

■ DOSSIER THÉMATIQUE ■

# Santé mentale

## *Approches et dispositifs*



### ÉDITORIAL

Le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Bourgogne vous propose le deuxième numéro de sa revue annuelle « Les Cahiers du pôle ». Le dossier est consacré à la promotion de la santé mentale.

Dans les suites de ce dossier, le pôle organise le 9 octobre 2012 une journée d'échanges de pratiques sur ce thème : Santé mentale : comment travailler ensemble pour prendre soin ?

En attendant, bonne lecture !



### SOMMAIRE

**ZOOM SUR**  
Le Score EPICES

**DOSSIER**  
Santé mentale : approches et dispositifs

**RECHERCHES/ETUDES**  
Un patient partenaire ou auxiliaire des soins dans la gestion de sa maladie au quotidien ?

**REGARD SUR LES PRATIQUES**  
La démarche qualité en promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?

**PORTRAIT**  
La plate-forme de l'observation sociale et sanitaire de Bourgogne

# Zoom sur

## LE SCORE EPICES

### Qu'est-ce que le score EPICES ?

Le score EPICES est un outil utilisé par les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie.

Il s'agit d'un score individuel de précarité qui signifie « Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examens de Santé ».

L'objectif est de permettre, à travers un questionnaire auto-administré de 11 questions fermées (oui/non), de prendre en compte toutes les dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle.

Ce score est quantitatif de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée) et chaque question bénéficie d'un coefficient de pondération. Si le résultat est supérieur à 30, alors le risque de précarisation existe. Plus le score est élevé et plus la fragilité sociale est installée.

### Pour plus d'information, vous pouvez vous reporter aux documents suivants :

- Le score EPICES : un score individuel de précarité. Sass et al, BEH 2006 (14) 93-96
- Formes particulières d'emplois, précarité et santé. Labbe et al, Arch Mal Prol Env 2007 (68) 365-375
- La santé des travailleurs en situation de vulnérabilité sociale. Moulin JJ, BEH 2011 49-50

### Le choix de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne d'utiliser le score EPICES

Dans le cadre de son Projet Régional de Santé, l'ARS souhaite apporter une attention particulière aux personnes en situation de précarité.

Pour cela, l'ARS a notamment demandé aux promoteurs qu'elle finance que les actions de prévention mises en œuvre bénéficient également aux personnes en situation de précarité. En effet, il est important pour l'ARS que ce public, plus difficilement mobilisable autour des questions de santé, puisse être sensibilisé.

Il était par conséquent nécessaire de pouvoir mettre à disposition des promoteurs concernés un outil unique permettant la remontée d'information sur ce thème.

Le score EPICES est apparu comme l'outil le mieux adapté car validé scientifiquement et relativement simple à administrer auprès du public concerné. L'ARS disposera ainsi d'éléments statistiques basés sur un recueil de données commun à tous.

Deux formations ont d'ailleurs été dispensées sur l'utilisation de cet outil aux promoteurs en juin et juillet 2012.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter :

**Brice MOREY**

Chargé de mission

ARS Bourgogne

Tél. : 03 80 41 99 19

ars-bourgogne-dsp-promotion-sante@ars.sante.fr

### Les 11 questions du score EPICES

- 1 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3 - Vivez-vous en couple ?
- 4 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
- 5 - Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF. . .) ?
- 6 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- 7 - Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8 - Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
- 10 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
- 11 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?





## Sommaire

- **La santé mentale, du champ global aux défis spécifiques**

*Réseau de Santé Mentale de l'Yonne*

- **Qu'est-ce que l'éducation préventive**

*Interview de Catherine Delorme,  
Directrice du SDIT de Saône-et-Loire, déléguée  
régionale de la Fédération Addiction*

- **ELIPSES, une équipe mobile psychiatrie-précarité pour «aller-vers» les personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques**

*Marie-Claude VINCENT, Médecin coordonnateur  
Aline ROBLIN, Infirmière de secteur psychiatrique  
Gaby JACQUEMIN, Cadre de santé  
CH La Chartreuse*

- **Le projet du CHRS Herriot à l'Embarcadère : Quand le travail social s'inscrit dans la Cité**

*Pierre LEBOURG, Chef de service à la Résidence Herriot  
Acodège*

- **La place des aidants familiaux dans la santé mentale**

*Francis JAN, Délégué régional de l'UNAFAM Bourgogne*

- **Plateformes d'accompagnement et de répit : un travail en réseau**

*Stéphanie BUGNET, Coordinatrice à la FEDOSAD*

- **Éléments de bibliographie**

*Agathe SANDON, Chargée d'ingénierie documentaire  
Ireps Bourgogne*

### Avant propos

Les partenaires du pôle sont tous impliqués, mobilisés, sur des questions de santé mentale, que le terme soit entendu au sens du bien-être, de la souffrance psychique ou de troubles psychiatriques.

La politique de santé mentale entend prévenir et traiter toutes les formes de souffrance psychologique (addictions, stress, troubles psychiatriques...) dans un cadre d'intervention élargi, associant de nombreux acteurs comme les professionnels de la psychiatrie, les usagers, les travailleurs sociaux, les éducateurs...

La prévalence des troubles mentaux est très liée aux facteurs socio-économiques : un individu a plus de risque de voir son état de santé psychique dégradé du fait d'une situation sociale désavantagée ou d'une période de chômage par exemple. Autrefois centré sur l'individu, le champ de la santé mentale s'est ouvert sur les relations à l'environnement.

Les questionnements et le champ de réflexion sont multiples. Comment observer la santé mentale, déterminer les besoins ? Comment diminuer les points de rupture dans les prises en charge ? Peut-on articuler les approches individuelles et collectives ? Comment évaluer les actions conduites ? Quelles sont les interventions efficaces ? Projet de prévention des violences, conseils locaux en santé mentale, intervention brève... : les mesures de prévention/promotion de la santé auront-elles un impact dans la réduction des inégalités sociales de santé ?

Ce dossier présente quelques dispositifs et modes d'intervention régionaux. Le fil conducteur de tous : la nécessité de travailler ensemble et de croiser les regards...

**Isabelle MILLOT**

Directrice  
Ireps Bourgogne

## ➤ La santé mentale

### *Du champ global aux défis spécifiques*

**L**e concept de « santé mentale » associe deux termes empruntés au langage courant, compréhensibles par tous. Pour autant, il n'en est pas moins une notion relativement nouvelle et complexe à intégrer dans sa globalité.

Si l'on considère les deux termes séparément, on observe que « la santé » n'est plus seulement aujourd'hui considérée comme le pendant de la maladie mais se définit par elle-même comme un « état de bien-être physique, mental et social » (OMS, préambule 1946). Force est de constater qu'il n'en va pas de même pour « la santé mentale » encore trop souvent rattachée à l'absence de maladie mentale. Comme s'il était plus aisé et plus habituel de penser la santé mentale à travers les problèmes psychologiques et psychiatriques qu'elle englobe (schizophrénie, troubles bipolaires, dépression, troubles anxieux, etc.) que de se poser la question des conditions (affectives, sociales...) qu'elle exige.

Alors que les politiques de santé publique visent une évolution des représentations de la santé mentale vers une conception plus large et moins stigmatisante, la promotion pour une meilleure santé mentale devient notre affaire à tous. Vaste défi pour les pouvoirs publics, la population et les professionnels chargés de la prise en charge des personnes présentant une altération de leur santé psychique.

### **Aujourd'hui, qu'est-ce que la santé mentale ?**

Le concept de santé mentale est relativement récent. Il émerge dans la seconde moitié du XXème siècle. Avant lui, précède la longue maturation à travers l'histoire d'une pensée sur la folie, accompagnée de sa gestion sociale et médicale.

On pourrait notamment situer les origines de ces représentations au début du 19ème siècle, période correspondant aux débuts de la psychiatrie avec un remplacement du statut de « fou » par celui de malade et un passage d'une décision systématique d'internement par l'Etat à celle d'une hospitalisation soumise à l'évaluation des médecins.

Au cours du 20ème siècle, l'apparition de psychotropes efficaces permettant de calmer les malades les plus agités donne progressivement lieu à un désenclavement des institutions hospitalières et à l'émergence de structures intermédiaires. Un processus de d'externalisation et de désinstitutionnalisation est notamment impulsé en 1960 par une transformation radicale du paysage psychiatrique avec la politique de sectorisation visant à assurer une continuité de soin en dehors de l'hôpital dans chaque zone géographique.

Cette évolution de la prise en charge s'accompagne d'une transformation des relations patients/professionnels avec un rôle des malades de plus en plus actif notamment par le biais d'associations représentatives, l'émergence de nouvelles exigences éthiques de respect de la personne et l'idée du droit des usagers amenés progressivement à participer aux activités de la société civile et aux débats sur l'évolution des politiques publiques.



Source image : La Santé de l'Homme n°353

La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé situe d'ailleurs la santé mentale comme une composante essentielle de la santé générale, dans une définition positive de celle-ci ; « un état de bien être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté ».



On voit bien comment cette définition ne se limite plus à l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

Pourtant, le terme de santé mentale ne peut toujours pas se substituer complètement à celui de la psychiatrie qui reste la discipline repérée par tous comme prenant en charge les formes les plus graves de dysfonctionnement psychique.

Dans le dernier Plan « Psychiatrie et Santé Mentale » (2011-2015), élaboré par le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, la santé mentale est d'ailleurs aussi entendue dans cette conception large et il y est précisé les trois dimensions qu'elle recouvre : l'une positive, conduisant à améliorer l'épanouissement personnel, la seconde concernant la détresse psychologique réactionnelle qui affère aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et enfin celle des troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Actuellement le terme de santé mentale s'inscrit donc dans une conception bio-psycho-sociale de l'individu considéré tant sur le plan organique que dans sa subjectivité, mais également dans la qualité de ses liens et de son inscription sociale (sa qualité de vie, son environnement et sa participation à la vie de la cité...).

En cela, le champ de la santé mentale n'est pas seulement réservé à la prise en charge des affections psychiatriques caractérisées et des aspects pathologiques de la souffrance psychique mais elle concerne toute la population. Il correspond donc aussi à une redéfinition de la prise en charge de la santé mentale qui s'inscrit désormais dans « une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-éducatifs, psychologues...) avec les professionnels sociaux, médico-sociaux et les collectivités locales » (Cf. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 : p. 6). Tous ces professionnels issus de secteurs différents deviennent de ce fait des acteurs en Santé Mentale.

Cette conception large actuelle de santé mentale et de sa prise en charge implique par là même une diversification de l'offre de soin et fait naître de nouveaux défis de coordination et de réseaux de concertation entre les acteurs.

## Stratégie des politiques de santé publique et défis actuels sur les territoires

En se définissant autrement que par les clivages de la santé et de la maladie, de la présence ou l'absence de trouble mental, du normal et du pathologique, le concept de santé mentale vise à réduire les exclusions que ces oppositions renferment. Se rapportant à l'actuelle politique de santé mentale, cette conception remet au centre des préoccupations l'individu et ses capacités d'adaptation et considère la santé mentale comme un phénomène social qui dépasse le champ scientifique de la médecine.

Car au-delà des difficultés de définitions, la santé mentale constitue aussi un enjeu social et économique majeur de par l'impact qu'elle a sur la santé globale, la mortalité, l'exclusion, l'impossibilité de travailler, etc. Dans cette logique, la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST-juillet 2009) a pu particulièrement mettre l'accent sur la complémentarité et la coopération entre acteurs du système de santé pour aider au décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médicosocial et, d'une manière générale, pour faciliter la coordination du système de santé.

En appelant à une coordination des ressources des territoires, cette politique se recentre sur les besoins du patient (non plus sur les logiques institutionnelles) et vise aujourd'hui à prévenir et réduire les ruptures dans le parcours des personnes entre l'hôpital, les prises en charge ambulatoire et les accompagnements médico-sociaux ou sociaux.

Les plans régionaux de santé doivent également veiller à tenir compte des particularités territoriales et articuler leurs objectifs avec ceux des collectivités locales.

C'est encore aujourd'hui sur cette perspective de partage des compétences et des savoirs entre les acteurs locaux que le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 s'est appuyé pour proposer de nombreuses pistes stratégiques pour la promotion de la santé mentale en plaçant au cœur de ses recommandations : le respect du sujet (lutte contre la stigmatisation et en faveur de l'inclusion sociale), l'implication des usagers et de leur entourage (par les comités locaux de santé mental, l'aide aux aidants, etc.) et le rôle de tous les acteurs qu'il convient de valoriser.

Notons qu'aujourd'hui, l'enjeu de cette coopération des acteurs est d'autant plus important qu'il fait face à un élargissement du champ de la santé mentale.

Cette conjoncture implique par là même une augmentation des demandes de soin dépassant déjà largement la réponse psychiatrique puisque près d'un tiers de la population française se plaint d'états pathologiques à répercussion psychique (allant des nosographies traditionnelle des maladies mentales à l'ensemble des conduites addictives, les comportements antisociaux, etc.).

Cette configuration sociétale appelle à un nécessaire partenariat pour garantir une continuité clinique.

Par ailleurs, toute personne présentant un problème de santé mentale n'est pas forcément amenée à ressentir un besoin de soin.

Pour tenter de répondre à ces difficultés de repérage, Viviane Kovess dans « Planification et évaluation des besoins en santé mentale », définit trois composantes : le diagnostic psychiatrique, la détresse psychique, et le retentissement des troubles dans les différents domaines de la vie quotidienne qui s'avère très pertinent pour mesurer l'altération de la santé mentale même et surtout en l'absence de demande de la personne concernée.

A travers ces dernières décennies, on observe que l'évolution de la société, le changement des représentations et l'ajustement des politiques de santé publique marquent un tournant historique qui modifie les besoins, exige de nouveaux moyens et impacte les pratiques.

Ces nouvelles données sociales et politiques appellent à de nouveaux défis, il en va de la contribution de chacun d'entre nous pour permettre une véritable amélioration de notre Santé mentale.

**Réseau de Santé Mentale de l'Yonne**

<http://rsm.yonne-bourgogne-sante.fr/>



## ➤ Qu'est-ce que l'éducation préventive ?



### INTERVIEW DE CATHERINE DELORME

Directrice du SDIT Saône-et-Loire  
(Service départemental d'intervenants en toxicomanie)  
Déléguée régionale de la fédération addiction

#### Intervenir en amont

L'éducation préventive est un terme assez récemment utilisé par les professionnels de l'addictologie et des conduites à risque. Elle concerne 3 grands thèmes : l'intervention précoce, la promotion de la santé et la gestion des expériences.

C'est une approche intégrée, qui consiste à travailler sur les normes partagées, les savoirs et les connaissances, les pratiques éducatives et en prévention des addictions .

On part de l'idée, vérifiée, que les questions de prévention se travaillent au plan de l'éducation. Le soin vient bien après.

Les partenaires sont l'individu (et son expérience), la famille, les pairs et la société.

#### La gestion expérientielle : recentrer sur la personne

Il faut intégrer l'ambivalence dans laquelle on vit. La société est «addictogène». Nous sommes «hyper sollicités», dans l'immédiateté.

«L'addiction signe l'échec de la stratégie plus ou moins consciente de recherche de mieux-être. La prévention devrait aider chacun à éviter cet échec et à mieux savoir et choisir, en fonction de soi et de son contexte, « jusqu'où aller »\*.

L'utilisateur est au centre de l'éducation expérientielle. On travaille à partir de ce que la personne elle-même voit, ressent, identifie, apporte, avec une analyse réflexive.

C'est une ouverture en termes de participation des personnes à leur accompagnement, d'évolution des représentations et des pratiques.

#### Face aux conduites addictives, et aux conduites à risques en général, sortir de « la lutte contre »...

Dans le secteur des addictions, il y a des confusions avec la prévention par l'interdit.

La prévention, ce n'est pas que le rappel à cet interdit, c'est aussi un accompagnement de l'expérience. C'est un changement de posture de la part des adultes, qui développent leur attention aux autres.

Longtemps on a confondu contrôle social et contrôle de soi. Le contrôle de soi est accessible à l'éducation. On a fait l'expérience de la limite de la sanction comme modèle unique ou principal de lutte contre les addictions.

Les professionnels ont donc eu besoin de re-définir la prévention et de la rapprocher de l'éducation : «faire que les personnes soient des citoyens responsables, capables de faire des choix éclairés (...) en utilisant leur expérience».

#### Développer l'intervention précoce

L'intervention précoce a pour but de favoriser la rencontre et le repérage. Il faut d'abord expliquer qu'il ne s'agit pas de délation ni de détection. Elle tente de minimiser les obstacles de la relation jeune-adulte.

Habituellement, les adultes ont seulement deux types de réactions vis-à-vis des addictions : «Je suis impuissant» ; «C'est interdit».

On souhaite proposer à la population une intervention adaptée, plutôt que stéréotypée.

Ainsi par exemple, le dispositif des consultations «jeunes consommateurs» est un lieu propice à l'intervention précoce et à l'éducation préventive.

## Créer des dynamiques territoriales

L'éducation préventive nécessite de travailler autour de cas concrets, dans des dynamiques de territoire, avec des personnes qui entretiennent ces dynamiques (professeurs, animateurs sportifs, professionnels de CSAPA\*\*...).

Elle se rapproche ainsi de l'action de santé communautaire, axe d'intervention de la promotion de la santé.

La rencontre sur des échanges de pratiques permet la réassurance des professionnels, qui se sentent plus armés. Ce travail d'impulsion, d'entretien de dynamique est invisible, contrairement à d'autres actions plus médiatiques (à l'image d'un bus itinérant avec une personnalité télévisuelle). Il permet aussi d'autres possibilités, comme l'orientation vers le soin.

C'est une approche citoyenne contribuant à la promotion de la santé mentale.

*Interview réalisée par Isabelle Millot,  
Directrice de l'Ireps Bourgogne*

\*Therrien A. Réfléchir sa trajectoire de vie. Repenser la prévention des conduites addictives. Chronique sociale, Lyon. Juillet 2009

\*\* CSAPA = centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie



## ➤ ELIPSES, une équipe mobile psychiatrie-précarité

*Pour « aller-vers » les personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques*

**E**LIPSES est une unité de soin du Centre Hospitalier La Chartreuse. L'acronyme ELIPSES, « Equipe de Liens et d'Interface Psychique au Service des Exclus du Soin », se réfère à la fois au lien avec les partenaires sociaux et les personnes et à la dimension de la difficulté à prendre soin de soi de ces personnes.<sup>1</sup>

**La spécificité d'une équipe mobile est d'aller vers les sujets en difficulté, sans exiger d'eux qu'ils le demandent préalablement.**

L'idée est de les inviter à accepter que nous venions nous présenter à eux là où ils vivent, et donc de les suivre dans leurs possibilités.

Un partenariat en réseau permet en effet de ne pas travailler seul. Déjà bien connus de la personne précaire, les professionnels sont détenteurs de leur confiance. Ce point est important, car les personnes précaires qui vont mal ne font souvent plus confiance à autrui.

En s'appuyant sur ce réseau ou cette personne de confiance, une rencontre est possible sur leurs lieux ce qu'un système de soin classique ne peut pas offrir.

La demande initiale est le plus souvent celle du professionnel social ou médico-social médiateur. Ce n'est que grâce à une relation de confiance entre les différents partenaires du réseau que la cohérence et l'efficacité du dispositif sont assurées.

**Ce partenariat en réseau est la base de la restauration de la continuité dans les représentations du sujet concerné.**

Par le biais d'une astreinte téléphonique, les travailleurs sociaux et médico-sociaux signalent les personnes précaires présentant des troubles psychiques pour lesquels ils se sentent démunis.

Il s'agit de se mettre à la disposition du professionnel social ou éducateur pour écouter son inquiétude, le guider dans la compréhension des processus à l'œuvre et élaborer avec lui la meilleure stratégie afin de faire évoluer la problématique.

Un premier recueil de données concernant la personne permet parfois d'apporter simplement un conseil clinique qui permet au travailleur social de dénouer la situation de blocage ou d'orienter vers un lieu de consultation de droit commun.

**Le plus souvent, le soignant va prévoir une première rencontre avec le travailleur social et la personne, ou encore aller à la rencontre de la personne sur les lieux de son parcours de vie :** centre d'hébergement d'urgence, accueil de jour, rue, squat, Permanence d'Accès aux Soins de Santé somatiques (PASS), Lits Halte Soins santé (LHSS)...



Source image : La Santé de l'Homme n°353

Certaines personnes ont déjà été suivies antérieurement par des secteurs de psychiatrie mais se retrouvent en rupture de soins, soit du fait de leur propre réticence, liée à des idées de persécution par exemple, soit du fait des discontinuités des interfaces psychiatrie/social.

Certaines n'ont jamais été en contact avec le soin psychiatrique mais sont dans une défiance « active » vis-à-vis de la psychiatrie, par crainte d'une disqualification ou d'une stigmatisation quant à leurs ressentis, voire un mécanisme de déni plus profond liés aux troubles de personnalité.

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Relégués dans des temporalités et des sociabilités marginales quand elles demandent de l'aide, les personnes précaires sont en lutte à des injonctions irréalistes au regard de leurs conditions d'existence.

La présence régulière des soignants de l'équipe ELIPSES dans des lieux de leur parcours de vie sur des temps de permanence permettent, par ailleurs, aux personnes sans toit de formuler elles-mêmes une demande d'aide.

Il en est ainsi des personnes en situation d'exil, demandeurs d'asile qui souffrent de syndromes post-traumatiques sévères aggravés par l'insécurité de leurs conditions de survie. En effet, ils sont longtemps sans domicile avant qu'une place en hébergement d'accueil, comme la loi le prescrit, leur soit proposée.

**Donner des soins en situation de grande précarité, c'est tout d'abord donner du temps, construire une relation dans la durée.**

Plus le patient est précarisé et désocialisé, plus il faut prendre de précautions pour ne pas être intrusif. Cela suppose que les soignants puissent, au moins en partie, être maîtres de ce temps et que l'institution protège cette temporalité spécifique.

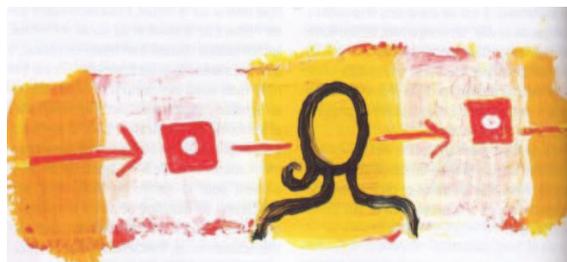
L'instauration d'un lien de confiance représente souvent le premier travail de l'équipe. **Le lien de confiance devient le lieu du soin**, avec la restauration d'un « prendre soin de soi » avant même que puisse s'envisager la mise en place de soins sur un mode plus classique, de rendez-vous, d'entretiens dans un cadre instauré et fixe.

**Le savoir de la proximité naît de la relation avec les personnes, par imprégnation.**

La distance sociale entre les publics précaires ou discriminés et les dispositifs sociaux s'accroît. La posture de proximité devient nécessaire et nécessite le développement de compétences relationnelles, transculturelles et sociales.

Elle demande une implication active dans la relation, un travail avec et au plus près du sujet en se rapprochant de ses préoccupations et du regard qu'il porte sur le monde.

Cette position peut permettre d'engager des relations de réciprocité et de réduire la distance intersubjective. Il s'agit d'être proche, attentif, à l'écoute de l'humain dans toutes ses expressions et de tisser par empathie les prémisses d'un lien qui sera peut-être longtemps fragile, soumis aux aléas des rendez-vous ratés et des destinées imprévisibles.



Source image : La Santé de l'Homme n°353

Les professionnels d'ELIPSES doivent trouver des aménagements pour ajuster les propositions : gratuité des consultations, travail sans rendez-vous ni conditions préalables, extension des plages horaires, aménagement de la convivialité, entretiens en langue étrangère, réseau d'interprètes, temps de rencontres souples, lieux diversifiés, accompagnement vers des soins somatiques, entretiens médiatisés avec les travailleurs sociaux, patients rencontrés sous l'emprise de l'alcool ou substances toxiques.

Le tissage de liens et de pensées favorise une élaboration psychique en commun qui est mobilisatrice et qui peut alors constituer un lieu sans murs, un espace psychique précieux pour envisager une mise en mouvement de la situation douloureuse.

La réalité physique n'est pas évacuée du champ, elle est même au premier plan : le corps, le toit, l'argent, les nourritures. Elle nous confronte à de nouvelles formes d'altérité, de violence et d'incurie.



**Travailler en proximité suppose de refaire continuellement un travail sur la limite.**

Trop de proximité mène à l'engluement dans des relations affectives mal maîtrisées. Les professionnels de l'équipe mobile ont une attention constante aux relations qu'ils nouent. Plus ils se rapprochent et plus ils sont tenus de développer des capacités réflexives de distanciation, d'interprétation, ainsi que d'analyse des interactions, des stratégies des acteurs, des nœuds relationnels et des enjeux des rapports sociaux.

**Le « prendre soin » auprès des personnes précaires est aussi un travail sur l'itinéraire afin de replacer « le sujet comme porteur d'une histoire ».**

Un travail parallèle sur l'itinéraire de la personne en situation de précarité s'impose pour montrer notre intérêt à ce qu'était le sujet avant son entrée dans l'exclusion, pour rechercher les facteurs de vulnérabilité psychique antérieurs et surtout les ressources et les compétences du sujet sur lesquelles nous pourrions nous appuyer ultérieurement dans l'accompagnement : considérer la personne comme pertinente et adéquate et s'appuyer sur un souhait exprimé.

Se rencontrer, collaborer entre partenaires au sein d'un réseau pour les personnes précarisées permet aussi d'observer les modalités de prises en charge successives proposées au même sujet.

La lecture des discontinuités et des ruptures dans les différentes prises en charge permet d'en saisir la dynamique et de permettre au sujet de garder pour lui-même la continuité de son histoire.

**Marie-Claude VINCENT**  
Médecin coordonnateur

**Aline ROBLIN**  
Infirmière de secteur psychiatrique

**Gaby JACQUEMIN**  
Cadre de santé  
elipses@chs-chartreuse.fr

## ➤ Le projet du CHRS Herriot à l'Embarcadère *Quand le travail social s'inscrit dans la Cité*

**A** Dijon, deux associations à caractère social mais d'univers différents se sont réunies sur un projet commun pour favoriser le lien social à travers un bistrot restaurant.

Utiliser les principes d'un bistrot, favoriser la mixité sociale, permettre à des personnes en difficultés sociales et psychologiques de s'ouvrir sur la culture, encourager la réinsertion sociale et professionnelle : autant d'intérêts qui ont donné naissance au projet du CHRS<sup>1</sup> Herriot.

### Reprendre confiance en soi : un préalable à l'insertion

Alors qu'être majeur pourrait symboliser l'âge où tout est permis, où l'on a acquis suffisamment de confiance en soi pour expérimenter une vie d'adulte pleine de promesses, nombre de jeunes entre 18 et 25 ans ont des histoires de vie trop chaotiques, trop douloureuses pour se lancer dans une vie autonome, sans vaciller. Pour beaucoup de ces personnes, l'enfance a été marquée par des ruptures, des abandons, un sentiment d'insécurité permanent.

Comment se construire, se projeter quand les traumatismes prennent le contrôle sur ces vies ?

La perte de confiance en l'autre, l'absence d'estime de soi, le mal-être conduisent silencieusement à l'isolement, à l'exclusion. Cela peut commencer par la déscolarisation, l'absence d'emploi, l'« envie de rien ». S'ensuit la perte d'un environnement social structurant et tout s'enchaîne, comme une dérive vers l'exclusion, la marginalisation.

Le CHRS Herriot de l'ACODEGE a pour mission d'accompagner ces jeunes. L'accès à un hébergement et une présence éducative sont les premiers recours pour tenter de restaurer une estime de soi.

Grâce à cet accueil, un travail éducatif et social peut se mettre en place. C'est, d'abord, en étant considérés comme des individus de droit, que ces jeunes vont apprendre à se revaloriser. Beaucoup d'entre eux ne sont pas en mesure d'accéder à un emploi. Ils ont besoin d'initiatives visant à réparer une image narcissique abîmée à travers des actions qui aideront à restaurer l'estime de soi, la confiance, la motivation et influenceront directement leur accession à une insertion socioprofessionnelle.

Les éducateurs du CHRS sont là pour les soutenir et les guider. Cet accompagnement consiste à leur permettre de trouver la confiance nécessaire pour ensuite construire un projet professionnel stable et pérenne.

### L'Embarcadère : un café resto culturel et solidaire ouvert à tous



Les travailleurs sociaux sont souvent amenés à « refaire le monde » dans des institutions médico-sociales. Un monde de tolérance, un monde plus accueillant, plus attentif aux autres, un monde où l'autre n'est pas défini ou identifié par son handicap, un monde où la limite entre le normal et le pathologique ne prétend pas être trop clairement définie...

<sup>1</sup> CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion social



Depuis longtemps, l'association Icare-la-Bergerie qui accueille des personnes handicapées psychiques dans un foyer de réinsertion sociale, rêvait qu'ils aient une place au cœur de la cité, derrière le zinc ou autour d'une table. Pas une « cantine », pas un « lieu de jour » ni une autre structure médico-sociale, juste un vrai café-resto !

Ce café resto, l'association Icare l'a créé : l'Embarcadère a ouvert le 1er juin 2010. Une entreprise associative, avec un projet économique résolument ancré dans l'économie sociale et solidaire, un projet solidaire afin d'accueillir chacun d'entre nous, souffrant de troubles psychiques ou non, un projet culturel pour favoriser la rencontre et les échanges, un projet associatif, enfin, pour que l'Embarcadère soit une œuvre collective, nourrie du désir des uns et des autres...

Derrière le bar, nous trouvons des personnes issues du travail social qui se sont formées au service en restauration. Elles ont la spécificité d'avoir une attention particulière à la relation. Dans l'assiette, nous découvrons des produits de qualité, tous bio ou provenant des circuits courts de la production locale. Le soir, nous participons à des animations culturelles ou profitons d'un lieu agréable et convivial.

Dans les instances décisionnelles ou de réflexions sont toujours présents des « adhérents bénéficiaires », personnes en difficulté qui participent et donnent leurs avis sur l'avancée du projet.

## Lorsqu'un besoin et une réponse possible s'associent

La proximité géographique et un intérêt commun relatif à l'insertion sociale entre le CHRS Herriot et l'Embarcadère est à l'origine d'une idée ; en mars 2011, à la suite d'un appel à projet du FNFPE<sup>2</sup>, le CHRS Herriot propose une action innovante à laquelle la Direction de

l'Embarcadère adhère avec enthousiasme.

Celle-ci s'adresse à des jeunes adultes, sortis du dispositif de la Protection de l'Enfance, pris en charge au CHRS, ayant entre 18 et 21 ans, vivant dans une grande précarité et présentant des troubles psychiques et/ou psychologiques. Retenu parmi 450, « le Projet Embarcadère » est conventionné et financé en novembre 2011 pour une durée de trois ans.

A travers une mise en situation professionnelle de ces jeunes dans ce café resto culturel et solidaire, les éducateurs leur permettent de vivre une expérience innovante dans un parcours d'insertion en leur offrant un cadre protégé et un accompagnement éducatif adapté.

Les objectifs de ce projet sont multiples. Il s'agit d'abord de donner la possibilité à ces jeunes d'acquérir une expérience positive dans le monde du travail (service, petite restauration...) à travers une pédagogie adaptée qui puisse permettre de les valoriser, en leur donnant accès à un petit revenu légal grâce à la structure administrative des Ateliers d'Accompagnement à la Vie Active du CHRS le Renouveau ce qui, pour un jeune de moins de 25 ans privé de toute ressource, est déjà une forme de reconnaissance. C'est également leur autoriser des prises d'initiative dans l'organisation de soirées festives ouvertes au public et une ouverture culturelle : découverte d'univers différents à travers des événements diversifiés comme des soirées débats, de jeux, des concerts, du cinéma....

Enfin, ce projet leur permet d'accéder à des expériences de citoyenneté, de s'inscrire dans le tissu social, de trouver une place en tant que jeune dans la cité (travail dans un quartier populaire, tisser des liens, rencontrer des personnes différentes, investir l'environnement en pouvant passer au restaurant même hors des temps de travail et croiser ainsi d'autres salariés, des habitants du quartier...).

<sup>2</sup> FNFPE : Fonds national de financement de la protection de l'enfance

Résolument inscrit dans une démarche de santé publique, ce projet a reçu le soutien actif de l'ORS de Bourgogne qui en assure l'évaluation.

## Commencé depuis janvier 2012 : un projet plein d'espoir

Ainsi, depuis le mardi 02 janvier 2012, du mardi au vendredi matin, l'Embarcadère est ouvert dès 7h30. Tout le monde peut venir prendre un « P'tit dej » ou un petit café ... on croise J.C., l'éducateur technique embauché pour le projet, deux jeunes pris en charge par le CHRS et les cuisiniers du resto. En fonction de leurs compétences, les jeunes préparent le café, le servent ou bien donnent un coup de main au « cuistot » pour éplucher les légumes de saison, pour le repas de midi.

Au-delà des apprentissages techniques et l'évaluation de leurs capacités professionnelles, c'est l'occasion, pour ces jeunes, de faire des rencontres avec les gens du quartier, de vivre une relation professionnelle avec les salariés de l'Embarcadère, de découvrir des acteurs de la culture dijonnaise qui préparent des projets avec nous...

Pour animer les matinées, une fois par mois, Radio Campus (radio associative dijonnaise) vient faire son émission matinale en direct du bistrot. Les jeunes participent à l'organisation, à l'installation du matériel. C'est aussi l'occasion de donner la parole à des associations partenaires. Différents projets sont, d'ailleurs, à l'étude pour permettre à des jeunes de prendre la parole en direct.

Concernant « les jeudis soirs d'Herriot » : déjà trois concerts, quatre animations de la Caravane des jeux, quatre cinés quizz... Au-delà de l'intérêt culturel et professionnel du service, nous essayons au maximum de faire participer les jeunes à toutes les étapes de ce genre d'événement (rencontre avec les groupes, diffusion de l'information, animation des jeux par les jeunes,...). Il y a eu aussi l'inauguration du projet qui a réuni environ

70 personnes, soirée animée par un petit groupe de jazz avec les jeunes derrière le bar et au service... après avoir passé l'après midi à éplucher des légumes à proposer à nos invités.

Au bout de quatre mois d'activité, nous constatons à la fois le bénéfice de cette action pour les jeunes tant au niveau de l'accompagnement professionnel que dans la création de lien et d'ouverture culturelle mais aussi tous les possibles que nous nous devons de mettre en place. Cette d'action vise bien à sortir des schémas classiques dans lesquels, trop souvent, les acteurs sociaux travaillent entre eux alors que nous pensons qu'il est nécessaire de travailler non pas vers mais avec le milieu ordinaire.

C'est grâce à ce type de projet que nous espérons faire bouger les représentations sociales afin que chacun puisse occuper une place en lien avec les autres, dans le respect de son intégrité.

**Pierre LEBOURG**

Chef de service à la Résidence Herriot  
Acodège



## ➤ La place des aidants familiaux dans la santé mentale

**L**e rôle de la famille dans le soutien des personnes souffrant de différentes pathologies a été reconnu, soutenu, financé (VIH, autisme, cancers, maladie d'Alzheimer...). Dans le domaine des affections psychiatriques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires, graves dépressions, TOCS...), la prise de conscience du rôle des aidants familiaux est beaucoup plus récente.

Comme l'a montré le philosophe M. Gauchet<sup>1</sup> : « la maladie psychiatrique sévère (la folie), est la plus grande des altérités ».

Elle génère une impossibilité de guérison, des hospitalisations répétées, des situations de handicap, des tentatives de suicide, un non accès au travail, le repli sur soi, les problèmes comportementaux, l'exclusion, et des coûts financiers et sociaux élevés.

Les personnes malades/handicapées d'origine psychiques sont en nombre important (30 000 environ en Bourgogne).

Après 1970, la quasi-totalité des malades mentaux qui étaient entassés dans les asiles, se retrouvèrent, grâce aux effets des neuroleptiques, dans la Cité. (20 % résident maintenant en établissements sanitaires ou médicaux sociaux, 80 % dans la Cité, dans leurs familles, dans un appartement, dans certains foyers).

Comment vivent-ils ? M. Gauchet a caractérisé leur situation par « l'abandon », et non par « l'enfermement ». Cela concerne ceux qui ont été « perdus de vue » par le système de soin, ceux qui sont dans leurs familles, ceux qui sont reclus dans leur appartements, ceux qui sont SDF (30 % des SDF souffrent de troubles psychiatriques selon le SAMU Social).

La lutte contre l'abandon constitue un enjeu majeur dans le domaine de la maladie et du handicap d'origine psychique.

<sup>1</sup> Philosophe né en 1946 auteur de « La pratique de l'esprit humain » écrit en collaboration avec la psychanalyste Gladys Swain, « Le Désenchantement du monde », « Dialogue avec l'Insensé », « La condition politique », « L'avènement de la Démocratie »

Tous les malades/handicapés n'ont pas de famille, les errances sont fréquentes dans leur parcours, toutes les familles peuvent ne pas être "aidantes", mais rien n'est plus insupportable pour une personne souffrant de troubles psychiatriques que de se sentir abandonnée...

### Aidants et prévention

Les familles sont les premières à voir arriver les troubles, chez les enfants, surtout chez les adolescents ou les jeunes adultes.

Commence alors un difficile parcours : connaître la nature de ces troubles et trouver la bonne conduite, la bonne orientation, soigner le jeune qui en a besoin mais aussi ne pas « psychiatriser » celui qui ne le mérite pas. Pour bien orienter, des centres de ressources, qui puissent renseigner les familles mais aussi les professionnels, sur la nature des troubles ressentis, seraient des outils à privilégier.

### Aidants et soins psychiatriques

Chez beaucoup de malades, de familles, le premier contact avec le sanitaire s'effectue avec la "demande de soins sans consentement" (au moins une fois dans son parcours le patient aura connu cette procédure, 15% des hospitalisations psychiatriques en 2009, 60 000 ex-HDT\* en France).

C'est l'un des moments les plus dramatiques, à la fois pour les personnes concernées car en crise souvent aiguë, qui ne veulent pas de soin, encore moins d'hôpital. Mais aussi pour les familles qui doivent demander ce soin sans consentement contre l'avis de leur enfant. Pour cette raison, la récente loi a prévu que les services d'urgence puissent comporter des compétences psychiatriques.

D'une façon générale, le soin s'exercera au Centre Hospitalier pendant la crise, et ensuite au Centre Médico-Psychologique qui en est le

lieu central. Ce qu'il est important de mettre en place, c'est l'alliance thérapeutique et même la triple alliance, patient, équipe soignante, famille. L'exercice de cette pratique est encore trop peu répandu.

Si les structures post-hospitalières sont en nombre insuffisant, les patients en état limite peuvent être soit prématurément renvoyés dans leur famille, soit maintenus dans les CHS, embolisant ainsi des places de soins. Ce que l'UNAFAM redoute dans cette période de budget contraint, c'est que pour pallier aux difficultés rencontrés dans les systèmes sanitaires, médico-social, social, la famille soit la première variable d'ajustement.

## L'aidant comme « veilleur au quotidien »

La famille est le soutien moral, psychologique et matériel d'un proche souffrant de troubles psychiatriques qui vit dans la Cité. Et, cette tâche est tellement importante, et en même temps tellement conflictuelle, que bien souvent la famille psychiquement affectée, se sent, et peut être dépassée.

En dehors de l'attention portée à l'état de santé psychique et somatique de la personne souffrante, se posent un nombre important de problèmes dont le plus important est celui du logement.

La discrimination dans le domaine du logement des personnes en situation de handicap d'origine psychique est très importante. Trop souvent, c'est la famille qui « met la main à la poche » et qui effectue le « Service d'Accompagnement ».

L'UNAFAM, les familles, souhaitent que l'attribution d'un logement soit associé à un accompagnement (SAMSAH, SAVS), elles souhaitent la création de résidences accueil, et de solutions plus simples et moins onéreuses

dans l'accompagnement (intervention d'auxiliaires de vie sous la responsabilité des équipes médicales).

Le logement surtout "accompagné" permet la prise en main par la personne souffrante de son destin, dans tous les domaines de son parcours.

## Aidants et protection juridique

C'est également un moment douloureux dans la vie d'une personne souffrant de troubles psychiatriques : celui qui la prive de la gestion de ses biens, par la mise sous curatelle renforcée, décision la plus usitée.

Bien souvent, il appartient à la famille de persuader la personne d'accepter cette protection, ce qui est difficile. Un membre de la famille peut être nommé ensuite mandataire de justice.

## L'aidant, le déni et la non demande du proche

Deux problèmes très fréquents :

- le déni qui désigne le refus de reconnaître sa souffrance et qui a une incidence sur la continuité du soin ;
- la non demande signifie que la personne est incapable de défendre ses intérêts, de faire des démarches (je ne suis pas handicapé...) de demander une aide...

Les situations de déni, de non demande, temporaires ou non, font que ce sont les familles et leurs associations qui les représentent en tant qu'« usagers ».

C'est pourquoi l'UNAFAM est très souvent présente dans les ARS, MDPH, Conseils de Surveillance, CRUQ, CDSP... C'est le travail de représentation.



## L'aide aux aidants

De quoi ont besoin les aidants pour faire face ? Dès le déclenchement des premiers troubles, d'être renseignés sur la nature de ceux-ci pour pouvoir prendre la bonne décision. Ensuite, dès l'installation de la maladie, avoir du soutien, de l'aide, de l'information.

C'est le rôle de l'UNAFAM avec les groupes de parole, la psychoéducation, les Ateliers « pour faire face » (Prospect), les conférences, les bulletins d'information, les sites Internet. Mais les aidants ont aussi besoin d'être aidés dans les cas les plus dramatiques, par exemple une « demande de soins sans consentement ». Et, pour ceux qui sont les plus vulnérables, (familles monoparentales, cas de violence intrafamiliale, ou si plusieurs malades...), soit de l'aide psychologique, soit un soutien matériel, soit des structures de répit.

Enfin, les aidants qui le peuvent, ont besoin d'apprendre à exercer leur mission de représentation, leur travail de bénévole écoutant les autres familles.

## Pour conclure

Le récent Plan Psychiatrie et Santé Mentale a reconnu le rôle irremplaçable des aidants, en particulier familiaux, dans les affections psychiatriques sévères. Ce Plan présente beaucoup de vertus mais un désagrément de taille : il n'a aucune ligne budgétaire pour sa mise en œuvre. Pourtant, il devrait permettre de trouver des pistes pour les personnes malades et/handicapés d'origine psychique ainsi que pour leurs aidants.

Depuis la loi de février 2005, elles sont devenues tellement plus visibles, la poussée pour trouver des solutions à leurs problèmes, et pour la reconnaissance de leurs droits, est devenue irrépressible.

**Francis JAN**

Délégué régional de l'UNAFAM Bourgogne

## Siglaire

### ARS

Agence Régionale de Santé

### CDSP

Commission Départementale des Soins Psychiatriques

### CRUQ

Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité

### HDT

Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

### MDPH

Maison Départementale des Personnes Handicapées

### SAMSAH

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

### SAVS

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

### TOC

Trouble Obsessionnel Compulsif

### UNAFAM

Union Nationale de Familles et Amis des Malades et/ou Handicapés Psychiques

## ➤ Plateformes d'accompagnement et de répit

### Un travail en réseau

**E**n 2009, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, le Ministère de la Santé et de la Solidarité a été à l'initiative de 11 plateformes expérimentales qui s'adressent « aux familles et aux proches qui accompagnent une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés ».

Le 1er septembre 2009 une plateforme d'accompagnement et de répit a été mise en place par la FEDOSAD pour l'agglomération dijonnaise.

La FEDOSAD est une association de loi 1901 qui gère des services à domicile et des établissements :

- un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), une Hospitalisation à Domicile (HAD), une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA), un service de garde de nuit itinérante, un service de petits travaux ;
- un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), six domiciles protégés, un domicile collectif, quatre accueils de jour dont un itinérant, une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA), une plateforme d'accompagnement et de répit.

### Le répit

Par définition, le répit est une « interruption dans une occupation absorbante ou contraignante, du repos, un arrêt momentané, la suspension de quelque chose de pénible ou d'une souffrance ». De nombreux parents ou proches sont réticents à l'idée de prendre du répit, de peur de devoir se séparer de la personne malade.

Pour cela les formules de répit proposées par la plateforme d'accompagnement et de répit sont personnalisées, adaptées et aussi souples que possible. Elles permettent aux personnes de se ressourcer, de prendre soin d'elles, de partager du « bon temps » et ainsi de préserver la santé mentale de chacun.

### La plateforme d'accompagnement et de répit

Elle a pour missions de communiquer auprès des partenaires, d'écouter et de soutenir les aidants, de proposer du répit à domicile et de favoriser la vie sociale.

Pour mener à bien ces missions, la FEDOSAD a recruté 3 professionnels : une coordinatrice qui est infirmière et Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF), une secrétaire de formation assistante de direction, une psychologue qui travaille également au CMRR (Centre Mémoire de Ressources et de Recherche) et à l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Dijon.

La plateforme d'accompagnement et de répit s'organise autour d'une permanence téléphonique qui fonctionne 24h/24 et 365 jours par an. Ainsi les personnes peuvent être écoutées, obtenir des renseignements ou se voir proposer une visite, qui est effectuée par la coordinatrice, au domicile de la personne malade.

Dans ce cas, en fonction des besoins, des demandes et du contexte, la coordinatrice propose des formules répit qui s'adressent aux aidants, aux couples « aidant-aidé » et aux personnes malades, par le biais des services existant localement, grâce à un travail de partenariat en réseau.

**Pour les aidants** il s'agit des séances d'information et de formation, du soutien psychologique en individuel au domicile de la personne, des groupes de parole et des ateliers de relaxation.

**Pour les couples « aidant-aidé »** il existe des séjours de vacances, le Café Alzheimer, le Bistrot Musical et la Halte-Relais.

**Les services proposés** aux personnes malades sont l'accueil de jour en journée complète ou en demi-journée, l'hébergement temporaire, l'accueil de nuit et les séances de réhabilitation.



Le répit apporté aux aidants dépend de la prise en compte de leurs propres difficultés.

### Les difficultés des aidants

Les aidants sont à la fois confrontés à des difficultés physiques telles que des troubles du sommeil, des atteintes cardio-vasculaires, des pathologies digestives...

Ils rencontrent également des difficultés psychologiques comme l'angoisse, la culpabilité, l'épuisement, l'isolement, la dépression...

Concernant les aidants âgés, le risque de polyopathologies est accru. Aux troubles de santé peuvent s'ajouter des difficultés financières liées au surcoût de la maladie.

### Conclusion

La plateforme d'accompagnement et de répit de la FEDOSAD est pérennisée depuis septembre 2011 au vu des réponses qu'elle apporte et de son activité, d'autant qu'elle va se développer au-delà de l'agglomération dijonnaise.

Elle favorise l'approche globale des situations en proposant des formules de répit médico-sociales et sociales complémentaires aux soins médicaux.

La plateforme d'accompagnement et de répit contribue ainsi à prévenir l'aggravation de la situation du couple « aidant-aidé » dans un contexte de maladie évolutive.

**Stéphanie BUGNET**  
Coordinatrice  
Plateforme d'accompagnement et de répit  
FEDOSAD

## ➤ Éléments bibliographiques



- CASPERS E., THOMAS N. **La santé mentale, ça se soigne ou ça se fête ?** Education santé, n°265, 03/2011, pp. 2-6.  
En ligne <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1351>
- CRES Bretagne. **La promotion de la santé mentale en pratique : guide pour l'action.** Rennes : CRES Bretagne, 2006 : 33 p.  
En ligne : [http://www.cresbretagne.fr/fichiers\\_attaches/sante.mentale-integrale2.pdf](http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/sante.mentale-integrale2.pdf)
- DEMAILLY L. **Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe : incertitudes et perspectives.** Sociologie Santé, n° 34, 10/2011.
- FAYARD A., CARIA A., LOUBIERES C. **Empowerment et santé mentale.** La Santé de l'Homme, n°413, 06/2011, pp 7 – 44.  
En ligne <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
- FERRON C., VERGNIORY S., LECORPS P. **La Promotion de la santé mentale.** Horizon Pluriel, n°14, 2008, p. 6.
- HALLEY DES FONTAINES V., MENARD C. **Psychiatrie et santé mentale : dynamique et renouveau : dossier.** Santé publique, vol. 23, sup. n°6, 11/2011, pp. S7-S196
- HAMEL M., RUEL S. **La promotion de la santé mentale et la prévention.** Bulletin de santé publique, 10/2011, pp. 11 – 15.  
En ligne <http://www.aspq.org/uploads/pdf/4ea968f137963bsp-sante-mentale-final.pdf>
- ISSERLIS C., DURAND B., BARRES M. **La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée.** Pluriels, la Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°94-95, 02/2012, 16 p.  
En ligne : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-554.pdf>
- ISSERLIS C., ROUSSEL C., GIRAUD BARO E. **La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques.** Pluriels, la Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°96-97, 06/2012, 16 p.  
En ligne : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-561.pdf>
- KANNAS S., ROELANDT J-L. RHENTER P. **Les conseils locaux de santé mentale.** Pluriels, la Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°87/88, 02/2011, 12 p.  
En ligne : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-554.pdf>
- KOVÉSS-MASFETY V., BOISSON M., GODOT C. **La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie.** Paris : Centre d'analyse stratégique, 11/2009, 252 p.
- LEROUX I., SCHULTZ P., DREES. **Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale.** Document de travail : série statistiques, n°155, 04/2011, 163 p.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. **Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015.** Paris : 02/2012, 43 p.  
En ligne : [http://www.fnapsy.org/tc/Plan\\_sante\\_mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.fnapsy.org/tc/Plan_sante_mentale_2011-2015.pdf)
- Observatoire régional de la santé de Bourgogne. **Regards croisés sur la Santé mentale : de la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique.** 09/2007 12 p.  
En ligne : <http://www.ors-bourgogne.org/index.php?page=52&down=518>

**Mélanie MOMMESSIN**

Chargée d'information-documentation

**Agathe SANDON**

Chargée d'ingénierie documentaire

Ireps Bourgogne



# Recherches/Etudes

## UN PATIENT PARTENAIRE OU AUXILIAIRE DES SOINS DANS LA GESTION DE SA MALADIE AU QUOTIDIEN ?

**P**ar la prestation de service « éducation thérapeutique du patient », les réseaux de santé sont-ils une opportunité pour incorporer en leur sein les pratiques et les aspirations des personnes malades ?

L'étude<sup>1</sup> réalisée montre comment la position de la personne diabétique est mise en mouvement dans l'expérience des séances d'éducation thérapeutique, un mouvement généré par une variabilité des conceptions de la santé (Fig. 1) mais aussi par une interprétation existentielle et une interprétation biomédicale de la maladie et de la santé entretenant des relations ambiguës. Et finalement, une question s'impose : jusqu'où va la responsabilisation du patient ? Du partenariat dans les soins, à l'autonomie jusqu'à une délégation de soins... si la délégation de soin favorise la qualité de vie des personnes malades, elle souligne aussi le poids de la responsabilité grandissante qui leur incombe : surveiller une glycémie capillaire, adapter sa dose d'insuline, surveiller ses pieds, surveiller son alimentation...

De plus, face au problème de la gestion de sa maladie, confier à la personne malade, la légitimité et les moyens pour mettre en place des solutions adaptées à ses problèmes en santé demeure un exercice difficile dans les pratiques des professionnels.

<sup>1</sup> Les réseaux de santé : espaces de coopération entre professionnels et patients : étude comparative de deux réseaux de santé diabète, Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Dietrich HOSS Professeur des Universités, Lyon 2 présentée et soutenue publiquement le 9 mars 2012. Bourse doctorale EN3S année 2008. Si les textes législatifs consacrent la place de l'utilisateur dans le système de soins et si la politique de santé proclame sa participation, qu'en est-il, dans la réalité quotidienne, des pratiques au sein d'un réseau de santé ? Quelle participation des personnes malades au fonctionnement et à l'activité d'un réseau de santé ? Cette recherche s'intéresse aux interactions entre les professionnels et les usagers dans deux réseaux de santé diabète en envisageant le réseau comme un espace de coopération. A partir d'un corpus de données constitué d'entretiens biographiques auprès de personnes diabétiques, d'entretiens thématiques auprès des professionnels salariés des deux réseaux de santé et d'observations des pratiques d'éducation thérapeutique du patient, une prestation de service proposée par les deux réseaux, l'étude décrit comment les réseaux de santé constituent tout à la fois des espaces démocratiques réflexifs entendu au sens d'espaces participatifs et un outil au service d'un processus de rentabilisation des activités en santé.

Ainsi, tout l'enjeu de la participation des patients aux questions relatives à leur santé repose sur la manière dont ils sont considérés.

### L'inscription de la maladie dans l'histoire personnelle

Les discours des différents acteurs rencontrés organisent et structurent le phénomène de la maladie, que ce soit à travers le travail d'objectivation des professionnels de santé ou dans l'expression de l'expérience personnelle au sein du récit des personnes diabétiques. Mais finalement, comment se dit la maladie ? S'agit-il de déterminer, classer, catégoriser, médiatiser, informer, ... ?

Dire la maladie, c'est d'abord l'identifier, la déterminer, la nommer enfin : c'est l'affaire du corps médical. La responsabilité de la définition scientifique du pathologique revient à la profession médicale. Le médecin va porter un jugement de valeur sur un écart à des normes physiologiques mais aussi comportementales en matière de santé. Ce sont ces écarts à une norme qui vont permettre au médecin de catégoriser un état. Pour autant, ces écarts à la norme ne seront dits pathologiques que dans la mesure où ils sont concomitants d'un mal-être car suivant les termes de CANGUILHEM, il n'y a pas de pathologie objective.

Pour la personne diabétique, dans sa relation avec le corps médical, dire son diabète, c'est avant tout le décrire, le raconter en vue de trouver dans le discours du médecin des éléments susceptibles d'éclairer et d'orienter sa situation propre, le vécu de son état de mal être. Il s'agit pour la personne diabétique d'inscrire sa maladie à la fois dans une expérience subjective et dans une expérience corporelle.

S'interroger sur cette question de comment se dit la maladie, c'est se confronter à la dialectique de l'expérience du mal-être et de sa formulation médicale. Pour le médecin, la maladie se dit comme une réalité identifiable

en termes quantitatifs et organiques. Elle est aussi une expérience subjective qui se décline dans les histoires singulières des personnes diabétiques rencontrées. Elle est en quelque sorte un espace de déstructuration et de restructuration de l'identité sociale, faisant l'objet d'un échange intersubjectif.

Le corps soignant, le corps propre (celui, singulier, du malade), et le corps social sont trois corps porteurs d'une énonciation divergente de la maladie mais pour autant complémentaire, dans laquelle se construisent la définition et la reconnaissance de la maladie.

Il existe en effet une forme de discordance irréductible entre l'expérience vécue du malade et le statut de patient instauré par la rencontre avec le monde médical. Quoique patient, la personne diabétique demeure un malade confronté, seul, à la question de savoir comment faire pour vivre avec la maladie, et ce même si, la personne diabétique s'en remet à une prise en charge institutionnelle pour alléger la question d'un devenir emprunt d'incertitude.

Cette esquisse de la complexité du vivre avec la maladie propose un décor de fond à ce que revêt l'éducation thérapeutique du patient.

### Enjeux et finalité de l'éducation thérapeutique du patient

Est-il légitime de résumer l'éducation thérapeutique à un transfert de savoirs des professionnels vers les patients au sujet des traitements et de la maladie ? S'agit-il simplement d'activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie... ? (HAS 2007)

Les connaissances sont construites, adaptées, négociées, organisées par les individus pour faire sens dans leur vie.

C'est à partir de son expérience du réel que chacun construit son savoir. Ainsi, les connaissances sont fonction du rapport que le patient entretient avec la réalité à travers ses expériences propres et singulières. Et il n'y a pas une réalité mais des réalités multiples.

La variabilité des connaissances à propos d'un même objet comme une maladie implique que la connaissance du professionnel n'est pas plus vraie que celle du patient, même si elle correspond à des savoirs biomédicaux codifiés.

Les programmes d'accompagnement doivent donc proposer des conditions de création de connaissances par le patient et non transmettre un savoir standardisé inutile à la personne dans son quotidien avec la maladie. Cela demande un renoncement de la part du professionnel de l'autorité de sa propre connaissance, celle-ci n'ayant, finalement, pas plus de valeur que celle du patient.

### Deux tendances de prise en considération de la personne malade dans l'activité en santé

Selon l'OMS, « L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. », et précise, « il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient ». S'agit-il de la mise en œuvre d'un processus partenarial dans la rencontre soignant-soigné ? Ou bien s'agit-il d'un processus de décision relevant uniquement des professionnels de santé ?

### Le patient diabétique comme auxiliaire de soins

Cette perspective se situe dans une logique biomédicale. En regard de ses savoirs scientifiques, le professionnel de santé va décider de la prise en charge qu'il estime pertinente. Les informations qu'il délivre au



patient ont pour objectif sa compliance/ son observance/son adhésion (autant de termes utilisés pour qualifier un comportement de soumission aux sciences et aux normes médicales) au traitement prescrit.

Autrement dit, ces informations visent à ce que le patient applique le traitement préconisé par le soignant. L'attente des professionnels consiste à ce que la prise en charge se réalise dans les conditions prescrites par lui. Il est attendu du patient qu'il coopère dans l'objectif de réaliser la prise en charge telle que techniquement prescrite. Finalement les patients s'en remettent, avec confiance, aux experts de la maladie : les professionnels de santé. S'ils sont acteurs dans leur prise en charge, ils doivent jouer le rôle que les professionnels de santé ont écrit pour eux.

### La personne diabétique comme partenaire de soins

La distinction avec le patient auxiliaire de soins consiste dans la prise en considération de l'expérience vécue de la maladie. La perspective d'une personne diabétique partenaire de soins se situe dans une logique démocratique s'appuyant sur le modèle de santé expérience de vie.

La manière dont le malade pense sa maladie, vit corporellement sa maladie, la manière dont il qualifie et dit sa maladie deviennent des éléments considérés dans la prise en charge.

La prise en charge ne se décide plus uniquement en regard des savoirs médicaux académiques. Le savoir n'est plus uniquement scientifique ou académique, il est issu aussi de l'expérience de la personne. La personne malade devient incontournable dans les choix et les décisions de prise en charge. Elle peut exprimer des besoins autres que ceux supposés pertinents par le soignant en regard de son champ de connaissances, des connaissances qui ne se situent pas dans la singularité d'un vécu. La personne malade, elle, entretient une relation d'intimité avec sa maladie.

La maladie est une expérience quotidienne et totale : corporelle, psychique, sociale et existentielle. Pour ces raisons, le malade va se trouver dans une position de partenaire avec les soignants : une position nouvelle qui modifie la relation soignant-soigné. Le soignant n'est plus le seul décideur. La relation devient plus égalitaire et permet l'accès à une définition partagée des objectifs de prise en charge. Soignant et soigné s'engagent dans un travail ensemble autour de la gestion de la maladie. La relation qui va s'instaurer construit un espace de compréhension réciproque.

La question du « travail ensemble » dans la gestion de la maladie est envisagée comme un « travail avec » la personne.

### Du soin à la gestion de la maladie au quotidien

La personne malade met en place une de façon de faire et d'agir dans un travail de gestion de sa maladie au quotidien. Cette manière de faire et d'agir s'appuie sur une expérimentation pratique, un apprentissage expérientiel.

Cet apprentissage passe par une appropriation singulière qui convoque différents types et sources de savoirs. Les normes médicales et les techniques diététiques vont être traduites par le malade pour générer une efficacité concrète dans son mode de vie. Il va mobiliser des savoirs sur son corps pour équilibrer et faire face à sa maladie dans sa vie quotidienne.

Par ailleurs si le malade s'approprie des savoirs, ressources pour faire face à sa maladie dans une gestion quotidienne, il met aussi en œuvre une activité de délégation du diabète et de son traitement médicamenteux au médecin pour son corps organique.

Nous pouvons ainsi envisager les savoirs comme ressources car des savoirs différents sont mobilisés et combinés dans l'agir et la vie du patient.

## Conclusion

C'est dans l'interaction entre la maladie définie comme état pathologique et la maladie identifiée comme situation existentielle que s'organise le partage des données dites médicales ou autrement dit les informations scientifiques des experts en santé. La question des savoirs comme ressources dans l'éducation thérapeutique du patient permet une lecture compréhensive de la manière dont s'opère le partage de ces données dites médicales dans une perspective de gestion de la maladie au quotidien par la personne diabétique elle-même. La question des savoirs semble devenir une donnée essentielle en termes de gestion de la maladie, travail effectué par le patient lui-même.

L'éducation thérapeutique implique ainsi pour les soignants de profondes modifications conceptuelles et pratiques. La maladie chronique, de par son inscription dans la durée et son caractère multi factoriel, requiert une réponse à une situation de santé plutôt qu'en référence à une pathologie.

### Références bibliographiques

- AKRICH M., CALLON M., LATOUR B. *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris : Presses de L'École des Mines, 2006, 303 p. (Coll. Sciences sociales)
- BARBOT J. *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland, 2002, 307 p. (Coll. Voix et regards)
- CALLON M., COHENDET P., CURIEN N., DALLE JM., EYMARD-DUVERNAY F., FOREY D., SCHENK E. *Réseau et coordination*. Paris : Economica, 1999, 194 p. (Coll. Innovation)
- CANGUILHEM G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1991, 228 p. (Coll. Galien).
- EYMARD C. *Essai de modélisation des liens entre éducation et santé*. Questions Vives, 2004, vol. 2, n°5.
- GIROUX E. *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. Paris : PUF, 2010, 160 p. (Coll. Philosophies)
- ILLICH I. *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*. Paris : Seuil, 1975, 223 p
- LAPLANTINE F. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, 1986-1992, 411 p.
- MOL A. *Ce que soigner veut dire : repenser le libre choix du patient*. Paris : Presses des mines, 2009, 197 p. (Coll. Sciences sociales)

**Nathalie PONTHER**  
Docteure en Sociologie  
Directrice adjointe de l'Ireps

Fig. 1 : La différenciation de modèles de santé selon trois conceptions (réalisé à partir des travaux de C. Eymard)

Le modèle organiciste de la santé négative (santé négative)	Le modèle global de la santé positive (santé positive)	Le modèle de l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde (santé expérience de vie)
Centration sur la maladie	Centration sur l'individu	Centration sur l'homme (accent mis sur la subjectivité humaine dans son existence)
Santé et la maladie vont de pair. La santé se définit en opposition à la maladie La santé est l'affaire du monde médical L'individu est un corps, objet du travail de santé	Santé et maladie sont deux entités distinctes  La santé est l'affaire de l'individu. L'individu est l'acteur principal devant jouer un rôle, celui que les professionnels de santé ont écrit pour lui.	La santé est expérience de vie individuelle et collective dont la maladie fait partie  La personne est à la fois actrice et décideuse
L'être humain est une somme d'organes réparables	L'être humain est un être de besoins qui s'adapte à un environnement Le terme de besoin connote des notions de dépendance	L'être humain est considéré comme un sujet autonome et auteur de sa vie
Une définition en termes médicaux	Une prédominance normative : l'individu reste un objet à contrôler et régulariser dans la perspective d'une santé totale et dans un registre de soumission aux normes médicales	Une reconnaissance des savoirs d'expérience : le savoir n'est plus uniquement académique et expertise, il est aussi issu de l'expérience de l'homme au quotidien
La santé est l'absence de maladie La mort est un échec thérapeutique	La santé est un idéal à atteindre	La santé est une réalité sociale combinant une réalité objective et un état subjectif

# Regard sur les pratiques

## LA DÉMARCHE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ DE QUOI PARLE-T-ON ?

### De manière historique...

La recherche systématique de la qualité commence au début du XXe siècle et plus particulièrement dans le milieu de l'Industrie.

Elle se traduit par la découpe de la production en étapes distinctes, réalisées par plusieurs personnes ainsi que par l'introduction de l'automatisation de la fabrication (Taylorisation). Ce processus induit naturellement des coûts considérables nécessitant la mise en place, dans les années 1950, d'une nouvelle approche de la démarche qualité.

Elle se traduit par la prévention du risque et la revue systématique de points de contrôles avant la finalisation du produit.

Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1990 que la démarche qualité a été introduite dans la promotion de la santé notamment par « la standardisation » de la méthodologie de projets.

### Actuellement...

La définition la plus répandue de la qualité correspond à : « l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ».

Cette définition précise que la qualité est un ensemble de caractéristiques en interaction, et ne repose donc pas uniquement sur une seule dimension.

La qualité conduit à se questionner et à discuter en équipe sur les pratiques et l'organisation pour d'une part, analyser les points forts, les points faibles, conforter les acquis, comprendre les dysfonctionnements ; d'autre part définir et mettre en œuvre des mesures concrètes pour améliorer la qualité et enfin s'assurer que ces mesures sont effectives et efficaces.

### CYCLE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ<sup>®</sup>

(d'après le modèle *Plan Do Check Act* de Deming)

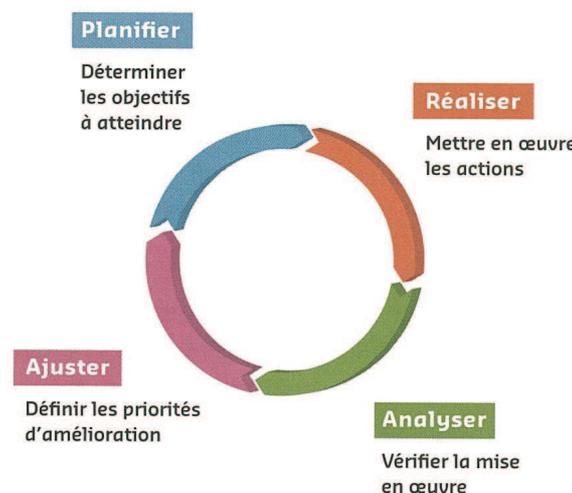


Fig 1. Cycle d'amélioration continue de la qualité (guide d'auto évaluation coordonné par l'INPES : « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? »)

### La qualité : une démarche, des étapes

La recherche de la qualité est également une préoccupation largement partagée par les acteurs intervenant en promotion de la santé. Atteindre cet objectif nécessite de mettre en place une démarche systématique pour identifier les composantes clés de l'action et repérer toutes les possibilités d'amélioration. Il faut donc se questionner sur :

- La cohérence entre les valeurs et la démarche de l'association qui porte l'action et les principes de la promotion de la santé définis notamment par la Charte d'Ottawa ;
- La conformité de l'action elle-même aux principes de la Charte d'Ottawa ;
- Le respect du cycle de projet aux principes méthodologiques (analyse de situation, planification, animation et gestion de l'action).

L'objectif principal de la démarche qualité en promotion de la santé est d'améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les actions mises en œuvre par les associations. Elle se décline en huit étapes :

1. S'engager avec tous les acteurs de l'association dans la démarche qualité
2. S'organiser pour mettre en œuvre cette démarche
3. Choisir les actions sur lesquelles va porter l'auto évaluation
4. S'approprier la méthode et la structure du guide d'auto évaluation
5. Collecter les données, organiser la discussion et porter une appréciation
6. Réaliser un rapport
7. Définir les mesures prioritaires d'amélioration
8. De manière transversale, communiquer

Afin que cette démarche soit la plus efficiente possible, il est impératif que l'ensemble des acteurs de la promotion de la santé se mobilise de façon pérenne. C'est aussi une démarche volontaire qui mobilise l'ensemble de l'association (salariés, bénévoles, administrateurs).

### Zoom sur la promotion de la santé

Pour s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé les approches sont donc décentrées de l'individu et replacées dans un contexte global et multifactoriel où les professionnels sont invités à :

- accepter d'envisager la santé sous l'angle du bien être dépassant la simple notion de mode de vie,
- développer des stratégies plurielles complémentaires : contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs ; créer des milieux favorables à la santé ; renforcer l'action collective communautaire ; développer des aptitudes individuelles ; réorienter les services de santé.
- développer le partenariat pluridisciplinaire et plurisectoriel afin d'intervenir le plus efficacement possible sur l'ensemble des déterminants de santé,
- prendre en considération les savoirs profanes des populations et le développement d'une démarche participative visant l'empowerment.

### Mise en perspective pratique

Comment améliorer  
LA QUALITÉ DE VOS ACTIONS  
en promotion de la santé ?



Il est important que cette démarche qualité en promotion de la santé puisse être développée à l'échelle nationale et locale. Dans ce cadre, un guide « *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé* » a été coordonné en 2009 par l'INPES. Il est le fruit d'une démarche participative impulsée à l'issue des Etats Généraux de la Prévention de 2006. Il a été rédigé par des associations œuvrant dans le champ de la promotion de la santé et ensuite testé auprès de 40 associations. Il propose une démarche d'auto évaluation de la qualité à partir des processus et des pratiques. Une démarche de déploiement de l'usage du guide a démarré en région, cette démarche permet de répondre à un triple objectif :

- Développer une « culture qualité » parmi les associations et les partenaires institutionnels du champ de la promotion de la santé,
- Expérimenter en 2010 l'accompagnement de proximité des utilisateurs du guide via des Pôles Régionaux de Compétence ou réseaux, volontaires,
- Mettre en place un accompagnement national des associations afin qu'elles s'engagent dans la Démarche qualité.

La région Bourgogne compte 3 référents qualité formés à l'utilisation du guide fin 2011 :

Nathalie PONTHER, IREPS Bourgogne  
Karine MAIRET, SEDAP, Fédération addiction  
Martine BOCHATON, Mutualité Française Bourgogne

## Où en sommes-nous en Bourgogne ?

Une véritable démarche partenariale, déjà bien ancrée, a permis de poursuivre les étapes d'ores et déjà franchies.

En effet, les 2 et 3 février 2012, une formation a été délivrée par la Mutualité Française Bourgogne et l'IREPS de Bourgogne aux salariés des services prévention des Mutualités Françaises de Champagne Ardenne, Franche Comté et Bourgogne. 14 personnes ont pu participer à cette formation.

Une journée de regroupement réunissant les 14 salariés formés est fixée le 6 novembre 2012. Cette journée aura pour objectifs d'une part de mesurer l'état d'avancement des actions entreprises dans le cadre de la démarche qualité ; d'autre part de réfléchir ensemble aux pistes à développer.

Une deuxième session de formation organisée en mars 2012 a regroupé des professionnels de différentes structures et associations (ANPAA 21, SEDAP, Vie Libre, Clinique des Rosiers, Mission locale de Nevers). Animée par la SEDAP et l'IREPS de Bourgogne, les deux journées de formation ont permis, grâce à des échanges nombreux et constructifs, d'interroger le sens d'un processus qualité en promotion de la santé et d'amorcer la prise en main du guide d'auto évaluation des actions en promotion de la santé.

**Martine BOCHATON**  
Responsable prévention  
Mutualité Française Bourgogne



### Personnes à contacter pour plus d'informations :

**Nathalie PONTHER**, IREPS Bourgogne  
[n.ponthier@ireps-bourgogne.org](mailto:n.ponthier@ireps-bourgogne.org)

**Martine BOCHATON**, Mutualité Française Bourgogne  
[martine.bochaton@bourgogne.mutualite.fr](mailto:martine.bochaton@bourgogne.mutualite.fr)

**Karine MAIRET**, SEDAP, Fédération addiction  
[k.mairet@addictions-sedap.fr](mailto:k.mairet@addictions-sedap.fr)

# Portrait

## PLATE-FORME DE L'OBSERVATION SOCIALE ET SANITAIRE DE BOURGOGNE



La Plate-forme (PF) de l'observation sociale et sanitaire de Bourgogne est un outil de coordination et d'aide au pilotage des politiques sociales et sanitaires menées en Bourgogne aux différents niveaux géographiques. Elle est animée par l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne.

### Des objectifs

- Produire une connaissance partagée et utile aux décideurs locaux : recenser, mettre à disposition et valoriser les informations disponibles, repérer et analyser les manques et les moyens d'y répondre, élaborer de façon concertée les programmes d'études ;
- Elargir l'observation sociale aux questions de logement, d'intégration des populations immigrées, d'insertion des personnes en difficultés ou des personnes handicapées ;
- Organiser les échanges avec les partenaires extérieurs.

### Des engagements et garanties des partenaires

Compte tenu du choix d'associer étroitement les deux champs d'intervention, le co-pilotage politique est assuré par le Directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et le Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Les partenaires associés au sein de la PF s'engagent dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à :

- Partager les informations utiles à la mise en œuvre du programme de travail de la PF ;
- Mutualiser l'information sur les études produites et les données disponibles ;
- Analyser l'existant et les besoins et faire des propositions sur les manques identifiés ;
- Produire en commun le recensement des études existantes et un programme d'études annuel ;

### Une organisation

La Plate-forme est un lieu « neutre » d'information, d'échanges et de mutualisation de méthodes et de moyens concourant à ses objectifs.

Les champs d'investigation sont larges : Populations et conditions de vie, Inclusion sociale des personnes les plus vulnérables, Lien social sur les territoires, Etat de santé et situations de handicap, services et établissements, environnements et comportements (sports, loisirs...)

Un programme de travail concerté, arrêté par les partenaires de la PF, tient compte des attentes et des besoins, et des moyens mis en œuvre pour y répondre. Dans ce cadre, une attention particulière est apportée aux besoins considérés comme essentiels par les décideurs et à la détermination de priorités.

Le comité de pilotage est composé des institutions ayant décidé de s'associer à la démarche d'observation sociale (12 représentants de services de l'Etat et ARS, 4 d'organismes de sécurité sociale, 7 de collectivités territoriales, 9 d'associations des champs sanitaire et social).

Il se réunit deux fois par an. Son rôle est d'arrêter le programme annuel de travail, de valider les travaux réalisés annuellement et statuer sur leur diffusion.





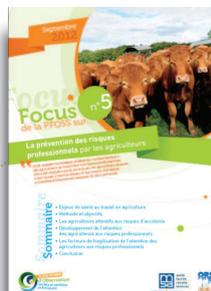
Un conseil scientifique est composé de représentants des institutions membres du comité de pilotage. Il réunit des techniciens, personnes qualifiées ou experts des Conseils généraux des 4 départements, communes (CCAS), ORS, DRJSCS, ARS, DDCS21, DDCSPP89, DDCSPP58, DDCS71, Insee, les chefs de projets des groupes de travail, et, en fonction de l'ordre du jour des réunions, de référents désignés par les membres du comité de pilotage.

Il échange sur les expériences, les pratiques, les innovations et la méthodologie à employer. Il met en débat les résultats de l'observation régionale.

### Le Programme de travail 2012-début 2013

- Mise à jour des chiffres-clés social santé
- Focus sur les violences intra-familiales et les enfants exposés
- Enquête sur les stratégies d'information des jeunes Bourguignons
- Focus sur la valorisation des dépenses sociales (en termes de services rendus et emplois sur les territoires de la région)
- Focus sur le handicap (suite à l'enquête ES réalisée par l'ARS)

### Les productions de la PF



• Focus n° 5 de la PFOSS sur... **La prévention des risques professionnels par les agriculteurs**, 2012.

• Focus n° 4 de la PFOSS sur... **La protection juridique des majeurs - Etat des lieux suite à la réforme de 2007**, 2011.

• Focus n°3 de la PFOSS sur... **Accidents avec hospitalisation suite à la pratique d'une activité physique et sportive**, 2011.

• Focus n°2 de la PFOSS sur... **Evolutions et Relations en Santé au Travail en Bourgogne**, 2010.

• Focus n° 1 de la PFOSS sur... **Etude sur les processus d'exclusion et d'insertion en milieu rural**, 2009.

• Regards croisés sur **La santé mentale - De la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique**, 2010.

• Regards croisés sur **la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées**, 2009.



### Pour s'abonner à la lettre électronique

<http://www.ors-bourgogne.org/index.php?rub=11>



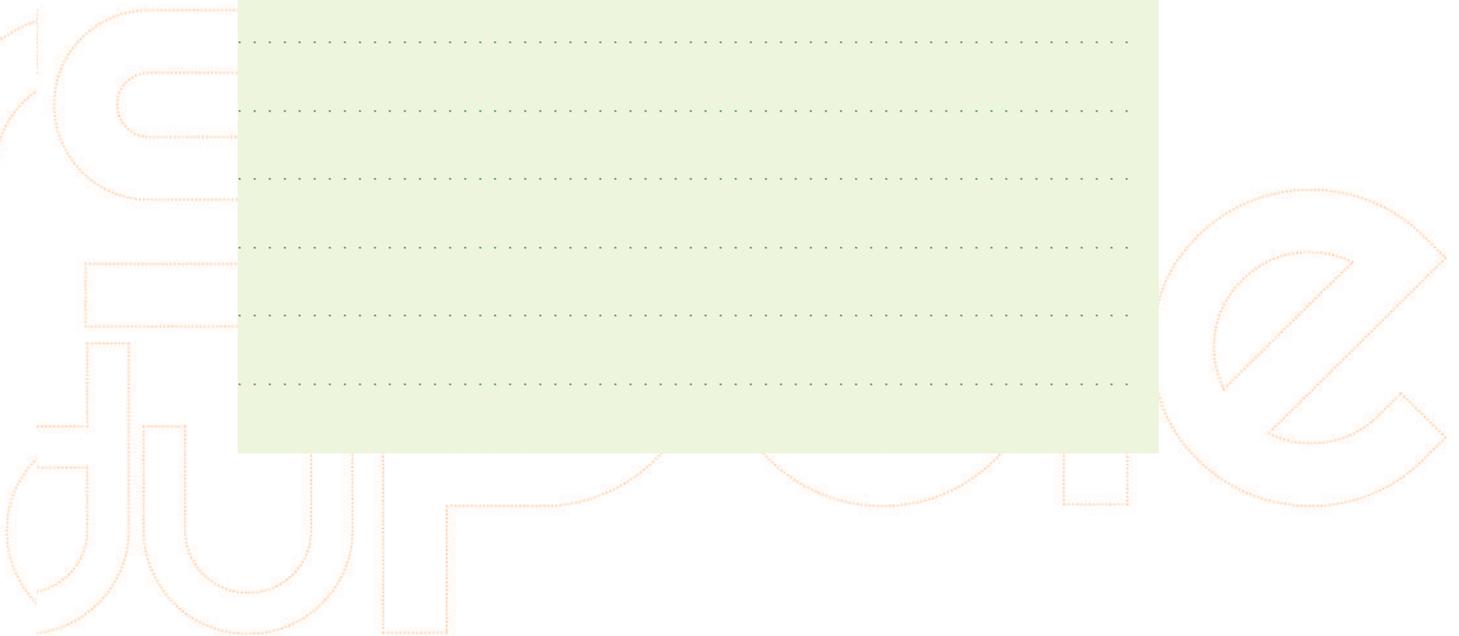
A large, light green rectangular area with horizontal dotted lines, serving as a writing space.

ic





A large green rectangular area with horizontal dotted lines, intended for writing or drawing.

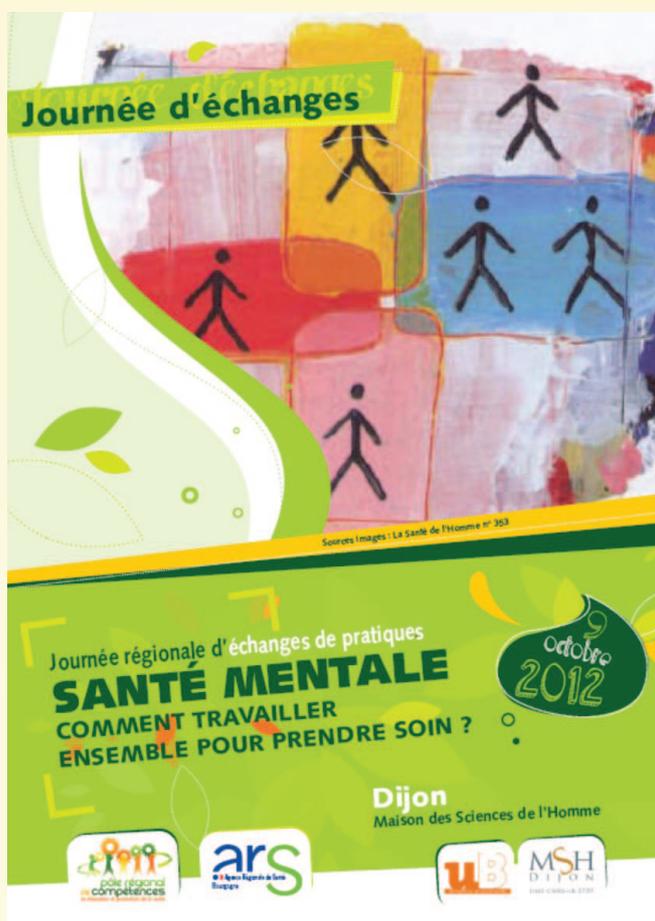


# les cahiers du pôle

Bourgogne

## RENDEZ-VOUS...

le 9 octobre 2012 à Dijon



### Inscriptions et renseignements

IrepsBourgogne  
contact@ireps-bourgogne.org  
Tél. : 03 80 66 73 48  
www.ireps-bourgogne.org

Vous êtes **partenaire du pôle** régional de compétences en EPS/PS,

Vous souhaitez valoriser vos travaux de recherche, un outil ou un site Internet, présenter un groupe de travail ou un projet...

Vous pouvez envoyer vos propositions d'article à la rédactrice en chef :  
n.ponthier@ireps-bourgogne.org

Pour recevoir gratuitement  
Les Cahiers du Pôle  
merci d'indiquer vos coordonnées à  
contact@ireps-bourgogne.org



### LES CAHIERS DU PÔLE

Septembre 2012 - numéro 2 - Parution annuelle

#### Directeur de publication

Dr Pierre Besse

#### Rédactrice en chef

Nathalie Ponthier

#### Secrétaire de rédaction

Sabrina Deschamps

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

Coordonnateur du pôle régional de compétences  
Parc Tertiaire Mirande - Bât. H  
14 rue Pierre de Coubertin  
21000 DIJON  
Tél. : 03 80 66 73 48  
Fax : 03 80 65 08 18  
contact@ireps-bourgogne.org  
www.ireps-bourgogne.org