

LIEN N°20

LE BILLET DE LA PRESIDENTE-DELEGUEE

L'accompagnement, sa raison d'être, ses limites

Le point fort de ce numéro est constitué par la conférence sur le suicide, à l'initiative de Brigitte VERSET, notre psychologue référente.

Lorsqu'il y a près d'un an, celle-ci s'est proposée d'aborder ce sujet difficile, nous ne pensions pas que deux familles de notre section seraient, quelques mois plus tard, endeuillées par la disparition brutale de deux jeunes hommes. C'est pourquoi, nous leur dédions ce "Lien" dans lequel Brigitte VERSET a su apporter sur cette question, un éclairage sensible.

De cet exposé, je retiendrai l'idée que, devant un acte aussi définitif, nous sommes confrontés à nos propres limites, que la liberté du sujet existe, les soignants le savent bien.

Et pourtant, en aucune manière, ce constat ne doit nous faire baisser les bras. Bien au contraire, la prévention organisée autour d'un accompagnement adapté doit être au cœur de nos préoccupations. Cet accompagnement non seulement *peut* mais *doit* s'inscrire dans plusieurs directions : appui médicamenteux mais aussi humain, implication des équipes sanitaires, médico-sociales mais aussi intervention de modèles nouveaux comme le sont les Groupes d'Entraide Mutuelle, dont la vocation est de participer au mieux vivre de la personne psychotique. L'isolement dans lequel sont beaucoup de nos proches vient en effet renforcer leur sentiment d'être "en dehors". En les invitant à tisser des liens, à

leur rythme, avec la possibilité de se retirer et de revenir, donc de conserver la maîtrise de leur choix, le GEM, aux côtés des autres intervenants, participe à cet effort de prévention si nécessaire.

Mais ce réseau conçu autour de nos proches, aussi approprié soit-il, n'empêchera pas les échecs. Il est honnête et de bon sens de reconnaître la limite de l'accompagnement, c'est même essentiel vis-à-vis de la personne malade, une manière de la respecter dans son intégralité d'être humain.

Dans ce numéro, vous lirez également, avec intérêt, un article du docteur WALLENHORST intitulé "L'Annonce du Diagnostic de Schizophrénie", un moment important auquel beaucoup d'entre nous ont été confrontés.

Marie-Françoise JAN

EN BREF

Le projet de loi sur la prévention de la délinquance

Un communiqué sur ce projet de loi, signé par des personnalités issues du secteur psychiatrique et de la sphère associative (dont l'UNAFAM) a été présenté à la presse le 4 octobre dernier. Il condamne de manière très ferme le contenu des articles 18 à 24 qui prévoient que « l'autorité administrative pourrait utiliser la procédure dite des hospitalisations d'office instituée par la loi du 27 juin 1990, dans le but de prévenir la survenance de fait délictueux ».

Or la procédure d'hospitalisation d'office (HO) s'inscrit dans un dispositif **d'ordre sanitaire** pour l'essentiel, qui comprend également l'hospitalisation libre et l'hospitalisation à la demande d'un tiers. L'HO intervient lorsque l'autorité administrative doit se substituer à des proches du malade, absents ou non consentants. Il s'agit donc d'une logique qui associe les questions de santé, de justice et d'ordre public.

Maintenir le projet en l'état alimenterait **une confusion entre maladie psychique et délinquance**, et stigmatiserait une population fragile, ce qui est inacceptable.

A la demande du Siège de l'UNAFAM, la section a écrit aux députés de la Côte-d'Or afin d'attirer leur attention sur les dangers du projet.

Le dîner du 2 décembre 2006

AU SOMMAIRE

Page 3 : En bref

Page 4 : Une nouvelle Présidence-Déléguée

Page 7 : "Le Suicide" par Brigitte VERSET

Page 16 : "L'Annonce du diagnostic" par le docteur WALLENHORST

Page 21 : Le Foyer de la Cheva- nière par madame GOBET

Cette soirée est destinée à renforcer les liens entre nous, dans un espace qui n'est plus celui de la maladie. C'est un moment convivial, joyeux même, où, sans tout à fait oublier nos soucis nous apprenons à nous connaître. Nos proches y sont cordialement invités.

Vous pouvez vous inscrire auprès de :
-Joëlle PIERRE Tel : 03 80 72 05 71
-M.F. JAN Tel : 03 80 49 78 45

La Maison des Adolescents

Une Maison des Adolescents financée et pilotée par le Conseil Général et la DDASS est en projet. Située au cœur de Dijon, ce sera un lieu ouvert, à destination des jeunes de 13 à 21 ans. Le démarrage du dispositif est prévu pour le mois de janvier 2007.

Les GEM

L'aménagement des GEM est en très grande partie terminée. Toutefois le GEM de Chenôve serait preneur des matériels suivants :

- une table, type table de salle à manger et des chaises,
- un piano numérique.

Votre aide serait la bienvenue

LA REUNION DES FAMILLES

Du 16 septembre 2006

Précédant la conférence débat sur le suicide, la première partie de la réunion présentait une double originalité : celle d'accueillir Jean-François BOURGOIS, Responsable des sections à la Direction Nationale de l'UNAFAM, et d'officialiser la

passation de pouvoir à la présidence de la section.

Allocution de Francis Jan Président délégué sortant de l'UNAFAM de Côte-d'Or (2003-2006).

Trois années en tant que Président délégué de cette section, c'est un temps nécessaire mais suffisant. Il faut savoir passer le relais. Avant de jeter un regard sur ce qui a été entrepris, j'aimerais remercier toutes celles et tous ceux qui m'ont aidé, en particulier les membres du Bureau de la section. Nous avons de la chance d'avoir un nombre non négligeable de bénévoles actifs et c'est aussi cela qui nous permet de réaliser notre mission.

Alors quand je me tourne vers ce passé, il n'y a pas de raison d'en être mécontent.

Ce qui a été réalisé :

1) L'aide aux familles :

- Deux groupes de paroles (qui n'existaient jusqu'en 2003 qu'à la Maison Matisse) animés par le Docteur Court jusqu'en juin 2006, et nous le remercions chaleureusement pour les services rendus aux familles pendant toutes ces années. Depuis septembre 2006 ces groupes sont encadrés par mesdames VERSET et ELBACHIR, psychologues cliniciennes.

- Le journal de la section : "le Lien" distribué aux membres de l'Unafam Côte-d'Or mais aussi à tous les professionnels ayant un lien avec la santé mentale.

- Une écoute téléphonique continue.
- Des permanences toutes les semaines au local de la Maison des Associations jusqu'en septembre 2006, et à partir d'octobre 2006 le mardi au CHS, plus un mercredi par mois à la Maison des Associations.
- Cinq à six conférences par an, telles que celles-ci sur des thèmes qui sont formateurs pour les familles ou les proches malades et handicapés psychiques.
- Des réunions annuelles UNAFAM - CHS (médecins et personnel soignant).
- Deux rencontres amicales par an : un repas en hiver et un pique-nique au début de l'été.

2) La représentation institutionnelle

L'UNAFAM siège :

- Au Conseil d'Administration du CHS.
 - A la C.D.H.P (commission départementale des hospitalisations psychiatriques).
 - A la M.D.P.H (Maison Départementale des Personnes Handicapées), et notamment à la Commission Droit et Autonomie et au Bureau Exécutif du Groupement d'Intérêt Général (GIP) de cette MDPH.
 - Au Conseil d'Administration de l'ESAT (C.A.T.) "le Goéland".
 - Au Conseil d'Administration de l'association de Champmol (réinsertion et réadaptation).
 - A l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales).
- Au Conseil d'Administration du foyer de réadaptation "Icare".

- Au Conseil d'Administration de l'UDIP (Union départementale pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées).

- A la CPAM

De ce fait, l'UNAFAM de Côte-d'Or est un partenaire reconnu par les professionnels (Conseil Général, CHS, DDASS ...).

3) La mise en place des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

La loi de février 2005 sur la citoyenneté des personnes handicapées a instauré :

- La reconnaissance du handicap psychique.
- La mise en place des MDPH.
- La création des GEM, projet qui permet d'aider les personnes handicapées psychiques isolées dans la cité, en augmentant leur autonomie tout en leur assurant une certaine protection.

Depuis janvier 2006, il a été créé trois GEM en Côte-d'Or : à Dijon/Chenôve (ouvert depuis le 18/09), à Beaune (le 2/10) et à Montbard (le 16/10). Pour cela, il a fallu :

- Créer une association de parrainage, "Espérance Côte-d'Or", affiliée à l'UNAFAM.
- Trouver les lieux d'implantation.
- Embaucher du personnel : trois animateurs et un coordinateur, leur assurer une formation aux postes de travail puis une formation continue, plus des séances de soutien (analyse de la pratique) par une psychologue.
- Trouver les professionnels pour assurer la gestion et la comptabilité.

- Prévoir l'achat d'un minibus.

Je remercie les familles pour les dons faits aux GEM (mobilier, livres, décoration).

Une réunion des familles aura lieu début 2007 sur le thème des GEM.

En temps que Président de l'association de parrainage des GEM, je suis pris à plein temps. C'est une raison supplémentaire pour quitter la Présidence-déléguée de la section. Les familles comprendront que l'on ne peut pas être à la fois Président Délégué d'une section et Président d'une association de parrainage...

Bien entendu, je reste au Bureau de la section et surtout délégué régional de l'UNAFAM de Bourgogne.

Je renouvelle à tous mes remerciements pour m'avoir soutenu et souhaite bonne chance à la nouvelle Présidente-déléguée et à son équipe, dont d'ailleurs je fais partie...

Intervention de Marie-Françoise Jan, présidente-déléguée de l'UNAFAM de Côte-d'Or

Le nouveau directeur du CHS, tout à fait dans l'esprit de la nouvelle loi sur le handicap, nous prête une grande salle dans les locaux de l'ISCO au CHS : nous y ferons donc une permanence les mardis. Une fois par mois, dans le local de l'UNAFAM, à la Maison des Associations, nous continuerons

d'assurer une permanence qui sera toujours annoncée dans la presse.

Pour ce qui est de l'organisation interne, Chantal PASCAUD me remplace au poste de secrétaire. Toutefois la diversité des missions rend problématique un fonctionnement efficace sans un partage du travail de secrétariat. C'est pourquoi le bureau de l'association sera ouvert les vendredis de 14h à 20h pour toutes les tâches administratives. Chacun est invité à participer à la mesure de ses moyens, ponctuellement (mise sous enveloppes par exemple) ou plus régulièrement.

En ce qui me concerne, je continuerai à m'occuper des demandes de subvention auprès de la mairie, du Conseil Général, de la DDASS et de la CPAM.

Rappelons enfin que le prochain congrès de l'Unafam aura lieu les 26 et 27 janvier 2007 à Paris sur 4 thèmes :

- Les MDPH.
- L'action auprès des plus jeunes.
- La promotion de la recherche.
- La collaboration entre familles et soignants.

Intervention de Jean François Bourgois, membre du Conseil d'Administration de l'UNAFAM et Responsable des Sections

Je remercie Francis Jan du travail accompli pendant son mandat de 3

ans et admire la sagesse qu'il a de se remettre en question.

Le Conseil d'Administration national de l'UNAFAM a d'ailleurs décidé que les mandats de président-délégué seraient désormais de trois ans, renouvelables une fois. Francis Jan a donc appliqué cette décision en précurseur. Je remercie madame Jan d'avoir accepté d'être Présidente-déléguée.

Je voudrais mettre l'accent sur un point. Le travail que l'UNAFAM fait depuis sa création, aboutit à ce que l'association est maintenant reconnue par tous les partenaires professionnels de la maladie et du handicap psychiques. Cela entraîne des contraintes : les pouvoirs publics deviennent exigeants à notre égard et nous demandent de participer à de plus en plus de Conseils d'Administration, Commissions, Groupes de réflexion.

Il est absolument nécessaire qu'il y ait un travail d'équipe et que toutes les tâches ne reposent pas sur une ou deux personnes.

Il est donc important que tous les bénévoles de l'UNAFAM prennent conscience qu'ils doivent devenir des **bénévoles actifs**, en prenant des contrats d'engagement pour des missions précises, assumées avec le plus grand professionnalisme. Ce peut être une "mission" très pratique de une ou deux heures par mois, jusqu'à des permanences plus régulières.

Nous, bénévoles actifs apportons beaucoup à l'association, mais je

crois qu'en retour, l'association nous en apporte peut-être autant.

*
* *

LA QUESTION DU SUICIDE

Conférence du 16 septembre 2006
Par Brigitte VERSET
Psychologue référente de
l'UNAFAM21

Pour commencer je voudrais dédier ce travail à la mémoire de Christophe et de Jean-Jacques, deux hommes de mon entourage personnel qui se sont suicidés.

C'est aussi une façon de vous dire d'emblée que je ne vais pas aborder la question du suicide seulement en professionnelle mais également en tant qu'être humain concerné et interrogé par ces tragédies.

En outre je voudrais préciser que je suis membre du réseau suicide Bourgogne, au titre du C.H.S., avec deux autres soignantes.

Après un bref préambule je me propose de vous fournir quelques **données épidémiologiques** avant d'aborder des **éléments psychopathologiques concernant le sujet âgé, l'adolescent et le repérage de la crise suicidaire**. Pour terminer j'évoquerai l'**éclairage psychanalytique du suicide**.

Préambule

Lorsque je parlais avec un psychanalyste de mon inquiétude pour mes patients suicidaires, il me renvoyait, à juste titre, que le suicide était également une liberté, un choix possible pour le sujet humain dans un excès de souffrance morale ou d'angoisse. Il est vrai que le suicide peut paraître comme un acte juste du point de vue du sujet mais il est toujours, néanmoins, un ravage pour l'entourage (familial au premier titre mais aussi professionnel, amical etc.), parfois sur plusieurs générations.

L'inscription sociale du suicide est variable selon le pays, la religion, le moment historique, mais cette pratique a toujours existé dans les sociétés organisées qu'elle y soit prescrite (les veuves en Chine ou en Inde) ou interdite. Pour les religions hindouistes ou bouddhistes, le suicide a eu sa place, parfois jusqu'au 19^e siècle.

En revanche la religion musulmane l'interdit formellement, de même le judaïsme qui toutefois préconise l'accompagnement des familles.

Le catholicisme a d'abord toléré le suicide des martyres puis interdit totalement le suicide qui sera considéré comme un péché du 4^e au 20^e siècle.

Ce n'est qu'en 1983 que le code de droit canonique a annulé les anciennes peines, notamment le refus aux suicidés d'obsèques religieuses. Encore aujourd'hui la réticence des

prêtres à nommer la cause du décès pendant la cérémonie peut se rencontrer.

A noter encore qu'en France, au plan législatif, le suicide a été interdit et puni (maltraitements des corps, confiscation des biens aux héritiers) jusqu'à la Révolution. Actuellement on connaît malgré tout une forme d'ostracisme avec le refus des assureurs d'honorer un contrat en cas de suicide.

1. Données épidémiologiques en France

Il y a eu 11 400 décès par an entre 1993 et 1997 dont 8 000 hommes, avec une sous estimation probable de 20%. On observe toutefois une baisse depuis 1980 :

- en 1993, 12 251 décès,
- en 1997, 11 139.

On constate une baisse chez les femmes de 25-44 ans et une hausse chez les hommes de cette même classe d'âge.

Le suicide représente donc 2,4% de la mortalité générale (1,3 pour les femmes ; 3,2 pour les hommes).

Depuis 15 ans le suicide est la première cause de décès chez les jeunes adultes entre 25 et 34 ans, la deuxième cause chez les adolescents (15-24 ans) après les accidents de la route dont 5 à 10 % seraient des suicides.

La mortalité est donc plus grande chez les hommes quel que soit leur âge (multipliée par 3 puis par 5 à 6 après 80 ans).

Mais pour les tentatives de suicide (T.S.), le plus grand nombre se retrouve chez les femmes.

Selon l'O.R.S. (Observatoire Régional de la Santé), on relève en 2000, 160 000 tentatives de suicide par an dont 40 000 chez les 15-20 ans.

Il y a une récurrence dans près de 50% des cas, le plus souvent dans l'année qui suit.

La fréquence et la gravité augmentent après chaque tentative. Les antécédents de T.S. multiplient par 40 le risque de "réussite" ultérieure.

On recense 14 T.S. pour un suicide. Plus les sujets vieillissent, plus ils en meurent.

Les sujets décédés par suicide sont pour environ 75% des hommes et pour 25 % des plus de 65 ans, les deux sexes confondus.

Pour les T.S. ce sont le plus souvent des femmes entre 20 et 45 ans.

Les T.S. sont plus fréquentes en milieu urbain et le suicide en milieu rural. Des régions comme le Nord, l'Est et la Normandie présentent un taux de suicide important. L'âge moyen élevé des populations de ces régions peut être un facteur explicatif, au même titre que le niveau socio-économique relativement faible. En effet, en France le taux de suicide le plus élevé se retrouve dans les catégories socio-professionnelles les moins qualifiées.

Par ailleurs les taux de suicide sont plus importants chez les sujets vivant seuls et isolés (célibataires, veufs, mariés sans enfant).

90% des sujets suicidants souffrent d'une pathologie psychiatrique. Les diagnostics les plus représentés sont :

- les troubles anxio-dépressifs,
- la schizophrénie (10% des schizophrènes se suicident dans les trois ans qui suivent l'annonce du diagnostic),
- les troubles de la personnalité.

Par ailleurs, la plupart du temps, la première T.S. est hors pathologie mentale repérée, et il faut savoir que 2 à 4 % des suicides ont lieu à l'hôpital psychiatrique.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont des facteurs aggravants.

Le milieu carcéral est un groupe à risques surtout depuis 1992 avec 5 fois plus de T.S. et 7 fois plus de suicides.

Un autre groupe à risques concerne les adolescents homosexuels des deux sexes avec un taux 13 fois plus élevé, non pas que l'homosexualité soit une pathologie ou soit présente chez des sujets plus malades, mais du fait du rejet familial et social de ces sujets.

Dans les suicides, les moyens utilisés sont par ordre d'importance:

- la pendaison pour 41 % des hommes et 21 % des femmes,
- les intoxications (médicaments et autres) chez 71 % des femmes ou les armes à feu chez les hommes de moins de 35 ans,
- la noyade qui augmente avec l'âge chez les hommes et les femmes,
- la phlébotomie (rupture des veines).

Pour les T.S. on retrouve :

- les médicaments pour 50%,

- l'arme blanche pour 10%,
- la pendaison pour 10%
- la défenestration pour 10%.

En Bourgogne on constate une surmortalité régionale quel que soit l'âge, mais chez les hommes de 25 à 34 ans un décès sur 4 est un suicide tandis que, malgré une stabilisation, il y a plus de T.S. chez les femmes. Les départements les plus concernés sont la Saône et Loire puis la Côte-d'Or, l'Yonne et la Nièvre.

La France, dans le monde, occupe le 7° rang des pays industrialisés et fait partie des 10 pays les plus touchés.

Elle se situe au 4° rang dans la C.E.E. pour les hommes et au 5° rang pour les femmes.

Le suicide est beaucoup plus présent dans les pays du nord que dans ceux du sud.

2. Données psychopathologiques pour le sujet âgé et l'adolescent.

Repérage de la crise suicidaire.

25% des suicidés sont des sujets âgés alors qu'ils ne représentent que 15% de la population en France.

Entre 1980 et 1997 on a constaté une augmentation du taux de suicide chez les hommes de plus de 85 ans et une diminution chez les 65-84 ans (hommes et femmes).

Ce sont les hommes qui se suicident le plus et le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées qu'à tout autre âge de la vie, avec des périodes sensibles : l'été et la fin d'année.

Ces sujets utilisent des moyens violents et efficaces, il y a peu de T.S.

Les hommes ont recours d'abord à la pendaison puis à l'arme à feu, enfin à la noyade, tandis que pour les femmes la noyade est un moyen équivalent à la pendaison suivi par l'intoxication.

Les facteurs de risque pour la personne âgée

Ce sont :

* Le statut social : milieux défavorisés, milieu rural.

* L'isolement : sentiment d'inutilité, absence de rôle et de projet.

* **Le veuvage** qui est le risque majeur (surtout chez les hommes). Tout changement de domicile, même pour aller chez un enfant, est vécu comme une augmentation de l'isolement et accroît le risque.

* La dégradation de l'état de santé physique et psychologique avec :

- la diminution de l'autonomie, les handicaps sensoriels et moteurs,
- le syndrome de glissement qui est un équivalent suicidaire, un suicide passif ; la personne âgée ne mange plus, ne boit plus, refuse les soins,

- le suicide euthanasique lorsque le sujet veut se tuer avant la dégradation, comme une fuite anticipée,
- l'alcoolisme qui peut être un équivalent suicidaire.

* Les troubles mentaux avec :

- les troubles de l'humeur, principalement la dépression,
- les états dépressifs masqués, sans tristesse apparente mais avec de nombreuses plaintes somatiques, des troubles du comportement sur le versant de l'agressivité,
- le laisser-aller si le sujet vit à son domicile,
- les états confusionnels,
- les syndromes démentiels avec un trouble du jugement, des éléments de persécution.

On constate une sous-médication des dépressions des personnes âgées avec peu de prescriptions d'anti-dépresseurs. En outre 75% des sujets âgés qui se suicident avaient consulté un médecin généraliste dans le mois précédant leur acte.

La prévention du suicide du sujet âgé comporte donc, pour l'essentiel :

- un axe sanitaire : le traitement de la dépression,
- et un axe social: la lutte contre l'isolement.

Les facteurs de risque chez l'adolescent

* **Les troubles psychiques et comportementaux :**

- si un adolescent présente un trouble psychologique à 14 ans

(épisode dépressif majeur par exemple) la probabilité est élevée qu'il présente des idées de suicide à 15 ans et fasse une T.S. avant 18 ans ;

- dans 85% des T.S. de l'adolescent, on repère un trouble de l'humeur auquel s'associent des troubles anxieux et du comportement, comme une consommation régulière de drogues, puis le tabagisme, puis l'absentéisme scolaire, puis l'alcoolisme.

* **Les facteurs psychosociaux et familiaux :**

- l'isolation sociale n'est pas systématique,
- il existe un sentiment d'isolement qui est différent d'une solitude objective mais renforcé par une mauvaise communication familiale ou une dissociation familiale conflictuelle, par la confusion des rôles et/ou des générations, par les non-dits,
- les traumatismes infantiles parfois oubliés comme des séparations précoces, des violences subies,
- les violences actuellement subies par le jeune : viols, grossesses, agressions
- la violence familiale actuelle entre les parents,
- la psychopathologie des parents comme l'alcoolisme, le suicide, la dépression ou autre trouble mental.

* **Les antécédents de T.S. :**

- il y a un risque de récurrence majeur dans les trois ans suivant une T.S.,
- les antécédents de suicide dans la famille ou parmi les proches.

* **Les facteurs somatiques :**

- les céphalées, nausées, fatigue, douleurs, troubles du sommeil,
- les antécédents de maladie grave.

* **Le statut de l'adolescent :**

C'est un facteur de risque en lui-même. On retient au plan psychopathologique:

- la fragilité narcissique, la vulnérabilité de l'identité,
- un sentiment d'insécurité interne face auquel la T.S. viendrait comme régulatrice des tensions internes non mises en mots,
- la T.S. serait pour l'adolescent une tentative de maîtrise de son destin pour échapper au sentiment insécurisant de dépendance de l'extérieur, il s'agirait d'être paradoxalement un sujet dans la T.S.,
- l'adolescent doit parfois faire face à des situations familiales où l'on repère une érotisation excessive des relations parents/enfants alors qu'il est dans un mouvement de séparation/éloignement normal pour pouvoir se construire en tant qu'individu sexué et initier sa propre vie sexuelle hors de la famille,
- dans la T.S. de l'adolescent, on retrouve une attente d'un règlement magique des conflits avec l'espoir d'une vie meilleure dans la mort; il s'agit pour lui d'échapper à une souffrance psychologique.

Le repérage de la crise suicidaire

Il existe des **signes d'appel** dans un contexte de vulnérabilité. Ce sont :

* un malaise psychologique et physique non spécifique appelé "crise psychique" accompagné d'idées ou d'intentions suicidaires exprimées mais parfois inaperçues,

* une crise psychique avec des signes comme la fatigue, les troubles du sommeil, de l'alimentation, des troubles somatiques divers, de l'anxiété, un trouble de l'humeur, une perte du sentiment d'estime de soi et de son rôle dans l'environnement socioprofessionnel et/ou familial,

* un désinvestissement des activités habituelles,

* des troubles du comportement,

* des idées ou intuitions comme « je ne m'en sortirai jamais, je vais tout arrêter, vous seriez mieux sans moi, je ne sers à rien » etc.

On constate également des **manifestations indirectes** comme le rangement d'objets personnels divers, la restitution d'emprunts, le don d'objets.

Chez l'adulte, on peut être attentif à tout comportement de rupture, avec les habitudes de vie, de travail, de loisirs, qui peut être signe d'un malaise anxio-dépressif ou bien encore, à l'exacerbation d'une conduite déviante habituelle (alcoolisme, toxicomanie...). On repèrera en outre:

- l'expression de sentiments de dévalorisation, d'incapacité à faire

face, d'être injustement mis en cause,
- des troubles du comportement avec irritabilité ou repli,
- la perte d'investissement du travail, des relations,
- la recherche d'armes à feu,
- le stockage de médicaments.

Chez l'adolescent, on retient:

- une chute des résultats ou un surinvestissement scolaire avec des manifestations anxieuses,
- des conduites de marginalisation,
- des automutilations, des blessures à répétition, des fugues,
- des débats sur la mort où le suicide est évoqué sur un versant morbide, avec une certaine fascination, et non dans un travail d'élaboration,
- pour les garçons, des comportements violents,
- pour les filles, des plaintes fonctionnelles (douleurs, malaises), des troubles alimentaires, des conduites de fuite.

3. L'éclairage psychanalytique sur le suicide

A l'exclusion de la philosophie, seule la psychanalyse apporte des éléments de réponse à cette question difficile: pourquoi se suicide-t-on ?

J'ai choisi de vous présenter les trois dimensions essentielles qui éclairent un peu l'acte suicidaire, à savoir **l'aspect pulsionnel, le court-circuit du symbolique et la problématique narcissique**. Vous verrez toutefois que nous resterons bien loin de dévoiler l'énigme du suicide.

Pour ce qui concerne d'abord la **dimension pulsionnelle du suicide**, nous nous appuyerons sur Freud. Il avait inséré le suicide dans le circuit même de la pulsion « quand on se tue, veut-on vraiment se tuer soi-même ? Ne vise-t-on pas plutôt un autre en soi ? ». Ses hypothèses se fondent sur la clinique de la mélancolie, aujourd'hui nommée trouble bipolaire ou parfois encore psychose maniaco-dépressive, mais les patients suicidants rencontrés et porteurs d'un autre diagnostic nous amènent à généraliser le point de vue Freudien. Ce que l'on rencontre chez bon nombre de sujets, notamment adolescents mais pas seulement, c'est un retournement des pulsions agressives sur leur personne propre. Là où la haine de l'autre ne peut se dire ou se manifester, le sujet va retourner l'agressivité sur lui-même, sans parfois même savoir que c'est un autre qu'il veut tuer en essayant de se tuer lui-même.

Freud a élaboré le concept de pulsion de mort, en 1919, juste après donc une des plus grandes boucheries du 20^e siècle, pour tenter de saisir un peu du sens de la violence humaine. Il a également mis en évidence une autre forme de la pulsion de mort : la dimension de répétition à l'oeuvre chez l'humain mais encore ces tendances étranges de tout humain, que sont le sadisme et surtout le masochisme.

La pulsion de mort n'est pas "négative" en elle-même, elle est aussi nécessaire que la pulsion de vie pour se séparer par exemple, ou pour dormir comme le mentionnait

Françoise Dolto. Pulsions de vie et pulsions de mort font partie de l'humain, elles travaillent en intrication mais il arrive que ces deux types de pulsion se désintriquent et qu'alors se déchaînent les pulsions de mort, dans l'acte suicidaire mais également dans d'autres conduites équivalentes comme l'anorexie.

Freud parlait d'une « défaite de la pulsion de vie qui oblige tout vivant à tenir bon à la vie ». C'est un concept à la limite du champ psychanalytique celui de la pulsion, car il participe du corps, ce que j'avais présenté comme le Réel dans une autre intervention auprès de vous.

Je voudrais maintenant évoquer le rapport du suicide à cet autre registre de l'humain, le **Symbolique**. Je m'appuierai pour cela sur un article de M. Menes, psychanalyste.

On a coutume de parler du suicide comme d'un passage à l'acte. Que veut-on dire par là ?

Selon M. Menes : « L'acte suicidaire vient à la place des mots, de la capacité à dire, à supporter de se souvenir, c'est à dire à symboliser. Le sujet ne sait pas ce qu'il montre ni le sens de ce qui se dévoile...L'agir prend la place du discours, remplace toute élaboration psychique qu'il contribue d'ailleurs à empêcher. Le sujet qui ne se supporte plus, suspendu entre crainte et espoir, veut se faire maître de sa vie au risque de la perdre. C'est un des paradoxes de l'acte suicidaire que de chercher dans la mort une sortie vers la vie. Le penchant vers la mort sert à éviter un danger encore plus

grand : la douleur d'exister, l'impossibilité d'apaiser une tension intenable, de traiter l'angoisse ou la dépression autrement qu'en l'éliminant avec soi. ».

Le suicide d'un sujet névrotique n'est pas identique à celui d'un sujet psychotique, puisque, j'avais tenté de vous le montrer, l'inscription dans le symbolique n'est pas la même pour l'un et l'autre. Il y a dans le suicide du névrotique une dimension d'appel à un autre, une demande d'être soutenu. Pour le psychotique l'autre n'est pas aussi consistant, il ne peut s'adresser à lui, du moins la plupart du temps. M. Menes voit dans le suicide du névrotique une interrogation du désir de l'autre : « qu'est ce que je vaudrais pour toi ? », alors qu'elle évoque dans le suicide du psychotique une visée de tuer le désir de l'autre. Je me permets de ne pas la suivre sur ce dernier point car l'expérience clinique montre des sujets névrosés qui visent à détruire le désir de l'autre alors que certains psychotiques peuvent malgré tout tenter un appel à l'autre dans leur passage à l'acte.

En revanche la plupart du temps il est vrai que le passage à l'acte du psychotique, comportement impulsif, se passe de soi à soi. Le suicidant cherche à se séparer de l'objet qu'il est lui-même devenu, un déchet. C'est pourquoi il y a dans ces suicides une telle violence (défenestration, chute) et qu'ils sont rarement ratés. Il ne faut pas oublier non plus le nombre important de suicides de psychotiques qui

s'incluent dans leur délire ou qui sont une réponse aux ordres des voix. Lacan, au delà des différenciations structurelles, parle « d'une irrésistible pente au suicide » de sujets qui ne peuvent pas accomplir la tâche de mettre en mots ce qu'ils ont été dans le désir de l'autre. Pour illustrer, je vous donnerai l'exemple d'un sujet au suicide malheureusement abouti. Il avait été abandonné à la naissance, élevé en famille d'accueil et il ne voulait/pouvait rien savoir de ses origines, niant même le fait de son abandon et parlant de ses "parents". Il y a pour certains ainsi un impossible à savoir qui témoigne d'une vulnérabilité de l'inscription dans le symbolique et laisse la porte ouverte au passage à l'acte.

Enfin comment saisir l'acte suicidaire dans la dimension de l'**Imaginaire** qui est propre à l'humain? Nous abordons la problématique narcissique par ce biais.

Je vous avais donné l'exemple de la valorisation qui avait soutenu Dali toute sa vie, aussi bien par la reconnaissance de son oeuvre que par le regard de Gala, sa compagne. Tout le monde n'est pas un génie de la peinture mais chacun d'entre nous a besoin de se valoriser qu'il soit névrotique ou psychotique d'ailleurs. Pour certains sujets peut demeurer la présence d'un Moi Idéal, au delà de la mégalomanie infantile ; il s'agit d'un impératif plus ou moins conscient qui peut devenir persécuteur. En d'autres termes le sujet

doit être parfait à ses propres yeux d'abord, ou rien, c'est à dire un déchet voué le cas échéant à l'anéantissement dans le suicide.

Or, bien sûr, personne ne peut tenir cet idéal de perfection. Pour ces sujets là il y a un risque suicidaire élevé lorsqu'ils sont confrontés à un échec même minime, lorsque leur image ne peut plus tenir en ce point d'idéal. Dans la même perspective on rencontre des sujets insuffisamment arrimés dans le symbolique qui sont obligés de s'appuyer constamment sur le regard de l'Autre pour se reconnaître quelque valeur. Ces sujets tentent de trouver dans l'identification à un autre, à un semblable, un étayage. Si cet autre se dérobe, qu'il vienne à mourir ou à les quitter, ces sujets sont perdus, comme le petit humain qui dépend de l'adulte pour sa survie physique et psychique.

Pour terminer

J'insisterai sur le fait que le suicide est une tentative de maîtriser sa mort et aussi un déni de cette limite qui nous est imposée. Cet acte vient malmener nos propres limites de soignants ou d'accompagnants car le suicidant nous dit « qu'est-ce que je vaudrais pour toi ? Peux-tu me perdre, donc aussi me laisser exister hors de toi ». Et nous savons le chemin difficile pour accepter la perte possible de nos patients ou à fortiori de nos proches. C'est pourtant à ce prix de rencontrer notre propre castration/ limitation, que le sujet

pourra accepter la limite de sa propre vie et renoncer à la maîtrise anticipatoire du suicide. Lorsque le suicide a abouti, cela nous amène également à lui reconnaître son acte comme nous échappant et à tenter d'accepter de ne parfois jamais savoir vraiment pourquoi il a fait cela.

Enfin je voudrais rappeler qu'au coeur de tout suicide, dans la rage du passage à l'acte, se loge l'envie de vivre une autre vie et c'est avec cette dimension là aussi que nous avons à travailler et à accompagner.

*
* *

L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRENIE

Par le Docteur TH. Wallenhorst
Chef de service 3° secteur Semur

(Nous remercions l'auteur de cet article, le Docteur Wallenhorst, d'avoir contribué, une nouvelle fois, à éclairer les familles sur un sujet très important pour elles, et pourtant assez peu traité)

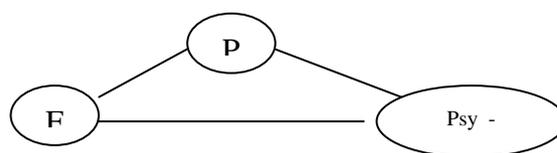
L'annonce du diagnostic est un moment délicat, autant pour le patient que pour sa famille.

Quand les premières manifestations commencent sous forme de décom-

pensation délirante aiguë, l'évolution et le pronostic restent ouverts. Certains tableaux pathologiques correspondent à la classique bouffée délirante aiguë polymorphe qui guérit "sans lendemain", d'autres à une bouffée délirante qui n'aura qu'une ou deux récurrences, d'autres décompensations psychotiques se présentent avec des formes aiguës avec des rémissions complètes, il existe des tableaux de dépression atypique où le pronostic reste incertain, et chez certains, les manifestations délirantes semblent occasionnées par la prise de produits toxiques (sous influence de cannabis ou d'autres perturbateurs du SNC - Système Nerveux Central-).

Un diagnostic de schizophrénie est annoncé quand le psychiatre a observé la persistance de certains symptômes, malgré un traitement adapté, ou leur récurrence si le patient arrête ce traitement, à plusieurs reprises.

Cette annonce du diagnostic est importante car ainsi le psychiatre dit le diagnostic avec les conséquences au quotidien. Il s'agit d'une maladie chronique qu'il importe de cerner, traiter, pour faire en sorte qu'elle n'envahisse pas toute la personne. Il est nécessaire de créer une alliance entre le patient, le psychiatre et l'équipe soignante, entre le patient et sa famille, entre la famille et le psychiatre et l'équipe soignante.



Le patient et sa famille vont réagir à l'annonce du diagnostic.

1) La réaction du patient

Le patient réagit souvent à l'annonce du diagnostic avec les mécanismes de défense propres à sa structure de personnalité psychotique :

- **par le déni** : il n'entend pas ce que le psychiatre lui dit. Il n'est pas dans la réalité. Quand le médecin lui dit que les voix qu'il entend sont des hallucinations, il peut répondre qu'il reçoit des messages et qu'il est un espion, ou qu'il a une mission à remplir sur terre.

Il peut nier l'existence des voix, parce que le psychiatre veut vérifier si elles sont toujours là, et il veut cacher cette réalité en disant « autrefois, oui, mais en ce moment, non, c'est fini ».

Il peut répondre aussi qu'il est guéri, qu'il n'est plus malade, et qu'il n'a donc plus besoin de prendre les médicaments.

- **par le clivage** : dans ce mécanisme, le patient sépare ce qu'il perçoit comme bon d'un côté, de ce qu'il perçoit comme mauvais de l'autre. Ce qui est perçu à l'extérieur de lui est concerné, c'est à dire des personnes ou circonstances à qui il attribue une influence mauvaise, comme une situation où il ne se sent pas bien. Par exemple, chez un étudiant, la maladie a commencé au moment des

études, il se trouvait dans un amphithéâtre où il se sentait persécuté par le regard des autres.

Dans le clivage, le patient est polarisé par sa perception du négatif à son encontre, tout l'environnement devient négatif à ce moment.

Il sépare aussi en lui-même ce qu'il perçoit comme bon ou mauvais, il devient polarisé par un aspect, ce qu'il perçoit comme bon, comme son sentiment de puissance, d'être capable de tout, en éliminant tout sentiment d'insuffisance et en écartant, dans son inconscient, toute possibilité de doute.

Sous l'effet du clivage, un patient peut dire : « depuis que j'ai vu les psychiatres, je suis malade, c'est eux qui m'ont rendu malade ».

Ceci est un raisonnement typiquement psychotique. Une personne normale dirait « j'ai développé des signes de maladie, le médecin m'a dit ce que j'avais et m'a donné un traitement ».

Un psychotique fixe sa perception sur son mal-être, ce qui lui a été révélé par le psychiatre, et dans la mesure où il refuse le diagnostic, il attribue la responsabilité au psychiatre.

Un autre exemple de clivage est le patient qui refuse de participer à un programme de réhabilitation. Cela comporte une orientation MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées, anciennement COTOREP) : RTH (reconnaissance du travailleur handicapé) + Orientation en centre de réadapt-

tation, plus tard une AAH (allocation d'adulte handicapé) ou la mise en contact avec un organisme de préparation à un emploi protégé.

Certains patients revendiquent leur droit à la normalité en voulant s'inscrire à l'ANPE et n'entendant pas les mises en garde quant à leur difficulté à s'adapter au stress du monde ordinaire du travail. La revendication de la normalité est vécue dans une toute puissance : « je fais ce que je veux ». Ils se situent dans une illusion, avec notamment une non confiance à l'égard des équipes soignantes qui voudraient infléchir leur rigidité.

- **l'identification projective** : ici le patient jette toute son agressivité à la figure de l'interlocuteur, à qui il attribue l'origine de son mal-être « vous me traitez de schizophrène, c'est une honte ! ». Le patient s'identifie ici avec la capacité du psychiatre de porter un diagnostic le concernant en ressentant : « vous me traitez de schizophrène alors que c'est vous qui êtes malade ! » On peut rappeler ici que l'imaginaire collectif perçoit parfois les psychiatres comme des déséquilibrés, ce dont témoignent les blagues nombreuses sur la psychiatrie : dans ces blagues s'exprime la peur de la folie et cette peur est projetée sur les spécialistes du soin.

Un autre exemple d'identification projective est le patient qui se décompense dans une crise d'agitation, avec violence à l'égard des forces de l'ordre : il s'identifie

avec le pouvoir, et il s'attaque à ce pouvoir perçu chez les autres.

2) La réaction de la famille

La famille réagit aussi à l'annonce du diagnostic, en passant par différentes phases. On peut s'inspirer des cinq phases décrites par E. Kübler-Ross concernant l'accompagnement des mourants, depuis l'annonce du diagnostic d'être atteint d'une maladie mortelle :

- a. le refus du diagnostic
- b. l'irritabilité-agressivité
- c. la négociation et le marchandage
- d. la dépression
- e. l'acceptation

Depuis Kübler-Ross, les cinq phases ont été aussi observées concernant des maladies graves, chroniques, mais sans aboutir à la mort. Les cinq phases traduisent la difficulté d'accepter la réalité lorsque elle est douloureuse ou même inacceptable.

a. Le refus du diagnostic. On peut parfois admettre qu'un diagnostic a été erroné. Certaines formes de psychose ne sont pas des tableaux francs. Parfois l'établissement du diagnostic nécessite une observation de plusieurs années. Intervient aussi le facteur personnel : Est-ce que le psychiatre inclut dans le diagnostic les formes à évolution par épisodes aigus seulement et qui ont une rémission complète entre les phases aiguës ? Est-ce qu'il y inclut aussi des formes avec quelques signes négatifs comme l'anhédonie, la difficulté pour prendre des

décisions, un certain refus des contacts sociaux, une certaine tendance à l'introversion, appelés aussi psy-choses déficitaires, et dans certains cas, il s'agit dans ces signes de traits de caractère. Dans un diagnostic, le psychiatre doit chercher activement des signes majeurs, comme les troubles du cours de la pensée, les hallucinations, l'automatisme mental, les interprétations et intuitions délirantes.

Si le diagnostic est refusé, la famille le reçoit comme une gifle, avec un sentiment de honte.

La schizophrénie est ici assimilée à une tare héréditaire, et personne ne voudrait avoir des "tares" dans sa famille.

Parfois, la famille participe au délire du patient, en percevant l'extérieur comme hostile, en disant, comme le patient, que ce sont les médicaments qui le rendent malade, ou en donnant de multiples recommandations à l'équipe soignante.

Le premier contact avec un psychiatre peut être vécu difficilement ; les familles réagissent à partir de leur système de défense. L'hospitalisation peut être difficile, surtout si l'amélioration se fait attendre. Les familles demandent alors parfois un second avis, ou le transfert du patient dans une autre structure.

b. L'irritabilité-agressivité. Les familles sont dans un état de fragilité, elles réagissent de manière

hypersensible au contexte où se trouve le patient, en prenant souvent mal un élément qui les perturbe. Elles peuvent alors agresser les soignants ou le psychiatre sur qui elles projettent leur malaise. Il est important d'anticiper de telles réactions, en demandant systématiquement à recevoir les familles pour entendre leurs craintes, leurs observations, et pour répondre à toutes leurs questions. Le médecin référent doit notamment préparer la sortie du patient, en expliquant comment il peut réagir, qu'il est important de signaler tout nouveau symptôme, qu'il est indispensable de suivre le traitement à la lettre, que l'arrêt expose à une rechute, et dans le cas d'une rechute, il est souvent nécessaire de donner des médicaments plus forts et plus fortement dosés, ce qui comportera aussi plus d'effets secondaires. Ces entrevues avec la famille ont un rôle anxiolytique, le fait de ne pas savoir angoisse, il est essentiel de travailler la relation de confiance.

c. Le marchandage décrit par Kübler Ross comme le désir de vouloir vivre plus longtemps grâce à certains efforts faits, se manifeste autrement dans le cas d'une schizophrénie. Les familles peuvent intervenir auprès du psychiatre en demandant si telle ou telle pratique pourra « déstresser » le patient, le sport réputé bienfaisant dans la croyance populaire, la course à pied « pour se défouler », la relaxation, la poterie, etc. et les familles indiquent habituellement une méthode qu'elles

pratiquent elles-mêmes ou dont elles ont entendu parler.

d. La dépression est vécue comme une résignation. Ici, la famille peut se replier sur elle-même autour du patient, refusant les contacts à l'extérieur, ne fréquentant plus le reste de la famille. Un nouvel équilibre peut s'installer : la maladie est vécue comme une fatalité, parfois les familles participent au délire comme aux rituels du patient ; des couples se forment entre le fils et sa mère, plus rarement entre les filles et leur mère. La maladie a une capacité importante de désorganiser la vie familiale, il n'est pas rare de voir les parents d'un malade vivre uniquement en fonction de lui, en adaptant leur rythme de travail à lui. Or, un malade ne va pas forcément mieux si les membres de sa famille passent beaucoup de temps avec lui, le contraire peut être le cas.

On constate parfois une hostilité avec des réactions d'interprétations délirantes comme une réponse à la maladie, dans une tentative maladroite de faire face.

e. L'acceptation. Ici, la famille participe au soin. La maladie est identifiée, les personnes se forment pour la connaître, elles participent pour relever les nouveaux symptômes afin de les indiquer au psychiatre, pour alors modifier et réajuster le traitement.

Parfois, la maladie est acceptée dès le début, surtout quand la famille a fait face depuis longtemps aux problèmes de comportement et le

fait de rencontrer une équipe est accueilli avec soulagement.

3) Points de vigilance à observer

Un certain nombre d'éléments permet de répondre aux difficultés des patients et de leurs familles à accepter le diagnostic.

- **Concernant le patient.** Quand le diagnostic est annoncé, il est important de l'argumenter en expliquant les différents signes constatés.

Si un patient répond qu'il est guéri, on peut lui demander ce qu'il entend par guérison. Il répond souvent qu'il se sent bien, qu'il ne se sent plus perturbé ou que sa dépression a disparu, ou qu'il a arrêté de fumer du cannabis ou de boire de l'alcool. On peut alors, à partir de sa réponse, lui dire que la schizophrénie ne guérit pas, mais que l'on peut vivre stabilisé, qu'il est indispensable de prendre un traitement régulier, que la maladie récidiverait en cas d'arrêt du traitement, et que la reprise du cannabis relancerait les hallucinations et le sentiment de persécution et que l'alcoolisation risquerait de provoquer de la violence.

Dans la prise en charge il y a le projet maximaliste comme le transfert dans une structure de réhabilitation et le passage par la MDPH, mais un projet moins ambitieux est parfois à préférer. Accepter un refus d'un patient d'aller dans une structure

spécialisée, peut aussi induire une amélioration de la relation de confiance. Il est important de viser la continuité de l'accompagnement, et le patient a toujours son mot à dire ici. Dans certains cas, il y a cependant des ruptures, quand un patient change de région par exemple, et on peut parfois le retrouver des années plus tard.

A un patient qui dit que ce sont les psychiatres qui l'ont rendu malade, on peut répondre que sa maladie avait commencé avant de rencontrer le psychiatre, ce médecin n'a fait que constater sa maladie.

- **Concernant la famille.** Il est important de soigner la relation. L'annonce du diagnostic doit être faite avec objectivité, en répondant bien à toutes les questions, et surtout sans culpabiliser la famille. Les familles se culpabilisent déjà, elles sont choquées, il ne faut pas en rajouter !

Face à une famille agressive, il est important de chercher à comprendre ce que vivent ces personnes. Elles se sentent seules, la psychiatrie leur fait peur, elles peuvent avoir peur pour leur équilibre personnel, elles ont besoin de se sentir reconnues. Avant la sortie d'un patient d'un service hospitalier, il est utile de réunir la famille avec lui, pour parler de la maladie et comment la gérer ensemble.

Il est utile d'insister sur la collaboration de tous pour contribuer à l'amélioration du patient.

Mais il est aussi nécessaire d'être ferme parfois et de se situer en professionnel. Quand une famille intervient dans la prise en charge en critiquant que le patient « pourrit » à l'hôpital, qu'il est « drogué », que les infirmiers ne font que le « garder au lieu de l'occuper », il peut être nécessaire de demander à la famille de laisser l'équipe travailler avec le patient, ou sinon, de le prendre avec elle.

Etre partenaire du soin en tant que famille, ne veut pas dire, prendre la place des soignants.

On évite la dépression et le repli par des consultations régulières avec le patient et la famille, en abordant les risques, pour tout le monde, d'un tel comportement. Il est souvent trop tard pour intervenir quand les habitudes de repli ont pris leur place.

Semur-en-Auxois, le 3 novembre 2006

Docteur TH. WALLENHORST

*

* *

LE FOYER LA CHEVANIÈRE DE CHARNAY LES MACON

Par Madame GOBET, directrice

Le foyer de la Chevanière a été créé en 1992.

L'association "Les amis de Média-logue - La Chevanière", régie par la loi de 1901, en est la gestionnaire. Elle ne gère que cette institution.

Elle accueille 25 résidents que l'on peut qualifier de "malades stabilisés mais non autonomes" et dispose d'un lit dit de "dépannage" destiné à préparer en douceur une future admission.

L'âge des personnes va de 23 à 50 ans, avec depuis quelques années, une tendance au rajeunissement ainsi qu'à une plus grande mixité.

Leur provenance : la Saône et Loire, bien entendu, la Côte-d'Or, les régions lyonnaise et parisienne. Les demandes sont nombreuses, ce qui confirme le manque de structures de ce type.

Il s'agit de personnes qui, pour la plupart, ont perdu beaucoup de leurs repères. Le matin, les résidents accomplissent des tâches de la vie quotidienne : ménage, entretien des locaux et des extérieurs, cuisine, blanchisserie. Ils s'occupent également des animaux : chèvre, âne, cheval, chats, poissons, oiseaux...

De nombreuses activités culturelles leur sont ensuite proposées dans la journée : djambé, conte, expression corporelle.

La municipalité de Charnay met à disposition une salle où sont pratiqués des sports. Des randonnées pédestres et en vélo sont possibles ainsi que des activités dépendant d'organismes extérieurs : sophrologie, gymnastique.

Des sorties sont organisées : par exemple Le Festival du Creusot, Le Printemps de la Chanson à Bourges.

Notre mission consiste essentiellement à la réappropriation par la personne d'un cycle de "vie normale".
Peuvent être alors envisagés une

orientation vers la vie en appartement, des stages de travail en milieu protégé ou ordinaire.

Le financement est assuré par le Conseil Général dont dépend le résident.

L'établissement dispose de sept éducateurs spécialisés et d'une infirmière.

Chaque résident est suivi par un "couple référent" (en effet le personnel se trouve être à part égale homme / femme), dans le projet qui a été établi lors de son admission.

Les personnes consultent le personnel médical à l'extérieur de l'établissement.

Un médecin psychiatre est présent 3 à 4 heures par semaine ce qui est insuffisant.

Lors de l'admission au foyer, il est demandé au secteur de psychiatrie dont il dépend de le reprendre en cas de crise, de décompensation...

Il n'y a pas de limitation de durée du séjour. Comme c'est la règle du jeu en psychiatrie, il faut laisser un temps pour se réadapter socialement.

Cela explique qu'actuellement, une trentaine de personnes soient inscrites sur la liste d'attente, ce qui peut représenter deux années. La situation devrait s'améliorer en raison du passage de 25 à 32 places à l'horizon 2007.

Actuellement, sur les 25 résidents présents en 2000, seuls 5 sont encore dans le foyer en 2005, ce qui peut être considéré comme satisfaisant.

Le foyer La Chevanière fait tout pour accueillir les anciens pension-

naires qui retournent sur place lors d'un déjeuner le dimanche par exemple.

**AU SOMMAIRE DU PROCHAIN
NUMERO
HANDICAP PSYCHIQUE ET
PATRIMOINE (suite)
par Annie VIROT
et Pierre VALETTE**

*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 »*