



Promotion de la santé des personnes en situation de handicap

Le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Bourgogne vous propose le 4e numéro de sa revue annuelle « Les Cahiers du pôle ». Le dossier, consacré à la promotion de la santé des personnes en situation de handicap, fait suite à la journée d'échanges du 16 octobre 2014.

Bonne lecture !



ZOOM SUR

Ma santé en Bourgogne : la site de la démocratie en santé et un espace d'information grand public

DOSSIER

Promotion de la santé des personnes en situation de handicap

RECHERCHES/ETUDES

Les jeunes bourguignons et leurs stratégies d'information

REGARD SUR LES PRATIQUES

Addiction et exclusion : publics communs, enjeux communs, démarche commune

PORTRAIT

Enseignement de la santé publique dans les 11 IFSI de Bourgogne

Zoom sur



MA SANTÉ EN BOURGOGNE

Le site de la démocratie en santé et un espace d'information grand public
www.ma-sante-en-bourgogne.org



Le site web de la démocratie en santé, « Ma santé en Bourgogne » opérationnel depuis septembre 2014, se divise en deux espaces principaux :

- **L'espace usagers**, à destination du grand public, où se trouvent des conseils de santé, des informations sur les droits et les démarches de l'usager, les liens et les interlocuteurs utiles pour chaque thématique... Chaque thématique développée correspond à une situation concrète pour l'usager : je suis malade, j'ai un handicap, j'ai une maladie chronique... Le site traite aussi bien des questions pratiques (prise en charge, interlocuteurs et structures de référence, aides sociales) que de questions éthiques (question de l'acharnement thérapeutique, la place des proches dans la maladie...).

- **L'espace instances**, à destination des membres de la CRSA et des commissions spécialisées mais aussi du grand public, afin que chacun puisse connaître le fonctionnement et les missions des instances de

la démocratie sanitaire. Les acteurs peuvent également accéder à un espace de travail où ils trouveront l'ensemble des documents officiels.

Chacun peut aussi consulter l'actualité santé en région mais aussi l'agenda des événements de la démocratie sanitaire comme les débats publics. Une newsletter est également éditée tous les trimestres afin de diffuser les informations clés au plus grand nombre (inscription gratuite en ligne).

Construit avec des représentants d'usagers et un comité de pilotage investi dès la construction de l'arborescence et du choix des thématiques traitées, ce site est accessible à tous, tant pour les contenus relatifs à la santé que pour la découverte des institutions.

Passerelle entre grand public et instances, « **Ma santé en Bourgogne** » donne à chaque usager la possibilité de s'informer, d'être guidé dans ses démarches et de pouvoir s'impliquer dans le système de santé.

Laure COUSIN

Chargée de communication,
IREPS Bourgogne



PROMOTION DE LA SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Sommaire

- **La promotion de la santé au sein des ESMS du champ du handicap**
Bruno FOUCARD, *Directeur Technique CREAI-ORS LR*
- **Vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap en Bourgogne**
Corinne L'HORSET, *Responsable de projets, IREPS Bourgogne*
- **La Résidence Icare : un projet qui s'inscrit dans une histoire et un contexte social particulier**
Pascal SOLOGNY, *Directeur Résidence Icare, La Bergerie*
- **Le Service d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle (SAIP) de l'Acodège**
Thomas FRIGIOLINI, *Chef de service du SAIP Acodège*
- **Une séance d'activités physiques peut-elle favoriser une amélioration du regard des salariés valides sur les salariés handicapés ?**
Céline COLLAS-PRADEL, *Master APAS, Fondatrice DifAnd'Co, pour la Cohésion sociale d'entreprise/ Carlos Roberto VELANDIA-COUSTOL*, *Chargé de projets, IREPS Bourgogne / Philippe CASTEL*, *Professeur de Psychologie Sociale, (SPMS. Université de Bourgogne) / Marie-Françoise LACASSAGNE*, *Directrice Laboratoire SPMS*
- **Jeux de Signes, Jeux de sons**
Karine GAUTHE, *Responsable de projet, Mutualité Française Bourgogne*
- **Éléments de bibliographie**
Laetitia VASSIEUX, *Chargée d'information-documentation, IREPS Bourgogne*

Avant propos

Les difficultés d'accès aux soins curatifs et de prise en charge médicale des personnes en situation de handicap focalisent souvent l'attention, à juste titre. L'enjeu est désormais plus ambitieux, de développer, avec les usagers, des approches globales et positives de la santé. Définie par l'OMS comme un bien-être physique et mental, et non comme l'absence de maladie ou d'infirmité, la santé est une ressource de leur vie quotidienne (et non le but de la vie...).

Promouvoir la santé passe par **des actions sur l'environnement général des personnes** (cadre de vie, entourage...), sur **l'éducation pour la santé** (développer la capacité des personnes à faire des choix favorables à leur santé), **la formation des professionnels...**

Un rapprochement renforcé des acteurs du champ de la santé et du handicap est nécessaire. Cette rencontre permet de confronter les représentations de chacun, et de travailler les leviers à une action concertée. Il s'agit, ensemble, de **construire des actions adaptées aux attentes et réalités quotidiennes des populations concernées.**

Une dynamique régionale est lancée : l'Agence Régionale de Santé soutient plusieurs projets thématiques ambitieux (vie affective et sexuelle, santé buccodentaire...), la commission spécialisée prévention de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) a inscrit ce sujet dans son programme de travail, les acteurs du pôle de compétence en éducation et promotion de la santé renforcent leurs actions de conseil en méthodologie de projet et de formation auprès des acteurs du secteur médicosocial.

Ce dossier valorise des initiatives et des projets et a pour ambition d'en susciter de nouveaux...

Dr Isabelle MILLOT
Directrice
Ireps Bourgogne

La promotion de la santé au sein des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) du champ du handicap

La promotion de la santé renvoie à des valeurs communes, définies notamment par la Charte d'Ottawa en 1986 comme « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ».

Dans le secteur du handicap, les ESMS sont des acteurs de la promotion de la santé auprès d'une population spécifique. Ils sont concernés par le déploiement territorial des cadres régionaux des politiques de santé définies par l'ARS. Une recommandation de bonne pratique élaborée par l'ANESM parue en juin 2013 et intitulée « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » consacre une partie à la promotion de la santé¹. Ceci vient conforter le rôle important que les ESMS peuvent (et doivent) jouer dans la promotion de la santé auprès des personnes accueillies.

Accès à la prévention et aux soins, éducation pour la santé

Il apparaît à travers la littérature sur ces sujets, que les personnes handicapées mettent moins en œuvre des pratiques de prévention que la population générale. Par exemple, les personnes en situation de handicap ont généralement moins fréquemment accès aux dépistages des cancers que la population générale, le plus souvent par manque d'information et d'accessibilité des structures. Néanmoins, l'allongement de leur espérance de vie les expose, de plus en plus, au risque d'apparition d'un cancer. Il s'ensuit que les personnes handicapées, pour qui la prévalence des cancers est généralement similaire à celle de la population générale, encourent le risque de recevoir des diagnostics tardifs et de présenter des tumeurs de taille supérieure à celle de la population ordinaire.

D'une manière générale, les actions de prévention pour les personnes handicapées restent soumises

¹ Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM). L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. Paris : ANESM, 2013/07. 130 p. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

à des obstacles liés à l'accessibilité, à l'adaptation des différents équipements et aux difficultés d'information.

Pour faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap, il convient de mener des actions visant à pallier ces différents obstacles. Les actions d'éducation et de formation de l'ensemble des acteurs, tant usagers que professionnels et familles sont celles qui apparaissent comme étant les plus efficaces pour faciliter le parcours de soin de personnes handicapées.

Dans ce même ordre d'idée et dans le souci de former les usagers mêmes, les actions concernant l'éducation à la santé ont une large place dans la dynamique de promotion de la santé en ESMS.



« L'éducation pour la santé, dans le cadre de la politique de promotion de la santé, pourrait se définir comme l'ensemble des actions qui offrent la possibilité à chaque individu tout au long de sa vie d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ».

Ainsi dans le cadre d'une population en situation de handicap, l'éducation à la santé permet d'acquérir





ou de maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux une vie avec une maladie chronique ou un handicap. La personne se situe au centre du processus éducatif, c'est sur sa participation que pourra reposer la réussite de la politique éducative.

La perspective de l'éducation à la santé est d'amener les personnes vers l'autonomie dans le respect d'un certain cadre et d'une certaine éthique et c'est cela qui, d'une certaine manière, s'inscrit dans l'objet même des institutions sociales et médicosociales. Il apparaît alors que la mise en place d'actions d'éducation à la santé, portées par les professionnels, soignants et éducatifs, des établissements et services sociaux et médicosociaux, constitue un des moyens privilégiés pour faciliter la transmission d'informations, tout en laissant une place centrale à la personne handicapée.

Ce sont ces professionnels qui, par leur connaissance intime des personnes et de leurs capacités, seront les plus à même de relayer des messages de prévention, de réfléchir à leur adaptation, de servir de relais et ainsi de faciliter l'accès aux soins et à la prévention.

La mise en œuvre de projets d'éducation à la santé au sein des ESMS nécessite de travailler au préalable sur un certain nombre d'éléments facilitateurs tels que la constitution d'un réseau de partenaires spécialisés, adaptés à une thématique donnée, la capacité de se former, la volonté de la structure de porter les projets d'éducation à la santé.

Les thématiques abordées

Les programmes d'éducation à la santé vont concerner différentes thématiques, en fonction des leviers qui sont en jeu dans les établissements, qui peuvent aller de l'existence de comportements à risques à celle de pathologies, de réponses à des demandes spécifiques. On note par exemple qu'une grande partie des études sur la thématique des addictions avec des personnes handicapées concernent l'alcool ou le tabac. La nutrition est une thématique importante.

En effet, la prévalence des personnes en surpoids est en constante augmentation depuis une trentaine

d'années, et cette augmentation touche de plein fouet les personnes handicapées pour lesquelles elle constitue un facteur de risque plus important que dans la population ordinaire. Cette problématique qui touche particulièrement les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, est suffisamment préoccupante pour devoir être prise au sérieux par les professionnels des ESMS.

La prise en compte des questions de sexualité et donc de contraception ou de transmission d'infections sexuellement transmissibles, chez les personnes en situation de handicap est relativement récente. Les programmes d'éducation portant sur ces questions ont largement évolué au cours des années, portant dans un premier temps, de manière presque exclusive, sur la prévention des problèmes tels les grossesses non désirées ou le contrôle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ils s'orientent de plus en plus vers le droit à vivre une sexualité et des relations affectives épanouies.

Pour être véritablement moteur de changement, pour faciliter les comportements de prévention et d'accès aux soins, les actions d'éducation à la santé se doivent d'impliquer non seulement les usagers mais également l'ensemble des professionnels en veillant à ce qu'une collaboration réelle puisse se nouer.



Une étude en Languedoc-Roussillon

Le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, association spécialisée dans l'accompagnement et l'observation pour les secteurs social, médicosocial et sanitaire accompagne les différents acteurs de ces champs. L'ARS Languedoc-Roussillon lui a confié une étude régionale portant sur la promotion de la santé ESMS relevant du secteur du handicap. Cette étude s'est organisée en 2013 autour des différentes thématiques du panier de services proposés par le Pôle Régional de compétences en Promotion de la Santé en Languedoc-Roussillon.

Cet outil permet de contribuer au déploiement et à la mise en œuvre des cadres régionaux des politiques de santé que doit mener l'ARS. Il permet notamment de structurer la mise en place d'un projet local de santé selon une démarche cohérente et harmonisée avec les parcours de santé. La composition actuelle du panier de services de prévention recouvre l'ensemble des champs de l'ARS. Les thématiques concernant plus particulièrement les ESMS sont les suivantes : nutrition, vaccination, infections transmissibles, sexualité-contraception, addictions, PRAPS, cancer et tuberculose, ainsi que l'accès aux soins de premiers recours (accès aux médecins généralistes et spécialistes) et la veille et sécurité sanitaire (événements indésirables).

Cette étude devait permettre de dégager des pistes de travail pour améliorer les stratégies et les modalités conjointes afin de structurer une offre en promotion de la santé adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap accueillies en ESMS.

Les objectifs principaux étaient :

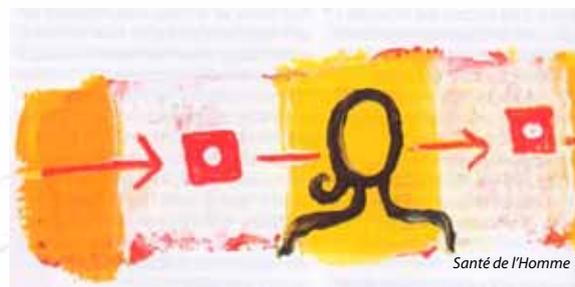
- **repérer ce qui est déjà réalisé en matière de promotion de la santé au sein des ESMS du champ du handicap ;**
- **identifier les pistes de travail qui pourraient favoriser le déploiement du « panier de services » ainsi que toutes actions de promotion de la santé auprès des personnes en situation de handicap accueillies ou suivies en ESMS.**

La méthodologie de l'étude s'est appuyée pour l'essentiel sur la participation active de l'ensemble des

acteurs du champ du handicap et des ESMS, notamment par la réalisation d'une enquête auprès des ESMS, complétée par des concertations dans les cinq départements de la région. Une revue de la littérature sur la question a été également réalisée en complément de l'étude.

Le premier objectif de cette enquête était bien de connaître ce qui était déjà réalisé au sein des ESMS du champ du handicap autour des items du panier de services porté par l'ARS : nutrition, contraception, vaccination, infections, addictions, PRAPS, cancers, tuberculose. En effet, s'agissant d'une première étude « novatrice » en la matière, le choix a été acté de ne pas prétendre à l'exhaustivité du traitement de la question, mais bien d'effectuer un premier état des lieux.

L'enquête a sélectionné parmi tous les items, ceux qui pouvaient être les plus « parlants » et les plus adaptés à la réalité des missions de ces ESMS. De même, ceux qui sont les plus adaptés à des actions de « promotion de la santé » ont été privilégiés.



Les actions développées en ESMS

Comme on pouvait s'y attendre, quand on connaît la réalité du travail des ESMS du champ du handicap, parmi les huit items retenus, c'est celui sur la nutrition qui est de loin le plus travaillé dans ces structures, à plus de 80 %. Ce taux est atteint ou approché, que l'on soit dans le secteur « enfants » ou « adultes » ou que l'on soit en établissement ou en service.

Pour deux items, les résultats se lisent différemment selon que l'on se trouve dans le champ « enfants » ou dans le champ « adultes » :



- Cela est évidemment le cas pour l'item « **cancer** », dix fois plus présent du côté des adultes, même si le taux reste relativement faible.

Les concertations ont insisté fortement sur la difficulté d'accès et d'accessibilité au dépistage, tant du point de vue de l'accès physique, géographique, logistique, que de l'adaptation des pratiques à certaines pathologies. L'exemple fréquemment noté étant celui de la quasi-impossibilité d'exercer des dépistages « intrusifs » auprès de personnes atteintes d'autisme.

- Cela est en partie également le cas pour l'item « **addiction** », un peu plus présent dans le champ « adultes ».

Par ailleurs, il n'y a que pour l'item « **vaccinations** » que l'on trouve un écart significatif entre les établissements et les services. Sans doute les services, tournés vers les personnes les plus autonomes et les plus intégrées « dans la cité », intègrent logiquement moins cet aspect, les familles restant parfois elles-mêmes vigilantes.

En résumé, on constate au travers de l'enquête, confortée par les concertations, une implication significative des ESMS du champ du handicap sur au moins cinq des items du panier de services : nutrition, infections transmissibles, vaccinations, addictions et contraception.

Il était ensuite nécessaire d'ouvrir l'enquête au-delà des items du panier de services, en partant du postulat que les ESMS du champ du handicap se préoccupaient de la question de la promotion de la santé sur d'autres thèmes, peut-être plus directement liés aux spécificités des populations accueillies.

Les questions autour de l'**hygiène et de l'état bucco-dentaire** arrivent nettement en-tête. Nous retrouvons effectivement cette préoccupation depuis une dizaine d'années dans le secteur médico-social, après le constat effectué d'un état bucco-dentaire bien plus dégradé pour la population handicapée prise en charge dans les ESMS par rapport à la population générale.

On peut noter que la 2e thématique travaillée concerne, elle aussi, la question de l'hygiène, mais au niveau de l'**hygiène corporelle** cette fois.

Répartition par champs de déficiences

Pour certains items, on retrouve des corrélations attendues : par exemple, le fait que c'est auprès des populations les plus fragiles physiquement (**déficience motrice et polyhandicap**) que l'on travaille le plus sur l'item **vaccinations** paraît logique.

Dans un autre champ, notons le pourcentage relativement important des actions autour de l'item **cancer** pour les ESMS accueillant des personnes ayant un **handicap psychique** par rapport aux autres déficiences.

Deux autres éléments d'analyse semblent apparaître en matière de tendance à vérifier :

- les ESMS centrés sur les personnes avec **TED ou TSA** n'apparaissent pas comme les plus mobilisés sur les items étudiés ;

- pour ce qui concerne le **polyhandicap**, il s'agit essentiellement plus d'actions de vigilance et de « prendre soin » effectuées par les professionnels encadrants que de réelle « promotion de la santé ».

Répartition champ adultes/champ enfants-adolescents

Si l'on se concentre sur les trois types d'ESMS Enfants qui constituent l'essentiel de la population : IME, ITEP et SESSAD, nous avons la confirmation de ce qui a déjà été indiqué plus haut sur les personnes avec troubles du comportement : les ITEP semblent travailler de façon assez soutenue sur quatre items : **nutrition, vaccinations, infections et surtout addictions** (pour ce dernier, cela est compréhensible étant donné les caractéristiques majoritairement « transgressives » de ces jeunes), à l'exception de la question de la contraception, qui semble traitée de façon « standard ».

Cet aspect **contraception** est par contre très travaillé du côté des IME.

Concernant les SESSAD, les pourcentages ne sont pas très élevés sur l'ensemble des items, et même faibles sur la question des vaccinations. Les explications à propos de ce dernier constat sont certainement liées à l'aspect « service d'aide à domicile et en milieu scolaire » laissant aux parents de ces enfants

l'essentiel de la responsabilité sur ces questions de santé.

Si l'on analyse la corrélation entre les actions menées sur les items du panier de services et le type d'ESMS adultes, nous confirmons que :

- Dans le champ des personnes adultes, les items de la **contraception et de l'addiction** sont logiquement plus traités dans les ESMS accueillant des personnes relativement socialement autonomes, et donc susceptibles de se retrouver dans des situations « à risques » : Foyers d'Hébergement et SAVS. La question du cancer est également un peu plus présente dans ces structures.

- De façon plus transversale aux items, les **ESAT** apparaissent comme travaillant moins sur ces questions de promotion de la santé, alors même que leur population a un niveau d'autonomie assez élevé, ce qui pourrait permettre un véritable travail sur le niveau d'appréhension de leur propre santé. Deux éléments d'explication : d'une part, la dimension « santé » est peu présente dans ces structures (ou parfois en totalité déléguée à une infirmière, quand il y en a une). D'autre part, on constate à l'inverse des taux importants au sein des foyers d'hébergement qui s'adressent quasi-exclusivement à des travailleurs handicapés d'ESAT. La question reste cependant posée pour les travailleurs d'ESAT qui ne sont pas en Foyer d'Hébergement.

- Les dispositifs **MAS et FAM**, prenant en charge

les personnes les plus lourdement handicapées et ayant une partie de financement sur des missions « soins », sont effectivement tournés vers un item plus proche du « soin », tel que la vaccination.

- D'un point de vue général, hormis sur la question de la nutrition, les Foyers de Vie ou Foyers Occupationnels (et les ESAT) ont des pourcentages moyens, voire bas (ex : addictions, infections et cancers).

Par ailleurs, nous retrouvons ici la confirmation que la question des vaccinations est peu traitée dans les services, SAVS et SAMSAH (comme cela était le cas avec les SESSAD dans le secteur « Enfants »). Cette question est sans doute gérée directement par les usagers. La question demeure de savoir si ces personnes accompagnées à leur domicile prennent effectivement en charge ces questions.

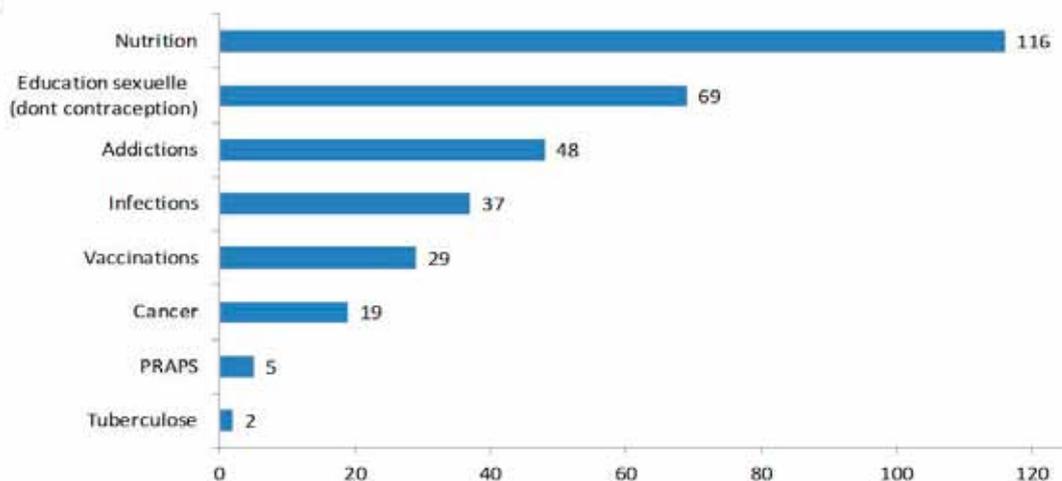
Les besoins

Pour recueillir les besoins actuels des ESMS du champ du handicap en matière de promotion de la santé, nous avons procédé de la façon suivante :

1. Recueil des besoins d'aide, d'accompagnement, d'intervention par rapport aux huit items du panier de services.

2. Recueil des besoins par rapport aux thématiques des autres actions de promotion de la santé citées lors de l'enquête par questionnaire.

Besoins actuels des ESMS par rapport aux items du panier de services proposé par l'ARS



Par rapport aux autres thématiques déjà travaillées en ESMS



Les résultats des concertations sont éloquentes : l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène corporelle, les questions de nutrition et d'éducation sexuelle sont placées dans une préoccupation forte.

Synthèse et pistes de travail

■ Sur les questions d'éducation à la santé, on constate **un besoin des personnes accueillies en ESMS inversement proportionnel au niveau de la lourdeur du handicap.**

En effet, les personnes les plus dépendantes sont généralement accueillies dans des structures ayant un plus fort taux d'encadrement et des professionnels du soin, qui prennent souvent en charge eux-mêmes ces questions-là, parfois « à la place » des résidents qui ne peuvent s'en charger de façon autonome.

Inversement, les personnes en situation de handicap les plus autonomes sont accompagnées par des structures dans lesquelles ce travail ne peut pas être pris en charge à ce même niveau de densité.

Paradoxalement, nous pouvons affirmer que les personnes en situation de handicap les plus autonomes représentent une population à haut risque

sur le plan de la santé, car moins suivies, moins sollicitées. Les ESMS doivent en l'occurrence travailler sur l'autonomie des usagers (et donc sur une véritable promotion de la santé). **C'est donc à destination de ces personnes, de leur entourage institutionnel et familial, que devrait se prioriser le développement d'actions sur ces thématiques.**

Un autre type de population doit également être prioritairement ciblée : les personnes accompagnées en Foyer de vie ou ateliers occupationnels. Ce type de dispositif dispose de peu de personnels soignants (voire aucun). En conséquence, ce sont bien les personnels éducatifs qui doivent promouvoir cette dimension.

De plus, c'est précisément dans ce type d'ESMS que l'étude fait apparaître le plus faible taux d'actions de promotion de la santé.

■ En deuxième point prioritaire, nous identifions **la nécessaire adaptation des intervenants extérieurs en promotion de la santé ou éducation à la santé, aux spécificités du champ du handicap,** afin que leurs messages et actions correspondent bien aux différentes spécificités du champ :

- les différents champs de déficiences des personnes handicapées et leurs problématiques,

- les problématiques et la culture propres aux professionnels du champ du médicosocial relevant du handicap,
- et enfin des préoccupations et positionnements des familles de personnes handicapées.

Au-delà des intervenants extérieurs en promotion de la santé auprès des ESMS, la question de **la nécessaire adaptation des divers lieux de consultations et de dépistages** reste largement posée.

A noter que les actions de formation, de sensibilisation ou d'information à mener auprès des ESMS concernent à la fois **les usagers, les encadrants et les familles, dans un souci de cohérence et de continuité.**

Troisième point, l'étude le confirme, les ESMS du champ du handicap sont déjà des acteurs importants en promotion de la santé et ils aspirent pour beaucoup à en être des acteurs encore plus présents. Ce développement de leur place sur ces thématiques se matérialise d'abord dans l'approfondissement des actions déjà entreprises, mais également en les complétant par un questionnement sur d'autres aspects :

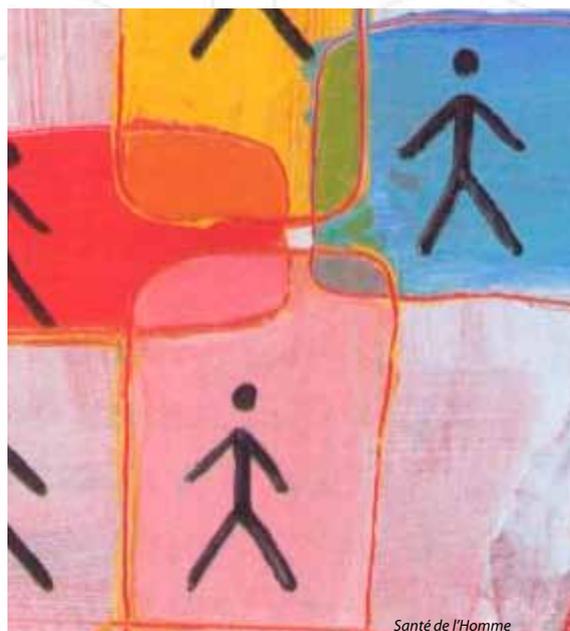
- par exemple, certains se déclarent prêts à prendre une place plus forte sur la question de la promotion de la santé en matière de **santé mentale**, pour laquelle ils ont pour la plupart des compétences mobilisables (suivi préventif, repérage,...) ;
- d'autres se questionnent même sur la place qu'ils pourraient prendre de façon plus large au-delà sur la question, **vis-à-vis de leurs salariés et vis-à-vis de leur environnement local** (ex : sensibilisation auprès des publics à l'extérieur, en lien avec la déficience principale, afin de faire de la promotion de la santé par la préparation de l'environnement).
- enfin, la question de la promotion de la santé pour **les personnes en situation de handicap non suivies par des ESMS** se pose. A ce titre, les ESMS, et leurs actions de plus en plus adaptées, pourraient peut-être devenir des lieux ressources ou relais

auprès de ces personnes (par exemple dans le cadre des Contrats Locaux de Santé).

Bruno Foucard
Directeur Technique CREAI-ORS LR

(Pour l'ensemble de l'équipe ayant travaillé sur cette étude : François Clerget, Hafid Boulahtouf, Bruno Foucard, Noelle Font)

Vous pouvez retrouver l'ensemble de cette étude sur le site du CREAI <http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications>



VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN BOURGOGNE

A l'initiative et avec le financement de l'ARS, un dispositif de formation-action est implanté en région Bourgogne depuis 2012. Il est mis en œuvre conjointement par le CREAL¹, l'IREPS² et la Mutualité Française.

Le dispositif a pour but, en améliorant les pratiques professionnelles, de développer la qualité de vie des personnes (enfants et adultes) en situation de handicap mental ou psychique accueillis en établissements médico-sociaux, par la prise en compte de leur vie affective et sexuelle, et la réduction des risques qui y sont associés.

A ce jour, 70 établissements bénéficient ou ont bénéficié de cette formation-action.



Evolution des pratiques et place de la sexualité des personnes handicapées

La loi de 2002³ rénovant l'action sociale et médico-sociale, et celle de 2005⁴ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des

1 Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

2 Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la santé

3 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTXT000000215460>

4 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

personnes handicapées, ont profondément modifié l'organisation des établissements et la place de l'utilisateur. Elles ont permis de faire évoluer la conception de la prise en charge de la personne handicapée, avec une plus grande prise en compte de sa situation globale, de ses besoins mais aussi de ses désirs.

La place de la personne en situation de handicap dans la société évolue lentement mais l'époque où les handicapés étaient cachés, mis à l'index, semble révolue. Même si de forts tabous persistent, les personnes handicapées peuvent dorénavant prétendre à développer un bien être sexuel individuel et satisfaire leurs désirs selon leurs propres valeurs. **Les pratiques professionnelles évoluent entre mission de protection de la personne, en lien avec sa vulnérabilité, et reconnaissance de sa place de citoyen à part entière.**

Si intellectuellement les professionnels ont intégré ces valeurs dans leurs pratiques professionnelles, il reste des habitudes et des histoires institutionnelles qui peuvent freiner l'évolution vers un changement de pratique. Non que la question de la maltraitance soit particulièrement courante, mais la (sur)protection des personnes est sans doute plus confortable, ou plus rassurante.

Qu'on ne se méprenne pas : les professionnels sont compétents auprès des usagers, mais la question du changement de pratique professionnelle n'est jamais simple institutionnellement.

La question de la sexualité est elle-même un sujet sensible, qui touche à l'intime des personnes, à leurs représentations personnelles et à la place qui lui est accordée dans la société. Ainsi, l'identité des individus, y compris l'identité sexuelle, se construit en fonction des usages sociaux et des normes en vigueur. Celle-ci s'appuie sur les représentations culturelles et particulièrement celles des groupes sociaux auxquels chacun appartient.

La personne handicapée va donc développer une identité sociale spécifique, que la société et ses

représentants vont devoir protéger, et qui peut devenir l'enjeu de rapports de force institutionnels, sociaux, politiques. Permettre à la personne handicapée d'être une personne à part entière nécessite donc la reconnaissance d'une identité sexuée. C'est à cet endroit que va être questionnée la place de la personne handicapée dans la société, et encore plus fortement **sa potentialité à vivre une sexualité qui pourrait être celle de tout le monde, y compris donc sa capacité à procréer.**

De la prévention des risques à la promotion de la santé sexuelle

La première étape qui a permis d'aborder la sexualité au sein des établissements, a été celle de la prévention des risques : IST, VIH et grossesse. L'angle du risque étant principalement la porte d'entrée pour parler sexualité, des actions ponctuelles ou régulières ont vu le jour dans nombre d'établissement.

Progressivement, d'autres questionnements sont intervenus au sein des équipes éducatives.

Comment intervenir de manière plus globale sur la santé de la personne ? La promotion de la santé, depuis plusieurs années s'appuie sur la prise en compte de l'environnement, il ne s'agit pas simplement de donner une information pour constater une évolution des comportements à risque. En effet, en déclinant des actions à différents niveaux d'influence : environnement physique, social, individuel ; et en s'appuyant sur un concept de santé positif, l'amélioration de la qualité de vie et de bien être des personnes permet d'envisager une amélioration globale de l'état de santé de celles-ci.



Le concept de santé sexuelle est décliné depuis une dizaine d'années afin de proposer une prise en compte plus large des aspects et influences pour les personnes.

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »⁵

Ainsi, le développement sexuel d'une personne est un processus qui comporte des dimensions physiques, psychologiques, affectives, sociales et culturelles. Il est, en outre, lié de façon inextricable au développement de son identité et se déploie dans des contextes socioéconomiques et culturels spécifiques⁶. L'évolution de ces différentes notions a donc influencé progressivement les pratiques des intervenants en éducation à la sexualité.

Chaque établissement médico-social participant au projet a ses propres priorités en matière d'élaboration de programme de santé sexuelle. Ainsi, afin de pouvoir soutenir et accompagner ces évolutions de manière adaptée et individualisée, les partenaires pilotes du dispositif ont travaillé les axes d'intervention qui paraissaient les plus pertinents.

Un dispositif de formation / accompagnement des établissements

Le comportement de la personne handicapée est lié à ses représentations internes, mais aussi à celles des professionnels qui l'accompagnent, tout autant que l'évolution du regard de la société. L'interaction entre les représentations sociales des professionnels qui accompagnent la personne handicapée au quotidien, dans le cadre de sa vie intime ou de son travail, et celles de la personne handicapée elle-même produit un espace d'échange et de communication.

⁵ Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires, OMS, 2012

⁶ Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, OMS, 2002.





Les pratiques sociales et professionnelles qui en résultent ne sont pas neutres et même si les dynamiques actuelles favorisent la réflexion autour de lois qui promeuvent le droit et l'autonomie de la personne, jusqu'où la place accordée à la vie affective et sexuelle des personnes handicapées peut-elle être acceptée ?

Afin de proposer un dispositif de formation-action suffisamment pertinent il a donc fallu penser les éléments nécessaires à l'évolution des pratiques professionnelles vers la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé sexuelle des personnes au sein des établissements médico-sociaux.

Le dispositif s'appuie sur les principes suivants :

- L'élaboration d'une culture commune régionale
- Un accompagnement à l'appropriation de la thématique par tous les professionnels dans les établissements, et non pas uniquement les équipes éducatives
- Un accompagnement à la mise en œuvre au sein de chaque établissement de projets spécifiques autour de la thématique
- La création de groupes ressources au sein de chaque établissement, garants de la prise en compte du cadre et des valeurs liées à la promotion de la santé
- La sensibilisation des partenaires de terrain à cette dynamique.



A l'heure actuelle, il semble qu'une dynamique régionale soit en œuvre dont l'objectif est l'évolution des pratiques des professionnels, vers une prise en compte de la vie affective et sexuelle des personnes handicapées, de manière globale et positive, et non plus seulement sous l'aspect « risque » ou « protection ».

Les établissements qui ont participé à la formation-action ont démarré ou poursuivi des actions en fonction de l'avancée de leur réflexion institutionnelle et du contexte local.

Celles-ci ont permis la mise en œuvre de projets de prévention et de promotion de la santé par des groupes de paroles pour les personnes handicapées, des ateliers d'éducation à la sexualité ; mais également la ré-écriture des documents institutionnels en intégrant les notions de vie affective et sexuelle, la création de boîtes à outils, de fonds documentaires dédiés pour l'ensemble des professionnels, le développement des échanges avec les familles, etc. Ces actions, riches et variées, participent au changement de la place accordée à la vie affective et sexuelle des personnes accueillies en établissements médico-sociaux en Bourgogne.

Corinne L'HORSET

Responsable de projets, IREPS Bourgogne



Les étapes du dispositif de formation - action déclinées dans chacun des départements, en direction des établissements accueillant des enfants d'une part, et ceux accueillant des adultes d'autre part:

- Une formation d'une journée pour les personnels d'encadrement
- ½ journée d'information à l'ensemble des personnels
- Une formation de 2 jours pour les personnes ressources, issues des équipes projets des établissements : éducateurs spécialisés, aides soignants, psychologue, éducateurs techniques, moniteurs d'ateliers, infirmière, chef de service, etc.
- ½ journée d'échange inter-établissement sur les projets et les pratiques
- Un temps d'accompagnement méthodologique des équipes-projets
- ½ journée de bilan inter-établissement
- 1 journée de sensibilisation et d'échange pour les partenaires régionaux : animateurs territoriaux de santé, coordonnateur ASV, CPEF, Planning Familial, Services de santé municipaux, Direction de Santé Publique, CDAG, DT ARS, etc.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les actes de la journée d'études du 17/04/2014 sur le site du CREAL : <http://www.creaibourgogne.org/>



LA RÉSIDENCE ICARE

Un projet qui s'inscrit dans une histoire et un contexte social particulier

Située à Chevigny-Saint-Sauveur, la Résidence ICARE fêtera ses vingt ans l'an prochain. Son histoire s'inscrit à la suite de celle du Foyer de la Bergerie qui avait ouvert ses portes il y a près de quarante ans au cœur de Fontaine-les-Dijon.

Si des précurseurs parlaient déjà de « handicap psychique » dans les années 70, la reconnaissance administrative des personnes « en situation de handicap d'origine psychique » a été formalisée il y a moins de dix ans, avec la Loi du 11 février 2005¹.

Dans les années 70 les progrès pharmacologiques déjà acquis avaient permis à de nombreux malades mentaux de quitter l'asile. Depuis quelques années, l'hôpital psychiatrique a resserré sa compétence autour du soin des phases aiguës, abandonnant sa fonction d'hébergement de longue durée (d'asile au sens de la protection) et confiant le suivi ambulatoire à ses équipes psychiatriques de secteur (parfois aussi aux médecins libéraux). C'est ainsi que le secteur social et médico-social se trouve confronté à des situations de plus en plus fréquentes, de personnes atteintes de troubles psychiques et nécessitant d'être accompagnées dans la vie sociale, bien qu'elles reçoivent des soins psychiatriques.

La réforme hospitalière a été plus rapide dans la mise en œuvre de la réduction de ses moyens que le secteur social et médico-social dans sa capacité à trouver les ressources humaines, institutionnelles et financières pour accueillir ceux qui se trouvent aujourd'hui souvent très seuls et parfois abandonnés dans la cité ou au sein de leurs familles.

La reconnaissance du handicap psychique

La loi du 11 février 2005 a conduit le secteur médico-social à prendre en compte des personnes handicapées par les conséquences sur leur vie sociale, affective et professionnelle, d'une maladie mentale chronique. Par cette reconnaissance d'une situation de handicap, les Conseils Généraux ont pris en charge le financement de dispositifs spécifiques en faveur des personnes concernées. C'est le cas, notamment, de la Résidence ICARE pour la Côte d'Or,

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

mais cette prise en compte tend à se généraliser et des actions spécifiques sont également menées aujourd'hui en faveur du handicap psychique par de nombreuses associations spécialisées de notre secteur.

Si cette prise en compte par les acteurs sociaux et médico-sociaux se fait progressivement, c'est qu'elle exige de revisiter nos modèles d'intervention avec une approche spécifique², une coopération étroite avec les dispositifs de soins psychiatriques et une vision partenariale systématique avec l'ensemble des acteurs, qu'ils relèvent du social, du médico-social ou de la société civile.

L'action de la Résidence ICARE se situe donc dans ce contexte mais avec quarante ans d'histoire associative³ et le soutien du Conseil Général, avant même la Loi de 2005, pour mettre en œuvre un projet de réinsertion sociale de personnes en situation de handicap psychique.



Photo : Luc Bussière

² On peut se référer à ce sujet aux différentes publications de l'Unafam : <http://www.unafam.org/Specificite-de-l-handicap.html>

³ L'association Entraide-la-Bergerie avec les précurseurs dans les années 70, puis l'association ICARE dans les années 90, et l'association Icare-la-Bergerie résultant de la fusion des deux dans les années 2000.



La Résidence ICARE accueille des personnes reconnues handicapées par les conséquences d'une pathologie psychiatrique chronique

Les adultes accueillis sont reconnus en situation de handicap d'origine psychique et ont obtenu un accord de la CDAPH⁴ pour cette orientation. Ils se donnent pour objectif, à terme, de vivre dans la cité, en appartement ordinaire. Leur séjour destiné à élaborer et consolider ce projet, n'excèdera pas trois ans en moyenne.

Les troubles psychiques dont sont affectées les personnes accueillies à ICARE, relèvent systématiquement du soin psychiatrique. Il s'agit généralement de pathologies liées à des troubles psychotiques (schizophrénies majoritairement) ou autres formes de troubles psychiques invalidants qui constituent dans tous les cas une pathologie chronique.



Photo : Luc Bussière

Le handicap des personnes accueillies à ICARE n'est pas lié à une déficience intellectuelle et ne porte pas majoritairement sur des incapacités relatives aux contingences de la vie quotidienne. Il s'agit davantage d'une difficulté à mener une vie sociale satisfaisante, en raison même de la nature des troubles psychiques. En effet, la pathologie psychotique attaque le lien : le lien à soi-même, le lien aux autres, le lien au monde environnant...

⁴ CDAPH (ou CDA) : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Pour autant, la Résidence ICARE n'est pas un lieu de soin. L'établissement a le statut de « Foyer d'hébergement » et n'est pas médicalisé. L'option choisie est résolument celle de l'accompagnement socioéducatif, mais en lien étroit avec les équipes soignantes de secteur. En effet, si le séjour à ICARE est limité à trois ans en moyenne, le soin psychiatrique s'inscrit quant à lui dans un temps beaucoup plus long, généralement bien antérieur à cette orientation, puis dans une durée qui va au-delà du séjour à ICARE. L'établissement qui poursuit un objectif de réinsertion sociale, ne se substitue jamais aux dispositifs existants lorsque les résidents y ont accès. Notre rôle est de les y accompagner lorsque c'est difficile pour eux et d'y soutenir leur investissement dans la durée.

Un établissement qui permet des conditions de vie aussi proches que possible de la réalité ordinaire

La Résidence ICARE ressemble aux autres ensembles résidentiels de son quartier, avec 32 studios meublés privés. Son statut de logement foyer (pour la partie hébergement) prévoit également des espaces collectifs que nous avons aménagés en salon, salle à manger, buanderie, bibliothèque, bistrot associatif, ainsi que des bureaux et une chambre de veille.

Une convention d'habilitation à l'Aide Sociale Départementale reconnaît que les résidents assument intégralement leur frais d'hébergement (loyer et charges) ainsi que leurs frais d'entretien. Ainsi, ils ne sont pas concernés par le principe de la réversion en cas de « retour à meilleurE fortune ».

Les résidents jouissent d'une totale liberté de mouvements, ils peuvent se rendre à des activités (thérapeutiques, professionnelles ou de loisirs), s'absenter de l'établissement et prendre des congés⁵.

Les modalités d'accueil et d'accompagnement

Si la Résidence ICARE n'est pas un établissement de soin au sens médical, elle se caractérise toutefois

⁵ La convention d'habilitation à l'Aide sociale précise tous ces points et encadre les durées d'absences.

par un accueil spécifique de personnes malades mentales et c'est son dispositif institutionnel qui est réfléchi pour offrir un accompagnement adapté qui prend en compte l'existence de la pathologie psychiatrique.

Nous distinguons en effet « l'établissement » qui désigne les lieux physiques, l'organisation matérielle et administrative de l'activité et « l'institution » en tant que dispositif humain qui combine l'organisation sociale avec les dimensions de l'imaginaire, du temps et des limites, de l'histoire, de la transmission, des fonctions symboliques, de la dualité et de l'altérité, des relations vécues...



Photo : Luc Bussière

Le dispositif institutionnel est réfléchi en permanence. Il est la pulsation de l'établissement. Il est essentiellement élaboré comme espace de relations pour lutter contre la déliaison, soutenir l'altérité, développer pour chacun « des territoires d'autonomie⁶ ».

Cette réflexion s'appuie sur les principes de la psychothérapie institutionnelle qui préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant, favorisant une dynamique des échanges comprenant la communauté des personnes accueillies autant que la communauté des professionnels dans son ensemble (travailleurs sociaux, services administratifs, services généraux, cadres et stagiaires.)

L'objectif est de permettre à chacun, au travers des activités partagées avec d'autres et articulées

⁶ Expression empruntée à J.B Paturet : Faut-il brûler les institutions, Presses de l'EHESP, 2014

avec divers lieux institués, de participer à la trame institutionnelle qui est l'ensemble des individus, des contrats et des règles qui régissent leurs échanges. Le résident pourra alors se situer ou resituer dans une dimension symbolique.

L'Association du Bistrot d'Icare⁷ en est une illustration. Il s'agit d'une association administrée par un collège mixte professionnels/adhérents, gérant un bistrot, des activités culturelles et de loisirs. Sa salle de spectacle accueille chaque année de nombreux artistes à l'occasion de sa saison culturelle ouverte à un large public. Les adhérents du Bistrot d'Icare sont les résidents et anciens résidents ; un groupe d'adhérents qui grandit au-delà des murs de la Résidence et constitue un réseau social supplémentaire avec un ancrage de plus en plus fort dans la cité.

Des résidents et des professionnels

Huit éducateurs spécialisés, cinq aides médico-psychologiques et un animateur socioculturel composent l'équipe éducative sous la responsabilité d'un chef de service pour assurer l'accompagnement individuel des résidents et la prise en compte de la dimension collective.

Des réunions organisationnelles, impliquant l'ensemble du personnel (services administratifs et généraux) et les résidents dans diverses configurations, assurent le débat, la coordination, la transversalité, le lien en référence au projet d'établissement. L'équipe éducative bénéficie aussi de huit heures de réunions mensuelles avec un psychiatre-psychanalyste pour travailler les enjeux relationnels professionnels/résidents où la dimension intersubjective est particulièrement colorée par la pathologie psychique qui est à l'œuvre, affectant non seulement les individus mais aussi potentiellement toute la trame institutionnelle.

Questionner en permanence les conditions d'émancipation du « sujet », c'est la tâche à laquelle sont attelés résidents et professionnels dans une utopie partagée.

Pascal SOLOGNY

Directeur Résidence Icare, La Bergerie

⁷ Blog du Bistrot d'Icare : <http://lebistrodicare.blog4ever.com>



LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT À L'INSERTION PROFESSIONNELLE (SAIP) DE L'ACODÈGE

Trois Pôles de compétences pour élaborer et conduire un projet professionnel, favoriser l'accès à la formation et à l'emploi des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap

Les lois de rénovation du secteur médico-social ont replacé l'utilisateur au cœur des dispositifs qui lui sont destinés, en mettant l'accent sur la nécessité de passer de la prise en charge à la notion d'accompagnement et en prescrivant aux établissements et services d'encourager le développement de chacun. Il s'agit donc de permettre l'émergence du sujet et de rendre aux personnes en situation de handicap un égal accès aux droits. C'est précisément pour renforcer les perspectives de formation et d'emploi des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap que le Service d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle a été créé. En agissant sur les déterminants sociaux de la santé, le SAIP s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et contribue à l'amélioration de la qualité de vie et du bien être des personnes en situation de handicap.

Ce dispositif, agréé par l'ARS en 2010, accompagne aujourd'hui 75 personnes reconnues par la Maison Départementale des personnes Handicapées (MDPH) pour une déficience intellectuelle et/ou une déficience du psychisme, âgés de 14 à 25 ans, afin de définir, élaborer et conduire à leurs côtés, un projet professionnel sur mesure.

Vers un accompagnement individuel adapté

Lors de l'admission au SAIP, prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), le Service réalise une évaluation tripartite : psychotechnique, psychométrique et psychopathologique. Sur la base de ces éléments d'analyse et d'observation, nous sommes mieux à même de considérer la pertinence de l'accompagnement par le SAIP et nous pouvons dès lors concevoir les prémisses du projet de formation. La précision diagnostique évite notamment d'orienter les usagers vers un atelier, un stage ou une formation qui ne correspondent pas à leurs dispositions cognitives, psychiques ou motrices.

Après avoir restitué et explicité les bilans d'évaluation au bénéficiaire, à sa famille et aux établissements et services partenaires, un contrat

d'accompagnement individuel est signé, un référent est nommé, le parcours peut alors commencer.

Un parcours personnalisé à 3 niveaux

Pour répondre aux besoins exprimés, aux capacités et aux difficultés observées, le SAIP met à disposition son Pôle Formation, son Pôle Stage et son Pôle Santé, qui œuvrent de concert selon le principe de l'alternance, pour créer les meilleures conditions d'apprentissage professionnel.

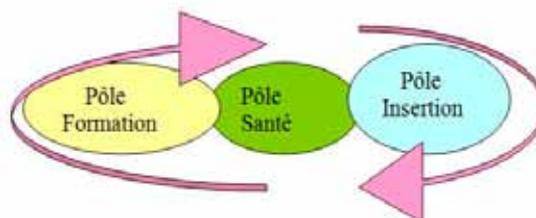


Schéma Dispositif SAIP

Pôle Formation : « Dépasser ses difficultés, développer ses capacités et enrichir ses compétences »

Le Pôle Formation, animé par cinq Educateurs Techniques Spécialisés, intervient aussi bien sur le champ des pré-requis nécessaires à toute forme d'apprentissage, que sur le champ de la qualification. Il existe autant de configurations de formations possibles que de parcours professionnels, allant de la pré-formation jusqu'à la formation qualifiante.

Certains ont en effet besoin de découvrir ou de redécouvrir les fondamentaux de la relation au travail, pour espérer franchir cette étape et s'engager plus avant ; d'autres en revanche intègrent le SAIP après avoir déjà connu une scolarité jusqu'en 3ème et avoir réalisé préalablement un certain nombre de stages.

Le SAIP dispose de 6 ateliers de formation inscrits au plus près des réalités de formation et d'insertion

professionnelle, au cœur des unités de production de l'ESAT Acodège et au sein du campus de l'AFPA. (Espaces verts, blanchisserie-couture, hygiène et propreté, conditionnement, menuiserie et magasinage).

Les ateliers adaptés du SAIP offrent une large gamme de choix pour satisfaire différents niveaux de formation. De l'éducation au travail jusqu'à la qualification professionnelle, en passant par la certification.



Pôle Insertion

L'accompagnement vers l'emploi

Lorsque les habitus professionnels se sont installés, que les savoir être et les savoir faire sont suffisamment solides, le Pôle Insertion entre alors en jeu. On observe bien souvent qu'une mise en situation professionnelle trop hâtive présente un risque important de conforter les échecs. Il est fondamental d'apprendre à se connaître et de s'exercer, afin de mieux identifier le moment opportun et le terrain favorable sur lequel réaliser cet essai. L'enthousiasme et la motivation sont néanmoins de précieux vecteurs qu'il convient de ne pas décourager. En la circonstance, il n'est pas rare de négocier les conditions de progression du parcours avec les bénéficiaires eux-mêmes, considérant qu'ils sont adultes, ou en passe de l'être, et qu'ils doivent ainsi apprendre à se

déterminer dans un espace professionnel contraint.

Des partenariats pour expérimenter le milieu professionnel

L'activité du Pôle Insertion est conduite par 6 Chargés d'Insertion, travailleurs sociaux de formation initiale (CESF, ES, ETS), qui ont la responsabilité de mettre en œuvre le parcours de formation, en prospectant auprès des entreprises, des collectivités territoriales, des Etablissements d'aide par le travail et des entreprises adaptées, pour conventionner des périodes de stage. En s'appuyant sur un réseau d'entreprises et sur des liens de partenariat étroit avec le secteur protégé, le SAIP organise ainsi une quinzaine de mises en situation professionnelle chaque semaine. Une des clefs de la réussite de ce système d'inclusion repose une fois encore sur la précision de la définition des objectifs de stages et sur la connaissance que nous avons des forces et des faiblesses de chacun, corrélées aux spécificités de telle ou telle entreprise.

Un suivi tout au long du parcours

Pour chaque stage le référent communique avec l'ensemble des parties prenantes tous les éléments utiles, organise une visite préalable, prend attache ou se rend sur place pendant le déroulement et conduit un bilan qui sera ensuite adressé au bénéficiaire, à sa famille et au tiers. Tout au long du parcours les personnes concernées sont ainsi associées, de façon à fédérer tous les intervenants autour de la réalisation du projet et à permettre à chacun de conscientiser la progression comme encore les obstacles, ce qui contribue in fine à maximiser les chances de réussite.

En fonction des conclusions du bilan réalisé avec le stagiaire, le tuteur entreprise et le référent, un travail peut être repris en atelier de formation, en ciblant ce qui fait problème ou ce qui est susceptible de progresser.

L'accompagnement vers une formation qualifiante

Les Chargés d'Insertion peuvent intervenir là où conduit le projet de formation et d'insertion des bénéficiaires. Ces trois dernières années, nous observons une augmentation des admissions en faveur des personnes en situation de handicap psychique ou de personnes affectées d'une déficience



intellectuelle légère dont le parcours scolaire a été maintenu jusqu'en classe de 3ème. Le SAIP leur propose notamment un accompagnement à la qualification auprès des organismes de formation de droit commun, compte tenu d'un certain nombre de critères, capacités scolaires, aptitudes techniques, autonomie sociale. Les chargés d'insertion et les formateurs du SAIP évoluent alors à leurs côtés, en milieu ordinaire de formation et se positionnent comme auxiliaire socio-éducatif vis-à-vis des équipes enseignantes et des personnes responsables de la vie scolaire. Cet étayage, centré sur une pédagogie adaptée, constitue une passerelle souvent nécessaire à la réussite des projets de formation des personnes accompagnées.

Par ailleurs, le Service participe activement à la recherche et au suivi d'entreprise employeur en assurant le relais avec les Missions Locales ou Cap emploi, pour la signature des contrats d'alternance.

Pour certains, la perspective d'une formation qualifiante est simplement à reporter le temps de conforter les acquis et de restaurer l'estime de soi. Pour d'autres encore, il s'agira d'entrer peu à peu dans un processus de réorientation qui leur permettra de trouver une place adaptée à leur situation et de le vivre au mieux.



Stocklib

Pôle santé : un parcours de soin adapté

Le Dispositif SAIP compte également un Pôle Santé constitué par un médecin psychiatre et un psychologue. Suite à l'évaluation initiale les praticiens se tiennent informés du parcours de formation des bénéficiaires. Ceux qui en éprouvent le besoin ou pour lesquels l'observation indique qu'une consultation serait utile peuvent être reçus par le psychiatre. Il prend attache avec le médecin référent, veille à la continuité des soins, à la prise des médicaments, transmet à l'équipe ses recommandations ou les éventuelles restrictions vis-à-vis de telle ou telle pathologie. Le psychologue participe également au renforcement des parcours de formation et d'insertion en explicitant notamment la nature des troubles cognitifs et en proposant de remédier, lorsque cela est possible à tel ou tel empêchement. A partir des feed-back de l'équipe les praticiens peuvent ainsi orienter leur prise en charge. Le Pôle Santé fait donc partie intégrante du dispositif d'alternance et participe par son action à la mise en œuvre des parcours.

Une stratégie de mise en réseau visant l'insertion et le bien être de la personne

La formation et l'insertion ne peuvent s'entendre sans un travail parallèle dans le champ de l'autonomie sociale. Le SAIP en tant que dispositif complémentaire s'appuie à cet égard sur les établissements et services partenaires et sur le soutien des familles (IME, ASE, AEMO, services pédopsychiatriques, foyer de l'enfance, MECS, services de la psychiatrie adulte...) pour que soient travaillées parallèlement et simultanément à l'avancée du projet professionnel les questions liées au transport, à la gestion du budget, à l'adaptation sociale, etc... Ces articulations entre le monde de la santé, du social et de l'insertion conditionnent et facilitent un égal accès des personnes en situation de handicap, aux services de droits communs.

La pratique professionnelle au sein des ateliers adaptés, ou l'inscription dans des parcours de formation professionnelle attestent en premier lieu du bienfondé de l'apprentissage comme support de structuration et de développement personnel. Cet accompagnement constitue un solide repère, une

occasion de renouer avec soi à travers la valorisation de chaque progrès réalisé.



Du secteur de travail protégé au milieu ordinaire

Si l'orientation professionnelle des usagers du SAIP est encore principalement tournée vers le secteur de travail protégé, l'inscription dans le tissu économique local porte peu à peu ses fruits. Il ne s'agit pas d'opposer telle ou telle situation professionnelle en considérant que l'une vaut mieux que l'autre, mais d'observer que la fréquentation des entreprises du milieu ordinaire participe dans tous les cas au développement des capacités des individus.

La possibilité offerte à tous ceux qui le souhaitent et qui ont rassemblé leurs efforts pour pouvoir effectuer un stage en entreprise est fondamentale, en ce qu'elle permet à chacun d'accéder à un espace de vie commun. De cette expérience formative chacun ressort grandi, sous réserve que soient pensées et

établies les conditions de cette immersion.

Bien sûr la crise économique ne favorise pas l'emploi des personnes en situation de handicap, les entreprises préférant le recrutement des candidats les plus productifs. Pour autant un certain nombre de démarches d'insertion sont encore à inventer, tant le milieu ordinaire de travail représente une nouveauté pour les personnes en situation de handicap mental. Le gouvernement aménage également par ailleurs les conditions d'exercice professionnel des personnes en situation de handicap et encourage leur formation par l'apprentissage, tout en incitant financièrement les entreprises à franchir le pas. Reste au Dispositif SAIP à imaginer les chemins, les passerelles, les moyens de la formation et de l'insertion pour tous.

Le Dispositif SAIP est un service innovant inscrit dans les prérogatives des lois de rénovation du secteur social. Les actions socio-éducatives, psychopédagogiques et thérapeutiques sont conduites dans le respect des individus et adaptées aux problématiques individuelles, de façon à rendre efficaces la formation et l'insertion professionnelle des bénéficiaires. Les premiers résultats de cette stratégie d'accompagnement commencent à porter leurs fruits, à travers une insertion de plus en plus prononcée en milieu ordinaire.

La précision des objectifs, la coordination des parties prenantes, l'implication des bénéficiaires, la qualité de la relation éducative, la variété de l'offre d'accompagnement, sont autant d'éléments qui font la force de ce dispositif et en explique le plébiscite par les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Thomas FRIGIOLINI

Chef de service du SAIP Acodège



UNE SÉANCE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES PEUT-ELLE FAVORISER UNE AMÉLIORATION DU REGARD DES SALARIÉS VALIDES SUR LES SALARIÉS HANDICAPÉS ?

Les chercheurs Louvet et Rohmer (2010) ont montré que les travailleurs handicapés étaient valorisés par leurs qualités relationnelles : ils sont perçus comme « courageux », et non comme « compétents » à l'inverse de leurs congénères valides. Ces mêmes chercheurs ont montré à partir de 2003, que les personnes dites « handicapées » ont des compétences sous-évaluées par leurs congénères valides dès que leur handicap est énoncé lors de leur candidature à un poste. Résultat en 2008 : 2,8% des travailleurs à temps plein sont des travailleurs handicapés, contre les 6% imposés par la loi depuis 1987 pour les entreprises de plus de 20 salariés (Agefiph, 2012).

Depuis la loi de février 2005, le gouvernement étudie et délivre les « compensations du handicap » pour une pleine participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap. Pour les entreprises, le problème est de savoir différencier les informations véhiculées par les stéréotypes du « handicapé », et les réelles répercussions sur la vie sociale et professionnelle des personnes concernées. Il existe en effet plusieurs façons de définir le handicap et il est encore extrêmement difficile, aujourd'hui en France, de quantifier l'impact sanitaire et économique de cette condition de vie. En fonction de la définition du handicap de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001), des critères pris en compte par l'INSEE (2009), la DARES (2009, 2011), les CPAM pour délivrer la pension d'invalidité ou les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour délivrer la Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), les données sur les personnes dites « handicapées » sont différentes.

Notre étude

Dans le contexte du renforcement de l'emploi des personnes reconnues handicapées (RQTH), l'étude présentée avait pour but d'établir un premier diagnostic des relations entre travailleurs valides et travailleurs en situation de handicap en termes de partitions sociales. Les partitions indiquent les trois formes possibles de s'identifier personnellement et socialement dans un contexte donné :

- Selon la partition oppositive (basée sur la valeur), quand les deux groupes sont considérés

comme contraires. Les travailleurs valides pensent-ils que les membres de l'autre groupe sont moins bien que les membres de leur groupe ?

- Selon la partition hiérarchique (basée sur le statut) quand une notion d'inférieur – supérieur est à la base des différences entre les deux groupes. Les travailleurs valides pensent-ils que les membres de l'autre groupe sont inférieurs aux membres de leur groupe ?

- Ou selon la partition communautaire (basée sur l'appartenance exclusive) c'est-à-dire que le groupe est défini par rapport à une caractéristique que les autres n'ont pas, les établissant en tant qu'élite. Les travailleurs valides pensent-ils que seuls les valides doivent avoir accès au monde du travail ?

L'intérêt de ce questionnaire est de pouvoir identifier à terme les méthodologies de sensibilisation au handicap efficaces en entreprise de plus de vingt salariés, afin de les accompagner à respecter le 6% de salariés bénéficiaires d'une RQTH, quota obligatoire depuis 1987 et renforcé par la loi 2005-102. Dans notre étude, et dans le but d'accéder aux informations dans le monde de l'entreprise, nous avons décidé de retenir comme critère de sélection du handicap, l'attribution de la RQTH. Les entreprises et les salariés sont tous des participants volontaires, ces derniers étant tous des travailleurs sans RQTH, issus du secteur médico-social.

La procédure

Tableau 1. Distribution et caractéristiques des participants de l'étude

	Phase	Travailleurs valides	Caractéristiques
Pré-test	2 EHPAD (Côte d'Or)	38	30 femmes, 7 hommes (1 sujet sans indication de sexe) Age moyen = 34,5 ans
	Et 1 Entreprise adaptée		
Post-test	Groupe Contrôle	8	8 femmes Age Moyen = 32,2 ans
	Groupe Mixité	6	4 femmes, 2 hommes, Age Moyen = 40,3 ans
	Handicap - Valides		

Nous avons réalisé un premier questionnaire (pré-test) impliquant 38 salariés, suivi d'un second questionnaire (post-test), après une séance d'activités physiques, impliquant 14 personnes (Tableau 1). La mise en mouvement du corps et l'activation des liens sociaux par des activités physiques engendrant de nombreux bénéfices (INSERM, 2008). Nous avons voulu en observer les effets sur le regard que les travailleurs valides peuvent porter sur les travailleurs handicapés. Lors de la phase d'intervention, nous avons constitué deux groupes :



Stocklib

- **Groupe contrôle** : les sujets ne pratiquent pas d'activités physiques.

- **Groupe mixité Handicap - Valides** : les sujets font 1h15 d'activités physiques avec un sportif de haut-niveau en fauteuil, dessinateur industriel de profession.

La séance a valorisé la complémentarité des salariés dans les qualités physiques à développer (endurance, précision, coordination, communication, équilibre) ainsi que l'esprit cohésif par la nécessité de communiquer pour atteindre un objectif commun fixé à l'ensemble des participants. Les activités physiques étaient conçues afin que tout individu, quelles que soient ses caractéristiques de santé, puissent les pratiquer sans se sentir en difficulté.

Chaque séance comprenait 1) un échauffement

simple, 2) la découverte de quatre ateliers (par exemple des activités de tir à l'arc assis ou début, de la course handbike, en fauteuil ou à pied, tennis, etc...), 3) un défi collectif (chaque participant posté sur un atelier ne peut démarrer que lorsque son prédécesseur a validé le sien) dans lequel, l'objectif est de valider tous les ateliers en un minimum de temps ; et 4) une phase de relaxation.

Les questionnaires utilisés ont été créés selon la méthodologie RepMut¹.

Les Mesures

Les indices retenus concernent la valeur accordée aux deux groupes, à savoir les travailleurs valides et les travailleurs handicapés. La comparaison de ces valeurs nous permet de déterminer le positionnement (partition) selon lequel les travailleurs valides interagissent avec les travailleurs handicapés :

- Pour la **partition oppositive** il s'agit des indices d'appréciation ;

- Pour la **partition hiérarchique**, c'est-à-dire le statut attribué à ces deux groupes, on parlera d'indices de gradation ;

- Pour la **partition communautaire**, les indices sont de deux types :

o Ceux permettant d'identifier à quel point les membres de chaque groupe se ressemblent entre eux (**indice d'assimilation**) et

o Ceux qui déterminent à quel point les membres d'un groupe sont différents des membres de l'autre groupe (**indice de contraste**).

Les résultats des questionnaires avant la séance d'activités physiques

Les réponses des participants montrent que les travailleurs valides ne dévalorisent pas ceux en situation de handicap (partition oppositive) et ne se perçoivent pas non plus en tant que supérieurs à eux (partition hiérarchique). Par contre, ils considèrent

¹ RepMut est un outil qui a été élaboré à partir de la conception des partitions sociales (Castel & Lacassagne, 2011) par un groupe de travail (dont principalement Castel, P. Lacassagne, M.F., Mangin, F., Peteuil, A., Velandia-Coustol, C.) du laboratoire Socio-Psychologie et Management du Sport (SMPS). Il a fait l'objet d'un développement informatique soutenu par Synerjinov et Welience. Plus d'information sur le site www.RepMut.com



que les travailleurs handicapés sont ressemblants entre eux (assimilation) et ce résultat est significativement différent de la façon avec laquelle les travailleurs valides perçoivent leur propre groupe. Cette ressemblance que les travailleurs valides perçoivent est basée sur des caractéristiques qui sont spécifiques aux travailleurs en situation de handicap. Pour eux, les personnes handicapées sont Lents, Souriants et Ouverts. A l'opposé les adjectifs Chanceux, Dynamiques et Efficaces ont été uniquement utilisés pour qualifier le groupe de travailleurs valides.

Notre conclusion est que pour les participants, les travailleurs handicapés sont une minorité en marge de leur groupe (positionnés dans une partition communautaire). Cette affirmation implique que les travailleurs valides risquent de considérer que les travailleurs en situation de handicap ne sont pas à leur place dans le monde du travail.

Notre étude montre un processus d'identification spontané dans leur interaction avec des travailleurs handicapés, à l'origine des stéréotypes, et freins à l'embauche confirmant les travaux de Louvet, Rohmer et Salhani (2003). Notre enjeu par les activités physiques, est de pouvoir focaliser les travailleurs valides sur la vision des compétences et qualités des travailleurs handicapés à utiliser et optimiser dans le collectif professionnel.

Les résultats des questionnaires après la séance d'activités physiques

La deuxième passation du questionnaire nous a permis de comparer les données avant et après la séance, pour les deux groupes (contrôle et Mixité HV), afin de répondre à notre question de départ, à savoir : une séance d'activités physiques peut-elle favoriser une amélioration du regard des salariés valides sur les salariés handicapés ?

Malgré un nombre de sujets insuffisants pour obtenir des différences significatives (calculées par tests statistiques), nous pouvons observer des tendances qui nous semblent pertinentes pour répondre à notre question de départ. Pour le groupe Contrôle les réponses avant et après la séance d'activités

physiques semblent relativement différentes des résultats du groupe Mixité HV (tant dans les valeurs que dans les écart-types). En effet, les différents indices observés sont équivalents dans le groupe Contrôle entre la première et la deuxième passation, alors que nous observons des variations pour le groupe Mixité.



Les résultats du pré-test décrits précédemment ont démontré un positionnement des travailleurs valides face aux travailleurs handicapés selon une partition communautaire. Il semblerait qu'une séance d'activités physiques partagée avec un sportif en fauteuil (stigmaté visible du handicap) ait renforcé ce positionnement et leur vision du groupe des travailleurs handicapés. En effet, les travailleurs valides semblent percevoir davantage de ressemblances et points communs entre les membres du groupe des travailleurs handicapés durant le post-test.

Ce résultat rejoint la conclusion du pré-test de cette étude : un salarié handicapé peut avoir des ressemblances avec les salariés valides (« motivés, volontaires »), mais ces derniers n'ont que peu de caractéristiques communes avec des salariés handicapés. Une seule séance d'activités physiques avec le sportif en fauteuil, a renforcé la perception des salariés valides d'un groupe à part entière de travailleurs handicapés.

A contrario, nous observons dans le groupe Mixité une tendance du regard des salariés valides à apprécier davantage la valeur et la compétence (gradation hiérarchique) des salariés handicapés après la séance. La vision de la différence (partition communautaire) semblerait s'être atténuée après cette séance d'activités physiques, de plus, le regard que les salariés valides portent sur les qualités et compétences des salariés handicapés sembleraient s'être amélioré.

Conclusion

L'identité d'un individu se co-construit dans l'interaction avec les autres. La rencontre entre un travailleur valide et un travailleur en situation de handicap produit un effet de catégorisation primaire, c'est-à-dire que le handicap est utilisé comme un critère de distinction qui est sollicité de façon spontanée avant d'autres critères comme le sexe, l'âge ou l'origine ethnique (Louvet et Rohmer, 2006).

Notre démarche nous a permis de révéler que, parfois sans le savoir, les travailleurs valides se catégorisent vis-à-vis des travailleurs handicapés comme si ces derniers n'avaient pas leur place dans « le monde du travail » (partition communautaire).

Les travailleurs valides reconnaissent le caractère agréable des travailleurs handicapés (désirabilité sociale) et leur courage, sans leur attribuer d'utilité sociale (compétence au travail), ce qui s'explique par l'évolution historique de la place du handicap dans notre société (Stiker, 2005).

On conclut également que bien qu'une seule séance de sensibilisation par la présence d'une personne en fauteuil (handicap visible) semble avoir des effets positifs sur l'opinion des participants, ceci n'est pas suffisant pour avoir une modification majeure dans la façon dont les travailleurs valides évaluent les valeurs et compétences des personnes en situation de handicap (consciemment ou inconsciemment).

Ainsi, face à ce constat et avec l'intérêt de diminuer le sentiment de différence entre les travailleurs valides et les travailleurs en situation de handicap,

nous proposons actuellement un cycle de 3 ou 4 séances basées sur la création d'un lien social cohésif entre des salariés valides et en situation de handicap, tout handicap pris en compte.

Notre objectif à travers les activités physiques, n'est pas de gommer les différences perçues (contraste), mais bien d'amener les salariés à focaliser sur ce qui les rassemble au sein de l'entreprise (assimilation), tout en s'oxygénant et en prenant soin de leur corps et leur esprit.

Notre intervention s'appuie sur la définition de la santé par l'OMS (2001) : proposer un accompagnement à la construction d'un équilibre entre physique, mental, et social...pour le bien-être des salariés au travail, la rentabilité de l'entreprise et l'économie qu'elle peut réaliser en respectant son quota de 6% de travailleurs avec RQTH.

Céline COLLAS-PRADEL

Diplômée 2013 Master APAS.
Fondatrice DifAnd'Co, pour la Cohésion sociale d'entreprise

Carlos Roberto VELANDIA-COUSTOL

Chargé de projets, IREPS Bourgogne

Philippe CASTEL

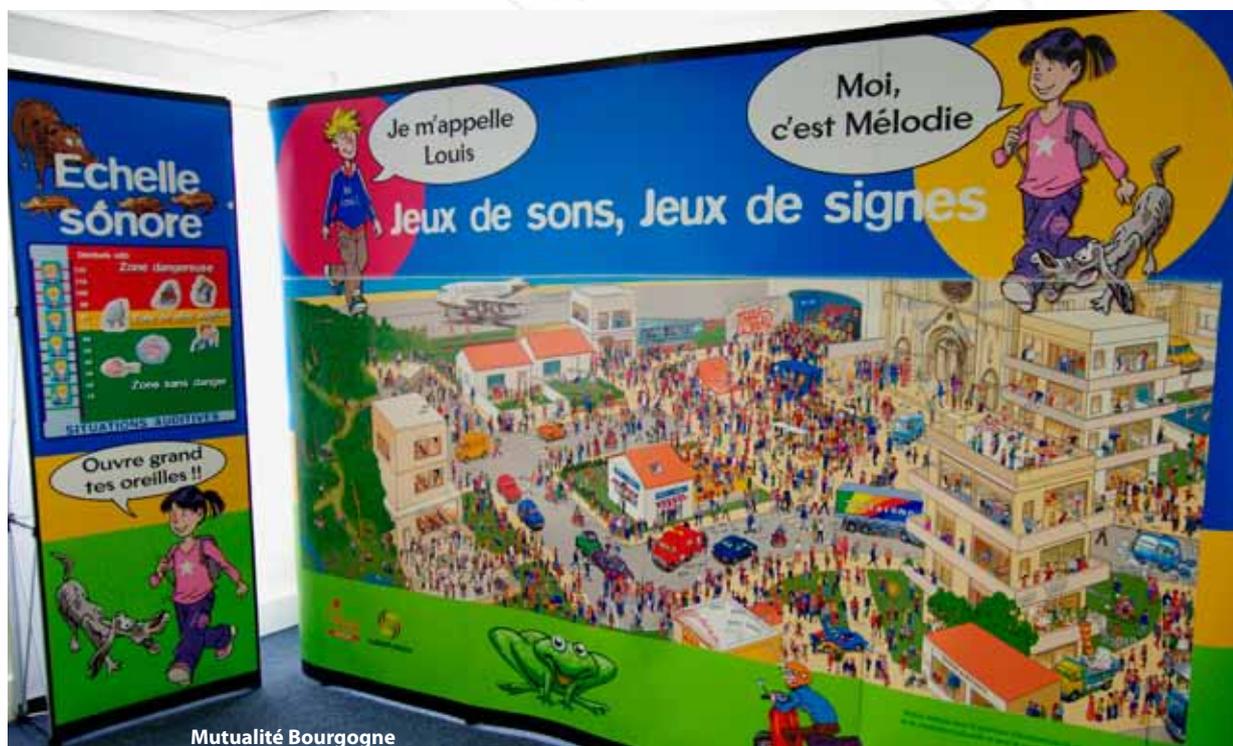
Professeur de Psychologie Sociale.
Laboratoire SPMS. Université de Bourgogne

Marie-Françoise LACASSAGNE

Directrice Laboratoire SPMS



JEUX DE SONS, JEUX DE SIGNES



Jeux de sons, jeux de signes » est une animation conçue et animée par le service Prévention de la Mutualité Française Bourgogne. Elle est destinée aux enfants de 8 à 12 ans, en établissement scolaire ou dans des structures de loisirs (maison de quartier, centre de loisirs).

Pendant 1h30, les enfants cheminent selon une approche globale du problème de la surdité.

Une action de prévention, ludique et complète pour les enfants

« Jeux de sons, Jeux de signes » aborde tour à tour l'apprentissage de l'écoute, le fonctionnement de l'oreille, l'éducation au civisme, la prévention du capital auditif et une sensibilisation au monde des Sourds.

Cette action de prévention poursuit ainsi un double objectif : prendre soin de son audition et faire évoluer les représentations sur la déficience sensorielle et le handicap de façon plus générale.

Concrètement, l'animation se déroule en deux

temps. Durant la première partie, l'animatrice s'appuie sur les personnages de Louis et Mélodie pour permettre aux enfants de bien comprendre le fonctionnement de l'audition, d'identifier des sons (agréables, désagréables, dangereux) et d'adopter les bons gestes pour préserver leur capital auditif. La seconde partie les plonge dans un univers de communication non-verbale, ils sont amenés à mimer des situations pour se faire comprendre, et à découvrir quelques signes de la Langue des Signes Française (LSF).

Changer le regard sur le handicap

Puis l'animation se poursuit par des échanges sur l'Histoire -difficile- des Sourds, par un éclairage sur la Langue des Signes Française (LSF) et sur le quotidien d'un Sourd... Les enfants sont généralement très curieux et découvrent pour la plupart un monde qu'ils ignorent totalement. Ils sont souvent effarés d'apprendre que la LSF a été interdite en France pendant une centaine d'années ou encore que des enfants aient pu avoir les mains attachées à l'école pour être certain qu'ils ne les utiliseraient pas pour communiquer. Comment envisager qu'un petit camarade soit privé de la langue qui lui

permette de communiquer ? Ils sont souvent surpris de savoir qu'il n'y a pas une langue des signes universelle... pourtant il n'existe pas davantage une langue universelle chez les entendants. Nous répondons à des questions comme « Les sourds sont-ils muets ? » Nous évoquons les sujets du quotidien : comment se réveiller le matin quand on ne peut pas entendre le réveil ? Comment ça se passe pour l'école ? Comment se rendre compte que son bébé pleure quand on est un parent sourd ? Autant de questions qui permettent de se rendre compte qu'on peut procéder différemment, en autonomie.

Quelle légitimité pour aborder ce sujet ?

« Jeux de sons, Jeux de signes » été conçu grâce à l'expertise de professionnels de tous horizons (santé, prévention, audition, communication, jeu et éducation) et avec l'appui d'une association de Sourds.

Pour la deuxième partie de l'animation, la Mutualité Française Bourgogne a collaboré avec des interfaces en LSF, et avec des animateurs Sourds. Elle a fait bénéficier à une animatrice Prévention d'une formation de 300 heures en LSF auprès de Visuel LSF Bourgogne Franche Comté. Les animatrices Prévention de la Mutualité Française Bourgogne ont ensuite toutes été formées.

Une approche transversale de l'audition et de la surdité

Pour cette action, nous avons souhaité traiter de la bonne audition, la mal audition et de l'absence d'audition, afin de créer une animation interactive et pédagogique sans cloisonnement entre les entendants et les sourds. En effet, les mondes des entendants et des sourds sont souvent scindés et ne se rencontrent pas. Pourtant, ils ont besoin de se connaître et d'échanger. La différence peut faire peur, mais il faut prendre la peine de vouloir aller au-delà.

En tant qu'acteur de prévention et de promotion de la santé, il est du ressort de la Mutualité Française

Bourgogne de faire évoluer les représentations et d'inciter au changement de comportement, dans le cas de cette action à travers une approche globale de la surdité. Nous ne prétendons pas apprendre à autrui la LSF. Nous n'entrons pas dans des débats plus spécifiques tels que l'opposition entre oralisme et LSF. La LSF est évoquée au même titre que l'oralisme, les appareils auditifs et les implants cochléaires. Nous allons dans le sens du libre choix, en présentant les différentes options possibles. Il s'agit d'éveiller la curiosité des enfants sur cette vaste thématique.

Enfin, il est important pour la Mutualité Française Bourgogne que les structures bénéficiaires de l'action présentent un projet en lien avec l'environnement sonore et/ou qu'elles intègrent un ou plusieurs élèves malentendants. Dans ce dernier cas, l'animation permet d'aller vers l'autre, avec une meilleure compréhension de ce qu'il vit par exemple.

L'animation « Jeux de sons, jeux de signes » a été conçue en Saône-et-Loire en 2004. Elle a été expérimentée en 2005 dans une dizaine de classes d'écoles primaires et des maisons de quartiers. L'évaluation a permis de dégager des perspectives de développement dès 2006, avec l'objectif de faire bénéficier de « Jeux de sons, jeux de signes » aux classes des enseignants intéressés. Chaque année une soixantaine d'animations sont menées sur les quatre départements bourguignons, soit plus de 1000 enfants sensibilisés. L'animation est soutenue financièrement par l'Agence Régionale de Santé.

Sa petite sœur « Signons ensemble » a été proposée dans les Instituts médico-éducatifs de la Nièvre et financée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 58. La Fédération Nationale des Sourds de France parle de la surdité comme d'« un handicap d'information et de communication », là où le plus grand nombre parlera de « handicap »... Une majorité de Sourds ne se sent pas concernée par le handicap. Dès lors qu'ils communiquent, les barrières se lèvent. La problématique se situerait donc plutôt du côté du mode de communication, Sourds et Entendants n'ayant pas le même. La LSF, qui n'est pas utilisée par tous les Sourds, est très peu répandue chez les Entendants. Les services publics sont peu accessibles et les écoles bilingues LSF/Français-écrit sont rares. Sans compter qu'environ 95% des enfants sourds naissent dans des familles entendants.



Culture sourde ?

Ce texte comprend des « Sourds » avec un S majuscule et mentionne un « monde de Sourds » et « un monde d'Entendants ». Ce ne sont pas que des figures de style. Il existe une véritable culture sourde et c'est une façon de la mettre en relief.

La culture peut être définie comme l'ensemble des détails du quotidien, des traditions qui constituent le mode de vie typique à un groupe social.

Les Sourds vivent dans un monde visuel, leur mode d'expression est structuré par la vision.

Stendhal a écrit dans Racine et Shakespeare « le premier instrument du génie d'un peuple, c'est sa langue ». Cette citation est reprise par Visuel LSF, association dont le but est de promouvoir et de préserver la LSF, dans sa communication. La LSF est l'un des piliers de la culture sourde. C'est une langue complète, en « 3D », comportant un lexique et une grammaire bien spécifiques. Elle comprend : positions des doigts et de la main, mouvements, emplacements et expressions du visage. Elle permet d'exprimer tous types d'idées, allant du concret à l'abstrait. Le lexique des signes est en perpétuel mouvement, comme toutes les langues vivantes. Il s'enrichit au fur et à mesure de l'évolution de la société, de l'émergence de nouvelles technologies, etc.

La langue des signes génère quatre fonctions majeures chez la personne sourde : elle est un outil de communication, de pensée, d'apprentissage et de construction identitaire.

Et du côté de la création artistique ? Théâtre, opéra, poésie, chant-signes sont bien réels, parfois en signes uniquement, parfois en bilingue.

On pourrait aussi s'attarder sur l'humour... mais c'est encore mieux de le découvrir en visuel !



Karine GAUTHE
Responsable de projets,
Mutualité Française Bourgogne



Dossier

➤ Éléments de bibliographie



ALLAIRE C. Informer les personnes sourdes ou malentendantes : partage d'expériences. Saint-Denis : INPES, 2012, 58 p.



ALLAIRE C. Informer les personnes aveugles ou malvoyantes : partage d'expériences. Saint-Denis : INPES, 2012, 57 p.



ALLAIRE C., DOUILLER A., SITBON A. Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap. La santé de l'homme, n°412, 04/2011, pp. 8-47. Disponible en ligne <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-412.pdf> (consulté le 04/09/2014)



BIOTTEAU C. et al. Livre blanc : Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales. UNAPEI 06/2013, 66 p. Disponible en ligne <http://www.unapei.org/Livre-blanc-Pour-une-sante.html> (consulté le 04/09/2014)



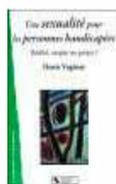
GIAMI A., PY B., TONIOLO AM. Des sexualités et des handicaps : questions d'intimités. Nancy : Presses universitaires de Nancy, Éditions universitaires de Lorraine, 2013, 493 p.



INPES. La prévention santé des personnes handicapées. Saint Denis : INPES, 2012. Disponible en ligne <http://www.inpes.sante.fr/sante-handicap/index.asp> (consulté le 04/09/2014)



INRS. Handicap et travail. Dossier INRS, 06/2009. Disponible en ligne <http://bit.ly/1pP1ne2> (consulté le 04/09/2014)



VAGINAY D. Une sexualité pour les personnes handicapées : réalité, utopie ou projet ? Lyon : Chronique sociale, 2014, 352 p.



Recherches/Etudes

LES JEUNES BOURGUIGNONS ET LEURS STRATÉGIES D'INFORMATION

Focus de la Plate-forme d'Observation Sociale et Sanitaire de Bourgogne (PFOSS)



Plus de 6 000 réponses de jeunes bourguignons interrogés sur différentes thématiques (emploi et formation, logement, santé...) ont été exploitées.

Les résultats présentés sont redressés selon l'âge, le sexe et le département de résidence des répondants pour être représentatifs de la population des jeunes bourguignons.

La santé, en 4e position des priorités des jeunes bourguignons

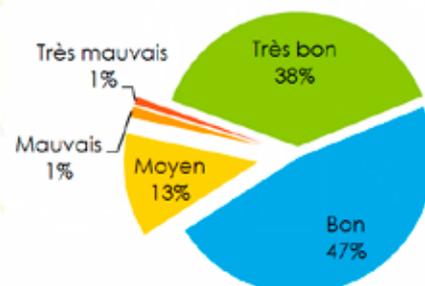
Interrogés sur leurs priorités, la santé est citée à **55 % en 4ème** position après la famille, le travail, la famille et les amis

Elle prend de plus en plus d'importance avec l'âge, et est davantage mentionnée par les filles.

Des jeunes en bonne santé perçue

De façon générale, les jeunes bourguignons se déclarent en bonne santé. Seuls 2 % ont le sentiment d'être en mauvaise ou très mauvaise santé. Des disparités apparaissent selon le statut : 17 % des chômeurs et inactifs considèrent leur état de santé comme moyen.

Actuellement, comment considérez-vous votre état de santé ?



Suite au constat général d'un manque d'éléments chiffrés sur la jeunesse en Bourgogne, notamment sur la façon dont les jeunes recherchent et traitent leur information, une enquête régionale sur les stratégies d'information des jeunes bourguignons de 15-29 ans a été lancée en 2013.

La PFOSS a confié à l'ORS et au CRIJ le pilotage de cette étude. Ce travail, inspiré d'une enquête initiée par le CRIJ Bretagne, a mis à contribution de nombreux partenaires : le réseau Information Jeunesse, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), le Rectorat, l'Université, le réseau des maisons familiales rurales, les réseaux d'accueil de la jeunesse (missions locales, universitaires, accueils et espaces jeunes, MJC, Centres d'information et d'orientation, ...).

Le généraliste est le professionnel de santé le plus consulté

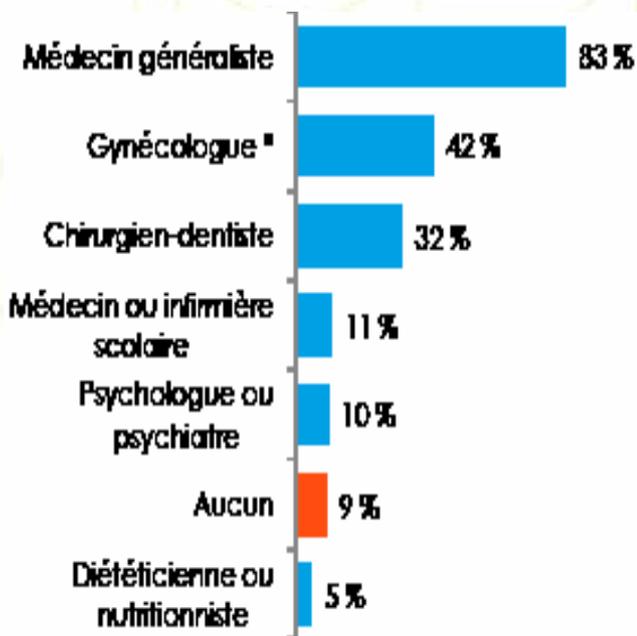
Au cours des 12 derniers mois, 83 % des jeunes ont consulté un médecin généraliste, autant que les jeunes de 15-30 interrogés au niveau national dans le cadre du Baromètre santé 2010 (Inpes).

Du côté des soins spécialisés, une jeune fille sur cinq a consulté un gynécologue (53 % dans le Baromètre santé) et un jeune sur trois s'est rendu chez le dentiste dans l'année (49 % au niveau national).

D'une façon générale, les femmes consultent plus que les hommes toutes catégories confondues.

Mise à part la consultation gynécologique qui augmente avec l'âge, la fréquence des consultations est sensiblement la même suivant les classes d'âge.

Au cours de ces 12 derniers mois, vous avez consulté...

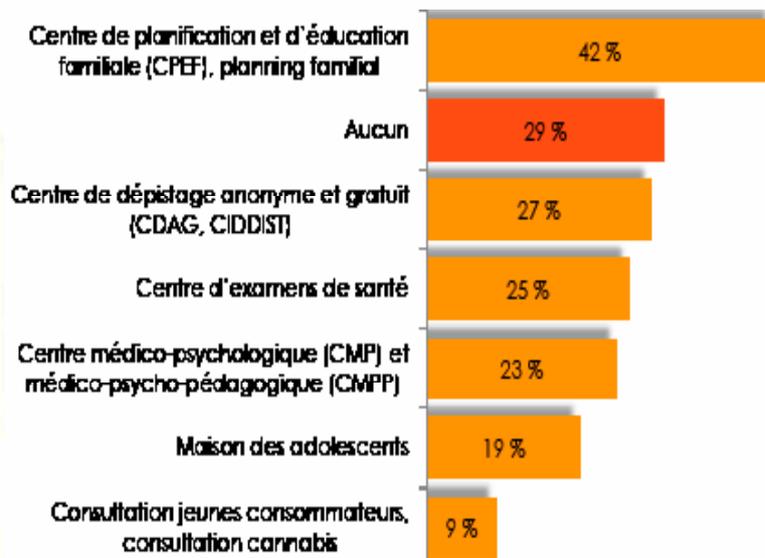


**Parmi les jeunes filles enquêtées*

Les demandeurs d'emploi consultent moins l'ensemble des professionnels de santé cités en dehors des psychologues et psychiatres à hauteur de 17 % (10 % dans l'ensemble). Ils sont ainsi 12 % à n'avoir consulté aucun professionnel de santé.

Concernant le degré d'information des jeunes sur les organismes de santé, le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) est le plus connu (42%).

Parmi ces organismes, lesquels connaissez-vous ?

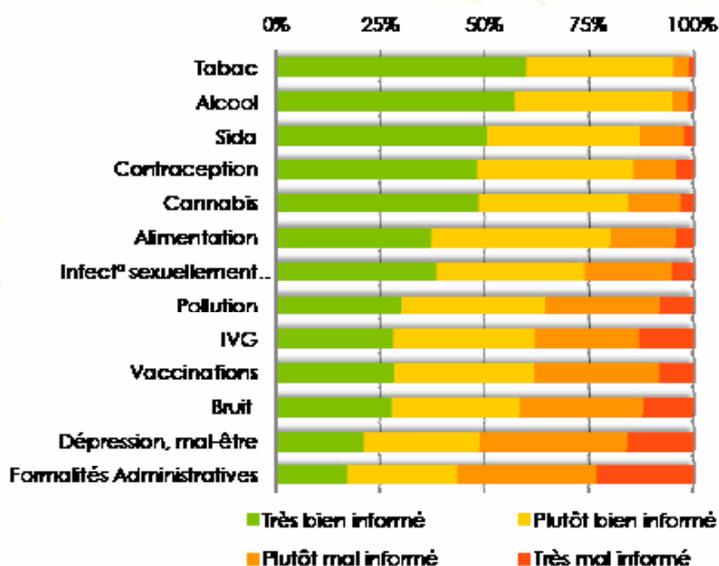


Stocklib

Dépression, mal-être et formalités administratives : une communication à développer

De manière générale, six jeunes sur dix s'estiment suffisamment informés sur les questions de santé. Le niveau de connaissance varie selon les thèmes : tabac et alcool sont les mieux connus (95 %). Les formalités administratives se situent en bas de l'échelle (43 % de jeunes très bien à plutôt bien informés). La dépression est également assez méconnue. Dans une moindre mesure, le bruit, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les vaccinations et la pollution sont des thématiques pour lesquelles les jeunes pourraient être mieux informés.

Avez-vous le sentiment d'être informé sur les thèmes de santé suivants... ?



Perspectives

Une journée régionale de restitution et d'échanges, organisée en juin 2014, a permis aux organismes, institutions et acteurs de terrain de s'emparer des résultats de cette étude. leurs besoins et demandes.

Des journées de communication « plus locales » ont également été organisées depuis, d'autres sont encore à venir. Les résultats obtenus conduisent aux débats et ouvrent des perspectives d'actions auprès des jeunes en répondant aux plus près de leurs besoins et demandes.



Stocklib

Caroline BONNET
Chargée d'études,
ORS Bourgogne

Isabelle MILLOT
Directrice des études,
ORS Bourgogne



Retrouver l'ensemble de cette étude sur le site de l'ORS :
<http://www.ors-bourgogne.org/>

Regard sur les pratiques

ADDICTION ET EXCLUSION

Publics communs, enjeux communs, démarche commune

La Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale (FNARS) et la Fédération Addiction ont entrepris de se rapprocher autour d'un enjeu commun : le public auprès duquel interviennent leurs adhérents.

Prévenir, soigner, réduire les risques addictifs

La Fédération Addiction regroupe les acteurs de l'addictologie des trois secteurs, sanitaire, médico-social et ville, dans une logique de coopération visant à produire et consolider une culture de l'intervention en addictologie.

Les structures adhérentes, et notamment, médico-sociales (CSAPA¹- CAARUD²) se sont réformées, parfois en profondeur, pour prendre en compte toutes les addictions et dans leur globalité. Outre l'élargissement de leur clinique et leurs pratiques, l'objectif était également d'améliorer l'articulation de leur intervention avec les autres champs afin de faciliter l'identification des dispositifs et leur recours.

Lutter contre les exclusions

La **FNARS**, réseau généraliste de lutte contre les exclusions, promeut le travail social, ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social, et défend la participation des personnes en situation d'exclusion à la réflexion sur les politiques publiques qui les concernent.

Les associations ou organismes adhérents sont gestionnaires de différents dispositifs d'aide sociale et d'insertion (centre d'hébergement et de réinsertion sociale, dispositifs de veille sociale et d'urgence, centres d'accueil de demandeurs d'asile, structures d'insertion par l'activité économique, dispositifs d'accompagnement au logement, et à la santé...). L'ensemble du secteur appelé Accueil, Hébergement, Insertion (AHI) s'est vu réformé également dans un mouvement dit de « refondation » destiné à prendre en compte la diversité des problématiques sociales.

¹ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

² CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues



Deux parcours, un enjeu commun

Pendant que la Fédération Addiction travaillait à l'amélioration du parcours de soins addictologique, la FNARS travaillait à préciser le trajet d'inclusion sociale. Mais ces deux parcours n'ont pas une trajectoire parallèle, ils ont des points de convergence et un enjeu commun : la santé publique.

Les dispositifs d'hébergement et d'insertion sociale sont très souvent confrontés aux problèmes de santé, notamment de santé mentale et d'addictions, composantes importantes de leurs accompagnements vers l'inclusion.

Les besoins des personnes présentant une problématique addictive sont pluriels : ils nécessitent une approche diversifiée, relevant parfois de la réduction des risques, parfois de la prévention ou du soin. La réponse pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale, spécialisée en addictologie doit être identifiée pour se rendre accessible.

Si les deux dispositifs proposent une prise en charge adaptée, elle ne peut pas se réduire à une succession de mesures, un « empilage » de prestations ; elles ne peuvent non plus être confondues, chaque structure ayant un rôle propre à jouer dans les accompagnements, en fonction de leurs missions mais aussi de leur expertise et leur légitimité.



Un partenariat pour conjuguer les pratiques

Formalisé en 2012 ce partenariat s'est donné trois objectifs :

- Créer une dynamique dans chacun des réseaux et entre les réseaux pour nourrir les pratiques professionnelles, renforcer des partenariats en matière d'accueil et d'accompagnement,
- Elaborer un guide proposant préconisations et expériences communes et probantes qui participent à améliorer les parcours des usagers,
- Identifier 5 régions pilotes dans ce partenariat qui développeront des expérimentations et bonnes pratiques.

L'exemple de la Bourgogne

La Bourgogne, qui est l'une de ces régions pilotes, a formalisé un groupe de travail ad hoc à partir de la commission santé régionale FNARS, composé de professionnels adhérents des deux réseaux.

Ce groupe s'est réuni quatre fois, entre le début de l'année 2013 et juin 2014. La première réunion a permis à chaque acteur de travailler sur les représentations qu'il avait de la mission de l'autre, de se familiariser avec les missions, les dispositifs et réalités de travail de chaque champ. Ce travail d'appropriation et d'acculturation s'est avéré être un préalable important au développement d'une démarche volontariste de partenariat.

Les autres réunions furent consacrées à un état des lieux des modes de collaboration, y compris dans les manques identifiés par les acteurs, entre les deux types de dispositifs, notamment sur la base de retours d'expériences concrètes à partir de situations d'usagers.

Cet état des lieux a fait apparaître :

- Que le soin des personnes addictes peut être posé comme condition à l'accès au logement ;

- Que certaines structures AHI¹ travaillent la

¹ Accueil, Hébergement et Insertion

question de la prise en charge des addictions plutôt avec le secteur sanitaire que médico-social. Cela pour des raisons qui tiennent non seulement à l'antériorité de partenariat autour de la question de la prise en charge des maladies psychiatriques, et plus largement de la santé mentale, mais aussi aux problèmes d'identification du rôle des CSAPA et d'absence d'interlocuteur ;

- Que certains dispositifs CSAPA et sanitaires interviennent au sein des structures AHI pour des actions de prévention collective, des consultations avancées, pour un apport technique aux professionnels avec une réflexion sur le projet de soin, des analyses transversales, des synthèses sur des situations ;

- Que l'obligation de soins peut être confondue avec obligation d'être soignée et, qu'au-delà d'un nécessaire partage de définition qui reste à effectuer, c'est la logique de résultat qui est privilégiée à celle de moyen ;

- Que le contrat de séjour peut être un contrat d'abstinence ;

- Que le fonctionnement de chacun des dispositifs, et notamment de ses limites n'est pas partagé.



Stocklib

Les premières conclusions du groupe de travail l'ont incité à :

- Travailler à l'accompagnement social dans sa globalité, laquelle intègre les problématiques addictives, de façon effective et opérationnelle;
- Comprendre d'une part le contenu des mesures issues de la refondation et d'autre part les conditions de prise en charge en CSAPA ;
- Préparer l'accès au logement et la prise en charge des addictions de façon concomitante pour se mettre d'accord ;
- Dépenser le partenariat interpersonnel pour construire un partenariat identifié de tous;
- Travailler la capacité de repérage précoce des problématiques addictives en améliorant les compétences de chacun et du collectif et en mutualisant des outils ;
- Développer l'intervention des CSAPA à l'intérieur des CHRS au plan de l'échange de pratiques et du traitement de situations concrètes.

Les axes de travail du groupe :

- Travailler sur la place de la Réduction Des Risques en CHRS ;
- Développer des permanences de proximité/consultations avancées dans les dispositifs AHI, grâce à un accompagnement méthodologique sur le terrain ;
- Réfléchir à l'accès au logement et à l'hébergement des usagers de produits psychoactifs actifs.

L'accompagnement

4 accompagnements méthodologiques d'expérimentations ont été réalisés par les déléguées régionales de la FNARS et de la Fédération Addiction et un binôme composé d'un membre du groupe de travail issu du secteur AHI, et d'un autre membre émanant du secteur de l'addictologie. Ces accompagnements se sont déroulés sur les départements de l'Yonne et de la Saône-et-Loire au sein d'associations volontaires (Le CCAS d'Auxerre, l'Association le Pont, et la Sauvegarde 71).

En parallèle, une formation destinée aux professionnels de la santé, du champ médico-social et éducatif de l'accompagnement des personnes en situation de précarité, a été construite avec l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé, la Fédération Addiction et la FNARS. Intitulée «Santé, précarités, addictions, quelles postures et quels positionnements professionnels ? », elle vise à actualiser les connaissances des intervenants de ces secteurs, à les outiller et leur proposer des méthodes innovantes.

Retours d'expériences

Ces réflexions et expérimentations nous ont amenés à conclure que pour prendre en compte les problématiques d'insertion et d'addiction **ensemble**, il nous fallait construire une approche qui combine **seuil d'exigence adaptée** (pour prendre en compte les situations individuelles) et **seuil de tolérance** (pour prendre en compte les règles de fonctionnement et le collectif), dans une **approche adaptée** c'est-à-dire dans une prise en charge globale.

C'est une définition élargie et partagée de la **réduction de tous les risques**.

Cette séquence de travail partenarial se clôturera par une journée échange de pratiques « Faites tourner...l'expérience » qui se déroulera le 6 novembre prochain à Dijon.

Elle ne conclut pas pour autant le travail collaboratif qui se poursuit sur le terrain par des actions partenariales. Le guide paraîtra au début de l'année 2015.

Amélie APPERE-DE SOUSA,
Déléguée régionale de la FNARS

Catherine DELORME,
Déléguée régionale de la Fédération Addiction



ENSEIGNEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES 11 IFSI DE BOURGOGNE

Une coordination régionale ambitieuse

Contexte

En 2009, la formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) a connu un changement important. L'objectif pour l'étudiant est de construire « *progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements* » - et non plus uniquement d'acquérir des connaissances. Le nouveau référentiel permet d'accéder au Grade Licence de l'Université.

L'unité d'enseignement (UE) 1.2 Santé publique et économie de la santé

Cette UE participe à l'acquisition de la compétence 5 « *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* ». Elle fait l'objet d'une construction collaborative entre le système universitaire et les IFSI. La référente disciplinaire de l'Université s'appuie sur les acteurs du Pôle régional de Compétences pour organiser une guidance multidisciplinaire.

Les défis

Les difficultés récurrentes exprimées par les formateurs sont :

- un manque de connaissances sur la santé publique et l'économie de la santé,
- un manque de ressources humaines pour réaliser les enseignements,
- une difficulté à intégrer dans la pratique infirmière les concepts et savoir des disciplines.

Les initiatives dans le sens d'une harmonisation des savoirs

- **Trois réunions annuelles de l'ensemble des formateurs sur une journée entière** : production de savoirs, séminaires thématiques, échanges de pratiques, construction de supports de formation communs...

- **Des référentiels détaillés** en économie de la santé, épidémiologie, veille sanitaire et environnement. Les objectifs et contenus sont reformulés, avec proposition de références bibliographiques et de modalités pédagogiques (ex : cours magistral associé à un travail dirigé portant sur une analyse de situation en santé environnementale). Les IFSI restent libres

d'organiser le déroulé pédagogique (approche inductive ou déductive).

- **Une plateforme de ressources** AGORA-project. C'est un espace de travail collaboratif dont l'arborescence a été pensée par un groupe de formateurs et de documentalistes. Tous les documents produits y sont déposés, ainsi que de nombreuses références et textes directement liés au programme.

- **Un répertoire des personnes ressources pour intervenir**

- **Des formations de formateurs**. Ex : Intégrer l'éducation pour la santé dans les formations initiales, séminaire économie de la santé.

Bilan à 3 ans et perspectives

Une enquête auprès des formateurs dresse un bilan global positif. Les outils produits sont largement utilisés : référentiels, études de cas, banque de questions d'évaluation.... Le travail a permis de : « *s'adapter au niveau d'exigence attendu* », « *faire évoluer certains contenus* », « *donner des idées pour les TD* », « *confirmer les choix pédagogiques* », « *permettre les échanges avec les collègues* »...

Après plus de 3 ans de travail collaboratif entre IFSI, Université et IREPS, nous avons le sentiment d'avoir instauré une relation de confiance. L'effort porte désormais sur l'amélioration de la transversalité entre les thèmes, l'exploration de certaines modalités d'enseignement à distance. Leur élaboration doit, dans tous les cas, être le fruit d'un travail concerté entre directions, formateurs et enseignants universitaires.

Catherine LEJEUNE

Maître de Conférences en Economie de la Santé,
Université de Bourgogne

Isabelle MILLOT

Directrice
IREPS de Bourgogne

Nathalie PONTHER

Directrice adjointe,
IREPS de Bourgogne

les cahiers du pôle

Bourgogne

RENDEZ-VOUS...

- **3 décembre 2014** à Dijon, 13h30
L'innovation au service des actions de promotion de la santé
Coût pédagogique gratuit



Nouveauté !!

Formation en e-learning tutoré

- **Janvier 2015**
Méthodologie de projets en promotion de la santé (e-learning tutoré)
Coût pédagogique : 400€

- **18 et 19 novembre 2014** à Dijon
Santé et environnement : les fondamentaux
Coût pédagogique : 450€

- **27 et 28 novembre 2014** à Dijon
Expression artistique, créativité et éducation pour la santé
Coût pédagogique 650€

- **12, 13 et 14 janvier 2015** à Dijon
Motiver à changer de comportement : l'entretien motivationnel
Coût pédagogique : 800€

Productions...

Bulletins d'acquisitions

- **Numéro 7**
@doc'acquisitions
+ bulletin spécial consacré à l'Education Thérapeutique du Patient

Dossiers techniques

Dossiers à paraître sur les «Compétences Psycho-Sociales» et «Activités physiques et sportives pour la santé et le bien-être»

Retrouvez toutes les **informations sur les formations et les événements**

du Pôle régional de compétences :

www.episante-bourgogne.org
et
www.ireps-bourgogne.org



LES CAHIERS DU PÔLE

Octobre 2014 - numéro 4 - Parution annuelle

Directeur de publication

Dr Pierre Besse

Rédactrice en chef

Nathalie Ponthier

Secrétaire de rédaction

Laure Cousin

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

Coordonnateur du pôle régional de compétences
Le Diapason - 2 place des Savoires
21000 DIJON

Tél. : 03 80 66 73 48

Fax : 03 80 65 08 18

contact@ireps-bourgogne.org

www.ireps-bourgogne.org

Les Cahiers du Pôle sont réalisés avec le soutien financier de l'INPES.

