

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2017

Intégration d'un médiateur de santé-pair au sein d'une équipe sanitaire de réhabilitation
psycho-sociale.

Démultiplier l'offre de soins et participer au changement de paradigme dans la profession
infirmière en permettant la coexistence des savoirs expérientiels et universitaires.



Tiphaine WEIMER

Tutorat : M le Docteur Massimo Marsili

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2017

Intégration d'un médiateur de santé-pair au sein d'une équipe sanitaire de réhabilitation
psycho-sociale.

Démultiplier l'offre de soins et participer au changement de paradigme dans la profession
infirmière en permettant la coexistence des savoirs expérientiels et universitaires.

Tiphaine WEIMER

Tutorat : M le Docteur Massimo Marsili

« Porter de l'intérêt à la personne sans être aveuglé par les caractéristiques qu'elle donne à voir et sans vouloir penser à sa place s'avère un exercice difficile dans un contexte social et professionnel très fortement marqué par une certaine conception de la normalité. »

Walter Hesbeen

"Nous estimons nécessaire, pour entrer en communication avec un individu, de ne pas tenir compte de son étiquette sociale. C'est en prenant conscience d'avoir été exclu et rejeté que le malade aura la possibilité de reconquérir sa place perdue"

Franco Basaglia.

Remerciements

Ce mémoire est le résultat d'un travail de recherche de quelques mois.

En préambule et pour n'oublier personne, je voudrais remercier toutes les personnes, usagers, collègues, formateurs, que j'ai rencontré durant mon parcours professionnel, qui ont enrichi mon expérience et qui ont participé à l'élaboration de ce travail.

Merci à M le Docteur Cullard Philippe, Mme Franck Christine, Mme Ehrler Martine, Mme Ait Aoudia Denise, Mme Anstett Christiane, pour m'avoir élevée, encouragée, accompagnée, soutenue et guidée durant mes premiers pas, de ma formation à la construction de mon identité professionnelle.

Je tiens tout particulièrement à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur le Docteur Massimo Marsili, dont l'expérience en matière de rétablissement est exceptionnelle, pour sa guidance, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Merci à M Gentner Fabrice, cadre de santé coordonnateur des unités de réhabilitation, pour ses encouragements, son soutien, le temps qu'il m'a consacré et son aide.

Merci à Monsieur le Docteur Eisele David, chef de pôle et responsable des unités de réhabilitation pour sa relecture, son intérêt porté à mon travail, son accompagnement contant dans le questionnement de mon positionnement soignant, sa disponibilité et son expertise d'écoute.

Merci à Monsieur le Docteur Roelandt Jean-Luc, Madame Staedel Bérénice, Madame Caria Aude qui ont su susciter en moi l'intérêt nécessaire à l'élaboration de ce mémoire en m'apportant un apport théorique et pratique tout au long de la formation au DIU et en me guidant vers les bonnes références.

Merci à Monsieur Dosser Jean-Marc, Directeur des soins et de la qualité de mon établissement, qui m'a permis de participer à cette formation, qui m'a accordé son temps et son implication dans mes recherches.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille : Mon conjoint Sébastien, mes enfants : Ethan, Timéo et Elisa, ma Mamisele Marthe, ma cousine Justine, ainsi qu'à tous mes proches et amis, qui m'ont accompagnée, aidée, relue, soutenue et encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je ne pourrai pas clore mes remerciements sans adresser une pensée à ma maman, Cathy, dont le parcours de vie fut pour moi la première figure du rétablissement.

Avant-propos

En 2002, alors étudiante en Brevet de Technicien Supérieur (BTS) assistante de gestion en alternance, je décidais de postuler sur un poste d'Agent des Services Hospitaliers (ASH) vacantière pour le mois de juillet 2002, à l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), pour des raisons financières. Pleine d'appréhensions quant au public accueilli en service de psychiatrie, j'ai osé demander lors de ma candidature, un poste où je ne serais pas en contact avec les « malades » ...J'ai été recrutée dans un service où les personnes accueillies souffraient de psychoses infantiles vieilles.

Je débutais ma carrière à l'EPSAN en octobre 2002, sur un poste d'ASH. En février 2005, tout juste titularisée, je démarrais mes études d'infirmières à l'IFSI de Brumath en promotion professionnelle.

J'ai construit mon identité professionnelle au fil des expériences et des rencontres qui ont ponctué mon parcours. Je n'ai pas fait l'expérience du travail en unité d'admission. De l'obtention de mon diplôme en avril 2008 à octobre 2016, j'ai exercé dans une structure de jour à vocation intersectorielle ouverte 7j/7. Le projet de l'unité a souvent été remanié, réfléchi, réorienté, ce qui m'a confronté à l'exercice de la réflexion sur mes pratiques, sur la traduction d'un projet en mettant en œuvre des propositions de soins qui tiennent compte de l'avis de l'utilisateur.

Cependant certaines pratiques m'ont questionnées. J'ai participé à des réunions où les soignants pensent pour les « patients », où l'on a déployé tout un tas de stratégies pour que le « patient » adhère à la prise en charge proposée. Je peux même dire que la prise en charge était conditionnée à cette adhésion. Très souvent dans ces cas-là, le projet n'aboutissait pas, l'avis de la personne n'était pas recueilli, sa participation était attendue au sens du respect de la prise en charge. Le « patient » devait s'adapter au modèle de soin proposé dans l'unité, et non l'inverse. Et ne parlons pas des aidants, ils n'apparaissaient pas dans le parcours.

C'est notamment la rencontre avec les usagers qui m'apporte un éclairage précieux pour ma pratique professionnelle, la connaissance qu'ils ont de leurs troubles et de la manière dont ils s'expriment, les moyens et ressources qu'ils mettent en place pour lutter contre ou vivre avec. C'est grâce à ces rencontres, que j'ai accepté de changer de regard sur la psychiatrie, la santé

mentale et les usagers des services sanitaires. Ne plus considérer la pathologie mentale comme inéluctable et considérer les patients comme des citoyens à part entière.

Lors d'un colloque soignant, j'ai eu la chance de rencontrer Monsieur le Docteur Jean Oury, d'après son témoignage, je me suis penchée sur le concept de la psychothérapie institutionnelle qui met l'accent sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignés. Le but d'humaniser le fonctionnement des établissements psychiatriques, afin que les patients reçoivent un soin de meilleure qualité, de rompre avec les pratiques asilaires, et de favoriser les soins ambulatoires dans la cité, m'ont interpellé étant donné la spécificité de mon poste en unité de jour.

L'expérience italienne de désinstitutionalisation, menée à Trieste, par Franco Basaglia à laquelle a participé Monsieur le Dr Massimo Marsili a également toujours suscité mon intérêt. Cette expérience, interpellée par sa pérennité, et par ses résultats concrets. Elle remet en cause des concepts acquis en matière de prise en charge psychiatrique, et en ce qui concerne la place du malade mental dans la société.

Très vite, j'ai adopté une ligne de conduite qui a été la suivante : ne pas vouloir pour l'autre, respecter la singularité de chacun, aller à la rencontre de la personne et écouter ce qu'elle a à dire, accepter de ne pas avoir toutes les réponses, considérer les usagers comme des citoyens avec des droits et des devoirs. J'ai surtout voulu, ne pas être ce soignant tout puissant, celui qui sait et qui a raison.

Le concept de rétablissement a fait écho en moi et sera dès lors mon principe directeur en ayant conscience de l'exercice singulier qu'est le changement de paradigme qu'il implique. Depuis octobre 2016, j'occupe un poste de jour dans une unité d'Hospitalisation à Temps Complet (HTC) de réhabilitation. Le questionnement constant sur ma pratique et le travail de co-construction des projets avec l'utilisateur sont des valeurs qui animent mon positionnement.

Cependant, des interrogations subsistent encore dans mon esprit :

- Comment repérer et mettre en valeur les initiatives prises par et pour les usagers sans toutefois tomber dans un militantisme aveugle et démesuré ?
- Comment décloisonner l'offre de soins pour la rendre globale, cohérente, continue et communautaire ?
- Comment permettre l'expression de la volonté des usagers dans un système hospitalier hiérarchisé ?

Introduction	1
1 Cadre conceptuel.....	2
1.1 Santé.....	2
1.2 Santé mentale.....	2
1.3 La réhabilitation.....	3
1.4 Le rétablissement	4
1.5 L’empowerment.....	5
1.6 L’inclusion sociale.....	6
1.7 La lutte contre la stigmatisation et les discriminations.....	6
2 Contexte	8
2.1 Contexte européen	8
2.2 Contexte national	8
2.3 Contexte régional.....	9
3 Présentation de l’établissement, son projet et sa filière réhabilitation.....	10
3.1 Présentation de l’établissement.....	10
3.2 Projet d’établissement	11
3.3 Les unités de la filière de réhabilitation :.....	12
3.3.1 L’unité d’Hospitalisation à Temps Complet : HTC réh@b	12
3.3.2 L’Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire : ERIA	12
3.3.3 Le Centre de Jour de Réhabilitation : CJR	13
4 Valeurs, concepts et outils de la filière de réhabilitation :.....	13
4.1 Le logement.....	15
4.2 L’insertion professionnelle :.....	16
4.3 L’Education Thérapeutique du Patient (ETP):.....	16
4.4 L’inclusion sociale et la destigmatisation :.....	18
5 Le programme médiateur de santé pair	19
5.1 La pair-aidance	19
5.2 Les médiateurs de santé-pair	20
5.3 Savoirs expérientiels, les experts du vécu	20
5.4 Etat des lieux dans le monde	21
5.5 Etat des lieux en France	21
5.6 Le Programme expérimental français.....	22
5.7 La formation du programme expérimental	22
5.7.1 La formation initiale.....	23
5.7.2 La formation continue.....	23
6. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014	23
L’intégration d’un médiateur de santé-pair dans les unités de réhabilitation de l’EPSAN	24
7. La construction du projet	25
8. Le recrutement.....	25

9. La préparation du terrain d'accueil	26
9.1 Formation de l'équipe	27
9.2 La communication dans l'équipe des unités de réhabilitation et la construction d'une réflexion commune	28
9.3 La communication dans l'établissement.....	29
9.3.1 La communication entre les unités.....	29
9.3.2 Le Comité Technique d'Etablissement (CTE).....	30
9.3.3 Syndicats	30
9.3.4 Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).....	30
9.3.5 Commission Médicale d'Etablissement (CME).....	31
9.3.6 Directoire et Conseil de surveillance.....	31
9.3.7 Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT).....	31
10 Réflexions issues des groupes de travail et des focus group	31
10.1 Le statut et la compétence	31
10.2 La fiche de poste	33
10.3 La mise en place d'un partenariat	34
10.4 Le travail en équipe et la dynamique du groupe	34
10.5 L'analyse des pratiques professionnelles (APP)	35
10.6 La psychothérapie de soutien.....	36
10.7 La formation du médiateur de santé pair	37
10.8 La mise en place d'un suivi	38
11. Les questions pratiques.....	38
11.1 Le secret professionnel et l'accès au dossier de soin.....	38
11.2 La stigmatisation.....	39
11.3 L'utilisation du véhicule de service.....	40
11.4 Le temps de travail.....	40
11.5 La participation aux réunions	40
11.6 Les modalités de réalisations des actes.....	40
12 Les perspectives.....	41
12.1 La communication externe	41
12.2 Développer la recherche clinique.....	42
12.3 Le case management	43
12.4 La certification ISO 9001	43
Conclusion.....	45
Bibliographie.....	46
Abréviations utilisées.....	51
Annexes	53
Résumé	

Introduction

Ce mémoire part d'une réflexion : Comment mettre en œuvre la recommandation de l'OMS en matière de participation des usagers et aidants ? Et en toute particularité celle des usagers des services de santé mentale et de leurs aidants ?

Les expériences de mise en pratique participative en France, puisées dans le modèle anglo-saxon, ont longtemps balbutiées. Elles ont été encouragées par les lois de janvier et mars 2002, mais sont encore partielles. La loi de 2005, créant les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), présentés comme des structures innovantes et révolutionnaires dans le paysage de la psychiatrie française a dynamisé la participation des usagers. D'autres formes de participations peuvent cependant être offertes.

Néanmoins, il peut s'avérer difficile de participer quand la possibilité de prendre part et de se positionner par rapport à son propre accompagnement peut être contraint, pensé par les autres, aggravé par un système institutionnel encore très orienté sécuritaire et pensé sur un modèle psycho-pathologique. Il s'agit alors de s'interroger sur la place de l'utilisateur au cœur du dispositif de soins en psychiatrie, le rapport au droit, l'accès aux soins dans la communauté, à une pleine citoyenneté.

Le modèle de la réadaptation psychiatrique est un marqueur fort d'une nouvelle orientation qui tend à favoriser un rôle actif du sujet dans son projet de soin, de vie. Dans cette optique, le fait de resituer le sujet, en tant qu'acteur de sa prise en charge est prépondérant. L'autonomie, impliquant les notions de liberté, de responsabilité, de choix, de participation aux décisions politiques, d'insertion socioprofessionnelle. En ce sens, la réhabilitation psycho-sociale, qui met l'accent sur la restauration des capacités des personnes, en se décentrant de la psychopathologie permet des expériences de rétablissement.

Des efforts nationaux ont été déployés pour mettre en œuvre des politiques de santé mentale qui visent le bien-être des citoyens. La loi Santé du 26/01/2016 pour l'amélioration de notre système de santé promeut le développement des droits des patients « *Innover dans l'organisation des soins, en passant d'un système cloisonné, trop centré sur l'hôpital, à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient* »¹

¹ Marisol Touraine Tribune de l'Assemblée, le 31/03/2015

ETUDES

1 Cadre conceptuel

1.1 Santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, ce n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. »²

La déclaration Alma-Ata de 1978 pour l'accès à un niveau de santé acceptable pour tous les peuples du monde considère que la santé est un droit fondamental de l'être humain et que l'accession au niveau de santé le plus élevé suppose la participation des nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

La charte d'Ottawa de 1986 définit la promotion de la santé comme démarche ayant pour but de donner aux individus davantage de maîtrise en ce qui concerne leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Elle détermine également que la promotion de la santé nécessite l'action coordonnée des tous les intéressés en complément du secteur de la santé. Il est donc indispensable de renforcer l'action communautaire et développer les aptitudes individuelles.

1.2 Santé mentale

En 2005, lors d'une conférence européenne à Helsinki, l'OMS propose une définition de la santé mentale qui nous permet de bien saisir les différentes composantes. La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du "bien-être", tel qu'il figure dans la définition de la santé établie par l'OMS.

« La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Le plan d'action global 2013/2020 de l'OMS reconnaît le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Il repose sur une approche portant sur toute la durée de la vie. »³

² « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 ». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

³ http://www.who.int/topics/mental_health/fr/

Ce concept de santé mentale suppose une vision holistique de l'être humain, en recherche constante d'équilibre avec son environnement (social, familial, professionnel...).

L'OMS a basé ses politiques et ses recommandations sur le modèle rétablissement (recovery), empowerment, et citoyenneté.

1.3 La réhabilitation

En France, nous sommes dans une transition de l'asile vers la communauté. En tant que professionnel, nous devons intégrer les changements éthiques, et surtout que le partage de décision avec les usagers prend le dessus sur notre désir de protection paternaliste. En effet, il est toujours plus sécurisant de savoir et de vouloir pour l'autre.

Je fais partis de ces soignants qui ont connu la transition entre l'ancienne génération de « *patients, résidents ou chroniques* » qui ont eu l'institutionnalisation comme seule réponse à leur(s) trouble(s), où les libertés individuelles importaient peu et où l'autorité médicale savait ce qui était bon pour eux, à celle de la nouvelle génération, les usagers, citoyens acteurs de leur projet de soin/ de vie. « *La vraie vie de la réhabilitation psychosociale ne se situe pas dans le secteur psychiatrique, encore moins à l'hôpital mais dans une organisation en réseau, dans une offre de soins reformulée.* »⁴

« *Le but général de la réadaptation psychosociale est de restaurer, maintenir, améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habilités sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible* »⁵

En psychiatrie et en santé mentale deux notions apparaissent dans le soin : l'équilibre clinique et l'équilibre social tout au long de la vie. « *La réhabilitation psychosociale constitue actuellement l'un des lieux de réflexion les plus féconds en matière de politique de santé mentale. Elle propose aussi des techniques spécifiques et éprouvées d'accompagnement aux personnes souffrant de pathologies mentales sévères, et se fonde sur des actions destinées à la fois à ces personnes et à la société dans son ensemble.* »⁶

⁴ Giraud-Baro, Élisabeth, Gilles Vidon, et Denis Leguay. « Soigner, réhabiliter : pour une reformulation de l'offre de soins et de services », L'information psychiatrique, vol. Volume 82, no. 4, 2006, pp. 281-286.

⁵ Anthony WA. Principles of psychiatric rehabilitation. Baltimore MD : University Park Press, 1979.

⁶ Matthieu Duprez, « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », L'information psychiatrique 2008/10 (Volume 84), p. 907-912. DOI 10.3917/inpsy.8410.0907

Actuellement de nombreuses équipes psychiatriques s'intéressent à la réhabilitation et mettent en œuvre des outils de soins spécifiques pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques sévères vers leur rétablissement ; les données scientifiques de l'efficacité de ses stratégies s'accumulent ; et pourtant en 2010, seulement 2 % des personnes souffrant d'un trouble schizophrénique bénéficiaient réellement de soins de réhabilitation en France⁷.

1.4 Le rétablissement

« Le concept de rétablissement « recovery » est issu de mouvement d'usagers de la santé mentale aux Etats-Unis dans les années 1970. Tout d'abord minoritaire, il fonde maintenant les politiques de santé mentale de plusieurs pays. »⁸ Il s'agit d'un processus d'acceptation d'une maladie et des fragilités qui en découlent.

Dans le domaine de la santé mentale, le mouvement des alcooliques anonymes développe l'idée qu'être en rétablissement ne réside pas dans le fait d'être guéri mais d'avoir une vie satisfaisante tout en maintenant des efforts pour lutter contre ses troubles.

Les cinq principes clés du rétablissement recensés par Samantha Copeland :

- L'espoir : la personne qui connaît des difficultés de santé mentale se rétablit autant que possible, atteint un état de rétablissement stable et entreprend alors de réaliser ses rêves et ses objectifs.
- La responsabilité personnelle : il incombe à chacun, avec l'aide des autres, d'agir et de faire ce qu'il faut pour continuer à aller bien.
- La formation (éducation) : il s'agit d'apprendre tout ce que l'on peut sur ce que l'on éprouve afin de pouvoir prendre les bonnes décisions concernant tous les aspects de la vie.
- Le plaidoyer pour soi-même (*self-advocacy*) : il s'agit de savoir communiquer avec les autres de façon efficace afin d'obtenir ce dont on a besoin, ce qu'on veut et ce qu'on mérite pour continuer à aller bien et à se rétablir.
- Le soutien : en travaillant sur son propre rétablissement, savoir accepter le soutien d'autrui, savoir aider autrui, aide à se sentir mieux et améliore sa qualité de vie.

⁷ Leguay D, Rouillon F, Azorin JM, et al. Évolution de l'échelle d'autonomie sociale (EAS) chez des patients schizophrènes en fonction de leur prise en charge. *Encephale* 2010 ; 36 : 397-407.

⁸ Estecahandy, Pascale, et al. « Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord » », *Empan*, vol. 98, no. 2, 2015, pp. 76-81.

Le rétablissement en santé mentale désigne la possibilité d'un devenir favorable pour les personnes atteinte d'un trouble de santé mentale.

D'après Bill Antony « *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultantes de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale...* »⁹

Se rétablir ne signifie pas nécessairement la guérison mais la reprise de son pouvoir d'agir.

1.5 L'empowerment

Ce terme est venu d'outre-Atlantique, aucune traduction française ne permet réellement de traduire au sens exact ce concept, mais on peut en dire qu'il s'agit du « *pouvoir d'agir* ». L'importation du concept en France est tardive mais cependant la force du concept peut renouveler les débats sur la démocratie : « *Comme pratique de l'émancipation, l'empowerment pourrait contribuer à faire émerger un projet de transformation sociale vers un autre monde possible.* »¹⁰.

Venue des cités de Chicago dans les années 1930, reprise par les mouvements noirs et féministes dans les années 1970 puis par la campagne d'Obama en 2008, l'expression désigne le processus qui permet aux individus de prendre conscience de leur capacité d'agir et d'accéder à plus de pouvoir.¹¹

Pouvoir exercer un contrôle, une capacité d'agir sur sa vie, implique de pouvoir agir sur sa santé, sur son parcours de soin. Lors du congrès européen sur l'Empowerment des usagers et aidants en santé mentale¹² : Jürgen Scheftlein¹³, a souligné l'importance de donner une voix aux usagers, afin que leurs attentes puissent être prises en compte.

⁹ Opus cité dans L'expérimentation des médiateurs de santé-pair : une révolution intranquille sous la direction de Jean-Luc Roelandt et Bérénice Staedel. Edition Polémiques juin 2016

¹⁰ Marie-Hélène Bacqué, Carole Biewener, L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?, Paris, Éd. La Découverte, coll. Poche, 2013, 175 pages

¹¹ L'empowerment, nouvel horizon de la politique de la ville. <http://www.lemonde.fr/société/article/2013/02/07>

¹² 30 et 31 janvier 2014, dans le cadre des 4es Rencontres internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille

¹³ Responsable politique de l'unité de santé mentale à la direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission Européenne

L'empowerment implique une transformation des relations entre les individus, le collectif et les institutions, entre les pratiques et leurs contradictions. L'Office québécois de la langue française, définit l'autonomisation comme le « *processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement.* »¹⁴

« *L'empowerment consiste à concevoir le système de soins comme une organisation apprenante qui favorise le changement. Il implique une évolution des mentalités, des politiques, des formations et des soins en santé mentale.* »¹⁵

1.6 L'inclusion sociale

« *L'implication des élus et des « patients usagers citoyens » est essentielle dans la mise en œuvre aboutie de la politique de secteur et pour la pleine reconnaissance de la citoyenneté des usagers.* »¹⁶ La maladie engage également des enjeux dans le domaine des droits individuels et de la citoyenneté.

L'inclusion sociale ajoute ainsi l'idée que, si la moitié du travail vers le rétablissement est l'affaire de l'utilisateur, l'autre moitié du travail devrait être conduit par la société elle-même. « *Le soin de réhabilitation ne peut se concevoir que dans une très grande proximité du lieu de vie de la personne et donc ne peut pas facilement être conçu dans une logique graduée. Mais il doit s'inscrire en lien avec des dispositifs non sanitaires, qui eux, peuvent être structurés sur une échelle supérieure à la taille des secteurs sanitaires actuels et être réfléchis à une échelle proche des territoires.* »¹⁷ Or, le constat actuel en France (et dans d'autres pays), est que les usagers en santé mentale sont très souvent stigmatisés et exclus de fait de la société.

1.7 La lutte contre la stigmatisation et les discriminations

¹⁴ L'EMPOWERMENT - D'AUTONOMISATION À AGENTIVATION 21 SEPTEMBRE 2016 Par Gabriel Martin, étudiant à la maîtrise en linguistique <http://www.lecollectif.ca>

¹⁵ Empowerment et santé mentale <http://www.psycom.org>

¹⁶ Roelandt, Jean-Luc, et Laurent El Ghazi. « Santé mentale et citoyenneté : une histoire française », L'information psychiatrique, vol. Volume 91, no. 7, 2015, pp. 539-548.

¹⁷ Lafont-Rapnouil, Stéphanie. « La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? », L'information psychiatrique, vol. Volume 89, no. 5, 2013, pp. 371-377.

Selon Goffmann¹⁸, le terme stigmatisation désigne un attribut, un trait, ou un trouble qui marque un individu comme étant différent des personnes « normales » avec lesquelles il interagit habituellement et entraîne une sanction quelconque de la collectivité. Les représentations sociales attribuées aux personnes souffrant de troubles psychiques, donnent lieu à des croyances préétablies. Ces stéréotypes conduisent à des phénomènes de stigmatisation et discriminatoires et entraînent l'exclusion des personnes visées par ces représentations.

« Les conséquences de la stigmatisation :

Selon plusieurs travaux de recherche (Enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités (Annexe 1) Thompson et al. 2002 ; Schulze, 2007 ; Castillo et al. 2007 ; Caria, 2008 ; Thornicroft et al. 2009), les conséquences de la stigmatisation sont multiples:

- **Conséquences sur un plan personnel :** baisse de l'estime de soi, sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité, stress, isolement
- **Conséquences sociales :** exclusion du monde du travail, difficultés à obtenir un logement, pertes des droits civiques (pour les personnes sous tutelle ou curatelle), difficultés d'adaptation, marginalisation
- **Conséquences sur les soins :** difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, privations de liberté, manque d'information

Les médias, aussi, véhiculent des stéréotypes sur la maladie mentale, que ce soit à travers la presse, des émissions de télévision ou des fictions.»¹⁹

La lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale passe par l'éducation de la population générale, accueillir la différence, accepter la singularité de chacun. « Nous ne pouvons ignorer par ailleurs que les maladies et les représentations qui leur sont attachées sont des constructions sociales et culturelles et que « l'expérience de la maladie » est aussi l'expérience des conditions qu'une société, une culture fait à la maladie et aux malades...»²⁰

La stigmatisation peut également amener au phénomène d'auto-stigmatisation, la personne peut croire aux opinions négatives de la société, les intérioriser et entre autre, perdre l'estime de soi.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles psychiques a donné lieu à des campagnes et des recommandations au niveau politique et associatif. (Annexe 2).

¹⁸ Erving Goffman, sociologue américain d'origine canadienne (1922-1982)

¹⁹ <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Stigmatisation-en-psychiatrie>

²⁰ Christine Delory-Momberger, « Éditorial », Le sujet dans la cité 2014/2 (N° 5), p. 9-10.

« Dans ce contexte, il est important de valoriser les savoirs sur la stigmatisation et les discriminations, de faire connaître et de promouvoir les actions concrètes de lutte contre celles-ci. Il s'agit, pour éviter l'exclusion, de travailler en partenariat et d'intervenir au plus près de la personne, dans et avec son environnement quotidien : soins intensifs à domicile, équipes mobiles, réhabilitation et insertion sociales, coopération avec les associations d'usagers et les « pairs aidants », travail en réseau avec les médecins généralistes et les municipalités. La psychiatrie dans la cité, partenaire des soins et acteur majeur contre l'exclusion des usagers, tel était le message de la psychiatrie de secteur, tel est le message de l'Organisation mondiale de la santé. « Lutter contre la stigmatisation » arrive en deuxième point de la déclaration d'Helsinki »²¹

2 Contexte

2.1 Contexte européen

« 68% des États Membres ont une politique ou un plan distinct pour la santé mentale, 51 % une législation distincte. Dans de nombreux pays cependant, les politiques et législation ne sont pas pleinement conformes aux instruments relatifs aux droits de l'homme, la mise en œuvre est faible et les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs familles ne sont que partiellement impliquées »²² Nils Muiznieks²³ indique la voie à suivre, rappelant que « les responsables politiques devrait respecter le principe selon lequel “Rien ne se fera pour nous sans nous”... donc veiller à ce que les personnes handicapées soient étroitement associées à l'élaboration des politiques qui influencent profondément leur vie »²⁴

Le pacte européen pour la santé mentale et le bien être (2008) prend l'initiative de mettre la question relative à la santé mentale et au bien être dans d'autres domaines qu'uniquement celui de la santé.

2.2 Contexte national

²¹ Roelandt, Jean-Luc, et Aude Caria. « Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale », L'information psychiatrique, vol. Volume 83, no. 8, 2007, pp. 645-648.

²² Atlas santé mentale 2014 http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

²³ Nils Muiznieks est un défenseur des droits de l'homme letton né le 31 janvier 1964 aux États-Unis. Il est choisi par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe comme Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe en date du 1er avril 2012.

²⁴ <http://www.santementale.fr> LE CARNET DES DROITS DE L'HOMME Respecter les droits de l'homme des personnes ayant des déficiences psychosociales ou intellectuelles : une obligation qui n'est pas encore pleinement comprise

« *En France, la santé mentale et la psychiatrie de secteur en particulier sont en mouvement* »²⁵, mais il reste de fortes inégalités à combattre. La psychiatrie française doit faire face à de multiples défis, l'augmentation de la demande de soin, les inégalités territoriales de l'offre de soin, le risque majeur de ruptures de soin avec des hospitalisations de longue durée, la difficulté d'équilibrer qualité des soins et respect des libertés individuelles associé à un contexte de forte médiatisation d'incidents impliquant des personnes souffrantes de maladie mentale.

Au cours des 10 dernières années, ces défis et les réponses à y apporter ont suscité de nombreux rapports et trois plans ministériels successifs. Tous s'accordent sur plusieurs points, dont celui de promouvoir les droits des patients, la place des usagers et aidants, et lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux.²⁶ En effet, à partir des années 2000, la France reprend les concepts de destigmatisation, de lutte contre les discriminations et de participation des usagers et aidants aux politiques publiques.²⁷

Le programme psychiatrie et santé mentale de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise d'améliorer le parcours de soin et de vie des personnes présentant des troubles mentaux par la mise en place d'un programme de travail pour répondre aux besoins des professionnels et des patients afin d'améliorer concrètement la qualité des prises en charge « *Articuler préventions, soins et accompagnement pour améliorer le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique.* »²⁸

2.3 Contexte régional

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) la mission d'élaborer un Projet Régional de Santé (PRS). Celui-ci définit pour cinq ans les objectifs et les priorités de santé d'une région, dans les domaines de la prévention, du soin et des accompagnements médico-sociaux. Il prend en compte les spécificités territoriales tout en s'inscrivant dans les orientations et le cadrage financier de la politique nationale de santé.

²⁵ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_segolene_neuville

²⁶ Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale HAS

²⁷ L'expérimentation des médiateurs de santé pairs : une révolution intranquille sous la direction de Jean Luc Roelandt et Bérénice Staedel Edition Polémiques juin 2016

²⁸ <https://www.has-sante.fr>

Le PRS région Alsace a été arrêté le 30 janvier 2012 pour une mise en œuvre sur la période 2012 à 2017 et comprend plusieurs axes :

- Organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité.
- Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de prise en charge adaptées.
- Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique.
- Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.
- Favoriser la coordination de la prise en charge autour du patient.
- Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins.
- Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé.

Actuellement, l'EPSAN initie un projet global de réorganisation de l'offre de soins psychiatrique afin de proposer une offre de soins répondant aux besoins actuels de la population. Ce projet découle des grands objectifs de santé au niveau national. Ce projet est conduit en lien avec l'ARS Alsace, les partenaires de soins psychiatriques (dans le cadre de la convention de coordination des soins psychiatriques ambulatoires dans la Communauté Urbaine de Strasbourg(CUS)), la Ville de Strasbourg et la CUS.

3. Présentation de l'établissement, son projet et sa filière réhabilitation

3.1 Présentation de l'établissement

Quatrième établissement hospitalier public d'Alsace, l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN), a pour mission la prise en charge des troubles de santé mentale.

Il met à disposition de la population des services et équipements de prévention, de diagnostic, de soins et de suivis pour adultes, adolescents et enfants.

Spécialisé en psychiatrie, l'EPSAN a son siège à Brumath, où sont installés les lits d'hospitalisation. L'EPSAN dessert les trois quarts de la population bas-rhinoise (Annexe 3), de Wissembourg à Saales et de Sarre-Union à Strasbourg et propose plusieurs modalités de

soins : de l'hospitalisation temps plein, séquentielle, de nuit, aux prises en charge de jour, de semaine dans de nombreuses communes du Bas-Rhin.

L'EPSAN a été créé le 1^{er} janvier 1999 par la fusion des centres hospitaliers spécialisés de Brumath (Stephansfeld) et de Hoerdt distant d'une dizaine de kilomètre.

L'EPSAN gère :

- 8 pôles d'activité clinique relevant de 8 secteurs de psychiatrie générale (personnes adultes).
- 2 pôles d'activité clinique relevant de 2 inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile (enfants et adolescents) dont une unité mère-bébé.
- 1 pôle d'activité clinique relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Service Médico-Psychologique Régional – SMPR).
- 1 pôle médicotechnique regroupant les services de la pharmacie et d'hygiène hospitalière.
- 1 pôle somatique, gériatrique et médico-social regroupant un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une maison d'accueil spécialisée (MAS).
- 1 institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et de formation aide-soignante.

Dans le cadre de la sectorisation en psychiatrie, l'EPSAN exerce ses missions dans 6 cantons du bassin nord de la Communauté Urbaine de Strasbourg (CUS) et sur une grande partie du Bas-Rhin (404 communes sur 522), soit une aire géographique concernant 68% de la population adulte.

3.2 Projet d'établissement

Dans le cadre du Projet d'Etablissement, les lits d'hospitalisation à temps complet des secteurs de psychiatrie générale couvrant le Territoire de santé n°2 seront relocalisés au sein d'un nouveau site à Strasbourg afin de rapprocher ces lits de la population desservie. Cette réorganisation s'accompagne d'une réduction du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (- 77lits).

Cette proximité permettra une hospitalisation qui ne soit plus synonyme de rupture : les temps d'hospitalisation s'inscriront plus aisément dans le parcours de soins du patient, maintenant ainsi un lien avec son environnement et la vie de la cité.

Par ailleurs, le projet médical a mené une enquête autour de toutes les alternatives à l'hospitalisation. Le constat de cette réflexion a mis en lumière que la mise en pratiques des principes et outils de la réhabilitation psycho-sociale, au sein d'équipes dédiées, a apporté des réponses satisfaisantes en terme de pertinence de projets de soins efficaces en matière de ré-hospitalisation. Le projet de développer des outils de la réhabilitation pour enrichir la palette d'offre de soins pour tous les patients soignés dans l'établissement a été validé par le Directeur de l'établissement et le président de la CME en novembre 2013.

Les 3 unités de la filière de réhabilitation (Annexe 3) relèvent du pôle d'activité clinique 67G07, ces unités intersectorielles de l'EPSAN, répondent aux besoins des usagers relevant du territoire de santé n°2 (G04/G06/G07/G08/G09).

- M le Dr Eisele David chef de pôle et responsable des unités de réhabilitation.
- M Dosser Jean-Marc, directeur des soins et de la qualité.
- M De Lartigue Vincent, cadre de pôle.
- M Gentner Fabrice, cadre de santé coordonnateur.

L'HTC réh@b est l'unité d'Hospitalisation à Temps Complet. L'unité est ouverte de 8h à 20h, elle accueille des usagers en soins libres. D'une capacité actuelle de 21 lits, elle est amenée à déménager sur le site de Cronenbourg pour s'implanter davantage au cœur même de la cité. Cette unité propose une évaluation fonctionnelle des capacités des usagers, une co-construction avec les usagers et aidants du projet de vie et des objectifs de réhabilitation, la mise à disposition des usagers d'un panel d'outils permettant d'acquérir, maintenir ou restaurer leurs habiletés.

12

L'ERIA intervient 7j/7 de 9h à 17h, œuvrant au plus proche des usagers, adaptant la réponse pour la rendre la plus adéquate possible, coordonnant les actions des différents intervenants afin de permettre à l'utilisateur un maintien dans son milieu de vie ordinaire.

L'approche de l'ERIA est axée sur l'Assertive Community Treatment (ACT). L'ACT qu'on pourrait qualifier de suivi intensif en équipe, est une approche qui s'adresse aux utilisateurs les plus réguliers des services de santé mentale du fait d'une mauvaise compliance, de difficultés sociales importantes et de comorbidités entraînant des ré hospitalisations itératives.

3.3.3 Le Centre de Jour de Réhabilitation : CJR

Le CJR est également à vocation intersectorielle, ouvert 7j/7 de 11h à 19h, il représente une alternative à l'hospitalisation, prévenant les ruptures thérapeutiques et les processus de désocialisation dont principalement l'isolement. La structure offre une prise en soins graduée et individualisée en relais et support des suivis de secteur.

Les trois unités de réhabilitation, HTC réh@b, ERIA, CJR travaillent en lien constant :

- Entre les 3 unités de réhabilitation par des réunions hebdomadaires (lundi/mardi), la présence d'un représentant de chaque équipe lors des synthèses de présentation des usagers. Lors de la construction des projets de sortie, et la prise de relais de la prise en charge en HTC. Lors des ateliers thérapeutiques et autres sorties réalisées en collaboration.
- Entre les unités sectorielles de l'établissement par la rédaction de micro synthèses trimestrielles adressée aux équipes de secteur respectives concernées par la prise en charge des usagers bénéficiaires des soins de réhabilitation. Par la rencontre lors des réflexions et construction des projets en présence des usagers. Lors du passage de relais de la prise en charge vers les secteurs extrahospitaliers et/ou l'accompagnement vers un changement de secteur lorsque cela est nécessaire.
- Entre les aidants, les structures médico-sociales, les structures de réinsertion professionnelle, les médecins traitants, les infirmiers libéraux (IDEL), Groupe d'Entraide Mutuel (GEM), associations de quartiers, partenaires multiples susceptibles d'apporter un accompagnement communautaire aux usagers.

4 Valeurs, concepts et outils de la filière de réhabilitation :

Notre conception du soin dans les unités de réhabilitation est orientée vers le concept de rétablissement. Notre perspective première est de maintenir, restaurer ou développer les capacités de la personne afin de lui donner les clefs pour éviter l'exclusion.

En ce sens, nous proposons un panel d'ateliers qui visent à promouvoir et développer l'autonomie des personnes, leurs droits, leur participation ainsi que leur pleine citoyenneté.

Notre souhait est de sortir du carcan de l'hospitalo-centrisme, où toutes les réponses résident dans le domaine hospitalier/ le champ sanitaire.

Nous devons démultiplier l'offre de soin, afin de permettre une réponse communautaire à un problème de santé communautaire. Pour ce faire, nous avons acquis une connaissance du réseau existant dans les domaines de l'insertion professionnelle, sociale, culturelle ; le logement, la lutte contre les exclusions, et développé des partenariats extérieurs :

- Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (SIMOT).
- L'Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economie d'Alsace (URSIEA).
- Association Régionale Spécialisé d'action sociale d'Éducation et d'Animation (ARSEA).
- Centre de Réadaptation de Mulhouse (CRM).
- Association lorraine pour la promotion des personnes en situation de handicap (ALPHA Plappeville).
- Groupe d'Entraide Mutuel Aube (GEM).
- Association Ariane (Annexe 5).
- Logements Accompagnés PsYchiatriques (Lapy).
- Association Tôt ou t'art.

Nos valeurs fortes : « Nothing about us without us », l'ouverture d'esprit, l'humilité, la croyance inconditionnelle positive, la réflexion constante sur nos pratiques. Ces valeurs sont portées par l'ensemble des acteurs. Nous prenons en compte la biographie de la personne ainsi que son entourage. Nous intégrons les aidants quand cela est possible/souhaité dans le parcours des usagers par la méthode du triologue.

Nous avons toutes et tous été formés (ASH/Aide-Soignant/Assistante sociale/IDE/usagers) au concept du rétablissement.

« Les trois notions, rétablissement, inclusion sociale et empowerment, créent un nouveau paradigme qui situe l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière et où les services de santé mentale se donnent les moyens de soutenir son autonomie plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de « patient ». »²⁹

De nombreux outils d'évaluation ont été mis en place au sein des unités de réhabilitation, en accord avec le Praticien Hospitalier, Chef de pôle, Dr Eisele David, et que nous réévaluons chaque mois avec les usagers comme :

- la macro cible réhabilitation.
- le contrat d'engagement.
- l'échelle d'évaluation de l'autonomie sociale.
- la grille d'évaluation des connaissances sur la thérapeutique et la pathologie.

Nous avons priorisé 4 axes d'intervention desquels découlent un certain nombre d'ateliers :

4.1 Le logement

Actuellement 68% de nos usagers arrivent SDF dans l'unité d'HTC réh@b desquels 90% ont un projet de logement individuel. Dans ce cadre un certain nombre d'ateliers d'apprentissage et d'évaluation autour du logement sont proposés :

- Atelier cuisine avec gestion d'un budget. Ménage de la chambre. Chef de table. Lessive.
- Focus group budget.
- Atelier « rénov meuble ».
- Recherche de logement, orientation vers le bureau d'accès au logement de la ville (STRASBOURG et SCHLTIGHEIM).
- Studio d'évaluation, appartement d'évaluation, appartement de relais thérapeutique.
- Sorties progressives.
- Rencontre et communication avec les partenaires extérieurs (aidants, ERIA/CJR pour la filière réhabilitation, Hôpitaux de Jour(HJ)/Centre Médico Psychologique (CMP) pour le suivi de secteur, médecin traitant, infirmiers libéraux, Service d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés (SAMSAH)/Service d'Aide à la Vie Sociale

²⁹ Jouet, Emmanuelle, et Tim Greacen. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. ERES, 2012

(SAVS), auxiliaire de vie...). Des partenariats sont également mis en place (cités ci-dessus).

4.2 L'insertion professionnelle :

Un atelier insertion professionnelle est proposé aux usagers. Par cet atelier, nous mettons en lien les usagers avec les partenaires extérieurs cités ci-dessus, mais également Pôle Emploi qui aide et conseille pour la rédaction de CV/lettre de motivation, la MDPH qui précise les droits ; la visite de chantiers d'insertion...

En tant que professionnel(le) exerçant dans le domaine sanitaire, inscrit dans une démarche d'autonomisation et de décroisement, il ne s'agit pas de se substituer aux services existants. Mais d'une mise en lien et d'une transmission de connaissances de réseaux existants aux usagers.

En effet, dans le cadre d'une prise en charge communautaire et d'un accompagnement global de la personne il s'agit de permettre la coexistence de différents services dont la personne peut bénéficier. L'insertion professionnelle est une compétence qui ne relève aucunement du champ soignant, en ce sens nous développons des partenariats.

4.3 L'Education Thérapeutique du Patient (ETP):

L'Education Thérapeutique du Patient permet aux personnes souffrant d'une pathologie chronique, d'apprendre à vivre avec leur maladie, de changer leurs habitudes pour mieux vivre avec, et d'être partie prenante de leur prise en charge.

« Les bénéfices de l'éducation thérapeutique pour le patient en termes de qualité de vie, de réduction du nombre de complications, de diminution du nombre d'hospitalisations, de meilleure observance des prises médicamenteuses et recommandations hygiéno-diététiques sont évidents. »³⁰

L'ETP modifie la relation soignant/soignés :

- Au niveau soignant, l'ETP nous place dans une position de partage de connaissances et de co-construction de la démarche de soins.

³⁰ Mauduit, Laurence. L'éducation thérapeutique du patient. Dunod, 2014

- Au niveau de l’usager, l’ETP replace l’usager au centre du dispositif de soins en lui demandant son investissement, dans un processus actif, et de ce fait le soustrait d’être l’objet du respect d’une simple injonction de soin.

« L’éducation thérapeutique a pour objectif de former le malade pour qu’il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d’arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants »³¹

L’ETP permet l’enseignement de nouvelles aptitudes, par le biais d’un programme d’apprentissage, mais aussi la mobilisation de ressources pour aider l’usager à atteindre son objectif.

Le Haut Conseil en Santé Public (HCSP), a publié 18 recommandations pour faire évoluer les pratiques en matière d’ETP. Je citerai ces recommandations, qui suggèrent que, dans le cadre de la prise en considération des inégalités sociales de santé, il s’agit :

- De miser sur les compétences psychosociales et les ressources locales de type médiateur de santé afin de rendre les patients plus autonomes.
- De ne pas oublier l’axe populationnel et l’ETP.³²

Par le développement de programmes d’ETP, nous considérons l’institution, comme un lieu d’apprentissage, et d’éducation. Il est à noter que l’ETP est un programme encadré et validé par l’Agence Régional de la Santé (ARS).

Nous proposons deux programmes d’ETP à nos usagers.

- Un programme d’amélioration de la qualité de vie avec un traitement psychotrope.
- Un programme autour de la citoyenneté (en cours de validation par l’ARS).

D’autres outils d’éducation sont mises à disposition des usagers des unités de réhabilitation tels que :

³¹ Traduction du Professeur JP Assal – janvier 1999. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional pour l’Europe Copenhague. Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d’un groupe de travail de l’OMS. Genève: OMS, 1998:198 p.

³²Recommandation du Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour l’Education Thérapeutique du Patient.

- Wellness and Recovery Action Planning (WRAP). Le WRAP est fondé sur les cinq principes clés du rétablissement, il permet aux usagers de construire leur plan personnalisé pour leur rétablissement, leur bien-être et également de donner leurs directives anticipées en matière de gestion de la crise.
- Le focus group budget est un outil mis en place dans le cadre d'une Intervention Sociale d'Intérêt Communautaire (ISIC) menée par une assistante sociale (Mme Husser Frédérique) et co-construit avec les usagers. Ce groupe permet aux usagers de trouver des réponses à leur problématique par et dans le groupe.

Tous les programmes utilisés dans les unités de réhabilitation sont co-construits avec les usagers et s'organisent préférentiellement en dehors des murs de l'hôpital, dans des salles de conseil municipal, au sein d'association, dans les GEM etc... afin de permettre l'ouverture vers l'extérieur, le soin dans la communauté.

4.4 L'inclusion sociale et la destigmatisation :

Des sorties sont régulièrement proposées, les projets de sorties sont construits avec, par et pour les usagers, plusieurs méthodes sont utilisées pour ce faire : Lors de la réunion soignants/soignés du lundi matin où les demandes sont recueillies. Par le biais de l'atelier « aujourd'hui je fais ce qu'il me plaît » où un usager propose une sortie et s'occupe du montage du projet. Cet atelier se base sur l'entraide entre usagers.

L'accompagnement vers les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) est systématiquement proposé, un partenariat a été signé avec le GEM Aube et nos usagers participent et y proposent des ateliers. Mais aussi un accompagnement au « café psy » (Annexe 6) tous les derniers jeudis du mois pour des ateliers à thème dans un café de la ville de Strasbourg organisé par le GEM Aube auquel participent des usagers, aidants, professionnels.

Nos usagers co-construisent les projets et participent toujours :

- Aux interventions en Institut de Formation en Soins Infirmiers ou Aide-Soignant.
- Aux colloques ou autres formations soignantes.
- Aux ateliers cliniques de l'établissement.
- Aux réunions de fonctionnement trimestrielles.
- Aux séjours thérapeutiques annuels avec visite et découverte de programmes innovants (en 2017 à Marseille visite « d'un chez soi d'abord ») avec communication à

l'établissement par le biais d'un atelier clinique et présentation du programme en Conseil Local de Santé Mental (CLSM) de la ville de Strasbourg.

- Aux CLSM.

Comme le préconise le rapport final de l'expérimentation du programme MSP du CCOMS, notre service est clairement orienté vers le rétablissement et nos valeurs et concepts répondent aux recommandations.

5 Le programme médiateur de santé pair

5.1 La pair-aidance

*« Ils ont appris à compatir aux maux qu'ils ont connus, ils secondent mieux les efforts du médecin, leur exemple ranime la confiance des malades »*³³ La notion de pair-aidance est assez ancienne, et selon les personnes elle peut être considérée comme constitutive des échanges de savoir.

*« Philippe Pinel arrive à Bicêtre en 1793, il rencontre Jean-Baptiste Pussin, ex patient tuberculeux rétabli, qui a été nommé gouverneur des fous et des folles huit ans plus tôt. Ce dernier a mis en place une approche révolutionnaire : l'approche par les pairs.... qui a permis de retirer les chaînes des aliénés.... la loi 581 du 30 juin 1938, encore appelée « loi asile » a rapidement circonscrit ce mouvement de rétablissement à l'intérieur des murs pour des raisons en partie sécuritaires »*³⁴

La formalisation sous sa forme actuelle, avec pour théorie les changements via le transfert de savoir d'expérience pour lutter contre la maladie remonte aux Alcooliques Anonyme (1930). La paire aidance est aujourd'hui utilisée dans de nombreuses maladies chroniques, allant de l'éléphantiasis au cancer en passant par l'Alzheimer, le diabète, l'obésité, les myopathies, le VIH. Les personnes souffrant d'un même trouble peuvent rentrer en contact avec leurs pairs, ces contacts ouvrent de nouvelles perspectives, et sont autant de sources d'espoir et de courage tirées des expériences du rétablissement des autres. La participation est indispensable pour avoir le sentiment de compter pour soi et pour les autres, appartenir à un groupe, une société en

³³ Jean-Baptiste Pussin

³⁴ <https://comme-des-fous.com/Patrick-le-cardinal>

apportant sa participation en tant que parent, ami, partenaire, conjoint, bénévole, expert du vécu, soignant, professionnel.

5.2 Les médiateurs de santé-pair

Ce terme a été créé par le CCOMS pour le programme expérimental. En effet, la médiation en santé/santé mentale est enseignée depuis des années (DESU-Université Paris 8).

Le terme « pair » y a été ajouté car il s'agit d'ex-usagers des services/soins de santé mentale. Cette appellation désigne une nouvelle catégorie d'intervenants dans les services de santé mentale qui utilise leur savoir expérientiel dans leur activité professionnelle.

« Plus spécifiquement, le médiateur de santé-pair est « un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues »³⁵

5.3 Savoirs expérientiels, les experts du vécu

Le savoir expérientiel est le savoir acquis d'une expérience du vécu, ce nouveau paradigme tente de modifier les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les choix, les compétences, l'expérience des personnes usagères des services de santé mentale.

Selon un article du psycom : Le partage d'expérience et l'entraide induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en permettant de rompre l'isolement et d'apprendre à vivre avec la maladie. La pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale, et vise à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir acteur de son rétablissement.

« Cette épreuve dont la présence dans le cours de toute existence humaine fait une « expérience de la vie » »³⁶ Le parcours en psychiatrie peut générer des expériences et des savoirs, « lorsque les vécus de l'expérience s'échangent, ils donnent naissance à une expertise, celle de l'expérience de la maladie mentale et des soins. »³⁷ La mise en mot de son savoir, de son vécu au travers de l'échange valorise l'expérience du vécu et permet d'ajuster les pratiques et les

³⁵ <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale>

³⁶ Christine Delory-Momberger, « Éditorial », Le sujet dans la cité 2014/2 (N° 5), p. 9-10

³⁷ Le rétablissement en pratique(s) accompagner autrement les personnes en difficultés psychiques édition Lanno Campus Luc Van Huffel en collaboration avec Pascale Jamoulle et Emmanuel Nicolas 2015. P 11

projets. En effet l'échange pousse à se questionner davantage et à être plus respectueux des besoins de l'autre. Le savoir expérientiel amène une reconfiguration des positionnements des membres des équipes pluri-professionnelles et remet en ligne les interrogations éthiques concernant la finalité des actions soignantes et d'accompagnement en santé mentale.

5.4 Etat des lieux dans le monde

Il existe depuis longtemps des structures notamment associatives créées et gérées par et pour les usagers comme aux USA, Royaume Uni, Canada, Grèce, Pérou, Argentine, Nouvelle Zélande, Australie.

La pair-aidance en santé mentale s'est développée aux Etats-Unis dans les années 80 lorsqu'un réseau autogéré par et pour les usagers s'est mis en place en marge des systèmes de soins classiques. En 1989, l'Association Nationale des directeurs de programme d'état pour la santé mentale financera les premiers programmes d'embauche de « travailleurs pairs ».

5.5 Etat des lieux en France

A la fin du siècle dernier, la psychiatrie française commence à s'ouvrir à une culture plus collaborative issue du mouvement des usagers nord-américains. Le concept de participation a permis de passer de la critique à l'action. Les expériences de mise en pratique participative en France sont riches mais encore partielles³⁸

Les pouvoirs publics français ont reconnu l'intérêt et le bien-fondé de la présence d'expert du vécu au sein des structures de soins vers la fin des années 1990 (VIH/SIDA, diabète...). Le dispositif favorisant le recrutement et la formation des pairs aidant rémunérés au sein des services hospitaliers de santé mentale sont beaucoup plus récent et ont plus de mal à s'implanter en France.

Des projets de recherche ont été développés en France comme « Emilia » en 2005 (Greacen et Jouet 2010) et « Un chez soi d'abord » en 2010 (Girard et al 2010). Le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale a proposé d'étudier le développement en France du concept de pair-aidant existant au Québec et obtenant, d'après les renseignements dont il disposait, de bons résultats. Le CCOMS a impulsé une réflexion de 2006 à 2010 autour de la mise en place d'un programme expérimental de la pair aidance dans les services de santé mentale en France.

³⁸Rhizome Bulletin National Santé Mentale et Précarité : La participation des usagers en santé mentale novembre 2015

5.6 Le Programme expérimental français

Ce programme pilote sous forme de recherche action 2010/2014, est né de la réflexion menée de 2006 à 2010 par le CCOMS avec pour objectif la création d'une nouvelle profession, mais aussi le changement de paradigme des équipes de psychiatrie publique.

Ce programme, qui visait à former et embaucher en CDD renouvelable dans les établissements de santé mentale, 29 personnes ayant des troubles psychiques rétablies ou en voie de rétablissement, après qu'elles aient été stagiaires un an et qu'elles aient suivi parallèlement une formation de huit semaines (Diplôme Universitaire), a été mis en œuvre par le CCOMS, en partenariat avec la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY) et l'université Paris-VIII.

Le programme a été financé, pour ce qui en est de la formation, par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et les quinze établissements hospitaliers concernés, pour les emplois, par les trois Agences Régionales de Santé (ARS : Île de France, Nord Pas de Calais et Provence-Alpes-Côte-D'azur).

Pour ce qui est de la recherche évaluative qualitative, elle a été financée par la Direction générale de la santé. Le programme, selon ses promoteurs, devait en principe, après la phase expérimentale, être étendu par vagues successives à d'autres régions voire généralisé.

Cette démarche originale est d'allier savoir universitaire et savoir expérientiel afin d'améliorer l'offre et la qualité des soins en santé mentale. *« Son objectif va au-delà de la simple introduction d'un nouveau métier dans la panoplie des professions déjà existantes dans le domaine de la santé et notamment dans la santé mentale. Il entraîne nécessairement des changements de perspective dans le système entier d'organisation des soins (...). Dans une logique systémique, l'arrivée de cette petite patrouille de MSP remet en cause la perspective objectivante du modèle médical, platement adopté dans le domaine de la santé mentale ».*³⁹

Les MSP ont été embauchés sur un statut d'Adjoint administratif (catégorie C de la fonction publique), avec une rémunération de 1.550 € bruts par mois.

5.7 La formation du programme expérimental

³⁹ Massimo Marsili, Psychiatre, Chargé de mission CCOMS sur le programme Médiateur de Santé/Pair.

*« L'originalité de la démarche est d'allier un savoir académique à un savoir d'expérience autour de compétences spécifiques visant l'amélioration, l'accompagnement, et la qualité des prises en charge. »*⁴⁰ La formation s'est déroulée en 2 phases.

5.7.1 La formation initiale

La phase 1, que je qualifierais de formation initiale, d'une durée d'une année.

Les médiateurs ont suivi une formation universitaire de médiation en santé mentale, en cours d'emploi d'un an, à savoir 8 semaines de cours et 36 semaines de stage dans un service de psychiatrie qui menait à l'obtention d'un diplôme Universitaire Médiateur de Santé Pair (université Paris 8). Les 5 chargés de missions, Claude Finkelstein, Karim Khair, Avit Meaux, les Drs Patrick Le Cardinal et Massimo Marsili, ont eu un rôle important dans la bonne mise en place du programme.⁴¹

5.7.2 La formation continue

La phase 2 que je qualifierais de formation continue, d'une durée d'une année après

l'obtention du DU et qui consiste en la mise en situation et en l'insertion dans une équipe.

Les médiateurs bénéficient également de modules de formation complémentaire sur le modèle de la formation continue ainsi que des réunions régulières d'échange de pratiques entre pairs.

6. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014

Le rapport final de l'expérimentation « Médiateur de santé-pairs »2012/2014 montre un bilan positif, le CCOMS appelle à poursuivre l'expérimentation.

En effet, trois ans après le lancement du programme 16 médiateurs sur 29 sont encore en activité, 14 sorties du programme par crainte ou réalité de la rechute, insatisfaction face aux fonctions et activités proposées, confrontation aux équipes soignantes et émergence de conflits alors que le MSP peine à habiter la fonction ou pense y parvenir.

Réellement, 4 sorties ont eu lieu sur la base d'un rapport négatif au programme et d'une rechute liée au travail de MSP (soit à cause du rapport aux patients, soit à cause du rapport à l'institution hospitalière)⁴². Pour les 10 autres, le programme a agi comme tremplin pour une réorientation

⁴⁰ Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014

⁴¹ EPSM Mag Janvier 2011 - N°59 - Publication de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole

⁴² Ibid 41

professionnelle ou une reprise des études. L'enquête qualitative à 3 ans a également mis en évidence que le programme expérimental français 2012/2014 a :

- Montré la faisabilité de l'intégration de pairs aidants professionnels dans les équipes de psychiatrie
- Permis de nouvelle réflexion et un nouveau débat dans les équipes sur la maladie et les pratiques de soins, sur le vécu des patients par rapport au soin de rétablissement
- Montré qu'une certaine qualité de relation MSP/usagers était possible.
- Montré que trop éloignés des usagers le médiateur ne parvient pas à poser les bases d'un travail de relation.

L'intégration d'un médiateur de santé-pair dans les unités de réhabilitation de l'EPSAN

Pour faciliter l'intégration du médiateur de santé-pair, nous avons réfléchi et mis en pratique un certain nombre de recommandations publiées par le rapport final mené par le Clersé (CNRS/ Université Lille 1), qui a un certain passé de travaux scientifiques sur les politiques et pratiques de santé mentale.

J'utilise volontairement le pronom personnel nous pour désigner l'équipe dans laquelle j'exerce en tant qu'infirmière, dans laquelle je m'inclus et avec laquelle je partage mon positionnement.

Le projet d'intégration d'un médiateur de santé-pair n'a pas été porté par mon initiative. Je me suis inscrite dans un projet auquel j'adhère, auquel j'ai été sensibilisée par les formations suivies :

- Colloque soignant. *Qu'est ce qui bouge en psychiatrie ?* « Le rôle des médiateurs de santé-pairs » Staedel B, Brilleman V, novembre 2015, Brumath, Alsace - France.
- Participation et intervention au 9ème Congrès de Réh@b' – 15, 16 et 17 juin 2016 – Paris « De la réh@bilitation au rétablissement, tous citoyens ».
- Formation au rétablissement par Tim Greacen et Emmanuelle Jouet Laboratoire de recherche de l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche.
- Participation au Diplôme Inter-Universitaire 2017 (Paris-Lille-Marseille) "Santé mentale dans la communauté : études et applications" qui a pour objectif principal de proposer une formation théorique et pratique à la santé mentale dans la communauté et à ses applications dans les domaines suivants : organisation des services et des soins

psychiatriques, promotion et prévention de la santé mentale, lutte contre la stigmatisation et l'exclusion.)

L'étude, l'application et la rédaction de ce sujet n'a pas été aisée car plusieurs axes d'analyses s'offraient à moi avec néanmoins des risques d'induire les réponses du fait de mon positionnement. Devant la complexité de l'exercice et des limites à l'étude, j'ai choisi de rédiger ce mémoire de manière narrative. En me servant de l'analyse conduite à l'issue du programme expérimental du CCOMS comme base de travail. Et en l'enrichissant des échanges entre usagers et professionnels par la méthode du focus group sur le sujet et des contacts réguliers avec Mme Staedel Bérénice, chargée de mission au CCOMS pour l'accompagnement du projet et sa bonne mise en place.

7. La construction du projet

Lors du programme expérimental, l'engagement des directions d'établissements, de l'encadrement (médical et soignant) n'a pas toujours été constant. De ce fait, l'expérimentation a été souvent vécue comme une démarche venant « d'en haut », mal acceptée par les équipes en dépit du travail de traduction parfois mis en place par l'encadrement de proximité. Au final, rares sont les établissements où un « réseau d'acteurs » capable de porter localement l'expérimentation a émergé.⁴³

Au niveau de l'établissement, ce projet a été porté par M Gentner Fabrice et M le Dr Eisele David, sous couvert de M De Lartigue, et de M Dosser. De nombreuses réunions ont tout d'abord eu lieu avec les équipes pour nous proposer le projet et lever les appréhensions.

Avec le soutien de la direction de l'établissement et en collaboration avec le CCOMS, l'EPSAN a répondu à l'appel à projet en proposant sa candidature à l'intégration d'un médiateur de santé-pair au sein de l'établissement.

Trois médiateurs de santé-pairs seront embauchés dans la région Grand-Est pour cette fin d'année 2017. Un médiateur de santé-pair pour le centre hospitalier de Rouffach, un pour la structure médico-sociale APPUIS à Mulhouse et un pour l'EPSAN. Nous sommes en lien avec le CCOMS et les chargés de mission du projet afin d'être guidés.

8. Le recrutement.

⁴³ Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014

Une annonce a été diffusée sur le site de l'ARS région Alsace.

A la clôture des candidatures, nous avons recensé 10 à 12 candidats, Mme Staedel, responsable du projet MSP au CCOMS se chargera d'une première sélection des CV en regard de la qualification minimum exigée pour entrer en formation.

Comme recommandé par le CCOMS, le recrutement est organisé par l'EPSAN. Il se fera en présence d'un jury composé de M Dosser, directeur des soins et la qualité et/ou Mme Charmet, directrice des ressources humaines, Dr Eisele, praticien hospitalier chef de pôle, responsable des unités de réhabilitation, M De Lartigue Vincent, cadre de pôle, et/ou M Gentner cadre de santé coordonnateur des unités de réhabilitation ainsi qu'en présence de Mme Staedel Bérénice et d'un médiateur de santé-pair.

La date prévisionnelle pour les jurys d'entretien sera définie pour novembre 2017.

Une mise en stage aura lieu avant l'entrée en formation afin de mettre le médiateur de santé-pair recruté en situations pédagogiques, impliquant des activités de communication et/ou du travail collectif, afin de pouvoir tester les compétences relationnelles notamment par la qualité des relations avec les usagers, l'esprit d'équipe, le potentiel d'intégration à une équipe du médiateur de santé-pair.

9. La préparation du terrain d'accueil

Il est à noter que les équipes soignantes des unités de réhabilitation qui vont accueillir un médiateur de santé-pair en 2017, pour la formation 2018 ont un positionnement favorable et bienveillant à cette intégration ainsi qu'au renforcement de la participation des usagers et aidants.

Les questionnements que nous développerons ci-dessous sont en faveur d'une préparation du terrain afin de garantir la réussite de l'intégration dans l'optique d'un changement de paradigme souhaité par l'ensemble des acteurs, et de l'amélioration de la pratique soignante.

En effet, le programme expérimental a rencontré des obstacles, notamment en lien avec le changement de conceptions et des représentations du soin et du prendre soin (care/cure) en psychiatrie/santé-mentale. Les études internationales ont mis en évidence la nécessité du développement d'une culture professionnelle du rétablissement de l'équipe afin de favoriser l'intégration d'un MSP. *« Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage....Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des*

ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci.»⁴⁴

9.1 Formation de l'équipe

Toute l'équipe a été formée 12 jours sur les 2 dernières années au concept du rétablissement par Emmanuelle Jouet et Tim Greacen, Laboratoire de recherche Maison Blanche. Nous sommes également 7 soignants, dont le praticien hospitalier, le cadre de l'unité et une assistante sociale à avoir suivi le DIU « Santé mentale dans la communauté : études et applications ». Nous questionnons régulièrement nos pratiques et sommes constamment à la recherche de nouveaux outils afin d'offrir une palette de soins plus large à nos usagers. *« Au-delà de notre regard sur le malade et ses symptômes, il convient avec cette notion de rétablissement de nous décaler de nos conceptions habituelles pour repenser la place et l'intérêt de nos interventions. »⁴⁵*

Lors de ces formations, nous avons rencontré plusieurs usagers, expert du vécu, entendu des témoignages d'usagers et d'ex usagers, la qualité de leurs informations et de leur connaissance nous a conforté dans le souhait de tenter l'expérience, bien conscient de l'acculturation et du changement de paradigme que cela implique auprès d'une équipe essentiellement infirmière et aide-soignante.

En effet, l'émergence du concept de rétablissement au sein des hôpitaux psychiatriques et de leur fonctionnement encore très hospitalo-centré vient bouleverser les représentations classiques du trouble et de ses soins. Les grandes avancées qui ont contribué durant ce dernier siècle au passage du statut de "dément inéluctablement déficitaire", à celui "d'usager-citoyen expert de son vécu" oriente la compréhension des enjeux du concept de rétablissement dans le champ de la santé mentale en France.

Dans cette perspective, le rétablissement est envisagé dans sa qualité de paradigme, à la lumière notamment de pratiques et modèles de soins internationaux. Pourtant, un focus group réalisé par l'organisme de recherche Orspere-Samdarra au sujet de la participation des usagers réalisé auprès d'usagers/ex usagers met encore trop souvent en évidence leur méconnaissance du

⁴⁴ La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Walter Hesbeen Ed Masson mai 2007 p 55

⁴⁵ Simonnot, Anne-Laure. « Écoutons-les », L'information psychiatrique, vol. Volume 86, no. 7, 2010, pp. 575-577.

réseau et des possibilités d'accompagnement ainsi que de leur droit et possibilité d'exprimer leur choix. Le sentiment de non-participation est encore très souvent mis en avant.⁴⁶

Du côté des professionnels, il est nécessaire de prêter attention au récit de la personne, de passer à une réflexion fondée sur l'alliance, à la recherche commune de solutions et de possibilités, à la co-construction du parcours et du projet. Il s'agit d'aller d'un contrôle vers un partenariat où les compétences des professionnels sont recadrées. La déprofessionnalisation, non pas au sens de la dévalorisation, mais dans celui du passage d'une relation de pouvoir à une relation axée sur l'autonomie au sens du choix.

Changer son positionnement professionnel, choisir une autre culture, avec de nouvelles procédures de travail, d'autres outils où le partage du savoir, du pouvoir et du choix améliore la qualité du soin. Mais également permettre aux usagers/ex usagers d'élever leurs voix pour déboucher sur des revendications collectives d'ordre politique.⁴⁷

9.2 La communication dans l'équipe des unités de réhabilitation et la construction d'une réflexion commune

La communication équivaut à la mise en commun, cette mise en commun facilite la création de liens entre les professionnels, alimente le cheminement de l'équipe et déclenche le changement de vision/comportement.

Une réunion de fonctionnement a eu lieu le 26/09/2017, une partie de cette réunion a été consacrée à l'accueil futur du pair aidant au sein de nos unités. Cette réunion a eu lieu à l'unité HTC réh@b en présence des membres des 3 unités (HTC réh@b/ERIA/CJR) et d'un à deux représentants d'usagers par structure.

Ce temps de rencontre se déroula sous forme de focus group où chaque participant a eu librement la parole sur le sujet du pair aidant. Pour préparer ce focus group, j'ai diffusé courant du mois d'août une note, afin d'informer, d'inviter, mais aussi de questionner et de recueillir toutes les interrogations que peuvent se poser les professionnels et les usagers.

J'ai souhaité préparer le recueil des questionnements en amont de la réunion, qu'ils soient anonymes ou non. Afin de préparer ce temps de rencontre, dans la perspective que certaines

⁴⁶ Rhizome Bulletin National Santé Mentale et Précarité : Qu'est-ce que participer pour les usagers ? Pauline Rhenter Natacha Carbonel. Novembre 2015 p 7

⁴⁷ Ibid

réponses existent déjà dans la littérature, ont été documentés, explorés, expérimentés, et ce afin de nourrir le débat.

D'autre part, nous sommes en contact avec les chargés de mission du CCOMS, dont notamment Mme Staedel Bérénice qui éclaire nos interrogations et accompagne nos réflexions en nous orientant vers de bonnes références. L'un des projet de Mme Staedel est de référencer les axes de réflexion et les questionnements, dans un document dont l'usage pourra accompagner d'autres équipes.

Par ailleurs, tous les lundis matin, se tient une réunion soignants/soignés avec tous les usagers de l'unité d'HTC réh@b, Lors de ces réunions, où nous avons déjà introduit la notion de pair aidance et de son embauche à venir, nous avons mis en place depuis fin aout 2017 un focus group de 20min par semaine où nous parlons du sujet. Les usagers continuent d'en discuter entre eux, nous font remonter leurs avis, perspectives, craintes. Cette méthode a également permis aux 2 représentants d'usagers présents le jour de la réunion de restituer certaines observations, questions non évoquées en focus group.

L'ensemble des questionnements soulevés lors de cette réunion a été transmis à Mme Staedel. Une visioconférence a eu lieu à l'EPSAN le 12/10/2017 en présence du directeur de soins, du cadre de pôle, du cadre coordonnateur, d'un représentant des équipes et des usagers des unités de réhabilitation.

9.3 La communication dans l'établissement

9.3.1 La communication entre les unités

Un projet de newsletter « réh@b » est en cours d'étude avec la direction d'établissement.

Dans les recommandations du CCOMS, l'embauche du médiateur de santé-pair doit être annoncée aux syndicats par le biais de la Commission Technique d'Etablissement (CTE), être mis à l'ordre du jour de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques(CSIRMT), du Comité d'Hygiène de Soins et de Conditions de Travail (CHSCT), de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), du directoire et du conseil de surveillance de l'établissement.

Un support PowerPoint a été créé pour la communication, il servira pour la présentation aux instances de l'établissement.

9.3.2 Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Le Comité Technique d'Etablissement est une instance consultative. Elle est, selon les sujets, consultée ou informée sur les questions relatives au fonctionnement des établissements. Y sont examinées notamment les questions relatives aux effectifs, aux emplois et aux compétences, aux règles statutaires, aux méthodes de travail, aux grandes orientations en matière de politique indemnitaire, à la formation, à l'insertion professionnelle, à l'égalité professionnelle et à la lutte contre les discriminations. Il est obligatoirement consulté, sur les projets de délibération du conseil de surveillance. L'accueil du médiateur de santé-pair est à l'ordre du jour du prochain CTE sur proposition de M Gentner Fabrice, sous couvert de M De Lartigue, M Dosser et Dr Eisele.

9.3.3 Syndicats

L'opposition des syndicats et coordinations infirmiers, lors du programme expérimental, resurgit à chaque consultation gouvernementale. Les syndicats infirmiers se sont présentés comme les principales sources d'information à propos de ce programme. Dans un contexte général de restriction des budgets, les syndicats, majoritairement opposés à cette expérimentation, ont diffusé des informations souvent alarmistes et parfois erronées (notamment sur la question de la rémunération supposée des MSP). En effet, l'opposition porte sur le financement, le mode d'embauche de la fonction publique, dont la compétence nécessaire au recrutement est le fait d'avoir été malade, le risque de la diminution des emplois infirmiers en cas de généralisation de ce type d'emplois.

En ce qui concerne l'intégration du médiateur de santé/pair dans les unités de réhabilitation nous allons retenir trois points :

- Les syndicats représentés dans notre établissement seront informés par le biais de la CTE comme le préconise la législation.
- Le médiateur de santé-pair viendra compléter l'offre de soins, il sera intégré à l'équipe mais ne remplacera pas un soignant de l'équipe dont l'effectif répond à une réglementation précise.
- Le médiateur de Santé/pair embauché à l'EPSAN a un droit syndical et de grève, en tant que membre du personnel. En effet, le droit syndical est un droit, inscrit dans le préambule de la Constitution de 1946 en 1958 tout comme le droit de grève.

9.3.4 Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Le CHSCT est Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. L'accueil du médiateur de santé-pair est inscrit à l'ordre du jour du prochain CHSCT après validation de son directeur de la demande de M Gentner Fabrice, sous couvert de M De Lartigue, M Dosser et Dr Eisele.

9.3.5 Commission Médicale d'Etablissement (CME)

La CME rend un avis sur l'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques, sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que, dans la mesure où la qualité des soins ou la santé des malades est en cause, sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. L'accueil du médiateur de santé/pair est à l'ordre du jour de la prochaine CME et sera présenté par M le docteur Eisele, chef de pôle, responsable des unités de réhabilitation.

9.3.6 Directoire et Conseil de surveillance

Le règlement intérieur de chaque établissement, est de la compétence du directoire, après avis du conseil de surveillance. Le directoire est un organe collégial qui approuve le projet médical. Il est présidé par le directeur et le président de la CME est son vice-président. Le conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers. La question de l'accueil du médiateur de santé-pair a déjà fait l'objet d'une délibération en directoire et conseil de surveillance lors de la construction et la validation du projet.

9.3.7 Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)

La CSIRMT est une instance présente dans chaque établissement depuis la loi du 31/07/1991. Lorsque le pair aidant sera embauché, vers fin novembre, début décembre 2017, mon cadre, référent du projet M Gentner Fabrice, et moi-même allons présenter le médiateur de santé-pair en Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT). Le médiateur de santé-pair sera bien entendu présent à lors de cette présentation.

10 Réflexions issues des groupes de travail et des focus group

10.1 Le statut et la compétence

L'étude du programme expérimental a mis en lumière que l'absence de statut clair et précis pour le médiateur de santé-pair constitue un frein à l'intégration positive. Les MSP sont

actuellement embauchés dans les hôpitaux sur un statut « d'adjoint administratif » (catégorie C de la fonction publique). « *L'objectif étant la création d'un nouveau métier et l'obtention d'un statut* »⁴⁸

Il s'agit d'une nouvelle profession dont la compétence première est issue d'un acquis de l'expérience qu'il est difficile de qualifier tant les expériences de rétablissement sont riches et variées quand bien même elle fait l'objet d'une formation diplômante commune en médiation de santé. La formation ne produit pas de compétences mais des acquis de formation. « *La compétence est relative à chaque situation de vie rencontrée ainsi qu'à chaque situation professionnelle, elle est déterminée par la capacité du soignant, quelle que soit la qualification, de rencontrer la personne et de faire un bout de chemin avec elle.* »⁴⁹

La compétence peut être, selon Le Boterf⁵⁰ définie selon 3 axes :

- Le savoir agir qui fait appel aux connaissances/habiletés.
- Le pouvoir agir qui relève du contexte dans lequel évolue le professionnel (type de management, moyens disponibles, réseaux, circulation de l'information).
- Le vouloir agir qui témoigne de la reconnaissance et de l'image qu'à la professionnel de son action.

L'ouverture d'esprit de l'équipe accueillante reste la base de l'intégration positive. En effet, considérer le savoir expérientiel comme un savoir unique, précieux, intime et authentique, différent mais complémentaire du savoir universitaire, qui permet l'enrichissement de la clinique soignante, qui lui donne de nouveaux indices et interpelle ses priorités.

Donner une reconnaissance professionnelle à ce statut, sans le standardiser car il existe plusieurs profils dans le mode d'exercice, nécessitera une remise en question constante de notre pratique et de notre identité professionnelle. Cet exercice, bien accompagné, pourra être source d'enrichissement, participera au changement de paradigme souhaité et nous permettra de sortir du carcan de l'hospitalo-centrisme. « *Le prendre soin constitue le lien le plus fondamental permettant de réunir tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans une même perspective* »⁵¹

⁴⁸ À leur recrutement, les MSP sont tous catégorie C de la fonction publique hospitalière en CDD ; cependant leur fonction n'est pas inscrite sur leur feuille de paye.

⁴⁹ La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Walter Hesbeen Ed Masson mai 2007 p 74

⁵⁰ De la compétence à la navigation professionnelle ; Le Boterf G. Les éditions de l'organisation. 1997

⁵¹ La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Walter Hesbeen Ed Masson mai 2007 p 38

10.2 La fiche de poste

Des fiches de fonction n'ont pas toujours été formalisées lors du programme expérimental. La fiche de poste permet de faciliter l'intégration car d'une part l'équipe aura une idée plus précise de ce qu'elle pourra demander au médiateur de santé-pair, et d'autre part les candidats au poste auront une idée plus précise du poste auquel ils postulent.

Néanmoins, le rapport final de l'expérimentation met en lumière que si pour l'ensemble des sites l'intégration des MSP à l'activité du service est plus facile là où elle a été pensée dès le début par l'encadrement. Un cadrage trop bureaucratique de l'activité offre peu d'espace aux médiateurs pour qu'ils puissent inventer leurs propres modalités/outils d'accompagnement.

Un groupe de travail a été mis en place afin de réfléchir sur la fiche de poste (Annexe 8) comme outil facilitateur de la prise de poste pour notre prochain collègue. Lors de nos réunions en groupe de travail et lors des focus group, nous avons très rapidement été confrontés à la difficulté de définir précisément une fiche de poste avec des tâches précises. Il s'agit par-là de donner une trame en veillant à ne pas enclaver le pair-aidant dans un profil de poste trop cadrant et trop référencé ne correspondant pas à ce qu'il pourra/souhaitera nous apporter et qui laisse peu de place à l'autonomie du médiateur de santé-pair.

En effet, en qualité d'expert du vécu, il enrichira notre équipe de son expérience, selon sa personnalité et ses compétences issues des acquis de son expérience, son embauche étant prévue pour fin 2017 nous ne l'avons pas encore rencontré.

Les différents rôles et pratiques professionnelles que pourra exercer le pair aidant sont variés et tiennent compte de sa personnalité et de ses compétences dont la référence directe se base sur l'expérience personnelle. *« Chaque professionnel, quel qu'il soit, a besoin d'un espace de liberté lui permettant, par un apport plus personnalisé, de contribuer à un service de qualité »*

⁵² La fiche de poste sera précisée avec le médiateur de santé-pair au moment de sa prise de fonction ce qui incitera l'échange, la réflexion et la mise en commun d'orientation de la prise en charge.

Je tiens également à préciser que différents acteurs et un certain nombre de médiateur de santé-pair expérimentés ont rapporté un risque de perte de leur spécificité et leur spontanéité d'expert

⁵² La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Walter Hesbeen Ed Masson mai 2007 p 15

du vécu par l'expérience professionnelle.⁵³ Ce qui fait dire à certain qu'il faudrait exercer cette fonction uniquement sur un temps donné. Même si l'on considère la fonction de MSP comme un possible tremplin pour la réinsertion professionnelle, il semble cependant difficile d'imposer une durée de travail aux médiateurs de santé-pair.

10.3 La mise en place d'un partenariat

Les recommandations du CCOMS proposent la mise en place d'un binôme voire trinôme pour faciliter l'intégration. Nous avons vu plus haut que pour le Grand Est, trois médiateurs débiteront leur formation en janvier 2018 dans trois structures différentes.

Lors des contacts avec Mme Bérénice Staedel (chargée de mission au CCOMS, et responsable du programme médiateur de santé pair), nous avons évoqué ce point. La réflexion s'est portée sur la possibilité de mettre en place un partenariat avec les différents établissements afin de permettre aux médiateurs de santé de se rencontrer et d'échanger de leur pratique, expérience, vécu...

Pour ce faire, j'ai pris contact avec M Dosser, directeur des soins et de la qualité de l'EPSAN, sous couvert de M De Lartigue et de M Gentner. Le RDV a été fixé le 28/08/2017, nous avons évoqué cette perspective que mon directeur a validé. M Dosser a pris contact avec son homologue à Rouffach, une rencontre est prévue à Rouffach. La structure médico-sociale APPUIS et le centre hospitalier de Rouffach ont déjà convenu d'un partenariat.

10.4 Le travail en équipe et la dynamique du groupe

Les Etats-Unis sont un pays où ont émergé des associations de toutes sortes. La sociométrie de Moreno⁵⁴ a démontré que lors de séances de discussion en petit groupe chaque participant pouvait devenir agent thérapeutique des autres, que la dimension sociale est l'essentielle de la personnalité.

L'équipe est un groupe primaire où chacun connaît l'autre et s'y adresse de face à face et où règne une unité d'esprit et d'action. Dans l'équipe, les relations interpersonnelles jouent un rôle essentiel. L'équipe comme somme de la créativité de chacun, où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne.

⁵³ Laurence Martin : « Ce que je ne pourrais pas supporter en tant que paire-aidante » Santé mentale n°220, septembre 2017 p 64.

⁵⁴ La sociométrie remonte aux travaux de J. L. Moreno, Sociologue et psychiatre, Moreno s'intéressa à la fois à la qualité des relations interpersonnelles, à leur « vécu », à leur quantité, et à leur densité au sein des groupes sociaux.

Ce qui implique qu'aucun membre ne doit être considéré comme de « seconde zone ». *« Il est clair que la demande globale du patient ne peut recevoir de réponse que d'une démarche interdisciplinaire. Encore faut-il cependant que chacun soit ouvert à la discipline de l'autre. D'autre part tout ce que nous avons dit du soigné, vaut pour le soignant, lui aussi personne globale avec ses désirs multiples »*⁵⁵

Il s'agit de cultiver la coresponsabilité, l'unité d'esprit, la cohésion, les liens, l'engagement personnel, l'adhésion totale des membres et l'orientation vers un but commun où chacun concourt par, pour et avec les autres.

Il est à noter que chaque modification dans le groupe entraîne des contraintes. Une des craintes fréquemment citée de la part des soignants est le risque de la confusion des rôles. Il s'agit de reconnaître la communauté du but, de mettre l'accent sur la connaissance de tous par chacun afin de se compléter et de s'articuler pour atteindre les objectifs fixés. L'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité, de dynamisme et d'enrichissement de l'équipe. En effet les qualifications différentes accroissent la complémentarité des interventions, ce qui implique une synergie et non une juxtaposition d'actions individuelles.⁵⁶

Une équipe stable a permis aux professionnels d'apprendre à connaître le programme et bien souvent de faire progressivement confiance au médiateur, notamment en lui déléguant quelques tâches avant de lui confier plus de responsabilités (accompagnement, préparation d'activité, groupe de parole, suivi individuels, etc.).⁵⁷

10.5 L'analyse des pratiques professionnelles (APP)

Les travaux de Schön et Argyris⁵⁸, basés sur l'idée que les apprentissages académiques sont peu opérants pour résoudre des problèmes rencontrés dans le cadre d'une pratique professionnelle, proposent de construire des modèles d'action à partir d'une réflexion sur leurs propres actions, cette réflexion sur l'action étant productive d'un savoir⁵⁹.

⁵⁵ La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Walter Hesbeen Ed Masson mai 2007 p 73

⁵⁶ La dynamique des groupes Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes. Roger Mucchielli. Ed esf. Aout 2006

⁵⁷ Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014 Programme médiateur de santé/pair.

⁵⁸ Argyris, Chris, et Donald A. Schön. *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique*. De Boeck Supérieur, 2001

⁵⁹ Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective. Roger Mucchielli. Ed esf. Janvier 2007

De plus en plus de secteurs professionnels mettent en œuvre des groupes d'analyse de pratique avec des objectifs divers, et notamment pour accroître le pouvoir d'action des participants ou favoriser les échanges et le partage entre pairs.

L'APP permet de dénouer des situations difficiles et complexes au sein d'une équipe, pour développer ses propres compétences professionnelles et l'apprentissage en groupe. *« L'APP peut être vue comme un lieu de recherche de sens, un lieu d'essais et d'erreurs accueillant la non performance comme une opportunité d'apprentissage individuelle et collective, un lieu intergénérationnel où les anciens partagent leur expérience avec les novices qui, à leur tour, osent prendre leur place. »*⁶⁰ La clarification des rôles et la détermination d'une tâche commune contribuent à assainir la relation.

Lors de mes lectures et de mes entretiens avec Mme Staedel, la nécessité d'un temps de reprise en analyse de pratiques sont nécessaires et garantissent la réussite du programme.

Une nouvelle psychologue a été embauchée pour les unités de réhabilitation, elle a pris ses fonctions le 04/09/2017. Nous avons d'ores et déjà évoqué cette question avec elle, et nous avons convenu des temps de reprises les lundis.

10.6 La psychothérapie de soutien

Il sera peut-être nécessaire d'envisager une psychothérapie de soutien pour le/les médiateur(s) de santé-pair.

Le risque de rechute du médiateur de santé-pair est une crainte de la part de certains professionnels et souvent citée par les usagers. Nous avons évoqué ci-dessus la mise en place d'un partenariat entre les 3 structures de la région du Grand Est, dont l'un des objectifs est de permettre aux médiateurs de se rencontrer. Et ce, afin de promouvoir une conscience collective de leur groupe, et débattre de leurs problèmes corporatifs.

Ils pourraient se réunir régulièrement et parler entre eux de leurs pratiques, de leurs difficultés, de leurs émotions, sans pour autant se replier sur eux-mêmes.

L'idée d'un accompagnement par le centre de ressources spécialisé dans le champ du handicap psychique(Crehpsy), structure en cours de constitution en région Alsace a été suggéré par Mme Staedel.

Des rencontres inter-régionales auront également lieu avec le CCOMS.

⁶⁰ Revue de l'Analyse de Pratique Professionnelle Mise en place d'un groupe d'APP au sein de son organisation de travail : analyse des facteurs humains à prendre en compte pour la réussite du projet Paola Rugo Graber

10.7 La formation du médiateur de santé pair

Il s'agit d'une licence portée par le Laboratoire de Pratiques en Santé de l'université Paris XIII Bobigny. Il s'agit d'un nouveau cursus, qui s'intégrera dans la licence de Sciences Sanitaires et Sociales.

L'entrée en formation se fera sur un niveau Bac + 2 mais la validation des acquis de l'expérience professionnels et personnels est possible si le candidat est détenteur du Baccalauréat. La formation se déclinera sur une période de 3 semestres universitaires, dont 9 semaines de cours à Paris, en alternance avec des périodes de stage en établissement. La formation débutera en janvier 2018, et se terminera par la rédaction et la soutenance d'un mémoire en juin 2019. Les frais liés à la formation feront l'objet d'une avance par l'établissement afin de faciliter les déplacements et l'hébergement.

Probablement aussi qu'il y aura des outils à mettre en place du côté des pair-aidants, pour qui l'expérience du vécu ne suffit pas, et pour qui les formations adaptées sont encore peu nombreuses, et peut-être pas assez adaptées.

L'accès à la formation continue comme tout agent de l'établissement, le médiateur de santé-pair disposera dans un premier temps du dispositif de formation proposé à chaque nouvel agent à savoir :

- Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants (DANA).
- La formation sur la prise en charge des conduites agressives (PECCA).
- Le secret professionnel.
- La clinique psychiatrique.
- Cariatides (logiciel dossier de soin).
- Prévention et secours civiques.

Les demandes de formations spécifiques seront exprimées lors des entretiens annuels de notation, comme pour l'ensemble des personnels de l'établissement.

L'ensemble de l'équipe des unités de réhabilitation bénéficieront d'un complément de formation au rétablissement et à la pair-aidance en 2018/2019.

A la formation de l'équipe doit également s'ajouter une formation spécifique pour le tuteur/référent comme le préconise le rapport final de l'expérimentation. En effet être « tuteur

» d'un stagiaire, d'un nouveau professionnel demande du temps, de la disponibilité, une préparation et nécessite d'être professionnalisé.

10.8 La mise en place d'un suivi

Un suivi du MSP sur le terrain sera mis en place au début de la prise de poste et durant la formation.

Le tuteur est le cadre coordonnateur des unités de réhabilitation.

La mise en place d'un référent par structure (HTC/ERIA/CJR) qui sera l'interlocuteur privilégié. L'interlocuteur privilégié aura la mission, d'une part, de faciliter la prise de poste ; l'insertion dans l'équipe ; la connaissance des agents, de l'établissement, du réseau. Et d'autre part d'accompagner le MSP dans son processus de formation.

En effet, en particulier dans le domaine de la santé mentale, le savoir théorique n'est pas suffisant, le savoir pratique et les compétences qui en découlent s'acquièrent au cours de la confrontation à la réalité du terrain.

Les nouveaux soignants arrivants dans l'établissement bénéficient du tutorat, comme un nouvel arrivant même expérimenté dans une équipe ou un étudiant durant son stage. Nous allons décliner le suivi sur le terrain par des rencontres hebdomadaires et des bilans mensuels, afin de favoriser les échanges, de prévenir les difficultés éventuelles, définir les objectifs en adéquation avec le programme de formation. Les chargés de missions du CCOMS sont disponibles à tout moment pour l'ensemble des participants par le biais de plateforme téléphonique, mail, visio-conférence et déplacement sur le terrain si nécessaire.

Il est également question de rencontre régionale inter-équipe dont les modalités restent à ce jour encore à définir.

11. Les questions pratiques

11.1 Le secret professionnel et l'accès au dossier de soin

L'accès au dossier de soin nous questionne.

« Dans le cadre de la formation de 2012 les médiateurs de santé-pairs : N'ont pas eu accès au dossier médical des usagers »⁶¹

⁶¹ Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014

Lors de nos entretiens avec Mme Staedel Bérénice, nous avons su que certains établissements ont refusé l'accès au dossier de soins et d'autres l'ont accepté. Les cas des refus d'accès au dossier, sous couvert du secret professionnel, se sont révélés être un frein à l'intégration du médiateur de santé-pair par manque de participation et de traçabilité des actes de soins. Par ailleurs, les expériences où l'accès au dossier de soins a été accordé, n'ont pas mis en évidence de quelconque problème.

Le secret professionnel n'a pas été évoqué à ce jour comme problématique par et pour les usagers. Ce point a été abordé par les professionnels.

En tant que collègue, membre de l'équipe soignante, et agent de la fonction publique, le médiateur de santé-pair est tenu :

Au secret professionnel : Loi n°83-634 du 13 juillet 1983, article 26 «*Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel visé par le code pénal en tant que dépositaires de renseignements concernant ou intéressant des particuliers...* »⁶²

A la discrétion professionnelle : Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983, article 26 « *Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions...* »⁶³

Nous avons fait le choix de créer un accès spécifique au dossier informatisé de soin afin que le MSP puisse y intégrer ses actes et ses observations comme il en existe aujourd'hui en fonction de la compétence.

11.2 La stigmatisation

Nos usagers ont exprimé fréquemment cette question lors des focus group. Ils craignent une stigmatisation du MSP, notamment par le personnel soignant et par les partenaires extérieurs, par le fait qu'il évoque son rétablissement et échange autour de son parcours. Les usagers ont également rapporté la crainte d'une rechute de ce fait.

Lors de nos réunions, nous avons précisé le fait qu'une des conditions au recrutement est que le MSP n'ait pas été pris en soins dans le secteur voire l'établissement et ce pour garantir son intégration. « *Au-delà du constat accablant des recherches et études en cours sur la*

⁶² www.fonction-publique.gouv.fr/droits-et-obligations

⁶³ Ibid

stigmatisation, on sait que les préjugés vis-à-vis des troubles psychiques et de la psychiatrie ne changeront que si les pratiques de soins évoluent. »⁶⁴

11.3 L'utilisation du véhicule de service

Le médiateur de santé-pair est considéré comme agent de l'établissement aura accès aux véhicules de service comme tout autre agent s'il est titulaire du permis qui est d'ailleurs souhaité pour effectuer les démarches extérieures.

11.4 Le temps de travail

Dans le cadre de la formation 2012, les médiateurs de santé-pairs :

- Etaient en stage à temps plein ou à temps partiel.
- Sur les 29 MSP, 10 avaient choisi le temps partiel. 6 sont encore dans le programme.
- Beaucoup de médiateurs ont rappelé lors des comités de pilotage (COPILS) qu'ils étaient « des professionnels fragiles ». Une partie d'entre-eux a recours aux arrêts maladies pour compléter ces temps de respiration dont ils estiment avoir besoin.⁶⁵

Le médiateur est embauché sur la base d'un équivalent temps plein, sur un poste de jour du lundi au vendredi. Le temps de travail est soumis aux mêmes règles que tout fonctionnaire et il est adaptable en fonction des priorités de service dans le respect du code du travail. L'autorisation de travail relève de la médecine du travail.

11.5 La participation aux réunions

La question de la participation à toutes les réunions a été soulevée en focus group. Les réunions sont autant d'occasions de confrontations constructives des points de vue, et obligent l'équipe et celui qui en a la responsabilité à s'élever au-dessus des considérations.

Le MSP est placé sous l'autorité hiérarchique de la direction des soins, il sera intégré à l'équipe pluri-professionnelle des unités de réhabilitation au sein du pôle 67G07, il interviendra selon un planning établi dans les différentes structures des unités de réhabilitation (1 semaine par structure avec 1 interlocuteur privilégié) et participera aux réunions hebdomadaires.

11.6 Les modalités de réalisations des actes

⁶⁴ Roelandt, J. & Caria, A. (2007). Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale. *L'information psychiatrique*, volume 83, (8), 645-648. doi:10.3917/inpsy.8308.0645.

⁶⁵ Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014

Dans le cadre de la formation 2012, les médiateurs de santé-pairs :

- Intervenait en binôme avec un professionnel de l'équipe d'accueil.
- Rencontraient les usagers sur indication médicale et avec l'accord explicite des usagers concernés.⁶⁶

Des questionnements autour de la réalisation des actes et missions du MSP se posent également au sein de l'équipe. Peut-il intervenir seul ou en binôme ? Intervient-il sur avis ou prescription médicale ?

L'évaluation finale du programme expérimental a mis en évidence que lorsque les MSP sont chargés de faire le lien entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution et/ou d'améliorer la vie sociale des usagers, ils complètent l'offre de soin sans bousculer la division du travail soignant préexistante. Qu'elles soient spontanées, déléguées ou prescrites, ces rencontres normalisent leurs interventions dès lors qu'elles s'inscrivent dans la philosophie du service. De fait, ils sont nombreux à préférer « faire de l'accompagnement », car cette activité offre un espace d'intervention (spatial, temporel et thérapeutique) qui, sans être spécifique, n'en est pas moins légitime au regard des autres intervenants. Surtout, il leur laisse une certaine liberté d'interprétation et d'improvisation contrairement à la co-animation d'activités soignantes dans un service hospitalier.⁶⁷

Dans le cadre du projet de l'unité, nous souhaiterions que le MSP intervienne dans tous les actes d'accompagnement vers la réinsertion socioprofessionnelle, l'inclusion sociale, le soin dans la communauté. Toutes nos interventions sont réfléchies en équipes et sont validées par un ordre de mission signé par le médecin.

12 Les perspectives

12.1 La communication externe

La communication des réussites, innovations, et actions menées en santé mentale à l'encontre du grand public nécessite d'être développée. En effet, d'un point de vue général la psychiatrie/santé mentale fait encore l'objet d'une importante stigmatisation du fait de la

⁶⁶Ibid

⁶⁷ Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014

médiatisation de faits dramatiques par les médias. A l'inverse, peu de publications des soignants dans les revues professionnelles sont constatées et méritent d'être encouragées.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011/2015 prévoyait d'augmenter la culture générale sur la santé mentale et de lutter contre la véhiculation d'images négatives sur la psychiatrie. Pour ce faire, nous soignants, devons changer notre regard, notre pratique et faire connaître nos travaux de recherche et nos expériences réussies.

Le savoir par les pairs en France, vecteur de rétablissement reste un concept innovant qui tend à se développer et qui constitue une clinique qui nécessite de l'écriture, du partage, des confrontations.

Plus globalement sur le sujet des expériences de rétablissement et des outils proposés, les membres de l'équipe des unités de réhabilitation de l'EPSAN ont déjà publié dans des revues professionnelles en co-écriture avec les usagers et soutenu par notre direction. Nos actions entreprises et nos projets et expériences sont partagés au Conseil Local de Santé Mentale de la ville de STRASBOURG.

En corollaire de la communication, évoquons la notion de développer. Développer l'activité et la connaissance de la pratique soignante mais aussi développer les réseaux, les partenaires, l'ouverture vers les autres services et vers la cité comme atout pour une équipe. Développer l'activité pour la faire sortir de l'ombre, non pas pour l'offrir en spectacle mais pour la mettre en valeur.

12.2 Développer la recherche clinique

Le but de la recherche est de produire du savoir, de participer à la quête de l'innovation et de l'augmentation des connaissances qui permettrait une meilleure reconnaissance et une meilleure efficacité du domaine professionnel concerné, en spécifiant que pour la discipline infirmière il s'agit de veiller à ne pas perdre en humanité.

Toutefois plusieurs types de recherches existent, je citerai ici uniquement la recherche usagère.

« La recherche usagère est par essence plus souvent qualitative que la recherche conventionnelle puisque sa mission est de mettre en avant et de représenter l'expérience des usagers / survivants. »⁶⁸

⁶⁸ Revue Santé mentale n°143 décembre 2009 La recherche usagère : l'expérience au service de la construction de la connaissance p 16

Reconnue aujourd'hui pour sa valeur ajoutée, la recherche usagère apporte des données complémentaires à la recherche conventionnelle. Les usagers-chercheurs travaillent de façon individuelle ou au sein de projets locaux, nationaux et européens. La recherche usagère permet un déplacement des paradigmes dans la construction de la connaissance.

L'EPSAN a pour projet de s'associer avec les hôpitaux Universitaires de Strasbourg afin de développer la recherche, l'enseignement et la formation en utilisant leur expertise en la matière. Notre projet serait de promouvoir et de permettre le développement de la recherche, et notamment la recherche en collaboration avec les usagers/ex usagers/pairs.

12.3 Le case management

Le case management est fondé sur le concept des forces personnelles⁶⁹ dont le modèle est le plus intégré dans l'environnement naturel de l'utilisateur. Il s'agit d'un processus par lequel on obtient, coordonne, assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacité psychiques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire, leur besoins multiples et complexes.⁷⁰ La participation de l'utilisateur est active à tous les niveaux de la démarche. Le case management ouvre vers la psychiatrie communautaire. En effet, le case management vise à aider les sujets vulnérables à maintenir et améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel. Il nécessite donc de sortir d'un modèle médico-centré, ce qui donne l'opportunité aux soignants d'élargir leur rôle, à condition que leurs compétences nouvelles soient reconnues

12.4 La certification ISO 9001

La certification ISO 9001 est une norme qui définit la mise en place d'un système de qualité dont les avantages permettraient une évaluation au plus près du degré de satisfaction des usagers. La certification non comme un modèle de standardisation à visée économique, mais comme technique de décloisonnement, de langage commun. L'évolution des besoins sociaux, suscite de multiples redéfinitions des modalités d'accompagnement et de soins. Elle interroge les compétences liées au développement et à la spécialisation de l'action socio-sanitaire et a de commun l'intérêt des usagers.⁷¹

⁶⁹ Charles RAPP, Richard GOSCHA, The Strengths Model : case management for people with severe mental disorders, The Cochrane Library, 2004.

⁷⁰ Patrick W CORRIGAN et al. Principles of Psychiatric Rehabilitation : An Empirical Approach, Guilford Press, 2008

⁷¹ Body, Olivier. « Qualité et évaluation : certification pour la qualité des interventions sociales », Journal du droit des jeunes, vol. 258, no. 8, 2006, pp. 47-57.

Dans les unités de réhabilitation, à l'initiative de M Gentner, un outil appelé indicateurs réh@b est utilisé. J'ai pu participer au développement de cet outil, validé par la cellule qualité de l'établissement. Cet outil compulse un certain nombre de données qui participent à l'analyse de la qualité des soins et du parcours patient et concourt à l'amélioration constante, de la qualité des soins et des outils proposés, dans les unités de réhabilitation.

Conclusion

La question de la qualité du rétablissement, et de la manière de l'évaluer, reste entière. Les troubles psychiques sont complexes, et nécessitent une prise en charge complète, globale et individualisée, qui ne trouvera de réponses qu'en une offre de soin diversifiée, car ce qui est valable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. Chaque personne a ses propres ressources, construites à partir d'une histoire singulière, que ce soit pour l'accompagnant que pour l'accompagné.

Le rétablissement est un processus difficile à évaluer, il pourrait être facile de vouloir identifier, avec une grille, les facteurs susceptibles de déstabiliser les médiateurs de santé-pair, mais ayant à l'esprit la singularité de chaque personne, de chaque situation, de chaque rencontre et de la temporalité, cet exercice semble complexe.

En effet, il existe des points de sensibilité qui peuvent fragiliser un équilibre pour tout un chacun. Connaître ses points de fragilité, ses signaux d'alerte, et savoir les gérer est un exercice non aisé, car la vie, la santé, le bien être, la maladie, sont toujours en mouvement. Les professionnels soignants ont aussi leurs fragilités, cependant sont-ils évalués ?

Enfin, « les patients » ou usagers, censés être au cœur du dispositif de soins, acteurs de leur projet thérapeutique, doivent donner leur avis. En matière de soins, certains professionnels soignants considèrent encore les patients comme peu autonomes, incapables de trouver par eux-mêmes les ressources nécessaires à leur bien-être, réduisent le soin à l'administration d'un traitement sur prescription médicale, et n'envisagent pas de travailler un projet de vie avec leurs patients, décidant de ce qui est bien pour eux, voire les infantilisant. La première chose à garder à l'esprit est que les usagers en santé mentale sont des citoyens à part entière avec des droits et des devoirs.

Il ne s'agit pas d'utiliser le programme MSP dans la simple optique de vouloir être innovant mais de réellement vouloir s'inscrire dans une démarche de changement de paradigme, de modifier son regard, ses représentations et sa pratique pour offrir un accompagnement de qualité, de rendre la folie à la société, et la vie sociale à la folie, telle que l'a mis en œuvre Franco Basaglia.

Bibliographie

- (s.d.). Récupéré sur http://www.who.int/topics/mental_health/fr/.
- « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, t. q.-2., & l'Org, s. l. (s.d.).
- A., M., & T., P. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Seli Arslan.
- al., E. P. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français "Un chez soi d'abord". *EMPAN* vol 98 n°2, 76-81.
- al., P. W. (2008). *Principes of psychiatric Rehabilitation : An empirical approach*. Guilford Press.
- al., P. W. (2008). *Principes of Psychiatric Rehabilitation : An empirical Approach*. Guilford Press.
- A-M., A., & P., F. (2003). *L'enquête et ses méthodes : L'observation directe*. Nathan université.
- Assal JP- OMS, B. r. (1999, 01). Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS. *Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Genève.
- Atlas santé mentale 2014*. (s.d.). Récupéré sur http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas
- Audenhove, C. V. (2015). *Le rétablissement par soi même, vivre plain d'espoir avec une vulnérabilité psychique*. Lanno Campus.
- Autès, E. (2017, 09). L'émergence du rôle politique du patient. *Santé mentale* n°220, pp. 44-51.
- B., A., & J-P., G. (2007). *Nouveaux cahiers de l'infirmière : Concepts et théories, démarche de soins*. MASSON.
- Baptiste, G. (2017, 09). Vivre n'est pas (toujours) savoir. *Santé mentale* n°220, pp. 38-42.
- Body, O. (2006). Qualité et évaluation : Certification pour la qualité des interventions sociale. *Journal du droit des jeunes* vol 258 n°8, 47-57.
- C., L., & A., T. (2017, 09). Un lieu de construction des savoirs. *Santé mentale*, pp. 66-70.
- C.G, J. (2004). *Dialectique du Moi et de l'inconscient*. folio Essai.
- Camille, V. (2017, 09). Comment le "fou" devint l'"expert". *Santé mentale* n°220, pp. 32-37.
- Caroline, C. (2005). *Accompagner la vie de la naissance à la mort*. Rocher.
- ccoms. (s.d.). *Pogramme médiateur de santé pair*. Récupéré sur <http://wwwccomssanémentalelillefrance.org>
- CCOMS. (s.d.). *Programme médiateur de santé-pair*. Récupéré sur <http://www.ccomssantementalelillefrance.org>
- Charles RAPP, R. G. (2004). *The strenghts Model : case management for poeple with severe mental discordres*. The Cochrane Library.
- Christine, D.-M. (2014, 02). Editorial. *Le sujet dans la cité*, pp. 9-10.
- Discours Ségolène Neuville*. (s.d.). Récupéré sur http://solidarites-santé.gouv.fr/IMG/pdf/discours_segolene_neuville
- Dominique, F. (2017, 09). La raison des plus fous. *Santé mentale* n°220, pp. 76-79.

- droits et obligations fonction publique*. (s.d.). Récupéré sur fonction publique. gouv:
<http://www.fonction-publique.gouv.fr>
- Duprez, M. (2008/10). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique volume 84*, 907-912.
- E., G., & P., E. (2017). Vers le rétablissement, de la contrainte au partage d'expérience. *Soins psychiatrie n°308 volume 38*, pp. 25-29.
- Elisabeth, G.-B., Gilles, V., & Leguay, D. (2006). Soigner, réhabiliter : pour une reformulation de l'offre de soins et de services. *L'information psychiatrique volume 82 n°4*, pp. 281-286.
- Emmanuelle, J. (2017, 09). Savoirs expérientiels en santé mentale. *Santé mentale n°220*, pp. 24-31.
- Emmanuelle, J., & Tim, G. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. ERES.
- EPSM. (2011, 01). Publication de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole. *EPSM Mag n°59*.
- Florence, D. (2016). Favoriser laparticipation des usagers à leur processus de rétablissement. *Pratiques en santé mentale n°2 Volume 62*, pp. 23-27.
- G., L. B. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Les éditions de l'organisation.
- Gabriel, M. (2016, 09 21). *L'empowerment-D'autonomisation à agentivation*. Récupéré sur le collectif:
<http://www.lecollectif.ca>
- Gilles, R., & Shyrhete, R. (2016). Retablissement : nous nous sommes faits confiance. *Santé mental n°209*, pp. 14-19.
- Guiseppe Dell'Acque, M. M. (1998). *L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste*. Québec: Santé mentale.
- H., P. (2004). *Les méthodes en sociologie*. La découverte.
- Haute autorité de santé. (s.d.). *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale*.
- Hesbeen, W. (2006). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. MASSON.
- Hesbeen, W. (2007). *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Masson.
- Jean-Luc, R., & Aude, C. (2007). Stigma! Vaincre les discriminations en santé mentale. *L'information psychiatrique volume 83 n°8*, pp. 645-648.
- Jean-Luc, R., & Bérénice, S. (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé-pair : une révolution intranquille*. Polémiques.
- Jean-Luc, R., & Laurent, E. G. (2015, 07). Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *L'information psychiatrique volume 91*, pp. 539-548.
- Jean-Luc, V. H., Pascale, J., & Emmanuelle, N. (2015). *Le rétablissement en pratique accompagner autrement les personnes en difficultés psychiques*. Lanno Campus.

- J-F., P., D., P.-M., J., H., J., B., S., L., & M., R. (2017). Evaluation d'une intervention de promotion de la citoyenneté : Le projet citoyen de l'Université du rétablissement. *Santé mentale au Québec*, pp. 205-222.
- J-M, R. (2017, 09). Savoirs expérientiels et éducation thérapeutique. *Santé mentale n°220*, pp. 52-57.
- L., D., & M., M. (2017, 09). Les savoirs positifs des entendeurs de voix. *Santé mentale n°220*, pp. 71-75.
- L., R., Y., B., R., C., J-L., D., M., D., Y., G., . . . E., M. (2011). *L'Hôpital expliqué son organisation son fonctionnement*. FHF.
- La participation des usagers en santé mentale. (2015, 11). *Rhizome Bulletin National Santé Mentale et Précarité*.
- Laure, S. A. (2010). Ecoutons-les. *L'information psychiatrique volume 86 n°7*, pp. 575-577.
- Laurence, M. (2014). *L'éducation thérapeutique du patient*. Dunod.
- Laurence, M. (2017, 09). Ce que je ne pourrai pas supporter en tant que paire aidante. *Santé mentale n°220*, pp. 64-.
- Le carnet des droits de l'homme*. (s.d.). Récupéré sur Santé mentale: <http://www.santementale.fr>
- Le monde. (2013, 02 07). *L'empowerment, nouvel horizon de la politique de la ville*. Récupéré sur Le monde : <http://www.lemonde.fr/société/article/2013/02/07>
- Leguay D, R. F. (2010). Evolution de l'échelle d'autonomie sociale chez des patients schizophrènes en fonction de leur prise en charge. *Encéphale*, 397-407.
- Lise, D., Claire, B., Catherine, D. L., Olivier, D., Cyril, F., Nadia, G., . . . Damien, C. (2014). *ccoms*. Récupéré sur Le dispositif des médiateurs de santé-pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/RapportFinal%20MSP%20Clerse%20DEF.pdf>
- M., L., L., D., C., N., & A., B. (2017, 09). Intégrer les savoirs expérientiels aux soins. *Santé mentale n°220*, pp. 58-63.
- M., M., J-L., R., A., C., I., B., & S., V.-B. (2011, 3). Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie. *L'information psychiatrique volume 87*, pp. 191-198.
- M., M., N., D., J-L., R., Patrick, D., A., L., & V., G. (2013). Développement de la CIM11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'information psychiatrique volume 89*, pp. 303-309.
- M., M., P., L. C., J-L., R., F., R., S., V.-B., & G., F. (2013, 5). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique volume 89*, pp. 365-370.
- Marie-Hélène, B., & Carole, B. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice?* Paris: La découverte.
- Marsili Massimo, G. D. (1998). L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *Santé mentale au Québec*, pp. 148-170.

- Massimo, M., & Koenig, M. C. (2014). *De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme*. Récupéré sur cairn info: <https://www.cairn.info/revue-psn-2014-4-page-7.htm>.
- M-F, C. (2005). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. MASSON.
- Michel, F. (2005). *Histoire de la folie à l'age classique*. Gallimard.
- Nicolas, F. (2016). *Outils de la réhabilitation psychosociale : pratiques en faveur du rétablissement*. Masson.
- Olivier, B. (2006). Qualité et évaluation : certification pour la qualité des interventions sociales. *Journal du droit des jeunes* vol 258 n°8, pp. 47-57.
- Paola, R. G. (s.d.). Mise en place d'un groupe d'APP au sein de son organisation de travail : analyse des facteurs humains à prendre en compte pour la réussite du projet. *Revue de l'analyse de pratique*.
- Patrick, L. C. (s.d.). *comme des fous*. Récupéré sur <http://www.commedesfous.com>
- Pauline, R., & Natacha, C. (2015, 11). Qu'est-ce que participer pour les usagers? *Rhizome Bulletin National Santé Mentale et Précarité*, p. 7.
- Philippe, B. (2012). Rétablissement et auto-normativité. *Santé mentale* n°166, pp. 38-40.
- Programme psychiatrie et santé mentale de la Haute Autorité de Santé*. (s.d.). Récupéré sur [has-santé: http://www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)
- Psycom. (s.d.). *Empowerment et santé mentale*. Récupéré sur Psycom: <http://www.psychom.org>
- Psycom. (s.d.). *Espace presse Santé mentale de A à Z Médiateur de santé-pairs en santé mentale*. Récupéré sur <http://www.psychom.org>
- Psycom. (s.d.). *Espace presse Santé mentale de A à Z Stigmatisation en psychiatrie*. Récupéré sur Psycom: <http://www.psychom.org>
- Publique, H. C. (s.d.). *Recommandation du Haut Conseil de la santé publique pour l'éducation thérapeutique du patient*.
- Rapp, C., & Goscha, R. (2004). *The Strenghts Model : case management for poeple with severe mental disorders*. The cochrane library.
- Roger, M. (2006). *La dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. ESF.
- Roger, M. (2007). *Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective*. ESF.
- Santé mentale. (2009, Décembre). La recherche usagère : l'expérience au service de la construction de la connaissance. p. 16.
- Santé mentale. (2009, 12). La recherche usagère : l'expérience au service de la construction de la connaissance. *Santé mentale* n°143, p. 16.
- Sarah, B. (2016). Avoir une position active dans son rétablissement, est-ce que ça aide? *Pratiques en santé mentale* n°2 volume 62, pp. 15-18.

- Stéphanie, L.-R. (2013, 5). La réhabilitation psychosociale : quelle rforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique? *L'information psychiatrique volume 89*, pp. 371-377.
- T., B. T., M., F., & V., P. (2017, 03 01). Evaluer les ressources des patients : une approche centré sur le rétablissement. *Pratiques psychologiques n°1 volume 23*, pp. 41-59.
- Tim, G., & Emmanuelle, J. (2013). Retablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'information psychiatrique n°5 volume 89*, pp. 359-364.
- topics mental health*. (s.d.). Récupéré sur <http://www.who.int>.
- Touraine, M. (31/03/2015). *Tribune de l'Assemblée*.
- WA, A. (1979). *Principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore MD: University Park Press.

Abréviations utilisées

ACT	Assertive Community Treatment
ALPHA	Association Lorraine pour la Promotion des Handicapés Adultes
APHM	Assistance publique - Hôpitaux de Marseille
ARS	Agence Régionale de la Santé
ARSEA	Association Régionale Spécialisé d'action sociale d'Éducation et d'Animation
AS	Aide-Soignante
ASH	Agent des Services Hospitaliers
Bac	Baccalauréat
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CCOMS	Centre Collaborateur de l'organisation mondiale pour la santé
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Condition de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CJR	Centre de Jour de Réhabilitation
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
COPILS	COmités de PilotageS
CRM	Centre de Réadaptation de Mulhouse
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechnique
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CUS	Communauté Urbaine de Strasbourg
CV	Curriculum Vitae
DESU	Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
EPHAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSAN	Etablissement Public de Santé Alsace Nord

EPSM	Etablissement Public de Santé de Lille
ERIA	Equipe Mobile de Réhabilitation Ambulatoire
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS	Foyer d'Accueil Spécialisé
FNAPSY	Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie
GEM	Groupe d'Entraide Mutuel
HAS	Haute Autorité de la Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HJ	Hôpital de Jour
HTC	Hospitalisation Temps Complet
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISIC	Intervention Sociale d'Intérêt Communautaire
ISO	Organisation internationale de normalisation
LAPY	Logements Accompagnés PsYchiatriques
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MSP	Médiateur de Santé-Pair
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRS	Plan Régional de Santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés)
SAVS	Service d'Aide à la Vie Sociale
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SIMOT	Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de travail
SMPR	Service Médico-Psychologique Pénitentiaire
URSIEA	Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economie d'Alsace
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WRAP	Wellness Recovery Action Plan

Annexes

Table des matières

<u>Annexe 1 : L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités »</u>	1
<u>Annexe 2 : Echantillon du livret pour lutter contre les discriminations</u>	4
<u>Annexe 3 : La sectorisation psychiatrique du Bas Rhin</u>	9
<u>Annexe 4 : La présentation des unités de réhabilitation</u>	11
<u>Annexe 5 Plaque de présentation de l'association Ariane</u>	14
<u>Annexe 6 : L'affiche du café psy</u>	16
<u>Annexe 8 La fiche de poste</u>	23
<u>Annexe 9 : Exemples de données chiffrées issues du tableau d'indicateur réh@b:</u>	27

Annexe 1 : L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités »

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique, menée depuis 1997.



Utile pour la définition des besoins en santé mentale et nécessaire à l'évaluation des perceptions relatives à la santé mentale, cette recherche multicentrique est un outil d'aide à l'élaboration des politiques locales et nationales de santé mentale.

Pour chaque site participant à l'enquête, les données sont recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas sociodémographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passé et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés.

Objectifs

L'enquête SMPG a deux objectifs principaux :

1. Décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans.
2. Sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale.⁷²

⁷² <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/smpg>

Les partenaires

- Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP)
- Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS, Lille), EPSM Lille Métropole – DIRM (coordination)
- OMS – Programme Nations pour la Santé Mentale (1996)
- Ministère français des affaires étrangères (1996-2000)
- Ministère français de la santé (DREES)- (2000-2004)
- DRASS Nord Pas de Calais / DRASS PACA (2006-2008)
- ARH puis, les ARS concernées (2008-2013)

Les responsables

- Responsable scientifique : Jean-Luc ROELANDT
- Responsable méthodologique : Aude CARIA
- Coordination nationale et internationale : Imane BENRADIA

En savoir plus

www.ccomssantementalelillefrance.org
> Recherches & actions > Promotion des services de santé mentale communautaire

Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale

211, rue Roger Salengro
59260 Hëllemmes

T : 03 20 43 71 00

 @CCOMSLille

www.ccomssantementalelillefrance.org

Santé Mentale en
Population
Générale :
images et réalités



SMPG

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique, menée depuis 1997.

Utile pour la définition des besoins en santé mentale et nécessaire à l'évaluation des perceptions relatives à la santé mentale, cette recherche multicentrique est un outil d'aide à l'élaboration des politiques locales et nationales de santé mentale.

Pour chaque site participant à l'enquête, les données sont recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée.

Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passé et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés.

Objectifs

L'enquête SMPG a deux objectifs principaux :

1. Décrire les représentations mentales liées à la « folie », « la maladie mentale », « la dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans.
2. Sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale.



Sites où l'enquête SMPG a été réalisée

Pour réaliser l'enquête

- Une personne motivée responsable de site
- Une équipe d'au moins 6 personnes pour préparer le travail de terrain et accompagner les enquêteurs
- Un groupe d'environ 30 enquêteurs étudiants ou professionnels
- Des partenariats avec un institut de démographie, un centre hospitalier et les structures administratives et sociales
- Des moyens financiers pour les photocopies, la saisie informatique et l'indemnisation.



Enquête SMPG à Tahiti

Bilan

Depuis son commencement en 1997, l'enquête SMPG a été réalisée dans 87 sites :

- 72 sites nationaux
- 15 internationaux

Près de 78 000 personnes interrogées :
64 600 individus en France (dont 3 400 dans les DOM)

Près de 13 500 individus pour l'ensemble des sites internationaux

Annexe 2 : Echantillon du livret pour lutter contre les discriminations

Hélène Geoffroy, secrétaire d'État chargée de la ville, a présenté, jeudi 23 février 2017, à Montbéliard (25), le guide interministériel de lutte contre les discriminations et le livret « Discriminations, c'est non ! », réalisé en collaboration avec la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT.

Le livret, « Discriminations, c'est non ! », est quant à lui destiné au grand public et sera mis à disposition des usagers dans les structures d'accueil et les services publics de proximité tels que les mairies, les pôles emploi, les caisses d'allocations familiales ou encore les centres sociaux et les maisons de service au public. Principalement composé d'exemples de discriminations tirés du quotidien, il doit pouvoir aider chaque citoyen à identifier une situation discriminante qui, quelle qu'en soit la déclinaison constitue un délit passible de sanctions. Ainsi, l'usager pourra y trouver des illustrations thématiques, les interlocuteurs à qui s'adresser et les démarches à engager.

La Ministre a souhaité rappeler à cette occasion que le Gouvernement n'a eu de cesse tout au long de ce quinquennat de se mobiliser sur ce sujet car « Permettre les conditions de l'égalité réelle sur l'ensemble de notre territoire est la condition même de notre pacte républicain, c'est également l'exigence qui conduit mon action. »⁷³

⁷³ <http://www.gouvernement.fr/un-guide-interministeriel-et-un-livret-pour-lutter-contre-les-discriminations>

Discriminations

c'est
NON
!



Qu'est-ce qu'une discrimination ?

Une discrimination est un traitement inégalitaire aboutissant à une situation qui m'est défavorable. Elle est fondée sur l'un des 23 critères prohibés par la loi. Elle se manifeste par un acte ou une pratique dans des domaines très variés tels que l'emploi, le logement, l'éducation, ou encore l'accès aux biens et aux services. Une même personne peut être discriminée à raison de plusieurs caractéristiques personnelles donnant lieu à une discrimination particulière résultant de leur combinaison. On parle alors d'**intersectionnalité**.

Racisme, sexisme, homophobie ≠ discriminations : quelle différence ?

Le racisme est une idéologie qui établit que certaines personnes sont inférieures en raison de leur différence (couleur de peau, origine, réelle ou supposée, patronyme, apparence physique). Il en va de même pour le sexisme et l'homophobie qui se fondent respectivement sur des critères de sexe et d'orientation sexuelle et ne se traduisent pas forcément par un acte entraînant un traitement inégalitaire et défavorable.

Si la discrimination peut être une déclinaison du racisme, ce lien n'est pourtant pas systématique. Une personne peut commettre des discriminations, seule ou de façon collective, de manière volontaire ou involontaire.

Une discrimination peut également être directe ou indirecte. Elle est indirecte lorsqu'elle paraît neutre en apparence mais en réalité, elle pénalise certaines personnes.

Les discriminations et les idéologies de la haine, si elles ne recouvrent pas la même réalité, sont toutes deux punies par la loi.

Au quotidien

"À l'entrée d'une boîte de nuit, je peux être discriminé parce que je suis un homme et noir." Il s'agit d'un préjugé spécifique à la combinaison de ces deux caractéristiques. C'est de l'intersectionnalité.

"Je suis une femme. Je n'ai pas eu de promotion parce que je suis une femme alors même que j'étais la plus qualifiée pour l'obtenir. Un traitement inégal m'a été appliqué en raison de mon sexe." C'est une discrimination.

"J'ai eu une promotion, mais à cette occasion, j'ai reçu un commentaire déplacé d'un de mes collègues." C'est du sexisme.

"Mon entreprise n'attribue une prime qu'aux personnes à temps plein. Mère de jeunes enfants, je ne travaille pas le mercredi et n'obtiens donc pas la prime." C'est une discrimination indirecte.



Loi du 27 mai 2008 établit un cadre législatif pour lutter contre les discriminations.

Les 23 critères interdits par la loi



Sexe



Origine



Grossesse



Situation de famille



Apparence physique



Patronyme



Lieu de résidence



État de santé



Perte d'autonomie



Handicap



Caractéristiques génétiques



Mœurs



Orientation sexuelle



Identité de genre



Âge



Capacité à s'exprimer dans une autre langue que le français



Refus des personnes à subir des faits de bizutage



Harcèlement



Activités syndicales



Appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une race, une nation



Religion



Particulière vulnérabilité économique



Opinions politiques

L'accès au logement



de prison et 45 000 € d'amende,
c'est la peine encourue pour l'auteur
d'une discrimination.

J'ai déposé une demande de logement. Mon interlocuteur n'a pas souhaité l'enregistrer sous prétexte qu'une famille d'origine africaine habite déjà l'immeuble.



On a refusé mon dossier pour la location d'un logement parce que je suis bénéficiaire de l'allocation « adulte handicapé » alors que j'avais les moyens de payer le loyer.



J'ai visité un appartement seul. Le propriétaire, après avoir signifié son accord, m'invite à déposer un dossier afin de finaliser les démarches. Le dossier mentionne le nom de mon mari. Le propriétaire m'appelle pour me signifier que l'appartement a déjà été loué.



Le propriétaire du logement que je souhaite louer a précisé sur son annonce qu'il souhaitait des locataires sans enfant.

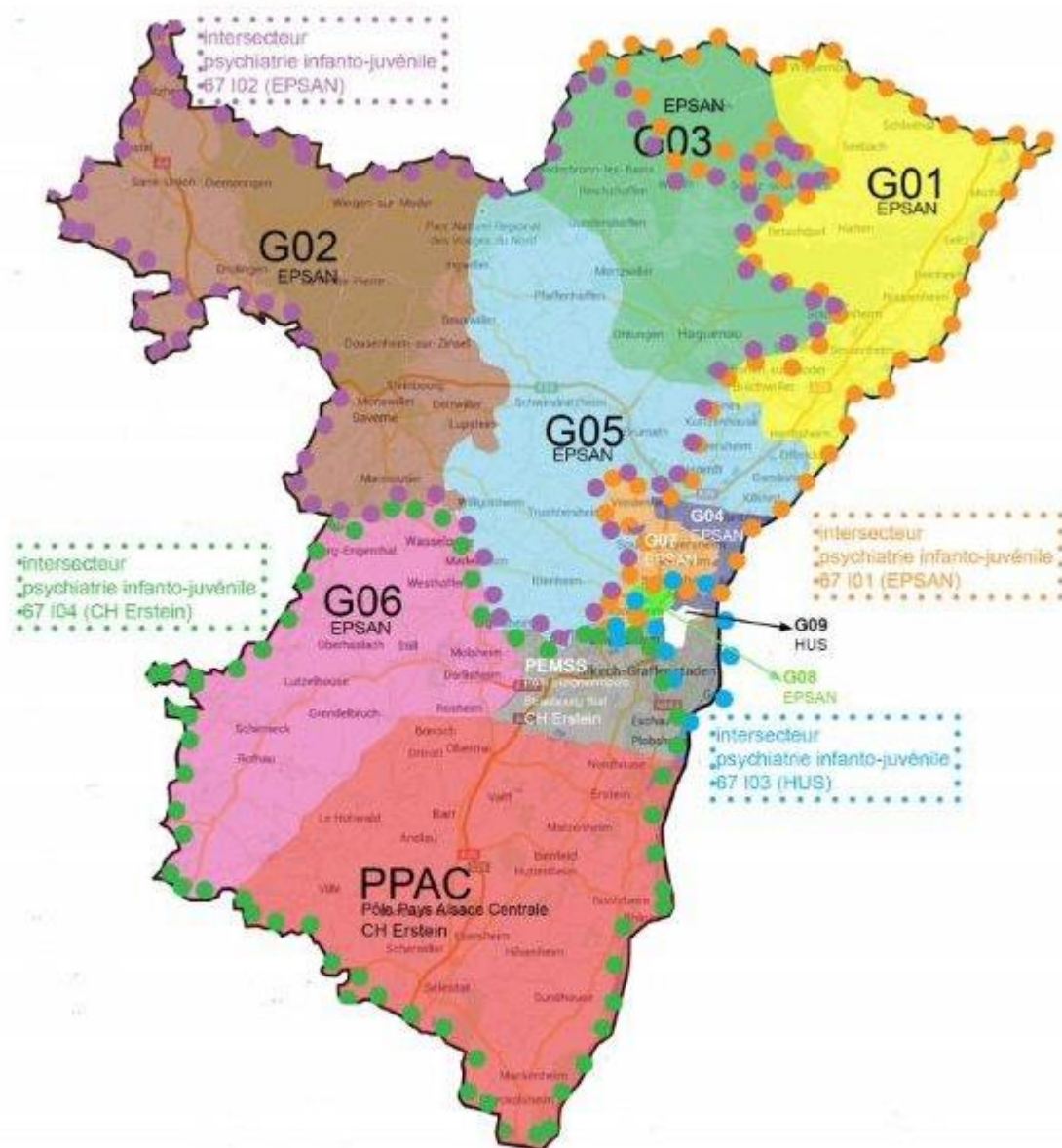


Annexe 3 : La sectorisation psychiatrique du Bas Rhin

« Le secteur psychiatrique rénové dans le cadre du projet territorial de santé mentale. C'est le député Denys Robiliard qui a utilisé le premier, dans son rapport de mission au Parlement (2013), cette locution « le secteur rénové ». Il en résume sa conception par cette phrase : « il est impératif de rénover le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif ». La loi de modernisation de notre système de santé a l'ambition, dans son article 69, de mettre en œuvre cette rénovation du secteur, tout en restant dans la ligne des circulaires fondatrices du 15 mars 1960 et du 14 mars 1972, et de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, mais aussi des différentes circulaires ayant progressivement amélioré le secteur, étayées par les rapports de plusieurs missions (Demay en 1982, Zambrowski en 1986, Massé en 1993, Psychiatrie et grande exclusion en 1996, Piel et Roelandt en 2001, Cléry-Melin en 2003, Couty en 2009 et Robiliard en 2013), particulièrement la circulaire du 14 mars 1990. ...Et un peu plus loin dans leur rapport, ils n'hésitent pas à écrire : « le point de résistance majeur à la réalisation complète de la politique de sectorisation est le frein serré que représente la survivance des concentrations psychiatriques hospitalières, toujours installées dans les lieux des anciens asiles de la fin du 19ème siècle. »⁷⁴

⁷⁴ Rapport LAFORCADE Mission santé mentale oct. 2016

LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE DU BAS-RHIN



EPSAN Établissement Public de Santé Alsace Nord

secteurs G01, G02, G03, G04, G05, G06, G07 et G08
intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile I01 et I02



Pôle pays d'Alsace Centrale et Pôle Eurométropole Strasbourg Sud (regroupant les secteurs G10, G11 et G12)
intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile I04

secteur G09 et intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile I03



LA RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE

Les dispositifs de prise en charge par les services de réhabilitation sont destinés à tous les usagers de la psychiatrie relevant des secteurs de psychiatrie 67 G04, 67 G06, 67 G07 et 67 G08.

L'admission au sein des services intersectoriels de réhabilitation psycho-sociale se fait sur indication médicale au vu d'un projet à visée de réhabilitation.

Les équipes de réhabilitation de l'EPSAN s'appuient sur des valeurs fondamentales dans chacune des prises en charge qu'elles effectuent :

- EMPOWERMENT
- INCLUSION SOCIALE
- RÉTABLISSEMENT
- AUTONOMISATION
- DESTIGMATISATION

L'équipe pluridisciplinaire se déploie sur 3 structures :

- l'unité d'Hospitalisation à Temps Complet (HTC)
- le Centre de Jour de Réhabilitation (CJR)
- l'Équipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire (ERIA)

Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN)

4^{ème} établissement hospitalier public d'Alsace, l'EPSAN a été créé en 1999 par la fusion des centres hospitaliers de Brumath et de Hoerdorf.

L'EPSAN exerce ses missions d'établissement public en santé mentale pour les adultes, enfants et adolescents, dans le bassin nord de la Communauté Urbaine de Strasbourg (six cantons de Strasbourg) et sur une grande partie du Bas-Rhin (404 communes sur les 522 du département), soit une aire géographique concernant 68% de la population adulte de Wissembourg à Saales et de Sarre-Union à Strasbourg.

Vous trouverez plus de renseignements sur : www.ch-epsan.fr



L'EPSAN gère :

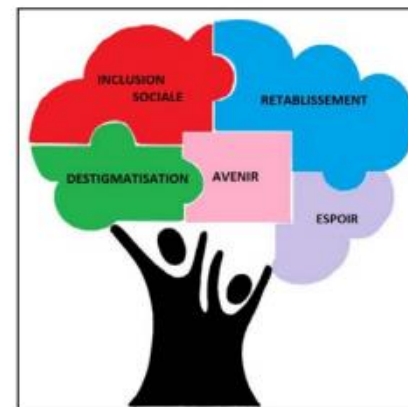
- 8 pôles d'activité clinique relevant de 8 secteurs de psychiatrie générale (patients adultes)
- 2 pôles d'activité clinique relevant de 2 inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et une unité mère-bébé
- 1 pôle d'activité clinique relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Service médico-psychologique régionale - SMPR)
- 1 pôle somatique, gériatrique et médico-social regroupant une unité de soins de longue durée (USLD), un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une maison d'accueil spécialisée (MAS)
- 1 pôle médico-technique regroupant les services de la pharmacie et d'hygiène hospitalière
- 1 institut de formation en soins infirmiers (IFSI) avec trois promotions d'étudiants en soins infirmiers et une promotion d'élèves aides-soignants

EPSAN Etablissement Public
de Santé Alsace Nord

Un acteur majeur du dispositif de santé mentale dans le Bas-Rhin

PÔLE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE 67 G 07

SERVICES INTERSECTORIELS DE RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE



Coordonnateur des services de réhabilitation :
Fabrice GENTNER

Chef de Pôle : Dr David EISELÉ
Cadre de Pôle : Vincent DE LARTIGUE

Renseignements et contact :
☎ 03 88 64 61 07

Siège EPSAN : 141, Avenue de Strasbourg
B.P. 83 - 67173 BRUMATH Cedex
Tél : 03 88 64 61 00 - Fax : 03 88 51 08 12
www.ch-epsan.fr / contact@ch-epsan.fr

L'UNITÉ D'HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET

☎ 03 88 64 61 40

L'unité d'Hospitalisation à Temps Complet (HTC), est située à Brumath (pavillon Richard). L'unité est ouverte et dispose de 20 lits dont :

- 1 studio d'évaluation de l'autonomie
- 1 appartement à location temporaire mis à disposition par l'association ARIANE¹

Cette unité, conjointement avec l'usager, a pour missions :

- l'évaluation des capacités du patient et l'identification du type de soutien nécessaire pour le maintenir dans le milieu qu'il choisira.
- la mise en avant et développement des capacités persistantes tout en atténuant les difficultés et en maintenant les apprentissages.
- le maintien des patients dans la communauté

ILS TÉMOIGNENT APRÈS UNE HOSPITALISATION EN UNITÉ DE RÉHABILITATION :

« Remettre le pied à l'étrier »
« Se poser pour retrouver une place familiale, sociale, professionnelle »
« La maladie ça peut toucher tout le monde. »
Noëlle

¹ l'association ARIANE a pour but d'aider dans leur réinsertion sociale les patients relevant de l'activité des services de psychiatrie de l'EPSAN, en leur favorisant l'accès et l'aménagement de logements

LE CENTRE DE JOUR DE RÉHABILITATION

☎ 03 88 64 45 60

Le Centre de Jour de Réhabilitation (CJR) est ouvert 7 jours /7 de 11h30 à 19h00 et dispose d'un appartement de relais thérapeutique de 3 places.

Le centre de jour a pour missions de :

- favoriser la continuité des soins en complément du secteur psychiatrique
- travailler la socialisation de la personne
- accompagner les usagers vers une autonomie et une qualité de vie optimale dans la cité
- développer les compétences sociales
- accompagner la famille et les proches
- propose une éducation thérapeutique au patient (ETP)

ILS TÉMOIGNENT APRÈS UN SUIVI AU CENTRE DE JOUR :

« Souffrant de l'isolement de notre pathologie mentale, la réhabilitation nous amène à créer des liens sociaux avec les patients et les soignants. Celle-ci nous guide vers une reconstruction physique et mentale solide de nos fondations.

Le personnel médico-social veille à notre bien-être, nous stimule et renforce notre confiance en nous.

En conséquent, les ateliers thérapeutiques nous préparent à notre envol autonome dans la vie quotidienne. »

Mylène

L'ÉQUIPE DE RÉHABILITATION INTERSECTORIELLE AMBULATOIRE

☎ 06 72 67 39 94

L'ERIA (Équipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire) est une interface entre les unités des secteurs psychiatriques ainsi que les acteurs médico-sociaux de ce même territoire. Elle intervient 7 jours /7 de 9h00 à 17h00.

L'ERIA a pour missions, à partir du domicile des personnes prises en charge, de :

- Favoriser la continuité des soins et éviter les hospitalisations itératives en complément du secteur psychiatrique
- Travailler la socialisation
- Accompagner les usagers vers une autonomie et une qualité de vie optimale dans la cité
- Développer les compétences sociales
- Accompagner la famille et les proches
- Susciter et accompagner les projets de vie et de soins

Dans la communauté, l'ERIA développe :

- des partenariats
- des actions de déstigmatisation
- des actions tournées vers l'emploi ou le bénévolat des personnes suivies

ILS TÉMOIGNENT APRÈS UNE PRISE EN CHARGE PAR L'ERIA :

« L'ERIA nous fait sortir, aller vers l'extérieur. Ça nous permet de «voyager», avoir des rêves, des envies pour nous même.»

Aymeric
« C'est une présence rassurante –des gens qui se soucient de moi- tout en me permettant de m'ouvrir aux autres, mais à mon rythme.»

Mathias
« Ça m'a permis de retrouver des repères chez moi, à la sortie de l'hôpital. Avec leur accompagnement, je retrouve petit à petit un équilibre sans avoir besoin de l'hôpital.»

Benjamin

Annexe 5 Plaque de présentation de l'association Ariane

MEMBRES DU BUREAU

- Présidente : Michèle APPELSHAEUSER
- Vices Présidents : Jean Marc DOSSER,
Dr Emmanuel ROQUET
Thierry HUSENAU
- Trésorière : Danielle BARDELLER
- Trésorier Adjoint : Frédéric LOISON
- Secrétaire : Mathias CADE
- Secrétaire adjoint : Vincent DE LARTIGUE

PERMANENCE

Accueil les jeudis à l'EPSAN
08h30-12h / 12h30-16h: Marie Laure GESELL

SIEGE SOCIAL

141 Avenue de Strasbourg
BP 83
67173 BRUMATH Cedex

☎ / Fax 03 88 64 57 65

Courriel : ariane@ch-epsan.fr

www.ch-epsan.fr

*Consulter la rubrique :
les associations de l'EPSAN*

CONVENTIONS & AGREMENTS

⇒ Le 27 juin 1996 :

Convention signée avec l'Etat, représenté par le Préfet du Bas-Rhin, en vue d'une aide relative à l'attribution des logements à titre temporaire pour les personnes défavorisées.

⇒ Le 27 juin 1999 :

Convention signée avec l'EPSAN qui s'engage à apporter son soutien aux activités de l'association.

⇒ Le 1^{er} août 2002 :

Convention de partenariat signée avec CUS HABITAT pour l'attribution de logements de réinsertion et d'accompagnement thérapeutique.

⇒ Le 1^{er} janvier 2005 :

Convention signée avec le Département du Bas-Rhin, représenté par le Conseil Général, en vue de l'attribution d'une Aide à la Gestion est accordée pour 18 logements.

⇒ Le 13 décembre 2006 :

Convention signée avec le Département du Bas-Rhin, représenté par le Président du Conseil Général, en vue de l'expérimentation d'un dispositif de médiation locative pour le maintien à domicile des personnes susceptibles de relever d'une pathologie psychiatrique.

ASSOCIATION ARIANE



AIDE A LA REINSERTION SOCIALE
DE PATIENTS DES POLES
PSYCHIATRIQUES
DE L'EPSAN

*HEBERGEMENT
TEMPORAIRE*

ACCOMPAGNEMENT

EPSAN Etablissement Public
de Santé Alsace Nord

www.ch-epsan.fr

Mise à jour : juillet 2013

Annexe 6 : L’affiche du café psy



97 avenue de Colmar
67100 STRASBOURG
09 54 04 85 66
gemaube@free.fr
<http://www.gem-aube.net/>

CAFE PSY

à Strasbourg

AUBE, association d'usagers de la santé mentale et son Groupe d'Entraide Mutuelle (**GEM**)

organise tous les derniers jeudis du mois un **Café Psy**

Le café psy est lieu de débat, ouvert à tous, au cœur de la cité.
Il abordera à la demande un thème touchant à la santé mentale et/ou la psychiatrie.

JEUDI 28 SEPTEMBRE 2017

au Snack Michel
(20 avenue de la marseillaise)
à 18h30

44ème Thème :

«La psychiatrie au sein de la cité»

Intervenants :

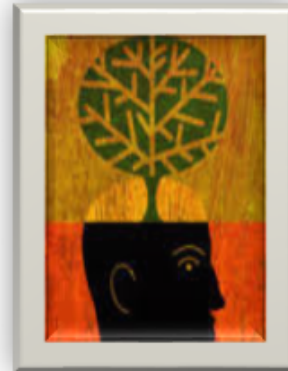
- Monsieur Alexandre FELTZ, Adjoint au Maire chargé de la Santé.
- Monsieur Pierre BUCKEL, coordinateur des Conseils Locaux de Santé Mentale.

Annexe 7 Les affiches réh@b.

La Réhabilitation

Pour les soignants

- ❖ Etape intermédiaire entre admission et extérieur
- ❖ Accompagner les usagers pour qu'ils retrouvent une autonomie
- ❖ Recouvrer des compétences et un "pouvoir agir" sur la qualité de vie
- ❖ Maintenir un équilibre clinique et un équilibre social
- ❖ Redonner à la personne sa dignité et une place dans la société
- ❖ Garantir la citoyenneté et les droits fondamentaux de l'usager
- ❖ Lutter contre la discrimination du malade mental dans la société



*« Aider à grandir dans
la tête,
psychiquement et
physiquement. »*

Réalisé en collaboration avec les usagers

Pour les usagers

- ❖ Trouver son autonomie
- ❖ Vivre seul à l'extérieur
- ❖ Ne pas revenir à l'hôpital après être « déchargé »
- ❖ C'est un projet à long terme
- ❖ Ne pas rester trop longtemps, pour que l'hôpital économise de l'argent
- ❖ Voir si les médicaments sont efficaces
- ❖ Eviter une sortie trop rapide
- ❖ Parler avec les autres, patients et soignants
- ❖ Pouvoir gérer mes médicaments, ma vie en-dehors de l'hôpital, mes factures, ma vie sociale, reprendre une indépendance

Le Rétablissement

Pour les soignants

- ❖ Capacité à reprendre possession de sa vie et surmonter les troubles sans en être nécessairement guéri
- ❖ Apprendre à vivre avec sa pathologie, s'accepter, se réapproprier le pouvoir sur sa maladie et sur soi.
- ❖ Avoir une place dans la société
- ❖ Trouver sa place dans la société
- ❖ Accepter sa différence
- ❖ Améliorer la qualité de vie
- ❖ Trouver de nouvelles façons d'être au monde
- ❖ Assurer un contexte de soins sécurisant et fiable
- ❖ Droit de rêver, d'espérer un avenir

*« Donner la
main pour
grandir »*



Réalisé en collaboration avec les usagers

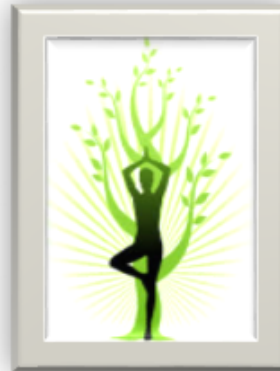
Pour les usagers

- ❖ Vivre avec une pathologie de longue durée
- ❖ L'inclure dans ses habitudes au quotidien
- ❖ Avoir une existence sociale
- ❖ Retrouver notre place dans la société
- ❖ Se sentir bien dehors avec les gens
- ❖ Ne pas avoir d'anxiété
- ❖ Avoir un traitement qui convient
- ❖ Etre sûr de soi-même, en gardant un contact avec les autres
- ❖ Etre accepté comme tous les autres, vivre bien et bien vivre
- ❖ Avoir progressé
- ❖ Dompter la maladie, ne pas la laisser prendre le dessus sur soi

L'Empowerment

Pour les soignants

- ❖ Placer l'utilisateur au centre de son projet thérapeutique
- ❖ L'utilisateur est acteur de sa propre santé, participe aux décisions le concernant dans un but d'autonomisation, de valorisation et de responsabilisation
- ❖ Remettre le pouvoir dans les mains de la personne
- ❖ Encourager la prise d'initiative et la prise de décision en vue de contribuer à un rôle économique, social et politique dans la société
- ❖ L'utilisateur est une source de savoir, avec des capacités, des compétences et des connaissances qu'il faut mobiliser, accroître et préserver
- ❖ Aider la personne à faire ses choix, à établir ses priorités et à préciser ses objectifs de vie
- ❖ L'utilisateur détient les clés de sa réussite, les professionnels ne sont que des soutiens
- ❖ Respecter les droits des usagers



« Sortir l'individu de son isolement et de la visibilité négative »

Réalisé en collaboration avec les usagers

Pour les usagers

- ❖ Je participe à la décision des soignants
- ❖ C'est valorisant et important
- ❖ Il ne faut pas qu'on ait l'impression qu'on nous impose des choses
- ❖ C'est important de faire les choix avec les patients
- ❖ C'est vexant quand notre avis n'est pas pris en compte
- ❖ S'exprimer, c'est parfois juste pour être écouté
- ❖ C'est une question de respect du patient
- ❖ Le patient prend plus de responsabilités
- ❖ Ça lui permet de progresser

L'inclusion sociale

Pour les soignants

- ❖ Intégrer les usagers dans la société et les faire bénéficier de leurs droits fondamentaux, sur le plan économique, civil et social
- ❖ Société et malade doivent faire chacun la moitié du chemin
- ❖ Lutter contre la stigmatisation du malade psychiatrique
- ❖ Bousculer les consciences pour que la société :
 - laisse une place aux usagers souffrant d'un problème de santé mentale
 - et lui offre les mêmes possibilités qu'au reste de la population
- ❖ Permettre aux usagers de vivre et fonctionner comme les autres :
 - avoir une existence sociale des moyens de subsister
 - une qualité et un niveau de vie suffisants pour avoir une participation citoyenne



« On a la clé de notre propre réussite »

Réalisé en collaboration avec les usagers

Pour les usagers

- ❖ Il reste encore un effort à faire de la part des soignants et des soignés
- ❖ Le malade psychiatrique a tout perdu sauf sa raison
- ❖ Etre accepté par la société malgré sa maladie
- ❖ Retrouver sa liberté, vivre seul, tout en gardant un lien avec les soignants
- ❖ Les malades psychiatriques c'est mal vu par la société, c'est des psychopathes, des fous-furieux
- ❖ Il ne faut pas ignorer le malade mental
- ❖ C'est difficile de parler de sa maladie, il faut d'abord se sentir en confiance avant de se livrer
- ❖ C'est compliqué de s'occuper seul des démarches, surtout administratives, donc on aura toujours besoin d'aide

Annexe 8 La fiche de poste

FICHE DE POSTE DE MEDiateur SANTE-PAIR
SERVICES DE REHABILITATION

Intitulé du poste / localisation :

Médiateur de santé pair

Pôle d'activité clinique G07

Services de réhabilitation (HTC – ERIA – CJR)

Localisation : HTC sur le site de l'EPSAN Cronenbourg et CJR-ERIA rue Jacques Kahlé à Strasbourg

EPSAN territoire 2

Mission principale des services de réhabilitation :

Le médiateur de santé pair a pour mission l'accompagnement, le soutien et l'orientation des usagers des services de santé mentale, et plus particulièrement des services de réhabilitation, en s'appuyant sur son expérience personnelle des troubles psychiques et son propre rétablissement.

Il travaille sur indication médicale avec les membres de l'équipe pluri-professionnelle.

Caractéristiques du poste :

Horaires de jour : 9h00-17h00., jours ouvrables

Une disponibilité est attendue pour réaliser des accompagnements ponctuels en dehors des horaires avec l'accord de la hiérarchie.

Quotité horaire : 100 %

Liaisons hiérarchiques :

Coordonateur des services de réhabilitation
Cadre de pôle
Directeur des Soins

Principales liaisons fonctionnelles :

Equipes soignantes des services de réhabilitation (HTC-ERIA-CJR) – équipes soignantes des pôles cliniques – services logistiques, administratifs et techniques de l'EPSAN – professions libérales – services d'aide à la personne – services sociaux, de réinsertion professionnelle et de lutte contre la précarité – SMJMP – équipes des hébergements d'urgence – CHRS – Associations d'usagers – IFSI, ESTES...

Qualifications spécifiques nécessaires

Diplôme :

Licence professionnelle médiation en santé mentale

Compétences :

1. Humaines

- ✚ Savoir expérientiel
- ✚ Regard non stigmatisant par rapport aux situations rencontrées
- ✚ Capacité d'analyse et de synthèse
- ✚ Sens de l'organisation
- ✚ Créativité, curiosité intellectuelle, esprit d'initiative et ouverture d'esprit
- ✚ Esprit d'équipe
- ✚ Réactivité

2. Techniques

- ✚ Capacités d'entretiens individuels (ou en binôme) avec les usagers et/ou leurs proches
- ✚ Connaissances quant aux notions fondamentales autour de la réhabilitation : empowerment, inclusion sociale, rétablissement
- ✚ Connaissances du réseau de soins et associatif (ex : Groupe d'Entraide Mutuelle)

3. Autres

- ✚ Utilisation de l'outil informatique
- ✚ Permis de conduire exigé

Objectifs et tâches :

1. Missions singulières

- ✚ Suivi des situations ciblées, par des entretiens individuels ou en binôme
- ✚ Accompagnement au cœur même de la cité des usagers avec des objectifs spécifiques pour favoriser l'inclusion sociale
- ✚ Accompagnement dans les associations supports
- ✚ Accompagnement et soutien des usagers et des familles au cours de l'hospitalisation
- ✚ Accompagner les usagers en consultation ou en démarches à l'extérieure
- ✚ Participation et élaboration des séjours thérapeutiques
- ✚ Mise en place d'activités thérapeutiques à visée réhabilitation et resocialisation en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire

2. Missions transversales

- ✚ Faire des transmissions écrites et orales précises à l'ensemble des intervenants
- ✚ Participer à l'élaboration de projet individualisé
- ✚ Participer aux réunions pluridisciplinaires et de fonctionnement
- ✚ Savoir gérer et utiliser le dossier de soins du patient, notamment le dossier individualisé sur Cariatides
- ✚ Savoir gérer et utiliser les applications Outlook (messagerie, agenda)

3. Autres

- ✚ Participer à la mise en œuvre du projet de l'unité
- ✚ Participer à l'encadrement et à l'enseignement des stagiaires (et des nouveaux agents)

Date :

Nom, prénom et signature du pair-aidant :

Nom, prénom et signature
du supérieur hiérarchique :

Annexe 9 : Exemple de données chiffrées issues du tableau d'indicateur réh@b:

Nous avons développé un outil d'évaluation de la qualité des soins en réhabilitation ainsi que du suivi du parcours patient pris en charge à l'HTC réh@b. Cet outil nous permet d'extraire, d'analyser et de croiser plusieurs données en lien avec le parcours du patient, d'évaluer et d'améliorer la qualité de l'offre de soin et de la prise en charge. Ci-dessous, se trouve le tableau de suivi de l'outil d'évaluation « appartement d'évaluation ».

Occupation de l'appartement d'évaluation Ariane pour l'année 2017							
Nom-Prénom	Date d'entrée	Date de sortie	Nombre de jour	Suivi extra hospitalier durant la période d'évaluation	Devenir		Report de jours de présence de l'année précédente ou suivante
					Retour HTC	Lieu d'habitation après passage en appartement d'évaluation (retour en HTC ou non)	
M X	01/01/2017	30/01/2017	29,00	ERIA CJR	Non	Appartement privé	33,00
M X	01/02/2017	03/04/2017	61,00	ERIA CJR	Non	Appartement privé	
M X	03/04/2017	21/05/2017	48,00	ERIA CJR	Oui	Appartement privé	
M X	21/05/2017	06/07/2017	46,00	ERIA CJR	Oui	Autre projet en cours	
Mme X	12/07/2017	11/09/2017	61,00	ERIA CJR	Non	Appartement privé	
M X	11/09/2017	27/10/2017	46,00	ERIA CJR	Oui	Appartement privé	
			0,00				
			0,00				
Nombre total d'occupant	6	Nombre total d'occupation en jours	291,00				
Taux d'occupation moyen par personne en jours			54	Taux d'occupation annuel en %		14,79	
Suivi extra hospitalier	6	%					
		100,00					
Nombre total de sortie directe après passage en appartement	3	50,00					
Nombre de personne bénéficiant d'un appartement Ariane	0	0,00					
Nombre de personne bénéficiant d'un appartement privé	5	83,33					
Nombre de patient souhaitant un autre projet de vie	1	16,67					

Résumé

Actuellement infirmière en unité de réhabilitation psychosociale, je suis sensibilisée à la notion de rétablissement et au changement de pratique que cela implique. En effet, un nouveau paradigme est amené par les notions de rétablissement, d'inclusion sociale et d'empowerment. Pour ce faire un aménagement des esprits est nécessaire.

Le parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique nécessite des réponses multiples qu'une seule institution ne peut apporter. Il s'agit de renforcer l'offre de soins et de décroisonner nos pratiques. Le constat de la persistance d'un positionnement où les soignants pensent pour les « patients » dans un système souvent hospitalo-centré me questionne.

Comment mettre à disposition de la personne soignée tout moyen pour acquérir un savoir et un pouvoir nécessaire pour apprendre à vivre avec sa maladie et devenir citoyen à part entière ?
Comment promouvoir la santé mentale dans la communauté et démultiplier l'offre de soin ?
Comment replacer la personne au centre du dispositif, renforcer sa participation et le rendre acteur de son rétablissement ?

Ma problématique de mémoire s'oriente donc vers l'exploration de la question de la pair-aidance au sein d'une équipe du champ sanitaire orientée et formée à la réhabilitation.

Comment accepter, promouvoir et valoriser le savoir expérientiel ?

La méthode retenue est de mener un focus group auprès des professionnels et des usagers, afin de recueillir leurs attentes, leurs craintes, leurs questionnements, et de les confronter aux résultats du rapport final de l'expérimentation du programme médiateur de santé-pair menée par le CCOMS.

Le but de ce projet est de faire avancer la réflexion sur les frontières entre soigné/soignant, savoir expérientiel et savoir universitaire, afin de permettre une intégration positive au médiateur de santé pair au sein des unités de réhabilitation de l'EPSAN.

Mots clefs :

Rétablissement -Savoirs expérientiels-Participation-Empowerment-Inclusion sociale.

