

# LE LIEN



des familles de l' Côte d'Or  
Numéro 7 15 septembre 2004

---

UNAFAM Côte d'Or Maison des Associations 2, rue des Corroyeurs Boîte K4 21000 DIJON  
☎ 03 80 49 78 45 ✉ UNAFAM21@aol.com

---

## LE BILLET DU PRÉSIDENT DÉLÉGUÉ

A l'occasion de cette rentrée, je voudrais adresser à toutes les familles de Côte d'Or dont un des proches est atteint d'une maladie psychique, un message *d'espoir raisonnable*. En effet, comme nous l'a confirmé notre Congrès de Bordeaux, la reconnaissance du « Handicap Psychique » va devenir effective. Surtout, pour ne pas que cela reste un slogan vide, cette reconnaissance sera accompagnée de la création de structures spécifiques pour les handicapés psychiques résidant dans la cité : Clubs, Service d'Aide à la Vie Sociale (S.A.V.S.), « Familles Gouvernantes »... Une délégation de l'UNAFAM Côte d'Or, Madame Parisot Vice-Présidente et le Président-Délégué, a rencontré le 5 juillet dernier Madame Wrobel, Chef du Service Vieillesse et Handicap au Conseil Général : nous avons maintenant le feu vert pour l'étude de faisabilité de trois structures pour handicapés psychiques vivant dans la cité. D'où l'importance de la réunion des familles du 11 septembre qui devra être l'expression de nos besoins. Mais, nous n'oublierons pas notre

mission principale : il faut encore améliorer notre tâche d'entraide et d'information des familles. Pour ce faire, augmenter le nombre de bénévoles, leur donner une formation, améliorer l'accueil, les permanences, la qualité du journal...

A ce sujet, notez les thèmes des prochaines réunions des familles : le 20 novembre « le comportement des parents face à un proche atteint d'une psychose » (titre provisoire) par Madame VERSET, psychologue référente de l'UNAFAM Côte d'Or ; le 15 janvier 2005 commentaires autour de l'article du Docteur Wallenhorst paru dans le Numéro 4/2003 du magazine de l'UNAFAM Un autre Regard : « Description clinique et prise en charge thérapeutique du patient schizophrène » séance animée par le même Docteur Wallenhorst. Ultérieurement nous devrions avoir une séance sur les troubles bi-polaires. Conservez soigneusement ce numéro du « Lien » en souhaitant qu'il soit caduc très rapidement ... Et surtout « portez-vous le mieux possible ! »

Francis JAN  
Président Délégué de l'UNAFAM21

## QUI FAIT QUOI A L'UNAFAM CÔTE D'OR? L'UNAFAM ET SA REPRESENTATION

Il est bon que chaque famille sache que les bénévoles de l'UNAFAM sont engagés dans un important travail dans les Commissions, dans les Conseils d'Administration, afin d'y défendre les intérêts des patients et de leurs familles.

Pour la représentation institutionnelle, l'UNAFAM de Côte d'Or assiste aux travaux des commissions et institutions suivantes :

- COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel)

Titulaire le Docteur LACASSAGNE

- Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP), qui vérifie le bon déroulement des hospitalisations, l'absence d'abus...

Titulaire actuel Monsieur JOUANET, en fin de mandat, un nouveau candidat ayant été proposé par l'UNAFAM, Monsieur MARDELLAT

- Conseil d'Administration du CHS de Dijon

Administrateur des usagers Familles : Madame JAN

- Conseil d'Administration de l'Hôpital local d'Alise Sainte Reyne.

Administrateur : Monsieur BREON

- Commission des experts pour la stérilisation à visée thérapeutique

Titulaire : Monsieur JAN

- Commission Régionale de Santé Mentale (définit sur le long terme la politique de santé mentale)

Titulaire : Monsieur JAN

Par ailleurs, l'UNAFAM est présente dans les institutions et associations suivantes :

- Centre d'Aide par le Travail (CAT) « Le Goéland »

Administrateur : Monsieur JOINNET

- UDAF (Union Départementale des Associations Familiales)

Administrateur : Madame JAN

- Conseil à la Vie Sociale de la Résidence ICARE

Monsieur TUIZAT

- Association de Champmol (Association gestionnaire des structures de réadaptation de la Fédération de Réinsertion)

Administrateur, Second vice-Président Monsieur JAN . Autre Administrateur Monsieur BONNOT

L'UNAFAM de Côte d'Or est présente à l'UDIP (Union Départementale pour l'Insertion Professionnelle).

## ECOUTE FAMILLE

Parmi les services que peut rendre l'UNAFAM, pensez à « Ecoute Famille » qui fournit aux proches un soutien psychologique délivré au téléphone par des spécialistes.

ECOUTE FAMILLE TEL : 01 42 63 03 03

## LES PERMANENCES.

Depuis le 06 septembre, les permanences ont repris à notre bureau 125 de la Maison des Associations à Dijon de 14h00 à 17h00.

Les permanences sont ouvertes à toutes les familles qui recherchent de l'entraide, de l'information, des ébauches de solution.

Les adhérents de notre association peuvent également s'y rendre lorsqu'ils désirent des renseignements, lorsque se posent des problèmes, ou emprunter un livre à la bibliothèque...

## LE GROUPE DE PAROLES DU DOCTEUR WALLENHORST A SEMUR

Nous invitons une nouvelle fois les membres et sympathisants de notre association résidant dans le Nord de la Côte d'Or à participer au Groupe de paroles du Docteur Wallenhorst à l'hôpital de Semur.

### Prochaines réunions :

Vendredi 10 septembre.

Vendredi 08 octobre

Vendredi 05 novembre

Vendredi 03 décembre

A 14h00, service Psychiatrie de l'Hôpital local de Semur en Auxois.

## RENCONTRE UNAFAM<sub>21</sub>/CHS

En raison du départ du Directeur du CHS, Monsieur Lair, la rencontre UNAFAM<sub>21</sub>/CHS a été avancée au JEUDI 07 OCTOBRE, 18h30 salle des Longs Séjours du CHS. Seront invités les responsables des 1<sup>er</sup> et 3<sup>o</sup> secteurs (Hôpital Général et Semur). Il est très important qu'un nombre élevé de familles puissent y assister afin de faire entendre notre voix auprès des équipes soignantes. Un buffet dînatoire prolongera et clôturera cette réunion...

## MONSIEUR BREON A QUITTE SES FONCTIONS ....

Comme nous l'avons indiqué dans notre précédent bulletin, Monsieur Jacques Bréon a quitté ses fonctions de Délégué Régional de l'UNAFAM Bourgogne, en raison de son état de santé.

Les parents de Monsieur Bréon furent parmi les premiers à adhérer à l'UNAFAM, c'était il y a quarante ans...

En 1975, le Président national de l'UNAFAM, Monsieur Constenzoux, demande à Monsieur Jacques Bréon de prendre la direction de la section de Côte d'Or.

En 1982, il succède à Monsieur Gerondeau comme Président de l'Association du foyer des Boisseaux à Monéteau (Yonne). Rappelons que ce foyer a été fondé par une trentaine de familles, affiliées à l'UNAFAM, qu'il fut ensuite le premier à bénéficier d'un mode de financement original (la double tarification) *que c'est une structure remarquable où, bien que située dans l'Yonne, les patients de Côte d'Or peuvent y être incorporés.* (un article sera consacré à ce foyer dans un numéro ultérieur).

En 1985, Monsieur Bréon est élu membre du Conseil d'Administration de l'UNAFAM nationale.

Avec la section de Côte d'Or, Monsieur Bréon organise le congrès de notre organisation à Dijon, congrès qui fut présidé par le Ministre de la santé de l'époque. (Le repas, organisé au clos Vougeot pour cette occasion, fait encore pâlir de jalousie tous les organisateurs ultérieurs de congrès...).

Monsieur Bréon devint alors Délégué Régional de l'UNAFAM Bourgogne, poste qu'il vient de quitter.

Il reste adhérent à notre section de Côte d'Or...

Nous le remercions chaleureusement pour tout le travail entrepris depuis plus de trente ans.

# LES STRUCTURES DE REINSERTION POUR MALADES PSYCHIQUES EN COTE D'OR: *CELLES QUI EXISTENT*

## COMPTE-RENDU DE LA REUNION DES FAMILLES DU 5 JUIN 2004

Le Président délégué tient à remercier la Résidence ICARE et son directeur Pascal SOLOGNY, d'avoir accueilli la réunion des familles dans leurs locaux.

Cette séance d'information avait pour objectif de faire le point sur l'offre d'accompagnement et de suivi proposée aux malades psychiques en Côte d'Or à l'exception des CMP bien identifiés dans chaque secteur.

Le CHS est le lieu de résolution des crises. Quand le patient sort d'un établissement hospitalier, vers quoi peut-il se tourner, quelles sont les structures susceptibles de l'accueillir? Voilà des questions que se posent les familles de manière récurrente et que souligne Francis Jan avant de remercier très sincèrement les orateurs présents qui ont bien voulu faire connaître les organismes dont ils ont la charge :

- Monsieur WEYRICH, cadre supérieur de santé, responsable de la Fédération Réinsertion-Réadaptation.
- Mesdames BENDAHMANE et LEGOUX, opératrices d'insertion de Challenge-Emploi.
- Monsieur LOURDIN, cadre infirmier, directeur des Ateliers Le Goéland.
- Monsieur MAUBROU, cadre supérieur de santé, directeur de la Maison Matisse.
- Monsieur SOLOGNY, directeur de la Résidence Icare, qui tient à transmettre les excuses du président de l'association, monsieur LABBE, retenu par d'autres obligations.

Compte tenu de la densité des sujets abordés, il est décidé de reporter à la prochaine réunion le travail

d'une unité de la Fédération de Réinsertion-Réadaptation : le Centre Bachelard (responsable monsieur VASSEUR) ainsi que l'exposé sur les structures à créer.

## LA FEDERATION DE REINSERTION-READAPTATION

A partir d'une réflexion sur le Projet d'Établissement, un groupe de travail « Réadaptation-Réinsertion » a été mis en place en octobre 1992 dans le cadre de la Commission Médicale d'Établissement du CHS avec pour mission :

- d'évaluer le fonctionnement et l'activité actuels des structures de réinsertion déjà créées par les différents secteurs : Sésame - Appartements protégés - Ariane - Etape - Ardor - Bachelard - Bergerie.
- d'estimer les besoins de ce champ de la réinsertion auxquels il n'aurait pas encore été apporté de réponses adéquates, et de faire d'éventuelles propositions.
- d'envisager l'instauration d'une politique globale et coordonnée des actions de réinsertion, et dans cette perspective, de réfléchir aux conditions de mise en place d'une fédération.

Une telle organisation était considérée comme étant assez innovante car les hôpitaux publics sont divisés généralement en service.

Parallèlement, la loi du 31 juillet 1991 lui assurait un cadre légal. La Fédération à la tête de laquelle se trouve un médecin coordinateur (Docteur PETIT) assisté d'un cadre paramédical regroupe plusieurs structures.

BOC8  
**FEDERATION de REINSERTION-READAPTATION**  
BOC8

**Dr F. PETIT - Praticien Hospitalier Coordinateur**

A. WEYRICH - Cadre Supérieur de Santé - tél/fax 03 80 42 49 85      Secrétariat - 03 80 42 49 81

STRUCTURE	ADRESSE	SPECIFICITE
Unité d'Hospitalisation ETAPE	CHS de la Chartreuse 1 Bd Kir 21033 DIJON cedex 03 80 42 49 82	Admissions centrées sur la réinsertion et la réadaptation. Développement de l'autonomie. Capacité 8 lits <i>Permanence 24 h / 24</i>
C.A.T.T.P. Maison MATISSE	14 rue de la Confrérie 21121 FONTAINE les DIJON 03 80 56 46 54	Admissions centrées sur la réinsertion et la réadaptation. Capacité 15 places <i>Permanence 24 h / 24</i>
C.A.T.T.P. LUCIE en CARROIS	CHS de la Chartreuse 1 Bd Kir 21033 DIJON cedex 03 80 42 49 38	Maison communautaire Lieu de vie Capacité 20 places <i>Permanence 24 h / 24</i>
Accueil Familial S.E.S.A.M.E.	CHS de la Chartreuse 1 Bd Kir 21033 DIJON cedex 03 80 42 49 55	Activités et suivi thérapeutiques axés sur l'accueil familial <i>Permanence du lundi au vendredi 8h-12h / 13h30-17h15</i>
C.A.T.T.P. BACHELARD	2 allée de Beauce 21000 DIJON 03 80 43 81 82	Activités thérapeutiques à médiation expressive sur prescription médicale <i>Permanence du lundi au vendredi 9h-12h24 / 13h45-17h57</i>
Atelier Thérapeutique A.R.D.O.R.	47 rue de Jouvence 21000 DIJON 03 80 53 92 86	Activités et suivi thérapeutiques adaptés aux besoins des patients sur prescription médicale <i>Permanence du lundi au vendredi 8h-11h48 / 13h12-17h</i>
Appartements Protégés	CHS de la Chartreuse 1 Bd Kir 21033 DIJON cedex 03 80 42 49 40	Suivi thérapeutique sur prescription médicale <i>Permanence 8h-12h / 13h30-17h15</i>
Ergothérapie	CHS de la Chartreuse 1 Bd Kir 21033 DIJON cedex 03 80 42 49 84	Activités thérapeutiques sur prescription médicale <i>Permanence du lundi au vendredi 9h - 17 h 30</i>
Art-Thérapie	CHS de la Chartreuse 1 Bd Kir 21033 DIJON cedex 03 80 42 48 48 (p 5338)	Activités thérapeutiques sur prescription médicale

LES MISSIONS

Les objectifs de la Fédération s'orientent dans trois directions:

- proposer à certains patients des différents secteurs du CHS un ensemble d'activités de soins, complémentaires du travail thérapeutique mené par chaque secteur et visant à favoriser l'autonomisation et la réinsertion des patients.

Ces activités de soins, diverses et spécifiques sont conduites:

- soit dans des unités intra-hospitalières lorsqu'il s'agit d'un travail d'individualisation-autonomisation préparant à la sortie de l'hôpital, - soit dans des structures extra-hospitalières lorsqu'il s'agit de réaliser et d'accompagner la réinsertion des patients au plan de l'hébergement, des activités professionnelles et des relations avec le milieu social et familial.

Ces actions de soins s'intègrent dans le projet thérapeutique individuel élaboré par l'équipe soignante du secteur d'origine du patient; cette équipe soignante référente demeure le garant de l'orientation globale et de la cohérence des soins qui sont dispensés au patient.

2) - évaluer régulièrement le fonctionnement et l'activité des différentes structures de réinsertion.

3) - instituer une réflexion visant : . à apprécier l'adéquation de ces structures avec l'évolution des besoins du CHS dans le domaine de la réinsertion,

. à promouvoir des projets d'adaptation de ces structures ou de création de nouvelles structures.

## LES ADMISSIONS

L'admission d'un patient dans une unité fonctionnelle de la fédération est décidée par le praticien responsable de l'unité, à la demande du médecin référent du patient.

Le médecin référent reste associé à l'organisation globale et à la continuité des soins.

L'équipe soignante du secteur d'origine est régulièrement informée de l'évolution du patient au sein de l'unité fonctionnelle.

L'interruption des soins est décidée

par le praticien de l'unité fonctionnelle en concertation avec le médecin du patient.

## A.R.D.O.R.

Sur la demande du Président délégué de l'UNAFAM Côte d'Or, Monsieur WEYRICH présente aux familles une structure un peu spécifique, A.R.D.O.R. ( Ateliers Réalisant Diverses Œuvres de Rénovation).

Cette unité est un lieu de réentraînement à l'activité professionnelle de patients dont quelques uns peuvent être encore hospitalisés, avec objectif de se recréer par le travail.

Les techniques du bâtiment en constitue le support.

L'encadrement est bien identifié, à savoir des infirmiers et des éducateurs.

L'organisation repose sur deux pôles d'activité :

- des cabines où l'on apprend les techniques.
- Le travail proprement dit qui s'effectue dans les appartements protégés.

Il ne s'agit ni d'ergothérapie, ni d'emploi « aménagé » (C.A.T.).

L'unité est en relation avec la COTOREP, notamment pour pratiquer des évaluations de capacité.

L'effectif employé est l'équivalent de 15 personnes par jour.

Comme dans toutes les structures de la Fédération l'initiateur de la demande d'admission est le médecin soignant le patient.

Le médecin référent d'A.R.D.O.R. est le Docteur LAROME, la psychologue référente Madame FOURCHE

## QUELQUES REMARQUES DU DOCTEUR CAPITAIN

Chaque malade reste ainsi dépendant du médecin qui l'a orienté vers une structure de la fédération. Si l'expérience n'est pas satisfaisante, il revient vers son secteur d'origine, d'où continuité dans la prise en charge.

L'unité SESAME est constituée actuellement autour de 24 familles, agréées par le Conseil Général, qui reçoivent des personnes psychotiques stabilisées, ayant une certaine autonomie. L'équipe soignante visite les patients à domicile. L'idée est que les malades ont besoin d'un environnement important : la famille d'accueil et l'équipe soignante. Les difficultés résident dans le fait que certains n'acceptent pas le règlement familial (au CHS ils jouissaient d'une « certaine liberté »). Par ailleurs l'hébergement est essentiellement rural, ce qui pose problème pour la population jeune.

Cette organisation est inter-sectorielle au sein du CHS, donc exclut le CHU et l'hôpital de SEMUR. Les APPARTEMENTS PROTEGES sont surtout situés à Dijon et dans ses environs, quelques uns à Beaune, toutefois. Ils sont au nombre de 30, quatre infirmières étant responsables de 7 à 8 patients chacune et passant autant que de besoin.

## CHALLENGE EMPLOI

### HISTORIQUE

De façon à lutter contre les difficultés d'accès à l'emploi des travailleurs handicapés par des fragilités liées à une maladie mentale, le PDITH (Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés) en collaboration avec l'AGEFIPH et l'association PEP 21 a créé un nouveau service CHALLENGE EMPLOI ouvert depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000.

#### 1) OBJECTIFS DU SERVICE.

- Accompagner les personnes handicapées dans leurs démarches vers l'emploi en milieu ordinaire de travail, en prenant en compte leur problématique globale, et en concertation étroite avec les intervenants gravitant

autour de la personne: partenaires médicaux, sociaux et professionnels. *Possibilité d'accompagnement 45 personnes sur ce volet.*

- Le maintien dans l'emploi de personnes salariées, présentant des risques de désinsertion professionnelle liés à des troubles mentaux. *Possibilités d'accueillir 5 personnes sur ce 2ième volet.*

Les entrées et les sorties du service permettent d'assurer un flux régulier, sans trop d'attente.

## 2) CARACTERISTIQUES DU PUBLIC ACCOMPAGNE :

- Bénéficiaire de la loi de 1987.
- Souffrant de maladie mentale ou de troubles psychiatriques.
- Suivi médicalement et en voie de stabilisation
- Manifestant la volonté de s'insérer professionnellement en milieu ordinaire de travail, mais éloigné de l'emploi.

## 3) PROCEDURES D'ADMISSION:

Les demandes sont examinées au sein d'une commission interne au service, qui se réunit une fois par mois, composée de l'équipe et du médecin psychiatre. Réduction du délai d'arrivée sur le service.

Possibilité de travailler en amont du projet de réinsertion avec le prescripteur, ou le partenaire.

### *PRESCRIPTEURS*

- ANPE
- CAP EMPLOI
- MISSION LOCALE
- PLIE (plan local d'insertion par l'économie)

Une fiche de liaison en possession des services est à nous transmettre afin d'établir un premier contact.

## 4) LES MOYENS

*Une équipe*

Une psychologue clinicienne responsable du service à temps plein dont 2/3 temps opératrice d'insertion.

Une psychologue du travail opératrice d'insertion à mi-temps.

Une infirmière du centre hospitalier spécialisé de la Chartreuse à temps plein et mise à disposition.

Un psychiatre, à titre d'appui technique pour l'équipe, à raison de deux réunions de travail mensuelles. Pas de rencontres avec les demandeurs d'emploi. Les patients bénéficiant de l'accompagnement de Challenge Emploi restent sous la responsabilité thérapeutique de leur médecin habituel.

*Un lieu*

Le service d'accompagnement implique par définition l'écoute et l'accueil dynamique des personnes suivies dans leur parole, leur désir au regard du travail, mais aussi la mise en confrontation de ces paroles avec des actes posés.

Le service a été installé volontairement dans un pavillon de type F4 situé dans une zone d'habitation, où l'équipe accorde une grande importance à l'accueil chaleureux et rassurant qu'elle peut offrir.

### *Un partenariat*

La prise en charge de la personne dans sa globalité implique un travail de partenariat important, autant dans le recueil d'informations au début de la prise en charge que dans le déroulement de l'accompagnement.

Le but est d'être tous sur le même projet, en tenant compte des compétences apportées par chacun des partenaires. Ceci est d'une grande importance pour des personnes souffrant de maladies psychiatriques.

- *Partenaires médicaux* : médecin, équipe soignante, Centres Médicaux Psychologiques, psychologues, médecin du travail.

- *Partenaires sociaux* : Foyer d'hébergement, assistante sociale, tuteur, service RMI, service de la CRAM . . .

- *Partenaires professionnels* : employeurs, ANPE, ASSEDICS, organismes de formation tels que l'AFPA, GRETA, CFA . . . service emploi des mairies, le PIE . . .

Autres partenaires: associations pour de l'aide individualisée . . . pour des remises à niveau, consolidation d'acquis, remise en confiance . . . , centre de volontariat, et travail avec les familles si la personne le souhaite.

## 5) METHODOLOGIE D'ACCOMPAGNEMENT

Le soutien dans l'action est défini par une contractualisation entre le bénéficiaire et le service.

Des rencontres hebdomadaires adaptées à chacun sont planifiées. Elles sont différentes autant dans le contenu que dans la durée, en relation avec les différentes démarches engagées.

Ces RV peuvent être consacrés à des démarches concrètes (CV, lettre, accompagnement auprès de l'employeur. . .) mais ils peuvent être aussi une écoute, une aide durant le parcours.

Durée d'accompagnement : une année, prolongée de 6 mois de maintien sur le poste.

*Challenge emploi est un lieu singulier où sont pris en compte les souhaits et les difficultés de la personne dans sa globalité, avec comme objectif premier son insertion professionnelle, dans les meilleures conditions.*

## LES ATELIERS « LE GOELAND »

### INTRODUCTION

Dès les années 1970, se sont développées, dans les CHS, des recherches de solutions destinées à rendre aux malades mentaux une perspective de vie qui ne soit plus un interminable séjour en institution hospitalière.

Ces recherches s'avèrent difficiles et lentes.

La législation des années 1975, en matière d'aide sociale, sera déterminante pour la création et l'évolution de structures telles que les C.A.T. (Centre d'Aide par le Travail). Sous la forte impulsion des associations de parents d'enfants inadaptés, des structures protégées s'ouvrent, alors, dans la banlieue dijonnaise.

Ces centres, destinés à offrir des activités accessibles à des déficients mentaux, ont pour but d'éviter une action destructrice et parfois de longs séjours en milieu psychiatrique, motivés, le plus souvent, par des raisons sociales et humanitaires.

Cependant le fait demeure que les deux domaines de la maladie mentale et de la déficience intellectuelle, généralement précoce, ont été trop longtemps mis en parallèle, jusqu'à une totale confusion.

Entraînés par ce nouveau courant d'extériorisation de l'hôpital, quelques malades mentaux psychotiques sont dirigés vers les C.A.T., d'où ils sont vite exclus.

Généralement riche d'un cursus scolaire primaire ou secondaire, sinon professionnel ou universitaire, ils ne peuvent s'adapter au travail monotone et répétitif offert dans ces structures. Leur comportement inattendu, parfois incompris et surtout complexe, dérouté les éducateurs chargés de l'encadrement.

Dans un délai court (environ deux ans), tous ces malades, ainsi répartis, sont réadmis en service hospitalier, très souvent en urgence, en complète détresse, présentant des troubles psychiatriques délirants ou hallucinatoires qui, auparavant, avaient été stabilisés depuis plusieurs années.

Nous remarquons alors, que seuls les déficients intellectuels, ou, plus simplement, les débiles mentaux (terme de l'époque), fourvoyés dans les hôpitaux psychiatriques, à une époque antérieure aux années 1960, s'épanouissent en C.A.T. et accèdent, peu à peu, à une certaine autonomie.

Le constat, à la fois clair et tranchant, nous apparaît :

Les malades mentaux qui ne sont pas déficients intellectuels, ne peuvent pas s'adapter en C.A.T. traditionnel où les échanges d'opinion, d'idées, d'émotion, se révèlent de l'ordre de l'incommunicabilité avec la population de ces centres, qui constitue leur entourage au quotidien.

En outre, leurs difficultés relationnelles s'aggravent avec les critiques ou les propos émis sur le travail exigé.

Nombre d'entre eux sont cités par les moniteurs comme « des personnes peu actives, inintéressées, perturbant l'univers des groupes dans lesquels ils évoluent ». D'autres fois leurs comportements sont interprétés : « ces personnes connaissent bien et savent utiliser le système d'assistance sociale, juste pour ne pas être obligées de travailler ».

### Un projet prend naissance

En 1980, une équipe pluridisciplinaire (administrateurs, médecins, psychologues, infirmiers) du CHS La Chartreuse, imagine un projet à partir des expériences tentées d'insertion en C.A.T. et du résultat négatif qui s'en dégage.

Cette équipe sait que certains malades s'épanouissent dans les ateliers d'ergothérapie, à caractère artisanal du CHS, laissant libre court à leur initiative, leur intelligence et leur imagination. Les ateliers d'imprimerie, de reliure, d'encadrement en sont, chaque jour, témoins.

### Extérioriser ces activités hors l'hôpital.

Comment ?

La seule alternative possible a été d'accepter de recourir à l'application des textes régissant les C.A.T. classiques.

En effet, les séquelles de la maladie interdisent tout projet d'ouverture d'atelier protégé, en raison des exigences de rendement imposées à ces derniers.

A nouveau, une appellation commune entre ce que nous voulions créer et les C.A.T. traditionnels, perpétuaient la confusion, déjà évoquée, entre le malade et le déficient mental mais, législation oblige, aucun choix ne fut possible.

## STATUT DE L'ETABLISSEMENT

Notre projet prit corps avec la création du C.A.T. « LE GOELAND », qui pouvait ouvrir ses portes en avril 1983.

Ces ateliers, de type artisanal permirent aux malades psychotiques stabilisés d'approcher une activité professionnelle faisant appel à leur potentiel intellectuel et créatif, en milieu adapté aux séquelles de leur affection.

Ce C.A.T., spécifique, spécialisé, est resté jusqu'en 1990 dépendant de la gestion du C.H.S., berceau du projet.

Aujourd'hui, LE GOELAND est un établissement médico-social autonome, géré par une association privée à but non lucratif (loi 1901).

Autorisé à fonctionner pour une capacité de 30 places E.T.P : 22 hommes, 12 femmes en 2004, d'une moyenne d'âge de 42 ans (de 26 ans à 56 ans), l'établissement reçoit, spécifiquement, après avis de la COTOREP, des malades psychotiques non déficients intellectuels et stabilisés. 80 % de l'effectif actuel souffre d'un syndrome schizophrénique.

La structure fonctionne en externat, donc sans hébergement, ce qui, d'entrée pose comme objectif essentiel, l'accès à l'autonomie sociale par l'habitat. Tous les travailleurs du C.A.T. ont un hébergement privé en ville, aucun n'est en foyer.

## STATUT DU PERSONNEL

Le choix de l'accueil spécifique de malades psychotiques exigea la mise en place d'une équipe de professionnels tout aussi spécifique. Il ne fut fait appel à aucun des professionnels du secteur social, habituellement rencontrés dans ce type d'établissement : éducateurs, éducateurs techniques.

L'équipe chargée de l'animation se compose de :

-1 directeur détaché du C.H.S. Il a la double compétence de soignant (infirmier) et de gestionnaire.

-1 secrétaire de direction qui assure également les écritures comptables.

-2 infirmiers de secteur psychiatrique mis à disposition par le C.H.S. Ils ont été formés et ont les capacités requises pour suivre et comprendre le comportement pathologique, afin d'accompagner, dans les meilleures conditions possibles, ces travailleurs dans leur évolution. Sur le plan hiérarchique, chacun est responsable d'atelier, l'un au façonnage, l'autre à l'encadrement.

-Le personnel technique est composé de quatre professionnels :

. 1 agent de méthode responsable des ateliers Imprimerie et Sérigraphie.

- . 1 moniteur d'atelier en Imprimerie (Offset).
  - . 1 moniteur d'atelier en Sérigraphie.
  - . 1 moniteur d'atelier Encadrement Artisanal.
- 1 médecin psychiatre qui assure des vacances mensuelles, plutôt orientées vers l'aide au soutien de la dynamique du groupe, soit avec les travailleurs, soit avec l'équipe d'encadrement. Il n'intervient pas dans le soin psychiatrique, chaque travailleur étant suivi individuellement par une équipe et un médecin psychiatre.

## BUTS ET FINALITES DU GOELAND.

Un des principes de notre fonctionnement et de nos approches est de poser, comme base, que la question de l'insertion sociale et\ou professionnelle en milieu protégé, puis en milieu ordinaire, est admise pour toute personne handicapée par un syndrome psychotique.

Cette intégration est systématiquement pensée comme « possible à atteindre » pour tout travailleur handicapé, quelle que soit la nature de ses symptômes et de ses difficultés à l'entrée, quand bien même existe l'impossibilité de prévoir, au moment de l'admission d'un travailleur handicapé, s'il pourra atteindre un niveau d'insertion sociale\ou professionnelle en milieu adapté ou en milieu ordinaire.

De notre expérience de 20 ans, il ressort comme essentiel qu'il n'y a strictement aucune correspondance actuellement repérable entre la pathologie, le degré du déficit, et, les possibilités d'intégration dans un milieu professionnel et de réalisation pratique (au sens de l'acquisition de la gestuelle).

En ce qui concerne le déficit lié au handicap, on trouve, à priori, un paradoxe total. On observe que, pour des activités simples : conditionnement, petits travaux répétitifs, la question du niveau intellectuel n'a rien à voir avec les capacités de réalisation. Il est tout à fait possible à un travailleur handicapé, déficitaire intellectuellement, d'être capable de tenir une activité régulière et satisfaisante.

Par contre, les travailleurs handicapés psychiques, beaucoup moins déficients sur le plan intellectuel, posent des problèmes d'insertion, en milieu adapté ou ordinaire, beaucoup plus difficiles, dans la mesure où ils présentent des troubles du comportement, une instabilité et des difficultés relationnelles mal perçues par leurs collègues.

Le meilleur critère d'insertion possible s'avère, de façon étonnante, être un sorte de « sympathie » que la personne handicapée est capable de provoquer chez « l'autre », grâce à la normalité de son comportement, sa régularité, sa ponctualité, la fiabilité de son travail. Les travailleurs handicapés les plus mal supportés sont ceux qui ne remplissent pas ces critères.

En ce qui concerne le groupe de travailleurs du C.A.T. du GOELAND, il est souvent fait constat que même si l'on observe une capacité théorique à comprendre une séquence technique professionnelle, il demeure que le passage à l'action pratique, manuelle, se révèle difficilement accessible ou même simplement impossible.

Dans tout cela, la question de la formation, de la qualification, la notion de « Temps », au sens de la durée, mais aussi au sens du moment opportun pour « entreprendre », chez les personnes handicapées par un état psychotique, sont des aspects loin d'être négligeables, dans une pédagogie éducative très spécifique.

## OBJECTIF DES ATELIERS

### Le cadre des ateliers

Conscients du handicap majeur des malades psychotiques, véritables « handicapés de la relation », nous avons conçu l'architecture des ateliers pour favoriser le contact visuel et verbal grâce à l'utilisation d'espaces largement ouverts, agréables, clairs, forts en couleurs, cela agrémenté par la disposition judicieuse d'une mezzanine, en plein cœur des ateliers. Les relations humaines en sont favorisées. Une salle de repos permet à chacun, soit de s'isoler un instant, soit de rencontrer les autres sur un mode convivial, lors des poses prévues.

### Le caractère artisanal des activités

La volonté de conserver une dimension artisanale n'exclut pas la nécessité d'être productif.

#### - L'imprimerie : 7 travailleurs handicapés

Cartes de visite, papier à en-tête, carnets de commande numérotés, affiches et documents publicitaires. Utilisation de l'offset, élaboration des films en laboratoire, création de maquettes, utilisation de l'outil informatique.

#### - L'encadrement : 7 travailleurs handicapés

Pour cet atelier, à l'envergure artisanale s'ajoute l'aspect artistique. Du sous-verre aux présentations luxueuses, l'équipe livre un travail de qualité à une clientèle de peintres locaux et de particuliers. La responsabilité individuelle est fort marquée car les

travailleurs handicapés manipulent des documents privés parfois pièces uniques de collection.

#### - La sérigraphie : 4 travailleurs handicapés

Impression de textes, logos, sigles.

#### - Le façonnage : 14 travailleurs handicapés

Le travail est essentiellement manuel : fabrication de carnets, liasses – envoi de prospectus, catalogues – activités de conditionnement en agro-alimentaire aux règles d'hygiène strictes sur le site du donneur d'ordre. Le plan d'équipement et d'investissement en matériel et en locaux ainsi que le savoir-faire professionnel ont permis de parvenir :

- à un équilibre technique \compétence

- à un gain rapidité \qualité

facteurs qui nous engagent à la recherche d'une nouvelle clientèle qui se trouve aujourd'hui en régression d'un point de vue quantitatif, notamment en Imprimerie.

## LA « MAISON MATISSE »

C'est la nouvelle dénomination de l'ex Foyer de la Bergerie depuis le 1<sup>er</sup> mai 2001, date de reprise de l'activité et de la gestion directe par le CHS La Chartreuse. Créé en 1975, dans la suite du courant antipsychiatrique post soixante-huitard, à l'initiative de parents d'enfants malades mentaux, avec l'aide d'autres associations caritatives ou médico-sociales, regroupés dans l'Association Entraide Bergerie pour

gérer le Foyer de la Bergerie qui a vu, au fil du temps et de son expérience, son statut passer de CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) à Foyer de postcure en 1994 (hospitalisation partielle) et maison communautaire Matisse en 2002.

De même, son équipe constituée à la base de bénévoles porteurs des idéaux soignants, a dû rapidement se professionnaliser en parallèle

d'interventions médicales et de la présence d'un(e) psychologue pour en orienter le travail. Elle s'est ouverte ensuite aux complémentarités professionnelles (éducateurs et infirmiers) pour enrichir sa prise en charge.

La maison Matisse est actuellement située, et ce jusqu'au 2ème semestre 2005 dans les locaux de l'ex villa Saint-Luc au 1 route de Dijon à Fontaines lès Dijon pendant la durée des travaux de rénovation de ses locaux habituels du 14 rue de la confrérie. C'est une unité fonctionnelle de la Fédération de Réinsertion du CHS de la Chartreuse sous la forme d'un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel).

La modalité retenue par le CHS est de distinguer la fonction hébergement de celle des soins (prise en charge). La nouvelle entité institutionnelle fonctionne donc sous la forme d'une résidence locative type Maison communautaire associée à un CATTP (lieu de soins séquentiels) qui devient la nouvelle dénomination de la structure de prise en charge assurée par l'équipe.

Il s'agissait de sortir du statut de l'hospitalisation et des contraintes institutionnelles qui en découlent, en terme de sécurité (mise aux normes), d'adéquation des locaux et d'investissements.

La gestion de l'hébergement Maison communautaire est assurée depuis le 1er janvier 2002 par l'Association de Champmol.

L'orientation globale du projet de prise en charge soignante est restée identique.

Dans les faits, les modalités d'accueil, de soutien et de suivi des patients ne sont pas remises en cause dans la prise en charge au quotidien par l'équipe.

En raison des règles d'attribution de l'ALS par la CAF, 2 chambres n'étant pas conformes, notre capacité d'accueil est passée de 15 à 13 places.

Au niveau administratif, le gain est appréciable pour chacun des usagers de la structure. N'étant plus en hospitalisation complète, ils retrouvent leur liberté de choix pour les soins (médecin, pharmacie, examens ...) et tout en n'étant plus soumis au forfait hospitalier, perçoivent à taux plein l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) et peuvent, s'ils en remplissent les conditions, devenir attributaires du complément autonomie.

En devenant locataires de leur espace de vie (chambre à 1 ou 2 actuellement), ils en assument normalement le loyer et les charges sous forme contractuelle, et à ce titre perçoivent une ALS (Allocation Logement Spécialisé), devenant acteurs d'une nouvelle réalité avec ses exigences et ses droits.

En conséquence, les futurs candidats adressés à notre structure doivent disposer d'un minimum de ressources pour pouvoir assumer leurs nécessités de vie et y être accueillis.

Cette question est devenue une contrainte nouvelle pour l'accueil de futurs usagers n'ayant pas de ressources établies. A ce jour aucun engagement de subvention concret de place, au bénéfice de patients sans ressources, n'est encore formalisé. L'Association de Champmol a cependant accepté, au vu du caractère urgent et particulier de la situation d'un jeune de financer sur quelques mois son hébergement.

## L'EQUIPE

- . Le Praticien Hospitalier référent est le Dr PETIT . Psychiatre attaché: Dr Jean-Michel PINOIT
  - . Psychologue: A. LEPINE
  - . Cadre infirmier: JM MAUBROU
  - . 3 ISP (Infirmier Spécialisé en Psychiatrie)
  - . 3 éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs
  - . 1 secrétaire
  - . 1 cuisinier
  - . 4 veilleurs (étudiants 2 ou 3eme année)
- 
- . 0,5 ETP (Equivalent Temps Plein)ASH (Entretien)
  - . 0,5 ETP agent de maintenance

## LES PATIENTS

Les patients accueillis à Matisse proviennent essentiellement des secteurs du CHS . Les places non utilisées peuvent accueillir occasionnellement des patients des 1er ou 3eme secteurs (CHU psy et Semur en Auxois).

Ils sont généralement accueillis dans le décours d'une histoire psychotique récente, souvent après un épisode de décompensation primaire. L'âge est généralement compris entre 20 et 30 ans.

L'admission fait suite à une demande de candidature établie par le psychiatre qui assure le suivi, après 1 ou 2 visites (entretiens avec la psychologue et le psychiatre et prise de contact avec notre équipe et les autres patients avec prise de repas). L'admission n'est possible que si l'accord du candidat est acquis après que l'équipe ait donné un avis positif. En cas d'avis négatif une nouvelle candidature est envisageable ultérieurement.

## CADRE DE PRISE EN CHARGE

Le projet s'appuie à la fois sur la notion de prise en charge individualisée et sur la notion de vie en petite collectivité. L'atout de la présence d'un cuisinier et d'une cuisine fabriquée sur place lui redonne une dimension d'allure familiale à travers l'ambiance ainsi recrée (bruits, odeurs . .)

La prise en charge individualisée est déléguée au soignant référent qui a pour mission de coordonner les différentes actions puis d'en rendre compte en équipe. Il devient alors le conducteur du projet à partir des analyses et retours en équipe, permettant ainsi

d'en ajuster la pertinence et la cohérence. Il intervient au premier plan, mais non exclusivement, dans les démarches d'accompagnement et pour rechercher la participation active du jeune dont il assure la référence comme acteur de son propre projet. Il est aussi le contact privilégié avec les différents interlocuteurs du réseau de soutien du patient et avec la famille.

La prise en charge collective s'instaure dans les temps de convivialité (partage des repas, discussion informelle dans la mezzanine, . .) ou dans les temps structurés à cet effet comme les réunions de pensionnaires, dans les séquences d'activité in situ ou les sorties et séjours thérapeutiques.

La réflexion autour des questions posées par la restructuration de la maison Matisse nous a conduit à revisiter notre projet institutionnel. Notre choix s'est maintenu à privilégier un cadre de vie de petite collectivité (espaces et temps collectifs favorisés) tout en mettant l'accent sur les espaces personnels (chambres individuelles) et un confort de vie accru. Notre capacité d'accueil repassera de 13 à 15 places. .

#### *Les activités*

Des activités sont proposées à partir de la maison Matisse. Il s'agit de la marche, la course à pied, la créativité (terre et peinture, collages . . ou d'autres créées et organisées à partir des intérêts et investissement des jeunes) et la piscine.

De même est sollicitée la contribution des jeunes aux tâches communautaires (aide à la mise de table, vaisselle, nettoyage de la salle à manger . .). L'organisation, les rangements, le nettoyage des chambres et des vêtements personnels constituent une activité obligée non négligeable.

Ces activités qui visent à mobiliser ou soutenir l'intérêt des patients, reposent sur les compétences et l'investissement de l'équipe pour en assurer la pérennité.

Elles servent d'indicateurs pour observer, évaluer la palette des modalités relationnelles des participants en permettant de nouer des liens, d'instaurer une certaine communication et la confiance, donc favorisent par leur médiation, l'intégration dans le collectif. Elles offrent également une possibilité supplémentaire de structurer leur temps et de valoriser leurs capacités en favorisant l'émergence de celles-ci à partir d'expériences créatives et nouvelles.

La question du travail et de l'insertion professionnelle reste un point toujours sensible voire délicat pour la grande majorité des jeunes admis. Une minorité se montre vraiment en situation d'accéder ou de reprendre une activité professionnelle dans le monde du travail ordinaire. Priorité est donc donnée au travail sur la stabilisation psychiatrique personnelle puis dans un second temps, ou en concomitance *quand cela est* opportun, à l'insertion dans le travail ou l'activité adaptée (CAT, CES, temps partiel, intérim, bénévolat, . .).

#### *Les séjours thérapeutiques et sorties*

Des séjours sont organisés avec les jeunes résidents de la maison Matisse soit à partir de leurs idées, soit sur proposition de l'équipe; par ex. en 2003 l'un de ski, en janvier, à Bellevaux dans le Jura (4j) et l'autre en juin (4j) au Grand Bornand.

En complément, des sorties ponctuelles sont proposées le dimanche ou les jours fériés (ski, pique-nique, découverte, visites..). Elles constituent des temps forts d'animation et de rencontre en groupe. Ce sont autant d'occasions de découverte, de s'ouvrir aux autres et d'être en situation de s'adapter dans des milieux et circonstances variés.

#### *Les animations*

Des soirées à thème (mardi-gras, Halloween..) sont régulièrement organisées pour les usagers de la Maison Matisse. Sous la forme de fête, elles sont l'occasion d'échanges forts entre les participants.

### *Le groupe de parents*

Depuis quelques années le groupe de parents, créé et animé par le Dr Court puis maintenant par le Dr Petit et A. Lépine avec le concours de 2 éducateurs (L. Aubry et G. Moneron), permet le partage du vécu des familles. En donnant un espace aux familles, il leur offre de redonner du sens et une mesure plus juste à leur place de parents, à la fois dans la différence et dans une perspective d'alliance et de partenariat avec l'équipe de la maison Matisse.

### *Les sorties*

Les durées de séjour sont très variables (le plus court est de 1 mois et le plus long de 52 mois).

La durée moyenne de prise en charge aura été de 24,3 mois en 2003: cette différence importante dans la durée moyenne de séjour s'explique par la sortie de plusieurs patients ayant séjourné plus de 3 ans (4 sur 9 sorties) et la difficulté à mettre en place un projet de vie personnalisé réaliste.

La sortie est organisée conjointement avec les différents partenaires et s'effectue le plus fréquemment par l'installation en appartement personnel avec suivi.

### *Le service de suite*

Au-delà des aides matérielles et administratives qui constituent le plus souvent le point de départ de nos interventions, s'effectue un travail de soutien psychologique visant à conforter la stabilisation et rétablir «l'autonomie», tout en maintenant un lien avec l'institution; lien dont la valeur symbolique est déterminante dans les processus en cours.

Ce lien doit pouvoir être resserré ou relâché en fonction de l'évolution des situations, du rétablissement de conditions de vie satisfaisantes.

Ceci explique en partie la variabilité des suivis, respectant avant tout la dynamique personnelle de chacun qui peut ainsi recourir à l'institution sans recréer une dépendance.

Un service de suite est également assuré au sein de la maison Matisse qui reçoit d'anciens résidents dans le cadre de repas, 1 ou 2 fois par semaine, à la demande, avec ou sans rendez-vous ou en situation d'urgence.

Ce suivi est établi en lien avec le secteur d'origine des patients concernés à partir d'un partenariat souhaité, naturel ou sollicité, et pérenne.

### *Conclusion*

La maison Matisse, continue de montrer son engagement au service des jeunes patients qu'elle accueille.

Elle poursuit son évolution et son adaptation tout en gardant en perspective les besoins de ses usagers, ses valeurs et son histoire.

# LA RESIDENCE ICARE

La Résidence ICARE, « *établissement expérimental* » financé par le Conseil Général de la Côte d'Or, est destinée à accueillir spécifiquement des adultes handicapés psychiques en vue de leur réadaptation sociale.

## UN DISPOSITIF POUR RECONSTRUIRE LE LIEN SOCIAL

La Résidence ICARE accueille trente-deux adultes handicapés par des pathologies mentales très invalidantes mais qui sont médicalement stabilisés et susceptibles de bénéficier d'une réadaptation sociale qui passe par un mieux être de la personne, avec un soutien approprié.

Ces adultes s'engagent à mettre leur séjour à profit (trois ans en moyenne) pour apprendre à mieux gérer leur vie psychique et leur quotidien et pour développer leur système relationnel.

Pour chacun, à ICARE, le mode d'hébergement se caractérise par un logement privatif individuel (studio meublé – résidant locataire) au sein d'une institution.

Cette particularité architecturale répond à une double exigence :

- l'appartement, lieu de vie, matérialise un cadre privatif intime et très individualisé, là où le sujet n'a pas encore une « enveloppe psychique » suffisamment protectrice. Les limites de son studio, sans constituer un lieu d'enfermement, soutiennent le résidant dans sa démarche d'individualisation.
- le cadre institutionnel apporte, quant à lui, des repères spatio-temporels, et une protection en forme de « filtre » vis à vis de l'extérieur afin de protéger le résidant souvent très vulnérable.

## UN SEJOUR DE TRANSITION

Le séjour à ICARE est limité dans le temps et constitue donc une étape qui prépare à une réadaptation sociale.

Ce dispositif institutionnel est animé par une équipe de huit éducateurs spécialisés responsables du projet individualisé de chaque résidant et quatre aides-médico-psychologiques qui assurent une permanence nocturne et des actions de soutien éducatif en journée. Un chef de service éducatif anime et coordonne cette équipe.

Ces professionnels accompagnent ensemble le projet du résidant afin de le soutenir dans une approche très individualisée mais qui favorise également des actions collectives.

Ainsi, l'équipe éducative cherche à favoriser des animations et toutes initiatives permettant de développer les liens interpersonnels, la convivialité et

les investissements culturels, de loisirs ou professionnels, à l'intérieur comme à l'extérieur de la Résidence.

En effet, les divers moments de la vie communautaire et l'éventail des médiations proposées sont l'occasion d'une confrontation constante avec les dimensions de l'expérience qui ont fait problème (relation à l'autre, rapport à une règle, expression de soi, travail, loisirs...).

## UNE STRUCTURE OUVERTE NON MEDICALISEE

Le projet du résidant s'articule avec le projet de soin défini par son médecin psychiatre. Ce médecin est généralement celui qui a conseillé son admission à ICARE et qui continuera de le suivre pendant et après son séjour.

La Résidence ICARE fait le choix de ne pas être médicalisée afin de ne pas couper le résidant de son réseau habituel de soins. Notre projet est donc centré sur une approche socio-éducative qui va conduire la personne à créer un maximum de liens avec son environnement.

Le travail en réseau qui en découle crée un lien fondamental pour lutter contre la tendance au morcellement et au clivage qui caractérise la pathologie psychotique. Il met en relation des partenaires d'institutions différenciées en favorisant la circulation des idées et des initiatives.

Ainsi, la Résidence ICARE est nécessairement articulée aux diverses structures soignantes du secteur mais également aux diverses institutions sociales, de formation professionnelle, d'accès à la culture et aux loisirs.

Si un système ouvert présente l'intérêt d'établir des échanges et des liens avec le milieu extérieur, il implique donc qu'il ne soit pas autosuffisant (non médicalisé...), afin d'utiliser les ressources extérieures.

Ce principe lutte contre une dépendance trop grande du résidant avec l'institution.

## PARTENARIAT AVEC LE DISPOSITIF PSYCHIATRIQUE

Partant du principe que les soins psychiatriques s'inscrivent dans la durée, chaque résidant conserve la relation soignante avec son médecin référent. Cette relation se poursuit après le séjour à ICARE. Elle constitue un lien permanent et un point de repère constant pour le Résidant, avant, pendant, et après son séjour institutionnel.

Pour réaliser ce partenariat, nous exigeons de chaque résidant qu'il soit inscrit dans au moins une activité thérapeutique hebdomadaire proposée par une équipe de psychiatrie de secteur. Cette activité, outre sa finalité thérapeutique, constitue une médiation entre nos services et permet un nécessaire travail de réflexion et de liaison assurant une cohérence entre nos prises en charge respectives.

Des réunions de synthèse permettent de faire le lien nécessaire entre le travail entrepris dans le cadre de notre institution et nos partenaires extérieurs engagés dans le processus de soin.

## L'INSTITUTION ET LES MEDIATIONS COLLECTIVES

La Résidence ICARE offre à chacun diverses opportunités de rencontres et de mises en situations relationnelles grâce aux médiations collectives proposées :

*- l'Association du Bistrot d'ICARE :*

Une association ouverte aux résidents et anciens résidents afin de gérer des actions en leur faveur, notamment à travers la gestion du bistrot associatif.

### *-Le Bistrot d'ICARE :*

Géré et organisé comme un véritable bistrot, avec des serveurs (bénévoles) et des consommateurs (adhérents), il est un lieu de rencontre et d'échange.

### *-L'accueil café :*

Un temps d'accueil café ouvert à tous a été institué chaque matin. Cet espace institutionnalisé représente un cadre structurant pour les résidents. Sa permanence est un repère important qui permet à la personne de se représenter dans le temps et l'espace institutionnel.

### *-Les repas du week-end :*

Chaque samedi, chaque dimanche et jour férié, un repas est préparé par les éducateurs de service, aidés par les résidents. L'objectif pour les éducateurs n'est pas vraiment « pédagogique » mais vise à offrir une situation éminemment culturelle, chargée d'éléments affectifs : le repas, avec son cérémonial (la nappe, le couvert, un menu élaboré...). Il s'agit ici de privilégier la rencontre avec convivialité et plaisir, avec un effectif réduit de résidents.

### *-Les soirées contes et lecture :*

Peurs, croyances, fantasmes ou tourments de l'âme, les contes expriment les craintes et les espoirs des hommes, leurs rêves, leurs faiblesses. Le conte parle ainsi le langage de la vie.

Ce rituel des contes est un moment de vie, de tranches de vie. Ces histoires extraordinaires déchaînent l'imagination et chatouillent l'inconscient. Là où la dimension de plaisir est bien abîmée, la pensée et l'imaginaire brimés, le conte peut rendre possible l'accession à ces données, fondements de l'être humain.

Notre choix s'est également porté sur la lecture, l'une des activités fondamentales de la culture, postulant que la lecture, au travers du dispositif mis en place, des différentes modalités de fonctionnement et de participation qu'il autorise, possède une dimension socialisante et humanisante.

### *-Les réunions hebdomadaires des résidents :*

Des réunions hebdomadaires de dix à onze résidents permettent une expression autour des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Une écoute, une régulation et une prise en compte de cette expression est assurée pour chaque groupe, une fois par semaine, par un éducateur. De là, des stratégies d'aide et de soutien interpersonnels peuvent exister entre les résidents eux-mêmes. Ces réunions hebdomadaires doivent jouer un rôle important dans la régulation et l'amélioration qualitative de la vie collective.

### *-L'animation du Conseil de la Vie Sociale*

Nous mettons tout en œuvre pour que cette instance soit vivante et dynamique, grâce à un suivi permanent où chaque résident est soutenu, informé, mobilisé sur l'intérêt de ce rendez-vous régulier permettant de donner son avis et de critiquer le fonctionnement institutionnel dans un esprit de participation.

C'est une instance où priment la qualité des échanges et l'équilibre de la répartition de la parole.

Cet investissement des uns et des autres (résidents et professionnels) est le gage de l'intérêt porté à la parole de chacun dans ses idées, ses critiques.

## LES MEDIATIONS INDIVIDUELLES

Le respect de la singularité d'une personne et l'élaboration de son projet personnel supposent une prise en compte de sa problématique spécifique par un accompagnement individualisé.

Cet accompagnement se réalise à travers des entretiens réguliers, des visites à domicile, des accompagnements à l'extérieur (démarches, loisirs...).

C'est avec le même souci de la singularité de chaque situation que les familles peuvent être accueillies individuellement afin de les associer à notre démarche.

## L'EDUCATEUR REFERENT

Le principe de l'éducateur « référent » garantit un suivi individualisé et personnalisé de chaque résident avec une relation privilégiée.

Nous rejoignons en cela l'un de nos principes qui prône l'implication relationnelle à la fois comme une fonction humanisante (l'autre n'est pas qu'un « objet de soins ») et comme un « outil » de travail (l'implication relationnelle est objet d'analyse).

## LE TRAVAIL D'ANALYSE DE LA PRATIQUE

Dans la relation quotidienne avec des personnes handicapées psychiques, les éducateurs sont confrontés à la souffrance psychique et donc à des troubles spécifiques et nous considérons ces manifestations symptomatiques comme un langage qui demande une traduction. Délire, hallucinations, repli sur soi, difficultés de communication et autres troubles de la personnalité et du comportement ne sont jamais dénués de sens.

Déjouer les « pièges » du symptôme suppose donc une tentative de traduction pour aider la personne à retrouver un fonctionnement psychique mieux adapté.

Cette tentative de traduction revient aux psychiatres, psychologues, et psychothérapeutes. Leurs éclairages, leurs conceptualisations, permettent d'élaborer des stratégies éducatives adaptées, en évitant aux éducateurs de subir les « attaques » de la pathologie qui entraîneraient inévitablement des attitudes spontanées, « réactives », et forcément inappropriées.

Ainsi, un travail d'analyse de la pratique réunit l'équipe éducative quatre heures par semaine en coordination avec un psychologue psychanalyste afin de réfléchir aux stratégies éducatives les plus pertinentes nécessitant une dimension thérapeutique.

## APRES ICARE

La sortie de la Résidence ICARE constitue souvent une rupture avec une prise en charge intensive en plaçant la personne dans une situation où le dispositif médico-social est encore insuffisant pour garantir à chacun une stabilité des résultats obtenus.

Le Conseil Général nous a demandé de réfléchir à la création d'un service d'accompagnement afin de soutenir les personnes handicapées psychiques dans la Cité.

Nous y travaillons d'ors et déjà avec nos partenaires, dont l'UNAFAM 21.



*NOUS REMERCIONS A NOUVEAU LES ORATEURS PARTICIPANT A LA REUNION, QUI ONT PERMIS LA REALISATION DE CE BULLETIN.*

## ATTENTION : CHANGEMENT DES COORDONNEES DE L'UNAFAM Côte d'Or :

“UNAFAM21 Maison des Associations,

2 rue des Corroyeurs Boîte K4

21000 DIJON

Téléphone/fax: 03 80 49 78 45

E-mail : [UNAFAM21@aol.com](mailto:UNAFAM21@aol.com)”

### EXPLICATIONS DU PRESIDENT DELEGUE

Sur le courrier que vous pouvez envoyer à la section UNAFAM de Côte d'Or, il est maintenant nécessaire de faire figurer le numéro de la boîte aux lettres (K4) de l'association. En raison des nouveaux

aménagements effectués à la Maison des Associations, les boîtes aux lettres vont être disposées directement à l'extérieur des locaux et alimentées directement par le préposé de La Poste...

Par ailleurs, nous améliorons notre système téléphonique : L'UNAFAM Côte d'Or dispose maintenant d'un numéro spécifique :

03 80 49 78 45

Le poste est installé chez le Président qui disposera d'un renvoi d'appel permettant de transférer les communications vers un bénévole de la section.

Si vous voulez nous transmettre un fax, composez ce même numéro.

Ce numéro figurera dans les Pages Jaunes du prochain annuaire.

Si vous voulez parler au Président Délégué, ou à la secrétaire de la section, composez l'actuel :

03 80 49 74 30.

## DATES A RETENIR

- Mardi 14 septembre : Commission Régionale de Santé Mentale
- Lundi 20 septembre : Groupe de Paroles N°1
- Mardi 21 septembre : Groupe de Paroles N°2
- Dimanche 26 septembre : Grand Dèj'
- Jeudi 07 octobre : 2° rencontre C.H.S./UNAFAM21
- Vendredi 08 octobre : Groupe de paroles Semur
- Lundi 11 octobre : réunion de Bureau
- Lundi 18 octobre : Groupe de Paroles N°1
- Mardi 19 octobre : Groupe de Paroles N°2
- Vendredi 29 et samedi 30 octobre Colloque UNAFAM sur les médicaments, Cité des Sciences Porte de la Vilette PARIS
- Vendredi 05 novembre : Groupe de paroles Semur
- Lundi 15 novembre : Groupe de Paroles N°1
- Mardi 16 novembre : Groupe de Paroles N°2
- Samedi 20 novembre : Réunion des familles adhérentes/sympathisantes UNAFAM avec le thème suivant : "le comportement des familles face à un proche atteint d'une maladie psychique"
- Lundi 22 novembre : réunion de bureau
- Vendredi 03 décembre : Groupe de paroles Semur
- Samedi 04 décembre : Repas des familles.
- Samedi 11 décembre : Salon Régional des associations de santé à Dijon
- Lundi 13 décembre : Groupe de Paroles N°1
- Mardi 14 décembre : Groupe de Paroles N°2
- Samedi 15 janvier 2005 : Réunion des familles adhérentes/sympathisantes UNAFAM