



handicap psychique

parcours de soins,
parcours de vie

LES
CAHIERS
DU
CCAHA //

#5 MAI
2013

SOMMAIRE

Introduction	3
<i>Témoignage d'Elisabeth Prévot, adhérente usager du GEM Vannes Horizons</i>	4
LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE : QUELS BESOINS ? QUELS PARCOURS ?	5
Le handicap psychique : spécificité des besoins...	5
...Et évolution des perceptions.	9
Un Plan pour répondre aux ruptures de parcours	12
PLACE AU DÉCLOISONNEMENT ! RÉSEAUX, TRANSVERSALITÉ ET COLLABORATIONS	13
Un décloisonnement indispensable...	13
... qui se heurte au manque de solutions d'accueil et d'accompagnement	13
La question des territoires : proximité et disparités	18
QUAND LE SOIN NE PEUT ÊTRE DÉCONNECTÉ D'UNE APPROCHE SOCIALE	20
La pair-aidance comme facteur de rétablissement et resocialisation	21
Un logement, un travail, avant tout !	22
Conclusion	26
Remerciements	27

INTRODUCTION

LA NOTION DE PARCOURS : UNE COMPLEXITÉ

INHÉRENTE AU HANDICAP PSYCHIQUE

Il existe pratiquement autant de parcours que de personnes en situation de handicap : vivre à domicile, être hospitalisé en secteur psychiatrique, séjourner dans un établissement médico-social, être accompagné par un service infirmier ou un service d'accompagnement, être ou non en rupture de vie sociale et professionnelle, être ou non suivi médicalement, recevoir ou non une compensation, rechercher une structure de transition... sont autant de modes de vie et d'accompagnement pouvant se superposer ou se succéder avec plus ou moins de fluidité et de succès dans le parcours souvent complexe de la personne handicapée psychique.

QUELS OBJECTIFS POUR L'ACCOMPAGNEMENT ET LE SOIN DES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES ?

Le débat sur le handicap psychique est souvent passionné. Les objectifs visés par le soin et l'accompagnement ne font d'ailleurs pas toujours l'objet d'un consensus : s'agit-il de guérir les personnes ? Et que faire quand ce n'est pas possible ? S'agit-il plutôt de développer leur capacité à s'intégrer dans la société et à gagner en autonomie ?

Entre une première approche, qui a eu pour

objectif d'encadrer une maladie mentale considérée comme dangereuse, avec les dérives sécuritaires que cela peut engendrer, et d'autre part, celle de la « santé mentale citoyenne » visant la déshospitalisation et l'insertion du handicap dans la cité par la mobilisation de divers réseaux de santé, de pairaidance ou de soutien associatif, les solutions en termes d'amélioration des parcours de soins des personnes en situation de handicap psychique résultent souvent de la superposition de divers dispositifs.

De ces multiples approches découle une grande complexité dans les manières d'appréhender le handicap psychique et une grande diversité de réponses selon les territoires.

Ce cahier n'est pas un catalogue exhaustif de solutions de décloisonnement et d'insertion sociale de la personne ; il ne présente pas non plus l'ensemble des approches, courants et méthodes existants. Cette publication entend regrouper diverses contributions d'experts afin de nous aider à mieux cerner quelles sont les spécificités des besoins des personnes en situation de handicap psychique dans leur parcours de soins mais également comment, dans une optique de décloisonnement et de coopérations, la mise en œuvre d'actions et de projets innovants sur ce champ permettront d'améliorer plus globalement le parcours de vie de la personne.



TÉMOIGNAGE D'ELISABETH PRÉVOT

ADHÉRENTE USAGER DU
GEM¹ VANNES HORIZONS

Suite à une perte d'emploi, je suis tombée en pleine dépression. De 2004 à 2012, il m'a fallu faire face à de nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique, au cours desquelles je n'ai pas eu l'écoute que j'attendais par rapport à mon mal être. Le personnel soignant subit des pressions de rendement. Les effets secondaires liés au traitement ne m'ont pas été suffisamment expliqués et pourtant ils peuvent être la cause directe d'une dégradation de l'état général d'une personne. Quand on ne différencie pas les symptômes liés à la maladie des effets secondaires des médicaments, cela rajoute de l'angoisse. Une évaluation individuelle sur le degré de connaissance de sa propre maladie serait vraiment nécessaire pendant le séjour.

La préparation du retour au domicile est aussi une question majeure et récurrente. La sortie de l'hôpital provoque une grande détresse. Une sortie de l'hôpital mal anticipée, c'est le risque de rechute. La maladie psychique fragilise tous les gestes de la vie quotidienne, il faut réapprendre à vivre tout simplement. La prise en charge à l'hôpital ne correspond pas à la réalité de la vie en dehors. « Si l'usager n'est pas en capacité d'évaluer ses besoins, il est difficile pour le médecin

de les anticiper lui-même », me suis-je entendue dire à un moment où je ne pouvais décider pour moi-même. Il serait intéressant d'associer, à ce moment précis, l'assistant social aux professionnels de soin pour mieux préparer la sortie de l'hôpital. On se confie plus facilement à l'assistant social qu'au soignant.

Quand je rentrais chez moi, je me retrouvais seule, confrontée à mes problèmes, et surtout entre mes quatre murs et le quotidien à gérer. De 2004 à 2012, j'ai donc dû apprendre à m'autogérer sans aide, excepté une seule fois, où il m'a été attribué une aide-ménagère par le biais de ma complémentaire santé à raison de 4h par semaine pendant un mois. Mes retours au domicile ont toujours conduit à des tentatives de suicide. Suite à ces douloureux épisodes, j'ai pris l'initiative de suggérer au psychiatre de me prescrire des ordonnances renouvelables tous les 15 jours afin d'éviter un stock trop important de médicaments chez moi.

J'ai découvert le GEM en 2010, j'y suis à ce jour administratrice usager. Le GEM a toujours été à mes côtés lors de mes hospitalisations en maintenant le lien téléphonique. Et si je vais bien aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à lui. La fréquentation du

GEM permet la baisse des hospitalisations et peut réduire leurs durées. Et là, je me fais la porte-parole des adhérents usagers de l'association. Nous avons au sein du GEM un « Atelier citoyen », où nous débattons des questions qui nous concernent et le sujet majeur reste la sortie de l'hôpital. Nous espérons que la représentation directe des usagers dans les instances favorisera la prise en compte de notre parole et améliorera la qualité de la prise en charge pour les personnes souffrant de maladie psychique.

QUELQUES CHIFFRES

> 1 % de la population souffre de schizophrénie soit plus de 600 000 personnes².

> 1 personne sur 5 connaît au cours de sa vie des problèmes de dépression sévère³.

> Les troubles psychiques sont la première cause d'invalidité et d'arrêt maladie longue durée⁴.

> 25 % des demandeurs d'allocation pour adultes handicapés le font au motif d'une déficience psychique⁵.

1/ Les personnes en situation de handicap psychique : quels besoins ? quels parcours ? //

LE HANDICAP PSYCHIQUE : SPÉCIFICITÉ DES BESOINS...

Les troubles psychiques étant de natures très diverses, et caractérisés par leur grande variabilité dans le temps, le handicap psychique revêt des visages multiples et très différents d'un individu à l'autre, l'environnement venant par ailleurs jouer

un rôle important dans la manifestation de ce handicap. Il n'est alors pas défini par la déficience elle-même, mais plutôt par les difficultés vécues dans leur vie quotidienne par des personnes présentant des troubles psychiques divers, liés à des maladies mentales (schizophrénie, psychose...) ou à des pathologies neurolo-

giques (traumatisme crânien par exemple). Chaque personne connaît un parcours singulier ; ces parcours et les réponses apportées aux besoins des personnes ne peuvent être standardisés. Il est en revanche possible de chercher à identifier les points de rupture au cours de ces parcours de vie.

FOCUS

Soyons clairs !

Handicap psychique, maladie mentale et santé mentale : propositions de définition

LE HANDICAP PSYCHIQUE s'entend, au sens de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, comme une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive de ses fonctions psychiques. L'Unafam⁶ précise les causes qui peuvent être à l'origine d'un handicap psychique :

- les psychoses, et en particulier la schizophrénie
- le trouble bipolaire
- les troubles graves de la personnalité (personnalité border line)
- certains troubles névrotiques graves comme les troubles obsessionnels compulsifs
- la maladie autistique
- des pathologies comme les traumatismes crâniens, les pathologies vasculaires cérébrales ou les maladies neurodégénératives.

LA DIFFÉRENCE ENTRE MALADIE MENTALE ET HANDICAP PSYCHIQUE tient alors à un passage du statut de malade à celui d'acteur social. Le handicap psychique est en effet le résultat de l'interaction entre des caractéristiques de la maladie et la confrontation à l'environnement qui entraîne des désavantages et des incapacités.

La sociologue Lise Demailly⁷ rappelle les divers usages faits du terme de santé mentale : le premier vise à dire que la santé mentale équivaut à être en bonne santé sur le plan mental ; le deuxième envisage la **SANTÉ MENTALE** comme les soins à apporter aux personnes, dans le cadre - ou en dehors - de la psychiatrie. Elle rappelle ensuite que le champ d'application de cette notion s'est récemment élargi avec l'idée de « souffrance psychique », l'objet de la santé mentale devenant alors non seulement la maladie mentale mais aussi les troubles psychiques au sens large, incluant la dépression par exemple.

1/ Groupe d'Entraide Mutuelle

2/ Inserm, Dossier d'information sur la schizophrénie, <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>

3/ Enquête de l'Institut National de la Prévention et de l'Éducation pour la Santé (INPES), La dépression en France, Inpes Editions, 2005

4/ Source : Unafam, Communiqué en faveur de la Grande Cause Nationale 2014

5/ Source : Drees : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er640.pdf>, « les demandeurs de l'AAH », juin 2008

6/ Union Nationale des Amis et Familles de personnes Malades et handicapées psychiques
7/ Interviewée dans les Actualités Sociales Hebdomadaires, 12 octobre 2012, N° 2778, p. 32

LES ENJEUX D'UN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

PAR ANNICK HENNION
DIRECTRICE GÉNÉRALE
ŒUVRE FALRET

Les maladies mentales sont des pathologies dont la gravité et la chronicité peuvent entraîner un handicap dit psychique. C'est un handicap mal connu. Chaque forme de handicap nécessite une adaptation des processus d'accessibilité, d'aides et d'accompagnements différents : pour une personne présentant un handicap physique ou sensoriel, la réponse prééminente sera celle d'appareillages et de compensations ; pour une autre personne présentant un handicap mental, ce sera la mise en place de modes de communication simplifiés. Pour ce qui concerne la personne souffrant de maladie mentale, la question est complexe, car elle dispose de l'intelligence qui convient pour accéder à nos codes sociaux (même si ses capacités cognitives peuvent être altérées par les traitements médicamenteux ou certaines phases de la maladie), mais sa pathologie peut l'entraîner à leur donner un tout autre sens que celui compris par les personnes dites « normales ». Cette réinterprétation des codes, qui varie selon chacun, mais également qui varie dans le temps, selon leur degré de pathologie et l'efficacité plus ou moins importante des traitements administrés, peut être extrêmement handicapante et invalidante pour eux. Sortir de son lit et de chez soi tout simplement ; faire le trajet entre le lieu de vie et le lieu de soins ; ne pas oublier l'heure du rendez-vous ; accepter le traitement qui a été administré et qui change les perceptions de la personne (ce qui peut être difficile et perturbant, voire la conduire à arrêter son traitement), voilà des actes simples pour nous, mais qui peuvent constituer de réels obstacles pour les personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Ce type de pathologie a donc des effets très perturbants, à la fois en termes de parcours de soins et de vie quotidienne. Ces perturbations entraînent de nombreux points de rupture dans ce

qu'on appelle les parcours de soins ou les projets de vie.

Tout d'abord, le champ du diagnostic : l'errance médicale de ces personnes qui ne se sentent bien nulle part et éprouvent des difficultés à se lier avec quelqu'un, à faire confiance ; la difficulté pour le thérapeute à saisir les symptômes qui sont variables dans le temps ; la difficulté donc à nommer ces symptômes, d'autant plus lorsque l'on sait l'effet stigmatisant d'une telle « étiquette »... tout ceci conduit à un diagnostic qui prend en moyenne dix ans dans le parcours de soins. C'est énorme ! Le manque de formation et d'information des médecins généralistes, celle des acteurs sociaux et médicosociaux de première ligne, en sont l'une des causes. Les professionnels en sont de plus en plus conscients. Est en cause également la terrible image sociale de la maladie mentale, qui produit de l'évitement aux soins. Quand, par exemple, tombe un diagnostic de schizophrénie pour son enfant, c'est le monde qui s'écroule pour les parents ; car un tel diagnostic est synonyme de terrible perte de chance !

Le second point, c'est celui de l'adaptation thérapeutique et de l'acceptation du traitement. J'entendais il y a quelques semaines un malade de quarante ans qui rappelait que pour lui, dix ans avaient été nécessaires au diagnostic et sept années supplémentaires pour caler un traitement efficace et compatible avec son projet de vie. Parce qu'à quarante ans, cet homme diplômé de grandes écoles était en droit de former le projet de travailler dans une entreprise ordinaire ! Sans doute fallait-il quelques adaptations en termes de souplesse d'horaires de travail par exemple... Mais les retards au diagnostic et au traitement accumulés ont accentué ses pertes de chance de retrouver un travail ordinaire et adapté à ses fragilités résiduelles.

Le troisième point de rupture entre parcours de soins et projet de vie se situe au cœur même du parcours de vie. C'est celui de la ges-

"Prendre soin dans le temps"

tion de la chronicité. Certaines pathologies et leurs lourdeurs ont des effets chronicisants qui conduisent au handicap psychique. L'accompagnement de ce handicap psychique nécessite des intervenants sociaux et médicosociaux formés, disponibles au plus près du lieu de vie des malades. Des formes souples d'accompagnement doivent être proposées, ainsi que des offres de services plus diversifiées. Reconnu en 2005 par la loi du 11 février, le handicap psychique a permis la création de plateformes de services du type SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) ou SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) sur certains territoires, mais en nombre dramatiquement insuffisant pour faciliter le maintien dans le tissu social des personnes malades mentales. Sur ce point, le soutien à la création de ces dispositifs est tout à fait déterminant, car il permet aux personnes présentant un trouble de santé mentale d'être heureusement maintenues en autonomie, dans leur cadre de vie ordinaire, donc dans une place pleine et entière de citoyen. C'est donc un parcours du « prendre soin dans le temps » qu'il convient de mettre en œuvre. Il constitue un véritable parcours du combattant pour les familles et les malades. Elles tentent, tant bien que mal, d'étayer les défaillances du système, en articulant les soins et les aspirations des personnes en souffrance. Car la multiplicité des acteurs, participant chacun pour partie à ce parcours de soins, construit une complexité de l'organisation qui complique ce parcours. La diversité des acteurs et des aides offertes, dont il ne s'agit pas de nier l'utilité, brouille la lisibilité des dispositifs d'aide. Historiquement cloisonnés entre soins et accompagnement social, les acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial cherchent à travailler désormais main dans la main, solidairement unis aux associations des familles et des usagers de la psychiatrie et la santé mentale, afin de permettre de fluidifier les parcours de soins et les projets de vie des personnes accompagnées. Une meilleure connaissance et une reconnaissance des apports de chacun est une clé pour y parvenir.

 L'expérience du Foyer Le Florian à Villeurbanne (69) Association Santé Mentale et Communautés

> Par Yves SAIEB, Directeur du FAM le Florian

Le Foyer d'Accueil Médicalisé Le Florian créé en 1994 propose à 10 adultes, hommes ou femmes, en situation de handicap psychique, un lieu de vie « alternatif à l'hospitalisation ». La plupart a connu un long parcours psychiatrique. Leurs pathologies chroniques sont dites « stabilisées » c'est-à-dire ne nécessitant plus a priori un recours permanent à l'hôpital.

Deux options s'offrent aux structures de ce type : proposer une assistance et une suppléance avec le risque que les personnes accueillies deviennent « l'objet passif de la sollicitude institutionnelle (...) » ou « associer à cette attitude de suppléance et d'assistance, le souci permanent de soutenir les capacités personnelles de la personne accompagnée, endommagées par les processus psychotiques »⁸. Le projet de vie institutionnel proposé par le Foyer s'inscrit dans cette seconde option. Il place le patient orienté par les équipes hospitalières psychiatriques dans une position de sujet citoyen, doté de compétences, de capacité et d'habiletés sociales. Pour répondre à cet objectif, l'accompagnement médico-social s'organise autour d'un fonctionnement lacunaire (discontinuité de présence de l'équipe éducative du foyer (en moyenne 7h/jour 7j/7)) et la continuité des soins individuels à l'extérieur de l'établissement organisée par l'équipe psychiatrique qui a « adressé » le patient. L'idée est de préserver un lieu de vie ouvert sur l'environnement, à partir duquel chaque personne est accompagnée dans l'organisation de ses activités sociales et de ses soins. Cette organisation suppose une coopération active et formalisée sous forme de convention entre l'équipe du foyer et l'équipe soignante du résident. Dès le processus d'admission, l'implication de l'équipe à l'origine de la candidature d'un patient vers le foyer est recherchée. L'équipe soignante du foyer constituée de 2 psychologues et d'un médecin psychiatre est garante de cette implication. Plus l'équipe psychiatrique extérieure à l'origine de l'admission du résident est impliquée plus l'expérience d'autonomie sera possible.



Contact : FAM Le Florian
11, rue Louis Fort - 69100 VILLEURBANNE
sante_mentale_et_communaute@smc.asso.fr

⁸/ Réflexions sur la fonction soignante des structures médico-sociales. Dr Marcel SASSOLAS Président de l'Association Santé Mentale et Communautés - Intervention au congrès de la FASM Lille Septembre 2010



La Maison d'Accueil Spécialisée d'Epaignes (27)

L'association du Grand Lieu, suite à des sollicitations régulières émanant du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) pour les demandes d'admission, a souhaité créer une Maison d'Accueil Spécialisée dédiée aux personnes atteintes de handicap psychique, sur la commune d'Epaignes (27). L'établissement, dimensionné pour accueillir 42 adultes, a ouvert à l'automne 2012 et sera ensuite combiné avec un SAMSAH de 15 places.

La MAS comprend 4 unités de vie accueillant chacune 9 résidents internes et un en semi-internat. Un jardin fermé jouxte chaque unité de vie, ce qui permet aux résidents de pouvoir être à l'extérieur seuls, mais en toute sécurité. Entre autres équipements que l'on trouve communément dans ce type d'établissement (balnéothérapie, espace snoezelen), la Ferme Pédagogique tient une place importante. La relation à l'animal, qui passe par les soins à lui apporter (donner à manger, brossage) est source de stabilité et d'apaisement.

Depuis janvier 2011, 9 places ont été créées au sein même du CHS d'Evreux, avec un personnel mixte (CHS et future MAS), ce qui permettra à une partie des

salariés de l'Association de se former aux spécificités du handicap psychique.

Ce projet s'inscrit dans une dynamique visant à améliorer le parcours de vie et de soins des personnes

handicapées psychiques, puisqu'un nombre important de personnes bénéficiant d'une orientation MAS est maintenu hospitalisé en psychiatrie faute de places disponibles.



Contact : Maison d'accueil spécialisée d'Epaignes, ZAC La Bellerie, EPAIGNES
assoc.grandlieu@wanadoo.fr



La première chose à réaliser, c'est d'organiser le dialogue entre les différents acteurs : usagers, familles, accompagnateurs, soignants, assistants sociaux, médecins généralistes, préfecture, police, etc. Dans le cadre de mes hospitalisations d'office, j'ai vécu des contentions traumatisantes. La solution me semble être dans l'écoute de la parole de l'utilisateur pour que la situation devienne acceptable. La parole des usagers au sein des instances hospitalières améliore l'accueil des patients, les conditions d'hospitalisation et l'accompagnement à la sortie. Elle est un progrès et prouve que l'échange et le dialogue sont constructifs à condition que les décisions soient appliquées. La grande question est : quelle est la prise en compte à la fin de l'hospitalisation ? Les effets secondaires, comme la prise de poids ou la fatigabilité influencent notre vie quotidienne. L'accompagnement humain qui évite l'isolement est primordial. Les associations ont un rôle hyper important d'accompagnement. Et donc il faut donner des budgets pour cette aide humaine qui est la mesure essentielle du soutien que demande l'utilisateur. Tous les partenaires sont conviés au dialogue !

PASCHAZE D.,
usager d'Espoir 54



C'est lors de mon entrée dans la vie active, en 1990, que j'ai décompensé. Je suis pharmacienne. L'officine, c'était trop de responsabilités pour moi. Le retour chez mes parents, lors des décompensations, me remettait sur pied...

Ma première hospitalisation a lieu en 96. Je découvre « la joie des neuroleptiques », pour moi le comble de l'aliénation... J'ai fait ensuite une décompensation environ tous les deux ans avec plusieurs hospitalisations à la demande d'un tiers, deux hospitalisations libres et une hospitalisation d'office. Le psychiatre qui me suivait accepte enfin que j'arrête de travailler et me parle du SAVS d'Espoir 54. J'y ai trouvé un accompagnement, des activités culturelles ou ludiques. Je tisse des liens avec l'association et en dehors d'elle. Durant 18 ans, l'obsession de tout le monde était un retour dans la vie professionnelle. Aujourd'hui je pense que la réhabilitation passe par la vie associative. La coopération de la personne est essentielle. Je manque de projets d'avenir en dehors de mon injection de neuroleptiques. Cette vie pleine de ruptures n'est faite que de rebondissements. Je pense avoir évolué favorablement. Dans les moments difficiles, j'arrive à m'en sortir avec le soutien de ma référente et d'amis. Et je parviens à éviter l'hospitalisation.

NATHALIE G.,
usager d'Espoir 54



...ET ÉVOLUTION DES PERCEPTIONS.

La notion de handicap psychique n'est pas une totale nouveauté ; son élaboration est le fruit d'un long processus marqué par les revendications d'associations, par les positionnements à géométrie variable des professionnels de la psychiatrie et par l'impulsion finale donnée par le législateur avec la loi de 2005.

La réduction importante du nombre de places au sein de structures sanitaires psychiatriques (4000 fermetures entre 2001 et 2010, ou encore 50 000 places fermées entre 1989 et 2009 selon le psychiatre Patrick Chemla⁹) sans solutions

alternatives pour la vie quotidienne a mis les personnes face au manque de logements, d'activités et de lien social. Les mouvements d'usagers et de familles ont alors commencé à se structurer, à rechercher des solutions en dehors du seul secteur hospitalier, et à revendiquer une place non seulement de patient mais aussi d'utilisateur autour duquel doivent se construire des réponses mobilisant divers secteurs du soin et de l'accompagnement. Les professionnels ont en parallèle admis que le handicap pouvait être une conséquence de la maladie combinée à l'environnement dans lequel se trouvait la personne. Ainsi usagers et

professionnels ont-ils cherché progressivement à identifier les besoins spécifiques des personnes en sortie d'hospitalisation et atteintes de pathologies mentales chroniques.

Cette perception n'est pas aujourd'hui figée ; les questions sur les besoins des personnes, la définition-même de ce handicap ou encore les modes d'accueil et d'accompagnement et leur adéquation avec les besoins continuent de faire débat entre psychiatres, usagers, représentants des familles, professionnels socio-éducatifs, mais aussi au sein même de ces groupes, transcendant la fracture classique entre psychiatrie et médico-social.

⁹ Interview dans les Actualités Sociales Hebdomadaires, « Les services psychiatriques sont débordés », 16 janvier 2009, N° 2592

L'ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DES HANDICAPS D'ORIGINE PSYCHIQUE

PAR MARTINE BARRÈS
MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE,
MISSION NATIONALE
D'APPUI EN SANTÉ
MENTALE

La perception des situations de handicap dues à la maladie mentale, ou, dit autrement, à des troubles psychiques sévères et persistants, n'est pas récente : dès 1952, les associations fédérées dans le mouvement des Croix Marine se donnent pour objectif « d'exercer une protection ou une entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et mal adaptés psychiques »¹⁰.

Cependant, dans les années 70 - 80, le concept de handicap d'origine psychique se heurte à l'opposition farouche des soignants en psychiatrie qui y voient la négation de la dynamique psychique. Considéré comme attribut fixe d'une personne, sans espérance d'évolution, le handicap est dans une logique médicale opposé à la maladie, laquelle est accessible aux soins sinon guérissable. La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 traduit cette approche : elle s'adresse aux

mineurs et aux adultes « handicapés physiques, sensoriels ou mentaux » (au sens de la déficience intellectuelle), et elle fait un cas particulier des malades mentaux « dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale ».

À partir de 1980 les représentations du handicap évoluent en France chez les professionnels de santé : la conception du handicap comme processus liant les troubles de santé aux déficiences, incapacités et désavantages sociaux qui en résultent, lève l'opposition entre handicap et maladie.

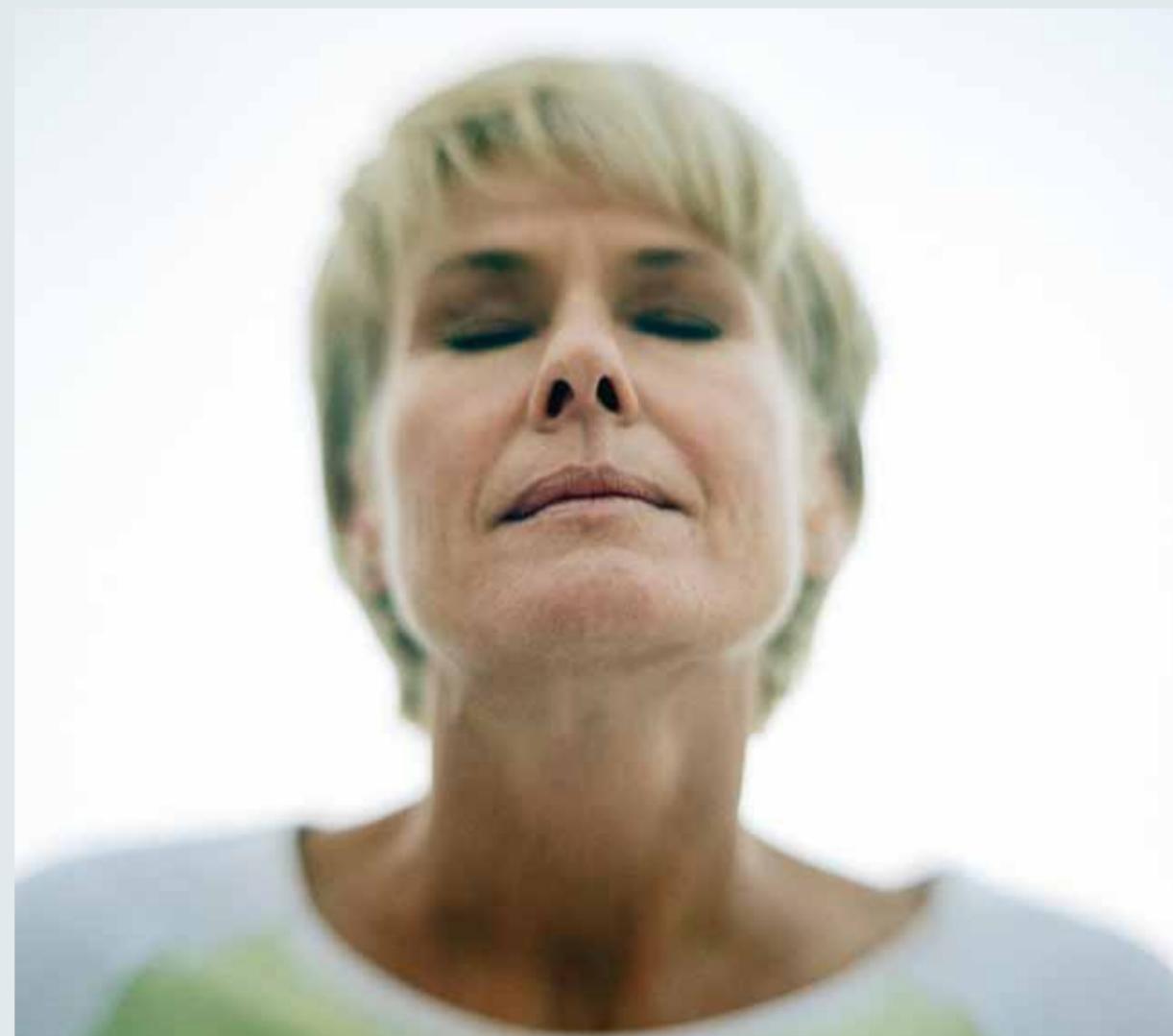
Dès lors, tout en réfutant généralement le concept de handicap d'origine psychique, les équipes de psychiatrie s'attachent à ce que leurs patients accèdent à l'AAH¹¹, au point que la « déficience psychique » devient l'une des premières causes d'attribution de cette allocation de ressources¹². Par ailleurs, l'accueil de personnes reconnues handicapées du fait de troubles psychiques se dé-

veloppe dans les structures médico-sociales pour adultes handicapés, où ils représentent, en 2006, entre 15 et 20 % des personnes¹³.

Au début des années 2000, les associations de familles (UNAFAM) et d'usagers de la psychiatrie (FNAPsy) portent conjointement auprès des pouvoirs publics la demande de reconnaissance des problèmes de handicap dus aux troubles psychiques. Leur alliance et leur mobilisation constante auprès des pouvoirs publics a été l'un des plus puissants leviers des changements intervenus depuis lors.

La loi du 11 février 2005 fait référence à de nouveaux concepts dans la définition du handicap. En désignant comme source de handicap l'altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques..., elle fait effet de pleine reconnaissance du « handicap psychique¹⁴ », dénomination d'usage désormais courant.

Inversement, il faut aussi souligner ce que la perception du handicap d'origine psychique a apporté à cette loi, grâce à la contribution des associations



d'usagers de la psychiatrie et des familles.

Ainsi, l'inscription dans la loi du soutien à la solidarité entre personnes handicapées comme moyen de prévention et de compensation du handicap, sous forme de la création des groupes d'entraide mutuelle, est directement inspirée de l'expérience vécue par les personnes souffrant de troubles psychiques.

Les travaux relatifs à l'évaluation du handicap d'origine psychique marquent une étape dans les représentations, en confrontant le regard des per-

sonnes et de leurs proches, celui des professionnels qui les entourent, et les équipes des MDPH. Ils ont permis de faire évoluer les outils d'évaluation fondés sur le « peut faire » ou « ne peut pas faire » tel ou tel acte, quand la difficulté des personnes est surtout d'entreprendre, et qu'elle atteint tous les domaines de vie. Ils soulignent que la perception de la situation de handicap par la personne et par ses proches, l'élaboration de projets, et la mesure des besoins d'aide, sont intriqués dans un processus qui prend du temps et qui nécessite

souvent différents essais en situation réelle¹⁵.

Il est particulièrement intéressant aujourd'hui d'observer une convergence entre les concepts développés dans le champ du handicap (inclusion sociale, mainstreaming¹⁶, citoyenneté), ceux qui se développent du côté de la psychiatrie (rétablissement¹⁷, empowerment¹⁸), et les attentes des associations représentant les personnes, suscitant de nouveaux modes de collaboration entre professionnels et intéressants de plus en plus les collectivités locales¹⁹.

10/ Bernard DURAND, Président de la Fédération des associations d'aide à la santé mentale - Croix Marine, Communication au CNCPH, 11 avril 2012

11/ Allocation adulte handicapé

12/ DREES : L'accès à l'AAH, Etudes et résultats, novembre 1999

13/ DREES : Les établissements pour adultes handicapés, Etudes et résultats, juin 2008

14/ Bien qu'elle n'use pas des termes « handicap psychique », ni d'ailleurs des termes « handicap mental » ou « handicap physique » : contrairement à la loi de 1975, la loi de 2005 ne détermine pas de catégories de handicap ou de personnes handicapées, mais donne une définition du handicap qui laisse place à la diversité et à la complexité des situations individuelles

15/ Cedias - CNSA : Evaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs, Avril 2010

16/ Littéralement « courant principal » ; en ce qui concerne les personnes handicapées, le terme désigne leur vie dans le cours de la société, en opposition à la mise à l'écart ; il est souvent associé à la notion de « droit commun »

17/ Processus permettant à la personne de surmonter les conséquences de sa maladie, de restaurer une identité positive et de reconstruire sa vie en dépit des limites imposées par son état de santé ; le rétablissement n'est pas la guérison : il s'agit de (bien) vivre avec la maladie même quand elle ne peut être guérie

18/ « Pouvoir d'agir » : possibilité donnée aux personnes de retrouver la capacité à agir dans les différents domaines de leur vie

19/ Voir Les conseils locaux de santé mentale, Pluriels, Janvier-février 2011

UN PLAN POUR RÉPONDRE AUX RUPTURES DE PARCOURS

Les problématiques rencontrées autour du handicap psychique posent alors de manière prégnante la question des décroissements : les acteurs des différents secteurs mobilisés autour de la personne et de ses besoins répondent à des modes de fonctionnement et de financement spécifiques qui historiquement se sont construits et structurés indépendamment, régis par une philosophie qui leur est propre. La personne en situation de handicap psychique est pourtant particulièrement vulnérable aux ruptures de parcours de soins et de vie, notamment en raison de la spécificité de son handicap et des besoins qu'il génère dans le long terme, et

auxquels la psychiatrie ne peut répondre seule. Or beaucoup reste à faire en termes d'articulation des modes d'accompagnement. Ainsi la MDPH ne peut orienter et gérer les passages entre établissements que sur le champ médico-social ; que se passe-t-il pour une personne nécessitant des hospitalisations régulières ? Qui va se charger d'articuler et de coordonner les passages d'une structure à l'autre ?

La question des ruptures est bien au centre du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015. Si les intentions générales du Plan font l'objet d'un relatif consensus, un des reproches faits à ce plan est toutefois qu'il demeure hospitalo-centré, y compris d'un point de vue budgétaire. Or comme le souligne Marie-Claude Barroche, Présidente d'Agapsy, « 90 % des malades

vivent aujourd'hui dans la cité ». L'Association des Itep et de leurs Réseaux (AIRE) regrette quant à elle que « les familles, les aidants, les soins de ville et l'accompagnement médico-social y occupent une place trop marginale, trop peu articulée avec l'hôpital, acteur incontournable qu'il n'y a pas lieu d'isoler »²⁰.

Ainsi, si les réponses apportées dans le cadre de ce Plan ne font pas l'unanimité, il n'en demeure pas moins que la problématique des ruptures de parcours est aujourd'hui considérée comme centrale par l'ensemble des acteurs intervenant autour des personnes en situation de handicap psychique. Le décroissement semble alors indispensable dans une logique de prise en compte globale de la personne et de ses besoins spécifiques.

20/ Citée dans l'article « Psychiatrie et santé mentale : le médico-social revendique sa place », Direction(s), Avril 2012, N° 95

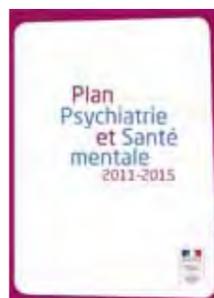
Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011 - 2015

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 fait suite au premier plan de santé mentale (2005-2008) et s'organise autour de 4 axes stratégiques :

- Prévenir et réduire les **ruptures au cours de la vie de la personne**, en permettant à chacun d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- Prévenir et réduire les **ruptures selon les publics et territoires**, en garantissant

l'égalité d'accès aux soins et à l'accompagnement, par le biais du renforcement des coopérations entre les professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et associations d'usagers et de familles ;

- Prévenir et réduire les **ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal**, en renforçant le dialogue entre la psychiatrie et la société et en reconnaissant la santé mentale comme facteur de cohésion sociale, par le biais



de la lutte contre les discriminations et en faveur de l'accessibilité ;

- Prévenir et réduire les **ruptures entre les savoirs**, en renforçant leur diffusion, en améliorant la formation des professionnels et en faisant la promotion des expériences réussies.

2/ Place au décroissement ! Réseaux, transversalité et collaborations //

UN DÉCROISSEMENT INDISPENSABLE...

Le décroissement entre secteurs s'impose d'abord parce qu'il permet de naviguer de manière souple, successivement ou simultanément, entre structures de soins et d'accompagnement, mais aussi parce que la psychiatrie comme le secteur médico-social ne peuvent apporter seuls des réponses à l'ensemble des problèmes rencontrés par les personnes en situation de handicap psychique. Or le décroissement se heurte à deux réalités contradictoires et en tension permanente : d'un côté, il nécessite coopération, complémentarité et connaissance réciproque ; d'un autre côté, les différents secteurs, notamment sanitaire et médico-social, répondent de logiques de fonctionnement, de formation et de cultures professionnelles qui leur sont propres.

... QUI SE HEURTE AU MANQUE DE SOLUTIONS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT

Le rapport de la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du Plan Psychiatrie Santé Mentale sur la période 2005 - 2010²¹ souligne que, si la réduction du nombre de places en hospitalisation psychiatrique s'est poursuivie de 2001 à 2010, « les alternatives à l'hospitalisation demeurent trop peu développées, et



L'expérience nous a montré la nécessité du travail en réseau dans le secteur du médico-social pour le handicap psychique. Le soin s'appuie sur le médico-social pour prévenir les rechutes en créant un espace de vie structurant. La réhabilitation s'enracine sur les fondations du soin. Toute notre attention doit être apportée dans les passages de relais, que ce soit lors des hospitalisations ou lors des sorties d'hospitalisation. Il est indispensable que le premier acteur du réseau, c'est-à-dire la personne, puisse savoir sur qui s'appuyer lors de périodes difficiles afin d'éviter une accentuation de sa problématique. Sans un espace rassurant, la personne en situation de handicap psychique se repliera, s'enfermera pour finir dans (un monde de) une grande solitude, oubliée du monde.

Néanmoins, le travail en réseau ne se décrète pas, il se construit. Il devient indispensable que sur chaque territoire, les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social puissent se rencontrer pour échanger sur leurs compétences et leurs complémentarités. Il devient essentiel que les personnes en situation de handicap sachent à tout moment qu'elles peuvent contacter une personne de confiance qui fera le lien avec le réseau. Il sera parfois nécessaire que ce coordinateur soit un acteur du soin, parfois un travailleur social, ou un acteur du médico-social, voire la famille. Créer des outils de coordination, ce n'est pas créer une nouvelle « machine à gaz », c'est apprendre à travailler ensemble sans s'enfermer et sans enfermer l'autre dans ses préjugés. Travailler en réseau autour du projet de vie de la personne c'est donner vie à un esprit de solidarité et de fraternité.

STÉPHANE VOINSON
Psychologue et Directeur d'Espoir 54





le chaînage est encore défaillant avec les structures médico-sociales ». Il met également en lumière le fait que « **plus de 10 000 personnes demeurent en service psychiatrique aigu alors que leur état de santé leur permettrait, grâce à une prise en charge adaptée, d'accéder à une autonomie accrue** ».

Penser le décroisement signifie alors développer une offre de structures adaptées, de logements et de services qui permettraient d'offrir un panel de solutions souples et variées répondant au plus grand nombre de cas de figure possible et offrant une alternative à l'hospitalisation. Se pose alors le problème du financement, qui repose largement sur les Conseils Généraux, eux-mêmes en difficulté pour absorber ces nouveaux transferts de charge.

Des expériences intéressantes et innovantes voient progressivement le jour au sein même de dispositifs et établissements des différents secteurs en vue d'une collaboration accrue, visant à limiter les ruptures de parcours et à coopérer au-delà des sectorisations administratives, dans l'intérêt des personnes.

LE PRINCIPE DE LA COOPÉRATION À L'ÉPREUVE DE LOGIQUES CONTRADICTOIRES

PAR MARCEL JAEGER

TITULAIRE DE LA CHAIRE DE TRAVAIL SOCIAL ET D'INTERVENTION SOCIALE, DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT « DROIT, INTERVENTION SOCIALE, SANTÉ, TRAVAIL », CNAM

Un paysage bousculé

Depuis la loi HPST²², le secteur médico-social, mais aussi pour certains aspects le secteur social, est aspiré dans une nouvelle dynamique : il intègre le périmètre du sanitaire dans une configuration inédite, avec la mise en place des agences régionales de santé et de l'agence nationale d'appui à la performance. Si l'objectif n'avait été que d'effacer un clivage nuisible à la continuité des parcours des personnes entre le monde régi par le code de la santé publique et celui relevant du code de l'action sociale et des familles, cette convergence aurait constitué une avancée

de grande importance.

Le secteur médico-social a basculé, avec la loi HPST, dans le périmètre des agences régionales de santé. Pour les personnes handicapées, ce glissement vers la santé pose question dans le sens de la priorité donnée par la loi du 11 février 2005 au projet de vie sur le projet de soins.

Deux options en miroir

Les contraintes économiques ne sont pas le seul facteur explicatif des difficultés à mettre en place une régulation dans un champ traversé par des tensions. Les publics en difficulté eux-mêmes changent, présentent des difficultés multiples, tant financières, relationnelles, psychologiques, qui appellent des réponses à la fois plus complexes et mieux coordonnées. Du coup, la recherche d'une cohérence entre les politiques

d'action sociale et de santé publique prend un autre sens que celui de la recherche de performance pour les dispositifs. Encore faut-il s'entendre sur les finalités. Deux conceptions se font jour :

> Une conception extensive de la santé

La loi HPST intègre l'action sociale et médico-sociale comme l'un des moyens de la recherche d'un « état de complet bien-être physique et moral ». La santé suppose de « pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

> La notion de cohésion sociale

A l'inverse de la logique précédente, on pourrait mettre en avant le travail qu'une société opère sur elle-même, dans son rapport à la différence. Ainsi, les actions de santé ne seraient qu'un des aspects de ce « travail social », dans l'idée d'une construction citoyenne.

Il a été dit, à juste titre, que la loi du 11 février 2005 reposait sur un changement de paradigme : elle a mis fin à une approche purement médicale du handicap en mettant en avant une conception systémique, environnementaliste. Si le législateur n'a pas retenu l'expression « situation de handicap », il a conservé la priorité du projet

de vie sur le projet de soin.

Enfin, plutôt que de placer le secteur médico-social comme un élément de l'ensemble « santé », l'utilisation devenue plus systématique de la notion de cohésion sociale permet au contraire d'englober les actions qui concernent à la fois les personnes en difficulté et toute la population.

Comment dépasser les clivages ?

Il est sans doute possible d'aborder la question d'une manière pragmatique, en privilégiant l'argument de la continuité des actions : dans bien des cas, le handicap psychique résulte d'un problème de santé, pose le problème de l'accès aux soins, conduit à un enclavement dans une chronicité qui signe l'échec de la société à enchaîner soins et insertion.

Du point de vue des professionnels, le principe de la collaboration entre les équipes soignantes et celles des institutions sociales et médico-sociales est acquis dans les grandes lignes depuis longtemps... tant que l'on en reste à une collaboration non formalisée, à des contacts, à des échanges d'information. Il est plus difficile d'établir un partenariat sous le régime de la réciprocité, en particulier dans la reconnaissance des compétences respectives et dans la connaissance des changements intervenus dans chacun des mondes professionnels. A plus forte raison, quand les rencontres se font dans l'urgence.

Cela étant, dans la pratique, il paraît parfois difficile de séparer

le champ de compétences d'un éducateur spécialisé de celui d'un infirmier. De la même façon, pour les formations de niveau V (qualification du niveau du brevet ou du CAP), la proximité est grande entre le travail d'un aide médico-psychologique ou d'un aide-soignant : dans les deux cas, il s'agit de s'occuper de personnes qui ne se résument pas à leurs symptômes, ni aux grandes catégories diagnostiques justifiant leur présence dans telle ou telle institution.

Par ailleurs, les coopérations supposent que les différents professionnels de chacune des filières (infirmiers, médecins, psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants...) se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leurs actions autour de projets communs. Il en est de même avec les bénévoles qui contribuent à certaines initiatives. Il importe donc d'aider à la construction d'un langage commun et à la mise en synergie des savoirs, des expériences. Une organisation modulaire des formations qualifiantes, avec des tronc communs, mériterait d'être mise en chantier de manière plus active. Ceci concerne non seulement les professionnels de la psychiatrie et de l'action sociale, mais aussi ceux de la médecine générale, de la justice, de la jeunesse et des sports, de l'Éducation Nationale...

²²/ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, portant notamment sur la création des Agences Régionales de Santé



L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE DU DÉVELOPPEMENT MENTAL DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE GENÈVE (SUISSE) : UNE STRUCTURE INTERMÉDIAIRE COMME SOLUTION EN SORTIE D'HOSPITALISATION

PAR LE DRE GIULIANA GALLI-CARMINATI MD PhD PD, CHARGÉE DE COURS À L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Les personnes présentant une déshabilité intellectuelle et des troubles psychiques associés sont particulièrement vulnérables de par la complexité de leur handicap et les situations de crise qu'il génère ; elles connaissent des parcours compliqués, entre institutions médico-sociales, hospitalisations, accueil d'urgence ou encore retour à domicile, leur vie en famille mais aussi le soin ou l'accueil en établissement médico-social étant particulièrement difficiles.

L'UPDM, **Unité de Psychiatrie du Développement Mental de l'Hôpital Universitaire de Genève**, a mis en place un ensemble de dispositifs innovants permettant de réduire les ruptures de parcours et aller-retour entre secteurs.

L'UPDM relève du département « Santé mentale et psychiatrie » de l'Hôpital Universitaire de Genève. Elle mobilise une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistant sociaux, orthophonistes, kinésithérapeutes et secrétaires. L'UPDM articule plusieurs dispositifs dans une logique de réseau permettant d'adapter la réponse aux besoins individuels.

Une équipe mobile intervient au sein des institutions éducatives (équivalent suisse du secteur médico-social) pour apporter un soutien structuré aux intervenants sur le terrain en vue d'une aide au diagnostic de crise et à sa gestion. Soignées sur leur lieu de vie, les personnes ne risquent ainsi plus de perdre leur place en établissement et les pertes de repères sont également limitées. **L'hôpital de jour et les consultations**, en parallèle, permettent de suivre l'adaptation et la mise en route du traitement médicamenteux, un suivi au quotidien individuel et en groupe, et



un soutien psychothérapeutique des patients et de leurs familles. **Dix-huit lits d'hospitalisation** accueillent des personnes orientées par l'équipe mobile ou l'hôpital de jour, mais aussi par des médecins libéraux en ville.

L'UPDM a pu faire les constats suivants :

- le besoin d'une structure subsidiaire qui complète le réseau des institutions thérapeutiques et socio-éducatives et prépare les patients en vue de l'intégration d'un établissement ;
- la nécessité d'éviter les allers-retours entre institutions socio-éducatives et hôpital générant des ruptures dans les parcours de vie et de soins ;
- une occupation prolongée de lits en psychiatrie, parfois pour deux ans ou plus, alors que l'hôpital n'est pas un lieu de vie, mais un lieu de soin ;
- la nécessité de ne pas exposer dans le long terme des patients semi-aigus à des patients aigus ;
- un manque de structures passerelles permettant un passage en douceur vers une structure socio-éducative après une hospitalisation d'urgence en psychiatrie.

Ces constats ont donné lieu à la création en janvier 2011 d'une **structure intermédiaire** accueillant à ce jour 6 personnes et visant à assurer un suivi médical tout autant qu'une prise en charge éducative répondant aux besoins spécifiques des personnes en sortie d'hospitalisation. Elle fait le lien entre le monde du soin et le monde socio-éducatif. Cette structure, née de la coopération entre les EPI (Etablissements publics pour l'intégration) qui ont pour but l'intégration et la réinsertion professionnelle des personnes handicapées, les HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) et Insieme (fédération d'associations de parents et d'amis de personnes déficientes intellectuelles), occupe un appartement de Thonex, à proximité de Genève. Il s'agit d'un lieu mixte psychiatrique et éducatif avec des visites hebdomadaires du psychiatre de l'UPDM. L'objectif à terme est de réduire le nombre d'allers-retours entre institution socio-éducative et hôpital.

LA QUESTION DES TERRITOIRES : PROXIMITÉ ET DISPARITÉS

Les ARS sont les acteurs institutionnels portant la charge de la coordination et de l'organisation de l'offre de soins entre établissements de santé (hôpitaux, cliniques) mais également des structures d'accueil médico-social et sont de ce fait au centre des actions de coopération.

Les élus locaux sont également acteurs de ce décloisonnement, par le biais notamment des **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)**, créés par une circulaire de 1972²³. Au sein de cette instance, se rencontrent le maire, les services de psychiatrie, les associations, les médecins de ville, les services sociaux, les services de police, de justice, ou encore les acteurs du logement. Le cadre légal n'est à ce jour qu'incitatif et les acteurs sont libres de déterminer l'échelon le plus approprié pour la mise en place de ces CLSM, dont la constitution relève de la responsabilité du maire.

L'objectif d'un CLSM est d'abord de mener un état des lieux des besoins et d'envisager les solutions prioritaires en termes d'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion, notamment autour des questions de logement. Il vise généralement aussi à développer une culture commune de la santé mentale entre les différents acteurs. Enfin il a pour mission d'améliorer la gestion des situations complexes et/ou de crise.

Ces considérations permettent de mettre en lumière d'inévitables

disparités territoriales : la ville, le département, les agences régionales de santé sont des acteurs importants pour la mise en place de ce décloisonnement ; l'ampleur et l'efficacité des coopérations seront alors à la hauteur des moyens alloués et de la volonté politique des acteurs. On notera par ailleurs qu'en 2012, 40 ans après leur création, il n'existe que 52 CLSM en France²⁴. En ce sens le rôle des ARS apparaît de nouveau comme prépondérant, en tant qu'incitateur mais aussi de financeur. A ce titre, l'ARS Ile-de-France a lancé en octobre 2012 un appel à projets pour la création de 15 postes de coordonnateurs dans les CLSM de la région.

C'est cette même question des financements que l'on retrouve au cœur du développement des réseaux de santé mentale : veiller à diversifier les sources (Conseil Général, ARS, communautés de communes, ...) est un gage de pérennité pour ces dispositifs profondément ancrés dans leur territoire.

Il est à noter enfin que la coopération entre secteurs peut prendre des formes très variées. Lors de la Journée Nationale du CCAH organisée le 29 novembre 2012 à l'Unesco sur le thème « Parcours de soins, parcours de vie des personnes handicapées : quelle coopération entre secteurs sanitaire et médico-social ? » Jean-Yves Hocquet, directeur du Cleiss²⁵, soulignait ainsi : « La coordination s'articule sur deux niveaux. Premier point, l'aspect individuel : il y a besoin d'une personne, qui ne soit pas seulement la mère de famille, qui accompagne la per-

sonne en situation de handicap dans les différents compartiments de sa vie, au service du projet de vie. [...]. Cette fonction peut être partagée par divers professionnels : médicaux, professionnels de santé, mais aussi éducateurs [...]. Deuxième point, la coordination plus globale : le support juridique des coopérations peut être très variable et aller des coopérations informelles à des groupements de coopération médico-sociale ; il n'y a pas de norme, il faut que cela soit lié à l'appétence des différents partenaires avec cette notion de connaissance réciproque comme préalable à ces partenariats et coopérations. [...] Il ne s'agit pas seulement de s'emparer des différents instruments dédiés mais aussi d'y introduire la préoccupation de l'articulation avec le secteur médico-social ».

Le décloisonnement va plus loin : il s'agit avant tout d'offrir aux personnes des solutions souples, transversales, adaptables selon les besoins individuels et dépassant les clivages de financement, de culture professionnelle ou encore de modes d'organisation. Tous les acteurs agissant dans l'accompagnement de la personne de près ou de loin sont concernés. Ceci élargit considérablement le champ de la coopération.

4 questions à Eric Ducos, coordinateur, Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud (78)

QUELS SONT LES CONSTATS À L'ORIGINE DE LA CRÉATION DU RÉSEAU ?

Le réseau s'est créé à partir de 4 éléments :

- Une insatisfaction des professionnels et l'expression d'un besoin d'une meilleure coordination
- L'identification de réels besoins au sein de la population nécessitant une action coordonnée
- La disponibilité de quelques professionnels pour initier la coopération et ainsi répondre à ces besoins
- La volonté et le dynamisme d'une complémentarité médical / administratif pour initier ce réseau.

Dans cet esprit, le Groupement de Coopération Sanitaire - Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud (RPSM 78) s'est construit avec un noyau de « pionniers ».

QUELLES MISSIONS S'EST DONNÉ LE RÉSEAU, COMMENT S'EST-IL CONSTITUÉ, COMMENT FONCTIONNE-T-IL ?

Le GCS-RPSM 78 est un groupement de coopération sanitaire dont les membres sont les établissements du territoire offrant des soins en santé mentale, et des associations de représentants des professionnels libéraux (médecins généralistes et psychologues). Sont également représentés dans ses instances de gouvernance les responsables d'associations de familles de patients.

Son objectif est d'organiser, d'animer et de coordonner les moyens mis en commun par les acteurs du territoire en vue d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes relevant du champ de la santé mentale.

Différentes actions sont mises en place dans le cadre du réseau :

- Un dispositif de soins partagés entre médecins généralistes et

système spécialisé psychiatrique.

- Un dispositif mutualisé d'interface entre psychiatrie et secteur social et médico-social, comprenant une équipe mobile territoriale de liaison et d'aide aux aidants sociaux et un dispositif territorial d'hébergement.

- Une équipe mobile accompagnant les personnes âgées souffrant de troubles psychiques naissants ou chroniques. L'un des objectifs est d'éviter des passages aux urgences très traumatisants pour les personnes âgées.

- Une maison des adolescents visant à construire un langage commun avec les partenaires du social, de l'enseignement et de la justice et avec les adolescents via des actions de formation et de sensibilisation. Elle favorise le repérage et l'orientation des adolescents qui le nécessitent vers un suivi spécialisé en lien étroit avec les secteurs et les inter-secteurs de psychiatrie.

Lieu d'innovation, le GCS-RPSM est aussi un lieu de recherche. C'est ainsi qu'un travail sur l'évaluation du handicap psychique a pu être développé, testé et en mis en œuvre avec les acteurs du réseau, et principalement avec les familles des patients, dans le cadre d'une unité INSERM, pour permettre d'identifier de façon fine la nature des handicaps subis par leurs proches.

QUELLES ONT ÉTÉ LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU RÉSEAU ?

L'un des principaux enjeux du réseau a consisté en une mise en adéquation des attentes des différents professionnels de champs et de culture très variés, entre public et privé, sanitaire, médico-social

et social. Un autre enjeu au démarrage a été la question du financement. En effet, dès son origine, le réseau a souhaité s'inscrire dans un partenariat clair avec les tutelles, qui étaient en attente de propositions crédibles venant du terrain.

QUELS SONT LES APPORTS POUR LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE ?

Le réseau a permis d'améliorer la prise en charge des patients en urgence ainsi que l'accompagnement de populations spécifiques comme les adolescents ou les personnes âgées. Il a en outre facilité l'accès à la psychothérapie pour certains patients. Le territoire a désormais la possibilité de s'appuyer sur un réseau de plus de 500 médecins généralistes pour orienter et prendre en charge conjointement les patients. Enfin les dispositifs d'insertion permettent aux patients d'être accueillis dans des centres médicosociaux ou sociaux en capacité d'accompagner de façon adaptée des personnes handicapées.

Ces résultats sont en permanence mesurés quantitativement et qualitativement par des commissions de suivi et d'évaluation, et par des indicateurs pertinents.

23/ Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

24/ Module interprofessionnel de l'EHESP, « Quelle place pour les conseils locaux de la santé mentale dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ? », http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_18.pdf

25/ Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

3/ Quand le soin ne peut être déconnecté d'une approche sociale //

Pour faire face à la variabilité des états des personnes handicapées psychiques, une approche globale prenant en compte tous les éléments qui constituent le quotidien de la personne (soins, hébergement, emploi, vie sociale, loisirs, participation citoyenne...) est généralement nécessaire. Comme le souligne Bernard Durand, président de la FASM Croix Marine, « ce sont les mêmes sujets qui, dans leur trajectoire de vie, seront un jour patient en psychiatrie et à d'autres, accompagnés par des professionnels médico-social, sans oublier que cela se joue même souvent de manière simultanée. »

Il ajoute d'ailleurs que « les mentalités évoluent : on le voit à la

manière dont des coopérations de plus en plus nombreuses s'instaurent entre équipes de psychiatrie, SAVS et SAMSAH,²⁶ comme l'a montré la recherche-action²⁷ menée par le CEDIAS²⁸ à l'instigation de la CNSA. Il est indéniable que de plus en plus de professionnels de la psychiatrie ont compris que le modèle du patient suivi exclusivement au long cours par les équipes soignantes est dépassé. La priorité d'aujourd'hui est que l'ensemble des acteurs des deux champs prennent en compte la complexité des troubles psychiques y compris dans sa composante de handicap, avec ses exigences de citoyenneté, pour apporter des réponses en matière de logement, de réhabilitation

psychosociale, d'insertion professionnelle, de vie sociale. On sort ainsi progressivement des logiques d'établissement ou de service pour des logiques transversales qui prennent davantage en compte la situation réelle des personnes à chaque moment de leur trajectoire. »

Selon le rapport du CEDIAS - « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? » - paru en octobre 2010, l'accompagnement social (ou médico-social) aurait des effets thérapeutiques réels et cela se traduirait notamment par une diminution des hospitalisations et une baisse de leur durée, observées pour une

majorité des personnes accompagnées par les services dont font l'objet cette étude. L'action de veille sanitaire menée par les services d'accompagnement permettrait notamment « de prévenir les décompensations et de ne pas attendre que la situation soit trop dégradée pour orienter la personne vers une hospitalisation. »

Selon ce même rapport, « le développement des habiletés sociales et le tissage de liens avec l'environnement participent à l'équilibre de la situation et à une amélioration globale de l'état de santé de la personne. » Aux interfaces des domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de nouvelles voies se dessinent ainsi promouvant l'alliance entre les professionnels du soin, ceux de l'accompagnement et les personnes handicapées psychiques.

Différents concepts (réhabilitation, rétablissement) sont d'ailleurs sous-tendus par la volonté de repo-

sitionner la personne handicapée au cœur d'un processus lui permettant de prendre conscience de ses compétences, de les développer pour mettre en action elle-même un projet de vie et favoriser son autonomie et son indépendance dans la société.

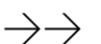
Selon Marie-Claude Barroche, présidente de la fédération AGAPSY, ces concepts « se situent dans un long et même processus. La personne rétablie est celle qui est en capacité de vivre parmi les autres, dans la cité, comme un citoyen ordinaire. Il demeure certes un citoyen fragile mais qui a repris confiance en lui et peut alors se réapproprier son destin. »²⁹

LA PAIR-AIDANCE COMME FACTEUR DE RÉTABLISSEMENT ET RESOCIALISATION

En ce sens de nombreuses expériences permettent d'ores et déjà

de redonner voix aux personnes handicapées psychiques, et la création des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) en est un exemple remarquable puisqu'elle promeut une démarche d'autonomie et d'entraide à travers l'autogestion.

Les GEM trouvent leur base légale dans la loi du 11 février 2005 tant comme moyen de prévention du handicap que comme élément de la compensation de celui-ci. L'objectif essentiel des GEM est de rompre l'isolement et l'exclusion sociale des personnes en souffrance psychique en favorisant leur insertion dans la cité, à travers la restauration et le maintien des liens sociaux. L'innovation du GEM tient à ce que pour la première fois des personnes handicapées psychiques sont invitées par les pouvoirs publics à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation d'un projet les



²⁶/ SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale, SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

²⁷/ Guide méthodologique pour la création de services spécialisés SAVS et SAMSAH en faveur des personnes en situation de handicap psychique. Septembre 2012

²⁸/ Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales

²⁹/ Pluriels n°94-95, janvier-février 2012, La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée, p. 5

LES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE, DE LA PARTICIPATION SOCIALE À LA CITOYENNETÉ

PAR LIONEL MOREAUX

PERSONNE RESSOURCE GEM VANNES HORIZONS,
DIRECTEUR ARASS-ITEP

« Ma stupéfaction a été de découvrir que, dans les groupes d'entraide mutuelle on rencontrait des patients capables de parler avec recul de leur maladie. Cela simplement parce que, dans le moment, ils n'étaient plus sous le regard des soignants, c'est-à-dire de ceux qui ont le désir de les orienter à partir de leur propre idée de la maladie mentale » (Guy Baillon, psychiatre³⁰). C'est peut être donc qu'il n'y a pas de « patients » dans les GEM, mais des personnes cherchant à s'entraider à travers diverses situations même si par moment le recours au soin est parfois incontournable.

Les relations entre professionnels et usagers

constituent une grille de lecture de l'exercice démocratique duquel parfois certains sont écartés du fait de la confusion entre le statut des personnes qui selon le handicap, véhicule des représentations les disqualifiant sur le raisonnement, et le droit en tant que citoyen de ces mêmes personnes, de témoigner avec compétence d'une expérience de vie sociale, de soin et de la relation entre les deux.

Trop souvent tout se passe comme si les troubles psychiques empêchaient chez les personnes concernées, un regard lucide sur la maladie, le soin, les conséquences sociales.

La participation sociale et la citoyenneté nécessitent des compensations. C'est en ce sens que le GEM revêt aussi un intérêt et constitue un exemple pour comprendre la relation entre soin, participation sociale et contribution citoyenne, pour une

meilleure santé publique et un changement des représentations sur le handicap psychique. La citoyenneté des usagers exige aussi une représentation des usagers juridiquement distinguée de celle des professionnels afin de limiter les conflits d'intérêts.

Il s'agit aussi d'évaluer le changement dans les institutions, les nouvelles formes d'accompagnement/de soin, les offres alternatives où les usagers se placent en coproduction de service dont ils ont besoin, même si cette dynamique nécessite un soutien professionnel (passer par exemple de « l'éducation thérapeutique » à la « coproduction thérapeutique »).

Il faudrait enfin tirer les conséquences pratiques d'un constat partagé depuis si longtemps, que la souffrance psychique, la santé mentale, ne peuvent se réduire à un traitement professionnel, que l'orga-

nisation des relations soignants/soignés devraient permettre une progression allant de l'action uniquement professionnelle, à une action principalement mise en œuvre solidairement par des usagers soutenus par des professionnels non soignants (ex des GEM), afin de limiter les éléments iatrogènes dans les relations professionnel/usager, où le soin parfois vient paradoxalement en tension avec la démarche « d'autonomie » des usagers, investie comme valeur centrale de santé mentale.

Tant de professionnels sont d'accord dans les colloques et les commissions sur l'importance des « usagers » : retrouvons nous aussi nombreux avec les usagers, sans confusion des places, pour des propositions politiques, professionnelles innovantes favorisant l'accessibilité à une vie sociale authentique comme facteur de santé publique !

³⁰/ ASH 24 août 2012- N° 2771

Ce service a pour mission l'accompagnement de 40 adultes handicapés psychiques dans leur prise d'autonomie.

Le SAMSAH s'adresse à des personnes, vivant seules ou en famille, mais également à certaines, au sortir de l'hôpital, pour qui le retour au domicile requiert un accompagnement.

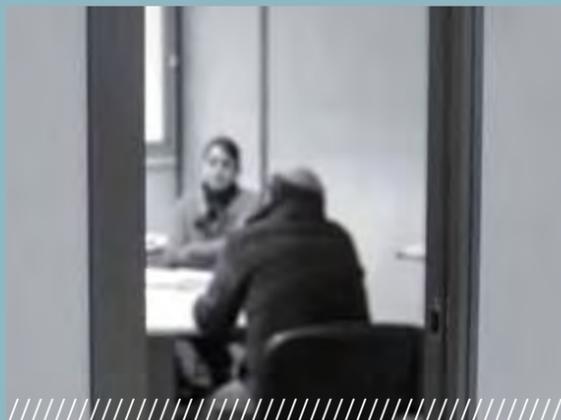
Ouvert toute l'année, le SAMSAH permet une vigilance au quotidien avec des visites de une à quatre fois par semaine et **anticipe ainsi les risques de dégradation de santé, courants chez la personne handicapée psychique quand elle n'est plus en milieu hospitalier.**

Il s'agit pour l'équipe pluridisciplinaire **de veiller au suivi d'un parcours régulier et coordonné des soins tout en mettant en place des réponses aux besoins essentiels de chacun, avec un suivi social : vie sociale et familiale, la citoyenneté, le logement, l'accès aux soins...**

L'action du SAMSAH s'inscrit dans un cadre de prévention de l'aggravation des troubles et de coordination des soins par :

- Une aide et un soutien à la continuité des soins,
- Une aide au repérage et au respect des différents rendez-vous médicaux,
- Un étayage psychologique pour soutenir la personne dans sa vie quotidienne.

Mais il propose également un accompagnement sur



les champs suivants :

- Soutien et organisation de la vie quotidienne et maintien du réseau relationnel,
- orientation et accompagnement dans les démarches administratives et professionnelles,
- accès aux droits sociaux ou leur maintien
- accès aux loisirs, sports, culture, etc

Pour réaliser ces missions, le SAMSAH s'inscrit dans un réseau important de partenaires médico-sociaux.

Contact : SAMSAH Œuvre Falret
27/29 rue Pajol 75018 Paris
Tél. : 01 44 65 66 59



concernant. Chaque GEM organise une série d'activités qui peuvent comprendre des discussions, des ateliers thématiques (peinture, informatique, photo, cuisine, théâtre, relaxation, etc.), des réunions festives, des sorties culturelles, loisirs, voyages ou toute autre activité spécifique entrant dans le cadre de leur projet d'entraide.

UN LOGEMENT, UN TRAVAIL, AVANT TOUT !

S'il ne suffit pas de proposer un logement pour permettre aux personnes en situation de handicap psychique de s'ouvrir à la

cité, et si un habitat inadapté, faute d'accompagnement spécifique ou d'un environnement sécurisant, peut aussi être source de souffrance et d'isolement, la question du logement reste primordiale et doit même parfois se poser préalablement à la mise en place de traitements. L'habitat, quelle que soit la forme qu'il prend, reste un élément structurant le projet de vie. Se posent malgré tout le plus souvent des problématiques liées à l'accompagnement dans la vie quotidienne (au-delà même de la question du soin), à l'accès au logement social et parfois à une structure adaptée.

À la grande diversité des choix de vie des personnes et des situations de handicap psychique doit répondre une grande variété de solutions de logements adaptés ainsi que d'accompagnements sociaux et médico-sociaux (aides ménagères, services divers d'accompagnement à la vie sociale, services d'accompagnement médico-sociaux pour les personnes adultes handicapées,...). Entre hospitalisation au long court et logement ordinaire, existent également - en nombre insuffisant aujourd'hui - des solutions intermédiaires permettant, selon les besoins de la



Rencontre avec Nicole Carsac, directrice de la Maison Relais Marie Galante et présidente départementale de l'Union nationale des amis et familles de malades Psychiques

Extrait du Livre ensemble (éditions Alternative) - Texte de Gilles Luneau

« La grande maison bourgeoise du 17 rue du Vert-Galant à Moulins (Allier) a été très joliment rénovée pour abriter neuf appartements. Crépi ocre, volets bleu ciel, entrée avec interphone et visiophone. Une allure de copropriété haut de gamme. La douzaine de résidents, célibataires et couples, ont fait le choix de vivre ici en sortant de l'hôpital psychiatrique. Tous sont adultes, avec une pathologie psychique stabilisée. Le séjour, limité à trois ans, est un sas de réadaptation à la vie en société. Au rez-de-chaussée, une maîtresse de maison, formée à l'aide médico-psychologique, règne sur les parties communes - cuisine, salle à manger, salon. En attendant de retrouver progressivement la capacité à faire leurs courses et leur cuisine dans leur appartement, les résidents prennent leurs repas en commun. La maîtresse de maison démêle aussi les questions administratives, organise des loisirs et apporte par sa présence un sentiment de sécurité, un point de repère. Au départ de cette initiative, il y a Pierre-Henry, fils de Nicole, qui a développé une schizophrénie à l'âge de dix-sept ans. La maladie l'a précipité dans des délires et l'a écarté définitivement de la normalité. Aujourd'hui, à trente-cinq ans, le traitement médicamenteux stabilise son mental mais ralentit sa concentration intellec-

tuelle. Il lui faut prendre son temps pour tout et baliser l'organisation de sa vie. Poser des repères. Ritualiser la vie quotidienne. Tel jour telle heure, telle chose : « il a besoin de rééducation, comme s'il ne savait pas alors qu'il a si bien su », souligne sa mère.

[...] La maison Marie Galante peut ouvrir en janvier 2011. Elle affiche complet depuis son ouverture, avec des résidents dont l'âge varie de vingt-trois à cinquante-sept ans. Certains n'ont eu besoin de cette mise à l'étrier de l'autonomie que pendant un mois ou deux. Ils reviennent en visite, en amis. Chaque locataire paie son loyer ce qui l'oblige préalablement à faire établir une carte d'identité et à ouvrir un compte en banque, choses dont on n'a pas besoin à l'hôpital et dont certains des résidents avaient oublié l'usage. Comme au restaurant, ils paient les repas préparés par la maîtresse de maison. Chacun gère son habitation, son linge, sa médication, ses visites, sa vie. Pour le prix du loyer, ils bénéficient de conseils de professionnels venant les voir : jardinier, diététicienne, conseillère en économie sociale et familiale, infirmière, assistante sociale. Pendant la journée, une partie d'entre eux travaillent dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou dans un atelier de l'hôpital de jour. D'autres s'occupent de la basse-cour, vont faire leur tour en ville où ils apprivoisent la réalité. Elle reste un but, un univers où chacun va cueillir une bribe de relation à l'autre, une parcelle de mieux être. Une moisson de petits bonheurs. »

Contact : Maison relais Marie Galante
17, rue du Vert Galant - 03000 MOULINS
allen.bourbonnais@orange.fr



NATHALIE TUFENKJIAN



personne, une vie plus sécurisée : appartement ou accueil familial thérapeutique, logements partagés, résidences accueils, foyer de vie, structures médicalisées.

Parce qu'accéder à l'emploi ou se maintenir en situation d'emploi, malgré des périodes de crise, peut-être un élément très structurant pour la personne en

situation de handicap psychique, cette question est également au cœur des préoccupations des personnes et associations mais également des employeurs régulièrement confrontés à des situations problématiques auxquelles ils ont encore de grandes difficultés à répondre. Selon le rapport de l'IGAS - La prise en charge du handicap psychique -

paru en août 2011, « le handicap psychique est à l'origine de difficultés particulières dans le monde du travail, en raison d'une altération possible des fonctions cognitives par les traitements et de difficultés comportementales et relationnelles qui, plus que pour tout autre handicap, renforcent les réticences de l'environnement professionnel et font de l'accès et

du maintien dans l'emploi un véritable enjeu. » Du fait du caractère invisible du handicap psychique, le recensement des personnes handicapées psychiques est difficile, mais les différentes études montrent un faible taux d'emploi. Afin de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi de la personne, la compensation réside le plus souvent dans

l'aménagement organisationnel du poste de travail (adaptation des rythmes et de l'environnement de travail, formalisation des relations interpersonnelles, définition précise des fonctions, calendrier,...), mais aussi dans la mobilisation d'un réseau d'acteurs internes et externes à l'entreprise. Pour la personne en situation de handicap psychique, les questions de san-

té, de vie quotidienne, de vie sociale et professionnelle étant interdépendantes, la mobilisation coordonnée des acteurs du sanitaire, du social et de l'économique permet d'apporter une réponse opérationnelle globale et répond à la volonté politique de structurer l'offre médico-sociale autour de partenariats.



FIL ROUGE met en synergie les champs du médical, du social, de l'insertion professionnelle et de l'entreprise au service de l'inclusion socioprofessionnelle des personnes présentant des troubles psychiques

Constitué en juin 2008, le Groupement de Coopération Médico-Sociale « Fil Rouge 35 » est venu pérenniser une démarche partenariale expérimentale financée par le programme EQUAL du fonds social européen et initiée par l'APASE³¹ en 2004. « Fil Rouge 35 » mène son action avec la volonté d'articuler la réalité de l'entreprise et la complexité des troubles psychiques. L'idée fondatrice du dispositif est d'offrir dans la durée un accompagnement souple et personnalisé, afin de favoriser les chances de (ré)inclusion sociale par l'emploi en milieu ordinaire de travail et d'agir au développement d'un contexte favorable à cette inclusion. La démarche se préoccupe de l'accès à l'emploi mais également de l'évolution et du maintien dans celui-ci. Il s'agit de créer les conditions pour que la personne puisse développer ses compétences au service de l'entreprise et que cette dernière intègre la personne dans une prise en compte de sa singularité. Toutefois, si cela est nécessaire, l'équipe d'accompagnement pourra également prendre en charge la réorientation, momentanée ou non, vers des dispositifs du non-emploi (40 % des bénéficiaires en 2008). L'accompagnement prend en compte le rythme des personnes, leur parcours, leurs difficultés et leur disponibilité psychique. En pratique, Fil Rouge n'exige pas, a priori, la reconnaissance de

travailleur handicapé. L'objectif de l'équipe est d'activer le réseau pour répondre aux besoins de la personne. Les services rendus par Fil Rouge se déclinent en prestations de :

- › accompagnement des personnes : analyse de la demande et des besoins,
- › accompagnement de parcours vers l'emploi et en emploi, suivi des propositions alternatives à l'emploi,
- › appui à l'environnement : conseil, formation/information, recherche.

Les personnes sont orientées vers Fil Rouge par les services de soin spécialisés en psychiatrie, les services de santé au travail, les services d'insertion professionnelle (Cap Emploi), les services d'insertion sociale. L'accompagnement spécifique permet une réduction du risque de mise en échec. A noter : 25 % des personnes qui interrogent le dispositif Fil Rouge au sujet d'une (ré-)insertion professionnelle vont, à cette occasion, initier ou reprendre le soin.



Contact : FIL ROUGE 35
65, avenue Aristide BRIAND - 35000 RENNES
filrouge@filrouge.info



Exercer un potentiel toujours vivant : une démarche vers l'inclusion

› Par Stéphane GRANGE, Coordinateur du projet social de Messidor

L'association **MESSIDOR** gère sur la région Rhône-Alpes des Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT) et des Entreprises Adaptées (EA) qui accueillent des personnes handicapées psychiques.

Messidor est une association qui existe depuis 1975. Elle a été créée à Caluire, dans la périphérie de Lyon par Vincent VERRY. L'idée fondamentale de son fondateur, en créant Messidor est basé sur un principe humaniste : « Toute personne, souffrant de difficultés psychiques et sociales, conserve un potentiel toujours vivant, qui demande à être entendu, mais qui demande également à être exercé ».

Messidor a réalisé une centaine d'insertions sur le marché de l'emploi sur la période 2008 à 2010. Ce qui correspond à 25 % des personnes ayant quittées Messidor sur la période. Et 62 % des travailleurs insérés étaient encore en poste le 31 décembre 2010. Enfin, 25 % des insertions ont été réalisées sur le secteur de la restauration collective.



Réaliser un parcours à Messidor sollicite la personne dans des ressources qu'elle a souvent perdu l'habitude d'utiliser, ou qu'elle ignore ou qui ont été altérées par la maladie.

La dynamique personnelle est engagée, rien ne pourra se faire sans la part active de la personne. La dynamique de transition suppose de quitter sa place de patient passif pour (re)trouver celle de travailleur actif. A messidor, la transition se fait à partir d'une mise en situation de travail productif. La personne est qualifiée de travailleur. Il signe un contrat de soutien et d'aide par le travail et perçoit chaque mois une garantie de ressources. Les activités proposées sont les suivantes : la chaîne graphique, l'entretien des espaces verts, les prestations en entreprise, l'hygiène et propreté, la restauration, la logistique.

Le projet de développer un espace de restauration collective permet d'accompagner ce public vers un emploi durable. Cette activité dégage une culture métier forte et permet de travailler sur la relation à l'autre sur les différents postes de restauration. La notion d'équipe est omniprésente avec une structuration des fonctions qui permet de rassurer les travailleurs. Chaque journée est rythmée par un planning régulier. Cet espace de transition n'est plus sanitaire mais lieu de travail, adapté,

Contact :
messidor@messidor.asso.fr

avec des acteurs professionnels et sociaux ayant un autre regard que celui des soignants. Les soins doivent continuer d'être suivis mais dans un lieu approprié aux soins. Ainsi le dispositif de Messidor ne prévoit pas de référents médicaux sur le lieu même du travail. Ça signifie que les travailleurs seront responsables de leur suivi médical, social, et également de leur déplacement, de leur hébergement. Pour autant le soin ne peut pas être dissocié de l'approche sociale. Et donc, tout au long du parcours des travailleurs, les conseillers d'insertion restent en lien avec les équipes médicale et sociale pour mieux cerner ses facteurs environnementaux et les projets qui s'y rattachent. Cette dimension est très importante dans la réalisation du projet de Messidor. Elle va permettre de gérer les situations où le trouble lié à la maladie devient trop présent et gêne le travailleur dans la réalisation de son activité professionnelle. Cette collaboration veille aussi à rappeler à tous que le travailleur est une personne avec une vie de famille, un travail, parfois des loisirs.

CONCLUSION

Le handicap psychique recouvre des réalités variées et exige de ce fait une adaptabilité des réponses proposées en termes de soins et d'accompagnement. Si la question de la place des secteurs sanitaire, médico-social et social n'est pas remise en question, l'articulation des acteurs reste une question essentielle dans l'intérêt unique de la personne, qui, du fait de la complexité des dispositifs, est susceptible de se retrouver en situation de rupture.

Or, les réponses apportées par les secteurs psychiatriques, par les services et structures sociaux et médico-sociaux sont le plus souvent très complémentaires. Si les soins et l'accompagnement social et médico-social poursuivent des objectifs distincts, l'un n'est effectivement pas sans effet sur l'autre.

Dans l'objectif de fluidifier les parcours de soins, d'éviter les ruptures d'accompagnement et d'améliorer ainsi plus globalement les conditions de vie des personnes en situation de handicap psychique, des expériences inté-

ressantes se développent afin de permettre un suivi adapté et durable de la personne. Ces expériences, qui sont menées de manière disparate selon les territoires, mobilisent généralement des équipes pluridisciplinaires, des acteurs sanitaires, des professionnels de l'accompagnement mais également les acteurs locaux de santé publique que sont les élus locaux ou les acteurs du logement, et assurent par ce biais une approche globale de la personne.

L'objectif est bien aujourd'hui que la personne en situation de handicap psychique retrouve sa place, non pas de patient ou d'usager, mais de citoyen doté de compétences et d'habiletés sociales et soit autant que faire se peut actrice de son parcours de vie.

REMERCIEMENTS

LE CCAH TIENT À REMERCIER POUR LEUR PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT :

Annick Hennion - Directrice Générale de l'Œuvre Falret

Martine Barrès - Médecin de santé publique, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Stéphane Voinson - Psychologue et Directeur d'Espoir 54

Marcel Jaeger - Titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale, directeur du département « droit, intervention sociale, santé, travail », Cnam

Dre Giuliana Galli-Carminati - MD PhD PD, chargée de cours à l'université de Genève

Eric Ducos - Coordinateur, Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud

Marie-Claude Barroche - Présidente d'Agapsy

Bernard Durand - Président de la FASM - Croix Marine

Lionel Moreaux - Personne ressource GEM Vannes Horizons, directeur ARASS-ITEP

Nicole Carsac - Directrice de la Maison Relais Marie Galante et présidente départementale de l'Union nationale des amis et familles de malades Psychiques

Yves Saieb - Directeur du FAM le Florian

Stéphane Grange - Coordinateur du projet social de Messidor

ET POUR LEURS TÉMOIGNAGES :

Elisabeth Prévot - Adhérente usager du groupe d'entraide mutuelle VANNES HORIZONS

Paschaze D. - Usager d'Espoir 54

Nathalie G. - Usager d'Espoir 54

Coordinatrice : Karine Reverte - Directrice du CCAH

Rédactrices : Alice Duquoc, coordinatrice de projets, Fanny Thiron, chargée de mission

ISSN 2102 0027



Ce symbole indique les établissements ou services ayant fait l'objet d'un financement accordé par les membres adhérents du CCAH.

Depuis 1971, le CCAH soutient la création de structures et de services permettant l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de handicap. 1 500 projets ont ainsi été aidés financièrement.

Cette collection des « Cahiers du CCAH », destinée à tous celles et ceux qui souhaitent mieux appréhender le secteur du handicap, propose, à travers l'approfondissement d'un thème spécifique, de valoriser des expériences exemplaires en les replaçant dans le contexte législatif et institutionnel actuel et de mettre en lumière les efforts à poursuivre pour l'insertion pleine et entière des personnes handicapées dans la société.

Document téléchargeable sur www.ccah.fr

LES GROUPES DE PROTECTION SOCIALE

AGRICA - AG2R LA MONDIALE -
APICIL - AUDIENS - B2V - CRC -
HUMANIS - IRCEM - IRP AUTO -
KLESIA - LOURMEL -
MALAKOFF MÉDÉRIC -
PRO BTP - RÉUNICA



LES MUTUELLES

CNG-MG MUTUELLE DE LA
GENDARMERIE - LA MUTUELLE GÉNÉRALE -
MCDEF - MGEFI - MGEN - MIP - MMJ -
MNH - MUTUELLE DU PERSONNEL
DU GROUPE SOCIÉTÉ GÉNÉRALE -
INTÉGRANCE - MUTUELLE RENAULT -
MUTUELLE DU TRÉSOR - SMAR

LES ENTREPRISES, COMITES D'ENTREPRISE, CAISSES D'ACTION SOCIALE ET AUTRES ORGANISMES

ACAS du CEA - AFEH DE LA POSTE ET DE FRANCE
TÉLÉCOM - ANCV - APAS BTP - ASSOCIATION DES ANCIENS
ÉLÈVES ET DIPLÔMÉS DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE -
BNP PARIBAS - CAES du CNRS -
CCAS DU PERSONNEL DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUE
ET GAZIÈRE - CNBF - CRÉDIT AGRICOLE SA -
CRÉDIT COOPÉRATIF - OCIRP -
RSI ILE-DE-FRANCE - SNCF

LES ASSOCIATIONS NATIONALES

ANAÉ - ANCREAI - APF - CESAP - CNAPE -
CROIX ROUGE FRANÇAISE - FAF - FÉDÉRATION
DES APAJH - FÉDÉRATION D'AIDE À LA SANTÉ
MENTALE CROIX-MARINE - HANDICAP
INTERNATIONAL - L'ADAPT - ORDRE DE MALTE
FRANCE - UNAFAM - UNAFTC - Unapei -
U.N.A.P.H. - UNIOOSS - UNISDA

7, rue Treilhard
75008 Paris

Tél. : 01 42 27 78 51
Fax : 01 44 40 44 05
contact@ccah.fr

PRIX : 5 €