

## **Propositions, par un Médiateur de Santé Pair, de programmes d'aide au processus de rétablissement en santé mentale.**

Le traumatisme causé par les « années Sida » a été le déclencheur d'une remise en cause qui a, petit à petit, profondément et définitivement modifié le paysage et le fonctionnement du système de soin français. Les erreurs et les fautes avérées de politiques et de professionnels de santé, accompagnées d'années de silence coupable des autorités, semèrent le doute dans l'opinion publique. Elles lui firent prendre conscience que l'incompétence existait aussi dans le monde médical et qu'il serait salutaire de s'en souvenir.

Cette remise en cause naissante fut rapidement accompagnée d'une demande de transparence dans la gestion des grands dossiers de santé, des positions à définir et des prises de décisions à venir. Ces revendications qui visaient notamment à favoriser le partage des pouvoirs et le relationnel entre les différents partenaires sociaux, ont permis, au fil du temps, quelques avancés. Généralement bien timides, fragiles et souvent rognées par des pouvoirs politiques et professionnels solidement en place.

Néanmoins, même si à ce jour les changements profonds restent en devenir, les modes de fonctionnements de tous les acteurs de la santé ont été impactés : hommes politiques, acteurs sociaux, soignants, malades, accompagnants. Des associations se sont créées, des voix se sont élevées pour faire valoir le droit des patients à devenir usagers, voire consommateurs des services de soins. Elles ont alors, revendiqué la légitimité d'être régulièrement associées aux études, orientations et arbitrages pris par les instances politiques et les responsables de santé. Elles ont aussi fait savoir et valoir que leur expérience pouvait, au même titre que les personnels soignants et à l'instar des mouvements de self help anglo-saxon apporter une aide, un recours précieux aux patients, pour les accompagner et les aider à se rétablir.

Ce mouvement, sans réel précédent dans l'hexagone, avait des antécédents dans d'autres pays, notamment aux États-Unis où des associations avaient déjà, d'une certaine façon, dessiné la voie. On peut à ce sujet citer, comme précurseurs, les Narcotiques Anonymes (NA) et bien avant les Alcooliques Anonymes (AA), eux-mêmes nés à l'intérieur du « groupe d'Oxford et le réarmement moral » (MRA, Moral Re-Armement) qui avaient, dès l'année 1935, mis en place des groupes de parole. Ce mode de rétablissement selon le modèle des 12 étapes et d'auto-support par les patients a ensuite été décliné pour pratiquement toutes les formes de pathologies : déficients attentionnels anonymes (DAA), joueurs invétérés, divorcés et séparés (ANO-SEP), bourreau du travail (workaholics), pharmacomanes (IPA, international pharmacist anonymous)<sup>1</sup>... Le concept du groupe de parole<sup>2</sup> a aussi été maintes fois repris, avec succès sous différentes formes, dans divers établissements hospitaliers et de santé.

Malgré tout, l'inclusion d'accompagnants ou d'anciens patients rétablis dans le système officiel de soin ne semble apparemment pas chose aisée et même si certaines expériences ont lieu au Canada et tout récemment en France, cela reste encore très limité. J'ai eu l'opportunité de participer, récemment, à Montréal, au XVII<sup>e</sup> colloque de l'AQRP<sup>3</sup> (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale), d'intervenir avec l'équipe du CCOMS<sup>4</sup> et de travailler sur la révision de la CIM<sup>5</sup>, au Douglas Institut<sup>6</sup> (Institut Universitaire en santé mentale). Lors des divers échanges, j'ai pu constater que même si pour la mise en place de Pairs aidants<sup>7</sup>, comme dans d'autres expériences ils nous ont précédés, ce n'était pas gagné et qu'il restait beaucoup à faire.

À ce sujet, je participe au programme des Médiateurs de Santé Pairs<sup>6</sup>, mis en place en France, en janvier 2012. Depuis cette date, je travaille au sein du Pôle Paris 11 des hôpitaux de Saint-Maurice pour moitié en intra et le reste du temps en CMP, sur l'hôpital de jour ou en accompagnement de patients. Pour cela, j'ai suivi en alternance une formation très complète délivrée par l'Université Paris 8, élaborée par l'équipe du CCOMS initiatrice de ce projet et soutenu par les ARS, avec l'appui de la FNAPSY<sup>8</sup>.

---

\*Toutes les notes se trouvent à la fin de l'article

Cette expérimentation s'inscrivait en droite ligne des bouleversements cités plus haut et des avancés tant psychothérapeutiques que médicamenteuses, qui ont depuis maintenant plusieurs décennies secoués et fait progresser le milieu psychiatrique.

Simultanément à ces profonds changements, qui ont permis la mise en place des MSP, en seulement quelques années, l'informatique et internet ont bouleversé notre quotidien en investissant et en remodelant tous les domaines de nos vies et notamment la mienne. Là aussi, tous les acteurs de la société et tous nos codes et modes de fonctionnement ont été impactés.

Aujourd'hui, rien ne semble pouvoir s'affranchir de ce monde dit virtuel, devenu le lieu obligé de toute forme de rencontre, l'antichambre de toute démarche, l'espace privilégié et incontournable de la planète.

En ce qui me concerne, j'ai commencé à construire mon rétablissement<sup>9</sup>, à l'aube des années 80, au tout début de l'ère devenue numérique. J'ai dû alors, pour raisons professionnelles, me lancer rapidement dans l'apprentissage de l'outil informatique puis, plus tard, du réseau Internet.

Jour après jour, il m'a fallu, dans un parcours déjà compliqué, découvrir l'ordinateur et vivre ces mutations en écho aux miennes<sup>6</sup>. Et ce qui m'apparaissait de premier abord telle une machine, mystérieuse inaccessible totalement hors de mes capacités cognitives a fini par me passionner et accompagner ma vie. De blocages en plantages en erreurs et en réinstallations de système, j'ai fini par prendre goût à mon apprentissage et à le considérer comme un compagnon de route. Ce qui au début me paralysait a fini par devenir une simple étape à franchir pour peu que j'apprenne à me faire confiance. Une épreuve qui une fois franchie devenait un appui pour franchir la prochaine difficulté qui ne manquait jamais de surgir. Ainsi, j'ai pu en autodidacte apprendre<sup>9</sup> l'informatique et le graphisme, tout en travaillant sur : « mon moi », « ma motivation », « ma réalité et son interprétation ». Une construction du désir s'est ainsi dessinée, bâtie pour une bonne part sur l'ouverture que m'apportait le fait d'arriver à surmonter petit à petit les difficultés rencontrées.

Une motivation grandissante devenue « désir », « l'envie de », sans laquelle toute forme de rétablissement me semble difficile. En cela l'Ordinateur, un objet somme toute ludique et Internet, un espace de découverte et de curiosité, m'y ont beaucoup aidé.

C'est habité de ce savoir expérientiel et accompagné de mes quelques compétences que j'ai démarré mon travail de Médiateur de Santé Pair. L'intégration dans les équipes s'avéra chaotique et posa quelques problèmes dus pour une bonne part à l'accueil de certains soignants qui ne fut pas toujours des plus chaleureux. Mais, après certaines difficultés aplanies, j'ai pu, grâce au soutien de mes responsables et avec la collaboration de soignants à l'écoute<sup>7</sup>, proposer puis mettre en place, en septembre 2012, des actions de prévention sur les risques liés aux addictions. Elles furent suivies un peu plus tard de programmes d'aide au rétablissement, basés sur l'initiation à l'ordinateur et à Internet « informatique & réhabilitation » et « Images de Soi ». Des programmes d'information, de formation et d'accompagnement que j'avais conçus et formalisés petit à petit au fil de mon rétablissement.

J'en décris les aspects et le fonctionnement ci-après.

## Septembre 2012, mise en place en intra, des réunions de prévention sur les risques liés aux addictions.



Affiche mise en place dans les unités pour annoncer les réunions d'information.

- Je suis convaincu qu'en matière de dépendance, la prévention reste pour le moment le meilleur outil à notre disposition. Ce ne sont ni les discours moralisateurs, ni la répression, ni la guerre totale déclarée à la drogue, sensée provoquer son éradication, qui résoudront le problème de l'addiction aux produits. D'ailleurs, la majeure partie des désastres causés le sont par deux drogues légales, l'alcool et le tabac. Et, s'il fallait tout de même se convaincre du manque d'efficacité de toute interdiction, il suffirait d'évoquer l'époque de la prohibition d'alcool aux États-Unis qui n'aura, au final, pratiquement servi qu'à asseoir les bases financières de la mafia. Quant aux réels effets sur la consommation, cela n'a en rien modifié les comportements des buveurs et tout est reparti comme avant dès l'abrogation, en avril 1933, de la loi (Volstead Act) par le Président Franklin Delano Roosevelt.

J'ai donc proposé, parallèlement aux accompagnements individuels vers le rétablissement, des réunions d'information sur les risques liés aux addictions concernant le tabac, le cannabis et l'alcool. Les trois produits les plus présents et les plus fréquemment utilisés par les patients. Des dépendances qui alourdissent leur pathologie, altèrent au présent leur qualité de vie et qui amputent sévèrement leur moyen financier souvent déjà faible. Certains patients, gros consommateurs, se privent de nourriture pour pouvoir acheter leurs cigarettes.

Pour toutes ces raisons, il me paraissait opportun, voire nécessaire de proposer un programme régulier d'information au sein même des unités. Après plusieurs propositions aux équipes soignantes et un travail commun de synthèse, j'ai pu démarrer des réunions à l'adresse des personnes hospitalisées.

Les interventions réunissent des patients volontaires, concernés directement ou non, et des soignants. Afin de ne pas alourdir inutilement nos interventions, nous avons réparti sur 3 semaines la présentation des produits abordés. Ce calendrier permet des réunions plus digestes et nous laisse le temps d'instaurer un débat qui donne d'excellents résultats, en termes d'échanges et de premier entretien. Démarré pendant l'hospitalisation, une rencontre évolue souvent en lien, par la suite très utile dans l'accompagnement du patient vers le rétablissement. Cela m'a déjà permis de mettre en place et de développer une relation stable et constructive avec des patients (certaines existent maintenant depuis plus de deux ans). À la suite de ces interventions, des demandes ont été formulées pour l'ouverture et la tenue régulière d'un groupe de parole sur les addictions. Cette requête fait actuellement l'objet d'une réflexion et une initiative dans ce sens sera prise au cours de cette année.

D'autre part, l'accueil favorable reçu par ces actions de prévention, tant par les patients que les soignants m'avait permis la mise en place de mes propositions d'aide au rétablissement, des programmes que je détaille ci-après.

### Prévention sur les risques liés aux addictions (tabac, cannabis, alcool)

#### Périodicité :

3 Réunions d'information par trimestre (dans 3 Unités en intra) suivies d'échanges.

#### Participation :

Des groupes variables (de 5 à 15 participants)

Plus de 200 participants depuis le début des réunions (certains patients assistent à plusieurs réunions)

#### Matériel utilisé :

1 ordinateur portable - 1 vidéo projecteur - 1 présentation PowerPoint

## Février 2013, mise en place au CMP Servan, du programme « Informatique et réhabilitation »



La salle informatique, a pu voir le jour grâce à l'ingéniosité du Cadre supérieure de Santé qui l'a installée en lieu et place de la salle d'accueil. Le matériel provient de la générosité d'entreprises sollicité pour cette occasion.

Comme je l'indique au début de ce texte, mon parcours m'avait donné l'occasion de prendre en compte les possibilités offertes par l'outil informatique et d'avoir la chance d'y adhérer.

Mais avant de poursuivre dans cette voie, j'avais dû surmonter les difficultés rencontrées avec l'objet ordinateur.

Cela m'avait conduit à réfléchir sur la nature de la confiance que je plaçais en moi et sur la pertinence de mon « interprétation de la réalité » qui m'avait jusqu'alors plus que desservi. Une assurance souvent de façade et un décodage systématiquement négatif du quotidien que je prenais pour la normalité, pour « la réalité », mais qui en fait n'existait pas comme telle. Un mode de fonctionnement qui me gangrenait et me paralysait depuis des années. Je devais dépasser cette absence de confiance en moi et en l'avenir. Le désir d'empowerment (développement du pouvoir d'agir)<sup>8</sup>, ne pouvait naître qu'à cette condition.

D'une certaine manière, cette confrontation devenue incontournable, conjuguée avec ma crainte devant l'outil informatique m'y a curieusement aidé. Elle m'a forcé à adhérer à un outil que je n'appréciais pas et qui préparait l'avenir. Elle m'a aussi amené à reconsidérer mon unique façon arbitraire de voir les choses et m'a conduit à m'inspirer des outils graphiques informatiques qui peuvent à loisir modifier la réalité. C'est petit à petit par une double action d'apprentissage que j'ai pu progresser dans ces deux domaines. J'ai vécu alors un quotidien fait de doutes, de déceptions, d'échecs, de réussites, mais habité d'espoir et de confiance en l'avenir. J'avais décidé d'engager toutes mes forces et mon énergie pour simplement aller mieux, j'étais sur le chemin du rétablissement. La suite serait fort longue à raconter, mais elle m'a directement inspiré plusieurs programmes de réhabilitation et d'éducation thérapeutique axés sur l'apprentissage et l'utilisation de l'outil informatique. Elle m'a aussi appris l'importance d'accompagner les évolutions de son époque et de coller à la société dans laquelle on vit. À ce sujet, le développement de l'informatique et de l'Internet m'a montré combien la possibilité d'utiliser les mêmes outils que ceux qui se déclarent « normaux » était essentielle dans mon rétablissement. Je participais à ce qui allait devenir la révolution informatique, j'étais à ma place, comme des millions de gens le sont. Une démarche de rétablissement citoyenne, sur le lieu de vie, un apprentissage et un engagement quotidiens.

En 2015, la place prépondérante de l'ordinateur et Internet ne cesse de s'affirmer, aussi, pourquoi seuls les porteurs d'une pathologie devraient pouvoir s'en passer ?

Je pense qu'il est temps d'associer au parcours de rétablissement un minimum d'initiation à l'informatique, voire au perfectionnement avec la possibilité d'accéder à un stage pour ceux qui le désirent. Néanmoins, l'apprentissage de l'informatique ne doit pas être simplement une fin en soi, mais s'avérer aussi un support dans la mise en place d'un travail thérapeutique.

C'est ce que propose de développer, à l'aide d'un travail graphique le programme « Informatique et réhabilitation ».

Nous travaillons sur la communication, sur l'interprétation de la réalité et sur les diverses possibilités de l'améliorer. Nous partons d'un simple texte, qu'il faut déjà apprendre à saisir sur l'ordinateur et nous l'enrichissons afin d'en modifier la perception. Par le simple changement graphique, nous modifions radicalement la perception du message, nous passons du négatif à l'interprétation du négatif qui déjà n'est plus tout à fait significatif. Nous pouvons alors, à partir de cette première étape en changeant seulement un mot du texte afficher exactement ce que nous souhaiterions transmettre. On peut déjà envisager que cette simple mise en situation, couplée à la revalorisation personnelle du à l'utilisation de l'ordinateur engendre un sentiment très positif chez le participant.

On peut aussi projeter que ce qui a été effectué dans un premier temps de manière virtuelle puisse, une fois le programme terminé, être mis en pratique dans le vécu quotidien.

Il serait trop long de détailler tout notre programme, mais pour résumer, il s'appuie sur ces concepts et les développe afin d'approfondir une réflexion et un travail personnel (implicite et explicite). Il impose aussi ainsi une plus grande maîtrise des outils informatique ce qui favorise leur apprentissage.

Nos objectifs sont divers : favoriser le travail de groupe, l'apprentissage indispensable de l'outil informatique, l'acceptation de contraintes liées aux horaires des sessions et aux exercices proposés, un travail sur soi lié à l'interprétation de la réalité et aux conséquences qui en découlent. L'autre versant de nos sessions est en majorité composé de la découverte de l'Internet et des multiples utilisations possibles. A ce stade, comme pour tous, c'est un monde qui s'ouvre, un espace infini de possibilités. Aussi, pour que tous les participants puissent en profiter, nous animons une permanence hebdomadaire avec un accès Internet et/ou un perfectionnement aux techniques de l'utilisation du réseau.

Ainsi, nous développons une approche centrée sur la mise en forme qui implique l'apprentissage de l'outil et sur son interprétation qui favorise l'acceptation de la perspective de changement et de son implication sur notre vie.

### **Informatique et réhabilitation**

#### **Périodicité :**

3 groupes distincts :

1 initiation et 1 perfectionnement : chacun 1h 30 par semaine

1 permanence Internet/perfectionnement : 2 h par semaine

#### **Participation :**

Par groupes de 5 participants

Plus de 60 participants depuis le début des réunions

#### **Matériel utilisé :**

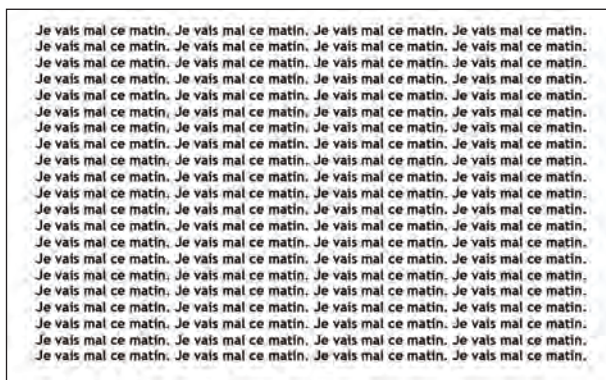
6 ordinateurs - 1 vidéo projecteur - des logiciels - 1 programme de formation

#### **Encadrants :**

1 infirmier/ère et le Médiateur de Santé Pair



Deux exemples ci-dessous peuvent illustrer mon propos :



Les exercices proposés utilisent la puissance de l'image sans pour autant négliger la réflexion que procure l'écrit. Il revient au participant de saisir des mots et ensuite de chercher par la simple mise en forme d'en modifier l'impact et par-delà l'interprétation du lecteur.

Ainsi, nous n'allons pas tel Bergotte<sup>10</sup>, qui dépité, meurt en prenant conscience des faiblesses de ces derniers livres face à la puissance d'un tableau de Vermeer, opposer l'émotif à l'intellect. Au contraire, nous proposons une ouverture vers des possibles en les associant. Nous transformons une affirmation à première lecture négative en un visuel complexe, car négatif sur le fond et positif sur la forme. Cette communication demande donc réflexion, quant à son interprétation et de ce fait laisse déjà une place pour un possible.



## Mars 2014, au CMP Servan, mise en place du concept « Images de Soi ».



Ce deuxième programme d'aide au rétablissement, basé lui aussi sur l'initiation à l'informatique est pour l'essentiel orienté sur la photo numérique. Il intègre la prise de vue et tout ce qui aujourd'hui l'accompagne : le transfert des photos sur ordinateur ou/et Internet, le partage en ligne, les retouches, les montages. Le tout effectué à l'aide de logiciels dont l'utilisation demande un réel apprentissage.

Nous proposons une formation à la prise en main de l'appareil photo numérique, aux techniques de prise de vue et aux logiciels de transfert, de partages et de traitement d'images.

Là aussi, à l'instant du programme « **Informatique et réhabilitation** », ce concept favorise une double démarche avec cependant une implication plus identitaire et personnelle de soi-même. De fait, je propose une approche et un regard sur l'image et la représentation et le quotidien de chacun (à l'aide notamment d'un travail sur l'autoportrait), sur son lieu de vie et sur son environnement.

Cette forme de regard, pas toujours facile, notamment sur soi par l'autoportrait, bénéficie plutôt d'un bon accueil et d'une bonne tolérance, due surtout à la démarche d'apprentissage qui autorise bon nombre d'erreurs évitant ainsi tout jugement.

Aussi nous mettons à profit ce temps de la découverte, pour développer rapidement un premier contact avec une « Image de Soi », afin d'en favoriser l'acceptation indispensable aux futures interprétations et transformations.

Un exemple d'autoportrait dans lequel je me mets en scène. Pour cet exercice, j'ai choisi de me photographier dans un miroir. Il est possible aussi d'utiliser le retardateur, ou de se photographier directement en tenant l'appareil à bout de bras.

Il en est de même pour le lieu de vie et l'environnement pas toujours facile et bien accepté par le patient. Un travail de prise de vue suivi d'une démarche d'analyse de l'image et de corrections susceptibles de l'améliorer induit sa manipulation, favorise son appropriation et son acceptation.

Apprendre à regarder, à photographier et à se photographier c'est déjà changer son regard.  
Prévet ne confiait-il pas à Robert Doisnos :

" C'est toujours à l'imparfait de l'objectif que tu conjugues le verbe photographier.<sup>11</sup> " (curieuse appellation que celle de l'objet « objectif » qui ne perçoit une réalité qu'en fonction de sa focale et de l'oeil qui l'oriente).

Changer la perception de soi-même et de son environnement, c'est déjà modifier sa réalité, du moins son image. Nous pouvons à nouveau espérer que tout ce qui a été vécu et mis en formes de façon virtuelle pourra l'être un jour décliné réellement dans le vécu de chacun des participants.

Ce travail, en proposant aux patients la possibilité d'ouvrir de nouvelles formes interprétatives de leur quotidien, peut nous y autoriser. A l'inverse d'une projection mentale purement imaginaire et non reproductible dans le quotidien, nous traitons les images du réel de chacun et proposons que chacun les transforme à sa guise. Si dans un premier temps on ne peut s'adapter à une certaine réalité, on peut, peut-être la rendre, même virtuellement, plus conforme à nos souhaits et ainsi être en meilleure harmonie avec soi-même. Ce travail accompagné d'une meilleure confiance en soi procurée par l'apprentissage de l'outil informatique, favorisera l'étape suivante, celle de l'adaptation à la réalité couramment admise que l'on pourra interpréter différemment.

## Image de Soi

### Périodicité :

1 groupe 2h par semaine (4h en 2015 - 2h x 2 jours)

### Participation :

groupes de 5 participants

7 participants depuis le début des réunions (une mise en place retardée, divers contre temps)

### Matériel utilisé :

6 ordinateurs - 6 appareils photos numériques - 1 vidéo projecteur - des logiciels - 1 programme de formation

### Encadrants :

1 infirmier/ère et le Médiateur de Santé Pair

Quelques exemples ci-dessous peuvent illustrer mon propos :



Il peut s'avérer positif de s'imaginer et se voir en agréable compagnie, dans l'absolu rien ne l'interdit et en photo numérique rien n'est impossible. Cela peut être créatif, favoriser l'autodérision, susciter l'amusement et peut-être dénouer des blocages en dédramatisant un peu un état ou une situation.



Vider son armoire, plier ses vêtements et les ranger virtuellement peut, pour nos réalisations, devenir un travail ludique. Il pourra être prolongé de mises en pratique au quotidien, dans différents domaines bien réels cette fois.



Aujourd'hui, s'il est encore trop tôt pour tirer un bilan significatif formel de ces actions, nous avons déjà pu en retenir quelques indications :

Contrairement à ce qui était annoncé comme difficile, voire improbable par de nombreux soignants :

- les participants assistent de façon assidue à la totalité des cours.
- Ils sont en majorité en demande de plus d'heures de formation.
- Ils maintiennent, et ce jusqu'à la fin de chaque cours une très grande attention.

Des liens constructifs sont noués avec des patients.

Des participants ont pu reprendre un travail, en démarrer un, ou s'inscrire dans un stage de formation.

Au fil des cours, les participants affichent une meilleure intégration au groupe, une plus grande aisance à s'y exprimer et sont de plus en plus motivés par l'apprentissage.

J'ai conçu et codifié ces programmes au fil de mon parcours « d'empowerment »<sup>12</sup>, en fonction de mon apprentissage de l'informatique et des difficultés rencontrées sur le chemin de mon rétablissement. Et, s'il m'est arrivé par bribes et de façon ponctuelle de les expérimenter avec quelques personnes. Je n'avais jamais eu la possibilité, comme aujourd'hui, de les mettre en place formellement et officiellement avec des groupes. Aussi, bien que convaincu des bénéfices que pouvaient apporter ces programmes, j'étais tout de même curieux de ce qui pourrait réellement en ressortir. Les premiers résultats plutôt encourageants (voir plus haut), m'ont conforté dans mes actions et mes convictions. Ils m'ont aussi encouragé et incité à proposer un nouvel atelier d'éducation thérapeutique qui s'inscrit dans le travail, déjà effectif, de l'équipe de rétablissement.

J'en donne la description ci-après.

## **Janvier 2015, à l'hôpital de jour, Début du programme ATA, (Auto-éducation Thérapeutique Accompagnée).**

Toujours axé sur l'utilisation de l'ordinateur et d'Internet ce programme propose, aux patients, une démarche d'apprentissage enrichissante et ludique. Elle débute en séance individuelle par l'apprentissage de l'outil informatique, du scanner, puis par la prise en main de l'ordonnance et des médicaments qui s'y rattachent afin de pouvoir les numériser. Leur manipulation et leur transformation en fichiers facilement manipulables banaliseront en partie la médication et l'inscriront ainsi plus naturellement dans l'environnement habituel du patient. Ce qui souvent paraît un apport extérieur et souvent contraignant dans le vécu peut par ce biais devenir un élément familier du quotidien. Le traitement pourrait alors devenir un réel allié et ainsi favoriser l'inclusion d'autres démarches dans le processus de rétablissement.

Une deuxième phase, en travail de groupe, mettra en avant des choix et désirs d'actions qui doivent accompagner un véritable programme de rétablissement. Pour cela l'informatique et internet seront mis à contribution. Il faudra alors apprendre à utiliser avec discernement ces outils indispensables et incontournables.

Tout ce processus sera accompagné et encadré par l'équipe soignante à même d'informer et de valider ou de réfuter les renseignements glanés par le patient. Nous ne souhaitons pas apporter des réponses toutes formatées au patient, mais plutôt lui donner la possibilité d'aller lui-même les chercher. Elles prendront alors toute leur valeur et pourront s'inscrire simplement dans sa démarche de rétablissement.

Il lui incombera ensuite, en collaboration avec l'équipe soignante, de proposer des activités à inclure dans son programme de rétablissement : sport, formation, loisir... Toutes formes de démarches, qu'il aura choisies, susceptibles de l'aider et dans lesquelles, je peux l'espérer, il s'inscrira et s'engagera vraiment.

### **ATA (Auto-éducation Thérapeutique Accompagnée)**

#### **Périodicité :**

Individuelle 2h par jour pendant semaine - Groupe 2 h par semaine/2 mois

#### **Participation :**

1 patient et en groupes de 5 participants

Nombre de participants en cours

#### **Matériel utilisé :**

6 ordinateurs - 1 scanner - 1 vidéo projecteur - des logiciels - 1 programme de formation



#### **Encadrants :**

l'Équipe de réhabilitation - 1 infirmier/ère et le Médiateur de Santé Pair

Quelques exemples ci-dessous peuvent illustrer mon propos :

### Apprendre à scanner son ordonnance

Apprendre à scanner un document, à l'insérer dans un fichier Word et à l'enregistrer dans un dossier. Savoir collecter, s'approprier et gérer les informations.


38 fois par jour  
2 fois par an  
1 fois par semaine

### Lister et scanner ses médicaments

- 1- Aspirine - Scanné
- 2- Vitamine - Scanné
- 3- Dafalgan - Scanné
- 4- Actifed - Scanné






### Légender les scans avec la posologie



38 fois par jour      2 fois par an  
2 fois par an      10 fois par semaine

### Editer un tableau comparatif bénéfices/risques

	Effets escomptés	Effets connus	Effets secondaires Possibles	Effets secondaires possibles
				
				
				
				
Remarques				

Une fois numérisées, les boîtes de médicaments accompagnées de leur posologie, sont insérées dans l'ordonnance. Dans un deuxième temps, le participant recherchera des informations sur Internet et les soumettra à l'avis et aux réponses de l'équipe soignante.

## L'aide au processus de rétablissement

La démarche de rétablissement (empowerment) est un processus difficile à enclencher pour lequel il n'y a pas de recette magique, mais pour avoir plus de chances d'y arriver et d'en devenir l'acteur, le patient doit être l'initiateur de son désir. Il doit être à même de créer sa propre envie de possibles, d'un autre mode de vie, de changements au quotidien qui lui correspondent et auxquels il pourra adhérer. Une transformation, même virtuelle, de sa réalité peut le rapprocher de ce désir en rendant possible et ludique ce qui jusqu'alors le rebutait. Il pourrait aussi, en confrontant les images souhaitées à son vécu quotidien, modifier son cadre de référence, et rapprocher petit à petit sa réalité habituelle de celle qu'il a pu projeter.

Pour conclure cet article :

- Je pense qu'il serait urgent de développer en santé mentale, des plans de prévention sur les risques liés aux addictions. C'est un sujet qui concerne un pourcentage important de patients et qui aujourd'hui ne me semble pas suffisamment prioritaire dans notre système de soins.

- Il est aussi souvent question et l'on parle beaucoup depuis quelque temps « d'empowerment », mais il serait peut-être utile de préciser la définition de ce mot anglo-saxon qui n'a pas d'équivalence en français. C'est un concept, une démarche volontaire aux multiples définitions, mais qui signifie à peu près « renforcer ou acquérir du pouvoir sur soi, sur sa vie », « se réapproprier sa puissance », « développer son pouvoir d'agir ». C'est l'octroi de plus de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques qu'ils subissent. Au plan individuel, Eisen (1994) définit l'empowerment comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle<sup>14</sup>. Tout cela est très approximativement traduit par les termes français d' « insertion », « autonomisation », « émancipation », de « rétablissement », « capacitation », « développement du pouvoir d'agir », « responsabilisation », ou « pouvoir faire ». Cela suppose que le processus de rétablissement comme expérience individuelle doit être accompagné d'un soutien médical et social.

- La démarche d'empowerment implique de mettre en œuvre toutes les ressources dont dispose le patient et toutes celles que peuvent lui apporter les soignants, les accompagnants et la société. Le patient doit aussi être à même, de pouvoir coller avec son temps et la réalité, du moins celle qui semble la plus généralement admise. Pour cela il demeure indispensable d'ancrer le patient sur son lieu de vie et de l'accompagner à l'aide des outils actuels vers le monde de demain. Nous devons aussi l'aider à se confronter au groupe, aux autres, à la société, et à lui-même. Pour favoriser ce travail d'aide au rétablissement, qui de mon point de vue doit demeurer en partie ludique, l'ordinateur et Internet me semblent parmi les outils les plus appropriés. Déjà indispensables pour la plupart de nos démarches et de nos activités, ils seront une des voies obligées du futur. Cela n'est et ne sera malheureusement quelquefois non sans risque sur le Net, où les savoirs exacts ou faux, voire même mensonges prolifèrent. Notamment dans le domaine de la santé, où il n'est pas rare, sur certains sites exotiques, de voir prôner le traitement du cancer à l'aide de jus de carotte ou l'arrêt des dépendances par simple imposition des mains. Cela peut prêter à sourire, pour des professionnels de santé ou des personnes averties, mais cela peut aussi influencer et dérouter des patients peu ou pas informés sur leur pathologie et le traitement qui leur est délivré. Sur Internet, les arnaques et autres pièges s'affichent au même titre que les services administratifs officiels. Nous sommes dans le monde de l'anonymat, du tout possible, un espace où parfois l'exactitude (la véracité) de ce qui est écrit n'engage que l'internaute. Malgré tout, Internet demeure un outil extraordinaire et il n'est que temps d'y intéresser les patients, sous peine de les laisser pour compte en chemin. Ne pas leur favoriser l'accès au réseau revient à les condamner à une double peine en les enfermant un peu plus dans leur problématique sans leur proposer cette possible ouverture pourtant à leur portée. Il me semble infiniment plus positif pour eux, comme pour nous tous, de les initier à l'informatique et de les accompagner « clic après clic » sur le Web.

- D'autres voies existent dans l'accompagnement vers le rétablissement, pour ma part, je compte proposer cette année un nouveau programme "d'Empowerment" sans lien, cette fois, avec l'informatique ou Internet.

Jean-Pierre Julien  
Médiateur de Santé Pair



- 1 " *Entre impuissance et abstinence chez les alcooliques anonymes : vers le développement du pouvoir d'agir* "   
 " *Between powerlessness and abstinence among alcoholics anonymous : towards the development of power to act* "   
 Amnon Suissa, PH.D   
 Ecole de travail social - Université du Québec à Montréal   
 E-mail : suissa.amon@uqam.ca
- 2 L'accès à un groupe de référence et l'établissement d'un dialogue véritable (Freire, 1997) facilitent le cheminement des personnes vers le développement d'une conscience:   
 1) sociale (je ne suis pas seul à éprouver ce problème),   
 2) collective (mes problèmes sont aussi fonction de mes conditions de vie) et   
 3) politique (je suis un citoyen ayant la capacité et le droit d'agir sur mon environnement ; Breton, 1994).   
 C'est dans un groupe de référence « qu'apparaît le plus clairement l'association étroite (l'inséparabilité) entre difficultés privées et problèmes publics » (Breton, 1999: 45). Depuis une approche structurelle, la conscientisation est mise au service d'un changement social ; l'action des membres activistes a une portée sociale et politique (Breton, 1999). Ce but d'empowerment doit être transmis au groupe dès le départ.   
<http://www.erudit.org/revue/nps/2007/v20/n1/016983ar.html>
- 3 XVIIe Colloque de l'AQRP (Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale)   
 2380, avenue du Mont-Thabor, bur. 205 - Québec QC G1J 3W7   
 Tél. : 418-523-4190 - Téléc. : 418-523-7645   
<http://aqrp-sm.org/>   
 Le XVIIe Colloque de l'AQRP s'est tenu du 10 au 12 novembre 2014 au Fairmont Le Reine Elizabeth de Montréal, sous le thème Santé mentale et monde contemporain : vivre de nouvelles solidarités.
- 4 Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale   
 Les locaux du CCOMS se trouvent au: 211 rue Roger SALENGRO, 59 260 Hellemmes   
<http://www.ccomssantementalelillefrance.org>
- 5 Douglas - Institut Universitaire de Santé Mentale   
 Affilié à l'Université McGill et Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale.   
 6875, boulevard LaSalle - Montréal (Québec) H4H 1R3 - Canada   
<http://www.douglas.qc.ca/>
- 6 La Classification internationale des maladies (CIM, en anglais : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD), dont l'appellation complète est Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. La Classification internationale des maladies est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine.   
[http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification\\_internationale\\_des\\_maladies](http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_maladies)
- 7 Dr M.C. Cabié - Chef du Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 M. Patrick Thomas - Cadre supérieur de santé - Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 M. André Leuret - Cadre de Santé - Hôpital de jour - Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 Mme Gislhaine Bilon - Cadre de Santé - CMP Servan - Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 M. Lucien M'Boala - Infirmier - CMP Servan - Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 Mme Geneviève Boesen - Infirmière - CMP Servan - Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 Mme Jocelyne Canard - Infirmière - CMP Servan - Pôle Paris 11 des hôpitaux de St Maurice   
 L'équipe du CMP Servan   
 Les médecins psychiatres des Unités : Jules Verne, Voltaire, Minkowski et les équipes des ces Unités
- 8 Le programme des « Médiateur de Santé/Pair » (MSP) propose l'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie, considéré comme rétablis (titulaires d'un DU médiateur de santé pair, délivré par l'Université Paris 8 et organisé en collaboration avec l'équipe du CCOMS), dans des équipes, volontaires, de soin en santé mentale.   
 Les terminologies de « Médiateur de Santé/Pair » (MSP) varient selon les programmes pour évoquer une même fonction : « pairs-auteurs » au Québec, « peer support worker » au Royaume-Uni ou « médiateurs de santé-pairs » en France, (terme que je retiens ici).   
<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale>   
 De nombreux actions et associations existent à l'étranger : Australie, Belgique, Canada, Espagne, Nouvelle Zélande, Royaume-Uni, Suisse...   
 Pour mieux connaître les expériences vues ailleurs, consulter les exemples étrangers de la rubrique " boîte à outils déstigmatisation".   
 Programmes, sites internet et réflexions d'ici et d'ailleurs sur la stigmatisation et la santé mentale.   
<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Mythes-et-realites/Boite-a-outils-destigmatisation/Exemples-a-l-etranger>

9 Le mot exact serait plutôt "Empowerment", un terme anglo-saxon que je tente de préciser un peu plus à la fin de l'article. Il signifie, en partie, l'inscription du patient dans une démarche de recouvrement du pouvoir d'agir, il intègre aussi une meilleure inclusion dans le quotidien et dans la société.

10 Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie  
33 Rue Daviel, 75013 Paris  
01 43 64 85 42  
<http://www.fnapsy.org>

11 Passer à l'action suppose d'accéder aux ressources requises, de s'engager dans des activités significatives et de contrer les obstacles à l'action. Cela requiert à la fois la motivation, la possibilité et la compétence pour le faire (Swift et Levin, 1987)

12 Bergotte est un personnage de *À la recherche du temps perdu* de Marcel Proust. Écrivain reconnu, admiré du narrateur, Bergotte incarne le romancier-type de la Recherche. L'épisode du Petit pan de mur jaune est l'occasion pour son auteur, s'identifiant à son personnage, de faire dire par Bergotte son art poétique. Fustigeant la grandiloquence classique, « l'impression de la sécheresse et de l'inutilité d'un art si factice », il envie la modestie lumineuse d'une tache de peinture murale et se recommande « de passer plusieurs couches de couleur, rendre ma phrase en elle-même précieuse, comme ce petit pan de mur jaune »  
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Bergotte>

13 Jacques Prévert qui me comprenait très bien m'avait dit un jour : "C'est toujours à l'imparfait de l'objectif que tu conjuges le verbe photographier."  
Un certain Robert Doisneau  
"Lorsqu'il travaille à la sauvette, c'est avec un humour fraternel et sans aucun complexe de supériorité qu'il dispose son miroir à alouette, sa piégerie de braconnier. Et c'est toujours à l'imparfait de l'objectif qu'il conjugue le verbe photographier." Jacques Prévert  
<http://citations.webescence.com/citations/Robert-Doisneau>

14 « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement  
par Anne-Emmanuèle Calvès  
Revue Tiers Monde  
2009/4 (n° 200)  
Pages : 210s

L'empowerment1 (ht. fr. empouvoir2)  
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Empowerment>

<http://1libertaire.free.fr/PuissancedeSoi.html>  
Origine : <http://www.chez.com/brunofortin/sme1020/4a.html>  
Origine des textes : <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/cesaf/projet-empowerment.pdf>  
Origine : <http://www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.doss.empow.doc1.htm>