduisant trop rapidement une situation à une symptomatologie clinique.

Illustration clinique : La situation de Romain

Romain est un jeune homme de 22 ans, orienté vers notre équipe par le CMP du secteur. En fait, il a contacté ce CMP à la suite d'une sortie d'hospitalisation en psychiatrie sur un hôpital de la région et revient vivre chez ses parents. L'hôpital dans lequel il a été suivi lui a conseillé de faire le lien avec le CMP de secteur pour son suivi. Du fait qu'il ait moins de 25 ans, il est orienté vers l'équipe même si un diagnostic clinique a déjà été posé. Il ne s'agit pas d'une évaluation dans une perspective de dépistage mais dans une perspective d'accompagnement de projets. Pour donner suite à son contact avec le service, un rendez-vous avec le médecin de l'équipe ESPPAIR, lui est

²⁰ Université de Bordeaux, (2022), STIGMA - Laboratoire de psychologie de l'université de Bordeaux (u-bordeaux.fr)

proposé un mois plus tard. Les informations recueillies par notre secrétaire laissent penser que le premier épisode psychotique vécu par ce jeune homme peut être en lien avec une consommation importante de toxiques (cannabis). Le premier contact sera fait par un MSP, du fait de ses compétences, puisque cela semble être un accompagnement faisant suite à une crise psychotique aiguë.

Nous découvrons, à la suite des échanges avec nos collègues MSP, ainsi que grâce au RDV médical que le projet principal de ce jeune homme est en fait un parcours de transition de genre, ce qui ne correspond pas à une demande d'accompagnement en psychiatrie. Il a déjà entamé ce parcours seul, bien accepté par ses amis, moins bien par ses parents. Les consommations de cannabis sont d'ailleurs en lien avec la gestion des relations conflictuelles avec ses parents. Il explicite aussi qu'il était au moment de sa décompensation sous l'influence de « mauvaises personnes » et qu'il a mis un terme à ces relations. La rencontre avec un psychiatre devient donc une demande obligatoire dans son parcours transgenre, de même qu'un rendez-vous avec un endocrinologue pour que cette démarche se réalise.

Par rapport à ses projets, il est autonome et ne sollicite absolument aucune aide. Il accepte l'idée de bénéficier d'un suivi espacé, avec un autre rendez-vous médical le mois suivant afin de voir comment il va, et des échanges téléphoniques pour prendre des nouvelles. Actuellement, il n'a pas eu de nouvelle crise psychotique, a arrêté sa consommation de cannabis et il y a une amélioration de la relation avec les parents, qui acceptent aussi son parcours de transition de genre. Il sollicitera l'équipe deux fois entre ces deux rendez-vous médicaux juste pour avoir des informations et être orienté vers une équipe spécialisée dans l'accompagnement de son parcours.

Il arrêtera progressivement, avec le médecin de l'équipe, le traitement neuroleptique qui avait été mis en place à la suite de son hospitalisation sans nouvelles manifestations cliniques. Il ne rencontrera aucune difficulté dans la réalisation de ses projets personnels qu'il mène à bien puisqu'il travaille dans le domaine qu'il souhaitait (la vente). Il n'aura pas besoin de nouveaux rendez-vous et gardera contact avec l'équipe par téléphone jusqu'à dire qu'il n'en a plus l'utilité et qu'il saura nous solliciter dans le futur si besoin.

Le bilan de l'accompagnement de ce jeune se résume alors à deux rendez-vous médicaux, un rendez-vous avec des membres de l'équipe et cinq échanges téléphoniques sur 6 mois.

Les stratégies d'interventions de l'équipe ayant été présentées et illustrées pour certaines, il est intéressant d'objectiver à nouveau les actions réalisées par des données récoltées là aussi auprès du DIM du GHT de Saintonge.

2 Données de l'activités de l'équipe ESPPAIR

2.1 Données d'activités des membres de l'équipe (hors médecins)

Les ergothérapeutes de l'équipe ont vu 377 personnes avec une moyenne de 10 rencontres par situation (9,73). Les neuropsychologues ont vu 374 personnes avec une moyenne de 9 rencontres par situation (9,10). Ils ont réalisé au cours de l'année environ une cinquantaine de bilan neuropsychologique, ce qui représente 15 % de leur activité. Les MSP ont vu 328 personnes avec une moyenne de 3 rencontres par situation (2,86).

219 familles, sur ces 404 situations, ont été reçues au moins une fois dans l'année pour des entretiens spécifiques avec eux et avec l'accord (ou la volonté) de la personne accompagnée, lorsque celle-ci est majeure, soit pour de la co construction de projet, soit pour une difficulté relationnelle, soit pour une explicitation des troubles et difficultés. Ne sont pas inclus dans ces chiffres, l'ensemble des familles croisées lors de rencontre en visite à domicile et pour lesquelles il n'a pas été nécessaire de réaliser d'entretiens spécifiques (sinon le chiffre serait plus important). Chaque famille a eu en moyenne 5 entretiens avec un membre de l'équipe (5,05).

Au total, 170 personnes sur ces 404 ont été vues par l'équipe ESPPAIR au sein de locaux psychiatriques (CMP), ce qui veut dire que 60% des personnes vues l'ont été soit à leur domicile ou dans des lieux extérieurs aux locaux du Centre Hospitalier de Jonzac (à l'exception des rendez-vous médicaux).

2.2 Données d'activités vers les autres équipes du pôle

89 personnes ont été vues par un membre d'une équipe de secteur, soit pour une sollicitation spécifique (pour un conseil vers une orientation pour un soin TCC, soins à médiation corporelle, etc.), soit pour une expertise non présente dans l'équipe (assistant social, infirmier...). Cette activité générée a été comptabilisée au sein de l'équipe ESPPAIR.

Au total, 178 personnes ont été orientées vers des soins spécifiques portés par les CMP du secteur, dont l'activité générée a été comptabilisée sur les CMP en question. La majorité de cette activité a été réalisée par des infirmiers (75%). Les personnes ont eu en moyenne 8,6 séances pour des soins spécifiques, sur le CMP d'une durée moyenne de 120 jours (soit 4 mois).

2.3 Données d'activités vers l'hospitalisation

Une dernière donnée importante à considérer est la proportion de personnes ayant été rencontrées par ESPPAIR en 2021 et ayant connues une hospitalisation. Il existe deux types d'hospitalisation possible : soit en pavillon d'admission (généralement suite à une crise) soit en hospitalisation programmée (structure intersectorielle du pôle) dans une logique d'accompagnement de parcours, pour traiter des dimensions symptomatologiques de manière plus rapprochée et intense que ce qui peut être proposé en ambulatoire sur les CMP.

29 patients ont connu une hospitalisation entre le 1^{er} Décembre 2020 et le 31 Janvier 2022, ce qui représente 7% de la file active totale d'ESPPAIR. 17 personnes ont connu une hospitalisation en pavillon d'admission, 15 ont connu une hospitalisation programmée. Ce qui veut donc dire que trois personnes ont connu les deux types d'hospitalisation.

Concernant les hospitalisations en pavillon d'admission, il y a un écart important sur la durée moyenne d'hospitalisation entre les 2 secteurs couverts par le pôle de psychiatrie adulte. Pour le secteur de Royan, 8 personnes ont connu une hospitalisation pour une durée moyenne de 3,5 jours. Pour le secteur de Jonzac, 9 personnes ont été hospitalisées pour une durée de 14,3 jours. Malgré cet écart, la durée moyenne de séjour peut être considéré comme faible, ce qui est plutôt un indicateur valorisant de l'ensemble du travail réalisé sur le pôle de psychiatrie adulte par l'ensemble des équipes.

Concernant les hospitalisations programmées, les 15 personnes vues ont connu une durée moyenne de séjour de 22,4 jours (ce qui correspond à environ 1,5 cures, 1 cure équivaut à 15 jours (3semaines de 5 jours) ; les personnes rentrent à leur domicile ou au domicile familial les week end).

3 Discussion

Qu'elles aient été choisies au hasard ou selon des critères particuliers, le travail réalisé sur les situations cliniques présentées ci-dessus semble représentatif du ressenti de l'équipe sur la disparité des situations rencontrées.

Diagnosics CIM-10 des situations présentées

1	F23.01
2	F90 F93.1 F73
3	F41.0 F41.2 F45.2 Z63.1 F60.4 X42.00 Z62.3 Z62.4 Z63.8 Z86.4
4	F43.22 Z63.8
5	F43.1 X78.00 F41.1 F32.11 F44.0 Z64.3
6	F30.1 F41.1 F51.0 F43.22 Z55 Z60.5 Z63.1
7	F31.3 F41.9 F60.30 Z61.9
8	F3211 F510

Parmi ces huit situations, une seule relève d'un diagnostic de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-29). Ce dernier pourrait même être mis en doute compte tenu de l'évolution de la personne, mais il est compréhensible qu'il ait été envisagé à un moment où l'expression des symptômes était intense.

Cinq des situations abordées présentent un diagnostic de troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-48), ce qui correspond aux problématiques les plus fréquemment rencontrées par l'équipe, et plus généralement sur les CMP. Cette analyse basée sur seulement huit situations est tout de même le reflet du ressenti de l'équipe. Celle-ci a pu s'interroger, comme les promoteurs du projet, sur un décalage entre les missions réalisées et les missions décrites dans le projet initial : sommes-nous une équipe spécialisée dans le dépistage et l'accompagnement précoce de jeunes qui présentent des symptômes spécifiques d'un éventuel premier épisode psychotique ? Ou sommes-nous une équipe de prévention de l'entrée dans des troubles psychiatriques ou psychiques chroniques, ce qui nécessite de voir l'ensemble des jeunes qui présentent également des symptômes non spécifiques ? Nous voyons apparaître aussi, au travers de ces questionnements, un débat pour les cliniciens entre une vision plus médicale de l'accompagnement avec une réponse qui pourrait être plus spécialisée autour de la symptomatologie du premier épisode psychotique ou une vision plus sociale de

l'accompagnement centré sur l'empêchement d'accéder aux rôles sociaux souhaités par les jeunes.

Nous retrouvons dans cinq situations des éléments environnementaux (diagnostic en X-Y-Z) au cœur de la problématique ; ce qui nécessite de se décentrer exclusivement des symptômes pour considérer le contexte dans lequel les symptômes apparaissent. L'expertise de l'équipe dans ce domaine amène rapidement à prendre en considération de nouveaux éléments, complexifiant la situation mais permettant différents niveaux de réponses en y intégrant l'ensemble des personnes concernées (famille, partenaires etc.).

Dans la majorité des situations, il est possible de comprendre l'inquiétude qui peut apparaître concernant l'apparition possible de troubles d'ordre psychotiques. Il faut sortir d'une vision symptomatologique pour comprendre les difficultés rencontrées aussi d'un point de vue relationnelles et y mettre un sens au-delà d'une compréhension médicale. Cependant, ce n'est pas parce que nous sommes rassurés à un instant T, que ces situations ne nécessitent pas un accompagnement et une surveillance au long cours. Ces symptômes peuvent tout de même conduire les personnes concernées à vivre avec des troubles chroniques (l'anxiété par exemple) ou de nouveaux symptômes pourraient apparaître et amener à considérer à nouveau ces situations comme préoccupantes vis-à-vis de l'entrée dans des troubles psychotiques.

Pour conclure, si nous reprenons les éléments de l'encadré 2 développé plus haut, il semble qu'une seule des situations présentées dans ce chapitre pourraient ne pas correspondre à ce pourquoi ESPPAIR a été imaginé, ce qui confirme à nouveau, comme pour le chapitre 1 que la cible d'intervention d'ESPPAIR est cohérente avec la réalité des situations rencontrées.

Les deux chapitres précédents ont permis d'objectiver les profils des personnes rencontrées par l'équipe ESPPAIR en 2021 et d'illustrer la pratique clinique quotidienne de l'équipe. Les réponses apportées semblent aller dans le sens où l'équipe répond aux missions initiales pour lesquelles elle avait été imaginée. Le décalage ressenti dans un premier temps peut se comprendre par le fait que la grande majorité des situations rencontrées concernent l'impact des facteurs environnementaux, qui était envisagées, mais qui a certainement été sous-estimé (maltraitance, psycho-traumatisme, agressions sexuelles...).

De plus, il faut également considérer le manque de relai sur le territoire pour des situations non psychiatriques mais provoquant une souffrance psychique importante pour la personne concernée et son entourage. Ceci invite l'équipe à s'investir dans l'accompagnement de l'ensemble des 16-25 ans, ce qui peut à priori s'éloigner de la mission originale. Ce « dépassement de fonction » perçu présente des intérêts et des obstacles importants.

C'est l'objectif du chapitre suivant : identifier les limites et obstacles de l'intervention ESPPAIR, ses pistes d'évolutions en les resituant dans les enjeux institutionnels proposé par le CH de Jonzac. Nous répondrons à cet objectif en croisant les regards et les retours d'expériences de différents acteurs du projet ESPPAIR : les jeunes concernés, les membres de l'équipe et les acteurs institutionnels du CH de Jonzac.

Chapitre 3 : Regards croisés des acteurs d'ESPPAIR

Ce chapitre est l'occasion de mettre en perspective les différents points de vue des différents protagonistes d'ESPPAIR. L'objectif est alors de mettre en évidence les aspects spécifiques qu'ils soulignent mais aussi de faire ressortir les éventuels points de désaccord.

Cependant, pour apporter des réponses aux objectifs de ce travail, il est proposé de croiser les regards des acteurs du projet ESPPAIR par thématique.

1 Regards croisés sur les missions d'ESPPAIR

Le premier objectif de ce travail est de savoir s'il y a une correspondance entre les missions réalisées par l'équipe ESPPAIR en 2021 et les missions décrites dans le projet initial.

Concernant les professionnels de l'équipe, les réponses apportées semblent aller dans ce sens (8 plutôt d'accord, 1 tout à fait d'accord, 1 ni d'accord ni pas d'accord). Il faut cependant considérer quelques nuances dans les réponses faites. Un membre de l'équipe dit : *« la mission principale est de dépister et d'accompagner les phases prodromiques de maladies psychiatriques, ce qui est le cas »*. Cette réponse pragmatique montre l'adéquation entre ce qui a été imaginé et ce qui est fait. Pourtant l'ensemble des réponses permettent de percevoir la distinction entre les membres de l'équipe qui interrogent la pratique entre une vision sociale de l'accompagnement : *« pour détecter les jeunes susceptibles de développer un trouble psychique, il faut les voir, et une fois qu'on les a vu et qu'on a passé du temps à créer le lien, il est difficile de les réorienter ou de leur dire "c'est fini" alors qu'ils ont besoin d'aide et de soutien. L'équipe a certainement été imaginée au tout départ comme plus spécialisée concernant les phases prodromiques, mais la réalité du terrain est autre, et la demande importante, donc il faut pouvoir s'ajuster »* ou encore *« je pense que nous répondons du mieux que nous pouvons aux objectifs fixes mais que nous pouvons aussi accompagner des personnes ne relevant pas du projet initial ce qui nous amène parfois à dériver des premières missions fixées (ce n'est pas forcément négatif étant donné que ces jeunes en ont besoin) »* et une vision plus médicale, avec une spécialisation attendue : *« les missions que nous réalisons me semblent en accord avec ce que j'imaginai des missions d'ESPPAIR. Je pensais peut-être qu'on aurait une approche plus spécifique sur les sujets UHR ou cibler vraiment ceux qui sont "le plus à risque" »*.

Ces réponses pourraient laisser penser qu'il y a des désaccords sur les missions d'ESPPAIR, qui ont été la source des interrogations de l'équipe au cours de l'année écoulée. Cependant, en faisant appel au modèle de la CIF à nouveau, la vision médicale et la vision sociale des réponses faites ne s'opposent pas. Elles se complètent et permettent d'envisager plusieurs possibilités pour entrer en relation avec les jeunes et leurs entourages. Les familles, et particulièrement les parents, sont en attente, dans un premier temps, d'un retour sur un pronostic médical pour comprendre ce qui arrive à leur proche, et c'est tout à fait compréhensible. La possibilité d'ajouter à cela, un regard différent centré sur les relations, le contexte d'apparition des troubles et l'impact que cela engendre sur chacun des membres de la famille est rarement malvenu et prend du sens, à un moment ou un autre dans l'accompagnement proposé. Pour autant ce constat a amené l'équipe à se positionner sur un fonctionnement qui semble satisfaisant : *« le "brassage" que l'on peut opérer aujourd'hui n'était sûrement pas dans ma conception initiale de notre fonctionnement, mais cela me semble tout à fait en adéquation avec l'accompagnement de projet et des pratiques de prévention. C'est aussi confortable pour nous en tant qu'accompagnant car les situations que l'on accompagne sont diverses, c'est stimulant ! »* ou *« elle est peut-être moins spécialisée que cela avait été pensé mais je crois plutôt qu'elle s'est adaptée aux personnes et que c'est ce qui fait sa force »* ou encore *« L'équipe doit s'adapter au territoire qu'elle couvre, ce qui entraîne nécessairement des missions variées »*. Apparaît alors, la réalité du terrain des situations rencontrées et le deuil du « travail idéal imaginé ». Il est possible de faire un parallèle avec le concept du « place and train » (Pachoud, 2014) prôné pour l'insertion professionnelle de personnes présentant un handicap psychique. Pendant longtemps, il a été pensé que pour accéder ou reprendre une activité professionnelle pour une personne présentant une difficulté psychique, il faut l'entraîner (« train ») à cette activité avant d'envisager un transfert des acquis en situation réelle. Aujourd'hui, l'inverse montre des résultats probants en ajustant l'environnement dans lequel les personnes réalisent l'activité pour leur faciliter la possibilité d'exercer le métier qu'il souhaite. Pour en revenir aux missions de l'équipe, le fait d'être en situation concrète amène les membres de l'équipe à s'interroger à ce qui leur manque pour accompagner au mieux les jeunes et leur proposer les solutions les plus efficaces possibles. Il ne s'interroge plus sur ce qu'il pense qu'il serait bien de maîtriser avant de rencontrer les jeunes.

Il est difficile de faire ressortir des retours des jeunes sur une question spécifique aux missions d'ESPPAIR. Le cadre proposé ne permet pas de récupérer une information

fiable sur ce sujet. Les éléments qu'ils expriment majoritairement concernant l'intérêt perçu d'ESPPAIR est l'écoute, le soutien et la disponibilité des membres de l'équipe, ce qui laisse penser qu'il y a une correspondance entre les missions attendues et celles réalisées pour eux. Un des indicateurs à considérer est que 92 % des répondants recommanderait un accompagnement avec l'équipe ESPPAIR si un ami ou un proche en avait besoin. La non-stigmatisation et le fait de se sentir rassuré dans les informations échangées est aussi un élément qui ressort.

Pour les acteurs institutionnels, les réponses varient selon le niveau de connaissance du projet ESPPAIR et de leur distance vis-à-vis du travail de terrain.

Le chef de pôle et psychiatre référent du projet peut dire : « *elle répond à ses missions et elle fait apparaître des files actives que l'on n'avait pas auparavant et qui sont considérables pour les 16-25 ans, qui sont les âges charnière et la structuration antérieure de l'offre ne permettait pas de toucher ceux-là* ». Il s'agit d'un argument concret, basé sur un ressenti et des chiffres qui confirment cette tendance.

Le directeur, plus à distance, mais avec une excellente connaissance du dossier : « *A moi il me semble, oui, oui. Vous êtes intervenus lors de plusieurs colloques, j'ai pu participer à certains, prendre connaissance de certains éléments pour d'autres. Oui à mon sens vous répondez et le retour de l'agence régionale vous donne satisfaction* ». Il s'agit là, d'un argument basé sur le regard porté par d'autres personnes sur ce projet qui valorise l'établissement. C'est satisfaisant pour l'institution mais cela ne permet pas de vérifier véritablement la réponse aux attendus des jeunes rencontrés.

Ces deux points de vue permettent de poser la question suivante : pour qui l'équipe ESPPAIR travaille ? pour les jeunes qu'elle rencontre et qui ont des besoins spécifiques ou pour l'institution qui a besoin de valoriser cette activité pour pérenniser son financement. La réponse se trouve sûrement dans une position intermédiaire entre ces deux positions et un travail complémentaire pourrait s'intéresser à la manière de rendre compte d'une activité comme celle d'ESPPAIR et de l'évaluer en fonction de critères définis et partagés entre les différents acteurs du projet ESPPAIR.

Les réponses complémentaires, demandées aux membres de l'équipe et aux acteurs institutionnels, permettent aussi de voir qu'ils décrivent bien les missions ESPPAIR et qu'elles sont en adéquation avec celles imaginées initialement. Pour autant, nous pouvons à nouveau percevoir des centres de gravité différents avec des réponses basées sur une vision biomédicale des difficultés : « *détection et évaluation clinique des jeunes*

entre 16 et 25 ans de la possible entrée dans un trouble », une vision fonctionnaliste des difficultés : *« détection des phases prodromiques accompagnement des personnes en difficulté afin de limiter au maximum le risque d'apparition du handicap »* ou encore une vision plus environnementale des difficultés : *« principalement l'accompagnement de projet, aider les jeunes à réaliser des choses très concrètes qui servent leurs projets (études, pro, perso...), en-dehors des structures de psychiatrie (grâce à la mobilité), et en représentant un soutien disponible pour eux »*. Ces réponses montrent l'influence du modèle de la CIF sur les membres de l'équipe et la possibilité de complémentarité des réponses pour proposer une réponse intégrant ces différentes visions.

Pour les acteurs institutionnels, les réponses abordent le volet prévention d'ESPPAIR et une vision environnementale centrée sur les attentes des familles.

le directeur des services financiers dit : *« elle est au plus près du besoin du soin et anticiper les difficultés. En tout cas anticiper les problématiques et commencer à accompagner les personnes au plus tôt donc pour moi il y a un volet accompagnement mais il y a aussi un volet « prévention de la maladie, du handicap » [...] on donne quelque part une chance de pouvoir peut être mieux se stabiliser et de vivre mieux dans son environnement »*.

Le Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales peut dire : *« vous êtes sollicités pour potentiellement des aspects, comment dirai-je, d'identification, d'accompagnement ou de détection, de dépistage [...] c'est l'identification et l'accompagnement au plus proche, c'est-à-dire une diminution du gap entre ce que nos patients attendent de nous et ce qu'on peut leur offrir, une, un accompagnement au plus proche du terrain, en particulier pour les familles parce que c'est un des objectifs principaux »*.

2 Regards croisés sur limites et obstacles du projet

La première dimension à prendre en considération sur les limites et obstacles du projet vient de l'expérience des autres services du pôle (SAMSAH, équipes du CMP) ayant pour mission la réhabilitation psychosociale, exerçant depuis de nombreuses années sur le territoire. Ils ont pu partager avec l'équipe les freins qu'ils ont repéré dans leurs pratiques. Ces limites ont été listées lors de la rédaction initiale du projet ESPPAIR. Elles concernent surtout l'accès à l'autonomie et la méconnaissance de la philosophie du rétablissement.

Elles sont présentées dans l'encadré 3 ci-dessous et sont inscrites dans le diagnostic territorial du PTSM 17.

Encadré 3 : les freins repérés pour l'accès à l'autonomie et au rétablissement

Diagnostic territorial PTSM 17

- ✓ L'accès au logement, coût élevé sur les zones touristiques, difficultés de location à l'année par les bailleurs du fait des plus-values locatives lors des périodes de vacances et estivales, état dégradé du parc locatif pour ce type de public, réticence à la location aux personnes en situation de handicap psychique, nombre restreint de logements sociaux, absence de baux glissants...
- ✓ Bassin d'activités et d'emplois peu facilitateur à l'inclusion professionnelle
- ✓ Difficulté des suivis de projets par les mandataires judiciaires (surcharge de dossiers)
- ✓ Mise en tension des liens familiaux du fait de la souffrance systémique liée au handicap et à l'absence de projet et de perspectives
- ✓ Repli social du fait des ruptures et rechutes entraînant une restriction de la partition sociale
- ✓ Limitation de l'accès aux loisirs et à l'exercice de la citoyenneté
- ✓ Limitation des revenus et d'autant plus avant 20 ans (accès à l'AAH), obstacle à l'achat d'un véhicule et à son entretien, au paiement d'une assurance, au coût du carburant, ...
- ✓ Faible démographie médicale, généraliste de premier recours comme psychiatrique
- ✓ Indice de développement humain de moyen à très faible (Haute Saintonge).

Concernant les jeunes, ils n'ont pas fait état de limites ou d'obstacles concernant le projet, juste des pistes d'améliorations que nous aborderons dans la partie suivante. Ils sont globalement satisfaits de l'accompagnement proposé (90 % des réponses) et les propositions d'accompagnement ont répondu à leurs attentes (82% des réponses). A nouveau, la modalité proposée pour les jeunes ne permet d'argumenter plus cet aspect.

Concernant les professionnels de l'équipe, deux types de réponse se distinguent : une première centrée sur les difficultés en lien avec des dimensions institutionnelles propres au CH de Jonzac et une seconde centrée sur le travail partenarial et de réseau. Une réponse résume assez bien l'ensemble des réponses et pourrait servir de synthèse : « *(les limites sont) la non compréhension du fonctionnement de l'équipe ESPPAIR par les autres équipes rattaché au CH psychiatrie Jonzac, la fluidité des parcours avec les structures de soin classiques, la compréhension (du fonctionnement) de l'éducation nationale, des difficultés institutionnelles hospitalières concernant l'adaptabilité des horaires, l'auto éco organisation des interventions par l'équipe, l'incompréhension de la nouveauté organisationnelle (par l'encadrement), l'incompréhension de l'accompagnement centré sur le projet* ».

Dans ces réponses, celles concernant le travail partenarial et de réseau est envisagé avec distance et compréhension, avec une possibilité forte d'amélioration avec le temps. A nouveau, une réponse peut servir de synthèse : « *c'est normal, nous sommes une nouvelle équipe, avec un mode de fonctionnement particulier, les partenaires n'ont pas l'habitude mais le temps fera les choses* ». En revanche, sur les dimensions institutionnelles, une réponse est récurrente concernant « *le manque de souplesse institutionnelle* », « *la rigidité* », « *l'encadrement* ». Ces dimensions ne sont pas envisagées par l'équipe avec enthousiasme pour les mois à venir. Elles ont tellement été présentes dans les retours de l'équipe qu'elle m'a contraint à modifier ma trame d'entretiens semi-directif à destination des acteurs institutionnels afin de leur faire remonter cet élément et voir les pistes de réponses envisageables selon eux à partir de leurs missions. Nous consacrerons un focus spécifique sur cet aspect en fin de cette sous partie (encadré 4).

Une autre inquiétude pour l'équipe est la pénurie de médecins disponibles à venir pour proposer une rencontre médicale. Cette modalité oblige l'ajustement du fonctionnement en renforçant les rencontres précoces, par l'ensemble des membres de l'équipe, et en identifiant, à partir de réflexions croisées, les situations les plus urgentes et celles qui peuvent être différées pour la rencontre avec le médecin psychiatre.

Concernant les acteurs institutionnels, les réponses abordent plusieurs thèmes.

Le premier est le territoire et sa géographie. En effet, celui-ci se décline en habitats ruraux et urbains, enclavés, présentant un indice de développement humain (IDH) moyen à faible, avec peu de moyens de transport publics facilitateurs du déplacement pour l'accès aux soins. La géographie du territoire s'étend sur une diagonale de 125 km environ, imposant des durées de transport importantes. Comme le souligne le directeur des services

financiers : « *c'est qu'on est sur un territoire qui est très vaste avec deux territoires bien distincts, c'est-à-dire d'un côté Royan, qu'on peut appeler comme on veut mais c'est une ville, et tout le sud du département qui, pour le coup, est très rural, très peu dense et qu'il n'y a pas moins de services pour le coup. Et donc la difficulté à un moment donné, dans tout ce volet prévention [...] si on me dit y'a 350 000 personnes qui sont regroupées sur une aire géographique de 50 km², c'est une chose, mais si vous avez le même nombre de personnes qui sont sur 600 km², c'est une autre difficulté. Voilà, c'est un des risques que je vois* ».

La deuxième dimension concerne le niveau de précarité des personnes qui vivent dans certains cantons du territoire, connus pour avoir un indice de développement humain très faible. A nouveau le directeur des services financiers dit : « *quand on a des problèmes, que ce soit de précarité ou que ce soit de maladie, en milieu rural on se cache et donc pour aller les chercher c'est plus compliqué* ».

La troisième dimension, concerne les liens entretenus, selon eux, avec d'autres services de soin, d'autres équipes, que ce soit interne au CH de Jonzac ou externe. La directrice des soins et le directeur des services financiers utilisent le même terme de jalousie : « *Après, est ce qu'il n'y a pas avec les autres secteurs des conflits, je ne vois pas l'intérêt mais... comment dire ça pour ne pas être triviale en disant jalousie mais est ce que les autres acteurs du soin, ils ont un peu de mal aussi à adresser des patients ? A fluidifier la communication dans le parcours du patient pour différentes raisons avec des enjeux qui sont différents chez chacun* » ou « *Après, être innovant c'est une chose, assurer les fondamentaux d'un autre côté c'en est une autre, qu'il y est de l'antagonisme, de la jalousie là-dedans en tout cas. En tout cas, moi c'est comme ça que je le vois. [...] Il ne faut qu'il y ait de dichotomie quoi, il faut que ce soit un projet global qui intègre tout le monde parce que sinon, vous vous allez partir en prévention, voilà ça va être super et quand vous allez vous retourner sur l'hospitalisation, y'aura plus personne et ça pour moi c'est un vrai risque* ». Le terme de jalousie est intéressant à souligner car il indique des enjeux institutionnels qui dépassent ESPPAIR. Les ressources mises à disposition (véhicule, téléphone, ordinateur) et les choix assumés de l'équipe (pas de locaux) peuvent avoir un impact sur d'autres services ou équipes qui pourraient ne pas comprendre l'impossibilité pour eux d'accéder à ces mêmes moyens, d'autant plus que ce n'est pas explicité par l'encadrement. Le DRH abonde aussi dans ce sens : « *Peut-être que ce genre de mission, de service, de structure et par le biais qu'elle soit, je vais pas dire à la marge, mais adossée*

à des organisations plus orthodoxes peut gêner mais c'est pas une gêne c'est plutôt une gêne de méconnaissance, il faut s'adapter ».

La dernière dimension est apportée par le directeur de l'hôpital et concerne la stigmatisation et la méconnaissance des troubles d'ordre psychiques par les élus du territoire : *« [...] ça fait quand même presque quatre ans qu'on essaye d'obtenir la création de deux conseils locaux en santé mentale, que ce soit sur le secteur VI, comme Royan, et le secteur VII, à Jonzac et de fait, on rencontre des freins parfois dû aux élus eux-mêmes, élus qui se plaignent d'une absence de coordination et sont dans des réactions dans l'urgence qui peuvent se traduire dans des mises en danger de personne parce qu'un élu n'a pas à se substituer à une position médicale. Et c'est, j'espère, qu'on va arriver à leur faire entendre que se retrouver régulièrement ensemble pour faire sens et faire réseau aussi, c'est quelque chose qui devrait être plus naturel. Je pense que ça se heurte à des conceptions très datées de la santé mentale à je dirai une approche mais qui n'est pas particulière à notre secteur, qui comporte une forte dimension ordre public, peut être que le terme est un peu excessif. Donc c'est une approche de mise à l'écart ce n'est pas une approche d'inclusion et de résolution donc on ne fait que repousser les problématiques et c'est, en définitif, une violence, c'est une violence vis-à-vis des individus et qui peut justement accroître leur propre violence dans les cadres de leur pathologie ».*

Encadré 4 : Focus sur la réponse des acteurs institutionnels aux remontées de l'équipe vis-à-vis des contraintes liées au management

Ce focus permet de répertorier les différentes réponses des acteurs institutionnels afin de comprendre les différences de représentation sur cette dimension alors que cet aspect est unanime chez les professionnels de l'équipe. Les deux points de vue les plus éloignés sont ceux du chef de pôle et du cadre supérieur de santé.

Ce dernier explique : *« qu'il faut savoir c'est que pour tout projet, quel qu'il soit, dès qu'il est financé rentre dans le fonctionnement d'une organisation hospitalière très très descendante et pour lesquelles effectivement cette modalité va s'appliquer [...] elle appartient quand même à un environnement hospitalier pour lequel de toute façon il existe des règles, alors c'est pas qu'elle s'impose, elle s'impose si mais elle se propose et elle s'ajuste parce qu'effectivement il y a des modalités à ajuster et ça ça peut créer des confrontations, des difficultés d'interprétation, de positionnement parce qu'en fin de compte je dirai que, votre équipe comme les autres, appartient à un environnement et à un moment*

donné les questions de rigidification elles se posent à l'institution ». Il explique qu'il existe deux types de management, transversal et vertical, qui doivent se compléter. Il ajoute : « pour moi c'est pas un problème en terme de management. Sur la partie descendante de la hiérarchie des fonctionnements, je pense qu'elle est nécessaire parce qu'à un moment donné elle doit reposer le cadre institutionnel dans lequel les choses s'organisent et sur lesquelles le fonctionnement des hôpitaux ne peuvent pas encore aujourd'hui répondre et je dirai que cette lecture-là, pour l'ensemble des acteurs, qu'elle est souvent difficile à piloter et pour les professionnels des équipes, pour le management je dirai pour les professionnels du management on est nous, on est obligés d'ajuster ».

Le chef de pôle et responsable du projet ESPPAIR, de son côté, est à l'inverse de cette position. Il souhaite : *« diminuer la place de l'organisation hospitalière dans le fonctionnement de ces équipes (mobiles), la ramener au strict nécessaire de l'intendance et non pas du pilotage. Que le pilotage soit fait par les agents et les acteurs de ces actions en terme de pertinence car la pertinence ne peut pas être confiée à des administratifs [...] un management clinique plutôt qu'administratif, des spécialistes de ce management clinique différent du management administratif, c'est-à-dire une double fonction, une coordination clinique qui peut être un coping de plusieurs acteurs de spécialités différentes mais basé sur une connaissance expérientielle des difficultés rencontrées et un management qui a pour but de nourrir l'administration, c'est-à-dire le retour sur l'activité. Les autres acteurs institutionnels ont des positions intermédiaires.*

Le DRH se rapproche de la posture du cadre supérieur de santé : *« moi je suis tout à fait, je tiens beaucoup à un aspect je vais dire « jacobin » c'est pas plaisant mais un aspect jacobin de l'organisation hospitalière c'est-à-dire que malgré tout il faut un minimum de centralisme voire de centralisation afin d'accompagner, voilà faut que, voilà, souvent l'autonomie c'est pas l'indépendance donc pour ces projets là aussi mais ça peut être le frein et ça peut être le risque de ces nouvelles organisations. On ne peut pas à ce jour imaginer une structure hospitalière sans avoir un minimum de gestion pyramidale ».*

La directrice des soins se rapproche quant à elle, de la position du chef de pôle : *« les méthodes de management dans l'établissement de santé sont obsolètes déjà, premièrement, donc effectivement il y aurait à réviser ces méthodes, travailler plus en transversalité, on est plutôt dans des optiques de management descendant et puis, oui quand on est sur des structures comme ça qui sont en lien avec la ville, la cité et les partenaires, le management il doit être complètement différent. C'est-à-dire que là on est dans la transversalité, dans la pluridisciplinarité et bon après il y a toujours quelqu'un qui*

doit arbitrer, prendre des décisions, ça c'est sûr, mais on est plus dans le partage, le partage d'expériences, de connaissances, d'évaluations... ».

Le directeur des services financiers se rapproche aussi de cette position : « je pense qu'il faut décloisonner un peu. Aujourd'hui vous avez le cadre sup, le cadre de santé, le DRH... la direction... Alors attention ce n'est pas une critique [...] mais je pense que ça nécessite qu'il y ait de l'échange, de la communication horizontale. C'est-à-dire que les opérationnels d'ESPPAIR parlent et expliquent leur boulot [...] après je ne dis pas que c'est facile à faire mais il faut, mais en tout cas je pense que ça peut être, pour moi c'est important qu'il y ait de l'échange, vraiment, entre les équipes [...] Après, il faut être un peu souple quoi [...] Donc c'est du bon sens, voilà ».

Enfin, le positionnement du directeur de l'hôpital ouvre la possibilité à des discussions et des aménagements possibles pour faciliter le travail de l'équipe, tout en conservant un cadre défini : « Alors, donc sur des problématiques de ce type je pense qu'il faut que ce soit débattu et porté chef de pôle/direction avec l'encadrement aussi. Ceci dit, dans ce cadre-là, on a quand même la possibilité de définir des règles et les règles peuvent être adaptées, y'a pas besoin que la règle soit pointilleuse, c'est un cadre défini donc moi là, je suis d'accord pour en reparler que ça puisse être, pourquoi pas, un élément du contrat de pôle ou quelque chose comme ça [...] Ensuite, on n'est pas là pour empêcher l'accomplissement de la mission au nom de ces éléments-là donc ça c'est un point qui peut faire l'objet d'une ou deux réunions et ça peut très bien prendre place dans un contrat de pôle mais en trois lignes».

Ce focus permet de percevoir les différences de représentations entre les différents acteurs institutionnels. Il faut cependant intégrer dans cette réflexion que chacun a des missions spécifiques en fonction de son rôle institutionnel. ESPPAIR, par son financement et son organisation nouvelle, oblige à modifier des pratiques qui ne représentent qu'une toute petite partie du fonctionnement de chacun de ces acteurs qui sont aussi vigilants à : « éviter effectivement de donner l'impression que ce qui est innovant c'est un peu le côté noble de la fonction du pôle et que ceux qui sont sur les fonctions traditionnelles ou des fonctionnements qui ont toujours leur place, et sans doute pour longtemps, sont un peu les roturiers de l'affaire alors que tout le monde, que chacun a besoin de l'autre » comme le dit le directeur. Ces limites sont importantes à prendre en considération car elles pourraient représenter un frein pour l'équipe. Cependant, l'apport possible par le FIOP sur des

organisations nouvelles et la capacité d'écoute et d'échanges des acteurs institutionnels semblent être un facilitateur pour envisager sereinement la suite de ce projet et les perspectives à envisager que nous allons présenter par la suite.

3 Regards croisés sur les perspectives à envisager

Les premiers retours concernant des perspectives à envisager ou des axes à améliorer ont été apportés par les questionnaires à destination des jeunes. Ils insistent sur la possibilité de rencontrer d'autres jeunes qui peuvent présenter les mêmes difficultés qu'eux. Ce retour a aussi été régulièrement fait dans le cadre d'accompagnement clinique et a amené l'équipe à réfléchir à des propositions en ce sens au cours de l'année. C'est d'ailleurs un retour fait aussi par les membres de l'équipe : *« Je pense que c'est un point majeur d'amélioration, il y a la volonté mais le manque de temps n'a pas permis de développer la pair aidance à la hauteur des besoins et des attentes »* ou *« Oui par exemple avec les groupes d'Entraide Mutuelle, mais je pense que nous pourrions proposer plus de rencontres, il faut seulement trouver le temps, ce qui est un peu plus difficile au vu de nos emplois du temps chargés »* ou encore *« on ne le fait sûrement pas assez, et c'est un des points sur lesquels on discute et où on a commencé à initier des actions : on va plus vers la paire-aidance. D'un autre côté, je ne suis pas sûr qu'il faille forcément mettre les personnes en difficultés ensemble mais plutôt aller vers une "réinsertion sociale" en population générale. Un point donc pour lequel nous pouvons encore échanger ! »*.

Les jeunes abordent aussi la dimension de la prévention au sein des structures scolaires, universitaires ou d'apprentissage. Ils pensent que des actions de prévention, des réunions, des points réguliers au sein de ces structures permettraient de plus facilement faire connaître le dispositif ESPPAIR et éventuellement de rencontrer des jeunes qui n'ont pas la capacité de faire la démarche auprès de l'équipe sans une rencontre préalable de ce type. Nous voyons d'ailleurs apparaître au cours de l'année 2022, des situations de jeunes qui sollicitent l'équipe, sur proposition de leurs camarades de classe ou amis, qui ont eux-mêmes été accompagnés en 2021. Ce « bouche à oreilles » est un indicateur intéressant à observer car il permet effectivement à l'équipe d'avoir accès à des situations de jeunes qu'ils n'auraient pas été possible d'atteindre. Cela favorise l'autodétermination et c'est un axe fort d'amélioration.

De leur côté, les membres de l'équipe sont en demande de formations pour répondre par moments à des situations spécifiques, et pour lesquelles parfois, les relais vers d'autres structures sont longs : *« l'idée initiale de solliciter les collègues des CMP pour*

TCC/reconso/relaxation est bonne car pensée dans un esprit de collaboration, mais la réalité est tout autre, et il est de plus en plus difficile de proposer du soin. Deux axes de formation seraient TCC (au moins avoir quelques billes pour proposer des exercices concrets) et accompagnement du psychotrauma ». Toujours dans le sens d'améliorer les pratiques et propositions cliniques : « Je serais demandeuse de points théorico-cliniques pour affiner nos connaissances dans le repérage clinique » ou encore « clinique du suicide du risque suicidaire et de la dépression, formation sur les violences intra familiales sur le psychotrauma (méthode Brunet) sur les dispositifs de droit au travail » ou bien « développer des outils de screening pour mieux ajuster les formes d'accompagnement, proposer des "thérapeutiques" plus spécifiques ».

Un autre axe, qui est partagé par les membres de l'équipe et les acteurs institutionnels, concerne la pratique de réseaux : « Travailler sur le réseau et avec les partenaires notamment pour améliorer la prévention primaire » ou « développer encore le travail en réseau ». Ce travail pourrait permettre, selon le chef de pôle, de continuer à « réduire le nombre de lits d'hospitalisation dit de chronicisation, lits de non-respect des droits, lits de la contrainte de l'hospitalisation sous contrainte, lits aussi de l'absence de compréhension des compétences des personnes accompagnées en les ramenant à la définition catégorielle de leur pathologie et de leurs incapacités du fait de symptômes confondus comme des incapacités ».

Un dernier axe, prôné par les acteurs institutionnels, est d'avoir un retour de la qualité du travail proposé par ESPPAIR pour justifier auprès du FIOP et des financeurs la pérennité de ce projet qui sera évalué à cinq ans (donc en 2024). C'est une dimension difficile à mettre en œuvre. Comme relevé par les membres de l'équipe : « nous faisons du préventif, donc difficile de savoir. La majorité des jeunes se disent satisfaits de notre accompagnement (c'est ce qui est important !) et ne sont pas (ou plus) considérés comme à risque, pour autant, sans nous, seraient-ils entrés dans une patho plus chronique ? Peut-être pas... ou peut-être que oui ! » ou « il reste très difficile d'évaluer si notre intervention aura permis ou non de corriger la trajectoire d'un jeune vers des situations de handicap psychique, c'est notamment car on est aussi dans une pratique expérimentale qui se veut donner des éléments de réponse à cette question. En tout cas, la situation de handicap psychique étant l'interaction entre des facteurs contextuels et des limitations d'activité qui créent les restrictions de participations : agir à tous ces niveaux de création du handicap permet donc de prévenir sa survenue et surtout son impact. Nous espérons participer à cette prévention "en intervenant" sur les restrictions de participation éventuelles mais selon

moi nous manquons de recul en termes de temps pour avoir une réponse tranchée à cette question ».

Ce travail n'est d'ailleurs que la première étape d'un long processus qui pourrait permettre de poser les jalons d'une évaluation plus formelle sur des preuves d'efficacité du fonctionnement d'ESPPAIR en réalisant une étude longitudinale de l'accompagnement précoce sur le devenir des personnes et de leurs familles. Pour se faire, la convention avec l'université de Bordeaux et la qualité des échanges avec les professionnels composant le laboratoire de recherche permet d'envisager la réalisation de ce travail à moyen terme.

Conclusion

Une citation célèbre de Marcel Proust est : « *Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à chercher de nouveaux paysages, mais à avoir de nouveaux yeux* ». Ce mémoire a été l'occasion, après dix-huit mois de pratique, d'une prise de recul sur les stratégies d'interventions d'ESPPAIR et de reconsidérer l'intérêt de ce projet. Il s'agit de la première étape d'une évaluation plus globale à envisager pour donner des preuves d'efficacité du fonctionnement de cette intervention pilote.

Ce travail avait plusieurs objectifs en lien avec le projet ESPPAIR, porté par le CH de Jonzac. Le premier était d'identifier les profils des personnes rencontrées au cours de l'année 2021. Le second était de mettre en évidence de quelle manière l'équipe ESPPAIR aborde les situations rencontrées et le dernier était d'identifier les limites et obstacles de l'intervention ESPPAIR ainsi que ses pistes d'évolutions. Pour y répondre, différents matériaux ont été mobilisés allant de l'analyse d'activités de l'équipe à des entretiens avec les différents acteurs institutionnels du projet, en passant par la réalisation et l'analyse de questionnaires auprès des jeunes concernés et des membres de l'équipe.

Les deux premiers chapitres ont permis d'objectiver les profils des personnes rencontrées et d'illustrer la pratique clinique quotidienne de l'équipe. Les réponses apportées semblent aller dans le sens où l'équipe répond aux missions initiales pour lesquelles elle avait été imaginée. Le décalage ressenti dans un premier temps peut se comprendre par le fait que la grande majorité des situations rencontrées concernent l'impact des facteurs environnementaux, qui était envisagées, mais qui a certainement été sous-estimé (maltraitance, psycho-traumatisme, agressions sexuelles...). De plus, il faut également considérer le manque de relai sur le territoire pour des situations non psychiatriques mais provoquant une souffrance psychique importante pour la personne concernée et son entourage.

Le troisième chapitre sur les regards croisés de différents acteurs du projet ESPPAIR apportent une réflexion supplémentaire. Les dimensions inclusives et intégratives du projet de la personne au sein de son environnement dépassent les seules limites du projet de soin centré sur les besoins et la pathologie, ce qui nécessite une transformation des représentations, des postures et des pratiques des acteurs de l'hôpital et du territoire. En pratique, le changement de paradigme que le projet ESPPAIR implique n'est pas facile à porter et à transmettre à l'ensemble des partenaires. Les autres services du pôle de psychiatrie adulte (CMP et structure d'hospitalisation complète en particulier),

mais aussi les partenaires sur le territoire (éducation nationale, centre d'apprentissage, délégation territoriale, pôle emploi, etc.) adressent régulièrement des personnes et ne comprennent pas immédiatement une réponse différente que celle proposée par la « psychiatrie classique », encore trop centrée sur la réduction des symptômes par une approche médicale.

La réponse aux trois objectifs proposés permet de vérifier qu'il y a une adéquation entre les missions imaginées lors de l'écriture du projet et la réalité du terrain au bout de 18 mois de fonctionnement. Elle permet aussi d'interroger si les stratégies d'interventions d'ESPPAIR participent à la prévention du handicap psychique chez les jeunes de 16-25 présentant des souffrances psychiques.

L'ensemble des résultats obtenus par les différents outils utilisés dans ce travail de recherche exploratoire ne permettent pas de faire une conclusion définitive sur la prévention du handicap psychique chez les jeunes de 16 à 25 ans rencontrés par l'équipe ESPPAIR en 2021. C'est d'ailleurs l'avis unanime de l'équipe que nous pouvons résumer par la citation de l'un de ses membres qui explique : « *qu'il est trop tôt pour pouvoir l'affirmer, attendons les résultats sur 9 ans !* ». Pour autant, la présente recherche, exploratoire, a une visée plutôt heuristique, dans le sens où elle génère, sur la base du retour des personnes concernées, des stratégies d'amélioration de l'accompagnement sur les cibles visées. Ce travail est une ébauche, une première étape qui vise plutôt à déterminer si le fonctionnement d'ESPPAIR répond aux besoins des jeunes rencontrés et si cela participe à la prévention d'une entrée dans des troubles qui pourraient amener ces jeunes à se retrouver en situation de handicap psychique, tel que défini la CIFSH.

Ce travail tentait aussi de vérifier que ce qui est mis en place correspond à ce qui est attendu par les personnes concernées, par les promoteurs du projet et par les membres de l'équipe. Le matériau utilisé pour recueillir l'avis des jeunes concernés est limité. Le questionnaire, utilisé pour ne pas créer de confusion par rapport à l'accompagnement clinique, donne peu de données exploitables. Le cadre de cette évaluation est un axe d'amélioration de ce travail et amène aussi à se questionner sur la meilleure manière de le réaliser pour l'équipe en 2022. Une piste pourrait être d'identifier les leviers et les freins dans l'accompagnement qui vise la participation sociale des personnes rencontrées. Pour cela, l'estimation de l'intérêt perçu d'ESPPAIR par les bénéficiaires (personnes, entourages, partenaires) est indispensable. Dans ce travail, l'évaluation ne serait pas limitée à un questionnaire de satisfaction auprès des personnes concernées. Une étude plus approfondie, intégrant l'entourage, et plus particulièrement la famille, mais aussi les

partenaires, est à entreprendre pour finir de recueillir des données qui pourront prouver (ou non) l'efficacité d'une intervention comme ESPPAIR. La réflexion neuro-systémique autour de chacune des situations rencontrées, ainsi que le lien créé avec les jeunes et leurs entourages, est un facilitateur pour mettre en œuvre cette perspective.

Enfin, cet écrit est également utile pour les acteurs institutionnels afin de faire un compte rendu de l'efficacité de l'équipe aux financeurs (Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine). Pour aller plus loin, une recherche hypothético-déductive dans laquelle des hypothèses précises d'efficacité pourraient être testées serait intéressante, mais elle nécessite alors un groupe témoin (sans intervention ESPPAIR) qui interroge d'un point de vue éthique. En effet, si l'intervention d'ESPPAIR permettait effectivement la prévention du handicap psychique, et qu'un membre du groupe témoin « non-ESPPAIR » déclarait une pathologie psychiatrique, alors il ne paraîtrait pas équitable de ne pas lui en avoir fait bénéficier. Les avis d'un comité de protection des personnes et d'un comité d'éthique devraient être demandés afin de savoir si une telle étude comparative pourrait être entreprise (traitement classique versus pratique innovante ?). Une autre manière de réfléchir à cet aspect est en cours de mise en œuvre, avec la participation de l'université de Bordeaux, pour définir des indicateurs et/ou échelles, intégrant les pratiques orientées vers le rétablissement, qui seraient intéressants à mobiliser pour quantifier et caractériser les apports de l'équipe ou encore montrer une plus-value pour les politiques publiques en santé mentale de l'action d'ESPPAIR. Pour cela, ce travail permet de poser les jalons d'une évaluation plus formelle sur des preuves d'efficacité du fonctionnement d'ESPPAIR en réalisant une étude longitudinale de l'accompagnement précoce sur le devenir des personnes et de leurs familles.

Les résultats obtenus semblent montrer qu'il y a une adéquation entre les missions imaginées dans le projet initial et les missions réellement réalisées. ESPPAIR propose une intervention précoce, rapide, non centrée sur la pathologie mais sur le repérage intégrant d'autres pathologies concomitantes. Cette organisation permet de voir plus de jeunes, qui ne seraient jamais orientés vers la psychiatrie par crainte et représentation négative, de travailler sur la stigmatisation de l'accès à la souffrance psychique et à la santé mentale et de proposer des réponses pragmatiques, banalisées et au domicile. Le fait d'intervenir au domicile permet d'aborder de manière systémique la question de la souffrance psychique et d'éventuelles manifestations qui orienteraient vers des pathologies chroniques et un handicap psychique consécutif. Cela permet aussi de travailler avec les parents, pour les enfants mineurs, et de travailler avec les familles, pour les adultes qui le souhaitent.

Si les missions qu'ESPPAIR se propose de remplir s'inscrivent dans une approche résolument systémique, elles s'appuient également sur une dimension éthique telle que Paul Ricoeur (1990) la décrit et qui est en filigrane de ce travail. La définition de l'éthique qu'il propose correspond à la volonté de l'équipe que le travail réalisé soit d'abord « une visée », un objectif, une direction que l'on souhaite emprunter. Paul Ricoeur propose de définir la base de l'éthique sous la forme d'un triangle dont les trois sommets (« les trois pôles ») décrivent « la visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » (Sureau, 2018, p.65). Dans l'accompagnement proposé par ESPPAIR, il s'agit de « la visée de la vie bonne », d'abord, qui décrit bien la volonté première d'améliorer la qualité de la vie des personnes. « Avec et pour autrui », ensuite, formule à laquelle correspond la conception de l'accompagnement des personnes vers le rétablissement : ce n'est pas seulement « pour » les personnes mais avant tout « avec » elles que les objectifs sont définis pour y correspondre au mieux. Enfin, « dans des institutions justes » parce qu'il semble bien que nos actions s'inscrivent bien dans la démarche institutionnelle qui, paradoxalement, aspire à soigner moins de personnes : si les actions de prévention ont une efficacité, alors l'institution soignante remplira mieux son rôle d'acteur de santé publique qui vise à améliorer la santé de la population.

Ce type de travail, dans une organisation sanitaire, est proche d'un travail médico-social, d'un SAMSAH d'interventions précoces sans orientation MDPH, ce qui permet de ne pas avoir à subir les freins institutionnels de la reconnaissance d'un handicap qui, pour l'instant, n'existe pas. Il permet aussi de « faire le tri » entre ce que sera le développement, à partir des symptômes non spécifiques, d'un parcours qui n'entrera pas dans une pathologie chronique ou, au contraire, de la découverte de ceux qui s'inscrivent dans une pathologie plus ancrée et déterminer quels ont été les déterminants qui ont inscrit dans la durée cette pathologie. ESPPAIR propose une organisation totalement différente de la réponse hospitalière même dite ambulatoire, où les gens viennent vers les centres de soins. La proposition repose sur l'intervention au domicile et sur les lieux de vie des gens pour permettre de maintenir une inscription inclusive que ce soit d'un point de vue scolaire, d'apprentissage, d'activité professionnelle, sans forcément devoir se limiter pour le soutien et le support aux horaires d'ouverture des structures dites ambulatoire.

Le croisement des approches et des différentes spécificités de chaque membre de l'équipe est une richesse dans la compréhension du rapport d'un individu avec son environnement et de l'utilité de s'intéresser à la cognition qui diverge de la pathologie. Il y a trop de risque d'erreur de diagnostic qui sont en rapport avec des troubles cognitifs. Ces

erreurs conduisent trop souvent, et de manière abusive, à ce que les personnes soient étiquetées avec une « pathologie psychiatrique ». Cela crée une difficulté, pour ces personnes, d'avoir un accès à un accompagnement qui correspond à leurs problématiques réelles. A partir du moment où une inquiétude psychiatrique se manifeste, les personnes peuvent rapidement être victimes de la stigmatisation associée à ces troubles, même si elles n'en sont pas porteuses.

La difficulté principale de la mise en œuvre de ce projet réside dans la méconnaissance par l'hôpital de la réalité du terrain et des populations accompagnées, puisqu' ESPPAIR est dans une démarche de prévention alors que les actions habituelles de l'hôpital sont curatives. Comme le souligne le chef de pôle et médecin responsable d'ESPPAIR, « *ça éloigne l'hôpital de son centre, c'est-à-dire le travail sur la maladie et ça pose à tous les soignants la question du travail sur le handicap, c'est-à-dire comment on vit avec une maladie dans un environnement donné qui ne s'appelle pas un hôpital mais un domicile* ». La réponse à une difficulté ne passe pas forcément par du soin. Ce sont les attentes des personnes et de leurs familles qui structurent l'action novatrice et les réponses systémiques de l'équipe et non pas l'offre qui organise la réponse aux personnes et aux familles.

La prévention est une action des hôpitaux dont sa mise en œuvre est peu mise en avant et qui, avec l'équipe ESPPAIR, est particulièrement mise en lumière. Pourtant, « *Mieux vaut prévenir que guérir* », comme le dit un vieux dicton français, utilisé par le DRH lors de notre entrevue.

L'OMS, dans le « World mental health report » de Juin 2022, va dans ce sens en soulignant l'urgence de transformer les pratiques en santé mentale et les soins qui lui sont consacrés. Le rapport appelle instamment tous les pays à mettre en œuvre le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Plusieurs recommandations sur les mesures à prendre y sont formulées : elles sont regroupées en trois « voies vers la transformation ». La première est de relever l'importance accordée à la santé mentale l'engagement en sa faveur. La deuxième est de remodeler les environnements qui influent sur la santé mentale, y compris les habitations, les communautés, les écoles, les lieux de travail, les services de soins de santé et les environnements naturels. La dernière propose de renforcer les soins de santé mentale en apportant des changements aux lieux, aux modalités, aux prestataires et aux bénéficiaires des soins de santé mentale (OMS, 2022).

ESPPAIR apporte une distinction entre les principes d'une pratique orientée vers le rétablissement et les attentes régulièrement prônées par les soignants au sein des

hôpitaux, qui pensent avant tout la guérison des personnes. Les symptômes, comme illustrés dans ce travail, ne doivent pas être l'unique critère d'évaluation permettant de comprendre une situation complexe, ce qui permet de considérer la place sociale qui est accordée aux difficultés rencontrées par les personnes porteuses de ces symptômes. Considérer les troubles des jeunes, « étiquetés psychiatriques » à mauvais escient par moments, comme un mode d'adaptation dans un continuum (Valery, 2021) où chacun d'entre nous pourrait être plus ou moins éloigné de ce type de difficultés permet d'être moins stigmatisant. De plus, cela n'empêche en rien une vie personnelle, sociale, professionnelle, de loisirs dans laquelle les personnes peuvent s'épanouir.

La mobilité et les interventions précoces contribuent à la prévention primaire comme secondaire et à « *l'abaissement des filtres* » (Van Os & Delespaul, 2005) par des actions de collaboration et de formation avec les acteurs de premier recours et les partenaires du territoire concernés par cette période de la vie. Elles s'appuient aussi sur le virage ambulatoire de l'accompagnement, entrepris par le CH de Jonzac depuis de nombreuses années, favorisant davantage de proximité et le maintien dans l'environnement familial, social, affectif et d'apprentissage.

ESPPAIR a donc une action de santé mentale sur un territoire impliquant une responsabilité populationnelle et territoriale, de fluidité et de précocité de l'intervention. En réalisant ses missions, ESPPAIR rencontre beaucoup de situations « étiquetées psychiatriques ». Ces situations sont en fait beaucoup d'histoire de vie personnelle et/ou familiale où la maltraitance, la violence et les psycho traumatismes sont inscrits et se développent ensuite sous la forme de pathologies cliniques parce qu'ils sont méconnus et non pris en charge précocement. A partir de 16 ans, il n'est pas encore trop tard pour accompagner cela, faire appel à la Loi si nécessaire, et proposer aux personnes des réponses spécifiques en s'articulant avec les structures hospitalières et les dispositifs ambulatoires (TCC, soins pour les psycho-traumatismes, soins pour les addictions...).

Pour conclure, ce mémoire a plus distalement une visée de transformation des pratiques professionnelles, en s'appuyant sur l'approche neuro-systémique du handicap (Mazaux et al., 2011). Comprendre la philosophie du handicap de la CIFSH, c'est également comprendre les dynamiques systémiques familiales. Il s'agit d'identifier des leviers de transformation des postures professionnelles en santé mentale, basées sur le développement de l'« aller-vers » hors des structures psychiatriques traditionnelles (ANAP, 2021) et la reconnaissance du savoir expérientiel comme déterminant de l'organisation de l'accompagnement.

Bibliographie

- Amminger, G. P., Leicester, S., Yung, A. R., Phillips, L. J., Berger, G. E., Francey, S. M., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2006). Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals. *Schizophrenia Research*, 84(1), 67-76. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.02.018>
- ANAP. (2021). *Le nouvel ambulatoire en santé mentale: Pour une vie debout!* <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2831-le-nouvel-ambulatoire-en-sante-mentale-pour-une-vie-debout>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Bird, V., Leamy, M., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2010). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Caria, A. (2021). *Contribution_psychom_assises_sm_et_psychiatrie_30_juin_2021.pdf*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_psychom_assises_sm_et_psychiatrie_30_juin_2021.pdf
- Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*. Hawthorn Books.
- Chan, S. K. W., Chan, S. W. Y., Pang, H. H., Yan, K. K., Hui, C. L. M., Chang, W. C., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2018). Association of an Early Intervention Service for Psychosis With Suicide Rate Among Patients With First-Episode Schizophrenia-

- Spectrum Disorders. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 458-464.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0185>
- Coldefy, M., & Maugiron, P. (2022). *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : L'implication et le partenariat avec les usager(e)s et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale (Rapport HCAAM)*. 173.
- Crowley, K. (1997). *Implementing the concept of recovery in...*
https://scholar.google.com/scholar_lookup?hl=en&publication_year=1997&author=K+Crowley&title=Implementing+the+concept+of+recovery+in+mental+health+systems
- Cuenot, M., & Rémy-Néris, O. (2017). *Manuel d'utilisation de la CIF en pratique clinique*. Presses de l'EHESP.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence.Applications thérapeutiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), 79-97. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/ctf.040.0079>
- Delamillieure, P., Couleau, M., & Dollfus, S. (2009). Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(1), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.11.014>
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2012). Cannabis : Usage et dépendance. *La Presse Médicale*, 41(12, Part 1), 1233-1240. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.016>
- Destailats, J. M., Mazaux, J. M., Belio, C., Sorita, E., Sureau, P., Lozes, S., Pellegris, B., & Wiart, L. (2010). *Le lien familial à l'épreuve du handicap : La consultation handicap et famille*. 13.
- Devandas-Aguilar, C. (2017). *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, au cours de sa visite en France, du 3 au 13*

octobre 2017. OHCHR. <https://www.ohchr.org/fr/statements/2017/10/end-mission-statement-united-nations-special-rapporteur-rights-persons>

Dietrich, P., Loison, M., & Roupnel, M. (2012). Articuler les approches quantitative et qualitative. In *L'enquête sociologique* (p. 207-222). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0207>

Fédération française de Psychiatrie, Conférence de consensus sur les schizophrénies, Petitjean, F., & Marie-Cardine, M. (2003). *Schizophrénies débutantes : Diagnostic et modalités thérapeutiques / Conférence de consensus, 23, 24 janvier 2003, Paris, Hôpital Sainte-Anne; promoteur, Fédération française de psychiatrie; [dir. F. Petitjean, M. Marie-Cardine]*. Montrouge : John Libbey Eurotext, Paris : Fédération française de psychiatrie.

Fontes, M. A., Bolla, K. I., Cunha, P. J., Almeida, P. P., Jungerman, F., Laranjeira, R. R., Bressan, R. A., & Lacerda, A. L. T. (2011). Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 442-447. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077479>

Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., ... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state : A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107-120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>

Gillberg, C., Wahlström, J., Forsman, A., Hellgren, L., & Gillberg, I. C. (1986). Teenage Psychoses—Epidemiology, Classification and Reduced Optimality in the Pre-, Peri- and Neonatal Periods. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 87-98. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1986.tb00624.x>

Gourier-Frery, C., Chan Chee, C., & Beltzer, N. (2014). Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry*, 29(8, Supplement), 625. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.118>

- Guével, M.-R., Pommier, J., & Absil, G. (2016). Articuler des méthodes qualitatives et quantitatives. Illustrations de la conceptualisation par les méthodes mixtes. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 296-311). Armand Colin; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0296>
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Éds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders : Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/>
- HAS. (2007, juin). *ALD n°23—Schizophrénies*. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies?xtmc=&xtcr=77
- Henquet, C., Di Forti, M., Morrison, P., Kuepper, R., & Murray, R. M. (2008). Gene-Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1111-1121. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn108>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders : A review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Krebs, M.-O., & Canceil, O. (2004). Détection précoce des troubles psychotiques : Enjeux de la mise en place d'un réseau de soins. *Revue française des affaires sociales*, 1, 91-102. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0091>
- Krebs, M.-O., & CPNLF. (2015). *Signes précoces de schizophrénie*. Dunod.
- Krebs, P. M.-O., & Lejuste, F. (2017). *Psychoses débutantes : Pour une prise en charge précoce et intégrée*. 16.
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. 190.
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., & Dollfus, S. (2016). Les débuts de la psychose. *SANTE MENTALE*, 209, 24-31.
- Lemercier, C., Ollivier, C., & Zalc, C. (2013). Articuler les approches qualitatives et quantitatives. In *Devenir chercheur* (p. 125-143). Editions de l'EHESS. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01445953>

- Llorca, P.-M., & Denizot, H. (2008). Approche préventive dans la schizophrénie. *Thérapies*, 63(3), 251-255. <https://doi.org/10.2515/therapie:2008032>
- Marissal, J.-P. (2009). Les conceptions du handicap : Du modèle médical au modèle social et réciproquement.... *Revue d'éthique et de théologie morale*, 256(HS), 19-28. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/retm.256.0019>
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004718.pub3>
- Mazaux, J. M., Destailats, J.-M., Belio, C., & Pelissier, J. (2011). *Handicap et famille. Approche neurosystémique et lésions cérébrales*. Elsevier Masson. <https://www.decitre.fr/livres/handicap-et-famille-9782294714146.html>
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.305>
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine : Assessing perceptions of Recovery Oriented practices in a state Mental Health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 378-386.
- OMS. (2018). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2022). *L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés*. <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- ONU. (2021). *Sessions des organes de traités*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=2504&Lang=fr
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

- Pachoud, B. (2014). Handicap psychique et insertion professionnelle : De nouvelles orientations théoriques et pratiques. *Le Journal des psychologues*, 315(2), 32-36. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/jdp.315.0032>
- Pomini, V., & Bonsack, C. (2018). Modèles théoriques du rétablissement. In *Serveur académique Lausannois*. Serveur académique Lausannois.
- Prouteau, A., Bonilla-Guerrero, J., Cady, F., Destailats, J.-M., & Plane, M. (2018). Modèles du handicap et stratégies d'intervention : Vers la participation sociale et le rétablissement. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 46-54). <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00005-0>
- Ravaud, J.-F., & Paris, C. technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations-C.-J. d'études. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : La question du sujet. *Handicap : Revue de sciences humaines et sociales*, 81, 64-75.
- Richard, M. J. (2021). *Contribution_asmp_unafam.pdf*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_unafam.pdf
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil. <https://www.seuil.com/ouvrage/soi-meme-comme-un-autre-paul-ric-ur/9782020114585>
- Safon, M. O., & Suhard, V. (2019). *La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE - bibliographie thématique*.
- Santé Mentale. (2021). *Santé mentale*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., van der Gaag, M., Meneghelli, A., Nordentoft, M., Marshall, M., Morrison, A., Raballo, A., Klosterkötter, J., & Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30(3), 388-404. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>

- Souaiby, L., Gaillard, R., & Krebs, M. O. (2016). *Durée de psychose non traitée : État des lieux et analyse critique*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/1052957>
- Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis : Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f185. <https://doi.org/10.1136/bmj.f185>
- Sureau, P. (2018). *Relation de soin et handicap* (Seli Arslan). <https://www.vuibert.fr/ouvrage/9782842762360-relation-de-soin-et-handicap>
- Tordjman, S., & Wiss, M. (2014). *À la rencontre des jeunes en souffrance*. De Boeck Supérieur. <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782804172091-la-rencontre-des-jeunes-en-souffrance>
- Université de Bordeaux. (2022). *STIGMA*. <https://labpsy.u-bordeaux.fr/Travaux-de-recherche/STIGMA>
- Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale* [These de doctorat, Bordeaux]. <https://www.theses.fr/2021BORD0324>
- Van Os, J., & Delespaul, P. (2005). Toward a world consensus on prevention of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(1), 53-67.
- Veran, O. (2021, septembre 27). *Discours d'Olivier Véran—Assises de la santé mentale et de la psychiatrie—Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-d-olivier-veran-assises-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>
- Vigneault, L. (2019). *Cap sur le rétablissement*. Performance Édition. <https://www.performance-edition.com/boutique/livres/cap-sur-le-retablissement>

Liste des annexes

Annexe 1 : Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction à destination des jeunes

Annexe 3 : Questionnaire à destination des membres de l'équipe

Annexe 4 : Guide d'entretien semi directif pour les acteurs institutionnels

Annexe 5 : Schémas récapitulatif de l'évolution vers un trouble psychotique

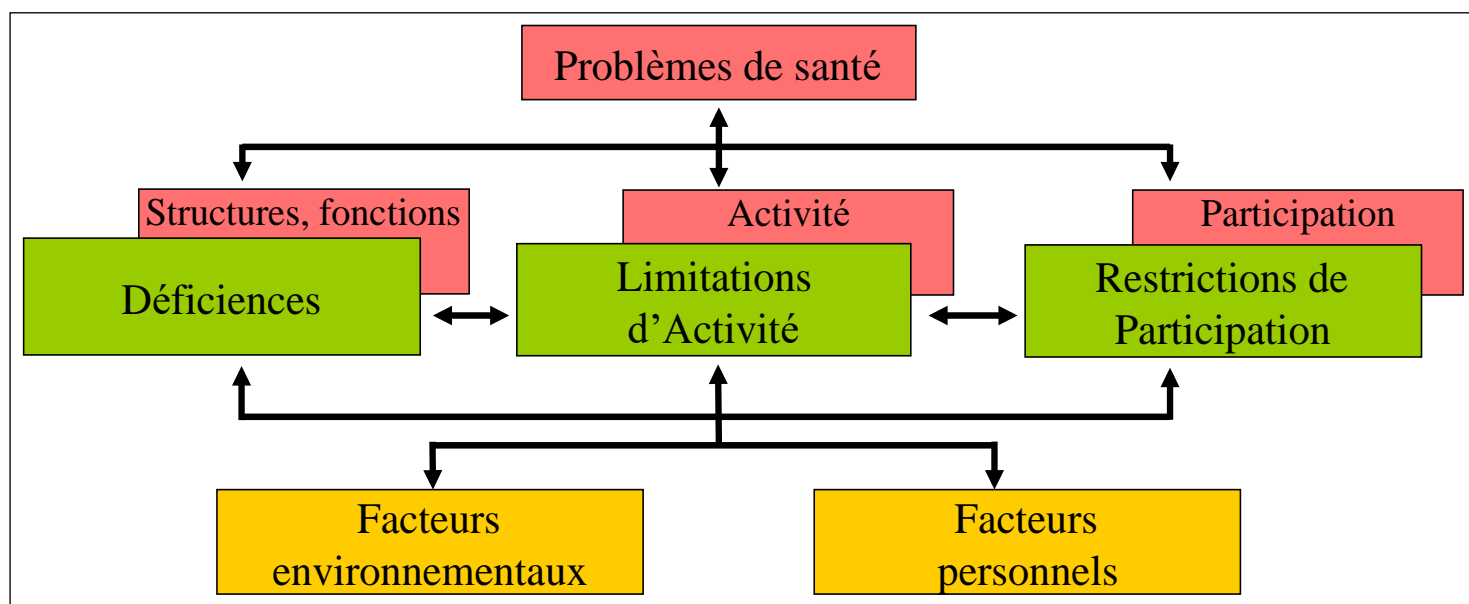
Annexe 6 : Promoteurs du projet ESPPAIR

Annexe 7 : Schéma d'interventions avec des pratiques orientées vers le rétablissement

Annexe 8 : Territoire d'intervention du pôle de psychiatrie adulte

Annexe 9 : Diagnostic territorial réalisé pour le PTSM

Annexe 1 : Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé



Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction à destination des jeunes



Questionnaire de satisfaction

Dans le but d'améliorer la qualité de l'accompagnement que nous proposons, nous avons besoin de votre aide. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec chacune des affirmations ci-dessous, sur une échelle allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).
Nous vous remercions beaucoup pour votre retour et vos éventuelles suggestions.

* Obligatoire

1. Le 1er rendez-vous (téléphonique ou physique) avec l'équipe ESPPAIR a été réalisé rapidement après mon appel au secrétariat *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

5. J'ai apprécié le fait que l'équipe ESPPAIR vienne me voir à mon domicile et/ou dans les différents lieux de mon quotidien *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

6. Je suis satisfait(e) de l'aide proposée par l'équipe ESPPAIR *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

7. L'équipe a respecté mes souhaits concernant l'inclusion de mon entourage dans mon projet d'accompagnement *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

2. Les réponses et propositions d'accompagnement de l'équipe ESPPAIR ont répondu à mes attentes *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

3. J'ai participé à l'ensemble des décisions me concernant en lien avec l'accompagnement proposé par l'équipe ESPPAIR *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

4. L'équipe ESPPAIR a été disponible aussi souvent que nécessaire pour me soutenir et m'accompagner dans mes projets *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

8. Si un ami, un proche, avait besoin d'une aide similaire, je lui recommanderais l'équipe ESPPAIR *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

9. J'ai le sentiment que mes droits et libertés ont été respectés par l'équipe ESPPAIR *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

10. Je me suis senti(e) stigmatisé(e) par les propos ou remarques des membres de l'équipe ESPPAIR *

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

11. Selon vous, quels sont les points forts de l'équipe ESPPAIR ?

12. Selon vous, quels sont les axes d'améliorations possibles de l'équipe ESPPAIR ?

13. Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

Annexe 3 : Questionnaire à destination des membres de l'équipe



Votre opinion sur ESPPAIR

Cher(e)s collègues, cette recherche s'inscrit dans le cadre des travaux de mon mémoire à l'EHESP. Vos réponses sont collectées dans le but d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé par notre équipe. En effet, recueillir votre avis et vos représentations sur l'équipe pour comprendre le vécu de votre exercice professionnel au sein de celle-ci apparaît indispensable. Si vous acceptez de répondre à ce questionnaire, dites tout ce qui est important pour vous ! Vous n'êtes pas obligés de répondre à l'ensemble des questions surtout si certaines ne vous paraissent pas utiles. Si vous acceptez de répondre à l'ensemble des questions, il devrait vous prendre entre 15 et 20 minutes.

Vos réponses sont totalement anonymes, ni votre nom, ni votre fonction ne sont recueillis durant ce questionnaire. Elles seront conservées dans un lieu sécurisé.

* le responsable de la recherche (moi !) vous garantit la confidentialité des résultats

* vous avez le droit de vous retirer de cette recherche quand vous le souhaitez.

* vous avez le droit de connaître les résultats généraux de l'étude lorsqu'ils seront disponibles,

* votre participation repose sur le volontariat.

* Obligatoire

1. J'accepte de participer à cette recherche *

Oui

Non

2. Quelles ont été les motivations qui vous ont amené à postuler dans l'équipe ESPPAIR ?

3. Pensez-vous qu'il aurait été nécessaire d'avoir certaines formations spécifiques afin de travailler au sein de l'équipe ESPPAIR ? Si oui, précisez lesquelles ?

4. L'équipe ESPPAIR répond principalement aux missions pour lesquelles elle a été imaginée initialement.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

5. Pouvez vous préciser en quoi vous êtes en accord ou en désaccord à l'affirmation précédente ?

6. L'équipe répond à d'autres missions que celles prévues initialement

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

7. Pouvez vous préciser en quoi vous êtes en accord ou en désaccord à l'affirmation précédente ?

8. Si vous deviez aujourd'hui définir les missions de l'équipe, lesquelles seraient importantes pour vous ?

9. L'accompagnement proposé par l'équipe ESPPAIR prévient l'entrée des jeunes rencontrés dans le handicap psychique (au sens de la CIFSH)

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

X

10. Pouvez vous préciser en quoi vous êtes en accord ou en désaccord à l'affirmation précédente ?

11. Quels sont les obstacles que vous identifiez actuellement pour le bon fonctionnement de l'équipe ?

12. Pensez vous qu'il serait nécessaire de bénéficier de formations (continue ou autre) ? Si oui, précisez sur quels points ?

13. L'équipe met en contact suffisamment les jeunes rencontrés avec d'autres qui peuvent avoir les mêmes difficultés

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

14. Pouvez vous préciser votre réponse à l'item précédent ?

15. Le travail au sein de l'équipe ESPPAIR a t'il modifié chez vous les représentations que vous vous faisiez de l'accompagnement de jeunes en souffrance psychique ? Si c'est le cas, de quelle manière ?

16. Selon vous, quels sont les points forts de l'équipe ESPPAIR ?

17. Selon vous, quels sont les axes d'améliorations possibles de l'équipe ESPPAIR ?

18. Avez vous d'autres remarques ou des suggestions à faire ?

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms

Trame entretien semi-dirigé

Bonjour, je vous remercie beaucoup d'avoir accepté ce temps de discussion avec moi. Avant de discuter de l'équipe ESPPAIR, (questions 1-2)

- 1- Pouvez vous vous présenter en quelques mots ? Quelle a été votre parcours pour arriver à votre poste actuel (votre formation, votre parcours, vos principales expériences professionnelles)
- 2- (Pour ceux exerçant en psychiatrie, qu'est-ce qui vous a conduit à exercer en psychiatrie ?)
(Pour ceux n'exerçant pas spécifiquement en psychiatrie, quel lien vous entretenez avec les pratiques réalisées au sein du pôle de psychiatrie de l'établissement)

Comme décrit dans le courrier que je vous ai adressé, Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi de parler de l'équipe ESPPAIR dans laquelle j'occupe le poste de coordinateur. L'objectif de mon travail tente de mettre en évidence le type de réponse proposée aux jeunes et en quoi l'approche dans ESPPAIR répond ou non aux problématiques rencontrées et à ce pour quoi l'équipe avait été imaginé au départ. Pour cela, j'essaie d'identifier les apports, les limites et les obstacles de l'intervention de cette équipe en considérant différents points de vue.

- 3- De votre point de vue, qu'est ce qui fait que le projet ESPPAIR a été retenu par le FIOP en 2019 ?
- 4- Quels sont les intérêts d'un projet comme ESPPAIR selon vous ? Y a-t-il d'autres intérêts (parcours des jeunes, organisation du soin) ? est-ce que cela apporte une plus-value au Centre Hospitalier de Jonzac ? ou le contraire ? Quelles sont, selon vous, les bénéfices attendus d'une équipe comme ESPPAIR ? est ce que selon vous le CH de Jonzac apporte une plus-value au projet ESPPAIR
- 5- Quelles sont, selon vous, les difficultés principales que l'équipe ESPPAIR rencontre aujourd'hui ? (ou Quels sont les principaux obstacles que l'équipe rencontre selon vous ?)
- 6- Quels sont les freins et les contraintes institutionnelles qu'un projet comme ESPPAIR engendre ?
- 7- Avez-vous des solutions pour remédier à ces difficultés produites par ESPPAIR ?
- 8- Pensez-vous que l'équipe ESPPAIR répond aux missions pour lesquelles elle a été imaginé initialement ?
- 9- A quelles missions l'équipe ESPPAIR devrait répondre selon vous ?

10- Est-ce que de votre point de vue, un projet comme ESPPAIR implique des modifications dans les pratiques managériales ? Si oui, lesquelles ?

De ma place de coordinateur, j'ai pu repérer certaines difficultés et d'autres me reviennent de la part de l'équipe et j'aurai aimé avoir votre point de vue sur ces différents points. L'objectif reste d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé et les réponses offertes aux jeunes et à leurs entourages dans le cadre de la prévention proposé par ESPPAIR

Flexibilité des Horaires, lieu d'embauche, mobilité de l'équipe, rencontres avec les familles au moment où elles sont disponibles, visio (travail depuis le domicile), véhicules (lien avec la note de service par exemple), utilisation par d'autres services sans accord...

Niveau de connaissance FIOP et applications de règles institutionnelles

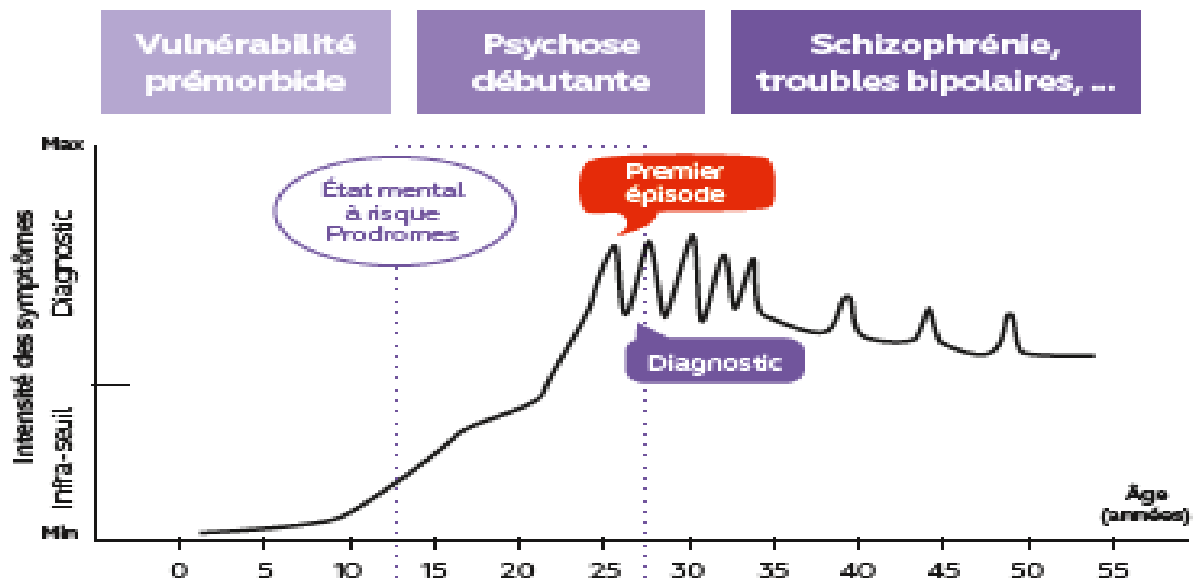
Autonomie de fonctionnement, niveau de responsabilité (lien avec niveau d'études des membres de l'équipe)

11- Est-ce qu'un projet comme ESPPAIR modifie les représentations que vous aviez de l'accompagnement qui est réalisé actuellement en psychiatrie et en santé mentale ? Si oui, dans quelles mesures ?

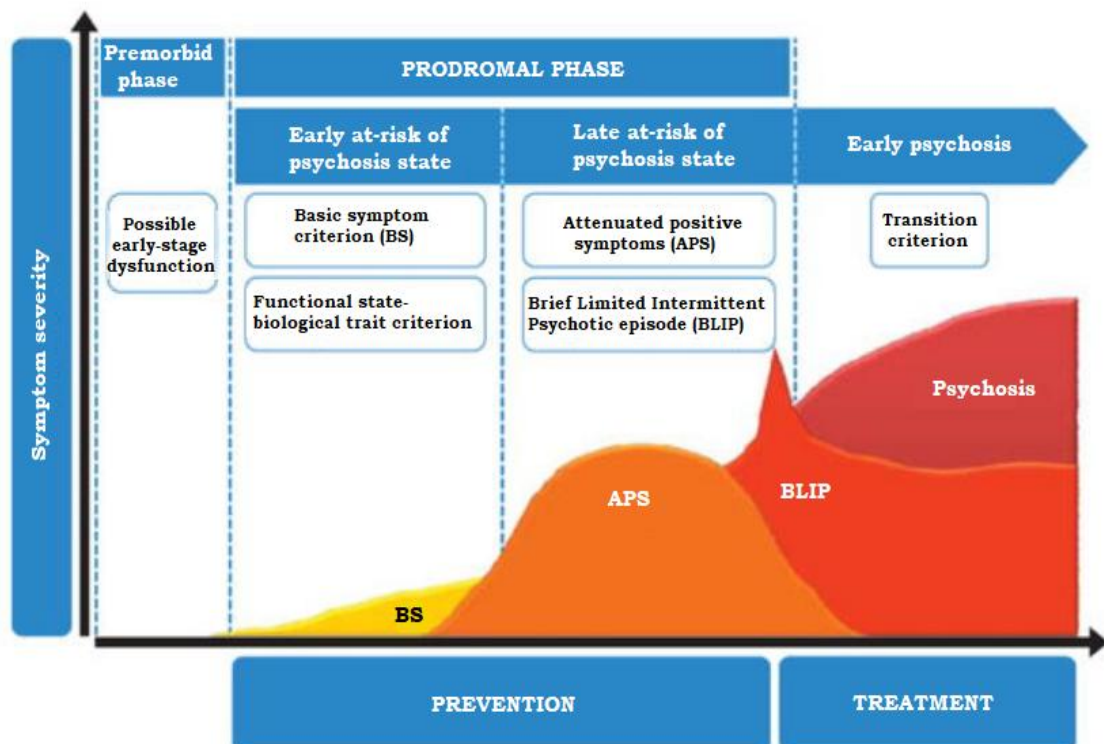
12- Pensez-vous que cela devrait engendrer des transformations dans les réponses faites pour améliorer la santé mentale des personnes pouvant être amenés à consulter des services du pôle de psychiatrie du CH de Jonzac ? Si oui, lesquelles ?

Annexe 5 : Schémas récapitulatif de l'évolution vers un trouble psychotique

M.-O. Krebs & Canceil, 2004



Paolo Fusar-Poli & al., 2013



Annexe 6 : Promoteurs du projet ESPPAIR

Référents/promoteurs du projet

Les référents en charge de la coordination du projet sont les suivants :

Chef de projet :

Docteur Jean-Marc DESTAILLATS, chef du pôle de psychiatrie « adultes » du Centre Hospitalier de Jonzac
05 46 48 54 70
jm.destaillats@ch-jonzac.fr

Référents du projet :

Julien BONILLA GUERRERO, Ergothérapeute, Coordinateur de l'Équipe Mobile de Soutien de Proximité, de Prévention et d'Accompagnement Interprofessionnel vers le Rétablissement (ESPPAIR)
07 85 02 84 22
j.bonilla-guerrero@ch-jonzac.fr

Anthony DUDILOT, Psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie clinique, l'Équipe Mobile de Soutien de Proximité, de Prévention et d'Accompagnement Interprofessionnel vers le Rétablissement (ESPPAIR), PhD en sciences neurologiques
07 86 17 32 54
a.dudilot@ch-jonzac.fr

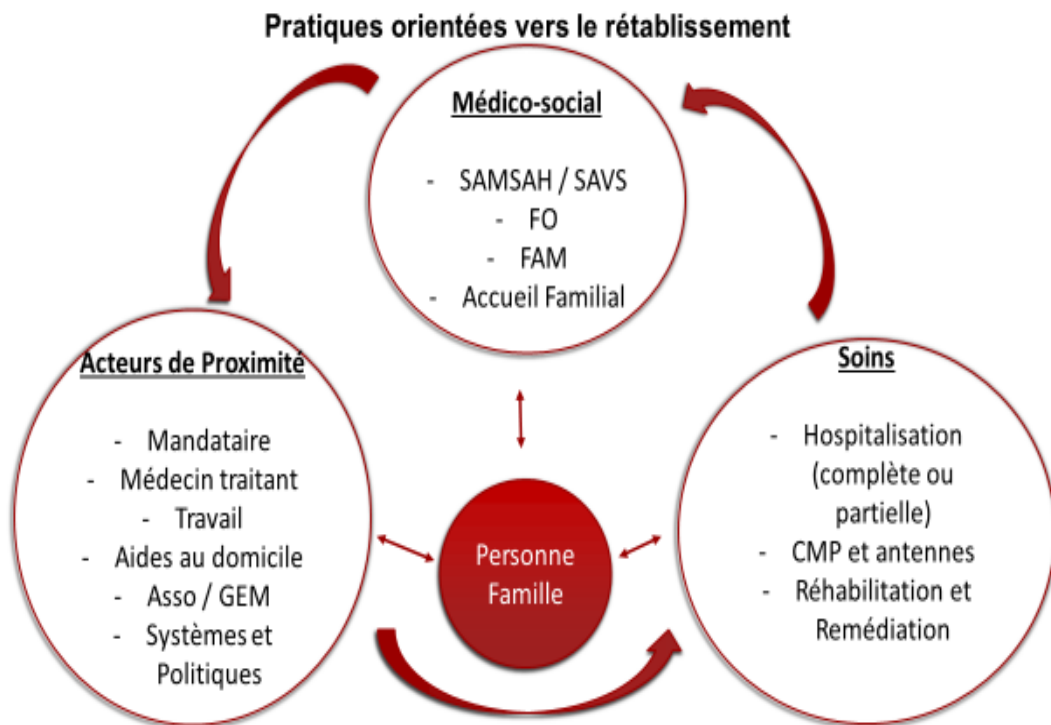
Antoinette PROUTEAU, Psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie clinique, PhD en Sciences Humaines et Sociales, mention Sciences Cognitives, MCU-HDR, Responsable du Master Neuropsychologie clinique, UF de Psychologie – Laboratoire de Psychologie EA 4139, Université de Bordeaux
05 57 57 30 40
antoinette.prouteau@u-bordeaux.fr
a.prouteau@ch-jonzac.fr

Mathilde DULAURENS, Cadre de Santé, Ergothérapeute, en charge des services médico-sociaux du pôle de psychiatrie adulte du CH de Jonzac (SAMSAH handicap, FAM handicap psychique, Service d'accueil familial social handicap psychique)
05 46 48 91 59
m.dulaurens@ch-jonzac.fr

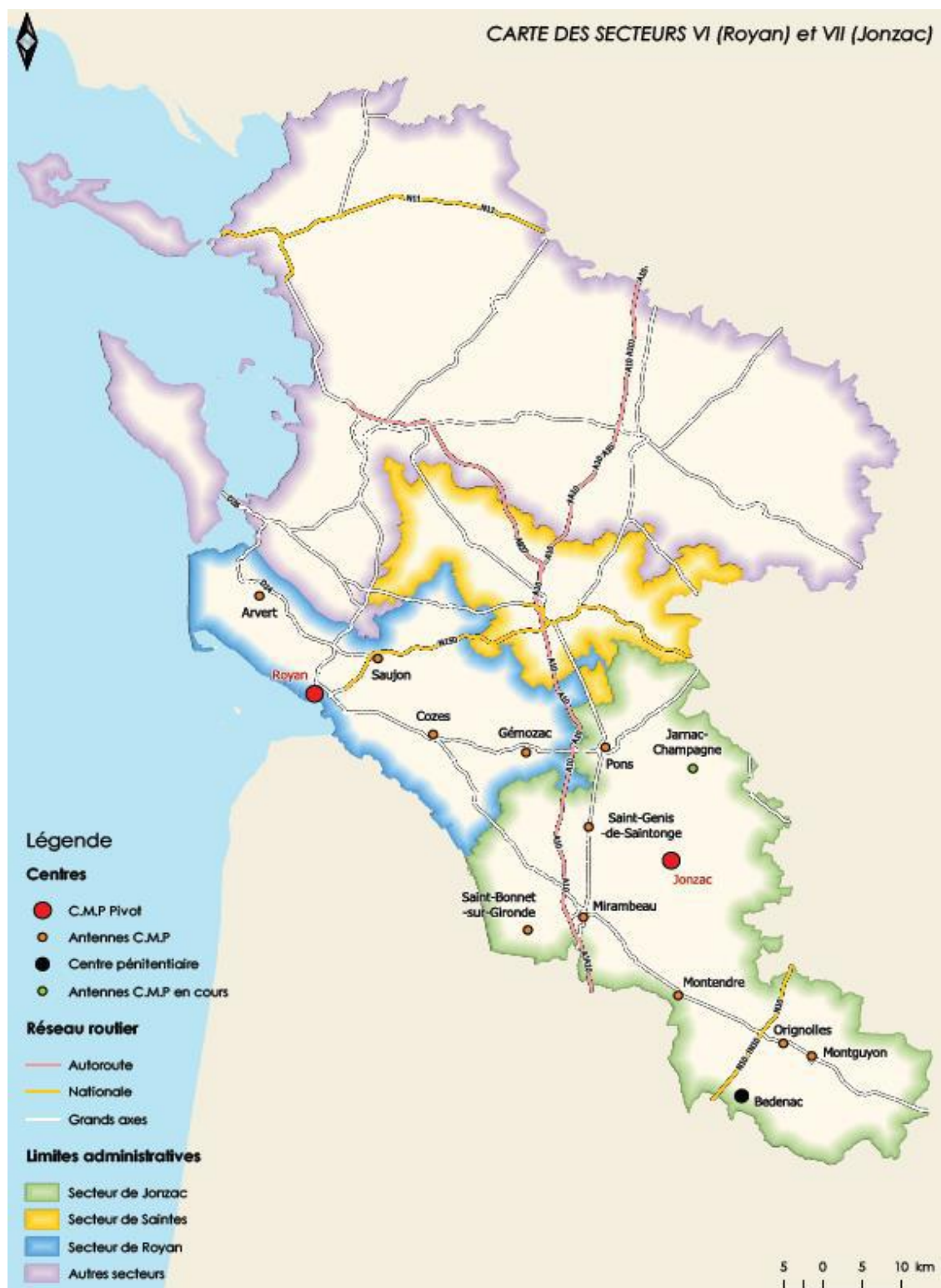
Docteur Morgane PLANE, Praticien Hospitalier, psychiatre secteur 6, pôle de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Jonzac
05 46 05 88 10
m.plane@ch-jonzac.fr

Daniel LE GUILLERMIC, Cadre Supérieur de Santé du pôle de psychiatrie « adultes » du Centre Hospitalier de Jonzac
05 46 48 54 89
d.leguillermic@ch-jonzac.fr

Annexe 7 : Schéma d'interventions avec des pratiques orientées vers le rétablissement



Annexe 8 : Territoire d'intervention du pôle de psychiatrie adulte



Annexe 9 : Diagnostic territorial réalisé pour le PTSM 17

Axes du PTSM		Priorités du PTSM		Populations spécifiques	
1	Accès de la population au diagnostic et aux soins	1	Repérage précoce des troubles psychiques, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux et MS en conformité aux recommandations de bonnes pratiques	1	Enfants
2	Accueil et accompagnement par les ESMS	2	Parcours de santé, de vie de qualité et sans rupture, troubles psychiques sévères, RETABLISSEMENT et inclusion sociale	2	Adolescents
3	Situation de défaut de prise en charge, inadéquate ou insuffisante	3	Soins somatiques	3	Personnes âgées
4	Continuité et coordination des prises en charge	4	Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence	4	Personnes en situation de handicap
5	Délais d'attente et d'accessibilité, notamment logement et hébergement	5	Respect et promotion des droits, pouvoir d'agir, lutte contre la stigmatisation	5	Personnes placées sous main de justice
6	Accès aux droits	6	Actions sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la SM	6	Personnes en situation de précarité
7	Accès aux soins somatiques et suivi des personnes			7	Personnes isolées
8	Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique et modalités de réponse- Dispositifs actions de prévention du suicide			8	Réfugiés, migrants
9	Organisation de la permanence des soins			9	personnes avec conduites addictives
10	Education à la santé et lutte contre la stigmatisation			10	Victimes de psycho-traumas, dont femmes victimes de violences

NOTE D'OBSERVATION

BONILLA GUERRERO	Julien	Juin 2022
Master 2 Situations de handicap et participation sociale		
Accompagner autrement les jeunes en souffrance psychique		
Promotion 2021-2022		
<p>Résumé :</p> <p>L'OMS, dans le « World mental health report » de Juin 2022, souligne l'urgence de transformer les pratiques en santé mentale et les soins qui lui sont consacrés. En effet, la réponse à une difficulté ne passe pas uniquement que par du soin. Ces transformations doivent considérer les attentes des personnes et de leurs familles pour structurer une action novatrice et des réponses systémiques. Ce n'est donc pas l'offre qui organise la réponse aux personnes et aux familles.</p> <p>En ce sens, le projet ESPPAIR dépasse la causalité linéaire entre pathologie et handicap. Il ne se focalise pas sur le seul évitement de l'apparition de symptômes et de l'entrée dans une pathologie psychiatrique, mais bel et bien sur la réduction des situations de handicap psychique, de stigmatisation et d'empêchement dans les rôles sociaux. Ce faisant, il est guidé par une pratique de prévention des restrictions de la participation concernant toutes les personnes rencontrées à partir de 16 ans.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Souffrance psychique – prévention – approche neurosystémique – « aller vers » – mobilité – intervention précoce - rôles sociaux – stigmatisation – restriction de la participation - handicap psychique – CIFSH - rétablissement</p>		
<p><i>L'Université de Rennes 1, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : Ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur.</i></p>		

