

# Journée de promotion sur la santé mentale

6 novembre 2018

## Définitions, concepts et stratégies d'intervention

### ***La santé mentale : soutenir et refaire son être moral dans les sociétés individualistes de masse : Mr Ehrenberg Alain (directeur de recherche au CNRS)***

Mr E nous propose une réflexion sociologique sur la notion de santé mentale dont il souligne qu'elle a une place centrale dans la société et qu'elle recouvre des réalités multiples. Il nous rappelle tout d'abord, que le concept de santé mentale est lié aux notions de clinique et de thérapie. Mais les entités pathologiques se modifient et les thérapies aussi, dans la mesure où **ce concept est en train de devenir un problème de société**, passant ainsi d'un enjeu médical à un enjeu social. Nous passons du symptôme anormal et pathologique à des critères de bon fonctionnement social.

Depuis les années 70, les valeurs individualistes imprègnent aussi le concept de santé mentale. **La responsabilité personnelle** devient une valeur de plus en plus importante, sous-tendue par des idéaux centrés sur la capacité à agir de l'individu. Cette évolution est perceptible dans le travail par exemple, où l'auto-discipline et l'auto-motivation deviennent des critères forts pour obtenir de l'initiative personnelle, plus efficace qu'une autorité verticale.

**La santé mentale devient donc plus transversale** grâce à ces idéaux autour de l'autonomie personnelle. Les notions de compétences sociales et de santé mentale positive s'imposent de plus en plus et il devient pertinent d'aider les personnes à retrouver des capacités à agir par soi-même. Ce glissement vers les compétences et la responsabilité personnelles risque, toutefois, d'amener une pression émotionnelle forte sur l'individu, soumis dès lors à un idéal auto-centré. Nous sommes ainsi invités à **devenir « des experts de nos émotions »**. La notion de responsabilité de la personne soulève un problème délicat, évoqué lors des questions de la salle : Comment passer d'une tendance à se reposer sur la sécurité sociale, qui sous-tend l'idée « *on va s'occuper de vous* » à une démarche plus personnelle, mais qui induirait que « *l'on y est quand même un peu pour quelque chose dans ce qui nous arrive* » ?

Mr E souligne **l'évolution rapide des psychothérapies** et il indique que nous assistons à une véritable explosion de ces thérapies. Elles infiltrent de plus en plus la société et nous le voyons par exemple, dans le nombre de livres de développement personnel en expansion. L'esprit du soin change et devient parfois plus un accompagnement au changement. Les approches thérapeutiques deviennent de plus en plus fonctionnelles, pragmatiques et centrées sur les capacités. Un patient schizophrène a ainsi exprimé cette notion : « Avant j'étais un handicapé, j'espère devenir un handicapable ».

Cette évolution du soin vers un cheminement et une transformation personnelle conduit à une personnalisation des soins. Depuis les années 80, la désinstitutionnalisation se déploie et le passage à des soins ambulatoires se développe de plus en plus. Soin médical et soin social se conjuguent. **Le patient devient un partenaire moral.** Les mots clefs sont d'agir AVEC l'individu, d'augmenter son potentiel et de s'appuyer sur son expérience.

Mr E achève son intervention en nous montrant un chemin vers **une coopération entre des pratiques actuellement perçues comme opposées.** Il évoque ainsi des thérapies se réclamant des modèles psycho-dynamiques qui mettent l'accent sur une quête de sens et celles se réclamant des TCC, qui proposent des exercices de changement de comportement. Les premières convertissent les passions/symptômes en questions et mettent la parole en action pour rendre les choses intelligibles, les secondes convertissent les passions/symptômes en nouveaux réflexes à exercer.

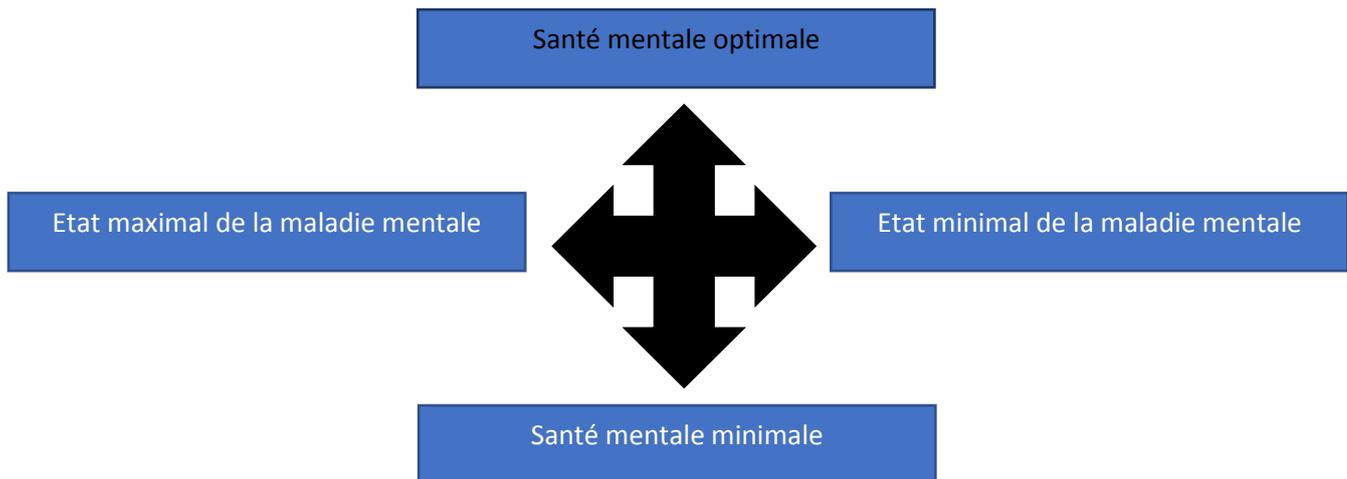
### ***Définition, stratégie et chartre d'Ottawa : Marie Persiani, directrice de l'IREPS du grand est***

Mme P nous rappelle l'existence de la chartre d'Ottawa, proposée en 1986. La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 cette chartre. Elle a été mise en place pour aider à réduire **les inégalités de santé**, d'un point de vue social et territorial, inspirée par l'attente, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde.

Il a été démontré que **les inégalités sociales modifient** les possibilités d'accès aux soins et les offres de soins également. Il a été mis en évidence, par exemple, que les névroses sont plus importantes dans les classes supérieures et les psychoses, plus fréquentes dans les classe dites sociales dites inférieures. Le diagnostic et les traitements diffèrent en fonction de la classe sociale. La précarité et la pauvreté augmentent la vulnérabilité au stress.

L'OMS définit la santé mentale, non pas comme une absence de troubles mentaux mais comme "*un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*".

Actuellement, **l'approche de la santé mentale devient plus globale.** Mme P nous propose de bien différencier trois dimensions dans la santé mentale : la santé mentale positive, la détresse psychologique et les troubles psychiatriques. Elle nous invite à penser selon deux continuums qui se croisent : l'un se situe entre la santé mentale optimale et la santé mentale minimal, l'autre se situe entre l'état maximal de maladie mentale et l'état minimal de maladie mentale. Il devient ainsi possible de mieux distinguer la santé mentale de la maladie mentale.



Avoir une bonne santé mentale nécessite de **diminuer les facteurs de risques** (inégalités sociales et intégration des exclus) et **d'augmenter les facteurs protecteurs** (empowerment et participation sociale). La promotion de la santé mentale passe donc par :

- Développer des politiques publiques à différents niveaux : agir pour améliorer nourriture, logement, travail, accès à l'éducation et sécurité, intégration des minorités ethniques, des exclus, etc...
- Rendre les milieux de vie sociale plus favorables : actions sur l'environnement familial, scolaire, pour favoriser un climat de justice et d'appartenance
- Réorienter les services de santé (mobilité, logements, services) et travailler en réseau
- Renforcer l'action communautaire, la participation et la responsabilité sociale, favoriser des relations interpersonnelles positives, soutenir le développement de l'empowerment, c'est-à-dire le pouvoir de dire et d'agir
- La conceptualisation d'une manière positive en termes de ressources est également fondamentale pour permettre le développement de compétences et d'affirmation de soi. Il s'agit d'acquérir des aptitudes individuelles, soutenir les aptitudes de chacun et les capacités de résilience, développer la tolérance et les soutiens par les pairs.

A partir de ces présupposés, Mme P souligne que **la notion de promotion en santé mentale** doit devenir une pratique nécessairement pluri-disciplinaire, car il s'agit du bien-être et de la qualité de de tous, cela concerne donc toute la population. La mobilisation doit être collective et elle évoque le terme de « *résilience sociale* ». Les projets territoriaux de santé mentale permettent une approche transversale de ce travail et tente de partir des préoccupations des gens, sur le terrain. Ce travail de concertations permet de rééquilibrer les pouvoirs et même si cela peut sembler parfois un peu lent, c'est en route.

## Elaborer des politiques pour la santé

### ***« Les moissons de l'emploi », communauté de communes Pays du Saintois : Patrick Graeffly, vice-président en charge de l'emploi, insertion handicap***

Une action collective nous est ensuite présentée, venant illustrer la nécessité d'un travail collectif et en réseau. 160 « moissonneurs » en 2016, ont été démarcher des recruteurs. Un travail a été fait en amont pour permettre une formation à la manière de se présenter, d'entrer en relation de façon plus aisée et d'oser s'informer. De nombreuses rencontres ont pu ainsi avoir lieu. Les bénévoles, chercheurs d'emploi ou non, sont donc allés moissonner des postes auprès des recruteurs potentiels. Des emplois ont ainsi pu être trouvés et pourvus par certains des participants. Les témoignages des participants de ce petit film, ont tous été positifs, en termes de sentiment de soutien, de solidarité, mais aussi d'étonnement face à l'accueil des recruteurs qui pouvaient, avant cette initiative collective, les impressionner. Cette action a été portée par les citoyens et gagnerait à être reproduite...

### ***Conseil local de santé mentale (CLSM) du pays du Lunévillois : Bernard Muller, vice-président du PETR du pays du Lunévillois et Odiel Begorre, directrice du PETR du pays du Lunévillois.***

**Mr Muller :** Un premier conseil a été mis en place en 2012, puis le dispositif a été étendu au Lunévillois en 2016. Ce conseil local doit sensibiliser 159 communes et 170 000 habitants. Il permet une meilleure coordination des partenaires, avec un référent santé par commune, un coordonnateur issu du CPN et une secrétaire. Progressivement les élus ont pris conscience de leur rôle à jouer dans ce dispositif.

De nombreux groupes de travail existent, autour du logement, de la communication complexe, de la santé mentale, etc... Ces nombreuses commissions tentent de prévoir et d'anticiper les situations de crise. Les représentants/référents aident les élus dans des situations de résolution de crise. Le travail se fait en réseau, entre professionnels de santé, du social et du politique.

**Mme Begorre :** Elle souligne la prise de conscience par les élus de l'intégration nécessaire d'une vision d'une « bonne santé mentale ». Mme B suggère une politique non spécifique afin de ne pas stigmatiser les personnes. Elle invite à des propositions globales, comme par exemple travailler sur la précarité énergétique, qui vont ainsi s'intégrer dans une politique plus générale. Elle nous invite, en tant que citoyen, à interpeller nos élus. La représentante de l'ARS souligne le fait que peu de situations complexes reviennent à leur niveau, car les situations ont déjà été travaillées avec le tissu social et les élus. Mme B donne l'exemple de l'association « *équipage* », qui, grâce à un débat autour du vieillissement impliquant 5 lieux de vie, a permis une mutualisation des capacités de chacun, au lieu de construire un nouveau foyer d'accueil spécialisé.

## Créer des environnements favorables à la sécurité des souteneurs

***L'inclusion par le logement, Tahra Kordi, responsable pôle parcours, association ensemble et Nathalie Dumon, résidente de la Résidence Chevert à Nancy.***

Mme T évoque l'association ensemble, soulignant qu'elle avait été créée par le CPN, au départ pour proposer des activités thérapeutiques, puis qu'elle a progressivement développé un travail autour du logement. Elle présente les diverses possibilités d'accompagnement vers le logement proposé par l'association, qui sont reprises dans une brochure : appartement associatifs, résidences d'accueil et pension de famille. Une patiente témoigne de son insertion dans la Résidence Chevert et de son ressenti positif dans ce lieu de vie. Des remarques émergent autour du fait que les listes d'attente sont longues car, visiblement, les usagers s'y sentent bien et y demeurent.

***Maison des usagers du Centre Hospitalier de Saint Denis (93) : Jean-Charles Verheye, PHd science de l'occupation, LEPS de l'université Paris 13***

Mr V nous décrit comment la maison des usagers a été créée en coopération avec les usagers eux-mêmes. 18 réunions ont eu lieu en 2 ans pour créer ce lieu dans l'hôpital, destiné à parler de la santé. 60 personnes étaient présentes à la première réunion : citoyens, usagers de l'hôpital, professionnels. Des techniques de collaboration ont été utilisées pour définir le projet architectural, car la première idée a été que pour communiquer autour de la santé mentale, il fallait un lieu sécurisant, un espace différent de l'hôpital. Des associations de patients, des associations de santé et hors santé ont travaillé ensemble. Des actions ont pu ainsi avoir lieu (8 événements en 2018) et 3 permanences mensuelles ont été mises en place. Des projets autour de la formation des bénévoles et de recherches collaboratives se mettent également en place.

## Acquérir des aptitudes individuelles

***Ulysse ou le voyage de l'équipage EMIE UPE2A : Louise Dacqui, psychologue au CPN ; Sébastien Roussery, infirmier au CPN ; Marie-Claude Thenot, professeur de la classe UP2A***

L'histoire d'un voyage collaboratif nous est ensuite raconté. A partir de la demande d'une professeur de la classe d'intégration UP2A, l'intervention de l'EMIE (équipe mobile d'intervention en ethnopsychiatrie) a été possible. Cette classe a changé d'école, ce qui a engendré **une situation de crise et** provoqué une demande d'aide de la part de la professeure. Les enfants de cette classe

sont des enfants de migrants, parfois même en situation irrégulière, amenant à des expulsions et donc à des situations potentiellement traumatiques.

Après des rencontres, **une proposition de travail autour du thème d'Ulysse**, métaphore du voyageur qui traverse des épreuves avec son équipage, a été faite par l'équipe de l'EMIE. Les enfants ont adopté cette thématique et l'aventure a pu commencer, « tous dans le même bateau ». Les objectifs étaient donc de faire corps et histoire commune dans la classe, mais aussi de sensibiliser les autres enfants de l'école à cette classe différente des autres.

Les séances se sont succédées et le voyage du passé, durant lequel chacun et chacune s'est défini en fonction de son lieu d'origine, est devenu un voyage du présent et même du futur. De nombreuses questions se sont posées, oscillant entre les objets à emmener en voyage et la place de chacun. Qui devait ramer ? Qui était capitaine ? Peu à peu **les histoires se sont racontées**, croisées, tissées : Des histoires très touchantes d'enfants devant repartir et à qui il fallait dire au revoir avec des dessins, des mascottes animales dessinées ou des histoires racontées à plusieurs voix et traduites et retraduites d'une langue à l'autre.

Des dessins se sont installés sur une maquette de bateau, en grand volume et en carton, qui a été le support du travail au fil de l'année, tous les 15 jours. Cette maquette géante est ensuite devenue le cœur de l'exposition de fin d'année. **Les Ulysses**, cette classe « d'étranges étrangers », a trouvé sa place dans la nouvelle école. Cette rencontre a même permis à certains enfants de pouvoir rencontrer la psychiatrie, en dehors de l'hôpital et de pouvoir ainsi faire des demandes de thérapie.

***Benevol intérim : un outil au service d'une nouvelle citoyenneté : Lucie Lagoguet, animatrice-coordinatrice ; Romain et Jean-Marc bénévoles.***

Une autre expérience, créée en 2011, et issue d'Espoir 54, nous a été décrite. Ce dispositif propose un accompagnement pour **des personnes souhaitant être bénévoles**. Les objectifs sont de redonner un sentiment d'utilité sociale, de valoriser les compétences, de permettre de retrouver une place sociétale et de déstigmatiser le handicap psychique. Des liens sont créés avec des partenaires (associations, Ehpad, MJC, etc...). Le dispositif propose donc un cadre rassurant dans lequel les animateurs-coordonnateurs se considèrent plus comme des collègues que comme des « supposés sachants ». Les missions sont très variées : cuisine, animations, manutention, accueil du public, jardinage, etc...**Benevol intérim a ainsi accompagné 30 personnes** qui ont pu ainsi réaliser 120 h de bénévolat pour 15 partenaires. 2 bénévoles témoignent ensuite de l'intérêt qu'ils ont trouvé dans ce type d'interventions. Ils se sont sentis socialisés, plus autonomes, et ils ont surtout retrouvé un sentiment de pouvoir participer à la société.

## Renforcer l'action communautaire

**Psycom : « S'informer, s'entraider, participer : comment les personnes vivant avec des troubles psychiques peuvent contribuer à la promotion de la santé mentale ? » : Aude Cariat, directrice du Psycom.**

Psycom est constitué d'une équipe pluri-disciplinaire de 6 personnes, avec un réseau d'une quarantaine de personnes concernées, gravitant autour d'elles. Ces personnes entrent dans des démarches participatives et co-construisent, avec des mosaïques de savoirs, des programmes de formation.

Ses missions sont :

- **Information** : Editions de brochures, de guides, de newsletter et création d'un site [www.psycom.org](http://www.psycom.org). Un petit clip vidéo nommé le cosmos mental , créé avec les Zégaux (voir les zégaux.fr) permettant d'expliquer la notion de santé mentale nous a été présenté. Cet outil peut être visionné avec les patients et permettre ainsi un échange sur cette notion.
- **Conseil et accompagnement** : les idées forces sont de permettre la participation maximale des usagers, tant dans des groupes de parole, avec accompagnement à la prise de parole, que dans la création d'outils
- **Lutte contre la stigmatisation** : Avec la création de kits pédagogiques (comme celui sur les idées reçues sur la maladie mentale ou un kit sur les droits), d'un arbre sur les idées reçues qui peut être prêté pour des animations ou encore « *la tête dans les nuages* » un kit sur la discrimination.

**Le psytrialogue : Thérèse Rivière, présidente de l'UNAFAM 54 avec deux participants au triologue ; Nadette Ferry psychologue.**

Le psytrialogue est né à Hambourg dans les années 90, sous l'impulsion du Docteur Boch. Interpelé par des usagers mécontents des conditions d'hospitalisation et de traitement, ce médecin fut emballé par cette interpellation, soulignant que l'on ne peut pas prétendre à une compréhension du phénomène de la psychose sans prendre en compte le niveau de l'expérience concrète, subjective, des patients et de leur entourage. Il organisa alors des réunions réunissant patients, famille et professionnels. Il est alors possible de « *triloguer* » sur un thème donné. Quelqu'un est chargé de faire circuler la parole. La séance se déroule en cercle avec au maximum 30 personnes. L'annonce du diagnostic a été, par exemple, un thème proposé. L'idée globale de ces réunions est que la parole de tous est toute aussi valable. L'idée force est qu'il serait important de parler de soi sans préciser d'où l'on parle, pour se situer non pas dans un rôle professionnel ou dans un statut de malade, mais en tant qu'humain et citoyen.

## Réorienter les services de santé

**PERL : Petite Enfance Recherche-action dans le Lunévillois, prévenir en périnatalité par l'association et la modification des pratiques inter-institutionnelles : Dr MC Colombo service de PMI du conseil départemental de Meurthe et Moselle ; Sophie Buchheit, psychologue coordonnatrice de PERL**

Ce dispositif rassemble plusieurs institutions, c'est un **pluripartenariat** avec le CPN (promoteur de la recherche et financeur), le conseil départemental (puériculture), l'ARS et la CAF (travail auprès des familles sur le terrain)

**Pourquoi ?** Une recherche INTERREG (2010-2014, 3 cantons) a proposé une visite à domicile par une psychologue. Des résultats significatifs à 2 ans sur le développement de l'enfant et à 4 ans sur le langage ont été ainsi mis en évidence. Suite aux résultats de cette recherche, le conseil départemental et plus particulièrement le service de PMI a souhaité réemployer un dispositif similaire.

**Comment ?** Le partenariat PMI-pédopsychiatrie s'est fait naturellement. Tous les partenaires se sont réunis, le projet a été présenté et accepté. Un COPIL a élaboré et mis en place le dispositif et le comité de pilotage a mis en place, tous les 2 mois, une réunion de tous les partenaires pour favoriser la communication.

**Pour les puéricultrices, il existe des visites à domicile de 3 types :**

- Prévention, promotion de la santé, accompagnement de la parentalité. La visite postnatale est proposée systématiquement (allaitement, ...)
- En cas de facteur de vulnérabilité repéré, besoin spécifique manifesté
- Dans le cadre de la protection de l'enfance pour évaluer une information préoccupante ou pour proposer une mesure de protection administrative ou juridique si nécessaire

**Le contexte socio-économique et organisationnel** a fait que les visites du 2 ou 3ème type tendent un peu à éclipser la visite de prévention sans critères de risque. L'urgence sociale vient donc au détriment de la mission préventive première. Une autre tendance est de valoriser plus fortement l'action ciblée, (repérage du problème), plus opérationnelle que l'action globale et d'assigner aux professionnels et aux familles des objectifs à atteindre (allaitement, alcool, tabac, obésité, ...) PERL prend appui principalement sur le 1er type et amène donc un recentrage volontariste sur la mission première de la PMI (par tirage au sort).

Le **modèle PERL** consiste donc en une action centrée sur la prise en charge en périnatalité, puériculture en PMI. 1 groupe témoin reçoit une prise en charge standard en PMI et 1 groupe d'intervention bénéficie d'une visite à domicile des puéricultrices, de la naissance à 4 ans, avec à 24 mois une évaluation du développement du bébé, de l'attachement. Une supervision des puéricultrices a été mis en place, comme un espace de co-création, co-construction. Des temps d'échange théorico-clinique, basés sur les attentes des puéricultrices complète ce dispositif. Il n'y a

pas eu une modification complète de leur pratique (visite à domicile, observation conjointe, jeux, échanges avec les parents) mais une réorientation, une réorganisation, un recentrage.

## **2 évaluations ont été mises en place.**

- Une évaluation longitudinale et comparative entre les 2 groupes, pour mesurer les effets de l'accompagnement préventif et régulier sur le développement de l'enfant.
- Une évaluation sur les processus et les mécanismes. Un partenariat a été proposé et l'évaluation est réalisée par l'école de santé publique de Nancy (leviers, effets, théorie d'intervention)

### ***Médiateur de santé-pair en santé mentale : création d'un métier : Philippe Maugron, Jean-gabriel Martin et Fatah Senalda, pairs aidants des CH de Sainte Anne et de Rouffach***

Le programme « Médiateur de Santé/Pair » (MSP) est un projet innovant en France initié par le CCOMS en 2012. Il s'appuie sur des expériences étrangères d'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans les équipes de soins en santé mentale.

**Un pair-aidant devient** « *un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental* ». Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification et d'apporter son expertise, d'offrir de l'inspiration et favoriser le pouvoir d'agir, de proposer du soutien, de l'information et de responsabiliser

**Une première expérimentation en janvier 2012** : Ce programme pilote a été proposé de manière pédagogique et professionnelle. Il a consisté en une formation à la médiation en santé mentale et à la valorisation du savoir expérientiel d'anciens usagers des services de santé mentale. 3 régions de France (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côtes-d'Azur) ont été concernées. Ce programme s'effectue en 2 phases sous la forme d'un DU.

**Une 2ème promotion est sortie en janvier 2018** : 8 régions ont été concernées, dont les DOM TOM. 34 étudiants sont recrutés avec un contrat de travail, + 1 étudiante belge. L'ouverture au médico-social a été de 8 postes. Ce programme a donné lieu à des licences SSS (sciences sanitaires et sociales) mention MSP, porté par l'université de Paris 13. Dans la mesure où un MSP est un professionnel de santé, les évolutions se font de CDD à CDI progressivement et une personne a même été titularisée.

**2 MSP témoignent ensuite** : « Nous sommes des intervenants professionnels mais avec un rôle atypique : au niveau de la distance, je suis plus proche que les soignant, de la personne que j'accompagne. J'essaie de croire en elle comme on l'a fait avec moi ».

« Il est nécessaire d'être vu autrement pour se voir autrement »

### **Actions :**

- Accès aux droits, à l'information pour les personnes
- Ils font intervenir, mettent en relation avec tous les acteurs du territoire (MDPH, associations, GEM, structures d'accompagnement, ...)

- Grand rôle de déstigmatisation
- Animation, co-animation d'ateliers thérapeutiques, mettre en place de nouveaux ateliers basés sur des notions d'empowerment, de rétablissement
- Accompagnement de sorties et de visites à domicile
- Vision globale de la personne, pas centrée sur les soins, ils amènent sur le projet personnel, et montrent les pistes envisageables pour accompagner dans un projet personnalisé

**Une question est posée sur l'intégration des MSP.** Les 2 MSP témoignent d'une bonne intégration, avec parfois des tensions ou de la crainte des professionnels que l'on prenne leur place. La complémentarité se passe mieux si les équipes sont préparées, après un temps d'observation et d'appropriation. Les MSP ont le sentiment, parfois, de permettre de traduire un vocabulaire spécifique parfois compliqué pour le patient. Lors des réunions, ils ont le sentiment de permettre de se recentrer sur l'humain et pas uniquement la biologie ou la biochimie. Leur sentiment est de pouvoir aider l'autre à se relever. Pour eux -mêmes aussi, ils ont le sentiment de se lever le matin pour les personnes qu'ils vont rencontrer et aider. Ils évoquent un métier d'engagement.