

Sommaire

DOSSIER REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE

- Les 26 points du rapport Couty 2
- Et si ça commençait à bouger ? 3
- La Métairie et son réseau 4
- Nouveau : La « pair-aidance » 8

THERAPIES 10

- Groupes de remédiation cognitive 10

ACTUALITES 12

- Colloque logement du 19 mars 12
- 7° Congrès de l'encéphale 15
- Stigmatisation: triste Noël 2008 16
- Après « Interceptions » 17
- Les missions du Dr S. Kannas 18

INFO STRUCTURES 19

- Trouver les moyens de *Vivre* 19

VIE DE L'UNAFAM 21

- Les jeudis de la convivialité 21
- Accueil au pôle Paris Centre 22

VU, LU POUR VOUS 22

- Le diable intérieur 22
- Séraphine crée l'enthousiasme 23

ÉVÉNEMENTS ET PERMANENCES 24

- AG de la délégation de Paris 24

ADDITIF À LA LETTRE N° 70

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités, au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait encore s'alourdir si des mesures ne sont pas prises rapidement.

Les nouvelles lois Hôpital Patients Santé Territoires (H.P.S.T.) doivent créer des Agences Régionales de Santé (A.R.S.) avec une organisation territoriale des établissements de santé et une nouvelle gouvernance hospitalière.

La Ministre, Madame Roselyne Bachelot, a souhaité intégrer à la politique de santé publique un volet sur la santé mentale, prenant en compte les spécificités de la psychiatrie. Elle a créé à cet effet une commission centrée sur la prise en charge des malades psychiques.

Cette commission était présidée par monsieur Edouard Couty et comprenait des personnalités représentatives dont notre président Jean Canneva. Elle a émis un rapport articulé sur trois principes que l'on peut résumer ainsi :

1. Indissociabilité du sanitaire, du social et du médico-social
2. Rôle institutionnel renforcé des malades et des familles
3. Evaluation des structures, des activités et des pratiques.

Jusqu'ici, ce rapport se révèle porteur d'espoir pour nous, représentants des familles. Il propose des logiques qui ne peuvent que nous convenir, mais il comporte également, comme on le verra, un volet sur la réorganisation territoriale de l'offre globale de soins de nature à générer bien des incertitudes, en particulier chez les professionnels.

Le rôle des secteurs en tant qu'acteurs déterminants des soins de proximité est mis en avant, c'est une bonne chose. De même, on ne peut qu'accueillir favorablement la volonté affichée de réunir les différents acteurs concernés - élus, soignants, travailleurs sociaux, responsables des secteurs de l'emploi et du logement - dans un « Groupement Local de Coopération de santé mentale » (G.L.C.).

Cette coopération locale devra être coordonnée avec un deuxième niveau de prise en charge, l'hospitalisation (publique et privée) qui est celui des Territoires de Santé (Loi H.P.S.T.) et un troisième niveau : celui de la spécialisation et de l'expertise régionale ou interrégionale.

suite de l'éditorial page 2

Ceci est-il concevable sans une volonté politique forte en faveur de la Santé Mentale ? Aujourd'hui, beaucoup craignent que les évaluations ne servent de prétexte aux coupes budgétaires et que les futures lois ne visent qu'à renforcer un dispositif sécuritaire.

La question se pose donc de savoir finalement si nous allons vers une régression, vers une stagnation ou vers une avancée en santé mentale... Comment valider ces projets alors que le rapport n'a abordé ni les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des G.L.C., ni la répartition des tâches entre les différents profes-

sionnels, ni leur régulation territoriale ?

Tout ceci paraît bien compliqué, c'est dommage car il y a vraiment beaucoup de choses qui nous tiennent à cœur dans ce rapport : par exemple la généralisation des équipes mobiles de psychiatrie au sein des G.L.C., le stage en psychiatrie obligatoire pour les futurs généralistes, ou encore le pilotage d'une politique nationale de prévention en santé mentale en milieu scolaire et universitaire.

Suite de
l'éditorial

Chantal Roussy

Les 3 principes et 26 recommandations du rapport Couty

Les 3 principes du rapport :

- Intégrer à la politique de santé publique, un volet santé mentale, **s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social** (...).
- Renforcer le rôle institutionnel des **malades, de leur famille ou de leur entourage, acteurs à part entière du système de santé aux côtés des professionnels**.
- Consacrer **l'évaluation des structures**, des activités et des pratiques comme un outil consubstantiel de toutes pratiques en santé mentale et en psychiatrie.

Et ses 26 recommandations :

n°1 : Étendre la représentation institutionnelle des usagers dans les différentes instances du système de soins aux associations d'usagers en santé mentale et des familles notamment aux niveaux national, régional, départemental et au sein des Conseils Locaux de Santé Mentale (...).

n°2 : Après une évaluation (...) des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), poursuivre et accélérer leur développement.

n°3 : (...) Retenir le principe de création de « **bureau des usagers** » au sein des établissements de santé. (...).

n°4 : Encourager la Haute Autorité en Santé à accélérer la certification des structures extra hospitalières (...).

n°5 : Définir une organisation graduée des soins psychiatriques (...) **Redéfinir, en conséquence, les missions du secteur (...) comme acteur déterminant, mais non exclusif, du soin psychiatrique**.

n°6 : Mettre en place (...) des **Groupements Locaux de Coordination (GLC)** pour la santé mentale et créer au sein des GLC un conseil local pour la santé mentale.

n°7 : Développer les structures de soins de réhabilitation psycho sociale (...) du patient en psychiatrie.

n°8 : Favoriser (...) le fonctionnement novateur d'équipes visant à compenser un défaut d'attractivité

n°9 : Accélérer la mise en place de la VALORISATION DES ACTIVITES EN PSYCHIATRIE (VAP) (...) dans l'attente d'assurer une bonne traçabilité des financements (...).

n°10 : Renforcer la coordination entre le Ministère de la santé et le Ministère de la justice (...), accélérer la création d'UHSA et l'adapter à l'évolution de la population pénale, organiser (...) un fonctionnement en réseau (...).

n°11 : Réaliser une évaluation des **besoins par bassin de population** et intensifier l'installation en zones déficitaires.

n°12 : Préparer (...) une nouvelle répartition des tâches, des champs de compétence et des responsabilités. (...) différentes formules de coopération entre les psychiatres, les infirmiers spécialisés (...) et les psychologues.

n°13 : Renforcer les effectifs enseignants hospitalo-universitaires dans une planification sur le moyen terme.

n°14 : Développer les stages en CMP et en secteur médico-social et étendre les lieux de stage au secteur privé volontaire pour exercer les missions de service public. (...).

n°15 : Rendre obligatoire le stage en psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale. (...) que les généralistes s'engagent aux côtés des spécialistes dans les groupements locaux de coopération pour la santé mentale (GLC) (...).

n°16 : Diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie et santé mentale (master professionnel de spécialisation).

n°17 : Ouvrir le concours pour le recrutement dans les établissements publics de santé aux candidats disposant d'un master professionnel clinique (stage clinique obligatoire).

n°18 : Ouvrir des postes dans les équipes hospitalières (...) afin d'améliorer la prise en charge globale du patient (équipes pluridisciplinaires) (...).

n°19 : Développer la recherche en santé mentale dans toutes ses dimensions, sciences sociales et sciences humaines aux côtés et en lien avec les neurosciences. (...).

n°20 : Faire assurer le pilotage effectif de la veille et de la surveillance de la santé mentale en France, par l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) (...).

n°21 : Lutter contre les discriminations et la stigmatisation de la psychiatrie, des malades et des handicapés psychiques (...). **Changer le regard de la société vis-à-vis des psychoses** chroniques et plus particulièrement des schizophrènes.

n°22 : Mise en place d'unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielles au sein des GLC.

n°23 : Généraliser les équipes mobiles de psychiatrie au sein des GLC.

n°24 : Evaluation de pratiques et du fonctionnement des «maisons des adolescents» (...) éventuelle généralisation.

n°25 : (...) stratégie globale et opérationnelle pour la **prévention de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire**.

n°26 : (...) pilotage national interministériel reconnu et accepté par tous les acteurs.

Réhabilitation psycho-sociale : Et si tout commençait effectivement à bouger ?

« La réhabilitation psycho-sociale, porteuse des espoirs des usagers et des familles, est sans doute l'outil qui porte la marge de progression la plus importante pour la psychiatrie. »

Ce message, figurait sur le manifeste du congrès « Réh@b » de début 2008, juste en dessous du slogan « La Réhabilitation, c'est maintenant », choisi par les Dr Elisabeth Giraud-Baro et Gilles Vidon pour affirmer leur détermination à faire évoluer les pratiques.

Un an après, nous avons retenu ce thème pour le dossier de La Lettre, avec deux objectifs : mieux cerner ce que recouvre ce terme et donner un coup de projecteur à quelques réalisations sur le terrain.

Autant vous le dire tout de suite, le terme de réhabilitation psycho-sociale revêt bien des aspects, probablement parce que c'est une approche importée des USA qui se veut avant tout pragmatique.

Commençons par essayer d'y voir plus clair à la lumière de 13 points clés, sorte de code de bonne conduite dans lequel se reconnaissent les praticiens. En voici une traduction parmi d'autres :

1. **Obtenir le maximum des capacités et des attentes du sujet** : découvrir ce qui fonctionne bien et faire confiance au sujet pour progresser sur ces bases, aussi limitées soient-elles.
2. **Viser l'acquisition de savoir-faire comportementaux** : apprendre au sujet à gérer ses troubles plutôt que de tenter de l'en débarrasser d'emblée.
3. **Respect des choix du sujet** : le faire participer aux décisions le concernant, dans toute la mesure de sa lucidité, voire au-delà, afin de favoriser l'auto-apprentissage !
4. **Viser une vie « normale »** : mixité sociale et autonomie sont considérées comme facteurs de rétablissement du sujet parmi d'autres.
5. **Soins individualisés** : chaque sujet connaît des difficultés spécifiques d'adaptation - c'est même le nœud du problème - dont acte !
6. **Engagement unilatéral** : c'est la responsabilité des acteurs que de conserver le contact et veiller à la permanence des soins et de l'accompagnement.
7. **Relation d'homme à homme** : le contact humain est considéré comme un facteur prédominant pour donner au sujet l'envie de s'en sortir.
8. **Vigilance et réactivité** : organiser le dépistage précoce des signes avant-coureurs de rechute du sujet.
9. **Agir sur l'entourage du sujet** : organiser un soutien averti et compréhensif de la part des tiers (famille, voisins, employeur, collègues, administration).
10. **Agir sur la société** : action au long cours !
11. **Soutien illimité** : le processus de réhabilitation

engagé doit se poursuivre même en cas de rechute.

12. Culture de la valeur ajoutée : même gravement atteint, le sujet doit pouvoir se valoriser par un travail ou une activité valorisante.

13. Leadership du social sur le médical : c'est peut-être un brin provocateur mais cela synthétise bien cette approche.

Ce n'est pas par hasard que nous avons choisi de mentionner « le sujet » dans la quasi-totalité de ces 13 points. Il s'agit de rechercher à tout prix l'alliance thérapeutique : le patient est avant tout un homme et il faut lui conserver ses chances de prendre sa vie en mains. C'est ce que nous avons voulu montrer dans l'article sur la pair-aidance (page 8 de ce dossier).

Pareille attitude n'est heureusement pas nouvelle chez les soignants, tant s'en faut. Bien qu'échappant à l'évaluation, elle a maintes fois fait ses preuves ! En revanche deux avancées majeures font leur apparition : ce sont les thérapies comportementales et la démarche « réseau ».

En mettant l'accent sur la réinsertion comme facteur déterminant pour recouvrer l'équilibre psychique, on est conduit, en complément des traitements médicamenteux, à s'appuyer sur les thérapies comportementales pour rétablir plus rapidement un fonctionnement acceptable de la part de l'entourage.

Tout ceci resterait certainement à l'état de vœu pieux si on n'assistait depuis quelques années au formidable déploiement des réseaux qui suppriment les barrières existantes. C'est déjà le cas au Canada et en Grande Bretagne, mais la culture « réseau » peut se répandre très vite, aidée en cela par la technologie et, qui sait, par un certain rapport Couty ?

C'est d'ailleurs ce que nous avons tenté d'illustrer avec le prochain article de ce dossier (page 4) consacré au réseau du XX^e arrondissement de Paris où ça a bel et bien bougé !

Luc Vave

La Métairie ou l'exceptionnelle efficacité d'un réseau

Une réussite exceptionnelle dans le XXème arrondissement montre ce qui peut être fait. Il y faut des conditions favorables, certes, mais aussi et surtout la volonté sans faille d'une équipe cohérente, et la durée. Car l'équipe autour de laquelle s'est articulé le projet est présente dans l'arrondissement depuis plus de 15 ans, et le médecin-chef depuis 25 ans. D'où une connaissance intime de l'arrondissement. Consciente qu'on ne travaille pas seul, l'équipe, depuis l'origine, a travaillé en réseau. Cela prend du temps, mais les résultats sont tellement plus solides. Chacun a pu découvrir des complémentarités nouvelles avec ses partenaires. Et nous devons saluer aussi la municipalité avec laquelle l'équipe a pu travailler et sur laquelle elle a pu s'appuyer.

Sur les hauts de Belleville, dans une petite impasse, se trouve le centre de postcure du XXème arrondissement, La Métairie, où est basée l'équipe pluridisciplinaire et trisectorielle de coordination.

Nous avons été reçus par le docteur Edith Fain-Donabédian, médecin-chef du 29^e secteur et son équipe, le docteur Carole Garcia, praticien hospitalier, Axel Gauthier, psychologue clinicien, Luc Sibony psychologue clinicien, et Jean-Louis Kerlogot, cadre de santé.



La Lettre : comment ce réseau a-t-il été constitué ?

Dr E. Fain-Donabédian : Il y eut une préparation longue puisque le travail a commencé en 1992 et La Métairie a ouvert en 2001. Mais ce temps nous a permis de mieux connaître l'arrondissement. D'autant que je travaille depuis 25 ans dans cet arrondissement, dans le 27^e secteur, puis comme médecin chef du 29^e secteur, depuis 4 ans. Axel Gauthier est ici depuis 20 ans, Carole Garcia depuis bientôt 15 ans. Tout a bien fonctionné car chacun, peu à peu, a trouvé sa place et nous avons pu fédérer les énergies en réseau : la municipalité, le secteur et les associations.

L.L. : Comment cela s'est-il mis en place ?

Dr E.F.D. : La complémentarité fut possible grâce aux objectifs communs des 3 secteurs du XXème, 3 secteurs qui, depuis 1989, ont créé des structures trisectorielles (CATTP et club Bouffadou, AFT, centre de postcure Mé-

tairie). C'est le principe fondateur du dispositif actuel.

Avec La Métairie, nous avons en outre un outil tourné vers le patient et, surtout, vers le social pour lui faire sa place dans la société. Et nous avons su utiliser une conjoncture favorable, notamment avec la municipalité et ses possibilités. Cela ne s'est pas fait en un jour, il y eut des tensions, mais, au lieu de les éviter, nous les avons au contraire interrogées et cela fit apparaître de nouvelles complémentarités.

On ne peut tout faire, d'où ce travail en réseau. Ce sont beaucoup de rencontres qu'il faut parfois susciter, provoquer. Mais c'est à ce prix, en s'intégrant dans le tissu social, que l'on peut déstigmatiser. Par exemple nous avons fait des réunions avec les habitants du quartier.

L.L. : Et vous aviez cette vision dès le départ ?

Dr E.F.D. : Oui, c'est sans doute là que nous avons véritablement innové. À la création de ce foyer de postcure, l'équipe de La Métairie a fait très tôt le lien avec le médico-social, en réfléchissant aux suites **l'équipe de la Métairie a fait très tôt le lien avec le médico-social** pour que les patients puissent acquérir une autonomie.

Nous avons des patients assez lourds. On ne peut les remettre à la rue. Nous recherchons des solutions avec nos partenaires. C'est un travail à refaire sans cesse pour les patients, mais aussi pour le réseau.

Une de nos richesses aussi est notre position de « chercheurs en solutions », toujours dans le questionnement, ce qui nous permet de voir les manques.

L'intégration de la structure à l'environnement comme vis à vis des partenaires est très positive. Et nous offrons une réelle qualité d'accueil : nous gardons d'ailleurs des contacts dans le temps avec les anciens résidents.

L.L. : Vous avez des exemples ?

Dr E.F.D. : Nombreux sont les anciens résidents qui ont trouvé un logement autonome. Mais ils ont un vide dans la journée, et ils reviennent, en externe, pour « demander du lien ».

La Métairie est un repère pour eux. Nous sommes différents de l'hôpital, aussi les patients lourds reviennent spontanément et nous pouvons les réintégrer dans les soins.

L.L. : Pratiquement ?

Dr E.F.D. : Nous sommes multifonctions. Cela va de l'aide à la prise de traitement, à comment être avec d'autres, ou encore à prendre un bain. Et surtout nous apprenons à nos résidents à utiliser le dispositif car nos possibilités d'accueil sont très diverses. Il y a l'hébergement, mais aussi les activités dans le cadre du CATTP, et le CMP pour la prise en charge thérapeutique. Le résident doit faire un choix, avec notre aide, pour l'aider à s'orienter vers les meilleures activités, au meilleur endroit. C'est tout l'intérêt du cas par cas, avec toutes les difficultés que cela représente.

Nous voulons aider le résident à s'approprier les choses, à s'investir. Pour l'aider à être citoyen, il faut lui redonner une place.

Ce travail ne peut se faire qu'en étroite collaboration avec l'équipe référente de secteur.

L.L. : La réhabilitation se passe comment ?

Dr E.F.D. : Ce n'est pas tant le travail que nous mettons en avant mais l'intégration dans la société. Ainsi le café club, animé par l'association amicale du Bouffadou, qui propose des soirées à thème, des ateliers et accueille tous les après-midi ceux qui le souhaitent. Cette association fait un excellent travail. Mais, bien sûr, cela touche certains, tandis que d'autres ne s'inscrivent à rien.

Les résidents, avec notre aide, arrivent à construire des projets personnalisés :

- projet d'hébergement
- projet d'activité au sens large, donc différent du travail proprement dit
- projet de suivi.

Nous manquons hélas d'activités suffisantes, quand bien même tous ne peuvent arriver à en assumer. Mais certaines marchent bien, comme les stages au sein de la radio « Vivre », stages assortis d'une évaluation. Ou l'atelier thérapeutique Hubert Mignot (cf. « La Lettre » n°68, septembre 2008), multisectoriel mais prioritairement dédié au quart N-E de Paris, qui fait partie du réseau de La Métairie.

L.L. : Quelles sont les activités à La Métairie ?

Dr E.F.D. : Nous commençons par les bases fondamentales. L'hygiène, la tenue de sa chambre, les repas. Ainsi

les petit déjeuner et dîner sont assurés par le centre, pas le déjeuner. Mais les résidents peuvent préparer leur déjeuner dans une cuisine communautaire. Et nous assistons, si besoin est, les résidents pour leur bain, la lessive, le linge, l'esthétique. Il existe des activités de massages individualisés, comme des ateliers vidéo, photo, cuisine,...

Mais l'objectif est de faire sortir les résidents le plus possible. Pour une activité ou une autre. Par exemple, ils peuvent suivre un cours de Taï Chi au parc des Buttes-Chaumont.

Une particularité de notre équipe est que les infirmiers et les soignants ont une activité extérieure au centre. Les uns au CATTP¹, d'autres s'occupent des appartements associatifs. Et toutes ces passerelles inter activités renforcent le lien en facilitant la relation.

L.L. : Et le suivi ?

Dr E.F.D. : Nous l'évoquions précédemment, la Métairie reste pour les résidents, mais aussi pour les anciens, un repère. L'accueil de jour permet de maintenir le lien. L'équipe sort et va au domicile des résidents, au besoin en articulation avec l'équipe du CMP. Elle fait des visites, aide le patient à s'organiser. D'autres viennent pour un repas. Nous avons beaucoup de souplesse sur ce plan. Autre exemple : un patient sous HO, en fugue, est venu à La Métairie, et a pu être ré adressé à l'hôpital dans de bonnes conditions. Le fait de ne pas être un hôpital, comme de ne pas être prescripteur, contribue aux relations de confiance que nous établissons avec nos résidents.

Le fait de ne pas être un hôpital, comme de ne pas être prescripteur, contribue aux relations de confiance que nous établissons avec nos résidents

L.L. : Vous avez assez de logements ?

Dr E.F.D. : Nous en manquons, encore que ce serait suffisant si nous pouvions faire sortir nos résidents dans d'autres formes d'hébergement. Nous avons 15 places en appartement associatif, gérées par l'association de santé mentale du XXème arrondissement. Un foyer de vie, avec le groupe Habitat et Soins, en partenariat avec Paris-Habitat (ex Opac), comportera de 30 à 32 places, dont 4 places temporaires. L'association Aurore et la SIEMP² ont le projet d'une maison relais. L'œuvre Falret lance un SAMSAH³ et une résidence accueil. L'association Maavar ouvre des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). En fait un seul projet

(1) CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

(2) SIEMP : Société Immobilière d'Economie Mixte de la ville de Paris

(3) SAMSAH : Service d'Accompagnement au Médico Social pour Adulte Handicapé



La Métairie et son réseau, c'est devenu une sorte de couteau suisse : on y trouve toujours une solution (Axel Gauthier).

est... tombé à l'eau : Brantôme, ce qui est assez exceptionnel dans notre domaine.

Nous travaillons aussi à la création d'un hôtel social, sous un autre statut.

L.L. : Un dernier mot...

Dr E.F.D. : Notre engagement vis-à-vis des patients vaut aussi pour les personnels du social et du médico-social, s'ils ont besoin d'aide (l'aide aux aidants). Ainsi avons nous des groupes d'intervention qui forment les

conseillères de Paris-Habitat et de l'Immobilière des Chemins de Fer pour savoir intervenir en cas de problèmes avec un locataire. Ce sont des groupes d'échange, de réflexion.

L.L. : Merci à vous pour ce que vous nous avez permis de découvrir. C'est impressionnant. Et merci aussi pour la chaleur de votre accueil.

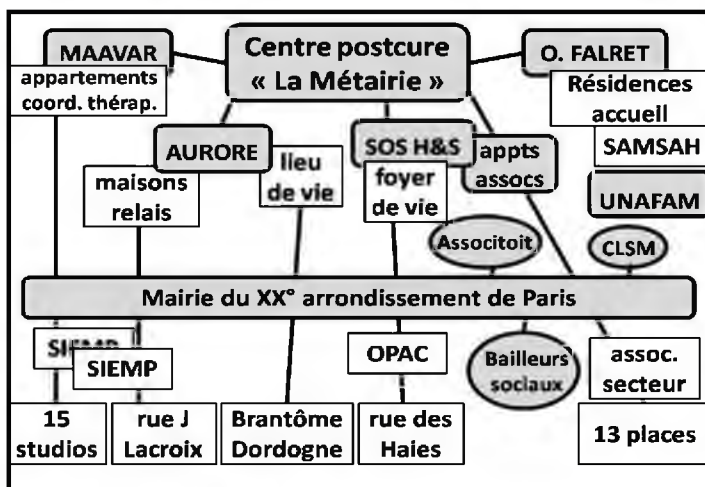
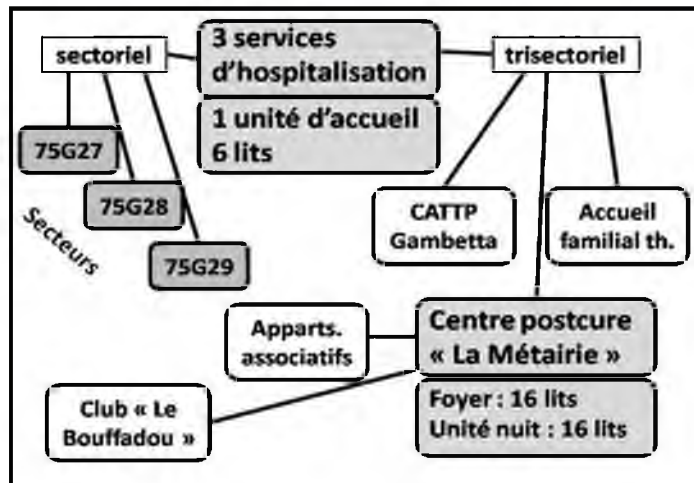
Propos recueillis par J-L Le Picard

Les 3 Etapes clés de la confection du « couteau suisse » du 20°



Les 3 secteurs de l'EPS Maison Blanche décident de coopérer étroitement

Il semble qu'il faille remonter à 1986 pour situer le début de cette coopération « tri-sectorielle » qui s'est concrétisée par la création du CATTP Gambetta en 1989, et celle de la Métairie, en 2001.



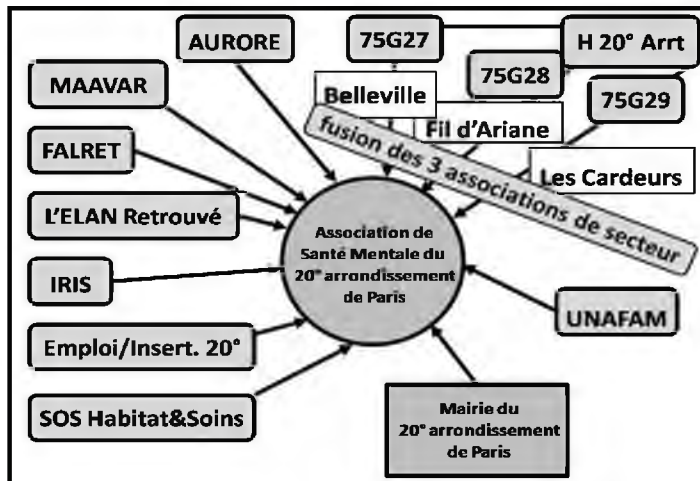
Prise de contacts avec les milieux associatifs et élaboration du réseau

Les équipes soignantes, ressentent de mieux en mieux les besoins en amont et en aval des soins. C'est l'implication de la Municipalité qui servira de déclencheur à de nombreux projets associatifs orientés en particulier vers l'hébergement.



Création d'une association de santé mentale

L'ASM-20, créée en 2004, a pour objet l'articulation des soins et du social et de favoriser les moyens d'insertion ou de réinsertion. Elle apporte ainsi une base institutionnelle à ce qui est devenu en vingt ans un véritable réseau.



Témoignages

Voici deux témoignages de résidents de La Métairie, actuellement impatients et heureux à l'idée d'avoir bientôt un logement bien à eux, pour une vie plus autonome.

Je travaillais dans la rénovation et gagnais bien ma vie. Mais je ne me déclarais pas et mon amie était inquiète. Je n'avais pas de Sécurité sociale. On vivait ensemble depuis un certain temps, mais elle avait peur. Elle a appelé la police pour me faire quitter l'appartement. Elle m'a embarqué, ce fut un peu chaud. Hospitalisé à Maison Blanche, j'y suis resté un an. D'où je suis entré à La Métairie. J'y suis depuis 4 ans. J'ai acquis de la maturité, j'accepte le dialogue. J'ai même accepté de considérer l'aide sociale : je me suis inscrit au RMI.



Mais je travaille à nouveau. Je fais des CDD saisonniers. Après avoir été vendeur dans une société d'accastillage, j'ai été 6/7 mois dans une association de logistique (mise en place, manutention,...) qui a la FNAC parmi ses clients. Actuellement, j'arrive en fin de contrat pour une entreprise de théâtre. J'y suis agent d'accueil, je monte et démonte les décors sur scène. Ce n'est pas mal payé. Malheureusement le RMI est diminué à proportion, et est presque nul. Mais je préfère cela.

Et je cherche un travail à plein temps.

D'autant que j'ai un projet de logement et qu'il faudra payer le loyer et les charges.

C'est l'Œuvre Falret qui gère ces logements. Malheureusement, il y a des travaux à faire et cela fait 6 mois que j'attends, et je n'ai aucune nouvelle.

Je serai autonome, avec la liberté d'aller et venir. Il faudra simplement prévenir des visites. Cela devrait aller.

En même temps on n'est pas tout seul : il y a des structures, et un agent social sur place, sorte de médiateur pour gérer, faire appliquer le règlement.

J'ai fait de gros progrès à La Métairie. Et je garderai des

liens avec l'institution. Alors qu'à l'origine j'avais un gros problème social, surtout autour de la mort de mes parents et du départ de mes frères en province. J'étais seul dans la vie, et je ne comptais que sur moi. Pendant 10 ans à mon compte, sans me déclarer. A La Métairie, ils n'ont pas toléré longtemps que je reprenne ces habitudes. J'ai été repris à marcher sur un fil. C'est fini. Je veux être inscrit à la Sécurité sociale, je veux être intégré socialement.

Je suis travailleur, et habile de mes mains. Aussi je n'ai pas d'inquiétude, je sais que je vais trouver du boulot. Et la perspective du logement, même si ça traîne, c'est stimulant.

GG (37 ans)

Après l'hôpital, j'ai été admis au centre de postcure La Métairie où je suis depuis environ 4 ans.

J'y ai obtenu de bons résultats puisque je suis maintenant en attente d'une place dans un studio thérapeutique.

La grande différence est, non pas que je serai seul dans mon logement, je le suis déjà, mais que je serai libre d'organiser mon temps.

Au centre, nous avons pleine liberté dans la journée, mais, à 19 heures, les portes sont fermées et il faut une bonne raison pour que vous ayez alors une autorisation de sortie. Tandis que, dans ce futur logement, je jouirai d'une totale autonomie.

Cela veut dire aussi que le personnel du centre me juge capable d'assumer pleinement cette autonomie.

Malheureusement, les travaux de rénovation du studio ont pris du retard et il me faut encore attendre quelques mois. Le temps est long quand vous êtes prêt à sortir mais que vous êtes tributaire de l'achèvement des travaux. D'autant que j'attends depuis 18 mois !

J'ai été mis en contact avec l'association Maavar qui, au vu de mon dossier, m'a attribué un studio thérapeutique.

Comment cela marche ? Nous payons un loyer qui correspond à 15 % de notre allocation (AAH), donc nous avons les obligations d'un locataire envers son bailleur. Et, une fois par semaine, nous recevons la visite d'un membre du centre. Ainsi le contact est maintenu. D'ailleurs, si besoin est, nous pouvons demander des visites supplémentaires.

Autonome, je gère mon budget, je fais mes courses, ma cuisine, etc. Il se trouve que j'aime bien faire la cuisine. D'ailleurs, au centre, nous nous faisons déjà notre déjeuner, ce qui est un bon entraînement.

J'aspire à m'y installer au plus vite.

Cédric (35 ans)

La Santé mentale en marche

La « pair-aidance » ?

Une nouvelle façon d'envisager le soin

La santé mentale, en pleine mutation, ne se conçoit plus, aujourd'hui, qu'avec un savoir-faire partagé au service des patients. Si les « usagers-familles » voient de plus en plus leur expertise reconnue, celle des « usagers-patients » est encore souvent difficile à admettre. Et pourtant, leur expérience personnelle des troubles psychiques ne les prédispose-t-elle pas à une approche originale de leurs pairs confrontés à des problèmes de même type ?

Suite à notre rencontre, à Trieste, en 2006, avec d'ex-patients devenus « pairs-aidants » dans les structures de santé mentale, nous avons pris un vif intérêt, lors des 5èmes Rencontres sur la Réhabilitation (Réh@b à Versailles les 13 et 14 mars 2008) à écouter Stéphanie Roucou parler de cette expérience innovante.

Près de Lille, La Lettre l'a rencontrée. C'est une personnalité remarquable, souffrant à la fois de difficultés psychiques et physiques mais capable, par ailleurs, de mettre peu à peu en place une vision nouvelle de « pair-aidance »...

Un parcours atypique

Cette belle jeune femme souriante de 32 ans nous reçoit chez elle, dans un pavillon de la banlieue de Lille qu'elle partage avec trois co-locataires.

Elle va nous narrer d'abord son parcours. Après de solides études (licence de mathématiques, licence de sciences de l'éducation), elle est admise directement en 2^{ème} année à l'I.U.F.M (Institut Universitaire de Formation des Maîtres) où elle choisit de se spécialiser auprès de jeunes en difficulté (« Déficience et troubles psychiques associés ») et intègre un IMPRO (Institut Médico-Professionnel) où elle enseignera plusieurs années. Elle traverse elle-même alors des difficultés physiques et psychiques mais elle saura rebondir.

Gravitant dans les lieux de soins et sachant utiliser sa formation professionnelle et sa capacité à vivre de l'intérieur ses difficultés, elle va croiser sur son chemin Mohammed, un jeune homme qu'elle connaît déjà pour l'avoir croisé à l'IMPRO. Mohammed arrive à l'hôpital en pleine crise, déroutant tout le service. C'est un cas difficile, refusant tout médicament. Mohammed reconnaît Stéphanie, il l'identifie comme alliée, professeur, « figure d'autorité non dangereuse ». Elle va tenter de l'aider. Comme elle pratique le dessin, elle l'amène à se servir de son matériel, entre autres des craies grasses (qui jugulent sa violence) et peu à peu à s'exprimer et à accepter une médication qui lui évitera la contention. Elle sait, pour l'avoir vécu, qu'« il ne peut y avoir adhésion au traitement que si la personne en perçoit le bienfait ».

A partir de cette première expérience, elle développe auprès d'autres patients cette faculté de percevoir en l'autre sa souffrance, de l'apprivoiser et de pouvoir l'aider là où sa propre souffrance le rejoint.

De l'expérience de « pair à pair » à une forme de « pair-aidance »

Un jour qu'elle est aux urgences, elle fait la rencontre d'un jeune « médecin en santé mentale » (comme il se dénomme lui-même) qui s'intéresse à ses recherches et à qui elle s'ouvre. C'est alors qu'elle lui parle de « sa valise ».

Sa valise ? Elle nous la montre. « C'est mon bien le plus précieux », « c'est une part de moi-même », « c'est toute ma reconstruction », « c'est mon lego » : elle y conserve son travail, ses références aux livres aimés (Freud, Bruner, Piaget, « Le Petit Prince », « Harry Potter »...), ses cahiers, les dessins de ceux qu'elle a aidés... et 2 livres qu'elle aime particulièrement : « Dessine-moi ta douleur », préfacé par Alain Braconnier (Ed. de la Martinière) et « Panser l'impensable » de Fernande Amblard (Jouvence Editions).

Cette valise, elle va accepter de la confier à ce médecin, Patrick Le Cardinal, de l'E.P.S.M. de Lille (secteur 59G21). Il sera à la hauteur de sa confiance. Il la lui rendra accompagnée de sa propre thèse qu'il lui dédicacera : à un « expert d'expérience 4 étoiles » !

Stéphanie, déjà auteur de plusieurs mémoires, va se voir bientôt proposer par ce médecin de travailler sur un rapport canadien, commandé par le Ministère de la Santé, du Sanitaire et du Social (MSSS) du Québec à deux associations, l'une de professionnels (AQPR), l'autre d'usagers (APUR) militant ensemble pour la réhabilitation psychosociale et, entre autres, pour la « pair-aidance ». Ce rapport, épais et difficile, Stéphanie l'étudiera, en fera une synthèse et saura le rendre accessible sous forme d'un diaporama de 7 minutes en 196 diapositives ...

Depuis, Stéphanie Roucou se forme à la « pair-aidance » : elle est maintenant collaborateur bénévole au CCOMS-Lille (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé) associée à la recherche action « Pair aidant » intégré dans les services de soins et la cité. A ce titre, elle participe à de nombreux colloques, rencontres et publications.

La pair-aidance selon Stéphanie Roucou

Sa phrase-phare :

« La pair-aidance ne s'invente pas. On ne naît pas pair-aidant, on le devient. Et ce, par un long chemin ».

Et d'ajouter : « Si on devait acheter mes expériences au prix qu'elles m'ont coûté, personne ne pourrait le payer ».

Les caractéristiques du « pair-aidant » :

« Le « pair-aidant », c'est un état d'esprit, c'est une philosophie, c'est un feeling »

« Il a une écoute active et non violente ».

« Il faut avoir acquis une sensibilité spéciale, savoir utiliser différents moyens de communication comme la langue des signes ».

« Il est vu comme « non-hostile » (car ayant vécu aussi un traumatisme) et se sert de son statut d'expert, lié à la maladie, pour en aider un autre ».

Ses missions :

Il est à une autre place que les soignants :

« On est d'abord en première ligne, puis, on repasse le témoin aux soignants ».

« On est stabilisateur, révélateur ».

« On ne fait jamais à la place de l'autre ».

« Le « pair-aidant » a mission d'aider la personne :

- à reprendre sa vie en mains (« remonter sur son vélo ») (« empowerment »),
- à retrouver un sens à la vie, à se réconcilier avec sa pulsion de vie pour dominer sa pulsion de mort (« recovery »).

« Il faut que le « pair-aidant monte sur le tandem mais fasse pédaler celui qu'il aide : l'utilisateur est devant, non derrière »...

Une porte ouverte sur l'avenir

« Quand on a commencé à comprendre que sauver le monde n'est pas possible, on peut chercher simplement à être utile à son niveau ».

La démarche profondément humaine de Stéphanie Roucou nous interpelle : spontanée au départ, elle vient de l'intérieur. Elle s'ancre sur une sensibilité artistique certaine et une richesse d'expériences personnelles. C'est naturellement que ces atouts lui permet-

tent d'accéder à la souffrance psychique de ses pairs pour tenter d'améliorer leur état.

Cette aptitude utilisée dans des cas particulièrement difficiles ne permet-elle pas de réfléchir à une approche complémentaire de soins qui, dans bien des cas, n'ont pas les effets attendus ?

Florine Vincent Deaurville

La « pair-aidance » ailleurs

En France :

A Lille : les recherches du CCOMS (Dr Roelandt) et les projets dans le secteur 59G21 de l'EPSM (Dr Le Cardinal)

A Marseille : l'existence de la pair-aidance dans une mission en santé mentale (APHM)

A Paris : dans le cadre du projet EMILIA, deux formations proposées à titre d'essai, dans le 19^{ème} arr. (secteur 75G25)

En Europe :

En Angleterre : les StaR (Support Time and Recovery Workers)

En Belgique : les « Psytoyens »

En Italie, à Trieste : présence de « pairs-aidants » notamment dans les équipes mobiles

En Amérique du Nord

Voir le parcours de Roy MUISE, un Américain, souffrant de dépression, devenu le 1^{er} pair-aidant et qui travaille au Canada (SELF HELP CONNECTION)

Depuis, de nombreux mouvements d'utilisateurs ont surgi aux Etats-Unis et au Canada.

Mots-clefs : pair-aidant, recovery, résilience, empowerment...

Publications récentes de Stéphanie Roucou

SANTE MENTALE (décembre 2008) :

Dossier « Prévenir la rechute »

Article : Le « pair-aidant », un nouveau type d'intervenant en santé mentale. Au delà des rechutes possibles, comment incarner l'espoir du rétablissement ? »

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE (vol. 84, n°10, p.914-921, décembre 2008) :

Dossier « Réhabilitation psychosociale »

Article : « Comment faire d'une fragilité un atout pour mieux rebondir »

Groupes de remédiation cognitive

La Lettre a rencontré, dans le Service Hospitalo-Universitaire de l'hôpital Sainte Anne, le Docteur Anne Gut, psychiatre praticien hospitalier responsable du CEJAAD (Centre Evaluation Adolescents Jeunes Adultes) et Madame Cécile Petitqueux, infirmière coordinatrice au sein du réseau de santé Prepsy. Toutes deux co-animent des groupes de psycho-éducation, dans le cadre de leur collaboration.

Nous sommes reçus dans le bureau du Dr A. Gut, situé dans un bâtiment neuf, la fenêtre donne sur une pelouse. L'ensemble est très clair par cette belle journée de printemps.

La Lettre : Comment fonctionnent ces groupes ?

Dr. A. Gut : Nous proposons aux adolescents et jeunes adultes, au détour d'un premier épisode ayant nécessité une hospitalisation et la mise en route d'un traitement, de participer à un programme de psycho-éducation. Le programme s'articule autour de 3 modules de 5 séances chacun : 5 séances d'informations, 5 séances de réentraînement aux habilités sociales, 5 séances de remédiation cognitive. Il a pour objectif d'apporter à la connaissance des participants la nature de leurs troubles et de leur traitement, de leur permettre d'identifier les situations de la vie quotidienne problématiques et de les aider à y remédier en mettant en place des stratégies de modification des comportements.

L.L. : Qui en fait partie ?

Dr. A. G. : Ces groupes sont composés de jeunes patients, de 18 à 25 ans, ayant de 3 à 5 ans d'évolution vers un trouble schizophrénique. Idéalement, un groupe doit comprendre 5 participants, en deçà on pourrait difficilement parler de groupe, et au delà ce serait difficile de maintenir un fonctionnement interactif. Les séances ont lieu chaque semaine.

Cécile Petitqueux : La co-animation permet la reformulation mais avant tout nous souhaitons la participation active du groupe pour éviter le « cours » magistral. La régularité du rythme des séances et de la participation de tous est essentielle à la réussite du projet.

L.L. : Quels sont les thèmes abordés ?

Dr. A. G. : Nous fonctionnons par modules de 5 séances chacun. Les thèmes sont

- Information et éducation (sur la maladie)
- Habilités sociales (aller à la banque, actualiser son CV, prise de contact avec des amis,...)
- etc.

Nous devons garder à l'esprit que ce sont de jeunes adultes qui ont perdu en autonomie dans leur vie quotidienne, ils ont des besoins concrets.



C.P. : C'est pourquoi nous devons proposer rapidement des solutions concrètes de remobilisation dont on espère qu'elles pourront se concrétiser vers une insertion professionnelle ou un apprentissage rapide. Plusieurs études démontrent cette insertion comme facteur protecteur du risque de rechute

L.L. : Quel est le rythme des séances ?

Dr. A. G. : C'est un rythme soutenu d'une séance

par semaine. Cela demande un réel investissement au patient, mais c'est un gage de réussite pour le groupe. Et il y a en plus les exercices à effectuer à domicile qui leur permettent de s'engager vraiment dans la thérapie.

L.L. : Et pendant les séances...

Dr. A. G. : Chacun présente son « travail » et le groupe réagit. Ainsi ils apprennent à développer des stratégies comportementales et cognitives qui visent à modifier leur situation problématique. Pour cela, des jeux de rôle sont parfois mis en place afin de "vivre" la situation qui leur pose problème. Et c'est ainsi qu'ils trouvent des solutions.

L.L. : Combien de patients ont participé à ces groupes ?

C.P. : Depuis 3 ans, environ 20 patients. En moyenne 5 personnes par session, soit 1 ½ groupe par an. Chaque groupe travaille environ 3/4 mois, à raison d'une séance par semaine. Et surtout nous ne devons pas oublier le temps nécessaire à la préparation.

Ils nous faut d'abord recruter les candidats potentiels, Il faut ensuite les recevoir individuellement, bâtir avec eux leur projet. Ce sont de multiples rencontres avant qu'ils ne participent au groupe.

L.L. : Et vous gardez le contact ?

Dr. A. G. : Oui bien sûr. Certains reviennent même pour participer de temps en temps à l'animation des groupes ! Pour faire partager leur expérience de la participation à ce type de programme.

C.P. : N'oublions pas non plus l'accompagnement des familles, le soutien au proche aidant, dont le soutien est indispensable. pour aider le patient à retrouver une vie sociale autonome.

Dr. A. G. : Ce sont tout de même 5 séances d'information données aux parents, et dont l'objectif est d'obtenir l'adhésion co-thérapeutique de la famille.

L.L. : Et, à la fin du groupe, vous avez prévu...

Dr. A. G. : ... Un diplôme. Oui, un vrai diplôme certifiant leur participation et l'apprentissage reçu dans et par le groupe. C'est valorisant, et donc utile. De même, ils remplissent un questionnaire sur leur qualité de vie en fin de parcours. Ce afin de leur faire prendre conscience des progrès réalisés.

L.L. : Le bilan ?

Dr. A. G. : Les résultats sont bons et encourageants.

À ce jour, nous n'avons pas eu de rechute, ni de récurrence. Ils ont acquis des stratégies pour se réorganiser, et ils peuvent rappeler, ils gardent le contact. Ils ont gagné en autonomie, parfois il y a de légers reculs, d'où la nécessité de piqûres de rappel. Très important aussi, ils ont développé une bonne adhésion thérapeutique, ils sont donc devenus les véritables acteurs de leurs soins. Ils sont concrets, ils font un diagnostic précis de leur état, avec une bonne compréhension de leurs troubles, donc ils vivent avec.

La force de ces groupes, ouverts, est qu'ils s'articulent sur un ensemble, et s'appuient sur un projet défini (reprenre le travail, reprenre la fac, ...) qui met en valeur leurs possibilités.

L.L. : Merci Mesdames. Il me reste à vous remercier pour votre accueil et à souhaiter que votre exemple se répande plus largement dans notre pays.

Propos recueillis par J-L Le Picard

Prepsy, réseau de santé mentale

Nous ne pouvions traiter de la réhabilitation, et l'idée sous-jacente de réseaux qu'elle implique, sans évoquer Prepsy, réseau de prévention animé par le Docteur Gozlan.

Celui-ci nous a rappelé le rôle novateur joué par Prepsy en complément de l'hôpital, avec des examens, des bilans et, au-delà du médical, la nécessité d'être en lien avec l'école, la réinsertion professionnelle, la réhabilitation, le retour à la vie sociale.

La mission même de Prepsy c'est la mise en contact des patients et des professionnels, des professionnels entre eux, pour faciliter un diagnostic toujours plus précoce chez les jeunes.

Ainsi une procédure bilan, offerte aux jeunes, est suivie par une infirmière et les informations sont retournées au médecin traitant et au patient.

Les infirmières et les médecins scolaires sont des relais importants, comme le sont les praticiens généralistes, les pédiatres, les neurologues. Mais il faut leur faciliter l'accès au monde de la psychiatrie. Un coupe-file a été instauré pour qu'ils ne soient pas perdus entre les CMP, les hôpitaux psychiatriques et les consultations.

Car il est vrai que la profession est responsable de la méconnaissance des autres. Mais il y a des progrès, et Prepsy s'y emploie activement.

Prepsy n'est pas un cas isolé, de plus en plus nombreux sont les psychiatres qui ont compris la nécessité de travailler en réseau à ce joyeux *aggiornamento* d'une psychiatrie en vase clos.