



UNIVERSITÉ DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE
HENRI WAREMBOURG

Année 2024 – 2025

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN
PRATIQUE AVANCEE

MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Le leadership clinique de l'IPA au service de l'intégration du proche aidant dans
l'accompagnement du processus d'autonomisation de leur proche malade en
soins RPS à orientation rétablissement

Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2025 à Lille

Par Fanny LECIEUX

Membres du Jury :

Président de jury : Monsieur le Professeur Nicolas PENEL

Enseignant infirmier : Madame Séverine THERY

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Bruno PARMENTIER

Co directrice de mémoire : Madame Léone DE OLIVEIRA

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

« C'est en acceptant ce que je ne peux pas faire ou être, que je découvre ce que je peux être et ce que je peux faire ». (Patricia Deegan)

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de fin d'étude, je tiens à exprimer ma gratitude à l'ensemble des personnes, qui, de près ou de loin, ont contribué à ce parcours riche en apprentissage, en émotions et en transformations.

Je tiens tout d'abord à remercier l'équipe pédagogique de la formation pour la qualité des enseignements.

Je souhaite également dire toute ma reconnaissance à mon directeur, Monsieur Philipppo Geoffrey pour avoir cru en ce projet professionnel, et pour m'avoir donné l'opportunité de le mener à bien. Sans son accord et sa confiance, rien de tout cela n'aurait été possible. Merci à l'ensemble des personnes qui m'ont permis d'accéder à ce projet si important pour moi.

Je remercie chaleureusement mon directeur de mémoire, Dr Parmentier, pour son regard structurant, sa disponibilité et ses précieux conseils ainsi que ma co-directrice de mémoire, Mme De Oliveira, qui a été une véritable alliée tout au long de ce travail. Son soutien, sa transmission de savoirs et sa confiance ont été des repères précieux dans les moments de doutes comme dans les moments de clarté.

A mon équipe de la SAAS Ré psy, merci du fond du cœur pour votre présence, vos encouragements et votre indéfectible soutien. Une pensée toute particulière pour mes trois acolytes Sophie, Leslie et Marina.

A mes ami(e)s, Barbara, Agathe, Marjorie, Manon et Mathieu qui ont lu, relu et écouté mes hésitations : merci d'être toujours là pour moi.

A mes deux tutrices de stage, Anne Lise et Valérie, je suis profondément reconnaissante pour leur accompagnement aussi bienveillant que formateur. Vous m'avez permis de façonner, peu à peu, mon identité professionnelle d'Infirmière en Pratique Avancée.

A mes parents, je tiens à leur exprimer toute ma gratitude pour leur soutien et leur présence constante tout au long de mon parcours. Leurs encouragements m'ont permis de persévérer dans les moments de doutes.

Je remercie également ma sœur, Caroline, pour son écoute, sa bienveillance et son regard toujours juste. Son soutien a été précieux à bien des égards.

A mon mari, mon pilier, Maxime. Merci pour ta patience, ton soutien constant, ta capacité à tout faire pour me permettre d'avancer, d'y croire et de tenir bon.

Et enfin, à ma fille, Victoire. Tu es entrée dans ma vie au cœur de cette aventure. Tu m'as accompagnée tout au long de la première année, bien au chaud, tout contre moi. Puis, lors de la seconde, tu es devenue mon rayon de soleil, ma joie dans les jours de fatigue. Ce mémoire, c'est un peu le tien aussi ma chérie.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADSP : Actualité et Dossier en Santé Publique

AJPA : Allocation Journalière du Proche Aidant

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

C3RP : Centre Ressource en Remédiation Cognitive, Rétablissement et Réhabilitation Psychosociale

CCAS : Caisse Centrale d'Activités Sociales

CLRP : Centre Lillois de Réadaptation Professionnelle

CRJ : Centre de Réhabilitation de Jour

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

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESAT : Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail

ETP : Education Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

HSA : Handicap Santé Aidants

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RPS : Réhabilitation Psychosociale

SAAR : Système d'Aide à l'Appréciation du Risque

SFSP : Société Française de Santé Publique

SAAS Ré Psy : Structure Alternative d'Accueil Spécialisée en Réhabilitation Psychosociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapés psychiques

UNIPA : Union Nationale des Infirmiers en Pratiques Avancées

UGECAM : Union pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie

Sommaire

Introduction	1
I. Contextualisation de la situation clinique complexe et authentique	4
1. Contextualisation de la prise en soin.....	4
2. La situation clinique	9
II. Eclairages des différentes réalités vécues	12
1. Première perspective : triangulation Monsieur Z, parcours de rétablissement et l'équipe de soins.....	13
2. Deuxième perspective : la triangulation « parcours de rétablissement », « les aidants proches », « Monsieur Z ».....	29
III. Le Leadership clinique IPA et les réalités vécues dans les parcours de rétablissement : quels impacts sur les processus d'autonomisation.....	44
1. L'autonomie : regards croisés	44
2. Le rôle du leadership clinique de l'IPA dans le processus d'autonomisation au sein d'un parcours de rétablissement.....	50
CONCLUSION.....	56

Introduction

Le 30 janvier 2024, le Premier ministre, Gabriel ATTAL déclare « faire de la santé mentale une grande cause nationale ». L'accent mis sur la question de santé mentale s'explique par l'impact considérable que ces pathologies peuvent avoir sur notre société, notamment le trouble bipolaire. En effet, de nombreux témoignages montrent à quel point les troubles bipolaires peuvent profondément affecter le fonctionnement et l'organisation des familles, comme l'illustre l'article du Monde, « *Grandir avec un parent bipolaire : « Quand je rentrais de l'école, je ne savais pas dans quel état serait ma mère »* » (Cartigny, 2024). Outre les témoignages, nous assistons à une recrudescence de faits divers au sein de notre société, comme celui de « *Rodez : bipolaire, il menace de tuer sa famille* » (La Dépêche, 2019) ou encore « *La vie infernale d'une famille entre la bipolarité de la mère et la froideur des médecins* » (La Voix du Nord, 2021) ce qui explique la priorité mise sur la prise en charge de la Santé mentale.

Les troubles bipolaires font partis des pathologies psychiatriques les plus sévères, d'autant plus qu'elles sont difficiles à diagnostiquer par leur caractère très complexe. En effet, la Haute Autorité de Santé déclare qu'il « *peut s'écouler de 8 à 10 ans entre le premier épisode thymique majeur et le diagnostic correct de troubles bipolaires associé à la prescription d'un régulateur de l'humeur* » En France, « *la prévalence du trouble bipolaire est estimée autour de 1 à 2,5% dans les études en population générale* ». (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 8) Cependant, ce chiffre serait sous-évalué.

Les troubles bipolaires se définissent par une « *variation anormale de l'humeur* » (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 17) avec l'alternance de deux phases. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la bipolarité « *comme l'une des dix maladies les plus invalidantes.* » (Haute Autorité de Santé, 2015). L'HAS définit les troubles bipolaires comme « *un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.* » (Haute Autorité de Santé, 2015, p. 9)

La bipolarité est une pathologie qui se répercute sur l'ensemble des dimensions psychosociales, professionnelles, affectives, familiales, professionnelles des patients. Elle altère aussi bien la qualité de vie de la personne soignée que celle de son entourage.

Les professionnels de santé mentale ont pour mission d'évaluer, de diagnostiquer, et d'accompagner les patients présentant des troubles psychiatriques. Il convient que ces professionnels aient une connaissance accrue de la psychopathologie, et qu'ils adoptent une prise en soin holistique comprenant une multitude de facteurs tels que l'âge, les compétences cognitives, mais également l'environnement social et familial. Afin d'optimiser la prise en soin des patients, l'interprofessionnalité est une clé pour aborder toutes les dimensions bio psychosociales du patient. Les premiers contacts avec les proches sont autant d'occasions pour l'infirmier de recueillir leurs besoins, leurs incertitudes, leurs questionnements et leurs émotions. Ainsi, l'infirmier peut devenir la personne ressource pour les familles. En posture d'accueil et de recueil l'infirmier fait preuve d'écoute active et de réassurance si nécessaire auprès de ces proches aidants.

Le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale définit les proches aidants comme « *ceux qui viennent en aide, non professionnellement, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de leur entourage pour les activités de la vie quotidienne* » (Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, 2010, p. 3). Selon l'enquête nationale menée par Ipsos-Macif (2020), 83% des aidants proches sont issus du cercle familial du proche malade et dans un cas sur deux il s'agit d'un parent. C'est pourquoi, en tant que proche du malade et « *aide à titre principale* » (Haute Autorité de Santé, 2011) comme le dit l'HAS, il a toute sa place dans le processus du parcours de soins du patient.

Cependant, mes expériences professionnelles montrent que le proche aidant est encore actuellement insuffisamment intégré dans le suivi de la personne soignée. Je me demande ce qui pourrait expliquer cet état de fait. Plus précisément, j'observe une absence des proches aidants et dans certaines situations lorsque certains d'entre eux s'expriment je perçois des incompréhensions, un « débordement d'émotions » et surtout un épuisement. Pour ce dernier élément, il ne s'agit pas seulement d'une observation personnelle, mais d'un constat à l'échelle nationale. En effet, l'HAS a élaboré le 28 mai 2024 des recommandations de bonnes pratiques concernant le « *répit des aidants* » (Haute autorité de santé, 2024). Selon l'HAS, ces proches aidants « *peuvent manifester des signes de difficultés découlant de la situation d'aidance et interrogeant la nécessité d'une solution de répit* » (Haute Autorité de Santé, 2024). C'est pourquoi le gouvernement met en place, depuis quelques années, de nombreux dispositifs afin d'apporter une aide et un accompagnement aux aidants naturels.

Les ministères en charge des Solidarités et du Handicap a mis en place une stratégie nationale pluriannuelle « *Agir pour les aidants 2023-2027* » (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes, 2022). Cette stratégie vise à « *soutenir les aidants tout au long de la vie* ». Nous comprenons que l'accompagnement des aidants est un réel enjeu de santé publique et qu'il persiste encore des axes d'amélioration sur l'inclusion des proches aidants dans le parcours de soin de la personne soignée.

Au sein de ses recommandations concernant l'aidant, l'HAS (2024) explique que : « *Les aidants jouent un rôle majeur et croissant dans la société par leur engagement et leur implication auprès de leurs proches affectés par la maladie, le handicap, le manque ou la perte d'autonomie. On peut devenir aidant sans le savoir et sans avoir conscience des répercussions sur sa santé et sa vie quotidienne. Aussi spontanée soit-elle, la situation d'aidance n'est pas toujours évidente à vivre au quotidien. En fonction du type et du niveau d'aide apportée et de la façon dont elle est vécue, la situation d'aidance peut affecter les sphères personnelle, familiale, sociale, scolaire et professionnelle, etc. À cela s'ajoute la dimension affective du lien avec la personne aidée qui peut entraîner, chez l'aidant, un surinvestissement et un sentiment de culpabilité ainsi qu'un épuisement croissant. Les évolutions sociétales (vieillesse de la population, virage domiciliaire, etc.) amplifient le rôle indispensable des aidants. Ces derniers assument des responsabilités et des rôles pour lesquels ils ne sont pas forcément préparés et formés tout en devant gérer des tâches de plus en plus complexes* » (Haute Autorité de Santé, 2024, p. 7). C'est pourquoi les ARS mettent en place « *le déploiement de programmes de psychoéducation à destination des proches de personnes ayant un trouble psychique.* » (Agence Régionale de Santé Île-de-France, s.d.)

L'ARS (s.d.) met en évidence le fait que la psycho éducation est une « *intervention utile et nécessaire, dont les premières évaluations affichent des résultats très encourageants* :

- *Pour les personnes concernées, avec notamment : Une réduction de la symptomatologie, de la souffrance, une réduction du nombre de jours d'hospitalisation, des tentatives de suicide ;*
- *Pour les proches, avec notamment : Une réduction du fardeau ressenti, de la symptomatologie dépressive, une amélioration de la qualité de vie des familles et de leur santé physique. »* (Agence Régionale de Santé Île-de-France, s.d.)

En effet, Nicolas Franck (2018) confirme cette idée en expliquant que « *la psychoéducation doit aussi être familiale. Une meilleure compréhension par leur entourage bénéficie indirectement aux personnes concernées grâce à l'amélioration du soutien qu'elles en reçoivent. Ces interventions réduisent de 20 % le taux de rechute (nombre d'hospitalisations faisant suite à la prise en charge)* ». (Bon & Franck, 2018)

Pour autant, l'ARS (s.d.) explique qu'actuellement ces programmes ne sont que « *très peu accessibles pour les proches* » et met en lumière que « *c'est moins de 5% des aidants qui en bénéficient, bien souvent dans un délai de plus de 8 ans après l'entrée dans la maladie du proche concerné* » (Agence Régionale de Santé Île-de-France, s.d.). Dans ce cadre, il paraît important qu'une réelle alliance thérapeutique se crée entre les professionnels et les familles afin d'optimiser la prise en soin et maintenir les liens familiaux nécessaires au bon équilibre de la personne soignée.

L'alliance thérapeutique, la collaboration et/ou coopération entre la personne soignée, les professionnels de santé et les proches aidants ont un réel enjeu pour l'optimisation du parcours de soin de la personne soignée. Cette alliance thérapeutique est caractérisée par une amélioration de la continuité des soins, et de la prévention des récives et de l'isolement social.

Ce mémoire s'appuiera sur mon expérience professionnelle au sein d'un service de réhabilitation sociale. Ce service a pour vocation « *de favoriser et consolider les parcours inclusifs d'usagers porteurs de handicap psychique* » (UGECAM, 2024). De ce fait, il met en application les principes de réhabilitation psychosociale visant ainsi le rétablissement de l'utilisateur, processus actif, personnel et singulier. Selon Anthony (1993), il permet à la personne soignée de mener une vie satisfaisante même en présence de limitations dues à la maladie.

Ce mémoire aura pour but de comprendre les facteurs qui peuvent influencer sur cette collaboration et/ou coopération entre la personne soignée, les proches aidants et les professionnels de structure de réhabilitation psycho sociale. Il permettra la mise en évidence d'obstacles empêchant sa fluidité, tout en mettant en lumière les axes de travail pouvant être utilisés afin d'optimiser la prise en soin globale de la personne soignée, quel que soit le trouble qu'elle présente. Ainsi je pose la question suivante :

« Quels leviers peuvent permettre à l'IPA d'un service de réhabilitation psycho sociale d'impliquer les proches aidants afin d'obtenir une prise en soin optimale et de prévenir le risque de rechute pour une personne souffrant de troubles psychiatriques ? »

Afin de répondre à cette question, je vais dans un premier temps présenter le contexte de la situation clinique qui a mis à jour la problématique. Puis, j'effectuerai la présentation de la situation clinique que je questionnerai afin de déterminer l'angle d'approche le plus adapté à une meilleure compréhension de la problématique

I. Contextualisation de la situation clinique complexe et authentique

Ce travail de recherche s'appuie sur un récit de situation complexe et authentique que je rencontre au sein du service dans lequel je travaille et que je vais analyser. Afin de comprendre ce qui pose problème, je vous propose dans un premier temps de décrire le service dans lequel j'exerce. Puis j'effectuerai la description de la situation clinique pour enfin poser mon analyse.

1. Contextualisation de la prise en soin

J'exerce au sein de la Structure Alternative d'Accueil Spécialisée (SAAS Ré psy) qui est un service de santé mentale « *spécialisé en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive* ». (UGECAM, 2024) De ce fait il offre un accompagnement à toutes personnes majeures présentant des troubles psychiques stabilisés en leur proposant un bilan et des soins de réhabilitation psychosociale.

Afin de décrire de manière exhaustive le service dans lequel je travaille je vais m'appuyer sur une description macro/méso et micro de celui-ci.

1.1. Au niveau macro : le cadre politique et législatif permettant le passage de SAAS à SAAS Ré psy

En juin 2001, l'ARH du Nord Pas de Calais sort une note d'information intitulée « Pour une meilleure prise en charge des troubles de santé mentale de la région Nord Pas de Calais ». Elle y stipule l'importance de la création de structure accueillant « un certain nombre de malades stabilisés mais dont les troubles psychiatriques importants interdisent la mise en alternative classique ou l'entrée en structure médico-sociale. » Aussi, par cette note, elle met en évidence l'importance de l'individualisation de structures alternatives associées à un mode de prise en soin innovant.

Le bilan réalisé en 2004, par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de deuxième génération montre le développement de ce type d'alternatives à l'hospitalisation. Plus tardivement, le SROS III (2006-2011) insiste, quant à lui, à poursuivre le développement de ces structures dans le champ de la psychiatrie. L'objectif principal est de proposer pour chaque personne soignée un projet de soin adapté et centré sur la réinsertion.

C'est dans ce mouvement politique que se décide la création d'une Structure Alternative d'Accueil Spécialisée (SAAS) de 30 lits sur le site de Vendin le Vieil. La mise en œuvre de la SAAS prend sa route. Le 18 décembre 2007, l'UGECAM et l'ARH, en application à l'article L6114-4 du Code de la Santé Publique, signe un contrat dans lequel est acté en orientation stratégique n°4 dans l'avenant « orientations stratégiques » la nécessité de l'existence du SAAS. Après 9 ans de travail, en mai 2016, la SAAS ouvre ses portes sur le site du Centre de soins Saint Exupéry. Il a pour objectif de répondre aux besoins des cinq secteurs de psychiatrie générale de LENS, AVION, HENIN BEAUMONT, CARVIN et LIEVIN

La SAAS développe son activité de soins en RPS en s'appuyant sur un contexte réglementaire et législatif pluriel :

- Loi du 4 Mars 2002
- Charte de l'usager en santé mentale
- Charte du patient hospitalisé
- Circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) du 25 Octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015
- Loi n°2011-803 du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- Loi n°2013-869 du 27 Septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé
- Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale

Ainsi, au regard de l'évolution expérientiel en matière de soins de Réhabilitation sociale et de remédiation cognitive, la SAAS demande sa labellisation en tant que Centre de proximité en Réhabilitation Psycho sociale auprès de l'ARS. Elle est labélisée en 2021, et devient alors SAAS Ré-psy.

1.2. Au niveau méso : la Réhabilitation psychosociale et la SAAS Ré-psy sur le territoire Vendin le Vieil

La SAAS Ré psy est implantée sur la commune de Vendin le Vieil. Cette dernière se localise dans le département du Pas de Calais au sein de la région des Hauts-de-France et fait partie de la communauté d'agglomération de Lens-Liévin qui regroupe 36 communes. Plus précisément, la SAAS Ré psy est un service du Centre de soins Saint Exupéry qui se situe au centre d'une zone industrielle.

Actuellement, la SAAS Ré psy accompagne des personnes présentant une altération du fonctionnement psychique marquée, fragilisant son parcours de vie et son projet d'insertion, d'origine non neurologique justifiant d'une prise en soin hospitalière complète ou de jour en réhabilitation psychosociale. Pour ce faire, le centre s'appuie sur le projet de service.

Le projet de service

Il repose sur deux postulats propres à la réhabilitation psycho sociale développés par Ram A. Cnaan. Le premier postulat porte sur « *l'existence dans chaque individu d'une motivation à développer des compétences dans des domaines de la vie qui lui permettent de se sentir indépendant et confiant en lui-même.* » (Unafam, 2021) Le second postulat, quant à lui, se base sur le fait que de « *nouveaux comportements peuvent être appris. Les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter afin de répondre à leurs besoins de base.* » (Unafam, 2021)

Ainsi, le service développe des projets thérapeutiques visant à :

- Optimiser les compétences préservées et veiller à réduire les conséquences des symptômes et déficits liés à la pathologie afin de favoriser l'insertion.

- Améliorer la qualité de vie en développant l'envie d'agir, et en renforçant l'identité propre et l'estime de soi.
- Prévenir l'apparition d'un handicap social chez les personnes souffrant de maladie mentale et diminuer l'impact de ce dernier

Aussi, l'objectif principal d'une prise en soin au sein de la SAAS Ré psy est de permettre à la personne soignée de mobiliser ses ressources, même si celles-ci se voient amoindries au regard de la présence de la pathologie.

Plus spécifiquement, les objectifs thérapeutiques de la SAAS Ré psy se déclinent en 5 grands axes :

« • *Axe A : Positionner la personne comme porteuse active de son parcours de soins et du maintien de sa stabilité psychique.*

• *Axe B : Accompagner le projet de vie de la personne dans une approche holistique (social, familial, professionnel...) pour une amélioration de sa qualité de vie.*

• *Axe C : Viser l'autonomisation de la personne par un développement de son niveau de fonctionnement et de ses compétences.*

• *Axe D : Contribuer à l'insertion sociale de l'utilisateur dans la cité*

• *Axe E : Contribuer aux déploiements des postures et outils favorisant le rétablissement des personnes, pour des parcours fluides et cohérents »*

Ainsi, la personne accompagnée s'inscrit dans un processus de rétablissement au sein duquel elle peut exprimer le projet personnel dans lequel elle souhaite s'engager activement. Elle est, alors, en mesure de manifester des aptitudes dans la connaissance de sa pathologie et des symptômes associés, d'identifier ses freins et ressources, de réaliser des apprentissages et développer des comportements sociaux compatibles avec une vie en collectivité.

Cette offre de soins se réalise sous différents modes organisationnels, en hospitalisation complète, en hôpital de jour et bien sûr en réseau avec des partenaires externes implantés sur notre territoire.

Les modes organisationnels de prise en soins

L'hospitalisation complète est motivée par la nécessité d'une prise en soins et d'un accompagnement thérapeutique intensif ou ne pouvant pas être compatible avec un maintien dans le lieu de vie. A noter que celle-ci ne peut être confortée qu'après une période d'évaluation de 3 mois.

L'admission en Hôpital de jour (HDJ), quant à elle, s'adresse principalement à des personnes installées dans un projet de vie ou en phase de consolidation de celui-ci. Leur situation clinique explique le besoin d'un accompagnement thérapeutique renforcé dans le cadre de la prévention de rechute, du maintien et la poursuite du développement des compétences ainsi que la consolidation du projet.

Aussi, si le parcours de soin se construit en interne, il vise à s'étendre jusqu'au parcours de vie en communauté, c'est pourquoi nous travaillons avec un réseau de partenaires qui couvrent les différentes dimensions de la vie en société. Parmi ceux-là on distingue les professionnels permettant la réinsertion professionnelle (CAP Emploi, les ESAT, CLRP, Missions locales), les services de protection des personnes et des biens (Mandataires judiciaires, association Système d'Aide à l'Appréciation du Risque - SAAR) ainsi que les institutions permettant l'obtention des aides et de la reconnaissance du Handicap (MDPH, CCAS, l'association Cheval Bleu). Le schéma n°1, Organisation du Parcours de Rétablissement au sein du réseau en annexe 1 montre à quel niveau du parcours de la personne les partenaires interviennent.

C'est ce travail de réseau mené par une équipe pluridisciplinaire qui permet de répondre aux missions de la SAAS Ré psy. A présent, je propose de vous exposer le fonctionnement interne du Centre de Proximité de Réhabilitation Psychosociale.

1.3. Au niveau micro : l'activité « parcours de rétablissement » au sein de la SAAS Ré psy

Afin de mener l'activité qui nous incombe, l'équipe pluridisciplinaire de la SAAS Ré psy se compose du médecin psychiatre, du médecin généraliste, des infirmiers dont une thérapeute en remédiation cognitive, des éducatrices spécialisées, des accompagnants éducatifs et sociaux (AES)/aide soignantes, un neuropsychologue, une assistance sociale et une cadre de santé.

Pour mieux cerner cette activité, il est intéressant de savoir que la SAAS Ré psy est un service qui se compose de trente lits. Elle propose divers modes d'accompagnements thérapeutiques adaptés aux objectifs et aux projets thérapeutiques de chaque personne soignée.

La SAAS Ré psy accueille depuis son ouverture des personnes orientées par les structures des secteurs de psychiatrie de Lens, Hénin Beaumont, Bully les mines. De plus, depuis sa labellisation, les personnes concernées ont la possibilité d'effectuer une demande directement auprès du service.

Comme dit précédemment, ce soutien peut prendre la forme d'hospitalisation complète ou séquentielle, au sein de l'appartement bilan du service ou au long cours. Les objectifs principaux incluent le rétablissement, l'aide et l'accompagnement vers la citoyenneté et l'autonomie, l'insertion dans le tissu social, l'accès et le maintien de l'emploi.

Pour atteindre ces objectifs, la SAAS Ré psy déploie ses activités de soins au travers de plusieurs outils thérapeutiques tels que : la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique, les entretiens individuels (psychiatre, infirmiers, éducateurs...), l'entraînement aux habilités sociales, les activités d'insertion préprofessionnelles, les groupes de parole, la cuisine thérapeutique. Aussi, notre fonctionnement s'appuie sur un système de « professionnels référents ». Ce trinôme se compose de trois professionnels différents permettant ainsi de favoriser une prise en soin holistique. Ainsi, ce système de référence permet, entre autres, une relation privilégiée favorisant l'alliance thérapeutique.

Une référence réalisée par un trinôme professionnel

Les personnes soignées ont trois référents qui mettent tout en œuvre pour que la prise en soin soit la plus individualisée et optimale possible. Ces trois référents se composent le plus souvent d'un IDE, d'une éducatrice spécialisée et d'un AES/aide-soignant. Ils contribuent à l'accompagnement et l'apprentissage de l'autonomie dans tous les actes de la vie courante.

L'équipe de « professionnels référents » est pluridisciplinaire et fonctionne en inter professionnalité afin d'avoir des regards pluriels permettant une prise en soin globale de la personne.

Les référents participent aux entretiens mensuels avec le médecin psychiatre où est rédigé le contrat thérapeutique.

Le contrat thérapeutique : le socle de la prise en soin dans le parcours de rétablissement

En effet, il permet de recenser les besoins et attentes de la personne soignée afin de l'intégrer aux activités thérapeutiques et/ou thérapies spécifiques dans le but d'y répondre de manière optimale. Tout au long de sa prise en soin au sein de la SAAS Ré Psy, le contrat thérapeutique est réévalué et modulé en fonction des besoins des personnes soignées.

La réalisation du contrat thérapeutique permet la co-construction du parcours de rétablissement avec la personne soignée et favorise ainsi son adhésion au parcours. Il « scelle » le signe d'un engagement réciproque entre tous les acteurs concernés tout au long du parcours de soins orientés rétablissement.

L'offre de soins de réhabilitation psychosociale et orientés rétablissement

L'ensemble des activités proposées au sein de la SAAS Ré psy ont un objectif thérapeutique visant, comme déjà énoncé, à améliorer la qualité de vie de la personne soignée.

Lorsque celle-ci présente et exprime des difficultés concernant certaines fonctions cognitives telles que la mémoire, l'attention, la planification, la résolution de problèmes et la flexibilité mentale, nous pouvons lui proposer de la remédiation cognitive. Celle-ci renforce les compétences cognitives, aide la personne à mieux gérer son quotidien et facilite ainsi son intégration sociale et professionnelle. Cet outil peut s'organiser en individuel ou en groupe.

Par ailleurs, lorsque la personne soignée présente des difficultés concernant la compréhension de sa maladie et la gestion de celle-ci, nous pouvons proposer de l'éducation thérapeutique qui vise à informer, former et accompagner la personne soignée, ainsi que leur proche. L'objectif est que la personne soignée devienne actrice de sa santé. Il convient que l'éducation thérapeutique soit adaptée aux besoins propres de chaque personne soignée.

Les activités thérapeutiques proposées se présentent sous différentes formes, selon le besoin exprimé par la personne soignée, telles que, par exemple, la cuisine thérapeutique, les groupes de parole, la relaxation, l'équithérapie, le sport adapté, la gestion de budget...

Aussi, il est possible d'offrir aux personnes soignées qui envisagent une insertion professionnelle à la suite de l'hospitalisation des activités d'insertion pré professionnelle. Elles peuvent se réaliser au sein du centre de soins Saint Exupéry. En effet, une immersion au secrétariat, au service de restauration, et au service de lingerie est possible à la demi-journée ou à la journée sur une période définie. L'insertion pré professionnelle peut également se réaliser au sein de structures extérieures telles que des ESAT, sous forme de stage au cours de périodes pré définies.

Enfin, lorsque les personnes soignées souhaitent accéder à un projet en autonomie ou semi-autonomie, elles peuvent intégrer l'appartement bilan proposé par la SAAS Ré psy afin d'évaluer leurs compétences pour vivre de manière autonome. La personne soignée bénéficie de cet appartement bilan durant une période définie et un planning hebdomadaire lui est fourni. Ce planning comprend les passages des professionnels de la SAAS Ré psy sur des temps forts du séjour tel que par exemple la réalisation de repas ou encore l'utilisation des différents transports en commun disponibles sur le secteur. Une évaluation finale est réalisée à la fin du séjour par la personne accompagnée et ses référents. Elle permet de dégager les points forts et les axes d'amélioration qui ont émergé de ce séjour.

Il convient de noter que « *la SAAS Ré Psy favorise une approche globale de la personne centrée sur : son auto-détermination, ses capacités, sur l'acquisition de compétences, sur la mobilisation de son environnement social.* » (UGE CAM, 2024)

L'environnement proche dans le parcours de rétablissement

L'environnement social de la personne engagée dans un processus de rétablissement constitue un élément essentiel de son parcours de soin. Cet environnement inclut la famille, les proches et les proches aidants. Le lien avec ces derniers est conservé au sein de la SAAS Ré psy, grâce à des possibilités de visite au sein de la structure ou à des permissions pour des sorties sur l'extérieur.

En complément, les professionnels de la SAAS Ré psy, ont la possibilité depuis peu d'utiliser l'application « EGONET » dans le cadre de la prise en soin de la personne soignée. Cette application permet d'identifier le réseau social de la personne soignée afin d'en faire ressortir une cartographie détaillée. Celle-ci met en évidence les relations directes de la personne soignée ainsi que les liens existants entre chaque personne qui gravitent autour d'elle. Cependant, j'observe encore à ce jour qu'aucun travail avec l'aidant proche du patient n'est effectué à la suite de cette cartographie.

Afin de mieux appréhender ce contexte de soins, je vous propose de l'illustrer au travers de la situation clinique qui a déclenché chez la professionnelle que je suis l'envie de vouloir comprendre le rapport que nous avons avec les proches aidants dans ces parcours de rétablissement co-construit avec les personnes concernées.

2. La situation clinique

La situation authentique et complexe que je décide de vous exposer est celle de Monsieur Z, âgé de 49 ans et présentant un trouble bipolaire. Je vous propose dans un premier temps de vous présenter son histoire de vie, pour ensuite poursuivre sur l'histoire de sa maladie afin de comprendre son parcours de rétablissement et l'élément qui est venu entraver son bon déroulement et qui est à l'origine de mon interpellation.

2.1. Son histoire de vie

Je vous propose de développer l'histoire de vie de Mr Z selon les éléments en notre possession avant l'évènement qui nous fait prendre conscience de failles mettant à risque son processus de rétablissement.

Sur le plan familial, Monsieur Z a été marié pendant sept années, de 2000 à 2007. Il est actuellement divorcé. Il a trois enfants avec lesquels il garde des contacts occasionnels. Ses deux parents sont décédés, son père en 1991 et sa mère en 2016, ainsi que son frère. Monsieur Z est toujours très touché par la disparition de ses parents. En effet, il évoque sa relation avec

ses parents avec beaucoup de tristesse et dit rencontrer des difficultés à effectuer son travail de deuil notamment à la suite du décès de sa mère. Monsieur Z est le deuxième d'une fratrie de 4 enfants qui se compose de deux sœurs et un frère. Ses deux sœurs sont très proches de lui. Ainsi, il a des permissions chez une de ses sœurs tous les week-ends et garde des contacts téléphoniques réguliers avec son autre sœur. Notons que ses deux sœurs sont très présentes dans le quotidien de Monsieur Z. De ce fait, l'une d'entre elle est désignée comme personne de confiance et elles ont participé à la visite des locaux lors de la pré admission.

Sur le plan professionnel, Monsieur Z a travaillé pendant plusieurs années en tant que mécanicien automobile. Cependant, à la suite de l'apparition des symptômes liés au trouble bipolaire il s'est vu dans l'incapacité de poursuivre son activité professionnelle. Au regard de sa pathologie et des traitements associés, il bénéficie d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Sur le plan financier, il est sous mesure de protection et bénéficie, par conséquent, d'une curatelle renforcée. Il perçoit l'AAH avec une reconnaissance du taux d'incapacité de 50 à 70%. Il est autonome dans la gestion de son argent, ses déplacements, et la prise de ses rendez-vous.

Ces éléments nous montrent déjà à quel point la maladie impacte des pans de vie de Mr Z.

2.2. L'histoire de sa maladie

Il est à noter que lorsqu'il rencontre des modifications de son cadre de vie, il présente des épisodes de décompensation psychiatrique, essentiellement hypomanes avec des symptômes psychotiques à caractère mystique. Lors de ces décompensations psychiatriques, Monsieur Z présente un certain nombre de prodromes tels que :

- **Au niveau clinique,** des troubles de la pensée avec une tachypsychie. Sur le plan comportemental on retrouve une agitation psychomotrice. Au niveau du discours il est logorrhéique et présente des idées délirantes à thème mystique.
- **Concernant les fonctions physiologiques,** son sommeil est impacté. Il présente des difficultés d'endormissement et une recrudescence de cauchemars souvent de thème morbide. Son appétit est majoré. Quant à son niveau d'hygiène corporelle, il présente des difficultés à se laver et accumule les vêtements sur lui.
- **Concernant la sphère comportementale,** nous pouvons dire qu'il présente des **addictions**. Effectivement, Monsieur Z utilise son téléphone portable notamment pour faire des jeux et contacter ses proches de manière addictive lorsqu'il est en phase hypomane. Aussi, il a une consommation d'alcool excessive.

Cette symptomatologie explique les différentes hospitalisations de Monsieur Z au sein d'un service de psychiatrie. Néanmoins, la mise en place du traitement a permis une stabilisation de sa pathologie et donc son intégration au sein de la SAAS Ré psy. Compte tenu de ses compétences cognitives de ses besoins et de ses envies, un projet thérapeutique individualisé de retour à l'autonomie a été validé au cours d'une synthèse annuelle.

Son entrée au sein de la SAAS Ré psy a permis à Monsieur Z d'enclencher un réel travail de rétablissement afin de vivre de manière autonome.

2.3. Son parcours de rétablissement

Un travail approfondi sur la prise de conscience de sa pathologie est effectué lors d'entretiens référents, d'entretiens avec le psychiatre, des groupes de parole, ainsi que lors des séances de programmes d'éducation thérapeutique.

Désormais, Monsieur Z est conscient des prodromes et des symptômes liés à sa pathologie, ainsi que de l'indication de ses traitements. Il identifie les deux phases de sa pathologie et sait par quelle symptomatologie elles s'expriment. Il décrit les phases hypomanes comme des moments où il « fait n'importe quoi » et où il « se sent speed » et les phases dépressives comme des moments se caractérisant par une aboulie, un apragmatisme et une anhédonie.

Monsieur Z s'engage dans des activités thérapeutiques (cuisine thérapeutique, gestion de budget...) et des programmes de psychoéducation portant sur l'observance thérapeutique, la compréhension de la pathologie et des thérapeutiques. A la suite de ces séances, il a la capacité de préparer seul son pilulier, avec l'aide ponctuelle d'un soignant, ce qui lui permet d'être autonome dans la gestion de ses traitements le week-end. En tout cas c'est ce que nous pensons.

En raison de l'évolution positive de Monsieur Z au sein de la SAAS Ré psy pendant plusieurs années, il est décidé, avec lui et en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, de l'orienter vers un appartement dans un résidence autonomie. Afin de préparer cette transition dans les meilleures conditions, la première étape consiste à l'intégrer dans l'appartement bilan de notre service, avec un accompagnement personnalisé assuré par l'équipe pluridisciplinaire.

Je rappelle que l'objectif principal de cet appartement est la réinsertion sociale. Il a pour mission l'apprentissage, le développement ou le maintien de l'autonomie dans tous les actes de la vie courante. Il est donc convenu que son évaluation se fasse sur une durée d'un mois renouvelable.

Dans une visée d'optimisation de son séjour des objectifs thérapeutiques concernant la planification (rendez-vous, passage IDE...), l'organisation du temps libre, la gestion du budget et la gestion de son environnement, sont définis par Monsieur Z et l'équipe pluridisciplinaire.

Dans les semaines précédant son intégration, la prise en soin de ce dernier s'intensifie afin d'optimiser cette transition et le contrat thérapeutique est rédigé en ce sens. Des semaines de mise en situation sont planifiées, au cours desquelles Monsieur Z pourra démontrer une évolution de son niveau d'autonomie concernant la gestion des courses et la réalisation de ses repas, ses capacités à se mobiliser en transports en commun et à gérer son budget.

Sur le plan administratif, Monsieur Z s'engage à gérer seul ses demandes auprès de sa curatelle et à organiser ses rendez-vous médicaux. De façon concomitante, il continue de partir tous les week-ends chez sa sœur.

En parallèle de tout ce travail sur ses compétences, visant à lui permettre de vivre en toute autonomie, se déroule un tout autre scénario lors des permissions chez sa sœur.

La découverte d'une autre réalité de vie de Mr Z jusque-là totalement ignorée

En effet, lors des permissions, les sœurs de Monsieur Z observent une montée en puissance de prodromes depuis plusieurs semaines tels que : une fréquentation excessive des lieux de cultes ; une consommation d'alcool qui se majore sur le temps des permissions ; une agitation psychomotrice ; des contacts téléphoniques réguliers en pleine nuit, ainsi qu'une non-observance thérapeutique.

Pendant plusieurs semaines aucune communication en ce sens n'est rapportée par la famille auprès de l'équipe soignante lors des retours de permissions. Cependant, lors d'une permission, Monsieur Z s'enfuit de chez sa sœur en pleine nuit, ce qui pousse cette dernière à nous contacter et nous informer de l'ensemble des événements survenus durant les précédentes permissions. Monsieur Z présente donc des symptômes hypomanes, ce qui a interrompu la mise en place de l'accompagnement au sein de l'appartement bilan.

À la suite de cet évènement, une concertation avec les sœurs de Monsieur Z est effectuée afin de pouvoir échanger et mieux comprendre les raisons de la non-communication. Au cours de cet entretien, je note différents points.

Les sœurs de Monsieur Z présentent une culpabilité profonde concernant l'interruption du projet thérapeutique au sein de l'appartement bilan. Ce qu'elles expriment est une sensation « de ne pas être légitimes » dans la prise en soin de leur frère. En effet, elles verbalisent que depuis le début du parcours de soin, notamment au sein de l'ancienne structure, elles n'ont pas été « intégrées » à la prise en soin malgré leurs multiples demandes. Je perçois que de ce fait il est tout à fait possible que ces dernières, par réaction face aux vécus antérieurs en relation avec les soignants, « stigmatisent » d'une certaine façon ces derniers et le système de santé par la même occasion.

Aussi, lié à ce sentiment de « non-légitimité reconnue », elles parviennent à extérioriser un besoin d'être « considérées » comme des membres à part entière de la prise en soin de leur frère. Et enfin je perçois chez elles un épuisement que nous n'avions jamais identifié dans les rencontres précédentes.

Monsieur Z est également présent durant cette concertation. Il explique que sa non-observance thérapeutique lors des permissions est, selon lui, due à « des oublis ». Par ailleurs, il manifeste ce que je qualifie d'un déni des prodromes observés au cours des semaines précédentes car il associe sa symptomatologie à son implication dans son projet thérapeutique. Cela met, selon moi, en évidence un défaut d'insight de sa part que nous n'avions pas identifié avant cet évènement.

À la suite de cette concertation, Monsieur Z émet le souhait d'intégrer ses sœurs dans son parcours de soin. Il exprime sa crainte de ne pas atteindre son objectif et reconnaît l'importance du rôle de ses sœurs dans son parcours de soin.

Cet évènement fait prendre conscience à l'équipe pluridisciplinaire que la prise en soin de Monsieur Z est restée centrée exclusivement sur lui occultant son entourage.

La découverte de cette autre réalité de vie de Mr Z m'interpelle fortement et me questionne. Quels sont les éléments pouvant expliquer ce manque de communication avec les sœurs de Mr Z ? Je pensais qu'une alliance thérapeutique existait entre l'équipe pluridisciplinaire et sa famille et en fait leur réalité était tout autre.

Afin d'obtenir des premières pistes de compréhension, je vous propose de réaliser une analyse de ce récit clinique.

II. Eclairages des différentes réalités vécues

Dans un premier temps, pour tenter de mieux comprendre ce qui s'est vécu dans la situation clinique de Mr Z il me semble pertinent de repositionner les différentes parties concernées au travers d'une grille de lecture issue des sciences de l'éducation, le « Triangle pédagogique » de Jean Houssaye. Cette dernière peut nous apporter un éclairage intéressant sur la place que chacune des parties a pu tenir, avoir et/ou s'être vu attribué au regard du contexte.

Le Triangle pédagogique de Jean Houssaye

Afin de mieux identifier les obstacles possibles dans la situation clinique de Monsieur Z, je m'appuie sur la théorie du Triangle pédagogique de Jean Houssaye, professeur de sciences de l'éducation. Avant de l'appliquer à la situation qui nous intéresse, prenons le temps d'exposer ce que nous apporte cette théorie.

Que faut-il comprendre de la place occupée par chacune des parties

Cet outil pédagogique met en évidence les interactions entre trois parties fondamentales dans l'éducation : l'enseignant, l'élève et le savoir.

Jean Houssaye positionne les parties concernées au sein des diverses relations éducatives d'apprentissage dans un rapport de triangulation. Sa théorie met en évidence que selon la relation dominante, les deux pôles de cette relation interagissent de manière privilégiée, tandis que le troisième est temporairement mis à l'écart. Cette mise à l'écart n'est pas sans conséquence dans ce qui va se vivre et partager entre les différents pôles.

Effectivement, Jean Houssaye explicite que le pôle mis à l'écart prend une place qu'il nomme la « place du mort ». Cette terminologie, donne à voir et à entendre, que celui à cette place peut difficilement être acteur dans ce qui se vit car il est absent. Il poursuit ses explications en spécifiant qu'étant « l'oublié » il peut se mettre à « faire le fou », expression réactionnelle pour dire « je suis là ». Il est important de noter que l'expression « faire le fou » nous alerte sur la manière dont peut être vécu par les deux autres pôles les formes d'expressions réactionnelles du pôle mis à l'écart.

Jean Houssaye (1994) souligne qu'il est impossible de privilégier simultanément les trois sommets du triangle, ce qui implique des choix pédagogiques constants. La figure ci-dessous représente le triangle de Houssaye dans les diverses relations d'apprentissage.

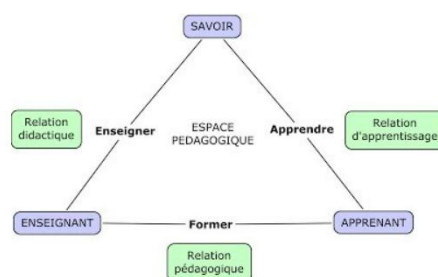


Figure 1 – Le triangle de Houssaye (adapté de Prof Innovant, 2023)

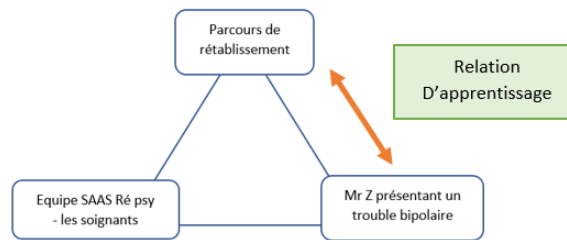
Je vous propose désormais d'appliquer la théorie en positionnant les différentes parties prenantes aux trois pôles du triangle de Houssaye en fonction de certains moments de la situation clinique. Les différentes combinaisons permettront de comprendre à ces moments-là qui était à la place du « mort ».

1. Première perspective : triangulation Monsieur Z, parcours de rétablissement et l'équipe de soins

Cette première perspective positionne Monsieur Z à la place du pôle « apprenant », l'équipe du SAAS Ré psy à la place du pôle « enseignant » et à la place du pôle « savoir » le « parcours rétablissement ». Aussi, il est important de noter que cette première triangulation se situe au sein de la SAAS Ré-Psy

L'analyse porte sur les différents rapports de cette première triangulation qui ont coexistés dans la situation de Mr Z. Commençons par l'axe Monsieur Z et son parcours de rétablissement

1.1. Quelle relation entre Monsieur Z et le parcours de rétablissement dans cette triangulation ?



Cette relation, comme l'illustre le schéma ci-dessus, positionne Monsieur Z dans une posture « d'apprenant », et place « le parcours rétablissement » comme le pôle du « savoir ». Ainsi, ce qui se joue dans cette relation c'est le rapport que Mr Z a « aux savoirs » constituant le « parcours de rétablissement ». Rappelons que ce dernier est co-construit et sa réalisation nécessite un apprentissage de la part de Mr Z.

1.1.1. Parcours de rétablissement : Quels savoirs à acquérir ?

Il est essentiel que Monsieur Z parvienne à mieux comprendre sa pathologie, en l'occurrence les troubles bipolaires, afin de s'engager pleinement dans un processus de rétablissement.

Les troubles bipolaires

La bipolarité est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. Elle touche 1 à 2,5% de la population générale. Elle apparaît généralement entre 20 et 30 ans et touche aussi bien les hommes que les femmes. (Manuel MSD, s.d.) Il est prouvé qu'elle réduit l'espérance de vie de 9 ans en moyenne.

Les troubles bipolaires se définissent par une fluctuation entre des épisodes maniaques et dépressifs, bien que l'un des états puisse prédominer. Ces troubles pourraient être liés à des facteurs héréditaires et à une dysrégulation de neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. En outre, des facteurs psychosociaux comme des événements stressants ou la consommation de certains traitements ou substances peuvent jouer un rôle déclencheur (Manuel MSD, s.d.)

L'HAS définit les troubles bipolaires comme « *un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.* » (Haute Autorité de Santé, 2014)

A noter qu'il s'écoule en général une dizaine d'années après l'apparition des premiers symptômes avant que le diagnostic de troubles bipolaires soit réellement posé.

Symptomatologie des troubles bipolaires

Si nous parlons de troubles bipolaires au pluriel c'est qu'il en existe différents types. L'HAS met en évidence la prévalence de ces derniers :

« • Pour le trouble bipolaire de type I, la prévalence se situe autour de 0,6 %.

• Pour le trouble bipolaire de type II, la prévalence est de l'ordre de 0,4 %, selon les critères du DSM-IV-TR.

• Les formes subsyndromiques, également appelées trouble bipolaire NOS (« not otherwise specified»), définis dans le DSM-IV-TR (8), ont une prévalence de 1,4 % » (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 5)

Comme cité, l'HAS s'appuie sur la classification DSM-IV-TR. Effectivement, selon le DSM 5, « les troubles bipolaires sont catégorisés en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié.

- Les troubles bipolaires de type I sont caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte.
- Les troubles bipolaires de type II sont caractérisés par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode d'hypomanie.
- Les formes subsyndromiques, également appelées trouble bipolaire NOS (« not otherwise specified»), correspondant aux patients présentant ou ayant présenté des symptômes maniaques et dépressifs sans pour autant appartenir au trouble bipolaire de type I ou II définis dans le DSM-IV-TR. » (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 5)

Notons que chacun de ces types ont en commun le fait que ces troubles s'expriment sur le plan symptomatologique par des épisodes de dépression et d'autres de manie ou hypomanie. Vous pouvez prendre connaissance des tableaux cliniques pour chacun des épisodes selon le DSM-5 en annexe n°2. Toutefois, je vous propose de vous en expliquer l'expression clinique tant pour l'épisode manie ou hypomanie que pour l'épisode dépression en m'appuyant sur le cours du Dr A. AMAD.

La manie ou l'hypomanie (Amad, 2023)

Plus précisément, le syndrome maniaque se décline en trois catégories.

La première catégorie concerne **la sphère affective**. La perturbation de l'affectivité se caractérise au travers de trois niveaux. Au niveau psychologique, on retrouve des idées de grandeurs, une augmentation de l'estime de soi avec un sentiment de toute puissance, une mégalomanie et un ludisme. Sur le plan de l'humeur, la personne se montre gaie, expansive, exaltée avec présence d'une irritabilité. Au niveau des émotions, on peut percevoir une labilité émotionnelle, une hypersyntonie et une hyperréactivité.

La seconde catégorie concerne **la sphère psychomotrice**. On retrouve une accélération psychomotrice avec au niveau psychique une tachypsychie, une pensée diffluyente, des passages du « coq à l'âne » et des jeux de mots. Sur le plan moteur on peut identifier une hyperactivité, une logorrhée, une tachyphémie et de l'hypermimie.

La troisième catégorie regroupe une série **de signes physiologiques associés**. Parmi ces signes associés on peut retrouver sur le plan physique une altération du sommeil et des conduites alimentaires. Au niveau des fonctions cognitives l'altération se révèle par de l'anosognosie, de

l'hypervigilance, de la distractibilité et de l'hypermnésie. Sur le plan comportemental, il peut avoir des dépenses inconsidérées, des comportements à risque et une hypersexualité avec augmentation de la libido.

La dépression (Amad, 2023)

Le syndrome dépression se décline également dans ces trois catégories.

Concernant **la sphère affective**, la perturbation de l'affectivité se caractérise au niveau thymique par la présence d'une tristesse de l'humeur, d'une dévalorisation, d'une culpabilité, et d'une anhédonie

Pour **la sphère psychomotrice**, on retrouve principalement au niveau psychique la présence d'idées ralenties. Tandis que sur le plan moteur on peut identifier une lenteur des mouvements, une aboulie, une clinophilie et une incurie.

Quant aux **signes associés**, on peut retrouver sur le plan physiologique une altération du sommeil, une modification de l'appétit et une asthénie. Au niveau des fonctions cognitives l'altération se révèle par des troubles de la concentration. Enfin, il peut y avoir la présence d'idées suicidaires.

Cette symptomatologie, lourde de conséquences sur la vie des personnes, fait que l'OMS classe les troubles bipolaires comme « *l'une des dix pathologies les plus invalidantes* » (Haute Autorité de Santé, 2014) du fait de ses complications.

Les complications des troubles bipolaires

La première complication est la tentative de suicide. Une étude est publiée en 2011 sur les tentatives de suicides à partir des données nationales du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le rapport de la DREES relatif à « *Tentatives de suicide : Enjeux méthodologiques et état des lieux* » met en évidence l'importance des séjours hospitaliers pour le motif de tentative de suicide des personnes présentant des troubles psychiatriques. (Papuchon, 2025).

Selon la Haute Autorité de Santé (2014), une proportion significative de personnes souffrant de troubles bipolaires tentera au moins une fois de mettre fin à ses jours au cours de sa vie. Parmi elles, environ 15% feront une nouvelle tentative de suicide pouvant conduire au décès. En effet, selon des études « *25 à 60% des patients feront au moins une tentative de suicide dans leur vie. Parmi ces patients qui font une tentative de suicide, 4 à 19% des patients en décèderont* ». L'HAS précise que le « *le taux de mortalité est deux fois plus élevé que celui de la population générale avec un risque suicidaire quinze fois plus élevé.* » (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 6)

L'HAS, identifie d'autres complications liées aux troubles bipolaires, notamment avec l'apparition de troubles :

- « *Psychiatriques dans 75 % des cas (abus, dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives illicites, troubles anxieux)*
- *Somatiques (troubles cardiovasculaires, diabète, etc.)*

Mais également l'apparition d' :

- *Actes médico-légaux liés à la désinhibition psycho-comportementale survenant au cours de certains épisodes bipolaires*
- *Une désinsertion familiale, professionnelle et sociale.* » (Haute Autorité de Santé, 2014, p. 8)

Au regard des éléments énoncés précédemment, il est évident que les troubles bipolaires affectent significativement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Il est donc essentiel d'apporter des connaissances et de développer des compétences supplémentaires à la personne présentant un trouble bipolaire, afin de mieux appréhender les défis liés à la pathologie et de réduire au maximum les conséquences qu'elle peut engendrer.

1.1.2. Parcours de rétablissements : Quelles compétences au service de la relation d'apprentissage ?

Rappelons qu'au sein de la SAAS Ré Psy, Monsieur Z présente la capacité de repérer les deux pôles de sa maladie et de dire par quelle symptomatologie chacun d'eux s'exprime. Il sait que lorsqu'il « fait n'importe quoi » et qu'il « se sent speed » il est en phase hypomane, lorsqu'il présente une aboulie, un apragmatisme et une anhédonie il est en phase dépressive.

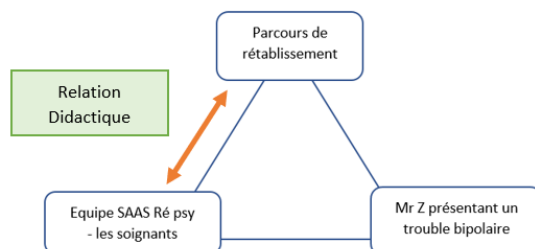
Ceci nous laisse penser que Mr Z est conscient des prodromes et des symptômes liés à sa pathologie, ainsi que de l'indication de ses traitements.

Aussi, il nous a démontré, une évolution de son niveau d'autonomie concernant la gestion des courses et la réalisation de ses repas, ses capacités à se mobiliser en transports en commun et à gérer son budget. Il présente, également, des compétences à gérer seul ses demandes auprès de sa curatelle et à organiser ses rendez-vous médicaux.

Par conséquent, **l'équipe, dans ce rapport d'apprentissage et d'engagement par Mr Z dans son parcours de rétablissement ne peut, de ce fait, envisager** le comportement dépeint par ses sœurs hors des murs de la SAAS Ré Psy.

1.2. Quelle relation entre le « Parcours de rétablissement » et « l'équipe SAAS Ré psy- les soignants » dans cette triangulation ?

Je vais donc désormais mettre en évidence la relation entre « l'équipe SAAS Ré psy – les soignants » et « le parcours de rétablissement ». Sur cet axe, selon la théorie de Houssaye, ce qui prime c'est la relation didactique entre ces deux parties.



Si dans la relation d'apprentissage ce qui se joue est le rapport que Mr Z a « aux savoirs » à acquérir pour s'engager et suivre son « parcours de rétablissement », dans la relation didactique

ce qui est en lien est le rapport que l'équipe SAAS Ré psy a « aux savoirs » constituant le « Parcours de rétablissement ».

Dans cette relation didactique, les professionnels de l'équipe font exister les savoirs, qu'ils ont eux-mêmes acquis, au travers des méthodes éducatives qu'ils jugent nécessaires pour accompagner au mieux Mr Z. Pour ce faire, il est intéressant de réfléchir sur ce que nous portons comme message et transmettons lorsque nous prodiguons des soins à orientation rétablissement dans le domaine de la santé mentale.

C'est pourquoi, il me semble important dans la réflexion menée en relation didactique, de déterminer quels rapports nous avons avec les différentes notions mobilisées dans un parcours de rétablissement dont la santé mentale, comme nous pouvons lire dans le rapport intitulé « La Santé mentale, l'affaire de tous – Pour une approche cohérente de la qualité de la vie » paru en 2009 : « ...une vie réussie impliquerait dorénavant la « santé » mentale. » (Kovess-Masfety et al., 2009)

Cette dernière est souvent associée à la psychiatrie. A ce sujet, l'étude IPSOS/SIG, réalisée en 2009 sur un échantillon de 1017 personnes âgées de 15 ans et plus, intitulée « Les Français et la santé mentale » révèle des résultats qui doivent attirer notre attention. Effectivement, pour 42 % des répondants la santé mentale et la maladie mentale sont **deux notions « assez semblables » ou « tout à fait identiques »**. Notons que la confusion est « à son maximum chez les plus jeunes (15-19 ans), les plus âgés (70 ans et plus) et les membres de foyers à faibles revenus (moins de 1 200 euros nets par mois) ». (Centre d'analyse stratégique, 2010, p. 11-12)

Cette association, voire amalgame, n'est pas sans conséquences sur l'accès aux soins et l'absence d'adhésion à l'évolution de pratique de soins tels les soins à orientation rétablissement.

1.2.1. Si Santé mentale et Psychiatrie ne font qu'un : quelles conséquences ?

Selon un groupe de travail « santé mentale et déterminants du bien-être » au centre d'analyse stratégique et présidé par Mme Viviane Kovess-Masfety, psychiatre et épidémiologiste, **l'amalgame des 2 terminologies** « est favorisé par le mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie qui a conduit à passer d'une prise en charge essentiellement sanitaire des malades mentaux à une prise en charge médico-sociale. » (Kovess-Masfety et al., 2009)

Aussi, il est relevé que le terme santé mentale se substitue à la psychiatrie dans certains travaux ce qui complique la possibilité de pouvoir différencier les deux.

Il est précisé, qu'au-delà de participer au maintien de la confusion, ces éléments laissent à « **penser que les politiques publiques en matière de santé mentale n'étaient destinées qu'aux personnes souffrant directement ou indirectement de maladies mentales.** »

Plusieurs modèles de santé mentale coexistent, cependant afin de mieux comprendre les conséquences possibles de cette confusion, le groupe de travail s'appuie sur le modèle de l'OMS ;

Modèle de bonne santé mentale selon l'OMS (Groupe de travail présidé par V. Kovess-Masfety – 2009)

Pour l'OMS une personne en bonne santé mentale est capable de s'adapter aux diverses situations de la vie. Ces dernières sont « *faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre* ». (Kovess-Masfety et al., 2009)

C'est donc une personne qui « *se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer* ». Elle doit pouvoir vivre « *son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde* ». (Kovess-Masfety et al., 2009)

En bonne santé mentale elle est capable « *d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres* ». C'est également « *parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie physique, psychologique, spirituel, social et économique* ». (Kovess-Masfety et al., 2009)

A noter que « *ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique* ». (Kovess-Masfety et al., 2009)

La Santé mentale à un continuum

Comme l'explique le Rapport intitulé « La Santé mentale, l'affaire de tous », la Santé mentale à un seul continuum considère qu'elle « *peut être conçue comme étant le pôle positif d'un continuum d'états psychologiques qui comprend le bien-être et les ressources censées permettre la gestion, de « façon satisfaisante », de sa propre vie, même face à l'adversité (...). Au pôle négatif du continuum, on inclurait les pathologies mentales. Entre les deux, mais plus proche des pathologies, se trouveraient des formes de détresse psychologique. Si le pôle positif comprend les ressources psychologiques et les capacités d'agir dans ses rôles sociaux, le pôle négatif peut inclure les invalidités et l'incapacité à fonctionner dans ces rôles* » (Groupe de travail présidé par V. Kovess- Masfety au centre d'analyse stratégique, 2010)

Cependant, ce modèle de Santé mentale à un continuum présente des limites. En effet, la principale limite est qu'il importe de noter que la maladie mentale et la santé mentale ne s'excluent pas mutuellement comme le montre le schéma ci-dessous (cours Mme DE OLIVEIRA, 2024)



Dans cette configuration, **la conséquence principale est que la personne voit le continuum de sa vie confondu avec celui de la maladie.** C'est pour cela qu'on entend, encore trop souvent, des personnes concernées se présenter comme « je suis Schizophrène », « je suis dépressif » ...Autrement dit, je suis « malade mental » ou pas.

La personne se pose alors des questions légitimes : quelle vie pour moi ? Puis-je être acteur quand je suis malade mental ?

Effectivement, ces questions sont légitimes car on sait en réhabilitation psychosociale que **les principaux freins à l'accès aux soins RPS à orientation rétablissement sont la stigmatisation et l'auto-stigmatisation**. On peut dire que le modèle à un continuum participe à entretenir la stigmatisation et l'auto-stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux.

Revenons à la situation de Mr Z et de ses sœurs, **si pour eux santé mentale égale psychiatrie effectivement elles ne peuvent que se sentir illégitime dans l'accompagnement** de leur frère puisque pour elles c'est l'affaire de la psychiatrie. Alors que si la santé mentale se différencie de la psychiatrie, on peut comprendre que la santé mentale c'est « l'affaire de tous ». Ce sentiment est d'autant plus renforcé par un vécu expérientiel antérieur puisqu'elles disent également ne pas avoir été « intégrées » aux prises en soins alors qu'elles en exprimaient le souhait à plusieurs reprises. A ce moment-là, j'ai pensé « elles stigmatisent » d'une certaine façon ces derniers et le système de santé par la même occasion.

Cependant, cette analyse me fait à présent prendre conscience qu'il en va de même pour les professionnels qui amalgament santé mentale à la psychiatrie. Pour eux, la maladie mentale « **c'est leur affaire** », c'est à eux d'agir en conséquence. Il est plus difficile dans cette vision de leur exercice professionnel, ou **la maladie mentale est le centre de préoccupation des soignants**, d'envisager, comme le relève l'étude présentée précédemment, une certaine forme de « pouvoir agir » quel qu'il soit pour la personne soignée et/ou pour ses proches. Cette difficulté **surpasse l'attention** qu'ils peuvent porter à la personne soignée et au proche aidant.

Mes expériences professionnelles me permettent d'affirmer qu'une personne présentant une pathologie mentale peut, par ailleurs, bénéficier d'une bonne santé mentale sur d'autres aspects de sa vie.

1.2.2. Si Santé mentale est différent de Psychiatrie : quels possibles ?

Afin de remédier aux conséquences du modèle à un continuum, le ministère de la Santé Canadien a élaboré une tout autre modélisation, sous la forme de deux continuums.

La Santé mentale à deux continuums

Cette modélisation permet d'envisager deux continuums respectifs pour la santé mentale et le trouble mental, qui se rencontrent par leur croisement. Ces deux continuums comportent des degrés minimaux et maximaux à leurs extrémités.

Plus précisément, « *un premier continuum a pour pôles la santé mentale optimale et la mauvaise santé mentale. La santé mentale optimale est une situation dans laquelle les demandes et les contributions respectives de la personne, du groupe et de l'environnement sont équilibrées. La mauvaise santé mentale désigne l'état de détresse psychologique ou de souffrance psychique décrit précédemment. Le contraire de la santé mentale positive n'est pas la maladie mentale en soi, mais la détresse (stress permanent et destructeur), qui a des déterminants internes et externes. Le second continuum s'étend de l'absence de symptôme de maladie mentale à la maladie mentale grave. Entre ces deux extrémités se trouvent différentes*

situations dans lesquelles les symptômes de trouble mental sont présents à divers degrés. » (Groupe de travail présidé par V. Kovess- Masféty au Centre d'analyse stratégique, 2010)

Ce modèle, comme le montre la figure ci-dessous réalisée par l’Institut Canadien d’Information sur la Santé, le continuum de la santé mentale n’étant pas confondu avec celui de la maladie mentale, donne à voir **un champ des possibles**.

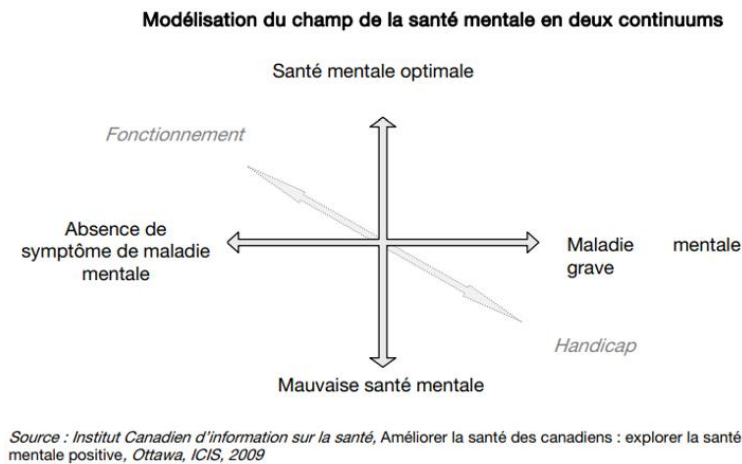


Figure 2 : Modélisation du champ de la santé mentale en deux continuums (ICIS, 2009)

Aussi, Doré & Caron (2017) positionnent côte à côte les deux modèles, comme le montre cette autre figure, ainsi il est plus aisé d’observer la différence entre la santé mentale à un et à deux continuums. Les espaces de « possibles » s’identifient plus visiblement.

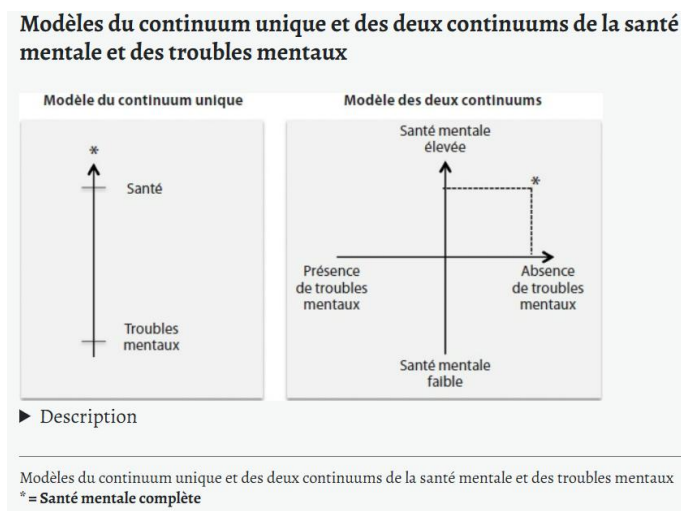


Figure 3 : Modèles du continuum unique et des deux continuums de la santé mentale et des troubles mentaux (Doré & Caron, 2017)

La réhabilitation psychosociale s’inscrit entièrement dans ces espaces de « possibles » visibles dans la modélisation de la santé mentale à deux continuums. En effet, elle vise à améliorer le bien-être mental, indépendamment de la présence ou non d’un trouble psychiatrique. La santé mentale et la maladie mentale sont alors bien distinctes.

Nous pouvons comprendre que dans une démarche de rétablissement, il est essentiel de concevoir la santé mentale à travers deux continuums et non un seul, afin d'accompagner la personne soignée dans un parcours de soin holistique, dans un parcours de rétablissement qui devient « l'affaire de tous ».

1.2.3. Le parcours de rétablissement : une combinaison de soins à orientation rétablissement

Le rétablissement de la personne concernée se réalise au travers d'un parcours jalonné de différentes étapes au travers desquelles nous offrons et proposons aux personnes qui s'y engagent divers soins à orientation rétablissement au travers d'interventions pédagogiques et didactiques comme la psychoéducation.

La psycho éducation

La psycho éducation se définit comme étant une « *intervention didactique et thérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs familles sur les différents aspects du trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face* ». (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015)

Selon le Centre Ressource Réhabilitation Psychosociale, la psychoéducation est un processus éducatif ayant pour objectif d'apporter à la personne soignée une meilleure compréhension de sa pathologie. Ce processus l'aide à acquérir des informations qui peuvent influencer positivement ses comportements et ses perceptions. Pour se faire, il convient de :

- « *Déconstruire ses idées préconçues sur la maladie*
- *Connaître les comportements contre-productifs (ce qui peut desservir la personne concernée, aggraver les symptômes)*
- *Mieux comprendre les conséquences de la maladie sur le quotidien*
- *Appréhender ce que signifie ce diagnostic, etc. »* (Centre Ressource Réhabilitation, s.d.)

Les termes « psychoéducation » et « éducation thérapeutique du patient (ETP) » s'utilisent de manière équivalente dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques. En effet, elles sont toutes les deux des interventions pédagogiques.

Effectivement, les deux visent à « *aider la personne à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie* » (HAS, 2013) avec la maladie. Cependant, on peut dire que la psychoéducation se centre sur la compréhension des mécanismes psycho-comportementaux en jeu avec la maladie, alors que l'ETP se centrera plus sur les actions mises en œuvre pour le développement de compétences grâce aux programmes, ...

Il est important dans un parcours de rétablissement de combiner ces deux types d'intervention. En fonction du parcours de rétablissement des personnes, ces soins se combinent différemment, et s'associe à la réhabilitation psychosociale.

La réhabilitation psychosociale (RPS)

Elle se définit par « un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes. » (Centre Ressource Réhabilitation, s.d.)

Plus précisément, elle désigne « un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques sévères à atteindre un niveau satisfaisant **d'adaptation** à la communauté **et d'indépendance** au sein de celle-ci. À travers ces aspects fonctionnels, la réhabilitation favorise le rétablissement de ces personnes. En s'appuyant sur les capacités préservées et en les mobilisant pour pallier les troubles générés par la maladie, elle mise sur les forces mobilisables et permet, de surcroît, d'améliorer l'estime de soi et la confiance en soi » (Bon & Franck, 2018)

Ainsi, elle permet la réduction de l'isolement social, l'aide à l'acquisition de compétences sociales pour développer un niveau d'autonomie qui favorisera la prévention des décompensation et l'amélioration de la qualité de vie de la personne soignée. C'est pourquoi **son objectif principal est de rendre à la personne soignée son pouvoir d'agir** afin d'évoluer vers son **projet de vie choisi** en palliant certaines difficultés persistantes liées aux troubles psychiques. Parmi celles-ci, comme le spécifie le Centre Ressource Réhabilitation, elles sont de différents ordres

Les personnes présentant un trouble psychiatrique peuvent rencontrer des altérations des fonctions telles que l'attention, la mémoire ou les fonctions exécutives. Elles peuvent également présenter des difficultés de cognition sociale affectant leur capacité à interpréter les émotions, ainsi que des troubles de l'insight, limitant leur conscience de la maladie et des symptômes. Ces défis peuvent entraîner une perte de l'autonomie dans la gestion de la vie quotidienne. (Centre Ressources Réhabilitation, s.d.)

Ces difficultés, selon leurs degrés de gravité, sans accompagnement, altèrent le parcours de rétablissement comme le montre la figure ci-dessous.

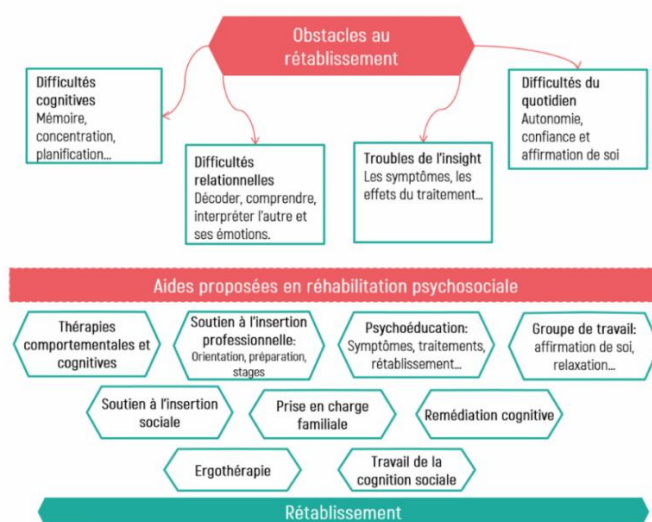


Figure 4 : Le processus de rétablissement (Centre Ressource Réhabilitation, s.d.)

Ce schéma identifie non seulement les différentes difficultés énoncées précédemment, mais spécifie également les différents outils, de la réhabilitation psychosociale, favorisant le rétablissement.

Retenons qu'en mettant en œuvre la réhabilitation psycho sociale au travers des soins RPS à orientation rétablissement l'accompagnant **se centre principalement** sur les besoins, les capacités de la personne pour lui permettre d'aller vers son projet de vie.

Enfin, on ne peut clarifier ce que comporte les soins à orientation rétablissement sans s'arrêter sur la notion même du rétablissement.

Le rétablissement

Avant de préciser cette notion, il me semble intéressant de préciser que nos politiques de santé mentale promeuvent ces approches.

En effet, le Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, explique que ce projet a « *pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible **aux soins notamment de réhabilitation**, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.* » (Légifrance, 2017, art. R3224-6)

L'enjeu est de permettre des parcours de rétablissement visant à optimiser la qualité de vie, malgré la persistance de symptômes. Ainsi, nous pouvons également comprendre que le rétablissement permet l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques et par conséquent participe pour beaucoup à la construction d'une réelle démocratie sanitaire.

C'est pourquoi nos politiques de soins positionnent l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques comme enjeu de santé publique essentiel. Ceci implique une transformation de la manière d'aborder les troubles psychiatriques au sein de notre système de santé sur la base d'une santé mentale à deux continuums, comme vu précédemment. Aussi, relevons que la Société Française de Santé Publique (SFSP) en cette année 2025, année consacrée aux enjeux de la Santé Mentale, affiche clairement pour son congrès la notion de **Santé Mentale Publique**.

C'est pour cela que le rétablissement définit par le Centre Ressource en Réhabilitation Psychosociale ne fait « *pas référence à une guérison clinique ou à une disparition des symptômes mais à une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne.* » (Centre Ressource Réhabilitation, s.d.) **et ce au sein de ses proches et de sa communauté.**

Ainsi, les principes fondamentaux du rétablissement en Santé mentale incluent une **prise en soin personnalisée de la personne soignée**, l'empowerment, le développement de l'autonomie, l'intégration sociale, l'accès à des ressources et du soutien, ainsi que la résilience. Aussi, ils visent différentes sphères de rétablissement constituant le rétablissement personnel, comme le montre la figure ci-dessous (cours Mme DE OLIVEIRA).

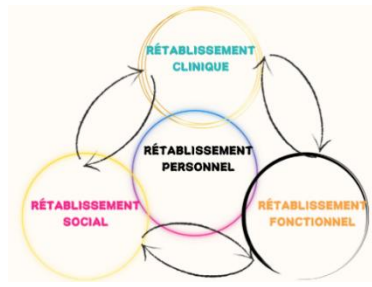


Figure 5 : Les différents types de réablissemments (De Oliveira, 2024)

Notons que le rétablissement personnel d'un individu, au centre de cette triangulation, se réalise au travers de trois autres sphères de rétablissement, clinique, fonctionnel et social. Chacune de ces sphères concernent les différents acteurs de notre analyse.

Notre analyse dans la triangulation « l'équipe SAAS Ré psy – les soignants » et « le parcours de rétablissement », montre que la relation didactique entre ces 3 pôles ne peut être efficiente sans la création d'une réelle relation thérapeutique.

1.2.4. Parcours de rétablissement : l'articulation des soins au sein de la SAAS Ré psy

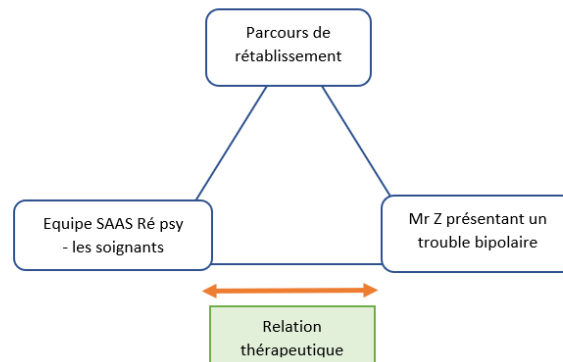
Rappelons qu'au sein de la SAAS Ré psy, Monsieur Z a bénéficié d'un accompagnement global basé sur des soins à orientation rétablissement. Pour l'aider à mieux comprendre et appréhender sa pathologie, les soignants de la SAAS Ré psy mettent en place des séances de psycho éducation axés sur sa pathologie et ses traitements. Grâce à cet accompagnement, Monsieur Z acquière la capacité de gérer seul son pilulier.

Par ailleurs, la remédiation cognitive lui permet de travailler sur ses difficultés liées aux fonctions cognitives, notamment l'attention et la planification, ce qui améliore considérablement sa gestion du quotidien. Monsieur Z participe, également, à diverses activités thérapeutiques, telles que la cuisine thérapeutique, le sport adapté, les groupes de paroles et des ateliers de gestion de budget.

Comme énoncé précédemment, nous pouvons constater que la SAAS Ré Psy privilégie une approche globale et centrée sur la personne valorisant son auto-détermination, ses capacités, déterminant l'acquisition de compétences, ainsi que la mobilisation de son environnement social.

Cependant, au regard de l'approche didactique utilisée conforme aux recommandations actuelles en matière de réhabilitation psycho sociale, **l'équipe de la SAAS Ré psy n'a pu envisager l'émergence de prodromes en dehors des murs lors des permissions.** Se pose alors la question de ce qu'il a manqué dans la relation thérapeutique tissée avec Mr Z.

1.3. Quelle relation entre « Monsieur Z » et « l'équipe SAAS Ré psy- les soignants » dans cette triangulation ?



Je vais donc désormais mettre en évidence la relation entre « l'équipe SAAS Ré psy – les soignants » et « Mr Z, présentant un trouble bipolaire ». Sur cet axe, selon la théorie de Houssaye, ce qui prime c'est la qualité de la relation entre les deux parties. Pour nous soignants, elle ne peut être efficiente sans l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique.

La relation de confiance constitue le fondement essentiel de toute interaction entre le soignant et la personne soignée. Elle repose sur des éléments clés tels que la bienveillance, l'écoute active ou encore la confidentialité. Cette relation est primordiale pour que la personne soignée se sente en sécurité et puisse s'engager dans une collaboration avec les équipes de soins. Toutefois, elle **ne vise pas nécessairement un objectif thérapeutique contrairement à la relation thérapeutique**. En effet, la relation thérapeutique en s'appuyant sur la relation de confiance s'inscrit dans une démarche intentionnelle visant à améliorer l'état de santé de la personne soignée.

Dans ce cadre, les professionnels mobilisent les savoirs acquis au fil de leur formation et de leurs expériences professionnelles, en utilisant des outils thérapeutiques adaptés aux situations cliniques afin de structurer l'angle thérapeutique de la relation avec Mr Z.

Parmi ces outils thérapeutiques figurent, par exemple, l'entretien motivationnel, les techniques cognitivo-comportementale, l'appartenance thérapeutique, autant d'outils utilisés au service du parcours de rétablissement co-construit avec Monsieur Z.

Ainsi, la relation de confiance constitue une base incontournable sans laquelle la relation thérapeutique peut difficilement être accueillie, par les personnes soignées, comme une approche méthodique avec un objectif de soin clairement défini.

En santé mentale, notamment dans les soins à orientation rétablissement, la mise en place d'une relation thérapeutique basée sur une relation de confiance est essentielle. Ces deux éléments vont permettre la construction de **l'alliance thérapeutique** qui joue un rôle central, en particulier en réhabilitation psychosociale (RPS), où elle requiert l'engagement actif de la personne soignée dans son propre parcours de soin.

1.3.1. L'alliance thérapeutique : l'élément essentiel au bon déroulement du processus de rétablissement

Dans un contexte de rencontre entre deux personnes, l'élément fondamental, pour que celle-ci soit optimale, est la création d'un bon relationnel. L'alliance thérapeutique à proprement parlé, signifie « *la notion d'union par engagement mutuel.* » (Monié, 2018)

Initialement, Freud est défini comme « auteur princeps » notamment parce qu'il affirme qu'il n'est pas possible de soigner « *avant qu'un transfert sûr, un rapport favorable, aient été établis chez le patient. Le premier but de l'analyse est d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien.* » (Monié, 2018) Selon Freud, il identifie la capacité de la personne soignée à établir une « *relation de travail* » avec le médecin comme élément indiscutable pour la mise en place d'une alliance. (Monié, 2018)

Dans les années 1970, le développement de la recherche va permettre d'aller encore plus loin dans la définition de la notion d'alliance thérapeutique. Celle-ci devient « *une collaboration positive du patient avec son thérapeute contre un adversaire commun : la souffrance.* » (Monié, 2018)

Enfin, à l'heure actuelle, l'alliance thérapeutique se définit comme « *une collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et son thérapeute pour accomplir les objectifs fixés. Elle favorise « les effets de la psychothérapie, et augmenterait l'observance du traitement médicamenteux.* » (Perspectives Psy, 2010)

L'HAS, quant à elle, la définit comme « *la colonne vertébrale du projet thérapeutique individualisé, en psychiatrie tout particulièrement.* » (Haute Autorité de Santé, 2016, p.2)

Nous comprenons donc que l'alliance thérapeutique est un élément fondamental se basant sur des objectifs communs, un engagement mutuel et une relation de confiance entre chaque acteur engagé dans le parcours de soin de la personne soignée.

L'instauration d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique est nécessaire avant d'engager un processus de psychoéducation. Rappelons que ce dernier est une intervention didactique et thérapeutique permettant aux personnes de se saisir de leurs capacités et en développer d'autres pour faire face à leurs difficultés.

Au sein de la SAAS Ré psy, parce que nous savons par expérience que les possibles peuvent s'ouvrir aux personnes soignées, nous veillons à respecter les grands principes de la réhabilitation psycho sociale, conformément aux recommandations actuelles, lors des prises en soins réalisées.

Cependant, la situation de Monsieur Z met en évidence que, **malgré cet accompagnement individualisé axé sur le rétablissement, certains obstacles ont entravé** la qualité de la prise en soin et son parcours de rétablissement. Notons que ces obstacles émergent hors des murs de la SAAS Ré Psy, au domicile de la sœur de Mr Z.

Comme relevé dans la présentation du service, si nous prenons connaissance et avons des contacts avec les proches des personnes prises en soins au sein de notre unité, aucun accompagnement n'est proposé aux sœurs de Monsieur Z durant l'intégralité de son parcours

de rétablissement. En effet, leur implication se limite à leur « participation » lors de son admission au sein de la SAAS Ré psy.

Il me semble, au regard de cette constatation, important dans l'analyse que nous menons, de reposer l'alliance thérapeutique tissée entre Mr Z et l'équipe de soins.

1.3.2. L'alliance thérapeutique créée entre Monsieur Z et l'équipe de soins Ré psy

Dans la situation clinique exposée, plusieurs éléments témoignent de l'existence d'une alliance thérapeutique solide entre Monsieur Z et l'équipe de soin SAAS Ré psy, notamment son engagement actif dans l'ensemble des soins proposés. Cette alliance s'est renforcée et a évolué tout au long du parcours de soins, permettant de construire et de concrétiser un projet thérapeutique individualisé centré sur son objectif principal : **atteindre l'autonomie**, notamment par l'obtention d'un appartement en résidence autonomie.

Cela soulève plusieurs questions telles que : Comment une décompensation psychiatrique a-t-elle pu survenir malgré un accompagnement structuré autour des soins à orientation rétablissement et renforcé par une alliance thérapeutique solide ? Quels éléments ont entravé la transposition des savoirs acquis au sein de la SAAS Ré psy en **dehors de ses murs** ?

Cette première perspective et triangulation analysée met en évidence certaines pistes pouvant expliciter la rupture "brutale" du parcours de rétablissement de Mr Z.

Nous comprenons tout d'abord que si l'apprentissage se déroule sans entrave au sein de la SAAS Ré Psy, le transfert des acquis au sein de sa communauté et au domicile de sa sœur ne se fait pas. Cette première piste peut nous faire penser que finalement les lieux de soins constituent pour Mr Z un "milieu protégé" dans lequel il se sent dans une relation thérapeutique qui le sécurise et où il peut montrer les possibles qu'il souhaite atteindre. Nous pouvons alors nous demander ce qui fait défaut et positionne Mr Z en "insécurité" lorsqu'il est dans son milieu de vie familiale et communautaire.

Ensuite, nous comprenons et relevons que si santé mentale et maladie mentale ne sont pas dissociées par l'environnement proche de Mr Z, cela peut avoir pour conséquence non négligeable de leur faire porter un sentiment de non « légitimité à accompagner » renforcé par des soignants pour qui, la maladie mentale relève de leurs missions.

Dans cette vision le « pouvoir agir » se partage entre professionnels du soin, parfois sur certains aspects avec la personne concernée, très peu voire pas du tout avec les proches aidants. Par conséquent, le parcours de rétablissement se co-construit avec la personne soignée mais **"sans eux"**.

En effet, cette triangulation met en évidence l'absence des proches aidants dans la co-construction du parcours de rétablissement et ce malgré le fait que nous avons, par certains aspects, agit sur l'évolution du parcours de rétablissement de Mr Z, en nous appuyant sur leurs présences.

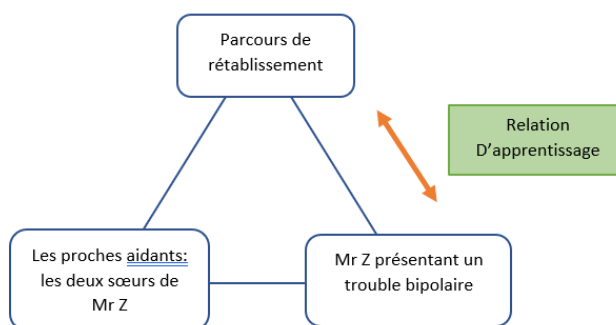
C'est pourquoi, il me semble judicieux d'analyser la situation sur une deuxième perspective et triangulation en positionnant aux trois pôles le parcours de rétablissement, les proches aidants et Monsieur Z.

2. Deuxième perspective : la triangulation « parcours de rétablissement », « les aidants proches », « Monsieur Z »

De la même manière que la première perspective, j'analyse à partir du récit de la situation de Mr Z, les rapports et les relations construits et/ou co-construit entre « Monsieur Z présentant un trouble bipolaire », « les aidants proches : les deux sœurs de Monsieur Z » et « le parcours de rétablissement ».

Lors de la première perspective nous avons déjà exposé le rapport de Mr Z à son parcours de rétablissement **au sein** de la SAAS Ré Psy. Ici, il s'agit de tenter, au regard des éléments à notre connaissance, de comprendre ce rapport **hors des murs** du service, lorsqu'il est chez sa sœur.

2.1. Quelle relation entre « Monsieur Z » et le « parcours de rétablissement » au domicile de sa sœur ?



Pour analyser ce rapport, soit comment Mr Z poursuit son apprentissage, mobilise ses acquis au sein de la SAAS Ré Psy lorsqu'il vit chez sa sœur. Je m'appuie sur les éléments recueillis auprès de ses sœurs mais également sur ce qu'il en dit. Aussi, je ne peux faire sans associer l'engagement, les actions menées par Mr Z au sein de l'unité pour atteindre les objectifs co-fixés lors de la co-construction de son parcours de rétablissement.

Au domicile de sa sœur : quel transfert des acquis ?

Premier point essentiel de rappel, Monsieur Z réalise un réel travail de rétablissement afin de vivre de manière autonome. Il semble qu'il est en mesure de le faire car dans la relation thérapeutique liée avec l'équipe il se sent en confiance, il tisse une alliance thérapeutique qui lui permet de progresser et de lui donner à voir et à entendre que ce choix de vie lui est totalement possible.

Effectivement, il développe des connaissances au sujet de sa maladie et des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses avec lesquelles il peut comprendre les impacts de la maladie sur sa vie, identifier les ressources sur lesquelles il peut s'appuyer, développer les capacités et habilités pour assurer ses autosoins et agir en "toute autonomie".

Pour ce faire, il a bénéficié d'un temps d'accompagnement personnalisé assuré par l'équipe pluridisciplinaire lors de son intégration dans l'appartement bilan de notre service, étape

transitoire essentielle pour l'emmener vers son choix de vie, un appartement dans une résidence autonomie.

L'évolution de Mr Z est très positive, il démontre une autodétermination qui laisse penser à l'équipe de soin qu'il possède une capacité de transfert des acquis dans sa vie sociale en dehors de la SAAS Ré Psy.

Or, rappelons que lors de ses permissions au sein du domicile de sa sœur, il présente une non-observance thérapeutique qu'il justifie par des « oublis » et son « implication dans son projet thérapeutique ». Face à ses dires, ma première lecture est d'identifier un défaut d'insight, cependant après recul par le biais de l'analyse menée je mesure autrement ses propos. Plus précisément, je repositionne le discours qui l'a eu lorsqu'il met en avant l'implication dans son projet thérapeutique. De mémoire, Monsieur Z exprime qu'« il y a eu trop d'activités qui se sont enchaînées d'un coup ».

Effectivement, nous avons accéléré, par le biais de différents soins à médiation, l'autonomisation de Monsieur Z. Notre préoccupation à ce moment-là, est de lui apporter le maximum de "bagages" afin de réaliser l'objectif visé. Je conscientise finalement que ce qui a pris le pas sur le parcours de rétablissement c'est le souci des soignants à répondre au mieux à l'objectif d'**autonomie** sans avoir mesurer si l'environnement de vie permettait de suivre ce rythme décidé par l'équipe de soins.

Bien sûr, Monsieur Z est informé et concède d'accélérer les soins pour atteindre son souhait d'autonomie au travers de l'appartement en résidence autonomie. A ce jour, je constate que Monsieur Z, malgré l'information fournie, **n'a pas pu, n'a pas su, dans cette accélération, intégrer les apports** fournis au sein de la SAAS Ré Psy.

Par conséquent, je peux penser que l'acquisition ne s'étant pas faite il est difficile pour Monsieur Z de transférer les acquis dans son environnement de vie lors des permissions chez sa sœur. D'ailleurs, Monsieur Z conscientise par cet événement l'importance d'intégrer ses sœurs dans son parcours de soin. Ce qui nous amène à nous demander ce que nous savons réellement de l'environnement de vie de Monsieur Z au sein du domicile de sa sœur ?

Au domicile de sa sœur : quel environnement de vie pour Monsieur Z ?

Il est à préciser que si Monsieur Z a deux sœurs impliquées dans son projet de vie, il rejoint en permission le domicile d'une d'entre elle, prénommée Caroline, la plus jeune de la fratrie. Les contacts avec la seconde sœur, Isabelle, l'aînée de la fratrie, se font plus généralement au téléphone ou au travers de visites qui parfois se réalisent par l'invitation à partager un repas familial.

Aussi, Caroline vit en concubinage lors de l'évènement, elle n'a pas d'enfants et a une activité professionnelle. Elle réside dans une maison individuelle où elle peut offrir à son frère sa propre chambre.

Mis à part ces éléments de connaissances, nous ignorons quelle autonomie de vie Monsieur Z a au sein du domicile de sa sœur. Dit autrement, est ce qu'il cuisine ? Est ce qu'il fait les courses ? Est ce qu'il lui arrive de rendre visite à Isabelle sans Caroline par le biais des

transports en commun ? Autant de questions qui restent sans réponses **sur la possibilité pour Monsieur Z de transférer ses acquis dans le contexte de vie de Caroline.**

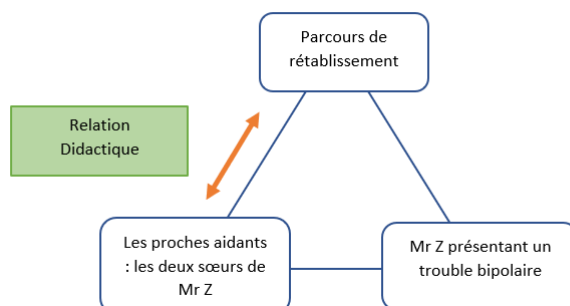
Finalement, la question qui se pose est : Que sait Caroline du parcours de rétablissement de son frère ?

Connaître les objectifs thérapeutiques co-construits avec Monsieur Z lui permettrait, selon moi, d'offrir à son frère les activités permettant d'investir l'environnement de vie comme autant de possibilités de transférer ses acquis lors de son processus d'autonomisation.

Il est essentiel, à ce niveau de l'analyse, de rappeler qu'effectivement Caroline et Isabelle ne sont pas intégrées dans le travail réalisé par Monsieur Z au sein de la SAAS Ré Psy et ne peuvent pas, par conséquent, avoir une idée des actions qui leur seraient possibles pour mener à bien la continuité du processus d'autonomisation enclenché par les soignants. Cette ignorance est à l'origine d'un sentiment d'impuissance qu'elles expriment par une sensation de « non-légitimité » à agir sur ce processus.

Ce qui nous amène à analyser la relation didactique entre « les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z » et le parcours de rétablissement de Monsieur Z.

2.2. Quelle relation entre « les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z » et le parcours de rétablissement de Monsieur Z ?



Dans ce rapport, il nous importe d'analyser ce que Caroline et Isabelle ont pu comprendre du parcours de rétablissement de leur frère. Pour ce faire, il me semble nécessaire de poser ce que l'équipe de la SAAS Ré psy leur a apporté au regard de la considération que les soignants portent aux proches aidants. C'est pourquoi, il convient de mieux circonscrire la notion de proche aidant.

2.2.1. Le proche aidant

Afin d'appréhender cette notion, je vous propose dans un premier temps de positionner l'importance épidémiologique de cette posture d'aide.

La dimension épidémiologique de la proche aidance

Selon une enquête de l'IPSOS, nous comptons en France « 3 personnes sur 10, âgés de 18 ans et plus, soit 11 millions d'aidants en France ». Parmi eux, 500 000 sont âgés de 18 à 24 ans. Dans **83% des situations, l'aidant proche appartient au cercle familial** de la personne soignée, et dans **un cas sur deux il s'agit d'un parent.**

Les situations dans lesquelles se déploient la proche aide sont principalement liées à l'âge dans 53% des cas, à une maladie dans 45% et au handicap dans 34%. (Ipsos & Macif, 2020). Ces résultats mettent en évidence le fait que la proche aide se déploie au travers de situations de vulnérabilité et/ou auprès de personnes considérées comme vulnérables. On peut envisager dans ces cas, les défis et les pressions auxquels ils peuvent être confrontés.

Toutefois, si l'épidémiologie met en évidence que l'aidant proche, en grande majorité, appartient au cercle familial de la personne soignée, voire un cas sur deux est un parent, la proche aide ne peut se résumer à cela si l'on s'appuie sur les définitions qui en sont faites

La proche aide : des « aidants naturels » aux « proches aidants »

La thématique de mon premier travail de recherche infirmier portait sur l'accompagnement des personnes aidant l'enfant présentant des troubles envahissant du développement. A l'époque, cette posture d'aidant se nomme « aidants naturels ».

Selon l'HAS, « *les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne.* » (HAS, 2011, p. 5)

Notons que cette définition met en lumière des caractéristiques des proches aidants à relever. La première interpelle par les dénominations « naturels ou informels ». Ces dernières donnent à voir, par certains aspects, de leur légitimité à accompagner la personne soignée. Une "légitimité" devant être reconnue et prise en compte par les soignants.

« Naturels ou informels » : une légitimité réellement reconnue ?

Effectivement, par « naturel » on peut entendre « normal », et cependant nos pratiques de soin, selon mes expériences professionnelles, ne leur permettent pas toujours de vivre, d'agir dans cette "légitimité naturelle". Aussi, cette notion de "naturelle" au sens "normal", "facile", fait porter aux aidants, selon mes observations, un sentiment de responsabilité qui "irait de soi". Si, cette caractéristique fait apparaître l'aide comme une "évidence", est-ce facile pour autant ? Possédons-nous **tous** les capacités à assumer cette responsabilité et ce malgré tout l'amour que nous pourrions porter à nos proches ?

Passons au qualificatif « informel ». Par ce dernier, on peut entendre "pas classable", "pas organisé", "spontané", "libre". Pour mieux expliciter ce rôle d'aidant qualifié d' « informel », il est, selon moi, intéressant de poursuivre l'analyse en se rapportant, à nouveau, aux sciences de l'éducation qui mettent en débat l'apprentissage pouvant être formel ou informel. Plusieurs auteurs écrivent sur ces qualificatifs qui nous permettent de percevoir des processus d'apprentissage autres, liés à des contextes différents de "l'école classique".

A ce sujet, l'Observatoire compétences-emplois se réfère aux travaux de H. Colley, P. Hodgkinson, J. Malcom pour appréhender la différence entre l'apprentissage formel et l'informel. Ces auteurs explicitent qu' « *essentiellement, il y a deux courants de pensée qui se chevauchent dans cette dimension théorique : le processus d'apprentissage ; et la nature des connaissances à acquérir.* On suppose souvent que les deux sont étroitement liés, non seulement l'un à l'autre, mais également dans des lieux d'apprentissage contrastés. Dans le

cadre de ces hypothèses, *l'apprentissage formel* combine **des connaissances** propositionnelles **de haut niveau** avec des processus d'apprentissage centrés sur l'enseignement ou l'instruction, et se déroule **dans des établissements d'enseignement** spécialisés, tels que des écoles, des collèges ou des universités. *L'apprentissage informel* concerne les **pratiques sociales et les connaissances quotidiennes** et est considéré comme ayant lieu **en dehors des établissements d'enseignements**. » (Colley et al., 2003 : 4)

Ainsi, l'Observatoire des compétences-emplois (2013) définit un **apprentissage formel** comme étant « celui qui dispensé dans un contexte **organisé et structuré** (par exemple dans un établissement d'enseignement ou de formation, ou sur le lieu de travail), et qui est explicitement désigné comme apprentissage (**en termes d'objectifs, de temps ou de ressources**). *L'apprentissage formel est intentionnel de la part de l'apprenant ; il débouche généralement sur la validation et la certification.* » (Hart, 2013) Quant à l'**apprentissage informel**, celui-ci « **découle des activités de la vie quotidienne liées au travail, à la famille ou aux loisirs. Il n'est ni organisé ni structuré** (en termes d'objectifs, de temps ou de ressources). *L'apprentissage informel possède la plupart du temps un caractère non intentionnel de la part de l'apprenant.* » (Hart, 2013)

Au regard de cette lecture, nous pouvons comprendre par sa définition, que l'aidant naturel ou informel n'est pas une personne « professionnelle ». Nous avons vu précédemment que la relation thérapeutique est une approche méthodique avec un objectif de soin clairement défini. Elle est organisée, classable, **formelle**, dispensée par un professionnel du soin dans des structures de soins.

On peut penser, qu'à ce titre, les deux relations tissées avec la personne "s'opposent". Il y a, d'un côté la relation professionnelle basée sur des « connaissances de haut niveau, acquises dans des établissements d'enseignements spécialisés » liée à une légitimité diplômante, et de l'autre, la relation avec un aidant naturel tissée sur « des connaissances issues des pratiques sociales et des activités de la vie quotidienne avec la famille ». Cette dernière serait naturelle, sans diplôme avec une reconnaissance sociale fonction de la valeur que la société accorde aux acquis qui en sont issus.

Aussi, l'une débouche sur un diplôme dans une démarche intentionnelle de l'obtenir, l'autre la « plupart du temps » porte un caractère « non intentionnel ». Si précédemment, je questionnais "l'évidence d'une responsabilité à assumer" par le qualificatif naturel en me demandant si nous avions tous les capacités à le faire ou pas, ces éléments complémentaires de lecture me font prendre conscience d'une notion supplémentaire dont il faut que je tienne compte dans l'analyse. Il s'agit du caractère non intentionnel, parfois, d'endosser le statut d'aidant naturel dans la relation tissée avec ces proches. Je retiens ici le sens de "le vouloir volontairement", et je me demande alors si l'aidant naturel emprunte toujours cette posture d'aide volontairement.

Enfin, nous pouvons également relever que dans l'apprentissage formel il y a acquisition de connaissances de hauts niveaux alors que pour l'apprentissage informel les acquis ne portent pas de qualificatifs de niveaux. Cette différence, semble se justifier par le lieu d'apprentissage

et la finalité du processus d'acquisition. Le système scolaire nous apporterait des savoirs académiques considérés de "haut niveau" avec obtention d'un diplôme en fin de cursus. **La diplomation octroie à son possesseur une légitimité d'exercice, de « pouvoir d'actions ».**

Les pratiques sociales, les activités de la vie quotidienne en famille nous permettent d'acquérir des "**savoirs informels**", prenant de plus en plus l'appellation de "savoirs expérientiels". Le lieu d'apprentissage se situe en société et dans les foyers, il est souvent dénommé "l'école de la vie". Il n'y aurait **pas de diplôme** pour en mesurer et reconnaître des « niveaux de savoirs », nous pouvons, alors, nous demander **quelle en est leur légitimité**. Ces éléments viennent renforcer ma compréhension du sentiment "d'illégitimité" ressentie par Caroline et Isabelle, les sœurs de Mr Z. La question qui se pose à moi comme une évidence par cette clarification est : comment puis-je allier ces deux apprentissages de savoirs formels et informels au service du rétablissement de la personne afin que les parties concernées puissent vivre au mieux leurs légitimités respectives ?

Poursuivons notre analyse de la définition donnée à l'aidant naturel, l'aide apportée par ces derniers se réalise « à titre principal pour partie ou totalement à une personne dépendante ». Ainsi, elle renvoie à la place que peut prendre l'aidant, dans le parcours de vie de la personne soignée.

L'aidant naturel, une place principale dans le parcours de vie de son proche dépendant : quelle place pour les soignants ?

Cette place « principale », je l'entends au sens "essentielle" et notons qu'elle peut être soit totale ou partielle. Il me semble que c'est dans cet espace qu'un "autre" peut avoir une place, en l'occurrence un professionnel en fonction du besoin exprimé ou ressenti sans oublier que l'aidant est sensé avoir la place principale.

Par « dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne », notons que l'aidant naturel a légitimité à intervenir en aide à son proche dans le registre des activités de la vie quotidienne ces dernières faisant référence au registre d'auto-soins pour le proche aidé.

La revue scientifique « Recherche en soins infirmiers », définit l'auto-soin comme « *la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être* ». (Mailhot, Cossette & Alderson, 2013). Ainsi, nous comprenons que les auto-soins peuvent inclure différentes actions telles que : l'hygiène de vie, les soins quotidiens, l'auto-surveillance du traitement. C'est pourquoi, le rôle de l'aidant naturel et la qualité de son accompagnement apparaissent comme des déterminants essentiels pour que leur proche malade retrouve une qualité de vie et un bien-être malgré un état de "dépendance". Notons qu'il s'agit là, également, du champ d'actions des soins à orientation rétablissement prodigué par les soignants.

Dit ainsi, nous pouvons percevoir le "poids de cette responsabilité" porté par l'aidant et par les soignants dans ce champ commun. Je suis plus à même de comprendre les états d'épuisement observés, exprimés par les personnes qui se voient, le plus souvent, brutalement confrontées à l'état de dépendance de leurs proches. De plus, en qualifiant leurs aides comme étant naturelle,

informelle, peuvent elles s'autoriser à ressentir et/ou penser ne pas être capable "d'assumer", "d'être à la hauteur". Je peux, également, aisément comprendre, l'émergence de sentiments profonds de culpabilité et d'illégitimité qui vont, alors, s'imposer à elles.

Tous ces états émotionnels pouvant être vécus par les aidants naturels ouvrent un champ d'actions, d'accompagnement dans lequel les soignants peuvent prendre place sans prendre leurs places.

Au fil des années, la notion « d'aidant naturel » évolue vers la notion de « proche aidant ». Nous avons mis en lumière que par la terminologie « aidant naturel » ce qui se met en avant est la place donnée à celui qui emprunte cette posture. La proximité relationnelle naturelle qui lie l'aidant à l'aidé requière, selon sa définition, une posture d'aide qui "irait de soi", au sens "innée" puisqu'il fait partie intégrante de la vie de l'aidé, il y tient une place principale, dans l'environnement familial.

Cependant, l'aide naturelle dans une relation avec un proche ne peut réduire ce dernier au cercle familial. Ainsi, la terminologie évolue vers une dénomination plus large telle le « proche aidant » qui n'attribue pas nécessairement à l'aidant un lien d'attache familial.

En effet, comme le stipule la revue « Actualité et Dossier en Santé Publique » (ADSP) éditée par le Haut Conseil de Santé Publique, *« le terme de « proches aidants » est plus large que celui d'« aidants familiaux », puisqu'il ne suppose pas de lien familial entre aidant et aidé. La notion de « proximité » pose peu de problèmes, car même si les textes réglementaires parlent de liens « étroits et stables » pour définir le proche aidant, on peut considérer que dès lors qu'il y a une aide régulière, il est peu probable que les personnes n'aient aucune autre relation de proximité par ailleurs. Un cas limite serait le voisin qui fait des courses pour une personne âgée chaque semaine, tout en n'entretenant par ailleurs que de cordiales relations de voisinage avec elle. Mais ces cas sont très marginaux. »* (HAS, 2019)

La notion de "proche aidant" présente un caractère plus inclusif par rapport à celle "d'aidant naturel, informel" ou encore "aidant familial". En effet, elle ne se limite pas à un lien de parenté direct, permettant ainsi d'inclure toute personne entretenant une relation étroite et stable avec la personne soignée, qu'il s'agisse d'un ami, d'un voisin ou de toute autre personne de son entourage.

Au regard de ces éléments, s'il y a place pour les soignants et le proche aidant ou encore l'aidant naturel, ce dernier reste le principal interlocuteur pour accompagner la personne soignée, coordonner les actions nécessaires à sa prise en soin et participer au processus de décision afin de permettre une continuité des projets de vie inclusifs.

Si la notion de "proche aidant" élargit le champ des personnes pouvant assumer cette posture d'aide essentielle pour la personne aidée, elle ne modifie pas les répercussions importantes que les proches aidants peuvent éprouver sur leur propre vie, tant sur le plan social, sanitaire que psychologique.

La proche aidance : quelles répercussions pour le proche aidant ?

En effet, l'enquête IPSOS met en évidence l'impact de cette proche aidance sur « *tous les aspects de la vie des aidants* » (Ipsos & Macif, 2020) en lien avec l'implication au quotidien de ces derniers. Cette enquête révèle que 45% des proches aidants font le constat d'un **impact négatif sur sa vie sociale ou familiale**. En parallèle, un proche aidant sur deux témoigne d'un **impact sur sa santé**.

Au regard de ces différents constats, nous pouvons conclure que les proches aidants se retrouvent dans des situations « **d'épuisement et de surmenage** ». Face à ces difficultés à gérer ce rôle de proche aidant, 62% se disent en « *état d'épuisement réel* » et 74% souhaitent du « *répit pour souffler* ». Cette situation est un réel enjeu de santé publique car ils mettent de côté leur propre santé.

Effectivement, l'étude Handicap Santé Aidants (HSA) 2008 de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) indique que « *parmi les aidants ressentant **une charge lourde** de l'aide apportée, 69 % d'entre eux déclaraient souffrir de **problèmes de dos** (contre 19 % pour ceux ne ressentant pas de charge lourde), 28% souffrent de **palpitations** et de **tachycardie** contre 5%. L'OCDE évaluait une plus grande occurrence de **problèmes de santé mentale** chez les aidants par rapport à la moyenne de la population, avec un taux de prévalence des problèmes de santé mentale évalué à 20% chez les aidants, et un taux de renoncement aux soins important.* » (HAS, 2024, p. 3)

Enfin, les proches aidants rencontrent des difficultés sur le plan professionnel et social. En effet, selon l'HAS, « *les conséquences négatives pour les aidants sont nombreuses et bien documentées : **vie professionnelle perturbée, risque d'isolement accru** mais surtout risque pour leur santé du fait de l'épuisement. L'ensemble de ces retentissements ont été décrits dans les années 1980 sous le terme de « **sentiment de fardeau** »* (HAS, 2024, p.3)

C'est pour tout cela et compte tenu du rôle essentiel des proches aidants auprès de la personne soignée que le système de soins et de protection sociale en France met à disposition de ces derniers des dispositifs pour les soutenir dans leur rôle.

La proche aidance : quelles aides pour les proches aidants ?

La Stratégie nationale 2023-2027 renforce les mesures initialement prévues dans la Stratégie 2020-2022.

Ces mesures peuvent couvrir différentes dimensions, telles que : la **dimension financière** avec l'AJPA (Allocation Journalière du Proche Aidant), la **dimension juridique** avec le Congé de Proche aidant, la **dimension matérielle ou organisationnelle** avec les solutions de répit ou encore la **dimension psychologique** avec le soutien et l'accompagnement des proche aidant.

L'objectif de ces mesures est de prévenir l'épuisement des proches aidants et leur permettre de concilier leur engagement auprès de leur proche avec leur vie personnelle et professionnelle.

Reconnaître leur contribution et leur apporter des ressources adaptées et individualisées sont des mesures indispensables pour préserver le bien être des aidants et des personnes qu'ils

accompagnent. Un des leviers est l'**information** et l'**accompagnement** des aidants. En effet, « 53% se sentent mal informés à propos de leur rôle ». (Ipsos & Macif, 2020)

2.2.2. Le proche aidant : quel accompagnement dans la relation didactique ?

L'accompagnement des proches aidants constitue un enjeu majeur de santé publique, tant leur rôle est essentiel dans le parcours de soin et de vie de la personne soignée. Dans cette optique, le gouvernement français lance une campagne nationale de sensibilisation du ministère en charge des Solidarités du 22 septembre au 20 octobre 2024. L'objectif de cette campagne est de « *rendre visible et accompagner les aidants* ». (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarité, 2024).

Pour rappel, la relation didactique met en lien le pôle "les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z" et son "parcours de rétablissement". Nous avons relevé au travers de la première triangulation l'absence de Caroline et Isabelle dans la co-construction du parcours de rétablissement de leur frère Mr Z.

Cette non-intégration de ses sœurs s'est révélée néfaste pour le bon déroulé du processus de rétablissement de Mr Z en dehors des murs de la SAAS Ré psy, chez sa sœur Caroline. C'est pourquoi, à ce niveau de l'analyse et face à cet état de fait, je propose d'exposer ce qui existe dans le registre de l'accompagnement des proches aidants.

Pour répondre aux besoins de ces proches aidants et leur offrir un accompagnement adapté, plusieurs dispositions sont mises en place à l'échelle nationale. Face aux défis auxquels ils sont confrontés, des actions sensibilisation, formation, sont développés pour **les soutenir, les informer et les aider à mieux appréhender la pathologie de leur proche**.

Nous pouvons, cependant, distinguer au sein de ces activités celles menées essentiellement par des professionnels du soin et celles proposées et assurées par des aidants. Notons cependant, que de plus en plus les parcours de rétablissement se construisent également avec la pair aidance.

Informier et former les proches aidants : quels outils à disposition des soignants ?

Parmi eux, la **psychoéducation** occupe une place centrale en leur fournissant les connaissances et les outils nécessaires afin de mieux appréhender la maladie de leur proche et adopter des stratégies adaptées au quotidien. D'autant plus que « *la psychoéducation familiale est l'intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux* » (C3RP, 2022).

A ce jour, des programmes de psychoéducation à destination des proches aidants sont disponibles tels que :

- **Le programme BREF** développé par le Centre Hospitalier du Vinatier (2019), « *est un programme psychoéducatif unifamilial en 3 séances (1h) animées par 2 professionnels (Infirmiers/Psychologue/Interne) et d'un suivi post-programme à 3 mois.* » (Centre Hospitalier Le Vinatier, 2019). Les objectifs de ce programme sont d'encourager les aidants à solliciter de l'aide, de leur fournir des informations sur la pathologie, les

traitements et les dispositifs disponibles, de renforcer l'alliance thérapeutique, et d'offrir un accompagnement personnalisé aux familles

- **Le programme Profamille** est pour les familles de personne souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés. Il propose une formation sur la pathologie, les traitements et les stratégies d'accompagnement de la personne soignée. Il se déroule sur plusieurs séances et est animé par des professionnels de santé. Le programme Profamille « *permet aux familles d'apprendre à réduire les conséquences du stress sur elles-mêmes et sur leur propre santé.* » (Réseau Profamille, s.d.)
- **Le programme LEO** est « *un programme psychoéducatif familial court, multidiagnostique, dont l'objectif est de délivrer précocement les compétences essentielles pour les familles accompagnant un proche avec un trouble psychique. Ce programme se décline en 8 séances de 3 heures sur 2 mois, plus une séance optionnelle de révision à 3 mois. Il réunit 8 à 12 personnes et est animé par 2 professionnelles de santé, un psychologue, infirmière ...* » (Collectif Schizophrénies, s.d.)

Informier et former les proches aidants : une proche aide à l'écoute des aidants

Parmi les dispositifs d'accompagnement il existe également des programmes de sensibilisation à destination des aidants proches encadrés par des aidants proches eux même tels que :

- **RePairs Aidants** propose « *des sensibilisations-formations à l'échelle nationale en visio. Ces sessions, financées par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et gratuites pour les aidant-es, ont lieu sur des demi-journées (une session de formation = deux demi-journées).* » (UNAFAM, 2024) Ces formations peuvent se réaliser en présentiel ou en ligne.
- **La compagnie des aidants** propose « *des formations gratuites en ligne, co-conçues avec des aidants et proposant plusieurs supports : vidéos, podcasts, bandes-dessinées... Parcours de 30min à 4h* » (UNAFAM, 2024)

Enfin, il existe des programmes de formation pouvant être réalisés par le proche aidant directement en ligne tels que :

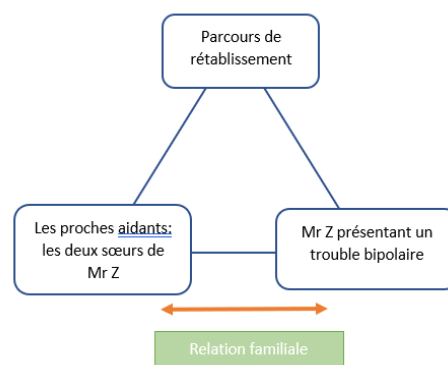
- **Nouveau souffle** est un « *parcours de formations en ligne gratuites sous la forme de vidéos de 10 min contenant des informations théoriques et des suggestions d'exercices pratiques, regroupées autour de 5 thématiques.* » (UNAFAM, 2024)
- **Association française des aidants** a mis en place une « *formation en ligne, gratuite. 6 modules d'environ 30 minutes chacun. La Formation des Aidants en ligne a pour objectifs de se questionner et d'analyser les situations vécues dans la relation au proche malade, en situation de handicap ou de dépendance afin de trouver les réponses adéquates. L'objectif est aussi de mieux connaître et mobiliser les ressources existantes.* » (UNAFAM, 2024)

- **Form'aid@nts** est une plateforme d'apprentissage gratuite en ligne de l'UNAFAM. (UNAFAM, 2024)

Au regard des éléments précédemment exposés, nous comprenons qu'intégrer activement les proches aidants dans le parcours de soins, permettrait de créer un environnement de soutien global, essentiel au rétablissement et à la réinsertion sociale de la personne soignée.

Afin de mieux comprendre quelle relation didactique aurait été nécessaire pour que les sœurs de Monsieur Z puisse être motrices dans le parcours de rétablissement de Monsieur Z, il convient d'analyser la relation familiale entre « les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z » et « Monsieur Z ».

2.3. Quelle relation entre « Monsieur Z » et « les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z »?



Au moment de la situation clinique exposée, nous disposons de quelques éléments concernant la relation familiale de Monsieur Z.

Rappelons que celui-ci est issu d'une fratrie de quatre enfants. Ses parents, ainsi que son frère aîné, sont décédés des suites d'un infarctus du myocarde. Monsieur Z éprouve des difficultés à faire le deuil de sa mère, avec laquelle il entretenait une relation marquante. Il perpétue d'ailleurs certaines activités qu'ils partageaient, notamment celles liées à leur intérêt commun pour la religion.

Il entretient une relation intense avec sa sœur Caroline qui l'accueille chaque week-end lors de ses permissions. Il est également proche d'Isabelle qu'il voit régulièrement par le biais de Caroline. Actuellement, Caroline est en couple et sans enfants tandis qu'Isabelle est célibataire et n'a pas d'enfants. Monsieur Z a trois enfants qu'il voit peu, issu d'une relation qui est aujourd'hui terminée. Monsieur Z n'évoque jamais son ex conjointe.

Au regard du peu d'informations sur la dynamique familiale de Monsieur Z, je vous propose d'approfondir les éléments connus en effectuant une analyse systémique.

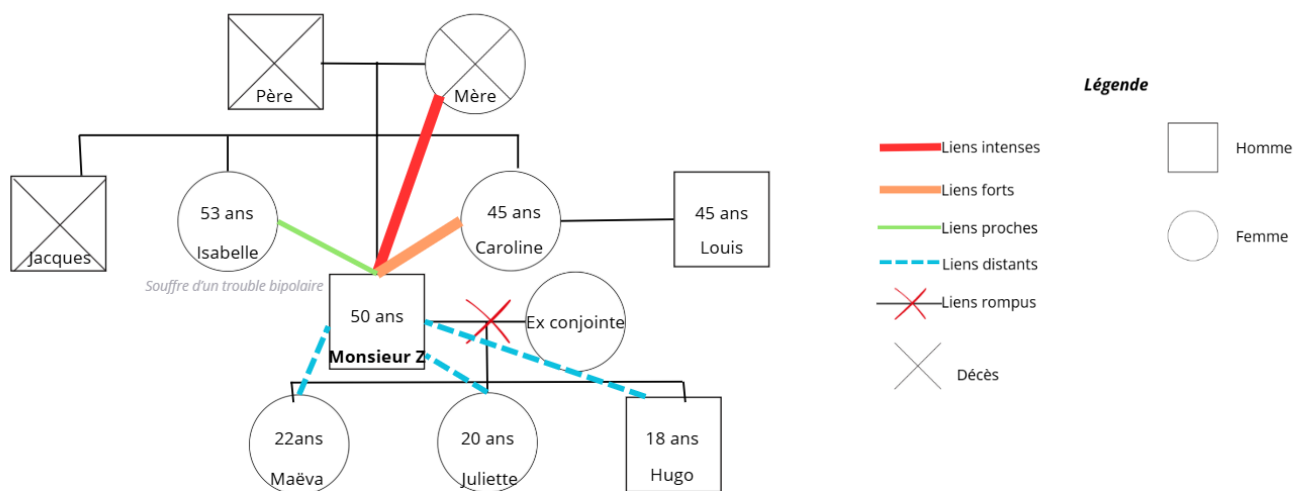
La dynamique familiale sous le prisme de la systémique

Selon Rouyer (2012), l'approche systémique est depuis de nombreuses années considérée comme un « *cadre conceptuel dans le champ de la clinique et de la thérapie familiale* » qui a pris de l'ampleur dans les années 80 « *sous l'impulsion de Minuchin, de Bronfenbrenner, et de*

Belsky ». Rouyer (2012) souligne l'importance d'une approche systémique des relations familiales, intégrant à la fois les interactions observables entre les membres et les représentations qu'ils en ont. Cette perspective est particulièrement pertinente dans un contexte où les dynamiques familiales se diversifient, et où les professionnels sont amenés à ajuster les modalités d'accompagnement en fonction des configurations de chaque famille.

L'outil thérapeutique qui permet de mieux comprendre la systémie familiale est le génogramme qui « tire son origine de la théorie des systèmes de Bowen (1978). Le génogramme permet de circonscrire la composition de la famille et de mettre en évidence des patterns intergénérationnels au plan de la santé, des événements de la vie et des ressources ». (Gervais & Moreau, 2010)

Contexte familial de Monsieur Z : le génogramme



Analyse de la systémie familiale de Monsieur Z

Le génogramme ci-dessous apporte un éclairage essentiel sur la dynamique familiale de Monsieur Z. Afin de mieux l'appréhender, je vais m'appuyer dans un premier temps sur le modèle de Bowlby, qui propose « une conception du développement du lien social de l'enfant dans une perspective dyadique, en insistant sur la relation mère-enfant. » Cette approche initiale de l'attachement a ensuite été élargie par la recherche, en y intégrant « l'attachement mère-enfant et l'attachement père-enfant et la spécificité de l'attachement fraternel. » ce qui permettra de mieux comprendre les interactions au sein du système familial de Monsieur Z, en analysant les rôles, les places et les fonctions au niveau relationnel de chacun. (Rouyer, 2012)

L'attachement mère-enfant / père enfant

Nous pouvons observer que les deux parents ainsi que son frère aîné sont décédés depuis plusieurs années, tous des suites d'un infarctus du myocarde. Monsieur Z entretenait une relation particulièrement intense avec sa mère, caractérisée par des affinités marquées, notamment autour de la foi religieuse. Cette proximité semble encore aujourd'hui très présente dans ses affects et le deuil maternel apparaît difficilement élaboré. Lors des phases maniaques, il adopte un comportement religieux excessif, se rendant fréquemment dans les lieux de culte,

notamment pour assister à des enterrements, une pratique qu'il partageait autrefois avec sa mère.

A l'inverse la relation avec son père et son frère reste très peu évoquée, ce qui pourrait traduire une distance affective ou un lien plus fragile bien que cela ne soit pas clairement formulé par Monsieur Z.

Ces éléments suggèrent la présence d'une loyauté invisible persistante à l'égard de la mère, ainsi qu'un lien affectif désorganisé autour du processus de deuil. La « loyauté familiale » est mise en évidence par l'un des pionniers de la thérapie familiale. En effet, Ivan Boszormenyi-Nagy, *« sensible aux transmissions faites d'une génération à l'autre, il définira le concept de loyauté pour décrire le lien résistant et profond unissant entre eux les membres d'une même famille, lien qui transcende tous leurs conflits. La loyauté est une force régulatrice des systèmes. « Le contexte de loyauté est issu soit d'un rapport biologique de parenté soit d'attentes de réciprocité résultant d'un engagement relationnel. » (Goldbeter-Merinfeld, 2010)*

Dans la situation clinique de Monsieur Z, l'investissement religieux réactivé lors des phases maniaques **peut être compris comme une tentative symbolique** de maintenir la connexion, une manifestation **d'une loyauté invisible, avec la figure maternelle disparue**. C'est pourquoi, **ce lien intense** construit dans une relation que nous pouvons qualifier de "particulièrement fusionnelle" qu'il entretenait avec sa mère apparaît comme un **élément central du système familial**.

A l'inverse, la faible évocation du père suggère une exclusion relationnelle, qui laisse cette figure parentale sans affect exprimé. Ce déséquilibre pourrait avoir structuré les représentations familiales autour d'un attachement mère-fils surinvesti.

Ainsi, bien que Monsieur Z ait trois enfants, les liens relationnels sont distants ce qui pourrait illustrer un désengagement affectif ou la reproduction d'un schéma relationnel inégalitaire. Passons à présent à l'attachement fraternel.

L'attachement fraternel

Concernant la structuration de la fratrie, elle est marquée par des liens forts notamment avec sa **sœur cadette Caroline**. Bien qu'étant la plus jeune, cette dernière semble **occuper une fonction « parentale »**, en hébergeant son frère lors des permissions se déroulant tous les week-ends et en lui réservant un espace dédié dans son propre domicile. Tout ceci nous fait penser à une **inversion des rôles générationnels** par le fait que ça soit la sœur cadette qui devient figure de « soutien principal » permettant ainsi à Monsieur Z de bénéficier d'une stabilité matérielle et affective.

Par ailleurs, Isabelle présente quant à elle un trouble psychiatrique. Caroline, à nouveau, arbore la figure de « soutien principal » en assurant le lien entre Monsieur Z et leur sœur aînée par le biais de repas au sein de son domicile familial. Nous pouvons dire que Caroline endosse par cette inversion des rôles générationnels, le rôle d'élément central du système familial comme le faisait sa mère. Elle assure donc une position particulière en raison du système relationnel familial construit.

Les liens entre les trois membres de la fratrie semblent donc marqués par une dépendance affective réciproque dans un contexte où il y a la présence de troubles psychiatriques pour deux d'entre eux. **Un certain équilibre est possible grâce à cette interdépendance qui limite la rupture de liens familiaux mais qui limite également les possibilités d'autonomie.**

C'est pourquoi, nous pouvons nous questionner sur le fait que ce schéma familial, bien que protecteur, d'une certaine manière, pour Monsieur Z, peut participer au maintien de certaines dépendances affectives et nuire à l'autonomisation de chacun des membres, notamment celle de Monsieur Z.

De plus, l'investissement important de Caroline dans les soins comme dans le système familial peut également poser la question du risque d'épuisement. Il convient également de souligner que Caroline est actuellement en couple et que l'engagement soutenu auprès de son frère peut impacter son équilibre personnel et relationnel. D'autant que Caroline ne fait pas de références à son conjoint lorsqu'elle prend des décisions du registre familial.

Nous pouvons constater que les relations sentimentales des divers membres de la famille sont "fragiles" voire "absentes" dans les différents échanges au sein de cette dynamique familiale.

Au regard de l'analyse ci-dessus, il apparaît que le système familial de Monsieur Z présente une grande complexité. La concrétisation imminente de son projet thérapeutique risque de venir désorganiser ce système profondément enraciné, d'autant plus qu'il n'est pas intégré dans le parcours de rétablissement proposé par l'équipe de soin de la SAAS Ré psy.

C'est pourquoi, je me pose la question suivante : ***Qu'est-ce que l'autonomie peut signifier dans cette dynamique familiale et comment se retranscrit-elle pour chacun des acteurs impliqués, à savoir Monsieur Z, l'équipe de soins de la SAAS Ré psy et les sœurs de Monsieur Z ?***

Cette seconde perspective au travers de la triangulation « parcours de rétablissement », « les aidants proches », « Monsieur Z », m'a permis de comprendre des éléments intéressants qui ont très certainement participé à la rupture du parcours de rétablissement de Mr Z. Je vous propose de les synthétiser.

2.4. La triangulation « parcours de rétablissement », « les aidants proches », « Monsieur Z » : quels éléments de compréhension ont émergés ?

Au sein de cette perspective, il apparaît essentiel de souligner que l'équipe de soins de la SAAS Ré psy ne s'inscrit pas dans cette triangulation.

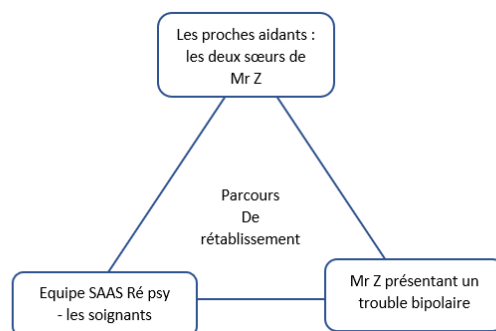
Le parcours de rétablissement de Mr Z est principalement construit autour de ses besoins, attentes et envies sans avoir pris en compte la dynamique familiale. Ainsi, bien que son parcours de rétablissement, basé sur des savoirs formels reconnus comme efficaces, ait été mené de façon pertinente par l'équipe, **il s'est déroulé en l'absence de ses sœurs.**

Nous pouvons relever qu'ici se confronte deux réalités : d'un côté, les **apprentissages formels** relatifs aux accompagnements proposés par les professionnels de la SAAS Ré psy à Monsieur Z ; et de l'autre les **apprentissages informels** relatifs aux savoirs expérientiels des sœurs de Monsieur Z, et en particulier Caroline, qui joue un rôle actif et continu dans la vie de son frère.

Il est essentiel de rappeler que le statut de proche aidant peut engendrer des conséquences néfastes **sur sa vie sociale, familiale et sur sa santé**.

Il semble donc nécessaire de reconsidérer la triangulation, dans une approche centrée sur le parcours de rétablissement. Cette nouvelle perspective positionne ce dernier au centre du triangle dont les trois pôles se constituent de l'ensemble des acteurs concernés

Ainsi, tous les acteurs impliqués s'unissent autour de ce projet commun, œuvrant ensemble pour offrir à Monsieur Z les meilleures conditions possibles pour atteindre son rétablissement.



Enfin, cette seconde perspective met en lumière deux questionnements qui seront en filigrane dans la suite de ce travail de recherche. Le premier concernant les possibles pour associer au lieu d'opposer les savoirs formels des soignants aux savoirs informels des personnes concernées et de leurs proches aidants. Le second porte sur la signification de l'autonomie et sa retranscription au travers des projets de soin et de vie des acteurs impliqués dans un parcours de rétablissement inclusive.

C'est pourquoi, à ce stade de l'analyse je pose la question suivante :

Quelles compétences l'IPA pourrait mobiliser afin de permettre un processus d'autonomisation aux personnes concernés par un parcours de rétablissement ?

L'analyse de la situation de Mr Z met en lumière différents éclairages me permettant de comprendre que les regards variés sur les notions telle la santé mentale, la légitimité à agir, l'autonomie compliquent, voire freinent et/ou rompent l'évolution positive d'un parcours de rétablissement.

L'IPA joue un rôle déterminant dans l'amélioration des pratiques professionnelles notamment en exerçant un leadership clinique. Par la place qu'il prend au sein des équipes il peut développer un leadership transformationnel. Aussi, pour Luc Mathieu *et al.* (2016), cité par Nicolas Besnault et Thierry Mira, le leadership clinique est la « *capacité à présenter une vision claire des objectifs communs à poursuivre et de mener des changements d'envergure tout en accompagnant les collaborateurs vers des niveaux supérieurs de développement, de cohésion d'équipe et de maturité individuelle et institutionnelle* ». (Mathieu, 2016)

C'est pourquoi, en réponse à la question posée je peux poser l'hypothèse suivante :

Le leadership clinique de l'IPA permettrait un processus d'autonomisation optimal des différents acteurs concernés dans un parcours de rétablissement.

Afin de répondre à la question posée et vérifier la pertinence de mon hypothèse, dans le cadre de cette recherche basée sur l'étude d'une situation clinique complexe, je vous propose d'appréhender la troisième perspective dont la triangulation met au centre des préoccupations de chacun le processus de rétablissement. Ce dernier ne peut se réaliser pleinement sans passer par le processus d'autonomisation. Par conséquent, il me semble important de nous arrêter sur la notion de l'autonomie afin de pouvoir envisager l'intérêt et la pertinence dans cette problématique de déployer, en tant qu'IPA, la compétence de leadership clinique.

III. Le Leadership clinique IPA et les réalités vécues dans les parcours de rétablissement : quels impacts sur les processus d'autonomisation

Dans cette triangulation, l'IPA pourrait jouer un rôle déterminant dans la coordination de tous les acteurs concernés dans le parcours de soin de Monsieur Z. Pour ce faire et comme déjà énoncé, il est essentiel de circonscrire la notion d'autonomie.

1. L'autonomie : regards croisés

L'autonomie est considérée comme un terme plurivoque et une notion complexe. Effectivement profondément inscrit dans notre quotidien, il s'applique à de nombreux domaines : en pédagogie, au travail, financièrement, ... Aussi, on parle d'autonomie fonctionnelle, professionnelle, sociale ou encore psychologique.

Ainsi, plusieurs disciplines s'intéressent et écrivent sur cette notion telle la philosophie, les sciences sociales, la santé et bien d'autres. Cependant, il n'existe pas de définition commune. C'est pourquoi, je vous propose de l'appréhender au travers de différents regards.

Avant d'aborder les regards des différentes disciplines sur le concept d'autonomie, il convient d'en rappeler son étymologie. *« D'origine grecque le mot se décompose ainsi : « autos » signifie le même, ce qui vient de soi et évoque les actions individuelles du sujet et « nomos », règles établies par la société, lois. « Autonomos » : qui se régit par ses propres lois. »* (Warchol, 2012)

Retenons, selon l'étymologie, le fait que l'autonomie est une question de positionnement de sa personne au regard des lois et règles sociales existantes. Nous pouvons, également, comprendre que nous devenons autonomes lorsqu'au travers de ce positionnement nous parvenons à nous gouverner par nos « propres lois ». L'autonomie semble se situer dans un rapport entre nous et les autres. Je vous propose d'en approfondir sa signification au travers de quelques disciplines en lien avec le champ de la santé.

1.1. L'autonomie selon différentes disciplines

Historiquement l'autonomie se révèle dans le champ de la philosophie. C'est pourquoi, il me paraît intéressant de débiter par cette discipline.

L'autonomie : regard philosophique

Il convient, ici, de souligner la réflexion de Kant. Selon lui, « ... *l'autonomie est le choix qui ne repose que sur la volonté propre de l'homme, établissant une « législation universelle ».* (Gouriot, 2022) « *Tout choix qui serait soumis à un élément « extérieur » tel que l'attrait, l'intérêt, la contrainte, le devoir, la loi, la nécessité, etc., relèverait, au contraire, de l'hétéronomie ; d'autre part, la législation propre de l'homme est universelle dans la mesure où il agit « selon la maxime qui peut en même temps s'ériger elle-même en loi universelle ».* C'est-à-dire que, face à une situation donnée, **un individu est autonome**, selon Kant, **si, réfléchissant à sa conduite, il choisit volontairement et librement de se comporter de la façon qu'il juge être universellement la meilleure.** Dans tout autre cas (si, par exemple, il suit les ordres qu'il a reçus, s'il obéit à la loi, s'il se conforme à son désir, etc.), il se comporte de façon hétéronome. » (Le Coadic, 2006)

Kant met en avant deux éléments importants qui, selon lui, qualifient l'autonomie : **un choix volontaire et libre de sa conduite** au regard de **sa capacité de jugement** par rapport aux lois universelles. Si ces éléments ne sont pas présents, ses manières de se comporter relèvent de l'hétéronomie et non de l'autonomie. Notons que l'hétéronomie, définit par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, est le « *fait d'être influencé par des facteurs extérieurs, d'être soumis à des lois ou des règles dépendant d'une entité extérieure* ». (CNRTL, s.d.)

Ces premiers savoirs académiques, me permettent de confirmer l'importance de questionner ce que peut signifier l'autonomie pour les acteurs impliqués dans des parcours de rétablissement au regard de leur dynamique familiale.

Aussi, « *Aujourd'hui, le mot « autonomie » est très employé dans la vie quotidienne et le langage courant ; et surtout, beaucoup de spécialistes de sciences humaines et sociales s'accordent à considérer que l'autonomie est devenue une dimension essentielle de la vie sociale contemporaine.* » (Le Coadic, 2006)

L'autonomie : regard porté par les sciences humaines et sociales

En sciences humaines et sociales, l'autonomie est envisagée comme un processus évolutif qui accompagne l'individu tout au long de sa vie. A toutes les étapes de son développement, l'individu accroît sa capacité à penser, choisir et agir par lui-même. Cette dynamique s'inscrit dans un contexte multidimensionnel, influencé par des facteurs environnementaux, sociaux, psychologique, relationnels et culturels.

Par conséquent, **l'autonomie se construit par des interactions avec ses pairs, lesquels peuvent, selon les circonstances, en favoriser l'émergence ou en limiter l'expression.** Selon Poirier (2003), la pensée de Castoriadis sur l'autonomie peut ainsi répondre à des finalités individuelles, telles que « *l'émancipation personnelle* », ou « *collectives* », dans une visée d'inclusion ou de participation sociale.

Retenons que l'autonomie est un processus évolutif qui peut être « favorisé » ou « limité » en fonction des interactions existantes avec les autres et plus précisément les pairs. Au regard de ces éléments, nous ne pouvons faire l'impasse de la discipline psychologie.

L'autonomie : regard porté par la psychologie

En psychologie, la définition de l'autonomie nous apporte plus de précision sur le processus d'autonomisation. Ainsi elle est désignée comme *« le processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales »*. (Warchol, 2012)

Il semble que ces disciplines s'accordent sur le fait que l'autonomie relève d'un processus individuel ou collectif. Lors de ce processus, il est question d'intérioriser, au sens de "faire sienne", les règles et les valeurs sociales. L'autonomie serait donc le résultat d'un processus de conflit psychique personnel avec les normes qui nous lient aux autres, ces liens seraient de type *« interdépendance et de contraintes sociales »*.

Il est intéressant dans ce passage consacré à la psychologie de clarifier la notion d'autonomie psychologique. Les auteurs Anaïs Dethoor, Mathieu Hainselin, Harmony Duclos., dans leur article *« Vers une approche multidimensionnelle de l'autonomie »* explicite que celle-ci recouvre *« trois types de conception de l'autonomie »*. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

La première est considérée sur le versant *« autogouvernance, renvoyant à l'interdépendance »*. De ce fait elle *« correspond aux liens entre les personnes dans un environnement, ... »* (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

La seconde renvoie à *« ...l'autonomie comme séparation, plus proche du concept classique d'autonomie... »*. Elle *« désigne le fait d'être séparé des autres, d'être indépendant, ... »*. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

Pour la troisième, il s'agit de *« l'autonomie comme vulnérabilité dépressive basée sur le modèle cognitif de la dépression de Beck »*. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021) Bien qu'étant *« la conception la moins partagée par les auteurs »*, elle me semble intéressante du fait qu'elle introduit une autre dimension de la personnalité au côté de l'autonomie, la sociotropie. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021) Il s'agit de la *« forme extrême de la sociabilité, qui correspond à un état de dépendance sociale qui se manifeste par l'attente d'un soutien de la part d'autrui »*. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021) Notons que pour Beck, dans son modèle cognitif de la dépression, *« l'autonomie se définit par une grande préoccupation des personnes pour leur indépendance, leur effort à réaliser un objectif et par une faible préoccupation pour les autres. »* (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021) Il est important dans notre travail d'analyse de la situation de Mr Z de relever la conséquence pour les personnes qui porteraient la dimension sociotropie. Celles-ci *« deviendraient déprimées lorsqu'un élément irréversible, interne ou externe, rentre en désaccord avec l'accomplissement d'un objectif. »* (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021) Il apparaît que *« les personnes sociotropes seraient davantage déprimées lorsque des événements ont des répercussions sur leurs ressources sociales »*. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

Enfin, les auteurs concluent en disant *« Ainsi, l'autonomie psychologique se fonde sur la personnalité de la personne, sur sa capacité à vivre et à agir en trouvant un équilibre entre*

ses relations aux autres dans un environnement, ses propres objectifs, et sa prise d'indépendance ». (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

La psychologie nous immerge dans le champ de la santé mentale, celle-ci est une composante fondamentale de notre santé. Aussi en tant que soignante et développant des compétences IPA en mention santé mentale et psychiatrie, je poursuis naturellement vers l'autonomie qualifiée dans le champ de la santé et de la santé mentale.

L'autonomie : regard issu du domaine de la santé et de la santé mentale

L'autonomie est un concept central dans le domaine de la santé, elle est relative à « *la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement* ». (Warchol, 2012)

Nous retrouvons ici la nécessité, pour être autonome, d'être en capacité à s'adapter à l'environnement qui nous entoure. Le critère « sans aide » nous renvoie à la notion d'indépendance. Je fais, à nouveau, référence aux auteurs Anaïs Dethoor, Mathieu Hainselin, Harmony Duclos., qui précisent : « *Selon la vision biomédicale, l'autonomie reposerait sur les capacités de la personne à prendre des décisions et réaliser des actions au quotidien, sans aide humaine. Par conséquent, l'indépendance serait un aspect de l'autonomie et non son synonyme.* » (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

Effectivement, dans le champ de la santé mentale, l'autonomie n'est pas associée à une indépendance globale mais s'inscrit davantage dans une logique d'empowerment. Bacqué et Biewener (2013) soulignent que « *l'empowerment articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état (être empowered) qu'un processus.* » (Bacqué & Biewener, 2013)

En effet, elle ne consiste pas à attendre de la personne soignée qu'il agisse seul mais plutôt à l'accompagner pour qu'il puisse utiliser son pouvoir d'agir de manière adaptée avec ses capacités et son vécu. Nous comprenons que cela implique un juste équilibre entre soutien et responsabilisation qui suppose de prendre en considération les représentations de l'autonomie des personnes soignées, de leurs proches aidants et des soignants.

Ainsi, promouvoir l'autonomie en santé mentale, et d'autant plus en réhabilitation psychosociale, revient à mettre en place un environnement sécurisant, qui respecte le rythme de chacun tout en valorisant les compétences existantes.

1.2. L'autonomie vue par les soignants de la SAAS Ré psy

Dans le cadre du parcours de rétablissement de Monsieur Z, le développement de l'autonomie a été encouragé et encadré par l'équipe de la SAAS Ré psy, selon les savoirs académiques et les bonnes pratiques promulgués dans le cadre des parcours de rétablissements possibles.

Pour les soignants, l'autonomie est une finalité centrale du parcours de soins bien qu'elle ne puisse être envisagée comme universellement accessible et souhaitable pour tous. Si l'autonomie renvoie à la capacité d'un individu à se fixer ses propres règles, encore faut-il que ces dernières puissent coexister avec les normes collectives du groupe auquel elle appartient.

Molénat (2010) souligne que « *le philosophe Vincent Descombes qui a montré qu'il n'était pas contradictoire d'affirmer qu'être autonome, c'est obéir à des règles sociales* ». De plus, Molénat (2010) met en garde contre une vision idéalisée de l'autonomie, poussée à l'extrême, elle « *devient tyrannique* » ce qui peut engendrer « *un abandon des individus à leur triste sort* ». Cela met en évidence l'ambivalence de la notion d'autonomie, qui peut s'apparenter à un pouvoir accordé voire exigé, sans tenir compte de la réalité des capacités et du contexte.

Le souhait d'autonomie exprimé par Monsieur Z a été respecté et accompagné par l'équipe soignante. Toutefois, il convient de s'interroger sur la manière dont cette autonomie est comprise par Monsieur Z lui-même, ainsi que par ses sœurs, surtout après avoir exposé au combien la notion d'autonomie est, je le rappelle, une notion complexe sous un intitulé plurivoque. Les attentes portées par chacun des acteurs peuvent en effet diverger, ce qui nécessite un ajustement permanent dans le processus de rétablissement afin de concilier de manière optimale les représentations de chacun mais également leurs besoins.

Notons, si l'autonomie est un objectif incontournable dans le cadre du parcours de rétablissement, son interprétation peut varier.

Pour les professionnels de la SAAS Ré psy, elle se rapporte à la notion d'empowerment. Cependant, j'ai, à présent conscience, que cette signification peut différer de celle des proches qui projettent sur l'autonomie de Monsieur Z leur propres représentations, attentes et inquiétudes à fortiori dans leur dynamique familiale d'interdépendances les uns aux autres.

1.3. L'autonomie vue par les proches aidantes de Monsieur Z

Comme vu, les proches aidants jouent un rôle primordial dans l'accompagnement du processus d'autonomisation de leur proche malade. Néanmoins, leur perception de l'autonomie peut être traversée par des doutes, des questionnements, et des préoccupations. Ces ressentis ambivalents, entre soutien et inquiétude, peuvent engendrer une charge mentale conséquente, marquée notamment par de l'anxiété, un sentiment de culpabilité et/ou d'illégitimité.

Dans la situation clinique exposée précédemment, l'analyse systémique a été effectuée afin de mieux comprendre la dynamique familiale et d'identifier les freins et/ou les leviers potentiels au transfert des compétences acquises par Monsieur Z en dehors des murs de la SAAS Ré psy. Cette approche a permis de mettre en évidence une divergence de représentation du concept d'autonomie pour Monsieur Z et ses sœurs qui s'écarte également de celle des professionnels de santé.

Rappelons que lors des permissions chez sa sœur, Monsieur Z bénéficie d'un espace dédié et d'une attention constante, cette dernière assurant l'ensemble des tâches quotidiennes. Ce mode de fonctionnement met en lumière, par l'analyse systémique, que Caroline endosse un rôle substitutif de la figure maternelle, tant sur le plan matériel qu'affectif, ce qui constitue un frein au processus d'autonomisation de Monsieur Z, vu par les soignants. Ce fonctionnement, bien qu'animé de bonnes intentions, révèle une perception de l'autonomie liée à un cadre sécurisant au détriment, inconsciemment, du développement des compétences personnelles de Monsieur Z. Ce qui me fait dire que cette perception se rapprocherait selon moi plus à « *l'autonomie comme vulnérabilité dépressive basée sur le modèle cognitif de la dépression de Beck* ». (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021) Je rappelle, que dans ce type d'autonomie, les personnes portent une dimension « *sociotropie* » dont la conséquence est le risque de vivre un état

dépressif si un « *élément irréversible, interne ou externe, rentre en désaccord avec l'accomplissement d'un objectif.* » (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

Cela peut expliquer que pour Caroline, l'autonomie, que nous prodiguons à Monsieur Z, semble perçue non pas comme un processus évolutif mais plutôt comme un risque de déséquilibre potentiel de leur dynamique familiale ancrée. Il est important de noter que les raisons liées à ce comportement sont, à ce moment, du registre de l'inconscient.

Ce décalage de perception, entre les attentes familiales et les objectifs thérapeutiques, met en évidence l'importance d'une réelle coopération entre les proches aidants et l'équipe afin de mettre en place un projet partagé avec Monsieur Z. Le travail de coopération mené, pourrait permettre la conscientisation des perceptions de l'autonomie "en jeu" et leurs interactions dans le processus d'autonomisation de Mr Z.

Au regard de ces divergences, il est essentiel d'explorer la représentation de l'autonomie par Monsieur Z afin de mieux identifier les enjeux de son accompagnement et adapter les objectifs de soins au-delà des représentations familiales et soignantes.

1.4. L'autonomie vue par Monsieur Z

Pour Monsieur Z, l'autonomie semble se rapporter à une logique de stabilité et de confort plus qu'à une indépendance. Lors des permissions, il bénéficie d'un cadre structurant et sécurisant, en dehors des exigences liées à la réalisation des tâches du quotidien. Ce cadre familial où presque l'ensemble de ses besoins primaires sont pris en charge par sa sœur, assure un environnement rassurant où Monsieur Z maintient une place affective et sociale.

Sa perception de l'autonomie apparaît être liée à la possibilité de faire des choix dans un cadre sécurisant plutôt qu'une indépendance claire. Il me semble que cette idée de l'autonomie pour Monsieur Z est en lien avec un désir, une tentative de vouloir reprendre le contrôle de sa vie, ce qui correspondrait à une indépendance en tant qu'aspect de l'autonomie et « non son synonyme » comme précisé par les auteurs Anaïs Dethoor, Mathieu Hainselin, Harmony Duclos dans la vision biomédicale de l'autonomie. (Dethoor, Hainselin & Duclos, 2021)

En ce sens, il est essentiel de mettre en place un accompagnement personnalisé en y associant ses repères environnementaux et affectifs.

Pour se faire, les soignants doivent adopter une posture réflexive par laquelle le désir d'autonomie pourra être respecté sans être confondu avec une obligation à devenir autonome selon des critères extérieurs.

Il s'agit de co-construire le processus d'autonomisation avec Monsieur Z et ses sœurs, centré sur le souhait de Monsieur Z. Le travail de coopération permettra à chacun des acteurs concernés de s'approprier, intérioriser les règles et normes issues d'une nouvelle dynamique familiale co-construite. Effectivement, ces dernières, pourront être questionnées au bénéfice d'une vision de l'autonomie répondant aux besoins matériels et affectifs des acteurs concernés.

C'est dans ces interactions en construction que nous pourrons tenter de concilier les savoirs formels et les savoirs informels afin d'optimiser le processus d'autonomisation dans le parcours de rétablissement.

L'IPA, par ses compétences d'expertise clinique et de leadership clinique, peut-être, selon moi, une professionnelle qualifiée pour optimiser le processus d'autonomisation dans un parcours de rétablissement.

2. Le rôle du leadership clinique de l'IPA dans le processus d'autonomisation au sein d'un parcours de rétablissement

Je tiens, dans un premier temps, à repréciser les compétences et rôle de l'IPA.

L'IPA : un acteur clé en gestion de situations complexes

L'infirmière en pratique avancée possède des compétences élargies. Six activités sont synthétisées dans la modélisation de la pratique avancée infirmière par Ann Hamric. Professeure à la faculté de médecine de l'Université de Virginie, Ann Hamric est une figure majeure dans le domaine des soins infirmiers, reconnue pour son rôle déterminant dans le développement et la promotion du concept d'Infirmière en pratique avancée.

La modélisation ci-dessous reprend les compétences attendues d'une IPA selon le modèle Hamric (UNIPA, s.d.) :



Figure 6 : Modélisation des compétences attendues d'une IPA selon le modèle Hamric (UNIPA, s.d.)

L'infirmière en pratique avancée est un pilier dans la gestion des situations complexes grâce à ses compétences cliniques avancées, sa capacité à coordonner les soins, et son approche holistique et proactive de la personne soignée. Cela en fait un professionnel indispensable dans un environnement de santé de plus en plus exigeant et centré sur le bien-être global des personnes soignées.

Dans la situation clinique exposée, la compétence de l'IPA qui semble être nécessaire afin de pouvoir accompagner au mieux l'ensemble des acteurs gravitant autour du parcours de rétablissement est le **leadership clinique**. De plus, grâce à une posture réflexive, une expertise clinique et une capacité de travailler en coopération avec l'ensemble des acteurs impliqués, l'IPA joue un rôle fondamental dans le parcours de soin.

Le leadership clinique : une compétence au service du processus d'autonomisation

Selon Maranda et Lessard (2017), le leadership clinique « consiste en l'action d'influencer afin d'accomplir un but par l'utilisation judicieuse du pouvoir combiné à cette capacité d'influencer ».

En effet, le leadership clinique n'est pas relatif à une notion de hiérarchie mais plutôt à une influence positive fondée sur des compétences et sur le dialogue. L'objectif premier, selon moi, du leadership clinique est de **fédérer tout en favorisant un changement de regard** sur des situations pour la plupart complexes.

Ce leadership clinique peut se mettre en place auprès de Monsieur Z, de l'équipe de soins mais également auprès des proches aidantes.

2.1. Le rôle du leadership clinique de l'IPA auprès de l'équipe de soin dans le processus d'autonomisation de Monsieur Z

L'Infirmier en Pratique Avancée joue un rôle crucial au sein des équipes de soins, notamment dans la gestion des situations complexes.

Selon l'HAS (2014), une situation complexe se définit comme « *la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé* » (Haute Autorité de Santé, 2014)

Dans le cadre de situations complexes, l'IPA joue un rôle clé dans l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières en adoptant une posture de méta analyse. Son expertise clinique lui permet d'identifier les axes d'amélioration et d'adapter les interventions en fonction des besoins spécifiques de la personne soignée. Par cette approche, il participe à l'évolution des protocoles de soins et à l'optimisation des parcours de soins.

Dans la situation de Monsieur Z, rappelons que l'accompagnement du parcours de rétablissement co-construit avec lui est conforme aux recommandations actuelles en terme de réhabilitation psychosociale par l'équipe de soins. De plus, lors de la concrétisation du projet thérapeutique, l'ensemble des accompagnements se sont accélérés et enchaînés rapidement afin de « préparer au mieux » Monsieur Z à l'autonomie, sans avoir clarifié ce que cela signifiait pour lui dans son environnement proche.

Afin de pouvoir développer les actions possibles menées par l'IPA dans son rôle de leadership je propose d'agir après une analyse systémique de l'équipe de soins.

L'analyse systémique du fonctionnement des soignants : un incontournable en posture de leadership

Ainsi, si nous analysons maintenant la dynamique systémique de cette équipe de soins, nous pouvons supposer que l'ensemble des soignants sont animés par une loyauté invisible du « rôle de sauveur » nourrie par une formation fortement ancrée dans la culture du « prendre soin ». Elle est, également, renforcée par la légitimité de nos savoirs académiques diplômants et doublée par une vision de la santé mentale versus psychiatrie qui nous persuade que c'est de notre ressort.

Cette loyauté invisible peut, si elle n'est pas conscientisée, engendrer des freins dans le parcours d'autonomisation de la personne soignée, en induisant des postures professionnelles surprotectrices ou directives. Dans ce contexte, le leadership clinique de l'IPA prend alors tout son sens auprès des équipes de soins. En effet, le fait de conscientiser cette loyauté invisible

peut permettre aux professionnels de se réinterroger sur leur posture professionnelle au service d'une véritable l'alliance thérapeutique. Aussi, c'est un levier pour renforcer la pertinence des soins, et pour accompagner la personne soignée de manière éthique.

De plus, l'IPA, grâce à son expertise clinique, peut agir comme médiateur entre l'équipe de soin, la personne soignée et ses proches, en favorisant la communication, en clarifiant les rôles de chacun ce qui favorise une diminution du risque d'épuisement des proches aidants.

En renforçant les compétences des équipes soignantes face aux situations complexes, l'IPA facilite une dynamique de travail coopératif et interdisciplinaire avec tous les acteurs et surtout les personnes concernées, ici Monsieur Z.

Quel leadership au service du processus d'autonomisation de Mr Z ?

Concernant Monsieur Z, le leadership clinique de l'IPA se rapporte à la coordination du parcours de soin, de santé et de vie. L'analyse systémique précédemment menée met en évidence l'importance de prendre en considération l'ensemble des dimensions bio psycho sociales ainsi que la dynamique familiale pour accompagner de manière ajustée et efficace Monsieur Z dans son processus d'autonomisation. D'autant plus, que la dynamique familiale de ce dernier s'appuie sur des loyautés invisibles ancrées. En effet, il présente une loyauté invisible envers sa mère concernant sa foi religieuse. Sa sœur Caroline, quant à elle, maintient l'équilibre familial en prenant des fonctions « parentales » auprès de Monsieur Z.

C'est pourquoi, dans son rôle de coordinateur de parcours, l'IPA assure la liaison entre la personne soignée, les proches aidants et des différents professionnels de santé impliqués. Elle favorise une approche collaborative en organisant des réunions de concertations interdisciplinaires, permettant ainsi une communication fluide et une prise de décision partagée après conscientisation de ce qui fait freins et/ou favorise le processus d'autonomisation. Cette dynamique permet d'inscrire les proches aidants, ici les sœurs de Monsieur Z, dans une posture de partenaires de soin à part entière. Ainsi, cela permet d'associer les savoirs formels induits par les soignants, aux savoirs informels induits par l'expérience des sœurs de Monsieur Z.

2.2. Le rôle du leadership clinique de l'IPA dans le processus d'autonomisation auprès des sœurs de Monsieur Z

L'intégration des proches aidants au parcours de rétablissement contribue significativement à l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être de la personne soignée. En effet, lorsque ces derniers sont soutenus et reconnus dans leur rôle ils deviennent des partenaires incontournables du soin. Cependant, comme vu précédemment, les proches aidants peuvent se sentir « *mal informés à propos de leur rôle* ». Ce sentiment est renforcé par celui « d'illégitimité à accompagner leur frère », n'ayant pas les savoirs formels. Tout ceci se caractérise par une projection insuffisante pour l'accompagnement de leur proche malade face à des dispositifs de soins parfois complexes.

Concernant la situation clinique de Monsieur Z, au sein de l'analyse systémique, il est mis en évidence la complexité de la dynamique familiale de Monsieur Z. En effet, Caroline occupe un rôle central dans l'organisation de la famille. Elle semble perpétuer une forme de loyauté invisible envers sa mère en assurant le relais des fonctions parentales avec notamment l'accueil dans son domicile de Monsieur Z lors des permissions. De plus, c'est elle qui permet de

préserver le lien entre Monsieur Z et Isabelle. Même si cette dynamique familiale permet ainsi un équilibre pour chacun de ses membres, elle constitue néanmoins, selon moi, un frein à la concrétisation imminente de son projet thérapeutique basée sur le processus d'autonomisation.

C'est pourquoi, l'IPA grâce à une formation approfondie en évaluation clinique et en coordination de parcours est un acteur clé pour favoriser le processus d'autonomisation. En effet, son expertise clinique lui permet d'identifier de manière précise les besoins non exprimés des proches aidants, d'analyser les dynamiques familiales et de proposer un accompagnement individualisé, fondé sur des données probantes et des recommandations de bonnes pratiques.

L'IPA se distingue des infirmiers ou d'autres professionnels soignants, car elle **peut initier** des interventions ciblées comme des entretiens d'évaluation, la mise en place de suivis spécifiques pour les aidants ou encore la coordination avec les associations de soutien.

Dans une logique de parcours coordonné et centré sur le rétablissement, l'IPA a la capacité de développer des outils spécifiques, tel qu'un guide de prévention et de soins comme celui élaboré par Psycom (2023), mais cette fois ci à destination des proches aidants. Une co-construction de ce type de guide avec les proches aidants et les personnes soignées permettrait une identification des prodromes d'une décompensation psychiatrique venant entraver le processus d'autonomisation en cours et par la même occasion freiner le parcours de rétablissement chez leur proche malade. Ce serait, également, un moyen pour proposer différentes actions à mettre en place dans ce cas. Enfin, les rôles et les responsabilités de chaque acteur seraient alors clarifiés.

Cet outil, créé à partir d'une évaluation globale des besoins, permet de renforcer leurs connaissances sur la pathologie de leur proche malade et leurs compétences en termes de soutien au quotidien.

Ce guide peut s'envisager comme une passerelle afin de proposer aux proches aidants des programmes de psychoéducation et/ou d'éducation thérapeutique, des espaces d'écoute ayant pour but d'apporter des conseils pratiques en lien avec le processus d'autonomisation envisagé afin de mener à bien le parcours de rétablissement. La mise en place de ce type d'outil relève des missions de l'IPA notamment en termes d'éducation à la santé et de prévention.

L'outil : « Proj'aidant »

Dans le cadre de ce mémoire, un outil thérapeutique expérimental est conçu afin d'accompagner les proches aidants dans le projet d'autonomisation de leur proche malade. Cet outil, vise à favoriser une dynamique de coopération entre la personne soignée, les proches aidant et les soignants, en reconnaissant la complémentarité des savoirs expérientiels, professionnels et personnels.

Il s'agit d'un support qui ambitionne de renforcer la légitimité des proches aidants dans la relation thérapeutique, leur permettre de **se projeter dans l'accompagnement du processus d'autonomisation qu'ils souhaitent offrir à leurs proches malades**. L'IPA l'intégrera dans une démarche projet d'autonomisation permettant une évolution positive du parcours de rétablissement dont le COPIL se constituera des trois pôles de la triangulation, la personne concernée, les proches aidant et les soignants.

L'outil est conçu afin de répondre à des objectifs spécifiques. En effet, pour la personne soignée, il s'agira de permettre son pouvoir d'agir dans son environnement de vie afin de penser son parcours de rétablissement. Pour le proche aidant, le but est d'acquérir une meilleure compréhension du processus d'autonomisation et de devenir un partenaire de soin clé. Enfin, pour les professionnels de santé, et en particulier l'IPA, il constituera un levier pour favoriser l'engagement de tous les acteurs concernés et, ainsi, adapter les différents accompagnements.

Ainsi, il se compose de plusieurs parties :

- La première partie sous l'intitulé « Statut », permet de recueillir des informations sur l'environnement familial et socio-professionnel du proche aidant, afin de mieux situer son cadre de vie et les ressources dont il dispose.
- La partie « Connaissance de la pathologie » vise à évaluer le niveau de compréhension du proche aidant concernant les troubles psychiques de son proche malade, en identifiant les représentations, les connaissances déjà acquises et les éventuels besoins d'accompagnement.
- La partie « Traitements » a pour objectif d'explorer les connaissances du proche aidant sur les traitements suivis par son proche malade, tout en identifiant son intérêt pour une démarche de psychoéducation ciblée et adaptée à ses besoins.
- La partie « Impact sur le quotidien » interroge l'implication du proche aidant en dehors du cadre institutionnel, notamment lors des permissions. Elle permet également d'évaluer son état psychique, sa capacité à repérer les prodromes chez son proche malade, ainsi que de recenser les personnes ressources mobilisables. Cette rubrique permet d'offrir un espace pour exprimer ses besoins, attentes et disponibilités vis-à-vis des programmes de psychoéducation.
- La dernière partie sur le « Projet thérapeutique » permet au proche aidant de formuler ses souhaits et ses perspectives concernant l'accompagnement de son proche malade, en lien avec son projet thérapeutique. Elle vise à l'intégrer pleinement comme acteur légitime du parcours de rétablissement.

L'outil « Proj'aidant » n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'un déploiement, il est pensé comme un prototype évolutif, destiné à être testé, amélioré et co-réajusté avec les proches aidants eux-mêmes dans une logique de co-construction.

L'outil proposé est présenté en annexe. Il est destiné à être utilisé comme une évaluation, une base de discussion et de transmission.

Les avantages de l'outil

Grâce à la mise en place de cet outil, les savoirs informels des proches aidants pourront être conscientiser, connus et reconnus.

Cet outil, sera alors un des moyens de redonner un « pouvoir d'agir » légitime aux proches aidants car la santé mentale de leurs proches malades est également leur affaire. Le leadership de l'IPA s'appuyant sur une évaluation globale **va permettre aux aidants proches de conscientiser quelle autonomie possible pour leurs proches malades sans mettre en danger une loyauté invisible existante.**

Dans la situation clinique de Monsieur Z, et pour bien d'autres similaires, le leadership clinique de l'IPA trouve toute sa pertinence. En effet, en permettant, dans un travail de coopération entre tous les acteurs concernés, ici aux sœurs de Monsieur Z et les soignants de la SAAS Ré psy, de prendre conscience de leurs loyautés invisibles, il devient possible de faire évoluer les fonctionnements intrafamiliaux et institutionnels.

Grâce à son expertise clinique, l'IPA joue un rôle déterminant en prenant en considération cette dynamique familiale et en construisant ainsi une alliance solide et respectueuse avec les sœurs de Monsieur Z afin d'optimiser le processus d'autonomisation de Monsieur Z dans son environnement de vie hors des murs de la SAAS Ré Psy.

En renforçant leurs compétences et en leur apportant des ressources concrètes, l'IPA favorise leur implication active dans l'accompagnement et le processus d'autonomisation de Monsieur Z tout en prévenant les risques d'épuisement.

A travers cette approche globale, l'IPA participe à la construction d'un parcours de soins et de vie plus inclusif, où les proches aidants, les soignants et personnes concernées deviennent de véritables partenaires des parcours de rétablissement.

CONCLUSION

Ce mémoire s'est attaché à explorer, à travers la situation clinique de Monsieur Z, la problématique liée à l'intégration des proches aidants dans les parcours de rétablissement des personnes soignées au sein de service de réhabilitation psycho sociale.

En mobilisant une analyse clinique, la théorie du Triangle de Houssaye, l'approche systémique et des données probantes, j'ai pu mieux comprendre quels éléments ont entravés le processus d'autonomisation dans le parcours de rétablissement de Monsieur Z. L'analyse de la situation clinique de Monsieur Z met en lumière une divergence d'interprétation entre les différents acteurs concernant le parcours de rétablissement notamment autour des notions « Santé mentale », « Proches aidants » et « Autonomie ». Cet écart de point de vue, en partie lié à un manque de communication et d'accompagnement des proches aidants a impacté le parcours de rétablissement de Monsieur Z.

Ce travail d'analyse souligne l'intérêt réel d'une prise en soin holistique qui tient compte des dimensions bio psychosociale de la personne soignée en s'assurant que tous les acteurs concernés partagent une vision commune des notions essentielles sous tendues dans les actions de chacun. De plus, il met également en lumière à quel point les divergences de points de vue sont autant de freins dans les pratiques professionnelles entraînant un manque d'implication des proches aidants, pouvant s'expliquer, par ailleurs, par un défaut de communication ou encore faute de temps par les équipes médicales.

Ce mémoire a renforcé ma posture réflexive, mes compétences d'analyse en matière d'accompagnement des personnes concernées, des proches aidants et de mes collègues professionnels du soin. Ceci me permettra de développer une vision plus éthique et inclusive du soin directement mobilisables dans ma future pratique avancée.

En effet, l'IPA peut apporter une réponse pertinente et complémentaire au sein des dimensions cliniques, éducatives et de coordination notamment dans le développement et la mise en place d'outils spécifiques.

En tant que future IPA, je prends davantage conscience de l'importance de m'inscrire dans une dynamique de soins intégrés englobant l'ensemble des acteurs pour favoriser une autonomie qui fasse sens pour tous.

Bibliographie

Agence Régionale de Santé Île-de-France. (s.d.). Appel à projets : Déploiement de programmes de psychoéducation à destination des proches de personnes ayant un trouble psychique. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/aap-i-deploiement-de-programmes-de-psychoeducation-destination-des-proches-de-personnes-ayant-un>

Amad. A, Clinique, Cours MASTER IPA 2024-2025, Sémiologie psychiatrique

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

Bacqué, M.-H. et Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales*, 173(3), 25-32.

Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, Vol. 49(4), 317-326. <https://shs.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317?lang=fr>.

Bon, L. et Franck, N. (2018). Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*, Volume 16(1), 7-16.

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84.

Cartigny, M. (2024, 13 avril). Grandir avec un parent bipolaire : « Quand je rentrais de l'école, je ne savais pas dans quel état serait ma mère. » *Le monde*. https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2024/04/13/grandir-avec-un-parent-bipolaire-quand-je-rentrais-de-l-ecole-je-ne-savais-pas-si-ma-mere-serait-vivante-ou-non_6227564_4497916.html

Centre d'analyse stratégique. (2010). La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie (Rapport n°24-2010). La Documentation française. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

Centre Hospitalier Le Vinatier. (2019). BREF. Centre Hospitalier Le Vinatier. <https://www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/e-mag/bref-2534.html>

Centre Ressource Réhabilitation. (s.d.). Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale. Centre Ressource Réhabilitation. Consulté le 2 janvier 2025, à l'adresse <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>

Centre Ressource Réhabilitation. (s.d.). Psychoéducation. Consulté le 2 janvier 2025, à l'adresse <https://www.centre-ressource-rehabilitation.org/-psychoeducation-129->

Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale. (s.d.). Rétablissement. Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-retablissement->

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). Hétéronomie. CNRTL. <https://www.cnrtl.fr/definition/h%C3%A9t%C3%A9ronomie>

Collectif Schizophrénies. (s.d.). Site officiel du Collectif Schizophrénies. Collectif Schizophrénies. <https://www.collectif-schizophrenies.com/>

C3RP. (2022, 8 janvier). Programme BREF & LEO pour les aidants – Romain Rey. C3RP. <https://c3rp.fr/programme-bref-leo-pour-les-aidants-romain-rey/>

Colley, H., Hodgkinson, P., & Malcolm, J. (2003). Informality and formality: A report for the Learning and Skills Research Centre. Learning and Skills Development Agency.

De Oliveira, L, Parcours de soins, Cours MASTER IPA 2024-2025, Parcours de soins

Dethoor, A., Hainselin, M., & Duclos, H. (2021). Vers une approche multidimensionnelle de l'autonomie. *Revue de neuropsychologie*, 13(1), 29-33.

Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42 (1), 125-145.

Goldbeter-Merinfeld, É. (2010). Loyautés familiales et éthique en psychothérapie Introduction. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 44(1), 5-11.

France Compétences. (s.d.). RNCP38988 – Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA). France Compétences. <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/38988/>

Gervais, M-J., & Moreau, L. (2010, avril). Le génogramme en contexte interculturel : Un premier pas dans l'intervention. *Santé Mentale*. <https://www.santementale.fr/2010/04/le-genogramme-en-contexte-interculturel-un-premier-pas-dans-l-intervention/>

Gouriot, M. (2022, 13 septembre). Les différentes définitions de l'autonomie. *Espace de Réflexion Ethique de Normandie*. <https://www.espace-ethique-normandie.fr/13746/>

Groupe UGECAM. (2024, 26 novembre). Centre de Soins Antoine de Saint-Exupéry. <https://www.groupe-ugecam.fr/centre-de-soins-saint-exupery>

Hart, S. A. (2013, juin). Apprentissage formel, informel, non-formel, des notions difficiles à utiliser...pourquoi ? *Observatoire Compétences-Emplois*. <https://oce.uqam.ca/apprentissage-formel-informel-non-formel-des-notions-difficiles-a-utiliser-pourquoi/>

Haute Autorité de Santé. (2013, 25 février). Education thérapeutique du patient (ETP). https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Haute Autorité de Santé. (2014). Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé – Guide d'utilisation. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033076/fr/grille-d-auto-evaluation-guide-d-utilisation

Haute Autorité de Santé. (2011, décembre). Maladie d'Alzheimer et maladies apparantées : suivi médical des aidants naturels. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf

Haute Autorité de Santé. (2014, juin). Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours – Note de cadrage. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

Haute Autorité de Santé. (2015, octobre). Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours (Fiche mémo). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_rapport_elaboration_trouble_bipolaire_mel.pdf

Haute Autorité de Santé. (2014). Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours

Haute Autorité de Santé. (2024, 28 mai). Répît des aidants. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351732/fr/repit-des-aidants

Haute Autorité de Santé (2024, mai). Le répît des aidants. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-06/rbpp_repit_aidants-recommandations.pdf

Haute Autorité de Santé. (2019). Les proches aidants ou des solidarités en action. Actualité et Dossier en Santé Publique, (109), 61-65. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1091061.pdf>

Haute Autorité de Santé. (2024) Note de cadrage « Répît des aidants ». Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-06/nc_repit_aidants_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. (2016). Outil 01 – Projet thérapeutique individualisé (Guide de bonnes pratiques). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf

Haute Autorité de Santé. (2015, 6 octobre) Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire

Haute Autorité de Santé. (2014). Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours – Note de cadrage. https://pprod-web.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

Haute Autorité de Santé. (2011). Suivi médical des aidants naturels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : Recommandations. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf

Houssaye, J. (1994). Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique. Recherche en soins infirmiers, N° 38(3), 10-19.

Ipsos/Macif. (2020). La situation des aidants en 2020 : enquête nationale Ipsos/Macif. Ipsos. <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif>

Journal officiel de la République française. (2018). Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037211863/2021-11-19>

La Dépêche. (2019, 20 septembre). Rodez : bipolaire, il menace de tuer sa famille. La Dépêche. <https://www.ladepeche.fr/2019/09/20/rodez-bipolaire-il-menace-de-tuer-sa-famille%2C8426507.php>

La Voix du Nord (2021,21 mai). La vie infernale d'une famille entre la bipolarité de la mère et la froideur des médecins. La Voix du Nord. <https://www.lavoixdunord.fr/1009466/article/2021-05-21/la-vie-infernale-d-une-famille-entre-la-bipolarite-de-la-mere-et-la-froidueur-des>

Le Coadic, R. (2006). L'autonomie, illusion ou projet de société ? Cahiers internationaux de sociologie, 121(2), 317-340.

Légifrance. (2017). Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Consulté le 3 janvier 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>

Maranda, J., & Lessard, L. (2017). Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 45-52.

Mailhot, T., Cossette, S. et Alderson, M. (2013). Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins. *Recherche en soins infirmiers*, N° 112(1), 94-106.

Manuel MSD. (s.d.). Trouble bipolaire. MSD Manuals. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/troubles-de-l-humeur/trouble-bipolaire>

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : Proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-114.

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. (2010). Stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap. https://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_de_soutien_aux_aidants_vf.pdf

Ministère des Solidarités et des Familles. (2023, 6 octobre). Agir pour les aidants : 2^e stratégie de mobilisation et de soutien 2023-2027. <https://www.solidarites.gouv.fr/agir-pour-les-aidants>

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2024). Nouvelle campagne : rendre visible et accompagner les aidants. Gouvernement français. <https://solidarites.gouv.fr/nouvelle-campagne-rendre-visible-et-accompagner-les-aidants>

Molénat, X. (2010, octobre). Autonomie : De l'idéal à la norme. *Sciences Humaines*, (222). https://www.scienceshumaines.com/autonomie-de-l-ideal-a-la-norme_fr_26338.html

Monié, B. (2018). Alliance thérapeutique. Dans *Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions*. (p. 301 -309). Dunod.

Papuchon, A. (2025). Tentatives de suicide : Enjeux méthodologiques et état des lieux. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-02/Dossier%203%20-%20Tentatives%20de%20suicide%20%20enjeux%20m%C3%A9thodologiques%20et%20%C3%A9tat%20des%20lieux.pdf>

Poirier, N. (2003). Cornelius Castoriadis. L'imaginaire radical. *Revue du MAUSS*, no 21(1), 383-404.

Prof Innovant. (2023, 25 mars). Qu'est-ce que le triangle de Houssaye [figure 1]. Prof Innovant. <https://www.profinnovant.com/quest-ce-que-le-triangle-pedagogique-de-jean-houssaye/>

Psycom. (2023). Mon GPS- Guide Prévention et Soins en santé mentale. [https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2023/11/PSYCOM_GPS_VF_INTERACTIF_2023.pdf:contentReference\[oaicite:37\]{index=37}](https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2023/11/PSYCOM_GPS_VF_INTERACTIF_2023.pdf:contentReference[oaicite:37]{index=37})

Rouyer, V. (2012). Approches Systémiques de la Famille : Actualités de la Recherche et Pratiques Cliniques. *Devenir*, 24(4), 269-274.

Roy, D. (2019). « Qu'est-ce qu'un proche aidant » ? Actualité et Dossier en Santé Publique, (109), 11-13

Réseau Profamille. (s.d.). Le programme Profamille. Réseau Profamille. <http://profamille.site/le-programme/>

Unafam. (2024). De l'aide pour les aidant-es. Unafam.
https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/06-2024/de_l_aide_pour_les_aidant_es.pdf

Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam). (2021). Le guide de réhabilitation psychosociale : C3R Grenoble.
<https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/05-2021/Guide%20C3R%20MARS%202021.pdf>

UNIPA. (s.d.). Le métier. Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée.
<https://unipa.fr/le-metier/>

Warchol, N. (2012). Autonomie. Dans M. Formarier et L. Jovic Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition (p. 87-89). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Liste des figures

Figure 1 : Le triangle de Houssaye (adapté de Prof Innovant, 2023)

Figure 2 : Modélisation du champ de la santé mentale en deux continuums (ICIS, 2009)

Figure 3 : Modèles du continuum unique et des deux continuums de la santé mentale et des troubles mentaux (Doré & Caron, 2017)

Figure 4 : Le processus de rétablissement (Centre Ressource Réhabilitation, s.d.)

Figure 5 : Les différents types de rétablissements (De Oliveira, 2024)

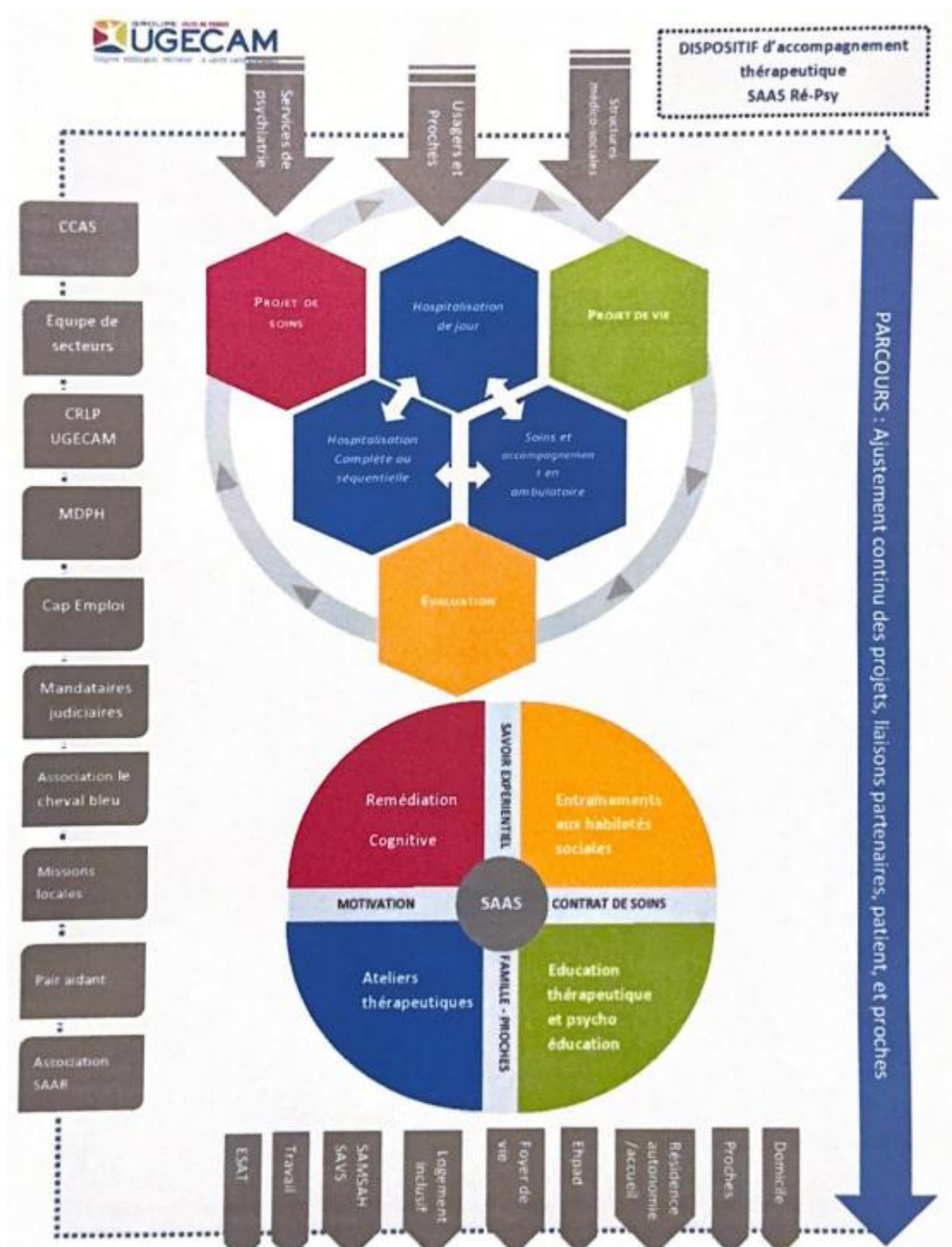
Figure 6 : Modélisation des compétences attendues d'une IPA selon le modèle Hamric (UNIPA, s.d.)

Table des matières

Introduction	1
I. Contextualisation de la situation clinique complexe et authentique	4
1. Contextualisation de la prise en soin.....	4
1.1. Au niveau macro : le cadre politique et législatif permettant le passage de SAAS à SAAS Ré psy..	4
1.2. Au niveau méso : la Réhabilitation psychosociale et la SAAS Ré-psy sur le territoire Vendin le Vieil.....	5
1.3. Au niveau micro : l'activité « parcours de rétablissement » au sein de la SAAS Ré psy... ..	7
2. La situation clinique	9
2.1. Son histoire de vie.....	9
2.2. L'histoire de sa maladie	10
2.3. Son parcours de rétablissement	10
II. Eclairages des différentes réalités vécues	12
1. Première perspective : triangulation Monsieur Z, parcours de rétablissement et l'équipe de soins.....	13
1.1. Quelle relation entre Monsieur Z et le parcours de rétablissement dans cette triangulation ?.....	14
1.1.1. Parcours de rétablissement : Quels savoirs à acquérir ?.....	14
1.1.2. Parcours de rétablissements : Quelles compétences au service de la relation d'apprentissage ?.....	17
1.2. Quelle relation entre le « Parcours de rétablissement » et « l'équipe SAAS Ré psy- les soignants » dans cette triangulation ?.....	17
1.2.1. Si Santé mentale et Psychiatrie ne font qu'un : quelles conséquences ?	18
1.2.2. Si Santé mentale est différent de Psychiatrie : quels possibles ?	20
1.2.3. Le parcours de rétablissement : une combinaison de soins à orientation rétablissement	22
1.2.4. Parcours de rétablissement : l'articulation des soins au sein de la SAAS Ré psy	25
1.3. Quelle relation entre « Monsieur Z » et « l'équipe SAAS Ré psy- les soignants » dans cette triangulation ?.....	26
1.3.1. L'alliance thérapeutique : l'élément essentiel au bon déroulement du processus de rétablissement	27
1.3.2. L'alliance thérapeutique créée entre Monsieur Z et l'équipe de soins Ré psy	28
2. Deuxième perspective : la triangulation « parcours de rétablissement », « les aidants proches », « Monsieur Z ».....	29
2.1. Quelle relation entre « Monsieur Z » et le « parcours de rétablissement » au domicile de sa sœur ?	29
2.2. Quelle relation entre « les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z » et le parcours de rétablissement de Monsieur Z ?	31

2.2.1.	Le proche aidant	31
2.2.2.	Le proche aidant : quel accompagnement dans la relation didactique ?	37
2.3.	Quelle relation entre « Monsieur Z » et « les proches aidants : les deux sœurs de Mr Z »?	39
2.4.	La triangulation « parcours de rétablissement », « les aidants proches », « Monsieur Z » : quels éléments de compréhension ont émergés ?	42
III.	Le Leadership clinique IPA et les réalités vécues dans les parcours de rétablissement : quels impacts sur les processus d'autonomisation.....	44
1.	L'autonomie : regards croisés	44
1.1.	L'autonomie selon différentes disciplines	44
1.2.	L'autonomie vue par les soignants de la SAAS Ré psy	47
1.3.	L'autonomie vue par les proches aidantes de Monsieur Z	48
1.4.	L'autonomie vue par Monsieur Z	49
2.	Le rôle du leadership clinique de l'IPA dans le processus d'autonomisation au sein d'un parcours de rétablissement.....	50
2.1.	Le rôle du leadership clinique de l'IPA auprès de l'équipe de soin dans le processus d'autonomisation de Monsieur Z	51
2.2.	Le rôle du leadership clinique de l'IPA dans le processus d'autonomisation auprès des sœurs de Monsieur Z	52
	CONCLUSION.....	56

Annexe n°1 : Organisation du Parcours de Rétablissement au sein du réseau



Annexe n°2 : Outil Proj'aidant

PROJ'AIDANT



STATUT

• Nom :

• Prénom :

• Êtes-vous personne de confiance ? ☐ Oui ☐ Non

• Pouvez-vous décrire votre situation familiale, votre activité professionnelle, vos loisirs et votre lieu de vie ?

• A quel rythme je reçois et/ou vois mon proche ?

- ☐ Peu (1 fois par mois)
- ☐ Souvent (1 fois tous les 15 jours)
- ☐ Très souvent (toutes les semaines)

Connaissances de la pathologie

• Connaissez-vous la pathologie de votre proche ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui,

- Quelle est-elle ?

- Savez-vous identifier les symptômes et/ou signes avant-coureurs d'une décompensation psychiatrique chez votre proche ?

☐ Oui ☐ Non



Si non,

- Aimeriez-vous co-construire, avec votre proche et un professionnel de santé, une liste de signes et/ou symptômes à repérer pour éviter la rechute ?

☐ Oui

☐ Non

Traitements

- Connaissez-vous le traitement médicamenteux actuel de votre proche ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui,

- Connaissez-vous les effets indésirables à surveiller ?

☐ Oui

☐ Non



Lesquels :

Si non,

- Aimeriez-vous bénéficier de psychoéducation en lien avec les traitements de votre proche ?

☐ Oui

☐ Non

L'impact sur le quotidien

- Votre proche vient-il en permission au sein de votre domicile ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui,

- Est-ce qu'il y passe la nuit ?

☐ Oui

☐ Non



- Comment vous sentez vous lorsque votre proche vient en permission chez vous ?

- Qu'est ce qui peut vous mettre en difficulté lors de ces permissions ?

• Quels signes/symptômes peuvent vous alerter ?

- ☐ Il n'a envie de rien faire
- ☐ Il présente des angoisses
- ☐ Il a des idées noires / il est triste
- ☐ Il présente un énervement
- ☐ Il a des idées bizarres
- ☐ Il a des hallucinations
- ☐ Il est persécuté
- ☐ Son sommeil est impacté
- ☐ Son appétit est augmenté
- ☐ Son appétit se voit diminué
- ☐ Il joue à des jeux d'argent
- ☐ Il se met en danger
- ☐ Autre :



• Comment vous sentez vous lorsqu'il présente ces symptômes ?

- ☐ Triste
- ☐ Enervé
- ☐ Dépassé
- ☐ Seul
- ☐ Surmené
- ☐ Épuisé



• Pouvez-vous évaluer votre souffrance psychique dans ces situations :



• Quelles stratégies mettez-vous en place dans ce genre de situation ?

- Vers qui vous tournez vous dans ce genre de situation ?

Qui ?	Numéro de téléphone
1.	
2.	
3.	
4.	



- Quels éléments positifs identifiez-vous lors des temps de permissions ? (Activités, repas, courses, échanges...)

- Avez-vous bénéficié de programmes de psychoéducation (BREF, Profamille...) ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui,

- Lequel ou lesquels ? Quel était le sujet abordé ?



Si non,

- Aimeriez-vous en bénéficier afin de mieux comprendre les signes et symptômes associés :

☐

Oui

☐

Non

Si oui,

- Quelles seraient vos disponibilités ?

☐

Légères

☐

Moyennes (1 fois par mois)

☐

Conséquentes (1 fois par semaine)



- Souhaiteriez-vous être mis en relation avec les associations de soutien ?

☐

Oui

☐

Non

Projet thérapeutique

• Connaissez-vous le projet thérapeutique de votre proche ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui,

- Êtes-vous en accord avec celui-ci ?

☐ Oui ☐ Non

Si non,

- Qu'est-ce qui vous pose problème ?

- ☐ La sortie de la structure
- ☐ Le risque de rechute
- ☐ Le risque d'isolement social
- ☐ La dimension financière
- ☐ L'autonomie
- ☐ J'éprouve de la peur face aux changements à venir
- ☐ Autre :

• Souhaitez-vous être acteur du projet thérapeutique de votre proche ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui,

- Comment souhaitez-vous y participer ?

- ☐ La participation aux concertations familiales organisées par le service
- ☐ La participation aux synthèses annuelles organisées par le service
- ☐ Lors d'échanges avec les professionnels du service
- ☐ La mise en relation avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de rétablissement de mon proche
- ☐ Autre :

• J'ai construit mon Proj'aidant avec :

• A la suite du Proj'aidant, je souhaite :

- ☐ Bénéficier d'un accompagnement par l'IPA
- ☐ Ne pas bénéficier d'un accompagnement par l'IPA





Si une situation est problématique :

La structure est disponible par téléphone 24h/24 au :

Le SAMU est disponible par téléphone au : **Numéro 15**

S'il y a un risque suicidaire de mon proche, je peux appeler le **3114**.



Le 3114 est un numéro national de prévention suicide, confidentiel et gratuit.

Il permet de répondre aux besoins immédiats des personnes

en recherche d'aide : écoute, évaluation, intervention,

urgence, accompagnement et orientation

Auteure : LECIEUX Fanny

Soutenance : le 01/07/2025

Titre du mémoire : Le leadership clinique de l'IPA au service de l'intégration du proche aidant dans l'accompagnement du processus d'autonomisation de leur proche malade en soins RPS à orientation rétablissement.

Title: *The Clinical Leadership of the Advanced Practice Nurse in facilitating the Integration of Family Caregivers into the Empowerment Process of their Sick Relative in Psychosocial Rehabilitation focused on Recovery.*

Mots clés : Alliance thérapeutique, coopération, proches aidants, troubles bipolaires, réhabilitation psycho sociale

Key words: *therapeutic alliance, leadership of advanced practice nurse, caregivers, bipolar disorders, psychosocial rehabilitation*

Introduction : Les troubles bipolaires peuvent entraîner des altérations dans toutes les dimensions psychosociales et environnementales du patient. Ce qui peut induire des complications dans la vie quotidienne du patient mais aussi dans celle de l'aidant proche. Ce mémoire s'intéresse à l'existence de difficultés de communication entre les soignants exerçant en Santé mentale et l'aidant naturel du patient pouvant conduire à des obstacles dans l'accompagnement et à une rupture de soin.

Méthode : Cette analyse de situation clinique s'intéresse à la situation de Monsieur Z. Elle met en évidence de manière concrète les difficultés rencontrées dans la prise en soin d'une personne présentant des troubles bipolaires au sein d'un service de réhabilitation psycho sociale.

Résultats : Ma réflexion permettra de déterminer l'impact d'une alliance thérapeutique et d'une coopération entre l'équipe pluridisciplinaire et le proche aidant du patient dans l'accompagnement de la personne souffrant de troubles bipolaires. L'IPA pourrait jouer un rôle central dans l'intégration des proches aidants.

Conclusion : L'analyse de la situation a permis de mettre en évidence l'impact, sur la prise en soin de la personne soignée, d'un défaut de communication, d'accompagnement, et de coopération entre les aidants naturels et l'équipe pluridisciplinaire. L'intégration d'une IPA permettrait de prendre le relais des accompagnements auprès des aidants et donc d'optimiser la fluidité du parcours de soin.

Background : Bipolar disorders can affect all aspects of a patient's psychosocial and environmental life. This can lead to complications in the patient's daily life, as well as in that of the natural caregivers. This dissertation looks into the existence of communication difficulties between mental health caregivers and the patient's natural caregivers, which can lead to obstacles in support or to a breakdown in care.

Method: The analysis of a clinical situation focuses on the situation of Mr Z. It highlights the difficulties encountered in the care pathway for a person with bipolar disorders in a psychosocial rehabilitation service.

Results: My research will determine the impact of a therapeutic alliance and cooperation between the multidisciplinary team and the patient's caregivers in supporting people suffering from bipolar disorders. The APN can play a central role in this integration of patient's caregivers.

Conclusion: The analysis of the situation highlighted how the clinical leadership of advanced practice nurse could facilitate the integration of the close caregiver in the process of empowering their sick relative in psychosocial rehabilitation focused on recovery.

Directeurs de mémoire : Dr PARMENTIER Bruno et DE OLIVEIRA Léone