

COUP DE PROJECTEUR
TRAVAUX DU CENTRE DE
JOUR, LE POINT DE VUE DE
L'ARCHITECTE

LE SAVIEZ-VOUS ?
UNE NOUVELLE APPROCHE
EN ERGOTHÉRAPIE

ACTUS
LA NOUVELLE ÉQUIPE
SOMATIQUE DU C.H.P.

DOSSIER

SOLIDARITE

Le dispositif «Un chez soi d'abord»





Sommaire

DOSSIER

p. 2

Le dispositif «Un chez soi d'abord»

COUP DE PROJECTEUR

p. 6

Le centre de jour et l'hôpital de jour addictologie : le parti pris architectural

LE SAVIEZ-VOUS ?

p. 7

Ergothérapie et vision canadienne : l'utilisation de la M.C.R.O.

ACTUALITES

p. 9

La création de l'Equipe Somatique, Mobile et Territoriale du C.H.P.

Le résultat du jeu concours « Créez la mascotte Développement durable du C.H.P. »

INFOS

p. 20

Coronavirus, le vaccin comment ça marche
Mouvements de personnel

CHP News, Journal trimestriel du C.H.P.

Directeur de la publication :
Xavier ETCHEVERRY, Directeur du C.H.P.

Rédactrice en chef :
Véronique LOUIS, Directrice des affaires médicales, générales, de la coopération et de la communication

Cellule communication :
Cécile SFALI, chargée de communication

DOSSIER

«Un chez soi d'abord» pour lutter contre la fatalité de la rue

par Cécile Sfali, chargée de communication

Eléments recueillis auprès de Nathalie THUAL, infirmière au C.H.P., Emma LAPORTE-ETCHEVERRY, assistante sociale à l'O.G.F.A. et Barbara ADAMI, animatrice d'action de AIDES, toutes trois membres de l'équipe «Un chez soi d'abord»

Le dispositif Un chez soi d'abord consiste à procurer un logement dans des délais très courts aux personnes qui vivent dans la rue, certaines depuis plus de dix ans. Il incarne un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile, où l'hébergement n'est plus un passage obligé, mais où toute personne doit se voir proposer un logement, sans autres critères que ceux du droit commun.



UNE EXPÉRIMENTATION DANS 4 GRANDES VILLES

Les personnes vivant dans la rue ont une espérance de vie réduite de 30 ans par rapport au reste de la population. La plupart d'entre elles souffrent de pathologies mentales sévères et ne sont pas prises en charge médicalement.

Pour répondre à ce constat, le programme «Un chez soi d'abord» a été impulsé par les ministères en charge de la santé et du logement. C'est ainsi que, entre 2011 et 2016, «Un chez soi d'abord» a été expérimenté à Paris, Marseille, Lille et Toulouse ciblant des sans-abri parmi les plus vulnérables, ceux qui présentent des troubles psychiques sévères et qui échappent aux dispositifs classiquement proposés.

Résultat ? 85 % des personnes étaient toujours logées deux ans après, et la grande majorité avaient repris des liens avec son entourage, ses amis ou sa famille. On relève également une effectivité des droits sociaux, un accès à des ressources (R.S.A., A.A.H.,...) et une inscription auprès d'un médecin traitant. 20

% des personnes ont été accompagnées vers une formation professionnelle, un emploi ou des activités bénévoles.

Le pilotage national de l'expérimentation a été confié à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) en lien avec les administrations centrales concernées ; le financement est assuré par les Agences Régionales de Santé (A.R.S.).

Suite aux très bons résultats de l'évaluation de cette expérimentation, un décret gouvernemental de 2016 a pérennisé les quatre sites expérimentaux et décidé l'ouverture de 16 nouveaux dispositifs sur le territoire français (quatre par an).

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le dispositif Un chez soi d'abord est la transposition française du projet «Housing First», initié à New York dans les années 1990. Des expérimentations similaires ont également été mises en place dans les pays scandinaves.



«LE RECUEIL DU CONSENTEMENT DE LA PERSONNE EST PRIMORDIAL»

LES PILIERS DU DISPOSITIF

Le dispositif «Un chez-soi d'abord» s'appuie sur les huit principes-socles du modèle new-yorkais :

- le logement comme droit fondamental,
- l'accès rapide à un logement ordinaire répondant au choix de la personne,
- le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement,
- un accompagnement qui se poursuit autant que de besoin,
- une séparation des services de logement et de traitement,
- des services de soutien individualisé orientés vers le rétablissement,
- une approche de réduction des risques et des dommages,
- un engagement intensif et non coercitif.

En effet, dans le programme «Un chez soi d'abord», l'accès à un logement ordinaire n'est pas conditionné par la réussite à un certain nombre d'étapes préalables, comme par exemple l'arrêt des consommations d'alcool ou de substances psychoactives ou encore la prise d'un traitement relatif aux troubles psychiques.

L'installation de la personne dans un logement (qu'elle aura choisi) n'est qu'un moyen à partir duquel s'articule un accompagnement global du locataire par une équipe médico-sociale, qui assure la création et la continuité d'un réseau d'acteurs personnels et professionnels autour d'elle. Ainsi, le locataire dispose des outils nécessaires pour travailler, à son rythme, à la résolution de ses problématiques individuelles.

LE DISPOSITIF DE PAU

Mis en place à Pau en mai 2018, le dispositif «Un chez soi d'abord» a d'abord fonctionné en mode expérimental jusqu'en 2020 avec :

- 6 places,
- 1 travailleur social de l'O.G.F.A.,
- 2 professionnels du C.H.P. mis à disposition sur un temps dédié : Nathalie, I.D.E. à la P.A.S.S. et Mathieu, I.D.E. à l'E.M.P.P. qui ont accepté de participer à l'expérimentation,
- 1 animatrice d'action de AIDES,
- 2 éducateurs spécialisés de l'ANPAA,
- 1 I.D.E. du C.E.I.D.,
- 1 moniteur éducateur avec une spécialité addiction d'AGIR.

Pour monter le dispositif, il a d'abord fallu que les équipes soient en immersion. C'est ainsi que le directeur de l'O.G.F.A., Claire Combalbert, éducatrice spécialisée, Emma Laporte-Etcheverry, assistante sociale, toutes deux de l'O.G.F.A. et Nathalie Thual, infirmière du C.H.P. ont passé deux jours avec l'équipe de Bordeaux qui avait déjà une expérience plus construite. Deux jours intenses !

L'équipe a également suivi des formations sur le rétablissement à l'O.G.F.A., et Claire est actuellement en formation sur un cursus spécifique au dispositif.

Les besoins du territoire de Pau et Agglomération, et le fait que le dispositif de Pau a participé à l'essaimage de la Dihal ont fait de cette expérimentation un succès. Ainsi, courant 2019, le «Un chez soi d'abord» de Pau a ouvert 4 places supplémentaires, ce qui porte le nombre de personnes accompagnées à 10 à ce jour.

Depuis février 2020, le dispositif «Un Chez-soi d'abord» de Pau est porté par le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale, G.C.S.M.S., composé du Centre Hospitalier des Pyrénées, de l'O.G.F.A., Organisme De Gestion Des Foyers Amitié et de l'Association Addictions France, anciennement ANPAA. Deux autres partenaires du G.C.S.M.S., le C.E.I.D. (Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions) et AIDES Pau mettent à disposition des professionnels.

POUR UN PUBLIC EN GRANDE DIFFICULTÉ ET EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le dispositif s'adresse aux personnes, majeures sans limite d'âge, sans-abris ou sans logement, en situation d'errance absolue et présentant une pathologie sévère relevant du groupe diagnostique «Troubles psychotiques». Il est important de souligner que la personne doit être en demande d'intégrer le dispositif et en demande d'être logée. «*Le recueil du consentement de la personne est primordial*» insiste Emma Laporte-Etcheverry, l'assistante sociale du dispositif.

La personne concernée doit également disposer de ressources financières (R.S.A., A.A.H., ...) qui lui permettent d'assumer les charges locatives. Elle peut aussi être en couple.

FOURNIR UN LOGEMENT POUR FAVORISER LE RÉTABLISSEMENT

«Un chez soi d'abord» est un dispositif de type appartement de coordination thérapeutique (A.C.T.) qui accompagne les personnes sans domicile fixe atteintes de maladies psychiques dites sévères.

L'idée ? Leur fournir un logement pour qu'elles puissent se rétablir, les aider à réaliser leurs rêves et retrouver leur place dans la société.

Actuellement, les partenaires du territoire saisissent le S.I.A.O. (Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation) pour transmettre les fiches saisines, c'est-à-dire les demandes des personnes, via Internet. En général, les demandes sont remplies par les travailleurs sociaux. Courant 2021, une commission doit se mettre en place pour étudier les dossiers d'orientation.

Le S.I.A.O. évalue ensuite les demandes et vérifie si les critères sont remplis. Si c'est le cas, et que la demande d'adhésion de la personne est validée, le dispositif «Un chez soi d'abord» reçoit les demandes puis les personnes, selon la date de réception des dossiers.

Lors de ces rencontres, l'équipe explique en détail le dispositif, en quoi consiste «Un chez soi d'abord», et présente l'équipe. La personne a ensuite 48 heures pour dire si elle souhaite ou non intégrer le dispositif. Si elle est d'accord, l'accompagnement commence.

«L'objectif est de les aider à chercher un logement selon leurs critères, d'évaluer avec elle leur chez soi idéal» précise Emma. Concrètement, il s'agit de les accompagner dans la recherche, le repérage des lieux, les visites...

Le dispositif «Un chez soi d'abord» permet de faciliter l'accès au logement à travers le principe de la sous-location. L'O.G.F.A. loue le logement, c'est le signataire du bail. Il établit ensuite un bail de sous-location à la personne concernée, pour glisser, à terme, vers un bail de la personne. Elle a donc les mêmes droits qu'un locataire lambda. «Ils sont chez eux et ont les mêmes droits et mêmes devoirs que tout le monde» souligne Emma.

SOUTENIR LA RECONSTRUCTION POUR RÉTABLIR L'AUTONOMIE

L'accompagnement quotidien sur toute la période est très important et il va souvent au-delà de leurs compétences. «Nous avons le temps d'accompagner et ça, ça n'a pas de prix ! Cela permet aussi de créer plus facilement un lien» explique Emma. «L'entretien informel est parfois plus riche et plus intense» souligne Nathalie.

La particularité du dispositif est qu'il n'a pas de durée établie. L'accompagnement s'adapte aux besoins de la personne. «Seule la personne concernée est à même de signifier le terme, de dire qu'elle n'a plus besoin de nous» note Emma. En effet, l'idée est de proposer un accompagnement à 360°.

Chaque personne qui intègre le dispositif bénéficie d'un soutien financier, pris en charge par le groupement, pour l'aider à s'installer. L'utilisation de cette argent est laissée au libre choix de la personne. Elle peut acheter ce qu'elle veut avec. «Si un jeune préfère acheter une PlayStation qu'un lit, c'est son choix. Surtout que parfois, il est très

difficile de dormir dans un lit quand on a fait beaucoup de rue» précise Nathalie, l'infirmière du C.H.P.

De manière générale, l'accompagnement se poursuit pour tout ce qui est accès aux droits, accès aux soins, accès aux loisirs... pour aider la personne à trouver sa place en tant que citoyen. «On les incite à se rapprocher de G.E.M. comme l'Entre-Temps ou le SAS Béarn, mais aussi à pratiquer des activités en milieu ordinaire» explique Nathalie. Favoriser l'inclusion sociale est très important.

Dernièrement, des étudiants de 1ère année d'éducateur spécialisé de l'I.T.S. (Institut du Travail Social) de Pau ont fait un repérage des structures associatives de loisirs et d'activités et ont créé des supports de communication à l'attention des personnes accompagnées.

UNE ADDITION DE SAVOIRS ET DE COMPÉTENCES

Depuis la création du G.C.S.M.S., 10 professionnels font partie du dispositif :

- 1 éducatrice spécialisée de l'O.G.F.A. à temps plein et coordinatrice du «Un chez soi d'abord», Claire Combalbert.
- 1 assistante sociale de l'O.G.F.A. à temps plein, Emma Laporte- Etcheverry
- 2 éducateurs de l'ANPAA à mi-temps, Sylvain Trebosc et Jean-Marc Gratiollet
- 1 animatrice d'action de AIDES, 10 heures par semaine, Barbara Adamo
- 2 infirmières : 1 infirmière du C.H.P. à temps plein, Nathalie Thual et 1 infirmière du C.E.I.D., 10 heures par semaine, Catherine Petit
- 1 médiatrice santé pair à mi-temps qui dépend de l'ANPAA, Angélique Farge

Le Dr Boris Nicolle intervient à hauteur de 0,10 ETP dans le dispositif depuis le 1er mars.

Un médiateur santé pair du C.H.P. à mi-temps, Rémi Barasso, devrait également rejoindre l'équipe prochainement.

L'équipe paloise travaille en binôme et en multi références, c'est-à-dire que la personne accompagnée va être amenée à rencontrer les 10 membres de l'équipe. Cependant, s'il s'avère qu'elle est moins à l'aise avec tel ou tel membre de l'équipe, des adaptations sont possibles.



LE DISPOSITIF UN CHEZ SOI D'ABORD EN CHIFFRES*

- 353 personnes logées et accompagnées
- 80 % des logements se situent dans le parc privé grâce aux dispositifs d'intermédiation locative.
- Plus de 85 % des personnes bénéficiaires toujours logées et accompagnées depuis le lancement du dispositif.
- 70 000 visites à domicile effectuées par les professionnels dans 4 équipes sur 5 ans, soit en moyenne une visite par semaine auprès de chaque locataire.
- Un coût estimé entre 14 000 et 15 000 € par an et par personne bénéficiaire, inférieur à la prise en charge habituelle.

* Source : <https://www.ecologie.gouv.fr/chez-soi-dabord> - septembre 2020

L'objectif est aussi que la personne apprenne à gérer son quotidien avec les symptômes : savoir repérer les éléments déclencheurs d'une crise, quoi faire si la tension monte, ce que peut faire l'équipe, les partenaires, l'entourage, identifier les solutions à mettre en place. Tout cela se définit en amont avec la personne concernée, l'équipe et éventuellement les partenaires et l'entourage qui travaillent avec la personne et qu'elle juge pertinent d'associer. Ce travail permet d'éviter la crise ou, le cas échéant, qu'elle se passe le mieux possible.

Même si la personne retourne à la rue, l'accompagnement se poursuit et l'équipe l'aide à retrouver un logement. Le retour à la rue ne doit pas être vécu comme un échec mais comme une expérience. La découverte d'un logement peut provoquer des angoisses, ce qui peut expliquer les allers-retours, mais l'équipe, elle, reste là.

ET EN PÉRIODE DE COVID ?

Etrangement, le travail avec les partenaires s'en est trouvé facilité, notamment du fait de la solidarité et de la cohésion qu'induit cette période.

En revanche, c'est difficile pour les personnes fragiles du fait des masques et des gestes barrière à respecter. Pour les personnes de la rue, l'acceptation de ces nouvelles règles est parfois compliquée, comme de se retrouver dans un collectif.

De manière générale, les fragilités de 2020 ont été accentuées en 2021, même si l'équipe de «Un chez soi d'abord» essaie de travailler dessus.

VERS UN DISPOSITIF DE 55 PLACES EN 2022

L'approche du dispositif «Un chez soi d'abord» portée par l'A.R.S. dans sa forme intensive d'accompagnement tend à éviter les ruptures dans le parcours des personnes concernées, comme les hospitalisations et les incarcérations. Depuis 2018, il n'y a eu ni situation de crise, ni incarcération. La majorité des personnes accompagnées est restée dans son logement grâce au travail de médiation mené auprès du voisinage.

L'année 2020 a permis l'ouverture de cinq nouveaux sites du dispositif «Un Chez-soi d'abord» : La Réunion, le département des Hauts-de-Seine et le doublement du site de Marseille qui seront dotés de 100 places chacun et les agglomérations de Saint-Étienne et Besançon avec 55 places chacune. Deux autres sites sont en cours de création pour une ouverture en mars 2021 (Poitiers et La Corse pour 55 places chacun). Enfin des travaux sont en cours pour ouvrir un dispositif de 100 places sur le département de la Seine Saint-Denis d'ici mi-2021. Au 31 mars 2021, ce seront 20 dispositifs qui auront été autorisés, soit au total 1 775 places créées.

A Pau, le dispositif est en plein développement et il y a une montée en charge de l'activité. Une commission de l'A.R.S. Nouvelle Aquitaine s'est tenue le 24 mars pour évaluer la réponse à l'appel à projet et valider la création d'un dispositif de 55 places en 2022.

POURQUOI ELLES ONT REJOINT L'ÉQUIPE DE «UN CHEZ SOI D'ABORD»

Nathalie a travaillé auprès des gens de la rue avec des situations très précaires et elle a vu ce dispositif comme une bénédiction. Elle y croit vraiment. De par son expérience de terrain (4 années auprès de ces publics), elle sait que seul un accompagnement soutenu et très présent peut leur permettre de sortir de la rue. «*C'est LA solution pour sortir les gens de la rue, je n'en vois pas de meilleure* » nous a-t-elle confié.

Pour **Emma**, tout a commencé avec son stage de 3^{ème} année d'assistante sociale qu'elle a fait chez «Un chez soi d'abord» en septembre 2018. Cela était pour elle une découverte et un travail très enrichissants. En dehors de «Un chez soi d'abord», le parcours des personnes à la rue peut être très chaotique : rue / hébergement d'urgence et si consommation de toxiques, retour à la rue / C.H.R.S. mais si comportement inconfortable, retour à la rue... dans ces conditions, il n'est pas possible d'accéder seul à un logement. «Un chez soi d'abord» est un dispositif qui va tendre à s'adapter au mieux à la personne et à son rythme. Il offre à la personne accompagnée la sécurité de ce que peut apporter un logement. A partir de là, il est possible de travailler sur le reste. «*Se retrouver face à des personnes dans des situations complexes, sans solution, avec des troubles psychiques et se dire qu'on peut trouver avec eux des solutions est très motivant*» nous a-t-elle expliqué.

Depuis le début, **Barbara** a trouvé le dispositif très innovant et «*un peu international*» comme elle. Féministe engagée, elle a fait des études en sciences sociales et a aussi beaucoup voyagé. Elle travaille depuis peu dans le social, sa porte d'entrée a été «Un chez soi d'abord». «*C'est une chance incroyable que d'avoir intégré ce dispositif, parce que c'est la base de ce que je vais devenir. Travailler en binôme est pour moi une façon d'apprendre, d'être confrontée à des approches différentes, d'autres façons de penser, c'est très enrichissant. C'est aussi pour moi une façon de me projeter en dehors du CAARUD et de rencontrer les personnes en dehors du centre. Et puis, l'équipe est phénoménale !*».

Le centre de jour et l'hôpital de jour addictologie : le parti pris architectural

par le cabinet d'architecture toulousain JOYES associé au cabinet MUTIKO - architectes

Le centre de jour psychiatrie pôle 2 et l'hôpital de jour addictologie s'installeront dans le bâtiment des anciennes urgences remis à neuf et une extension qui permettra de doubler la surface existante.



Le bâtiment sera au carrefour des structures intra et extra muros du Centre Hospitalier. Ne pas franchir le portail de l'hôpital afin de dé-stigmatiser le handicap psychique est un élément essentiel d'un projet d'accueil de jour. Sa proximité avec l'avenue du Général-Leclerc est en adéquation avec cette idée.

Implanté entre la voie d'accès au C.H.P. et le bâtiment des anciennes urgences, l'extension vient créer une façade principale cohérente avec l'image architecturale du site et notamment avec le centre Henri Duchêne qui lui fait face.

Les flux du public sont organisés pour que les patients des deux unités ne se croisent pas. Les entrées sont positionnées sur deux façades différentes et les services sont

indépendants. Seul le personnel partagera des locaux mutualisés.

Les locaux du centre de jour sont articulés autour d'une Agora. Cet espace central, lumineux et en double hauteur, sera un lieu de vie et d'échanges où les patients se croiseront pour des activités plus informelles.

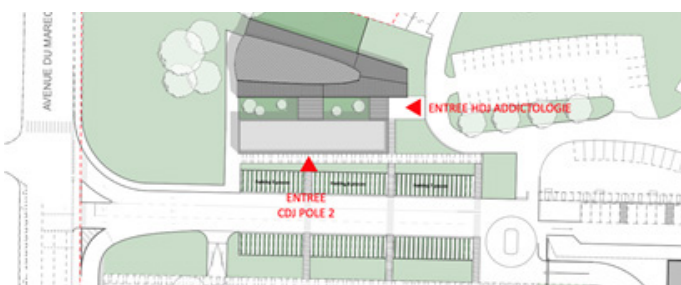
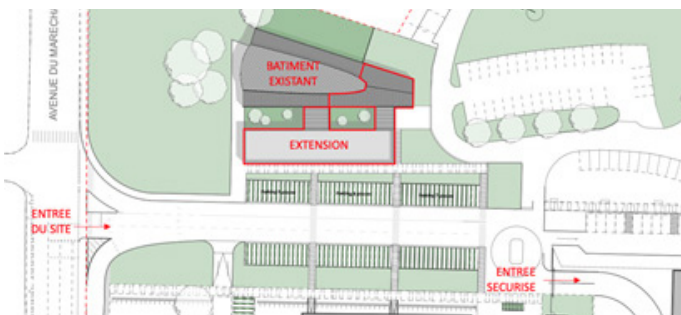
L'ambiance intérieure du bâtiment sera douce et lumineuse. La lumière naturelle a été privilégiée, elle sera filtrée par des brises soleils verticaux en façade Sud et Ouest.

L'utilisation de matériaux naturels tel que le bois de hêtre pour les cadres de porte, la fibre de bois en plafond et le caoutchouc incrusté de quartz au sol apporteront de la chaleur et de la matière au projet.

Une teinte pastel «vert d'eau» sera le fil conducteur du bâtiment : nous la retrouverons sur des pans de mur et certains meubles.



«L'AGORA, ESPACE CENTRAL, LUMINEUX SERA UN LIEU DE VIE ET D'ÉCHANGE».



Ergothérapie et vision canadienne : l'utilisation de la M.C.R.O.

par **Cécile Sfali**, chargée de communication
Éléments recueillis auprès de Sandra BERTHE, ergothérapeute
et Lucas ROUAULT, ergothérapeute, clinicien et formateur

Intégrer dans sa pratique ergothérapique une approche centrée sur le projet de vie de la personne malade ou en situation de handicap, et son entourage, en utilisant la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel), tel était l'objectif des 11 ergothérapeutes (2 du C.H.P., Gilles Quessette et Sandra Berthé, et 9 de la région) qui ont suivi la formation à cette méthode en janvier dernier au C.H.P.



PETIT RAPPEL SUR CE QU'EST L'ERGOTHÉRAPIE

L'ergothérapie est une profession, en plein développement en France.

Située à l'interface entre le médical et le social, elle se fonde sur le lien direct qui existe entre l'activité humaine, l'environnement et la santé. L'ergothérapie considère chaque personne en situation de handicap ou confrontée à une restriction de participation, dans sa singularité, en interaction avec son environnement humain et matériel.

Elle permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes comme prendre soin de soi et d'autres personnes, se réaliser sur les plans personnel, scolaire et professionnel, se divertir, par exemple par les loisirs ou encore se développer, notamment par le jeu.

La profession d'ergothérapeute est guidée par de multiples valeurs et principes éthiques. L'ergothérapeute reconnaît le droit de la personne de prendre les décisions relatives à sa situation personnelle en fonction de ce qui est important pour elle. Il croit également fermement que la participation de la personne à des activités qui sont importantes pour elle favorise sa santé physique et mentale

et sa qualité de vie. Pour lui, la confiance dans la relation thérapeutique est primordiale.

LE MODÈLE CANADIEN

Le Modèle Canadien pour le Rendement et l'Engagement Occupationnel (M.C.R.E.O.) est un modèle qui a été élaboré par les ergothérapeutes canadiens.

Il met en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses activités, le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé.

Il privilégie l'approche centrée sur la personne vivant une situation de handicap.

Le M.C.R.E.O. s'inscrit dans un changement qui permet de renforcer un modèle de coopération, en incitant à revisiter la notion d'empowerment (auto-

nomisation) et de capacité, en construisant une reconnaissance mutuelle entre tous les acteurs concourant au même objectif de bonne santé au sens de l'O.M.S.

D'UN BOUT À L'AUTRE DE L'ATLANTIQUE

En janvier dernier, 11 ergothérapeutes de la région et 2 ergothérapeutes du C.H.P., Sandra Berthé et Gilles Quessette, ont été formés à cette méthode canadienne.

*«L'ACTIVITÉ EST AU CŒUR DE
L'ERGOTHÉRAPIE. ELLE EN CONSTITUE
L'OBJET D'EXPERTISE ET LE MOYEN
THÉRAPEUTIQUE PRIVILÉGIÉ.»*



Cette formation permet d'intégrer dans sa pratique ergothérapique une approche centrée sur le projet de vie de la personne malade ou en situation de handicap, et son entourage, en utilisant la M.C.R.O. (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel).

Une fois le recueil des attentes du patient et/ou de son entourage formalisé, il s'agit de prendre en compte les liens dynamiques qui se tissent entre la personne, son environnement et ses occupations quotidiennes. A partir de là, il est possible de construire un espace permettant de favoriser une place de décideur à l'usager. Les synthèses pluriprofessionnelles permettent ensuite d'échanger sur les éventuels obstacles à la participation sociale et d'évaluer le processus d'intervention en ergothérapie.

UN OUTIL POUR S'ADAPTER AUX PRIORITÉS DE LA PERSONNE

La psychiatrie évolue globalement vers la réhabilitation psycho-sociale, et l'ensemble des ergothérapeutes travaillant dans ce domaine se retrouvent énormément dans les valeurs de cette évolution.

«Notre formation initiale est basée sur une prise en charge holistique du patient, prenant en compte sa qualité de vie pour améliorer son autonomie. Le bilan M.C.R.O. fait partie intégrante de cette prise en compte de la personne, et nous permet, en tant que professionnels de santé, d'adapter nos objectifs thérapeutiques aux priorités de la personne dans son projet de vie (empowerment)» nous a expliqué Sandra qui a suivi cette formation.

Elle va intégrer cette méthode dans sa pratique quotidienne. *«J'ai l'intention de réaliser ce bilan systématiquement avant le début de chaque prise en charge, mais également en réévaluation pour réajuster les objectifs, et organiser le suivi dans le temps. Cette méthode permet de rendre compte de notre travail auprès des personnes suivies, et des professionnels avec qui on travaille, notamment les médecins qui sont prescripteurs des actes en ergothérapie».*

La M.C.R.O. va leur permettre de se situer au plus près des difficultés que la personne souhaite travailler, et ainsi l'impliquer pleinement dans sa prise en soin. *«Cela va aussi nous permettre, en tant qu'ergothérapeutes, de coordonner nos évaluations (notamment cognitives, dont j'ai déjà effectué une formation) et d'organiser des mises en situation écologiques, c'est-à-dire dans le lieu de vie de la personne. L'ergothérapie est une profession qui travaille avec non pas ce que la personne est, mais avec ce que la personne fait ; nous appelons cela l'engagement*

occupationnel. Nous visons avec la personne un équilibre occupationnel dans sa vie» nous a précisé Sandra.

Cette formation les engage dans un nouveau processus de prise en soins : elle les ouvre à de nouvelles possibilités, et ils ont d'ores et déjà en projet de futures formations dans ce but.



>> Entretien avec Lucas Rouault, ergothérapeute, clinicien et formateur

Y a-t-il une différence entre la vision canadienne de l'ergothérapie et la vision française ?

Depuis plusieurs années, une évolution s'opère dans l'ergothérapie française, évolution de la formation, échanges internationaux, changements des pratiques, apports des sciences... Les valeurs et les visions de la profession sont aujourd'hui très proches internationalement. Néanmoins, il persiste des différences de pratique mais surtout culturelles et sociétales avec le Canada où la société est d'avantage inclusive et porte un regard tout autre sur le handicap et les différences en général. Nous pouvons dire, quelque part, que l'évolution des politiques publiques et de l'ergothérapie françaises tend à se rapprocher de ces valeurs inclusives déjà mises en place depuis de nombreuses années là-bas.

Qu'entend-on par «rendement occupationnel» ?

Selon les auteurs du modèle canadien, le rendement occupationnel fait référence à "la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction" (Townsend, Polatajko, 2013). Autrement dit, il s'agit de la capacité d'une personne à réaliser les activités qui sont importantes pour elle de façon efficace et sûre afin qu'elle participe, selon son potentiel, de façon pleine et entière à la vie société.

Quel est l'intérêt de la M.C.R.O. dans la prise en soins en ergothérapie ?

La M.C.R.O. présente plusieurs intérêts pour le soin : elle permet de connaître et de se centrer sur les besoins et les difficultés propres à chaque personne dans son quotidien (prendre son bus, se faire à manger, retrouver une activité professionnelle...) ; de créer un rapport de confiance et d'engagement favorisant les soins ; ainsi que de mesurer l'évolution des situations de handicap subies par l'auto-évaluation des personnes de leur propre situation avant et après la prise en soin. Cet outil est donc un outil de collaboration et d'évaluation pour nos accompagnements.

En pratique, existe-t-il des limites à son utilisation ?

Comme tout autre outil, il possède des avantages et des limites. Il a l'avantage d'être flexible et utilisable en ergothérapie dans de très nombreux contextes (tout âge, tout trouble, tout stade d'évolution...). La principale limite à son utilisation est l'absence de conscience des difficultés rencontrées.

Soins psychiatriques, soins somatiques : l'Equipe Somatique, Mobile et Territoriale du C.H.P., une équipe à la croisée des chemins

par **Cécile Sfali**, chargée de communication

Éléments recueillis auprès du Dr Noam KIRCHNER, médecin référent de l'E.S.M.T.

Dans la conscience collective, le corps et l'esprit sont souvent séparés : croyances spirituelles, sport, science, législation... Ainsi sont traités les maux de l'être humain, d'un côté les soins somatiques, de l'autre, les soins psychiatriques. Cette distinction ne signifie pas pour autant une imperméabilité de l'un vers l'autre et c'est dans ce sens qu'a été créée, en ce début d'année, l'Equipe Somatique Mobile et Territoriale (E.S.M.T.) du C.H.P.



UNE INSUFFISANCE DES SOINS SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE LARGEMENT CONSTATÉE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), il y aurait 8 millions de morts prématurées dans le monde liées aux troubles psychiatriques. Ainsi, par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (O.M.S., 2015).

D'après la H.A.S., 60 % de la surmortalité observée chez les patients souffrant de troubles mentaux serait attribuable à des maladies somatiques. Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques. «*La pathologie psychiatrique, et tout ce qu'elle englobe, favorise davantage certaines pathologies somatiques parce que les patients sont moins bien suivis, parce que les pathologies sont moins rapidement détectées, et parce qu'ils ont des habitudes et une hygiène de vie qui ne sont pas forcément les mêmes que celles de la population générale*» précise le Dr Kirchner.

De nombreuses études et enquêtes ont montré l'absence de médecin traitant ou de suivi somatique. Pourtant, les

personnes ayant des troubles psychiques doivent pouvoir, à l'instar du reste de la population, bénéficier d'un suivi somatique et de mesures de prévention réalisés par un médecin généraliste.

Et, sur ce constat, le C.H.P. n'échappe pas à la règle. «*L'équipe et l'organisation du Département de Médecine Polyvalente (D.M.P.) a été renforcée pour améliorer la prise en charge somatique des patients hospitalisés, et c'est le cas sur l'intra-hospitalier. Malgré tout, nous avons remarqué que certains patients n'avaient pas de suivi somatique à l'extérieur. L'étude que nous avons menée au S.A.A.U. et dans les C.M.P., a montré que 10 à 20 % des patients n'avait aucun suivi somatique. Partant de ce constat, nous nous sommes dit que nous pourrions mettre en place quelque chose pour essayer d'améliorer le suivi, par le médecin généraliste, de ces patients présentant un trouble psychiatrique*» explique le Dr Kirchner.

D'autant que ce projet d'équipe mobile somatique était déjà dans les tiroirs. Le Dr TEILHAUD, chef de service et le Dr DELLA, chef de pôle y avaient déjà pensé. Leur idée ? Proposer un axe d'amélioration des prises en charge somatiques des patients qui n'étaient pas hospitalisés au C.H.P. «*Il est arrivé aussi que les C.M.P. nous sollicitent ou que des psychiatres nous demandent si on ne pouvait pas faire quelque chose pour tel ou tel patient qui n'était*

pas suivi ou qui ne pouvait pas voir son médecin généraliste. Ces expériences ponctuelles sont venues renforcer l'idée qu'il était bénéfique pour les patients de proposer une aide à la prise en charge somatique

en extra-hospitalier» note le Dr Kirchner. C'est ainsi que les premières études ont débuté au S.A.A.U. et dans les C.M.P. l'été dernier pour aboutir à la création, début mars 2021, de l'Equipe Somatique, Mobile et Territoriale du C.H.P., l'E.S.M.T.

LES FREINS À L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques, s'expliquent par de nombreux facteurs, liés à la fois aux troubles psychiques, aux professionnels de santé et à l'organisation des soins.

Selon le Dr Kirchner, *«les freins peuvent dépendre des patients, de leur pathologie ou encore de la zone géographique dans laquelle ils habitent. Ils peuvent aussi être liés à la relation que les patients entretiennent avec leur médecin traitant ou encore à la manière dont les patients se prennent en charge eux-mêmes et de l'importance qu'ils accordent à leur santé physique. Certains patients s'occupent bien de leur corps et sont très bien suivis. Du coup, ils n'ont pas de perte de chances, ni, a priori, de frein au suivi somatique. Dans tous les cas, c'est une question à laquelle nous aimerions bien avoir toutes les réponses. C'est quelque chose que l'on va devoir creuser en début de projet, quels sont les freins à l'accès aux soins et quels moyens on peut mettre en place pour lever ces freins».*

UNE ÉQUIPE POUR RAMENER LE PATIENT DANS LE SYSTÈME DE SOINS DE VILLE

Au delà du fait que tous les patients suivis en psychiatrie n'ont pas de médecin traitant, le manque de coordination entre les soins médicaux en ville et les soins psychiatriques expliquent aussi les ruptures que l'on peut observer dans la continuité des soins et les parcours de vie,.

«Les patients suivis en psychiatrie ont une espérance de vie diminuée par rapport à la population générale. Des ef-



80 % DE LA FILE ACTIVE DES PATIENTS DU C.H.P. EST PRISE EN CHARGE DANS LES DIFFÉRENTS C.M.P., SOIT ENVIRON 12 000 PATIENTS.

forts ont été faits mais cela peut être encore plus important. Je ne sais si on peut espérer qu'ils aient la même espérance de vie que la population générale parce qu'ils ont d'autres comorbidités, d'autres traitements et

d'autres habitudes de vie, mais on peut essayer de leur proposer des soins réguliers et limiter l'impact des pathologies les plus courantes et les plus fréquentes» note le Dr Kirchner.

Et c'est déjà le cas en France. A Paris, à Ville-Evrard, une vingtaine de praticiens hospitaliers ont ouvert un lieu dédié à des consultations où tous les patients psychiatriques peuvent venir. L'hôpital Le Vinatier de Lyon propose quant à lui trois consultations aux patients qui n'ont pas de suivi. La première sert à faire le point, la deuxième est une évaluation clinique et en dernière partie, ils ré adressent le patient au médecin généraliste avec un premier contact et une synthèse du dossier pour que le médecin généraliste puisse le prendre en charge. A Marseille, les maisons de santé pluridisciplinaires et les C.M.P. sont quasiment dans les mêmes locaux, ce qui permet un échange plus facile du médecin généraliste vers les C.M.P. et inversement.

«Au C.H.P., le territoire d'intervention est vaste, avec des C.M.P. assez éloignés, du coup, nous avons fait le choix d'une équipe mobile qui pourra se déplacer dans les C.M.P. pour faciliter la collaboration et l'articulation des soins entre les médecins généralistes et les C.M.P. et vice versa. Une de nos missions va donc être d'adresser les patients, qui ne sont pas suivis ou qui n'ont pas de médecin traitant, vers les médecins généralistes de proximité qui seraient d'accord pour les prendre en charge et collaborer avec les C.M.P. afin de faciliter le parcours de soins» explique le Dr Kirchner.

Pau dispose donc désormais d'une équipe mobile pluridisciplinaire dont la mission principale sera de garantir aux personnes présentant des troubles psychiques un suivi somatique régulier. Elle ne substituera cependant en rien aux médecins traitants des patients et au rôle central de ceux-ci dans leur prise en charge globale.

Durant les deux premiers mois, ils vont mener une phase de sensibilisation pour se faire connaître et faire connaître la plus-value qu'ils peuvent apporter aux patients qui ne sont pas suivis ou avec lesquels les médecins ou les infirmiers sont confrontés à des problématiques somatiques liées à l'absence de suivi ou l'absence totale de médecin généraliste. Un plaquette d'information a d'ores et déjà été diffusée à l'ensemble des unités du C.H.P.

Intégrée au pôle 3 de psychiatrie générale et d'urgence, l'E.S.M.T. peut être sollicitée, au niveau territorial, quand le suivi somatique des patients du C.M.P. est absent, difficile et complexe. Les intervenants libéraux peuvent également faire appel à elle s'ils rencontrent des difficultés dans le suivi somatique des patients.

Contact : E.S.M.T.

Téléphone : 05 59 80 94 44

Courriel : equipe-somatique-mobile@chpyr.fr

Résultat du jeu concours « Créez la mascotte Développement durable du C.H.P. » !

Le 2 février dernier, le Centre Hospitalier des Pyrénées lançait un jeu concours pour la réalisation de sa mascotte développement durable.

Les participants devaient réaliser un dessin ou une création graphique en couleurs représentant un personnage sur le thème du développement durable.

Les membres du jury se sont réunis fin février. Il ne leur a pas été facile de choisir, les 16 participants n'ayant manqué ni de talent, ni d'imagination (voir réalisations ci-dessous).

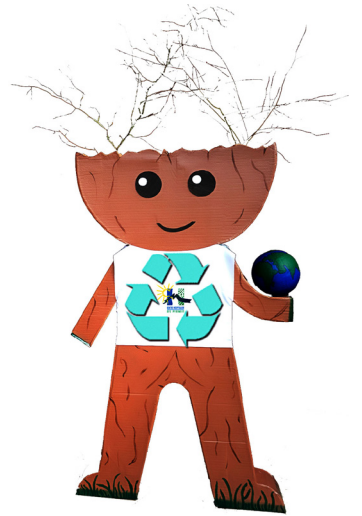
Cependant, celle qui a recueilli la majorité des voix est la mascotte réalisée par l'équipe de l'Espace Socio-Culturel (voir photo ci-contre). Elle sera utilisée sur tous nos supports de communication, puis modélisée pour nous accompagner lors de nos événements. Elle illustrera très rapidement le guide de l'agent hospitalier éco responsable prochainement diffusé sur l'ensemble du C.H.P. Ce guide, élaboré par le comité de pilotage DD-RS, a pour objectifs de vous informer sur les actions de notre hôpital en matière de développement durable et de vous rappeler les gestes

simples éco-responsables.

Un grand bravo aux gagnants qui remporteront donc le coffret gourmand et qui parraineront l'arbre dédié au développement durable qui sera planté sur le site de l'établissement.

Des prix seront également offerts à chaque participant pour les remercier pour leur contribution.

Rendez-vous fin juin pour la plantation de l'arbre et la remise de prix officielle en présence de tous les participants !



Le saviez-vous ?

L'équipe de sécurité du C.H.P. dispose désormais d'un véhicule électrique pour effectuer ses rondes de jour sur l'établissement, hors intervention. Un moyen de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'air !



Coronavirus, le vaccin comment ça marche

Source : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins>

La circulation du virus Sars-COV2 reste encore très active, les antibiotiques ne fonctionnent pas sur les virus et il n'existe pas d'antiviral efficace. En attendant, les mesures barrières limitent la contamination et le vaccin nous protège.



LES VACCINS AUTORISÉS EN FRANCE

Pour stopper la pandémie et retrouver une vie normale, les chercheurs et laboratoires du monde entier se mobilisent pour développer des vaccins efficaces contre la Covid-19. À ce jour, quatre vaccins sont autorisés en France : Pfizer/BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Janssen. Les trois premiers s'administrent en deux doses. Pfizer/BioNTech et Moderna sont des vaccins à ARN messager (Acide ribonucléiques), et AstraZeneca, à vecteur viral. Au sujet de la suspension temporaire du vaccin AstraZeneca, les autorités scientifiques européennes ont rendu un avis qui confirme que le vaccin est très efficace pour lutter contre l'apparition de formes graves de la maladie, et sans danger. La campagne de vaccination a donc repris dès le 19 mars 2021. Le quatrième vaccin, Janssen, de l'entreprise américaine Johnson&Johnson, a obtenu le 11 mars le feu vert de l'Agence Européenne des Médicaments (E.M.A.). Ce vaccin à vecteur viral ne nécessite qu'une seule dose. La Haute autorité de santé l'a inclus le 12 mars dans la stratégie vaccinale en France.

LES PERSONNES ÉLIGIBLES À LA VACCINATION

La priorité est donnée aux publics les plus vulnérables au virus et les plus susceptibles de développer des formes graves de la maladie. Dans les phases suivantes seront vaccinées les autres catégories de la population, susceptibles d'être infectées et non ciblées antérieurement. En tant que professionnel d'un établissement de santé, vous pouvez prétendre à la vaccination.

COMMENT SE FAIRE VACCINER ?

Afin de rendre le vaccin accessible aux publics éligibles sur tout le territoire, il est désormais possible de se faire vacciner : chez un médecin généraliste, en officine ou dans un centre de vaccination. Au C.H.P., un centre de vaccination a été ouvert dès le 7 janvier 2021. Les professionnels désireux de se faire vacciner doivent se renseigner auprès du service de santé au travail (poste 9492).

COMMENT FONCTIONNE LES VACCINS ?

Lorsqu'on tombe malade, notre système immunitaire se défend en fabriquant notamment des anticorps. Ils sont destinés à neutraliser et aider à éliminer le virus à l'origine de la maladie. Les vaccins AstraZeneca et Janssen reposent sur un vecteur viral non répliquatif, un virus inoffensif qui enclenchera une réponse immunitaire. Les vaccins développés par Pfizer/BioNTech et Moderna reposent sur la technique de l'ARN messager. Ces différents vaccins font produire par le système immunitaire des anticorps contre le coronavirus sans que la maladie ne se développe. Ainsi, le vaccin permet que notre système immunitaire reconnaisse spécifiquement l'agent infectieux s'il s'introduit dans notre organisme. Il sera alors détecté, neutralisé et éliminé avant qu'il ne puisse nous rendre malade.

EN CHIFFRES AU C.H.P.

598

agents vaccinés dont 284 avec PFIZER (dont 3 à l'extérieur) et 314 avec ARAZENECA

79

patients (H.C.) + 3 patients à qui il a été fait la 2ème injection (ils avaient fait la 1ère en E.H.P.A.D.)

Mouvements de personnel

janvier > mars 2021

Arrivées

Lucie BALCELLS (A.M.A., C.M.P.E.A. Orthez - Pôle 4), Joana BELLOCQ (I.D.E., C.M.P. Les Edelweiss - Pôle 1), Emilie BONDU (aide-soignante, Marronniers - Pôle 1), Cynthia CASSIAU (préparatrice en pharmacie - Pôle 3), Cahty DELANNOY (I.D.E., Les Montbrétias/Oliviers - Pôle 1), Serrana DOTTA (assistante de service social, ESA 1 - Pôle 2), Meriem IDIR (diététicienne, Direction des soins - Pôle 5), Marine ESTELLAT (I.D.E., Les Pins - Pôle 2), Daphné JENNY (éducatrice spécialisée, Maison des adolescents-Pau - Pôle 4), Sabrina JOUANCHICOT (A.M.A., C.M.P.I. Enfants Pau - Pôle 4), Pauline LACASSAGNE (I.D.E., ESA 1 - Pôle 2), Sarah LARROCHE (I.D.E., Les Amandiers - Pôle 2), Stéphanie LECOMTE (A.M.A., H.J. enfants Nay - Pôle 4), Clément LUCOT (I.D.E., S.A.A.U. - Pôle 3), Elsa MARTINEZ (I.D.E., Les Montbrétias/Oliviers - Pôle 1), Julie MILLASSEAU (orthophoniste, H.J. Les Mésanges - Pôle 4), Dr Boris NICOLLE (praticien contractuel - Pôles 1 et 2), Sylvianne PAILLER (A.M.A., C.M.P.I. Enfants Pau - Pôle 4), Nicolas PAPAYANNIN (aide-soignant, ESA 2 - Pôle 1), Mathieu SAINTE-MARIE (I.D.E., S.A.A.U. - Pôle 3), Mathilde SOUCEK (A.S.H., Les Montbrétias/Oliviers - Pôle 1).

Départs

Laure AMOYEL (animatrice santé publique, D.A.M.G.C.C. - Pôle 5), Anne BARBERON (éducatrice spécialisée, E.M.P.P./E.S.P.S.P. - Pôle 2), Emilie BONDU (aide-soignante, Les Marronniers - Pôle 1), Amina EL GHARBI (A.S.H., Les Montbrétias/Oliviers - Pôle 1), Emilie FREVILLE (éducatrice spécialisée, E.M.P.P./E.S.P.S.P. - Pôle 2), Sylvie GUIMPIER (A.S.H., Les Pins - Pôle 2), Sabrina JOUANCHICOT (A.M.A., C.M.P.I. Enfants Pau - Pôle 4), Maïté JUIGNET (I.D.E.), Lisa RODRIGUEZ (A.S.H., Foyer Bernadotte - Pôle 2), Edith TEZIER (assistante de service social, Les Pins - Pôle 2)

Bonne retraite à ...

Philippe CASTEL (ouvrier principal, services techniques - Pôle 5), Thierry DUGARDIN (I.D.E., U.M.S.R. - Pôle 2), Bruno LANNES (cadre de santé, C.M.P.E.A. Oloron - Pôle 4)