

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

Le travail de partenariat entre le secteur médical et médico-social

En soutien au modèle de la réhabilitation psycho-sociale



L'insertion professionnelle des usagers :

Mise en place et analyse de pratique d'un atelier d'information

Aliette KNIPPER

Tutorat : Mme Pauline GUEZENNEC

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

Le travail de partenariat entre le secteur médical et médico-social

En soutien au modèle de la réhabilitation psycho-sociale

L'insertion professionnelle des usagers :

Mise en place et analyse de pratique d'un atelier d'information

Aliette KNIPPER

Tutorat : Mme Pauline GUEZENNEC

« Vous travaillez pour vous maintenir au diapason de la terre et de l'âme de la terre.

*Car être oisif c'est devenir étranger aux saisons, et s'écarter de la procession de la vie qui
marche avec majesté et fière soumission vers l'infini.*

*Quand vous travaillez, vous êtes une flûte, où, à travers son cœur, les soupirs de vos heures
se métamorphosent en mélodie.*

*Qui parmi vous souhaiterait rester tel un roseau vierge de son, alors qu'autour de vous tout
chante à l'unisson ?*

[...]

*quand vous travaillez avec amour vous resserrez vos liens avec vous-même, avec autrui, et
avec Dieu. »*

Khalil Gibran

Le Prophète (1923)

Remerciements

Au terme de ce travail, il est temps de remercier les personnes qui m'ont aidée à l'aboutissement de ma démarche. Cet exercice est « positivement difficile » dans le cadre de mon travail tant le nombre de personnes qui ont gravité autour du projet est important. Je tiens à leur saluer ma gratitude et leur demande de m'excuser de ne pas citer leurs noms ici.

Cela dit, je tiens à remercier particulièrement les organisateurs du DIU sans qui toutes les découvertes et les rencontres, qui font la richesse et la force du DIU n'existeraient pas. Je remercie, plus particulièrement, Pauline Guezennec, ma directrice de mémoire pour sa compréhension et sa bienveillance.

Je souhaiterais remercier aussi toutes les personnes de mon entourage professionnel et plus particulièrement Fabrice pour ses conseils avisés et amicaux et pour son soutien dans mon projet, Fred et Nora avec qui j'ai mis en place l'atelier et Typhaine, ma « compagne de promo » avec qui j'ai grandi le temps de cette formation.

Sur le plan personnel, je remercie chaleureusement mon compagnon pour sa patience ainsi que mes parents, qui sont amplement mis à contribution dans l'élaboration de tous mes projets tant sur le plan de la réflexion que sur le plan pratique.

Sommaire

Table des matières

Introduction.....	1
I. Secteur sanitaire, social et médico-social.....	2
1. Le secteur sanitaire	2
2. Le secteur social et médico-social.....	4
3. Cloisonnement des secteurs médicaux, sociaux et médicaux-sociaux	5
4. Handicap psychique et Santé Mentale : nouvelles donnes.....	6
5. La réhabilitation psycho-sociale	8
a. Définition	8
b. Les concepts de base.....	9
II. Insertion professionnelle et Santé Mentale.....	12
1. Pourquoi s'y intéresser ?	12
2. Les dispositifs d'accompagnement existants	14
a. Exemples de dispositifs « train and place » hybrides.....	15
b. Exemples de dispositifs « Place and train ».....	19
3. Nos partenaires nationaux et locaux.....	23
a. Les MDPH et Le Cap Emploi.....	23
b. Route Nouvelle Alsace (RNA)	26
c. L'Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economique d'Alsace (URSIEA).....	27
d. La FAGERH et les Centres de Réadaptation	28
III. L'EPSAN	30
1. Présentation de l'établissement.....	30
4. Le projet d'établissement.....	31
5. Le dispositif de réhabilitation psychosociale à l'EPSAN	33
a. Richard B.....	33
b. Le Centre de Jour de Réhabilitation (CJR)	33
c. L'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire (ERIA)	34
d. Les Semaines d'Informations à la Santé Mentale (SISM)	34
IV. L'expérience de l'atelier	35
1. Point de départ.....	35
2. Expérience	35
3. Description de l'atelier	37
a. Objectifs.....	37

b.	Public concerné	37
c.	Déroulement de l'atelier	37
4.	Le bilan	38
a.	L'atelier	38
b.	Le groupe	39
c.	Bilan par les participants	39
d.	Bilan par les référents	40
5.	En parallèle, les conventions (SIMOT, URSIEA, CR)	40
Conclusion		41

Introduction

En 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la Santé Mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Depuis les grandes réformes de la psychiatrie, la réduction du nombre de lits d'hôpital, et les progrès des neuroleptiques, les usagers peuvent vivre dans leur famille ou indépendamment. Ils peuvent prétendre à une vie autonome et citoyenne et jouir d'activités sociales et professionnelles.

Mon activité professionnelle auprès d'usagers de la Santé Mentale a commencé en 2003. A cette époque, le passage des patients dans le pavillon d'admission où j'exerçais, avait pour principal objectif la réduction des symptômes devenus trop bruyants pour le patient, son entourage ou la société en général. Certes, les soignants avaient le souci de laisser repartir le patient dans des conditions dignes. Pour autant, il n'y avait pas de place pour envisager, avec lui, un projet qui puisse répondre de manière pérenne à la définition citée ci-dessus. Aussi, les réhospitalisations étaient nombreuses pour certains patients. Cette situation semblait insoluble face à l'objectif de soins du pavillon d'admission. Mon parcours professionnel m'a ensuite permis de travailler dans un service intra-hospitalier de réhabilitation psychosociale. J'y ai découvert le projet d'accompagnement des usagers vers une vie satisfaisante dans la cité et j'ai participé à son élaboration. Le service étant relativement récent, le projet de réhabilitation psycho-sociale se construisait : certains soignants ont été formés à l'éducation thérapeutique du patient et ont mis en place des ateliers, d'autres ont créé des ateliers pour permettre une réappropriation de certaines habiletés sociales, l'équipe s'est de plus en plus tournée vers des actions dans la cité. De mon point de vue, il me semblait important d'orienter également vers l'insertion professionnelle. C'est cette démarche que je me propose de vous présenter ici au travers d'une analyse de pratique.

Chargée par le cadre de santé de mettre en place un dispositif en faveur de l'insertion professionnelle des usagers, je me suis rapidement rapprochée de services sociaux et médico-sociaux. La différence de points de vue qui nous enrichissaient mutuellement et les « on dit » qui nous séparaient sont à l'origine de la première partie de mon travail : définir historiquement les secteurs pour comprendre aujourd'hui ce qui les éloignent et ce qui les rapprochent.

La deuxième phase de mon travail correspond à la suite de ma démarche en ce sens qu'il m'a fallu découvrir ce milieu et toutes les initiatives qui existaient. En amont, j'ai pu découvrir l'importance de l'insertion professionnelle pour la réhabilitation psychosociale. Même si j'en avais la conviction, les textes que j'ai pu lire à ce sujet l'a confirmée et complétée. Ainsi, j'ai pu mieux comprendre la politique des dispositifs existants que ce soit celle portée par mes partenaires locaux ou celle déployée dans des pays étrangers, initiatives que j'ai découvertes en cherchant à étayer mon propos.

Enfin, j'ai mis en place, en groupe de travail, un atelier qui s'inscrit dans le contexte particulier de l'établissement où je travaille. Ce contexte sera présenté dans la troisième partie de mon travail pour finir sur l'atelier « information insertion professionnelle » tel que nous l'avons envisagé, testé et bilanté.

I. Secteur sanitaire, social et médico-social

Bien que différents, les métiers des secteurs sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux ont des caractéristiques communes qui demandent des compétences relationnelles et nécessitent un engagement par rapport à des valeurs morales. Ils se basent sur la capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire.

- Le secteur médical et paramédical représente toutes les professions qui participent à la chaîne des soins. Les professionnels concernés prennent en charge des publics variés. Salariés ou libéraux, les professionnels interviennent au sein d'une équipe ou d'un réseau qui accompagne l'utilisateur vers un mieux-être.
- Le secteur social et médico-social se définit en fonction des missions qu'il remplit et des types de publics qu'il touche (publics handicapés jeunes et adultes, personnes en difficulté, personnes âgées, petite enfance). Les professionnels concernés, accompagnent ces publics avec, comme objectif, l'amélioration de la qualité de leurs environnements personnel, social et éducatif.

1. Le secteur sanitaire

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme la conception de l'hôpital public en l'ouvrant aux

malades payants. Jusqu'alors réservé aux indigents qu'il convient de socialiser par le travail et aux fous qu'il faut exclure de la société, l'hôpital s'ouvre à toutes les classes de la société. Grâce à la généralisation et à l'extension du prix de journée, ses recettes dépendent de plus en plus de son activité de soins. Elles prévalent progressivement sur ses autres recettes (legs, dons, subventions, gestion du patrimoine). Les salles communes disparaissent au profit de chambres à un ou deux lits. La mission de l'hôpital passe d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades. C'est alors que l'hôpital acquiert sa vocation sanitaire.

En ce qui concerne la psychiatrie, la Loi Esquirol du 30 juin 1838 impose à chaque département de se doter d'un lieu d'accueil et légifère sur les modes de placements. Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale que des prises en charge différentes de l'internement à vie vont apparaître. En 1945, un livre blanc paraît. Il engage les pouvoirs publics dans la nouvelle voie de la désaliénation : des psychiatres comme Ey, Le Guillant ou Bonnafé considèrent que les malades mentaux sont des malades comme les autres. Ce nouveau courant psychiatrique mène à la sectorisation psychiatrique.

En France, la circulaire du 15 mars 1960 institue le principe de la sectorisation. Elle insiste sur l'importance de la prévention, de l'accessibilité et de la continuité des soins. Une équipe pluridisciplinaire est en charge de la Santé Mentale de la population de son secteur géographique de rattachement. Les grands hôpitaux psychiatriques et le cadre unique cèdent ainsi la place aux petites structures et au maintien des malades mentaux au sein de la cité. Les professions se diversifient : la dénomination officielle de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques devient « infirmier de secteur psychiatrique ». Les psychologues sont de plus en plus présent dans les services. Peu à peu les aides-soignants, les aides médico-psychologique et les agents des services hospitaliers sont inclus dans les services ainsi que du personnel spécialisé (ergothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs spécialisés).

Le 31 décembre 1970, la loi relative à la réforme hospitalière crée les Centres Hospitaliers Universitaires. L'hôpital acquiert une triple mission (recherche, enseignement et clinique) et se limite au domaine médical. Le domaine social doit être pris en charge ailleurs.

Le 30 juin 1975, la loi relative aux institutions médico-sociales sépare définitivement le sanitaire du médico-social. A partir de là, l'hôpital devient strictement technique et n'héberge que dans la mesure où il soigne. Le caractère « hospitalier » qui permettait jusque-

là d'accueillir pour de longs séjours des malades chroniques disparaît. L'hôpital soigne mais tout l'aspect de l'accompagnement et du prendre soin doit avoir lieu ailleurs.

Aujourd'hui, ce que l'on nomme le "sanitaire" en psychiatrie, résulte de la lente transformation de l'ancien asile psychiatrique en un hôpital comme les autres, de la psychiatrie comme une discipline médicale comme les autres, des infirmiers psychiatriques en infirmiers comme les autres...

2. Le secteur social et médico-social

Le domaine du social regroupe l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie d'une société. Il s'intéresse aux rapports entre les individus et à leur condition économique et psychologique. Il s'intéresse aux activités en rapport avec l'exclusion, l'insertion ou la réinsertion, l'enfance et la famille. Le domaine médico-social quant à lui est relatif à la médecine sociale, c'est-à-dire une médecine qui tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population.

Comme nous l'avons vu, jusqu'en 1960, le sanitaire ne se différenciait pas du social. L'accompagnement social ne va émerger qu'après ladite séparation. Historiquement, l'action sociale et médico-sociale relevait de l'initiative d'organisations privées à but non lucratif (caritative ou familiale). En France, le modèle d'association remonte au Moyen-âge mais la première loi relative au contrat d'association ne sera votée que le 2 Juillet 1901. Les finalités de l'action sociale s'exprimeront au cours du XXème siècle successivement autour des concepts tels que l'assistance, la rééducation, l'insertion, l'accompagnement, la solidarité ...

Le 30 juin 1975, deux lois relatives aux institutions sociales et médico-sociales (Loi 75-535 et Loi 75-534) sont adoptées : La première régleme les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur. La deuxième est orientée en faveur des personnes handicapées. Cette première grande réforme permet le passage d'une politique d'assistanat à une politique d'intégration des personnes handicapées dans la vie de la cité. A cela s'ajoute, dans les années 70, « la crise économique » des sociétés occidentales. De ce fait, le secteur social est impacté par la notion de « bien-être social » et est amené à adapter son action en tenant compte de la santé.

Déjà en 1957, une loi avait déjà fait référence à la qualité de travailleur handicapé et affirmait le droit au « reclassement professionnel de tous les handicapés ». Mais les lois de

1975 recouvrent une prise en compte plus globale du handicap et de l'intégration des personnes handicapées.

Par la suite, la loi du 2 janvier 2002 vient rénover la loi du 30 Juin 1975. Elle replace l'utilisateur au cœur des dispositifs sociaux et médico-sociaux avec la mise en place obligatoire du projet d'établissement et permet aux structures de faire évoluer leurs financements en introduisant des contrats d'objectifs et de moyens.

3. Cloisonnement des secteurs médicaux, sociaux et médicaux-sociaux

Oscillant entre séparation et rapprochement, le sanitaire et le médico-social se sont construits en référence l'un par rapport à l'autre au fil du temps.

Initialement non dissociés, ces deux secteurs ont été peu à peu segmentés au regard des besoins des individus. En effet, tandis que le modèle sanitaire s'est tourné vers les personnes dont la santé était menacée ou atteinte, le modèle médico-social s'est lui, tourné vers les personnes dont l'état de santé n'était qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales. Cette séparation s'est également construite au regard du droit avec la création de deux systèmes distincts suite aux lois de 1970 et de 1975 précédemment citées.

Depuis, on a pu constater un rapprochement de ces deux secteurs, tant au niveau des droits des usagers, qu'au niveau institutionnel. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 a reconfiguré le cadre juridique de l'action sociale pour pallier aux difficultés d'aménagement des parcours de soins entre établissements de santé et établissements médicosociaux. Ainsi, une reconnexion entre les deux secteurs s'est faite à travers la création des agences régionales de santé, l'intégration des projets du médico-social dans le projet régional de santé, la mise en place de manière générale des procédures de management identiques à celles des établissements de santé (évaluation, accréditation...) et l'instauration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le secteur médico-social. Malgré tout, on observe encore des différences dans l'administration des deux champs tant du point de vue des outils de planification et de régulation que des institutions qui en ont la responsabilité.

Du point de vue de la personne en difficulté de vie, le classement n'est pas simple. Maladie et handicap sont souvent indissociables. La question de la stabilisation paraît aujourd'hui au cœur de cette problématique d'orientation entre sanitaire et médico-social.

Mais encore faudrait-il pouvoir définir cette notion de “stabilisation” ? Est-ce la régression voire la disparition de troubles ? Tient-elle dans le passage entre une phase aiguë et une phase chronique ? Et, plus subtilement, que met-on derrière la notion de trouble ? N'est-elle pas relativement subjective lorsqu'on aborde les pathologies psychiatriques ? Tous ces questionnements nous permettent de mesurer la fragilité de la frontière entre les deux milieux où la question de l'identité des professionnels du sanitaire et du médico-social est en jeu.

Parmi ces professionnels, ceux qui travaillent dans les établissements hospitaliers se construisent en référence voire en opposition aux personnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux, alimentant ainsi toute une série de représentations croisées. Ces représentations sont d'autant plus nettes pour le secteur de la Santé Mentale où la frontière entre sanitaire et médico-social est toujours poreuse, les usagers y oscillant entre soins et réhabilitation. Il en est de même, du côté du médico-social où comme son nom l'indique, le soin côtoie les démarches éducatives et pédagogiques.

Des deux côtés, la chronicité des troubles engendre souvent l'usure des équipes.

Or si les deux secteurs sont différents, ils se complètent. Au-delà des différences d'ordre administratif et financier, au-delà de l'histoire propre à chacun qui a forgé son identité et sa culture, il est important que tout le personnel gravitant autour des usagers parvienne à construire des partenariats pour accompagner les personnes dans un parcours de vie cohérent. Ces partenariats impliquent que chacun définisse son action et ses limites par rapport à l'autre pour construire une complémentarité, que chacun acquiert une confiance dans le savoir et les compétences de l'autre.

4. Handicap psychique et Santé Mentale : nouvelles données.

L'apparition des notions de handicap psychique et de Santé Mentale dans le vocabulaire des pouvoirs publics remet l'accent sur la nécessaire complémentarité des actions sanitaires, sociales et médico-sociales. La loi de 2005 en faveur des personnes handicapées reconnaît les situations de handicap liées à la maladie psychique. Selon J-M Botta, avec cette reconnaissance légale, une demande forte de réponses sociales et médico-sociales va émerger, et il faudra soigneusement les articuler en « amont » et en « aval » du dispositif sanitaire (Botta J-M, 2007). Le handicap psychique, de par ses besoins en soins et en accompagnement

social, se situe à la frontière entre ces deux secteurs et vient spécifiquement interroger leur articulation et leur nécessaire complémentarité (Amara Fadéla, 2011). Des réponses sont d'autant plus à inventer qu'elles permettront de lever le cloisonnement entre les dispositifs et entre les intervenants, tant la labilité des parcours des personnes handicapées par la maladie psychique oblige à un réglage permanent du soin, de l'hébergement, de la formation, (Cnaan, 1988) de l'insertion professionnelle, dans un projet d'accompagnement toujours en mouvement. L'urgence de réponses appropriées aux besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques a obligé les acteurs associatifs, les professionnels et les décideurs à s'entendre rapidement sur des bases partagées de « bonnes pratiques ».

Ainsi, la notion de maladie essentiellement binaire – le malade et son thérapeute – passe à celle de handicap. La prise en charge s'élargit à l'ensemble de la société où les politiques font également partie de l'équation. Cette approche offre dès lors un langage commode qui permet de clarifier la place des différents métiers qui interviennent et des compétences requises autour de la personne en faveur d'un partenariat efficient.

Suite au constat de la persistance des cloisonnements, le gouvernement répond rapidement et met en place le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 qui réaffirme la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale. L'accent est mis sur le renforcement des droits, le développement d'un accompagnement médical, social et médico-social cohérent et le déploiement de solutions alternatives.

Parallèlement, à la notion de handicap psychique apparaît la notion de Santé Mentale. Le concept de Santé Mentale dépasse celui de la maladie psychique et porte sur le triptyque biopsychosocial des personnes potentiellement concernées dans la population générale. Au-delà de la *prise en charge thérapeutique*, elle inclut les stratégies de *promotion du bien-être biopsychosocial* de tout citoyen ainsi que des activités de prévention spécifiques.

La Santé Mentale est ainsi censée compléter le savoir et les compétences de la psychiatrie en s'appuyant sur des compétences issues d'autres disciplines (épidémiologie, économie de la santé, anthropologie médicale...). Elle doit, par ailleurs, tenir compte des valeurs et des dispositifs de multiples autres secteurs de la société (éducation, travail, culture) et, en général, de toute la vie sociale des communautés spécifiques. En ce sens, la Santé Mentale harmonise les dispositifs gravitant autour des citoyens en général et affine encore le lien entre les dispositifs sanitaires, sociaux médico-sociaux en particulier.

Pour résumer, nous avons donc vu que les relations entre le milieu sanitaire, social et médico-social ne cessent d'évoluer, chacun en quête de son identité alors que leurs champs d'activités sont intimement liés. Les notions de "handicap psychique" et de "Santé Mentale" apportent aujourd'hui un nouvel éclairage. Elles mettent l'accent sur l'importance de la complémentarité des actions enrichie par l'expertise respective de chacun des acteurs et ouvrent la porte à de nouveaux partenaires. Mais comment cette approche se traduit-elle en pratique dans les services de soins ?

5. La réhabilitation psycho-sociale

a. Définition

La réhabilitation psychosociale pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle (Cnaan, 1988)

La réhabilitation psychosociale s'est mise en place progressivement au courant des années 1980 accompagnant le processus de désinstitutionalisation. Il s'agissait alors d'apporter une réponse à la communauté qui devaient accueillir des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sans y être préparée.

Si au départ ce fut le fait d'initiatives éparses, celles-ci n'en sont pas moins fondatrices puisque la réhabilitation psychosociale va peu à peu se structurer sous la forme d'un mouvement international riche de ces pratiques et de ces pensées. Cette « unification dans la diversité » prend forme en particulier au sein de l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale qui énonce en 1996, conjointement avec l'Organisation Mondiale de la Santé, les principaux objectifs et les grands axes de la réhabilitation :

- Elle vise la réduction des symptômes de la maladie et des éventuels effets secondaires des traitements médicamenteux.
- Elle favorise le développement des compétences sociales.
- Elle met sur l'information de la population et la lutte contre la discrimination.
- Elle place l'utilisateur au centre des actions qui le concernent.

- Elle inclut dans l'accompagnement, l'entourage de la personne (famille et proches).

Plusieurs définitions ont cherché à préciser ce que recouvre la *réhabilitation psychosociale*. Il peut s'agir autant de l'ensemble des interventions « visant à aider les personnes souffrant de maladies mentales graves » que d'actions plus ciblées, par exemple dans le domaine du travail. La réhabilitation se définit par son déroulement (« *somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet* ») et par son but (« *améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles* ») (Farkas, 2006).

Les actions mises en place viennent en complément des pratiques de soins psychiatriques, en tant que « valeur ajoutée » aux soins dispensés. Comme le soulignent les Membres du Comité français pour la Réhabilitation Psychosociale (D. Leguay), il s'agit de porter un véritable « diagnostic de réhabilitation » sur la base de :

- Une évaluation fonctionnelle des capacités de la personne (autonomie, habiletés sociales...) et de ses ressources personnelles disponibles.
- La recherche ou le développement des soutiens ou des aides (disponibilité et vulnérabilité de l'entourage, en particulier familial).
- La précision des buts à atteindre (sociaux, résidentiels, éducationnels, professionnels...).
- La mise au point des programmes d'intervention.

À cela, s'ajoute un certain nombre de concepts sur lesquels il convient de s'attarder un peu.

b. Les concepts de base

La réhabilitation psychosociale commence par une philosophie singulière où l'utilisateur est le maître d'œuvre de son projet. Au centre du dispositif, ses attentes et ses demandes sont le fondement des interventions. La notion de projet de vie marque une prise de distance par rapport au projet thérapeutique. De plus, cette notion évolue au fur et à mesure du cheminement singulier de l'utilisateur. Ainsi, le projet de vie n'est jamais complètement énoncé et il ne peut véritablement prendre forme et consistance qu'une fois advenu, dans un regard rétrospectif porté sur le parcours réalisé par la personne.

La réhabilitation psychosociale est sous-tendue par un certain nombre de concepts comme le rétablissement (*recovery*), l'empowerment, la pratique du *case management*, l'inclusion sociale et la destigmatisation.

Le rétablissement

Pour aborder ce concept singulier, il me semble plus approprié de partir du témoignage des usagers à ce propos. Ainsi, selon William Anthony, « le rétablissement est une démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et/ou les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale ». Il s'agit d'une transformation subjective, un processus par lequel la personne chemine tout en construisant pas à pas, avec la maladie, un ensemble plus vaste qui, mis en mouvement, peut être à même de refonder quelques éléments participant à l'élaboration du lien social (Deegan, 2006).

L'empowerment

L'empowerment, ou la réappropriation du pouvoir d'agir, est le processus par lequel les personnes reprennent en main l'orientation de leur vie, exercent un plus grand contrôle sur leur environnement et développent des stratégies leur permettant de jouer un rôle actif dans l'atteinte de leurs objectifs de vie (Ensing, 1999). Cette notion est centrale dans le modèle basé sur les forces (Rapp, 1998) et elle est intimement liée à la perspective du rétablissement (Deegan P. , 1997).

Plusieurs composantes sont liées au pouvoir d'agir : la confiance en soi, la croyance en ses forces personnelles et leur utilisation, la perception de contrôle sur l'environnement, l'acquisition d'habiletés permettant d'être plus autonome et d'influencer les autres dans l'exercice de ses choix, l'autorité décisionnelle et l'efficacité personnelle (Provencher, 2002). Ainsi, l'intervenant doit stimuler l'utilisateur de toutes les façons possibles, afin que celui-ci participe activement aux décisions et aux situations qui le concernent. Il doit l'impliquer à son propre projet, l'encourager à faire des choix personnels et à contribuer aux décisions touchant ses groupes d'appartenance.

Le case management

Le case management est un modèle d'intervention, qui vise à aider les sujets vulnérables à maintenir et améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel. Il nécessite donc de sortir d'un modèle hospitalo-centré et cherche à proposer des soins coordonnés et efficaces à ces personnes. Il permet d'établir un plan global d'intervention. Ce processus de soins et de services est multidimensionnel, dynamique et longitudinal. Il associe, contrairement aux programmes centrés sur un seul secteur de la vie sociale, un ensemble de mesures et d'interventions prenant en compte les différents domaines (logement, travail, éducation, loisirs...) dans une perspective globale (Gélinas, 2002).

Différents modèles de case management ont été expérimentés. Le modèle de référence l'« Assertive Community Treatment » (ACT) ou traitement communautaire intensif. Dans ce cadre, une équipe de soins intensifs, composée de professionnels multidisciplinaires, intervient auprès de l'utilisateur dans une démarche holistique.

L'inclusion sociale et la destigmatisation

Une autre dimension du mouvement de réhabilitation psychosociale s'oriente vers l'organisation et l'attitude de la société en générale à l'égard des personnes souffrant de trouble psychique. L'inclusion sociale est le processus consistant à améliorer les conditions dans lesquelles les personnes participent à la vie dans la société en améliorant la capacité, les possibilités et la dignité des personnes défavorisées. A ce niveau, la réhabilitation psychosociale trouve une fonction « politique » et demande une collaboration étroite des différents intervenants œuvrant pour une meilleure intégration sociale des usagers, citoyens à part entière. Travailler à (re)donner une place pleine et entière au sein de l'espace social aux usagers c'est faire valoir ses droits, les défendre et proposer des espaces de mise en œuvre effective de ceux-ci au quotidien

Par ailleurs, la stigmatisation et les représentations négatives attachées à la pathologie psychiatrique sont au centre des revendications des usagers, de leurs proches et des professionnels participant au mouvement de réhabilitation psychosociale. Aussi, une place singulière est accordée aux aidants naturels dans le processus, visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades.

La notion de réseau permet l'articulation entre les acteurs des champs social, sanitaire et médico-social. La réhabilitation psychosociale sous-entend de sortir de l'hospitalo-centrisme, être de vrais partenaires (plutôt qu'avoir des partenariats) dans une psychiatrie communautaire, s'engager ensemble vers une psychiatrie citoyenne, acquérir une culture commune dans l'accompagnement conjoint de parcours de vie et de soin, mettre les moyens financiers nécessaires à la coordination de ces parcours. Cette démarche ne peut se faire sans l'appui de tous les acteurs et surtout sans l'existence des Conseils Locaux de Santé Mentale.

La réhabilitation psychosociale vise le rétablissement des usagers. Pour y parvenir, on dispose d'un certain nombre d'outils basés sur les concepts que je viens de citer. La réhabilitation psychosociale est particulièrement orientée vers une autonomie et une indépendance multidimensionnelle en termes de réinsertion sociale. Cette insertion a pour objectif de faire évoluer une personne d'isolée ou marginale vers un état où les échanges avec son environnement social sont considérés comme satisfaisants. Elle ne peut être complète sans passer par la question de l'utilité sociale, du travail.

II. Insertion professionnelle et Santé Mentale

1. Pourquoi s'y intéresser ?

Le contexte de la réhabilitation psychosociale, les progrès pharmacologiques et les contraintes d'économie de santé (Pachoud Bernard, 2009) jouent en faveur d'un maintien des personnes dans leur environnement social et posent la question du maintien ou du retour à l'emploi des usagers dont les troubles psychiques entraînent justement une forte exclusion du monde du travail. De plus, un retour à l'emploi rapide facilite la réinsertion sociale. Or aujourd'hui les exigences de performances et de compétitivité dans l'environnement professionnel rendent cet aspect de l'accompagnement particulièrement difficile.

La loi de 2005 en faveur du handicap psychique prévoit et favorise les mesures de soutien à la réinsertion professionnelle. Ainsi, des structures d'aide et d'accompagnement se développent. Selon le rapport Laforcade relatif à la Santé Mentale (Laforcade, 20016), le travail s'avère un signifiant positif aux multiples facettes face à la maladie psychique :

- Il constitue le principal véhicule d'inclusion dans la société.
- Il permet « [d']avoir le sentiment de maîtriser sa vie ».

- Il favorise l'exercice de son pouvoir d'action et la libre participation à la société.
- Il est essentiel à l'autonomie financière.
- Il assume les fonctions de passe-temps (se lever, sortir de chez soi, éviter l'ennui, etc.), de prérequis au temps libre (le contraire du travail) et de voie d'entrée au marché de la consommation.
- Il donne accès à l'identité sociale, au rang social, à la sécurité et à l'estime de soi, aux relations humaines et à la socialisation.

À la valeur psychologique, sociale et économique du travail, plusieurs auteurs ajoutent d'autres avantages :

- Il est un déterminant de la santé et du bien-être, de même qu'un vecteur d'intégration sociale (Alain Beaulieu, 2002).
- Il aurait un impact sur l'amélioration de la Santé Mentale des personnes, sur la diminution des hospitalisations et du nombre d'épisodes de résurgence des symptômes, ainsi que sur la consommation de services psychosociaux et médicaux (Bachrach, 1991) (Vincelette, 1995).
- Il offre de nouvelles occasions d'aménagement de la réalité et du rapport à soi et à autrui. Pour Dejours (1998), « lorsque la qualité de mon travail est reconnue, ce sont aussi mes efforts, mes angoisses, mes doutes, mes déceptions, mes découragements qui prennent sens ».

Exclus du monde du travail, les personnes sont privées d'une fonction sociale qui détermine la valeur et la qualité de leurs relations avec leur communauté et avec leurs pairs aussi bien que l'appréciation de leur propre valeur et de leur simple raison d'être.

La reconnaissance de la notion de handicap psychique permet d'accéder à une forme de compensation, mais elle sanctionne aussi la perte de capacités au plan cognitif, relationnel ou social dans une permanence. Il convient alors de ne pas négliger l'inconstance des troubles liés à ce type de handicap au risque d'enfermer les patients dans un processus morbide de chronicisation. Le fait de porter l'espoir d'une amélioration, d'une possible restauration des habilités et surtout d'une bonne estime de soi chez les usagers permet au contraire d'ouvrir toutes les possibilités de réinsertion et de rétablir l'espoir d'une trajectoire de vie positive.

De manière générale, le maintien en emploi est plus efficace que le retour à l'emploi. L'intervention précoce maximise les chances de réintégrer le marché du travail et de trouver

un emploi durable. Ces constatations sont encore plus vraies pour les personnes ayant des problèmes de Santé Mentale. Aider les personnes atteintes de troubles psychiques à retrouver un emploi est difficile lorsqu'elles sont restées longtemps sans travail et dépendantes de l'assistance sociale ou des prestations d'invalidité. À ce stade, leur motivation et leur confiance en soi sont si faibles que les aider à retrouver un emploi durable est un processus coûteux et incertain.

2. Les dispositifs d'accompagnement existants

De nombreux dispositifs existent en Europe et au Québec. Outre la rapidité d'intervention, l'expérience montre l'importance décisive des modes et de la qualité de l'accompagnement vers et dans l'emploi.

En France, le milieu ordinaire de travail apparaît comme un domaine quasi inaccessible aux personnes souffrant de troubles psychiques. Seules les personnes reconnues en situation de handicap psychique par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) bénéficient d'une aide à l'insertion professionnelle. Pour la majorité d'entre elles, elles sont alors orientées vers le milieu protégé ou vers le milieu ordinaire mais sans mixité avec des salariés sans handicap mais pas vers des entreprises classiques du milieu ordinaire. Cet accompagnement est dit du type « train and place ». Basé sur la progressivité et le réentrainement préalable à l'insertion en milieu ordinaire de travail, il n'aboutit que rarement à une réelle insertion professionnelle.

A l'inverse, il existe un autre type d'accompagnement dit « place and train ». Celui-ci est basé sur le principe de « soutien à l'emploi » (supported employment). Selon certaines études, cette approche s'est révélée plus efficace pour une insertion professionnelle durable : il s'agit d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail. Dans cette perspective, un « job coach » assume les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi et ensuite le soutien à la prise de poste, puis tout au long de l'activité de travail.

A travers la description de différents dispositifs, il importe de s'interroger sur leur efficacité et sur les principales divergences avec l'approche des pratiques dominantes en

France. Si l'approche « place and train » semble plus efficiente, il existe des dispositifs de type « train and place » dont les modalités apparaissent toutefois intéressantes. A mi-chemin entre les deux modes d'accompagnement, l'objectif visé est le milieu ordinaire mais en privilégiant un temps préalable de préparation malgré tout. L'utilisateur y est un acteur central du dispositif. Deux dispositifs « hybrides » retiennent l'attention : Accès-Cible SMT (Québec) et Messidor (France).

a. Exemples de dispositifs « train and place » hybrides

Accès-Cible SMT (Canada)

Fondé en 1988, Accès Santé Mentale Cible Travail, usuellement appelée Accès-Cible SMT est reconnu comme un organisme performant et innovateur pour sa façon d'utiliser la stratégie de l'intégration et du maintien en emploi et comme déterminant du recouvrement et de la consolidation de la santé et du bien-être des personnes à haut risque d'exclusion économique et sociale.

Les personnes ciblées par cette offre de services présentent :

- Une symptomatologie active, associée à une faible estime de soi, à une confiance fragile et à des effets secondaires reliés à la médication.
- Une absence prolongée du marché du travail avec un historique d'échecs au travail, de marginalisation sociale et un parcours d'emploi laborieux.
- Des difficultés relationnelles avec les pairs, les collègues et avec les responsables hiérarchiques

De plus, ces mêmes personnes sont susceptibles de vivre des problématiques associées (toxicomanie, alcoolisme, monoparentalité, passé judiciaire) et peuvent être fragilisées (âge avancé, itinérance et pauvreté).

Le cadre théorique, ainsi que les modes d'intervention est double. Il s'agit de :

- Répondre aux besoins des personnes marginalisées désirant intégrer un emploi
- S'adapter à la culture, aux attentes et aux exigences du marché ordinaire du travail.

Le programme vise à bonifier et à optimiser les qualités professionnelles ainsi qu'à maximiser le potentiel d'adaptation et de productivité des participants. Ceux-ci sont considérés comme des personnes en processus de rétablissement qui possèdent des qualités

personnelles et professionnelles ainsi qu'un potentiel de productivité. Ce n'est donc pas aux milieux de travail de s'adapter à leur limite mais bel et bien aux personnes de les surmonter pour s'adapter au travail.

Le Programme d'Accès-Cible SMT s'inspire de la philosophie de la réadaptation psychosociale et du rétablissement (L'Encéphale, 2014) sur de nombreux points :

- La démedicalisation de l'intervention évite à la personne d'être face à son passé et à sa souffrance et la responsabilise sur son avenir et son potentiel de travailleur.
- Cette responsabilisation génère et consolide l'autonomie décisionnelle et l'empowerment et participe ainsi au processus de reconstruction identitaire.
- Les rapports d'accompagnement s'horizontalisent et l'utilisateur est au centre des décisions qui le concernent

Les participants au programme ont souvent vécu des ruptures majeures :

- Rupture de relations (famille, proches, milieu d'appartenance et milieu du travail). Ainsi, le programme priorise l'intervention de groupe en faveur d'une réappropriation des habiletés relationnelles. Remettre les usagers en relation permet de baliser ensemble les risques de rejets et de conflit et de jouir à nouveau de l'entraide et de la solidarité que crée un groupe se mobilisant autour d'intérêts communs.
- Rupture de confiance en leurs capacités à conceptualiser, analyser et rationaliser dans tous leurs processus décisionnels. Les perceptions et les émotions priment sur leur jugement. Manquant de confiance en eux ils délèguent leur pouvoir d'agir aux témoins de leur maladie (proches, familles, professionnels de santé).

Le programme de réadaptation et de maintien en emploi aspire à réparer ces ruptures et leurs effets dans une perspective de changement et *in fine*, à permettre l'intégration à un emploi sur le marché ordinaire en vue de s'y maintenir à long terme.

Accès-Cible SMT apparaît ainsi comme une formule hybride entre le programme de soutien à l'emploi et un programme de préparation à l'emploi.

Messidor (France) : les ESAT de transition

L'association Messidor est spécialisée dans la réinsertion professionnelle de personnes souffrant d'un trouble psychique et reconnues comme travailleur en situation de handicap psychique par la MDPH. Les personnes suivies travaillent dans des établissements ESAT ou EA de l'association, où elles bénéficient d'un accompagnement particulier.

Les ESAT de transition de l'association Messidor sont une pratique intéressante dans le panorama français des structures d'aide à l'insertion professionnelle car leurs résultats en termes d'insertion en milieu ordinaire de travail sont plus élevés que dans les autres ESAT.

Bien que l'ESAT relève du milieu protégé, cette pratique cherche à favoriser la réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail. L'expérience de travail en milieu protégé est envisagée comme une étape, une transition, soit vers une activité de travail en milieu ordinaire, soit vers un autre type d'activité et de rétablissement social, d'où cette dénomination d'« ESAT de transition ». Le travail dans ces ESAT de transition correspond à un temps de reconstruction, de remobilisation par le travail

Les leviers de performance de cette pratique, notamment en termes de réinsertion en milieu ordinaire, sont revendiqués dans le projet associatif de Messidor (T Brun, 2011) :

- L'exigence de productivité tend vers celle du milieu ordinaire et permet de dégager les ressources financières nécessaires pour assurer un encadrement en proximité et personnalisé (P. Villotti, 2014). Les travailleurs doivent s'adapter à une exigence de productivité et s'acclimatent ainsi aux contraintes du milieu ordinaire. Certains d'entre eux travaillent directement chez le client où ils sont mis à disposition, sans encadrant sur place et traités de la même façon que n'importe quel salarié (horaires de travail, productivité...). Dans ce contexte, les conditions de travail sont proches de celle du milieu ordinaire.
- Le taux élevé d'encadrement des travailleurs (un encadrant pour 5 ou 6 travailleurs environ contre 12 ou plus ailleurs) favorise un soutien de proximité, la transmission de compétences techniques de métier et un management personnalisé.

Par ailleurs, le double accompagnement proposé par l'association Messidor est un atout de taille :

- L'encadrant, le « responsable d'unité de production (RUP) », gère et supervise l'activité économique de son unité, en totale autonomie. Il doit assurer la viabilité économique de son équipe. Il organise le fonctionnement de son équipe de telle sorte que chaque travailleur puisse progresser jusqu'à son éventuelle sortie en milieu ordinaire. Le travailleur développe ainsi des compétences professionnelles transférables en milieu ordinaire et des compétences comportementales de savoir être au travail et en collectivité. Ces acquisitions restaurent sa confiance et son sentiment d'efficacité, en faveur d'un retour à l'emploi en milieu ordinaire (Corbière, 2012) ; (M Corbière C. M., 2004).

- L'accompagnement est soutenu en parallèle par un conseiller d'insertion (CI) à la manière des "job coaches". Le CI prépare la construction d'un projet d'insertion. L'objectif est d'aider à trouver et à garder un emploi en accompagnant la construction du projet, la recherche d'un emploi et les débuts de la nouvelle activité (T Burns, 2007) ; (Corbière, 2012) ; (M Corbière, 2011) ; (B Pachoud, 2013). De plus, le CI est garant de l'élaboration du projet individuel du travailleur et veille à sa mise en œuvre. Il établit des liens étroits avec le champ sanitaire et médico-social, notamment pour que les équipes de soin (psychologue, infirmier référents) puissent contribuer à soutenir le projet professionnel de la personne dans son projet de vie. Avec le CI, le travailleur est invité dès le départ à construire un projet de sortie vers un emploi en milieu ordinaire. Ce qui sera déterminant pour l'assurer qu'il s'agit d'une transition.

Ce double encadrement favorise la concrétisation de l'insertion professionnelle et le rétablissement de la personne. Il permet le développement d'un mouvement de reconstruction de l'identité professionnelle de la personne, pour qui progressivement la perception d'un milieu ordinaire de travail devient plus envisageable car la confiance, l'estime de soi et le sentiment d'efficacité au travail se renforcent.

Ce type d'accompagnement s'inscrit parfaitement dans la dynamique de la réhabilitation puisqu'elle favorise l'inclusion sociale par un accompagnement individualisé et « sur-mesure » et le souci de promouvoir l'*empowerment* des personnes.

Accès-Cible SMT et Messidor: une philosophie sous-jacente commune, celle d'un travailleur acteur de sa vie

La conviction qu'un temps de préparation, même rapide, est nécessaire pour s'intégrer dans le monde réel et non protégé du travail de manière satisfaisante et pérenne est commune à ces deux pratiques. Ce temps de préparation est plus exactement un temps de transformation de l'individu où la personne restaure une confiance en elle, en ses capacités et son efficacité professionnelles, en ses habiletés sociales pour savoir « être avec » dans un groupe.

Le travailleur y est envisagé comme un adulte responsable et capable, sujet et acteur de sa propre vie, qu'il faut certes guider mais pour qu'il reprenne pouvoir de décision et d'action. Les accompagnants sont des conseillers, ils favorisent la transformation et l'émergence du libre-arbitre. Le pouvoir d'agir et de décider reste la liberté de l'usager. On retrouve ainsi un respect des principes du rétablissement, énoncés par les usagers eux-mêmes comme nécessaire de suivre pour se rétablir et retrouver une place dans la société (Pachoud, 2014). Cette vision-là du travailleur a été identifiée par plusieurs recherches comme un des déterminants d'efficacité des pratiques de réinsertion professionnelle (RE Drake, 2006) ; (M Corbière E. B., 2013).

b. Exemples de dispositifs « Place and train »

Le Programme IPS et Working First 13

Le « soutien à l'emploi » (supported employment) se développe vers la fin des années soixante-dix. Cette approche vise à aider les personnes avec une déficience intellectuelle ou un handicap physique à intégrer le milieu du travail (Wehman, 1986). Elle se fonde sur l'hypothèse selon laquelle il est possible pour une personne handicapée intellectuellement (ou autre) d'obtenir et de conserver un emploi en milieu régulier si on lui offre une aide individualisée et continue. Ainsi, le soutien à l'emploi délaisse le paradigme « train and place » pour lui substituer son opposé « place and train ». Reconnu dans la législation américaine en 1986 (Rehabilitation Amendment), le soutien à l'emploi inclut les caractéristiques suivantes :

- Les clients sont payés, de préférence au salaire habituel, pour le type de travail effectué et occupent un emploi régulier, en contact quotidien avec des employés non handicapés.
- Les clients bénéficient d'un soutien continu après leur embauche.

Plusieurs programmes de type SE se développent au cours des années quatre-vingt (Drake, 1998). Ces programmes partagent en général les caractéristiques suivantes :

- Implication du client dans l'identification d'emplois potentiels
- Soutien dans l'obtention d'emplois *in fine* permanents

C'est dans ce contexte que se définit le modèle « Individual Placement and Support » (placement et soutien individuels), ou IPS (Drake, 1998) ; (D Becker, 1994). L'IPS se distingue des autres types de SE principalement par le fait que le spécialiste en emploi doit être intégré à l'équipe clinique. Ce principe trouve sa source dans le suivi intensif en équipe dans la communauté (Assertive Community Treatment), pour lequel ce même principe est fondamental (DJ Allness, 1998).

En plus des principes précités, l'IPS ajoute :

- Les préférences du client sont favorisées pour potentialiser les chances de réussite du projet.
- L'évaluation globale et continue du client se fait à partir de son expérience de travail. Des réajustements se prévoient de manière continue et en fonction de cette observation.
- La durée de l'accompagnement est indéfinie et peut se prévoir à long terme.

En France, Working First 13 est un programme expérimental basé sur la méthode IPS. Il offre un suivi intensif individualisé, illimité dans le temps à l'accès, au maintien à l'emploi sur le marché ordinaire du travail. Il s'adresse aux personnes éloignées de l'emploi sur le territoire de Marseille.

Article 23 (Belgique)

Le nom de cet organisme est tiré de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Article 23 § 1 : « *Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage* ». L'association sans but lucratif (asbl) Article 23 est un dispositif belge qui vise à améliorer la participation des usagers de la Santé Mentale dans le domaine de l'économie. L'accès aux services d'insertion professionnelle est un droit pour tout citoyen et le travail est considéré comme un outil d'insertion.

Aux origines d'Article 23, on trouve Service Intégré d'Aide et de Soins Psychiatrique dans le Milieu de Vie (SIAJEF) de Liège qui propose aux personnes en souffrance mentale une prise en charge globale et durable. Fondé en 1984, le SIAJEF s'est essentiellement orienté vers des soins à domicile par opposition aux grandes structures hospitalières. L'intégration de certains usagers dans l'activité même du service a révélé les bénéfices thérapeutiques de l'activité professionnelle pour ces personnes. En participant à la production de biens et de services, les « patients » sont devenus des « travailleurs » et ont avancé dans leur projet professionnel. Un besoin de distanciation est à l'origine de l'Entreprise de Formation par le Travail (EFT) « Article 23 ».

Article 23 s'inspire de la philosophie issue du mouvement initié en Italie dans les années '60 et '70 par le psychiatre Franco Basaglia dans son travail. L'enjeu du travail des accompagnants est double : l'autonomie et le mieux-être. Le but n'est pas la mise à l'emploi à tout prix. Néanmoins, l'objectif politique est de dire que la société doit pouvoir insérer en son sein des personnes porteuses de problèmes mentaux et que ces dernières peuvent participer à l'activité économique du pays.

Sans limite de temps, les stagiaires se constituent *in fine* un projet d'insertion centré sur le travail avec une ouverture culturelle et sportive qui le complète. Un atelier, nommé « Perspectives », prépare les stagiaires à cette démarche. Tout comme l'ESAT de transition, Article 23 est un tremplin vers le milieu ordinaire de travail. Il est utilisé par les structures médico-psycho-sociales comme un outil pour l'insertion des usagers dans un processus de formation qui contribue à leur rétablissement.

Des actions complémentaires en faveur de population cible ont été mises en place :

- Accompagnement vers et dans l'emploi de personnes souffrant d'addictions
- Activation vers et dans la formation et l'emploi de personnes souffrant de troubles de Santé Mentale
- Mise en lien des autres vecteurs d'activation avec le travail : culture, sport, activités citoyennes
- Précarité et Santé Mentale
- Préparation du public carcéral avec trouble de Santé Mentale à intégrer des dispositifs ordinaires d'insertion professionnelle
- Développement de soutien aux entreprises qui sont confrontées aux problèmes liés à la Santé Mentale des travailleurs

Le parcours d'insertion professionnelle est mobilisé comme outil essentiel, mais non exclusif, du soin de la personne appréhendée dans sa globalité.

Les coopératives sociales (Italie)

Comme nous l'avons cité précédemment, la loi 180 du 13 mai 1978 a ouvert un nouveau chapitre pour l'aménagement de la psychiatrie italienne. Le nouveau modèle de services qui a été proposé au niveau national est celui qui a été initié et développé à Trieste. Ainsi, le cadre d'intervention pour la Santé Mentale ne devait plus être proposé par l'hôpital psychiatrique mais par des services territoriaux. Cette loi décrétait en premier lieu le droit à la citoyenneté pour les personnes affectées par un trouble psychique.

Dans la réalisation des parcours d'intégration sociale des usagers italiens, la formation et l'accès au travail se sont révélés comme des aspects ayant une importance particulière. L'expérience de la première coopérative sociale a montré l'efficacité de la méthode « place and train ». L'acquisition des habiletés apprises sur-le-champ donne l'occasion aux usagers de développer des compétences réelles. Ainsi, cette première expérience a constitué un point de référence pour le réseau des services. D'autres coopératives sociales ont été créées par la suite avec la mise en place d'un système d'incitations économiques pour offrir soit de la formation professionnelle soit une insertion graduelle sur le marché du travail.

Les coopératives permettent le lien entre le traitement, la réhabilitation, la formation et l'intégration sociale par l'intégration en milieu de travail.

L'importance des coopératives sociales qui fonctionnent en liaison avec les structures psychiatriques délocalisées est singulière et surprenante. La coopérative sociale est une entreprise privée qui a comme objectif "l'intérêt général de la communauté pour la promotion humaine et l'intégration sociale des citoyens ... " (Art 1, loi 381/91). Elle permet une insertion dans le monde du travail de patients ou de personnes défavorisées. Son activité est reliée aux structures sanitaires.

La loi de 1991 distingue deux types de coopératives sociales :

- Les coopératives « de type A » (les deux tiers des coopératives sociales) se définissent par leur finalité : elles gèrent des services sociaux, sanitaires ou éducatifs. La grande majorité de leurs salariés travaille dans les soins à domicile aux personnes âgées et handicapées, les maisons de retraite, les crèches et des communautés thérapeutiques accueillant les usagers de drogues ou les personnes souffrant de troubles psychiatriques.
- Les coopératives « de type B » (un tiers environ des coopératives sociales) se définissent, elles, par leur public : un minimum de 30 % de leurs emplois doivent être réservés à des personnes en réinsertion sur le marché du travail (handicapés physiques ou mentaux, patients psychiatriques, toxicomanes, détenus bénéficiant de mesures alternatives à la prison, adultes marginaux). Elles interviennent dans des secteurs variés comme l'agriculture, l'entretien des espaces verts, la gestion des déchets, la blanchisserie, l'informatique, la reliure, la menuiserie... Les besoins d'expression et de socialisation étant des composantes fondamentales de la Santé Mentale, la création d'unités de production artistique et artisanale a été favorisé. Pour ce faire, des artistes, artisans experts et hommes de culture de la ville collaborent pour donner aux initiatives des usagers impliqués, à titre de travailleurs de l'art, une reconnaissance et une valorisation sociale.

3. Nos partenaires nationaux et locaux

a. Les MDPH et Le Cap Emploi

La Loi de 2005 a renforcé les exigences vis-à-vis de l'obligation d'emploi des personnes en situation de handicap et fait évoluer le parcours des personnes en situation de handicap voulant accéder à l'emploi en l'articulant avec la création des MDPH. Le principe d'obligation d'emploi avait été mis en œuvre à partir de l'adoption de la loi n°87-517 en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Il impose à tous les établissements publics ou privés de 20 salariés minimum d'employer 6% de personnes en situation de handicap sur l'effectif total de leurs salariés.

Pour accompagner cette obligation légale, la loi de 1987 créa l'AGEFIPH (l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées) pour le

secteur privé. Le FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique), consacré au secteur public fut créé par la loi de 2005.

Depuis la loi de 2005, les deux acteurs incontournables concernant l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap sont les MDPH et le réseau Cap Emploi.

Les MDPH

Les MDPH délivrent, via les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), l'attestation de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) sur la base de l'évaluation du demandeur réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et en fonction de son projet de vie. L'orientation professionnelle peut être faite vers le milieu ordinaire ou en secteur protégé. Dans le cas de handicap nécessitant l'admission de la personne au sein du secteur protégé, la CDAPH décide de cette orientation.

La loi de 2005 a prévu la création d'un poste de référent pour l'insertion professionnelle dans chacune des MDPH. Ce référent « est chargé des relations de la maison départementale avec le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées ». Il renseigne et aide les personnes en situation de handicap dans leur parcours vers l'emploi.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est définie comme suit : "Est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, mentale ou psychique" (Art. L 5213-1 du code du travail). Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)". (Art. L 821-3-3 du code de la Sécurité Sociale).

Ainsi, la RQTH reconnaît la possibilité de travailler avec la prise en compte des capacités liées au handicap. L'octroi de ce statut permet d'avoir accès à l'ensemble des mesures visant à favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées comme l'orientation vers une EA, un ESAT, une formation, les aides octroyées par l'AGEFIPH, les priorités pour les stages de formation.

La loi du 11 février 2005 a posé le principe de non-discrimination à l'accès et au maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Les bénéficiaires de la RQTH font partie du quota légal de 6% auquel sont assujetties les entreprises de plus de 20 salariés dans leur obligation d'emploi de travailleurs handicapés. Cependant, le bénéficiaire n'a aucune obligation d'informer son employeur de cette qualité de travailleur handicapé.

Cap Emploi

Cap Emploi est un réseau d'associations qui ont reçu une labellisation de la part de l'AGEFIPH. Elles sont financées par l'AGEFIPH, le FIPHFP et Pôle Emploi. Leur mission consiste à assister les personnes en situation de handicap dans leur recherche d'emploi et à mettre en lien les chercheurs d'emploi et les employeurs. Service de proximité, spécialiste de la relation handicap et emploi, il est présent dans l'ensemble des départements français. Leur mission est d'assurer le diagnostic, l'orientation et l'accompagnement des personnes handicapées et des employeurs souhaitant les recruter. L'expertise de Cap Emploi s'inscrit dans le partenariat local.

Cap Emploi assure une mission de service public. Il s'inscrit dans le cadre de la loi Handicap de 2005.

Au service des personnes handicapées, Cap Emploi :

- Accueille, informe, accompagne
- Identifie les potentiels d'accès à l'emploi par un diagnostic professionnel
- Elabore et met en œuvre, avec la personne, un projet de formation
- Soutient la personne dans sa recherche d'emploi (mise à disposition d'offres d'emploi, entraînement à la rédaction de CV et aux entretiens d'embauche...)
- Facilite la prise de fonction et l'adaptation au poste de travail

Auprès des employeurs privés et publics, Cap Emploi :

- Informe, conseille, accompagne
- Aide à la définition d'un projet de recrutement et à sa réalisation
- Recherche et présente des candidatures ciblées
- Soutient dans la mise en œuvre des aides et adaptations au poste
- Facilite l'accueil du collaborateur handicapé et sa prise de fonction

- Accompagne l'entreprise dans le montage de demandes d'intervention financière (ex : adaptation de la situation de travail, formation, tutorat...).

b. Route Nouvelle Alsace (RNA)

RNA est une association à but non lucratif qui a été créée en 1980 à l'initiative de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques). Elle développe et gère des établissements et des services médico-sociaux dont l'objectif est l'insertion et la réinsertion professionnelle - y compris en milieu ordinaire de travail - l'hébergement dans des lieux de vie sociale et l'accès à la culture. Route Nouvelle Alsace est une association pilote dans son secteur d'activité de par la diversité et la complémentarité des structures d'accueil des personnes en situation de handicap psychique.

RNA propose une filière complète d'insertion et de réinsertion professionnelles des personnes en situation de handicap psychique. La resocialisation, la conquête d'autonomie et l'amélioration de la qualité de vie par le travail sont au cœur du projet de vie élaboré avec chaque personne. Un ESAT, une EA et un Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (SIMOT) offrent des niveaux d'insertion et de réinsertion croissants, adaptés aux possibilités de chaque personne, et permettant l'évolution d'une structure à l'autre.

Le Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (SIMOT) est une structure d'insertion et de réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap psychique. Il offre une prise en charge de proximité à des personnes dans le cadre de leur projet professionnel. Le SIMOT assure un accompagnement personnalisé et durable pour la recherche d'un emploi, ainsi que pour le suivi et le maintien dans l'emploi.

Au SIMOT le travail est abordé sous l'angle du mieux-être et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées. Il s'agit d'accompagner chacun au plus loin de ce qu'il est en capacité de faire dans le respect de ses aspirations et de ses choix.

L'accompagnement vise l'accession à un emploi qui offre à chaque personne des conditions de travail adaptées à ses compétences, à son état de santé et lui permette de trouver un équilibre entre vie professionnelle, santé et vie sociale.

Pour atteindre ces objectifs, le SIMOT intègre dans ses prestations :

- L'accompagnement dans le parcours vers / ou dans l'emploi ou la formation

- Le soutien dans la résolution des difficultés sociales
- La sensibilisation et la vigilance à la santé et aux soins

Le SIMOT travaille en étroite relation avec les employeurs publics et privés et peut intervenir à tout moment du parcours de la personne (appui au recrutement, intégration du salarié, formation de tuteurs, suivi et maintien en emploi).

c. L'Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economique d'Alsace (URSIEA)

"L'Insertion par l'Activité Économique a pour objet de permettre à des personnes sans emploi, rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières, de bénéficier de contrats de travail en vue de faciliter leur insertion sociale et professionnelle." (Art. L.51-32-5, Code du travail)

Ce secteur professionnel est né dans les années 70, à l'initiative de travailleurs sociaux qui, par la mise en place d'activités de travail rémunéré, souhaitent sortir des logiques d'assistance et réduire la marge des exclusions engendrées par le système économique ambiant.

Il existe 4 types de Structures d'Insertion par l'Activité Économique (SIAE) : Entreprises d'Insertion (EI), Entreprises de Travail Temporaire d'Insertion (ETTI), Associations Intermédiaires (AI) et les Ateliers et Chantiers d'Insertion (ACI). Elles poursuivent toutes le même objet, mais se différencient fortement sur le plan de leur activité économique et sociale, selon leur catégorie d'appartenance.

Les ACI comme modèle qui correspond le plus aux usagers de la Santé Mentale

Les ACI proposent un accompagnement et une activité professionnelle aux personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières. Les salariés des ACI bénéficient d'une rémunération au moins égale au Smic. Les ACI sont conventionnés par l'État et bénéficient d'aides pour accomplir leurs missions.

Peuvent être embauchées en ACI, les personnes sans emploi et rencontrant des difficultés sociales et professionnelles, notamment les travailleurs reconnus handicapés.

Les ACI peuvent conclure avec les personnes en difficulté sociale et professionnelle qu'elles recrutent des contrats à durée déterminée, dits d'insertion (CDDI). La durée de ce

contrat ne peut pas être inférieure à 4 mois, sauf cas particulier. Il peut être renouvelé dans la limite d'une durée totale de 24 mois sauf dérogations.

La durée hebdomadaire de travail du salarié peut être inférieure à 20 heures lorsque le contrat le prévoit pour prendre en compte les difficultés particulièrement importantes de l'intéressé. Elle peut varier sur tout ou partie de la période couverte par le contrat, sans dépasser 35 heures. Les salariés en insertion perçoivent une rémunération horaire au moins égale au SMIC.

Dans le cadre de son parcours d'insertion, le salarié peut bénéficier de Périodes de Mise en Situation en Milieu Professionnel (PMSMP) auprès d'un autre employeur, notamment auprès d'entreprises.

d. La FAGERH et les Centres de Réadaptation

La FAGERH (Fédération des Associations Gestionnaires et des Établissements de Réadaptation pour Handicapés) est un organisme incontournable en matière de formation des personnes en situation de handicap. C'est une fédération créée à la fin de la seconde guerre mondiale pour intervenir de façon transversale sur les questions d'emploi et de formation professionnelle des travailleurs handicapés. Elle vise aujourd'hui à favoriser l'intégration professionnelle durable des personnes handicapées. Elle développe des partenariats avec les acteurs de l'orientation (MDPH) et de l'emploi (entreprises). Elle travaille avec les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et les associations pour faciliter les parcours vers l'emploi. Elle organise également des sessions de formation et d'analyse des pratiques pour améliorer le professionnalisme des acteurs.

Le Centre de Réadaptation de Mulhouse (CRM)

Fondé en 1946, pour aider les victimes de guerre à se réinsérer professionnellement, le Centre de réadaptation de Mulhouse est le premier centre de rééducation professionnelle en Alsace, créé par l'Entr'Aide Française. Ses missions se sont diversifiées autour de deux axes forts : le service de soins de suite et de réadaptation et la rééducation professionnelle. Géré par l'association pour la réadaptation et la formation professionnelle (ARFP), le CRM est un établissement privé à but non-lucratif.

Cet établissement œuvre à la fois dans les champs sanitaire et médico-social. Les personnes en situation de handicap y sont accompagnées dans leurs projets d'autonomie fonctionnelle, professionnelle et psycho-sociale. L'approche des problématiques des

personnes accueillies est globale et la question du retour à l'emploi est posée dès leur arrivée au centre.

Le CRM dispose du plus grand centre de rééducation professionnelle de France. 30 formations qualifiantes du CAP au niveau ingénieur y sont proposées dans tous les domaines, l'objectif étant de permettre aux personnes victimes d'un accident ou d'une maladie et reconnues travailleurs handicapés de se réinsérer professionnellement et socialement, par l'apprentissage d'un nouveau métier compatible avec leur situation de santé.

Le Centre de Rééducation Professionnelle – ALPHA Plappeville.

Le centre de rééducation et de pré orientation d'ALPHA (Association Lorraine pour la Promotion des personnes en situation de HAndicap) Plappeville est l'héritage d'une longue histoire, qui a débuté en 1933, avec l'accueil de personnes atteintes de tuberculose. ALPHA Plappeville naît en 1986. Cette association lorraine s'inscrit dans la promotion des personnes adultes handicapées et s'efforce depuis toujours de s'adapter aux besoins des usagers accueillis et aux changements dans le monde du travail et de la société. ALPHA Plappeville est une association à but non lucratif, régie par la Loi locale Alsace Moselle du 19 avril 1908, située à PLAPPEVILLE, dans un environnement privilégié et protégé.

L'établissement est un centre de rééducation professionnelle qui accueille des personnes reconnues en qualité de travailleurs handicapés (RQTH) orientées vers la structure pour des actions de pré-orientation et de formation. C'est également un établissement médico-social qui assure l'accompagnement médico-psycho-social des usagers accueillis.

L'organisation d'ALPHA Plappeville est aujourd'hui fondée sur 2 dispositifs :

- Un Centre de Rééducation Professionnelle (CRP), qui propose une quinzaine de formations qualifiantes ou diplômantes,
- Un Service de Remobilisation Professionnelle (SRP) qui propose des parcours d'orientation, de préformation et un dispositif d'accompagnement médico-psycho-social au bénéfice de tout usager.

La multitude et la diversité de toutes ces initiatives associatives ou nationales rendent le travail de débroussaillage relativement complexe. Il existe probablement de nombreuses autres entreprises à moyenne ou grande échelle que je n'ai pas citées ici. L'idée n'est pas de faire un catalogue exhaustif de l'existant mais plutôt de donner une idée des différents process

et logiques en jeu lorsqu'il s'agit de réinsertion professionnelle. Malgré la diversité, le point commun de toutes ces initiatives restent de l'ordre de la réhabilitation psychosociale des usagers. Or, la majeure partie de ces personnes ont souvent effectué au moins un séjour hospitalier et malheureusement souvent une chronicisation s'installe. Même si la prévention voudrait que ces personnes soient accompagnées en amont de toute rupture, la pratique est encore bien différente. Ceci pourrait donc faire penser que les agents des services hospitaliers de Santé Mentale sont souvent les premiers interlocuteurs par lesquels une démarche de réinsertion pourrait s'instaurer. Ainsi, le lien avec les dispositifs de soins paraît incontournable. C'est pourquoi, je vais me pencher maintenant sur l'Etablissement de Santé Publique Alsace Nord (EPSAN).

III. L'EPSAN

1. Présentation de l'établissement

Quatrième établissement hospitalier public d'Alsace, l'EPSAN est un acteur important de l'offre de soins en Alsace. Il a pour mission la prise en charge des troubles de Santé Mentale et met à disposition de la population des services et équipements de prévention, de diagnostic, de soins et de suivi pour adultes, adolescents et enfants.

L'EPSAN a son siège à Brumath, ville située à une quinzaine de kilomètres au nord de Strasbourg, où sont installés les lits d'hospitalisation. Il dessert les 68% de la population Bas-rhinoise, soit 718 000 adultes et 104 710 enfants (recensement effectué en 1999), incluant 404 communes sur les 522 du département, de Wissembourg à Saales et de Sarre-Union à Strasbourg et propose diverses modalités de soins, de l'hospitalisation à temps complet classique aux prises en charge de jour, de nuit ou de semaine.

L'EPSAN a été créé le 1er janvier 1999 par la fusion de deux centres hospitaliers historiques, Brumath et Hoerdt, distants d'une dizaine de kilomètres.

L'EPSAN gère :

- 8 pôles d'activité clinique relevant de 8 secteurs de psychiatrie générale (patients adultes)
- 2 pôles d'activité clinique relevant de deux inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (patients enfants et adolescents) et une unité mère-bébé

- 1 pôle d'activité clinique relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Service Médico-Psychologique Régional – SMPR)

Aux activités de psychiatrie s'ajoutent :

- 1 pôle médico-technique regroupant les services de pharmacie et d'hygiène hospitalière
- 1 centre de ressources autisme (C.R.A.)
- 1 unité de soins de longue durée d'une capacité de 72 lits
- 1 pôle médico-social accueillant des adultes gravement handicapés, composé d'un foyer d'accueil médicalisé accueillant 40 adultes et d'une maison d'accueil spécialisée accueillant 24 adultes
- 1 institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants (IFSI - IFAS)

Actuellement, l'EPSAN initie un projet global de réorganisation de l'offre de soins afin de répondre aux besoins actuels de la population. Le projet de réorganisation comprend :

- La construction d'un nouvel hôpital de 140 lits à Strasbourg, dans le quartier de Cronenbourg qui accueillera les patients résidant dans les communes du nord de la CUS et de la vallée de la Bruche,
- La réorganisation du site historique de Brumath qui accueillera à terme 112 lits de psychiatrie générale (auxquels s'ajoutent les places dans les services médico-sociaux dépendant de l'EPSAN).

4. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement de l'EPSAN comprend une réorganisation complète de l'offre de soins en hospitalisation à temps complet.

En 2014, l'établissement comptait encore 408 lits d'hospitalisation à temps complet situés sur le site de Brumath. Dans le cadre du projet d'établissement, les lits d'hospitalisation à temps complet des quatre secteurs de psychiatrie générale correspondant aux secteurs urbains seront relocalisés au cœur même de la cité, à Strasbourg, dans le quartier de Cronenbourg afin de rapprocher les usagers de leur lieu de vie. En sus de cette réorganisation

architecturale, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet sera diminué de façon significative (suppression de 77 lits).

Dans le même temps, le projet médical de l'établissement propose de « prévoir et engager les réorganisations nécessaires à la diminution programmée du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale ». La réflexion engagée et deux rapports ont permis d'étayer la réflexion menée autour de l'intérêt du développement de la filière de réhabilitation.

Le rapport « Patients Séjours Longs GERPSY » est le fruit d'une enquête réalisée au sein de l'établissement concernant les patients hospitalisés au moins 180 jours sur une période donnée (entre le 1er février 2012 et le 31 janvier 2013). Cette enquête a permis d'engager une réflexion sur les prises en soin les plus adaptées et sur le devenir des patients. Une des conclusions du rapport pointait l'importance des orientations vers un logement individuel ou familial et vers « un retour au lieu de vie antérieur », notamment pour éviter les hospitalisations itératives.

Le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation fait suite à un appel à projet lancé par la direction de l'établissement concernant les effectifs à redéployer suite à la fermeture des lits en intra-hospitalier. Ce rapport démontre notamment que la mise en œuvre des principes et outils de la réhabilitation psycho-sociale, amorcée depuis quelques années à l'EPSAN, a apporté des réponses satisfaisantes, notamment en matière de maintien ou de réappropriation d'un niveau d'autonomie suffisant pour permettre une vie à domicile ou en collectivité. Un travail plus facile à réaliser au sein d'une unité dédiée, avec du personnel formé, que dans des unités d'admissions soumises à un rythme parfois très intense. Le manque de solutions en aval de l'hospitalisation et le grand nombre de patients sans logement, hospitalisés par défaut ou réhospitalisés fréquemment du fait de situations précaires, sont des freins à la mise en œuvre du projet d'établissement, et celui-ci fait le pari que le développement des outils de la réhabilitation et d'une filière dédiée permettra de compléter le dispositif de soins déjà existant. Ce projet a été présenté et validé par le directeur de l'établissement et le président du Comité Médical d'Etablissement en novembre 2013.

5. Le dispositif de réhabilitation psychosociale à l'EPSAN

Le dispositif de réhabilitation de l'EPSAN est conçu pour répondre aux besoins des patients relevant des quatre secteurs correspondant aux 4 pôles concernés par le déménagement à Cronenbourg. Le dispositif est constitué de 3 unités supports.

a. Richard B

Richard B est l'unité intra hospitalière intersectorielle de réhabilitation de l'établissement. C'est une unité d'hospitalisation à temps complet, ouverte de 8h à 19h. D'une capacité de 22 lits, elle sera également amenée à déménager sur le site de Cronenbourg.

Historiquement, cette unité était appelée « déchronicisation » et accueillait tous les patients du secteur 67G07 hospitalisés au long cours. Depuis que l'intersectorialité a été mise en place en 2008, le travail effectué par l'ensemble de l'équipe a démontré tout l'intérêt de cette unité dans le parcours du patient : 62 sorties ont été réalisées, et parmi les patients ayant quitté l'unité, 36 n'ont jamais été réhospitalisés, soit 58%. L'unité accueille également des patients en hôpital de jour.

b. Le Centre de Jour de Réhabilitation (CJR)

Le Centre de Jour de Réhabilitation est l'unité extra hospitalière intersectorielle de réhabilitation. Elle représente actuellement une alternative à l'hospitalisation de l'EPSAN grâce à une offre graduée de soins prévenant les ruptures thérapeutiques et les processus de désocialisation dont principalement l'isolement. Les missions principales de la structure sont de favoriser la continuité des soins et la réhabilitation psychosociale. La file active en 2016 est de 74 patients.

Un de ces atouts majeurs réside dans ses horaires d'ouverture : ouverte 7 jours sur 7, de 11h30 à 19h.

A l'heure actuelle au CJR, les prises en soin sont individualisées et se font en lien avec les structures de soins des pôles de psychiatrie adultes concernés par les patients suivis. Les interventions se font en continuité et en complémentarité des unités d'hospitalisation, des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et des Hôpitaux De Jour (HDJ). L'ensemble des actions de soins est mené en faveur d'une continuité des soins, de l'insertion ou du maintien

des patients accueillis dans la communauté. A noter que certains usagers ne bénéficient d'aucune prise en charge sectorielle et nous sont adressés par leur psychiatre traitant.

Outre l'accueil et les soins thérapeutiques, le CJR propose des démarches visant la prévention des risques, la réinsertion sociale et économique et la réhabilitation psycho-sociale. Elle met l'accent sur un travail en partenariat avec les réseaux médicaux, sociaux et associatifs

Précisons que ces locaux accueillent l'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire ERIA depuis novembre 2016.

c. L'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire (ERIA)

L'ERIA a été créée en 2014. Il s'agissait au départ de postes soignants au sein d'un centre d'activités thérapeutiques, dont l'activité a été complètement transformée. Son effectif, initialement de 2 soignants, a été augmenté en avril 2015 pour passer à 5 soignants, l'un étant rattaché au CJR, les quatre autres étant affectés à l'ERIA.

L'ERIA, tout comme le CJR, est ouverte 7 jours sur 7 mais de 9H à 17H.

Les objectifs de cette équipe sont les suivants :

- Le suivi ambulatoire, en équipe pluridisciplinaire, et l'accompagnement dans la communauté de patients ayant une orientation médicale
- L'évaluation de situations proposées par les équipes extra-hospitalières
- Des actions en faveur de l'inclusion sociale (accompagnement vers un parcours de réinsertion professionnelle ou étudiante, accompagnement dans la communauté pour maintenir ou développer une vie sociale)
- Création d'activités visant à préserver ou développer des habiletés (gestion de la santé, de la vie quotidienne, gestion de la vie sociale...)
- Création ou soutien d'actions de déstigmatisation dans la communauté

d. Les Semaines d'Informations à la Santé Mentale (SISM)

Les SISM ne font pas à proprement parler partie du service de réhabilitation de l'EPSAN mais elles sont un moment privilégié pour organiser des actions de promotion de la Santé Mentale auprès du grand public. Ces semaines sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la Santé Mentale avec l'ensemble de la population. Les cinq objectifs des SISM sont :

1. **Sensibiliser** le public aux questions de Santé Mentale.
2. **Inform**er, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé Mentale.
3. **Rassembler** par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la Santé Mentale.
4. **Aider** au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en Santé Mentale.
5. **Faire connaître** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

Nous avons profité de la SISM 2017, dont le thème était « Santé Mentale et travail ».

IV. L'expérience de l'atelier

1. Point de départ

Travaillant dans le service de réhabilitation que je viens de décrire et particulièrement sensible au problème de l'accès à l'emploi des usagers, j'ai entrepris une démarche à ce sujet.

Le point de départ de cette réflexion émane, entre autres, de la verbalisation du désir de certains usagers en faveur d'un retour à l'emploi, et ce pour différentes raisons :

- Faire partie d'une « normalité »
- Avoir une rémunération leur permettant de vivre plus à l'aise financièrement
- Rencontrer des gens et s'occuper.

2. Expérience

Depuis le début de ma carrière, j'ai pressenti que lorsqu'un "patient" exprimait le désir d'un retour à l'emploi, il était important d'en tenir compte et de le soutenir dans cette voie. A cette époque, dans un pavillon d'admission, mon point de vue à ce sujet n'était pas partagé par l'ensemble de mes collègues, ni même soutenu par l'institution.

Peu à peu, et après avoir intégré le service de réhabilitation, j'ai trouvé plus d'appui et une réelle volonté d'accompagner les usagers vers un accès ou un retour à l'emploi.

Inutile de dire que j'ai procédé par tâtonnement ! Par exemple, avec mes collègues, nous étions partis de l'idée de mettre en place des chantiers thérapeutiques, où les usagers auraient pu mettre leurs compétences à contribution d'autres usagers (petits travaux à domicile...) suivant l'exemple des chantiers thérapeutiques de l'hôpital de Sainte-Anne. Ce projet a été mis en standby par manque de retour et de soutien des agences tutélaires sollicitées.

Finalement, un groupe de travail a été constitué. Initialement, le groupe était composé d'une assistante sociale, d'une infirmière de l'ERIA et de moi-même, infirmière coordinatrice au moment de la conception du groupe puis faisant-fonction cadre de santé lors de sa réalisation. Nous verrons plus loin que la composition du groupe a été élargie par la suite.

En amont, il s'agissait de découvrir les dispositifs existants puis d'y associer les usagers. Nous avons ainsi rencontré :

- L'URSIEA qui nous a proposé des visites de chantiers d'insertion et des échanges avec les chargés d'insertion.
- Des infirmières du Centre Hospitalier d'Erstein qui avaient également réfléchi à l'insertion professionnelle et qui nous ont inspiré dans l'élaboration de notre projet.
- Différents acteurs de terrain (SIMOT, MDPH, CRM/CRP, Pôle Emploi, Cap Emploi, association Animal 'Home, Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés SAMETH...).

Nous participons :

- À un groupe de réflexion franco-allemand autour des pratiques de réhabilitation et de rétablissement de part et d'autre de la frontière.
- Au Conseil Local de Santé Mentale de l'Eurométropole de Strasbourg sur le thème de l'insertion professionnelle.

Après réflexion et discussion avec les personnes incarnant ces dispositifs, nous avons redéfini nos objectifs. Auprès des usagers, il s'agissait alors de :

- Susciter, pour certains, le questionnement de l'immobilisme de leur situation et de leur permettre d'entrevoir des issues positives.

- Permettre aux usagers d'avoir les informations nécessaires, un accompagnement individualisé et de les mettre en lien avec les professionnels compétents de terrain.
 - Les accompagner vers la réalité du terrain et de leur faire prendre conscience du décalage possible entre leur rêves et leurs capacités réelles actuelles.
- A posteriori, notre idée serait d'étayer autant que nécessaire l'insertion professionnelle proprement dite.

Auprès de la collectivité, l'important est :

- De consolider notre réseau (signatures de conventions de partenariat, se faire connaître sur le terrain et devenir un interlocuteur privilégié...).
 - D'aller à la rencontre d'autres expérimentations de terrain ou d'autres initiatives qui rendrait plus large le champ des possibles.
 - De travailler sur les représentations de la "folie" en milieu "ordinaire".
- A posteriori, notre idée serait d'accompagner les entreprises dans l'intégration de ces personnes en restant ouvert à leur questionnement et de nous positionner en tant que partenaire dans l'accompagnement.

3. Description de l'atelier

a. Objectifs

- Proposer une information et échanger autour de l'emploi.
- Dynamiser le projet des personnes
- Echanger sur les différentes expériences des usagers
- Permettre la réaffirmation de soi et la revalorisation

b. Public concerné

Tout usager de la réhabilitation ayant le souhait d'établir ou de préciser un projet professionnel

c. Déroulement de l'atelier

Les personnes souhaitant participer remplissent un questionnaire préalable leur permettant de faire part de leur volonté de se (ré)insérer professionnellement.

Le groupe est constitué de 4 à 6 personnes.

Cycle de 10 séances hebdomadaires.

- 1^{ère} séance : Introduction – questionnaire d'évaluation
- 2^{ème} séance : Intervention de la MDPH
- 3^{ème} séance : Intervention de Pôle Emploi
- 4^{ème} séance : Intervention d'un psychiatre – Santé psychique et travail
- 5^{ème} séance : Visite du Centre de Réadaptation de Mulhouse
- 6^{ème} séance : Rédaction d'un Curriculum Vitae
- 7^{ème} séance : Elaboration d'une lettre de motivation
- 8^{ème} séance : Visite Route Nouvelle Alsace (EA et ESAT).
- 9^{ème} séance : Visite d'un atelier chantier d'insertion
- 10^{ème} séance : Simulation d'un entretien d'embauche et questionnaire d'évaluation.
- +/- entretiens individuels selon les projets.

Nous avons voulu les séances aussi éloignées que possible du milieu sanitaire : les séances se déroulaient soit à l'extérieur de toute structure hospitalière soit dans les locaux de l'ERIA lorsqu'il s'agissait de séances faisant participer des intervenants extérieurs.

En amont, nous avons contacté tous les organismes avec lesquels les usagers auraient un contact dans l'hypothèse d'une recherche d'emploi. Pour les soignants, l'idée était d'assister aux séances au même titre que les usagers pour pouvoir répondre aux questions par la suite et accompagner au mieux.

4. Le bilan

a. L'atelier

Le groupe a commencé en septembre et s'est terminé en décembre. Toutes les séances ont été réalisées sauf la visite de l'Atelier Chantier d'Insertion. Les participants ont été choisis en fonction de leur motivation et du bilan des questionnaires initiaux.

6 usagers se sont inscrits dans le groupe, 4 ont assisté jusqu'au bout, 2 ont aujourd'hui un projet viable. La participation a été active, tous ont semblé intéressés et motivés par l'atelier.

Le rythme des séances convient bien : Une séance d'1H30 toutes les semaines pendant 10 semaines.

Bilan des questionnaires : évolution de la motivation et des scores pour tous.

b. Le groupe

La composition du groupe était à la fois hétérogène (âge, expérience professionnelle antérieure et maturation d'un projet professionnel des participants) et homogène (maladie, arrêt de travail depuis de nombreuses années, méconnaissance des possibilités existantes en termes d'emploi et des démarches nécessaires à un retour à l'emploi).

L'évolution du groupe a été dynamique et homogène avec des interactions positives et des échanges entre tous les membres.

Le choix des participant a suscité les interrogations de certains professionnels et a été repris en staff "Evaluation de pratiques professionnelles" (EPP)

c. Bilan par les participants

Selon leurs termes, l'atelier leur a permis de (je rapporte ici leurs propos)

- Voir comment ça se passe actuellement,
- Parler concrètement et doucement du travail
- Mieux me comprendre moi-même et, de fait, en parler plus posément à mon entourage. Ceci a détendu les tensions, je le vis mieux.
- Reprendre confiance en moi
- Elaborer un projet concret pour mon avenir, affiner mon projet et écarter les fausses idées, faire des choix
- M'occuper
- Avoir des réponses concrètes et s'exercer.
- Se réaliser à travers le groupe

Axes d'amélioration : Ils ont exprimé le désir d'avoir du matériel supplémentaire (support informatique, vidéoprojecteur, son pour les vidéos).

d. Bilan par les référents

Nous avons relevé des points positifs à notre travail, ainsi nous avons pu :

- Répondre à une demande, une volonté portée par les valeurs de la réhabilitation psycho-sociale.
- Avoir un temps pour accompagner les usagers dans leur projet professionnel
- Accompagner les usagers et les mettre devant un principe de réalité
- Accroître le réseau

La mise en pratique de l'atelier a également suscité des questionnements quant à :

- La logistique et l'infrastructure (locaux trop petits, déplacements pour les RDV)
- L'élaboration du groupe et le choix des usagers (cf. staff EPP)
- La régularité des séances et la disponibilité des référents
- La possibilité de présence de trois référents par session (un par unité)
- La proposition d'un suivi individuel en alternance (SIMOT ? Référent ?)
- La possibilité de travailler en tant que bénévole (ce que propose les ACI par exemple)

Au terme de la première session, nous avons prévu des axes d'amélioration tels que :

- Aborder la question de l'accès à internet (médiathèque ?) et de son utilisation
- Aborder la question de la recherche d'annonce (pôle emploi, journaux, internet...)
- Ouvrir l'atelier à tous les usagers du pôle ? à des usagers extérieurs ?
- Suivre les usagers de manière individuelle pendant et en aval de l'atelier

5. En parallèle, les conventions (SIMOT, URSIEA, CR)

La question du suivi des usagers dans leur projet personnel a été problématique sur plusieurs points. Tout d'abord, sur les trois personnes référentes aucune n'a pu consacrer réellement de temps au suivi :

- L'infirmière a été en arrêt maternité peu de temps avant la première séance de l'atelier.

- L'assistante sociale, à temps partiel sur tout le secteur, n'a pas pu offrir beaucoup de temps de suivi en dehors des séances de l'atelier.
- Etant moi-même en fonction d'apprenante de la fonction cadre de santé, je n'avais guère le temps à consacrer à ses suivis.

Les autres soignants, qu'ils soient de l'intra hospitalier, du CJR ou de l'ERIA n'étaient pas suffisamment informés. Pour pallier à ce manque, nous avons, en aval de l'atelier, nommé et informés un à deux référents par structure.

A la réflexion, nous avons pris conscience que ce travail ne devait pas incomber au milieu sanitaire. Nous avons donc commencé un travail de partenariat avec les acteurs de terrain. Au cours de échanges avec eux chacun a précisé ses compétences, ses missions et ses limites. C'est ainsi que la complémentarité de nos actions est devenue évidente et que nous avons compris la nécessité de créer un réel partenariat pour répondre au mieux à la demande des usagers. Ainsi, nous avons abordé avec eux la question des conventions.

A ce jour, pour entériner le partenariat, deux conventions ont vu le jour et ont été signées de part et d'autre (cf. annexes 2 et 3). D'autres sont envisagées dans le domaine de l'insertion professionnelle mais plus largement avec d'autres structures et associations (Centre de réadaptation, Groupes d'Entraide Mutuelle...).

Concernant la convention avec le SIMOT, nous avons fait mention d'un suivi par les services du SIMOT de toute personne participant à l'atelier et ce, en amont de toute orientation par la MDPH. Ce suivi est encadré par la convention dans des termes précis. A l'occasion du premier atelier, la convention n'ayant pas encore été finalisée, il ne nous a pas été possible de mettre ce suivi en place.

La convention avec l'URSIEA quant à elle, nous permet d'avoir un accès privilégié aux ACI et EA et d'être associé à une personne référente de l'URSIEA.

Conclusion

Alors que j'ai quitté le service, provisoirement je l'espère, en vue de suivre une formation de Cadre de Santé, un deuxième atelier se déroule. Le bilan du premier ayant été majoritairement positif et la demande étant toujours présente, les personnes référentes du

projet, conventions à l'appui, ont pérennisé et amélioré la démarche. Personnellement, la mise en place de cet atelier a été un moment particulièrement riche et passionnant. En parallèle, le DIU « Santé Mentale dans la communauté » m'a ouvert le champ des possibles tant au niveau de connaissance des différents dispositifs que dans les rencontres au sein du groupe. Les rencontres avec les professionnels notamment sociaux et médico-sociaux ont affermi ma conviction de la nécessité du travail en réseau et en partenariat. Chacun étant spécialiste d'une partie du projet de vie d'un usager, il est aujourd'hui indispensable de travailler les uns avec les autres pour recréer le lien qui va permettre à l'utilisateur de se reconstruire d'une manière holistique. Le soignant est avant tout compétent dans le domaine du soin et, s'il est encore parfois le dernier lien de l'utilisateur vers le monde extérieur, il doit profiter de ce lien pour remettre la personne en relation avec d'autres professionnels qui sont, eux, compétents dans leur domaine respectif. L'efficacité de la démarche de réhabilitation psycho-sociale réside dans notre capacité à travailler ensemble et à faire tomber des barrières qui n'ont plus lieu d'être.

Au terme de ma formation actuelle, je souhaiterais réintégrer le poste de cadre de santé que j'occupais en tant que cadre apprenant. J'aurais à cœur d'y poursuivre le travail de partenariat en faveur de l'accompagnement à l'insertion professionnelle des usagers. L'expérience du premier atelier m'a fait prendre conscience de la profonde incertitude des usagers quant à ce qu'ils pensent être leurs capacités. Certains ont une expérience professionnelle ou une formation qui peuvent ne plus correspondre aux attentes professionnelles actuelles. Au final, dans le panel des propositions faites durant l'atelier, nombre d'entre eux choisissent le bilan de pré-orientation proposé par les centres de réadaptation. Ceci m'oriente vers une autre piste qui est pour l'heure peu exploitée dans mon entourage professionnel : le tutorat par les pairs comme dispositif d'aide aux étudiants en situation de handicap. Reprendre une activité professionnelle peut sous-entendre de vouloir ou devoir reprendre des études. Plus simplement, l'accès aux études peut également contribuer à la promotion de la Santé Mentale en ce sens qu'elle peut participer à cet « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel » comme le définit l'OMS.

Bibliographie

- Alain Beaulieu, P. M. (2002). Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de Santé Mentale (notes de recherche). *Santé Mentale au Québec*.
- Amara Fadéla, J.-M. D.-R. (2011). *La prise en charge du handicap psychique*. IGAS.
- B Pachoud, C. A. (2013). *Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching »): une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique*. Paris: Evol Psychiatr.
- Bachrach, L. (1991). *Perspectives on Work and Rehabilitation, hospital and community Psychiatry*.
- Botta J-M, B. R.-M. (2007). *Handicap psychique : de la reconnaissance aux réponses de terrain*. CREA RHONE-ALPES.
- Cnaan, R. (1988). Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, p.61-77.
- Corbière, M. (2012). *Les programmes de soutien à l'emploi: leurs ingrédients et leur implantation*. Presses de l'Université du Québec.
- D Becker, R. D. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitatio. *Community Mental Health Journal*.
- D. Leguay, E. G.-B. (s.d.). *Proposition pour un « manifeste » de Réh@b'*. Récupéré sur <http://www.rehabilite.fr>.
- D., G. (2002). « Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ? ». *Suivi intensif en équipe dans la communauté : fidélité au modèle ACT et stratégies d'implantation*. Quebec.
- Deegan, P. (1997). *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities*. Social Work Health Care.
- Deegan, P. E. (2006, mars). Le rétablissement comme processus de transformation. *Santé Mentale*.
- DJ Allness, W. K. (1998). The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses : A Manual for PACT Start-Up. *National Alliance for the Mentally Ill*.
- Drake, R. (1998). Brief history, current status, and future place of assertive community treatment. *American Journal Othopsychiatry*.

- Ensing, Y. e. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Farkas, M. (2006). Réadaptation psychiatrique : une approche et un processus. *Santé Mentale*.
- Laforcade, M. (20016, octobre). Rapport relatif à la Santé Mentale.
- L'Encéphale, V. 4. (2014). Insertion professionnelle et handicap psychique. *L'Encéphale*.
- M Corbière, C. M. (2004). *Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness*. J Career Assess.
- M Corbière, E. B. (2013). Employment specialist competencies for supported employment programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
- M Corbière, N. L. (2011). *Salient components in supported employment programs: perspectives from employment specialists and clients*. Work .
- P. Villotti, S. Z. (2014). Les entreprises à économie sociale en Italie. *L'Encéphale*.
- Pachoud Bernard, L. A. (2009). La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. *Revue française des affaires sociales*.
- Pachoud, B. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves : résultats et pistes de recherche. *L'Encéphale* .
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé Mentale au Québec*.
- Rapp, C. A. (1998). *The strengths model. Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. NY: Oxford University Press.
- RE Drake, G. B. (2006). Explaining the variance within supported employment programs: comment on “What predicts supported employment outcomes? *Community Mental Health*.
- T Brun, M. E. (2011). *Une voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. L'expérience de Messidor*. Lyon: Édition Interface.
- T Burns, J. C. (2007). *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled*. Lancet .
- Vincelette, F. (1995). *L'intégration au travail : mode d'emploi*. In : *Travail et Santé Mentale. L'intégration au marché du travail : mode d'emploi*. Montréal.
- Wehman, P. (1986). Supported competitive employment for persons with severe disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*.

Annexes

- 📄 Annexe 1 : Programme SISM 2017
- 📄 Annexe 2 : Convention de partenariat EPSAN / SIMOT RNA
- 📄 Annexe 3 : Convention de partenariat EPSAN / URSIEA

28^{es} Semaines d'information sur la santé mentale
du 13 au 26 mars 2017

SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

« Les problèmes de santé mentale sont devenus l'une des principales causes d'absentéisme au travail et de retraite anticipée. La récession économique actuelle et ses effets sur le marché du travail vont probablement aggraver les problèmes d'emploi et de qualité de la vie chez les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille. » (OMS, 2010)

Le travail peut avoir des effets bénéfiques sur la santé mentale, en renforçant le sentiment d'inclusion sociale, de statut, d'identité et d'estime de soi. Cependant, les personnes vivant avec un trouble psychique travaillent - entre 55 et 70% selon les études - mais moins que les personnes sans trouble. Elles ont aussi deux à trois fois plus de risque de se trouver au chômage² (OCDE, 2012). De tels écarts représentent une perte majeure pour les personnes concernées, leurs familles, l'économie et la société. Il est nécessaire de trouver des solutions adaptées pour leur intégration et/ou leur maintien dans l'emploi.

De manière générale, la perte de travail et le chômage sont associés à un risque accru de troubles psychiques (stress, anxiété, dépression, addictions, etc.). Le burn-out dans le monde du travail va de pair avec l'augmentation des exigences de flexibilité, de mobilité et de responsabilités. Enfin, la pression de la performance s'exerce de plus en plus tôt chez les jeunes, et les difficultés d'accès à la formation et à l'emploi les rendent particulièrement vulnérables à la souffrance psychique.

Cette 28^e édition des SISM sera l'occasion d'échanger autour des pistes d'actions possibles pour favoriser le bien-être au travail, trouver des solutions aux obstacles à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques, et promouvoir la santé mentale des jeunes.

Ces questions pourront être abordées lors des actions organisées pendant les 28es SISM :

- Comment promouvoir la santé mentale et le bien-être au travail ? Au cours des études et de la formation professionnelle ?
- Quels sont les bienfaits du travail : valeur sociale, valeur identitaire, reconnaissance de la société, estime de soi ? Et qu'en est-il pour les activités non rémunérées, comme le bénévolat ?
- Prévention des risques psycho-sociaux au travail : quel rôle pour les entreprises (CHSCT³ et RSE⁴) ? Pour les politiques publiques ? Pour les professionnels de santé ?
- Accès et maintien dans l'emploi lorsque l'on vit avec des troubles ou un handicap psychique : quelles solutions ? Quelles prestations ? Quels accompagnements ? Quelle place pour les médiateurs-pairs ?
- Stress, tensions, harcèlement, travail précaire, surmenage : quels outils de diagnostic et de suivi ? Quelles actions ?
- Burn-out, bore-out : nouvelles maladies psychiques ? Signes d'alerte ? Que faire ?
- Absence de travail, chômage, retraite : quels impacts sur santé mentale ?

Nous vous invitons à ouvrir le débat sur ces questions.

Mots-clés : travail, emploi, prévention, promotion de la santé, santé mentale, santé physique, risques psychosociaux (RPS), burn-out, bore-out, entreprise, maladie professionnelle, épuisement professionnel, CHSCT, bénévolat, activité non salariée.

¹ La santé mentale et le bien-être sur le lieu de travail – protection et intégration en période difficile (2010) - OMS

² Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi (2012) - OCDE

³ Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

⁴ Responsabilité sociale des entreprises

Les Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) s'adressent au grand public. Chaque année, citoyens, associations, professionnels organisent des actions d'information et de réflexion dans toute la France.

Les Semaines d'information sur la santé mentale auront lieu du 13 au 26 mars 2017.

A partir du thème annuel fixé par le Collectif national des SISM, chacun peut prendre l'initiative d'organiser une action répondant aux objectifs des SISM.

LES CINQ OBJECTIFS DES SISM

1. **SENSIBILISER** le public aux questions de Santé mentale.
2. **INFORMER**, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
3. **RASSEMBLER** par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.
4. **AIDER** au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.
5. **FAIRE CONNAÎTRE** les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

COLLECTIF NATIONAL DES SISM

Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM) • Association française de psychiatrie (AFP) • Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (AGAPSY) • Association des maires de France (AMF) • Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) • Réseau documentaire en santé mentale (ASCODOCPSY) • Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France) • EPSM Lille-Métropole • Centre national audiovisuel en santé mentale (CNASM) • Ecole des parents et des éducateurs (EPE) • Association élus, santé publique et territoires (ESPT) • Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine (FASM Croix-Marine) • Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP) • Fédération française de psychiatrie (FFP) • Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire (FNA-TCA) • Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) • Fédération nationale des associations d'usagers de la psychiatrie (Fnapsy) • Mutualité française Ile-de-France • Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) • Société française de santé publique (SFSP) • Société médicale Balint • Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Partenaire media :  www.vivre93.com

Information, inscription et programme : www.semaines-sante-mentale.fr

Facebook : [@Sism_Officiel](https://www.facebook.com/SismOfficiel) Twitter : [@Sism_Officiel](https://twitter.com/Sism_Officiel)

Contacts

Collectif national des SISM : 01 45 65 77 24 - mail : sism.contact@gmail.com



CONVENTION DE PARTENARIAT

La présente convention est établie entre :

**Les Services de Réhabilitation Psychosociale de l'Etablissement Public de
Santé Alsace Nord**

141 avenue de Strasbourg, B.P. 83

67173 BRUMATH CEDEX

Ci-après désigné EPSAN
représenté par son Directeur,
d'une part ;
et,

Le Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail – Route Nouvelle Alsace

Antenne Strasbourg

10 rue des Francs-Bourgeois

67000 STRASBOURG

Ci-après désigné SIMOT RNA
représenté par le Président de Route Nouvelle Alsace,

d'autre part.

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de déterminer les modalités de partenariat selon lesquelles les Services de Réhabilitation psychosociale de l'EPSAN¹ et le SIMOT Strasbourg collaborent ensemble en mutualisant les moyens aussi bien humains que matériels, dans le but de l'insertion professionnelle des usagers de la Santé Mentale.

Article 2 : Personnes habilitées à intervenir

Sont habilitées à intervenir les équipes des services de réhabilitation de l'EPSAN relevant du pôle d'activité clinique G07 sous la responsabilité du Coordonnateur de l'équipe médicale et du Coordonnateur de l'équipe paramédicale.

Pour le SIMOT Strasbourg, sont habilités à intervenir les Chargés d'insertion et de formation, le Médecin psychiatre de l'Association, le Directeur du Pôle Travail et la Responsable du SIMOT.

Article 3 : Population concernée par les interventions décrites dans la convention

Cette activité s'exerce à l'intention des usagers qui sont suivis dans le cadre du SIMOT RNA et des personnes accompagnées par les Services de Réhabilitation de l'EPSAN

Article 4 : Modalités d'intervention

Les interventions des équipes des Services de Réhabilitation de l'EPSAN, définies en fonction du projet de soins et du projet de vie de la personne bénéficiaire, sont mises en œuvre après sollicitation des coordonnateurs médical et paramédical des Services de Réhabilitation de l'EPSAN

Les interventions de l'équipe du SIMOT, définies relativement au Projet de Service et conformément aux Projets Personnalisés des personnes accompagnées, sont mises en œuvre après sollicitation de la Responsable du SIMOT.

Les coordonnées et les noms des coordonnateurs ainsi que les modalités pratiques d'organisation de l'activité figurent dans l'annexe jointe à la présente convention.

¹ Sont ici nommés les Services de Réhabilitation psychosociale intersectoriels de l'EPSAN portés par le pôle G07

I. Interventions collectives à destination des personnes

- **Ateliers collectifs mis en œuvre par le SIMOT**

- Ces ateliers se déroulent dans les locaux du SIMOT à Strasbourg selon un planning prévisionnel préétabli
- Ils sont animés par les chargés d'insertion et de formation avec l'équipe des Services de Réhabilitation de l'EPSAN
- Ils sont proposés aux personnes accompagnées par le SIMOT et aux usagers des Services de Réhabilitation de l'EPSAN
- *Thématiques* : estime de soi, gestion du stress, identification des intérêts professionnels, techniques de recherche d'emploi, approche des compétences, cartométiers, gestion du handicap en situation de travail, importance de la motivation, diversifier sa recherche d'emploi, prise de parole
- *Modalités* : fiche d'inscription obligatoire
- Nombre maximum de participants des Services de Réhabilitation de l'EPSAN : 3 par atelier
- Le SIMOT recueille les besoins des bénéficiaires afin de leur proposer des ateliers répondant à leurs attentes dans un souci de personnalisation du parcours par le biais d'ateliers collectifs.

- **Ateliers collectifs mis en œuvre par les services de réhabilitation de l'EPSAN**

- Ces ateliers se déroulent dans les locaux du Centre de Jour de Réhabilitation à Strasbourg ou dans des locaux de partenaires (exemple : Eurométropole) mais en dehors des sites d'hospitalisation à temps complet de l'EPSAN (Brumath ou Strasbourg Cronenbourg)
- Ils sont animés par les équipes des services de réhabilitation de l'EPSAN avec l'équipe du SIMOT Strasbourg en étayage
- Ils sont proposés aux personnes accompagnées par le SIMOT Strasbourg et aux usagers des Services de Réhabilitation de l'EPSAN
- *Thématiques* : Les Educations Thérapeutiques du Patient (ETP) proposées par le pôle G07
 - I. ETP « Améliorer la qualité de vie du patient sous traitement psychotrope »
 - II. ETP « Améliorer/renforcer mon autonomie pour mieux connaître, comprendre et agir sur ma vie de citoyen en tant qu'utilisateur de la Santé Mentale »
- *Modalités* : fiche d'inscription obligatoire
- *Nombre maximum de participants* : 6 par atelier, (Services de Réhabilitation de l'EPSAN et SIMOT confondus). Au-delà de six participants, le SIMOT pourra mettre sa salle de réunion à disposition des dits ateliers.

- En fonction de la demande, d'autres ateliers peuvent être proposés
- **« Café-Rencontres » :**
 - Ces rencontres se déroulent dans les locaux du SIMOT Strasbourg ou dans les locaux de partenaires (exemple : Eurométropole) selon un planning prévisionnel préétabli à partir de propositions thématiques émises par les usagers lors du comité de pilotage des « Café-Rencontres ».
 - Ils sont organisés par le Comité de Pilotage des « Café-Rencontres » et animés par les Chargés d'Insertion du SIMOT en collaboration avec des partenaires extérieurs dont les intervenants des Services de Réhabilitation de l'EPSAN relativement au sujet retenu.
 - Ils sont proposés aux personnes accompagnées par le SIMOT Strasbourg et aux usagers des Services de Réhabilitation de l'EPSAN
 - *Modalités* : sur invitation, inscription obligatoire
 - *Nombre de participants* : dans la limite des places disponibles
 - *Exemples de thématiques* : « l'évolution de la maladie psychique au fil du temps », « Les troubles cognitifs et leurs impacts sur la vie quotidienne »

II. Interventions collectives à destination des partenaires et entreprises

A réception d'une demande d'intervention d'un partenaire ou d'une entreprise, le SIMOT et les Services de Réhabilitation de l'EPSAN interviendront conjointement par domaine d'expertise, en fonction du caractère de la demande :

- Le SIMOT Strasbourg interviendra sur les questions relatives à l'insertion socio-professionnelle et au maintien dans l'emploi de personnes en situation de handicap psychique.
- Les Services de Réhabilitation de l'EPSAN interviendront sur les questions relatives à la maladie et aux soins

III. Intervention du SIMOT dans le cadre individuel : « Appui à un diagnostic pré-professionnel »

Cet axe de collaboration est proposé à titre expérimental sur une durée de 6 mois pour le 1er groupe inscrit dans l'atelier « Information Insertion Professionnelle » proposé par les Services de Réhabilitation de l'EPSAN (6 participants). Une réunion de bilan de l'action sera proposée à l'issue de l'expérimentation.

L'intervention du SIMOT est mobilisable pour une première approche du projet professionnel.

- *Objectifs* : Permettre d'identifier les prérequis nécessaires pour entamer un parcours d'insertion professionnelle, de repérer les compétences ainsi que les freins à l'emploi. Elle devra aider à l'identification des capacités et des aspirations de la personne.
- *Bénéficiaires* : 6 personnes maximum accompagnées par les Services de Réhabilitation de l'EPSAN faisant parties du groupe « Insertion Professionnelle »
- *Durée et amplitude* : 6 entretiens individuels maximum en 6 mois maximum en fonction de l'avancée des démarches de la personne et de sa situation au regard du soin
- *Modalités* : fiche de liaison pour entrer dans le dispositif, entretiens individuels avec le chargé d'insertion référent, fiche de restitution à l'issue de l'intervention du SIMOT remise à la personne et aux Services de Réhabilitation de l'EPSAN
- *Phases et contenus* : annexe 2

IV. Intervention des Services de Réhabilitation dans le cadre individuel : « Appui à un diagnostic socio-sanitaire »

Sur sollicitation de la responsable du SIMOT, les Services de Réhabilitation peuvent intervenir auprès des personnes suivies par le SIMOT dans le cadre d'un appui à un diagnostic socio-sanitaire.

Cette intervention a lieu en cours d'accompagnement lors de l'identification par le chargé d'insertion référent de la personne d'une problématique en lien avec le soin nécessitant l'appui d'un personnel soignant pour :

- sensibiliser la personne à un retour vers le champ sanitaire lorsque celle-ci a exprimé une rupture dans son parcours de soin
- évaluer la situation sous l'angle clinique et faire le lien, le cas échéant, avec les services sanitaires compétents en fonction du lieu d'habitation de la personne.

Cette intervention est proposée pour les usagers ayant déjà eu un contact ou une prise en charge sanitaire au sein du service de réhabilitation de l'EPSAN.

De plus, cette intervention est faite en accord avec la personne accompagnée par le SIMOT.

Modalités : fiche de liaison à transmettre au coordinateur des Services de Réhabilitation pour prise de rendez-vous tripartite (personne accompagnée par le SIMOT, intervenant des Services de Réhabilitation et chargé d'insertion).

V. La Pair-Aidance

Le SIMOT proposera des candidatures de personnes accompagnées par le service afin d'intégrer le projet de pair-aidance mis en place par les Services de Réhabilitation de l'EPSAN et s'assurera du suivi dans l'insertion professionnelle du pair-aidant.

Article 5 : Moyens mis à disposition

Les Services de Réhabilitation de l'EPSAN et le SIMOT Strasbourg se rencontrent au moins deux fois par an dans la cadre de réunions de travail et de fonctionnement.

Article 6 : Frais de fonctionnement

Le SIMOT Strasbourg et l'EPSAN mettent à disposition les locaux et le personnel nécessaires aux rencontres des deux équipes et des usagers.

Article 7 : Consultation du dossier du résident

Non concerné.

Article 8 : Responsabilités

Le SIMOT Strasbourg et l'EPSAN, par extension à leur contrat d'assurance, couvriront la responsabilité liée à cette activité, à l'exception de la responsabilité médicale, pour laquelle les praticiens restent couverts pour l'ensemble de leurs activités salariées par leur assurance responsabilité civile.

Article 9 : Evaluation

Les conditions d'exécution de la présente convention feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Des réunions périodiques communes permettront d'évaluer par les différentes parties (usagers, SIMOT et EPSAN) la pertinence des actions menées, et de prendre en compte les attentes respectives.

Article 10 : Validité

La présente convention prend effet à la date de signature par les deux parties. Elle est conclue pour une durée d'un an et renouvelable par tacite reconduction. Elle pourra être résiliée à tout moment, à la volonté de l'une ou de l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve d'un préavis de trois mois.

Article 11 : Modifications

L'EPSAN et le SIMOT se réservent la possibilité de revoir les dispositions contenues dans l'annexe en fonction des moyens dont ils disposeront dans le temps et, pour l'EPSAN, des missions prioritaires du secteur de psychiatrie concerné.

Toute modification des dispositions de la présente convention se fera avec l'accord des parties, par voie d'avenant.

Fait en 2 exemplaires.

Brumath, le

**Pour le SIMOT RNA,
Le Président de Route Nouvelle Alsace,
Professeur J.M. DANION**

**Pour l'EPSAN
Le Directeur,
D. KAROL**

ANNEXE 1

Article 1 : Désignation des intervenants

Pour le SIMOT :

-  Céline COUROT
 - responsable du SIMOT, coordonnatrice du partenariat
 - 03.88.31.90.46 / 06.64.37.10.13
 - c.courot@rna-asso.fr
-  Magali HEISSLER
 - chargée d'insertion et de formation, référente du partenariat
 - 03.88.31.90.46
 - m.heissler@rna-asso.fr
-  Philippe AMARILLI
 - médecin psychiatre du SIMOT
 - p.amarilli@rna-asso.fr
-  Jean-Luc PICARD
 - directeur du Pôle Travail de Route Nouvelle Alsace
 - jl.picard@rna-asso.fr

Pour les Services de Réhabilitation de l'EPSAN :

-  Fabrice GENTNER
 - cadre de santé HTC, coordonnateur paramédical des services de réhabilitation EPSAN
 - 03.88.64.61.40 (ou 7770)
 - fabrice.gentner@ch-epsan.fr
-  Aliette KNIPPER
 - FF cadre de santé CJR-ERIA
 - 03.88.64.45.60 (ou 6218)
 - aliette.knipper@ch-epsan.fr
-  David EISELE
 - praticien hospitalier, chef de pôle G07 EPSAN, coordonnateur médical des services de réhabilitation EPSAN
 - 03.88.64.61.07

- david.eisele@ch-epsan.fr

Article 2 : Modalités pratiques d'organisation de l'activité :

Pour l'organisation des rendez-vous :

- Appeler le secrétariat médical de M. le Docteur EISELE au n° 03 88 64 61 07 entre 8h30 et 17h00.
- Appeler le secrétariat du SIMOT au N° 03 88 31 90 46 entre 8h30 et 17h00

En cas d'annulation ou de modification du rendez-vous chacune des parties prévient dans les meilleurs délais les secrétariats respectifs.

ANNEXE 2

Article 1 : phases et contenus de l'intervention du SIMOT dans le cadre individuel « appui à un diagnostic pré-professionnel »

I. Première rencontre, recueil de données et analyse de la demande :

- Recueil d'informations concernant la personne : administratives, sociales, médico-sociales et professionnelles (analyse du parcours, identification des problématiques liées au handicap).
- Identification des attentes de la personne : analyse du rapport de la personne avec son handicap, son environnement. Identification des atouts et difficultés particulières : Identification des ressources et des difficultés relationnelles de la personne (famille, amis, personnes ressources).
- Identification des craintes quant à la reprise d'une activité professionnelle.

II. Identification des potentialités de la personne, de ses limites et des points de vigilance

- Evaluation de l'autonomie de la personne en lien avec le projet professionnel : mobilité, contraintes familiales et environnementales, capacités cognitives et

d'apprentissage (mémorisation, concentration, compréhension des consignes), limitations physiques (fatigabilité), adaptation des conditions de travail (rythme, gestion du stress, relationnel).

- Evaluation des intérêts et des motivations professionnelles. Identification des potentialités, des atouts, des freins à l'emploi, des risques éventuels et des contraintes.
- Evaluation des savoir-être, savoir-faire, parcours et expériences de la personne, difficultés périphériques à l'emploi.

III. Restitution lors d'un entretien tripartite (personne accompagnée, référent des Services de Réhabilitation de l'EPSAN et le SIMOT)

- A partir du document de restitution, échanges sur le déroulé des entretiens et conclusions.
- Le bilan valorise les potentialités et les ressources mobilisables dans la suite du parcours d'insertion professionnelle et souligne les limites à prendre en compte.
- Les recommandations et préconisations permettront à la personne de se situer par rapport à son projet d'insertion professionnelle (action de socialisation et de redynamisation, action de formation, recherche directe d'emploi.)

CONVENTION DE PARTENARIAT

La présente convention est établie entre :

Les services de réhabilitation de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord

141 avenue de Strasbourg B.P 83
67173 BRUMATH CEDEX

ci-après désigné EPSAN
représenté par son directeur

d'une part

et

L'Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economie d'Alsace

68 avenue des Vosges
67000 STRASBOURG

ci-après désignée URSIEA
représentée par sa déléguée régionale

d'autre part.

Article 1 : Présentation des parties prenantes

Présentation de l'URSIEA

L'URSIEA -Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economie d'Alsace- a été créée le 7 décembre 1990 sous forme associative pour fédérer les Structures d'Insertion par l'Activité Economique d'Alsace (SIAE).

L'URSIEA a pour missions :

- Animer le réseau par l'organisation d'échanges entre les structures et avec des partenaires et par la gestion des flux d'informations,
- Impulser et coordonner des rencontres par collège de structures, thématiques ou territoires, et travailler en proximité avec les SIAE,
- Assurer la diffusion d'informations de toute nature à travers des publications régulières et une veille documentaire constante,
- Assurer un rôle de représentation des SIAE et d'interface vis-à-vis des responsables politiques, économiques et sociaux par l'implication dans les différentes instances où il est question des SIAE et par l'entretien de relations continues par la mise en œuvre de l'Observatoire régional de l'IAE,
- Apporter un appui aux actions de professionnalisation réalisées par les SIAE : d'une part pour les salariés en insertion : appui à l'ingénierie et gestion d'un programme régional annuel, copiloté avec la Région Alsace, pour les structures et d'autre part pour leurs salariés permanents : appui au montage d'actions mutualisées, mise en œuvre de partenariats facilitateurs, appui aux démarches qualité.

Référent(e) : Chargé(e) de mission

Présentation de l'EPSAN et de ses services de réhabilitation

L'EPSAN - l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord - a été créé le 1er janvier 1999 et 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 suivi pour adultes, adolescents et enfants.

Spécialisé en psychiatrie, l'EPSAN a son siège à Brumath et dessert les trois-quarts de la population bas-rhinoise, de Wissembourg à Saales et de Sarre-Union à Strasbourg. Plusieurs modalités de soins y sont développées : de l'hospitalisation complète aux prises en charge partielles (de jour, de nuit ou de semaine) dans de nombreuses communes du Bas-Rhin.

Les services de réhabilitation psycho-sociale, du ressort du pôle d'activité 67G07, s'inscrivent en complément de l'offre de soins proposée par l'EPSAN. Ils sont représentés par une équipe pluridisciplinaire intra et extrahospitalière qui dispense des soins aux usagers souffrant de troubles psychiques. Elles s'inscrivent dans une réflexion conjointe, avec l'équipe professionnelle, autour de leurs projets de soin et de vie. L'accompagnement y est décliné de manière individuelle et s'articule notamment autour des questions de la citoyenneté, de l'hébergement et du travail.

Référent(e) : Coordonnateur paramédical et médical des services de réhabilitation de l'EPSAN 67G07

Article 2 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet la conclusion d'un partenariat entre les services de réhabilitation de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord et l'Union Régionale des Structures d'Insertion par l'Economique d'Alsace visant d'une part à favoriser les connaissances réciproques sur l'IAE et la santé mentale et d'autre part à faciliter l'insertion professionnelle des personnes ayant des troubles en santé mentale dans les SIAE.

Article 3 : Engagement des partenaires

L'URSIEA s'engage à :

- Apporter son expertise sur l'Insertion par l'Activité Economique aux équipes professionnelles des services de réhabilitation de l'EPSAN via le-la référent-e désigné-e par cet établissement et répondre aux questions concernant l'orientation des usagers en SIAE ;
- Participer si nécessaire à des ateliers organisés par l'EPSAN pour présenter les SIAE, les conditions d'accès et des exemples de parcours proposés ;
- Apporter son appui dans la coordination d'actions en lien avec les SIAE de son réseau ;
- Inviter le-la référent-e de l'EPSAN aux visites de SIAE de l'Eurométropole organisées par l'URSIEA ;

L'EPSAN s'engage à :

- Être une structure ressource pour toute question liée à la santé mentale que se poseraient l'URSIEA et son réseau : questions ponctuelles, actions de sensibilisation ;
- Participer sur invitation de l'URSIEA à des réunions avec des chargés d'accompagnement de SIAE notamment ;
- Sensibiliser les acteurs de l'IAE à l'insertion professionnelle des personnes ayant des troubles en santé mentale et contribuer à la déstigmatisation de ces personnes ;
- Apporter son appui dans la coordination d'actions menées par l'URSIEA et son réseau en lien avec l'insertion professionnelle des personnes ayant des troubles en santé mentale ;

Article 4 : Profil des personnes bénéficiaires

Les bénéficiaires finaux sont les personnes ayant des troubles en santé mentale en démarche d'insertion professionnelle accompagnées par les services de réhabilitation de l'EPSAN et les SIAE représentées par l'URSIEA.

Article 5 : Communication

L'EPSAN et l'URSIEA s'engagent à s'informer mutuellement avant de communiquer à l'externe au sujet des actions de la présente convention.

Article 6 : Calendrier et modalités de suivi

L'engagement des partenaires débutera à la date de signature de cette convention et sera reconduit tacitement à la date anniversaire de sa signature.

Un temps d'évaluation sera proposé annuellement pour permettre de faire vivre le réseau, de partager les actualités de chaque partenaire et faire le point sur les actions mises en œuvre. En dehors de ce temps, des ajustements pourront être mis en place si nécessaire.

Si un des partenaires souhaite mettre fin à son engagement, il devra le notifier au second par écrit (courrier postal).

Fait en 2 exemplaires à Strasbourg, le

20/03/2017

Pour l'URSIEA :
Sandrine BIANCHI, Déléguée régionale

Signature :



Pour l'EPSAN :
Daniel KAROL, Directeur

Signature :



ANNEXE

Article 1 : Désignation des intervenants

Pour l'URSIEA :

- Laëtitia TROUILLET, chargée de mission, laetitia.trouillet@ursiea.org, 03.90.22.12.72

Pour les Services de Réhabilitation :

- Fabrice GENTNER, cadre de santé HTC, coordonnateur des services de réhabilitation EPSAN, 03.88.64.61.40 (ou 7770), fabrice.gentner@ch-epsan.fr
- Aliette KNIPPER, FF cadre de santé CJR-ERIA EPSAN, 03.88.64.45.60 (ou 6218), aliette.knipper@ch-epsan.fr
- David EISELE, praticien hospitalier, chef de pôle G07 EPSAN, 03.88.64.61.07, david.eisele@ch-epsan.fr

Article 2 : Modalités pratiques d'organisation de l'activité :

Pour l'organisation des rendez-vous : Appeler le secrétariat médical de l'EPSAN : M. le Docteur EISELE au n° 03.88.64.61.07 entre 8h30 et 17h00.

L'URSIEA est joignable par téléphone au n°03.90.22.12.72 entre 8h30 et 17h30.

En cas d'annulation ou de modification d'un rendez-vous, chacune des parties prévient dans les meilleurs délais les secrétariats respectifs.