

LE LIEN

La revue de l'Union Nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques de Côte-d'Or

«Les familles font partie de la solution, pas du problème» Philippe Charrier, Président national de l'UNAFAM

2014 / n°54
décembre 2014



Vous faites partie de la solution.

Côte d'Or

Maison des associations

2 rue des Corroyeurs
boîte K 4
21000 Dijon

Tél. 03 80 49 78 45
21@unafam.org

Internet : www.unafam.org
www.unafam21.org

Ecoute-Famille :
01 42 63 03 03

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

La réalisation de ce numéro a été financée par : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte-d'Or.



REMÉDIATIONS COGNITIVES ET SCHIZOPHRÉNIE

Conférence du 24 mai 2014

LA SANTÉ ORALE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN PSYCHIATRIE

Conférence du 27 septembre 2014

Au sein de la délégation Côte-d'Or de l'UNAFAM grâce à ses bénévoles formés, vous trouverez :

UNE ÉCOUTE, UN SOUTIEN :

- un accueil téléphonique de 8h à 20h toute l'année (information, conseils, rendez-vous...) au 03 80 49 78 45
- une permanence-accueil chaque mardi de 14 à 17 h à la Maison des Usagers du CH La Chartreuse (tél. 03 80 42 48 49 le mardi après-midi) avec possibilité d'entretiens sur rendez-vous
- trois groupes de parole mensuels, un groupe de parole bimestriel
- deux rencontres conviviales par an : un repas avant Noël et un pique-nique en juin

DES INFORMATIONS / DE LA FORMATION :

- une bibliothèque : un certain nombre d'ouvrages sur la maladie psychique sont à la disposition des adhérents. Ils peuvent les emprunter pendant les réunions des familles ou en prenant rendez-vous
- les réunions des familles (5 par an) centrées sur un thème (pathologie, protection juridique, sociale...)
- « Le Lien » des familles de l'Unafam, bulletin paraissant 4 fois par an imprimé par « Le Goéland »
- des ateliers d'entraide « Prospect » (méthode élaborée au niveau européen pour aider les familles à faire face à la maladie psychique d'un proche) - organisés en fonction des besoins
- une session «PROFAMILLE» (programme psycho-éducatif pour les proches de personne atteinte de schizophrénie)

DES RÉALISATIONS DESTINÉES A NOS PROCHES MALADES :

- trois Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M.) à Chenôve, Beaune, Montbard, gérés par la Mutualité Française Bourguignonne.
- un projet de résidence-accueil dans l'agglomération dijonnaise (en cours d'élaboration).

ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

À travers les nombreux débats, réunions ou colloques auxquels les bénévoles de l'UNAFAM sont amenés à participer, nous sommes frappés de constater que la souffrance psychique est de plus en plus prise en compte par les pouvoirs publics. Si les actions concrètes ne suivent pas toujours aussi rapidement que nous le souhaiterions, il y a néanmoins une réelle volonté de la part de ces acteurs de la vie publique de faire bouger les lignes. Cette prise de conscience est pour une grande partie la conséquence de la grande mobilisation des bénévoles de l'UNAFAM particulièrement actifs dans les structures où ils sont amenés à siéger. Parallèlement il faut souligner l'action des bénévoles de notre association qui est en mesure d'offrir aux familles un service d'accueil permanent, un service de formation et un soutien amical. Autant d'actions qui contribuent indirectement à améliorer la qualité de vie de nos proches en complément des soins médicaux qui leur sont prodigués directement par leurs soignants.

En ce début d'année nous tenons à remercier chaleureusement tous ces bénévoles qui consacrent du temps à ce service des familles.

En ce début d'année c'est donc aussi un appel que nous lançons pour que de nombreuses personnes viennent nous épauler. En effet les actions en faveur de nos proches en souffrance psychique sont multiples et il ne faut pas avoir peur de dire que chacun peut y contribuer à sa façon dans la mesure de ses possibilités. De plus en plus de familles font appel à nous, nous voudrions tant pouvoir répondre le mieux possible à leurs demandes. Plus nous serons nombreux, plus la tâche sera légère pour chacun. Aider et soulager les familles est l'affaire de tous.

Xavier Bagot,
Président délégué de la Côte-d'Or

REMÉDIATIONS COGNITIVES ET SCHIZOPHRÉNIE

Conférence du 24 mai 2014

par le Dr Briki responsable de l'Unité d'Urgence Psychique au Centre
Hospitalier de Béziers.

page 3

LA SANTÉ ORALE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN PSYCHIATRIE

Conférence du 27 septembre 2014

par C. Coquaz et le Dr F. Denis

page 13

Courrier des lecteurs

page 18

Information pratique

EXONERATION DE LA TAXE D'HABITATION ET DE LA REDEVANCE AUDIOVISUELLE

(pour les handicapés)

page 18

Fermeture de l'EMBARCADERE

page 20

Un poème

page 20

BIBLIOTHÈQUE DE L'UNAFAM 21

Nouveaux livres

page 21

Le point sur le projet de «Résidence accueil»

page 22

Au sommaire du prochain numéro :

«Vivre la maladie de mon proche à partir du meilleur de moi-même»

par le Docteur Wallenhorst

Chef de service de psychiatrie au CH de Semur en Auxois

SI VOUS CHERCHEZ UNE INFORMATION SUR NOTRE ASSOCIATION, SUR LA MALADIE
PSYCHIQUE, ADRESSES INTERNET :

www.unafam.org (site national)

www.unafam21.org (site de la délégation de Côte-d'Or)

REMÉDIATIONS COGNITIVES ET SCHIZOPHRÉNIE

conférence du 24 mai 2014 animée par le Dr Briki

Après avoir été psychiatre aux CHU de Besançon et de Dijon, le Dr Briki est à présent responsable de l'Unité d'Urgence Psychique au Centre Hospitalier de Béziers.

OUVERTURE

M. Xavier Bagot, Président de l'UNAFAM Côte d'Or

Le Dr Briki étant sur le départ, Xavier Bagot tient à le remercier pour sa collaboration très fructueuse avec l'UNAFAM et notamment pour son soutien et sa participation active au programme psycho-éducatif Profamille.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les médicaments ne sont plus les seules thérapies capables d'aider les personnes souffrant de schizophrénie à mieux vivre. Grâce à de nouveaux outils thérapeutiques en plein développement comme les remédiations cognitives ou encore grâce au nouveau rôle des familles de patients, on peut parler non seulement de rémission mais de rétablissement pour les malades psychiques.

Avec exemples de thérapies à l'appui, sont présentés ici les grands domaines cognitifs prometteurs, dont notamment l'entraînement métacognitif que le Dr Briki a particulièrement étudié pendant sa thèse de neurosciences.

SIGNES CLINIQUES DES SCHIZOPHRÉNIES

On peut schématiquement résumer les signes cliniques des patients atteints de schizophrénie de la façon suivante :

- Symptômes négatifs

Ces symptômes manifestent un comporte-

ment en-deçà des comportements habituels tel que retrait affectif, repli social, altération de l'expression des émotions, mauvais contact, pensée stéréotypée, etc.

- Symptômes positifs

Ces symptômes manifestent un comportement au-delà des comportements habituels tels que hallucinations, idées délirantes, excitation, hostilité, agitation, etc.

- Symptômes dissociatifs

Les composantes d'une personnalité à savoir émotions, pensées et comportements sont habituellement cohérentes. Chez les personnes souffrant de schizophrénie, on observe souvent une désorganisation affective, cognitive et comportementale dégageant de cette personne une impression d'étrangeté et de bizarrerie dans le contact.

- Symptômes neurocognitifs

La schizophrénie affecte la **neurocognition**. Les patients présentent une altération de l'attention, de la concentration, de la mémoire, et des fonctions exécutives. Elle peut être objectivement mesurée par des tests neuropsychologiques.

- Symptômes psychocognitifs

D'autres symptômes, qualifiés de **biais de pensée** correspondent à des pensées erronées, dysfonctionnelles, et sont donc sources de comportements inhabituels. Comme les symptômes cognitifs se manifestent chez près de 85% des patients, ils focalisent de plus en plus l'attention des thérapeutes.

ÉVOLUTION DES TRAITEMENTS DE LA SCHIZOPHRÉNIE

- Les traitements biologiques par neuroleptiques sont indispensables mais partiellement efficaces

Même s'il est bien suivi, un traitement aux neuroleptiques laisse subsister des symptômes chez 40% des patients.

Cependant une étude concluant qu'un taux de rechute de 70% pour une personne souffrant de schizophrénie sous placebo tombe à 25% sous neuroleptique, prouve que le traitement médicamenteux reste indispensable.

- Le meilleur traitement en santé mentale est à la fois biologique, psychique et social

Un document de l'OMS daté de 1998 recommande déjà les traitements suivants pour la schizophrénie :

- Neuroleptiques pour réduire les symptômes et les rechutes,
- Remédiation neurocognitive pour accroître les performances neuropsychologiques,
- Entraînement des habiletés sociales pour replacer et entraîner la personne à bien interagir avec son milieu social,
- Thérapie cognitive des symptômes psychotiques, issue des Techniques Cognitivo-Comportementales (TCC), pour diminuer les symptômes et prendre conscience de son trouble,
- Psychoéducation familiale qui, en formant les familles comme avec le programme Profamille, limite rechutes et stress intra-familial.

- La prise en charge de la maladie psychique a évolué, passant de l'asile à la communauté

Dans les années 1960-1970, les malades étaient enfermés dans des asiles, contrôlés et soumis.

De nos jours la psychiatrie se veut basée dans la communauté, adaptée aux besoins des patients et bénéficiant de **services coordonnés** :

Les équipes de soins sont mobiles. Les services deviennent accessibles pour

vaincre les barrières psychologiques qui empêchent les patients de consulter. Des dispositifs intermédiaires autour de l'hébergement et du travail se mettent progressivement en place. Sanitaire et social œuvrent ensemble. Des liens avec les associations de parents et de familles se tissent et se renforcent.

- Aujourd'hui : le traitement devient un parcours de soins coordonné : le case management clinique

Par un suivi défini, aménagé et planifié du patient sur plusieurs années, le case management clinique a pour but de réintégrer la personne dans son milieu social tout en tenant compte de ses propres aspirations. Une évaluation continue de son état permet d'adapter les interventions selon ses besoins, dans tous les registres, biologique, psychique et social.

- Le processus de rétablissement passe par des étapes bien définies

- Dans une première étape dite **moratoire**, le patient souffrant de schizophrénie commence par rejeter toute idée de maladie, sous le regard d'une communauté qui le juge définitivement dangereux, imprévisible, inexplicable...

- Puis progressivement le patient s'installe dans une **prise de conscience** de sa maladie qui lui fait reconnaître ses symptômes et accepter que sa maladie devienne une part de lui-même.

- Ensuite, une fois les entretiens menés pour sa préparation au changement, le patient entame sa **reconstruction** grâce à des outils thérapeutiques adaptés.

- Enfin arrive l'étape dite de **croissance**, à l'issue de laquelle le patient, nouvelle personne, sort grandi et enrichi de l'expérience de sa maladie psychique.

TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE PAR THÉRAPIE NEUROCOGNITIVE

La neurocognition ou encore cognition dure regroupe les fonctions neurocognitives qui concernent l'attention, l'exécution et la mémoire. La remédiation neurocognitive

désigne les thérapies pouvant améliorer les fonctions neurocognitives d'un individu.

- Les symptômes neurocognitifs sont réversibles

Dès le XIX^{ème} siècle, les premières descriptions de la schizophrénie, appelée alors démence précoce, constatent des désordres cognitifs entraînant la personne atteinte vers un déclin fonctionnel et intellectuel. Plus tard, on constatera que **ce déclin n'est pas inéluctable**. Green en 1996 constate que la marginalisation des patients dans la société est essentiellement due à leurs déficits cognitifs, ce qui relance l'intérêt sur le sujet.

- Les symptômes neurocognitifs sont fréquents

Constatés chez 75% à 85% des patients souffrant de schizophrénie, même si leur nature et leur ampleur diffèrent d'un sujet à l'autre, les troubles cognitifs les plus fréquemment observés sont les suivants :

- **Troubles de l'attention focalisée** :
Difficulté à retenir longtemps son attention sur un même sujet, ce qui peut constituer un obstacle à la poursuite d'études.

- **Troubles de l'attention partagée** :
Difficulté à être attentif à plusieurs cibles simultanément, comme l'exige la conduite automobile par exemple.

- **Troubles des fonctions exécutives** :
Difficulté à élaborer un plan d'action et à le réaliser en tenant compte des aléas et des circonstances en temps réel. Dans ces conditions, atteindre un but fixé devient problématique.

- **Troubles de la mémoire de travail** :
Cette mémoire de court terme est importante puisqu'elle stocke temporairement les informations juste acquises.

- **Troubles de la mémoire épisodique** :
Cette mémoire de long terme permet de se souvenir d'un événement passé en y intégrant détails marquants et états émotionnels. Son déficit avec son lot de faux souvenirs peut être à l'origine de nombreux problèmes interpersonnels.

- Un test de fonction exécutive : l'Effet Stroop

L'effet Stroop mesure la qualité des processus cognitifs automatiques, comme la lecture.

Un exercice consiste à présenter au sujet une liste de mots qualifiant des couleurs « vert », « rouge », etc.

1-Au départ le sujet doit lire le plus rapidement possible une liste de noms de couleur, dans une couleur de police de caractère cohérente avec le mot, par exemple « vert » écrit en vert, ou « rouge » écrit en rouge.

Dans ce cas, la lecture de cette liste de mots s'en trouve facilitée et les noms des couleurs sont rapidement prononcés.

2-Puis le sujet doit lire le plus rapidement possible une liste de noms de couleur, cette fois dans une couleur de police de caractère différente du sens du mot, par exemple « vert » écrit en jaune, « rouge » écrit en vert.

Dans ce cas, la lecture de cette liste de mots devient plus lente. En effet, énoncer une couleur de police sans tenir compte du sens du mot devient plus difficile car ce processus interfère avec un processus de lecture automatique bien rôdé. L'effet Stroop mesure un éventuel défaut de cette capacité d'inhibition et plus généralement la flexibilité mentale.

Une description plus détaillée :

<http://www.jeu-test-ma-memoire.com/tests-de-memoire/les-tests-utilises-dans-le-diagnostic-de-la-maladie-d-alzheimer/test-de-stroop>

- Un test de flexibilité mentale : le Wisconsin card sorting test

On présente au sujet une carte composée de figures géométriques colorées qu'il doit appairer avec d'autres cartes du même type, en permanence sous les yeux. Plusieurs solutions existent, selon que l'on classe par forme, par couleur, par disposition, etc. L'expérimentateur présente donc une à une des cartes mais change tacitement de consigne de classement au cours du test, obligeant le sujet à

repandre fréquemment et rapidement son analyse.

Ce test, réalisé à l'origine pour les traumatisés crâniens, mesure les capacités cognitives de type exécutif.

Ces tests ont été adaptés aux personnes atteintes de troubles psychiatriques. Ainsi de cette psychologie expérimentale sont nés les premiers traitements de remédiation neurocognitive.

Une description plus détaillée :

http://fr.wikipedia.org/wiki/Wisconsin_card_sorting_test

- Un programme neurocognitif avec évaluations : le Programme Recos

Ce programme, appliqué à la demande des personnes, comporte 7 étapes :

- Indication : on vérifie si ce programme est adapté à la personne et si elle est consentante.

- Evaluation cognitive

- Evaluation clinique

- Evaluation des répercussions fonctionnelles : conséquences de la maladie sur le quotidien

- Psychoéducation et définition d'objectifs

- Remédiation cognitive : 5 modules sur support informatique travaillant le raisonnement, la mémoire et l'attention

- Réévaluation cognitive et clinique

Plus que le coût, c'est l'organisation avec ses moyens en personnel qui rend difficile sa mise en œuvre.

Une description plus détaillée :

<http://www.programme-recos.ch>

- Un programme cognitif intégral : le Programme IPT de Brenner

Le « Inter Personal Therapy » date de 20 ans. Il est de nature intégrative, c'est-à-dire qu'il associe remédiation cognitive et réhabilitation psycho-sociale. De ce fait il dure plus longtemps, de 9 à 12 mois, à raison de 2 séances par semaine en groupe. Il a été très utilisé sur des patients hospitalisés.

Une description plus détaillée :

<http://www.iusmm.ca/centre-quebecois-de-reference-a-laproche-ipt/centre-quebecois-de-reference-a-laproche-ipt/ipt.html>

- Une thérapie personnelle : le Programme RehaCom

C'est une thérapie individuelle, accompagnée, assistée par ordinateur comportant 14 séances sur 7 semaines.

Une description très détaillée :

<http://teaergo.com/docs/rehacom-catalogue-FR.pdf>

- Des thérapies ludiques et grand public : les Programmes Happyneuron Recod et Presco

Ces programmes s'appliquent respectivement aux patients avec une dépression, et à tout public enfants compris.

Ludique et destiné au grand public, le programme Recod exerce la **mémoire** en faisant retenir des menus par exemple. Il exerce l'**attention** en recherchant un intrus. Il exerce le **raisonnement** en classant des dossiers par exemple. Il exerce enfin l'**aptitude visio spatiale** en déterminant la position d'un observateur dans une scène à partir de l'image qu'il en voit.

Happyneuron : <http://www.happyneuron.fr/coach>

Recod : <http://news-sbt.com/fr/prevention-sante/orthophoniepsychiatrie>

Presco : <http://www.editions-creasoft.com/newsletter/news-11-2010/>

- La remédiation neurocognitive améliore le fonctionnement cognitif global du patient souffrant d'une schizophrénie

Une évaluation de l'efficacité de la remédiation neurocognitive a été obtenue par une méta-analyse réalisée en 2007 qui a colligé 26 études antérieures sur le sujet, de qualité contrôlée.

- Cette étude conclut à un **meilleur fonctionnement cognitif global**, à son maximum après 15H d'entraînement. Autre bon résultat, cet effet bénéfique se maintient au moins 8 mois après la fin de l'entraînement.

- Cette étude conclut par contre, quand il est mesuré, à un effet limité sur la symptomatologie et à un effet modéré en fonctionnement social, sachant que modéré veut dire amélioration tout de même.

- Les traitements par remédiation

cognitive aident les patients à retrouver une vie sociale normale

Ces traitements sont appliqués à des personnes présentant un état clinique stabilisé. Appliqués individuellement ou en groupe depuis une vingtaine d'années et conjointement aux autres traitements, leur but est d'améliorer mémoire, attention et fonctions exécutives mais aussi de **faciliter l'intégration sociale**.

TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE PAR THÉRAPIE PSYCHO-COGNITIVE

La thérapie psycho cognitive, appelée aussi couramment thérapie cognitive, ajoute à la thérapie neurocognitive une dimension sociale qui tient compte du comportement des individus soumis au regard des autres. Cette thérapie est dérivée des Thérapies Cognitives et Comportementales ou TCC, appliquées à la schizophrénie.

- La thérapie psycho-cognitive travaille sur les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie

Dérivées des TCC, les thérapies psycho-cognitives se réalisent en entretiens individuels avec un psychothérapeute orienté TCC.

- Si l'entretien est centré sur les **symptômes positifs** tels qu'idées délirantes ou hallucinations, le thérapeute va essayer de remettre en question les fondements cognitifs de ces symptômes.

- Si l'entretien est centré sur les **symptômes négatifs** tels que repli sur soi, expression difficile de ses émotions, le thérapeute essaye d'amener la personne à retrouver une motivation au changement, à pouvoir travailler sur l'expression de ses émotions, ses affects, sur sa communication avec autrui.

La thérapie cognitive n'est pas accessible à tous les patients car beaucoup refusent de dialoguer et de se livrer à un psychothérapeute.

- La thérapie cognitive améliore les symptômes de la schizophrénie

Un grand nombre d'études existent et concluent :

- à un **effet positif de léger à modéré sur les symptômes** et qui se maintient au suivi, ce qui n'est pas si mal si on le compare avec l'effet modéré obtenu avec les traitements médicamenteux.

- à un **effet limité sur les rechutes**, en retrait des résultats obtenus à l'aide des thérapies familiales et des traitements antipsychotiques.

- à un **effet modéré sur le fonctionnement social**, l'humeur et l'anxiété.

MICHAEL'S GAME

- Un jeu de cartes dédié aux faux raisonnements : le Michael's Game

Le Michael's Game se présente sous la forme d'une boîte de jeu utilisable facilement et partout, qui permet d'opérer un travail cognitif sur les attributions des états mentaux. Il a été conçu par une équipe suisse. Un ou deux animateurs encadrent un groupe fermé de 3 à 8 patients stabilisés, présentant des troubles schizophréniques ou apparentés. Il se joue pendant 9 à 18 séances d'une heure.

Chaque carte du jeu présente une situation à laquelle le personnage principal Michael est confronté. L'idée est de trouver une explication alternative aux explications hâtives, discutables voire farfelues que propose Michael sur la carte.

Les participants proposent alors leurs propres hypothèses ou explications possibles qui sont alors listées sur un tableau.

Puis pour chaque hypothèse émise, le groupe identifie les conséquences sur le plan des émotions et des comportements. Plus le jeu avance, plus les cartes sont chargées émotionnellement ou liées à des symptômes psychotiques.

Les auteurs expriment eux-mêmes les résultats : « Jeu divertissant pour les patients souffrant de troubles psychotiques, mais a également révélé, lors d'une étude multicentrique, un effet positif sur le degré

de conviction et de préoccupation avec les idées délirantes, et une amélioration de l'insight. »

(L'insight est la conscience que la personne a de ses symptômes, de sa maladie, de sa nécessité de prendre un traitement. Ce jeu datant de 5 ou 6 ans est actuellement épuisé, mais il devrait être réédité cette année.)

Une description plus détaillée :

http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/Plaque%20atelier%20Michael's%20game.pdf

ENTRAÎNEMENT MÉTACOGNITIF

La métacognition prend en compte le fonctionnement de la pensée des individus en interrelation avec les autres. L'entraînement métacognitif va les aider à prendre conscience que leur mode de pensées est peut être inapproprié et va donc les aider à modifier leur répertoire de pensées.

La cognition sociale est l'ensemble des mécanismes cognitifs mis en jeu lors de toute interaction en société.

- La cognition sociale, ce sont d'abord des phénomènes émergents échangés avec autrui
- **L'empathie**, c'est comprendre ce que ressent l'autre.
- **L'intersubjectivité**, c'est la prise en compte de la subjectivité de chacun, faite de types de pensée, de repères et de valeurs individuelles. Toute relation sociale va forcément mettre en jeu la subjectivité des personnes en présence.
- **L'interaction**, c'est la prise en compte des actions manifestées par chacun, quelles que soient leurs formes.
- La cognition sociale, ce sont également des représentations qui permettent d'analyser les autres
- **Représentation des indices sociaux**, qui va permettre d'interpréter les états mentaux des autres.
- **Représentation des émotions**, qui interprète les signes traduisant les émotions de l'autre,

des expressions faciales par exemple.

- **Représentation des états mentaux**, qui interprète les pensées et les intentions des autres selon la Théorie de l'esprit (Theory of Mind - ToM)

- La cognition sociale, ce sont aussi des processus mentaux qui génèrent les pensées
 - **Des processus de catégorisation, de sélection et d'intégration** contribuent au traitement des informations.
 - **Un processus d'inférence**, qui attribue des états mentaux à autrui :
« Ils ne s'intéressent pas à ce que je dis »
 - **Un style d'attribution**, qui a tendance à chercher et à affecter des causes aux événements :
« J'ai raté mon examen parce que je suis tombé sur un examinateur qui ne pouvait pas me sentir »
 - **Des stratégies métacognitives**, qui permettent de réfléchir à son propre fonctionnement de pensée et d'imaginer celui des autres. C'est donc la remise en cause de son propre jugement :
« Est-ce vraiment pour cela que j'ai raté mon examen ? Est-ce que l'examineur n'a vraiment pas pu me sentir ? »
 - Déficit de la métacognition dans la schizophrénie : non remise en cause des biais de pensée par le patient
- L'activité métacognitive est donc le regard réflexif qu'on peut porter sur ses propres pensées et sur celles des autres.
- En plus des déficits neurocognitifs vus plus haut tels que mémoire, attention, concentration, fonctions exécutives, la schizophrénie se manifeste **par les biais de pensée** suivants :
- **Saut aux conclusions**, qui fait tirer des conclusions hâtives d'une situation même en l'absence d'informations.
 - **Non reconnaissance des erreurs de mémoire**, qui a tendance à confondre vrais et faux souvenirs.
 - **Biais d'attribution**, qui font rejeter la responsabilité des éléments négatifs de la vie plutôt sur l'extérieur que sur soi, tout

en s'en attribuant facilement les éléments positifs :

« C'est la faute des autres... »

- **Déficit d'empathie**, qui rend plus difficile la reconnaissance d'une expression émotionnelle sur le visage des autres, avec le risque accru de ne pas pouvoir deviner les pensées de l'autre et de se tromper sur ses intentions.

- **Non révision d'un premier jugement**, qui fait que même preuves du contraire à l'appui, la personne souffrant de schizophrénie a du mal à revenir sur son premier jugement, plus souvent qu'une personne dite normale...

- **Mésestime de soi**, qui peut entraîner chez ces patients des dépressions caractérisées. Cette perte de l'estime de soi peut se manifester en dehors mais aussi pendant leurs épisodes psychotiques, même en présence de signes de mégalomanie.

- Conséquences des biais de pensée : des émotions et des comportements inappropriés

Si on se réfère au modèle ABC, modèle cognitif explicatif utilisé en Thérapie Cognitive-et-Comportementale, on peut expliquer les conséquences des biais de pensée de la façon suivante.

Affectée des biais de pensée décrits plus haut avec des conclusions hâtives, une mémoire défaillante, une mise en cause des autres, affectée en plus de fausses intentions, la personne souffrant d'une schizophrénie va fausser l'interprétation de la réalité.

Et sa conviction erronée sera d'autant plus renforcée qu'elle aura tendance, on l'a vu, à refuser de revenir sur son premier jugement et à mettre en doute sa mémoire pourtant défaillante.

Ainsi, en raison de ses interprétations erronées, la personne va présenter des réactions émotionnelles et comportementales inappropriées, pouvant la conduire au repli sur soi, à l'hostilité, à des hallucinations ou encore à **des idées délirantes**.

Il est à noter que cette vision des choses n'est pas partagée par les psychanalystes.

- Un exemple d'entraînement métacognitif : le Programme EMC de Moritz

« Entraînement des habiletés métacognitives pour les personnes atteintes de schizophrénie »

Ce programme d'origine allemande, ludique, traduit en 30 langues est en accès libre : Notre mémoire n'est ni extensible ni fidèle. Nous commettons tous des erreurs de mémoire mais encore faut-il en avoir conscience.

Le programme complet:

L'exercice de mémoire visuelle présenté pendant la conférence correspond au module A5.

<http://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-french.html>

- Efficacité de cet entraînement métacognitif : des résultats notables

Cet entraînement métacognitif de Moritz a fait l'objet de beaucoup d'études.

Les retours subjectifs nous informent que les participants y ont trouvé du plaisir et ont été assidus. L'encadrement a trouvé l'animation facile.

Des études plus objectives avec groupe témoin et comparatif avant et après la thérapie ont montré :

- une amélioration du raisonnement avec **moins de sauts aux conclusions**.
- une diminution des symptômes positifs avec **moins d'idées délirantes et moins d'hallucinations**.
- une **amélioration de l'insight**, c'est-à-dire de la conscience de soi.

ENTRAÎNEMENT MÉTACOGNITIF : UNE ÉTUDE MULTICENTRIQUE

- Un groupe comparatif était indispensable dans l'évaluation de l'entraînement métacognitif

La seule étude évaluant la version française du programme EMC de Moritz ne portait que sur un faible échantillon et ne comportait pas de groupe comparatif. Un groupe comparateur est pourtant indispensable pour bien différencier l'impact thérapeutique d'une méthode étudiée et l'impact positif obtenu par un

inévitables effets de groupe.

En effet, le fait de s'intéresser à des personnes souffrant de troubles psychiques, de les prendre en charge en groupe et de les faire parler, fait qu'elles vont forcément aller mieux.

Ce principe du groupe comparatif a donc été adopté pour l'**Étude multicentrique** réalisée par le CHU de Besançon et auquel le Docteur Briki a directement contribué.

- Objectifs, moyens et méthodes de l'Étude multicentrique

- Les objectifs étaient d'évaluer à court et long terme l'impact de la version française du **Programme EMC de Moritz** :

En réfléchissant à son fonctionnement de pensée, améliore-t-on la conscience de soi, les symptômes ou le fonctionnement social ? La mise en œuvre du programme est-elle facile ? Quelle efficacité subjective ?

- Plusieurs Centres hospitaliers sont associés à l'étude qui se déroule de 2009 à 2013.

- 77 personnes sont sélectionnées pour l'étude et sont affectées aléatoirement dans un des 2 groupes homogènes créés : 35 dans le **groupe d'Entraînement métacognitif** d'une part et 33 dans le **groupe de Soutien psychologique** servant de témoin d'autre part.

On applique pour chaque groupe des conditions de réalisation les plus proches possibles : 8 semaines, 2 thérapeutes, 2 séances d'une heure par semaine.

- De bons résultats à court terme obtenus par différenciation entre les deux groupes

Deux évaluations sont réalisées avant et après la thérapie par une même psychologue clinicienne. Elle évalue, selon des critères précis et détaillés, toutes les personnes de tous les centres sans connaître leur affectation de groupe. En final 25 patients seront évalués pour chaque groupe.

- Côté échelle de conscience, l'insight, on remarque une tendance à l'amélioration de la conscience des hallucinations.

- Côté symptômes positifs, on constate leur réduction significative.

- Côté symptômes négatifs, on constate peu de changement.

- Côté fonctionnement social, on note une tendance à l'amélioration pour les 2 groupes, mais plus nettement pour celui de l'entraînement métacognitif.

- Dans les questionnaires, les participants expriment tous leur satisfaction, jugent la thérapie utile, au point d'améliorer leur vie quotidienne. Les participants du groupe d'entraînement métacognitif ont signalé qu'ils pouvaient mieux gérer leurs symptômes et mieux réfléchir sur leurs pensées.

- 7 mois plus tard, les améliorations sont toujours présentes, avec même un renforcement par rapport au groupe témoin. L'humeur est même meilleure.

- Il est difficile d'évaluer des résultats sur le fonctionnement social et la qualité de vie par manque de critères objectifs et quantifiables.

- Une thérapie innovante qui évite la confrontation à un thérapeute

Comme cette thérapie métacognitive entraîne à penser différemment au sein d'un groupe, les personnes y adhèrent plus volontiers dans la mesure où elles n'ont pas un interlocuteur direct comme c'est le cas avec les Thérapies Cognitives et Comportementales par exemple.

CONCLUSION

Les **neuroleptiques** sont efficaces, mais partiellement.

D'autres approches complémentaires sont nécessaires pour permettre à la personne souffrant de schizophrénie d'engager un **processus de rétablissement** le plus complet possible :

- Il faut commencer par construire une **alliance thérapeutique**.

- Il faut conduire une **évaluation fonctionnelle** de la personne : quelles sont ses difficultés ? Quels sont ses symptômes cliniques ? Qu'est-ce qui est difficile pour elle dans son fonctionnement cognitif ? Quels sont les retentissements dans son

quotidien, dans son fonctionnement social, dans ses relations interpersonnelles ?

- Il faut fournir des outils de **psychoéducation** aussi bien à la personne qu'à sa famille, pour qu'elle se prenne en charge en décidant elle-même de passer à l'action sur sa maladie.

- Il faut donner à cette personne des **stratégies pour faire face** à ce qui peut lui arriver, des stratégies pour qu'elle puisse **remettre en question ses croyances**, et les confronter à la réalité.

- Comme le faisait une psychiatrie passée avec un surdosage de neuroleptiques, Il faut éviter de transformer des individus en personnes formatées, vidées de toute pensée, qui vont déprimer jusqu'au suicide.

Consolider et intégrer les expériences psychotiques de la personne de façon socialement admise, c'est respecter la personne dans ce qu'elle est. Tous les êtres ne pensent pas et ne vivent pas de la même façon. Chacun a le droit d'avoir son propre trait de caractère, même son grain de folie. On peut avoir des idées particulières même en dehors de la réalité, mais à condition d'en avoir conscience.

Toute personne doit pouvoir accéder à ses buts et à ses valeurs sans que la vie en société lui soit rendue impossible.

QUESTIONS

- Les méthodes de thérapie assistées par ordinateur présentées ici sont à images fixes et à 2 dimensions. Ne sont-elles pas trop éloignées de la vie réelle où la mobilité prime ? Existe-t-il des logiciels avec vidéo ?

Les méthodes sont de plus en plus informatisées mais il est très difficile d'en faire un comparatif vu leur diversité. S'il y a bien une amélioration objective des fonctions cognitives, il semble par contre impossible d'évaluer des améliorations dans les fonctions du quotidien. Il existe des

vidéos qui permettent d'aller plus loin.

http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/

Un outil unique comme l'informatique ne remplacera jamais une prise en charge globale et personnalisée avec un groupe de remédiation neurocognitive, des séances d'entraînement aux réalités sociales, un entraînement métacognitif associé, sans oublier un accompagnement social. On ne peut pas se limiter à un seul traitement.

- Il faut donc un encadrement du patient, y-a-t'il en Bourgogne un lieu où l'on puisse faire un bilan cognitif, établir le besoin du patient et réaliser son accompagnement ?

Malheureusement, à part des individualités motivées, il n'existe pas en Bourgogne de réseau construit, comme il en existe en Suisse ou au Canada. Même dans les grandes agglomérations françaises, ce "case management" nécessaire reste embryonnaire pour des raisons budgétaires. Comme c'est le cas du Docteur Briki, la plupart de ces réalisations sont portées par des bénévoles.

- Des études similaires ont-elles été conduites pour la bipolarité ?

Chez les personnes bipolaires on retrouve des troubles cognitifs du même type ceux de la schizophrénie. La psychoéducation donne de bons résultats et évite les rechutes. Les thérapies interpersonnelles, les TIPARSE, aident les personnes à retrouver un fonctionnement social optimal et surtout à restructurer leurs rythmes sociaux, y compris le rythme veille-sommeil.

- Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique fait partie de la psychoéducation appliquée aux médicaments. Elle informe le patient sur les modes d'action, les effets positifs et les effets secondaires. Cette psychoéducation accompagne normalement la prescription de tout traitement neuroleptique ou antipsychotique.

x x
x

LA SANTÉ ORALE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN PSYCHIATRIE

Conférence du 27 septembre 2014 animée par C. Coquaz et le Dr F. Denis

Mme Christine Coquaz est Directrice des Soins au CH de Savoie après avoir occupé ce poste à Dijon. Elle est fortement impliquée dans l'Association Nationale de Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, l'ANP3SM, et dans l'AMEBUS association de médecine buccale spécialisée dans la prise en charge bucco-dentaire des personnes à besoins spécifiques.

Le Dr Frédéric Denis est chirurgien-dentiste, consulte et soigne au CH de La Chartreuse à Dijon.

Il a créé avec Mme Coquaz en 2011 l'Association de Médecine Buccale Spécialisée (AMEBUS).

ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE par Mme Christine Coquaz

Les soins somatiques en santé mentale, un sujet encore mal connu

Somatique est un adjectif qui désigne ce qui est relatif au corps par opposition à l'adjectif psychique, en rapport avec l'esprit.

Les symptômes somatiques sont des signes cliniques issus du corps, alors que les symptômes psychiques concernent l'esprit et son fonctionnement.

On parle aussi de symptômes psychosomatiques, quand l'esprit agit sur le corps, en lui faisant exprimer des signes cliniques physiques.

La somatisation est un terme utilisé en psychiatrie pour désigner la conversion de conflits psychiques en symptômes somatiques.

Les soins somatiques en santé mentale : des soins indispensables malgré une reconnaissance récente

- Toute prise en charge globale d'un patient souffrant de troubles mentaux doit comporter une prise en charge somatique dont les soins dentaires et la santé orale font partie.

La psychiatrie a trop longtemps séparé et même opposé le corps (soma) et l'esprit (psyché), pouvant laisser penser qu'une personne atteinte de troubles mentaux n'a pas de maladie du corps à soigner. Ainsi la prise en charge physique, somatique, médicale de ces personnes a trop longtemps été négligée.

- La création de l'ANP3SM en 2002, Association Nationale de Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, officialise cette discipline. Des recommandations sont rédigées en 2008 par le Président de l'ANP3SM sur le suivi somatique des patients atteints de pathologies mentales sévères.

<http://www.anp3sm.com>

- Le Plan Santé Mentale de 2011 - 2015 a reconnu l'utilité absolue des soins somatiques en santé mentale

La loi du 5 juillet 2013 sur les soins sans consentement modifiée en 2014 oblige, avant de prononcer une mise en soins sous contrainte, de procéder à un examen somatique par un médecin généraliste, afin d'éviter la confusion entre manifestations psychiatriques et problèmes physiques.

- Les soins somatiques en santé mentale deviennent indicateurs de qualité

La dernière version du manuel de qualité de la Haute Autorité de la Santé, l'AHS, stipule que tout hôpital psychiatrique qui n'aura pas pris en charge les patients sous l'aspect somatique pourrait ne pas obtenir sa certification qualité.

- **De rares enquêtes témoignent d'une légère progression à l'échelon national en 2006**

Il n'existe ni données objectives ni unité d'organisation pour les soins somatiques en psychiatrie.

Une enquête de 2001 sur les plus gros Centres hospitaliers psychiatriques de France a révélé qu'il y avait 1 médecin somaticien pour 100 lits, plutôt peu impliqué dans les projets avec son statut de vacataire, que 24% possédaient un service dédié, et que 54% disposaient du matériel d'un cabinet dentaire.

Une enquête de 2006 limitée en Ile de France a montré que 47% des établissements réalisent un examen somatique systématique à l'entrée, ce qui est un progrès.

Une enquête en 2013 révèle une prise en charge somatique toujours insuffisante

En 2013 une enquête menée par Mme Coquaz dans le cadre d'un Diplôme Universitaire a porté sur l'organisation des soins somatiques dans les hôpitaux psychiatriques publics et privés de Bourgogne, Franche-Comté et Rhône-Alpes.

Cette enquête est fiable avec un taux de réponse de à 83% pour une moyenne de 239 lits par structure.

- **50% des établissements n'ont pas de service dédié aux soins somatiques**

Malgré 5 Centres Hospitaliers entre 150 et 600 lits accueillant des patients soit sous contrainte de soins soit détenus, la Chartreuse à Dijon est le seul établissement de l'enquête assurant toutes les spécialités en soins somatiques.

- **Un ratio très faible de 0,76 médecin somaticien pour 100 lits et peu d'équipes paramédicales dédiées**

Ce résultat inférieur à celui de l'étude de 2001 peut être nuancé par le fait que la

plupart de ces praticiens sont salariés à plein temps, ce qui constitue une forme de reconnaissance de la spécialité. À défaut, ce sont des vacataires libéraux qui interviennent par exemple, de 2 fois par mois en dermatologie jusqu'à 3 fois par semaine pour des dentistes.

30% des établissements font intervenir des internes en médecine générale, ce qui a l'avantage de leur faire découvrir une pathologie qu'ils retrouveront chez 30% de leurs futurs patients.

35 % des établissements disposent d'équipes paramédicales dédiées, ce qui constitue des effectifs très faibles.

- **Un ratio extrêmement faible de 3 heures de soins bucco-dentaires par semaine pour 100 patients**

En progrès par rapport à l'étude de 2001, 65% des établissements disposent d'un cabinet dentaire et 65% disposent d'un chirurgien-dentiste mais au statut de vacataire salarié à temps très partiel.

Les soins somatiques en santé mentale : un accès aux soins conventionnels très difficile.

Anosognosie : L'anosognosie est un trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie ou d'un handicap ne semble pas avoir conscience de sa condition.

- **Anosognosiques, ces patients ont des besoins particuliers** en raison de leurs difficultés à prendre soin de leur corps, à pratiquer l'hygiène et d'une manière générale à accéder à leur corps. 45% des établissements disposant pourtant d'un service dédié reconnaissent avoir beaucoup de mal à prendre en charge complètement ces patients, tout comme la médecine libérale.

- **L'absence de services dédiés aux soins somatiques** réduit l'accès aux soins des personnes fragiles souffrant de troubles mentaux, que ce soit pendant leurs phases

aigües de la maladie, ou même lorsque leur état s'est stabilisé.

- Une organisation inadaptée et des médecins peu présents font que les soignants sont insuffisamment préparés et motivés. La plupart des actions entreprises à ce jour concernent davantage le handicap moteur que le handicap psychique.

Les soins somatiques en santé mentale : un accès aux soins dentaires très insuffisant

- Le problème de l'accès aux soins dentaires arrive largement en tête avec 60% des cas, se réduisant trop souvent à des soins d'urgence ou à des extractions dentaires. Les dentistes exerçant en grande majorité en libéral sont sous-représentés à l'hôpital et encore moins en psychiatrie.

Une enquête menée en 2012 auprès des chirurgiens-dentistes de Côte d'Or a révélé que, faute d'une formation adéquate, 43% éprouvent des difficultés avec la maladie mentale et les troubles du comportement qu'elle engendre.

- Ces soins sont onéreux pour des patients aux revenus souvent modestes. Il est bon de savoir que ces soins pourraient, dans certaines conditions, être pris en charge dans le cadre de l'ALD (Affection de Longue Durée) selon un article paru dans la revue Santé Mentale.

Les soins somatiques en santé mentale : des pistes d'amélioration

- Une nouvelle version V2014 du manuel de certification devrait proposer une prise en charge somatique basée sur une organisation pérenne avec des moyens suffisants. La Haute Autorité de Santé devrait prochainement publier de nouvelles recommandations à destination des établissements concernant la prise en charge somatique.

- **Décharger les établissements du financement.**

En difficultés financières, les hôpitaux psychiatriques rechignent, comme ils le doivent, à prendre en charge toute dépense complémentaire qui n'est pas en lien direct avec la maladie psychique, ce qui est le cas des soins dentaires. Intégrer la prise en charge somatique aux soins de santé mentale ou prévoir des financements spécifiques réglerait ce problème.

- **Créer des services de consultations en soins somatiques** dans les établissements psychiatriques pour accueillir les patients les plus fragiles.

- **Installer des cabinets dentaires dans tous les Centres hospitaliers psychiatriques** avec des praticiens hospitaliers partagés pour assurer les spécialités, mais aussi avec des internes pour les sensibiliser à la médecine buccale.

- **Instaurer un examen de dépistage bucco-dentaire** dans tout examen somatique devenu systématique.

- **Développer la recherche et la formation.**

LA SANTÉ ORALE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE EN PSYCHIATRIE par le Docteur Frédéric Denis

Evaluation de l'état dentaire d'une population

L'indice CAO est l'indicateur de santé orale d'une population. Il comptabilise le nombre de dents adultes cariées, absentes ou obturées d'un individu. Donc plus il est bas, meilleur est l'état de santé.

- **En France, la carie infantile a été vaincue mais des progrès en hygiène dentaire restent à faire.**

L'indice CAO à 12 ans est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006. Il y 30 ans, moins d'une brosse à dent était vendue par an et par habitant. C'était très insuffisant car une

brosse à dent doit être changée tous les 3 mois, soit 4 brosses à dent par an. Or à ce jour, on observe que 1,7 brosse à dent par an et par habitant en population générale est vendue en France. Si beaucoup de chemin reste donc à faire dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé en population générale, il reste encore beaucoup plus à faire pour les patients à besoins spécifiques.

- **Pour une population souffrant de maladie psychique, il existe un réel problème somatique.**

En France, des statistiques concernant la santé orale de ces patients font cruellement défaut. Il faut se tourner vers des statistiques internationales pour constater qu'en moyenne l'indice CAO pour ces patients est le double du chiffre obtenu pour les populations de référence. On constate plus de dents cariées, plus de dents absentes et moins de dents soignées.

Toute pathologie bucco-dentaire doit être soignée rapidement

- **Les pathologies bucco-dentaires peuvent affecter la vie quotidienne**

La pathologie essentielle des tissus durs est la carie dentaire qui attaque la dent et qui peut nécessiter son extraction.

Les pathologies du tissu de soutien de la dent sont appelées maladies parodontales qui se traduisent par un saignement des gencives, par des dents qui se déchaussent et qui finissent par tomber en affectant la fonction masticatoire.

- **Les pathologies bucco-dentaires non soignées peuvent causer des troubles graves**

Un mauvais brossage de dents, en n'éliminant pas le dépôt de la plaque alimentaire, provoque caries et maladies parodontales. Pour éviter la perte des dents, caries et maladies parodontales doivent être soignées au plus vite.

Il est à noter que le signal d'avertissement qu'est la douleur buccale doit être rapidement pris en charge car la douleur

peut disparaître avec la nécrose du nerf. Dans un second temps, cette nécrose du nerf engendre des douleurs moins importantes que l'inflammation du nerf, ou pulpite, mais par contre provoque un abcès dentaire, une infection, dont les germes diffusés par la circulation sanguine peuvent être la cause de problèmes de santé générale.

Les pathologies bucco-dentaires sont aggravées chez les personnes souffrant de troubles psychiques

- **Les médicaments psychotropes administrés à ces patients ont des effets secondaires buccaux importants**

La pharmacopée prescrite peut faire baver ou provoquer une sécheresse buccale, rendant délicates les fonctions de mastication, de déglutition voire de phonation. Des tremblements, des mouvements involontaires de la bouche peuvent aussi se manifester, abrasant des dents ou empêchant le port de prothèses. Si ce cycle n'est pas enrayé, les relations sociales peuvent en être perturbées et même renforcer des troubles dépressifs.

- **Les médicaments psychotropes administrés engendrent des perturbations métaboliques**

La pharmacopée du traitement psychiatrique est à même de déclencher un diabète de type II avec ses effets connus : prise de poids, sensibilité accrue aux infections et retard de cicatrisation. Ainsi les maladies parodontales, si elles ne sont pas enrayées à temps, laissent s'installer une inflammation chronique qui peut provoquer à terme un dépôt de plaques d'athérome sur les vaisseaux, pouvant renforcer des troubles cardio-vasculaires ischémiques, par diminution de l'apport sanguin.

D'autre part la présence permanente de salive sucrée dans la bouche favorise l'apparition des caries.

- **La souffrance psychique éprouvée par ces patients aggrave encore ces pathologies**

Par anosognosie, ces patients négligent leurs soins du corps et diffèrent leur prise

en charge, avec les conséquences vues plus haut. Par une perte de leurs repères temporels, ils ont tendance à s'alimenter de façon continue et avec une alimentation riche en sucre et pauvre en fibres, qu'un brossage déficient ne vient pas compenser. L'absorption régulière d'alcool, de drogue et de tabac peut provoquer un cancer mortifère délabrant la cavité buccale.

- Les praticiens libéraux ne sont pas préparés à la prise en charge de ces patients particuliers

90% des chirurgiens-dentistes exercent en médecine libérale. Une enquête récente auprès des chirurgiens-dentistes de Côte d'Or révèle que 85% d'entre eux ont des difficultés à prendre en charge des patients psychotiques, et 73% d'entre eux estiment avoir des connaissances insuffisantes sur la maladie mentale : ils redoutent de prendre en charge ces patients aux cas souvent lourds. Un patient même accompagné pourra préférer abandonner son soin plutôt que de supporter l'attente prolongée dans une salle bondée. Le praticien souvent pressé n'aura pas le temps d'écouter son patient et de le prendre en charge correctement. Le prix des soins est élevé. Les prothèses dentaires, souvent indispensables, sont trop chères et restent donc inaccessibles pour une majorité de patients.

Comment bien prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiques ?

- Faciliter leur accès aux soins, motiver des patients peu enclins à se soigner

Les cabinets dentaires doivent être faciles d'accès, bien identifiés et facilement joignables.

Ces patients doivent être accompagnés et éduqués à la santé pour des actes simples de leur vie quotidienne comme le brossage des dents ou l'alimentation. Leur charge financière doit être allégée.

- Organiser le suivi médical de ces patients, en commençant par la prévention

Il est important que ces patients consultent un chirurgien-dentiste au moins deux fois par an, tous les trois mois même en cas de cancer buccal. Toute prescription médicamenteuse doit s'accompagner d'un avertissement particulier sur les effets secondaires encourus. La prise en charge ne peut se limiter à la sphère bucco-dentaire ; elle doit être pluridisciplinaire avec le concours de diabétologues et de cardiologues.

- Informer et former des praticiens à la prise en charge particulière de ces patients

Il est important de développer la formation des médecins et des accompagnants amenés à intervenir en santé orale sur des personnes souffrant de troubles psychiques. Comblant un déficit d'études épidémiologiques sur le sujet, la HAS, Haute Autorité de Santé, devrait bientôt éditer ses premières prescriptions pour la France. Il est important que les autorités de tutelle accompagnent ce mouvement.

- Créer des diplômes spécialisés en santé orale des personnes souffrant de troubles psychiques

Le cursus actuel des études médicales fait l'impasse totale sur la problématique de la santé orale chez ces patients.

Le Docteur Denis a créé un module de formation spécialisé au CHU de Besançon, le « Diplôme d'université sur la prise en charge de la santé orale des patients en situation de handicap. »

Une nouvelle contribution pour construire un parcours de soins spécialisé : AMEBUS

- AMEBUS pour répondre à la problématique des soins bucco-dentaires sous handicap psychique.

L'association AMEBUS, Association de Médecine BUccale Spécialisée, vient d'être créée par Le Dr Denis assisté de C. Coquaz. «AMEBUS est née de la volonté de fédérer les professionnels de santé mais aussi les usagers sur la question des besoins en soins bucco-dentaires des patients souffrant

d'un handicap psychique, et plus largement des patients à besoins spécifiques. » Pour plus d'information, rendez vous sur le site: <http://www.anp3sm.com/amebus.html>.

- **AMEBUS préconise une prise en charge graduée organisée autour d'un réseau ville-hôpital.**

Le pivot de ce parcours de soins, c'est le cabinet dentaire au sein de l'établissement psychiatrique, possédant un personnel qualifié formé au handicap psychique, bénéficiant d'un temps de soins et d'un plateau technique adaptés. Ce plateau intervient en appui de cabinets libéraux qui soutiennent son action. Il prend en charge les cas lourds et sait adapter la pharmacopée dans le cas d'une anesthésie générale. Une telle expérimentation est en cours au Centre Hospitalier de La Chartreuse à Dijon en collaboration avec le Conseil Local de Santé Mentale à Longvic pour d'une part accompagner la prise en charge libérale, et d'autre part trouver des appuis sociaux pour l'accès aux soins.

Des programmes de soins coordonnent les différents acteurs, le praticien libéral adhérent et le praticien libéral référent. Par exemple une visite de contrôle doit être réalisée au moins tous les 6 mois avec un détartrage.

Des formations au dépistage et aux soins spécifiques à destination de tous les acteurs sont prévues.

Des programmes d'éducation thérapeutique sont dispensés en modules.

- **AMEBUS réalise des enquêtes épidémiologiques sur la santé orale**

L'association est partenaire pour la réalisation de l'étude nommée BUCCODOR destinée à évaluer la santé bucco-dentaire des patients atteints de schizophrénie sur la Côte d'Or. Elle permettra en outre d'identifier les facteurs intervenant dans

la santé bucco-dentaire, d'en évaluer les besoins et de détecter un éventuel déficit en vitamine C.

Courrier des lecteurs

Dans «LE LIEN» et/ou en A.G. 21, ne conviendra-t-il pas de faire connaître le très grand soutien, et documenté, et efficace, que nous apportent les psychologues cliniciennes du Siège, Mme Isabelle DEBIASI, Assistante sociale au Siège, et aussi Madame Monique ESCUDIE qui nous représentent au conseil d'administration National du FIPHFP et AGEFIPH?

Rappel : pour les contacter , appeler le 01 42 63 03 03

(FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

AGEFIPH : Association nationale de gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées)

Information pratique

EXONERATION DE LA TAXE D'HABITATION ET DE LA REDEVANCE AUDIOVISUELLE (pour les handicapés)

Lors des permanences téléphoniques assurées chaque semaine de 8h à 20h par un membre bénévole de l'UNAFAM, il nous est souvent demandé, pour leurs proches handicapés, les possibilités et conditions d'exonération de la taxe audiovisuelle.

En survolant les textes de l'annexe on peut résumer :

L'exonération de la taxe audiovisuelle est une conséquence depuis 2005 (après justificatifs par exemple AAH) de l'exonération de la taxe d'habitation

1 LA TAXE D'HABITATION

Quels sont les cas d'exonération liés au handicap ?

Article 1414 du Code général des Impôts
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006069577&idArticle=LEGIARTI000006311604&dateTexte=&categorieLien=cid>

Sont exonérés de la taxe d'habitation afférente à leur habitation principale lorsqu'ils occupent cette habitation [...]

1° Les titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées [...] ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité [...].

1° bis les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés [...]

2° les contribuables âgés de plus de 60 ans ainsi que les veuves et veufs.

3° les contribuables atteints d'une infirmité ou d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence [...].

L'exonération de la taxe d'habitation est subordonnée à la condition d'occuper cette habitation soit seul soit avec son conjoint, soit avec des personnes qui sont à charge, soit avec d'autres personnes titulaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées ou de l'Allocation supplémentaire d'invalidité. En outre, une condition de ressources est exigée pour les titulaires de l'AAH, les contribuables âgés de plus de 60 ans ou atteints d'une infirmité ou d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux besoins de l'existence. En effet, ces contribuables ne doivent pas être titulaires de revenus supérieurs à un certain montant qui varie en fonction du lieu d'habitation (métropole ou DOM) et du nombre de parts.

Article 1411 du code général des impôts
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006069577&idArticle=LEGIARTI000006311589&dateTexte=&categorieLien=cid>

Les conseils municipaux peuvent par une délibération, instituer un abattement de dix pour cent de la valeur locative

moyenne des habitations de la commune aux contribuables ou aux personnes qui occupent leur habitation avec eux :

-titulaires de l'Allocation supplémentaire d'invalidité ;

-titulaires de l'AAH ;

-atteintes d'une infirmité ou d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence ;

-titulaires de la carte d'invalidité attribuée par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

Le contribuable devra adresser au service des impôts de sa résidence principale, avant le premier janvier de la première année au titre de laquelle il peut bénéficier de l'abattement, une déclaration comportant tous les éléments justifiant de sa situation ou de l'hébergement de personnes avec laquelle elle cohabite.

2 L'EXONERATION DE LA REDEVANCE AUDIOVISUELLE

<http://archives-bofip.impots.gouv.fr/bofip-A/20673-AIDA.html>

<http://www11.minefi.gouv.fr/boi/boi2005/6idlpub/textes/6a605/6a605.pdf>

Bulletin officiel des impôts 6 A 605 n° 207 du 22 décembre 2005

Personnes bénéficiaires d'un droit acquis.

- Le champ d'exonération de la redevance audiovisuelle en vigueur antérieurement à la loi de finances pour 2005 et celui de la taxe d'habitation ne se recouvrant pas totalement, certains redevables exonérés de la redevance audiovisuelle dans le régime antérieur à 2005 ne peuvent plus bénéficier de cette exonération dès lors qu'ils sont assujettis à la taxe d'habitation.

- Il s'agit principalement [...] du foyer dont l'un des membres est handicapé (cas le plus fréquent, un enfant), ce dernier n'étant pas le redevable de la taxe d'habitation.

- L'exonération de la redevance audiovisuelle est maintenue pour ceux qui en

bénéficiaient avant qu'elle ne soit adossée à la taxe d'habitation. Ainsi sont exonérés de cette redevance les personnes handicapées dont les ressources sont modestes et qui vivent soit seuls ou avec leur conjoint, soit avec les personnes qui sont à leur charge, soit avec des personnes titulaires comme elles d'allocations ou de revenus modestes.

- Pour les autres contribuables (ceux qui ne bénéficient pas du maintien des droits acquis à l'exonération), le fait d'être exonérés de la taxe d'habitation implique l'exonération de la redevance audiovisuelle. Il s'agit des titulaires de l'allocation supplémentaire versée par le fonds spécial d'invalidité s'ils vivent soit seuls ou avec leur conjoint, soit avec des personnes qui sont à leur charge, soit avec des personnes titulaires de la même allocation ou dont les revenus sont modestes. Il en est de même pour les titulaires de l'AAH et les contribuables atteints d'une infirmité ou d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence lorsque leurs revenus sont modestes et sous les mêmes conditions d'habitation.

Fermeture de l'EMBARCADERE

Nous vous informons à regret que l'UNAFAM de Côte d'Or ne sera plus en mesure d'assumer son traditionnel accueil convivial qui se tenait chaque troisième vendredi du mois au café-restaurant l'Embarcadère pour la simple raison que cet établissement a cessé définitivement son activité le 20 novembre par suite de difficultés financières. Les initiateurs (ICARE/LA BERGERIE) du projet, fidèles aux principes qui ont conduit à la création de ce restaurant associatif, cherchent une solution alternative à la fermeture.

UN POÈME

Dehors un homme est seul. Seul. Dans une ville inconnue. Sans pouvoir parler à quiconque.

Dehors un homme seul cherche un endroit où passer la nuit. Il dormira sur le trottoir. Il a l'habitude. Dormir à même le bitume ne lui fait pas peur.

Dehors un homme est seul. Ne parle à personne. Ne sait pas parler le français et le comprend à peine.

Un homme seul, sans amis, erre dans la ville. Le regard perdu. Il a peur. Peur d'être contrôlé par la police.

Un homme venant de nulle part, en exil éternellement, marche sans but dans les rues de TA ville. Il ne peut se repérer dans les dédales des rues. Il ne sait pas lire le français.

Perdu dans un monde lui renvoyant une mauvaise image de lui, il quémande inlassablement un regard.

Dehors, un homme seul, livré à lui-même, a faim. Il n'a pas d'argent. Il mendie. Quelques pièces lui suffiront pour nourrir son corps.

Dehors un homme seul attend. Il attend le dernier train qui le conduira dans un monde plus humain.

Si tu vois cet homme, tends-lui la main comme une perche pour l'empêcher de se noyer.

Si tu vois cet homme sourire, parle-lui comme tu parles à tes amis.

Si tu vois cet homme pleurer, étreins-le dans tes bras et sèche ses larmes.

Si tu le vois mourir à petit feu, dans l'indifférence totale et que tu ne fais rien pour lui, pense à tes enfants qui pourraient peut-être un jour le rejoindre dans la rue et lui ressembler.

BIBLIOTHÈQUE DE L'UNAFAM 21

Nouveaux livres

NOM DE L'AUTEUR	TITRE DU LIVRE	PETIT RESUME
Marie ALVERY et Hélène GABERT	J'ai choisi la vie Être bipolaire et s'en sortir	Hélène et Marie souffrent de troubles bipolaires. Malgré une existence douloureuse, elles sont épanouies, actives, mariées et chacune mère de deux enfants. Ce livre est le récit de leur combat. Un magnifique témoignage de courage et d'espoir.
Dr Jean-Pierre GUICHARD	Vivre et comprendre les troubles bipolaires	Cet ouvrage s'adresse aux thérapeutes médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers... qui souhaitent approfondir leurs connaissances concernant les troubles bipolaires et leurs traitements, et, en même temps, incorporer la démarche psychoéducatrice à leur pratique clinique. Il est destiné tout autant aux patients affectés de troubles bipolaires, qui aspirent à devenir des « experts » de leur maladie, cela afin de mieux gérer celle-ci et de retrouver par là le contrôle de leur vie, ainsi qu'aux membres de l'entourage dont la préoccupation est de les aider à atteindre de tels objectifs.
Dr Lionel DANTIN	Vaincre les TOC	Cet ouvrage répond à toutes les questions que l'on peut se poser sur cette pathologie. Toutes les approches thérapeutiques sont expliquées : les thérapies comportementales, les techniques de restructuration cognitive, les thérapies brèves stratégiques ou encore la méditation pleine conscience. Cas cliniques et exemples mettent en lumière leurs résultats respectifs. Un ouvrage clair et complet destiné à la fois au clinicien, au patient et à ses proches.
Véronique DUFIEF	La souffrance désarmée	À partir de l'expérience d'une maladie psychique, la bipolarité, l'auteur propose une réflexion concrète, au fil de son carnet de bord, sur le chemin intérieur que permet de faire l'épreuve décapante, mais aussi régénératrice, de la souffrance.

Jocelyne SAUSSIÉ	Il pleuvait des oiseaux	Une photographe du Herald Tribune part réaliser un reportage sur la région québécoise du Temiscamingue, dont les forêts ont été ravagées par de gigantesques incendies au début du xxe siècle. Elle y trouve une communauté de marginaux fantasques et solitaires, dont Tom et Charlie, deux vieillards qui ont survécu à l'incendie et vivent en ermites au fond des bois, préparant leur mort prochaine avec sérénité. Superbe récit, lumineux et tendre. Il pleuvait des oiseaux nous entraîne au plus profond des forêts canadiennes, où le mot liberté prend tout son sens, et dans lequel l'émotion, brute et vive, jaillit à chaque page.
Dr Thomas WALLENHORST	Le meilleur est en moi	Il est rare d'écrire sur ce qui est positif dans l'être humain. En effet, celui-ci est plus souvent décrit par ses manques ou ses dysfonctionnements, que par ses qualités. Dans les tendances inconscientes de l'homme, il existe une multitude de prédispositions susceptibles de favoriser la vie. Chaque individu est donc amené à se positionner. Au cœur de sa vie intérieure, il a accès à ce qui est le plus précieux pour lui, ce en quoi il croit, ce sur quoi il fonde son existence. C'est ainsi que de manière réaliste, à partir de possibilités concrètes, sans regretter un passé qui ne reviendra pas et en se laissant vivre dans l'élan d'un futur proche, chacun pourra vivre à partir de ce qui est le meilleur de lui-même.

Le point sur le projet de «Résidence accueil»

L'UNAFAM 21 a souhaité depuis de nombreuses années créer une résidence accueil pouvant recevoir des personnes souffrant de problèmes psychiques. Ce projet suivi par l'association «ESPERANCE» se localisera à Saint Apollinaire et comprendra 20 petits logements. La construction sera assurée par l'organisme HLM Villéo et la gestion par la Mutualité Française de Bourgogne.

Le permis de construire devrait être délivré en début d'année 2015. Les financements pour l'investissement (Etat et Grand Dijon) sont réservés.

Nous pouvons donc considérer que toutes les conditions sont réunies pour une livraison en 2016.

Dans le prochain LIEN nous vous proposerons une information plus complète : descriptif, plans, modalités d'admission ...

UN NUMÉRO À RETENIR

Lorsque les familles sont confrontées à des problèmes aigus avec leur proche (situation tendue, approche de crise par exemple), il est nécessaire de trouver une écoute, une esquisse de solution.

Alors n'hésitez pas à contacter l'UNAFAM 21, ou, si le problème se pose pendant la nuit, si la situation vous paraît grave, si elle semble présenter un caractère d'urgence, vous pouvez vous adresser 24h/24h au service d'Accueil du CH La Chartreuse, à savoir :

03 80 42 48 23

LE GROUPE DE PAROLE DU DOCTEUR WALLENHORST À SEMUR-EN-AUXOIS

Nous invitons une nouvelle fois les membres et sympathisants de notre association dans le nord de la Côte-d'Or à participer au Groupe de Parole du Docteur Wallenhorst au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois.

Prochaines réunions :

► vendredi 9 janvier 2015

► vendredi 6 février 2015

à 14h00 au Service Psychiatrique du Centre Hospitalier de Semur-en Auxois.

GROUPES DE PAROLE 2015 (sur inscription préalable)

GROUPE 1 LUNDI 14H30-16H30 Mme ELBACHIR	GROUPE 2 MARDI 18H30-20H30 Mme LEGELEY	GROUPE 3 MARDI 18H30-20H30 Mme JOLY	GROUPE 4 MARDI 18H-20H Mme LEGELEY
12 janvier	8 janvier	13 janvier	20 janvier
9 février	17 février	3 février	
16 mars	3 mars	10 mars	17 mars
13 avril	14 avril	7 avril	
18 mai	5 mai	12 mai	12 mai
15 juin	9 juin	16 juin	
septembre	15 septembre	septembre	1er septembre
octobre	octobre	octobre	
novembre	novembre	novembre	
décembre	décembre	décembre	
Responsables : M.Gremaux C.Anglade	Responsable : M. C. Brach	Responsables : N.Dartier C.Pascaud	Responsable : G. Vidiani

RÉUNIONS DU BUREAU en 2015 (le mercredi de 14h00 à 16h30)

21 janvier	9 septembre
25 février	21 octobre
22 avril	9 décembre
10 juin	

RÉUNIONS DES FAMILLES (14h à 18h)

Samedi 24 janvier 2015 de 14h à 18h
Semaines de la santé mentale : 16 au 29 mars 2015
Samedi 30 mai 2015 de 14h à 18h
samedi 26 septembre 2015 de 14h à 18h
samedi 21 novembre 2015 de 14h à 18h

RÉUNIONS DÉTENTE

Après-midi champêtre : 13 juin 2015 chez M. et Mme. APPLETON

Repas : 28 novembre 2015

"On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux ..."

La folie a toujours fait partie de l'humain, à des degrés et sous des formes diverses. L'expérience de la maladie psychique, du non-sens, du néant, est la plus douloureuse qui soit. Ceux qui l'ont vécu ont envie d'en sortir pour toujours, de retrouver du sens et un art de vivre, l'art d'être en vie, le goût d'eux-mêmes et des autres. Serions-nous capables de parcourir le même chemin, avec autant de désir, de courage, de persévérance et d'humilité ?

Ouvrons les yeux, cessons d'être ignorants et injustes. Ce sera le premier pas vers la venue d'un nouvel « être ensemble » que tant de personnes appellent de leurs vœux aujourd'hui, tant elles sont désolées de la morosité, de la désespérance secrétée par les mauvais fonctionnements de notre société.

Le repli sur soi est un signe de dépression ; ce n'est qu'en s'ouvrant à l'autre que l'on peut trouver le bonheur. Nous avons tous quelqu'un, en dehors de notre petit cercle personnel, familial, qui a besoin de nous, qui nous attend quelque part, prêt à nous faire changer de vie. [...]

En écoutant ceux qu'on veut aider au lieu de se contenter de leur porter la bonne parole, en leur rendant leur dignité d'homme au lieu d'en faire des assistés, en cessant en somme de ne les considérer que comme des malades, des incapables, des irresponsables, on les voit commencer à sortir de la maladie. Par une sorte d'effet Pygmalion, plus on regarde les gens comme des malades, plus ils le sont. Plus nous stimulons leurs capacités en les remettant dans l'activité, en les poussant à se prendre en charge, en leur donnant confiance et respect, mieux ils vont.

Marie-Noëlle Besançon

(extrait de son livre « On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux »)

BULLETIN D'ADHÉSION à envoyer à : UNAFAM-12 villa Compoin 75017 PARIS

Je demande à devenir adhérent de l'UNAFAM en tant que membre :

(l'abonnement à la revue UN AUTRE REGARD est compris dans l'adhésion)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Actif * (62 €) | <input type="radio"/> Foyer non imposable à l'I.R ** (14 €) |
| <input type="radio"/> Souscripteur (90€) | <input type="radio"/> Personnes morales avec salariés (168 €) |
| <input type="radio"/> Donateur (168 €) | <input type="radio"/> Bienfaiteurs (244 €) |

Je souhaite soutenir l'action de l'UNAFAM par un don supplémentaire :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Avec affectation statutaire d'un montant de :€ | |
| <input type="radio"/> Pour la recherche, d'un montant de :€ | <input type="radio"/> Autre affectation souhaitée :€ |

Je joins un chèque global à l'ordre de l'UNAFAM de :€, montant qui apparaîtra sur le reçu fiscal.

J'accepterais de : donner un peu de mon temps d'effectuer un legs

Date : **Signature :**

M, Mme, Mlle - NOM :	Prénom :
Adresse :	Profession (ou ex).....
Code postal et Ville :	Téléphone :
Année de naissance :	e-mail :
Celle de la personne malade :	

(*) L'adhésion est valable pour une année civile

Pour une adhésion en cours d'année, le montant de la cotisation est de 30 € à partir du 1^{er} juillet, 15 € à partir du 1^{er} octobre

(**) Joindre un justificatif.