

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, ex Président national de l'UNAFAM

2016 / n°58

mars 2016



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.



Art-thérapie et santé mentale

par M. Alain Vasseur, Directeur du CATTB Bachelard à Dijon,
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET URGENCES

“VECU DES FAMILLES (ADHERENTS ET SYMPATHISANTS UNAFAM BOURGOGNE) DANS LES SITUATIONS DE CRISE AYANT ENTRAINE UNE DEMANDE DE SOINS AVEC OU SANS CONSENTEMENT”

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 de réalisation).

Quand cela s'arrêtera-t-il ?

Vendredi soir 11 mars : émission de télé «le resto du cœur avec les enfoirés ». On me rapporte que dans un sketch de cette émission on présente de nouvelles poupées « Barbie ». Quelques unes tournaient autour de KEN en essayant d'attirer son attention. Celui-ci dit à l'une d'elle : "tu es la BARBIE polaire? -Non la BARBIE BIPOLAIRE". Il a repoussé la BARBIE BIPOLAIRE en disant à peu près cela " Alors écarte-toi la folle!". Tout cela devant un public hilare.

Dans le Bien Public du 10 mars un journaliste se faisant le porte-parole d'un parent d'élève (un seul ?) s'inquiète de l'installation dans le voisinage d'une école, d'un foyer d'accueil pour personnes en souffrance psychique, il publie l'article avec en gros ce titre ambigu : « Et si ces personnes ne prennent plus leur traitement... ».

Un journaliste sportif (?) relate le travail, à mon avis pourtant remarquable, fait par des éducateurs sportifs, dans le journal « So Foot » de novembre 2015, avec ce titre stigmatisant « Foot au dessus d'un nid de coucou ». Dans cet article le journaliste rend compte d'un tournoi de foot organisé en septembre à l'hôpital de la Chartreuse, il se gausse des joueurs, de leurs maladresses d'où ce titre.

Nous ne cessons de clamer que nos proches en souffrance psychique sont des hommes et des femmes comme tout un chacun, ayant droit au respect et le droit de s'insérer dans la vie sociale. Quand ce message sera-t-il entendu ? Quand la psychiatrie sera t-elle vraiment citoyenne, c'est à dire l'affaire de tous comme certains s'efforcent de la promouvoir. On sait maintenant que beaucoup de personnes ont une certaine probabilité d'avoir à souffrir à un moment de leur vie de troubles psychiques : burn-out, dépressions. Nous pouvons donc tous être concernés directement ou avec un de nos proches.

Alors arrêtons de stigmatiser, au contraire mettons en valeur et soutenons le travail de celles et de ceux qui se battent pour soulager ces personnes en souffrance : soutenons les familles, soignants, responsables politiques, militants d'association, qui se battent pour cela et que cesse cette stigmatisation injustifiée des personnes en souffrance psychique.

De grâce changeons pour que le monde change.

Xavier Bagot

Art-thérapie et santé mentale

Synthèse de la conférence-débat du 21 novembre 2015 organisée par l'UNAFAM
par **M. Alain Vasseur**, Directeur du CATTP Bachelard à Dijon, Centre d'Accueil
Thérapeutique à Temps Partiel

ANIMATION

Laurence Mercuzot-Lemanach, infirmière art-thérapeute au CATTP Bachelard, animant
les ateliers d'art-thérapie et d'écriture
Geneviève Coggiano, infirmière spécialisée en soins psychocorporels individualisés



page 3

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET URGENCES

**"VECU DES FAMILLES (ADHERENTS ET SYMPATHISANTS UNAFAM BOURGOGNE)
DANS LES SITUATIONS DE CRISE AYANT ENTRAINE UNE DEMANDE DE SOINS
AVEC OU SANS CONSENTEMENT"**

page 9

A propos du dispositif "zéro sans solution"

page 19

Nouveaux livres à la bibliothèque de l'UNAFAM 21

page 22

Au sommaire du prochain numéro :

Dépression périnatale : enjeux d'un diagnostic précoce

par le docteur **Stéphanie Leclercq**

médecin psychiatre du service de pédopsychiatrie du CH de La Chartreuse.

**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)

Art-thérapie et santé mentale

Synthèse de la conférence-débat du 21 novembre 2015 organisée par l'UNAFAM

par **M. Alain Vasseur**, Directeur du CATTP Bachelard à Dijon, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

ANIMATION

Laurence Mercuzot-Lemanach, infirmière art-thérapeute au CATTP Bachelard, animant les ateliers d'art-thérapie et d'écriture

Geneviève Coggiano, infirmière spécialisée en soins psychocorporels individualisés

CRÉER pour se RECRÉER,, tel pourrait être le slogan de cette thérapie passant par l'art. Son principe consiste à se servir de la création artistique sous toutes ses formes pour conduire inconsciemment un individu à une transformation positive de lui-même.

Historique

Philippe Pinel (1745-1826) est un médecin français, renommé comme aliéniste et précurseur de la psychiatrie.

Il reconnaît au sein de la folie la **persistance d'un reste de raison** que le médecin doit s'employer à réveiller par le traitement moral. Cette vision du soin se révèle être en quelque sorte l'ancêtre de nos psychothérapies actuelles.

La poésie devient un exercice moral. De « fille du délire » elle devient « susceptible de produire les plus heureux effets »

le XIXème siècle voit les psychiatres encourager la production artistique de leurs patients.

Au XXème siècle, Adrian Hill (1895-1977) peintre anglais, peut être considéré comme le premier praticien. Tuberculeux en 1938 et placé en sanatorium, il entreprend durant sa convalescence une flânerie sur papier qui, au grand étonnement des médecins, lui procure un rétablissement rapide ainsi qu'aux autres malades lancés dans l'aventure. Sollicité par la Croix-Rouge britannique, il est amené à soigner des blessés de guerre. En 1950, les premiers programmes de

formation en art-thérapie voient le jour aux Etats-Unis.

Après la seconde guerre mondiale un art dit psychopathologique se développe, tendant à rapprocher art asilaire, art contemporain et création artistique. Des analyses tentent de rapprocher production esthétique et folie. Des expositions de dessins d'internés asilaires se multiplient dans l'idée de faire percevoir la valeur esthétique, donc bien humaine, de cette expression particulière des malades mentaux.

Le peintre Jean Dubuffet (1901-1985) en créant l'art brut, fait le lien entre création artistique et expression de l'inconscient. En s'affranchissant des conventions de l'art traditionnel et de l'analyse psychopathologique, il fait entrer l'art brut dans le champ artistique.

Le philosophe Michel Foucault (1926-1984) affirme que la folie est due à l'absence d'œuvre. Faire œuvre revient à agencer une forme, un désir de forme, dans un espace-temps particulier. C'est aussi déployer un projet qui a la capacité d'ébranler l'espace-temps dans lequel s'inscrit un individu et de le faire vibrer d'une intensité nouvelle. Il pose le principe

de base de l'art-thérapie : s'exprimer pour aller mieux.

Les concepts

L'art-thérapie consiste à accompagner et à soulager une personne en difficulté psychologique, physique, sociale ou existentielle en mettant à sa disposition un ensemble de moyens de façon à la mettre en position de création artistique aboutissant à des œuvres plastiques, corporelles, théâtrales, etc.

L'expression orale, souvent refusée car vue comme risquée, devient ici secondaire. Les sensations et les impressions ressenties pendant et après cette expression artistique sont essentielles car ce sont elles qui permettront de libérer la parole par la suite. En aucun cas il ne s'agit de chercher à expliciter ou à expliquer d'éventuelles significations cachées dans la production.

Animée par une pulsion créatrice universelle, une volonté de forme innée, toute personne est supposée capable de puiser en elle les forces nécessaires à la résolution de son problème, de souligner ses difficultés en les figurant sans même s'en rendre compte. Ainsi, dans un parcours symbolique, de création en création, la personne se recrée elle-même en ayant accès à des sentiments non reconnus.

Les bénéficiaires

L'art-thérapie ne concerne pas seulement la psychiatrie (psychose, autisme, névroses, troubles de l'alimentation), mais aussi la gériatrie (Alzheimer et démence), la pédiatrie, la rééducation fonctionnelle. Elle se pratique aujourd'hui dans des associations pour toxicomanes, dans des projets de réinsertion, d'alphabétisation, d'accueil de migrants, de personnes violentes, de travail de deuil, avec des victimes d'abus sexuels, pédophilie ou inceste. On y a recours dans les maisons de retraite, les prisons, les écoles.

Elle concerne aussi les aidants de malades comme les familles ou les soignants.

Elle permet de surmonter une épreuve personnelle, de s'occuper des souffrances d'un patient ou d'un proche. Les art-thérapeutes créent de plus en plus des associations et certains reçoivent même en libéral.

L'art-thérapeute

L'art-thérapeute est donc un meneur de jeu qui, dans une ambiance sécurisante, ludique, agréable et propice au rêve, guide des personnes en difficulté en leur ouvrant des voies nouvelles, en opérant à leur insu des remaniements intérieurs.

Le thérapeute ne s'intéresse pas au résultat produit, mais au processus thérapeutique du patient mettant en jeu son implication, sa perception, son travail, sa relation à l'autre, une expression de sentiments inacceptables en d'autres circonstances.

Bon connaisseur et bon praticien de l'art-thérapie, ouvert à l'empathie et à l'intuition, l'art-thérapeute sait comment accompagner la forme, sait aider le patient à mettre dans sa production ce qui le tourmente sans pour autant le lui demander explicitement.

Pour des personnes dont le rapport au temps, au corps, à l'espace est différent voire singulier, l'art-thérapeute joue le rôle d'un passeur dans la liberté, mais aussi dans la contrainte d'un langage accessible à l'autre.

Situation d'expression

Une approche indirecte

L'art-thérapie pourrait être considérée comme une médecine douce qui évite de travailler directement là où ça fait mal. Son abord est toujours indirect : pour quelqu'un dont les symptômes physiques ou psychiques se focalisent dans le corps, on ne s'adressera pas directement

au corps de la personne, mais on accompagnera ce corps, on aidera cette personne à faire par exemple un collage à partir de photos dans les magazines, à découper, à recomposer, presque à créer des personnages difformes du fait des différentes échelles. Inversement, un patient versé dans la parole se verra proposer des expressions artistiques non verbales.

On se situe entre ce que la personne sait faire, mais risque de répéter... et ce qui lui est impossible d'aborder.

De nouvelles formes d'expression

À mesure que sa thérapie avance, la personne découvre des expressions nouvelles qui la surprennent. Alors qu'elle avait du mal à s'extérioriser par le langage verbal, voici que sa sensibilité lui ouvre la voie à d'autres langages subtils et inattendus pour lesquels elle réalise qu'elle a des dons et qu'elle est en mesure de progresser.

Ainsi elle peut témoigner du drame qu'elle vit, elle peut se révéler différente à elle-même et aux autres, c'est-à-dire unique. La personne prend en considération son unicité et découvre une richesse humaine et une capacité de communication inédite et insoupçonnée.

Mettre en situation d'expression est essentiel

En art-thérapie, mettre quelqu'un en situation d'expression constitue l'essentiel de son accompagnement.

Grâce à cela, il pourra exister, se mettre debout, prendre sa vie au sérieux, trouver sa place et s'y tenir avec humilité et force. Il pourra aussi apprendre à vivre avec réalisme sans se regarder vivre, sans rêver sa vie. Une fois réconcilié avec lui-même et avec sa vie, il pourra mieux assumer ses limites, son handicap et ses fragilités.

Grâce à l'art-thérapie, il pourra entrer en création dans cette dynamique d'abandon

et de contrôle nécessaire à tout acte de création, dans l'acceptation douce, humble et sereine de ce qu'il est.

La mise en situation d'expression permet à l'individu d'occuper son être lucidement et profondément. Car l'homme est fait pour vivre au niveau profond et non seulement au niveau instinctif et réflexe. L'acte d'expression l'appelle à découvrir en lui des zones qu'il ignore... La vraie maîtrise de soi ne s'acquiert qu'à partir des profondeurs. Cette vie en profondeur est accessible à tous et pas seulement aux mystiques et aux intellectuels.

De plus cette démarche d'accès de l'homme à lui-même est indispensable pour aller à la découverte de l'autre.

Mieux vivre à partir du positif

la mise en situation d'expression et l'acte artistique sous toutes ses formes nous permettent d'apprendre à nouveau à vivre à partir du positif, de façon à sortir d'un système qui le plus souvent rabaisse l'autre ou le polarise sur son négatif, son handicap, ses limites, ses fragilités...

Ces actes de création visent à aider l'individu en rupture sociale à exister, à se réconcilier avec lui-même et avec sa vie, à s'éveiller à une vraie intériorité.

S'ouvrir à soi et aux autres fait assumer l'insécurité intérieure et permet enfin de vivre avec ses fragilités et ses handicaps.

L'art-thérapie à Bachelard

L'admission

Les patients sont admis sur prescription d'un médecin psychiatre. Un contact annuel est établi en principe avec lui, mais davantage si nécessaire.

En moyenne, Bachelard accueille 200 patients sur prescription de 70 psychiatres. Le choix des ateliers n'est pas prescrit à l'avance, mais est défini par la demande du patient en accord avec l'équipe soignante. Le Centre Bachelard est souvent une

étape passerelle entre l'hospitalisation et le retour au domicile. Les patients doivent être stabilisés, prêts et volontaires pour cette démarche.

Il n'y a pas de durée limite de prise en charge.

Bachelard étant intersectoriel, il peut recevoir des patients sans limite géographique. La structure est placée sous la responsabilité du Dr Sorot, référent institutionnel.

Une séance en pratique

Une séance d'art-thérapie compte 10 personnes en moyenne et dure 2H dans un espace clos, confidentiel et sécurisant. Au départ, l'art-thérapeute propose une médiation pour enclencher un processus de création : dessin, peinture, sculpture ou collage.

Après ce processus de création individuelle, fait suite un temps de parole où chacun peut exprimer ce qu'il a ressenti mais sans se livrer à de l'interprétation. Ce moment d'échange dans le groupe est important car il engendre des retours qui parlent au patient.

Une démarche différente consiste à travailler sur un projet de groupe, par exemple avec « Itinéraires Singuliers » pour la production d'un livre avec texte et illustrations ce qui permet des temps d'échange très forts.

Les différents ateliers

Le choix de l'atelier se fait dans un temps d'entretien où la personne se raconte.

L'art-thérapie utilise traditionnellement les arts plastiques, mais depuis les années 70 elle s'est étendue à de nouvelles médiations, comme le montre le catalogue des ateliers proposés par le CATTP Bachelard (voir page suivante).

(Transcription de la conférence : Gérard Delmas)

Quelques images de l'atelier consacré aux arts plastiques



PRESENTATION

Appelé communément « Espace des Expressions » le **CATTP BACHELARD** (Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel), est une structure intersectorielle du CH de la Chartreuse, rattachée à la Fédération Interpolaire de Psychiatrie Générale. Il propose un ensemble d'activités thérapeutiques à médiations expressives et des temps d'accueil qui replacent l'individu dans une dynamique de projets.

INDICATIONS

Le CATTP BACHELARD s'adresse à des personnes souffrant sur le plan psychologique, soignées dans le secteur public comme dans le secteur libéral.

Le choix des activités thérapeutiques et la durée de la prise en charge se font en fonction d'indications personnalisées du médecin prescripteur et des préférences exprimées par la personne concernée.

CONDITIONS D'ADMISSION

Sur la base d'une prescription du médecin psychiatre ou du médecin généraliste un protocole est établi avec l'usager sur une période déterminée. Les droits de prise en charge sont étudiés parallèlement.

LES ATELIERS PROPOSES

Ces ateliers visent à faciliter la reconstruction identitaire et l'autonomie du patient au travers d'une large utilisation de divers modes d'expression et de création (corporels, plastiques, musicaux...)

❖ Espace CORPOREL

- piscine
- assouplissement - musculation
- marche
- badminton
- sport collectif
- corps et mouvement

❖ Espace DETENTE

- jeux société
- jardinage
- cinéma ou groupe de parole

❖ Espace PSYCHOCORPOREL *

- relaxation
- yoga
- massage *

Le médecin prescripteur reste le référent médical du patient durant le suivi au CATTP.

LES OBJECTIFS

Les prises en charge du CATTP visent à restaurer des capacités expressives, créatrices et relationnelles de chacun. Durant son suivi, chaque individu est donc invité à :

- déterminer ce qui lui semble le meilleur pour son mieux-être,
- formuler sa vision des processus en cours,
- associer son regard à celui des autres,
- se retrouver et se différencier dans la dynamique de la structure,
- développer l'estime de soi dans un sentiment de confiance et de sécurité.

LES MOYENS

La structure a pour vocation première le soin par les thérapies à médiations expressives. Autour de ce concept de base, se greffe également un travail d'ouverture sur le milieu ordinaire et un travail en réseau important avec les structures sociales, médico-sociales, associatives, culturelles régionales et divers lieux de formation.

❖ Espace MUSICAL

- écoute musicale
- expression musicale
- chant
- musicothérapie *

* Ces prises en charge se font en groupe ou en individuel sur prescription médicale spécifique.

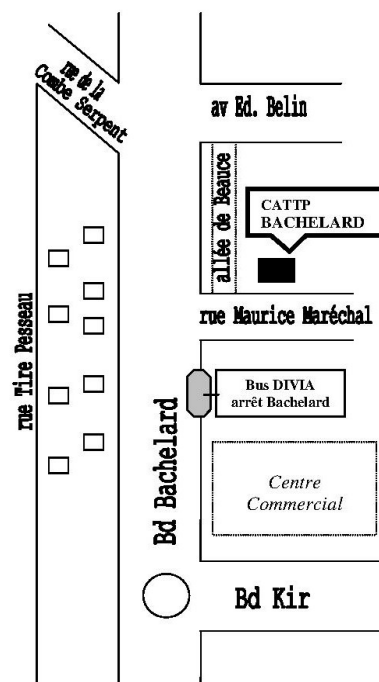
❖ Espace CREATIF

- vidéo - court métrage
- vidéo - film d'animation
- théâtre
- écriture
- art-thérapie
- ergothérapie - modelage
- lecture à haute voix
- atelier cuisine

L'EQUIPE SOIGNANTE

- 1 médecin psychiatre
- 1 psychologue
- 1 cadre socio-éducatif
- 2 ergothérapeutes
- 1 art-thérapeute
- 1 musicothérapeute
- 5 infirmier(e)s spécialisé(e)s

PLAN DE SITUATION



ESPACE DES EXPRESSIONS CATTP BACHELARD

Fontaine d'Ouche

2 allée de Beauce - DIJON

tél 03 80 43 81 82

Accès par bus DIVIA : Liane 3 - COROL

arrêt : Bachelard

[entrée : RDC immeuble rue Maurice Maréchal]

Horaires

Ouvert du lundi au vendredi

de 9 h 00 à 12 h 30

de 13 h 30 à 17 h 30



PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET URGENCES

Première partie : prise en charge d'une situation de crise

Des familles de l'UNAFAM Bourgogne ont constaté de grosses difficultés lors de la prise en charge en situation de crise des personnes souffrant de troubles psychiques. Une étude a donc été lancée fin 2015 en Côte d'Or, Saône-et-Loire, dans la Nièvre et dans l'Yonne afin d'explorer et d'améliorer cette prise en charge.

Un questionnaire a été envoyé à 417 familles adhérentes et/ou sympathisantes de l'UNAFAM Bourgogne. Parmi ces familles, toutes n'étaient pas concernées par ce type de situation;

54 familles ont répondu et nous les en remercions.

Le bilan de cette enquête est le suivant, sachant qu'elle n'a qu'une valeur indicative

VECU DES FAMILLES (ADHERENTS ET SYMPATHISANTS UNAFAM BOURGOGNE) DANS LES SITUATIONS DE CRISE AYANT ENTRAINE UNE DEMANDE DE SOINS AVEC OU SANS CONSENTEMENT
Enquête de fin 2015

1. Des situations de crise qui se reproduisent trop souvent

Question : combien de fois cette situation est-elle arrivée ?

- 15 % 1 fois
- 50 % entre 2 et 3 fois
- 30 % 4 fois et plus
- 5 % ne se prononcent pas

Témoignages

« 4 à 5 fois depuis 15 ans »

« 15 fois depuis 2000 (début de la maladie) »

« Cela se reproduit beaucoup trop souvent et provoque de la souffrance, du stress et de l'angoisse pour la personne malade et pour nous, parents »

2. Avec des signes avant-coureurs perçus par les proches

Question : avez-vous vu des signes avant-coureurs précédant la crise ?

- OUI à 83 %
- Les proches citent les symptômes suivants : repli, angoisses majeures, délires, hallucinations, violences, incurie, insomnies, idées suicidaires...

Témoignages

« Nous avons le sentiment que nos demandes de soins en urgence auraient pu être évitées si le psychiatre avait pris en compte les signes avant-coureurs que nous lui avons signalés par écrit et par téléphone »

« Depuis un mois et demi, mon proche malade avait un sommeil perturbé, faisait des achats inconsidérés, parlait de plus en plus, restait peu à la maison, était colérique, perdait de la concentration, de l'organisation, au final n'était plus dans la réalité. Il devenait agressif verbalement »

3. Et des professionnels différents en intervention

Question : Qui est intervenu ?

- 60 % le SAMU
- 20 % les forces de l'ordre
- 20 % médecin, infirmier

On peut trouver 1 à plusieurs professionnels sur une même intervention et les professionnels sont différents selon les situations.

- Dans 39 % des cas, **2 à 3 professionnels** différents sont présents

Témoignages

« 4 pompiers (pour le transport), 4 policiers (car il n'y a pas consentement de la personne) et un médecin (pour signer la demande de soins sans consentement) sont intervenus ».

« La dernière fois, nous n'avons pas eu de médecin mais 3 véhicules de gendarmes (au moins 6/8 personnes). Ils ont fait leur travail ! Je n'ai rien à reprocher. Je crois qu'un médecin aurait aidé ! »

« Appel à SOS 21 qui ne répond pas, puis à une unité médicale d'accueil qui veut bien recevoir notre enfant, puis re-appel à SOS 21 toujours sans réponse, puis appel au SAMU, exposé de la situation, envoi d'une ambulance qui le conduira à l'hôpital »

4. Un délai d'intervention variable et qui paraît très long

- 50 minutes en moyenne (entre 20 minutes et 3 heures et plus)

Témoignages

« La vie est en suspens, les minutes interminables, ce n'est pas la priorité du commissariat, une intervention professionnelle, le suspicieux regard des voisins, un appartement dévasté, l'attente interminable, les questions de l'infirmier, l'inquisition du médecin sans solution, sans diagnostic »

« Il est dur de répéter au téléphone ce que nous vivons. On dit que c'est urgent, on a peur et la personne nous questionne encore et nous fait répéter. C'est très long. On ne sait pas bien si on est cru. On ne voudrait pas de sirène à cause des réactions du malade et de l'inquiétude des voisins »

« Pour que le 15 se déplace, il faut vraiment insister et souligner le danger vital »

5. Des avis partagés sur la perception de la formation des personnels à la maladie psychique et à la situation d'urgence

Question : les professionnels qui sont intervenus vous ont-ils paru formés ?

- **50 % des personnes interrogées disent OUI**
- **13 % estiment que NON**
- **36 % pensent que « c'est variable selon les professionnels »**

Témoignages

« Equipe médicale efficace : intervention avec rigueur et calme. Le médecin urgentiste très à l'écoute de mes informations ce qui me paraît essentiel : le médecin en a tenu compte et a adapté son intervention. Ainsi, tout a été dans le calme »

« Le médecin de SOS Médecins a pris le temps de discuter avec mon fils et a eu une attitude très positive. Il m'a laissé ensuite discuter seul avec mon enfant et a accepté que je décide de renvoyer l'ambulance. L'hospitalisation a été évitée »

Mais aussi :

« La compétence des urgentistes et des ambulanciers s'est avérée très variable. Le protocole de prise en charge dans une situation d'urgence doit être remis en question »

« Seul le médecin urgentiste connaissait le problème et avait le comportement adapté. Malgré de bonnes intentions de la part des autres personnes intervenantes, leurs comportements n'étaient pas adaptés (soit trop directif, trop agressif, trop passif, sans solution)

« Les médecins de SOS médecin sont au courant mais ont eux-mêmes des difficultés à appréhender la réalité de la maladie en demandant si on peut amener nous-même la personne malade à l'hôpital ... alors que cette personne refuse et est dans le déni, composante de la maladie ... ON TOURNE EN ROND »

« Absolument pas. Ils ne tiennent pas compte de ce que les parents apportent comme renseignements. Ils ont en face d'eux une personne malade mais qui, subitement, se ressaisit et sait prouver qu'il va bien »

6. Des conditions d'intervention partagées entre calme et plus ou moins de violence

Question : Comment cela s'est-il passé ?

- **49 % calmement**
- **51 % avec plus ou moins de violence**

Témoignages

« Violences de la personne malade envers les infirmiers/gendarmes/voisins ... Grosses angoisses pour les parents »

« Les pompiers et la gendarmerie ne comprennent pas. Les gendarmes sont parfois limite violents pour se protéger »

7. Un vécu de la situation très douloureux pour les familles

Question : comment avez-vous vécu ces moments ?

- 92 % mal
- 8 % ne se prononcent pas

Témoignages

« Je l'ai mal vécu. Mal comme une mère qui fait interné sa fille. Comprendre et admettre qu'elle est malade ... et quelle maladie ! Je n'y connaissais rien et je rentrais dans un univers inconnu où on a davantage l'impression d'être jugé que d'être aidé. Et je ne vous parle pas des proches ! »

« Des faits très marquants : Symptômes éprouvants et angoissants pour la famille qui ne reconnaît plus son proche pendant la crise, entretien de la famille avec l'infirmier psy pour annoncer et expliquer la nécessité de faire hospitaliser son proche en structure psychiatrique, convaincre son proche que son état de santé nécessite une hospitalisation, découverte du milieu psychiatrique très traumatisant surtout pour une première crise, mise en place du traitement difficile à accepter et à faire accepter »

« Très mal, pas d'information, ni de communication. Personnel débordé. Comment aider son fils quand on est ignorant ? »

8. Une demande de soins dans la plus grande partie des cas

Question : avez-vous dû signer une SDT (anciennement HDT) ?

- 81 % OUI
- 19 % NON

9. Des mots pour décrire la situation

Traumatisme, choc, épreuve, angoisse, douleur, stress, peur, solitude, culpabilité, incompréhension, manque d'écoute des professionnels et d'information donnée aux proches.

Témoignages

« Un grand moment de solitude avec toujours cette crainte d'être obligée de faire appel à la police avec ce que cela induit dans le voisinage pour la personne qui vit dans un appartement d'immeuble. Crainte au vu de l'épisode délirant que la personne qui ne vous ouvre pas la porte à vous proche ne veuille pas non plus ouvrir au médecin quand celui-ci arrive enfin ... Crainte qu'il ne se fasse du mal (absorption de médicaments ou autre vu la souffrance et l'angoisse à ce moment précis de crise aigüe).»

10. Une relation modifiée avec le proche dans 46 % des cas

Question cela-a-t-il modifié vos relations avec votre proche ?

- OUI (temporairement ou durablement) : 46 %
- NON : 50 %
- NE SE PRONONCENT PAS : 4 %

Témoignages

« Notre fils a très mal vécu cet enfermement. Il s'est enfui plusieurs fois mais ne nous a pas tenu rigueur de notre décision »

« Les relations sont tendues, on se parle que très peu. La confiance est rompue. On s'espionne. Il faut plusieurs semaines avant que l'équilibre revienne et l'on sent ce climat difficile qui plane, on a peur que tout recommence. Malgré les soins, on se sent perdu »

« Il m'en a voulu. Puis ça s'est atténué. Je connais mieux la maladie »

« Relation affective toujours identique »

« Notre fils ne nous en a jamais voulu, nous avons toujours été auprès de lui »

« Non parce que nous avons toujours pu remettre de la parole et du sens sur ces épisodes et que la personne a une grande connaissance de ce qu'elle vit ce qui ne veut pas dire que cela ne se reproduira pas mais s'il pouvait y avoir d'autres façons ça allégerait la souffrance de chacun »

CONCLUSION

- Un manque de concertation entre tous les intervenants : médecins, SAMU, forces de l'ordre, pompiers,
- Un délai d'intervention, parfois, beaucoup trop long
- Des situations de crise qui se reproduisent
- Un manque d'écoute des proches et d'information aux familles

CE QUE NOUS DEMANDONS AUX INSTANCES REGIONALES (ARS) ET DEPARTEMENTALES DE SANTE

- 1- Un numéro d'urgence psychiatrique dans chaque département
- 2- Une écoute des familles et une réponse rapide à leur demande
- 3- Une organisation et une structuration des réponses aux situations de crise et d'urgence dans chaque territoire (protocole de collaboration entre le SAMU, les ambulances, la police, les pompiers pour une prise en charge rapide, efficace et adaptée).
- 4- Une équipe mobile permettant d'éviter les hospitalisations

CE QUI EXISTE EN FRANCE

Certains départements disposent de dispositifs d'intervention de crise (voir deux exemples ci-après) :

- ERIC (Equipe rapide d'intervention de crise) – Nord de la Seine et Marne (77)
- ULICE (Unité locale d'intervention de crise et d'évaluation) - Marseille

DONC NOUS DEMANDONS UN DISPOSITIF DE CE TYPE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

X X
X

Deuxième partie : exemples

RECUEIL DES BONNES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE
Réalisé dans le cadre de l'observatoire de l'UNAFAM / AVRIL 2015
OBSERVATOIRE DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE
PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET URGENCE

Exemple du Nord de la Seine et Marne (77)
ERIC (Equipe rapide d'intervention de crise)

DOMAINE	URGENCES PSYCHIATRIQUES
INTITULE DU DISPOSITIF	EQUIPE RAPIDE D'INTERVENTION DE CRISE : ERIC
CIBLE / INDICATION	Situation d'urgences psychiatriques en réponse à l'appel de proches (familles ou professionnels) venant uniquement du SAMU (centre 15) Appel transféré vers ERIC : tous les jours y compris dimanche et jours fériés, de 8h30 à 18h30
OBJECTIFS DU DISPOSITIF	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la situation du malade pour apporter une réponse adaptée dont l'alternative à l'hospitalisation quand cela est possible - Assurer l'hospitalisation dans les meilleurs conditions quand c'est nécessaire
DESCRIPTION DE LA PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - L'appel est transmis par le Samu : Evaluation de la situation par téléphone Intervention sur le lieu de la crise (à domicile le plus souvent) Transport, selon le cas, dans un des 3 centres hospitaliers en fonction du domicile du patient - Possibilité de consultation d'urgence (avec ou sans rendez-vous) au centre hospitalier de Marne la Vallée Mobilisation des ressources du patient, de son entourage (et de son réseau) L'intervention peut s'effectuer en collaboration avec les équipes de psychiatrie publique du secteur concerné - Possibilité de suivi pour une durée maximale d'un mois par l'équipe ERIC
ACTEURS ET TEMPS	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins psychiatres – cadre de santé – infirmiers – secrétaire soit 3.5 ETP
AVIS DES BENEFICIAIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositif très apprécié des familles qui peuvent alerter à temps - Des patients qui refusaient jusqu' alors les soins, les acceptent plus facilement - Appréciation positive des autres partenaires : élus, professionnels, ...

AVIS DES PROFESSIONNELS	Ce dispositif évite l'engorgement des urgences des hôpitaux généraux
DONNEES QUANTITATIVES	15 à 20 interventions par semaine Le SAMU évalue, depuis qu'ERIC fonctionne : - A près de 50 % de diminution du nombre de transports de patients pour motif psychiatrique, sur le territoire d'ERIC - A 20 % la réduction d'activité du SMUR (transport de patients sous contrainte)
LIEN AVEC LES AIDANTS	Chaque fois que possible, l'équipe essaie de mobiliser les familles et de s'appuyer sur ses ressources
LIMITES	- L'amplitude horaire : 8h30 à 18h30, le projet serait d'étendre le service jusqu'à 23 h ce qui couvrirait une grande partie des besoins (le dispositif ERIC dans les Yvelines fonctionne 24h/24, 7j/7) - Dispositif qui ne couvre qu'une partie du département
LIEU DE SOIN Etablissement de rattachement	Cellule de veille à Jossigny Centre hospitalier de Marne la Vallée (Jossigny) Centre hospitalier de Meaux Centre hospitalier de Coulommiers
TERRITOIRE CONCERNE	Le Nord de la Seine et Marne (77)
DATE DE MISE EN ŒUVRE	Depuis début 2014

x x
x

**Exemple de Marseille (du 1^{er} au 12^{ème} arrondissement)
ULICE (Unité locale d'intervention de crise et d'évaluation),
UN JAZZ-BAND D'INTERVENTION DE CRISE**

A Marseille, l'Unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (ULICE) a été créé pour répondre à toutes les situations de crise. Flexible, créative, elle propose pendant deux mois une prise en charge intensive qui intègre les limites temporelles, spatiales et relationnelles.

LE DISPOSITIF ULICE

ULICE est une équipe créée avec le Pr Jean Naudin à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille il y a environ 5 ans. Ce projet est nourri des échanges entre les théories constructivistes issues des thérapies familiales et systémiques (Elkaïm, 1989) et l'approche phénoménologique (Naudin et al., 1998). L'objectif principal de ce dispositif est de favoriser l'accès aux soins. Nous essayons dans la mesure du possible de favoriser les prises en charge ambulatoires, c'est-à-dire de proposer des alternatives à l'hospitalisation en s'appuyant sur les compétences de l'entourage. Nous nous sommes largement inspirés de l'expérience du groupe ERIC (Equipe rapide d'intervention de crise) conduite dans les Yvelines depuis 20 ans, que nous avons transposée au contexte local. La création de ce dispositif a été très difficile. Tout d'abord, nous nous sommes heurtés au conservatisme ambiant, qui semble être la règle dans la communauté médicale, voire

dans la société française. Cette résistance au changement s'exprimait principalement par la crainte de voir émerger un nouveau dispositif qui serait une énième attaque en règle contre la politique de secteur si chère à la France. Nous montrerons dans la suite de notre exposé que cette peur est absurde et infondée.

Ensuite, en martelant que nous souhaitions développer des « alternatives à l'hospitalisation », en privilégiant les soins ambulatoires, nous nous sommes heurtés au dogme de l' « hospitalocentrisme ». En situation de crise, l'hospitalisation temps plein reste en effet la réponse la plus fréquente et la plupart des moyens alloués à la psychiatrie lui sont donc destinés. Cette pratique ne repose pourtant sur aucun fondement scientifique. Il n'existe en effet pas de critères cliniques objectifs motivant une hospitalisation temps plein en situation de crise, pourtant cela reste la règle en France la plupart du temps. Enfin, cette unité a vu le jour dans un contexte socio-économique fort défavorable. De ce fait elle n'a bénéficié d'aucun financement propre et s'est développée uniquement à partir d'une redistribution des moyens existants sur notre secteur. ULICE a vu le jour au CHU de Marseille. Historiquement dans ces services la politique ambulatoire était peu développée. Il existe par contre une large offre de psychiatrie libérale sur notre territoire d'intervention.

Mode de fonctionnement

ULICE propose un accueil téléphonique entre 9 heures et 18 h 30 du lundi au vendredi. Après évaluation de la situation signalée, l'équipe propose l'intervention d'un binôme dans les 24 heures, éventuellement *in situ*. Notre prise en charge circonscrite dans le temps a pour objectif de dépasser cette situation en évitant si possible une hospitalisation. Nos actions reposent sur des principes simples :

- L'accueil téléphonique. Le premier contact est la base de toute prise en charge, il s'agit véritablement un moment critique. Au cours de cet appel, une fiche systématisée de recueil des données est remplie. Elle permet d'évaluer le degré d'urgence de la situation et de construire un contexte d'intervention.
- Le binôme. Idéalement, nos interventions (de l'accueil téléphonique aux interventions) sont réalisées en binôme. Une définition large du binôme en fait l'association de deux personnes (deux nom, du latin : binomium) aux compétences complémentaires afin d'atteindre un objectif commun. En pratique, si l'on met de côté la fonction purement sécuritaire (mieux vaut être deux lors d'interventions qui sont, du fait de l'isolement du terrain et de la violence toujours possible, parfois périlleuses), l'intervention en binôme détermine deux postures : une position d'observateur et une position de porte-parole. La position d'observateur permet d'être moins impliqué dans la situation, de mieux analyser ses émotions. Le porte-parole mène l'entretien, et de fait se trouve plus exposé aux interactions directes dans la famille. Enfin nos binômes sont idéalement hétérogènes, c'est-à-dire composés par deux membres de l'équipe de formation différente : médecin, psychologue, infirmier ou secrétaire. Cette pluridisciplinarité sert à élargir notre vision de la situation et donc des chemins possibles d'intervention.
- La mobilité. ULICE est une équipe mobile, au sens du Littré « qui se meut ou peut être mû ». d'une part, elle est en capacité de se déplacer si la situation le nécessite, et d'autre part, ULICE tente de mobiliser sur le terrain outre les compétences du binôme soignant, les compétences du patient et de celles de l'entourage (Ausloos, 1995).
- Une prise en charge limitée dans le temps. ULICE propose une réponse flexible, graduée dans le temps au regard des situations rencontrées. Si notre activité centrée sur la crise nous rapproche nécessairement de l'urgence, elle nécessite alors une intervention rapide et s'accorde avec une prise en charge courte, limitée dans le temps (2 mois de suivi intensif). Cependant, il nous a paru pertinent d'adapter nos prises en charge avec la temporalité de la crise. En s'inspirant des modèles issus des thérapies brèves (Elkhaïm, 1995), nous proposons parfois jusqu'à 10 séances (à renouveler si besoin) **afin de dépasser une possible situation de crise larvée.**

Article de Samuel BOULOUNINE (Praticien Hospitalier, thérapeute de couple et de famille, Pôle universitaire de psychiatrie le Salaris, Hôpital Sainte-Marguerite, MARSEILLE) dans Santé mentale /204/ janvier 2016

DOMAINE	SOINS EN AMBULATOIRE
INTITULE DU DISPOSITIF	UNITE LOCALE D'INTERVENTION DE CRISE ET D'EVALUATION (ULICE)
CIBLE / INDICATION	PERSONNES EN SITUATION DE CRISE TOUTES SITUATIONS DE CRISE HORMIS L'URGENCE VITALE
OBJECTIFS DU DISPOSITIF	Proposer un suivi ambulatoire sur le temps de crise et favoriser l'accès aux soins Proposer une alternative à l'hospitalisation (hors des situations d'urgence) Bâtir un projet de soin Soutenir l'entourage
DESCRIPTION DE LA PRATIQUE	<p>Intervention à la demande de : Proche du malade, famille, professionnels médicaux, sociaux ... entourage impliqué Réseau : SAMU – services d'urgences – CMP – médecins généralistes</p> <p>Dans un premier temps, recueil d'informations par téléphone, évaluation visant à préciser les difficultés rencontrées (malade, entourage)</p> <p>Dans un 2e temps (si décision d'intervention), prise en charge réalisée par un binôme de soignants sur une période limitée (suivi intensif). Les interventions ont lieu dans les locaux d'ULICE ou à domicile ou chez les partenaires sociaux ou médicaux ou dans n'importe quel lieu où l'on peut réaliser un entretien. Le lieu est défini au cas par cas.</p> <p>Orientation et relais avec les structures existantes (CMP, médecins, infirmiers ...) et si nécessaire organisation d'une hospitalisation ciblée</p> <p>La prise en charge se fait par des entretiens d'inspiration systémique, visant à soutenir l'usager et son entourage ainsi qu'à dégager les implications relationnelles des personnes concernées (s'appuyer sur les relations effectives entre les personnes pour les aider et plus généralement les aider à aider)</p> <p>Mobilisation aussi des professionnels autour du malade (médecin généraliste, psychiatre, réseau social ...)</p> <p>Organisation Ouverture jours ouvrables de 9h à 18h30 Réactivité à la demande, d'une journée maximum Durée de suivi 2 mois ou 10 entretiens – période renouvelable Chaque semaine réunion de synthèse de l'équipe, pour faire le point sur les situations</p> <p>Formation : d'acteurs de première ligne</p>

ACTEURS ET TEMPS PROFESSIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • 1 psychiatre hospitalier à mi-temps (0.4 TP) • 1 interne • 5 infirmiers • 1 secrétaire
AVIS DES BENEFICIAIRES	<p>A partir de la thèse de C. Chauvin réalisée en 2013 (patients de 2012) on note que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction des patients est en rapport avec les qualités humaines et professionnelles des personnels, leur disponibilité, la rapidité d'intervention, l'intensité du suivi, la mobilité, la multidisciplinarité • Les sujets de satisfactions de l'entourage sont sur les mêmes points, auxquels il faut ajouter, le travail avec l'entourage.
DONNEES QUANTITATIVES	<p>File active en 2012 : 196 patients File active en 2013 : 206 patients File active en 2014 : 271 patients (dont 21 % de moins de 25 ans)</p>
COUT	En personnel en 2014 : 360 000 €
LIEN AVEC LES AIDANTS	<p>Suivi en impliquant les aidants Lien étroit avec la délégation UNAFAM des Bouches du Rhône</p>
DIFFICULTES ET PROBLEMATIQUES	<p>Amplitude horaire : pas d'accueil téléphonique le soir, ni le WE, et les jours fériés La pertinence de ce modèle d'intervention de crise et les équipes qui y font référence (labélisées sous le terme de « intensive community treatment », ICT) nécessitent de fournir une réponse 24h/24</p>
LIEU DE SOIN Etablissement de rattachement	<p>Equipe du Pôle Universitaire de psychiatrie de l'AP-HM Hôpital de la conception à Marseille CHU – locaux extérieur A domicile, dans les locaux d'ULICE, chez les partenaires sociaux ou médicaux</p>
TERRITOIRE CONCERNE	Structure intersectorielle à Marseille du 1er au 12e arrondissement (600 000 habitants)
DATE DE MISE EN ŒUVRE	Depuis fin 2008

A PROPOS DU DISPOSITIF "ZÉRO SANS SOLUTION"

Depuis fin 2015 notre département est l'un des 23 départements pionniers en France qui déploient le dispositif appelé « **Une réponse accompagnée pour tous** » qui est la mise en œuvre d'un rapport marquant rédigé en 2014 par Denis Piveteau et intitulé "**Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches**".

Ce rapport fait suite à l'affaire dite Amélie :

En 2013 l'Etat a été condamné suite à une plainte déposée par l'UNAPEI (Union nationale d'associations de parents et d'amis de personnes handicapées mentales) qui dénonçait le fait que la jeune Amélie, lourdement handicapée, se retrouvait sans solution d'accompagnement, au domicile de ses parents, malgré une orientation de la CDAPH¹ vers un établissement d'hébergement médico-social.

Suite à cette condamnation de l'Etat, le Ministère a publié le 22 novembre 2013 la circulaire N° DGCS/SD3B/CNSA/2013 , relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants & adultes.

Ces situations sont dites critiques lorsqu'elles répondent à 2 conditions cumulatives,

à savoir :

la situation de personnes handicapées, enfants et adultes qui du fait de la complexité de leur situation sont en rupture de parcours et pour lesquelles aucune solution d'accompagnement n'est trouvée et mise en œuvre dans le cadre de compétences des MDPH ².

En effet, la MDPH est chargée de faire l'évaluation des besoins de la personne handicapée, d'établir un plan personnalisé de compensation, de notifier si besoin une orientation vers un établissement médico-social et de faire le suivi des décisions d'orientation qui ont été prises par la CDAPH.

Dans son rapport intitulé "**zéro sans solution**", publié en juin 2014, Denis PIVETEAU écrit : "**il est du devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches**".

Il fait 131 propositions pour atteindre l'objectif de "zéro sans solution" .

La notion de "réponse accompagnée" suppose une pratique radicalement nouvelle du service public à l'égard des "usagers fragiles, ou en situation de fragilité "

Il pose les nouvelles règles de structuration de l'offre en liaison étroite avec les usagers concernés et leurs représentants.

Quelques mots, quelques phrases fortes de ce texte :

A propos du service public accompagnant on trouve les mots : vigilance, coordination. On y lit aussi : les MDPH ne pourront assumer cet ambitieux « service public accompagnant » qu'avec le soutien sans faille de tous les autres pouvoirs publics.

En décembre 2014, lors de la Conférence Nationale du Handicap, le président de la République a souhaité que soient mises en œuvre les préconisations du rapport « zéro sans solution » réalisé par Denis PIVETEAU.

2015 : un courrier du 4 août 2015 signé par le Ministère des Affaires sociales,¹ de la Santé et des Droits des Femmes, et de l'ADF [Assemblée des Départements

de France] aux président(e)s des Conseils Départementaux a appelé les départements qui le souhaitent à se porter volontaire pour lancer cette démarche. 23 départements (dont la Côte d'or) ont répondu favorablement au lancement de l'expérimentation du dispositif à partir du 10 novembre 2015. Ils sont appelés « départements pionniers » puisque cette démarche va se généraliser progressivement à l'ensemble des départements de France d'ici 2017

À cette occasion, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a co-organisé ce mardi 10 novembre, avec la CNSA³ la journée de lancement « une réponse accompagnée pour tous », en présence de Marie-Sophie Desaulle, en charge de la mise en œuvre de ce projet. Cette journée a réuni 150 représentants des acteurs des territoires concernés (voir programme ci-dessous). Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargé des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, a clos la journée.

Aujourd'hui, une personne handicapée peut avoir une notification d'orientation vers un établissement médico-social, par la CDAPH, mais se retrouver sans solution, faute de place ou faute d'établissement adapté à ses besoins.

Demain, après demain, la MDPH pourra élaborer, si besoin, un plan d'accompagnement global (PAG) répondant aux besoins des personnes :

La CDAPH prendra 2 décisions d'orientation distinctes et consécutives :

La première de ces décisions doit fixer l'orientation souhaitable répondant aux besoins de la personne sans tenir compte de l'offre sur le territoire. Cette

décision présente le but vers lequel il faut tendre.

Si ce but n'est pas atteignable, faute de place par exemple, ou faute d'établissement adapté, la MDPH devra élaborer un plan d'accompagnement global [PAG] mobilisant les ressources du territoire.

La MDPH devra alors prévoir un temps d'accompagnement adapté de la personne pouvant aller jusqu'au Groupe opérationnel de synthèse [GOS]

Le groupe opérationnel de synthèse sera composé de la personne et /ou de ses proches et de tous les professionnels susceptibles d'intervenir.

La mise en œuvre effective des préconisations du rapport est une réforme de grande ampleur qui nécessite de revoir les organisations, développer les coordinations et faire évoluer les cultures professionnelles, avec pour objectif, apporter une réponse coordonnée dans le cadre d'un parcours de santé au sein d'un territoire donné.

Quelle est la population ciblée ?

Les personnes handicapées connaissant des ruptures de parcours, sans solution, en déficit d'autonomie, ne pouvant accéder à l'accompagnement médico-social par carence de réponses en hébergement médico-social : foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, pour certains, malgré une orientation en cours de validité de la MDPH, pour d'autres en situation de handicap, sans évaluation de leurs besoins, ni orientation.

Aujourd'hui, de nombreuses personnes handicapées psychiques sont sans solution, ne bénéficient pas d'un accompagnement adapté à leurs besoins : ni l'hôpital, ni la

famille, ni les hébergements d'urgence, ni la prison ne sont des structures médico-sociales.

Le handicap psychique présente des particularités.

La solution au problème suppose l'intervention de multiples acteurs, la co-construction d'une réponse complète, globale et cohérente, sur chaque bassin de vie.

Les 4 axes de travail de la mission Desaulle :

Axe 1 : Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent dans les MDPH

Axe 2 : Déploiement d'une réponse territoriale accompagnée pour tous

Axe 3 : Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs : personnes concernées et familles.

Axe 4 : Accompagnement du changement des pratiques.

L'UNAFAM participe aux travaux de la mission Desaulle.

-
- 1-Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
 - 2-Maison Départementale des Personnes Handicapées
 - 3-Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

x x
x



Atelier arts plastiques au CATTP Bachelard

**BIBLIOTHEQUE DE L'UNAFAM 21
NOUVEAUX LIVRES (18-03-2016)**

NOM DE L'AUTEUR	TITRE DU LIVRE	PETIT RESUME
ANDRE Christophe	Je médite jour après jour	Méditer pour apaiser son esprit, méditer pour savourer sa vie : la méditation de pleine conscience est un moyen de cultiver sérénité et lucidité, accessible à tous. Ce manuel est destiné à guider, jour après jour, ceux qui se lancent dans la méditation, comme ceux qui approfondissent leur pratique. Il comporte 25 leçons, depuis les bases comment utiliser la respiration, le corps, la conscience de l'instant présent , jusqu'aux exercices approfondis : faire face à la souffrance, stabiliser ses émotions, construire la paix de l'esprit et du coeur... Et il se clôt sur un cahier pour personnaliser et améliorer sa démarche.
GRANGER Bernard NAUDIN Jean	La schizophrénie Idées reçues sur une maladie de l'existence	Idées reçues sur une maladie de l'existence la schizophrénie : tout le monde a déjà entendu ce terme qui est passé dans le langage courant sans que l'on sache précisément ce qu'il recouvre. Rien d'étonnant d'ailleurs, car la plupart des travaux sur la schizophrénie revêtent d'emblée un caractère spécialisé. Cet ouvrage se propose de répondre aux questions les plus simples que le public se pose à propos d'une maladie qu'il sait grave et stigmatisante : à quels signes reconnaît-on la schizophrénie ? quels sont les causes, les traitements ? que peut faire l'entourage pour aider le patient ? et pour le patient lui-même, comment vivre avec cette maladie ? Bernard Granger et Jean Naudin mettent en commun leur expérience de praticiens et d'enseignants pour analyser les mécanismes de cette maladie mentale et en détailler les traitements.
CORCOS Maurice PHAM-SCOTTEZ Alexandra SPERANZA Mario	Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence	Le trouble de la personnalité borderline touche environ 2% de la population générale et de 15 à 25 % de l'ensemble des patients consultant en psychiatrie. Le tableau clinique débute à l'adolescence de façon souvent très bruyante : tentatives de suicide, automutilations, épisodes psychotiques aigus transitoires, conduites impulsives, addictions, qui recouvrent le reste de la symptomatologie en particulier affective et identitaire. La surmortalité est importante. Forts de ce constat, les auteurs ont créé un Réseau de Recherche Européen (EURNET-BPD) associant des approches variées, portant sur les dimensions essentielles de ces troubles et dont les résultats sont confrontés dans cet ouvrage aux connaissances actuelles.
ROUSSELET Anne-Victoire	Mieux vivre avec la schizophrénie	La TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) a déjà fait ses preuves sur les troubles dépressifs, les troubles anxieux, aujourd'hui la communauté scientifique a démontré son efficacité sur la schizophrénie et les troubles psychotiques. Cet ouvrage propose un guide pour les patients et leur famille qui se trouvent bien souvent démunis face à cette souffrance et adoptent parfois des attitudes contre thérapeutiques. Il s'agit donc de présenter des outils et techniques thérapeutiques visant à une amélioration des symptômes de cette maladie psychique qui peut se présenter sous bien des formes différentes et touche 1 à 3% de la population générale française.

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 8 avril 2016
- ▶ vendredi 13 mai 2016
- ▶ vendredi 3 juin 2016

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

GROUPES DE PAROLE 1^{er} semestre 2016 (sur inscription préalable)

GROUPE 1 LUNDI 14H30-16H30 Mme ELBACHIR	GROUPE 2 MARDI 18H30- 20H30 Mme BERT	GROUPE 3 MARDI 15H00-17H00 Mme JOLY	GROUPE 4 MARDI 18H-20H Mme BERT
11 avril	12 avril	5 avril	
23 mai	17 mai	3 mai	10 mai
20 juin	14 juin	7 juin	
Responsables : M.Gremaux C.Anglade	Responsable : M. Parisot	Responsables : N.Dartier C.Pascaud	Responsable : G. Vidiani

RÉUNIONS DU BUREAU en 2016 (le mercredi de 14h00 à 16h30)

20 janvier	7 septembre
2 mars	19 octobre
27 avril	7 décembre
15 juin	

RÉUNIONS DES FAMILLES

samedi 28 mai de 14h à 18h
samedi 24 septembre de 10h à 13h
samedi 19 novembre de 14h à 18h

RÉUNIONS DÉTENTE

Après-midi champêtre : 12 juin 2016 chez Mme et Mr Dussol à Epagny

Repas : 3 décembre 2016

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

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} octobre

(**) Joindre un justificatif.