

Université Lille

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2021

« Impact d'une action de réhabilitation psychosociale "groupe vélo" sur les représentations que les soignant.e.s en psychiatrie ont des personnes soignées".

Déborah Mercier

Remerciements

Aux mercis-qui-ne-mentent-pas,
aux apprentis, aux sages, aux apprentissages,
aux pas- sages de l'existence,
aux constructions et déconstructions,
aux idées lumineuses,
aux transitions,

Aux **personnes concernées** qui me poussent toujours plus loin et toute l'équipe des **Héros du vélo**.

A **Jacques**, ce collègue formidable de la première vague,
A **Mika, Clémence et Elsa** mes acolytes de cette deuxième vague,
A **Gio**, cette partenaire,
A ma **famille** qui m'écoute et me soutient,
A **Elsa Benetos** pour ce binôme porteur d'une énergie incroyable notamment au camping des tongs.
A **Ludovic Serna et Delphine Vital** pour m'avoir cernée et vitalisée (!)
A Chonchon* pour ce magnifique voyage à vélo.

A **Aude Caria**, cette intervenante tellement inspirante du D.I.U. Santé mentale dans la communauté,
Aux différent.e.s intervenant.e.s de cette formation,
A **Guilhem**, mon binôme magique de ce D.I.U.

Merci*

Table des matières

Introduction	4
1. En route vers l'inconnue : présentation de mon parcours professionnel	6
1.1. Présentation du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu	6
1.2. En roue libre : la porte ouverte du C.E.S.A.R. :	7
2. Le corps en mouvement	10
2.1. A la recherche d'un chemin cyclable : les Héros du vélo s'invitent sur le plateau !	10
2.2. Méthode utilisée dans un contexte particulier	10
2.3. Le rôle de l'activité physique comme médiation dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques	17
3. Se remettre en selle : le rétablissement	19
3.1. Définition	19
3.2. Le rétablissement des professionnel.le.s de santé : Pédaler dans la semoule	21
4. Les identités équitables : la stigmatisation	25
4.1. Définition	25
4.2. Autostigmatisation : avoir la tête dans le guidon	27
4.3. Les soignant.es perdent les pédales	28
4.4. Pistes de réflexion vers moins de stigmatisation des professionnel.l.e.s : Passer à la vitesse supérieure	31
Conclusion	33
Bibliographie	35
Annexes	37

Je choisis des titres évocateurs et métaphoriques d'expressions usuelles en lien avec la pratique du vélo. En effet, tout au long de cet écrit des parallèles seront fait. Ces parallèles dessinent aussi d'une certaine façon les chemins de traverse empruntés tout au long de sa vie.

Introduction

L'idée de cet écrit est née d'un voyage à vélo personnel de Lyon à Dakar, de cette « nouvelle identité forte » de cycliste renvoyant une image positive dans les différents pays traversés. Le parallèle est alors vite fait avec mon travail en service de réhabilitation psychosociale en tant qu'infirmière : je sens le vélo comme médiation suffisamment forte pour impacter le regard des autres et aider à une certaine déstigmatisation des personnes concernées par des troubles psychiques. L'objectif de ce mémoire est d'interroger l'évolution des représentations autour de cette figure de « malade psychiatrique » par la concrétisation d'un groupe vélo et un séjour associé. Le phénomène de stigmatisation des maladies psychiques et de l'univers psychiatrique apparaît comme un frein majeur à l'établissement d'une réhabilitation psychosociale de qualité pour les personnes soignées. Il me semble donc que la lutte contre cette stigmatisation figure comme levier prioritaire en vue de l'amélioration de la qualité de vie et des soins.

Ainsi, à ce moment précis de l'histoire lorsque j'ai commencé à travailler en psychiatrie, moi-même je ne savais pas encore de quoi j'avais souffert ni comment je m'étais « rétablie ». Puis, au fil de mes expériences que j'expose brièvement par la suite, j'ai compris de quoi je m'étais remise : de mon regard formaté sur les troubles psychiques. Ces mots d'ailleurs qui résonnent que je m'applique aujourd'hui à utiliser, à éviter, à modifier, à dire « autre-ment » : « troubles psychiatriques sévères », « schizophrénie », « maladie chronique et incurable » etc... La liste est longue comme ce processus de déconstruction de mes propres préjugés en tant que professionnelle de santé envers la « maladie mentale ». Ma pratique aujourd'hui se nourrit continuellement de cette forme de veille à garder, cette vigilance permanente d'éviter toute attitude stigmatisante envers les personnes que j'accompagne. D'ailleurs, je m'amuse souvent à penser et à dire que « la frontière est mince entre soignant.e.s et soigné.e.s » ce que mes collègues, habitué.e.s de mes « phrases un peu choc », apprécient plus ou moins. Ainsi, je travaille dans le champ de la santé mentale depuis 10 ans maintenant. J'ai un diplôme d'infirmière, cette fonction repérée dans l'Institution psychiatrique s'est élargie au fil de mes expériences et d'ailleurs les personnes concernées m'identifient plus aujourd'hui dans une forme hybride entre sanitaire et social, entre infirmière et éducatrice ce qui tend à nourrir et étoffer ma pratique.

Dans cet écrit, je souhaite écrire sur l'impact du sport et plus particulièrement la pratique du vélo comme outil et action dans la communauté pour faire changer les représentations des soignant.e.s. C'est ainsi que nous avons organisé un groupe et séjour vélo en transversal sur

trois services de notre pôle intersectoriel de réhabilitation psychosociale. Après une brève présentation de mon parcours professionnel et du lieu où j'exerce, je vous présenterai cette expérience en détails. Ensuite, j'essayerai de vous faire vivre tous les questionnements que cette aventure a suscités à différents niveaux. Je m'appuierai sur les divers témoignages recueillis, sur les apports de nos formations des trois sessions à Paris, Lille et Marseille du diplôme inter-universitaire « Santé mentale dans la communauté » et de la littérature sélectionnée pour ce sujet. Dans un processus de rétablissement, je vais ainsi interroger les attitudes stigmatisantes, en particulier celles des soignant.e.s pouvant influencer les projets de vie des personnes accompagnées.

1. En route vers l'inconnue : présentation de mon parcours professionnel

L'Histoire du regard d'une personne concernée par les soins infirmiers, certainement moins patiente que les patient.e.s, moins assujettie que les sujets et moins usée et usagée que les usager.e.s. Chance ? Hasard ? Normale ? Rétablie ?

... à nos rencontres

Aux traces écrites constitutives de l'Histoire

1.1. Présentation du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu

Je suis arrivée en 2012 au sein du pôle intersectoriel de réhabilitation psychosociale. Le Centre hospitalier de Saint Jean de Dieu (CHSJD) est l'établissement sanitaire de la Fondation Action Recherche Handicap Mental (ARHM), créé sous forme associative en 1950 et reconnue d'utilité publique en 2017. Cette Fondation intervient dans les domaines de la prévention, de la santé mentale, du handicap mental et/ou physique, psychique, de l'autisme ainsi que de la dépendance et des addictions. Son territoire d'intervention se situe *sur « une partie de la ville de Lyon et de la métropole, le sud du département du Rhône et le sud de la Saône-et-Loire »*. La raison d'être de la Fondation ARHM est de *« fédérer autour d'une culture commune forte fondée sur la capacité d'agir et le développement de l'autonomie des personnes par leur inclusion dans la cité. Les valeurs portées par la Fondation ARHM sont :*

-être citoyen : la personne citoyenne actrice de son parcours,

-respecter les droits : une intervention respectueuse des droits de la personne,

-prendre soin : une conception du soin et de l'accompagnement tournée vers l'autonomie et le rétablissement,

-s'engager : une équipe pluri-professionnelle au service du projet de vie et de soins de la personne.¹ »

¹ Fondation ARHM, projet institutionnel, 2018-2022

1.2. En roue libre : la porte ouverte du C.E.S.A.R. :

Depuis 2012, je travaillais depuis sept ans dans une équipe mobile de réhabilitation psychosociale au centre hospitalier Saint Jean de Dieu à Lyon. J'ai intégré ce dispositif assez novateur à l'époque, à sa création : l'idée était d'accompagner des personnes concernées par des troubles psychiatriques sévères au long cours vers des logements autonomes avec un soutien intensif au domicile et lors de nos accueils groupaux. La préoccupation autour du « désengorgement » des lits de l'hôpital était déjà au cœur des priorités et a motivé la création rapide de cette unité.

J'ai découvert et appris tellement de choses. Je me suis sentie portée par l'énergie collective. Nous formions une équipe incroyable, hétérogène et très complémentaire. Il y avait comme un élan du « tout est possible » où la question du logement était comme une condition *sine qua non* au parcours de soins d'une personne concernée. Toute l'équipe déployait une grande mobilisation à tenir, maintenir les personnes à l'extérieur de l'hôpital dans « la vraie vie ». Alors oui, il y a eu des situations difficiles à gérer, des questions sans réponse avec pour point central le curseur à trouver autour de la prise de risque. Nous étions encore préservé.e.s par toutes ces évaluations qui tendent aujourd'hui à objectiver l'esprit humain. Alors, nous accueillions « tout le monde », il suffisait qu'une équipe de soins nous présente une personne concernée et nous l'invitions à un premier repas collectif. La rencontre opérait et l'accompagnement suivait. Nous mangions tous les jours ensemble en faisant les courses et en préparant les repas. Cette vie presque communautaire permettait de tisser des liens de confiance et nous garantissait souvent ensuite une bonne alliance quand les personnes obtenaient leurs logements.

Ces années ont été jalonnées aussi de multiples rencontres professionnelles, de formations, de connaissance du réseau au cœur de la cité, de séjours de rupture, de médiations culturelles et artistiques. L'histoire de cette structure a commencé à s'écrire ainsi avec une identité forte. Un brin de militantisme et d'engagement a pesé aussi dans la balance, nous nous sommes retrouvé.e.s dans cette équipe avec nos personnalités et une forte implication professionnelle.

Depuis 2018, je travaille au sein du même pôle de réhabilitation au C.E.S.A.R., centre d'évaluation, de soins ambulatoires et de réhabilitation. J'ai saisi l'opportunité de la création de postes infirmiers dits de coordination. Ce dispositif est la porte d'entrée du pôle de réhabilitation et s'inscrit dans le mouvement des centres ressources de proximité de réhabilitation psychosociale. Avec l'essor de la réhabilitation psychosociale et le déploiement d'une

multitude d'outils, le C.E.S.A.R se situe dans l'hôpital où les pratiques de soins sont encore orientées autour du cadre hospitalier psychiatrique classique avec notamment les contentions psychiques, physiques et chimiques, le « pyjama bleu », les portes fermées... Nous entendons souvent tous les discours du « c'était mieux avant », « on avait plus de moyens », « la clinique était de meilleure qualité ». C'est ainsi qu'il faut se frayer un chemin de traverse, ne pas penser les choses en binarité mais bien en complémentarité et aussi ne pas tomber dans un excès ou un autre. C'est un moment aussi où les systèmes sont repensés, les logiques verticales et les rapports de pouvoir sont remis.es en question. La pénurie de médecins psychiatres amène à imaginer la place des professionnel.le.s différemment. De nouvelles compétences et métiers émergent comme la formation des I.P.A., infirmier.e.s de pratiques avancées.

Nous connaissons le décalage entre la théorie et la pratique, entre les recommandations ministérielles et la réalité sur le terrain. L'hôpital psychiatrique en France et à Lyon reste encore aujourd'hui un lieu d'enfermement. Les pratiques évoluent très lentement et nous sommes malheureusement encore loin de la santé mentale dans la communauté et du logement d'abord avec pour priorité l'inclusion dans la cité des personnes concernées. La réhabilitation est encore trop associée aux personnes hospitalisées au long cours, quand « les secteurs ne savent plus quoi faire ». Nous communiquons sur l'importance d'intervenir le plus tôt possible en parallèle du secteur pour continuer à faire vivre le projet de vie de la personne concernée quel que soient ses mouvements psychiques. Les débuts sont difficiles. Il faut se rencontrer, s'ajuster, créer ce socle commun d'équipe. Nos missions sont tellement diversifiées et notre structure peu claire. Il faut trouver le bon curseur entre agir et penser. Nous sommes donc une équipe de trois infirmier.es temps plein, une infirmière à mi-temps ; trois neuropsychologues à temps partiel ; un.e cadre de santé, une psychiatre à mi-temps, une ergothérapeute à temps partiel, une secrétaire médicale. Plus tard, une assistante sociale est arrivée à temps partiel.

J'ai peu parlé du travail de mes collègues psychologues, neuropsychologues et psychiatres. La question du diagnostic à affiner, à ajuster est souvent centrale. Des accompagnements individuels et/ ou collectifs sont proposés à travers des techniques de remédiation cognitive, de thérapie cognitivo-comportementales, de psychoéducation. En somme, un nouveau jargon, une nouvelle ligne pour élargir le champ de la santé mentale. Une ligne emplies de petits programmes individuels et / ou collectifs avec l'enjeu de garder un fil continu vers le rétablissement comme un chemin souvent long. Ces outils sont de plus en plus utilisés et il s'agit de pouvoir se les approprier intrinsèquement afin qu'ils s'accordent au mieux à la personne rencontrée.

Chaque personne est singulière et chaque accompagnement est différent. Nous nous appuyons sur les modèles des postes de *case managers* avec l'idée d'intervenir le plus tôt possible dans le parcours des personnes concernées, de favoriser le mouvement « d'aller vers », d'accompagner auprès de l'ensemble des intervenant.e.s, de prioriser « le logement d'abord » et l'inclusion sociale. Toute une réflexion autour de notre posture se peaufine dans une certaine proximité et position horizontale. Notre travail n'est pas cloisonné, il doit se croiser au maximum avec d'autres regards et il répond aux besoins de la personne concernée.

Nous le savons, en psychiatrie, on a vite fait de boire le café toute la journée. Cette préoccupation m'habite toujours. Je crois beaucoup au ressort interne de chaque individu, cette énergie constitutive portée par la motivation personnelle et la passion de ce travail. Peut-être aussi par une blessure d'injustice que je mobilise comme un moteur à soutenir voire défendre les projets de vie des personnes concernées. Promouvoir la santé mentale dans la communauté, c'est une vraie lutte contre l'enfermement et toutes les formes d'ostracisme et les mesures coercitives encore trop prégnantes en psychiatrie. Ainsi, mon identité professionnelle continue de se construire et l'identité collective du C.E.S.A.R. n'est pas encore née mais sera teintée de toutes ces identités individuelles. Ce travail d'accompagnement s'inscrit aussi dans une vision plus globale, un cheminement qui demande parfois de déconstruire toute une théorie enseignée autour de « la distance relationnelle » entre soignant.e.s et soigné.e.s. Aussi, nos formations sont encore tournées vers la « maladie », « le symptôme ». Ce travail de déconstruction s'accompagne de réflexions profondes notamment sur nos « croyances » qu'une personne peut se rétablir d'une maladie psychique. Pour ce faire, rencontrer l'Autre en dehors de nos systèmes de soins me semble fondamental. Nous diversifions autant que possibles les modes de rencontre : l'environnement naturel et écologique est toujours privilégié avec une alternance entre individuel et collectif. Parmi ceux-ci, l'activité groupale constitue un formidable bouillon d'énergie créatrice qui fédère et unit. C'est ainsi qu'au C.E.S.A.R. nous animons des médiations transversales avec d'autres unités du pôle intersectoriel de réhabilitation.

Je souhaite évoquer celle du groupe vélo et de son séjour de rupture associé. Sur la piste du rétablissement nous sommes devenu.e.s des cyclistes loin des stigmates des troubles psychiques. Initiation de liens forts et de sensibilisation, cette aventure a marqué les esprits et a impacté considérablement les différents regards des professionnel.le.s de santé.

2. Le corps en mouvement

2.1. A la recherche d'un chemin cyclable : les Héros du vélo s'invitent sur le plateau !

C'est ainsi que je souhaite axer ce mémoire plus particulièrement sur cette dernière expérience de groupe vélo. En 2020, suite à un voyage personnel à vélo j'ai discuté avec des collègues de trois unités différentes du pôle de réhabilitation pour que nous puissions organiser un « groupe vélo » en transversal avec à l'issue un séjour itinérant à vélo.

Cette idée a suscité de nombreux questionnements et notamment de la part des soignant.e.s. Elle incite déjà trois unités à travailler ensemble ; elle mobilise de nombreuses personnes en soins très motivées par ce projet. J'observe alors des réticences venant plutôt des soignant.e.s devant ce projet pensé comme « très ambitieux ». Les soignant.e.s concerné.e.s sont teinté.e.s d'ambivalence quant à la réalité possible de ce groupe à venir au-delà des contingences matérielles. Pris de « l'effet nouveauté » aussi, vers l'idée d'un groupe « hors cadre classique ». La question de la prise de risque est évoquée avec bien-sûr les peurs de chacun.e. Convaincue que ce projet est une vraie expérience de déstigmatisation pour les participant.e.s et que pour ce faire, il faut penser (et panser) les peurs des soignant.e.s (représentations).

Je m'interroge dès lors quant au travail autour de la déstigmatisation, l'idée qu'il faut peut-être commencer par « déstigmatiser » les regards des soignant.e.s pour qu'ils et elles amènent les personnes concernées vers leur propre rétablissement.

2.2. Méthode utilisée dans un contexte particulier

J'ai commencé la formation de ce diplôme inter-universitaire en janvier 2020 dans le contexte sanitaire particulier que nous connaissons. Au moment où nous devions commencer notre groupe, mon service a fermé et j'ai été contrainte d'aller travailler dans un autre service. Tous ces changements ont modifié l'emploi du temps que j'avais prévu et notamment l'ensemble des entretiens semi-directifs que je souhaitais faire passer à mes collègues du groupe avant et après.

J'ai donc pu faire passer deux entretiens semi-directifs (annexe 2) de soignant.e.s en amont du commencement du groupe. J'ai recueilli aussi des témoignages informels, des interrogations de mes collègues que je détaillerai au fil de cet écrit. J'ai récolté « *des petites perles* » de réactions spontanées. J'ai retranscrit également le discours d'une personne concernée ayant participé au projet à l'issue du séjour à vélo.

Genèse du projet :

L'idée de ce projet naît d'une expérience personnelle de voyage à vélo de Lyon à Dakar durant trois mois avec une amie aussi infirmière dans un autre service du même hôpital en 2019. Lors de ce voyage, nous avons souvent évoqué l'idée de pouvoir élargir cette expérience dans une dimension professionnelle. C'est ainsi, qu'à notre retour, dans une perspective de mettre du sens à ce périple, le prolonger en quelque sorte, l'idée émerge de monter un groupe vélo.

Le projet se discute entre plusieurs collègues du pôle de réhabilitation psychosociale de notre hôpital durant l'été 2019, d'aller vers ceux et celles qui aiment faire du vélo. Les liens interpersonnels constitués avec les un.e.s et les autres contribuent à lancer ce projet. D'abord en informel, entre deux portes, dans un couloir nous évoquons nos envies d'organiser entre plusieurs structures un cycle vélo avec pour finalité un séjour de rupture. Nous nous réunissons alors plusieurs fois pour co-construire ce projet. Nous proposons que ce groupe soit ouvert à toutes les personnes concernées par des troubles psychiatriques sévères, suivies sur le pôle de réhabilitation psychosociale. Les trois équipes transversales participant à ce groupe exercent au sein de ce pôle (un hôpital de jour, une équipe mobile / Centre d'activités à temps partiel axé sur l'accompagnement vers le logement et une équipe mobile de coordination). Nous sommes quatre infirmier.e.s, une éducatrice spécialisée et une interne en psychiatrie à participer à ce projet.

Nous ne sélectionnons pas ou choisissons pas les personnes concernées par des troubles psychiques en amont : nous proposons ce projet à tous.te.s. La seule contrainte étant de savoir faire du vélo. Nous pensons des séances d'entraînement une fois par semaine, pendant deux heures avec une gradation de l'intensité dans les entraînements, des kilomètres parcourus, de l'endurance au fil des séances. Toutes ses étapes sont prévues pour se sentir prêt pour le séjour de cinq jours avec une évaluation des capacités physiques de chacun.e par l'équipe et une auto-évaluation de chaque personne sur sa capacité à tenir le rythme.

Contexte particulier :

En mars 2020, dans le contexte particulier du covid 19, les murs de l'hôpital sont fermés. Sous couvert de protection, l'activité groupale devient inexistante. Seule « la continuité des soins intra-hospitalière », jugée prioritaire, est bien évidemment renforcée et maintenue. Les patient.e.s enfermés dans leurs unités respectives, dans une proximité évidente, peuvent sortir deux par deux, accompagné.e.s d'un.e soignant.e, devenant garant.e du « nouveau cadre

covid », écrasant le cadre hospitalier habituel. Le nouveau virus envahit tous les espaces et devient plus important que la maladie psychique dont souffrent les personnes concernées.

Comment faire de la place pour autre chose, comment pouvons-nous dans ce contexte guidé par la peur, continuer à penser, à faire vivre la permanence de ce qui s'est arrêté si brusquement ? Ces questions deviennent presque un défi.

Ainsi, nous tentons avec toute cette désorganisation, cette déstructuration, de tenir le fil de ce qui nous semble essentiel, de garder du sens dans nos pratiques. Ce projet vélo en cours suscite un enthousiasme incroyable. Nous l'adaptions donc au contexte puisque les séances d'entraînement auraient dû commencer en avril et que nous sommes déjà fin mai. Il faut tout de même jongler avec les règles parfois insensées : faut-il porter des masques en vélo ? faut-il désinfecter les poignées alors que les patient.e.s sont à distance dans ce contexte ?

-Modalités concrètes du projet :

La première séance consiste à relancer le projet. Nous récupérons la remorque avec les dix vélos (au service de sport adapté de l'hôpital) qui ont été révisés au préalable. Chacun.e s'approprie un vélo, un casque, effectue quelques réglages. Il faut se réhabituer, prendre le temps de retrouver l'équilibre. Allez, nous faisons « une chaîne », nous roulons, nous nous suivons les un.e.s derrière les autres. C'est un moment fort, particulier. Ce moment de sortie représente beaucoup pour les patient.e.s actuellement enfermés.e.s dans les services d'hospitalisation sans possibilité de prendre des permissions depuis deux mois. Nous faisons différents tours de vélo dans le parc, en testant les vitesses dans les montées, les freins dans les descentes, les arrêts avec un pied au sol. Les tours du parc de l'hôpital deviennent un peu routiniers sur cette troisième séance. Dans le contexte, ce groupe est une opportunité non négligeable pour eux de sortir de leurs unités et nous les sentons partagé.e.s entre l'envie de faire du vélo et celle d'être ensemble et de « profiter » du dehors. Puis, les portes de l'hôpital finissent par ré-ouvrir progressivement. Nous pouvons enfin faire du vélo à l'extérieur et croiser les patients hospitalisés et non hospitalisés.

Certaines règles « spécial covid » résistent. Cet entre-deux est peu confortable, d'autant plus que la logistique pour ce groupe est déjà suffisamment complexe : patients à réunir, vélos à compter, équipes à coordonner, itinéraire à anticiper, matériel à adapter...

L'idée étant de s'appuyer sur l'auto-régulation du groupe, l'auto-évaluation de chacun.e. En effet, en tant que professionnel.le de santé, il me semble que nous n'avons pas à évaluer et

suggérer en amont quelle personne peut adhérer à ce groupe, peut faire du vélo ou non. C'est une vision qui change beaucoup les lignes habituelles pour penser un groupe thérapeutique. La perspective du voyage à vélo représente une source de motivation. Toutes les règles peuvent être entendues car transposées. C'est-à-dire que le « cadre » est associé aux règles de sécurité du vélo et puis les motivations autres en lien avec le séjour de vacances, qui renvoie à une forme de liberté. Ce projet résonne comme une « petite révolution » à l'échelle de notre Institution. Révolution dans la forme particulière du cadre du groupe. « Cadre cadré » différemment puisque toutes les théories régies autour du cadre d'un groupe en psychiatrie sont très encadrées. Généralement, le nombre de participant.e.s est pensé en amont et évalué suivant différents critères : du plus ou moins malade, de l'organisation institutionnelle, de la place des locaux, du nombre ratio patient.e / soignant.e, de la pertinence ou non d'un tel groupe dans tel service à tel moment, et surtout (mais on en parle moins) de l'énergie des soignant.e.s. Révolution aussi dans son caractère exceptionnel, un tel projet n'avait pas été monté depuis des années et d'autant plus dans ce contexte sanitaire.

Des réunions d'organisation entre les professionnel.l.e.s et avec les participant.e.s ont permis de baliser le séjour de vacances avec les envies et possibilités de chacun.e. Au départ, 18 personnes concernées s'inscrivent au groupe. Au fil des séances, pour des raisons diverses et variées (manque de motivation, condition physique limitée...), un groupe de huit / neuf personnes se dessine. Ils et elles décident de nommer notre « team » : « Les héros du vélo ». Le choix du nom du groupe est délicat : quel message souhaite-t-on véhiculer ? Ce nom de groupe sera affiché sur les minibus et donc visible lors de notre périple.

Nous tenons un tableau de bord entre les trois équipes professionnelles mobilisées. Il s'agit de pouvoir anticiper au minimum une séance sur l'autre et aussi de laisser des traces écrites de notre avancée semaine après semaine.

Séjour de rupture :

Ce groupe est structuré autour d'un séjour de rupture et/ou vacances à l'issue d'une dizaine de séances d'entraînement. Ce séjour de cinq jours consiste à partir de Lyon en vélo jusqu'à Marseille en empruntant la piste cyclable (Via Rhône) longeant le Rhône vers Port Saint Louis. Nous avons réservé un hébergement tous les 100 kms laissant la possibilité à chacun.e de faire plus ou moins de kilomètres de vélo par jour. Il y a environ 400 kms de piste cyclable, nous partons donc avec deux minibus « relais » qui permettent d'avancer chaque jour un peu plus vite pour aller jusqu'à la mer, représentant symboliquement les vacances pour beaucoup.

L'objectif final est d'avoir un but, exceptionnel, d'arriver à la mer, fin de toute route et aboutissement des efforts, recherche du « Graal ».

Ce séjour est l'occasion de susciter de l'intérêt et de s'investir dans un projet, de vivre aussi une expérience de séparation avec l'hôpital et/ou de la famille, de partir en vacances, de vivre une vie collective en petit groupe. C'est aussi un espace qui permet de créer des liens avec les personnes, de renforcer une relation de confiance entre accompagnant.e.s et accompagné.e.s. Le vélo est vecteur de rencontres au fil des étapes, de transmission d'expériences vécues.

Les objectifs généraux se situent autour de la mobilisation de son corps et son esprit aidée par le défi valorisant d'une activité sportive dans une forme de dépassement de soi. L'envie de faire du vélo peut être réveillée et associée à des souvenirs d'enfance. Cette pratique permet de s'ancrer dans le présent dans une pleine conscience de tout ce qui nous entoure. Elle met au travail des capacités cognitives notamment au niveau de l'organisation, l'anticipation et la planification du séjour. C'est l'occasion aussi d'une sensibilisation à une alternative intéressante aux transports en commun dans les déplacements, à un mode de transport plus écologique. Evidemment, la vie en groupe avec tout ce qu'elle implique est mise en avant dans ce projet aussi (partage, respect, solidarité etc...).

Une fiche du groupe (annexe 4) est envoyée aux différents services où sont hospitalisées certaines personnes concernées et aux équipes de soins ambulatoires.

-Problèmes rencontrés lors de la réalisation du projet (hors contexte sanitaire déjà énoncé) :

Nous observons alors des réticences venant plutôt des soignant.e.s devant ce projet pensé comme « très ambitieux ». Les soignant.e.s concerné.e.s sont teinté.e.s d'ambivalence quant à la réalité possible de ce groupe à venir au-delà des contingences matérielles. Pris de « l'effet nouveauté » aussi, vers l'idée d'un groupe « hors - cadre classique ».

La question de la prise de risque est évoquée en continu avec bien-sûr les peurs de chacun.e.

Puisque nous proposons à toutes les personnes que nous suivons sans « sélection en amont », nous pouvons observer que les personnes les plus motivées sont souvent les « plus enfermées ». Ainsi, la régulation naturelle donne l'occasion à certaines personnes « d'essayer » de venir une fois sur une séance par exemple. Au départ, 18 personnes sont intéressées ce qui suscitent parfois des craintes chez certain.e.s professionnel.le.s : « on ne pourra jamais partir avec autant

de patient.e.s, on n'a pas assez de vélo (...); mais lui ou elle est trop sédaté.e, obèse, symptomatique pour faire du vélo (...) ».

Il faut donc tenir bon pour « laisser faire », laisser avec souplesse les personnes concernées faire leur propre expérience. L'idée étant que le matériel ou l'organisation ne soit pas un problème à l'échelle d'une Institution comme la nôtre. C'est à nous professionnel.le.s d'adapter l'environnement nécessaire pour que ce groupe fonctionne et non l'inverse.

Place du projet à l'intérieur du service et de l'Etablissement :

Nous démarrons ce groupe vélo comme nous démarrons un groupe classique. Puis, nous informons l'Institution quand les choses sont déjà bien enclenchées afin de faire baisser naturellement une anticipation de peurs infondées.

Ce projet a d'ailleurs suscité un tel engouement que les personnes concernées en ont rapidement parlé entre elles. Nous avons eu régulièrement au fil de l'année d'autres personnes d'autres unités qui nous ont demandé s'ils et elles pouvaient s'inscrire aussi. On voit ainsi comment un projet qui motive emmène facilement beaucoup de personnes sans qu'on ait besoin d'ailleurs de faire beaucoup de « promotion ». On entend aussi un projet un peu « ambitieux » et très transposable en milieu écologique ce qui n'est pas toujours le cas à l'hôpital psychiatrique.

Une belle mobilisation institutionnelle s'est levée : la communication naturelle déjà évoquée ; la visibilité de notre groupe tous les mercredis où 18 vélos roulaient dans l'enceinte du parc de l'hôpital ; l'information véhiculée via l'intranet de notre hôpital (que nous avons demandée) via la chargée de communication ; les croisements des personnes concernées issues de différents services ; le portage par trois équipes, un très bon souvenir du soutien de nombreuses personnes de l'Institution venues nous encourager le jour du départ pour le séjour de vacances avec nos deux minibus et la remorque à vélos ; le montage vidéo que nous avons fait à l'issue de cette aventure est présenté à l'ensemble des volontaires au sein de l'hôpital.

Nous prenons conscience du vélo comme vecteur de messages forts. Le vélo amorce et facilite les premiers échanges. Il médiatise la rencontre, en contournant les particularités de chacun.e. Ils et elles sont des cyclistes ici et nous pouvons lire sur les visages une certaine fierté. C'est à cet endroit que l'élan, la motivation intrinsèque donne l'envie de se dépasser, d'accomplir cette mission à terme.

Qualifications et nombre de membres impliqués dans les différentes phases du projet :

Nous sommes quatre infirmier.e.s, une éducatrice spécialisée et une interne en psychiatrie à participer à ce projet. Le service du sport adapté de l'hôpital a aussi participé au projet : prêt du matériel, garage à vélos avec remorque, rappel des règles de sécurité du vélo, liens interpersonnels. Chaque personne concernée a une équipe de secteur référente donc nécessairement impliquée aussi dans ce projet. Au pôle de réhabilitation, trois équipes sont mobilisées avec l'encadrement paramédical et l'équipe médicale. Au pôle logement, l'équipe est également interpellée notamment dans la constitution des « chèques vacances » pour soutenir le projet financièrement. Le pôle technique de l'hôpital a contribué à l'organisation pour le prêt des véhicules, de la carte essence surtout pour le séjour. Finalement, c'est un projet qui a été porté à l'échelle de l'Institution.

Incidences concrètes du projet infirmier sur la vie quotidienne des personnes concernées :

Une des personnes concernées du projet s'est achetée un vélo personnel et fait la plupart de ses déplacements aujourd'hui avec. Cet homme pouvait avoir des difficultés à se déplacer avec les transports en commun (interprétations notamment en lien avec ses troubles). Le vélo lui change la vie. Il se sent protégé, libre et plus tranquille pour se déplacer. Il a participé au projet au moment de sa sortie d'une longue hospitalisation et cette expérience de séjour à vélo a permis à son équipe de soins de changer de regard notamment sur les compétences qu'il a déployées lors de cette aventure. Certain.e.s nous ont rapporté aussi des liens un peu modifiés avec leurs familles. Dans le même esprit, « on a quelque chose d'intéressant à leur raconter, « ma mère (...) ne me croyait pas que je pouvais faire ça ... »).

En guise de transition, je propose d'évoquer brièvement d'autres expériences similaires d'associations connues et de théories associées aux médiations sportives mêlées à des enjeux d'accompagnements.

2.3. Le rôle de l'activité physique comme médiation dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques

De nombreuses associations inspirantes proposent du vélo itinérant. Je pense à **Alter Tour**², tour à vélo pour la transition écologique et sociale avec un relai minibus où s'affiche le message suivant : « ce qu'on voit est exceptionnel ». Ce convoi est visible, ouvert à tous et toutes et part à la rencontre de lieux écologiques alternatifs en France. Il y a aussi l'association **Les amazones**³ qui rassemble des femmes touchées par le cancer et des soignant.e.s, dans l'objectif de s'entraider mutuellement et de reprendre ensemble une activité physique (vélo, marche, course) afin de se remobiliser après la maladie et les traitements. Aussi, depuis 2015 **l'association 4S**⁴ à Chambéry organise avec des femmes atteintes de cancer l'opération « A la mer à vélo ». Elles se préparent toute l'année pour la réalisation de ce défi. En santé mentale, nous connaissons **Psycylette**⁵ de l'association des familles U.N.A.F.A.M⁶.

La santé mentale et les troubles psychiques concernent tout le monde. Les bienfaits d'une activité physique régulière n'est plus à prouver. La question du lien entre le corps et l'esprit est peut-être sous-évaluée dans nos services de soins. Cependant, comme le précise Jacques Tosquellas, médecin psychiatre, à l'initiative de la création d'une Unité fonctionnelle officielle centrée sur le corps, le sport est utilisé pour proposer une double confrontation : celle de la personne concernée avec les autres et celle de son vécu, ses sensations et perceptions, sa représentation et son image du corps. C'est ainsi faire l'expérience de la réalité, la sienne et celle du monde environnant. Ceci impose « que lui soient proposées de nombreuses situations qui vont mêler à la fois le monde imaginaire et le monde symbolique », nommées « l'espace de la fonction phorique »⁷ par Pierre Delion.

Ces expériences sportives peuvent alors être partagées : les personnes concernées ont quelque chose d'autre à raconter, quelque chose de semblable qui peut susciter l'intérêt de l'Autre. Tout se passe comme si l'expérience corporelle et groupale permettait aux personnes de sortir de l'identification à une pathologie, du fait de la reconnaissance de leurs compétences dans d'autres domaines et ainsi d'accéder à une dimension citoyenne.

² <https://www.altercampagne.net/>

³ <https://www.projetamazones.com/>

⁴ <https://association4s.org/>

⁵ <https://www.unafam.org/doubs/actualites/psycylette-2021>

⁶ Union nationale de familles et ami.es de personnes malades et / ou handicapées psychiques -

<https://www.unafam.org/>

⁷ P 23, Caby I. & Compte R. (2017). *Sport et handicap psychique : penser le sport autrement*. Champ social.

Dans cette dynamique, notre expérience constitue plusieurs témoignages précieux pour faire évoluer les représentations, ce que nous avons mis en valeur en participant cette année au Prix Santé mentale des équipes soignantes en psychiatrie de la revue correspondante⁸ afin aussi de rendre visible cette aventure. C'est avec l'écriture de ce mémoire que je me suis motivée à remplir ce dossier en liens avec mes collègues. Comme action de sensibilisation et « média positif » pour la santé mentale et physique au sein des structures sanitaires et sociales, nous espérons aussi faire évoluer les regards plus largement, en dehors de notre Institution et peut-être donner l'envie à d'autres structures d'organiser un séjour similaire. En septembre 2021, nous avons eu l'immense joie d'apprendre que nous avons gagné.e.s le troisième prix. Avec le temps qui passe et les projets de chacun.e qui ont évolués depuis, nous nous recontactons ainsi tous.te.s pour organiser « de nouveau » un petit séjour de deux jours avec l'ensemble des participant.e.s pour la remise formelle de ce prix à Paris dans le cadre du colloque « Rencontres soignantes » le 21 octobre 2021. Ce prix prévoit une somme de 1000 euros que nous choisissons d'utiliser pour penser un nouveau séjour à vélo !

En somme, cette expérience de groupe et séjour vélo peut servir pour défendre et argumenter les droits des personnes concernées par des troubles psychiques auprès d'autres professionnel.le.s et/ou de l'entourage proche et éclairer leur projet de vie. Cette expérience s'inscrit ainsi dans des parcours singuliers de rétablissement où la question du stigmatisme est constante.

⁸ Initié par la revue Santé mentale et soutenu par la Fondation de France, le « Prix équipes soignantes en psychiatrie » encourage et récompense des démarches et projets de soins originaux et des travaux de recherche en soins en lien avec le rôle propre infirmier. <https://www.santementale.fr/>

3. Se remettre en selle : le rétablissement

3.1. Définition

« On entend parler que de ça en ce moment, c'est quoi le rétablissement ? On a toujours travaillé comme ça. Aujourd'hui on réfléchit plus, on simplifie tout. On va trop vite, on fait sortir les patients et on nous dit qu'ils sont rétablis comme par magie », dixit les bruits de couloir.

Les pratiques professionnelles évoluent lentement. Sous couvert de bien-pensance, de dogmes et de pensées parfois binaires, le concept du rétablissement peine à se frayer un chemin dans nos Institutions psychiatriques. Certes, ce n'est pas une révolution mais plutôt un continuum de la suite de l'Histoire de la psychiatrie qui s'adapte au gré du temps et des mouvements sociétaux. Il s'agit de réfléchir autour de sa posture professionnelle souvent et peut être tout le temps. Il s'agit de regarder l'Autre en tant que personne humaine ayant des désirs, des droits, des envies et des projets. Cette personne peut être « embolisée » à un moment de sa vie voire à plusieurs moments de sa vie par des passages douloureux où la maladie devient très bruyante. Cependant, le regard soignant, de celui et celle qui soigne, se veut empli d'espoir pour cet Autre considéré comme malade à ce moment-là.

Travaillant avec ce concept de rétablissement depuis plusieurs années, je l'ai intégré et je choisis ici une définition de Luc Vigneault, pair-aidant, premier regard croisé lors d'un colloque de réhabilitation. Son personnage m'avait plu et ému.

« Le rétablissement, c'est bien plus que le chemin de la guérison et ce n'est pas une philosophie de soins au goût du jour. C'est avant tout une façon d'être, une conception de l'être humain qui, en période de grande difficulté, a d'abord besoin de retrouver l'espoir, de reprendre possession de tous ses moyens et d'être accompagné afin de poursuivre son développement et son épanouissement dans une vie citoyenne pleine et entière »⁹.

J'ai conscience qu'il existe de nombreuses définitions du rétablissement. Je rappelle la naissance de ce mouvement dans les années 90 dans les pays anglo-saxons avec les usager.e.s se définissant eux-mêmes comme des « survivors » de la psychiatrie. Ces derniers ont lutté

⁹ Introduction Dr Simon Racine p.11. Vigneault L. (2019). *Je suis une personne pas une maladie*. Performance

contre l'aspect définitif, incurable que la maladie entraîne, le diagnostic et le traitement notamment institutionnel. Il s'appuie sur deux axes :

-l'approche optimiste du devenir des personnes vivant avec un trouble psychique.

-la lutte contre : la stigmatisation, la focalisation sur les troubles (les symptômes) et la mise à l'écart de la société (établissement médico-sociaux, hôpitaux psychiatriques ...).

Aussi, Patricia Deegan est considérée comme une figure et il semble difficile de ne pas parler d'elle lorsque nous définissons le rétablissement. Pour rappel, cette usagère de la psychiatrie a été diagnostiquée schizophrène paranoïde à l'âge de 17 ans. Aujourd'hui, elle est docteure en psychologie et a contribué à développer le concept de rétablissement à partir de son expérience de la maladie et du système de santé. Elle donne sa définition du concept de rétablissement en santé mentale.

« Le rétablissement est un processus, non pas un résultat ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée et les défis auxquels je fais face. Être en rétablissement signifie que je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer ou de renoncer, j'ai appris qu'en étant consciente de ce que je ne peux pas faire, je peux aussi m'ouvrir à toutes les possibilités des choses que je peux réaliser »¹⁰.

Aujourd'hui, le thème du rétablissement est largement documenté. Au-delà, d'une théorie prégnante, c'est un long chemin qui implique des changements, des expériences et aussi des témoignages avec des parcours de soins de personnes concernées par des troubles psychiques considérés comme graves et visibles sur la voie du rétablissement. Avant d'être convaincu.e.s sur le terrain, il est nécessaire que nos politiques de santé impulsent véritablement cette dynamique.

C'est pour cette raison que je souhaite évoquer l'élaboration du Plan territoire en santé mentale (P.T.S.M.)¹¹ dans le Rhône débutée en novembre 2018 dans le cadre de la Communauté Psychiatrique de Territoire (C.P.T.) qui a constitué un collectif de personnes concernées par les troubles psychiques et un repérage d'un certain nombre de thématiques :

-personnes concernées – Pair-aidance – Entourage

¹⁰ Deegan P., (1988). Recovery : The Lived Experience oh Rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol 11, numéro 4, p. 11-19.

¹¹ Projet territorial de santé mentale du Rhône 2020-2025 adopté en Assemblée générale le 10 décembre 2020.

-Rétablissement – Réhabilitation psychosociale – Jeunes adultes

-Prévention – Promotion de la santé – **Destigmatisation**

-structuration premier recours – coordination psychiatrie / médecine générale – accès aux soins ambulatoires – pratiques de soins

-Prévention, anticipation et prise en charge de la crise et de l'urgence

-Lisibilité- orientation- coordination du parcours – C.L.S.M.

Des objectifs opérationnels sont ensuite déclinés : « Sensibiliser les équipes à l'écart entre leurs pratiques actuelles et les pratiques orientées via la systématisation d'audits collaboratifs dans les services, former les équipes aux pratiques orientées rétablissement, systématiser la rédaction de plans de crises conjoints ». Des critères d'évaluation des actions sont élaborés. Par ailleurs, la lecture de l'ensemble des thématiques retenues dans le P.T.S.M. et des fiches actions réalisées par les groupes de travail permet de situer le rétablissement en « fil rouge » du projet territorial de santé mentale Rhône-métropole.

3.2. Le rétablissement des professionnel.le.s de santé : Pédaler dans la semoule

Les professionnel.le.s sont à la croisée des chemins, ils ont entendu parler du rétablissement en santé mentale et sont à la recherche d'un positionnement afin d'accompagner au mieux les personnes en soins¹². Le développement du rétablissement et des soins de réhabilitation psychosociale devient alors un enjeu majeur pour répondre à un certain nombre d'objectifs comme un moindre recours à l'hospitalisation temps complet, une réduction des soins sans consentement et l'inclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques sévères. Le témoignage du rétablissement des personnes concernées nous apporte une forme d'évidence fiable de ce qui manque : la science « en première personne ».

« Aujourd'hui, aucune lecture de ce que nous voyons autour des facteurs d'évolutions favorables des troubles sévères n'est possible si nous n'utilisons pas une logique circulaire, située dans un contexte complexe de coprésence de plusieurs niveaux qui

¹² Pachoud B. & Le Roy-Hatala C. & Des Moutis C., Cavroy J.P. (2019), *Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ?*, L'information psychiatrique, vol 95, p.520 à 528.

s'influencent réciproquement, chacun avec ses propres caractéristiques structurelles et fonctionnelles »¹³.

Le nouveau paradigme se doit de prouver un « niveau logique » pour rendre compatibles les multiples aspects de la complexité humaine. Ce courant du rétablissement s'intrique donc fortement au carrefour d'une multitude de regards et dans une continuité des époques, des éléments dans lesquels l'humain s'inscrit.

« Quand nous serons enfin capables de regarder l'être humain, dans ses multiples facettes, sans les lunettes du déterminisme naturaliste du XIXe siècle, nous serons enfin libérés du voile qui nous empêche de voir le rétablissement et la guérison comme une des multiples possibilités réelles, haute expression de la liberté humaine »¹⁴.

Nous observons donc une forme d'engagement derrière ces notions philosophiques de liberté, ces questions éthiques qui régissent et caractérisent l'être humain. L'individu avance ainsi et se sécurise dans un collectif où se nouent des relations, des groupes et des structures. Il s'agit de nos organisations collectives, de pouvoir penser les choses ensemble pour « aller plus loin ». L'intelligence collective est ainsi mise à profit et résulte de la qualité d'interactions entre ses membres.

Pouvoir et responsabilité partagés :

Le rétablissement évoque ainsi une forme de pouvoir partagé. Comme l'explique Luc Vigneault, la médecine a souvent fonctionné sur un modèle que l'on appelle paternaliste. Dans le paradigme du pouvoir partagé, nous parlons plutôt de la rencontre de deux expertises. On reconnaît l'expertise particulière de l'intervenant.e et elle demeure essentielle, mais on reconnaît aussi à l'utilisateur.e une expertise, celle concernant son corps et sa propre vie. Nous le savons les valeurs d'une personne influencent ses choix et nous devons en tenir compte dans l'élaboration du plan de traitement ¹⁵.

Le pouvoir partagé implique un partage d'expertises. Tous les membres, usager.e.s et familles compris, deviennent des expert.e.s réunis.e.s dans le souci de soutenir le processus du

¹³ Déchamp-Le Roux C. & Rafael F. (2015). *Santé mentale : guérison et rétablissement - Regard croisés*. John Libbey Eurotext. Page 86-87

¹⁴ Déchamp-Le Roux C. & Rafael F. (2015). *Santé mentale : guérison et rétablissement - Regard croisés*. John Libbey Eurotext. Page 87-88

¹⁵ P. 119. Vigneault L. (2019). *Je suis une personne pas une maladie*. Performance

rétablissement. Nous ne sommes pas pareils, nous n'avons pas la même expertise, mais nous sommes tous des expert.e.s. Nous sommes différent.e.s mais tous et toutes important.e.s. Chaque regard a de la valeur et converge vers une intelligence collective et une direction commune. Le système autour de la personne concernée est ainsi pensé, les un.e.s s'appuyant sur les autres dans une forme de co-responsabilité. Dans cette logique encore loin de nos organisations de soins actuels le pouvoir pourrait être véritablement partagé entre les différent.e.s intervenant.e.s. Nous pourrions ainsi mesurer, supporter et discuter de la prise de risque corrélée de fait à une diminution des logiques sécuritaires souvent conséquentes à une surprotection, à une souffrance des équipes. Prendre des risques à plusieurs pousse nécessairement la prise du risque en question avec l'idée que « le risque zéro » n'existe jamais. De manière collégiale, chaque parole a la même valeur et peut être entendue.

Formation des professionnel.le.s de santé :

Aujourd'hui, je co-anime des formations avec pour point central les pratiques liées au Rétablissement au sein de l'hôpital où je travaille. Cette formation à l'initiative du cadre supérieur de santé du pôle de réhabilitation et portée par l'Institution est à visée de l'ensemble des professionnel.le.s de santé. Une formation type est proposée sur deux jours avec une première intervention d'une association de pair-aidant.e.s. Notre place sur la dernière demi-journée de formation est bien d'axer notre intervention avec nos collègues plus spécifiquement sur la posture soignante du rétablissement, celle ancrée sur le terrain.

Au-delà des outils spécifiques que nous présentons, il s'agit bien de trouver un point de rencontre avec nos collègues. C'est tout un processus de déconstruction qui s'engage sur des définitions parfois caricaturales du rétablissement que nos collègues nous rapportent avec une certaine réticence voire parfois véhémence. Comme si cette approche édulcorait la « maladie » avec des pratiques « faciles » et empêchait « cette approche autoritaire, voire coercitive, jugée parfois nécessaire pour traiter des personnes souffrant de psychose refusant les soins proposés »¹⁶. Ces collègues rejettent donc cette approche du rétablissement pensant qu'elle ne peut pas se pratiquer à l'hôpital. L'enjeu est donc de recréer un espace de dialogue favorisant l'alliance en utilisant un langage commun et en insistant sur des attitudes de coping.

Selon Cheng (2003), pour que le coping s'opère, il faut ajuster finement les stratégies employées. Pour y parvenir, l'individu utilisera des capacités cognitives. L'auteur a

¹⁶ p 147 – Dr Marc André Roy - Vigneault L. (2019). *Je suis une personne pas une maladie*. Performance

choisi d'examiner ici la facilité discriminante, c'est-à-dire la capacité de l'individu « d'estimer la situation et de choisir des comportements appropriés en réponse aux contingences changeantes. Cette facilité discriminante semble réguler les comportements du coping à travers divers indices qui constituent un contexte précis. En fait les individus démontrant une capacité importante de la facilité discriminante sont plus souples quant à leur utilisation des stratégies de coping (p. 173 à 197)¹⁷.

Entre rigidité et simplisme, le curseur de l'équilibre est à ajuster en permanence pour chaque situation dans une certaine cohérence et un collectif complémentaire. La complexité est de mise en psychiatrie et le cadre légal se doit peut-être d'être rappelé et respecté le mieux possible.

Ainsi, ces questions mobilisent les professionnel.le.s sans cesse et pointent aussi souvent les enjeux autour du regard de la société, celui des un.e.s sur les autres et donc des professionnel.l.e.s de santé sur les personnes concernées par des troubles psychiques. Je choisis alors d'orienter cette dernière partie sur ces enjeux primordiaux autour de la stigmatisation.

¹⁷ p173 à 197 - Chabrol H. & Callahan S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod

4. Les identités équitables : la stigmatisation

4.1. Définition

Je choisis de reprendre la définition de J.Y. Giordana qui écrit que la stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il est sous-tendu par une « attitude générale de l'ordre de l'injustice et du préjudice, induite par la méconnaissance (voire l'ignorance) d'une situation ou d'un état, et qui va générer des conduites et des comportements de discrimination (ségrégation, exclusion) »¹⁸. Il s'agit, par exemple, de toute parole ou action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, en une « marque » négative pour la personne ayant cette affection. Aujourd'hui, cette stigmatisation est presque considérée comme une « seconde maladie » dont les patient.e.s peuvent souffrir davantage que leur propre trouble psychique. Le diagnostic de schizophrénie est d'ailleurs considéré comme le plus stigmatisant. Des réflexions sont en cours pour changer ce nom « abîmé » avec le temps et le pouvoir des médias avec l'espoir de faire baisser sa stigmatisation associée. La stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. Goffman (1922-1982), sociologue membre de la deuxième École de Chicago, a importé dans les sciences sociales le terme de « stigmaté »¹⁹ pour caractériser la « situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (1963-1975), car il s'agit « d'un attribut qui jette un discrédit profond » une manifestation qui montre qu'un individu est différent des autres et qui fait de lui, à l'extrême, quelqu'un de mauvais ou de dangereux. Le stigmaté introduit la discrimination d'un groupe sociétal ; par exemple, une population cible marquée par une étoile jaune ou rose à l'époque du nazisme, ou encore toutes les populations migrantes quelle que soit l'époque, l'origine ou la destination des flux migratoires des hollandais, italiens, espagnols ou magrébins, plus récemment les Roms. Le dénominateur commun à toutes ces populations sont les adjectifs utilisés pour les désigner : « paresseux, nuisibles et dangereux ». La stigmatisation n'a pas épargné les populations fragilisées par la maladie, de par son caractère peu maîtrisable et donc inquiétant. Elle atteint les populations de lépreux et autres « pestiférés », ou des personnes atteintes de tuberculose, de cancer, du sida et des troubles psychiques, plus particulièrement la schizophrénie.

¹⁸ p 34 - Giordana J.Y. (2019). *La schizophrénie : une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale*. Lavoisier.

¹⁹ p 175 - E. Goffman., (1975) *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*, Edition de minuit.

A l'intérieur de nos sociétés occidentales, les « malades mentaux » ont toujours été soumis à une forme de stigmatisation, possédés par le démon, brûlés sur les bûchers au Moyen âge, exterminés lors de la deuxième guerre mondiale, éloignés voire ghettoïsés dans la période asilaire. Aujourd'hui, leur place dans la société et la communauté reste fragile et précaire notamment dans les domaines comme l'accès au logement, au travail, mais également au système de santé.

Ainsi aujourd'hui, au temps d'une quête d'objectivation du fonctionnement de l'être humain²⁰ ou d'une quête vers l'immortalité, les liens se délient et la rencontre avec l'Autre se ressemble. L'altérité presque analogique à la réalité nous éclaire alors. Cette altérité partageable est la rencontre de l'Autre dans ce qu'il a de plus autre. Mais qui est cet Autre ?

C'est nous, c'est vous, c'est eux et elles ...

Nous opposons et séparons souvent les choses. Considérer « la normalité », c'est forcément penser et mettre en évidence « l'anormalité ». Il a bien fallu régir des lois, des codes, des cadres, des structures et enfin une norme pour vivre ensemble dans une certaine cohérence. Cependant, comment celle-ci est interprétée, comment nous nous l'approprions ? Et si nous ne correspondons pas totalement à cette norme ? Et si nous l'entendons et l'appliquons sans nuance ?

L'idée d'une norme de vie est réinterprétée en ce sens immanent, la vie humaine se déploie comme capacité de création et d'invention de formes de vie. Elle accepte les risques, les affronte et ne s'enferme plus dans la tentation immunitaire de protection qui est en fin de compte, l'autre nom de la « maladie ». Les diverses classifications des maladies (DSM-V, CIM11) apportent une vision catégorielle de la maladie, définissant la catégorie sociale « schizophrène » avec des critères précis d'inclusion et donc d'exclusion. Ce qui favorise une vision dichotomique entre le pathologique et le normal accentuant cette séparation entre le « nous » et « eux ». Ces catégories insistent aussi sur le regard biologique de ces maladies ce qui peut limiter l'empathie et déshumanise à fortiori ; les « arguments bio-génétiques augmentent ainsi les perceptions de dangerosité et d'imprévisibilité, la peur et le désir de distance sociale »²¹.

²⁰ P 10. Gaille M. (2005) *Peut-on évaluer la vie humaine ? Les deux voies de la « biopolitique »*. Editions de minuit.

²¹ P.11 Prouteau A. & Valéry K.M. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*. Revue de littérature. FIRAH

4.2. Autostigmatisation : avoir la tête dans le guidon

« L'Autre différent n'est pas un étranger mais un semblable avant tout, l'incompréhension qu'il suscite n'est que le produit de notre propre déficit »²². La relation médicalisée avec les patient.e.s et leurs familles s'est changée en une collaboration professionnelle. Sous la pression de la demande sociale et des contraintes économiques, renaît implicitement une nouvelle psychiatrie communautaire, pratique sociale. Cette psychiatrie moderne n'est plus fondée sur l'EBM (principe déjà dépassé) mais « informée » par elle, elle récuse le principe « maladie/diagnostic/traitement spécifique technicisé/réduction de la symptomatologie », qui a régné ces dernières décennies. Son bilan est au moins mitigé : tendance au surdiagnostic (autisme, bipolarité, schizophrénie), surprescriptions médicamenteuses, bénéfice insuffisant pour la qualité de vie subjective des patient.e.s et de leurs proches. Le modèle alternatif proposé par J. Van Os (2019) repose ainsi sur une lecture dimensionnelle de la clinique et la prise en compte du rôle majeur des facteurs communs non spécifiques des traitements quels qu'ils soient : facteurs psychologiques, relationnels et sociaux. Elle s'attache au vécu subjectif de l'individu et à sa qualité de vie, plus qu'au diagnostic et à la réduction objective des symptômes. Elle s'appuie sur de nouvelles classifications nosographiques dimensionnelles (Rdoc, « P factor ») qui rompent avec le concept de maladie au sens classique.

« La maladie mentale n'est pas contagieuse mais les gens se comportent comme si elle l'était ». Témoignage d'un résident de la maison des Célestins (dispositif d'appartements thérapeutiques du pôle de réhabilitation).

Les tentatives réalisées par le sujet pour expliquer son mal, son manque, sa faille, son « anormalité », rappellent ce que Roland Gori définit comme une construction imaginaire que la personne « se donne spontanément pour expliquer ce qui lui arrive » (1997, p. 10). L'être humain ne peut s'empêcher d'attribuer une cause et un sens à tout événement, aussi absurde soit-il. La figure du handicap comme objet de stigmatisation implique que « le handicap est provocateur de craintes, de violences qui se jouent sur le théâtre de l'intime ainsi que sur la place publique de notre société »²³. La personne handicapée fait figure d'étranger. Elle est, comme telle, source de projections violentes, de sentiments d'étrangeté, de craintes, de contagion, de dégoût ainsi que de toute la gamme de formations réactionnelles qui résultent

²² p. 85, Gargiulo M. (2016). *Handicap, figure de stigmatisation*. Érès | « Cliniques méditerranéennes »

²³ p. 132, Gargiulo M. (2016). *Handicap, figure de stigmatisation*. Érès | « Cliniques méditerranéennes »

d'un retournement en leur contraire des motions destructrices se transformant en attitudes opposées : apitoiement, compassion, hyperprotection, idéalisation. Sur le continuum de la schizophrénie, toute la population peut s'attribuer plus ou moins des symptômes pathologiques. Par exemple, « peu de choses sépare une théorie du complot d'une idée délirante »²⁴.

N'oublions jamais que nous sommes tous et toutes un jour des patient.es, des personnes que l'on regarde sous le prisme d'une maladie et que le « mal a dit » quelque chose de soi, de libre et de respectable.

4.3. Les soignant.es perdent les pédales

Lors de cette aventure à vélo déjà décrite, nous avons assisté à un vrai changement de regard de certain.e.s collègues. Nous avons accompagné.e.s des personnes concernées par des troubles psychiatriques sévères avec pour certain.e.s une forte intrication judiciaire, des parcours émaillés de ruptures sous toutes ses formes et de faits passés marquant leurs histoires. Toutes connaissances soignantes sur ces personnes alimentent des projections, des fantasmes renvoyant de l'inquiétude, de la peur et pouvant freiner les projets de réinsertion. Alors, cette expérience a pu renvoyer toutes ces craintes de « risques divers » : risque de chute, de passage à l'acte en tout genre, de fugue, « de décompensation psychotique, de problème de santé physique (« avec leur mauvaise hygiène de vie »)...etc.

Nous avons pu discuter de cette fameuse « prise de risque » en psychiatrie, sujet difficilement abordable habituellement de cette manière. Ce sont des expériences suffisamment fortes pour aider à la déconstruction du regard de certain.e.s soignant.e.s porté sur les personnes souffrant de troubles psychiques. Et nous savons que ce regard est tellement important en matière de déstigmatisation par exemple. C'est aussi parce que nous avons cru en eux.elles, que ces personnes ont pu s'appuyer sur cette force et cette forme de sécurité dans une sorte de dépassement de soi. Cette énergie est constitutive aussi du processus de rétablissement et de « reprise de pouvoir » sur sa maladie.

Je pense à une anecdote d'une personne concernée faisant partie du séjour à vélo. Un soir, ce participant prend deux fois la dose de son traitement prescrit. Le lendemain, c'est très difficile pour nous de le réveiller. La gestion de cet épisode s'avère très différente ici. Pour précision

²⁴ P 11 P 8 Prouteau A. & Valéry K.M. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*. Revue de littérature. FIRAH

cette personne est hospitalisée sous contrainte de soins au long cours dans un service de l'hôpital psychiatrique. Contre toute attente, le mouvement collectif le pousse à « remonter » coûte que coûte sur son vélo. Cette motivation l'aide à tenir la journée sur son vélo. A ce moment-là, les réflexions type posées régulièrement par les soignant.e.s à l'hôpital ne sont plus les mêmes ici : à savoir, « toute la procédure engendrée par une dose de traitement prise deux fois », « comment il va faire ?, il va tomber, il est interprétatif ». Aussi, une autre anecdote illustrant bien cette force de déstigmatisation : un autre participant nous dit un matin lors du séjour à vélo : « *c'était incroyable, dans l'auberge de jeunesse à Marseille, la dame qui s'occupait des petits déjeuners, elle nous a parlé normalement comme des personnes normales* ». (...). C'est un espace « hors du temps », une bulle où la parole est libérée, un lieu d'échange original, confidentiel et loin des stigmates.

Ces nombreux moments vécus auxquels je prête particulièrement attention, m'amènent à ces réflexions autour du stigmatisme et son caractère aliénant dans nos institutions psychiatriques. Les hypothèses d'Allport et ses successeurs sur les contacts entre groupes suggèrent « qu'un contact positif, dans lequel il y a égalité de statut entre les parties concernées, représente les conditions optimales de contact »²⁵. Ainsi, le ou la soignant.e doit « accepter de se montrer dans sa banalité d'homme ou de femme en train de faire son travail »²⁶. Le contraire reviendrait à augmenter la distance, à accroître le fantasme de toute-puissance et le vécu de persécution. Le ou la professionnel.le se retrouve alors dans des situations de « réalité partagée ». Ce qui n'a rien à voir, bien évidemment, avec le fait de partager sa vie avec celle du ou de la patient.e, ce qui serait alors source de confusion.

Dans toutes les activités sportives proposées, comme dans le plus grand nombre des moments phoriques, il ne fait pas de doute que le ou la soignant.e partage des réalités.

La séparation « eux » - « nous » est un des traits fondamentaux du stigmatisme. Dans le secteur des relations soignantes (et particulièrement en psychiatrie), ce trait est consubstantiel à la création de l'identité professionnelle de soignant.e. On apprend ainsi aux novices (infirmier.e, psychologue, médecin) à ne pas s'identifier au ou la patient.e, à contrôler leurs émotions, à mettre une distance avec lui ou elle, etc. « Être un.e professionnel.le, c'est s'interdire la

²⁵ P 8 Prouteau A. & Valéry K.M. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*. Revue de littérature. FIRAH

²⁶ P 28 Caby I. & Compte R. (2018). *Sport et handicap psychique : penser le sport autrement*. Champ social

proximité avec le ou la soigné.e et toute symétrie relationnelle. La proximité n'est possible que si elle est médiatisée par des attitudes paternalistes, la moquerie, le cynisme ou la condescendance »²⁷. Sauf exception, ces distorsions des relations interpersonnelles dans les échanges entre soignant.e.s et soigné.e.s sont des effets pervers des prérequis de l'« ethos » professionnel. On peut penser que le stigmatisme est un trait structural de la régulation morale des professions soignantes et par extension de la société globale. Dans les professions de santé, il est conditionné par la structure asymétrique des échanges, des rôles et des statuts au niveau institutionnel. Comme tel, on peut juger cette dimension indélébile et irréductible ». Nous pouvons donc penser à la longue histoire et l'héritage des rapports de pouvoir et de domination des soignant.e.s envers les patient.e.s que nous portons tous.tes en tant que professionnel.le.s de santé et dont il faut avoir conscience en permanence.

Sartorius, ancien président de l'Association mondiale de psychiatrie, insiste particulièrement sur cette dimension à combattre par l'éducation et la formation des professionnels. « La stigmatisation est entièrement dépendante du pouvoir social, économique et politique – il faut du pouvoir pour stigmatiser »²⁸. Les auteur.ice.s notent que s'il apparaît évident, le rôle du pouvoir dans les processus d'étiquetage et de stigmatisation « est fréquemment négligé parce que, dans beaucoup d'exemples, les différences de pouvoir vont de soi au point d'apparaître non problématiques ».

Les professionnel.le.s de santé mentale sont au cœur de cette problématique, notamment parce qu'ils sont eux-mêmes une source de stigmatisation : 22% des situations de stigmatisation rapportées par une personne ayant une schizophrénie et leurs familles sont vécues « lors de contacts avec les professionnel.le.s de santé mentale », contre 17% de situations d'interaction avec des inconnu.e.s²⁹.

²⁷ P 184 Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou « l'analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2008/1 n° 5 | Érès

²⁸ P. 375 Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou « l'analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2008/1 n° 5 | Érès

²⁹P.5 Prouteau A. & Valéry K.M. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*. Revue de littérature. FIRAH

4.4. Pistes de réflexion vers moins de stigmatisation des professionnel.l.e.s : Passer à la vitesse supérieure

Les soignant.e.s relatent moins de croyances en la dangerosité des personnes que la population générale avec une confiance aux traitements plus importante. Aussi, la stigmatisation baisse lorsque ces professionnel.l.e.s ont une personne souffrante de troubles psychiques dans leur entourage.

Le lieu de travail est un déterminisme fondamental : les soignant.e.s qui travaillent en ambulatoire et / ou en milieu communautaire déclarent moins de stigmatisation que ceux et celles travaillant avec des patient.e.s hospitalisé.e.s. Ce constat est corrélé à la théorie de l'illusion de Cohen³⁰ qui explique que les professionnel.l.e.s au contact tous les jours de personnes en « état de crise » ont plus de difficultés à imaginer les patient.e.s rétabli.e.s. Aussi, ils et elles peuvent avoir « l'illusion » que toutes les personnes ayant une schizophrénie sont dans cet état psychique tout le temps. Alors que l'immense majorité des personnes concernées vivent à l'extérieur et se réinsèrent dans la cité. C'est un biais qui questionne d'ailleurs nos organisations de soins car en effet comment peut-on demander à des soignant.e.s de préserver ce regard quand eux et elles-mêmes sont dans ce contexte hospitalier toute la journée ? Nous pouvons donc bien imaginer que ces professionnel.l.e.s augmentent « par la force des choses » leur regard stigmatisant sur les personnes qu'ils et elles accompagnent.

Afin de limiter cette vision qui finit par être ternie et presque caricaturée des formes possibles des troubles psychiques (et particulièrement de la schizophrénie), des hypothèses sont émises. Il semble temps de repenser les conditions de travail des soignant.e.s notamment en élargissant peut être les différents regards et types de professions : travailleurs et travailleuses sociales ; en renforçant et parfois en créant des formes de co-responsabilités entre les professions particulièrement entre les médecins psychiatres et les infirmière.e.s. La question de la formation tout au long de sa vie est une priorité avec notamment les pratiques orientées vers le rétablissement comme décrit plus haut.

Les postures professionnelles sont en mouvement perpétuel, il s'agit d'effort permanent, de chaque instant de pouvoir se remettre en question à chaque rencontre, chaque mot utilisé. C'est « un retour sur soi » constant : « Pourquoi j'ai dit ça ? (...), « c'était peut-être infantilisant ? ! », « S'il ou elle a réagi de cette manière, c'est sûrement que j'ai mal formulé ma question, il y a

³⁰ Cohen & Cohen, 1984 ; Thornicroft et al., 2010.

eu de l'incompréhension ». C'est l'idée de toujours pouvoir transformer nos ressentis, nos vécus dans un premier mouvement individuel suite à une rencontre particulière. S'efforcer ainsi dans un deuxième mouvement de reprendre les choses collectivement avec un socle commun de toujours converger vers l'inclusion sociale des personnes que nous accompagnons.

C'est partir du postulat que c'est toujours à nous, au système de modifier quelque chose, s'adapter et non au ou à la patient.e de « payer » les conséquences de nos systèmes parfois dysfonctionnant.

Ainsi, au fil de mes apprentissages, je prends conscience que « je sais que je ne sais pas grand-chose ». Avec le temps passant, j'essaye de déconstruire toute forme de vérité, de moins avoir de certitude, d'adopter « une position basse » laissant la possibilité au ou à la patient.e de « riposter », s'indigner, ne pas être d'accord, pour dire que ce type d'accueil ou d'accompagnement ne lui convient pas et ainsi rester flexible le plus possible. Ces postures à ajuster peuvent parfois être fatigantes et participer à une forme de burn-out, très présent chez les soignant.e.s, facteur associé à la stigmatisation puisque ces professionnel.le.s ont plus de risque de devenir évitant et rejetant envers les patient.e.s³¹.

Toutes ces réflexions m'amènent évidemment à penser la place des pair-aidant.e.s qui arrivent tant bien que mal à se frayer un chemin dans nos Institutions. En 10 ans, j'ai quand même vu les pratiques évoluer à ce sujet. Dans mon service de réhabilitation, nous travaillons en collaboration étroite avec l'association Espairs³². Grâce notamment au militantisme et à l'engagement du cadre supérieur du pôle, ce partenariat est grandissant. Nous co-animons d'ailleurs tous les mercredis après-midi une médiation avec un binôme de pair-aidant.e.s un atelier en « plein air » dans le parc de l'hôpital à un endroit stratégique de passage. Autour d'un café, nous proposons d'échanger de manière informelle autour des questions du rétablissement. Ce temps devient repéré et permet le croisement de toutes les personnes qui circulent et gravitent dans l'Institution. Il montre un fort impact en matière de déstigmatisation et est porteur d'espoir.

³¹ Zanitto et al., 2018

³² <https://www.espairs.org/>

Conclusion

Avec toutes les idées qui fusent, conclure cet écrit n'est pas évident. Parce que le choix des mots est un exercice « anti-stigma »³³ et parce que ce sujet est tellement vaste et passionnant, je crois que l'écriture de ce mémoire a été véritablement une forme de catharsis d'écrire ce qui semble-t-il ne peut plus tellement se dire dans des espaces formels aujourd'hui sur mon lieu de travail. J'ai pris du plaisir à mettre en valeur cette expérience à travers l'écriture de ce mémoire en explorant d'abord la question de la médiation sportive pour faire changer les représentations sur les troubles psychiques. Ensuite, en incluant cette dimension dans un parcours et processus de rétablissement. Enfin, en veillant à réfléchir autour des questions de la stigmatisation souvent insidieuse et très présente chez les soignant.e.s.

Cet écrit s'inscrit alors aussi dans ce moment de transition de mon parcours professionnel. Ce « petit vélo dans ma tête » me fait prendre du recul et réaliser à quel point je ne suis plus en accord avec certaines pratiques professionnelles. Je pense alors à l'expression : « être à plat ». Cette perte de sens s'accompagne de réflexions personnelles qui nourrissent la suite de mon chemin en dehors de l'Institution psychiatrique car pour « regarder la Terre, il faut se mettre sur la Lune ». Cette phrase d'un psychiatre que j'avais rencontré, je l'ai retenue celle-ci parmi tant d'autres qui ont façonnées mon identité professionnelle. Enveloppe grisée ni noire ni blanche, secouée, bricolée, passionnée, subjectivée, éprouvée et rechargée de nouvelles perspectives.

Je devrais rejoindre l'équipe du dispositif « Un chez soi d'abord » à Lyon qui semble mieux correspondre à mes valeurs professionnelles et humaines. Et qui sait ? Ce ne sont pas les idées et les projets qui manquent. Cette mise en route de ce groupe et séjour vélo m'a fait réaliser à quel point « tout est toujours possible ». La question étant de savoir « comment ? ». Dans cette continuité du mouvement et du pas-sage et de la vie, Louise Latraverse, actrice dans la préface page 13 livre de Luc Vignault écrit :

« Tels des artistes, les artisans du soin, les intervenants ou les proches, doivent puiser en eux l'empathie, la capacité de devenir l'autre : c'est en quelques sorte à quoi sont conviées toutes les personnes qui croient au rétablissement. »

³³ Le GPS anti-stigma du Psycom

Elargir le prisme de la psychiatrie dans un accompagnement plus global et intégratif semble être un chemin permanent et efficient pour favoriser la continuité des soins et s'assurer que les intervenant.e.s restent mobilisé.e.s. C'est ainsi que la personne concernée est replacée au cœur des soins. Elle est présentée comme personne ressource avec son entourage familial et amical.

Vu.e.s comme des facilitateur.rice.s, nous sommes là pour contre balancer toujours en parlant toutes les langues de la psychiatrie. Il faut se frayer un chemin qui soit entendu dans une forme de complémentarité. Des mots continuent de résonner comme l'envie, la motivation, l'espoir, l'implication, la ténacité et bien d'autres encore. Nous avons pu mener à terme cette première expérimentation de groupe et séjour vélo malgré les freins liés au contexte sanitaire. C'est comme si les « premiers rails » étaient déjà tracés maintenant. Je souhaite vivement que ces aventures se renouvellent.

Force créatrice d'idées, de projets vivants : il n'est jamais trop tard pour agir, pour oser. Cette expérience nous incite à réfléchir et ne pas toujours accepter les choses comme elles sont. Cette forme d'implication et d'engagement nous laisse dans une ouverture joyeuse et porteuse où « rien n'est plus puissant qu'une idée dont le temps est venu » (V. Hugo).

Bibliographie :

Livres :

Caby I. & Compte R. (2017). *Sport et handicap psychique : penser le sport autrement*. Champ social.

Chabrol H. & Callahan S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod

Déchamp-Le Roux C. & Rafael F. (2015). *Santé mentale : guérison et rétablissement - Regard croisés*. John Libbey Eurotext.

Giordana J.Y., (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson.

Giordana J.Y., (2010) *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Masson.

Goffman E., (1975) *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Edition de minuit.

Jouet, E. & Greacen, T. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie-rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Érès

Trontin, T. & Archambault, O. (2019). *Les séjours de rupture en questions*. Érès

Vigneault L. (2019). *Je suis une personne pas une maladie*. Performance

Revues :

Prouteau A. & Valéry K.M. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*. Revue de littérature. FIRAH

Articles de périodiques :

Deegan P. (1988). Recovery : The Lived Experience oh Rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol 11, numéro 4, p. 11-19.

Gaille M. (2005) *Peut-on évaluer la vie humaine ? Les deux voies de la « biopolitique »*. Editions de minuit.

Gargiulo M. (2016). *Handicap, figure de stigmatisation*. Érès | « Cliniques méditerranéennes» p 125 à 138

Giordana J.Y. (2019). *La schizophrénie : une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale*. Lavoisier.

Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou « l'analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2008/1 n° 5 | pages 183 à 199, Érès

Pachoud B. & Le Roy-Hatala C. & Des Moutis C., Cavroy J.P. (2019), *Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ?*, L'information psychiatrique, vol 95.

Texte de Loi :

Projet territorial de santé mentale du Rhône – P.T.S.M.

Sites internet :

<https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/06-2019/DP%20Psycyclette%202019.pdf>

<https://www.espairs.org/>

<https://www.altercampagne.net/>

<https://www.projetamazones.com/>

<https://association4s.org/>

<https://www.unafam.org/>

<https://www.santementale.fr/>

Vidéo :

Montage vidéo du séjour de vélo de Lyon à Marseille : « Les héros du vélo »

Annexes :

Annexe 1 : discours réécrit d'une personne concernée lors de la projection publique du retour de l'expérience du groupe vélo.

Annexe 2 : grille des entretiens semi-directifs.

Annexe 3 : retranscription de deux entretiens semi-directifs de soignant.e.s participant.e.s au groupe et séjour vélo.

Annexe 4 : fiche du groupe vélo envoyée aux unités de soins.

Annexe 5 : lien pour visionner le montage vidéo du séjour vélo.

Annexe 1 : Discours Mehdi³⁴ lors de la projection public retour expériences du groupe vélo :

Il a préparé spontanément un texte et souhaite le dire à haute voix

« Parfois je peux être un peu hors sujet mais (...) je sais pas. Donc j'ai vu le soleil, la plage, les restos, un passage, des paysages magnifiques et pleins de bons souvenirs. Merci pour ces belles vacances, des vacances merveilleuses. Dur retour à la réalité maintenant. Un grand merci pour l'organisation de ce séjour. J'attendais à être dépaysé, surpris, enchanté. Mon souhait a été exaucé et bien au-delà. Je tenais à remercier tout le personnel médical, infirmier, éducateur et autre qui ont pris des risques. Le risque zéro n'existait pas et c'est tout à leur honneur car tout s'est bien passé. J'ai senti comme une amitié avec les Héros du vélo. Ces vacances pour moi resteront une fleur dans mon esprit, ma mémoire. Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au personnel, en remerciement et au dévouement énergétique du personnel. C'était un symbole d'entrer à l'hôpital en vélo, c'était magique. Jamais j'aurais pu imaginer que je ferai ça un jour.

Voilà et ça je savais pas trop où le placer mais (...) on a fait 10 séances et sur les 10 séances, j'en ai fait 8 moi. Et puis pour terminer, ce que je voulais vous dire, c'est que le dernier mercredi j'étais pris de crampes à l'entraînement, je me suis dit que jamais j'allais réussir à faire ce chemin là et je me suis surpassé. Jusqu'à aujourd'hui je suis étonné d'avoir réussi à dépasser mes limites ».

Annexe 2 :

³⁴ Nom d'emprunt

Annexe : grille d'entretien

Entretiens semi-directifs :

Interviews des 4 infirmier.e.s / 1 éducatrice spécialisée / 1 interne en psychiatrie.

Problématique :

Impact d'une action de réhabilitation psychosociale « groupe vélo » sur les représentations que les soignants en psychiatrie ont des personnes soignées ? Séjour de rupture de 5 jours de vélo à l'issue des séances d'entraînements.

Rencontre :

Est-ce que tu peux te présenter ? (Parcours professionnel, année de diplôme, formations). *Ton rôle en tant qu'infirmier.e / éducatrice spécialisée ? Ta relation avec les patients ? Ton rapport avec les autres professionnel.les ?*

Est-ce que tu pourrais me raconter le souvenir d'une première expérience d'accompagnement d'un.e patient.e à l'extérieur ?

Est- ce que tu te souviens de la première fois où tu as eu peur dans une situation avec un.e patient.e ?

Peux-tu me raconter un bon et un mauvais souvenir que tu as du vélo ?

Quel type / profil de personne tu accompagnes dans la structure où tu travailles ?

Est-ce qu'il y a un profil particulier de patient.e pour participer à ce type d'activité ?

Comment tu penses faire si une personne s'agite lors du séjour de vacances à vélo ?

Quelles sont tes attentes de ce projet vélo ? Qu'est-ce que ça peut t'apporter ?

Est- ce que tu aurais des éléments à ajouter ? Ou un message à faire passer pour des étudiant.es en formation par exemple, en découverte de ce type d'action ?

Annexe 3 :

8 octobre 2020

Retranscription entretien Marc³⁵ (30 min) (fait en juillet 2020) :

Manque : Pratique du vélo : quotidienne (environ 5 kms/j)

Comment tu es arrivé dans ce groupe ?

D : « Est-ce que tu peux te présenter, ton parcours ?

M : je suis diplômé d'Etat depuis 2013, j'ai 28 ans. Du coup, je travaille depuis 7 ans à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de dieu. Je suis beaucoup passé par des structures hors secteur, c'est-à-dire que j'ai fait de la gérontopsychiatrie, j'ai fait de la cérébrolésion. J'ai fait également de l'hôpital de jour en réhabilitation. Je suis également passé par une période où j'ai fait de la recherche clinique pendant une année et demi. J'avais passé un concours d'attaché de recherche clinique et du coup j'ai fait une recherche autour de la remédiation cognitive.

Et ça fait maintenant 2 ans que je travaille sur le C.E.S.A.R. qui est un centre d'évaluation et de soins ambulatoires en réhabilitation sur un poste d'IDEC, infirmier de coordination de parcours où on accompagne des prises en charge complexes qui sont aux carrefours de plusieurs problématiques, à la fois sanitaires, sociales, éducatives. Heuu, et du coup notre rôle, c'est vraiment d'être support de parcours, de rassembler les intervenants autour des personnes, d'imaginer des parcours de réinsertion. Voilà

D : Est-ce que tu peux me dire quelque chose par rapport à ta relation avec les patients ?

M : « heuu, oui, je pense que j'ai été assez préservé en fait de l'intra-hospitalier comme j'ai pas travaillé en secteur, donc c'est vrai que j'ai jamais été exposé à tout ce qui était cadre sous contrainte, contention chimique, physique et du coup c'est vrai heu.. que dans le lien avec les personnes qu'on accompagne, du coup souvent le statut de patient, il disparaît un peu au profit vraiment de la rencontre et du coup c'est vrai que avec les personnes que j'accompagne, en tout cas c'est la sensation que j'ai l'impression d'avoir un regard assez optimiste, plutôt positif et d'être plutôt dans une forme d'accompagnement à la fois horizontale c'est-à-dire être plutôt au côté du patient, plutôt que d'être dans quelque chose de plutôt hiérarchique par rapport au patient qui a la toute-puissance, qui a raison. Donc, oui je dirais que ma posture auprès du patient est plutôt d'être à côté de et de soutenir en fait, valoriser les ressources, valoriser les qualités et même potentialiser ses ressources si on peut dire. Heu, voilà

D : « et ton rapport avec les autres professionne.les ?

M : « Ouuh ! C'est assez multicolore, non je rigole, disons qu'il y a une partie de moi qui a du mal des fois à s'identifier à mes pairs infirmiers su l'hôpital. J'ai l'impression que mon regard est différent. J'ai l'impression que les personnes avec qui j'ai pu travailler à l'époque ont un

³⁵ Nom d'emprunt

regard très stigmatisant, très hospitalo-centrique, vertical où seul le soignant a la connaissance. Et du coup, c'est vrai que j'ai pu être souvent pas en conflit mais en désaccord avec le sentiment de ne pas appartenir au même groupe. Et avec le temps, avec mon boulot de coordination, je vois que souvent c'est de mauvaises habitudes ou des fois de l'ignorance. Finalement, les infirmiers avec qui on travaille peuvent être assez vite sensibilisés à un regard neuf sur la personne et du coup voilà.. (rire) Ah oui, par rapport à ma posture, c'est parfois dans un premier temps pas en accord, mais dans un second temps c'est plutôt quelque chose dans un rapport collaboratif avec quand même une position basse, pour d'abord laisser l'autre exprimer ses craintes pour pouvoir après modifier son regard.

D : « ok, merci, alors est-ce que tu pourrais me raconter le souvenir d'une première expérience d'accompagnement d'un patient à l'extérieur ?

M : « un premier souvenir d'accompagnement sur l'extérieur, oui en fait c'est tout de suite un séjour de rupture qui me vient en tête, donc on va partir là-dessus. J'ai fait un séjour de rupture en 2014 à la montagne, très atypique avec des personnes cérébrolésées porteurs d'handicap physique et mental et psychiatrique, donc assez lourd. On avait 4 personnes dont la plupart pouvaient marcher, qui avaient des handicaps moteurs assez importants et en fait on est partie 2 infirmiers, 2 aides-soignants. Et en fait, on a organisé sur 4 jours un séjour, donc ils font du ski sur des tandems en fait. Du coup, on avait des éducateurs qui skiaient avec nous. Ils étaient allongés sur des tandems en fait, chiens de traîneaux avec eux, on a fait de la rando. C'était une super belle expérience parce que je me rappelle, c'est une unité très dure la cérébrolésion et ce séjour a décalé le regard du soignant, et de voir à quel point ça les rend extrêmement heureux, et puis les rapports deviennent totalement différents durant ces séjours. Moi, je dirai celui-là qui a été une très belle surprise, beaucoup d'inquiétudes mais une très belle surprise.

D : « et est-ce que tu te souviens de la première fois où tu as eu peur dans une situation ?

M : Oui, je pense toujours à l'extérieur, on sortait avec une personne sur un hôpital de jour et là subitement une grosse crise d'angoisse dans le camion et il essaye d'ouvrir les portes pour sortir et du coup je me rappelle être à l'avant du camion et pas trop savoir comment faire un bond pour essayer de l'empêcher de sortir et le ramener mais du coup oui, très vite désemparé par la situation. Au milieu de la route, c'est inquiétant, on avait vraiment peur qu'il saute. Donc vraiment plus la mise en danger de la personne elle-même qui m'a stressé ».

D : D'accord, est-ce que tu peux me raconter un bon et un mauvais souvenir que tu as eu du vélo ?

M : « Bon, ça m'est arrivé de faire des randos vélo et j'ai une super belle expérience où je suis partie à Hauterive voir le facteur cheval avec une amie et c'est génial, on est parti 2 jours avec une distance qu'on n'avait pas anticipée, juste avec une tente sur le vélo. On a énormément pédalé, c'était terrible, 170 kms en 2 jours avec des vélos pas préparés à ça, mais c'est super, sur la route, on lâche, on rigole, les paysages défilent vite. On est vraiment très libres.

Et un mauvais souvenir à vélo, mes retours le soir quand je rentre du travail à vélo, j'ai un vélo qui est vraiment inconfortable au possible, j'ai mal aux jambes, s'il pleut c'est horrible.

D : « C'est bien tu ajustes mes questions, comme tu es le premier, je pense que cette prochaine question je vais pas la demander ensuite, c'était quel type, quel profil de personne tu accompagnes dans ta structure ?

M : « on avait dit, des profils complexes, alors des jeunes patients qui sont au carrefour de plusieurs choses, judiciaire, sanitaire, social, éducatif avec soit des réhospitalisations récurrentes sur un laps de temps court, et du coup on imagine qu'il faut vraiment donner un coup de main pour éviter que ça se chronicise trop et qu'ils perdent toute leur autonomie ; soit on a aussi des personnes plus chroniques avec des parcours beaucoup plus longs d'hospitalisations et où il y a des équipes qui sont dans l'impuissance et qui font appel à nous des fois pour avoir un tiers, un autre regard. Voilà

D : « Pour revenir à l'activité vélo qui est en cours, on est à la 6^{ème} séance d'entraînement, est-ce que pour toi il y a un profil particulier de patient pour participer à ce type d'activité ?

M : « Avant de commencer, j'aurais pu dire que oui, j'aurais imaginé qu'il fallait des personnes en bonne situation physique, pas trop en surpoids, qui font un peu de sport, qui sont plutôt vifs, avec pas trop d'effets secondaires des neuroleptiques. Après expérience, je vois que pas du tout, en fait on a des personnes très hétérogènes, des personnes jeunes, moins jeunes, aux poids très aléatoires avec une condition physique très variable. Donc, non je pense que ce qui prime surtout c'est la motivation d'être là. Et, puis c'est vrai sur le vélo, c'est intéressant il y a quelque chose qui s'homogénéise très facilement. On est tous.tes très différent.es et sur le vélo, il y a une sorte de cohésion très simple, on utilise le même média, peu importe qui c'est, patient, soignant, problématique perso. Ça se fait naturellement à vélo. je n'ai pas l'impression qu'il y ait un profil type.

D : Comment tu penses faire s'il y a une personne, lors du séjour vélo, qui s'agite ?

M : J'imagine que c'est quelque chose qui va nous arriver. On ferait ce qu'on sait faire, on va voir si on peut arriver à rassurer, à calmer la situation avec la réalité qu'effectivement si c'est trop fort, si c'est trop dur à gérer, on fera appel comme on fait appel en ville. On irait peut-être

aux urgences ou voir un médecin sur place. On utiliserait les ressources sur place. Peut-être que cette personne aura besoin d'un retour sanitaire, peut-être qu'elle pourra rentrer par ses propres moyens, j'en sais rien ou qu'elle soit accompagnée. En tout cas si la personne s'agite, faire redescendre la situation avec les ressources qu'on a sur place. Après c'est un peu large l'agitation.

D : Oui, c'est quelqu'un, on peut imaginer qui fait une crise liée à sa maladie psychique, qui peut mettre à mal le groupe, les autres.

M : c'est très fonction de la situation, du lieu où on se trouve et de la personne. Il y a pleins de solutions possibles, si la personne est très mal, au lieu de faire du vélo, elle peut être dans le minibus en prenant une autre fonction sur le séjour aussi. Peut-être qu'elle aura besoin de différer le séjour vélo aussi, peut-être qu'on peut passer un appel à des personnes qu'elle connaît, qui l'a rassurerait (silence).

D : bon, et toi qu'elles sont tes attentes de ce projet vélo, qu'est-ce que ça peut t'apporter ?

M : Mes attentes ? Je ne sais pas si c'est une attente, la victoire (rire). La petite victoire de se dire, malgré mes inquiétudes de beaucoup de personnes, c'est quelque chose qui s'est réalisé. Moi, surtout ce que j'ai envie de me rendre compte, c'est surtout de me dire, ce n'est vraiment pas compliqué d'organiser. C'est un peu l'attente que j'ai, de me dire que c'est très accessible et faudrait que ce soit plus régulier pour arriver à généraliser ce genre de pratique davantage et pas que ce soit quelque chose d'exceptionnel, de rarissime et qui fasse énormément de bruit sur l'hôpital, que ce soit quelque chose d'assez simple.

D : et toi ça peut t'apporter quoi ?

M : Davantage de sécurité avec les personnes que j'accompagne sur un autre espace, c'est-à-dire que c'est très facile d'accompagner des personnes dans un espace qu'on connaît par cœur, l'hôpital, les associations qu'on connaît, les structures médico-sociales avec qui on travaille. Finalement, on travaille dans des environnements qu'on connaît énormément avec qui on a déjà beaucoup de ressources sur place et on est rarement en grande difficultés. On a toujours des personnes sur qui s'appuyer. Et là de voir dans un environnement complètement différent, comment dans des situations compliquées, ça se gère. Donc oui, ce serait plutôt me sécuriser davantage sur des environnements que je connais pas et loin de l'hôpital.

D : Est-ce que t'aurais des éléments à ajouter ou un message à faire passer pour des étudiants en formation par exemple qui découvre ce type d'action ?

M : ah oui, ça me plaît bien l'idée de faire passer un message, (silence). La première chose qu'on vient critiquer quand on accompagne une personne, souvent c'est la personne elle-même,

enfin je sais pas comment dire ça attend, heu, souvent les difficultés qu'on éprouve, les freins les complications. Souvent on l'associe à la personne qu'on accompagne. C'est elle qui est à l'origine de ses, si ça fonctionne pas et la chose que j'aimerais apporter à l'étudiant, c'est regarde toi, regarde les partenaires qui sont autour de cette personne et regarde à quels endroits c'est nous qui ne sommes pas dans la justesse, qui sommes pas, regarde à quel endroit la personne que tu as en face de toi, tu l'as traitée pas comme les autres, comme « un patient en psychiatrie ». C'est un peu flou ce que j'essaye de dire, j'ai l'idée en tête mais j'arrive pas à utiliser les mots.

D Si, si j'ai compris une remise en question personnelle à avoir là où fait des projections

M : Oui, moi je le réalise, en psychiatrie il y a beaucoup d'abus du système qui accompagne les personnes en soins et il y a beaucoup d'injustices par moments, d'absence de remise en question. Faudrait que la personne qu'on accompagne soit toujours disponible, souple, à l'écoute de ce que le soignant dit et en fait non, c'est l'inverse c'est nous qui devons être à l'écoute, souple, fluide et c'est nous qui devons être capable de se dire à un moment donné : là ce que je suis en train de faire c'est peut-être délétère pour la personne ou je ne la traite pas comme une personne lambda et du coup toujours se remettre en question. Et toujours se dire, ça pourrait être moi qui serais à cette place là et comment j'aimerais qu'on me parle et comment je vivrais du coup de me mettre moi à défaut parce que je suis patient, parce que je suis malade j'ai tous les torts ?

D : Merci, comment tu t'es senti pendant cet entretien ?

M : bien, j'ai l'impression d'avoir dit des trucs un peu flous.

14 janvier 2021

Retranscription entretien Viviane³⁶ (30 min) (fait en juillet 2020) :

Manque : Pratique du vélo : quotidienne (environ 5 kms/j)

Comment tu es arrivée dans ce groupe ?

D : « Est-ce que tu peux te présenter, ton parcours professionnel et ton expérience des groupes ?

V : « à la base je suis infirmière diplômée d'état, pas du tout formée à la psychiatrie. Je suis arrivée à l'hôpital en 2003, 17 ans déjà et puis j'ai appris sur le tas. J'ai fait quelques formations. J'ai été formée par des anciennes. J'ai toujours travaillé à l'hôpital de jour Prévert.

D : Du coup, tu travailles dans un hôpital de jour à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Tu dirais quoi de ton expérience des groupes thérapeutiques ?

V : « ça a beaucoup changé parce que le pôle a pris une orientation autre. Avant on était beaucoup centré sur l'hôpital, maintenant on est beaucoup plus sur l'extérieur. Les groupes ça m'intéresse beaucoup, j'aime beaucoup animer des groupes. Même si on a les mêmes patients, on a des groupes qui sont tous différents, on travaille pas les mêmes choses, on apporte pas les mêmes choses. Les patients aiment les groupes.

D : « donc ce groupe vélo, comment tu es arrivée dans ce groupe ?

V : « j'ai entendu par Nathalie (collègue) que suite à ton voyage au Sénégal, tu avais l'intention de faire un groupe vélo sur l'hôpital et ça m'a branché tout de suite, j'ai trouvé ça super. Je me suis dit qu'il fallait absolument qu'on te demande si tu avais besoin de monde. Au début, je pensais pas qu'on allait être intégrer comme ça, je pensais qu'on allait dépanner s'il y avait des besoins et puis finalement non. Donc moi ça va être ma première expérience de partir comme ça avec des patients. C'est vrai que j'appréhende un petit peu mais bon on verra bien.

D : « Pour toi, est-ce qu'il y a un profil particulier de patient.es pour participer à ce type d'activité ?

³⁶ Nom d'emprunt

V : « Juste des patient.es qui sont quand même pas (..), qui sont assez stabilisé.e.s on va dire ». Et puis des patient.e.s qui ont envie. Alors je dis ça maintenant parce que le groupe a commencé sauf que au départ j'aurais peut-être été un peu plus stricte sur les indications ».

D : « tu aurais dit quoi par exemple ? »

V : « Des gens physiquement capable, les gros j'aurais éliminé déjà ».

D : « Les ? »

V : « Les personnes qui sont en surpoids »

D : « ah oui, d'accord et quand tu dis des personnes qui sont plutôt stabilisées, ça veut dire quoi ? »

V : « bah, qui sont stables, qui sont pas du tout, où l'impact de la maladie n'est pas plus important que la partie saine. C'est-à-dire qu'ils ont tous des moments où ils ont des délires, des angoisses mais faut pas que la maladie prenne le dessus sur leur vie en fait ».

D : « et ça dans l'indication des patient.e.s dans ce type de groupe, toi tu peux l'évaluer en amont ? »

V : « Oui, on peut s'en rendre compte, alors moi je connais surtout les patien.t.e.s sur Prévert. Les autres, pour les avoir cotoyer pendant les entraînements, je vois bien qu'il y a encore des délires, des symptômes qui s'expriment mais ils les maîtrisent suffisamment pour pouvoir venir avec nous. Je fais un petit peu la différence parce que depuis qu'il y a eu le confinement et qu'on reçoit une autre clientèle sur Prévert qui sont pas stabilisés. C'est super compliqué et puis ça leur apporte rien. Là les patient.e.s qu'on a ça leur apporte ce qu'on fait.

D : « Pourquoi c'est si compliqué ? »

V : « Parce qu'ils tiennent pas en place, parce qu'ils entendent pas ce qu'on leur dit, parce qu'ils sont pas gérables, ils sont dans leur délire, dans leur maladie. Quand ils sont là-dedans c'est compliqué de les ramener dans la réalité. Ils sont pas dans la réalité en fait.

D : « Parce que dans ton travail à Prévert, justement quels profils de personnes tu accompagnes ? »

V : « On accueille des patient.e.s qui sont soit hospitalisés et qui ont un projet de sortir sur l'extérieur. C'est ça en gros. On les accompagne soit pour trouver un logement, soit pour qu'ils s'inscrivent dans un travail. On accompagne les projets que eux ils ont envie de réaliser. Mais

c'est surtout le logement et le travail. Ça peut être aussi, maintien dans la structure où ils sont déjà. On a aussi des patient.e.s qui sont aussi en appartement, aussi certain.e.s qui sont en famille chez leurs parents et qui ont besoin d'un étayage sur l'hôpital pour pouvoir garder ce lien avec la famille. La grande majorité c'est des personnes qui sont hospitalisées depuis un temps et qui ont un projet de sortir de l'hôpital.

D : « et profil au niveau de la maladie, de la personnalité, est-ce qu'il y a un profil type ? »

V : « bah non, moi les pathologies je m'en fous. Je fais avec ce qu'ils sont et ce qu'ils expriment et souvent je lis pas les dossiers moi, Des fois si quand ça me questionne un peu mais sinon non. Mais bon c'est surtout des pathologies qu'il y a sur l'hôpital, c'est surtout des schizo, quelques troubles de la personnalité, quelques troubles bipolaires ».

D : « pour revenir sur le groupe vélo, est-ce que tu pourrais me raconter le premier souvenir d'un accompagnement d'un patient à l'extérieur ? »

V : « Je me rappelle surtout de G..., on allait souvent chez lui et c'était très compliqué, il était très délirant, il était très très sale, c'est surtout quand il t'offrait un café, c'est ce qui me posait plus souci quand j'allais chez les gens, c'était consommer chez eux en sachant que c'était hyper sale. Après on trouve des parades pour refuser mais bon au bout d'un moment, on passe un peu pour un impoli. » Avec G.. ça a été des longues années de prise en charge, des liens très forts. Il venait ici et on allait le voir une fois par semaine parce que en fait il foutait le bordel dans sa résidence. On venait pour apaiser le mec aussi qui gérait la résidence, il y connaissait rien, d'avoir un regard extérieur et un peu axé sur la maladie, ça aidait un petit peu ».

D : « Est-ce que tu te souviens de la première fois où tu as eu peur dans une situation ? »

V : « C'était à midi, je donne un traitement à un patient qui était pas bien stabilisé et j'ai rien compris du tout, j'étais tétanisé parce que en fait il s'est mis à hurler qu'il avait pas ce traitement là et qu'il n'en voulait pas. Il a levé la main, le poing. J'ai eu tellement peur que j'ai appelé les collègues et ils ont désamorcé la situation. Il m'aurait cogné, j'aurais pas bougé. Je m'en souviens de ça ».

D : « et ça a pu être repris avec le patient ? »

V : « Oh ba il a été viré ».

D : « Pour revenir au vélo, quelle pratique toi tu as du vélo »

V : « Je viens tous les jours à vélo au travail de chez moi. En ville, je prends maximum le vélo parce que en voiture c'est infernal ». Tous les jours, je fais une dizaine de kilomètres.

D : « Est-ce que tu peux me raconter un bon et un mauvais souvenir que tu as du vélo ? »

V : « on va commencer par le mauvais, c'est la fois où je me suis fait heurtée par un piéton. Elle m'a quand même cassé le nez et j'avais une entorse cervicale. C'était en rentrant du boulot un soir. »

D : « et un bon souvenir ? »

V : « Je dirais les courses de vélo avec ma fille, on a une piste cyclable qui longe le tramway, on fait la course et moi je l'a bats ».

D : « Pour parler de notre séjour de rupture de vélo avec les patients, comment tu penses faire si une personne s'agite lors de ce séjour ?

V : « Je serais pas toute seule, on va essayer d'apaiser les choses. Et si vraiment c'est pas possible, on va le ramener, soit chez lui, soit à l'hôpital. Mais j'imagine pas ça, pour moi c'est pas possible ».

D : « Qu'est ce qui pourrait mal se passer ? »

V : « J'imagine pas que ça va mal se passer. J'aurais eu peur au départ quand on a commencé. Ma crainte c'était que ce soit difficile physiquement pour eux avec les traitements qu'ils ont, les antécédents. Ils fument tous la plupart. J'aurais eu peur plus d'un problème somatique. Maintenant je le vois le groupe, Avant j'aurais eu peur aussi que les gens s'entendent pas bien, des conflits entre certains, qu'il y ait des jalousies. Après l'autre crainte que j'avais aussi, c'était plutôt pour dormir la nuit. On a quand même des patients qui ont fait des actes pas chouettes et ça ça peut me faire peur aussi d'être dans les mêmes locaux, dormir à côté d'eux. Alors ça je pense que je l'ai toujours un petit peu dans ma tête mais j'essaye de pas trop y penser. Celui qui me fait le plus peur c'est R..., d'abord parce que je connais moins et parce qu'il est très distant, il est très à l'écart du groupe. Quand on est rentrés mercredi, il était derrière, j'ai essayé de lui parler un peu. J'ai eu du mal à lui faire la conversation. Je le connais pas assez. Lui aussi, il doit pas être bavard et le fait qu'il me connaisse pas trop, il met plus de distance. Et puis quand tu penses à ce qu'il a fait, ça fout encore plus les chocottes. Après qu'est ce qui peut y avoir d'autres, bah une défaillance, je pense à M... qui est tombée plusieurs fois, physiquement je

sais pas si elle pourra aller sur les 5 jours. Je pense qu'on aménagera. Même R.. sur l'autre balade, tu vois il est toujours derrière, il va tout doucement. Dès que ça s'accélère, il suit pas. C'est des défaillances, au bout d'un moment tu peux pas, tu peux pas. C'est plus ça que j'imagine maintenant. »

D : « et au niveau de l'organisation, du groupe, comment il s'est ficelé, organisé. T'as quelque chose à dire ? »

V : « Je trouve qu'on est nombreux pour l'organisation et que ça s'est bien organisé en fait. En général, plus on est nombreux et plus c'est difficile de s'organiser. Et là je trouve qu'on s'est bien coordonnés tout de suite maintenant. On arrive à se répartir les tâches, chacun sait ce qu'il a à faire, chacun trouve sa place même quand on fait du vélo. Et puis par rapport aux patients, alors j'ai pas pu assister aux réunions mais sur les retours que j'ai eu ça s'est super bien passé. On est allées rencontrer des sponsors avec des patients, c'était génial ; Ils ont été vachement investis, ils posent des questions. Moi, ce qui m'a vraiment touché, c'est qu'ils ont remercié qu'on nous offre de l'argent ou du matériel. Et ils voulu leur rendre quelque chose. Tu vois quand on est allées voir la nana qui nous a donné de l'argent pour l'hébergement, et bien M.. il a voulu qu'on envoie une carte, il lui a demandé « comment on pourrait vous rendre, vous remercier ? » et la nana a dit « si vous m'envoyez une carte postale, je serai super contente ». Ils avaient de la reconnaissance de l'aide apportée ».

D : « tu pensais que c'était possible d'organiser un groupe comme ça ? »

V : « à plusieurs comme ça, non franchement j'aurais jamais pensé et franchement tu m'aurais dit l'année dernière, Nathalie (autre soignante) elle est partie à un camp. Je m'étais dit elles sont tarées, passer 4 jours avec les patients, c'est pas possible, j'aurais jamais fait ça moi avant. Ouais parce que j'imagine on va rentrer le samedi du séjour, on va être crevés. Quand tu vois pendant 8h ce que ça te prend comme énergie. Et là, non stop... mais bon on dormira bien ».

D : « ah oui, c'est marrant, qu'est ce qui fait que l'année dernière t'aurais jamais imaginé faire ça et que cette année tu le fais ? »

V : « et bien je pense que quand elles sont rentrées mes collègues de ce camp, ça m'a fait envie comment elles en parlaient, comment ça s'est passé et du coup quand l'occasion s'est présentée, j'ai tout de suite foncé quoi. Et puis aussi parce que maintenant on fait beaucoup de choses sur l'extérieur, je vois que quand ils sont à l'extérieur ils sont pas pareil et t'apprécies beaucoup

plus quand ils à l'extérieur. Ici, ils sont malades, ailleurs ils sont comme toi. Donc c'est ça aussi qui m'a motivée. »

D : « et puis la motivation du vélo ? »

V : « ah oui, moi j'aime bien tout ce qui est sport. »

D : « Quelles sont tes attentes de ce projet vélo ? »

V : « et ben, on va se marrer. On va s'éclater. En plus, ils sont drôles. Moi ça permettra de créer d'autres liens avec les patients et puis leur permettre de s'envoler. Profiter de ces instants, même si ça va être difficile. J'imagine qu'on va trimer mais on va leur montrer que c'est possible. C'est pour ça, je voulais qu'il y ait un graal à l'arrivée, une récompense. C'est la mer. Il y en a pleins ils ont pas vu la mer.

D : « c'est une image qui est chargée de représentations, les vacances, de liberté ».

V : « des trucs qu'ils s'autorisent pas, ils se croient pas capables. Narcisse, il faut qu'on l'appelle ce groupe ».

D : « Est-ce que tu aurais des éléments à ajouter ou un message à faire passer à un.e étudiant.e par exemple en formation qui découvre ce type d'actions ? »

V : « qu'ils soient eux-mêmes et qu'ils se lancent. En fait c'est ça, ce qui m'a beaucoup bloqué quand je suis arrivée en psychiatrie, c'est que j'osais pas parce que je me sentais pas légitime à faire des choses que moi j'aime et que j'aime partager. Et en fait, une fois que tu as passé ce cap de te dire que tu n'es pas plus ou moins qu'un autre, tu peux leur apporter pleins de choses. Qu'ils soient eux-mêmes et qu'ils soient vrai.e.s avec les patient.e.s et tout se passe bien quand c'est comme ça. Le sport ça permet ça je trouve car ça permet de voir tes limites, de voir ce que tu es capable de faire et ça te motive. Y'a rien de mieux. Et puis quand on part à vélo, moi je me sens pas soignante et eux patients. Ah mais c'est vrai en plus. Je me sens pas du tout l'infirmière et eux les malades psy. Non, non on est tous sur nos vélos, on est des cyclistes. On est tous pareil. D'ailleurs quand mercredi on est partis, quand il y a eu les chutes, tout le monde s'est arrêté les gens dehors ils venus voir si on avait besoin d'aide et tout le monde a eu le souci des deux personnes qui étaient tombées.

D : « oui, une forme d'équité qui est assez extraordinaire ».

V : « on est tous à égalité, je pense que c'est ça en fait, pour le soin. Il faut pas se sentir plus haut qu'eux. Faut être sur un pied d'égalité. » ? Il y a une chose qu'on a pas pensé, on pense à la défaillance des patients, mais il y a la nôtre aussi. Ça peut être nous. On est pas à l'abri d'un ras le bol, ça peut être dur le vélo quand même. Donc eux ils vont peut-être être motivés à se dépasser mais nous faudra aussi qu'on se dépasse. C'est la médecin généraliste qui me l'a dit. On demandait des certificats médicaux pour les patients mais elle m'a dit il faut voir pour les soignants aussi. Mais je compte sur les patients, ils vont nous motiver quand on va en avoir marre, c'est eux qui vont prendre le relais. C'est ça en fait qui est bien dans ces groupes. Tu donnes mais ils te donnent autant. C'est pour ça qu'on fait ce métier je crois ».

Annexe 4 : fiche du groupe vélo envoyée aux unités de soins.

PROJET VELO

Séances d'entraînements + séjour vélo

Nom des accompagnateur.rices :

Nom des participant.es:

CADRE

Forme : groupe ouvert au départ à toutes personnes intéressées par le séjour, puis bilan à mi-parcours des entraînements pour définir le nombre de participants au séjour. Auto-évaluation de chacun.e avec autorégulation du groupe.

Adressage : participation individuelle

Mise en place du séjour : durant plusieurs mois ce projet mobilise les ressources des personnes pour planifier, organiser, réserver, s'entraîner ; l'équipe les soutient dans la finalité de ce projet.

Calendrier : Séances d'entraînements de vélo tous les mercredis de 13h30 à 16h du 20 mai au 2 septembre 2020 (16 séances).

Séjour de vacances à vélo du mardi 8 septembre au samedi 12 septembre 2020.

OBJECTIFS

Un cycle vélo est proposé sur une durée de 2 mois à un groupe de personnes sachant faire du vélo.

A l'issue de ce cycle un voyage de 5 jours à vélo est organisé, avec l'objectif de partir de Lyon et rejoindre Port Saint Louis.

L'objectif final est d'avoir un but, exceptionnel, d'arriver à la mer, fin de toute route et aboutissement des efforts, recherche du « Graal ».

Ce séjour est l'occasion de susciter de l'intérêt et de s'investir dans un projet, de vivre aussi une expérience de séparation d'avec l'hôpital et/ou de la famille, de partir en vacances, de vivre une vie collective en petit groupe.

C'est aussi un espace qui permet de créer des liens avec les personnes, de renforcer une relation de confiance entre accompagnants/accompagnés.

Le vélo est vecteur de rencontres au fil des étapes, de transmission d'expériences vécues.

Objectifs généraux :

- Mobiliser les capacités des personnes autour d'une organisation, d'une anticipation et de la planification du séjour,

- affronter, surmonter ses peurs du dehors, se dépasser dans une activité sportive, créer du lien social,
- vivre un défi sportif valorisant,
- s'ancrer dans le présent dans une pleine conscience de tout ce qui les entoure : sentir, regarder, écouter, s'émerveiller, créer du bien-être, du plaisir, du désir,
- aider à préparer, à affiner ou à penser un projet,
- vivre des expériences favorisant une plus grande estime de soi, permettant de gagner de la confiance en soi, mobiliser son corps et son esprit,
- susciter et réveiller l'envie de faire du vélo (souvent associée à des souvenirs d'enfance),
- sensibiliser à une alternative intéressante aux transports en commun dans leurs déplacements futurs, à un mode de transport écologique,
- vivre dans un groupe, respecter les autres, tenir compte des autres, faire avec pour que le séjour soit agréable pour l'ensemble du groupe, développer l'entraide, la solidarité.

INDICATIONS

Ce séjour est pensé pour :

- des personnes qui ressentent du mieux-être hors de l'hôpital,
- des personnes qui ne sont jamais parties en vacances, ou peu souvent, et qui ont besoin d'aide à penser un projet de ce type,
- des personnes qui ont besoin de vivre une expérience de séparation,
- des personnes ayant des parcours de maladie et des vécus de l'hôpital longs, et qui ont besoin d'expérimenter pour ensuite investir un projet de vie hors de l'institution,
- des personnes qui ont du mal à s'inscrire dans une vie groupale, et pour qui le séjour permettrait un temps privilégié en petit groupe pour s'exprimer plus facilement,
- des personnes en manque d'interactions sociales,
- des personnes qui ont besoin de lâcher prise, de détente et de prendre soin d'elles,
- des personnes pour qui est le sport est important dans leur équilibre, dans l'entretien de leur corps.

CONTENUS DU SEJOUR

Gradation de l'intensité dans les entraînements, des kilomètres parcourus, de l'endurance au fil des séances pour être prêt pour le séjour de 5 jours : évaluation des capacités physiques de chacun et par l'équipe, auto évaluation de chaque personne sur sa capacité à tenir le rythme, constitution d'un groupe homogène de cyclistes, entraînement sur des ateliers d'entretien des vélos en partenariat avec le GEM OSE à Vénissieux.

2/ Séjour à vélo sur la piste cyclable Via Rhôna, avec un relai d'équipe ainsi que l'assistance d'un véhicule pour les portions de route les moins intéressantes.

Objectif de 40-50 Kms/jours, modulable.

Dans un environnement reposant, au contact de la nature avec un hébergement dans des gîtes et/ou camping et/ou auberge de jeunesse.

Il est basé à la fois :

- sur des activités de mobilisation du corps (stimulation physique, gestion de l'effort, du souffle)
- sur une stimulation de la curiosité (découverte des lieux traversés, des villages, sensibilisation à l'environnement),
- sur le ressenti de sensations de bien être, de prendre soin de soi ,
- sur le dépassement de soi (se fixer des objectifs, relever un défi)
- sur la relation à l'autre (vivre ensemble, s'entraider, se soutenir, s'encourager).

EVALUATION

Méthode : gestion de « l'avant », du « pendant » et de « l'après » de la semaine du séjour :

- Avant le séjour : les personnes organisent elles-mêmes le séjour par l'intermédiaire de temps de réunions accompagnés par leur équipe. Rendre autonome, responsabiliser, notamment dans les démarches administratives (contacter les tuteurs, fournir les documents nécessaires pour l'obtention de chèques vacances...)
- Pendant le séjour : observations du comportement, évaluations de l'autonomie, des interactions.
- Après le séjour : partage des vécus en groupe afin de faire revivre ces 5 jours. Observation sur le moyen terme de la modification, amélioration, répercussion sur la dynamique de vie des personnes.
Montage vidéo par les participants en vue d'une diffusion au sein de l'hôpital mais également auprès du grand public et des médias.

SPONSORS:

Nous sommes soutenu.es par 3 entreprises:

- magasin de sport INTERSPORT de Givors

sponsoring sous forme de don de matériel cycles

- magasin de cycles MORNANT CYCLES à Mornant

sponsoring sous forme de don de matériel cycles

- entreprise GUTENGERG à Saint Etienne

sponsoring sous forme de participation financière de 300 euros, versée directement à un hébergeur pour réservation d'une nuitée + impression d'autocollants pour nos 2 mini bus avec le logo des 3 sponsors.

-

Résumé du mémoire

Nous avons tous et toutes une santé mentale et nous avons tous et toutes été patient.e.s un jour. Cependant, une vision dichotomique subsiste dans nos pratiques de soins en psychiatrie. La **stigmatisation** des troubles psychiques est encore importante et parfois véhiculée par les professionnel.l.e.s de santé. Les approches orientées **rétablissement** favorisent ce chemin de déconstruction du **regard** soignant centré sur la maladie et le symptôme. Lors de recueils de témoignages en lien avec une expérience originale de groupe et séjour de vélo, je mets en évidence les représentations des soignant.e.s pouvant freiner ce type de projet souvent considéré comme « trop ambitieux » pour des personnes concernées par des troubles psychiques.

Dans cet écrit, il est question de stigmatisation et de l'influence de cette **médiation** sur les **postures professionnelles** afin d'élaborer des pistes de réflexion pour améliorer les pratiques de soins en les axant davantage vers la communauté et en adoptant une vision plus humaniste et citoyenne.

Mots clés :

Stigmatisation, médiation, regard, rétablissement, posture professionnelle.