

La Lettre



NUMÉRO 76 – Mai à Aout 2011

BULLETIN DE L'UNAFAM PARIS

Sommaire

DOSSIER	APRES L'HOPITAL	
Hors les murs !		2
Entretien avec le D ^r Edith Fain et son équipe		3
Accès au droit Maisons médicales de garde		5
Le patient hospitalisé et son soignant <i>Entretien avec Mme Muriel Dodero</i>		6
récapitulatif des aides financières disponibles sur Paris		7
Disparition d'un proche atteint de troubles psychiques... que faire ?		8
Entretien avec le D ^r Françoise Bertrand		10
Un nouveau SAMSAH sur Paris		11
La vision d'une équipe sur le terrain		12
Vacances adaptées, de multiples possibilités		15
NOS RENCONTRES		
Intégrer les majeurs protégés dans une approche patrimoniale <i>Entretien avec Henri Vincent</i>		16
EVENEMENTS		
22° SISM, Santé mentale : « comment en prendre soin ensemble »		18
ECRIT POUR VOUS		
Drogues : du feu aux cendres Nouvelles d'IRIS-Paris		22
MAUX CROISÉS		
Maux croisés 9° Congrès de l'Encéphale 2011		23
NOUS ÉTIONS PRÉSENTS		

éditorial

Projet de loi sur la réforme des hospitalisations d'office :

Ne refusons pas cette loi sur la réforme...

Tout en doutant fortement de l'efficacité d'une nouvelle loi sur les hospitalisations d'office !

Qui a raison ? Et comment avoir raison ou tort a priori sur un problème aussi complexe en refusant justement de laisser le rôle central au soignant dans l'appréciation de la complexité. Peut-on prendre en compte dans une loi toute la complexité à laquelle la psychiatrie se trouve confrontée ? Évidemment non.

Nous sommes dans une société qui n'accepte pas la complexité et affiche donc sa défiance vis-à-vis de la psychiatrie. Les législateurs s'astreignent à créer des lois en vue de solutionner des problèmes qui, en fait, n'ont pas de solutions juridiques adaptées parce que celles-ci n'existent pas. Les législateurs se pensent meilleurs pour trouver une solution qui n'existait pas auparavant sans se poser la question de savoir pourquoi il n'y avait pas de loi.

Nous familles, nous nous savons démunis devant un proche souffrant de troubles psychiques et qui ne veut pas se soigner. Nous savons que la limite entre une santé psychique fragile et notre norme de bonne santé, qui n'est pas forcément celle de ce proche, est très difficile à définir et de plus relève de notre responsabilité familiale et de notre éthique.

Notre société exprime le besoin de formalisme et de rationnels. Donc la mission du législateur était de formaliser un sujet mais ce sujet était-il à sa portée ? Il a formalisé sans tenir compte des moyens impliqués pour l'application de cette loi. De plus la demande qui lui était faite était une demande sécuritaire donc forcément réductrice pour les soins.

La sécurité de notre proche repose sur notre confiance, sur la confiance de la société à leur égard.

Nous sommes aujourd'hui devant un projet de loi dont nous sommes incapables de dire s'il est applicable.

Faisons confiance aux soignants, pour adopter des solutions humaines et responsables pour diminuer les souffrances de nos proches.

N'ayons pas peur.

Chantal Roussy

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES PSYCHIQUES
Reconnue d'utilité publique

101, avenue de Clichy 75017 PARIS

Tel 01 45 20 63 13 - Fax 01 45 20 17 79 - Email : 75@unafam.org



Après l'hôpital...

Liberté et angoisse, ce sont les premiers mots qui sont venus à l'esprit de Brigitte Hautefeuille dans cet exercice d'évocation impromptu. Loin d'être simple, nous le savons tous bien, le retour d'un proche à la vie commune nous semble de plus avoir bien évolué ces 20 dernières années et mériter que l'on lui consacre un dossier à part entière.

D'abord, l'hôpital a évolué : la capacité d'accueil a diminué comme l'a souligné de D' Bertrand qui a vu le nombre de lits de son service divisé par 5 en 30 ans. L'efficacité des médicaments aidant, cela a contribué à diminuer la durée de séjour qui semble être actuellement de 1 mois en moyenne. Ensuite, et heureusement, il y a les structures aval : foyers de postcure, CMP, SAMSAH etc. Nous avons donc effectué avec plusieurs équipes un tour d'horizon de ce qui est proposé sur Paris.

Dans un monde idéal, il y aurait l'embaras du choix, mais, comme vous le savez déjà plus ou moins, il faut une bonne dose d'anticipation, de la part de la famille ou des professionnels de santé, pour faire en sorte que l'atterrissage se passe dans les meilleures conditions !

Enfin nous avons glissé au fil de ce dossier, des informations pratiques, un article expliquant quoi faire en cas d'absence de nouvelles d'un proche et, comme nous approchons de l'été, un dernier article consacré aux vacances !

HORS LES MURS

Hors les murs de l'hôpital... Soulagement. Euphorie . Angoisse. Récupération.

Dans le parcours du combattant qu'est celui d'un homme ou d'une femme en situation de handicap psychique, les sorties d'hôpital peuvent être nombreuses. Soulagé d'être enfin sorti ou angoissé de l'être déjà, rassuré d'aller en maison de repos, de se sentir sous protection encore pour un moment, ou simplement anxieux comme tout un chacun peut l'être devant l'inconnu, plus anxieux que tout un chacun parce que moins armé, ou encore euphorique de se sentir dehors sans présumer de l'avenir, être simplement dehors, respirer un grand coup. A l'hôpital, on ne pense qu'à une chose, en sortir. Une fois sorti, on rêve en secret de ne jamais y retourner, même si à l'évidence on souhaite retrouver le « cocon », se laisser porter, se réfugier là où l'on peut souffrir en paix.

Parmi toutes mes sorties d'hôpital, je m'en souviens d'une particulièrement. Ce fut au sortir de Maison Blanche en 2004. Mon plus court séjour, l'un de mes plus durs séjours. J'ai tout fait pour sortir au plus vite de cet enfermement inhumain, jusqu'à donner le change aux psychiatres. Dehors au bout de quinze jours, je me suis retrouvée nue comme un ver en plein mois d'août. 50 ans, pas de boulot, très peu d'amis, la famille hors Paris, la vie de la ville au ralenti. Mon seul atout : un logement. Après avoir côtoyé tant de gens qui



avaient l'hôpital pour tout logement, me rendais-je compte du privilège que j'avais ? Non. L'angoisse d'être me happait par le trou noir du lendemain, me faisait macérer dans les affres incessantes du passé. J'étais livrée au présent sans rien avoir à faire. Je me suis réfugiée chez moi. Et vint septembre. Je voyais la psychiatre au CMP (Centre Médico Psychologique). J'ai donc connu le CMP et les médecins la plupart du temps disponibles mais toujours prêts à vous réhospitaliser. Plusieurs fois je n'y ai pas résisté, plusieurs fois, il y a eu des sorties d'hôpital, certaines avec maison de repos, plusieurs mois encore passés à se remettre à flot. Dans le cadre du CMP, il y a les activités du CATTP (Centre d'Activité à Temps Partiel). Et petit à petit, les ateliers m'ont aidée à retrouver un statut social que j'avais perdu, celui de travailleur handicapé. De manière chaotique, après être sortie épuisée de l'hôpital, j'ai rejoint « un circuit » par l'intermédiaire du CMP, qui m'a permis de me remettre en selle. Un atelier d'écriture à l'hôpital Saint Anne, les activités du CATTP, le comité de rédaction de La Lettre, et aujourd'hui depuis 3 ans, un poste à SOTRES, entreprise adaptée qui ouvre l'accès au travail en entreprise ordinaire, après un temps plus ou moins long. Oui, le temps est long quand il s'agit de batailler avec la maladie. Il n'est pas le même que pour un citoyen ordinaire. Mais il est notre temps. Et nous devons faire avec. Il ouvre sur des perspectives personnelles auxquelles chacun de nous finit par répondre.

Brigitte Hautefeuille

Entretien avec le D^r E. Fain et son équipe

Nos lecteurs se souviendront de notre article de mai 2009 décrivant « la métairie ». Où l'on pouvait voir combien le travail en réseau pouvait être efficace. Ce réseau s'est mis en place au fil des ans, bénéficiant d'une grande stabilité de l'équipe concernée. Et de l'énergie sans faille du médecin chef du secteur, en l'occurrence le XX^{ème}. La Lettre a trouvé bon de voir comment se passait l'après dans ce secteur. Aussi a-t-elle contacté le responsable, le Docteur Edith Fain-Donabédian qui nous a reçus avec un membre de son équipe, Madame Louvion, cadre supérieur de santé. En 2009, certains lecteurs se prenaient à souhaiter vivre dans le XX^e arrondissement. Nous ne serions pas étonnés que d'autres les rejoignent dans ce désir!

Mais il est temps de laisser la parole à l'équipe.

La Lettre : Comment se passe la sortie dans votre secteur ?

L'Equipe : Nous sommes dans le projet d'établissement 2011/2016. Ce n'est pas simple. Comme chaque fois que l'on essaie de changer quelque chose, cela pose chaque fois des problèmes. D'où des crises. À nous de faire en sorte que ces crises soient positives et qu'il en sorte quelque chose. Pour en revenir à la sortie du patient, on essaie toujours d'être dans un travail de réhabilitation positive, il n'y a pas que l'hôpital. Nous voulons être différents de l'AP qui se concentre sur l'hospitalisation. Notre objectif, ce que nous voulons, c'est redonner au CMP toute son importance. Car, avec un centre d'accueil 24/24h à l'hôpital, dans l'arrondissement, le CMP perdait une partie de son rôle. C'est un effet pervers de la présence de l'hôpital sur le 29^{ème} secteur, dont il convient de se méfier. Nous essayons d'inverser la tendance, car c'est au CMP d'assurer le suivi rapproché des patients.

Il faut dire que le XX^e est assez gâté par rapport à d'autres secteurs. Il est organisé autour de structures sectorielles : l'hospitalisation et les CMP et de structures tri sectorielles : l'UAT (Unité d'Accueil Thérapeutique), le CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). L'UAT permet un accueil des patients 24 heures sur 24 avec 6 lits d'hospitalisation de 72h. Le CATTP intègre un lieu où se déroulent les activités thérapeutiques et le Café Club Bouffadou. Les autres lieux tri sectoriels sont la Métairie : centre de postcure de 32 lits, les 15 places en appartements associatifs dont la gestion est assurée par notre association de santé mentale du 20^{ème} arrondissement dont le président est le Docteur Clément BONNET, l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT).

Nous souhaitons donc remettre le CMP comme pivot de ce dispositif.

L . L : c'est-à-dire...

L'Eq. : Ce recentrage a développé les entretiens d'accueil d'urgence, les premiers entretiens par lesquels tout commence. Ensuite nous avons le projet de, chaque fois que possible, favoriser le maintien à domicile. Par ailleurs, nous réfléchissons à la façon dont nous pourrions redévelopper les Visites à Domicile (VAD) : en période de crise, les entretiens avec les infirmiers peuvent permettre d'éviter l'hospitalisation, voire les rechutes. Enfin il nous faut développer l'éducation thérapeutique et à l'hôpital et au CMP.

L . L : Vous évitez ainsi les « perdus de vue » ?

L'Eq. : Non actuellement. Mais nous sommes vigilants pour essayer de trouver des solutions car certains sont perdus de vue dès qu'ils sortent. Souvent ils reviennent à l'hôpital en direct. Alors nous avons le projet que les infirmiers du CMP viennent les rencontrer afin de faire leur connaissance, tisser des liens avec eux, préparer leur sortie de l'hôpital. Le patient est rassuré par le fait de revoir un soignant du CMP qu'il voyait déjà à l'hôpital. Ce n'est pas toujours simple. Certains médecins appartiennent à la fois au CMP et à l'hôpital. Pas de problème. Mais certains n'appartiennent qu'à l'un ou à l'autre. Ce qui complique la coordination et la continuité des soins. L'idée serait qu'il n'y ait pas de rupture dans la prise en charge, qu'il y ait des liens qui fonctionnent. Le risque en psychiatrie est que les structures s'enferment et se mettent à fonctionner de manière autistique. Il faut créer et multiplier les ponts. Les infirmiers jouent dans ce dispositif un rôle essentiel. Malheureusement nous sommes actuellement en grave pénurie. Il faudrait beaucoup de soignants pour agir en dehors de l'hôpital et ils manquent cruellement. Cette pénurie est générale. Les infirmiers ont le choix des postes d'où leur grande mobilité. Combien repartent en province, ne fût-ce que pour la question du logement. Et l'abandon de la formation spécifique n'a pas arrangé les choses.

L . L : Comment fonctionne la réhabilitation avec hébergement ?

L'Eq. : La réhabilitation psychosociale avec hébergement thérapeutique prend en charge les psychotiques lourds et arrive à les prendre en charge dans le centre de postcure La Métairie (nous sommes tri sectoriels). L'idée étant de ne pas les faire sortir de là n'importe comment. Nous travaillons avec les patients et en réseau avec nos différents partenaires. Nous avons 32 lits. Heureusement qu'il y a les associations. Car il n'y a plus de création ni d'ouverture. Le MAS prévu à Neuilly-sur-Marne ne s'est pas ouvert.

L . L : Il n'y a plus de projets ?

L'Eq. : Si, heureusement. Cette année, un foyer de vie va ouvrir dans le cadre d'un partenariat avec le groupe SOS Habitat & Soins (structure médico-sociale occupationnelle nécessitant une orientation par la MDPH) qui offre 29 places, dont la moitié pour le XX^e arrondissement. Ce foyer gardera les résidents jusqu'à 60 ans. Nous sommes en

CMP Centre de postcure

Le réseau : « la clé même de notre action »

SAVS

CATTTP

SAMSAH

train de préparer les admissions. Cela va permettre de faire sortir des patients de la Métairie, mais on va continuer à travailler entre les deux structures, CMP et Métairie, pour assurer la continuité des soins et le suivi des patients.

L . L : Y-a-t-il des actions de formation des équipes sociales et médicosociales avec qui vous travaillez?

L'Eq. : La formation des personnes est essentielle. Il faut aider les équipes dans leur travail. L'essentiel de la formation se fait dans le cadre de l'association de santé mentale du 20^{ème} arrondissement par les équipes de la Métairie pour former les équipes de l'œuvre Falret et également les conseillères de Paris-Habitat. Cela aide notamment à reconnaître et à prévenir les rechutes des patients. On en constate l'efficacité du partenariat au moment des crises des patients car c'est alors que se teste véritablement la complémentarité du partenariat. On doit s'organiser pour que le patient ne soit jamais en rupture. On le ré hospitalise puis il retourne à son domicile, mais il reste dans les soins. Pour gérer la crise, il faut la traiter ensemble. On peut en repérer les premiers signes, voir venir les épisodes aigus, éventuellement ré hospitaliser. Mais il est clair que la gestion de la crise est toujours du sur mesure. Parfois les familles appellent, le CMP fait attendre. La famille propose de nous faire entrer chez le patient. Cela peut être difficile, intrusif, voire négatif. Il faut s'accorder avec la famille sur la meilleure stratégie thérapeutique.

L . L : Vous fonctionnez beaucoup en réseau...

L'Eq. : C'est la clef même de notre action. Le CMP, la Métairie, bien sûr. Mais aussi nous avons noué des partenariats avec les appartements de coordination thérapeutique de l'association Maavar, la résidence d'accueil de l'œuvre Falret et leur SAMSAH qui est sur le XVIII^{ème} arrondissement, ouvert en janvier. Et encore le SAVS Léopold Bellan. Le CATTTP et les appartements associatifs sont des structures tri sectorielles... On travaille avec eux, on multiplie les ponts entre les structures, il y a des échanges permanents, des appels. Par exemple des infirmiers de la Métairie vont animer des activités au CATTTP. Pour les patients qui sont dans le circuit, on est tous complémentaires. Et cela constitue de nouvelles étapes dont certains patients ont besoin. Il faut des étapes et du temps.

Nous avons un exemple superbe. Un patient arrivé à moins de 18 ans et hospitalisé. Resté 10 ans à l'hôpital, il a vécu ensuite 9 ans à la Métairie. Il s'est depuis installé dans un studio de la résidence d'accueil Falret, tout en suivant des activités à la Métairie, où il vient dîner quelques fois, ou au Bouffadou qui est notre café club dépendant du CATTTP. Et il est parallèlement suivi au CMP. Sa maman, habitant le quartier, a été un atout précieux dans le dispositif. Il a fallu du temps et de la continuité. C'est un parcours magnifique.

L . L : Effectivement

L'Eq. : Il faut garder les « étayages ». Malheureusement, nous avons très peu de patients qui travaillent. Les ESAT ne sont pas vraiment adaptés et il y en a très peu. Alors que les patients ont des capacités souvent ignorées. Le regard est parfois trop pessimiste quant à leurs habiletés. Si on n'essaie pas de les tester, par exemple au travers des activités thérapeutiques qui permettent de développer de nouvelles capacités, on ne pourra pas les détecter ni s'appuyer dessus.

L . L : Comment voyez-vous l'avenir ?

L'Eq. : Notre équipe, joignable 24 h sur 24 à la Métairie et à l'UAT, rassure les associations et facilite la création de ces lieux d'accueil. Mais nous aussi nous devons évoluer, ne pas avoir de structures figées mais au contraire les faire bouger sans cesse. Nous devons être créatifs, inventifs et faire évoluer notre dispositif.

L . L : Quel travail envisagez-vous avec la famille ?

L'Eq. : Un projet doit être élaboré avec l'aval du patient et de sa famille, sinon il est inutile.

L'entretien est brutalement interrompu par un appel téléphonique annonçant « le feu ».

Madame Louvion nous quitte instantanément, bientôt suivie par le docteur Fain, après qu'elle nous eut accompagnés à l'extérieur. Des camions de pompiers arrivent à pied d'œuvre.

*Propos recueillis par Martine Frager-Berlet
et Jean-Louis Le Picard*

Il faut des étapes et du temps

L'accès au droit

Les patients, souvent en situation précaire, et leurs familles peuvent avoir besoin d'informations et de conseils juridiques.

A Paris, ils sont accueillis librement dans 3 Maisons de Justice et du Droit pour des renseignements très complets :

- MJD Paris Sud 6 rue Bardinet 75014 Paris
- MJD Paris Nord-Est 15-17 rue du Buisson Saint-Louis, 75010 Paris
- MJD Paris Nord Ouest 16-22 rue Jacques-Kellner 75017 Paris (également avec accueil des victimes)

De plus, il existe dans les 13^{ème}, 15^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements des Points d'Accès au Droit (PAD) avec des permanences d'accueil.

Pour les moins de 30 ans, un Point d'Accès au Droit des jeunes se trouve au CIDJ, 101 quai Branly, 75015 Paris.

Dans chaque mairie d'arrondissement, des professionnels sont à la disposition du public, en particulier un conciliateur de justice qui peut être saisi directement par les usagers pour régler des petits litiges civils.

Pour les personnes les plus démunies : les relais d'accès au droit dans les Centres d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP).

En cas de procès, l'aide juridictionnelle peut être accordée sur demande et sous condition de ressources.

Pour toute information complémentaire, veuillez consulter le site www.cdad-paris.justice.fr ou vous adresser à l'UNAFAM 101 avenue de Clichy 75017 Paris

Michèle Coulon



Les Maisons Médicales de Garde (MMG)
un médecin généraliste le soir et le week-end
sans rendez-vous, pour nourrissons, enfants et adultes

Maisons médicales de garde à Paris

Les **maisons médicales de garde** ont été créées pour accueillir toutes les consultations médicales non programmées le week-end et les jours fériés et désengorger les urgences hospitalières et les associations de visites à domicile. **Elles prennent en charge les urgences relevant de la médecine de ville** et aux horaires de fermeture des cabinets médicaux (ex : entorse, plaie, brûlure, points de suture, angine, fièvre...)

Elles accueillent tous les patients, **sans rendez-vous**, quelque soit leur lieu de résidence.

Les permanences sont assurées par des **médecins généralistes libéraux**.

Les honoraires **conventionnés secteur 1** (sans dépassement d'honoraires) relatifs aux soins dispensés doivent être réglés au médecin généraliste. **Elles appliquent TOUTES le ticket modérateur** sur présentation de la carte Vitale. Les bénéficiaires de la CMU ayant une attestation à jour de leur Caisse et une carte Vitale n'ont pas à régler les honoraires.

MMG - Hôpital Diaconesses 18, rue du Sergent Bauchat 75012 PARIS	Horaires : Samedis 14h00-20h00, Dimanches et jours fériés 9h00-20h00 Tarifs consultations : (non renseigné) Contact : 01 44 74 10 10 (n° standard qui effectuera le transfert d'appel) Accès : M° Mongallet ou Nation - Bus 46
MMG - Hôpital Léopold Bellan 19, rue Vercingétorix 75014 PARIS	Horaires : Samedis 14h00 - 20h00, Dimanches et jours fériés : 8h00-20h00 Tarifs consultations : CD – CS : 41,60 €, C + CRD (Samu) : 48,50 € Contact : 01 43 22 86 67 Accès : M° Gaité – Bus 28. 58. 88
MMG – Clinique Bizet 23, rue Georges Bizet 75016 PARIS (groupement de 30 médecins généralistes des 16 ^e , 17 ^e et 8 ^e arrts de Paris volontaires pour la garde médicale)	Horaires : Samedis 14h00-20h00, Dimanches et jours fériés : 9h00-20h00 Tarifs consultations : 41€ (consultation non régulée) ou 48€ (consultation régulée par le centre 15) Contact : 01 47 23 63 52 Accès : M° Alma-Marceau - Bus 32, 63, 92
MMG PARIS NORD-EST Hôpital Jean Jaurès , 9-21, Sente des Dorées, 75019 PARIS Pour patients de tout âge : nourrissons, enfants, adultes (groupement de 28 médecins généralistes des 9 ^e , 10 ^e , 11 ^e , 18 ^e , 19 ^e et 20 ^e arrts de Paris volontaires pour la garde médicale)	Horaires : Soirs de semaine : 20h00 à 23h00, Samedis : 14h00 à 20h00 Dimanches et jours fériés : 9h00 à 20h00 Tarifs consultations : (non renseigné) Contact : 01 44 84 53 47 (aux heures d'ouverture de la MMG) 01 42 41 07 45 (secrétariat administratif aux heures ouvrables) Accès : M° Porte de Pantin – Bus PC2, PC3, 75 (arrêt porte Chaumont)

Pour les visites à domicile, concernant les personnes dans l'incapacité de se déplacer, il est préférable de contacter :

- ⇒ SOS MEDECINS au 01 47 07 77 77 ou au 36.24 (0,118 euro/mn depuis un poste fixe)
- ⇒ LA GARDE MEDICALE DE PARIS au 01 42 72 88 88
- ⇒ LES URGENCES MEDICALES DE PARIS au 01 53 94 94 94
- ⇒ **Urgences graves/SAMU faites le 15**

Le patient hospitalisé et « son soignant » : Difficultés, souffrances, quels espoirs à la sortie ?

L'hôpital psychiatrique intrigue, l'hôpital psychiatrique suscite parfois de la méfiance. Alors, arrêtons la langue de bois !

Il y a 50 ans, l'hôpital psychiatrique fonctionnait en système asilaire. Ensuite il s'est converti en unité de soins intensifs... jusqu'en 2000. On entend tout un tas de choses sur le manque de moyens et les difficultés à maîtriser ce qui s'y passe. Comment l'hôpital se présente-t-il vraiment en 2011 ? Faisons tomber les tabous, finissons-en avec la politique de l'autruche.

Madame Muriel DODERO, directeur des soins infirmiers à l'EPS Maison Blanche a bien voulu partager aimablement avec nous ces quelques instants de réflexion et nous l'en remercions.



La Lettre : Les patients, quel que soit leur milieu social, sont tous égaux devant la maladie. La plupart d'entre eux a connu la rue au moins une fois dans sa vie. Certains, en grande précarité, ont eu à affronter la dure loi du « milieu ». Pour ceux-ci, vol, racket, addictions, agressions en tous genres, la faim, le « système D », pour survivre, font partie du quotidien. La prise en charge hospitalière va-t-elle modifier leur comportement du jour au lendemain ? Dans ce cas d'école, qui intervient, l'éducateur ou l'infirmier ?

Madame Muriel Dodero : La prise en charge hospitalière débutera par un travail sur la dépendance psychique. C'est un moment de rupture, donc de soins, mais il ne modifiera pas immédiatement le comportement du patient addictif car la dépendance est la conséquence de multiples éléments. Pourquoi boit-on ou se drogue-t-on ? Par rapport à son histoire familiale, à des difficultés rencontrées dans sa vie d'adulte, à des gènes... Le problème de l'addiction c'est qu'elle engendre de la culpabilité chez le patient, une dévalorisation du soi. Une culpabilité également dans la famille « qu'avons-nous fait... ou pas fait ? ». Culpabilité du soignant, témoin des rechutes que l'on considère parfois comme des échecs. Mais ce qu'il faut savoir c'est que la rechute n'est pas un échec, elle fait partie du chemin, c'est une étape vers...

Le patient entrant commence un sevrage, car avec l'hospitalisation commence une cure de sevrage. Il faut pouvoir envisager qu'à un moment donné, il puisse y avoir une rupture. La rechute fait partie d'un parcours qui ne mène jamais au même endroit.

Pour ce mode de prise en charge faut-il faire intervenir l'éducateur ou l'infirmier ? Je dirais les deux car ils sont complémentaires. Le premier peut, en fonction de son expérience de la population de la rue, axer sa démarche sur l'éducation et la réinsertion, le second aura une vision plus psychanalytique et plus orientée sur le soin sanitaire. Les deux peuvent constituer un binôme tout à fait complémentaire.

LL : Dans tous les services on trouve des patients en grande précarité ayant vécu la rue. Doit-on en déduire que vous disposez dans tous les secteurs de binômes éducateur-infirmier ou de soignants ayant reçu une formation d'éducateur ?

M.D. : Nous avons de plus en plus d'éducateurs dans les services. La pénurie d'infirmiers nous amène progressivement à nous orienter vers la diversification des métiers. Cette solution ne peut-être que bénéfique tant pour le patient que pour l'équipe et permet une plus grande pertinence de la prise en charge.

LL : En milieu urbain notamment, devant le « tout sanitaire » et l'incapacité de gérer simultanément psychique et addictions, sitôt sorti de l'hôpital, le patient retrouve son calvaire. Quel système mettez-vous en place pour éviter le retour immédiat à

l'addiction dès la sortie ?

M.D. : Il faut reconnaître que nous manquons de structures avals pour les patients addictifs. Nous faisons des visites à domicile mais insuffisamment, faute de moyens.

Les CMP, CATT et l'hôpital de jour sont des aides appréciables pour les patients. Mais il est vrai que la sortie de l'hôpital, à l'issue de plusieurs semaines de sevrage, encadré en intra, peut déclencher de l'angoisse chez le patient. Ce qui peut expliquer que certains récidivent dès la sortie. C'est la raison pour laquelle la prise en charge doit être globale. Il faut à la fois le médecin, les assistantes sociales, les infirmiers, les rééducateurs, les « médico-techniques » et les éducateurs.

LL : D'autre part, on imagine mal qu'un patient addictif non traité puisse se présenter de son plein gré au CMP, quelques jours après sa sortie, pour solliciter une prise en charge de ses addictions et demander une orientation vers une structure appropriée. Ce comportement idyllique me paraît irréaliste.

M.D. : Vous avez totalement raison. C'est d'autant plus difficile quand on a une structure de personnalité de type psychotique. Car on sait quelle peut être la difficulté pour un patient psychotique de se rendre à son rendez-vous.

Dans notre établissement, nous avons mis en place une procédure permettant aux infirmiers d'intra de se voir affectés à des tâches ambulatoires, pour 20% de leur temps. Cette mesure permet de penser la sortie du patient et de l'accompagner au CMP pour le premier rendez-vous. Nous avons aussi des prises en charges de type séquentiel en coordination entre l'hôpital et le CMP, le CATT. Ce qui permet de créer immédiatement un lien pour le patient avec l'extrahospitalier sous la forme d'un « contrat » avec l'intéressé. Par exemple : 2 jours hospitalisation par semaine ou par mois et, pendant ces deux jours, un temps CATT, ou que 2 jours d'hospitalisation dans le mois ou encore 1 jour d'hospitalisation par semaine plus le CMP et le CATT. En un mot, une organisation en fonction du projet de soins et des attentes du patient.

LL : Le patient en ambulatoire n'a-t-il pas tendance à se confier plus facilement au soignant qu'au médecin ?

M.D. : Je le pense effectivement car vivre quotidiennement 8 à 12 heures avec le soignant crée une relation de confiance. Par ailleurs, ce se sont les infirmiers qui accueillent téléphoniquement le patient. Dans les foyers de postcure, les unités d'accueils, les patients angoissés peuvent appeler les infirmiers la nuit. C'est extrêmement important. C'est une tâche qui peut paraître quotidienne et banale mais cette banalité du quotidien est l'essence même du soin. Or, pour qu'un patient puisse joindre un infirmier de nuit, en temps infirmier, c'est considérable. Ce temps - qui n'est pas toujours comptabilisé mais qui devrait l'être - est

un temps néanmoins capital pour le patient qui se sent écouté, écouté, accompagné, .

LL : Bon nombre de proches de malades psychiques exigent une obligation de résultat de la part du corps médical et estiment qu'ils n'ont pas à prendre en compte les problèmes internes de l'établissement. Leurs espoirs et exigences sont-ils réalistes et légitimes ?

M.D. : Le problème de la pathologie mentale est celui de la maladie chronique. Nous sommes constamment confrontés aux arrêts de traitement et aux rechutes.

La pathologie mentale atteint la sphère affective et cognitive d'où la difficulté rencontrée en termes de résultats. Sur Maison Blanche, les médecins, outre le traitement

médicamenteux, mettent en œuvre une psychothérapie pour le patient, proposent des psychothérapies familiales, des psychothérapies de couple, des psychothérapies à visée psychanalytique, l'éducation thérapeutique... Mais malgré toute la bonne volonté déployée, on ne peut exiger 100% de résultats.

Nous avons, par contre, l'obligation de soulager la souffrance du patient, de lui apporter un certain bien être, d'améliorer sans cesse la qualité et la sécurité des soins. Nous avons également le devoir d'entendre le patient en tant que partie prenante et de lui faire partager sa prise en charge.

Propos recueillis par André Joisin

Tableau récapitulatif des aides financières et sociales disponibles sur Paris (1)

CASVP- Prestations familiales de la Ville de Paris (2)

Allocation exceptionnelle Ville de Paris	Aide à l'amélioration de l'habitat pour les familles
Aide FSL Energie préventive	Allocation Paris Petit à Domicile
Paris Logement pour les couples avec un enfant	Distribution de repas aux parisiens en difficulté
Aide FSL Energie curative	Paris Logement Familles Monoparentales
Paris Logement pour personnes seules et couples sans enfants	Paris Pass Familles
Allocation de soutien aux parents d'enfant(s) handicapé(s)	Paris Energie Familles
Aide à l'amélioration de l'habitat pour les propriétaires occupants	Paris Forfait Familles
Allocation pour naissance ou adoption multiple	Allocation de maintien à domicile d'un parent âgé
Allocation Ville de Paris aux veuves et aux veufs et complément Santé Paris	Paris Logement Familles
Allocation d'accompagnement	Aide aux familles en cas de chute brutale de ressources

CPAM – Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles (3)

Les articles 71 et 71.3 du règlement intérieur des Caisses autorisent, sous certaines conditions, l'octroi de « prestations supplémentaires » ou d'aides financières individuelles. Peuvent en bénéficier les assurés devant faire face à des dépenses hors de proportion avec leurs ressources ou se trouvant dans une situation pécuniaire difficile par suite de frais nécessités par une maladie, une maternité, un accident du travail ou un décès

MDPH 75 – Maison Départementale des Personnes Handicapées de Paris (4)

L'allocation aux adultes handicapés et son complément de ressources	La carte d'invalidité et la carte de priorité pour personnes handicapées
L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments	La carte de stationnement
La prestation de compensation du handicap	Les structures de placement pour personnes adultes handicapées
La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé L'orientation professionnelle	Les établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents handicapés
La scolarisation de l'enfant handicapé	

(1) L'article L 132-8 du CASF prévoit pour certaines aides sociales 4 différents types de recours en récupération exerçables par l'Etat ou le département : contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou contre la succession du bénéficiaire (article L 132-8 alinéa 1); contre la succession du bénéficiaire (article L 132-8 alinéa 1), contre les donataires si la donation est intervenue dans les 10 ans qui ont précédé la demande d'aide sociale ou postérieurement (article L 132-8 alinéa 2); contre les légataires (articles L 132-8 alinéa 3). Les conditions de récupérations sont complexes et peuvent varier sensiblement d'un département à l'autre, se renseigner auprès des organismes concernés.

(2) Demandes à formuler auprès de la Caisse d'Action Sociale de la Ville de Paris de votre arrondissement

(3) Formulaire de demande de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles à retirer à l'accueil de votre CPAM

(4) Contact MDPH : 69, rue de la Victoire 75009 PARIS - 0 805 80 09 09 (gratuit depuis un poste fixe) du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 sans interruption – Email : contact@mdph.paris.fr - www.handicap.paris.fr

Disparition d'un proche atteint de troubles psychiques... que faire ?

Mauvaise surprise que de découvrir que son proche atteint d'un trouble psychique a disparu de chez lui ou de l'hôpital ! Cela arrive régulièrement. Et c'est la panique. Si l'on souhaite le retrouver ou tout au moins savoir où il se trouve, c'est bien sûr aux familles de faire la démarche. Malgré les situations qui, au départ, peuvent sembler bien différentes, la procédure au final reste identique. C'est pourquoi il vaut mieux connaître certains numéros de téléphone et la démarche à suivre.

Plusieurs situations possibles

- ⇒ Le malade n'est pas hospitalisé. Il vit chez ses parents ou dans son propre logement. Personne n'a de nouvelles de lui depuis quelques temps. Il a disparu. C'est aux proches que revient la mission de déclencher des recherches.
- ⇒ Le malade est en HL (hospitalisation libre). On ne le retrouve plus dans sa chambre, ni chez lui, alors la direction de l'hôpital met fin à son hospitalisation. Et c'est à la famille de décider ou non de déclencher une procédure de recherche.
- ⇒ Le malade est en HDT (hospitalisation sur demande d'un tiers). Il s'échappe de l'hôpital ou bien il ne rentre pas d'une sortie autorisée. Alors le chef de service de l'hôpital en informe le commissariat de police de son quartier et la famille. Sa responsabilité semble s'arrêter à cette démarche, le relais étant pris ensuite par la famille. L'HDT sera éventuellement levée en fonction de la situation, de l'état plus ou moins grave du patient ; cela d'autant plus facilement que la famille peut en demander la levée à tout moment.
- ⇒ Le malade est en HO (hospitalisation d'office). Il disparaît de l'établissement. Là encore, le chef de service de l'hôpital en informe le commissariat de police de son quartier et la famille. Mais le malade reste sous la responsabilité de l'hôpital. L'HO ne peut être levée que par le Préfet. Alors la procédure de recherche est enclenchée.

Démarche à suivre et instances à contacter

D'abord il faut essayer de rechercher le proche dans tous les lieux où il serait susceptible de se trouver : lieux préférés (chez certains membres de la famille ou chez des amis, parcs, bars, magasins,...), lieux possibles (hébergements divers, foyers chrétiens ou autres,...). Le médecin qui le suit habituellement doit être prévenu (psychiatre ou médecin généraliste), ainsi que tous les professionnels sociaux, sanitaires et médicaux qui l'accompagnent. Un premier appel peut être fait auprès du SAMU au 15 et du SAMU Social au 115, afin de se mettre en contact avec les équipes mobiles de précarité en leur donnant le descriptif de la personne disparue qui pourrait se trouver éventuellement dans tel ou tel quartier.

Il est possible que le malade soit hospitalisé dans un établissement de l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris). Pour le savoir, il existe un numéro unique : le 01.40.27.40.27. Attention ce numéro permet de rechercher des personnes hospitalisées uniquement à l'AP-HP ; et non dans d'autres hôpitaux publics ou des cliniques privés. Statistiquement, dans 15% des cas, la personne recherchée a été hospitalisée à l'AP-HP.

Une disparition sera prise en considération dès lors qu'elle est considérée comme inquiétante. Il en est ainsi systématiquement dans les 2 cas suivants :

- ⇒ Si la personne disparue est dite « vulnérable » : mineur, handicapé, sous curatelle ou tutelle, personne âgée, sous traitement ou ayant arrêté un traitement chronique ;
- ⇒ Si les comportements de la personne ou les conditions de son départ présentent un caractère inquiétant : personne dépressive, lettre de suicide, historique de tentatives de suicide, menaces diverses,...
- ⇒ Mais parfois aucun de ces éléments n'est présent et, dans ce cas, les proches peuvent demander une Recherche dans l'Intérêt des Familles (RIF) auprès de la Préfecture de Police, dont le numéro à Paris est le : 01.53.71.53.71. A ce numéro, il sera d'emblée possible de savoir si le proche n'est pas placé à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP).

A partir du moment où cette disparition est considérée comme inquiétante, il faut en informer immédiatement le commissariat de police ou la gendarmerie du lieu de domicile du malade. Composez le 17. La personne disparue aura peut-être laissé une lettre, des indications, un message qu'il faudra alors transmettre. Si les proches la soupçonnent de s'être rendue à l'étranger, il est recommandé de contacter en France l'ambassade du pays où elle aurait pu se rendre et également l'ambassade ou le consulat de France du pays. Il faut faire part de ces soupçons au commissariat qui contactera éventuellement Interpol, organisme de coopération policière internationale.

Pour accompagner les familles dans ces démarches, l'INAVEM (fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation) propose une plateforme téléphonique joignable tous les jours de



la semaine (y compris les samedis et dimanches) de 9h00 à 21h00 : 08 VICTIMES qui correspond au 08.842.846.37. Si la personne disparue est mineure (sans trouble spécifique ou avec troubles avérés) ou est âgée de moins de 25 ans et présente une vulnérabilité (autiste, fragilité psychique), il est également possible de joindre l'association 116 000 Enfants Disparus au 116.000.

A ces deux numéros des écoutants experts (psychologues et travailleurs sociaux) évalueront la situation et donneront les premiers conseils. Ensuite un chargé de dossier pourra prendre le relais si la situation le nécessite. Il fera le lien entre service de police et service de justice et activera le réseau d'aide aux victimes, notamment pour un soutien psychologique aux familles, qui sont alors souvent en stress et en panique. Des informations sont disponibles sur les sites de ces deux organismes.

Si la disparition n'est pas reconnue comme inquiétante, il est possible de recourir directement au procureur de la République. Il s'agit alors de lui adresser un courrier en expliquant vos raisons de considérer la disparition de votre proche inquiétante et nécessitant des recherches. Cependant si vous avez bien précisé dès votre premier signalement que la personne disparue a un diagnostic de trouble psychopathologique, qu'elle doit prendre un traitement médicamenteux régulièrement sous peine de perdre totalement contrôle d'elle-même, cela devrait suffire pour que votre demande soit prise au sérieux.

Déroulement des recherches

Il vous faudra tout d'abord justifier de votre lien de parenté avec la personne recherchée. Munissez-vous d'une copie d'acte de naissance, du livret de famille, d'un jugement de divorce... Et puis, il est important de préciser tous les éléments qui vont faciliter la recherche : photos récentes, description des vêtements et des objets personnels en possession, habitudes de déplacement, liste des amis et relations, endroits affectionnés, etc.

En fonction de tous ces éléments, le service préfectoral des RIF va commencer par enquêter au niveau régional par l'intermédiaire de la police nationale et de la gendarmerie. Si aucun résultat n'est obtenu après quelques semaines, le service poursuit l'enquête à un niveau national et contacte si nécessaire interpol. Le délai maximum accordé est de 2 ans.

Si, après 6 mois de recherche, les résultats restent toujours infructueux, un certificat de « vaines recherches » peut être délivré à condition d'en faire la demande. Il peut servir dans quelques procédures telles que le divorce ; mais il n'a pas de valeur particulière et n'arrête pas les recherches. Par ailleurs il est possible de demander l'inscription de la personne disparue au fichier des personnes recherchées (FPR).

Il faut rappeler que dans les cas de disparition, les 24 premières heures sont capitales. En conséquence, plus cette disparition sera signalée tôt, plus il sera facile de localiser la personne. Mais il faut savoir également que tout majeur est libre de cesser tout contact avec ses proches. Ainsi, si la police retrouve trace de la personne disparue, elle lui demandera son consentement formel avant de communiquer ses coordonnées à ses proches. En cas de refus et dans la mesure où ladite personne semble en possession de ses moyens, la police sera habilitée à informer la famille que leur proche a été retrouvé et qu'il refuse de transmettre ses coordonnées. Cette situation est bien sûr très pénible à supporter pour certaines familles qui se trouvent soudainement devant un mur. Il est alors très important de rencontrer d'autres familles dans le même cas, de se faire accompagner et soutenir. D'où l'utilité de se rapprocher d'associations spécifiquement concernées par ces situations.

Il arrive parfois aussi que le proche disparu se mette

exceptionnellement en contact avec sa famille, essentiellement par un appel téléphonique. Dans ce cas, il est important de le laisser parler et de l'écouter. Il ne faut surtout pas envenimer une situation déjà très délicate ni répondre à ses desideratas inconsidérés.

Enfin, n'oubliez pas de prévenir les autorités lors du retour de votre proche !

En conclusion, il faut savoir que si les disparitions de malades psychiques sont fréquentes, les enquêtes aboutissent la plupart du temps. Mais les malades qui disparaissent ne sont pas tous recherchés par leurs proches. Ceux-là sont souvent ceux qui finiront leur cavalcade ou leur errance dans les rues des grandes villes, venant accroître les rangs de ceux l'on qualifie de SDF. C'est aussi parfois le choix délibéré de certains, qui refuseront de renouer contact avec leur famille, préférant le chemin de la désocialisation, voire de la clochardisation... Ainsi va la vie, souffrance des uns et délivrance des autres et inversement !

Véronique Kowarz

Fiche pratique en cas de disparition

Démarche personnelle

- ⇒ Recherchez votre proche dans ses lieux favoris ou habituels ; renseignez-vous auprès des personnes qu'il fréquente, qu'il apprécie, etc.
- ⇒ Appelez le Service de recherche des patients hospitalisés à l'AP-HP : **01.40.27.40.27**.

Contactez les autorités

- ⇒ Appelez au plus tôt le commissariat de police ou la gendarmerie du lieu de domicile de la personne disparue. **Numéro général de la police : 17**.
- ⇒ Appelez également le **SAMU au 15** et le **SAMU social au 115**, qui peuvent se mettre en rapport avec les équipes mobiles de précarité qui font des maraudes par quartier.
- ⇒ Appelez la **Préfecture de Police de Paris : 01.53.71.53.71**. Elle se chargera de déclencher une RIF (recherche dans l'intérêt des familles) et vérifiera la présence ou pas de la personne disparue à l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Paris.

Se faire aider dans ces démarches

- ⇒ Ne restez pas seul et faites-vous aider par des organismes spécialisés sur un plan pratique et psychologique :
- ⇒ **INAVEM au 08.842.846.37**
- ⇒ **116000 Enfants Disparus au 116.000**.

Rencontre avec un chef de secteur

le Docteur Françoise Bertrand,
à l'hôpital Perray-Vaucluse

La Lettre : Quelle est votre vision des problèmes liés à la sortie de l'hôpital pour nos proches malades psychiques ?

Docteur Françoise Bertrand : Tout d'abord, je vous rappelle que je suis dans ce même service de l'Hôpital PERRAY VAUCLUSE depuis 30 ans, ce qui me permet d'avoir du recul sur la façon dont les prises en charge ont évolué au cours de ces 3 décennies. Quand j'ai commencé, en 1980, il y avait 150 lits dans le service, c'est-à-dire 3 pavillons de 50 lits pour notre secteur (*nous rappelons que la mise en place des secteurs résulte d'une loi de 1973*). Aujourd'hui pour le même secteur nous avons ici 27 lits, auxquels s'ajoutent quelques lits « intersectoriels ».

Parmi les 150 personnes qui souvent « vivaient » à Perray-Vaucluse, il y avait beaucoup de personnes âgées qui n'avaient pas d'autres solutions de prise en charge, des personnes « sans famille » qui n'avaient pas toujours leur place dans un hôpital psychiatrique. Certaines souffraient de pathologies qui auraient justifié un placement dans une institution spécialisée (démence sénile, Alzheimer etc...).

De plus il y avait à Perray-Vaucluse une « colonie » - terme qui ne signifie plus rien aujourd'hui en psychiatrie - c'est-à-dire des enfants et des jeunes qui vivaient à l'hôpital psychiatrique du fait de psychoses infantiles et/ou de déficiences mentales. Ils avaient des activités de type cuisine, blanchisserie, jardinage, il y avait aussi une ferme...Ils étaient payés - certes, un petit pécule - et certains pouvaient être envoyés pour travailler dans des familles : c'était avant la loi qui a institué l'allocation adultes handicapés (AAH). Dans mon souvenir, ils étaient plutôt dans une bonne évolution grâce notamment à ces activités, mais bien sûr sans grand espoir d'autonomie.

En 1985 je suis devenue chef de service, et plusieurs unités ont été créées : les anciens de la « colonie » ont été pris en charge dans une unité, dans l'objectif de les orienter petit à petit vers des M.A.S. (Maisons d'Accueil Spécialisé) ; une autre unité regroupait les personnes âgées, pour lesquelles on a également recherché des places en institutions ; pour les autres, les malades psychiques adultes et jeunes adultes, l'idée s'est rapidement imposée qu'ils ne fallait pas mélanger ceux qui entrent et sont en phase aiguë à l'hôpital, et ceux qui, déjà stabilisés, doivent faire l'objet d'un travail de réhabilitation, et je continue à penser que c'est ce que tous les secteurs devraient faire.

Nous avons alors créé dans chaque service une Unité de Préparation à la Sortie (UPS), qui n'existe plus aujourd'hui. Elle comportait 10 lits, chaque patient avait sa chambre et il y avait une cuisine commune dans laquelle ils pouvaient faire des repas. L'équipe s'occupait de trouver un placement familial ou un appartement thérapeutique. A l'époque nous en avions plusieurs mais ils ont été fermés il y a dix ans, et remplacés par un « hôtel thérapeutique » qui regroupait toutes les UPS des secteurs. On ne devait plus alors envoyer les patients « stabilisés » dans les UPS devenues entre temps des USR (Unités de soins et de réhabilitation) dans l'objectif de fermer finalement ces unités. Il y a eu ainsi un vide pendant cette période depuis 2002.

Puis l'ARS (Agence Régionale de Santé) a changé de stratégie, l'USR a été déclarée pérenne et nous pouvons à nouveau y envoyer des patients. Il est prévu en 2012 l'ouverture d'un foyer de

postcure, à la place de l'hôtel thérapeutique (non pérenne).

LL : Comment se passent les séjours des patients dans votre service aujourd'hui ?

D^r F. B. : Il y a hospitalisation quand les symptômes le demandent, non à cause de la maladie.

Ici, à Henri Ey, les séjours durent aujourd'hui de 20 à 30 jours, comme dans tous les hôpitaux dits « de court séjour », c'est-à-dire les hôpitaux « normaux » par opposition aux établissements de « soins de suite ». Mais dans la réalité on garde certains patients beaucoup plus longtemps, jusqu'à un à deux ans, cela peut arriver.

LL : Pourquoi cela ?

D^r F. B. : Parce qu'ils sont très malades. Vous savez, les psychoses sont plus ou moins graves, dans chaque secteur il existe un ou deux malades par an qui ont besoin de soins à très long terme ; il y a des différences importantes entre patients. Il y en a beaucoup qui vont très bien, qui vivent leur vie, ils prennent leur petit traitement, et personne ne penserait qu'ils sont schizophrènes.

LL : A quoi cela tient-il ?

D^r F. B. : A la maladie de départ : ainsi certains commencent par commettre un crime, sans avoir été repérés avant, et seront des cas graves, mais cela tient aussi à la façon dont ils sont pris en charge. La durée de séjour dépend donc des patients.

Dans le projet d'établissement pour ces cinq prochaines années, j'ai demandé à la Direction de l'hôpital que l'on travaille sur le « pourquoi » de l'hospitalisation : quels symptômes ? Quelle incapacité à vivre correctement ?, et aussi que l'on travaille davantage sur le pourquoi de la sortie : à quel moment ? à quelles conditions ? Il faut clairement une prise en charge suivie, et la sortie de l'hôpital est le moment le plus fragile. Nous avons des structures intermédiaires : les hôpitaux de jour, les CMP qui, si nécessaire, délivrent le traitement tous les jours. Sinon, on y prépare les semainiers (piluliers). Il faut y tenir des rendez-vous rapprochés.

LL : Mais il y a eu aussi des suppressions importantes de lits ?

D^r F. B. : Oui, si nous avions plus de lits, nous serions plus à l'aise car actuellement nous faisons sortir des malades prématurément. En fait on manque aussi beaucoup de « lits d'aval » de type « foyers ».

Actuellement nous avons un patient qui est là depuis trois ans, il est étranger et il n'a pas de papiers, les assistantes sociales ne peuvent rien faire, alors qu'il est stabilisé. Mais plus généralement, les patients qui n'ont pas de solution sociale restent. On ne veut pas les mettre à la rue, d'abord bien sûr par principe, mais aussi parce qu'après avoir dépensé beaucoup pour les soigner, cela est choquant.

LL : Et qu'en est-il des lits d'aval ?

D^r F. B. : Il faut absolument les développer, sous forme de foyers de postcure médicalisés, ou d'appartements associatifs - qui sont difficiles à organiser car les impayés de loyer mettent les associations en difficulté - ou encore des logements de type « hôtel thérapeutique ».

Sinon, ce sont les services sociaux qui prennent le relais, mais avec l'AAH ils n'ont pas les moyens de se loger. Actuellement nous avons un malade qui va décompenser car il prend son trai-

tement mais il est logé dans un hôtel « pourri », il ne va pas bien, je sais qu'il va falloir le ré-hospitaliser. Vous savez, les assistantes sociales font un métier très difficile...

LL : Que se passe-t-il quand un malade ne vient plus à ses rendez-vous ?

D^r F. B. : Si le malade ne vient plus on lui envoie un courrier. Notre CMP est bien développé, nous avons 7 infirmiers qui sont formidables. Ils font des visites à domicile de leur propre initiative. Mais je me demande ce qui va se passer lorsqu'ils vont partir, car les jeunes qui arrivent ne sont plus formés dans la spécialité psychiatrique.

LL : Quelle préparation à la sortie avez-vous la possibilité de faire aujourd'hui ?

D^r F. B. : Par exemple aujourd'hui nous avons parlé de la sortie d'une patiente, un infirmier et une assistante sociale du CMP vont venir dans le service pour échanger avec l'équipe qui avait pris en charge cette patiente. Pour ma part j'ai développé les postes infirmiers dans mon service et au CMP et je me suis battue pour avoir

des assistantes sociales. Et j'ai un cadre supérieur « à l'ancienne » formidable, son rôle est crucial. C'est elle qui anime l'équipe infirmière, on discute de chaque cas et cela compte énormément dans un secteur. Je m'inquiète car elle part à la retraite en juillet prochain...

LL : Qu'en est-il du recours à diverses thérapies ?

D^r F. B. : Dans le groupe de l'intersectorialité on a mis en place des groupes de thérapies cognitives, et de thérapie familiale. Je recrute en ce moment un psychologue qui pourra en faire. Il y a plusieurs thérapeutes familiaux dans l'inter-secteur et on va développer cela. Il faudrait que pratiquement tous les patients puissent en bénéficier. Ici dans ce service nous l'offrons largement.

Pour faire connaître cette offre, nous préparons deux guides, l'un pour les professionnels et l'autre pour les familles.

Propos recueillis par Simone Dujarier et Martine Frager-Berlet

L'Oeuvre Falret vient d'ouvrir un nouveau SAMSAH sur Paris

Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapés Ouvert en novembre 2010, le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés était jusque là inexistant à Paris dans le champ du handicap psychique. « Un grand pas puisque le besoin de ce type d'accompagnement était dénoncé depuis des années par les acteurs du médico-social et du sanitaire mais est resté longtemps sans réponse en raison de sa complexité de financement et de mise en place. » explique Johanne Le Roch, Chef de Service du SAMSAH de l'Œuvre Falret.

Le SAMSAH est un service récent*. En quoi est-il innovant ?

Johanne Le Roch : La vocation de ce SAMSAH est d'accompagner des adultes handicapés psychiques vivant dans la cité. Il s'adresse à 40 personnes ayant besoin d'un accompagnement pour développer leur autonomie mais également à certaines, au sortir de l'hôpital, pour qui le retour au domicile requiert un accompagnement.

Il s'agit de faire la distinction entre SAMSAH et SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale). Proches par de nombreux aspects, ces structures travaillent souvent en collaboration mais sont dissemblables dans le public accompagné comme dans les services proposés.

Si le SAVS apporte un appui aux besoins essentiels de la vie courante - logement, gestion budgétaire, alimentation, démarches administratives, travail - le SAMSAH intègre également une dimension thérapeutique.

Le SAMSAH est doté d'une équipe médico-sociale et apporte une aide principalement à domicile. Avec des visites régulières, il permet une vigilance au quotidien et anticipe les risques de dégradation de santé, courants chez la personne handicapée psychique quand elle n'est plus en milieu hospitalier. Néanmoins, ce soutien ne se substitue pas au suivi médical en dehors du service.

Comment réussissez-vous à articuler le projet de vie de la personne et son suivi par les différents partenaires du secteur ?

J. Le R. : Le parcours de Giselle B. illustre bien la collaboration étroite qui est nécessaire pour répondre au mieux au projet de vie, aussi varié que singulier, de chacun.

* Service institué par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005



Hospitalisée depuis un an et demi, celle-ci a émis le désir de retourner chez elle. Ce projet, soutenu par le médecin qui la suit au CMP, inquiétait cependant l'équipe de l'hôpital. En effet, son hospitalisation s'est faite sous contrainte suite à une période où elle est restée prostrée sans s'alimenter, dans un appartement qu'elle avait dévastée.

Sa pathologie restant active malgré les traitements médicamenteux, un accompagnement par le SAMSAH a été préconisé pour accompagner son retour au domicile.

Ce retour s'est préparé par étapes à l'hôpital avec des sorties, des visites dans son logement, des courses, la mise en place d'une hospitalisation séquentielle... pour progressivement réapprendre les actes de la vie quotidienne et réaménager son logement.

Après deux mois, Giselle a réintégré son appartement. Le SAMSAH veille désormais au maintien du lien avec l'hôpital et le CMP mais aussi le service d'aide ménagère ou le portage des repas ; il continue aussi à appuyer Giselle dans la réappropriation de son « chez soi » et du quotidien.

Aujourd'hui, Giselle envisage de participer à certaines activités collectives proposées par le SAMSAH, notamment des ateliers et la fréquentation du « coin office », spécialement aménagé dans les locaux pour offrir des moments conviviaux et permettre la rencontre avec l'autre, souvent aussi isolé.

SAMSAH de l'Œuvre Falret
27/29 rue Pajol 75018 Paris
Tél. : 01.44.65.66.59
www.falret.org

CMP et foyer de postcure au 23° secteur

Après l'hôpital : partager la vision d'une équipe sur le terrain

Christine Fontaine, Responsable de Service Social à l'Hôpital Maison Blanche a accepté de nous organiser une réunion avec une équipe de secteur pour nous communiquer son expérience ainsi que celles de Brigitte Ouhayoun, Praticien Hospitalier, Responsable du Foyer de Postcure de La Chapelle, Jean-Luc Le Brech, Assistant social, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Marie-Nadine Valax, Assistante sociale, Secrétaire du CLSM du 18° et Oumou Soumaré, Assistante sociale de secteur psychiatrique au CMP de la Tour d'Auvergne. C'est une grande exigence de professionnalisme qui s'est dégagée tout au long de cet entretien passionnant et nous sommes heureux de vous livrer leur témoignage.

L L : Pour commencer, comment se passe la préparation de la sortie d'hôpital ?

L'Equipe : La mission de l'hôpital consiste à traiter la symptomatologie la plus aigüe, ce qui implique un séjour relativement court - 1 mois - en dehors des hospitalisations « au long cours ». En gros, on peut distinguer plusieurs cas de figures en fonction du degré d'autonomie :

- Soit, le patient a récupéré suffisamment d'autonomie et l'on pourra se contenter d'un suivi ambulatoire : CMP voire CATTP si nécessaire.
- Soit, Il est clair que le patient n'a pas suffisamment d'autonomie pour vivre en dehors de l'hôpital dans ses conditions de vie habituelles, et alors on va rechercher une structure d'accueil de type « foyer de postcure »
- Soit on se trouve dans un cas de figure intermédiaire et on va s'appuyer sur des visites à domicile (médecin ou assistante sociale toujours accompagnés d'un infirmier), des aides ménagères, des partenariats avec des associations, des « Mesures d'Accompagnement Sociales Personnalisées » (MASP), financées par le Conseil Général.

L L : A vous entendre, cela se présente plutôt bien ?

L'Eq. : Oui et non : la sortie d'hôpital est très souvent une épreuve, les personnes quittent un univers protecteur où on ne leur demandait pas grand-chose si ce n'est de se reposer. Une fois sorties, elles doivent faire face à leur quotidien, parfois leur solitude, ce qui nécessite bien souvent un réajustement du projet, du dosage des médicaments... Et puis ce qu'il faut bien voir, c'est que tout ceci se met souvent en place progressivement : il arrive que l'on tente plusieurs sorties avant d'opter finalement pour le foyer de postcure, Soit parce que le patient le souhaite, soit par exemple parce qu'il n'y a pas de place disponible en foyer.

Souvent, on jongle avec les solutions : par exemple il nous arrive parfois de prolonger le séjour à l'hôpital. Il ne faut pas oublier que nous avons beaucoup de patients issus des milieux défavorisés qui ne peuvent retourner chez eux, soit parce qu'ils n'ont pas de logement, soit parce que leur famille ou le parent (bien souvent des mères seules) ne sont plus en mesure de l'accueillir du fait des troubles présentés mais aussi de leurs propres conditions de vie

(financières, une fratrie souvent nombreuse...).

Du fait du prix du logement, beaucoup de nos patients se retrouvent à l'hôtel au mois où tout est payant, la douche, le four à micro-onde, la bouilloire électrique ... Ces conditions de vie favorisent les rechutes. Cela signifie que le patient est réhospitalisé, pas toujours dans le même service : Comment faire alors pour assurer la continuité des soins ? Face à cela, nous avons heureusement encore un certain jeu de solutions à notre disposition sur le secteur par rapport aux patients, mais il faut être conscient qu'elles sont régulièrement remises en cause sur l'air de « du passé faisons table rase » Car les politiques actuelles ne partent pas des nécessités de terrain, elles sont régies par deux dogmes : l'économie (économie à courte vue), et la qualité (qui en fait de qualité ne correspond qu'à des normes et non pas à un véritable souci de qualité). De nombreuses décisions viennent « d'en haut », et n'ont peu ou pas d'égard pour la qualité de ce qui est fait, de ce qu'on a réussi à élaborer comme outil de travail. Alors, oui, il nous arrive d'être découragés !

L L : Parlons du foyer de postcure, comment y vit-on ?

L'Eq. : La vie y est communautaire, les patients peuvent aller et venir, mais ils doivent nous prévenir si ils s'absentent. Il faut être suivi par un psychiatre du CMP et, bien sûr, prendre son traitement ! La durée de la prise en charge est de six mois reconductible une fois. L'avantage de la vie en foyer, c'est que cela permet à l'équipe soignante - praticien, psychologue, éducateurs spécialisés, infirmiers, assistante sociale de prendre le temps d'évaluer l'ampleur des difficultés du patient et de l'accompagner dans un projet ajusté à ses difficultés. Le travail institutionnel y est fondamental, il consiste à mettre en commun les observations effectuées par chacun des soignants sur le patient et sa maladie. Le patient va

Le patient va déposer chez les uns, chez les autres, des aspects fragmentés de sa personne qu'il va falloir mettre en commun pour lui restituer son unité

déposer chez les uns, chez les autres, des aspects fragmentés de sa personne qu'il va falloir mettre en commun pour lui restituer son unité. L'essentiel de ce



De gauche à droite : Oumou Soumaré, Christine Fontaine, Brigitte Ouhayoun, Jean-Luc Le Brech

travail revient aux infirmiers et aux éducateurs qui doivent absolument avoir été formés à la psychose.

L'Eq. : Dans les années 90, quand j'ai fait mon internat, la durée de séjour moyenne en hôpital était de 3 à 4 mois. Cela permettait aux patients de régresser et de se récupérer pour se construire un projet. Maintenant ce n'est plus cela, on doit s'appuyer sur des structures intermédiaires qui sont là pour permettre aux gens de se stabiliser et d'acquérir une autonomie raisonnable. C'est une bonne idée sachant que la durée est fixée à 6 mois - reconductible une fois. Un an, cliniquement, c'est suffisant : cela permet d'observer l'essentiel de la progression qui suit un épisode aigu. Après, les patients vont pouvoir encore progresser, mais en un an, on obtient le plus souvent une stabilisation et on a jeté les bases d'un projet.

L L : La « stabilisation » est une notion omniprésente dans le langage psychiatrique dès que l'on parle de reconstruction... mais elle reste souvent un peu floue ?

L'Eq. : Stabilisé, ça veut dire « inscrit dans le soin ». Les patients ont appris à « composer » avec leur trouble : ils acceptent de prendre leur traitement (même si certains conservent une difficulté à reconnaître leurs troubles). Ils acceptent le suivi, ils savent à qui faire appel en cas de difficulté. C'est un grand succès et c'est un succès qui

Ils vont se soigner, pas forcément parce qu'ils ont pris conscience du trouble, mais par habitude et parce qu'ils ont créé des liens avec les personnes qui les suivent

demande du temps. Ils vont se soigner, pas forcément parce qu'ils ont pris conscience du trouble, mais par habitude et parce qu'ils ont créé des liens avec des personnes qui les suivent. Ils vont revenir, ils vont ressentir un certain confort, c'est vrai aussi que les médicaments ont évolué et produisent moins d'effets secondaires. Donc, même si les symptômes n'ont pas tous disparu, les patients peuvent continuer à délirer mais ils finissent par apprendre à vivre avec leur délire, à réagir lors de la survenue de crise, et, in fine, des projets qui se réalisent, se réengagent dans la vie sociale, on avance et, pas à pas. « Stabilisé », pour moi, cela veut dire « capable de maintenir des liens avec les autres, d'entretenir des relations, quelques unes en tous cas, avoir une vie sociale

et être inscrit dans le soin ». C'est ça qui est fondamental et c'est vraiment la mission du secteur avec le CMP, le SAVS, les CATTP, les maisons-relais, toutes ces structures qui leur permettent finalement de progresser vers une vie plus proche de leur idéal.

L L : pourriez vous préciser ces progrès ?

L'Eq. : Par exemple, lorsqu'on est amené à faire une synthèse sur un patient et à retracer l'histoire de sa maladie, cela se passe souvent comme cela : « monsieur Machin qui était dangereux, qui avait cassé la figure à tout le monde, eh bien il était en ESAT, il avait trouvé un logement, bref il était intégré » ! Alors c'est vrai que nos

monsieur Machin qui était dangereux, qui avait cassé la figure à tout le monde, eh bien il était en ESAT, il avait trouvé un logement

succès sont des succès parfois bien minuscules, mais pensez à quelqu'un qui était isolé à l'hôtel et finit par se retrouver à l'intérieur d'une structure où il prend l'habitude de se laver, d'aller bien, de venir nous dire bonjour, de ne plus être agressif...

Cela, on ne s'en rend compte que lorsqu'on envisage le soin sur la durée. Parce que le temps de l'évolution des psychotiques est infiniment plus lent que celui des personnes valides ! Il nous arrive d'ailleurs à cette occasion d'être envahis d'un sentiment de satisfaction incroyable en s'apercevant des progrès accomplis. Mais cette évolution, ponctuée d'étapes, franchies pas à pas, on ne s'en rend compte que si on prend le temps de la raconter !

Ils évoluent, non pas parce qu'ils ont un souvenir qu'à un

Ils évoluent, non pas parce qu'ils ont un souvenir qu'à un moment ils ont été mal, mais plus parce qu'ils prennent un peu de plaisir à ce qu'ils font aujourd'hui !

moment ils ont été mal, mais plus parce qu'ils prennent un peu de plaisir à ce qu'ils font aujourd'hui ! Parce quand ils ne vont pas bien, ils savent qu'ils peuvent venir nous voir. Par exemple, au foyer, on leur propose de laver leur linge, on met à leur disposition une machine à laver, un téléphone etc. et comme ce sont des personnes qui sont

en difficultés financières, ils se font croire qu'ils viennent pour laver le linge, mais en fait, ils trouvent bien plus de choses que ça : ils n'ont pas besoin de se dire qu'ils viennent parce qu'ils sont malades... Ils viennent pour utiliser le téléphone mais cela leur permet de prendre un petit café avec nous et d'avoir une vie sociale.

Il ne faut pas oublier qu'y a beaucoup de honte et beaucoup de souffrance à vivre seul, et puis la « valeur travail » est encore très prégnante dans la société actuelle, Le fait de ne pas pouvoir travailler est mal vécu, alors il y a ceux qui peuvent entrer en ESAT, mais quand ils commencent à se sentir bien et avoir envie de travailler, ils ont déjà...

40 balais ! C'est à cet âge qu'ils finissent par nous dire qu'ils aimeraient y aller et que, de notre côté, nous, on se dit « tiens, c'est vrai qu'il est maintenant mûr pour le travail. Là, heureusement, il y a l'ESAT parce que le milieu ordinaire, c'est difficile !

L L : D'après nos informations ce serait plutôt vers 35 ans ?

L'Eq. : Vous avez sans doute raison, mais, le temps que cela se mette en place, ils ne sont pas loin de la quarantaine : Il aura d'abord fallu renoncer aux études, c'est déjà un point énorme, ensuite accepter d'être malade et enfin accepter de travailler avec des gens qui sont malades aussi !

D'abord, il y a l'étape MDPH qui dure un an, ensuite il y a la liste d'attente pour rentrer dans l'ESAT, les visites, le stage... Il y a aujourd'hui des ESAT qui accueillent la maladie psychique et choisissent d'accueillir des personnes de plus de 40 ans. parce qu'on envisage toujours le travail pour les jeunes !

Comme si le temps des psychotiques était le même que celui des personnes valides alors que c'est tout sauf ça !

On faisait il y a peu comme si le temps des psychotiques était le même que celui des personnes valides alors que c'est tout sauf ça : donc on a tous modifié notre façon de travailler, les structures ont évolué, les médicaments ont aussi évolué, tout cela leur permet de gagner en autonomie, mais cela s'observe dans la durée et se dénoue un peu avant la quarantaine !

L L : A la limite, on est en train de décrire 15 ans comme cela : la période 25-30 pour renoncer aux études, puis les 30-35 pour accepter sa maladie et enfin les 35-40 pour se mettre au travail !

L'Eq. : Voilà, c'est à ce moment là que quelque chose peut se nouer. En plus c'est un âge où finalement on est moins dans l'obligation de faire un projet exigeant que dans le cas d'un « ado » à qui on demande en gros « que veux-tu devenir ? », avec toute la pression que cela implique ! C'est au contraire un moment d'apaisement, d'acceptation, à la fois pour le patient et pour la famille.

A ce moment là, tout le monde en est arrivé au même niveau de prise de conscience, alors que ce qui est très compliqué pour un jeune, c'est qu'il doit faire avec sa



problématique, mais aussi porter le chagrin de ses parents et aussi des modalités d'acceptation de la maladie des autres... Par exemple j'ai eu récemment au téléphone une mère qui ne comprenait pas qu'on « ne lui ait pas dit qu'il devrait prendre son médicament à vie » : bien sûr, si « on » ne le lui a pas dit, c'est qu'on a pensé que c'était trop brutal. Mais elle-même était trop crispée sur son angoisse pour être en état d'accepter mon explication !

L L : Pour finir, quels sont les pièges à éviter ?

L'Eq. : Il y a tout un tas de pièges, mais il s'agit souvent, de notre point de vue, de mauvaises utilisations, d'un « dévoiement », des solutions existantes. Par exemple on a créé une maison-relais destinées à des personnes dépendantes psychologiquement. Or, on adresse souvent dans ces structures des personnes qui ont certainement des souffrances psychiques mais qui refusent les soins. Le logement seul ne suffit pas et les maison-relais ne sont pas des structures sanitaires. C'est une erreur à double titre, premièrement, parce que le soin dans ces conditions est très difficilement négociable, puisqu'on n'a aucun moyen d'obliger les personnes à se soigner, et d'autres part, parce que si c'est personnes étaient soignées, elles ne justifieraient peut être pas d'un tel dispositif.

La plupart du temps, à la sortie de l'hôpital, on ne peut pas mettre en place un « Projet de Sortie Personnalisé » très précis du fait du manque de place et de structures adaptées ; c'est aussi le constat qui est fait dans le « livre blanc » sur le logement par l'UNAFAM. On essaie de pallier l'absence de structures médicosociales adaptées par une très bonne coopération entre les différents établissements de soins.

Propos recueillis par Luc Vave

Vacances adaptées : de multiples possibilités

Ce n'est pas encore le moment du casse-tête des vacances et pourtant mieux vaut s'y prendre à l'avance. Car partir avec un proche handicapé psychique n'est pas chose facile, l'envoyer seul encore moins. Il existe en France des lieux adaptés pour recevoir adultes ou enfants, seuls ou accompagnés, pour des vacances ou des week-ends tout au long de l'année. Encore faut-il les connaître et ne pas tarder à s'organiser si une formule vous intéresse. Vous trouverez ci-après une sélection de ces lieux. Les accueillants de l'Unafam se tiennent à votre disposition pour étudier toutes les possibilités en fonction des souhaits et des contraintes. Même s'il n'y a pas pléthore d'offres, on peut tout de même en trouver.

Il y a tout d'abord les lieux adaptés pour les enfants et adolescents. **Europodyssées** propose des voyages en péniche aux adolescents de 14 à 18 ans qui sont en rupture avec leur milieu (troubles comportementaux, conflit, etc.), **Epal** des séjours en colonie de vacances pour des enfants de 6 à 15 ans et **Cap France** des villages de vacances. Le gîte **Chantelou** qui se trouve en Auvergne, proche du Parc des Volcans, est ouvert toute l'année et accueille des jeunes (et moins jeunes) handicapés accompagnés de leurs familles ou amis pour un temps de vacances, de célébration ou de loisirs.

Pour les adultes, plusieurs associations proposent des formules en fonction du degré d'autonomie et de stabilisation. **ASSAGA** (Association de Services et de Suite d'Aide et de Guidance vers l'Autonomie) tient compte de la souffrance psychique et des problèmes d'adaptation sociale et peut proposer des séjours sur mesure ; en petit effectif, avec accompagnement discret, ou sur un thème spécifique. Tout comme **Treize Voyages**

(www.treizevoyages.org) qui sélectionne des lieux de séjours « ordinaires » (en France et à l'étranger) pour un public vivant parfois en marge et qui requiert une attention particulière quant à la qualité de l'accueil, afin que « ce temps de loisir soit un réel moment de plaisir ». Depuis quelques années Treize Voyages propose également des séjours



pour personnes âgées avec prestations adaptées. **Ternelia Tourisme** s'occupe d'organiser des séjours personnalisés avec ou sans accompagnement. L'association **Le Chemin de la Renaissance** guide dans leur démarche de réinsertion des personnes qui, stabilisées après soins en établissements spécialisés, font le choix de se ressourcer à la campagne.

L'hôtel **La Découverte** est un hôtel familial situé au cœur du Massif du Mézenec (Auvergne) et accueille des personnes en souffrance psychique stabilisées, seules ou accompagnées. Les **Comptoirs des Voyages**, tour opérateur, proposent des voyages à la carte pour handicapés moteurs et psychiques. La structure **Les Lamânes** est tenue par un couple de professionnels de l'accom-

panement. Dans un merveilleux cadre niché en Aveyron, ils accueillent des adultes handicapés durant toute l'année, notamment en séjour de rupture. Ici on se réapproprie la nature en relation avec l'affectueux monde animal. **Le Compagnon Blanc** est une organisation du Nord-Pas-de-Calais qui gère des séjours pour personnes stabilisées uniquement et vivant en appartement thérapeutique.

Des séjours loin du quotidien sont l'occasion de prendre de la distance pour y voir plus clair, autant pour l'établissement ou la famille, que pour la personne handicapée, elle-même. Quelques jours peuvent suffire pour certains ; quant à d'autres, de véritables vacances sont nécessaires et seront peut-être salutaires. Attention, ces structures ont une capacité

d'accueil limitée et demandent en règle générale que la personne soit stabilisée. En revanche la prise en compte des différents handicaps est possible dans certaines d'entre elles. Vous pouvez faire des recherches sur le site de l'UNAT IDF (Union Nationale des Associations de Tourisme Ile-de-France) : www.unat-idf.asso.fr [sélectionner « Choisissez vos vacances ! », puis « vacances adaptées »].

Par ailleurs, il est envisageable d'obtenir des aides financières. Il faut cependant s'armer de persévérance, car si le droit aux loisirs des personnes handicapées est revendiqué officiellement par les instances publiques, dans la pratique les choses ne sont pas si évidentes. Cependant voici quelques pistes : la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) et les MSA (Mutualité Sociale Agricole) peuvent proposer des Bons-Vacances pour les enfants, et les CPAM (Caisse Primaire d'Assurance maladie) participer aux frais de transports spécifiques. Le Conseil Général via le Pôle Action Sociale peut être sollicité ainsi que l'ANCV (Agence Nationale pour les Chèques-Vacances). Enfin, en fonction des contrats, certaines mutuelles disposent d'options spécifiques vacances. Quant à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), il semblerait que l'obtention d'une aide dans ce cadre soit très difficile à obtenir. Mais il n'est pas interdit de faire la demande...

Les vacances sont une bouffée d'oxygène pour tous ! Cela vaut donc vraiment la peine de se renseigner. N'hésitez pas à appeler la délégation parisienne de Paris, à rencontrer ses accueillants pour obtenir les coordonnées de ces structures et d'autres.

Véronique Kowarz