

**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 2019

**L'enquête « Santé Mentale en Population Générale » sur le territoire  
De Thann-Cernay-Masevaux**  
*Un point de départ pour des actions dans la communauté*

Agnès SYREN

Cadre de Santé au Centre Hospitalier de Rouffach.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	p.3
1. Le Centre Hospitalier de Rouffach dans une démarche de co-responsabilité.....	p.4
1.1 Historique et enjeux de la démarche de co-responsabilité.....	p.5
1.1.1 Définitions de l'empowerment.....	p.6
1.2. L'enquête de Santé Mentale en Population Générale.....	p.7
1.2.1 Objectifs, méthodologie, cadre et partenaires sollicités.....	p.7
1.2.2 Les représentations de la santé mentale sur le territoire.....	p.9
1.2.3 Les résultats du MINI et commentaires.....	p.9
1.3 La monographie territoriale.....	p.13
1.3.1 Objectifs.....	p.13
1.3.2 Résultats et commentaires.....	p.13
1.3.3 Pistes de réflexion.....	p.14
2. Réunion clinique en présence du patient : parties prenantes.....	p.14
2.1 Objectifs et mise en œuvre à travers trois exemples.....	p.14
2.2 Points forts / points faibles / perspectives.....	p.16
3. Le Contrat Social Multipartite de Thann-Cernay.....	p.17
3.1 Historique.....	p.17
3.1.1 Mise en place et objectifs.....	p.18
3.2 Points forts / points faibles / perspectives.....	p.20
4. Le patient acteur de la création d'une association sur le territoire de Thann.....	p.20
4.1 Historique et mise en œuvre.....	p.20
4.2 Points forts / points faibles / Évolution et perspectives.....	p.20
5. Espace de parole, d'écoute et de lien au sein de l'hôpital de jour.....	p.23
5.1 Historique, définition, mise en œuvre.....	p.23
5.2 Points forts / points faibles / Évolution et perspectives.....	p.30
CONCLUSION.....	p.31
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

## INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier de Rouffach, situé dans le Haut- Rhin est un établissement public de Santé Mentale. Il a la responsabilité de plusieurs zones géographiques dont le pôle 4/5. Ce pôle nommé Lauch-Thur-Doller (LTD) regroupe un territoire rural des vallées de la Lauch, de la Thur, de la Doller et un territoire urbain englobant le Bassin Potassique.

Le secteur géographique comprend les villes de Thann et de Masevaux d'environ 8000 habitants chacune, ainsi que celles de Cernay et Guebwiller d'une population d'environ 11000 habitants chacune. Sur la base du recensement INSEE (2016), la population du pôle est de 160 000 habitants. J'exerce dans ce pôle, en tant que cadre de santé à l'hôpital de jour (HDJ) de Thann et au Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel (CATTP) de Masevaux depuis octobre 2017. Le centre de jour de Thann est implanté au sein d'une maison de maître située derrière la gare. Y est rattaché un appartement thérapeutique d'une capacité d'accueil de deux places, situé au centre-ville de Thann. Il est pensé comme un tremplin vers l'autonomie.

Le CATTP de Masevaux siège dans les locaux de l'Etablissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes Le Castelblanc depuis plus d'une vingtaine d'année (1998).

Trois lieux d'écoute et d'orientation (LEO) couvrent l'ensemble du territoire à Wittenheim (espace social Coréal), Wittelsheim (mairie) et Masevaux (mairie). Ces lieux accueillent des personnes une demi-journée par semaine. Les permanences sont assurées par une psychologue, un assistant social et un infirmier.

Le projet de pôle 2016-2020 a pour objectif de développer une offre de soins au plus proche du lieu de vie du patient. Il s'agit d'*ajuster l'offre de soins en facilitant l'accès et le développement de nouvelles prises en charge, du fait de l'évolution de la société et d'assurer une psychiatrie de qualité en développant le travail de réseau.*<sup>1</sup>

L'HDJ est une structure pivot dans le parcours de rétablissement des patients.

Ils bénéficient d'une prise en charge en activités thérapeutiques sur prescription médicale. Les soignants au nombre de 12 (postes équivalent temps plein) animent des ateliers en adéquation avec le projet de vie et leurs compétences (activités corporelles, artistiques, de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale).

Le développement de partenariats est un enjeu majeur à la mise en œuvre du projet de pôle. Ces partenariats sont multiples et formalisés par des conventions.

<sup>1</sup> Projet du Pôle Lauch-Thur-Doller dans le projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Rouffach.

Ils favorisent l'accès :

- À l'alimentation (Centre Communal d'Action Sociale de la Mairie par le biais de l'épicerie sociale)
- Au logement (dispositif des baux glissants)
- À l'emploi (chantiers d'insertion : les Jardins d'Icare pour un atelier cuisine),
- À la culture, aux loisirs et sports (centre socio-culturel, médiathèque, cinéma, opéra du Rhin mairie de Thann, établissement St Joseph pour le prêt d'une salle de sport, Culture du cœur, pour réaliser des activités culturelles accessibles à tous).

Le pôle est inscrit dans le dispositif des contrats sociaux multipartites. En 2017, un partenariat entre le Centre Hospitalier de Rouffach, les communes couvrant le Conseil Local de Santé Mentale<sup>2</sup> (CLSM) de Thann et de Cernay et des personnes souffrant de troubles psychiques en voie de rétablissement ont signé un contrat social multipartite (CSM). Ce dernier a pour objectif de permettre à une dizaine de patients de retrouver le pouvoir d'agir, empowerment, en tant que citoyen, d'aller vers le mieux-être, de lutter contre la stigmatisation et l'isolement, de faciliter leur insertion au plus près de leur lieu de vie.

A l'issue du contrat social multipartite, les participants ont souhaité se constituer en association en vue de la création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) sur le territoire de Thann-Cernay.

Deux enquêtes auxquelles j'ai participé ont été réalisées sur le territoire :

- Une première enquête : monographie territoriale en mai 2018 : en collaboration avec l'Institut Supérieur de Service Social de Mulhouse dont le thème est la pertinence d'un Groupe d'Entraide Mutuelle sur le territoire de Thann- Cernay
- Une deuxième enquête : Santé Mentale en Population Générale (SMPG) en partenariat avec l'Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur Français de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS). Elle vise deux objectifs : Définir les représentations de la population et des élus par rapport à la santé mentale, établir un état des lieux de l'offre de soin existant et identifier les besoins de la population en termes d'accès aux soins.

Je me baserai sur ces deux enquêtes afin d'étayer la problématique et j'expliquerai mon implication dans les différents projets.

La problématique transversale tout au long de ce travail sera formulée ainsi :

Comment le patient, au travers des différents dispositifs, peut-il retrouver son pouvoir d'agir ?

<sup>2</sup> Plan de santé mentale 2005-2008 qui prône une amélioration des articulations entre les acteurs du champ sanitaire et social dans le cadre de conseils locaux de santé mentale institués à l'échelle des secteurs sanitaires et de Stratégie européenne de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (conférence Helsinki 2005) qui a mis en avant les décloisonnements, le partenariat multi sectoriel et la coordination locale des services et des stratégies politiques.

## 1. Le Centre Hospitalier de Rouffach dans une démarche de co-responsabilité

Depuis 2012, le Centre Hospitalier de Rouffach (CHR) a engagé une démarche de responsabilité sociétale et de développement durable (RSODD).

### 1.1 Historique et enjeux de la démarche de co-responsabilité

La démarche RSODD permet de valoriser les actions visant à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patients et des résidents. L'objectif principal est de développer des solutions alternatives à l'hospitalisation complète au plus proche du domicile en tenant compte des aspects sociaux et des impacts sur l'environnement.

Le projet d'établissement 2016-2020 formalise et développe ces évolutions. De plus, les différentes certifications et évaluations externes (certifications HAS, évaluation ISO 26000-RSODD, évaluations externes des structures médico-sociales, certifications ISO-blanchisserie, service de transport et cuisine centrale) fédère les professionnels autour de l'amélioration de la prise en charge des patients et résidents. Pour faire le lien entre ces trois démarches (RSODD, projet d'établissement et démarche co-responsabilité (CO-RES)), un comité est composé de différents professionnels de santé (directeur de l'établissement, président de la CME, directeur des soins, gestionnaire des risques, représentant des usagers, représentant des familles.). Ce comité décline les engagements de l'établissement à travers 9 axes qui constituent la colonne vertébrale de la démarche de co-responsabilité. Il inscrit ses actions dans le respect de la Charte d'Établissement. Pour chacun des axes, des thèmes prioritaires sont identifiés. Depuis deux ans, je suis engagée dans le groupe de travail intitulé groupe support CORES. Cela me permet de comprendre les enjeux du projet d'établissement et ses déclinaisons pratiques sous forme de plans d'action dans les différents projets de pôle et d'y apporter ma contribution. Ce groupe est en charge de la mise en œuvre des décisions stratégiques. Il apporte un appui méthodologique et logistique à la démarche. A ce titre, j'ai animé en binôme une formation de gestion de projets afin de permettre aux participants du groupe de maîtriser l'outil. Il s'agit d'acquérir la méthodologie pour fixer les objectifs des différents axes.

La problématique se compose autour des trois premiers axes de la démarche de co-responsabilité :

- Axe 1 : Développer l'ancrage territorial, les réseaux et les coopérations.
- Axe 2 : Promouvoir les droits de l'homme, la citoyenneté, la santé mentale et accompagner l'empowerment.
- Axe 3 : Contribuer à la coordination des parties prenantes autour du parcours du patient/résident.

Ces thèmes évoluent d'une année à l'autre en fonction des objectifs atteints ou en questionnement. (Cf. Annexe 1 : Démarche de co-responsabilité 2018 et démarche de co-responsabilité 2019).

Dans l'axe 2, il est stipulé d'accompagner l'empowerment.

Je vais explorer les différents champs afin d'en cerner les contours d'une définition.

### 1.1.1 Définitions de l'empowerment

Définir ce terme venant d'un anglicisme est un exercice difficile car il est intraduisible du point de vue des linguistes en français. Trois approches du concept s'étudient, l'approche politico-sociale, celle de la distinction entre l'empowerment individuel et collectif et une troisième approche concernant le processus.

Dans la culture anglo-saxonne, le concept vient du verbe to empower. Il apparaît au XVII<sup>ème</sup> siècle pour désigner l'action de déléguer un pouvoir. D'après Marie Hélène Bacqué et Carole Biewener<sup>3</sup> (2013), le mot empowerment apparaît au XIX<sup>ème</sup> siècle pour définir à la fois un état et une action : celle de donner du pouvoir. La formulation est ambiguë, il s'agit aussi bien du geste de quelqu'un conférant un pouvoir à quelqu'un d'autre que de l'appropriation par ce quelqu'un de ce pouvoir.

Dans les années 1970, le mot repris aux États-Unis caractérise un processus participatif, un pouvoir d'agir à la fois personnel et collectif tout en s'inscrivant dans un contexte de changement social. C'est une démarche initiée par des individus ou des groupes d'auto prise en charge ou encore en anglais de *self help*. L'empowerment permet d'augmenter les capacités et aux individus de choisir leur mode de vie, de s'inscrire en tant que citoyen dans la société.

En 1981, Julian Rappaport<sup>4</sup> introduit le concept dans le champ de la santé mentale. Il considère l'empowerment dans un processus de changement pour les personnes. Il s'agit de la croyance en leur capacité de prendre des décisions, de résoudre les problèmes, de prendre la parole.

Cette posture demande un changement de paradigme du regard porté par les soignants. Le sujet n'est plus vu sous le prisme de la maladie mais en tant que citoyen à part entière.

Mais ce nouveau paradigme demande également une évolution de la pensée soignante. Est-on encore dans la gestion de la maladie ? Ou faut-il imaginer des environnements de soins ou de soutien différents ?

Je cite Jean Nicolas Ouellet<sup>5</sup>, en charge d'un groupe d'entraide mutuelle à Montréal : « *l'appropriation du pouvoir place la personne au centre des décisions qui la concerne. On éclate les murs de l'asile dans la cité* ». Pour prendre les décisions qui la concerne, la personne doit être en mesure de comprendre. En étant acteur de ses décisions, le sujet prend position et est fier de la reconnaissance d'autrui. Il est question-là de retrouver sa dignité, il a une place dans la société. De

<sup>3</sup> Bacqué ML., Biewener C., *L'empowerment, une pratique émancipatrice?* Editions La Découverte, Paris, 2013.

<sup>4</sup> Julian Rappaport est un psychologue américain.

<sup>5</sup> Jean Nicolas Ouellet est intervenant au Centre Soutien Jeunesse de St Laurent au Québec.

statut de patient et de malade, le citoyen est passé au statut d'usager. Il a un droit de parole.

Dans les travaux québécois (Le Bossé, 2003 ; Novacs, 2008), l'empowerment se définit comme un processus (développement du pouvoir d'agir) et comme un résultat de ce processus (pouvoir d'agir) qui survient tant au niveau individuel que collectif.

Lorsque j'étais en visite à l'hôpital de jour de Nice, dans le cadre du diplôme inter universitaire dans un hôpital de jour dirigé par le Dr Giordana, j'ai conversé avec la présidente d'une association de personnes bipolaires. Elle participe au Conseil Local de Santé Mentale de la Ville. Il est question d'entendre la parole des usagers dans une instance publique.

Aussi, dans quelle mesure cette participation publique renforce -t-elle l'empowerment des usagers ?

L'estime de soi et la reconnaissance d'un savoir issu de l'expérience améliorent la prise en soins.

Le parcours du sujet s'en trouve enrichit à travers le processus de rétablissement. Ainsi, il est question de redonner à la personne le droit d'agir, de permettre, d'autoriser à.

## 1.2 L'enquête de Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

### 1.2.1 Objectifs, méthodologie, cadre et partenaires sollicités

La Direction du Centre Hospitalier de Rouffach a fait appel au Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) afin de réaliser une enquête (SMPG) sur le Territoire de Cernay- Thann- Masevaux. Le centre hospitalier est membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) pour la recherche, la formation et la mise en œuvre d'actions visant le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté (prévention et insertion).

Les objectifs s'inscrivent dans l'axe premier de la démarche de co-responsabilité de l'année 2018 :

Réaliser un diagnostic territorial. Il s'agit, d'une part de recueillir les représentations liées à la maladie mentale, la folie, la dépression et les différents modes de soins référencés et d'autre part d'évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population âgée de plus de 18 ans du territoire. Cette recherche-action réalisée avec l'Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique (ASEP) et le CCOMS s'est déroulée du 28 février au 15 mars 2019 auprès de 987 personnes. L'implication de quarante étudiants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) préalablement formés a été nécessaire pour la réussite de l'étude. Trois jours de formation se sont déroulés pour les intervenants (directeurs des soins, psychologues, cadres de santé, une assistante sociale en charge des contrats sociaux multipartite, deux formateurs de l'IFSI, le chargé de mission de l'Agence Régionale de Santé au titre du conseil local de santé mentale du territoire, la secrétaire chargée de la saisie des questionnaires et les étudiants). Le cahier des charges s'est décliné sur deux plans ; une partie théorique et une partie pratique illustrée par des jeux de rôles pour se mettre en situation d'entretien.

L'équipe a été répartie sur trois quartiers généraux<sup>6</sup>, un à la mairie de Cernay, au Centre Socio culturel de Thann, et un à l'Espace Claude Rich, une salle communale au centre-ville de Masevaux a été nécessaire.

Il s'agissait d'étudier les besoins de la population sur ce territoire et de les mettre en corrélation avec des actions sur le terrain. Quelles structures de soin, quels dispositifs, quels moyens humains ?

A ce titre, avec deux collègues du pôle, j'ai été sollicité pour la mise en œuvre de cette enquête. Forte de ma connaissance du terrain, des liens et partenariats sanitaires, sociaux, associatifs tissés à partir de mes missions en hôpital de jour, j'ai réalisé avec une collègue un travail préalable de recherche de lieux d'enquête dans ces différents domaines. Le périmètre de l'étude se situe sur les Vallées de Thann, Masevaux et la ville de Cernay. Les lieux ont été validés par le CCOMS (cafés- piscine- marché- lycées.).

Chacune de mes collègues a été responsable d'un quartier général. J'étais référente du quartier général de la ville de Masevaux. Le Maire de la Ville a facilité l'enquête en mettant à disposition une salle communale avec de grandes baies vitrées donnant sur une rue passante du centre-ville. Il avait axé la communication à la population par une inscription sur les panneaux lumineux de la Ville.

Au préalable, j'avais contacté l'adjointe aux affaires sociales de la Mairie pour lui faire part de l'enquête, propos qu'elle avait relayé en Conseil Municipal. J'ai sollicité le responsable de la salle qui m'a confié les clés pendant toute la durée de l'enquête et m'a donné les consignes de gestion et de sécurité. Il était primordial d'accueillir les étudiants, mon collègue formateur et la population de la ville dans de bonnes conditions afin que l'enquête se déroule le mieux possible.

Le questionnaire anonyme est divisé en deux parties : une partie concernant les représentations de la population par rapport, au fou à la maladie mentale, la dépression et une deuxième partie est plus personnelle. Il s'agit du questionnaire diagnostique du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Cet outil a été développé afin de disposer d'un entretien diagnostique structuré.

Cent vingt questions permettent d'interroger les individus sur dix-sept des pathologies de l'axe I du DSM IV<sup>7</sup> et de la CIM 10. La durée du questionnaire en face à face était de trente minutes au minimum.

L'échantillon représentatif de la population a été réalisé en utilisant la méthode des quotas c'est-à-dire à partir des données du recensement de la population de 2015 : âge, sexe (genre), statut marital, niveau d'études, catégories socio-professionnelle (emploi).

<sup>6</sup> Des lieux de regroupement appelés également lieux de pioche.

<sup>7</sup> Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux.

### 1.2.2 Les représentations de la santé mentale sur le territoire

Les résultats de l'enquête de territoire (cf. Annexe 2) ont été transmises le deux octobre 2019 à la demande de l'Établissement Hospitalier. Les représentations de la population mettent en évidence le comportement anormal et dangereux (plus de 90% des personnes interrogées) du fou ou du malade mental. Dans les représentations, ils se reconnaissent par leur apparence et leur comportement. La souffrance des différents états concerne les personnes malades comme l'entourage dont principalement la famille. Le dépressif n'est pas jugé responsable de ses actes mais de son état. Il est moins exclu de la famille que le fou ou le malade mental. Le dépressif peut guérir à plus de 70%, alors que le fou (12%) ou le malade mental non (16%).

Les soins sous contrainte restent justifiés pour plus de la moitié des enquêtés.

Quant à l'origine des troubles, pour la folie et la maladie mentale, six personnes sur dix pensent qu'elles sont dues à une origine génétique. En ce qui concerne la dépression, l'origine serait due aux événements de la vie.

Les traitements médicamenteux sont les plus cités pour les trois catégories, les psychothérapies en second. Pour les soins du fou et du malade mental, l'hospitalisation est citée comme recours, cependant 8,7% pensent que le fou ne se soigne pas. Pour le dépressif, c'est l'entourage proche qui est ciblé comme premier recours. Plus de 50% de la population interrogée oriente un proche fou, malade mental ou dépressif vers un professionnel de la psychiatrie puis vers un médecin généraliste. Il existe une corrélation entre l'âge et l'orientation de la personne : les personnes jeunes s'orientent pour les soins vers un proche de leur entourage, alors que plus de la moitié des 60 ans et plus citent le recours à un professionnel de la santé en premier. Quatre personnes sur dix déclarent qu'elles iraient d'abord voir leur entourage si elles n'allaient pas bien.

### 1.2.3 Les résultats du MINI et commentaires

« Sur le territoire de Masevaux-Thann - Cernay, une personne sur quatre présente au moins un trouble de santé mentale soit 25,5%. Le chiffre est moins élevé que la prévalence nationale se situant à 32%. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (15,9%), comme l'anxiété généralisée, les phobies sociales et les troubles paniques, l'agoraphobie, l'état de stress post-traumatique. Ils s'en suivent les troubles de l'humeur (10,8%), troubles dépressifs, dysthymie, épisode maniaque. Les troubles liés à l'alcool et aux drogues réunies concernent (alcool 3,3% et drogues (3,1%) 6,4% des personnes interrogées. Les troubles psychotiques sont plus élevés (3,6%) que la moyenne nationale (2,7%). Les variables socio- démographiques montrent que les femmes ont plus de troubles anxieux alors que les hommes souffrent plus de problèmes liés aux drogues (alcool et drogues) ».

L'âge joue un rôle dans l'apparition des troubles psychiques. Les personnes de moins de 30 ans et de

60 ans et plus sont plus touchés par les troubles anxieux et de l'humeur. Plus d'un jeune sur dix est concerné par les problèmes liés aux drogues.

Les célibataires sont les plus touchés par les troubles anxieux ainsi que les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues suivies des personnes séparées ou divorcées. Les veufs ou célibataires sont touchés par les troubles de l'humeur.

Les personnes sans emploi présentent des troubles de l'humeur, anxieux et d'allure psychotique. Les personnes ayant une activité professionnelle ont des problèmes liés à la consommation d'alcool.

Les résultats posent une question majeure : comment déconstruire les représentations ? Il y est question de souffrance psychosociale, de liens entre vulnérabilité, précarité et addictions.

C'est la stigmatisation de la population vis à vis des personnes atteintes de troubles mentaux dont il est question. A la dernière réunion du Conseil Local de Santé Mentale de Thann dont je fais partie une élue de la ville d'Altkirch et le responsable formation de l'UGECAM<sup>8</sup> ont présenté une mallette pédagogique de lutte contre la stigmatisation. Le groupe de travail du CLSM a créé différents supports (livres jeunesse, mini films, travail pédagogique pour expliquer, informer, auprès des instances de l'éducation nationale). Cette mallette est présentée dans les écoles maternelles et concerne principalement les handicaps non visibles des enfants (surdité, mal voyance).

(Cf. annexe 3).

D'après les résultats, il serait intéressant de proposer une définition de la stigmatisation mais je vais me limiter au sens étymologique du mot.

D'après le dictionnaire Larousse, c'est « l'action d'être stigmatisé ; le fait d'être stigmatisé ». Au sens littéraire, c'est « imprimer sur le corps de quelqu'un une marque indélébile à titre de châtiment (jadis on stigmatisait au fer rouge les condamnés). Dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible (Stigmatiser les responsables de la mauvaise gestion économique).

J'illustre la stigmatisation par un exemple en m'inspirant de l'histoire de Tintin dans « Le Lotus Bleu ». En effet, Tintin sauve de la noyade Tchan Tchong (qui deviendra son ami).

Ensemble, ils se moquent des représentations de leurs peuples réciproquement. (Cf. Annexe 4)

Mais considérer l'autre comme quelqu'un de diff rent n'est-ce pas déjà le stigmatiser ?

Pour en revenir à l'enquête, je me suis intéressée au vécu des étudiants et à l'observation des personnes interrogées.

- Le déroulement de l'enquête du point de vue des étudiants :

Les étudiants se sont confrontés à des refus de la part de la population mais également à des entretiens difficiles à soutenir au niveau du contenu. Des étudiants de début de deuxième année, sont-ils armés pour entendre des histoires de vie brisées ? Et comment accompagner la personne

<sup>8</sup> L'UGECAM est un groupement d'établissement de santé de l'Assurance Maladie en France.

écoutée ? Dès le premier jour, une psychologue reprenait les situations difficiles avec les étudiants. J'avais mis à disposition des étudiants, des plaquettes du Centre de Jour et du Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel avec les coordonnées des professionnels (psychologues, médecins, infirmiers) pour qu'ils puissent les remettre aux personnes en situation de souffrance.

Certains étudiants ont été étonnés de l'aisance avec laquelle ils réussissaient à rencontrer des personnes.

La formation au codage (CIM 10<sup>9</sup>) pour les différentes pathologies psychiatriques est un atout pour les étudiants. A l'issue de cette formation et de la mise en pratique par l'enquête, ils sont formés au codage ce qui leur sera utile dans leur future profession d'infirmier.

Cependant, la pression vécue à l'issue de la première semaine concernant l'atteinte des quotas a produit une phase de découragement. Une compétition à l'annonce des résultats des différents quartiers généraux a valorisé le travail d'ampleur réalisé par les étudiants et les collègues.

Afin de permettre la réussite de l'atteinte des quotas pour valider l'enquête, j'ai participé avec mes collègues au codage. Au total, 987 questionnaires recueillis ont été dépouillés (plus de 300 par quartier général). Des questionnaires ont été invalidés du fait d'un mauvais codage surtout en début d'enquête.

- Les personnes interrogées :

Certaines personnes n'avaient pas beaucoup d'années de différence avec les étudiants et se sentaient en confiance pour livrer des événements de leur vie (par exemple des élèves de lycée).

Les personnes ont été volontaires et la durée de l'entretien ne les a pas découragés. Le cadre bienveillant, convivial (café, gâteaux). L'ambiance dans lequel se déroulaient les entretiens a été propice aux échanges.

Pistes de réflexion :

- L'enquête s'est déroulée sur l'ensemble du territoire mais un découpage par zones distinctes pour repérer plus spécifiquement les problématiques des zones rurales et des zones urbaines mais également des deux Vallées aurait-il été judicieux ?
- Mettre en lien l'état des lieux et les projets sur le territoire dans le cadre du PTSM<sup>10</sup>
- Un CLSM pour Masevaux et les problématiques spécifiques de la vallée ?
- Revoir le découpage du CLSM ? Le découpage coïncide avec la sectorisation psychiatrique ce qui n'est pas pertinent du fait de 2 zones qui cohabitent, une zone rurale (vallées de Thann et de Masevaux) et une zone urbaine (Bassin potassique et canton de Wittenheim, situé dans l'agglomération mulhousienne).

<sup>9</sup> CIM 10 : Classification Internationale des Maladies élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le chapitre V concerne la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

<sup>10</sup> Projets Territoriaux de santé mentale : outils de déclinaison de la politique de santé mentale, élaborés à l'initiative des acteurs locaux. L'objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

- Les représentations de la santé mentale de la population du territoire seront à questionner dans l'instance du Conseil Local de Santé Mentale.

Quelques idées et propositions d'actions à mener :

- Restitution des résultats de l'enquête SMPG auprès des mairies concernées
- Information aux maires des communes, lors de conférences sur la santé mentale.
- Une semaine de la santé mentale délocalisée sur le territoire
- Des journées portes ouvertes à l'hôpital de jour de Thann et au centre d'accueil de Masevaux  
Par exemple, lorsque j'ai pris mes fonctions au centre de jour de Thann, j'avais contacté la responsable du CCAS<sup>11</sup> et l'élue à la santé. Je leur avais proposé de visiter l'hôpital de jour. Elles ont été étonnées des réalisations des patients dans un atelier vannerie.
- Participation des usagers au CLSM ? Comme au CLSM de la ville de Nice ?
- Se déplacer pour informer
- Un rallye pour découvrir les différentes structures de soin, les articulations avec les associations, le social, le culturel et le politique.
- Le lieu d'écoute et d'orientation LEO de Masevaux se trouve actuellement à la mairie, la proposition serait de délocaliser le lieu. C'est une petite ville, où tout se sait et tout le monde se connaît, une personne fragile ne se déplace pas à la mairie.

Quelle offre de soins par rapport aux résultats du MINI ?

- Un CMP installé au sein d'un EHPAD apparaît comme non adapté parce qu'il n'est pas en cohérence avec le projet du patient dans la cité. Dans ce CMP, les patients viennent pour certains depuis l'ouverture (1998).
- Équipe ambulatoire à partir de l'Hôpital de jour de Thann ;
- Équipe ambulatoire à partir de Masevaux pour se rapprocher du domicile du patient et maintenir une insertion dans la Ville. Il y a plus de 50 kms entre la Ville et la Vallée de Masevaux jusqu'au Centre hospitalier de Rouffach.
- Un lieu d'écoute également pour la population de Cernay ?

Autant de propositions à étudier.

La deuxième enquête une monographie territoriale réalisée par des étudiants assistants sociaux et éducateurs de jeunes enfants en deuxième année à l'Ecole Supérieure de Praxis Sociale de Mulhouse vient enrichir la réflexion. (Cf Annexe 6)

Cette enquête s'est déroulée au printemps 2018 au sein de l'Hôpital de jour dans lequel j'exerce. J'ai encouragé et facilité les démarches des étudiants. (Remplir les questionnaires auprès des patients et assister aux recherches en présence de leur référent de stage).

<sup>11</sup> Centre Communal d'Action Sociale.

La demande de cette enquête émane d'une demande de l'Établissement Hospitalier. Il s'agit d'une réflexion quant au devenir des patients autonomes dans leur parcours de rétablissement pour sortir des soins, c'est-à-dire de l'hôpital de jour. L'objectif de ce travail est de définir la pertinence de créer un groupe d'entraide mutuelle sur le territoire de Thann.

Cette enquête s'est finalisée par une présentation au Centre de Jour. Les patients, le médecin, les infirmiers, la Direction, le médecin chef de pôle, la cadre de pôle, des représentants élus de la Mairie de Thann, un directeur d'établissement médico-social, l'animatrice des contrats sociaux multipartite, et une représentante de l'Agence Régionale de Santé (ARS) étaient présents

### 1.3. La monographie territoriale

#### 1.3.1 Objectifs

La première année de formation des étudiants de l'Institut de Praxis Social vise une approche par le territoire au cœur de la question des rapports entre citoyens et décideurs, entre institutions et démocratie. Cette approche est révélatrice de ce qui se joue dans la mise en œuvre de l'action sociale. Ce stage a été organisé en transversalité pour des groupes d'étudiants : une mixité entre les assistants sociaux et les éducateurs spécialisés.

Ainsi huit étudiants ont fait leur stage à l'hôpital de jour. La démarche est de poser un diagnostic partagé, de préparer au travail en équipe, de conduire un projet territorial. (problématique, diagnostic et repérage des ressources), d'inscrire l'intervention sociale dans les réalités d'un territoire et enfin de repérer les modalités de travail de partenariat et de réseau.

#### 1.3.2 Résultats et commentaires

Les problèmes de moyens de transport sont facteurs d'exclusion sociale. En effet, pour se rendre au CPJ, il faut un véhicule et le permis de conduire et l'essence coûte cher. Les transports en commun sont inexistant sur la vallée de Masevaux (la ligne TER-train a été supprimée, il y a un seul bus le matin et le soir) Le TER ou Tram-Train restent chers pour les personnes en situation de précarité ou ayant l'Allocation Adulte Handicapé. Il faut compter un peu plus de 10 euros aller/retour du fond de la vallée).

Par ailleurs, les effets secondaires des traitements médicamenteux liés à la maladie ralentissent la vigilance au volant et certains patients n'ont plus de permis de conduire du fait de leur pathologie.

Alors comment passer du statut de personne en situation de fragilité à personne engagée ?

Les patients de l'hôpital de jour se définissent par leurs capacités, sous le prisme de leurs ressources et de leurs compétences. Cela demande un changement de paradigme des soignants. Un autre regard porté sur la personne accueillie, un changement de la posture du soignant. Le soignant est une personne non plus qui soigne mais qui accompagne une autre personne dans son parcours de vie,

son parcours de rétablissement.

### 1.3.3 Pistes de réflexion

- Ainsi cette posture évolue quand les médiateurs de santé pair intègrent les équipes de soin et viennent questionner la place des uns et des autres.
- Créer une association en vue d'un GEM pour faciliter l'accès à une citoyenneté active ?

J'aime citer l'expression de la présidente d'un GEM voisin en parlant des activités de loisirs : « nous sommes des consom'acteurs ». C'est un bel engagement dans la collectivité. Il est question de reprendre confiance en soi.

## 2. Participation du patient en réunion clinique

L'axe 3 de la démarche de co-responsabilité, a pour thème de « contribuer à la coordination des parties prenantes autour du parcours du patient ». A l'hôpital de jour, lieu de transition entre l'Hôpital et la Cité, les prises en charge s'inscrivent dans cette démarche.

### 2.1 Objectifs et mise en œuvre à travers trois exemples

Au Centre de Jour, les réunions cliniques pluri professionnelles se déroulent tous les mardis matins. Y sont recensés les patients qui posent question.

Aussi à travers trois exemples, je vais expliquer comment les patients s'impliquent dans leur prise en charge développant ainsi leur capacité d'agir.

Les entretiens sont initiés par l'infirmier référent, coordonnateur de la prise en charge. Il réunit tous les intervenants de l'entourage du patient (famille) et du réseau, (professionnels).

Madame N. 50 ans est admise le 10 août 2012 pour troubles affectifs bipolaires suite à une intoxication médicamenteuse volontaire. Le contexte familial et professionnel est problématique. (Elle était cadre dans l'entreprise où travaille son mari et elle demande le divorce). Le premier suivi psychologique date d'août 2012. Elle bénéficie d'une prise en charge en consultation psychologique et d'une prise en charge conjointe avec le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA) le CAP<sup>12</sup>, du fait d'épisodes d'alcoolisation. En 2016, un atelier peinture est proposé dans l'objectif de permettre une expression graphique et valoriser l'estime de soi.

En 2017, elle demande un suivi en vue d'arrêter le tabac ainsi que pour maigrir. Elle a pris du poids du fait des traitements médicamenteux. Elle participe au contrat social multipartite qu'elle

<sup>12</sup> L'association Haut Rhinoise pour la prévention et les soins aux Addictions « le CAP » intervient dans le domaine de la prévention et la réduction des risques et des soins en lien avec les addictions.

interrompt en cours.

En mars 2017, elle est orientée et prise en charge au CSAPA par une psychologue qui pratique l'hypnose pour les problèmes d'addiction.

En 2018, Mme N. est prise en charge par la psychomotricienne pour un travail corporel et de la relaxation.

En 2019, une séance de relaxation par semaine lui procure un apaisement et un relâchement des tensions tant musculaires que psychiques.

La réunion en présence de la patiente est organisée suite à une ré-alcoolisation afin de recentrer et coordonner la prise en charge. Lors des réunions cliniques, le constat montre que la patiente sollicite différents intervenants, dix-huit au total : (tutrice, acupuncteur, infirmier libéral, sophrologue, médecin psychiatre, médecin addictologue, psychologue de l'HDJ et du CSAPA, infirmière du CSAPA, médecin traitant...)

Madame N. rejoint l'équipe pluri -professionnelle en fin de réunion. Au cours des échanges, elle dit que « l'alcool rend son quotidien plus facile » Mme N. dit avoir «encore besoin du CPJ», elle demande à «garder une activité créatrice en groupe» (Faut-il entendre un lien ?). Elle demande à être accompagnée vers l'extérieur pour une activité Qi Gong. Il est convenu que l'IDE l'accompagne pour deux séances dans un cours dispensé non loin de son domicile.

Le médecin addictologue lui pose clairement la question d'une cure dans un service d'addictologie. La patiente dit ne pas vouloir « retourner au Centre Hospitalier de Rouffach ». Elle dit avoir de « trop mauvais souvenirs » de l'hospitalisation. Les échanges sont fluides entre les professionnels, le médecin lui propose une cure dans un autre établissement, elle dit ne pas encore se sentir prête mais elle y réfléchira. Ce qui manque à Mme N. est la motivation. Le travail psychothérapeutique portera sur ce thème et tous les intervenants travailleront dans ce sens. Cela est clairement énoncé de part et d'autre. Le traitement sera revu par son médecin psychiatre afin de le réduire progressivement.

Ce qu'il faut retenir de cet entretien est que la patiente exprime son ressenti, ses désirs et échange d'égal à égal avec les professionnels de santé. La patiente a bénéficié d'un travail en amont par des séances d'insight pour une meilleure connaissance de sa maladie. Elle est partie prenante dans son projet de soin ainsi que tous les intervenants. Elle s'engage dans sa prise en charge, elle prend des décisions qu'elle estime être suffisamment bonnes pour son avenir. A sa demande, elle souhaite revenir au groupe association-Groupe d'Entraide Mutuelle.<sup>13</sup>

Monsieur S. né le 18/02/1977, est âgé de 42 ans, il vit chez ses parents. Le premier diagnostic posé le 22 août 2003, décrit une schizophrénie hébéphrénique. Monsieur S. a alors 26 ans.

<sup>13</sup> Les GEM sont des associations d'usagers qui ont pour objectifs la création de liens sociaux et la lutte contre l'isolement des personnes atteintes par un handicap psychique ou de personnes souffrants de lésions cérébrales.

L'entretien familial se déroule en présence des parents, du psychologue et de l'infirmier référent. Le patient est amené à dire ce qu'il pense. Les différentes préoccupations sont exprimées de part et d'autre. Les parents vieillissants supportent de moins en moins les troubles du comportement de Monsieur S., ses réveils à 5 heures du matin, son alimentation désorganisée. Sa prise en charge démarre en 2003, il vient pour les repas thérapeutiques dans l'objectif de la prise d'une alimentation équilibrée. Il vit avec les hallucinations acoustico verbales et des rires immotivés.

Mademoiselle N. 20 mai 1990 est âgée de 29 ans. Le premier diagnostic est posé le 5 février 2007 Retard mental léger, et troubles de la personnalité. Elle est placée dans une institution médico éducative à St André (Adèle de Glaubitz) depuis son plus jeune âge. Suite à une altercation avec un résident de l'institution, elle a tenté de se défenestrer. Le médecin psychiatre l'a hospitalisé au CHS du 24 mai au 27 juin 2019. La condition de sortie d'hospitalisation est un passage limité dans le temps à l'HDJ. Elle est admise à l'HDJ le 10 juillet 2019 pour une durée temporaire afin de permettre à l'équipe éducative de revoir le projet de vie et l'accueil de Melle N. dans un nouveau groupe. Elle participe aux jeux de société dans l'objectif de suivre et respecter les règles d'un jeu ainsi que des sorties thérapeutiques pour une ouverture vers l'extérieur.

## 2.2 Points forts/ points faibles/ Perspectives

- Le patient participe activement à sa prise en charge
- Le patient est respecté dans son processus de rétablissement
- L'environnement est pris en compte (famille, autres intervenants.), pouvoir compter sur les aidants, proposition d'un groupe de parole.
- Travail de coordination
- Aller dans une même direction
- Être cohérent

Par ces exemples, nous pouvons conclure que les patients sont partis prenantes dans le soin. Leur avis est pris en compte et ils sont en mesure de prendre une décision qui les concerne. Et pour prendre une décision, il faut qu'ils soient présents en réunion.

Marie Pascale Pomey<sup>14</sup> nous dit :

*Le patient doit être considéré, grâce à ses savoirs, comme un acteur qui est aussi un soignant. Lui-même quand il est aux prises avec ses problèmes, il régule ses médicaments ou sa façon de vivre*

Lorsque le patient va mieux dans son parcours de soin, il lui est proposé de participer au contrat social multipartite dont voici l'explication :

<sup>14</sup> Marie Pascale Pomey est Professeur titulaire au Département de gestion, évaluation et politique de santé publique, chercheur.

### 3. Le Contrat Social Multipartite (CSM)

#### 3.1. Historique :

La démarche de Territoire de co-responsabilité initiée par le Conseil de l'Europe a trouvé depuis 2004, un fort écho à Mulhouse, première ville à expérimenter la méthode de travail proposée. Cette démarche propose de penser en termes de capacité à vivre ensemble et de construire une démarche d'apprentissage collectif dans le but d'accroître le bien-être de tous. Ce dispositif se décline dans le cadre d'une approche collective d'inclusion sociale destinée à des personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active. Un groupe d'une quinzaine de personnes est constitué accompagné par un psychologue et un metteur en scène aidant les personnes à exprimer leurs difficultés. Il s'agit de définir ce que signifie le bien-être, le mal être et ce que les personnes sont prêtes à faire pour mieux être. Un contrat d'engagement réciproque est rédigé avec les prestataires sociaux et économiques. Ce contrat planifie les actions communes et individuelles améliorant leur bien-être et augmentent leurs chances de réinsertion. La démarche de co-responsabilité est devenue un élément clé dans la construction du projet territorial Mulhousien. Cette action pilote a été reconduite et élargie à une centaine de villes en France.

Depuis 2010, le Centre Hospitalier de Rouffach travaille en partenariat avec la ville de Mulhouse et le Conseil de l'Europe sur la définition d'indicateurs de bien-être dans la Cité pour les patients, dans le cadre du projet : Mulhouse territoire de co-responsabilité.

En 2013-2014, l'Établissement a mis en place le premier Contrat social Multipartite à l'intention de personnes souffrants de troubles psychiques.

En 2016, le Centre Hospitalier a répondu à un appel à projet national de l'Agence Régionale de Santé sur l'accompagnement à l'autonomie en santé. La candidature du CHR a été retenue. Le financement est accordé pour cinq ans (2017-2021) pour mettre en œuvre des contrats sociaux multipartites. Le choix du Centre Hospitalier de Rouffach a été d'animer un CSM par CLSM au total huit CSM ont été mis en place dans le Haut-Rhin : Colmar, Guebwiller, Mulhouse, Ste Marie aux Mines, et Thann-Cernay en 2017. L'Établissement poursuivra son projet en 2018/2019 à St Louis, Altkirch et Guebwiller (pour un deuxième groupe).

Les animateurs des CSM, une animatrice et un intervenant extérieur formé en habilités sociales ont été formé à la méthode SPIRAL<sup>15</sup>. Cette méthode est promue et développée par le Conseil de l'Europe dans de nombreux pays. Elle est basée sur des principes de démocratie directe et de démocratie collaborative.

<sup>15</sup> Societal Progress Indicators for the Responsibility of All.

Trois questions sont posées aux participants du groupe :

- Qu'est-ce pour vous le bien-être ?
- Qu'est-ce pour vous le mal-être ?
- Comment faire pour accéder au bien-être ?

En octobre 2017, le CSM de Thann-Cernay a débuté. Le groupe s'est réuni tous les mardis de 14h à 16h à la maison des associations. Ces rencontres ont permis une rythmicité et une bonne dynamique. La salle a été prêtée gratuitement par la Mairie de Thann.

Le projet s'est décliné en deux temps :

- Une présentation aux équipes soignantes du Centre de jour à titre d'information. Puis lors d'une réunion pluridisciplinaire, la discussion a porté sur le choix des patients : quels patients seraient pressentis pour faire partie du groupe ?
- Dans un deuxième temps, la Directrice adjointe du Centre hospitalier a présenté le projet au Conseil Local de Santé Mentale.

### 3.1.1 Mise en place et objectifs

L'objectif du contrat social multipartite est d'expérimenter une nouvelle approche collective de l'inclusion sociale qui intègre les différentes dimensions de l'exclusion - (accompagnement social, accès à l'emploi, aux ressources financières, rapport à la consommation, création de lien social, insertion dans la cité). Il s'agit d'engager des partenaires spécialisés sur une ou quelques unes de ces dimensions, au côté des bénéficiaires eux-mêmes, dans un contrat social multipartite. Les complémentarités, les responsabilités et les engagements de chacun sont définis, suivis et évalués d'un commun accord.

L'objectif de cette approche est donc multiple :

- Permettre à des personnes souffrant de troubles psychiques de se positionner en tant qu'acteurs à part entière dans la société.
- Redonner le pouvoir d'agir.
- Créer des liens sociaux et d'engagement dans une démarche de solidarité partagée et réciproque pour lutter contre l'isolement,
- Lutter contre la stigmatisation,
- Être considéré non plus comme un malade mais comme un citoyen.

Les participants au projet sont nommés des partenaires-auteurs. Ils sont partis prenantes de la conception des contrats sociaux multipartites de leur mise en œuvre et de leur suivi, de leur co-évaluation au même titre que les autres partenaires. Le choix et les priorités des sujets seront

amenées par eux dès les premières rencontres. D'autre part, les partenaire-auteurs apprennent la découverte des instances citoyennes.

Le groupe est animé par deux professionnels au regard décentré. Les soignants sont présents en arrière-plan pour un accompagnement discret. C'est ainsi que les lieux de rencontres se feront en dehors des structures de soins.

La finalité de ce projet vise à ce que le patient puisse se considérer et être considéré comme un citoyen lui permettant ainsi la réinsertion dans la cité.

Dans les grandes lignes, il s'agit de :

- Traiter le problème de l'exclusion sous l'angle du partenariat (passage de l'assistance au contrat d'engagement à responsabilité réciproque et du bénéficiaire) au partenaire-auteur permettant de préserver la dignité des personnes concernées en les plaçant sur un pied d'égalité avec les autres partenaires ;
- Permettre un enrichissement mutuel, la construction de synergies et une meilleure efficacité
- Permettre aux bénéficiaires de devenir des acteurs, des auteurs à part entière ;
- Prendre les initiatives citoyennes telles que la consommation responsable et la finance solidaire.

La durée de ce contrat est de neuf mois.

Le 20 septembre 2017, le projet du CSM de Thann-Cernay a débuté et s'est adressé à un groupe de dix volontaires. En présence d'élus de la ville de Thann et de Cernay, du Président du CLSM, des partenaires -auteurs et animateurs, le contrat a été signé en Mairie de Thann.

Cet événement a été important pour les participants « c'est ce qui nous relie à la société » selon leurs dires. Voici ce qu'ont exprimé les participants au CSM lors du bilan après neuf mois de fonctionnement. J'ai assisté à ce bilan et écouté avec intérêt les propos des dix partenaires-auteurs :

« Au cours de ces 9 mois, nous avons découvert de nouveaux lieux, nous sommes sortis de notre isolement, on a fait des activités pour connaître de nouvelles personnes. Le CSM donne de la valeur, nous avons plus de confiance en nous. On a pu exprimer nos petites douleurs, nos petites joies, on sait qu'on peut parler sans jugement. On a appris à dédramatiser les situations, on s'exprime mieux en public, on vit dans le présent, on a des outils pour aller mieux. On est considéré. Le CSM est un tremplin social, on prend une responsabilité, un engagement. Merci aux animatrices et aux infirmières de l'HDJ et de tous ceux qui nous ont accompagné ».

Les personnes constatent qu'elles peuvent se projeter dans l'avenir.

L'importance du groupe qui fait soutien est soulignée. Dans ce groupe soudé, on « expérimente en groupe ce que l'on peut trouver à l'extérieur ». Je souligne le respect des uns envers les autres.

### 3.2 Points forts/ points faibles/ perspectives

- « Ouverture, partage, convivialité, échange de bons procédés, dialogue » disent les participants.
- Ici, il s'agit d'un empowerment collectif ou communautaire : structure organisationnelle qui permet le développement des organisations locales et d'un leadership qui offre l'opportunité pour les individus et les organisations d'exercer leur initiative au plan communautaire <sup>16</sup>».
- Augmentation de l'estime de soi
- Par ce dispositif soutenant peut-on envisager d'aller vers une baisse des ré-hospitalisations ?
- Le fait que l'Équipe de l'HDJ soit en arrière-plan est vécu comme soutenant, le groupe considère les activités de l'HDJ comme complémentaires au CSM.
- Il y a une plus grande liberté de parole avec les soignants, une personne a ainsi demandé à son médecin de reporter sa consultation pour assister au CSM.
- Par ailleurs, les soignants se posent la question du devenir, de l'évolution des participants au CSM.
- Les projets à venir : une association en vue de la création d'un GEM serait le maillon intermédiaire entre l'Hôpital de Jour et l'Hôpital. Lors de la réunion bilan, la directrice adjointe du Centre Hospitalier s'est engagée à en faire la demande auprès de l'Agence Régionale de Santé.

## 4. Le patient acteur de la création d'une association sur le territoire de Thann

### 4.1 Historique et mise en œuvre

En septembre 2018, à l'issue du Contrat social multipartite, les participants veulent continuer à se rencontrer sans l'animatrice et lui en font part. Les participants souhaitent créer un GEM mais ne savent pas comment s'y prendre. L'animatrice explique qu'il faut d'abord créer une association pour avoir une légitimité et être représentatif dans les instances. Pour pouvoir bénéficier d'une salle gratuitement à la maison des associations, il faut être une association.

### 4.2 Points forts/ points faibles/ Evolutions et perspectives

Les participants se demandent : qu'est-ce qu'un GEM ? La question est : que fait-on ensemble ? Ou bien : qu'aimerait-on faire ?

- Être autonome.
- Faire des activités.
- Avoir un lieu d'accueil le samedi et le dimanche pour ne pas rester seul le week-end.
- Rencontrer et connaître de nouvelles personnes.

<sup>16</sup> Lackey, Burke et Peterson (1987).

En mai 2019, j'ai proposé une rencontre à l'ESAT<sup>17</sup> du Rangen<sup>18</sup> (établissement médico-social de travail protégé appartenant à l'Association Au fil de la Vie<sup>19</sup>). Cet établissement est partenaire de l'HDJ pour des patients dont le projet est de se remettre au travail. Deux personnes impliquées au conseil de la vie sociale de l'ESAT se sont proposées pour participer à la création de l'association. Par la suite la question s'est posée d'un futur parrain ?

Des craintes face aux responsabilités à prendre sont exprimées. Par exemple, chercher des papiers au tribunal pour créer une association ? La peur de s'y rendre car « cela rappelle de mauvais souvenirs lors de la mise sous tutelle »

A partir du mois de juin 2019, une ergothérapeute soutient les personnes dans leur démarche. La Mairie de Thann encourage le projet par le prêt d'une salle à la maison des Associations jusqu'à sa création.

En juillet- Août : deux participants vont à la médiathèque faire des recherches pour connaître les fonctions du président, du trésorier et du secrétaire, Que faut-il faire pour créer une association ?

Pour créer une association, il faut sept personnes :

Un président, un vice-président, un trésorier, un trésorier adjoint, un secrétaire, une secrétaire adjointe et au moins 1 assesseur ou plus.

Depuis mai 2019, le groupe se rencontre régulièrement tous les mardis après-midi de 14h à 16h. Le groupe est composé d'une dizaine de personnes, il accueille des nouveaux.

Je participe aux réunions et j'observe une ambivalence entre l'envie de créer et les craintes devant les autres « ils vont nous juger » dit une participante.

Une infirmière de l'Hôpital de Jour propose au cours d'un atelier une vente de gâteau sous forme de jeux, fabrication de billets et monnaie fictive, achat et dégustation de gâteaux. Les personnes ont découvert la simplicité, la facilité d'exercer le rôle de trésorier. Cela a permis de dissiper l'anxiété « de ne pas y arriver », « on n'est pas capable », est-ce qu'on a le droit de créer une association d'être trésorier si on est sous tutelle ?

Une personne a dit lors d'une réunion suivante qu'elle s'occuperait de la caisse, ce qu'elle fit en prenant l'initiative d'acheter un petit coffre.

L'organisation s'est faite naturellement (par exemple chercher les clés de la salle à la Mairie). Qui fait le compte-rendu ? Les personnes se sont attribuées les différentes fonctions (président-secrétaire- trésorière et assesseurs). Le fait d'être rassuré de ne pas se sentir seul, d'envisager d'être à deux pour assumer les responsabilités du président par exemple « et si on va plus mal ? Comment

<sup>17</sup> Établissement et service d'Aide par le Travail.

<sup>18</sup> Rangen est un quartier de la Ville de Thann dont une partie est un vignoble situé en flanc de montagne.

<sup>19</sup> Au fil de la vie est une association composée de parents et amis au service des personnes en situation de handicap mental des établissements des vallées de la Thur et de la Doller. Il comprend quatre établissements : Un institut médico pédagogique, un foyer d'accueil spécialisé et médicalisé : Maison « Emilie », un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile pour dix enfants et l'Établissement et Service d'Aide par le Travail du Rangen.

on fait si on ne se sent pas bien ? Si on est ré hospitalisé ? il peut y avoir une deuxième personne qui nous épauler ?».

Le directeur de l'ESAT du Rangen pressenti comme futur parrain ou association support a proposé une rencontre aux futurs membres de l'association, mais « voir un directeur, qu'est-ce qu'il va penser de nous ? ». L'idée du groupe a été de lui demander de venir à l'une des réunions ce qu'il fit.

Les personnes avaient préparé des questions telles que :

« Comment nous aider financièrement à créer l'association ? Il faut 92 euros pour la publication au journal officiel, que faire ? Comment faire ? « Si on veut faire des activités, est-ce que vous nous aiderez ? ». La réponse est de faciliter des activités dont le groupe aurait envie (faire de la gymnastique) pour la mise à disposition de locaux. La question des besoins est posée.

Septembre 2019 : Recherche d'un nom pour l'association sous forme d'un brainstorming avec les explications de chacun. Le nom de l'association a fait l'unanimité « Les bobines du Rangen » (du nom d'un endroit de la Ville de Thann le Rangen et les bobines pour dire « nos têtes).

Plusieurs personnes se sont rencontrées hors réunion pour travailler les statuts de l'association. Ils ont invité la présidente du GEM voisin (de Guebwiller) pour lui poser des questions par rapport à la création du GEM. Celle-ci s'étonne de la présence des infirmières de l'hôpital de jour.

Le groupe est autonome et réfléchit à partir des idées et chacun, le travail est réparti, des démarches sont entreprises. Les participants sont créatifs, actifs, motivés et un fonctionnement de coopération est en place.

Les personnes répondent par le fait rassurant de la présence « encore pour quelques temps des infirmières » disent-ils.

Des personnes ont créé un logo.

Le parrain a fixé la date du vendredi 8 novembre pour formaliser la création de l'association.

Au cours des réunions, les participants s'approprient leur capacité d'agir, ils gagnent confiance en eux et améliorent ainsi leur estime de soi. Les infirmiers sont présents. De temps en temps, ils relancent le débat par une question, les responsabilités se répartissent et se discutent en groupe. Il n'y a pas de retenue, un participant dit « bon maintenant il faut qu'on avance », « on pourrait commencer à cotiser pour acheter du café pour nos réunions. ? » « Et pourquoi, le président ne serait pas accompagné d'un co-président pour faire les choses ensemble ? » Pourquoi co ? Parce qu'il est au même niveau et on travaille ensemble ».

La question de l'horizontalité se pose, il s'agit pour le groupe d'être à deux pour assurer les postes à responsabilité. « Ce n'est pas le président qui décide tout seul ». Le fait d'être en binôme pour assumer des responsabilités associatives, de pouvoir s'adresser à des personnes ressources comme la présidente du GEM voisin ou les infirmières de l'hôpital de jour est rassurant.

Se pose la question du montant de la cotisation, « combien demander ? » pour certains « 10 euros

c'est trop ». Une personne propose : « on peut faire cinq euros payables en plusieurs fois et ceux qui veulent donner plus le peuvent ».

Le chemin parcouru entre l'hospitalisation pour certains et la création de cette association s'inscrit dans une continuité.

Une parole est dite par rapport à la personne qui est absente « elle ne va pas bien en ce moment, « je lui envoie un message » « je vais passer chez lui ». Dire que l'on pense à ceux qui ne vont pas bien est mettre un mot, une attitude bienveillante pour chacun. Le groupe est soutenant et les participants l'exprime. Certains patients se sont inspirés des principes de l'espace de parole d'écoute et de lien.

*« Même si elle l'ignore, toute personne possède en elle, des ressources et des savoirs utiles aux autres quelle que soit sa situation sociale, économique et sa culture. Ces compétences lui viennent des épreuves qu'elle a traversé ».*<sup>20</sup>

## 5. Un espace d'écoute, de parole et de lien au sein de l'hôpital de jour (T.C.S.I)

### 5.1 Historique, définition et mise en œuvre

Il y a deux ans, j'ai pris mes fonctions de cadre de santé au Centre Hospitalier de Rouffach. J'ai proposé la découverte d'une approche innovante :

La thérapie communautaire systémique intégrative<sup>21</sup>. Le Professeur A. Barreto (ethnopsychiatre et thérapeute familial) initiateur de cette méthode est venu faire une conférence intitulée

*« La thérapie communautaire intégrative ou se recentrer sur l'intelligence collective ».*

Elle s'est déroulée dans la salle des fêtes du Centre hospitalier le 12 mars 2018. J'avais contacté des professionnels du réseau et la Direction de l'Établissement a facilité l'organisation. Une centaine de participants étaient présents toutes professions confondues. Une information avait été faite par le Centre Hospitalier dans le cadre de la Semaine d'Information à la Santé Mentale. Un article a été écrit dans le journal des Dernières nouvelles d'Alsace (CF, annexe 10)

Au préalable, à la demande du Directeur des Soins, j'avais présenté la thérapie communautaire en réunion de cadres de pôle.

Au centre de jour de Thann, cet espace de parole est proposé comme une expérimentation. Après validation du médecin chef de pôle, le projet a été mis en place. Une séance hebdomadaire a lieu tous les jeudis de 14h à 15h pour une dizaine de patients dont certains ont également bénéficié du contrat social multipartite.

<sup>20</sup> BARRETO, A. , *La thérapie communautaire pas à pas*, Édition Dangles, 2015.

<sup>21</sup> T.C.I. : Thérapie Communautaire Intégrative.

La thérapie communautaire systémique intégrative ou espace de parole, d'écoute et de lien met l'accent sur les ressources des participants, favorisant ainsi l'empowerment et la résilience des individus, des familles et des groupes. Elle est née dans le contexte des favelas dans le Nord- Est Brésilien sous l'impulsion du Pr A. Barreto. Elle s'adresse aux publics vulnérables et multi-culturels.

Il s'agit d'accueillir la souffrance et de permettre aux participants de trouver leurs propres stratégies de dépassement des difficultés du quotidien. A partir du partage des expériences analogues, des ressources des participants issues des expériences de vie et des richesses culturelles, chacun pourra trouver des issues nouvelles, reprendre la confiance et l'estime de soi. On évite ainsi de médicaliser la souffrance et notamment la souffrance sociale. Il s'agit également de faciliter l'accès aux systèmes sociaux et de soins lorsqu'il est nécessaire par la proposition d'un entretien d'orientation en fin de séance. L'animateur propose un espace protégé et organise une circulation horizontale et co-participative des échanges en suivant une méthodologie précise.

Ses références théoriques sont la pensée systémique, la théorie de la communication, la théorie de la résilience, l'anthropologie culturelle et la pédagogie active de Paolo Freire. La philosophie de la thérapie communautaire rompt avec la pensée dominante, qui considère que le peuple est ignorant et qu'il faut l'éduquer : « *Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde* »<sup>22</sup>.

- Définition :

Thérapie vient du grec ancien *therapeia* dérivé de *therapéuô* : servir, prendre soin de, traiter, accueillir, être chaleureux. Le prendre soin s'entend comme une préoccupation de la vie de l'autre, sans emprise.

Communautaire : Assemblage du mot commun et unité. Ce qui unit les personnes, c'est d'avoir en commun leurs souffrances, la volonté de résoudre leurs difficultés, le désir de changement. C'est le groupe qui accueille, soutient, met en commun les solutions, les compétences plurielles issues des expériences de vie des uns et des autres.

Systémique : Prise en compte des difficultés en relation avec le contexte et les interactions sociales. Les individus ne sont pas vus comme isolés mais comme membre d'un réseau relationnel, capable d'auto régulation, de progression, de croissance. L'organisation mondiale de la santé a défini la santé comme un bien-être corporel et psychique, affectif et social. La santé d'une personne est liée à son environnement et à la santé du groupe auquel elle appartient.

Intégrative : Au sens de la lutte contre l'isolement et l'exclusion. Il s'agit de prendre en compte et de valoriser les cultures, les savoirs faire et les compétences. La culture est vue comme une valeur et un recours qui nous permet d'additionner et de multiplier nos potentiels de croissance et nos capacités considérées comme des leviers pour l'aménagement de la qualité de vie.

<sup>22</sup>

Freire P., *Pédagogie des opprimés*, Conscientisation et révolution, Maspero, 1974.

Cette méthode d'animation de groupe résulte d'un travail empirique et théorique offrant aux animateurs un cadre précis et formalisé.

Parmi les 10 déterminants sociaux de la santé identifiés par l'Organisation Mondiale de la Santé, la thérapie communautaire systémique intégrative agit directement sur deux de ces déterminants : le stress et l'exclusion sociale. Elle agit indirectement en augmentant l'estime de soi et la confiance. Elle permet un soutien et évite l'exclusion.

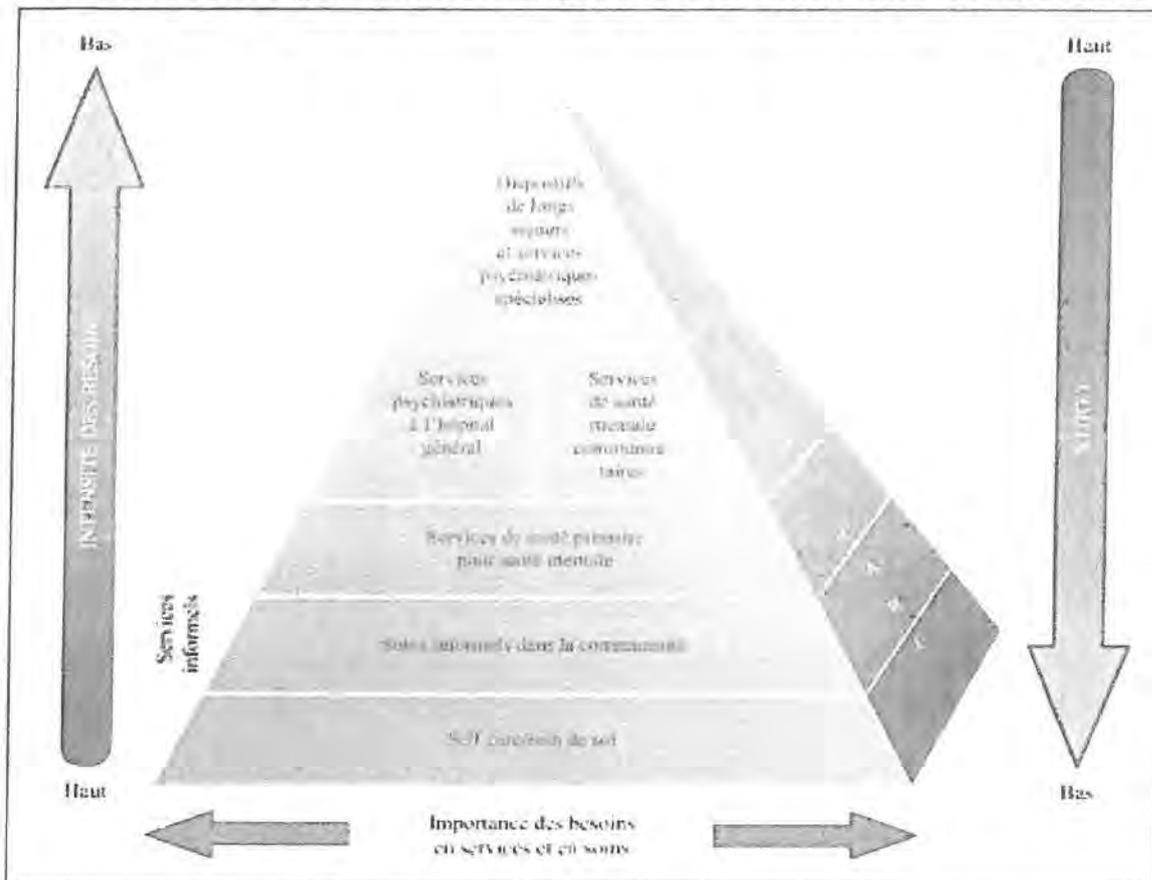
Ci-dessous les 10 déterminants sociaux :

1. Les inégalités sociales
2. Le stress
3. La petite enfance
4. L'exclusion sociale
5. Le travail
6. Le chômage
7. Le soutien social
8. Les dépendances
9. L'alimentation
10. Les transports

La thérapie communautaire répond aux missions de prévention et de dépistage selon les recommandations de l'OMS par une réponse précoce aux soins primaires c'est à dire en évitant de médicaliser la souffrance.

« Appartenir à un réseau de soutien, avoir accès à des ressources affectives et pouvoir compter sur l'aide mutuelle au sein d'une communauté génère le sentiment d'être reconnu, aimé et apprécié. Cela un effet particulièrement protecteur sur la santé ». <sup>23</sup>

# La santé primaire pour la santé mentale



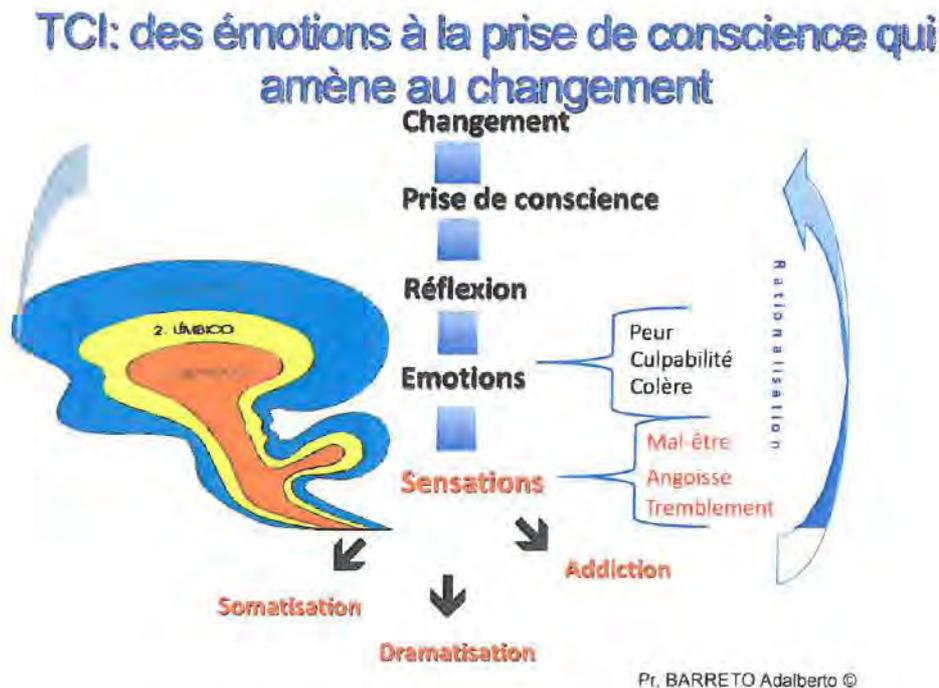
Les différents dispositifs de soin représentés par une pyramide sont en lien avec le coût. Plus on monte dans la pyramide plus le coût du soin est élevé. Tout en haut du schéma, (dispositifs de longs séjours et services psychiatriques spécialisés), il faut se représenter le coût d'une hospitalisation en soins intensifs (chambre d'isolement.). En bas, les soins dans la communauté au coût moindre.

La thérapie communautaire systémique intégrative se situe entre le self care ou soin de soi et les soins informels dans la communauté ; elle représente un faible coût de soin car elle fait partie des soins de prévention. Elle peut se pratiquer dans la communauté et ne nécessite pas de locaux hospitaliers.

Les animateurs sont formés à la thérapie communautaire. L'avantage que ce soit également des soignants font la finesse de leur observation clinique. Ils peuvent orienter les personnes vers des professionnels plus spécialisés en cas de besoin (psychiatre, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeute, vers des infirmiers pour des entretiens de soutien ou des associations (prévention du suicide, de violences faites aux femmes...)).

« En favorisant la reconstruction du lien social, ces espaces contribuent à soigner les individus mais aussi la communauté en renforçant les réseaux solidaires, les liens d'appartenance et de protection. »

Comment la thérapie communautaire systémique intégrative agit-elle sur l'individu lui redonnant son pouvoir d'agir ?



1. Le cerveau reptilien, instinctif : Activé, il est responsable des fonctions vitales de survie : battements cardiaques, pression artérielle, respiration.
2. Le système limbique : c'est le cerveau des mammifères. Il est responsable des réactions émotionnelles comme la joie, la tristesse, l'attaque et la fuite, la peur et la colère mais aussi l'inhibition, le débordement émotionnel, la dissociation.
3. Le néo cortex : lorsqu'il est activé est responsable de la pensée analytique, rationnelle et créative.

Face à une situation de grand danger réel ou imaginaire, l'individu qui ne peut ni fuir, ni attaquer, peut aller vers l'inhibition totale, être débordé émotionnellement ou se dissocier.

L'inhibition totale, l'envahissement par l'émotion surviennent lorsqu'il y a une hyper activation des deux cerveaux les plus primitifs (tronc cérébral et système limbique). Lorsque ceux-ci sont hyper activés, ils bloquent l'accès au troisième cerveau, le néo cortex. Celui-ci perd sa capacité de réfléchir et d'agir normalement.

Dans la thérapie communautaire systémique intégrative, les musiques, les blagues, les histoires, l'humour et le partage des vécus stimulent le néo cortex et permettent aux personnes de réfléchir, de donner un sens nouveau à leurs souffrances et de rétablir la normalité.

La séance se déroule en 6 étapes :

### 1. Un temps d'accueil :

Il s'agit de souhaiter la bienvenue aux participants, en mettant en place le cadre de la séance, c'est-à-dire, les règles de fonctionnement :

- Pas de conseils,
- Silence
- Pas de jugement,
- Pas d'interprétation, il s'agit pour le participant de ne pas prendre le pouvoir, d'être dans une position de savoir ou de savoir-faire, cette règle évacue la position de la hiérarchie.
- Parler en JE, il s'agit pour les personnes de parler d'elles même, mais aussi entre soi s'engager dans une parole inter subjective.
- Écoute,
- Proverbes et chansons sont les bienvenues ...
- Il est rappelé que ce n'est pas le lieu des grands secrets, la confidentialité ne peut pas être assurée. Chacun choisit ce qu'il a envie de partager avec les membres du groupe. Il s'en suit un partage de bons moments afin de stimuler le néo cortex et une dynamique corporelle.
- Pourquoi, sommes-nous là ? Expliquer l'objectif de cet espace de parole.

### 2. Le choix du thème :

Les participants sont amenés à évoquer un sujet qui relève d'une préoccupation, un souci, une souffrance.

L'animateur reformule sous forme de thème : par exemple, un participant propose : « je suis inquiet pour la santé de ma maman » l'animateur reformule : si j'ai bien compris votre souffrance aujourd'hui « vous avez peur pour la santé d'un proche ». Il s'agit de reformuler pour que le souci puisse faire écho à la majorité des personnes présentes.

Si plusieurs personnes proposent un souci, il n'est pas possible de parler de plusieurs soucis en une séance. Un seul souci est choisi et pour départager les sujets, il est procédé à un vote. Chacun se positionne et vote pour la souffrance qui résonne en lui. Il est fait appel à la capacité à se positionner et à exprimer son choix. Le souci qui a le plus de vote est choisi.

Les autres participants qui ont présenté une souffrance sont remerciés. Les animateurs disent qu'ils se tiennent à la disposition des personnes pour en parler après la séance.

### 3. La contextualisation :

Il s'agit d'éclairer la situation problème dans le but d'obtenir le plus d'informations possibles sur la situation qui fait souffrir la personne. Les questions sont posées par le groupe et les animateurs afin de mieux comprendre la situation.

### 4. La Problématisation :

Puis une question est posée au groupe : qui de vous a déjà vécu une situation semblable et qu'avez-vous fait ou que faites-vous encore pour vous en sortir ? Chacun apporte le témoignage de sa propre expérience et indique comment il s'en est sorti. C'est par ce partage d'expérience que la personne propose des stratégies de dépassement du problème.

### 5. La Clôture :

Après avoir exposé des histoires de vie, la séance se termine, avec quoi je repars ? De quoi se saisit la personne qui a parlé de sa souffrance ? Chaque participant est amené à dire ce qu'il a retenu de la séance.

### 6. Appréciation de la séance (évaluation : cf Annexe 9)

Les animateurs se réunissent pour remplir la feuille d'évaluation. Cela permet de recenser les thèmes retenus lors de l'animation. Les animateurs font leur propre évaluation. Le partage de vécu de la séance du point de vue des animateurs sert à améliorer la qualité de l'animation dans le groupe. A ce titre, des journées de rencontre entre animateurs de différents groupes sont organisées dans un but d'échanger les difficultés rencontrées lors des animations. Trois journées de rencontre par an sous la forme de supervision sont organisées par l'association européenne de thérapie communautaire <sup>24</sup>.

#### 5.2 Points forts/ Points faibles/ Evolution et perspectives

La thérapie communautaire s'entend comme un espace d'expérience de la relation aux autres, du lien social ouvert sur la cité, dans celle-ci. Espace de soin et de lien, sans stigmatisation, comme lieu commun d'expression qui met en lumière nos propres compétences et permet que se tissent des relations avec les singularités de chacun. Dans son déroulement, la thérapie communautaire systémique intégrative met en œuvre des valeurs de solidarité, de partage et d'égalité et considère l'individu comme un citoyen.

Il constitue un réseau d'appui pour les personnes en difficulté mais aussi pour les familles, les usagers. Les animateurs professionnels de la psychiatrie ont une double compétence : celle-ci

<sup>24</sup> AETCI Nord Est

permet un dépistage précoce, un soutien, une orientation vers des soins plus spécialisés.

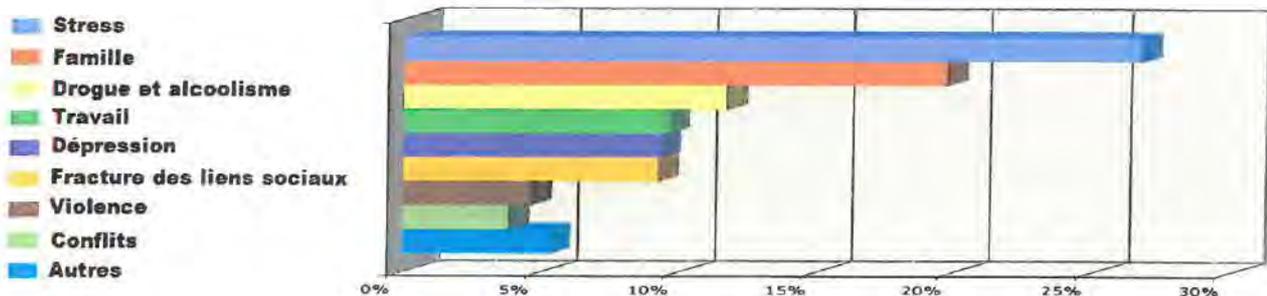
A ce jour, 57 séances de TCI ont été réalisées à l'Hôpital de Jour de Thann. Une dizaine de patients y assistent toutes les semaines.

Une patiente a trouvé un travail, un contrat à durée déterminée comme femme de ménage dans un supermarché. Un autre patient a fait une semaine d'essai dans un ESAT au service espaces verts et son contrat est en cours.

Le devenir est probablement multi factoriel, en tout cas, toutes les personnes sont dans une dynamique de partage et d'échanges de stratégies de dépassement par rapport aux problèmes rencontrés et elles ont gagné en estime de soi. Ces personnes sont dans un processus de changement.

Les thèmes les plus discutés sont représentatifs de la population suivie en hôpital de jour :

### Thèmes les plus fréquents



Et maintenant ? Plusieurs projets peuvent s'imaginer :

- Un espace de parole comme principe démocratique à l'association des bobines du Rangen ?
- Animé en complémentarité avec la méthode SPIRAL ?
- Un espace de parole d'écoute et de liens ouvert à tous, dans la cité ?

## CONCLUSION

A travers ce travail le patient apparaît en transversalité dans tous les projets. Au cœur des différents dispositifs au cours de son parcours de soin, il est un citoyen à part entière. Sous le prisme de ses ressources, au cours de son parcours de réhabilitation, le patient nous montre ses richesses. Il est tributaire d'une bonne coordination des professionnels de santé dans son chemin de la Cité à l'hôpital et de l'hôpital à la Cité. L'hôpital n'est qu'une passerelle vers le rétablissement. L'accompagnement se fait dans la Cité au plus proche de son domicile. Le contexte économique en termes de coût d'hospitalisations complètes et en HDJ, structure tremplin, n'est peut-être plus dans l'ère du temps. Les soignants ont à se questionner quant à leur posture.

Les médiateurs de santé pair dans les équipes viennent bousculer cette représentation. Leur formation universitaire de niveau licence au même titre que les infirmiers les mettent dans une posture d'égal à égal avec la richesse en plus d'avoir un vécu issu de l'expérience. Le paradigme change et il est nécessaire que le cadre que je suis y soit attentif. Cela demande une préparation des équipes à ce nouveau métier pour passer de la position de sachant à celui d'égal, de collègue.

L'exemple de la participation des patients en réunion clinique est une démarche nécessaire pour l'adhésion aux soins en coordination avec toutes les personnes ressource de leur entourage. Sa présence est indispensable.

La Communauté Psychiatrique de Territoire du Haut-Rhin a décrit des fiches actions permettant d'aborder des thématiques pour les CLSM notamment la lutte contre la stigmatisation et la pérennisation des contrats sociaux multipartites.

C'est une piste de réflexion pour un groupe de travail pour le conseil local de santé mentale de Thann-Cernay.

Quant à la création du GEM, à l'heure où j'écris la création de l'association est en cours de réalisation.

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres

- Anguis M., Roelandt JL., Caria A., *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. Études et Résultats* 2001 ;116 : 1-8.
- Bacqué ML., Biewener C., *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Éditions La Découverte, Paris, 2013.
- Barreto A., Boyer J-P., *Psychiatrie dans la favela : de l'exclusion à l'inclusion* » in Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social, Sassolas M., (dir), Erès, 1997.
- Barreto A., *La thérapie communautaire pas à pas*, Edition Dangles, 2015.
- Bellamy V., Roelandt JL., Caria A., *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale- premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Études et Résultats* 2004 ; 347 : 1-12.
- Caria A, Roelandt JL., Bellamy V., Vandeborre A., « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités SMPG » : Présentation de la méthode d'enquête. *L'encéphale* 2010 ; 36 (3 suppl 1.) : 1-6.
- Castelain JP. *Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio- économiques: éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité. L'information psychiatrique* 2005; 81(4); 351-356.
- Hochmann J., (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*, Editions du Seuil.
- Leguay D., (1998). *La réhabilitation psychosociale*, Erès.
- Franck N., (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*, Elsevier Masson.
- Greacen T., Jouet E., (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leurs propres vies*, Erès.
- Roelandt JL, Caria A, Mondiere G., *La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. L'information psychiatrique* 2000 ; 76 (3) : 279-292.
- Surault P., *Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 313-324.

### Album

Hergé, (1960). *Le Lotus Bleu*, Casterman.

### Articles d'un périodique

Lachat D. (2014). L'ISO 26000 « responsabilité sociétale et développement durable » une norme globale d'écosystème qui donne du sens aux missions de l'hôpital. *Techniques hospitalières* 744.

Autres : Actes de colloques :

« *Santé mentale et précarité : Soigner et prendre soin en contexte de précarité : une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires* ». Actes de la journée interrégionale Bretagne et Pays de la Loire, 29 novembre 2007, ONSMP-ORSPERE.

Hugon N., *La Thérapie communautaire : Une technique d'animation des groupes favorisant l'implication des patients addictifs dans le processus de changement* Atelier 32, Journées Internationales de la Qualité Hospitalière, 29-30 novembre 2010.

Sites internet

[www.ccomssantementalelillefrance.org](http://www.ccomssantementalelillefrance.org)

[www.psycom.org](http://www.psycom.org)

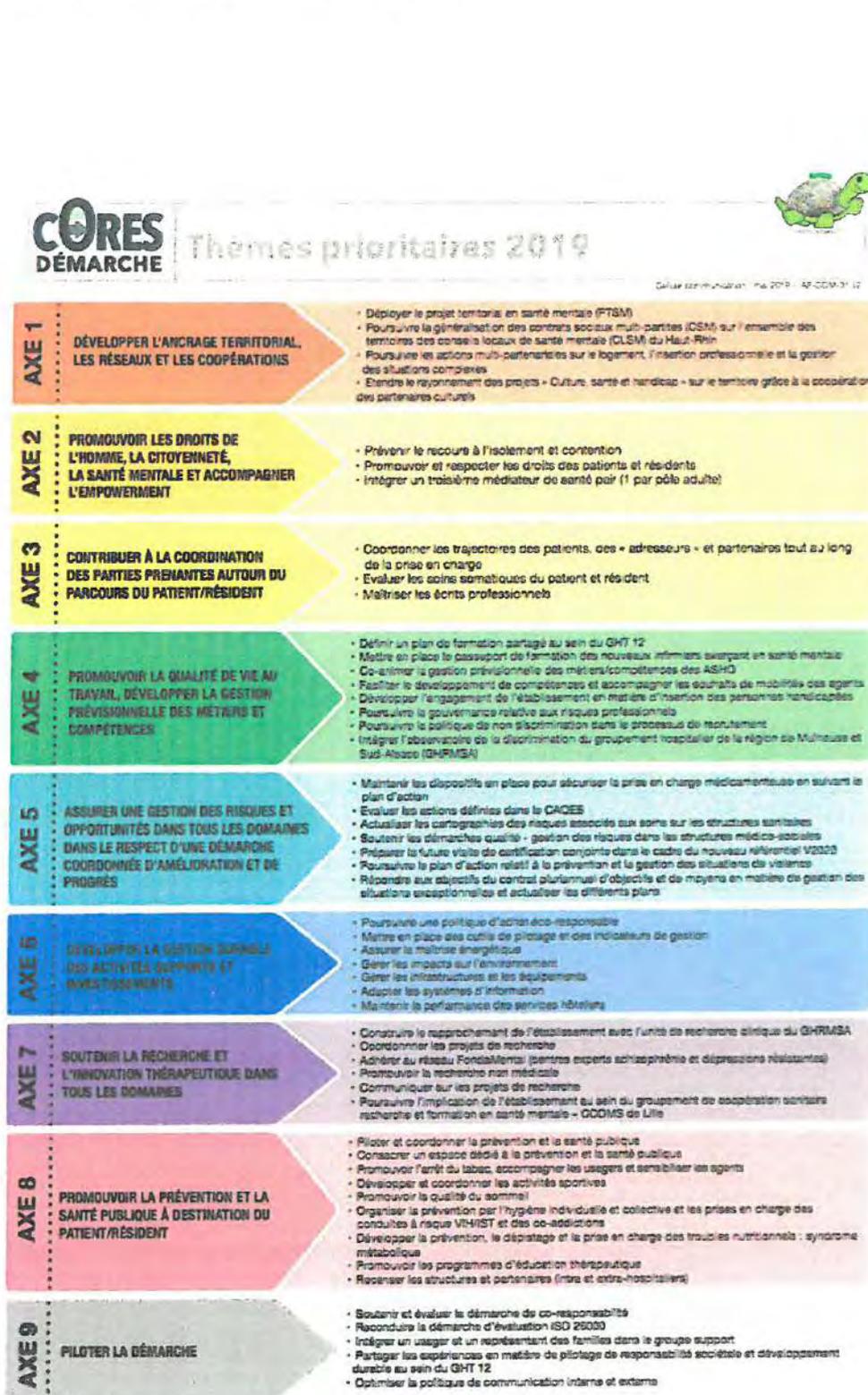
[www.aetci-a4v.eu](http://www.aetci-a4v.eu)

<https://wikispiral.org>

## ANNEXE 1 : Démarche de co-responsabilité 2018



# ANNEXE 1 : Démarche de co-responsabilité 2019



ANNEXE 2 Résultats de l'enquête SMPG sur le Territoire de Masevaux-Thann-Cernay

Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé  
pour la recherche et la formation en santé mentale  
(CCOMS, Lille-France)



**Santé mentale en population générale :  
Images et Réalités  
Masevaux-Thann-Cernay**



L'étude "La santé mentale en population générale : images et réalités" est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France).

Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

Il s'agit aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la Cité.

L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) a été réalisée sur le territoire de Masevaux-Thann-Cernay, du 28 février au 13 mars 2019, auprès de 987 personnes.

Les données ont été recueillies dans la rue, anonymement, par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face. L'échantillon a été constitué en utilisant la méthode des quotas, à partir des données du recensement de la population de 2015 à savoir : âge, sexe, niveau d'études et catégorie socio-professionnelle.

Pour la population du territoire de Masevaux-Thann-Cernay :

#### ***Prévalence des troubles psychiatriques :***

1. Un trouble psychique a été repéré chez plus de deux adultes sur dix (25,5%).
2. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (15,9%), suivis par les troubles de l'humeur (10,8 %).
3. Plus de 3% des participants présentent un problème lié aux drogues (3,1%) et à la consommation d'alcool (3,3%).
4. Les adultes de moins de 30 ans semblent plus concernés par un trouble psychique (40,8%) que les autres.
5. Si on n'observe pas de différence du risque de présenter au moins un trouble mental en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentent néanmoins des types de troubles différents (davantage de troubles anxieux et dépressifs chez les femmes, davantage de troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes).
6. Les probabilités de présenter au moins un trouble est plus élevée chez les jeunes (18-29 ans), les personnes célibataires, et les personnes ayant un faible revenu familial.

#### ***Représentations de la santé mentale :***

1. Sur le territoire de Masevaux-Thann-Cernay, les images du « fou » et du « malade mental » sont relativement proches, souvent associées à la dangerosité et à l'anormalité.
2. Selon les personnes interrogées, le « fou » et le « malade mental » sont principalement reconnaissables à leur comportement, ensuite à leurs discours alors que le « dépressif » est reconnaissable d'abord à son apparence puis à son comportement.
3. L'origine la plus fréquemment citée renvoie aux événements de la vie pour la « folie » et la « dépression », et à l'origine physique pour la « maladie mentale ».
4. Pour plus de 8 personnes sur 10, le « malade mental » et le « fou » sont perçus comme « non responsables » de leur état. La souffrance est davantage attribuée au « dépressif » (98%), qu'au « malade mental » (81%) ou au « fou » (66%). 9 personnes-sur 10 pensent que le dépressif peut guérir (Tableau 4). Les traitements médicamenteux sont majoritairement cités comme soin pour les trois « étiquettes ».
5. Le soutien relationnel est le recours au soin le plus fréquemment cité (64,2%) pour les personnes souffrant d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

<b>CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON</b>	<b>Masevaux-Thann-Cernay N = 987</b>
<b>Genre</b>	
Masculin	44,3%
Féminin	55,7%
<b>Age</b>	
De 18 à 29 ans	20%
De 30 à 39 ans	13,8%
De 40 à 49 ans	17,8%
De 50 à 59 ans	17,9%
60 ans et plus	30,5%
<b>Situation maritale</b>	
Célibataire	26,4%
Marié, concubinage, union libre	58,2%
Séparé, divorcé	9,5%
Veuf, veuve	5,8%
<b>Niveau d'études</b>	
Non scolarisé	3,4%
Cycle primaire non terminé	2,8%
Cycle primaire terminé	8,1%
Cycle secondaire non terminé	32%
Cycle secondaire terminé	25,2%
Niveau universitaire ou équivalent	27,4%
<b>Situation sociale</b>	
Emploi	56,6%
Retraité	25,9%
Chômeur	6,1%
Etudiant	7,1%
Femme au foyer	0,8%
Autre	3,3%
<b>Emploi</b>	
Agriculteur	0,8%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	7,1%
Profession intermédiaire	11,3%
Employé	19,3%

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	Masevaux- Thann-Cernay N = 987
Ouvrier	14.2%
<b>Revenu</b>	
Moins de 840 Euros	4,7%
De 840 à 1 300 Euros	15%
De 1 300 à 2 520 Euros	37%
Plus de 2 520 Euros	43.3%

## Représentation de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression » :

### DES IMAGES DU « FOU » ET DU « MALADE MENTAL » PROCHE ET ASSOCIEES A LA DANGEROSETE ET A L'ANORMALITE.

L'enquête permet aussi de décrire les représentations que les personnes interrogées ont de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression ».

Certains comportements ou attitudes sont fréquemment associés à la « folie » ou la « maladie mentale » (Figure 7) : le fait de commettre un meurtre, un viol, un inceste, de battre son mari ou sa femme ou ses enfants sont attribués avant tout au « fou », et en second au « malade mental ». Pour plus de 40% des personnes interrogées, quelqu'un qui délire, hallucine, qui est violent envers lui-même est « malade mental », puis « fou ».

Plus de 90% jugent la plupart de ces comportements « anormaux » et « dangereux ». (Figures 8 et 9).

De façon similaire, pleurer souvent ou être triste, faire une tentative de suicide, être isolé et chercher à être seul, sont des conduites majoritairement associées au « dépressif » (Figure 7).

Ces comportements sont jugés anormaux par une majorité des personnes interrogées, excepté le fait de s'isoler.

Avoir un comportement bizarre, prendre des drogues, prendre des boissons alcoolisées, être négligé, faire des crises de convulsions, être anxieux sont peu attribués au « fou », au « malade mental » et au « dépressif ». Ces comportements, quoiqu'anormaux, sont considérés comme peu dangereux, sauf prendre des drogues et des boissons alcoolisées qui sont considérés comme des comportements dangereux.

Les représentations sociales montrent à l'évidence la persistance de l'association « fou »/« malade mental » avec « comportements violents et illégaux, dangereux et anormaux ».

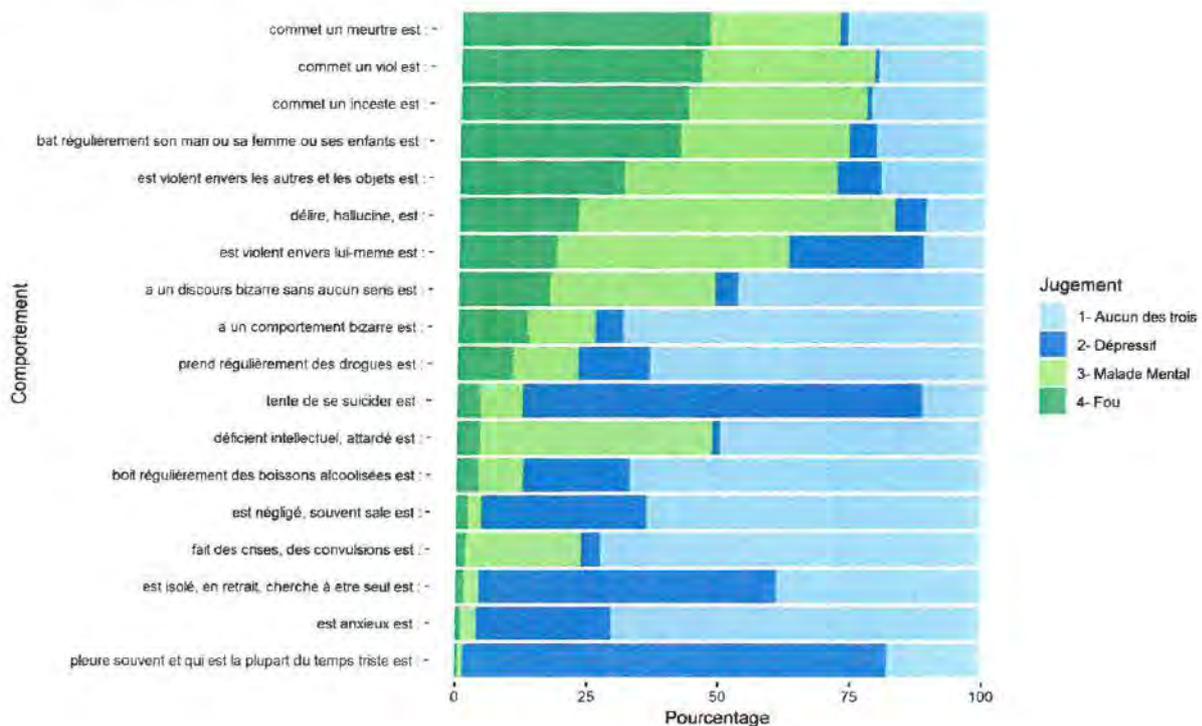


Figure 7 : Selon vous, quelqu'un qui...est : « fou », « malade mental », « dépressif »

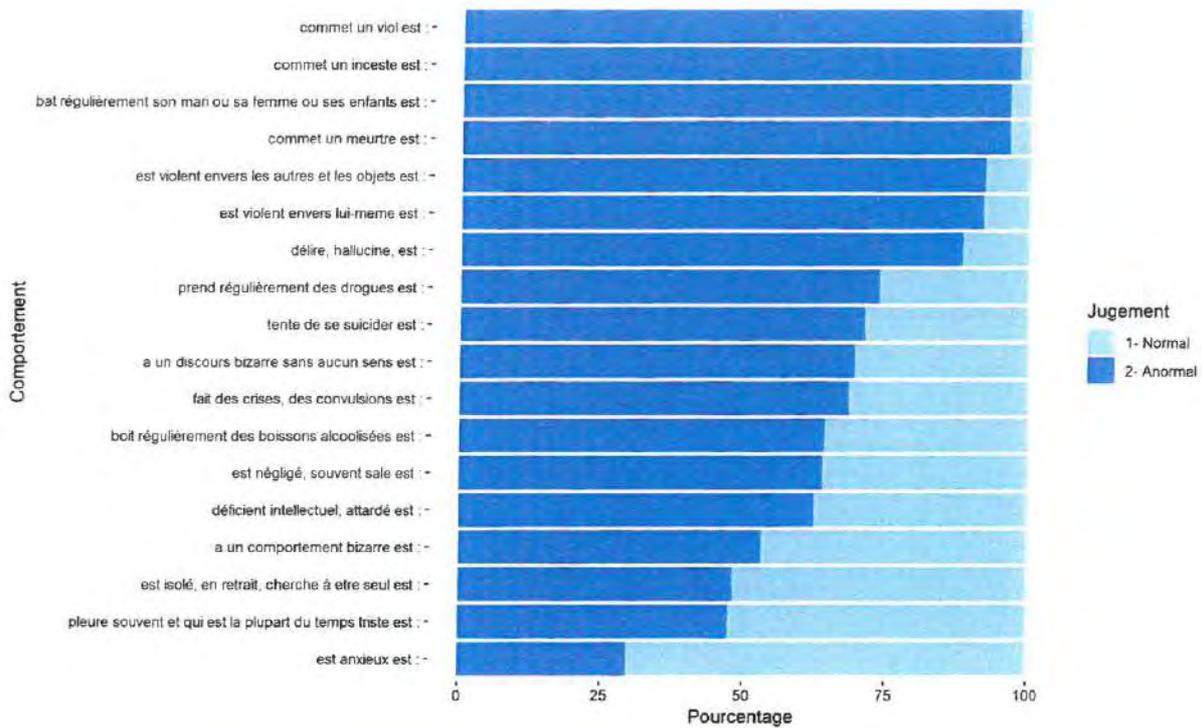


Figure 8 : Selon vous, quelqu'un qui...est : « normal », « anormal »

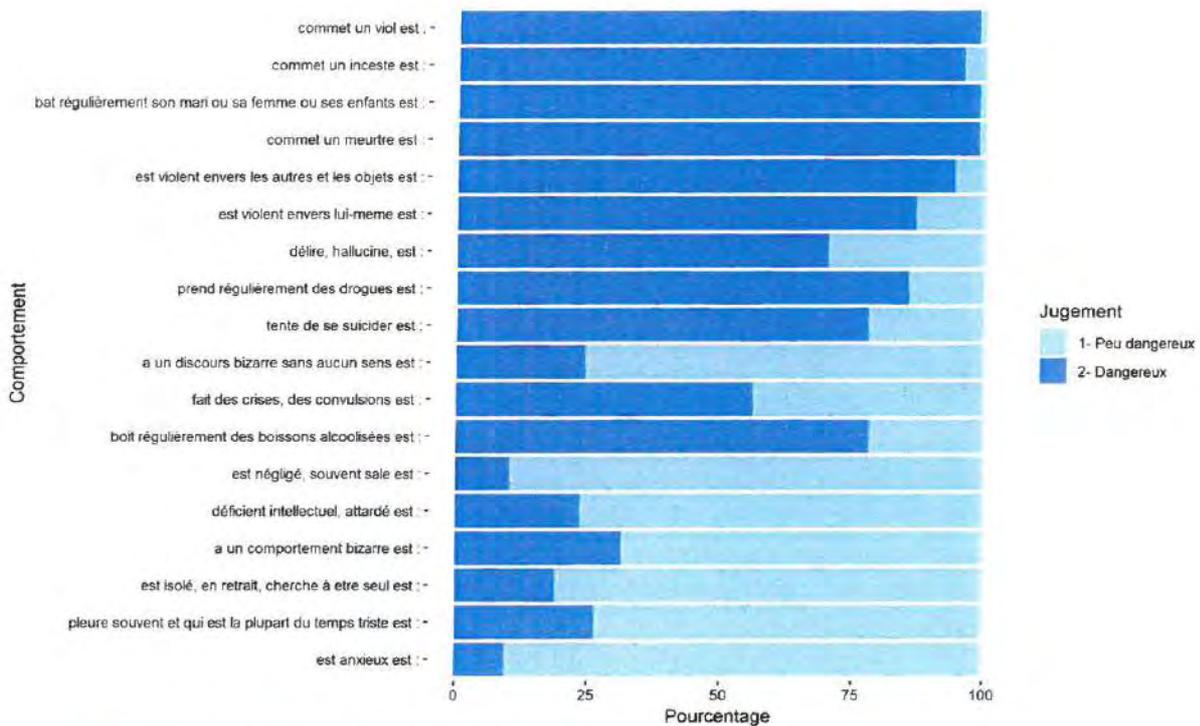


Figure 9 : Selon vous, quelqu'un qui...est : « dangereux », « peu dangereux »

## LE « FOU » ET LE « MALADE MENTAL » RECONNAISSABLES A LEUR COMPORTEMENT.

Pour la population de Masevaux-Thann-Cernay interrogée, le « fou » et le « malade mental » se reconnaissent en premier lieu à leur comportement (Figure 10). Le « dépressif » quant à lui est reconnaissable d'abord grâce à son apparence, ensuite à son comportement.

On retrouve un profil de réponse similaire pour le « fou » et le « malade mental » pour lesquels, après le comportement, sont cités le discours et l'apparence.

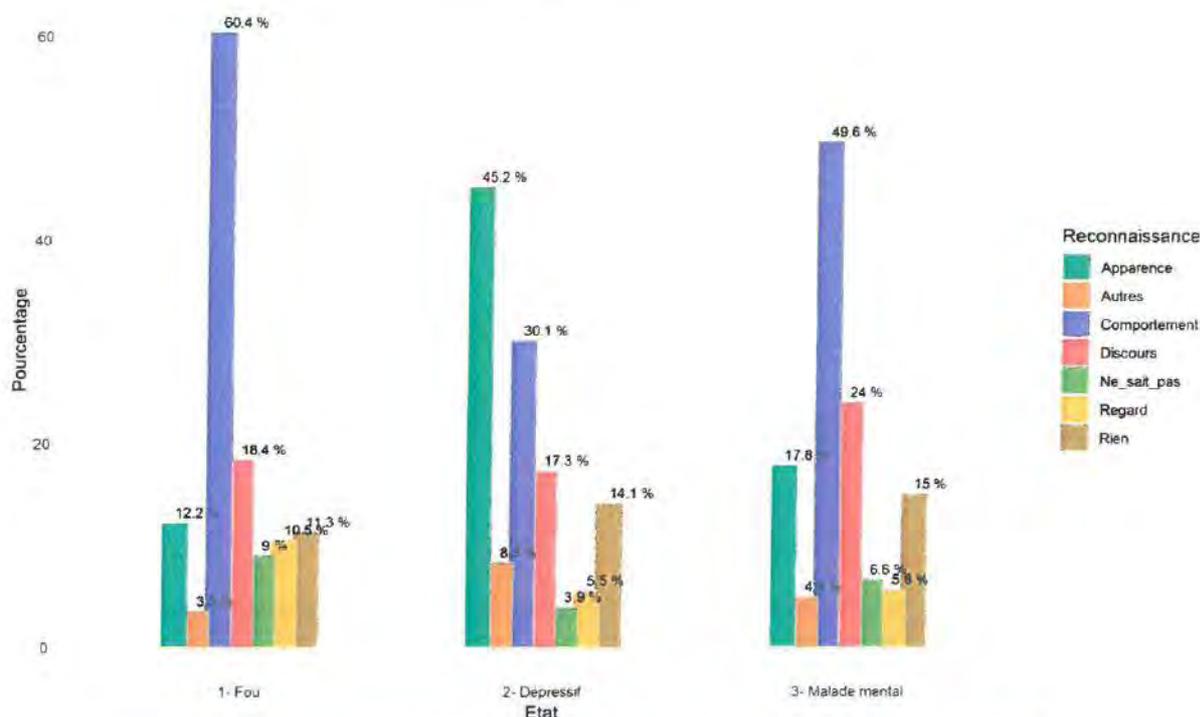


Figure 10 : Selon vous, à quoi reconnaît-on un « fou » / « malade mental » / un « dépressif » ?

## DES ORIGINES ESSENTIELLEMENT PHYSIQUES POUR LA « MALADIE MENTALE » ET LIEES AUX EVENEMENTS DE LA VIE POUR LA « FOLIE » ET LA « DEPRESSION ».

Les personnes interrogées ont une idée très différente de ce que pourrait être l'origine de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression » (Figures 11, 12 et 13).

Plus de six personnes sur dix citent une origine physique pour la « maladie mentale », la moitié cite les événements de la vie pour la « dépression », et pour la « folie », aucune tendance n'apparaît.

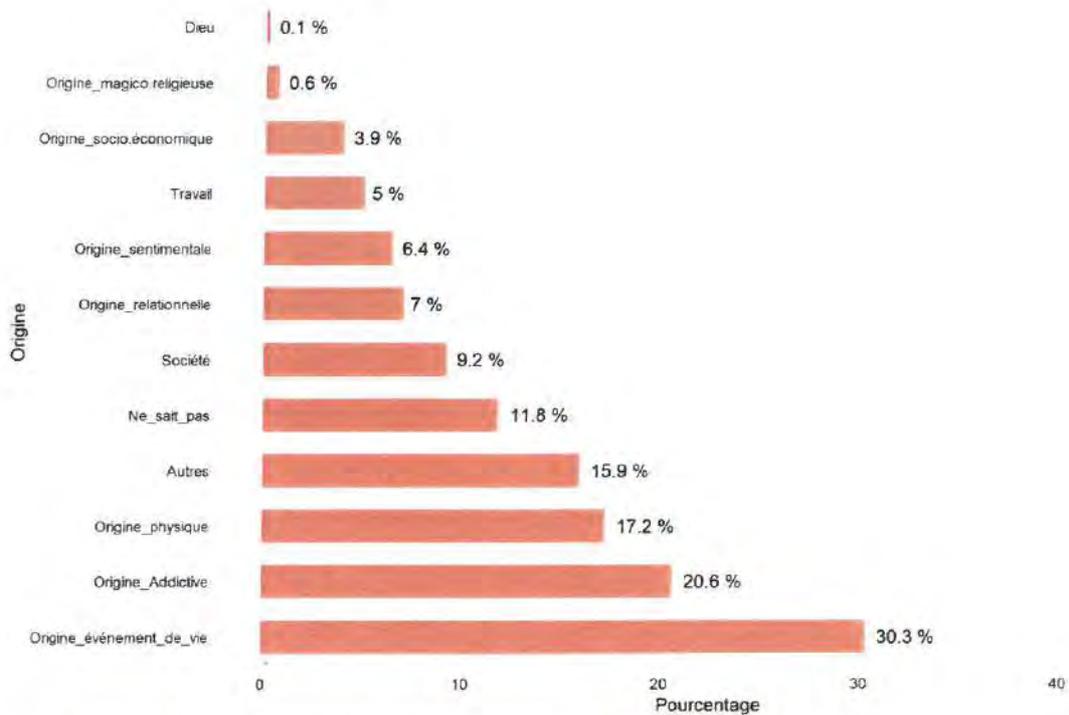


Figure 11 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « fou » ?

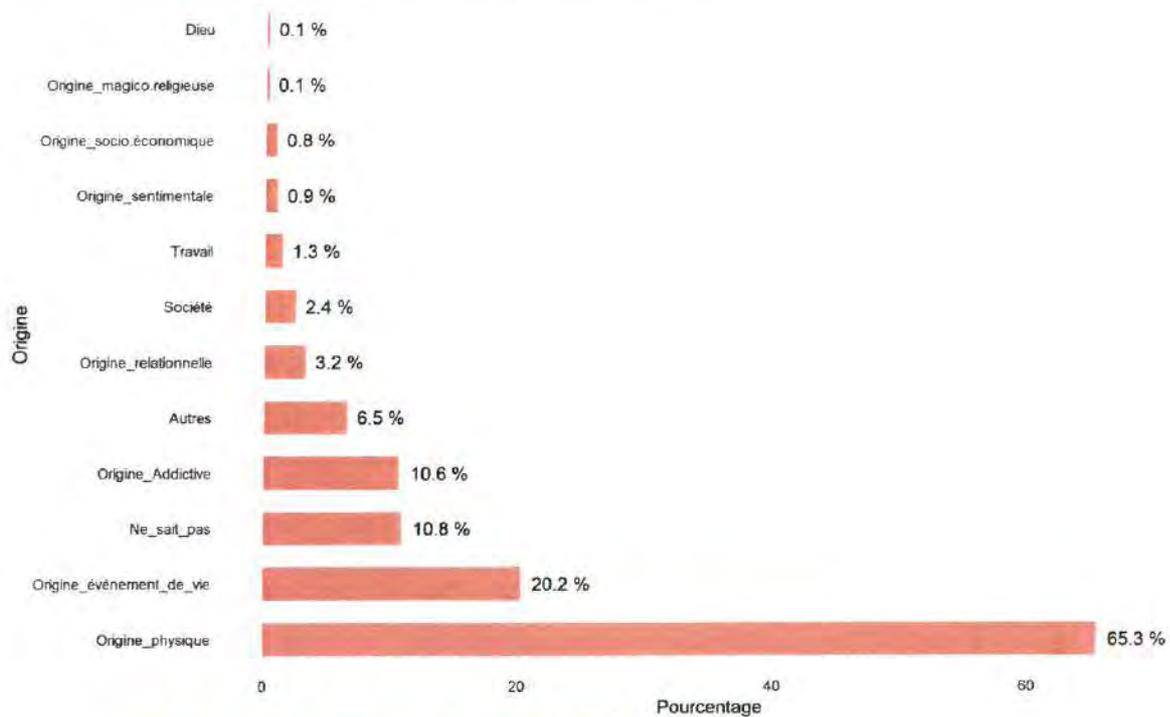


Figure 12 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « malade mental » ?

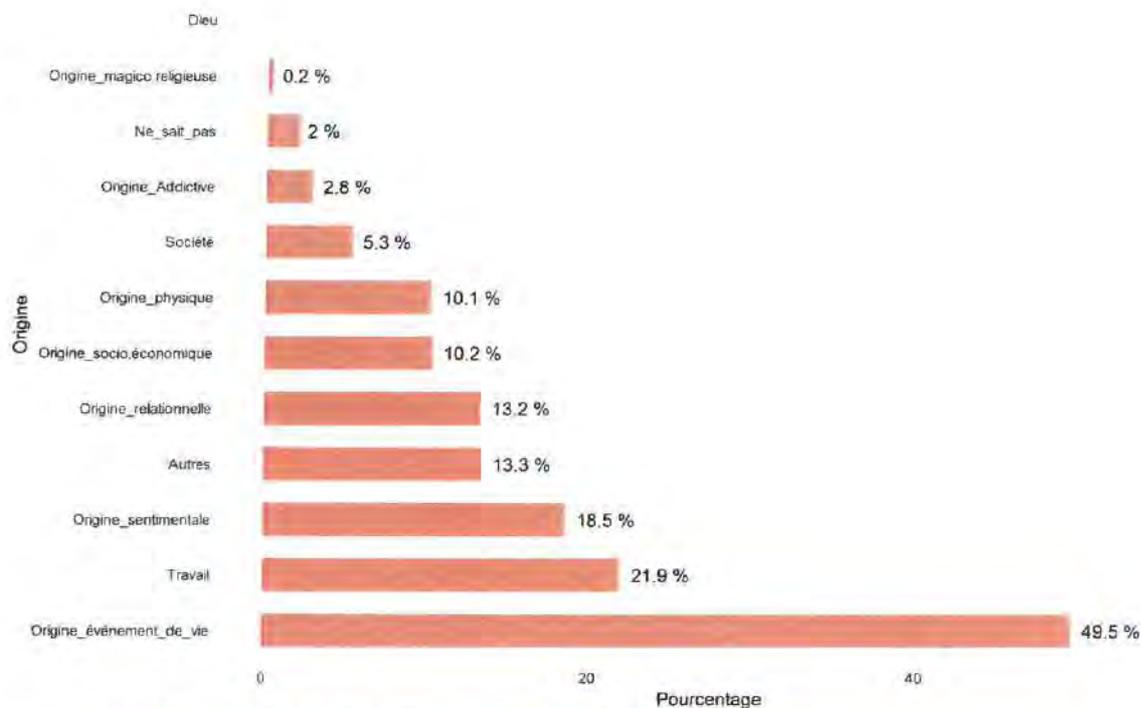


Figure 13 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « dépressif » ?

#### PERCEPTIONS DE LA RESPONSABILITE, DE LA SOUFFRANCE ET DE L'EXCLUSION :

La majorité des personnes interrogées estime qu'un « fou » ou qu'un « malade mental » n'est responsable ni de ses actes, ni de son état et n'est même pas conscient de son état (Tableau 4). Le « fou » souffre moins qu'un « malade mental », lui-même moins qu'un dépressif, alors que la famille souffre de la même façon dans les trois cas. Il existe le même gradient d'exclusion dans le travail et dans la société.

Moins de 40% envisagent une guérison pour un « fou » et un peu plus pour le « malade mental ». Elles ne sont pas plus de deux personnes sur dix à envisager une guérison complète pour ces deux « archétypes ».

La perception du « dépressif » est éloignée de celle du « fou » ou du « malade mental ». Ainsi, le « dépressif » est moins souvent jugé comme non responsable de son état, il reste responsable de ses actes et conscient de son état. Il est moins exclu de sa famille, de son travail et de la société. Plus de 80% des personnes interrogées considèrent le « dépressif » comme quelqu'un qui souffre et dont la famille souffre.

En revanche, on observe une différence nette sur la possibilité de guérison complète, plus de 70% des personnes interrogées estiment qu'un « dépressif » peut guérir complètement, versus 12% pour le « fou » et 16% pour le « malade mental ».

A noter que les soins sous contrainte restent justifiés pour plus de la moitié des enquêtés, autant pour le « fou » que pour le « malade mental » ou le « dépressif ».

Tableau 4 : Selon vous, un « fou », un « malade mental », un « dépressif » est...

Variable	Fou	Malade mental	Dépressif
Pas responsable de ses actes	60,9%	77,2%	37,8%
Pas responsable de son état	81,2%	94%	75,6%
Pas conscient de son état	73,7%	55,4%	18,6%
Quelqu'un qui souffre	66,2%	81,5%	97,6%
Quelqu'un dont la famille souffre	96,9%	98,1%	96,3%
Est exclu de sa famille	64%	46,6%	32,3%
Est exclu de son travail	82,3%	67,7%	45,9%
Est exclu de la société	82%	71,4%	43%
Peut être soigné sans médicaments	27,8%	25,3%	54,8%
Peut guérir	37,7%	43,7%	92,8%
Peut guérir complètement	12%	16,3%	70,6%
Peut guérir seul	7%	3,6%	30,1%
Doit être soigné même s'il ne le veut pas	63,2%	68,7%	56%

#### RECOURS AUX SOINS ET AUX AIDES :

Les traitements médicamenteux sont les plus cités parmi les recours aux soins pour le « fou », le « malade mental » et le « dépressif », la psychothérapie est citée en second (Tableau 5). Pour le « dépressif » est cité également le recours aux proches. Pour le soin du « fou » et du « malade mental » l'hospitalisation est également citée comme recours.

8,7% pensent que le « fou » ne se soigne pas.

Tableau 5 : Selon vous, comment peut-on soigner un « fou », un « malade mental », un « dépressif » ?

Soin	Fou	Malade mental	Dépressif
Psychothérapies	18,8%	26,7%	37,4%
Hospitalisation	17,5%	17,8%	5,4%
Traitements médicamenteux	37,8%	51,4%	48,3%
Pratiques médicalisées	3%	1,4%	0,5%
Soutien relationnel	11,3%	12,9%	33%
Prise en charge socio-éducative	4,2%	5,9%	4,8%
Pratiques religieuses	0,6%	0,5%	0,5%
Pratiques magico-religieuses	0,1%	0,1%	0%

Soin	Fou	Malade mental	Dépressif
Psychothérapies	18,8%	26,7%	37,4%
Hospitalisation	17,5%	17,8%	5,4%
Traitements médicamenteux	37,8%	51,4%	48,3%
Pratiques médicalisées	3%	1,4%	0,5%
Pratiques traditionnelles	0,7%	0,9%	2,2%
Autres	6,4%	5,7%	8%
Ne se soigne pas	8,7%	3,3%	0,4%
Ne sait pas	18%	9%	2,5%

**UNE PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE POUR LE « FOU », LE « MALADE MENTAL » ET LE « DEPRESSIF ».**

Plus de 50% de la population interrogée orientent un proche « fou », « malade mental » ou « dépressif » vers un professionnel de la psychiatrie puis vers un professionnel de la santé générale (Figure 14). Un proche « dépressif » sera davantage orienté vers le médecin généraliste ou un autre professionnel de la santé générale qu'un proche « fou » ou « malade mental »

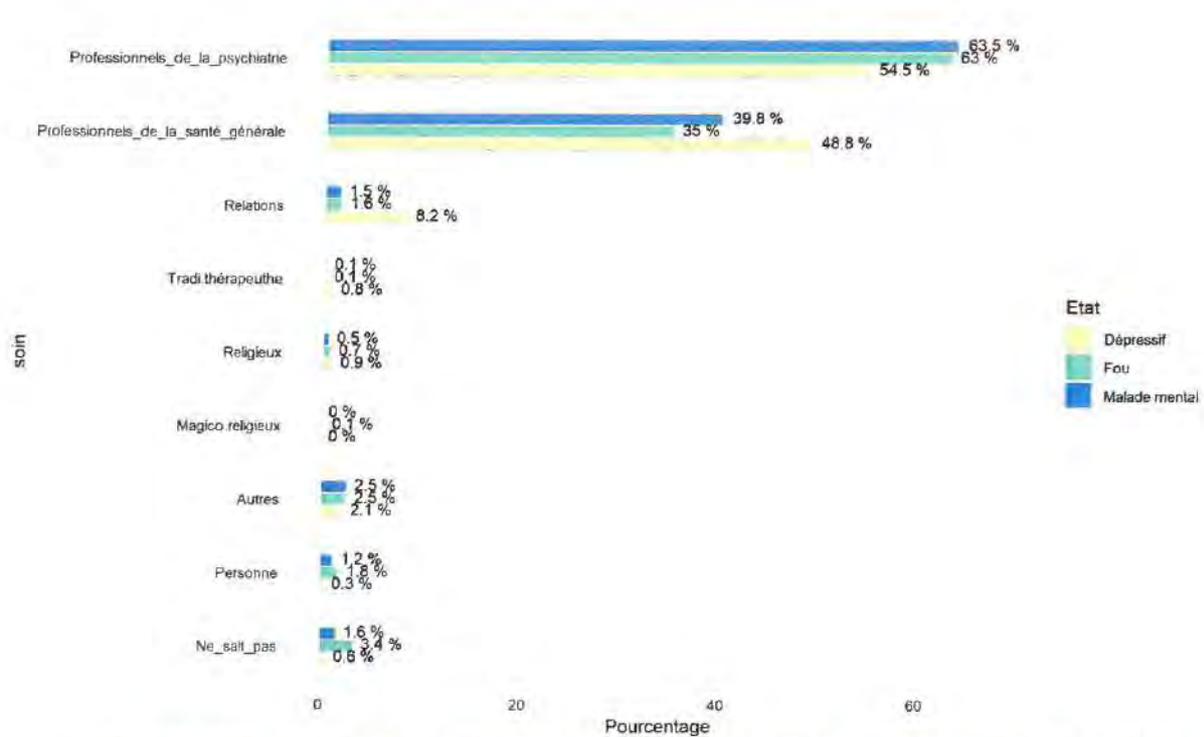


Figure 14 : Si un de vos proches est «fou», « malade mental », « dépressif » qui lui dites-vous d'aller voir ?

#### LE PREMIER SOUTIEN OU RECOURS ENVISAGE : L'ENTOURAGE.

Plus de quatre personnes sur dix déclarent qu'elles iraient d'abord voir leur entourage si elles se sentaient mal dans leur peau. Ensuite, vient le recours au professionnel de la santé générale, suivi bien après par un professionnel de la psychiatrie (Figure 15).

4% des personnes interrogées n'iraient voir personne si elles rencontraient un quelconque problème de santé mentale.

L'orientation vers une personne ou un type d'aide varie selon l'âge (Tableau 6). Ainsi, plus les personnes interrogées sont jeunes, plus elles privilégient l'aide d'une relation ou d'un proche. Le recours à un professionnel de la santé générale semble plus fréquent lorsque l'âge augmente. Plus de la moitié des 60 ans et plus citent ce recours en premier, contre seulement moins de trois personnes sur dix qui iraient voir un proche.

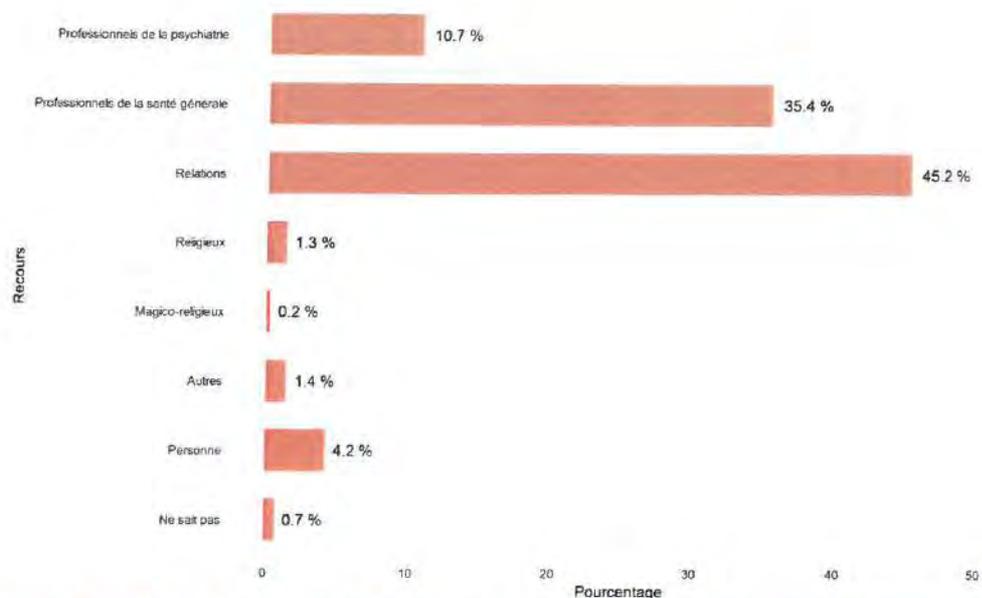


Figure 15 : Si vous êtes mal dans votre peau, vous ne savez plus où vous en êtes, qui allez-vous voir en premier ?

Tableau 6 : Premier recours par rapport à l'âge

Soin	18-29	30-39	40-49	50-59	60 et +
<b>Professionnel de la psychiatrie</b>	11%	10,7%	8,9%	14,6%	8,2%
<b>Professionnel de la santé générale</b>	17,8%	22,9%	33,3%	<b>37,8%</b>	<b>52,1%</b>
<b>Relations</b>	<b>63,9%</b>	<b>58,8%</b>	<b>51,2%</b>	<b>37,8%</b>	28,4%
<b>Religieux</b>	0,5%	0%	0,6%	1,8%	2,7%
<b>Magico-religieux</b>	0%	0%	0,6%	0%	0,3%
<b>Tradi-thérapeute</b>	0%	2,3%	0%	1,8%	1%
<b>Personne</b>	4,2%	2,3%	2,4%	4,9%	5,5%
<b>Autres</b>	1,6%	3,1%	2,4%	0%	1%
<b>Ne sait pas</b>	1%	0%	0,6%	1,2%	0,7%

## Prévalences des troubles de santé mentale :

### UNE PERSONNE SUR QUATRE PRESENTE AU MOINS UN TROUBLE DE SANTE MENTALE.

Le questionnaire diagnostique du MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) a été complété pour 987 personnes de plus de 18 ans. Ce questionnaire a repéré 252 personnes, soit 25,5 % des personnes interrogées présentant au moins un trouble psychique, hors risque suicidaire et insomnie (Tableau 2). Il est à noter que la prévalence de ces troubles est moins élevée sur le territoire Masevaux-Thann-Cernay qu'au niveau national (32%).

Les troubles anxieux sont les problèmes les plus fréquents. Il s'agit majoritairement de l'anxiété généralisée suivie de la phobie sociale et du trouble panique. Ensuite, viennent l'agoraphobie et l'état de stress post-traumatique.

Les troubles de l'humeur touchent, quant à eux, un peu plus d'une personne sur dix, avec en premier lieu les troubles dépressifs suivis par la dysthymie et l'épisode maniaque.

Les problèmes liés à l'alcool et aux drogues concernent plus de 3% des personnes interrogées.

Les troubles psychotiques semblent relativement élevés, avec 3,6% de syndromes repérés au MINI dans cet échantillon, comparativement à l'échantillon national (2.7%).

Tableau 2 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus

TROUBLES REPERES PAR LE MINI	ROUFFACH N = 987
<b>Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)</b>	<b>25,5%</b>
<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>10,8%</b>
Episode dépressif (2 dernières semaines)	9,3%
Avec trouble dépressif récurrent (vie entière)	4,7%
Dysthymie (2 dernières années)	1,5%
Épisode maniaque (vie entière)	1,4%
<b>Troubles anxieux</b>	<b>15,9%</b>
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	9,1%
Phobie sociale (actuelle)	3,4%
Trouble panique (actuel)	3,2%
Agoraphobie (actuelle)	1,7%
Agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,4%
État de stress post traumatique (actuel)	0,7%
<b>Problèmes d'alcool</b>	<b>3,3%</b>
Dépendance à l'alcool (12 derniers mois)	2,7%
Utilisation nocive d'alcool (12 derniers mois)	0,6%
<b>Problèmes de drogue</b>	<b>3,1%</b>
Dépendance à une (des) drogue(s) (12 derniers mois)	2,5%
Utilisation nocive de drogue(s) (12 derniers mois)	0,6%

TROUBLES REPERES PAR LE MINI	ROUFFACH N = 987
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	25,5%
<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>10,8%</b>
Episode dépressif (2 dernières semaines)	9,3%
Avec trouble dépressif récurrent (vie entière)	4,7%
<b>Syndrome d'allure psychotique (vie entière)</b>	<b>3,6%</b>
Syndrome psychotique isolé actuel	0,1%
Syndrome psychotique isolé passé	0,9%
Syndrome psychotique récurrent actuel	1,5%
Syndrome psychotique récurrent passé	1,1%
<b>Risque suicidaire</b>	<b>11,7%</b>
Léger	8,1%
Moyen	1,9%
Elevé	1,6%
<b>Insomnie</b>	<b>11,4%</b>

Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.

(1) L'exploration des symptômes d'anxiété généralisée n'a lieu qu'en absence de tout autre trouble anxieux.

(2) Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie suffit à la cotation d'un risque suicidaire léger.

Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Tableau 3 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus en fonction des variables sociodémographiques.

VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES		PREVALENCE D'AU MOINS UN TROUBLE HORS RISQUE SUICIDAIRE ET INSOMNIE
<b>Genre NS</b>	Homme	23,1%
	Femme	27,5%
<b>Age ***</b>	18-29	40,8%
	30-39	22,1%
	40-49	28%
	50-59	24,4%
	60 et plus	17,1%
<b>Situation maritale ***</b>	Célibataire	37,5%

VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES		PREVALENCE D'AU MOINS UN TROUBLE DANS RISQUE SUICIDAIRE ET INSOMNIE
	Marié, concubinage, union libre	19,5%
	Séparé, divorcé	26,4%
	Veuf, veuve	28,6%
<b>Emploi NS</b>	Oui	23,3%
	Non	28,5%
<b>Revenu ***</b>	Moins de 840 Euros	52,4%
	De 840 à 1 300 Euros	32,1%
	De 1 300 à 2 520 Euros	22,1%
	Plus de 2 520 Euros	20,8%
<b>Niveau d'étude **</b>	Non scolarisé	20,6%
	Cycle primaire non terminé	25%
	Cycle primaire terminé	13,8%
	Cycle secondaire non terminé	31%
	Cycle secondaire terminé	28,5%
	Niveau universitaire ou équivalent	20%

NS non significatif \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p < 0,0001$

#### LE ROLE DU GENRE :

Dans la population interrogée, on observe que les femmes semblent plus touchées par les troubles anxieux et que les hommes sont, eux, davantage touchés par les problèmes liés aux drogues (Figure 1). La présence d'un trouble de l'humeur, de problèmes liés à l'alcool et de troubles psychotiques ne semble pas liée au genre.

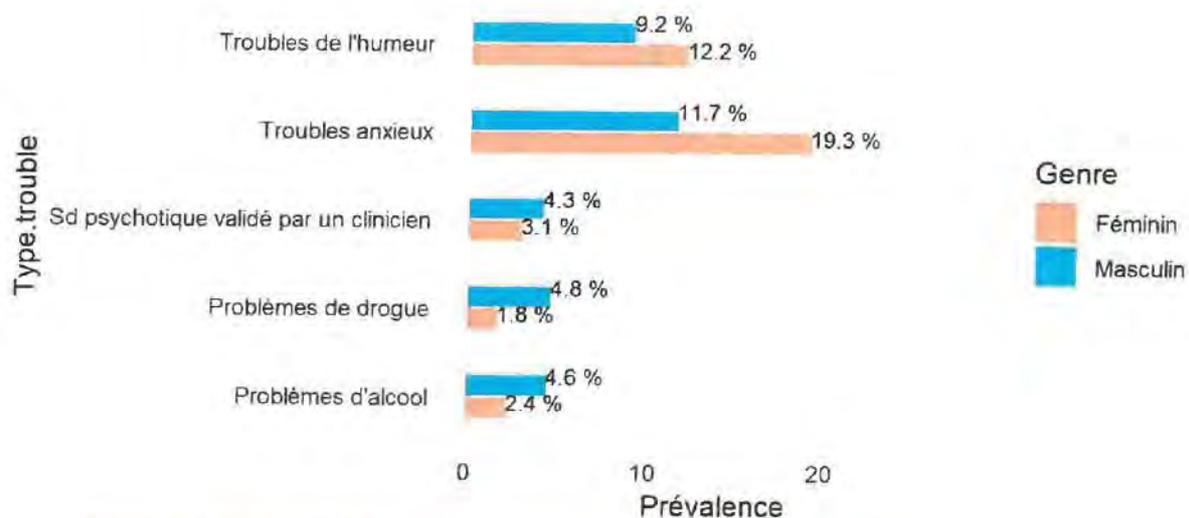


Figure 1 : Prévalence (%) des troubles selon le sexe des personnes interrogées

#### LE ROLE DE L'ÂGE :

Les personnes qui ont au moins un trouble psychique sont en moyenne significativement plus jeunes (42,4 ans ; SD=18,1) que ceux qui n'en ont aucun (49,2 ans ; SD=17,2).

La moitié des personnes avec au moins un trouble mental ont moins de 42 ans.

Les personnes âgées de 18 à 29 ans présentent au moins un trouble mental dans plus de 40% des cas (Tableau 3).

Les personnes de moins de 30 ans ou de 60 ans et plus sont plus touchées par les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Plus d'un jeune sur dix sont concernés par les problèmes liés aux drogues (Figure2).

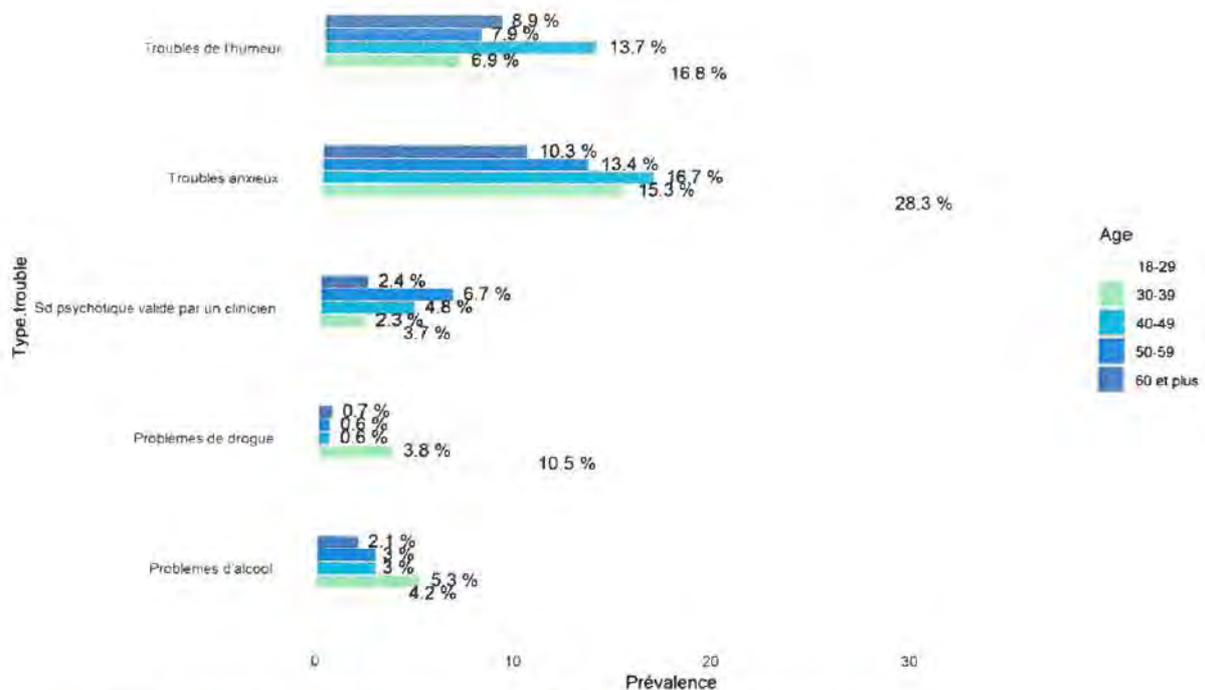


Figure 2 : Prévalence (%) des troubles selon l'âge des personnes interrogées

#### LE ROLE DU STATUT MARITAL :

Les personnes célibataires présentent plus fréquemment des troubles de santé mentale (Tableau 3). Elles sont davantage touchées par les troubles anxieux (Figure 3), suivies des personnes séparées ou divorcées.

Les troubles de l'humeur touchent plus particulièrement les personnes veuves, puis les personnes célibataires.

Les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues sont présents majoritairement chez les personnes célibataires et séparée ou divorcées.

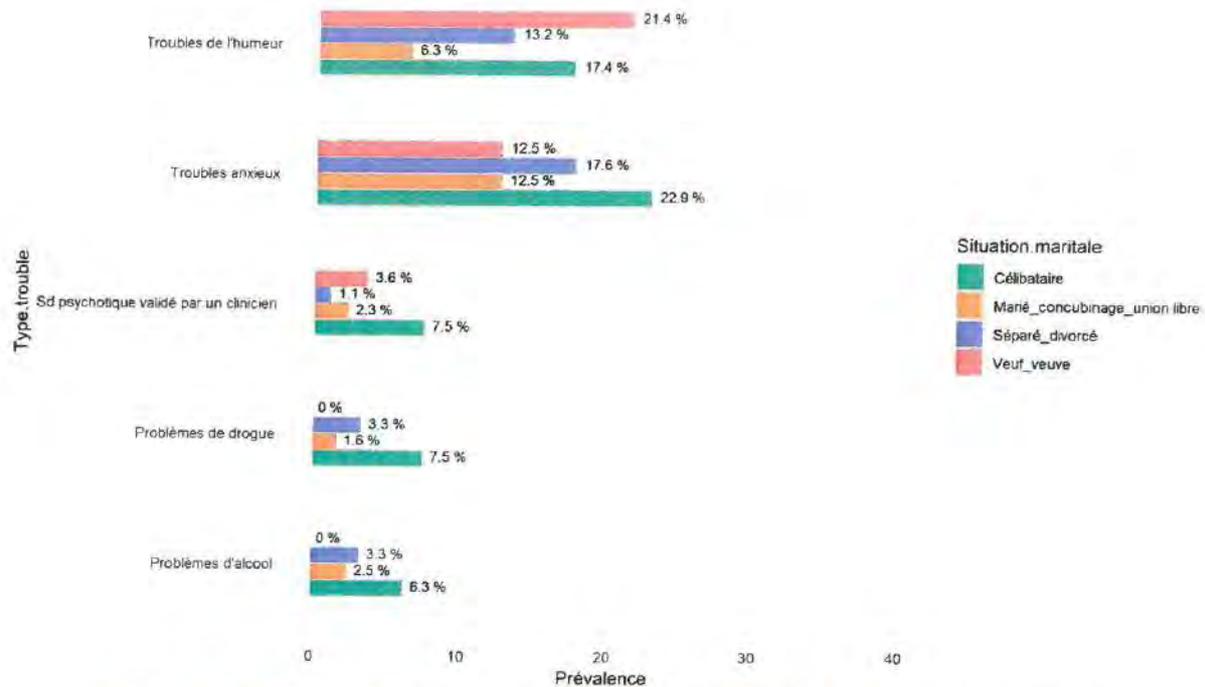


Figure 3 : Prévalence (%) des troubles selon la situation matrimoniale des personnes interrogées

#### LE ROLE DU STATUT VIS-A-VIS DE L'EMPLOI :

La présence d'au moins un trouble psychique n'est pas liée à la situation vis-à-vis de l'emploi (Tableau 3).

Les personnes n'ayant pas d'emploi présentent davantage de troubles de l'humeur, de troubles anxieux de troubles d'allure psychotique. Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont plus présent chez les personnes ayant une activité professionnelle (Figure 4).

Par ailleurs, le risque de présenter au moins un trouble de santé mentale est inversement proportionnel au niveau du revenu des personnes interrogées (Tableau 3, Figure 5).



Figure 4 : Prévalence (%) des troubles selon le statut de l'emploi

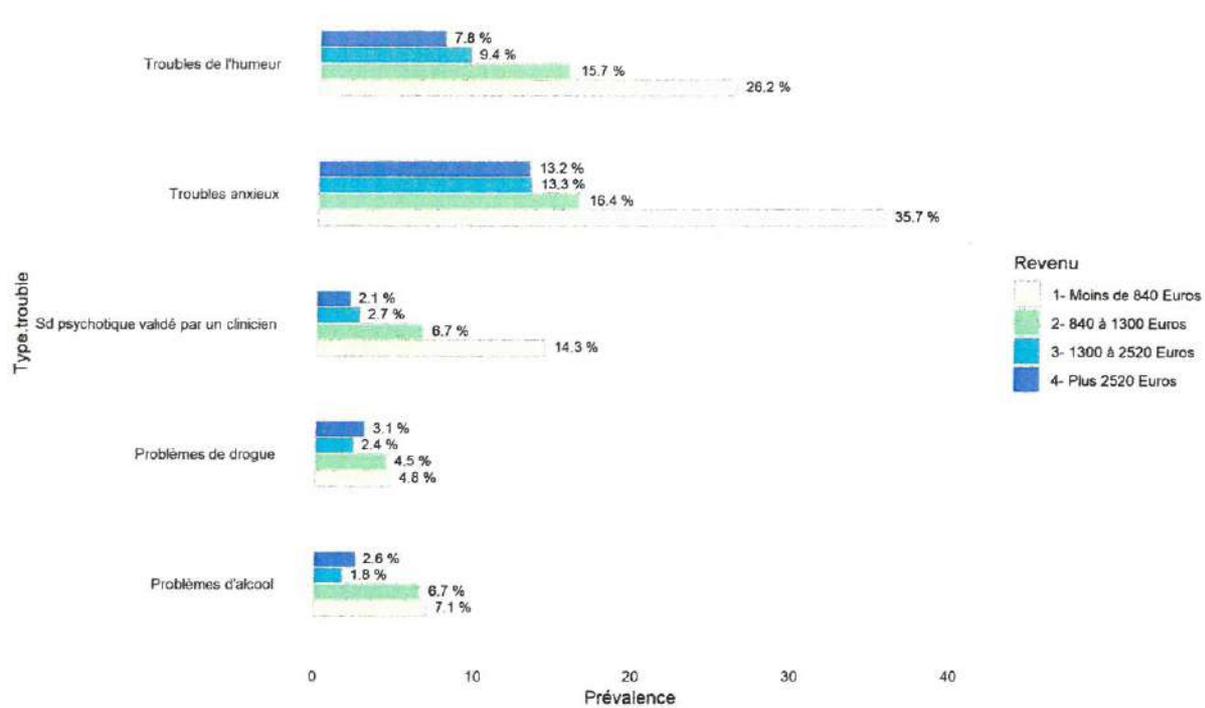


Figure 5 : Prévalence (%) des troubles selon le revenu mensuel familial

## LES RECOURS AUX SOINS DES PERSONNES PRESENTANT UN TROUBLE PSYCHIQUE.

En plus d'explorer les représentations de la santé mentale en population générale et d'évaluer les prévalences des troubles psychique, l'enquête Santé Mentale en Population Générale explore grâce à des questions complémentaires à la suite du MINI l'impact des troubles sur la vie quotidienne et l'utilisation d'aide ou de soin (médecine générale, psychiatrie, médecines douces, pratiques religieuses ou magico-religieuse, relations et autres).

A la question « Etes-vous allé voir quelqu'un pour ces problèmes ? », les personnes souffrant d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie) ont cité en premier le médecin généraliste et le psychologue (Figure 16). Cependant, lorsqu'on étudie les recours aux soins spécifiques, l'entourage est le recours le plus fréquent (64%) suivi des médecines douces (26%), des médicaments (21%) et de la psychothérapie (17%).

Les personnes souffrant de trouble dépressif, de problèmes liés à l'alcool et aux drogues selon le MINI, ont pour principal recours l'entourage (Figure 17), ensuite les médicaments.

Pour l'anxiété généralisée, l'entourage est aussi le premier recours, suivi des médecines douces et des médicaments.

Les personnes souffrant de troubles d'allure psychotique déclarent avoir pris des médicaments, puis avoir eu recours à l'aide de leurs proches et à la médecine douce.

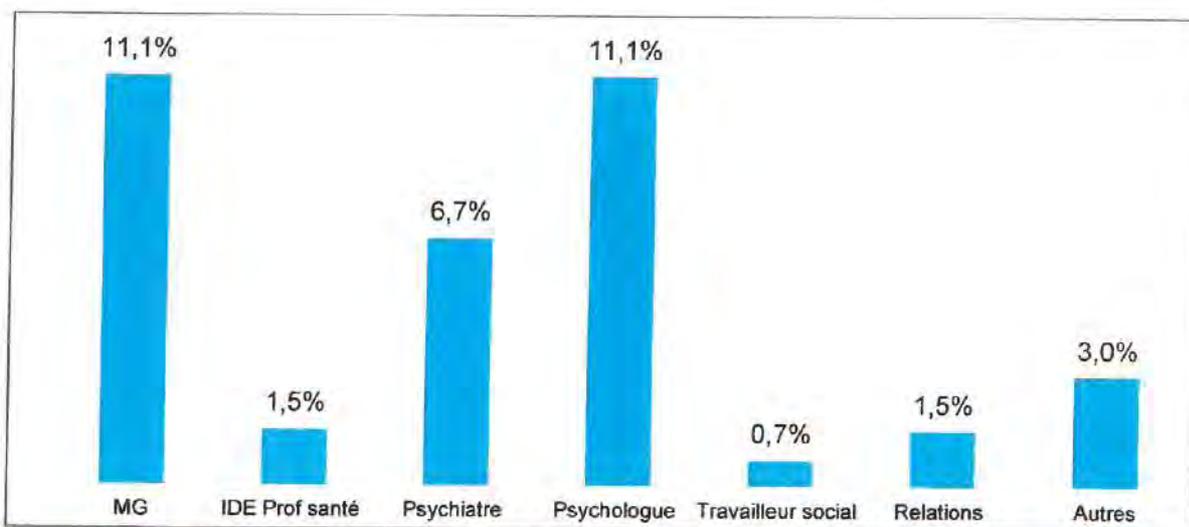
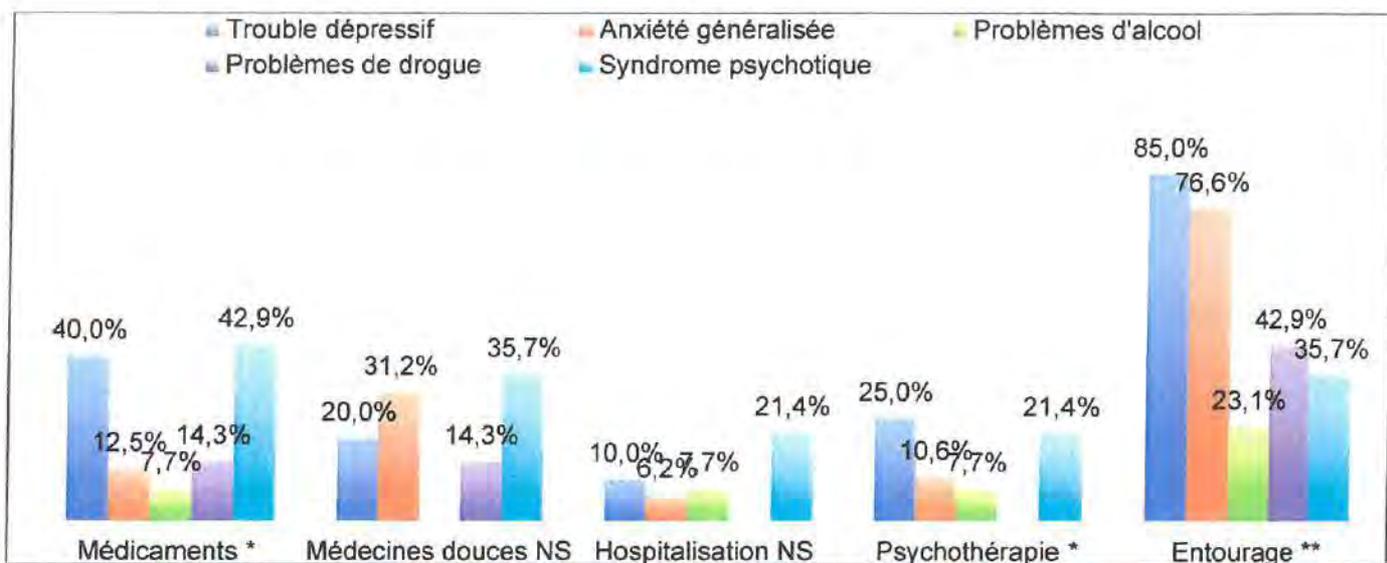


Figure 16 : Les différents recours en présence d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)



NS non significatif \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,0001$

Figure 17 : Recours aux soins en fonction de troubles repérés avec le Mini

Le recours qui semble le plus satisfaisant pour les personnes souffrant d'au moins un trouble est la psychothérapie, ensuite viennent l'hospitalisation et les médicaments. En effet, huit personnes sur dix ayant eu recours à ces soins ont déclaré qu'il y a eu arrêt ou amélioration des troubles.

## Gêne dans la vie de tous les jours entraînée par la pathologie

Parmi les personnes présentant au moins un trouble psychique selon le Mini, plus de cinq sur dix déclarent avoir ressenti une gêne dans la vie de tous les jours (Figure 17).

Toutes les personnes présentant un épisode maniaque ou un trouble dépressif récurrent expriment avoir été gênées dans la vie quotidienne, suivies par les personnes présentant un trouble panique, une phobie sociale ou une dysthymie. Les personnes ayant des problèmes liés à l'alcool et aux drogues déclarent très majoritairement ne pas être gênées.

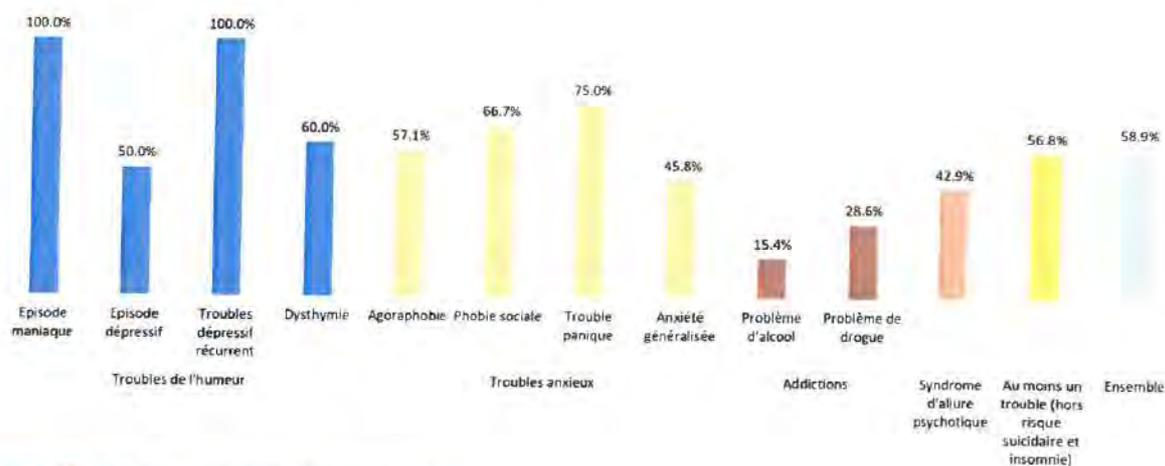


Figure 17 : Gêne perçue pour chaque trouble

## L'ENQUETE SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE (SMPG)

L'étude "*La santé mentale en population générale : images et réalités*" est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

Il s'agit aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la Cité.

Pour chaque site participant à l'enquête, les données ont été recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas sociodémographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passé et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés. La méthodologie de l'enquête est décrite par ailleurs<sup>1</sup>, ainsi que les principaux résultats de la première phase<sup>2</sup>.

Un échantillon national a été constitué en agrégeant les données des sites français. Ce recueil des données ne s'approche d'aucun plan de sondage probabiliste « traditionnel ». Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus sur les variables d'âge, sexe, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle et situation vis à vis de l'emploi. Cet échantillon national compte environ 36 000 individus pour la France métropolitaine et 2 500 pour les DOM.

L'enquête a également été réalisée en Algérie, en Belgique, aux Comores, en Grèce, à Madagascar, à Maurice, en Mauritanie, en Tunisie, en Italie, en Espagne, au Maroc, aux Seychelles, en Polynésie, à Tonga, en Haute Côte d'Or et à Andorre.

Aujourd'hui, l'enquête en est à sa quatrième phase de réalisation. 91 sites ont été réalisés, près de 80000 personnes ont été interrogées : 66 487 en France (dont 3 400 dans les DOM) et 13 500 pour les sites internationaux.

<sup>1</sup> ROELANDT JL, CARIA A, MONDIERE G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *L'Information Psychiatrique* 2000 ; 76 (3) : 279-292.

- CARIA A, ROELANDT JL, BELLAMY V, VANDEBORRE A. « Santé Mentale en Population Générale: images et réalités (SMPG) » : Présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale* 2010 ; 36(3, suppl 1.) : 1-6.

<sup>2</sup> ANGUIS M., ROELANDT J-L., CARIA A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Etudes et Résultats* 2001 ; 116 : 1-8.

-BELLAMY V, ROELANDT JL, CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et Résultats* 2004 ; 347 : 1-12.

-CASTELAIN JP. Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques: éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité. *L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 351-356.

-ROELANDT JL. La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres. *L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 285-286.

-SURAULT P. Milieu social et santé mentale: représentations, stigmatisation, discrimination. *L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 313-324.

## Glossaire des troubles psychiques <sup>(1,2)</sup> :

Le Mini (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) a été développé afin de disposer d'un entretien diagnostique structuré qui soit court, fiable et validé. Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la CIM 10 (24 en tenant compte de la présence des troubles actuels ou au cours de la vie).

L'enquête *Santé mentale en population générale (SMPG)* reprend, avec la classification CIM 10, les modules concernant :

### LES TROUBLES DE L'HUMEUR :

- **Episode dépressif (F32)** : trouble de l'humeur caractérisé par la persistance chez un individu de plusieurs symptômes (au moins quatre) durant au moins deux semaines. Les symptômes principaux sont la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité.
- **Trouble dépressif récurrent (F33)** : trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (épisodes qualifiés de manie)
- **Dysthymie (F34.1)** : abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes de rémission est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent.
- **Episode maniaque (F30)** : ces troubles sont caractérisés par l'élévation légère mais persistante de l'humeur (hypomanie), voire une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation (manie) qui peut être associée à la présence de symptômes psychotique : idées délirantes, hallucinations...

### LES TROUBLES ANXIEUX :

- **Agoraphobie (F40.0)** : groupe de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits, ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion.
- **Trouble panique (F41.0)** : attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), dont la survenue est imprévisible. Les symptômes essentiels sont la survenue brutale de palpitations, de douleur thoracique, de sensations d'étouffement, d'étourdissement et de sentiment d'irréalité.
- **Phobies sociales (F40.1)** : crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
- **Anxiété généralisée (F41.1)** : anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Le sujet se plaint de nervosité permanente, de tremblement, de tension musculaire, de palpitations, d'étourdissement et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident
- **Etat de stress post-traumatique (F43.1)** : ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, notamment la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars.

**LES SYNDROMES PSYCHOTIQUES** : un syndrome psychotique est caractérisé par la présence des symptômes suivants : perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu.

**LES PROBLEMES D'ALCOOL ET DE ROGUE** : DEPENDANCE ET UTILISATION NOCIVE

**LE RISQUE SUICIDAIRE** : ELEVE, MOYEN ET LEGER

### REMERCIEMENTS :

<sup>(1)</sup> LECRUBIER Y, SHEEHAN DV, WEILLER E *et al.* The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur. Psychiatry.* 1997; 12: 224-231.

<sup>(2)</sup> SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, HARNETTE SHEEHAN K *et al.* The validity of the MINI according to the SCID-P and its reliability. *Eur. Psychiatry.* 1997; 12: 232-241.

Cette recherche-action est réalisée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, EPSM Lille Métropole, Lille - France). Elle a été initialisée en 1996 à Madagascar lors d'un séminaire organisé par l'OMS et le ministère de la coopération française sur le thème de la santé mentale dans l'Océan Indien.

L'enquête Santé mentale en population générale a pu avoir lieu sur le territoire de Masevaux-Thann-Cernay grâce à l'implication et le soutien du Centre Hospitalier de Rouffach, établissement membre du Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour la recherche, la formation et la mise en oeuvre d'actions visant le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté, incluant prévention et insertion.

#### **Equipe de recherche**

**= responsable local + équipe+ Ifsi + enquêteurs : à compléter**

**Responsable scientifique :** J.L Roelandt

**Responsable méthodologique :** A. Caria

**Coordination générale et formation :** I Benradia , A Baleige

**Data management et Analyses de données :** E. Aernout, A. Sy

**Relecture du rapport :** Pr F. Askevis Leherpeux

ANNEXE 3 Mallette pédagogique du CLSM d'Altkirch : lutte contre la stigmatisation.

La santé mentale : en parler au  
travers d'une malle pédagogique  
CLSM du Sundgau  
2017 - 2018

Préambule

## Qu'est que le CLSM

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée.

Cet espace de concertation :

intègre obligatoirement les usagers et les habitants ainsi que tous les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires,

permet la planification et le développement des politiques locales de santé.

Le CLSM a une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (conventions, création de structures répondant aux besoins locaux, etc.).

# Finalités du CLSM

- Définir et développer une stratégie locale qui réponde aux besoins sociaux, de santé et de santé mentale de la population.
- Améliorer la prévention et l'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques.
- Agir sur les conséquences sociales des troubles psychiques, notamment en termes d'insertion professionnelle, d'habitat, de la scolarisation, etc.
- Lutter contre la stigmatisation et améliorer l'accès aux droits fondamentaux.

# Projets du CLSM du Sundgau

2015-2016 :

- Développement d'un annuaire des professionnels de la santé mentale
- Développement d'une fiche action sur la gestion de la "situation de crise" - soutien aux élus

2016-2017 :

L'accompagnement de l'usager de retour dans son environnement, s'assurer d'un bon retour et d'une bonne intégration

Mise en place d'un groupe d'entraide pilote sur le Sundgau : le GES (qui a obtenu un financement en tant qu'antenne du GEM les Ailes de l'Espoir fin 2017)

2017-2018 :

Faire connaître la santé mentale au travers d'actions vers différents publics

# Notre démarche

Faire connaître la santé mentale au travers d'actions vers différents publics

Les publics ciblés :

- les élèves de classes élémentaires avec comme cibles indirectes
  - les enseignants
  - les parents d'élèves
  - les aidants à l'école (éducateurs, intervenants)
- Les élus

## L'outil utilisé La malle pédagogique

- Objectif : mettre à disposition d'un enseignant informé, du matériel et des ressources associées permettant de sensibiliser les élèves de sa classe, faire tourner la mallette sur toutes les écoles du Sundgau
- Adapter le matériel à l'âge de l'enfant
- Proposer des séances courtes qui s'intègrent facilement dans la vie de la classe à raison d'une séance par jour sur une semaine (par exemple)

# La malle pédagogique : son contenu (1)

- La malle est constituée d'une présentation replaçant le projet dans son contexte, puis d'un catalogue de supports avec une chronologie à respecter.
- Chaque support est accompagné d'une fiche ressource permettant l'exploitation du support
- La fiche ressource doit décrire :
  - l'objectif du support
  - Proposer des activités autour du support
  - Durée d'activité

# La malle pédagogique : son contenu (2)

- Les supports
  - de petites vidéos
    - la petite casserole d'Aratole (<http://upload.com/bertrand-le-garde-cornet-2009/>)
    - Et si on parlait du handicap : <https://lespetitscitoyens.com/voir/cap-vers-handicap/>
      - livre : [https://lespetitscitoyens.com/a\\_line/si-sparlait-du-handicap/](https://lespetitscitoyens.com/a_line/si-sparlait-du-handicap/)
    - autisme (11-12 ans) <http://www.esprit-jeunesse.com/autisme-11-12-ans/>
  - Keski : un // des jeux de carte de la société Keski : les Invisibles
- des livres
  - Editions Sparadrap
    - exemple à choisir dans [http://www.odphi.fr/fileadmin/user\\_upload/Pdf/fiches\\_livre\\_partiel.pdf](http://www.odphi.fr/fileadmin/user_upload/Pdf/fiches_livre_partiel.pdf)
- des chants / comptines

## La mise en oeuvre

### Test de la mallette

- *Tester la mallette dans une école*
- *Préparer un scénario type et anticiper les résultats attendus*
- *Former les enseignants avant l'utilisation de l'outil*
- *Vérifier que les résultats sont conformes aux attentes*
- *Présenter la mallette à l'Inspection académique*

# Déploiement

- Présentation aux élus lors de Conseils communautaires comme relais vers les Conseils d'école
- Mise à disposition de la mallette (dépositaire CEDES)
- Information des enseignants par la plateforme Crehpsy (experts : Dr. Malassine)

# Calendrier

- Jan : choix des ressources
- Fev-Mar : réalisation des fiches ressources
- Avril-Mai :
  - Test en école
  - Intégration des commentaires
- Mai-Juin :
  - Finalisation de la malle
  - Présentation aux élus
  - Présentation à l'inspection académique
- Septembre :
  - la malle est prête à être utilisée dans les écoles du Sundgau



ANNEXE 5 :

Photo de l'équipe de formateurs du CCOMS publié dans la Cédille (journal du CHS) et de tous les participants

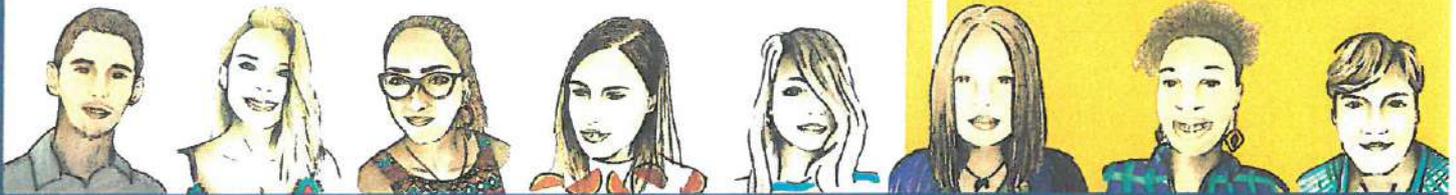


Photo du Quartier Général de Masevaux



ANNEXE 6 : Monographie territoriale

# Monographie territoriale



Loïc  
MEHALLI

Aline  
PRIMUS

Camélia  
NATIVEL

Marianne  
MIGNON

Chiara  
CILIENTO

Yaël  
WOJTOWICZ

Serena  
JAKOB

Anthony  
HAENN



ASS-ES 2017-2020

## SOMMAIRE

Introduction .....	2
Méthodologie.....	5
1. La création d'un GEM, est un outil d'insertion socio-professionnel. ....	12
1.1.Le manque de mobilité, un facteur d'exclusion sociale. ....	12
1.2. Mobilité sociale : du statut de personnes en situation de fragilité au statut de personnes engagées.....	14
2. De l'accompagnement à l'insertion socio-professionnel à l'engagement des adhérents, vers un facteur d'inclusion social. ....	18
2.1. De l'accompagnement à l'autonomie. ....	18
2.2. Une inclusion sociale, l'aboutissement de l'engagement des adhérents. ....	20
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24
WEBOGRAPHIE.....	25
ANNEXES.....	27

## Introduction

*Fou, attardé, égaré, écervelé, inconscient, bête, braque, timbré, toqué, fêlé, maboul, cinglé, cinoque, malade mental, dément, aliéné, névrosé, déséquilibré absurde, anormal, déraisonnable, irrationnel, loufoque, dingue, folâtre, engoué, terrible, excessif, azimuthé, bizarre, siphonné...*

Autant de termes péjoratifs utilisés pour décrire ou définir un terme bien moins connu du grand public : les troubles psychiques.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) " les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues ". 450 000 personnes dans le monde et 38,78 % des européens souffrent ou ont souffert de troubles psychiques en 2014. Aujourd'hui au deuxième rang des causes mondiales de handicap selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elles pourraient occuper le premier rang à l'horizon 2020.

*Asile psychiatrique, asile de fou, hôpital pour dingue, quarantaine des idiot...* Voici encore termes péjoratifs utilisés pour appeler les lieux où sont soignés les personnes atteintes de troubles psychiques. De l'Antiquité au Moyen-Âge, les personnes ayant troubles psychiques étaient considérées comme démoniaques et étaient traitées par exorcisme, voire des bûchers avec une violence à peine croyable. Ce n'est qu'à partir de la Renaissance que les troubles psychiques sont considérés comme des maladies à part entière, cependant ils sont traités avec des techniques complètement inappropriées comme l'administration de médicaments tel que l'opium, la lobotomie, les électrochocs ou encore les punitions corporelles telles que la flagellation.

Bien heureusement, aujourd'hui ces techniques et ces endroits sont obsolètes. Les patients sont aujourd'hui aidés et traités dans des hôpitaux psychiatriques ouverts sur l'extérieur respectant les

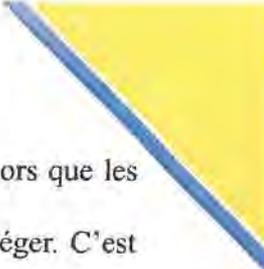


droits de l'Homme et dans son intégrité physique, les lois relatives à l'État dans lequel ils se trouvent et surtout avec des techniques bien évoluées prouvées par des résultats scientifiques. Par exemple, les Centres Psychothérapeutiques de Jour (CPJ) : il s'agit d'une structure alternative à l'hospitalisation complète assurant des soins polyvalents individualisés ou en groupe et intensifs prodigués pendant la journée ou à temps partiel. Il offre au patient un lieu de proximité et des prises en charge spécifiques: accueil, consultations médicales, psychologiques et infirmières, actions de prévention et de diagnostic, soins ambulatoires, suivi à domicile et accompagnement social. Également, les Groupes d'Entraide Mutuelles (GEM) dédiés aux personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquises. Les GEM sont des structures atypiques car elles sont sous forme associatives et non médicalisées où ne figure aucun personnel soignant, seulement à minima un travailleur social et les adhérents de l'association.

Nous pouvons dénombrer en France, 97 Centres Psychiatriques Spécialisés en Psychiatrie en 2014 et 145 Etablissement de Lutte Contre les Maladies Mentales (Insee, Personnels et équipements de santé, 2017) qui comprennent 415 304 patient suivis en hospitalisation et 1 955 952 patients suivants en ambulatoire (DREES, patients suivis en psychiatrie). Actuellement, le CPJ de Thann dénombre environ 300 personnes suivies en son sein.

La ville de Thann est la sous-préfecture du Haut-Rhin en Alsace, elle se situe au pied des Vosges, lieu de passage obligé vers le fond de la vallée. Le nom de la petite ville verdoyante de Thann provient de l'allemand *Tanne*, signifiant *sapin*. Un sapin figure effectivement sur le blason de Thann. Cette ville compte 7898 habitants en 2015, appelés les Thannois, et son territoire couvre une superficie de 12.57 km carré. C'est une ville majoritairement ouvrière avec 32,08%, soit 1298 personnes, de sa population active qui travaille en tant qu'ouvrier en 2014.

Une légende émane de la ville de Thann à propos de la mort de l'évêque Saint-Thiébauld. Ce dernier confia une mission à son messenger qui était de prendre son anneau, doté de certains pouvoirs magiques et le rapporter en Lorraine.



Sur son chemin, des soldats du Comte de Ferrette voulurent s'en prendre à lui. C'est alors que les pouvoirs que contenaient la bague jaillirent et mirent le feu à trois sapins pour le protéger. C'est comme cela qu'une collégiale en l'honneur de Saint Thiébault vit le jour à Thann et que la tradition consistant en la crémation de 3 sapins se perpétue chaque année.

Nous pouvons alors nous demander comment peut-on inclure les personnes atteintes de troubles psychiques sur un territoire donné, pour qu'ils prennent part à la vie de la cité?

Par conséquent, dans quelle mesure la création d'un Groupe d'Entraide Mutuel (GEM) favorise-t-elle l'inclusion sociale pour les personnes en situation de fragilité à Thann?

Dans un premier temps, nous allons étudier en quoi la création d'un GEM est un outil d'insertion socio-professionnelle, puis dans un second temps nous allons analyser l'engagement des adhérents qui serait un facteur d'inclusion sociale.

## Méthodologie

### I. Représentations

Nous avons choisi d'effectuer notre monographie territoriale à Thann, car nous étions attirés par la notion de troubles psychiques et par la commande qui est de créer un Groupe d'Entraide Mutuel (GEM) sur ce territoire, pour les personnes prises en charge au Centre Psychothérapeutique de Jour (CPJ). De plus pour la plupart des personnes du groupe, cette ville leur était inconnue.

Pour certains, les troubles psychiques qui relèvent de la psychiatrie étaient méconnus, de ce fait un travail de recherche a été effectué pour mieux comprendre les personnes accueillies au CPJ. Les troubles mentaux se définissent comme « un vaste ensemble de problèmes dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportement et de rapport avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dû à l'abus de drogues, la plupart de ces troubles se traitent. », selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

À notre arrivée, nous sommes allés chercher une carte à l'office du tourisme et à la mairie car nous trouvions pertinent de nous rendre compte de la dimension du territoire. Nous avons pu observer qu'il y avait plusieurs représentations de Thann car ils nous ont donné deux cartes différentes: une plutôt centrée sur la ville en elle-même et l'autre avec une vue plus aérienne qui comprenait les villages aux alentours. Nous avons décidé de faire un repérage des lieux en allant directement voir le CPJ et nous nous sommes fait surprendre par son apparence, en effet ce dernier faisait penser davantage à une maison de maître qu'à un hôpital. Cela a donc démantelé nos visions qui étaient plutôt traditionnelles c'est-à-dire que nous nous attendions à un hôpital avec comme couleur dominante le blanc, un bâtiment plutôt neutre avec une architecture « massive » et froide.

Pour avancer dans nos observations tout en ayant la définition en tête du « Territoire » qui est, d'après le nouveau dictionnaire critique de l'action sociale: « L'idée de territoire implique à priori un espace circonscrit, suivant des frontières. Il s'agit d'un ordre projeté sur une étendue de terre, qui rend celle-ci dépendant d'un Etat, ou d'une collectivité, suivant une juridiction. [...] La délimitation d'un territoire relève aussi du droit, et donc d'un marquage de l'espace suivant une propriété et un



ordre. Mais selon un point de vue sociologique, le territoire renvoie d'abord à un espace vécu, voire, suivant une perspective plus économique, à un bassin de vie. » (Barreyre et Bouquet, 2006 : 574)

Il nous semblait important de bien comprendre cette notion pour bien délimiter le territoire d'action afin de pouvoir bien mener notre investigation.

Pour pouvoir avoir une vue d'ensemble de Thann et nous imprégner de l'environnement, nous nous sommes rendus à « L'œil de la sorcière » qui est un monument historique du XV<sup>ème</sup> siècle dominant la ville. Nous avons constaté une nette distinction entre « l'ancien », assez médiéval, et le « nouveau » Thann, grâce à cela nous pouvions également voir l'augmentation de la population et son développement urbain. Cette visite souleva beaucoup de questionnements et nous donna envie d'en savoir plus, c'est pour cette raison que nous avons pris rendez-vous avec le responsable des archives de la ville qui est aussi le directeur du Musée de Thann.

## II. Histoire de Thann

Durant ces entretiens, il nous a expliqué qu'il y avait plusieurs périodes historiques assez importantes, comme le XV<sup>ème</sup> siècle, période de pèlerinage, et le XIX<sup>ème</sup> siècle avec l'ère industrielle. Elle était la 4<sup>ème</sup> ville la plus importante d'Alsace grâce à ses industries chimiques, toujours en activité: c'est la plus vieille usine chimique de France qui fonctionne toujours à l'endroit où elle a été conçue, et ses usines textiles qui ont ramené une grande population ouvrière. Son plus grand pic de population était en 1861 avec 8 864 jamais égalé à ce jour contre 8000 environs en 2018.

Nous avons rencontré une première personne dite ressource car, d'une part, c'est un habitant qui connaît bien la ville, et d'autre part car il nous a apporté des éléments supplémentaires sur l'histoire de Thann. Il y avait 4 grandes distilleries dans la ville au XIX<sup>ème</sup> siècle et les habitants étaient plutôt partisans des bars et de l'alcool. Cet habitant de Thann a édité un livre « Bières-Vins liqueurs-spiritueux THANN » qui est vendu dans l'office de tourisme. Cette information nous a amené vers une hypothèse, nous nous sommes posés la question si l'alcool, vraiment présente à l'époque, pouvait avoir eu une influence sur les troubles psychiques. Personne n'a pu répondre à cette question, cependant nous savons à présent que les addictions peuvent être liées aux troubles psychiques. Cette réponse nous la détenons du Centre de Soins et d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie (CSAPA) qui est une antenne du CAP situé à Thann.



Cet habitant nous a également apporté la réponse à notre questionnement par rapport à l'apparence du CPJ, nous savons que c'était une villa occupée par le directeur de l'usine à gaz qui était basée juste à côté de la villa. Le CPJ de Thann est une antenne de Rouffach depuis 1991. Ils ont choisi de s'implanter à cet endroit car la villa était disponible et assez spacieuse et qu'en plus la gare y est très proche mais également selon les politiques d'ouverture hospitalière en vigueur à l'époque, tournées vers l'extérieur, plus précisément vers l'extra-hospitalier.

La gare de Thann est un élément central de la cité et grâce à son passé industriel, la voie ferrée était la 3ème plus grande de France ce qui permet de nos jours d'avoir un moyen de transport autre que la voiture reliant les villages de la vallée avec rapidité. D'autant plus que plusieurs personnes suivies au CPJ sont en incapacité de se déplacer par leur propre moyen en voiture, dû aux effets secondaires de leurs médicaments entre autre, il semblait important de pouvoir accéder à un autre moyen de locomotion assez facilement. La notion de mobilité est assez importante dans ce territoire qui est la vallée de Thann.

### III. Groupe d'Entraide Mutuel (GEM)

Lors de la présentation de la commande avec la cadre de santé du CPJ de Thann, plusieurs d'entre nous ne savaient pas ce qu'était un Groupe d'Entraide Mutuel. Nous savions tous ce qu'était un hôpital de jour donc nous pouvions imaginer quel type de public serait susceptible d'être au GEM mais nous n'avions pas d'informations sur les missions et sur le mode de fonctionnement de celui-ci. Nous avons pu cependant effectuer des recherches sur ce qu'était le GEM et dans quoi il s'incarne.

« Un GEM est introduit par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, les GEM sont des dispositifs essentiels dans le paysage de la compensation du handicap et de la restriction de la participation à la vie sociale. Le GEM est un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grandes fragilité. » (CNSA, 2017 : 4). A travers notre enquête, nous avons pu voir que l'organisation d'un GEM est sous forme associative et constituée de personnes ayant les mêmes troubles de santé et reposent sur la « *pair-aidance* » c'est-à-dire des pairs, des personnes en situation de fragilité rencontrant des difficultés analogues. Les GEM permettent de se soutenir mutuellement et de s'ouvrir sur l'extérieur.



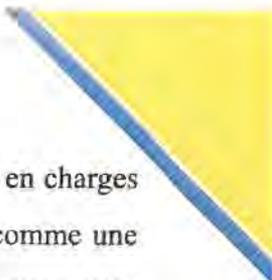
Comme dans une association, ceux-ci doivent adhérer et sont donc des « adhérents » et non des « usagers » comme dans les structures médico-sociales ou encore des « patients » des structures sanitaires. De plus en plus de GEM se développent sur les différents territoires commandités et financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à hauteur de 77000 euros.

Deux membres du groupe ont servi de personnes ressources car elles avaient déjà fait un stage dans un GEM, elles ont pu alors étayer notre curiosité. Suite à leurs explications et désirant découvrir par nous-même ce qu'était un GEM, nous nous sommes naturellement dirigés vers le GEM « La Navette » situé à Mulhouse. Cette visite nous a apporté les réponses à nos questionnements sur son fonctionnement et ses apports en terme social et politique. Lors de cet entretien, nous nous sommes rendus compte de l'importance de l'accessibilité, la localisation et l'environnement sécuritaire et le parrain. Le parrain doit être un soutien plus qu'un gestionnaire au sein du GEM.

Au vu des recherches et des entretiens que nous avons eu auprès du président du GEM « La Navette » de Mulhouse et avec la présidente du GEM « La Source du Florival » à Guebwiller, nous avons eu des précisions sur le public qui peut adhérer au GEM. En effet, à « La Navette » les adhérents sont essentiellement des personnes atteintes de maladies psychiques avec des troubles associés (schizophrénie, bipolarité, etc...) mais étant stabilisés.

Par contre, à « La source du Florival », il y a plus de diversité entre les adhérents, ce sont des personnes isolées dans le sens relationnel, pouvant être des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies psychiques avec des troubles associés. Le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale considère les personnes isolées d'après une étude de l'Observatoire de la fondation de France « comme étant en situation d'isolement relationnel, les personnes qui n'ont pas ou peu de relations sociales au sein des cinq réseaux sociaux suivants: réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial » (Fondation de France, 2013: 2)

Le public accueilli peut donc être différent en fonction des GEM, même si la mission principale est d'accueillir les personnes atteintes de maladies psychiques. Pour rappeler notre commande qui est la création d'un GEM à Thann, nous nous sommes renseignés sur le public qui serait susceptible d'y adhérer, c'est pour cela que nous sommes allés prendre rendez-vous avec plusieurs partenaires tels que le CAP, le Contrat Social Multipartite (CSM), le Centre Communal d'Action Social (CCAS), de Thann et Cernay, gérés par la marie, et le CPJ.



Nous en avons déduit qu'il serait pertinent d'y accueillir également les personnes prises en charges par le CAP car elles peuvent être en situation d'isolement et l'addiction est considéré comme une maladie psychique comme nous l'avions déjà expliqué auparavant. Lors de notre rendez-vous avec la psychologue du CAP (qui est partenaire du CPJ), nous avons relevé que les professionnels sont en demande pour désengorger les centres en ouvrant sur un autre type de prise en charge, la « *pair-aidance* », expliqué un peu plus haut, pour permettre l'inclusion des personnes en situation de fragilité et isolées via leur autonomisation au sein d'un GEM.

#### IV. Cheminement vers la question de départ

Nous avons décidé d'interroger les patients du CPJ car il nous semblait pertinent de connaître leurs avis, leurs besoins et s'ils étaient prêts à s'investir en tant qu'adhérents du GEM. 23 questionnaires ont été recueillis et durant ces entretiens nous avons relevé qu'il y avait de l'enthousiasme pour ce projet, la plupart des personnes interrogées sont plutôt motivées à adhérer au GEM cependant il y a un problème de mobilité pour certains dont le seul moyen de transport est le Véhicule Sanitaire Léger (VSL).

Hors le VSL est pris en charge jusqu'au CPJ pour raison médicale mais cela ne sera pas le cas pour se rendre au GEM, n'étant pas un centre de soin. À travers les questionnaires il y a plusieurs notions qui ont émergé. Il nous semble alors important de faire la distinction entre celles-ci, notions gravitantes autour des termes « territoire » et « GEM », telle que la mobilité. Généralement, la mobilité « couvre un large spectre de mouvements physiques s'exprimant à travers des temporalité diverses. L'on peut être debout, affalé, en train de marcher ou de se livrer à l'escalade, en train de danser ; le mouvement peut aussi s'effectuer au moyen de la technologie : bicyclette, bus, voiture, train, bateau, avion, fauteuil roulant, béquilles. » (Urry, 2005 : 26)

Nous sommes fortement intéressés à ce terme car il est ressorti plusieurs fois durant nos entretiens menés quand nous questionnons le territoire et nous avons constaté que c'était un véritable frein pour les personnes accueillies au CPJ. Le manque de mobilité (dans le sens de se déplacer donc d'aller d'un point A à un point B) nous a soulevé beaucoup de questionnements à propos des situations que les personnes peuvent rencontrer face à ce problème.



Par exemple, le manque de mobilité pourrait être, selon nous, une forme d'exclusion car durant les questionnaires que nous avons menés auprès des patients du CPI, nous avons remarqué que les personnes qui manquaient de moyen de transports étaient plus réticentes à adhérer à ce projet.

Il est donc nécessaire de définir également l'exclusion qui est « un processus et un état. Dans une acception sociologique, le concept d'exclusion se situe d'emblée à un niveau macro social : l'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut de la cohésion sociale globale ; dans une acception plus individualisée, l'exclusion est le produit ou le résultat d'un défaut d'insertion ou d'intégration. Il est alors possible de définir l'exclusion comme un ensemble de mécanisme de rupture tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (rupture des différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux). » (Barreyre et Bouquet, 2006 : 249)

Ce cheminement nous a poussé à réfléchir à la question de l'insertion puisque le but du GEM, est de lutter contre l'isolement et sa création permet d'une part d'insérer les personnes en son sein et d'autre part, d'inclure les adhérents dans la société. Cette notion nous a posé problème car elle renvoie souvent à l'insertion professionnelle, or ici ça serait plus dans le sens d'insertion sociale, ou socio-professionnelle que celle-ci est pertinente. Puis également, nous ne savions pas clairement la distinction entre insertion et inclusion, nous avons donc décidé de les définir pour mieux les comprendre. Ce que nous pouvons comprendre c'est que l'insertion sociale est comme une « action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement ». (IIDRIS, 2014). Autrement dit, l'insertion est un « processus au terme duquel un individu ou un groupe devient membre d'un ensemble social donné et participe à son fonctionnement collectif. Une insertion professionnelle désigne par exemple le processus par lequel les individus accèdent à l'emploi et s'intègrent au monde du travail. » (Igal, 2008)

L'insertion sociale résulte d'une part par l'interaction d'un individu avec son environnement et d'une autre part, la capacité de celui-ci de créer du lien et de devenir membre d'un collectif. C'est pour cette raison que nous avons sélectionné ces définitions car elles correspondent à la création du GEM, les adhérents interagissent avec l'environnement qui les entoure en créant des liens les uns avec les autres et ils deviennent membres d'une vie collective.



La notion d'inclusion est également pertinente et en rapport avec notre commande, car elle permet d'inclure les adhérents de façon plus globale dans la société, elle découle de l'insertion. L'inclusion est l'antonyme de l'exclusion et le GEM tend à lutter contre l'exclusion sociale grâce à ses activités vers l'extérieur et la vie en communauté au sein même de ses locaux.

Nous pouvons souligner que cette insertion ce fait notamment via leur changement de statut, passant de « personne en situation de fragilité » au statut d' « adhérent », mais également par l'élargissement de la norme, leur permettant en fin de processus, via leur engagement dans le GEM, s'inclure et donc d'« entrer dans la normalité toute personne quelle que soit sa déficience, en posant comme principe l'interaction entre la personne et l'environnement. Sur le plan anthropologique, cela signifie que tout le monde est « normal » en droit, quel que soit l'écart à une pseudo-norme qui serait définie par une moyenne de performance dans une population. La norme, c'est-à-dire la frontière d'inclusion, est élargie à tous. » (Le Capitaine, 2013 : 126).

Pour que le GEM puisse accomplir sa mission, et perdurer dans le temps, cela demande plusieurs formes d'investissement aux adhérents telles que la prise d'initiative et surtout de l'engagement. S'engager « c'est donner un gage personnel et donc mettre en jeu une part importante de soi. Cela peut être le résultat d'une démarche idéologique du respect déontologique professionnel, être une forme de militarisme. » (Barreyre et Bouquet, 2006 : 223-224). En effet, ce sont les adhérents qui sont acteurs de la vie en collectivité au sein de la structure, c'est eux qui proposent et qui mènent les activités qu'ils veulent mettre en place. C'est de l'investissement personnel, individuel, dans et pour le collectif, donner de soi, s'engager et s'y tenir, avoir une certaine rigueur.

Tous ces éléments nous ont amené vers une question centrale et qui serait en lien avec la commande initiale: dans quelle mesure la création d'un GEM favorise l'inclusion sociale des personnes en situation de fragilité à Thann?

## 1. La création d'un GEM, est un outil d'insertion socio-professionnel.

### 1.1. Le manque de mobilité, un facteur d'exclusion sociale.

L'article 13 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Nations Unies (1948) indique que « Toute personne a le droit de circuler librement ». «Le générique « Mobilités » couvre un large spectre de mouvements physiques s'exprimant à travers des temporalités diverses" (Urry, 2005 : 28). Rappelons que l'exclusion sociale est le produit d'un défaut d'intégration ou d'insertion. L'exclusion sociale est d'ordinaire analysée à travers 3 domaines : le logement, la formation et la santé. La mobilité n'étant pas intégrée à travers ces 3 domaines, la question du lien entre la mobilité et l'exclusion sociale nous apparaît importante.

Le territoire que couvre le CPJ de Thann (qui s'étend de Cernay à Kruth en englobant Masevaux) (cf. Annexe 1) se trouve sur une zone à dominance rurale. Les territoires ruraux sont des territoires où l'usage de l'automobile est rendu indispensable par de faibles densités d'occupation, de faibles densités de services et par de faibles services de transports autres que scolaire (Orfeuill, 2010 : 8). À l'aide de recherches sur les transports en commun desservant Thann, plus particulièrement le CPJ, nous avons pu constater une faible mobilité pour le secteur Thur-Doller. Hormis le TER effectuant le trajet Mulhouse-Kruth qui passe toutes les heures, le reste des transports en communs est « précaire » et traduit une possibilité de mobilité via les transports en communs très basse. (cf. Annexe 2) Il est important de préciser que des mouvements sociaux perturbent fortement le trafic du TER, rendant la mobilité encore plus difficile. Nous avons rencontré l'un des assistants de service social, intervenant au CPJ de Thann mais également couvrant le secteur de Masevaux a pu nous confirmer que la mobilité était difficile dans ce secteur, notamment quand les personnes n'ont pas elles-mêmes ou dans leur réseau personnel, une personne ayant le permis de conduire.

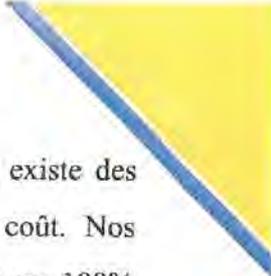
On constate que la mobilité via les transports en communs est faible, mais il existe d'autres moyens que les transports, que les transports en communs. Après avoir effectué des questionnaires à destination des usagers du CPJ afin d'avoir plus d'information sur eux et leur quotidien, nous avons constaté que peu de personnes utilisent des moyens de transports personnels, tel que la voiture, le vélo, etc...



Nous nous sommes demandés pourquoi aussi peu de personne ? La réponse qui s'est imposée était les effets secondaires des principaux médicaments administrés aux patients du CPJ (neuroleptiques, axiologiques, sédatifs, psycho-stimulants, antidépresseurs...) qui sont pour la plupart des nausées, vertiges, sédatations (certains médicaments sont d'ailleurs déconseillés à la conduite) et les symptômes liés aux principales pathologies telles que les troubles anxieux et phobiques, la dépression, la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, les troubles du comportement, les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), etc. Dans le cadre de l'obtention d'un permis de conduire, la personne doit posséder un avis médical qui détermine si elle est apte à conduire ou non. Attention, en cas de conduite sans autorisation, la responsabilité civile et pénale du conducteur peut être mise en cause après un accident. De plus, les capacités motrices de certains usagers sont affectées. L'aptitude à la mobilité est donc une affaire de compétences : les usagers doivent être capables de réaliser un trajet mais également d'avoir une connaissance des lieux, des transactions nécessaires, du fonctionnement des transports... Certaines personnes utilisent les ambulances, les taxis, les VSL et il est important de rappeler que ces trajets sont très coûteux et ne sont remboursés uniquement pour leurs allers et venues au CPJ, ou dans un but médical.

Les usagers du CPJ ont donc beaucoup de difficultés dans leurs capacités de mobilité ce qui va entraîner une exclusion sociale au-delà de celle que leur maladie implique comme la stigmatisation, le manque de relations (amicales, amoureuses), l'absence de travail (qui participe fortement à sortir de l'exclusion). On peut qualifier les personnes souffrant de troubles psychiques comme dans l'impossibilité ou dans la difficulté de se créer des compétences sociales, notamment à cause de cette mobilité défaillante. Paugam dans son ouvrage « *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté* » parle de « disqualification » qui serait caractérisé par l'absence de réponses adéquates aux exigences sociales. (Orfeuil, 2010 : 8)

Notre société vit sous le signe de la dispersion spatiale et temporelle. En effet, les lieux où les individus se rendent, sont de plus en plus espacés, leurs activités se retrouvent de plus en plus fragmentées, particulièrement en milieu rural. La capacité de mobilité est devenue une norme sociale, et le plus souvent de mobilité autonome via l'automobile, au même titre que lire, écrire ou compter. Elle tend en revanche à marginaliser ceux que la vie a le moins bien dotés en capacité de mobilité. (Orfeuil, 2010 : 9)



La voiture, le tram-train, le ter, le bus ne sont pas des transports gratuits. Bien qu'il existe des réductions SNCF pour les personnes porteuse de handicap, cela reste un certain coût. Nos questionnaires nous ont permis de savoir si les patients du CPJ ont travaillé. Il s'est avéré que 100% des personnes interrogées n'ont pas de travail, elles sont donc bénéficiaires soit de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH, environ 800 euros ), de minimum vieillesse (environ 800 euros), du Revenu de Solidarité Active (RSA, environ 500 euros) ou de l'Aide au Retour à l'Emploi (ARE, en fonction du temps de travail). C'est généralement de faibles revenus. L'aptitude à la mobilité est donc encore plus amoindrie par la pauvreté, considérée comme telle car revenus mensuels inférieurs à 863 euros (Observatoire des inégalités, 2017).

Le manque de mobilité est donc un facteur d'exclusion pour les personnes dont l'aptitude à la mobilité est réduite. Créer un GEM sur le secteur de Thann dans un local permettant l'accès aux personnes dont les capacités motrices sont diminuées serait donc un moyen de pallier au manque de mobilité. En conséquence, de sortir de l'exclusion sociale et de cheminer vers l'inclusion sociale via la mobilité sociale et le changement de statut.

#### 1.2. Mobilité sociale : du statut de personnes en situation de fragilité au statut de personnes engagées

Dans notre société tout individu possède plusieurs statuts. En effet celui-ci est variable selon l'interlocuteur qui se trouve en face. D'après le *Lexique de sciences économiques et sociales*, le statut se définit comme étant la position occupée par un individu en fonction d'un critère socialement pertinent (âge, sexe, profession, revenu...). Chacun de ces statuts implique des droits et des devoirs (exemple d'un chef de service, qui par son statut (professionnel), à un certain nombre de responsabilités auxquels il doit répondre). (Piriou, 2007 : 107)

Il nous paraît important de faire la distinction entre le statut et le statut social. En effet, un individu à plusieurs statuts mais n'a qu'un statut social. Celui-ci est la résultante de ses derniers c'est-à-dire qu'il s'établit suite à la conjugaison des différents statuts. Par exemple, on peut déterminer que « personne en situation de fragilité » est un statut.



La notion de personnes en situation de fragilité est un terme assez vaste qui fait référence à plusieurs publics. Dans ces différents publics, nous retrouvons les personnes en situation de handicap, les patients des structures sanitaires/ hospitalières, les personnes accompagnées par des structures médico-sociales aussi appelées « usagers », des malades non suivis comprenant à la fois les maladies physiques ou encore psychiques. Sans oublier les personnes isolées, précarisées et en difficulté. La notion de difficulté employée ci-dessus, s'utilise dans son sens le plus large.

Durant notre recherche, nous nous sommes beaucoup questionnés sur tout ce qui gravitait autour de la notion « de personnes en situation de fragilité ». Très vite nous avons pu distinguer deux approches bien différentes : l'approche dimensionnelle et l'approche catégorielles.

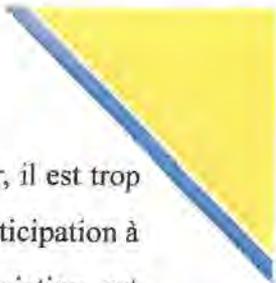
L'approche catégorielle, c'est le fait de classer/ ranger par catégorie (la catégorie représente ensemble de personnes de même nature ou genre). Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (connu sous le nom DSM IV) est un des exemples d'une approche catégorielle utilisé dans les structures médicales traitant de la psychiatrie. Dans ce dernier nous retrouvons la classification des différents troubles mentaux. Toutefois, l'utilisation de ce manuel permet visibilité du personnel médical. De même pour la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) qui classe les individus en fonction de leur exercice professionnelle.

Nous nous sommes tout de même intéressés à la catégorie socio-professionnelle à laquelle appartenait chaque patient du CPJ interrogé à l'aide du questionnaire établie en début de monographie (cf Annexe 3).

Nous remarquons qu'ils représentent pour la majorité la classe ouvrière (31,3%, voire annexes pourcentages des catégories socio-pro). A contrario, l'approche dimensionnelle, permet de prendre la personne dans toute sa globalité sans faire de distinctions spécifiques.

L'intégration à un GEM, c'est pouvoir se rendre avec ses défauts et ses qualités mais aussi avec ses capacités et ses faiblesses. De fil en aiguille, l'adhésion pourra être envisagée par la personne en fonction de son intégration et de la réponse que lui apporte ou non le GEM. Cette possibilité d'adhésion permettrait donc de changer de statut ; de passer de personne en situation de fragilité au statut de personne engagée. L'engagement c'est l'investissement ou encore l'implication d'une personne au sein d'une structure ou d'un organisme

Le mécanisme permettant le passage d'un simple statut vers un statut social est la mobilité sociale. Se mouvoir socialement, c'est de circuler entre les positions sociales.



Le CSP est fréquemment utilisé comme appui. Néanmoins, il peut s'appliquer à tous car, il est trop nominatif et catégorisant. En effet, il se construit sur le fait que le travail ou encore la participation à la vie active ne se basent uniquement sur un sens social. Or le bénévolat au sein d'association, est tout autant être actif et peut s'inscrire dans la vie active.

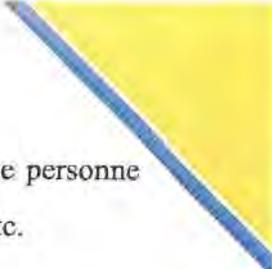
Dans notre société de manière générale, la mobilité sociale n'est mobilité sociale que si elle s'effectue verticalement ; c'est-à-dire passer d'ouvrier à cadre. Néanmoins cette évolution n'a pas toujours lieu dans ce sens. Il existe aussi la mobilité sociale horizontale. Elle consiste dans le cas des personnes en situation de fragilité, d'évoluer positivement dès leur adhésion à un GEM. Dès lors elles passent de patients, usagers à adhérents.

L'adhérent peut se définir comme quelqu'un qui adhère à quelque chose. Autrement dit il est d'accord avec la politique, le système, le fonctionnement de ce à quoi il se raccorde ou se lie. Le groupe d'entraide mutuelle est un outil à la mobilité sociale car il peut permettre d'enlever toutes les « étiquettes » auxquelles peuvent être assignées les personnes en situation de fragilité.

Intéressons-nous à la définition de la mobilité sociale, tirée du *Lexique de sciences économiques et sociales* ; « Circulation des individus entre les positions sociales (en pratique les CSP) ». Autrement dit la mobilité sociale est un concept permettant de passer d'un statut à un autre. Contrairement au statut qui est un terme utilisé de manière individuelle. (Piriou, 2007 : 73)

Le manque de mobilité sociale peut également être un facteur d'exclusion sociale car il est stigmatisant pour la personne concernée. En effet, le statut peut « enfermer » les personnes dans la position dans laquelle elles se trouvent, par exemple étiquetées de personne malade ou encoure de « fou » par quelques personnalités de la ville notamment., voire par les personnes elles-mêmes malades.

Nous tenons à relever qu'au cours des échanges avec les patients du CPJ, ceux-ci ne se définissaient pas par leur statut mais bien par leurs capacités. En effet, ils évoquaient pour la plupart leurs activités préférées et ce qu'ils savent faire, ou encore le nombre d'enfants et de petits enfants qu'ils ont entre autres.



Comme nous l'avons définie précédemment, l'insertion a pour démarche d'intégrer une personne dans un environnement adapté. Cela peut être un groupe, une association, une structure etc.

En effet, pour que cette insertion s'effectue, l'individu doit s'intégrer dans son environnement. Pour commencer, nous avons pu constater que la mobilité (le fait de se mouvoir) était un élément important. Sans moyens de transport, le taux d'isolement est plus élevé. Cependant, l'intégration se déroule également à travers l'environnement. Dans le cadre du GEM, celui-ci propose des initiatives afin que l'évolution de l'individu se réalise dans un milieu qui le favorise. Par exemple, les échanges entre adhérents autour d'un café permettent d'engendrer la socialisation ce qui crée un point d'encrage.

De plus, les activités accentuent cette socialisation tant à l'intérieur de l'association qu'à l'extérieur. Ce cheminement dirige l'adhérent ayant un statut de personne en situation de fragilité vers un statut de personne engagée. L'engagement permet à une personne d'être un moteur dans la structure et d'être considérée comme une personne à part entière ayant des capacités, etc. et non comme une personne ayant des difficultés. Cette évolution décrit la mobilité sociale. Nous pouvons terminer en disant que la création d'un GEM, est un outil d'insertion socio-professionnel grâce à un cheminement élaboré qui prend du temps mais qui peut cependant aboutir à l'épanouissement de la personne en situation de fragilité.

Si nous regardons ce cheminement de façon logique, nous constatons que de l'insertion découle l'inclusion. Démontrons la différence entre ces deux notions. L'insertion a pour action d'intégrer une personne dans un environnement (GEM), alors que celui-ci s'inclut dans la société par la suite. L'inclusion est au contraire le groupe qui s'intègre dans la société et qui par la suite permet l'inclusion de la personne. Lorsque ces étapes sont abouties, l'inclusion sociale s'achève et l'individu est acteur de la cité.

Toutefois, comment cette inclusion sociale s'ancre-t-elle dans la société ?

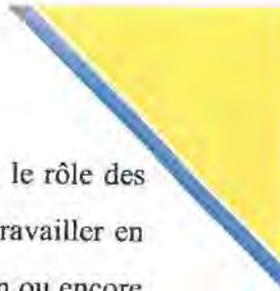
Pour mieux comprendre cette inclusion, nous allons nous pencher sur l'accompagnement des personnes qui évolue vers leur autonomie puis sur l'engagement des adhérents qui est l'aboutissement vers l'inclusion sociale dans la société.

## 2. De l'accompagnement à l'insertion socio-professionnel à l'engagement des adhérents, vers un facteur d'inclusion social.

### 2.1. De l'accompagnement à l'autonomie.

Lorsque nous sommes allés au CPJ, nous nous sommes rendu compte que les activités quotidiennes sont proposées et encadrées par les professionnels médico-sociaux. Cela ne leur offre peut-être pas assez d'autonomie. Selon le *nouveau dictionnaire critique d'action sociale* l'autonomie vient de « [...] Sa source étymologique grecque (autos: « soi-même », et nomoi: « lois »). Elle désigne la capacité, la liberté et le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi-même, qu'il s'agisse d'une peuple, d'un Etat ou d'un individu. L'autonomie ne doit pas être confondue avec l'anarchie, nie avec l'autarcie absolue. » (Barreyre et Bouquet, 2006 : 90). Nous avons eu aussi un rendez-vous avec l'animatrice du Contrat Social Multipartite (CSM), Bénédicte Roulot. Lors de cet entretien, elle nous a expliqué que pour les activités, cela est discuté et réfléchi directement avec les patients. Selon nous, cela amène à tendre vers plus d'autonomie de la part des personnes accompagnées. Enfin, quand nous sommes allés visiter le GEM La navette de Mulhouse et le celui de Guebwiller La source du Florival, le constat a été qu'ils ont besoin de l'engagement des personnes. En effet, les GEM sont des associations où il y a seulement un professionnel salarié, généralement un animateur ou un travailleur social. Donc, toute la gestion du GEM est gérée par les adhérents, ce sont eux qui proposent et mettent en œuvre les activités, avec le soutien du professionnel salarié s'ils rencontrent des difficultés. C'est pourquoi, la création d'un GEM serait bénéfique, afin d'encourager les personnes au maximum vers l'autonomie. Effectivement selon nous, le but de l'accompagnement social n'est pas de faire à la place des personnes, mais de tendre vers une forme d'autonomie permanente. Il est alors important de définir, l'accompagnement social.

« Ce mot est d'utilisation récente en Travail Social. Sa racine latine est : ad - mouvement cum panis - avec pain, c'est-à-dire, « celui qui mange le pain avec ». Ce vocable renvoie également aux termes de compagnon et copain, qui sont utilisés pour signifier les liens de proximité entre des personnes. En espagnol, dérive aussi de cette racine le mot « compartir » qui veut dire partager. Accompagnant et accompagné partagent le pain, font côte à côte, ensemble, un bout de chemin... » (Robertis, 2005)



Afin que ce processus d'accompagnement à l'autonomie se déroule le mieux possible, le rôle des partenaires est primordial. À Thann, on y retrouve plusieurs structures susceptibles de travailler en partenariat avec le GEM, tel que le Centre Communal d'Action Social (CCAS) de Thann ou encore le CAP. En effet, nous avons eu un rendez-vous avec la responsable du CCAS qui est aussi un partenaire du CPJ. Suite à un entretien avec la psychologue du CAP, il a été retenu que cette structure est en demande quant à la création d'un GEM sur le territoire Thannois. Cela permettrait de désengorger le centre et d'apporter un soutien aux personnes qui y sont accueillies.

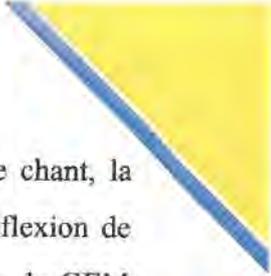
Il y a une notion importante à développer, celle de la « *pair aidance* ». Effectivement cette notion est directement en lien avec le principe du GEM, puisque les personnes en situation de fragilités pourront s'entraider dans ce lieu. Pour être plus perspicace voici une définition de la pair aidance : « « L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. » La ressemblance provient notamment d'expériences communes (parcours de rue, addiction, mauvaise santé mentale...). Un pair affiche son parcours. La dynamique d'intervention est construite entre autre grâce à la proximité entre pair et communauté cible de l'intervention. » (Gesmond, 2006)

Néanmoins, il faut faire attention à ne pas « ghettoiser » les personnes en situation de fragilités dans le GEM. En effet, le but de la notion de « *pair aidance* » n'est pas seulement de les rassembler, mais au contraire d'aider les personnes à sortir vers l'extérieur. Par exemple, lorsque nous sommes allés au GEM La navette, il nous a été dit que pour eux, le rôle des services civiques est très important, puisqu'ils permettent d'accompagner les personnes pour faire des activités en dehors de l'établissement et donc les amener à rencontrer d'autres individus. La navette serait favorable à l'idée d'accueillir des bénévoles tout venant, afin de permettre aux adhérents de se créer un réseau social plus étendu qu'au GEM.

## 2.2. Une inclusion sociale, l'aboutissement de l'engagement des adhérents.

Le GEM est un lieu où les adhérents peuvent se retrouver tous ensemble, échanger, faire des activités, rencontrer de nouvelles personnes. C'est également une association à but non lucratif ce qui signifie qu'elle ne cherche pas à générer des bénéfices. En effet, aucune action n'est mise en place pour générer de l'argent au profit du GEM, à l'exception d'activités ponctuelles comme un voyage par exemple. Bien que l'association obtienne des subventions, 77 000 € par an (qui comprend le ou les salaire(s) du ou des professionnel(s), le paiement du loyer, l'achat du matériel de la vie quotidienne, l'achat de jeux, le paiement des abonnements, le transport etc). Mais également une petite partie pour les activités. Ce sont également les petits coûts qui permettent de faire vivre l'association tels que, l'adhésion au GEM (entre 10€ et 20€) et le fait de pouvoir consommer des boissons sur place (café, soda, thé etc.). Les activités proposées ont également un coût qui reste accessible aux adhérents. La personne qui propose l'activité doit calculer son coût total et demander une participation à ceux qui souhaitent y participer. Tout cet argent ne sort pas du GEM car il sera réutilisé au profit des adhérents.

De ce fait, nous pouvons avancer la notion de « consom'acteurs », (qui provient de notre entretien avec la Présidente du GEM de Guebwiller), qui les définit comme consommateurs et acteurs du devenir du GEM. Nous pouvons en conclure que même les petites dépenses auront une incidence sur la vie quotidienne et collective de l'association. De plus ce sont les adhérents qui doivent proposer et mener leurs activités, cela les aide à progresser dans leur autonomie. L'organisation des activités leurs permet de retrouver une certaine confiance en eux qui a peut-être été oubliée. Les activités peuvent être l'occasion pour les adhérents d'effectuer de nouvelles choses qu'ils ne peuvent pas faire chez eux. Durant nos questionnaires, nous avons pu constater que les personnes étaient intéressées par l'idée de faire plusieurs activités, 75% pour celles du GEM et 73,9% pour les activités du CPJ. L'idée également de se retrouver en groupe, de rencontrer de nouvelles personnes et d'être écouté ont été les éléments qui intéressaient le plus les futures adhérents. En effet, au CPJ être en groupe représente 56,6% de l'intérêt des personnes, 56,5% pour être en groupe, 47,8% pour la rencontre de nouvelles personnes et nous relevons les mêmes chiffres pour le fait d'être écouté. En ce qui concerne le GEM, être en groupe représente 50% des personnes qui le souhaite, 30% pour être écouté et 65% pour les nouvelles rencontres. (cf. Annexe 4).



Nous avons également eu une personne qui nous a proposé des activités telles que le chant, la musique etc. Cet échange était très intéressant car c'est lui-même qui nous a fait la réflexion de vouloir faire des choses qu'il n'avait pas l'occasion de faire chez lui et donc de profiter du GEM pour en avoir la possibilité. Cette personne s'était déjà inscrite, par notre questionnaire, dans une démarche de proposition et en quelques sortes, d'investissement.

Vient ensuite la notion d'engagement qui est très forte et très importante dans cette étude car c'est sur cette base que le GEM peut se créer. Nous pouvons la définir comme la caractérisation des croyances, des opinions d'un individu, qui les défend personnellement, les assume, les revendique publiquement. S'engager à ou dans quelque chose, c'est donner un gage personnel et donc mettre en jeu une part importante de soi. Cela peut être le résultat d'une démarche idéologique du respect déontologique professionnel, être une forme de militarisme. (Barreyre et Bouquet, 2006 : 223-224). Dans notre étude, nous avons relevé que les adhérents doivent s'engager personnellement pour le bon fonctionnement de l'association, d'une part avec un règlement intérieur qui, s'il n'est pas respecté peut entraîner la mise en place de mesures spécifiques, et d'autre part par le fait que l'adhésion signifie un engagement au sein du GEM. Donner un gage personnel, une partie de soi souligne le principe de participation à la vie collective dans une certaine harmonie et avoir une certaine rigueur dans les activités menées que ce soit dans la participation ou dans la proposition.

Vient également une partie importante de cet engagement, celle du comité du GEM qui est composé d'adhérents tel que le président, le vice-président, trésorier, secrétaire etc. En effet, les adhérents qui font partie du comité sont teneurs du cadre et font réellement preuve d'engagement dans leur investissement. Ils peuvent être épaulés par les professionnels mais ont leur mot à dire sur le fonctionnement et sur les choses à revoir. D'après la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, il doit y avoir au moins un professionnel (pas d'obligation d'en avoir davantage) car c'est la personne qui est au cœur de ce projet, autant dans ses besoins que dans le fonctionnement du GEM.



Si les personnes motivées n'y adhèrent pas, ce dernier ne peut pas survivre car c'est un collectif, de plus il permet également aux personnes de reprendre confiance en elles car il les pousse à se faire entendre et à développer leurs capacités via les activités et les groupes de paroles proposés au sein de l'établissement. De l'engagement on peut se diriger vers l'inclusion qui est l'action d'inclure quelque chose dans un tout, c'est-à-dire que l'environnement va s'adapter à ce « quelque chose » qui est, en l'occurrence, les personnes futures adhérents du GEM. L'inclusion selon « l'inclusion vie sociale de l'édition Érès, » caractérise pour le handicap la recherche de potentialités et des besoins des personnes et vise l'adaptation de l'environnement et la participation des différents acteurs, quel que soit le handicap, pour qu'ils aient leurs places dans tous les lieux de la vie sociale ou privée. Elle a pour objectifs la lutte des inégalités sociales, la promotion de l'autonomie et la recherche d'une vie en société plus égalitaire.

Par l'engagement et l'autonomie des personnes, il sera donc plus évident qu'elles puissent s'inclure dans la société par le biais du GEM. En effet, c'est un outil d'inclusion car il est lui-même déjà inclus dans la société et il favorise la transition entre le statut de « personnes en situation de fragilité » à personne engagée et autonome. Il renforce la confiance en soi et permet aux adhérents de retrouver une affinité avec la cité et leur permet de se la réapproprier. Pour certains « insertion, intégration, inclusion » sont des termes identiques alors que pour d'autres, cela signifie une évolution des notions partant de l'insertion à l'intégration, puis allant de l'intégration à l'inclusion. Le GEM pour être inclus, doit être visible par tous, soutenu par les élus de la ville dans laquelle il est situé, et collaborer avec plusieurs partenaires pour pouvoir étendre son activité. Pour en revenir à cette notion expliquée précédemment dans la méthodologie, l'inclusion permet d'inclure les adhérents de façon plus globale dans la société grâce aux activités qui tendent vers l'extérieur et la vie commune au sein des locaux, il semble donc nécessaire de passer par ce cheminement afin d'arriver à cet aboutissement.

En somme, l'accompagnement vers l'insertion socio-professionnelle encourage l'engagement des futurs adhérents et tend vers l'inclusion sociale, luttant contre l'isolement des personnes dites fragilisées.

## CONCLUSION

Pour rappel, la commande qui nous a été soumise était : La création d'un GEM à Thann.

Suite à nos réflexions à ce sujet et notre enquête sur le territoire, nous avons pu voir que la création du GEM serait un outil d'insertion socio-professionnel et que les personnes doivent suivre un processus d'insertion sociale qui tend vers l'inclusion sociale et l'autonomie.

Nous avons pu observer que la mobilité, dans le sens de se mouvoir, se déplacer, mais également dans le sens sociale, passer d'un statut à un autre, est important pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de fragilités. Afin que cette inclusion ait lieu, il y a plusieurs stades à franchir et pour cela les personnes doivent donc passer de l'accompagnement à l'autonomie, tel un processus. En effet, comme nous l'avons détaillé dans l'analyse, le GEM a besoin de l'engagement des adhérents pour fonctionner, et donc tendre vers plus d'autonomie.

Cependant, nous avons pu rencontrer sur le terrain quelques difficultés, entre autre par rapport au territoire d'action quant à la création du GEM, qui devait couvrir toute la vallée de Thann et englober celle de Masevaux. Nous avons constaté que sur Masevaux l'accessibilité y est très difficile, aussi bien sur le point de la mobilité que sur l'accès des informations. Effectivement nous avons essayé de les contacter à plusieurs reprises, mais en vain.

Par la suite, nous nous sommes penché sur la ville de Cernay, où selon nous la création d'un GEM y serait tout autant propice, puisque c'est une ville miroir à celle de Thann. En effet, dans cette ville on y retrouve les mêmes infrastructures, associations, équipements, et leurs organisations sont corrélés et fusionnés. Par exemple, au cinéma, ces deux villes ne projettent pas les mêmes films afin de diversifier l'attractivité de chacune d'elles. (cf Annexe 5)

L'inclusion sociale est de plus en plus une référence globale dont les objectifs sont de lutter contre les inégalités sociales et de promouvoir l'autonomie afin de rechercher une vie en société plus égalitaire.

Le principe de l'inclusion est de tendre vers l'égalité car elle fait partie des valeurs de la République Française avec la liberté et la fraternité, valeurs sociales qui sont très fortes. Ces valeurs sont censés être acquises par tout citoyens, peu importe les différences ou les formes d'handicap. De nos jours nous devons mettre certains outils et certaines actions en place pour l'égalité des droits et des chances et lutter contre l'exclusion mais, nous pouvons nous demander si dans un monde plus égalitaire il serait encore nécessaire de passer par certains processus qui tendent vers l'abolissement des inégalités ?



## BIBLIOGRAPHIE

Barreyre J-Y., Bouquet B., 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard Jeunesse (Travail social).

Le Breton E., 2005, *Bouger pour s'en sortir*, Armand Collin (Mobilité quotidienne et intégration sociale).

Bouquet B, et al., 2015, *L'inclusion*, Érès (Vie sociale, n° 11).

Piriou J-P, Clerc D., 2007, *Lexique de sciences économiques et sociales*, La Découverte (REPÈRES, n° 202).

## WEBOGRAPHIE

De Robertis C., *L'accompagnement : une fonction du travail social*. *OASIS* [En ligne], 2005 [Disponible à l'adresse : <http://www.travail-social.com/L-accompagnement-une-fonction-du>] (Consultée le 02/07/2018).

Orfeuil J-P., *La mobilité, nouvelle question sociale ?*. *SociologieS* [En ligne], 2010 [Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/sociologies/>] (Consultée le 21/06/2018).

SNCF TER Grand Est [En ligne], [Disponible à l'adresse : <https://www.ter.sncf.com/grand-est>] (Consultée le 22/06/2018).

CAF [En ligne], [Disponible à l'adresse : <https://www.caf.fr>] (Consultée le 22/06/2018).

*Que le Rangen te heurte à Thann (68)*. *Petit patrimoine* [En ligne], [disponible à l'adresse : [http://www.petit-patrimoine.com/fiche-petit-patrimoine.php?id\\_pp=68334\\_2](http://www.petit-patrimoine.com/fiche-petit-patrimoine.php?id_pp=68334_2)] (Consultée le 02/07/2018).

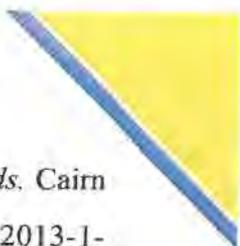
Gesmond T., *La pair aidance*. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) [En ligne], Juillet 2016 [Disponible à l'adresse : [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note\\_pair\\_aidance.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note_pair_aidance.pdf)] (Consultée le 03/07/2018).

CNSA, *Groupes d'entraide mutuelle*. Les cahiers pédagogiques de la CNSA [En ligne], 2017 [Disponible à l'adresse : [https://www.cnsa.fr/documentation/cahierpedagogique\\_gem.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cahierpedagogique_gem.pdf)] (Consultée le 13/06/2018).

Urry J., *Les systèmes de la mobilité*. Cairn [En ligne], 2005 [Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2005-1-page-23.htm>] (Consultée le 15/06/2018).

IIDRIS, *Insertion sociale, intégration sociale*. CNLE [En ligne], Septembre 2014 [Disponible à l'adresse : <https://www.cnle.gouv.fr/insertion-sociale-integration.html>] (Consultée le 13/06/2018).

Igual J., *Lexique de sociologie*. Le web pédagogique [En ligne], [Disponible à l'adresse : <http://lewebpedagogique.com/forumeco/category/sociologie/lexique-de-sociologie/>] (Consultée le 18/06/2018).



Le Capitaine J-Y., *L'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds*. Cairn [En ligne], 2013 [Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-1-page-125.html>] (Consultée le 18/06/2018).

Observatoire des inégalités, *Les seuils de pauvreté en France*. Observatoire des inégalités [En ligne], Septembre 2017 [Disponible à l'adresse : <https://www.inegalites.fr/Les-seuils-de-pauvrete-en-France>] (Consultée le 27/06/2018).

DREES, *Les patients suivis en psychiatrie*. DREES [En ligne], 2016 [Disponible à l'adresse : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>] (Consultée le 03/07/2018).

INSEE, *Personnels et équipements de santé*. INSEE [En ligne], 2017 [Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569382?sommaire=2587886>] (Consultée le 03/07/2018)

Journal du net, *Niveau de diplôme et CSP à Thann (68800)*. Journal du net [En ligne], 2014 [Disponible à l'adresse : <http://www.journaldunet.com/management/ville/thann/ville-68334/csp-diplomes>] (Consultée le 03/07/2018)

## ANNEXE 1

-> TER effectuant le trajet Kruth-Thann et bus effectuant le trajet Sewen-Thann :



## ANNEXE 2

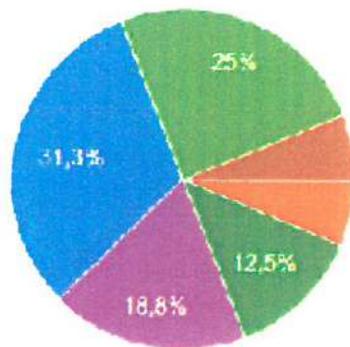
-> Territoire étudié pour la monographie avec point qui représente le CPJ :



## ANNEXE 3

### Si oui, dans quel secteur travaillez-vous ?

16 réponses

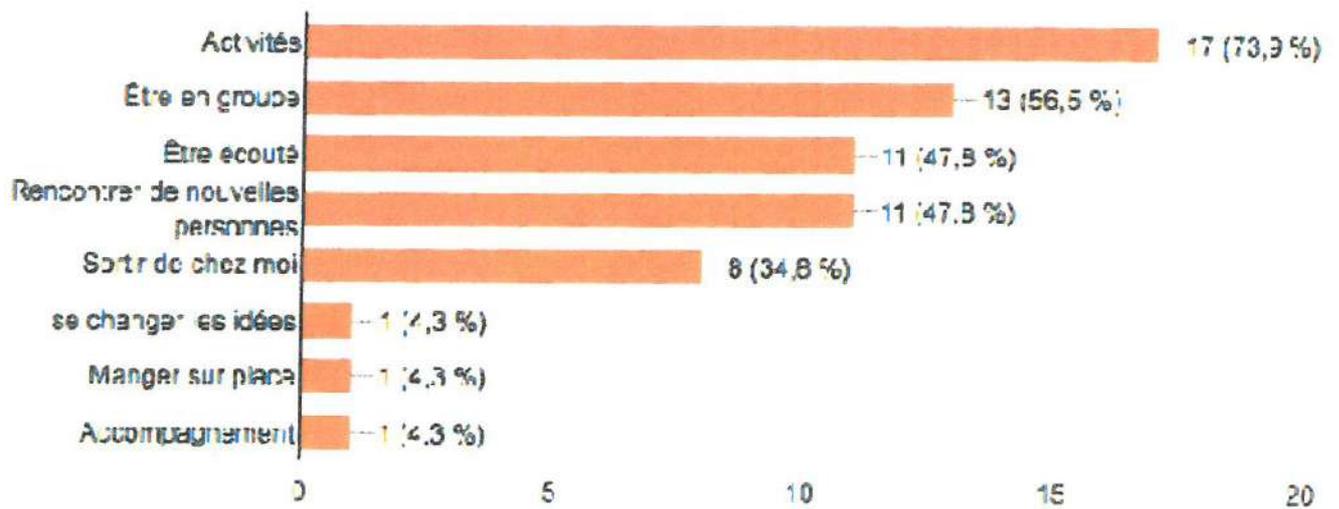


- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles
- Professions intermédiaires (infirmier...)
- Employés
- Ouvriers
- Étudiants
- Retraité(e)
- Demandeur d'emploi

## ANNEXE 4

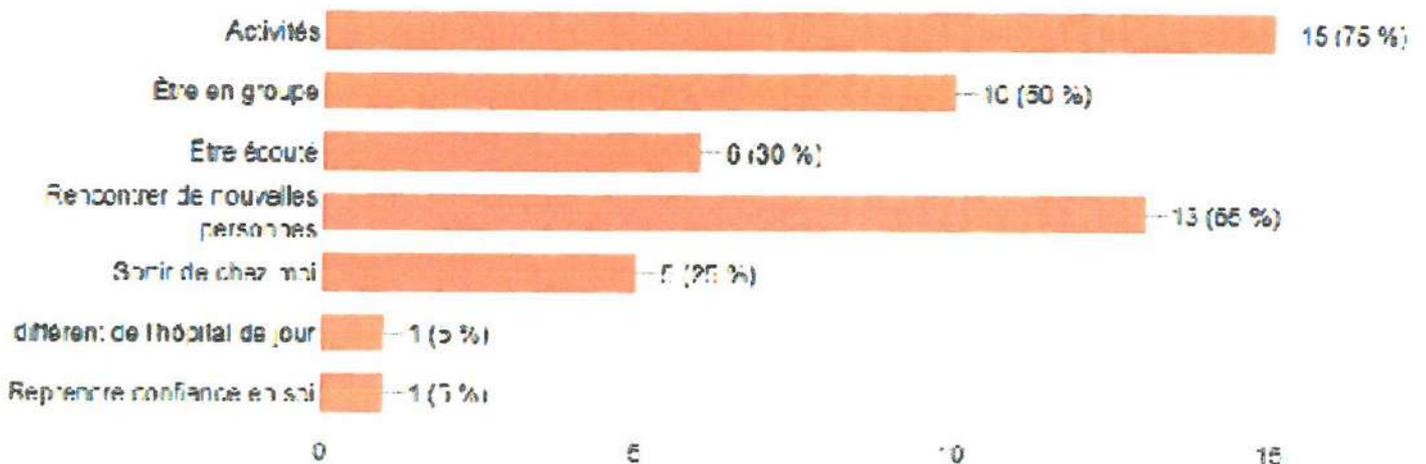
### Qu'est-ce qui vous plaît au CPJ ?

23 réponses



### Qu'est-ce qui serait susceptible de vous intéresser dans le GEM ?

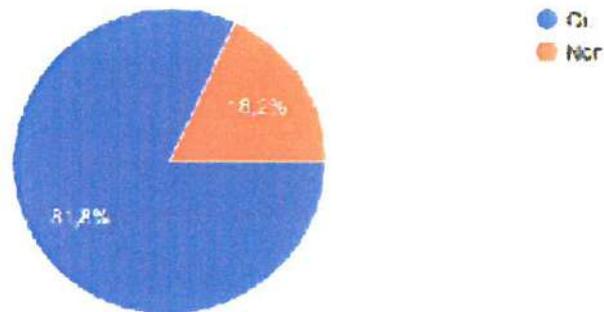
20 réponses



## ANNEXE 5

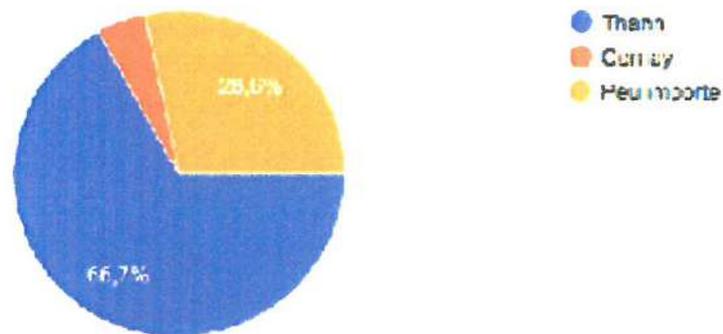
**Si la création d'un GEM se faisait dans les alentours, seriez-vous intéressé d'y adhérer ?**

22 réponses



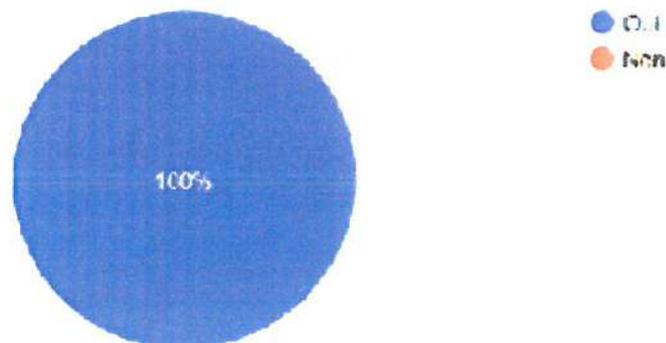
**Préfériez-vous que le GEM soit à Thann ou à Cernay ?**

21 réponses



**Si Thann, seriez-vous prêt d'aller jusqu'à Cernay ?**

11 réponses



OBSERVATION MONOGRAPHIE TERRITORIALE 2018

J'ai eu l'opportunité d'effectuer la monographie territoriale en lien avec le centre psychothérapeutique de jour (CPJ) situé à Thann. Au cours de celle-ci, avec les autres collègues de promotion, nous avons dû mettre en place un questionnaire afin de récolter les différentes capacités, les compétences ainsi que les avis des personnes accueillies en accords avec la commande donnée ; La création d'un groupe d'entraide mutuel (GEM).

Désirant obtenir un maximum de réponses, il nous a été proposé de participer au temps des repas. Temps sur lequel, j'ai décidé de faire mon observation.

Le CPJ de Thann se situe dans une ancienne villa d'un directeur d'usine de l'époque. Ce centre datant de plus de 20 ans, est une des antennes de l'Hôpital de Rouffach. Il accueille environ 300 personnes orientées majoritairement par l'Hôpital de Rouffach mais pas uniquement. Excepté l'hôpital de Rouffach, les orientations peuvent être effectuées par des médecins généralistes, des hôpitaux, des assistants de service social de secteur, à la demande de la famille de la personne concernée ou encore à la suite d'une hospitalisation.

Le CPJ est ouvert du lundi au vendredi dès 8h 30 et jusqu'à 17h30 voire 18h30 le lundi et vendredi.

Hormis les différents rendez-vous médicaux que peuvent avoir les patients, le CPJ propose plusieurs activités dans un but thérapeutique. Ces activités peuvent se dérouler à l'intérieur comme à l'extérieur (en partenariat avec certaines associations par exemple).

Arrivées sur le site avec la collègue, nous nous sommes présentées à l'accueil puis avons patientées dans le couloir avant de nous diriger vers la salle à manger. Cette salle était spacieuse. Elle comptait 4 tables de 4 places et 2 autres tables pouvant accueillir jusqu'à 8 personnes. Les couleurs de celles-ci étaient assez homogènes : gris et bleu clair. Il y avait aussi un grand meuble dans lequel se trouvait quelques ustensiles de cuisine fréquemment utilisés. Le mur de couleur jaune venait égayer cette pièce. L'usage de cette grande salle peut être variable. En effet elle nous a servi de salle de réunion, lors de nos temps de suivi

d'enquête avec la chef de service et la coordinatrice de l'ISSM. Elle permet également aux patients de se divertir (autour d'un café, de jeux ou encore en regardant la télévision) en groupe ou seul.

Au fond de ma pièce se trouvait une caméra, certainement à cause du matériel multimédia installé. Ce matériel était composé d'une radio, de lecteur DVD, des haut-parleurs et beaucoup de câbles.

Durant notre présence, seules les 4 tables de 4 personnes étaient utilisées.

Dans le cadre du repas thérapeutique, les patients viennent déjeuner à midi au CPJ. Chaque personne à un ou plusieurs jours où il doit être présent. Seuls 2 patients, actuellement en appartement thérapeutique, doivent y être tous les midis. Ces appartements préparent les individus concernés à vivre seul dans leur propre logement et d'être prêt dans la gestion et l'accomplissement des actes de la vie quotidienne au maximum.

De manière générale, ceux et celles qui sont présents au repas, restent également pour les différentes activités (vannerie, jeux de société, proposées qui démarrent dès 14 heures. Toutefois si un jour ils ne peuvent rester pour certaines bien précises et discutées avec les responsables suivi de leur accord, ils sont libres de partir.

A leur arrivée au CPJ, les patients circulent librement en toute connaissance des limites à ne pas franchir. En effet, ils peuvent aller aux toilettes ou se rendre directement à la salle à manger mais ils savent également qu'ils ne peuvent pas aller dans les bureaux des professionnels s'ils ne sont pas conviés à s'y rendre. Pour éviter de se retrouver dans des situations délicates et par mesure de sécurité, chaque pièce est automatiquement verrouillée. Seuls l'accueil (sauf lors des pauses) et la salle à manger sont en accès libre.

Dans la salle à manger, les patients prennent place en fonction des affinités qui les lient. Sur chaque table nous retrouvions une carafe d'eau pour l'ensemble des personnes quelle comportait, un verre ainsi que des couverts et des serviettes par personne.

Entre les différentes tables, peu de communication. De même en ce qui concerne la conversation entre toutes personnes présentes (patients, soignants et nous).

Il y avait beaucoup plus d'hommes que de femmes ; à raison de 5 hommes contre 3 femmes sans compter les quelques soignants présents eux aussi, (présents au nombre de 6) majoritairement féminins.

# Grilles d'observation de la monographie territoriale

Anthony Haenn , ASS 1

## 1. Définir la situation à observer :

L'entretien mené c'est passé dans le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) « La navette » Mulhouse. La structure se trouve non loin de l'arrêt de tramway intitulé « mairie », elle se trouve au rez-de-chaussée un immeuble.

Les objectifs principaux des GEM sont de lutter contre le phénomène d'isolement, de favoriser l'épanouissement individuel et collectif en donnant aux adhérents la possibilité de prendre des initiatives et des responsabilités. Ainsi, l'organisation et le fonctionnement des GEM sont fondés sur les idées et les compétences des adhérents, avec le soutien d'animateurs salariés et de toutes personnes intéressées (stagiaires, volontaires).

L'entrée du Gem nous emmène directement dans un lieu très chaleureux : un petit bar est à disposition pour l'achat de café. Des tables sont mises à disposition. Une autre salle à gauche et une salle de jeux, des tables avec différents jeux de société sont mis à disposition. Il y a également une salle de cinéma, un bureau et une salle de stockage. Des travaux étaient en cours.

J'ai été observateur dans la salle de bureau.

## 2. Inventaire des objets :

Mon lieu, qui est la salle de bureau, a été composé de 6 chaises, d'un bureau avec les outils nécessaires comme un ordinateur, une imprimante, des feuilles de papier, des stylos dans un pot, des surligneurs, des stylos des agrafeuses, des ciseaux, un téléphone fixe. Une armoire remplie de classeur et de document étaient également présente.

Des tableaux avec des fleurs étaient présente ce qui rendait à la pièce un aspect plus chaleureux.

Des fleurs rouges et orange dans un bac à fleurs coloré de blanc et noir trônaient sur le rebord de la fenêtre blanche.

### **3. La fréquentation du lieu :**

Les personnes présentes dans le bureau étaient un travailleur social et le président du gem. Le travailleur social travaillait dans la structure et portait soutien au président du gem. Le président, accompagné par ces deux chiens, était là dans un but associatif et l'envie d'aider autrui. J'ai été accompagné par trois de mes collègues de monographie. Le rendez-vous a duré plus d'une heure, plusieurs personnes ont toqué à la porte. Le président du gem a dû s'absenter quelques temps des personnes avaient besoin de son aide.

### **4. Règles formelles et normes en vigueur :**

Le ouvert de 10 à 18h tous les jours sauf le dimanche et le lundi. Le président nous a informés qu'il était quand même rare que le GEM ferme à 18h. Il existe un règlement intérieur et il est possible qu'une personne qui ne respecte pas le règlement un intérieur se voit refuser l'accès au gem.

Une feuille de présence est donnée pour permettre de faire les statistiques de la structure.

Chaque personne peut proposer les activités qu'il a envie de faire, proposer ses idées. Il est important de se respecter les uns des autres et d'écouter.

### **5. Action et Interaction**

Les deux hommes présents ont eu un débit de parole assez similaire. Cependant l'un, le président de la structure ; avait lus son discours sur la présentation et l'utilité d'un GEM et l'autre avait plus son discours sur le côté administratif et partenarial d'un GEM.

J'ai remarqué que ces deux hommes utilisaient un langage franc-parler, voire très familier.

## **Grille d'observation**

### ***1) Le Centre Psychothérapeutique de Jour (CPJ) à Thann***

Le CPJ de Thann fait parti du Pôle 4/5 Lauch-Thur-Doller dépendant du centre hospitalier de Rouffach. Il prend en compte les territoires de Cernay, Thann, St Amarin, Masevaux. Le CPJ de Thann est une structure extra-hospitalière, depuis 1991, composée d'un Centre Médico-Psychologique (CMP, consultations, soins ambulatoires, actions de prévention...), ainsi qu'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et un Hôpital de Jour (HJ) (temps d'accueil avec l'équipe soignante, ateliers d'expression et de créativité, thérapies individuelles ou en groupe...). Un appartement thérapeutique fait partie du CPJ, mais n'a pas le même emplacement géographique. La personne qui a permis son accès est la cadre de santé du CPJ de Thann.

Le CPJ de Thann est une maison de maître ayant appartenu à un directeur de l'usine à gaz de Thann, puis ensuite rachetée par EDF, celle-ci était à vendre situé derrière la gare de Thann, à côté de la route reliant Vieux-Thann et Thann. C'est à deux pas du centre ville et des commodités. Il y a une grande cour ornée d'arbres et un jardin. À première vue, le CPJ de Thann ne ressemble pas à une structure hospitalière « classique » dans le sens où l'on remarque pas que c'est une structure sanitaire, n'ayant pas les codes habituels: couleur blanche, bâtiments massifs et plutôt « bloc »... Et par son intégration architecturale aux autres maisons qui composent la rue. Plusieurs lieux d'observation concernant le CPJ l'extérieur près escaliers de l'entrée et la « grande » salle qui peut faire office de salle à manger, salle de télé ou cafétéria.

### ***2) Inventaire des objets***

Nous pouvons retrouver plusieurs éléments qui composent le CPJ, notamment les voitures blanches de service dans la cour, le banc à droite des escaliers, les cigarettes des patients et le cendrier en face du banc, la porte vitrée, en bois et en fer forgé de l'entrée, le paperboard des activités dans le hall puis la salle à manger composée d'une télévision au coin de la pièce, du menu de la semaine affiché sur le tableau d'affichage à côté de la porte, le buffet/vaisselle, en dessous du tableau d'affichage, et les tables et chaises de la salle à manger. Au sein de cette salle à manger, la capacité d'accueil est de 32 places assises et le même nombre, et un peu plus, debout.

### **3) La fréquentation du lieu**

Les personnes présentes sont les patients, ici au nombre de 12, suivis au CPJ et plus précisément à l'hôpital de jour, ils prennent le repas dans la grande salle dans le cadre de leur prise en charge hospitalière mais également le personnel soignant, composé de 4 personnes, dont il est difficile de connaître leurs rôles et statuts exacts car certains ont des blouses blanches alors que d'autres non,. Le personnel soignant encadre et prend part au repas en s'asseyant aux différentes tables avec les patients. Il y avait également un employé de service hospitalier, en blouse blanche, qui cherchait à la cuisine les plats et les servait aux personnes, celles-ci se levant chacune leur tour suivant l'avancée du repas. Nous étions deux visiteurs occasionnels venus pour faire passer un questionnaire aux personnes présentes à l'hôpital de jour. Nous pouvons voir une majorité d'hommes pour les patients et une majorité de femme pour le personnel soignant.

La durée du repas est de 45 minutes environ, à partir de 12h jusqu'à 13h, moment où les patients sortent pour fumer leurs cigarettes. Le repas est suivi d'un café vers 13h, les activités de l'après-midi démarrant à 14h.

### **4) Règles formelles et normes en vigueur**

Le CPJ est ouvert de 8h30 à 17h30 et le repas est servi à partir de 12h, après l'activité du matin.

Les règles pour mettre la table et débarrasser sont établies selon un planning en vigueur, c'est les patients qui sont mis à la tâches.

Ce planning justement, la suite de discussions avec les patients au cours du repas, qu'il n'est pas respecté car la personne désignée est souvent absente ce jour et c'est donc « *toujours les mêmes* » qui mettent la table et débarrassent. L'employé de service hospitalier amène au fur et à mesure les plats (entrée, plat de résistance, dessert) sur une desserte à roulette et se place devant le buffet dans au début de l'allée centrale de la pièce. Les personnes participant au repas se lèvent et se mettent à la queue avec leur assiettes à chaque plat pour être servie et vont ensuite se rasseoir à leur table, tables composées de 4 personnes.

### **5) Actions et interactions**

Cette « grande » salle peut tout aussi bien servir de salle à manger, lors du petit déjeuner ou du repas, de salle télé, de salle d'activité lors des activités de groupe ou pour les actions collectives, de salle de réunion et de cafétéria pour boire et partager un café. Cette pièce a donc plusieurs usages en fonction des besoins.

Description des interactions entre les personnes avec une attention portée aux éventuelles variations:

### *Le repas de midi*

Nous pouvons observer que les patients en arrivant au CPJ, postés sur le banc à côté de l'escalier, fumaient leurs cigarettes en attendant le repas. Vers 11h45 une personne se chargeait de mettre la table. Cette même personne, qui ne nous a pas adressé un regard quand nous sommes entrées dans la pièce, semblait concentré, il semblait « ailleurs ». Une autre personne, déjà attablé s'est exclamée « Vous venez pour les questionnaires! ». Effectivement, les personnes du groupe de monographie étaient venu les jours précédents dans le même but. Nous l'avons salué et nous nous sommes dirigé vers une table où siégeaient deux personnes, un homme et une femme d'une cinquantaine d'années, des patients. Nous nous sommes présentées et eux également. Le dialogue était facile et fluide, teinté de questions sur notre mission et sur leur présence ici au CPJ. Les tables se remplirent au fur et à mesure et le repas débuta après l'arrivée du groupe « médiathèque » du jeudi, encadré par une infirmière en psychiatrie ne portant pas de blouse blanche, venue tout de suite nous saluer très enthousiaste. Tout le monde était assis en attendant que l'employé de service hospitalier vienne avec la desserte sur laquelle se trouvait l'entrée, un potage. Dans ce mouvement, les patients se levèrent et se mirent à la queue avec leur assiette à soupe afin que l'employé les serve. Le personnel soignant fut servi en dernier. Une fois que tout le monde avait plus ou moins fini l'entrée, le plat de résistance arriva: ratatouille, poisson et croquettes de pomme de terre. Même mouvement de foule que pour l'entrée. L'ambiance de la pièce était chaleureuse mais toutefois indolente, toujours en latence. Il y avait des tables plus ou moins silencieuses, une certaine harmonie entre les soignants et les soignés mais également nous qui nous sommes intégrer dans ce tout. Le dessert arriva, une pomme verte, servit aux différentes tables par un soignant « vous en voulez? » nous a-t-il proposé avec le sourire. Après le dessert, presque toute la salle se vida car les patients sortirent fumer en attendant le café. Seuls le personnel soignant et quelques patients, ceux de service, restèrent dans la « grande » salle.

## Grille d'observation

Pour le stage de monographie territoriale, la commande est la création d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) à Thann. Cette commande vient du Centre Psychothérapeutique de Jour (CPJ) de Thann, et nous a été présenté par Agnès Syren, la cadre de santé.

Le premier jour de stage, nous sommes allés visiter Thann, et en passant devant le CPJ, la bâtisse ne correspondait pas du tout à mes représentations. En effet, je pensais voir un grand bâtiment de couleur neutre comme un hôpital ordinaire, hors le bâtiment ressemble à une grande maison de maître. Un peu plus tard, en faisant des recherches sur l'histoire de Thann, nous avons trouvé pourquoi le CPJ ressemble à une villa. Enfaite, la maison appartenait au directeur de l'usine de gaz qui était basée juste à côté. Lorsque l'hôpital de jour cherchait un bâtiment, celui était libre et assez spacieux pour accueillir du monde. De plus, le CPJ se trouve à proximité de la gare, ce qui en fait un emplacement idéal.

Nous avons des questionnaires à faire passer aux patients de l'hôpital de jour, alors Mme Syren nous a proposé de passer le midi par groupe deux pendant une semaine, afin de manger avec les patients et ensuite de leur poser nos questions. J'ai trouvé ce moment vraiment agréable, le fait d'au préalable pouvoir apprendre à connaître les personnes, dialoguer avec eux, plutôt que faire passer nos questionnaires sans même passer du temps avec eux. Je n'avais pas spécialement de crainte lors de cette rencontre, même si pour moi cela était nouveau, puisque c'est un public que je connais peu.

Le repas a lieu dans la plus grande pièce du CPJ où il y a environ 8 tables, avec 32 places assises selon moi. Dans cette pièce on y retrouve aussi un meuble buffet et dans un coin une télé, puis les murs sont peints de couleur jaunes. Cette salle peut être aussi réservé pour certaines activités où de l'espace est nécessaire. C'est aussi un lieu de rencontre et de partage où les patients peuvent donc manger et prendre leur café ensemble.

Pendant ce moment agréable, il y avait dans la pièce environ 7 patients et 3 professionnels de l'hôpital de jour, je me trouvais à une table avec 2 patientes et une professionnelles, où nous avons pu dialoguer notamment des activités qu'elles ont fait la veille. Les patients vont vers un professionnel du CPJ, qui se tient debout avec un chariot, afin d'être servis. Chaque personne présente était donc là pour manger le repas du midi, qui dura environ 45 min. La circulation des

personnes est libre dans cet espace, aucune place assise n'est attribuée à quiconque, mais j'imagine que certains ont leurs habitudes.

Les horaires sont :

- Lundi : 8h30-18h30
- Mardi : 8h30-17h30
- Mercredi : 8h30-17h30
- Jeudi : 8h30-17h30
- Vendredi : 8h30-18h30
- Samedi : Fermé
- Dimanche : Fermé

Au CPJ toutes les personnes sont normalement stabilisées. Afin que l'organisation puisse être faite correctement par les professionnels médico-sociaux, les patients doivent s'inscrire chaque semaine pour les activités auxquelles ils ont envie de participer, pour la semaine suivante. J'ai pu observer notamment que les patients n'avaient pas accès à toutes les pièces de l'hôpital, et qu'elles sont fermées à clés. Bien sûr, il y a des raisons valables à cela, puisque ce sont soit les bureaux des professionnels, où il peut y avoir les dossiers des personnes, et donc cela relève du secret professionnel. De plus, la pharmacie est aussi fermée, pour des questions de sécurité pour les patients. Lorsqu'un patient a besoin d'un médicament, celui-ci est obligatoirement donné par un professionnel du CPJ, et suivi à la lettre par la prescription ordonnée par le médecin.

J'ai également observé que les patients entre eux se tutoient, alors que entre professionnel et patient le vouvoiement est instauré. Cependant je ne pense pas que cela a forcément été demandé ou est écrit dans le règlement intérieur, mais il s'agit tout simplement d'un respect mutuel qui se fait naturellement.

J'ai pu observer que bon nombre de personnes fumaient, ne fumant pas je suis resté à l'intérieur, mais en discutant de cela avec une personne de notre groupe, on s'est rendu compte que les patients se dévoilent plus pendant la « pause clope ».

## GRILLE D'OBSERVATION PERSONNELLE DE LA MONOGRAPHIE TERRITORIALE 2018

### *1) Définir la situation à observer*



Le lieu où j'ai effectué mon observation a été « L'œil de la sorcière », un monument historique du XV<sup>ème</sup> siècle dominant la ville de Thann où nous sommes rendus pour pouvoir avoir une vue d'ensemble de Thann et nous imprégner de l'environnement.

La personne qui a permis aux membres de mon groupe de monographie ainsi qu'à moi-même d'y accéder est une étudiante également en première année d'éducateur spécialisé faisant partie du groupe et habitant à Vieux-Thann.

Le chemin menant à « l'œil de la sorcière » était un sentier pentu passant par la forêt. Pour y accéder, il fallut monter plusieurs escaliers de pierres très raides. Le sentier menant au lieu-dit ainsi que l'agencement de l'escalier et son manque de protection ne permettent pas à tous types de personnes d'accéder au monument.

Ce dernier est un reste de ruines surmonté d'un cercle de pierres à l'intérieur duquel il est possible d'entrer. Le tout est fait de pierres. Depuis cet endroit il est possible d'apercevoir Thann dans son ensemble ainsi que plusieurs villes alentours, la vue y est impressionnante. C'est depuis cet endroit que les membres de mon groupe et moi-même avons pu observer une

nette distinction entre « l'ancien », assez médiéval, et le « nouveau » Thann, grâce à cela nous avons pu constater l'augmentation de la population ainsi que son développement urbain.

Durant mon observation j'étais debout près de « l'œil de la sorcière » à côté d'un banc prévu pour faciliter cette vue d'ensemble et permettre le confort des observateurs présents.

Il y avait avec moi les huit personnes de mon groupe de monographie. A mes côtés il y avait la moitié des étudiants de mon groupe assis près de moi sur le banc ou dans l'herbe près de celui-ci. L'autre moitié était sur le monument en ruine à divers endroits dont une personne se situant au centre du cercle de pierre pouvant avoir une vue encore plus aérienne du paysage que les autres.

J'ai pu observer le monument de en en faisant le tour. J'ai également pu observer Thann dans son ensemble ainsi que les villes alentours depuis le point de vue prévu à cet effet où se trouvait un banc.

## ***2) Inventaire des objets***

Avant même d'arriver sur le lieu, nous avons pu apercevoir le monument historique qui était très visible de loin.

Lors de notre arrivée sur le lieu-dit, le tas de ruine est la première chose que j'ai aperçue et pour apercevoir le cercle de pierre en entier il m'a fallu escalader ces ruines.

Ce lieu est composé du monument dit, ainsi que d'un banc en fer et d'escaliers en pierre sans barre d'escalier. « L'œil de la sorcière » est un tas de ruines sur lequel se trouve un cercle en pierres composé de ces mêmes ruines. Le banc en fer se situe un peu plus bas que ce dernier et permet aux personnes le souhaitant de s'asseoir pour profiter de la vue qui leur est donnée. L'escalier en pierre permet d'accéder à la plateforme sur laquelle se trouve « l'œil de la sorcière ». Cet escalier est assez dangereux, car il est raide et les marches sont assez hautes, de plus il n'y a pas de barrière à laquelle se tenir pour ne pas chuter. La plateforme sur laquelle se trouvent ces divers objets est surmontée d'herbe et de plusieurs arbres.

Le monument et la plateforme sur laquelle il se trouve peuvent accueillir ensemble environ une trentaine de personnes debout.

### *3) La fréquentation du lieu*

Au moment de notre observation de la ville, il n'y avait que les membres de mon groupe de monographie qui étions autour de ce monument, nous n'étions donc que huit personnes.

Nous sommes tous des étudiants de l'Institut Supérieur Social de Mulhouse.

Il y avait six femmes dont deux en première année d'Assistant de Services Sociaux et quatre en première année d'Éducateur Spécialisé. Mais également deux hommes dont un en première année d'Assistant de Services social et l'autre en première année d'Éducateur Spécialisé. Le constat est qu'il y eut davantage de femmes que d'hommes.

Nous sommes restés environ 1h dans le lieu en circulant de part et d'autre de celui-ci afin d'avoir différentes vues de Thann et des alentours mais également de « l'œil de la sorcière ».

Nous avons visités ce lieu dans l'espoir de mieux comprendre le territoire de Thann mais également dans le but de le découvrir.

### *4) Règles formelles et normes en vigueur*

Le lieu de visite est accessible à toutes heures, même si il est déconseillé d'y aller lorsque le jour est tombé, car cela entraîne une mauvaise visibilité qui peut être dangereuse. De mauvaises conditions météorologiques peuvent également compliquer la visite de ce lieux et la rendre dangereuse.

Nous n'y avons pas observé de règles explicites rédigées en ce lieu, mais bon nombres de règles implicites y sont présentes. Les règles implicites sont par exemple l'interdiction d'endommager ou détériorer intentionnellement ou non les lieux, de laisser trainer ses débris. Cela peut également être les interdictions dans le but de la protection des personnes comme la restriction du nombre de personnes ayant droit de s'y trouver au même moment, l'interdiction de sauter du haut de la plateforme ou encore de s'approcher trop près du bord qui précède le vide. Les codes de conduites généralement appliqués par les personnes présentent sont le respect des lieux ainsi que le fait de porter son attention aux différents dangers possibles.

### *5) Actions et interactions*

Ce lieu est un point de vue mais également un monument historique, il peut servir pour l'observation du territoire et du paysage ou encore du monument, mais également à la découverte et au partage de l'histoire et de l'évolution de ces derniers.

Au cours de ce moment où nous étions en ce lieu, diverses interactions se sont faites entre les membres de mon groupe situé de part et d'autre du monument parfois debout, parfois assis. Un lien a commencé à se créer entre les membres du groupe lors de discussions ce qui a permis par la suite une bonne communication et une écoute respectueuse de chacun au sein de notre équipe. Nous nous sommes également tous rassemblés au près du banc présent en utilisant le point de vue qui nous était offert pour se pencher ensemble sur l'étude, la découverte et la compréhension du territoire et de son histoire.

Les huit personnes composant notre groupe de monographie étaient présentes et nous étions tous en coprésence. Malgré les déplacements de chacun à divers endroits du lieu nous sommes restés plutôt groupés.

## GRILLE D'OBSERVATION PERSONNELLE DE LA MONOGRAPHIE TERRITORIALE 2018

### *1) Définir la situation à observer*

Le lieu où j'ai effectué mon observation était dans la salle à manger du centre thérapeutique de jour (CPJ) de Thann. Le CPJ est un lieu de soins et de prise en charge pour les personnes en situation de maladies psychiques, son antenne est à Rouffach. Les personnes qui m'ont permis d'y accéder ont pour fonction chef de service dans ce centre et une infirmière.

La salle à manger était plutôt grande et profonde, le plafond assez haut, les couleurs orange et jaune étaient dominantes. Il y avait des chaises et des tables environs 4 de chaque cotés et un « couloir » au milieu de la salle. Elle est placée au fond à gauche après le hall d'entrée du CPJ, dont le bâtiment était une ancienne villa.

Durant mon observation j'étais assise sur une des tables à gauche de la salle, il y avait trois personnes à ma table dont Marianne qui faisait partie de mon groupe de monographie.

Le CPJ accueille jusqu'à 300 patients, qui sont envoyés en général par un médecin ou par la famille des personnes. Les personnes qui y sont accueillies peuvent faire plusieurs activités, accompagnées par le personnel soignant. Il est ouvert depuis une vingtaine d'année et se situe à côté de la gare de Thann.

### *2) Inventaire des objets*

Quand j'y suis entré je pouvais voir en premier lieu sur la droite un tableau avec le menu des repas et d'autres affiches tel que le journal du Groupe d'entraide de Mulhouse Les ailes de l'espoir ou le planning des tâches à effectuer. En dessous du tableau il y avait un petit meuble et un peu plus loin dans la salle une télévision. Elle était composée également de grandes fenêtres en bois en forme d'arc de cercle. Sur les tables étaient posées des ustensiles pour déjeuner (assiettes, couverts etc.), au milieu de la salle il y avait une table avec la nourriture et un infirmier qui servait les personnes. La salle avait à peu près une capacité de 36 couverts c'est-à-dire de personnes assises. Elle peut accueillir facilement une cinquantaine de personnes debout.

### ***3) La fréquentation du lieu***

A ce moment du déjeuner, les personnes présentes étaient les patients du CPJ, environs une dizaine, il y avait également trois ou quatre infirmiers et pour finir Marianne et moi. Il y avait davantage d'hommes que de femmes. Les personnes sont restés environs 1h dans le lieu et circulait pour chercher leur plat.

### ***4) Règles formelles et normes en vigueur***

Le CPJ est ouvert en journée et la salle à manger est ouvert en même temps car les patients peuvent y aller pour regarder la télé entre les activités ou juste pour échanger ou se reposer. En ce qui concerne les règles en vigueur dans le lieu je n'ai pas pu observer de choses pertinentes mise à part les règles de bases : interdictions de fumer, suivre le planning pour savoir qui devait mettre la table, débarrasser sa table, politesse envers les professionnels et entre les patients etc. Les professionnels peuvent manger avec les patients.

### ***5) Actions et interactions***

Ce lieu est une salle à manger mais elle peut en avoir plusieurs usages tels que la salle de repos avec télévisions, une salle qui peut servir pour les réunions, elle peut également servir pour l'organisation des activités. Durant mon observation j'ai pu remarquer que les interactions se faisaient énormément entre les patients, ils discutaient ensemble, se levaient ensemble pour chercher leur plat ce qui entraînait une interaction avec l'infirmier qui les servait. Certains étaient à table avec d'autres infirmières qui avaient décidé de manger à cet endroit. Il y avait plus d'hommes que de femmes, trois infirmières et un infirmier, 2 patientes contre une dizaine de patients. Marianne et moi étions en coprésence car nous étions en visite que pour ce jour-là. Après le repas, la majorité des patients sont sortis de la salle et nous étions plus que quatre.

# **GRILLE D'APPROCHE POUR L'OBSERVATION DE MONOGRAPHIE**

**2018**

## **1. Définir la situation à observer**

Le lieu qui a permis l'observation est le Centre Psychothérapeutique de jour de Thann. Le Centre Psychothérapeutique de jour est un lieu de soins, d'accueil, d'écoute, d'échanges et d'expression favorisant l'autonomie et l'intégration dans le tissu social des personnes en souffrance psychique. La personne qui a permis son accès est Madame Syren, cadre de santé au sein du CPJ.

Le lieu précis est la salle de déjeuner. L'observation commence à 12h et s'achève à 14h, elle se déroule pendant le repas. C'est une salle assez grande, agencée de manière à ce que les usagers soient 4 par table.

Je me situe à l'une des tables ; la deuxième avant la porte, en compagnie de 2 usagers et d'un médecin.

## **2. Inventaire des objets**

La liste des éléments de décors, des instruments et des outils nécessaires à l'action des personnes présentes est :

- Chaises, tables
- Assiettes, cruches, plateau repas, couverts, serviettes, table à roulette

La liste d'objets qui composent la scène est :

- Un téléviseur
- 2 meubles bibliothèques

- Une chaîne hifi
- Des tableaux accrochés au mur
- Des œuvres que les usagers ont réalisés

La capacité d'accueil du lieu (ici la salle à manger) est d'environ 40 places assises.

### **3. La fréquentation du lieu**

Il y a environ 15 personnes présentes. Il y a plus d'hommes que de femmes. Les différents statuts sont usagers, infirmières, cuisiniers, médecins.

L'objet de la fréquentation pour les usagers est de prendre un repas équilibré dans la convivialité. Pour les infirmiers et médecins, l'objet de leur fréquentation est d'effectuer leur travail en prenant un repas et en veillant au bon déroulement du repas. Quant au cuisinier il est là également pour son travail de cuisiner.

Le cuisinier ne reste que pour apporter les repas. Les personnes présentes restent tout le long du repas, soit environ 2h.

Le cuisinier effectue des allers-retours dans la cuisine. Les autres personnes présentes circulent dans la pièce pour garnir leurs assiettes et ensuite les remettre sur un plateau une fois usagées. Ils vont ensuite chercher le nécessaire pour nettoyer les tables, les nettoient et vont chercher du café pour achever leur repas.

### **4. Règles formelles et norme en vigueur**

Le CPJ en général est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30. Les repas ont lieu tous les jours de 12h à 14h.

Les règles en vigueur dans le CPJ sont : le respect des normes de sécurité en cas d'incendie, l'interdiction de fumer dans les locaux et d'y introduire de l'alcool et/ou des produits stupéfiants, le respect des professionnels, des autres et des locaux.

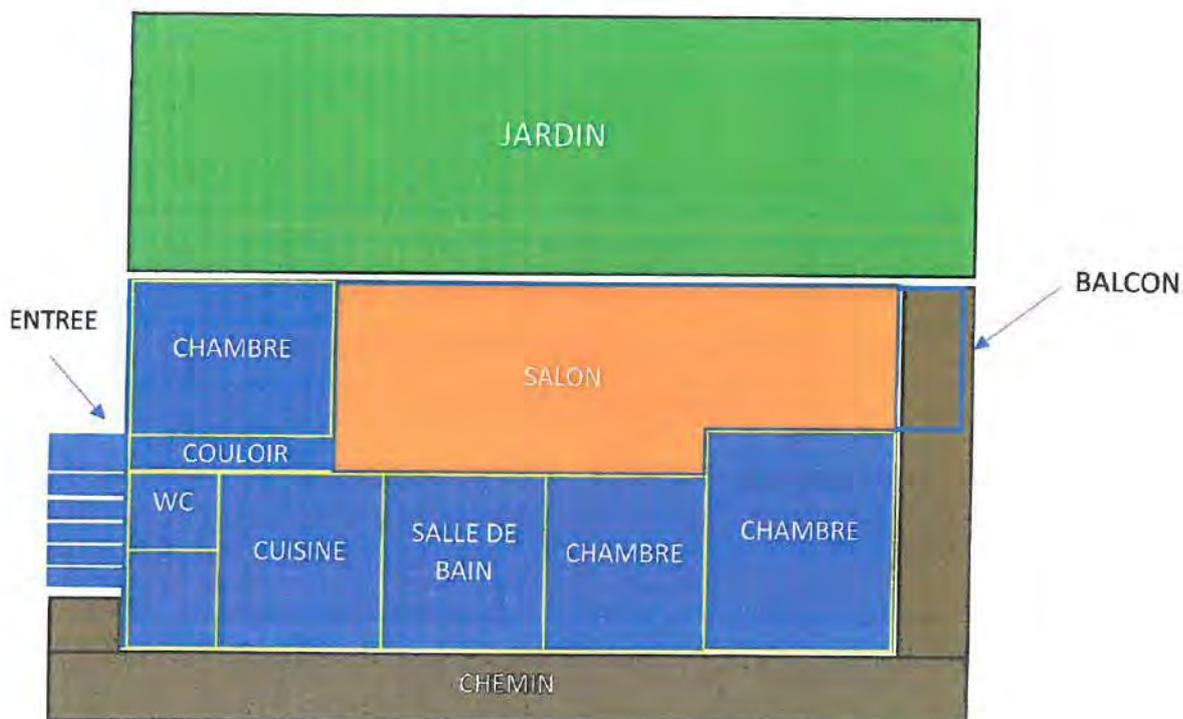
Les règles implicites perceptibles dans le lieu sont l'organisation du repas : chacun va se servir et ramène son plateau, personne ne critique le repas, tout le monde nettoie sa table, etc.

## **5. Actions et interactions**

Le cuisinier, qui est debout, ne parle à personne, si ce n'est pour souhaiter un bon appétit. On remarque que les discussions sont plus spontanées et plus nombreuses avec des sujets plus variés, aux tables où il n'y a pas de médecins ou d'infirmiers. Aux tables où les médecins/infirmiers, les discussions sont plutôt rapides et c'est souvent eux qui en sont à l'origine. Les hommes parlent en général plus que les femmes.

## Grille d'observation personnelle :

Installée dans la ville de Vieux-Thamm, cette pièce nommée « salon » par les propriétaires, est située à l'arrière de la maison qui donne vue sur le jardin. Dans cette maison, vit un chat, un frère, une sœur et le compagnon de celle-ci. C'est la jeune femme (aussi ES) qui nous a donné, à l'équipe et à moi la possibilité de travailler dans cette pièce. Ce salon qui est la plus grande pièce de la maison, est encerclé d'un couloir, de trois chambres, d'une salle de bain et d'un balcon. De plus, elle est très lumineuse grâce à ses trois grandes fenêtres accolées donnant sur le jardin. Quant aux portes, elles sont dans la même lignée, face aux vitres. Il y en a trois qui mènent à d'autres pièces, plus, une qui sépare le salon et le balcon. Pour y accéder il faut emprunter le seul et unique couloir de la maison. Pour cette observation, mon point de vue se situe au niveau du canapé près des fenêtres, me permettant de voir l'ensemble de l'espace.



Ce qui donne cet aspect de « salon » sont les objets installés dans ce lieu. Il y a des tableaux, une grande table à manger et une petite table basse, six chaises, deux canapés, une télévision, un tourne-disque, des plantes, des coussins de différentes formes, une statue de corbeau, des lampes, un meuble type commode, un meuble style buffet, deux tapis, des livres, des CDs, un ordinateur, des carnets, des stylos, des téléphones portables, des assiettes, des gobelets, un couteau et un gâteau.

Les éléments utilisés pendant cette observation ont été les poignets de portes afin de se déplacer d'un endroit à un autre ; les ordinateurs portables dans le but de mettre à l'écrit nos propos ; les téléphones portables pour faire des recherches sur le projet ; le tourne-disque pour mettre de l'ambiance, les carnets et stylos pour des croquis, recherches etc. ; les canapés pour que l'équipe soit dans une bonne position ainsi que la table basse ; mais aussi des gâteaux pour nous donner de la force. En outre, ce salon peut accueillir quatorze personnes assises et environ une cinquantaine debout.

A ce moment précis, il y a huit personnes. Quatre femmes de formation ES et deux ASS. Il y a également deux hommes de formations différentes (ASS-ES). Ces individus se regroupent presque tous les jours pendant environ six heures afin de travailler ensemble sur la monographie territoriale.

Dans ce lieu, pas de restriction en vue. Il n'y a pas vraiment d'horaires d'ouverture. Le seul moyen de savoir si l'on peut accéder à cette pièce est d'appeler l'un des propriétaires pour demander ou de venir sonner à la porte. Aucune règle n'est mise en place, à part le fait de bien trier tous les éléments que nous voulons jeter. La maison est libre de choix, surtout le salon où il n'y a aucun tabou et aucun jugement.

Les interactions sont toutes différentes. Deux ES discutant ensemble, ou une interaction entre deux personnes de formations différentes ou encore entre deux espèces différentes. Souvent en lien avec le chat, c'est avec lui que la communication a été le plus simple pour moi. Dans la pièce, nous pouvons entendre des questionnements, des affirmations, des lectures, des mots d'amour entre le couple qui reste ensemble, cependant d'autres personnes restent seules devant leur écran. Les personnes sont toutes de cultures différentes, mais tous là dans le même but. Ainsi, leur motivation se lit de la même manière sur le visage. Concentration comme ennui par moment, il n'y a que les sons du clavier que l'on entend, à la fin.

## ANNEXE 7 : Signature du contrat social multipartite à la Mairie de Thann



En présence du Maire (assis à gauche, du Directeur du CHR, du Maire de Cernay, du président de la CME du CHR (médecin chef de pôle LTD), du président du CLSM et du Directeur de l'association Santé Mentale Alsace. Les participants partenaires – auteurs présents à la cérémonie n'ont pas souhaité être sur la photo.

ROUFFACH Une conférence du D<sup>r</sup> Barreto

# Le groupe comme thérapie

Demain soir, le Centre hospitalier de Rouffach accueille le psychiatre brésilien Adalberto Barreto, qui présentera sa « thérapie communautaire intégrative », ou comment se passer de médicaments grâce aux groupes de parole

Ethnopsychiatre, professeur émérite de médecine sociale à l'université de Céara au Brésil, Adalberto Barreto a imaginé son concept de « thérapie communautaire intégrative » il y a trente ans, dans les favelas.

**Comment avez-vous eu l'idée de soulager la souffrance psychique par des groupes de parole ?**

Après être rentré de France où j'avais fait mes études, je suis devenu enseignant dans une faculté de médecine brésilienne. J'y proposais également des consultations pour des problèmes psychiques, et je recevais de plus en plus de monde. Je me suis donc rendu directement dans une favela, celle de Fortalesa, 255 000 habitants, et je me suis rendu

compte que la grande majorité des habitants avaient davantage besoin d'écoute que de médicaments. Ils souffrent de la violence et de la pauvreté, mais davantage encore de la rupture du lien social puisqu'il s'agissait de migrants. Au début, je prescrivais des psychotropes, mais ils me disaient qu'ils n'avaient pas d'argent pour les payer. Alors, j'ai imaginé ces espaces de soins solidaires. Souvent, le manque d'argent pousse à être inventif !

**Comment fonctionnent ces espaces de parole ?**

Il a fallu créer un certain nombre de règles : ces groupes ne sont pas forcément animés par des médecins, il n'y a pas d'analyse, pas de jugement, pas d'interprétation. On évoque ce qu'on vit, pas ce qu'un sait. Et on parle de soi à la première personne pour éviter les manipulations et le débat d'idées. Après, on peut aussi partager un peu de nourriture ou se mettre à chanter ou réciter un poème pour réconforter quelqu'un qui se met à pleurer. Il s'agit de recréer un réseau



Après des études en France, Adalberto Barreto est retourné travailler au Brésil. PHOTO DNA (3)

solidaire, et d'aider à trouver dans le groupe la solution à ses problèmes. Cela n'est pas une psychothérapie, mais un espace de construction de la personne par l'identification. Pour chaque séance, qui peut rassembler jusqu'à 300 personnes, le groupe retient de sept à huit thèmes. Cela peut

être quelqu'un qui a envie de mourir après avoir perdu un proche, un autre qui n'a plus d'espérance parce que le fils est « tombé dans la drogue », un autre encore qui souffre d'insomnies après avoir assisté à un meurtre... Ceux qui ont vécu la même situation vont pouvoir raconter comment ils

s'en sont sortis, et cela va donner des idées à la personne en souffrance.

**Comment cette thérapie peut-elle s'appliquer en France ?**

Elle existe depuis vingt ans en France, avec de six à huit pôles de formation (et notamment à Mulhouse pour les parents d'enfants atteints de troubles psychiques ndlr). Elle peut s'appliquer aux populations de migrants, bien sûr, mais plus largement à tout groupe humain, qu'il s'agisse d'une entreprise, d'une administration, d'une cour d'école, de parents d'élèves... C'est une réponse à l'individualisme ambiant. Et une façon de percevoir l'autre à travers ses ressources, et non ses failles. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR VALÉRIE KOFLBEI

► « La thérapie communautaire intégrative, ou se recentrer sur l'intelligence collective », conférence du D<sup>r</sup> Barreto le jeudi 12 avril à la salle des fêtes du Centre hospitalier de Rouffach, de 17 h à 19 h 30. Entrée libre sur inscription. aetn.noudest@gmail.com

Annexe 9 : Appréciation- évaluation d'une séance de TCI

# Fiche d'aide pour l'appréciation des rondes de TCI

n° : 33

Equipe : Agnès et Rosalyme  
Lieu de la ronde : CPS Thom Date : 9/03/2019  
Horaire : 14h-15h Nombre de participants : 9 Présents pour la 1<sup>ère</sup> fois : /

Problèmes présentés : liste de tous les problèmes présentés. (cf. les codes dans l'annexe au dos si l'on souhaite évaluer l'impact de la TCI sur les personnes, familles, groupes sociaux etc...)

1. Inquiète pour la santé d'un proche
2. Leur face à la somatisation.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Problème choisi : leur face à la somatisation

Question « clé » / « symbolique » :

Qui d'entre vous a déjà ressenti de la peur face à la somatisation?  
Et qui a été sans peur pour les autres ou votre ?

Stratégies et solutions partagées : celles qui ont émergé au cours de la problématisation dans les témoignages des participants pour surmonter le problème choisi :

- 1) soutien bienveillant
- 2) "câlins - son petit zébré"
- 3) manipulation bienveillante des mains.
- 4) prendre le temps de "digérer"
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Témoignages spontanés sur ce qu'a apporté la thérapie communautaire / Ce que le groupe a appris à partir de ce problème ? (Ce que j'emporte aujourd'hui ?) Connotation positive durant la clôture de la séance.

- sem. un. em. ent  
- soutien.  
- @ l'âge

**Dynamiques proposées** (accueil, pendant la ronde, proverbes, dictons, chants...)

*regroupement par affinité*

**Remarques, questions et difficultés...** (Accueil / choix du thème / contextualisation / partage d'expérience / clôture / autres...)

**Notes pour les interventions**

### Annexe : classement des thèmes par catégories et codes correspondants

Code	thème
1.-	conflits familiaux
2.-	dépendances : alcool, drogue, tabac....
3.-	stress et émotions négatives (peur, rancœur, anxiété, insomnies ...)
4.-	fracture des liens sociaux (abandon, rejet, exclusion, discrimination...)
5.-	dépression, perte d'un être cher, échec....
6.-	violence dans la famille, au travail, dans la rue....
7.-	travail, chômage, précarité, difficultés financières....
8.-	problèmes à l'école (absentéisme, violence, refus d'aller à l'école...)
9.-	maladies (mentales/somatiques)
10.-	autres.....

