LIEN N°17

Commission Exécutive (COMEX) du Groupement d'Intérêt Public de cette maison. Rappelons que cette COMEX comprend 6 personnes : trois représentants du Conseil Général, dont son Président, Monsieur de Broissia, un représentant de l'Etat, un représentant des Affaires Sociales et un représentant des associations de personnes handicapées. Cela mesure bien le chemin parcouru par notre association depuis quelques années. Mais aussi et surtout, l'UNAFAM va devoir représenter et défendre l'ensemble des personnes handicapées de la Côte-d'Or à la COMEX. Nous devons encourager notre délégué Michel Tuizat. Ajoutons qu'à la Commission Droits et Autonomie, siègera Annie Virot et trois suppléants de notre association. Vous aurez ainsi une idée de notre nouveau dynamisme. Car ne nous y trompons pas : l'apparition d'Espérance Côte-d'Or, association affiliée à l'UNAFAM qui, tout de suite, s'est attelée à la création des GEM, notre présence à la MDPH, tout cela va bouleverser le fonctionnement de l'UNAFAM. Et comme les choses se produisent à l'identique dans les autres départements français, ce n'est pas seulement l'UNAFAM de Côte-d'Or qui va devoir évoluer ! Cela signifie aussi que c'est la situation de nos proches qui va évoluer...

Revenons à la MDPH, pour signaler cette autre bonne nouvelle : devant le nombre important de dossiers en

ASSUMER ...

De la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) nous est parvenue cette nouvelle qui à la fois nous étonne encore et nous réjouit : l'UNAFAM représentera l'ensemble des Associations de personnes handicapées à la

retard laissés par la COTOREP, le Conseil Général a décidé l'embauche de personnel supplémentaire. La situation devrait redevenir normale dans quelques mois...

Je vous laisse découvrir ce numéro spécial du « Lien des Familles de l'UNAFAM de Côte-d'Or ». Il reprend, en majeure partie, les interventions qui ont été données lors de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale en mars dernier sur le thème de la santé mentale dans la Cité.

Nous avons beaucoup de choses à dire !

Francis JAN

AU SOMMAIRE

Page 3 : Brèves nouvelles...

Page 4 : MDPH par M. TUIZAT

Page 5 : MDPH par A. VIROT

SEMAINE D'INFORMATION SUR LA SANTE MENTALE

Page 6 : *Introduction*

Page 7 : *Le point de vue de
l'UNAFAM21* par F. JAN

Page 11 : *Le point de vue de la
psychiatrie libérale*

Par le Docteur VIRET

Page 13 : *Une étude de terrain*

Par Myriam CASTELLUCCIO

Page 20 : *La Fédération de Réinsertion
Réadaptation du CHS*

Par A. WEYRICH

Page 23 : *La Résidence ICARE*

Par Pascal SOLOGNY

Page 26 : *La Loi de Février 2005*

Par Martine LANDANGER

Page 31 : *Le Plan de Santé Mentale*

Par le Docteur MILLERET

Page 35 : *Les actions spécifiques
du Plan de Santé Mentale*

Par le Docteur CAPITAIN

Page 37 : *Une des réponses, le GEM.*

Par F. JAN

AU SOMMAIRE DU PROCHAIN NUMERO :

« LES FRERES ET SOEURS DE MALADES PSYCHIQUES »

par Hélène DAVTIAN

Psychologue à l'UNAFAM Paris

Responsable d' « Ecoute Familles »

BREVES NOUVELLES...

RENCONTRE du Directeur du CHS et de l'UNAFAM21

Le 4 avril 2006, Monsieur Laffore nouveau Directeur du CHS de La Chartreuse recevait une délégation de notre association. Nous avons présenté les actions de notre section, en particulier tout ce qui concerne le soutien aux familles et à nos proches ainsi que la représentation institutionnelle. Nous avons évidemment parlé de la constitution d'Espérance et des projets de GEM.

Pour renouer avec une manifestation que les familles apprécient particulièrement, il a été convenu que nous organiserions en début de dernier trimestre 2006, une rencontre entre les différents services du CHS et l'UNAFAM.

PIQUE-NIQUE CONVIVIAL

Réservez votre après-midi du 17 juin : nous vous dirons ultérieurement le lieu de notre rendez-vous.

INTIM'ERRANCE

Au Musée des Beaux-arts de
Montbard

Du samedi 17 juin au samedi 30
septembre 2006

Une collection itinérante d'art
singulier qui réunit des œuvres réalisées
au sein des ateliers d'expression du CHS de
La Chartreuse.

Horaires d'ouverture : de 10h à 12h et de 14h à 18h.
Fermé le mardi.

Téléphone : 03.80.92.50.42.

Compte rendu de la réunion de la Commission Exécutive de la MDPH de Côte-d'Or

Par Michel TUIZAT

Cette réunion a eu lieu le 23 mars 2006 au siège de la MDPH et a été présidée par madame EAT-DUPIN, présidente adjointe du Conseil Général. Un seul conseiller général l'accompagnait, monsieur Xavier DUGOURD. Tous les autres élus étaient absents et excusés.

Activités de la MDPH :

- Face à l'importance du nombre de dossiers en souffrance trois personnes ont été embauchées à temps plein.
- Dossiers en instance au 15 Février 2006 : 2537 soit 1300 en moins par rapport au début d'année. Une stabilisation est prévue pour le printemps.
- Un médecin coordonnateur doit rejoindre la MDPH ainsi que deux attachés-cadres.
- En cas de demande de renouvellement de la reconnaissance de travailleur handicapé, possibilité pour la DDASS de verser la pension quand même, s'il y a une forte probabilité d'accord.

Approbation du règlement intérieur de la MDPH :

Approuvé à l'unanimité.

Formation du bureau de la Commission Exécutive (COMEX).

Ont été désignés:

- trois représentants du Conseil Général,
- un représentant de l'Etat,
- un représentant des Affaires Sociales,
- un représentant des associations de personnes handicapées.

C'est l'UNAFAM qui a été élue par les autres associations pour les représenter.

Michel TUIZAT siègera ainsi au bureau de la COMEX de la MDPH.

Fonctionnement de la Commission des Droits et de l'Autonomie.

Rappelons que notre représentante est Annie VIROT.

Nous avons été invités à approuver le règlement intérieur de ladite commission. Quatre associations ont voté contre pour le motif suivant : remise du document en début de réunion, donc pas de temps pour l'étudier sereinement.

Logo de la MDPH

Cette présentation n'a soulevé ni intérêt ni objection de notre part. A noter que la CAF envisage l'installation d'une borne pour que les

personnes handicapées puissent consulter leur dossier.

Fréquence des réunions de la COMEX

Les associations de personnes handicapées ont demandé à ce que trois réunions au moins aient lieu par an, au lieu de deux.

Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Par Annie VIROT

Compte-rendu de la séance du 17 mars 2006

1°) Monsieur PILLIEN administrateur de l'ADAPEI et président de l'ATMP (association des majeurs protégés), a été élu président de la commission plénière.

2°) Le règlement intérieur a été voté. Chaque titulaire a un suppléant, il est proposé la possibilité d'avoir jusqu'à trois suppléants par titulaire.

L'installation de trois commissions en formation restreinte a été votée, malgré les remarques de monsieur AUBERTIN et de moi-même, soulignant que la loi préconisait une approche systémique des problématiques et, privilégiant de ce fait

l'installation de deux commissions l'une enfance et l'autre adulte.

3°) La commission a procédé à l'élection des présidents des commissions en formation restreinte. Monsieur l'Inspecteur d'Académie a été élu président de la commission en formation restreinte "Enfance".

Monsieur THERIN, administrateur de la CAF a été élu président de la commission en formation restreinte "Adulte-Vie Sociale".

Monsieur le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle a été élu président de la commission en formation restreinte "Adulte-Orientation".

Les membres de la commission se sont répartis dans les différentes commissions en formation restreinte. Notre représentante est inscrite dans les deux commissions adultes.

4°) La commission en formation restreinte "Enfance" se réunira les vendredis 7 avril, 5 mai, 2 juin, 23 juin, 30 juin, et 8 septembre.

Sur proposition des membres de la commission, le calendrier a été modifié pour que les deux commissions en formation restreinte "Adulte", se réunissent le même jour, l'une le matin, l'autre l'après-midi, à savoir le jeudi 27 avril, le mardi 30 mai, les jeudis 29 juin, 20 juillet, et 28 septembre.

LES CONFERENCES DE LA SEMAINE DE LA SANTE MENTALE

En marge du compte rendu de ces deux conférences, il nous a semblé utile de vous présenter les raisons de la mise en œuvre de cette semaine à travers le regard de deux professionnels de la Santé Mentale, les docteurs VIRET et CAPITAIN.

* * *

Docteur VIRET

La création d'une Semaine de la Santé Mentale est venue de la volonté d'informer le public sur les questions que pouvaient rencontrer les médecins, les familles et les personnes qui souffraient de "maladie mentale". Le projet était de passer d'un discours de spécialistes, de psychiatres, sur la clinique, la psychopathologie, à un débat partagé concernant la santé mentale.

La définition même de la santé mentale n'est plus la même à notre époque. Puisque ce terme "santé mentale" a pris une connotation sociologique. Ainsi une définition nous en est proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant : «un état de bien-être dans lequel la personne peut travailler, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et

contribuer à la vie de sa communauté». Tout est là pour un débat, compte tenu de l'ambiguïté des termes et de ce que l'on peut attendre de la prise en charge de ceux que l'on peut appeler, les malades mentaux. La médecine ayant plutôt vocation à définir ce qu'est la maladie et non le bien-être, c'est-à-dire pour nous la maladie mentale, celui qui est malade de son mental, de ses pensées.

Cependant le Plan de Santé Mentale proposé par le Ministre de la Santé, Monsieur Philippe Douste Blazy, a constitué pour nous une nouveauté, un « coup de tonnerre » dans le paysage que nous connaissions. Il réintroduit la notion de malade mental et donc la considération que nous lui devons dans sa singularité et, il fait référence aux associations d'usagers qui avaient été oubliées dans la loi de 2002.

* * *

Docteur CAPITAIN

La Semaine d'information sur la Santé Mentale a été créée en 1990, à l'initiative de deux syndicats de psychiatres, l'Association Française de Psychiatrie et le Syndicat des Psychiatres Français. L'UNAFAM les a ensuite rejoints.

L'objectif des réunions est de convier un public qui n'est pas sensibilisé aux problèmes de santé mentale dans un double but de pédagogie et de dédramatisation.

Il s'agit :

- *d'informer à partir d'un thème annuel sur les différentes approches de la santé mentale,*
- *de rassembler par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale,*
- *d'aider au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soins en santé mentale,*
- *de faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.*

Le thème retenu en 2006 "La Santé Mentale dans la Cité" part de plusieurs constatations :

- *37% des français déclarent avoir consommé des médicaments psychotropes,*
 - *les troubles psychiques sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail.*
- Par rapport à la notion de cité, la thématique générale est de pouvoir créer les conditions pour que toutes les personnes souffrant de troubles psychiques gardent ou retrouvent au sein d'une communauté sensible à leur souffrance, un statut de citoyen qui ne soit pas seulement symbolique.*

*

*

*

1° Conférence "La situation des malades psychiques en Côte-d'Or"

Cette première soirée réunissait des personnes issues du secteur sanitaire ou médico-social et l'UNAFAM, pour faire un état des lieux et confronter les points de vue des familles, de la psychiatrie libérale et institutionnelle, des structures de réinsertion.

Le point de vue des associations de familles

Par Francis JAN

Président délégué de l'UNAFAM21

Avant d'aborder le sujet, je voudrais rappeler le rôle de l'UNAFAM, association très présente dans la cité.

L'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques), a été fondée il y a plus de 40 ans pour venir en aide aux familles dont un proche souffre de maladie psychique, pour les informer, les soutenir, les former. Cette mission est notre première raison d'être. Dans notre action, elle se traduit par des entretiens téléphoniques, des permanences, des

groupes de paroles, un bulletin de section qui paraît tous les deux mois. Nous sommes présents dans différentes commissions (Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques, Commission Départementale Consultative des Personnes Handicapées...), dans des Conseils d'Administration d'établissements sanitaires ou médicaux sociaux (CHS, Associations de Champmol, Icare/La Bergerie, Le Goéland, Challenge Emploi...).

Nous sommes représentés à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (à la Commission Exécutive du GIP et à la Commission Droits et Autonomie). Par ailleurs nous nous efforçons de participer à toutes les actions de déstigmatisation visant à faire accepter la maladie psychique dans toutes les couches de la société. Nous constatons que les choses sont en train d'évoluer dans ce domaine, lentement mais sûrement...

Enfin, dernière tâche : venir en aide à nos proches. Nous renouons depuis peu en Côte-d'Or avec cette pratique, avec la mise en place de structures appelées : les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) institués par la loi de février 2005.

Avant de parler des GEM, et pour lancer le débat je voudrais aborder un premier point qui m'est cher : les malades et handicapés psychiques, ceux qui sont atteints de graves pathologies (la schizophrénie, les troubles bipolaires...) sont nombreux.

Nous les estimons à 5 000 dans notre département.

Deuxième point : les 4/5 d'entre eux vivent dans la cité, dans leurs familles, dans leurs appartements, dans la rue pour les plus démunis, et n'oublions pas le nombre important de malades psychiques qui sont en prison...

Comment en est-on arrivé là ?

Un rapide rappel historique est ici indispensable. Jusque dans les années 1950, ceux qu'on appelait les « aliénés », les malades mentaux résidaient dans un lieu unique : l'asile. (Relativisons un peu : dans les campagnes françaises, on s'efforçait de garder certains d'entre eux dans le milieu ...). L'asile jouait un rôle de protection de ces personnes.

Qu'est ce qui a fait qu'au milieu du XX^e siècle, l'asile a été remis en cause ?

J'y vois trois raisons :

- le regard porté sur les malades mentaux qui a changé (les excès, et c'est un euphémisme, survenus pendant la dernière guerre y ont été pour quelque chose...),
- la découverte des neuroleptiques...
- la remise en cause du rôle des familles. Unanimement rejetées, elles ont été revalorisées pour partie depuis.

La démarche a été, me semble-t-il, d'ouvrir les portes des asiles, puisque le neuroleptique allait guérir la personne et la famille l'accueillir. Ce schéma a vite trouvé ses limites. Si le neuroleptique et plus tard

l'antipsychotique ont amélioré nettement la condition de la personne et continuent de l'améliorer, ils ne l'ont pas "guérie".

Il y a eu, en quelque sorte, une illusion scientifique et la personne s'est retrouvée "dehors" avec ses fragilités et ses souffrances.

Les familles ont pour la plupart d'entre elles, accueilli leurs proches, mais elles n'y étaient pas préparées, ni informées, ni formées. Beaucoup, malgré l'UNAFAM, ne le sont toujours pas. Pourtant, tant bien que mal, elles participent au soin, non pas à la manière du personnel sanitaire et médical, mais "en prenant soin" de leurs proches.

Donc, petit à petit les personnes sont sorties de l'asile puis de l'hôpital psychiatrique. Le temps de séjour au CHS qui était en moyenne de 200 jours en 1970, est passé à 30 jours en 2006. Et... la situation est devenue préoccupante.

Les hospitalisations sous contrainte augmentent (moins, certes, en Côte-d'Or qu'ailleurs), les travailleurs sociaux accueillent de plus en plus de malades psychiques, nombre "d'exclus" présentent des troubles psychiques, les prisons sont remplies de personnes psychotiques...

D'où la nécessité de regarder le phénomène au plus près.

Pour que les personnes qui quittent le CHS s'en sortent il faut *LES ACCOMPAGNER*, ce qui signifie qu'il faut des structures post hospitalières en nombre suffisant *et*

qui correspondent à l'état de la personne au moment T : stabilisée ou pas, autonome ou pas etc.

Si tout le monde (ou presque) partage l'idée que l'offre de structures de réinsertion, de réadaptation sociale et socio-professionnelle est inférieure au besoin, le désaccord commence et s'amplifie au regard des conduites à tenir pour une prise en charge effective.

En effet, nous les familles, avons été les premières à constater que beaucoup de nos proches, aussitôt sortis du CHS, abandonnent leur traitement, ne vont plus consulter... Selon une étude de l'UNAFAM, 40% d'entre eux sont dans ce cas après la première hospitalisation. Les risques sont alors grands d'une régression psychique, d'une accentuation de la psychose. Ils se referment, s'isolent, vivent dans des conditions matérielles difficiles sur le plan alimentaire et de l'hygiène. Les familles font ce qu'elles peuvent pour les amener à renouer les contacts, en particulier avec le secteur sanitaire, mais se sentent dépassées.

La personne souffrante, à la sortie du CHS, doit aller au Centre Médico-Psychologique (CMP), à l'hôpital de jour, au CATTP... C'est le schéma attendu... Mais quand elle est en déni, a abandonné le traitement, la consultation, il y a de fortes chances qu'elle reprenne le chemin du CMP de manière erratique, voire abandonne... Nous, les familles, tenons beaucoup au CMP. Puisque le

CMP est le pivot du soin après l'hospitalisation, nous sommes en droit de nous demander pourquoi le contact n'est pas maintenu avec la personne qui ne vient pas ou plus aux consultations, aux activités de l'hôpital de jour, pourquoi les visites à domicile ne se développent pas. Bref, puisqu'une partie des malades ne vient pas au CMP, pourquoi le CMP ne va pas au malade ?

L'explication que je vais essayer d'en donner ne sera pas, je le sais, entièrement partagée.

Dans les années 80, s'est produit un phénomène de masse : l'apparition de ce que j'appelle "la souffrance psychique ordinaire" : la "déprime", le stress, le "mal-être", les différentes phobies... Ces phénomènes existaient probablement avant 1980, mais sans que soit ressenti le besoin d'aller chez le "psy". La prégnance du collectif, la foi en un avenir radieux, un certain contrôle social l'en empêchaient.

Quoi qu'il en soit, l'homme moderne souffre et ressent cette souffrance comme étant intolérable. Il veut être soulagé et qu'on le guérisse. Il va donc consulter un "psy", d'où l'explosion des demandes de consultation en psychiatrie.

Conséquences :

- une pénurie de psychiatres et de personnel soignant en général,
- une difficulté à répondre aux besoins, en psychiatres et personnel, du secteur public alors que celui-ci soigne la majorité (80%) des

personnes en grande souffrance psychique (troubles schizophréniques, troubles bipolaires, tentatives de suicide, crises dues à l'alcool, au cannabis...),

- une inégale répartition géographique des médecins, qu'ils exercent dans le domaine libéral ou public. (Certaines régions sont sinistrées : Basse Normandie, Nord...),
- une difficulté pour la psychiatrie à penser cette nouvelle situation, à y répondre en terme d'organisation, de fonctionnement...

La question posée peut alors bien être celle-ci :

Quand la demande de soin est si forte, comment s'occupe-t-on des personnes qui souffrent de troubles schizophréniques, bipolaires, de grande paranoïa ..., qui vivent dans la cité, seules ou dans leurs familles ? Que font-elles après leur passage une fois par semaine au CMP ? Que font-elles quand elles sont en déni, qu'elles ont abandonné leur traitement ?

Nous avons commencé à y répondre et nul doute que les interventions qui suivront vont compléter et affiner voire contredire mon discours.

*

* * *

Le point de vue de la psychiatrie libérale

Par le docteur VIRET

Je suis psychiatre libéral, l'un des délégués régionaux du Syndicat des Psychiatres Français, travaillant également en institution.

En avant propos, je soulignerai que depuis 1991 nous avons observé, c'est-à-dire moi et mes collègues libéraux, une "explosion" des demandes de consultations et que nous avons à faire à des patients que nous rencontrions jadis à l'hôpital et pas du tout en libéral. Par ailleurs, parler de malades mentaux dans la "rue" ou en prison nécessite d'aller au-delà du débat de manque de moyen et doit nous interroger sur les nouvelles expressions de la psychose à notre époque qui peuvent témoigner en miroir de l'individualisme de notre temps et de la médiatisation, voire de la fascination de notre société pour la violence.

Nous parlions, en avant propos de l'illusion médicamenteuse, c'est-à-dire du tout médicament comme réponse au problème de la maladie mentale. Je dirai qu'il existe effectivement une illusion médicamenteuse comme tout ce qui est de l'ordre du "tout". Les médicaments sont extrêmement utiles, indispensables souvent mais ne peuvent suffire.

La prise en charge d'un patient peut également mener à une autre illusion, d'ordre social, une illusion de productivité, telle qu'elle est définie dans le livre vert que viennent de faire paraître les institutions européennes, nous l'avons noté : la santé mentale serait un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser selon ses ambitions, et accomplir un travail productif et fructueux. Toute l'ambiguïté est là. Car la communauté ne peut attendre d'un sujet souffrant de troubles psychiques une productivité telle qu'elle peut être attendue des autres salariés qui rappelons le, doivent discuter leur condition de salarié et de productivité.

Le thème de notre semaine le "malade mental dans la cité" fait référence à un lieu géographique mais aussi aux lois qui définissent la façon dont nous vivons ensemble, tous ensemble. La grande contradiction est la nécessité d'inventer une position de citoyenneté - citoyenne c'est vraiment à discuter - car le malade mental peut par excellence être privé de tous ses droits par exemple quand il est sous tutelle. Il convient donc de lui inventer, qu'il invente, une position de citoyen. Ce qui est différent d'une position citoyenne.

Je voudrais ensuite porter votre attention sur ce qui avait été souligné en avant propos quant à ce petit détail repéré d'une création

chez une personne psychotique d'une création personnelle, sur l'importance de savoir repérer au niveau de quelqu'un, quelque chose qui va lui permettre une intégration sociale. Cela peut être un travail en milieu protégé, ou en milieu ordinaire s'il est accompagné, d'études un peu prolongées, etc. La particularité dans cette démarche est que tous les intervenants qu'ils appartiennent aux secteurs sanitaire, social, médico-social, de justice, puissent trouver en eux-mêmes, en écho de cette personne psychotique que nous évoquions, un petit quelque chose qui nous permettra d'entendre cet autre petit quelque chose qui fait "tenir" une personne fragile, qui la maintient dans un lien social avec la communauté pour la soutenir dans son projet.

Pour conserver cet objectif d'écoute il est important que la psychiatrie garde sa particularité médicale, qui n'est pas scientifique mais qui est clinique et qu'elle puisse être extrêmement attentive aux moyens de prise en charge des malades psychotiques. En ce sens, je trouve très intéressant les notions de "santé mentale négative" et de "santé mentale positive" qui ont été présentées au cours d'une rencontre organisée par l'A.R.H. à Beaune il y a quelques années. La santé mentale négative vise une personne qui présente un trouble du désordre public, voire témoigne d'une souffrance psychique, mais qui n'est

pas malade mental. La santé mentale positive se réfère à quelqu'un qui vit normalement, travaille, s'est marié, éventuellement a des enfants, et qui continue à être malade mental. Avec un accompagnement médicamenteux, un soutien psychiatrique et médico-social, une aide apportée à la famille et par la famille, La personne s'appuyant sur son « petit quelque chose » qui a pu la faire revenir dans la communauté, dans la cité. Non pas en intégrant le « tout » mais en y articulant son « petit quelque chose ».

Il conviendra donc de réfléchir aux orientations qui vont être proposées, notamment par les institutions européennes. Depuis 2001, les institutions européennes portent leurs efforts sur la prévention - ce qui est une bonne idée - et non sur le soin en se soutenant des enquêtes d'opinion par rapport à celles pratiquées auprès des services hospitaliers. Mais une telle orientation ne doit pas nous entraîner vers un abandon de la spécificité de la psychiatrie à l'écoute des « malades mentaux » eux-mêmes, d'où le souci des professionnels et je pense des familles devant cette situation.

*
* *
*

Le point de vue de la psychiatrie institutionnelle

Une étude de terrain

Introduction

**Par le docteur CAPITAIN
Chef de Service
au CHS La Chartreuse
Médecin référent de l'UNAFAM 21**

Effectivement, le XX^e siècle a été celui de l'illusion thérapeutique. Puisque des maladies comme la tuberculose étaient soignées avec succès, puisque les progrès de la médecine allaient permettre la guérison des cancers, il devait en être de même pour la maladie mentale, grâce à l'apparition de nouveaux médicaments : les neuroleptiques. Or, Contrairement à ce qui est constaté pour les affections somatiques, la prise régulière d'un traitement est très souvent aléatoire chez les personnes psychotiques. Après la première crise, 60% d'entre elles abandonnent leur traitement au bout d'un an.

Il est donc évident que les médicaments ne sont pas tout, et qu'à côté, doivent se développer d'autres formes de prise en charge. En ce sens, la psychanalyse a su aborder les problèmes liés à la psychose en les rapprochant de la normalité, en essayant de leur donner une signification. Elle a eu un rôle important dans la compréhension

des phénomènes, dans la clinique du transfert, dans celle de la relation avec le patient. Ce qui existait, il y a trente ans, à savoir des psychanalystes dans les unités de soins, devrait être à mon sens réhabilité. Ce serait l'aboutissement d'une réflexion sur une certaine organisation institutionnelle qui devrait aussi intégrer la psychothérapie.

Pour s'occuper des patients, une bonne connaissance de leurs besoins en soins est indispensable. Peu d'études permettent de cerner les difficultés rencontrées par ces personnes dans leur vie quotidienne, notamment quand elles sont dans la cité. A ce titre, l'enquête de terrain menée par sept étudiantes assistantes sociales sur le secteur de Dijon nord, constitue, pour nous soignants, un recueil d'informations riche d'enseignements. Est mis en évidence l'isolement des patients, isolement qui deviendra de plus en plus prégnant au fur et à mesure des hospitalisations.

Je remercie très sincèrement madame CASTELLUCCIO qui a bien voulu présenter ce travail.

L'enquête

**Par Myriam CASTELLUCCIO
Etudiante assistante sociale
à l'IRTESS de Dijon**

Dans le cadre de ma formation actuelle (élève de 2^e année de

formation d'assistante de service social), j'ai réalisé avec six autres étudiantes une étude portant sur les patients schizophrènes du secteur 2 de psychiatrie générale de Côte-d'Or.

Deux raisons principales m'ont poussée à réaliser cette étude dans ce domaine :

- d'une part, l'intérêt que je porte à ce sujet du fait de mon ancienne profession (j'ai travaillé au CHS de La Chartreuse pendant une dizaine d'années en tant que secrétaire médicale),
- d'autre part, la commande du docteur CAPITAIN qui nous permettait de réaliser une étude sur une demande et non sur quelque chose de fictif.

Cette étude s'est déroulée en trois étapes, de juin à octobre 2005 :

- la 1^o étape a consisté à recenser la population du territoire,
- la 2^o étape s'est centrée sur l'étude des patients schizophrènes pris en charge par la structure des Coteaux du Suzon,
- la 3^o et dernière étape a permis d'établir un projet en fonction des constats réalisés dans les deux étapes précédentes.

Nous allons à présent aborder la première étape de cette étude en présentant le territoire.

Présentation du territoire : réalisée en juin 2005

D'après la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation

et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, le secteur psychiatrique comprend :

- la population desservie,
- les appareils de soins.

La Côte-d'Or compte sept secteurs de psychiatrie générale, dont cinq dépendent du CHS de La Chartreuse (secteur 1 : CHR et secteur 3 : CH Semur).

Missions du secteur :

- éviter les ruptures avec l'environnement,
- favoriser le retour du patient dans son milieu,
- préparer ce milieu à l'accueillir s'il en a été éloigné par une hospitalisation.

La présentation du territoire a été réalisée à partir :

- des données recueillies au CHS de La Chartreuse,
- des données recueillies lors de la rencontre avec monsieur VISTEAUX, président de l'association ICOVIL.

Le secteur 21G02 est dirigé par le docteur CAPITAIN, Chef de Service, depuis environ une douzaine d'années (1^o juillet 1993). Il est composé :

- de deux unités intra-hospitalières : une unité fermée (P3A) et une unité ouverte (P3B),
- de deux unités extra-hospitalières : la Villa des Perrières (Hôpital de jour ou HDJ) et les Coteaux du Suzon (CMP, CATTP, HDJ).

Le secteur couvre les quartiers de Dijon Nord (31 IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique selon l'INSEE).

68 960 habitants sont répartis dans les quartiers suivants (selon le recensement de 1999) :

- 19 960 à Montchapet : niveau d'étude élevé, personnes âgées nombreuses,
- 17 229 à Drapeau : profil de la population dans la moyenne,
- 13 444 aux Grésilles : population ouvrière en majorité, quartier en pleine restructuration,
- 12 495 à la Toison d'Or : nouveau quartier, volonté politique associant travail et logement,
- 5 832 au centre ville nord : population jeune, étudiante, niveau d'étude élevé, petits logements dont certains sont vétustes.

Cette monographie a été réalisée grâce à l'aide de madame DION, doyen de l'UFR Sciences Humaines de Dijon, notamment pour l'analyse des données.

Les équipements du secteur ont été recensés à l'aide :

- de l'annuaire téléphonique de l'année 2004/2005,
- ainsi que des documents fournis par le Grand Dijon.

Le secteur offre de nombreux équipements :

- médicaux et paramédicaux (1 clinique, 4 maisons de retraite, 242 médecins, 28 ISP, 25 pharmacies),

- sociaux (23 centres sociaux, 7 centres de vacances et de loisirs, 3 maisons de quartiers),

- 263 commerces,
- 55 associations culturelles, humanitaires, d'action et d'entraide sociales,

- 17 complexes sportifs et 13 théâtres et cinémas,

- 151 équipements d'enseignements publics et privés (écoles, conservatoires, cours divers).

Le secteur est composé de cinq quartiers différents tant dans leur architecture que dans le type de population. C'est un secteur disposant d'un bon niveau d'équipements, avec de nombreuses possibilités mais qui diffèrent selon les quartiers :

- un large panel d'habitation, de commerces et d'activités économiques et culturelles pour les quartiers du centre ville, Montchapet et la Toison d'Or,

- des améliorations à faire en matière d'habitation et d'activité pour les Grésilles.

Cependant tous les quartiers sont bien desservis par les réseaux de bus du Grand Dijon.

Initiation à la recherche : réalisée en septembre 2005

La commande initiale du docteur CAPITAIN portait sur le suivi des patients psychotiques pris en charge par le secteur. En raison du nombre important de patients psychotiques et de notre contrainte de temps, la

demande a été recentrée sur les patients schizophrènes suivis par la structure des Coteaux du Suzon.

Petit rappel sur cette pathologie :

- affection mentale chronique appelée encore "dissociation de la personnalité",
- touche environ 1% de la population,
- dont les troubles apparaissent généralement entre 15 et 30 ans.

Caractéristiques :

Transformation profonde et progressive de la personnalité qui cesse de construire son monde de communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire.

Cliniquement, on constate des troubles où dominant :

- la discordance, l'incohérence, l'ambivalence,
- l'autisme,
- les idées délirantes et hallucinantes,
- de profondes perturbations affectives et de l'étrangeté des sentiments.

Ces troubles ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité. En raison de l'importance de la prise en charge et des conséquences aggravantes de cette pathologie, il nous semblait intéressant de s'interroger si, au-delà des structures de soins, il existait d'autres points d'ancrage de socialisation pour un patient schizophrène.

Dans cette étude, la socialisation recouvre la notion d'intégration et de lien social. Nous voulions savoir en fait si les patients schizophrènes suivis par la structures extra-hospitalière avaient d'autres centres d'intérêts, d'activités ou occupations en dehors des Coteaux du Suzon.

Nous avons donc recentré notre questionnement sur les points d'ancrage qui permettent à un patient schizophrène de conserver, de restaurer des liens sociaux, pour maintenir un certain degré d'intégration sociale, au-delà de la prise en charge effectuée par les Coteaux du Suzon.

Nous avons donc réalisé un guide d'entretien destiné aux patients, que nous avons rencontrés soit à la structure, soit lors de visites à domicile en présence d'un infirmier de la structure.

14 patients ont été interrogés sur les 21 prévus (6 de l'HDJ et 8 du CMP).

6 thèmes ont été abordés :

- les loisirs,
- le logement,
- la vie pratique,
- les relations avec le soin, la santé,
- le parcours social et professionnel,
- le lien social.

Après quelques entretiens, nous nous sommes aperçues qu'il était difficile de respecter notre guide d'entretien. Nous nous sommes davantage attachées à écouter et à observer la personne, tentant de relancer la conversation en fonction des réponses obtenues.

Dans un deuxième temps, il nous a semblé utile d'avoir un avis complémentaire, et un second questionnaire a été réalisé à partir de questions ouvertes portant sur trois thèmes :

- la maladie,
- le patient,
- les moyens.

Huit professionnels :

- le médecin responsable de l'hôpital de jour,
- un psychologue,
- une ergothérapeute,
- un cadre infirmier,
- un infirmier du CMP et trois de l'HDJ,

ainsi que les deux présidents des associations UNAFAM et REVIVRE en Côte d'Or ont été interrogés.

L'étude de ces questionnaires a permis de mettre en évidence un quotidien difficile, avec :

- une souffrance vécue par le patient et son entourage,
- un isolement : la difficulté de communiquer, le repli sur soi, le manque d'intérêts et de désirs conduisent les patients à se couper des autres,
- un logement inadapté, parfois vétuste voire insalubre parfois,
- un contexte économique ne favorisant pas un emploi adapté ou occupationnel,
- des addictions, notamment le tabac,
- un sentiment de rejet ou d'ignorance de la part de la société, des voisins,

- une place importante de la prise en charge de la structure.

L'étude a permis également de bien situer le niveau de la prise en charge par l'équipe des Coteaux de Suzon :

- l'hospitalisation au CHS s'est recentrée progressivement sur l'accueil des patients en situation de crise,
- une grande majorité des patients est prise en charge en ambulatoire,
- le maintien à domicile nécessite un investissement important des équipes soignantes dont les tâches ne relèvent plus essentiellement du soin. Il nous a semblé important de pointer la diversité des tâches effectuées par les infirmiers lors des visites à domicile :
 - des tâches ménagères,
 - un rôle éducatif en matière d'hygiène et de santé,
 - un accompagnement dans des démarches administratives,
 - une aide à la gestion budgétaire.

La situation que connaissent les patients, sans être asilaire, est enfermante.

Les seuls interlocuteurs des patients relèvent de la psychiatrie.

La question de la dépendance du malade vis-à-vis du personnel soignant est importante à souligner mais nous pouvons nous demander si la psychiatrie n'a pas quelque part un statut de toute puissance sur les patients schizophrènes.

Peuvent-ils mener une vie dite "normale" ?

Dans la majorité des cas, cela semble difficile. La plupart d'entre eux ne pourront plus travailler après l'apparition des premiers symptômes. Certains ont besoin de soins permanents.

Un petit nombre parvient plus ou moins à conserver des relations sociales, mais la majorité perd son autonomie et devient à charge.

La société les rejette fréquemment à cause de leur comportement peu social.

Tous les facteurs de création de lien sont extrêmement dégradés et les temps de rencontres avec les familles sont limités.

Néanmoins, la famille reste une institution contenante car rassurante et nécessaire.

La diversité des tâches effectuées par les équipes soignantes semble empêcher toute contribution extérieure, qui permettrait aux patients une meilleure insertion sociale.

Nous avons pu constater que les contraintes budgétaires des établissements hospitaliers pouvaient freiner cette évolution.

Néanmoins des solutions existent, sans pour autant avoir recours à des moyens financiers importants.

Ayant réalisé mon stage de première année en polyvalence de secteur au Conseil Général de Côte-d'Or, je me suis aperçue que certains patients du

CHS étaient pris en charge également par les services sociaux.

Un travail partenarial entre ces deux services permettrait :

- d'améliorer les tâches réalisées séparément,
- de recentrer le travail des équipes soignantes sur le soin,
- d'étayer des réseaux de prise en charge.

Nous avons également réfléchi sur les perspectives de projet :

- dépistage précoce : campagnes d'information auprès du grand public, des adolescents et une formation des intervenants enseignants et sociaux sur la pathologie,
- meilleure information auprès des patients, de leur famille,
- soutien auprès d'associations : pour éviter l'isolement et le déni de la maladie,
- activités occupationnelles car les activités proposées sont thérapeutiques et les lieux permettant des activités occupationnelles n'accueillent pas encore des personnes prises en charge en psychiatrie,
- des clubs d'accueil et d'entraide pour recréer des liens sociaux (développés dans les départements du sud ouest de la France),
- des lieux de vie adaptés : lieux d'écoute, cafés ou foyers.

Nous allons désormais aborder la troisième et dernière partie de notre étude en vous présentant notre projet.

Atelier Projet : réalisé en octobre 2005

Dans nos travaux précédents, nous avons mis en évidence que la structure des Coteaux du Suzon était un des seuls points d'ancrage permettant de maintenir un certain degré d'intégration sociale des patients schizophrènes. Notre projet vise à une prise en charge plus large et plus globale du patient schizophrène par les secteurs sanitaire et social.

Nous avons constaté que les services psychiatriques étaient très sollicités même dans les demandes à caractère social. A l'inverse, les services sociaux sont confrontés aux conséquences de la misère sociale avec des problèmes de santé qui relèvent de la psychiatrie. Chacun ne peut gérer seul les problèmes rencontrés. Il semblerait donc opportun que les professionnels soignants et sociaux notamment avancent dans des modes de coopération qui tiennent compte, au-delà de leur propre logique, de la réalité complexe du quotidien des patients.

La suite de notre projet évoque le mode opératoire de cette opération ainsi que sa budgétisation tant au niveau investissement humain que financier.

Ce projet pourrait se dérouler sur une année avec neuf réunions, mobilisant environ une vingtaine de professionnels relevant :

- du Conseil Général, du CCAS, de l'Education Nationale, de la CRAM,
- du CHS, de la SDAT,
- des organismes relevant du logement, de l'emploi,
- des associations : l'UNAFAM et REVIVRE en Côte d'Or.

Avec une participation de l'IRTESS pour la mise à disposition de salles de réunion et d'étudiantes pour organiser le projet, une aide de la Fondation de France ou des institutions dans le cadre de la formation continue des agents, le coût total de cette action reviendrait à 75 euros par professionnel.

Commentaire du docteur CAPITAIN

Cette étude de milieu qui va à la rencontre des patients et des équipes, aboutit à une prise de conscience sur le terrain, en harmonie avec ce que l'UNAFAM cherche à faire. Les problèmes sont identifiés de manière simple et directe, tels qu'ils sont vécus au quotidien. La nécessité de trouver des points d'ancrage pour ces patients est mise en avant, puisque, en dehors de leur famille, la psychiatrie (CMP, hôpital de jour) constitue souvent leur seul lien avec l'extérieur. Pour tempérer ce constat, il faudrait tenir compte des réseaux qui se tissent entre eux, mais dans l'ensemble ils restent très isolés. La priorité doit donc porter sur une meilleure coordination des actions de

soins et de prises en charge sociales pour amener les patients à participer plus à la vie de la cité, à être des patients citoyens. Tout l'enjeu est là. Parce qu'ils ont un fonctionnement mental particulier, qu'il y a la psychopathologie et une souffrance psychique, aller vers eux demande une volonté et une organisation.

Je remercie vivement madame CASTELLUCCIO pour ce travail et ainsi, d'avoir contribué à montrer qu'il était possible, sans budget supplémentaire, de s'impliquer dans un accompagnement plus efficace.

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, je tiens à souligner un point qui me semble essentiel. Si, pour un jeune, la séparation d'avec sa famille et la prise d'un appartement peuvent être considérées comme des éléments de progrès, le passage à plus d'autonomie ne sera réussi qu'avec la mise en place d'un soutien efficace. Je souhaiterais que l'on s'oriente vers la création de SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés).

Ces services ont dans le champ sanitaire la même fonction que les SAVS dans le domaine éducatif. En complément du travail fait par le CMP, l'équipe d'un SAMSAH accompagne le patient au plus près dans ses besoins fondamentaux (alimentaires, rythme de vie, prise du traitement). Il faut, pour ces personnes qui ne sont pas toujours bien stabilisées, une aide plus

prégnante avec une amplitude horaire d'intervention plus large.

*
* *
*

Une Structure Sanitaire La Fédération de Réinsertion Réadaptation du CHS de la Chartreuse

**Par monsieur WEYRICH
Cadre Supérieur Infirmier**

Dans le cadre général d'une réflexion sur le projet d'établissement, des réunions de travail, à l'initiative de la CME, ont été mises en place dès octobre 1992 en vue de créer une Fédération de Réinsertion. La réflexion était organisée sur trois axes.

Le premier axe consistait à **évaluer** le fonctionnement et l'activité des structures existantes. Celles-ci, au nombre de six, étaient rattachées aux différents secteurs de l'hôpital sans que soit engagée une véritable politique de coordination.

Ces structures étaient :

- **Sésame** structure de placement familial, créée en 1987 et rattachée au 2° secteur.
- Les " **appartements protégés** " structure de suivi à domicile, créée en 1985 et rattachée au 4° secteur.

- **Ariane** créée en 1985 avec pour objectif la prise en charge de jeunes patients psychotiques. Cette structure était rattachée au 4° secteur.

- **Etape**. Cette structure rattachée au 7° secteur accueillait depuis 1987, de jeunes adultes avec un projet de réinsertion.

- **Ardor** : Atelier thérapeutique s'inscrivant dans le champ de la réinsertion professionnelle. Créé en 1983, cette structure était rattachée au 4° secteur.

CATTP Bachelard (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel) : structure créée en 1986 et rattachée au 4° secteur.

En lien avec ces structures sanitaires, la nécessité de définir une coopération plus étroite avec le foyer post cure de **La BERGERIE** s'avérait nécessaire.

Le deuxième axe consistait à **instaurer une politique globale et coordonnée** de l'établissement pour ses actions de réinsertion et dans cette perspective de réfléchir aux conditions de mise en place d'une fédération des unités concernées par ces actions.

Concernant le troisième axe, les médecins se proposaient d'estimer les besoins de réinsertion auxquels il n'aurait pas encore été apporté de réponses adéquates et de faire d'éventuelles propositions. La Fédération de Réinsertion était

missionnée pour promouvoir de nouvelles structures.

La Fédération de Réinsertion a été créée le 1° octobre 1996.

Le coordinateur médical est le docteur PETIT, praticien hospitalier du CHS.

Concernant le cadre législatif, elle fait référence à la loi portant réforme hospitalière de 1991 qui permet à un établissement de santé de regrouper des unités et d'avoir une politique coordonnée par rapport aux moyens.

Depuis sa création, la Fédération a constitué différents groupes de travail et s'est engagée dans de nombreux projets. Elle a fonctionné en lien étroit avec la résidence Icare ; la Fédération de Réinsertion a été, avec d'autres partenaires, à l'origine de la création de Challenge Emploi, et plus récemment, elle s'est inscrite dans la mise en place des Maisons Communautaires.

Les unités constitutives

La Fédération comporte trois pôles.

Le pôle hébergement

Etape. Cette unité d'hospitalisation a pour mission d'accueillir de jeunes patients psychotiques dont les troubles majeurs de comportement sont atténués. Le travail de l'équipe soignante se situe en amont des structures de réinsertion. Il porte

notamment sur les questions de logement : projet d'appartement, placement familial, admission à Matisse ou Icare. Un projet de réinsertion professionnelle peut également être initié.

La Maison Matisse. Cet établissement est la continuité du foyer de post cure de "La Bergerie", créé dans les années 1970 et qui a été rattaché ces dernières années au CHS de la Chartreuse. Devant ce rattachement, les familles redoutaient que l'institution perde son originalité et sa qualité de prise en charge. Pour répondre à ces appréhensions et confrontée à des problèmes de normes de sécurité du bâtiment lui-même, la direction du CHS s'est orientée vers la création d'une maison communautaire. Le montage pour constituer une telle entité a été le suivant : achat de "La Bergerie" par un bailleur social "Le Foyer Dijonnais" qui effectue les travaux de rénovation, puis loue l'ensemble des locaux à l'association de Champmol. 15 chambres sont ainsi louées aux résidents. A cette structure est adossé un CATTP fonctionnant de 7 à 19 heures, composé de personnel infirmier et éducatif. Les résidents accueillis sont relativement jeunes (jusqu'à 30 ans).

La Maison Communautaire Lucie en Carrois a un montage administratif similaire à la maison Matisse. Par contre la population est tout à fait

différente. Ce sont généralement des patients hospitalisés de longue date au CHS et pour lesquels les multiples tentatives de réinsertion ont échoué. La capacité d'accueil est de 20 places sans limitation de durée ou d'âge.

L'établissement s'apparente à un lieu de vie avec un personnel composé principalement d'aides soignantes et d'ASH qui assure des soins de nursing. Il s'agit là d'une réponse à des malades chroniques qui jusqu'à présent séjournaient à l'hôpital.

Les appartements protégés dont le médecin référent est le docteur CAPITAIN.

30 patients sont suivis au quotidien par une équipe d'infirmières. L'aide porte sur les questions d'hygiène, la prise du traitement, les difficultés multiples que peuvent rencontrer ces patients dans leur environnement. Les liens avec les tuteurs, les familles sont privilégiés.

Sésame est une structure axée sur l'accueil familial. Cette structure se situe dans le champ social. Une infirmière et une éducatrice assurent le suivi de 25 patients placés dans des familles d'accueil. La prise en charge est double :

Suivi des patients par des visites à domicile mais aussi soutien de la famille d'accueil. Les liens avec les services du Conseil Général sont bien formalisés.

Le pôle Médiation, Expression, Création

Le CATTP de Bachelard fonctionne depuis vingt ans. La structure est positionnée dans le quartier de la Fontaine d'Ouche, elle accueille plus de 150 personnes par semaine.

Cette structure propose une palette d'activités axées vers les médiations expressives et créatives. Les activités proposées sont : relaxation, écoute musicale, atelier chant, théâtre, atelier informatique et vidéo, art-thérapie, etc. Les liens étroits tissés avec l'association Itinéraires Singuliers ont permis d'engager des actions culturelles très intenses, sous-tendues par la volonté de dédramatiser la maladie mentale, en ouvrant le CATTP sur la cité.

L'atelier d'ergothérapie s'adresse habituellement, au sein du CHS, à des patients hospitalisés. Avec le concours d'ergothérapeutes, la prise en charge est collective ou individuelle. Elle est dispensée, soit au centre d'ergothérapie, soit dans les unités de soins, soit dans les structures extra-hospitalières.

Les supports proposés sont multiples ; les patients sont adressés sur prescription médicale.

L'atelier d'art-thérapie est également situé au CHS, la prise en charge est collective ou individuelle. L'atelier est animé par une infirmière art-thérapeute.

Les patients sont adressés sur prescription médicale.

Le pôle de réinsertion professionnelle

Ardor est un atelier thérapeutique. Cet atelier est un lieu intermédiaire entre le soin et le monde du travail. L'objectif est d'utiliser la réalité du travail comme outil thérapeutique.

Indications de suivi thérapeutique :

- réadaptation au rythme du travail, aux gestes et aux relations professionnelles,
- réadaptation sociale,
- préparation à l'entrée en ESAT (ex CAT), atelier protégé, voire milieu ordinaire.

Le support de l'activité est centré principalement sur la rénovation d'appartements (thérapeutiques ou protégés).

Une réflexion est en cours sur l'opportunité de développer d'autres supports d'activité.

*

* * *

Une Structure Médico-Sociale La Résidence Icare

**Par Pascal Sologny
Directeur**

La résidence Icare porte aujourd'hui le nom d'établissement expérimental,

ce qui signifie que, d'un point de vue administratif, elle a une autorisation de fonctionnement de 5 ans. A l'issue de cette période, une évaluation permettra de décider de la poursuite ou non de l'expérience. La pérennité de la résidence ne me semble toutefois pas compromise.

L'institution a ouvert ses portes il y a 10 ans, aboutissement d'un étroit partenariat entre le CHS et l'association "La Bergerie" (dont il a été question plus haut). Une nouvelle entité était constituée : l'association Icare. L'expérience portait sur la création d'un foyer d'hébergement de 32 places associé à un CATTP. Après quelques années d'activité, une réflexion commune entre le CATTP et l'association "La Bergerie" a montré qu'une réorganisation de ce partenariat devait être entreprise.

Aujourd'hui, l'institution n'appartient plus au secteur sanitaire, mais travaille avec lui, en étroit partenariat.

L'établissement est uniquement autorisé, contrôlé, financé par le Conseil Général.

Un résident est orienté vers Icare pour un projet de réinsertion sociale d'une durée limitée (3 ans environ). Il s'agit donc d'une étape, d'un passage qui correspond à un moment de la vie de la personne. La maladie psychique, nous le savons, est évolutive et ne présente pas un caractère linéaire. Il convient donc d'apporter des réponses différenciées à des problématiques différentes. Icare est une de ces réponses à côté de

toutes celles qui peuvent être proposées.

Très rapidement, il a été décidé que la structure ne devait pas être médicalisée. En effet le soin se poursuit en relation avec le secteur d'origine, avec la même équipe soignante, ce qui constitue pour le résident un sorte de fil d'Ariane.

Les personnes accueillies à Icare ont le statut de handicapés psychiques. La loi de février 2005, en reconnaissant ce type de handicap, a clarifié une situation qui jusqu'alors pouvait susciter des interrogations. A ce titre, dans la mesure où le soin est assuré par le secteur sanitaire, les résidents relèvent du Conseil Général pour le projet d'accompagnement et de réinsertion.

Réinsertion sociale ne signifie pas obligatoirement travail, mais surtout capacité de vivre dans la cité, de prendre un appartement pour la majorité, de trouver un sens à sa vie à travers des activités de bénévolat, culturelle, artistique et parfois salariée.

Les conditions de vie à Icare

Le but est de développer au maximum les compétences sociales, relationnelles qui ont été mises à mal par les troubles psychotiques. L'équipe est constituée de huit éducateurs spécialisés et de cinq aides médico-psychologiques pour ce qui est du personnel éducatif.

Les personnes bénéficient d'un accompagnement individuel et d'un

dispositif institutionnel qui leur offre des activités, des occasions de rencontre, qui les incite à développer des projets.

Les résidents sont logés dans des studios individuels, l'idée étant que, dès le début du séjour, ils puissent vivre dans des conditions proches de celles qu'ils connaîtront à leur sortie. Dans cette perspective, une convention signée avec le Conseil Général les autorise à garder l'intégralité de l'allocation d'adulte handicapé, sans reversion, dans la mesure où ils financent eux-mêmes leurs frais d'hébergement et d'entretien.

Les activités à Icare

Pour le quotidien, elles consistent à se nourrir, s'habiller, à avoir des loisirs. L'équipe veille à ce que les activités thérapeutiques soient suivies parce que la relation avec le secteur sanitaire est essentiellement vivante et investie à travers ce qui est proposé par les soignants.

C'est une obligation pour un résident d'avoir une activité thérapeutique, ou en tout cas un point d'ancrage avec le soin. C'est la garantie que la personne est prise en charge par une équipe, que peut s'instaurer un dialogue, des échanges, un partenariat, autour d'une situation qui est toujours difficile, qui n'est jamais tout à fait stabilisée. Par ce lien, on se donne le maximum de chance de réussir la réinsertion.

En interne, l'offre d'activités passe par le biais d'une association de résidents qui gère un bistrot associatif avec des serveurs bénévoles et des consommateurs, ce qui permet de générer des gains qui financent des projets. Cette réalisation favorise le développement des compétences, au sein de son conseil d'administration notamment. S'y retrouvent résidents, mais aussi éducateurs, dont le rôle est de donner un souffle à l'entreprise sans se substituer aux principaux acteurs. Des activités collectives autour des repas ont été peu à peu aménagées. Même si les personnes sont supposées être autonomes, elles ont souvent besoin d'être soutenues au niveau alimentaire, de l'hygiène de vie, d'où l'accompagnement dans les appartements, l'organisation de repas collectifs ou pris à l'extérieur.

A côté de la consultation ou du prêt d'ouvrages, la bibliothèque propose des occupations ludiques (jeux de société, espace multimédia).

On trouvera également un "home cinéma", un jardin potager, une équipe de foot...

L'ambition d'Icare est de pouvoir amener des personnes en difficulté à retrouver une autonomie sociale, or paradoxalement la résidence est encore peu ouverte sur l'extérieur, l'essentiel de l'effort portant sur le projet interne.

En 2006, l'objectif est donc de réorienter notre action, en engageant, au sein de l'équipe éducative, un animateur socio-

culturel dont la mission sera de tisser des liens avec l'extérieur. Il s'agit là d'un pari que justifie le constat fait sur la situation des personnes après le passage à Icare.

Après Icare

Souvent, les liens avec le tissu social et culturel ébauchés pendant le séjour ne tiennent pas. Il est urgent de développer des structures de type SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), constituées de professionnels qui, auprès des personnes, sur le terrain, dans leur lieu de vie, vont maintenir les liens existants et éventuellement en tisser de nouveaux.

A Dijon, aujourd'hui, des institutions à caractère social (SDAT, Resto Pop, La Passerelle), qui reçoivent de manière régulière une population souffrant de graves troubles psychiques se trouvent souvent démunies pour assurer une véritable prise en charge. Il est donc nécessaire de créer des lieux spécifiques pour ceux qui ne sont pas prêts se rendre dans les structures ouvertes à d'autres publics. A l'initiative du Conseil Général, nous sommes entrés en relation avec les équipes des SAVS du département pour réfléchir ensemble aux moyens de leur transmettre notre expérience.

Le nouveau Schéma Départemental devrait prendre en compte cette problématique.

2° Conférence "Les solutions proposées pour améliorer la situation des malades psychiques"

La situation des malades psychiques dans la cité et la loi de février 2005

**Par Martine Landanger
Directrice du CREAI de Bourgogne**

Présentation du CREAI :

Le CREAI (Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les handicap et les Inadaptations) est une association permettant la rencontre et la concertation entre :

- les associations et les organismes qui ont une action auprès de personnes handicapées ou en difficulté sociale,
- les professionnels des établissements et services,
- les collectivités territoriales,
- les services de l'Etat.

C'est un organisme technique qui intervient sous différents modes :

- pour l'analyse des besoins des personnes handicapées ou en difficulté sociales,
- pour la qualité des prestations apportées aux personnes,

- pour l'adaptation continue des politiques sociales et des pratiques professionnelles ;

Cette structure est composée d'une équipe de conseillers techniques spécialisés (sociologue, psychologue, économiste, ingénieur qualité...) avec des expériences et formations complémentaires dans le champ des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires. L'activité diversifiée du CREAI repose notamment sur la réalisation d'études, de conseils techniques pour l'élaboration de projets des établissements et services ou leurs associations, la formation des professionnels sur des questions relatives aux pratiques et à leur évolution, en particulier à l'évaluation de la qualité des interventions. (Pour plus d'informations voir www.creaibourgogne.org).

Une réflexion plus large est menée régulièrement au niveau national en concertation avec le réseau constitué par l'association nationale des CREAI (ANCREAI).

1 - Les évolutions en cours concernant les personnes handicapées :

Deux lois ont marqué le secteur du handicap dans les années 70 : les « fameuses » lois de 1975. Elles viennent d'être rénovées par deux lois essentielles (la loi 2002- 2 du 2 janvier 2002 *rénovant l'action sociale et médico-sociale* et la loi 2005-102 du 11 février 2005

pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) qui visent à redéfinir et soutenir la place des personnes handicapées dans la société.

Dans les années 70 il avait fallu répondre à une urgence. L'option de l'époque avait conduit à la création de structures pour chaque grande catégorie de handicap. Cela a donné lieu à la création des établissements pour que les enfants (accueillis en IME, ITEP...) et les adultes handicapés (vivant dans des foyers ; travaillant en ESAT (ex CAT)...) aient une réponse éducative et sociale élémentaire. Les personnes étaient donc orientées en fonction de leur catégorie pour recevoir une réponse qui était pensée par catégorie de handicap et de manière globale et collective.

Ces lois sont deux piliers du dispositif médico-social actuel en faveur des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 "pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" témoigne d'une profonde transformation du dispositif médico-social et traduit un autre regard de la société sur les personnes handicapées.

Cette loi de 2005 reprend l'esprit de la loi de 1975 en rappelant que la personne handicapée a les mêmes droits que tous. Elle met l'accent notamment sur des points qui n'ont pas été suffisamment réalisés depuis

1975. Elle souligne en particulier la nécessaire réalisation d'une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, l'indispensable accessibilité des bâtiments et transports quel que soit le handicap....pour permettre le maintien dans un cadre ordinaire de solidarité de travail et de vie, (voir article L. 114.2 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

2- La situation des personnes malades psychiques et perspectives

En ce qui concerne la situation des malades psychiques dans la cité, thème de notre rencontre, je propose de porter notre attention sur un certain nombre d'éléments de cette nouvelle loi qui doivent contribuer à favoriser une reconnaissance de la situation particulière de ces personnes et favoriser leur inclusion dans la cité.

Une définition du handicap et la reconnaissance du handicap psychique.

La loi de 1975 n'avait pas donné de définition du handicap, ce qui avait été largement critiqué à l'époque. Aujourd'hui les personnes reconnues handicapées sont reconnues également dans leurs droits. Cette reconnaissance des personnes handicapées par la loi de 2005 repose notamment sur **une définition du handicap.**

« Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Une des innovations de cette définition est donc **d'introduire le handicap d'origine psychique**

Le projet de vie de la personne est central.

L'état d'esprit de cette loi de 2005 se situe dans le prolongement de la loi de 2002 (rénovant l'action sociale et médico-sociale) qui a rappelé **les droits des usagers** dont le respect doit être garanti au sein des établissements et services médico-sociaux.

Des dispositions particulières et obligatoires, ont été fixées afin de **garantir le respect de ces droits**, notamment la charte des droits et liberté de la personne accueillie, un livret d'accueil, un règlement de fonctionnement, un contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, des modalités de consultation des usagers (le conseil de la vie sociale ou autres modalités de recueil, d'avis...), le recours à une personne qualifiée...

Des exigences en terme de qualité des prestations sont désormais définies dans un cadre administratif précis pour les services et établissements qui accompagnent ou accueillent ces personnes (évaluation interne et externe). Un projet d'établissement ou de service doit permettre de situer la mission et les orientations de la structure d'accueil ou d'accompagnement. Toutes ces mesures doivent apporter une meilleure lisibilité sur les aides qui peuvent être apportées aux personnes concernées et leur permettre ainsi, autant que possible, de formuler des souhaits pour la réalisation d'un projet de vie.

Le texte de loi précise que « *la personne handicapée est au centre...* » d'un dispositif qui se structure pour répondre à ses besoins et attentes en lien avec le projet de vie élaboré par la personne... ou son représentant légal.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est une disposition centrale au niveau départemental.

La reconnaissance du handicap est organisée dans le cadre de cette MDPH placée sous la responsabilité administrative et financière du département, (depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, la responsabilité du secteur social et médico-

social a été transférée aux départements).

L'ouverture de ces maisons départementales au 1^{er} janvier 2006 marque une étape cruciale de la mise en application de la loi du 11 février 2005.

Cette maison départementale assure un **service de proximité**, conçu comme un guichet unique destiné à faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des droits et prestations répondant à leurs besoins. « *Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil ; ainsi qu'une sensibilisation de tous les citoyens au handicap* ».

Avant la loi de 2005, la reconnaissance du handicap était établie par une commission d'évaluation appelée CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale) pour les enfants et les adolescents et la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) pour les adultes. Désormais, la MDPH remplira cette fonction d'évaluation.

Une modalité d'action nouvelle : la compensation des conséquences du handicap.

La loi de 2005 précise que « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience,*

son âge ou son mode de vie ... cette compensation consiste à répondre à ses besoins».

Les réponses à ces besoins se traduisent par exemple par :

- un aménagement du domicile ou du cadre de travail,
- une offre de services ou de places en établissements spécialisés,
- des aides humaines,
- des aides techniques (domotiques),
- des aides matérielles (aménagement d'un logement ou d'un véhicule),
- des aides animalières,
- des aides spécifiques ou exceptionnelles.

Ces moyens de compensation du handicap doivent contribuer à **la participation** et favoriser **la citoyenneté** des personnes handicapées en leur permettant de vivre dans la cité.

Le besoin de compensation des conséquences du handicap est ainsi évalué dans la MDPH par **l'équipe pluridisciplinaire** sur la base du **projet de vie** et **de références** définies par voie réglementaire. (A noter qu'un certain nombre de décrets ne sont pas encore parus car en cours d'élaboration).

L'équipe est alors chargée de proposer **un plan personnalisé de compensation** en prenant en considération les besoins et aspirations de la personne. Ce plan

est ensuite soumis à la **commission des droits et de l'autonomie** des personnes handicapées (CDAPH).

Cette instance, centrale dans la MDPH, est compétente pour se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures permettant son insertion scolaire, professionnelle ou sociale. Sa composition n'est pas figée à ce jour. Elle est composée en partie des professionnels des commissions précédentes (CDES, COTOREP, équipe technique de Dispositif pour la Vie Autonome).

Dès lors que les besoins de compensation sont reconnus la Maison Départementale des Personnes Handicapées est chargée d'apporter l'aide nécessaire à la bonne mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie.

Le financement de ces aides est assuré par la **caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) qui contribue au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et personnes âgées. Ces fonds sont en partie issus du jour de solidarité, (fonds redistribués aux départements).

3- Pour conclure

S'il apparaît aisé de se représenter les besoins de compensation des

personnes ayant un handicap moteur (besoins matériels et humains) il est beaucoup plus complexe de situer les besoins individuels de compensation des personnes handicapées psychiques qui nécessitent principalement un accompagnement humain pour soutenir la mise en place de liens sociaux.

Les référentiels d'évaluation des besoins sont en cours d'élaboration. Les associations d'usagers et les associations gestionnaires sont impliquées dans des travaux d'élaboration de ces outils au niveau national dans le cadre de la Commission Nationale Consultative des Personnes Handicapées (CNCPH). Afin d'apporter des réponses aux besoins de compensation des personnes handicapées psychiques, on peut souhaiter que de nouvelles structures d'accompagnement et d'accueil seront élaborées pour répondre aux besoins particuliers de ces personnes. Dès à présent, les schémas départementaux qui sont en cours d'actualisation prennent en compte la situation des personnes handicapées psychiques.

Dans quelques temps, il nous faudra évaluer avec les personnes handicapées concernées et leurs associations, si ce dispositif, fondé sur la compensation des conséquences du handicap, a permis une meilleure participation et citoyenneté de ces personnes.

Le Plan de Santé Mentale Présentation

**Par le docteur MILLERET
Chef de Service au CHS La
Chartreuse**

Véritable "serpent de mer", la mise en oeuvre du Plan de Santé Mentale a été évoquée de façon récurrente, quelque soit la couleur politique des gouvernements en place, le dernier travail sur le sujet étant le rapport Cléry Melun.

Le drame de l'hôpital de Pau, en décembre 2004, et sa mise en avant par les médias ont été des éléments déterminants dans l'accélération du processus. Début 2005, sortait un Plan de Santé Mentale (PSM).

Ce plan pluriannuel présente des idées très intéressantes qui rassemblent nos préoccupations et ce que l'on peut évoquer sur la santé mentale au sein de la psychiatrie. Les lignes directrices tiennent compte des constats faits sur le terrain. Notre interrogation porte surtout sur les moyens qui seront accordés pour sa réalisation. Déjà, entre l'annonce du PSM et les premiers documents de concertation pour sa mise en place (reçus en novembre 2005), plus de neuf mois se seront écoulés. Toutefois, en Bourgogne, l'Agence Régionale a devancé l'installation de la commission officielle pour organiser les premières réunions de travail.

*
* *

Il est de l'intérêt de toutes les composantes de la société que les objectifs du plan puissent aboutir, la question est de savoir comment les mentalités vont les accepter.

Le Plan de Santé Mentale s'articule autour des axes suivants :

- la prise en charge décloisonnée,
- les patients, les familles, les professionnels,
- le développement de la qualité et de la recherche,
- la mise en œuvre de programmes spécifiques,
- le suivi des plans.

La prise en charge décloisonnée

Cinq thèmes sont rattachés à cette rubrique.

1°) Mieux informer et prévenir.

Cela signifie qu'il est important :

- de développer des actions spécifiques vers les médecins généralistes. Selon les résultats d'une enquête que nous avons menée en 2004, ces professionnels de terrain regrettent le manque de coordination et de communication entre les acteurs de la santé mentale et eux-mêmes, confrontés parfois à des difficultés majeures,
- de donner au grand public la possibilité d'être informé, de mettre tout en œuvre pour parler de la santé mentale. En ce sens, la Semaine de la Santé Mentale participe à cet effort. Par contre, le lancement d'une campagne nationale sur le thème de la maladie psychique

devrait se faire avec la plus grande prudence, l'impact sur la population n'étant pas toujours à la hauteur des ambitions premières.

2°) Mieux accueillir et mieux soigner.

▪ Préoccupation nationale, identifiée comme telle, il convient de mettre sur pied une organisation qui puisse briser l'isolement des médecins généralistes. 30 à 35% de leur clientèle est en effet touchée par des problèmes de santé mentale, (y compris les addictions et l'alcoolisme). La formation des généralistes est un élément qu'il faut absolument retenir.

▪ Autre priorité, la prise en charge dans les CMP (centres médico-psychologiques) est une forme d'accueil qui semble mieux adaptée au sein de la cité, même pour des pathologies lourdes, car elle fait moins peur que celle de l'hôpital psychiatrique. Au sein de notre région, il semble que l'idée d'élargir les plages horaires d'ouverture des CMP ait été avancée.

3°) Adapter l'hospitalisation complète.

Dans ce chapitre, interviennent notamment les questions de sécurité.

4°) La répartition géographique des professionnels médicaux et les réseaux.

C'est une réalité connue en France, certaines parties du territoire sont

désertées, d'autres très attractives (le sud et la région parisienne). Pour les réseaux, notre interrogation porte sur la manière dont les recommandations seront appliquées.

5°) Mieux accompagner.

Il s'agit de développer les services d'accompagnement, de créer des groupes d'entraide mutuelle, de mobiliser les politiques de travail protégé, de favoriser un hébergement adapté à chacun. Je serais, en effet, tout à fait partie prenante pour que des patients stabilisés puissent être accueillis, au sein de la cité, dans des lieux de vie spécifiques.

Les patients, les familles et les professionnels

Une place particulière est réservée **aux usagers et aux familles** avec un ensemble d'articulations et de concertations. Citons :

- l'accroissement du rôle des familles,
- le soutien aux associations,
- l'élargissement des compétences de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques,
- l'expertise du dispositif de l'hospitalisation sans consentement.

Le second volet vise à améliorer les exercices **des professionnels** en santé mentale, à renforcer la formation initiale continue, l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en

psychiatrie. Ces préoccupations rejoignent celles des médecins généralistes que j'ai évoquées plus haut.

Développer la qualité et la recherche

Nous sommes là sur le terrain des bonnes pratiques qui peuvent se heurter à l'inertie des habitudes.

1°) Favoriser le bon usage de médicaments. Les Français, nous le savons, sont de gros consommateurs de psychotropes. Pour obtenir la modification d'un traitement, il faut souvent faire preuve de beaucoup de diplomatie, d'où l'intérêt des *groupes d'information médicaments* comme celui qui a été ouvert au centre de Longvic. L'équipe médicale explique ce que sont ces médicaments, à quoi ils servent, quels en sont les effets secondaires. Les questions de diététique sont également abordées.

2°) l'enquête d'information médico-économique, dont l'objet est d'évaluer les actions. C'est un travail extrêmement complexe, et qui, du fait de sa complexité, peut avoir des effets pervers : exemple non prise en compte d'informations qui remettent en cause les données finales.

3°) la valorisation à l'activité psychiatrique (VAP) qui est dans la continuité de ce qui a été évoqué dans le point précédent et qui va

être mise en place. La psychiatrie est donc tenue à s'organiser face à cette nouvelle disposition afin de ne pas être pénalisée, par rapport à d'autres disciplines plus coûteuses, alors qu'il s'agit d'une spécialité incontournable en terme de santé publique.

La mise en œuvre de programmes spécifiques

Les pouvoirs publics ont voulu mettre l'accent sur des priorités de santé. Ces points seront développés plus longuement par le docteur CAPITAIN.

1°) La prévention du suicide et l'amélioration de la prise en charge de la dépression, avec une stratégie nationale d'action.

Des générations de plus en plus jeunes sont touchées par la dépression. Actuellement au 4° rang des priorités de santé en général, on peut prévoir, en conservant une certaine prudence, qu'en 2020 cette affection sera au 2°rang, juste derrière les maladies cardiovasculaires.

2°) Action santé, justice. Il est important de bien préciser notre domaine d'intervention face à l'institution judiciaire, car toutes les personnalités en rupture avec la société ou violentes, ne relèvent pas de la psychiatrie. A Dijon, le Service Médico-Psychologique Régional(SMPR)

effectue un travail de dépistage des troubles psychotiques, qui est rendu possible parce que l'effectif de la prison est raisonnable.

Il faut inclure dans cette rubrique les agresseurs sexuels.

3°) La périnatalité, les enfants et adolescents. Même si certains débordements d'adolescents nécessitent parfois un avis psychiatrique, il faut être attentif à ne pas psychiatriser toute conduite. Je suis très réservé sur certains programmes et particulièrement cette proposition récente qui voudrait dépister le comportement d'un enfant dès deux ans.

4°) Les populations vulnérables. Sont concernées les personnes en situation d'exclusion, les personnes âgées et les urgences psychologiques en cas de catastrophe.

Le suivi des plans.

C'est la politique de la Commission Nationale et des Commissions Régionale.

En résumé, les idées figurant dans le Plan de Santé Mentale ont fait l'objet d'une concertation. Le travail de terrain a effectivement été pris en compte. La mise en œuvre s'étalera sur plusieurs années, il conviendra alors d'être attentif aux propositions qui seront faites, tout en restant constructif.

Les actions spécifiques du Plan de Santé Mentale

Par le docteur **CAPITAIN**
Chef de Service au CHS
Médecin référent de l'UNAFAM 21

Ce plan, intitulé "Psychiatrie et Santé Mentale" est intéressant à deux titres. Au niveau gouvernemental, l'existence des problèmes est **reconnue** sans ambiguïté et la psychiatrie est **identifiée** comme telle. Elle n'est pas noyée dans la santé mentale en général.

Avant de commenter les actions spécifiques du PSM, je voudrai faire plusieurs remarques liminaires sur son contenu.

Le nombre de lits au CHS n'est pas seulement lié à des questions sécuritaires.

Tant que des structures réellement alternatives n'auront pas été mises en place, je reste favorable au moratoire du ministre sur ce point, tout en souhaitant que la diminution de lits puisse se faire pour redonner un sens à l'hospitalisation.

Le maintien du secteur comme service est affirmé. Il permet de préserver la proximité et la continuité des soins, une certaine fidélité dans les suivis, actuellement assurée par les psychiatres et les psychologues, puisque pour le personnel infirmier, la mobilité est devenue la règle.

Or cette notion de secteur au sens de service risque d'être bousculée par les orientations prises dans le

cadre de la réforme hospitalière et, notamment par l'installation de ce que l'on appelle **la gouvernance**. Il s'agit là d'un changement radical dans l'organisation de l'hôpital. Un Conseil Exécutif, composé à parité de médecins et d'administratifs avec voix prépondérante pour le directeur, sera l'instance décisionnelle de l'établissement; d'où les interrogations quant à l'organisation, les regroupements, le maintien de la politique de secteurs.

Je voudrai vous présenter ces programmes spécifiques à travers ce qui fait le quotidien du psychiatre, c'est à dire le soin apporté à des personnes psychotiques (20% de l'activité) et les engagements de toutes sortes qui donnent un sens au concept de santé mentale mais qui oblige le praticien à répondre à de nombreuses injonctions.

1°) Dépression et suicide.

La dépression concerne 10% de la population, entraînant des arrêts de travail, des conséquences sur la santé, des suicides. Le risque de récurrence est important. Une dépression laisse des séquelles et fragilise (troubles du sommeil...). Je vous renvoie à mon exposé sur le sujet dans "Le Lien" n° 13. Les dépressions représentent 80% de la clientèle des psychiatres privés et, un pourcentage important de celle des généralistes par le biais des désordres fonctionnels, des manifestations d'anxiété.

La France est l'un des pays où l'on se suicide le plus. Le suicide chez les jeunes est la deuxième cause de mortalité après les accidents. Par ailleurs une tentative de suicide n'est jamais banale. 40% des personnes récidivent dans l'année. En Côte-d'Or, existe un Réseau de Prévention du Suicide coordonné par l'ingénieur en réseau du département et dont nous faisons partie. Nous sommes notamment intervenus dans ce qu'on appelle la "postvention" du suicide (dans les écoles après un décès ou un suicide).

2°) Les actions Santé Justice.

En prison, 30 à 40% des détenus présentent des troubles psychiques et 10% sont atteints de schizophrénie. Des psychiatres rattachés au CHS assurent en Maison d'arrêt le suivi de ces patients par l'intermédiaire du SMPR (Service Médico-Psychologique Régional). Une réponse pour une meilleure prise en charge serait la création d'unités particulières pour ces personnes qui doivent rester en milieu sécurisé mais qui n'ont pas leur place dans les services de psychiatrie tels qu'ils sont organisés. Deux tranches de travaux ont été programmées sur le plan national. La première concerne la création de neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour une capacité de 450 lits dès 2008. Autre catégorie de détenus, les auteurs d'agressions sexuelles sont

suisés sur Dijon par deux médecins coordinateurs.

Actuellement le partenariat avec la justice est difficile. Dans l'idéal, il devrait tendre à assurer les conditions nécessaires pour qu'on puisse proposer des choix de soins adaptés à ces populations.

3°) La périnatalité, les enfants et les adolescents.

Pour ce qui concerne la périnatalité, il s'agit de développer la collaboration entre les équipes de pédopsychiatrie et de pédiatrie autour des difficultés liées à la naissance.

Le comportement des adolescents est ressenti par notre société comme étant un souci majeur, sachant, par ailleurs, que c'est en général à cet âge que la psychose apparaît. Des solutions sont proposées, dont les maisons des adolescents qui peuvent prendre différentes formes (unités très médicalisées, centres sociaux au sens large).

4°) Les populations vulnérables.

Le champ d'action est vaste puisque il est demandé de favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale :

- des personnes en situation de précarité et d'exclusion, (on pourrait y inclure les migrants) ;
- des personnes âgées, avec le soutien aux familles, la prévention de la maladie d'alzheimer, les troubles psychiques, les dépressions ; il faut

savoir que le suicide n'est pas une exception dans cette population ;

	Tentatives de suicide	Suicides réussis
Jeunes filles	110	1
Jeunes hommes	27	1
Femmes âgées*	2	1
Hommes âgés*	1	1
* > à 70/80 ans		

Sous cette rubrique figure également le réseau de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe. Certaines personnes développent une réelle pathologie avec un syndrome post traumatique dont il faut s'occuper. Nos services y sont sensibilisés avec des consultations de victimologie.

Dans sa pratique quotidienne, le psychiatre doit donc savoir s'adapter à des situations très diverses, d'où la nécessité d'avoir des équipes soudées et complémentaires.

*
* *
*

UNE DES REponses : LE GEM ...

Par Francis JAN
Président délégué de l'UNAFAM21

Je voudrais aborder rapidement, car je l'ai déjà fait à de nombreuses reprises, y compris dans cette revue,

la question des Groupes d'entraide Mutuelle (GEM).

Vous avez pu lire la remarquable intervention de madame Castelluccio et de ses collègues élèves assistantes sociales, qui mettait en évidence toutes les difficultés que rencontrent les personnes handicapées psychiques à vivre dans la cité, et... leur étude ne se rapportait qu'à des personnes qui fréquentent le Centre Médico-Psychologique (CMP). Qu'en est-il de celles qui refusent tout lien avec le soin ?

Rappelons les problèmes des personnes handicapées psychiques qui vivent dans la cité :

- l'isolement , le repli sur soi, l'absence d'intérêt, de désir,
- le logement inadapté, dégradé, la difficulté à se nourrir,
- l'inactivité,
- les addictions, tabac, alcool, cannabis, (juste un mot sur ce dernier qui peut être un élément déclencheur et est toujours un facteur aggravant de la schizophrénie),
- un sentiment de rejet, d'intolérance, de stigmatisation de la part de la société.

Sur cet état de fait, les associations qui travaillent dans le domaine de la Santé Mentale (l'UNAFAM, la FNAP-PSY...) n'ont cessé d'intervenir pour alerter les pouvoirs publics. En particulier, l'UNAFAM a insisté pour que soit mis en œuvre ce que nous avons expérimenté à Bordeaux : "les clubs".

Et... nous avons été entendu, à travers le Plan de Santé Mentale, et surtout la loi de février 2005, qui fonde l'acte de naissance des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), nouvelle appellation des clubs.

Un GEM est un lieu convivial où des personnes en grande souffrance psychique, qu'elles soient handicapées au sens COTOREP du terme, ou non, peuvent tisser du lien, être soutenues dans leur projet, participer à des activités librement choisies ... Le GEM doit permettre une progression de l'autonomie. La situation idéale serait celle où l'on verrait l'adhérent du GEM le quitter pour aller dans le "milieu ordinaire"...

J'insiste sur deux points :

- 1°) on adhère au GEM : c'est un acte volontaire,
- 2°) le but recherché est d'arriver à ce que les adhérents arrivent à prendre en main la gestion du GEM. Les textes prévoient ainsi qu'ils devront se constituer en association régie par la loi de 1901.

Je tiens à souligner un dernier point : le GEM accueillera les personnes qui vont au CMP, celles qui ont été décrites par Madame Castellucio, *mais aussi* des personnes qui ne vont plus au CMP. Beaucoup d'entre vous peuvent me dire : comment vous allez faire avec celles qui sont dans le déni, qui ne sont plus dans une logique de soins, qui sont en régression... ? Certes, nous ne prétendons pas

soulager toute la misère psychotique de Côte-d'Or. Mais il y a l'expérience de ce que nous, les familles, avons rencontré, par exemple avec certains de nos proches qui sont allés au centre Bachelard. "Il n'y a que le premier pas qui coûte..." Si la personne se rend compte que le GEM est un lieu différent de celui auquel il s'attendait, que finalement « c'est son lieu », qu'il peut y être introduit par une assistante ou un travailleur social, alors peut-être a-t-il une chance d'y adhérer.

En conclusion, loin de moi l'idée que le GEM puisse être le lieu de résolution de tous les problèmes. La psychose, pour ne parler que de cela, est là et le restera.

Le GEM est beaucoup modeste dans ses objectifs : accroître l'autonomie, se sentir mieux, se sentir un citoyen comme les autres... Cela est déjà énorme.

*

* *

**SI VOUS CHERCHEZ UNE
INFORMATION SUR NOTRE
ASSOCIATION, SUR LA
MALADIE PSYCHIQUE, AVOIR
LES COORDONNEES D'UNE
AUTRE SECTION, UNE
ADRESSE INTERNET:
« www.unafam.org »**