



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales

Promotion 1999 - 2001

Date du Jury : 27 Février 2001

**LA REINSERTION
SOCIALE ET PROFESSIONNELLE
DES PERSONNES
SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE**

Raphaël GABORIT

SOMMAIRE

Méthodologie	
Introduction	1
I- LE CADRE JURIDIQUE ET LES CONCEPTS FONDAMENTAUX	6
A/ Le cadre juridique général des structures et établissements appelés à œuvrer en matière de réinsertion sociale et/ou professionnelle des personnes souffrant de maladie mentale.....	6
<i>A1/ Le champ de la santé mentale</i>	6
<i>A2/ Le champ du handicap et les structures médico-sociales</i>	7
<i>A3/ La réinsertion sociale dans les lieux de vie pour personnes handicapées</i>	9
<i>A4/ La réinsertion par le travail en milieu protégé</i>	11
<i>A5/ L'insertion en milieu ordinaire</i>	12
B/ La genèse du concept et la population concernée	13
<i>B1/ Quelques repères historiques</i>	13
<i>B2/ Les concepts de stabilisation, réadaptation, réhabilitation et de réinsertion</i>	14
<i>B3/ La population concernée et la nosographie</i>	16
<i>B4/ Quelques éléments de morbidité</i>	17
C/ Synthèse des travaux existants au plan national et des problématiques connexes à la réinsertion sociale des personnes malades mentales	18
<i>C1/ Quelques exemples d'établissements de réadaptation</i>	18
<i>C2/ Les problématiques connexes à la réinsertion sociale et professionnelle des malades mentaux</i>	22

II LES STRUCTURES GERÉES PAR LA SOCIÉTÉ VENDEENNE D'AIDE À LA SANTÉ MENTALE (SVASM) EN FAVEUR DE LA REINSERTION SOCIALE ET/OU PROFESSIONNELLE.....	27
A/ Historique et positionnement de ces établissements dans leur environnement....	28
A1/ <i>Le dispositif de la psychiatrie publique vendéenne</i>	28
A2/ <i>Les établissements médico-sociaux vendéens et la prise en charge des malades mentaux</i>	29
B/ Le CHRS de la « Porte St Michel »	30
B1/ <i>Présentation générale</i>	30
B2/ <i>Une population jeune relativement diplômée avec quelques réussites sur le plan de la réinsertion sociale</i>	32
C/ La SVASM gère également des ateliers thérapeutiques à cadre industriel, un CAT et un atelier protégé au sein d'un ensemble d'usines.	33
C1/ <i>Présentation des « Ateliers des Bazinières »</i>	33
C2/ <i>Une autonomie financière qui s'appuie sur les minimas sociaux et un recrutement majoritairement en provenance du Centre Hospitalier Spécialisé</i>	35
C3/ <i>Quelques réussites sur le plan de la réinsertion professionnelle ou sociale</i>	36
D/ Le foyer de post-cure psychiatrique « La Fontaine »	37
D1/ <i>présentation du foyer</i>	37
D2/ <i>Conditions d'admission</i>	38
D3/ <i>Trois catégories d'objectifs</i>	38
E/ Le travail en amont au CHS de la Roche sur Yon.....	39
E1/ <i>La Fédération des Thérapies Médiatisées (FTM)</i>	39
E2/ <i>Le bilan des sorties d'un des deux ateliers</i>	41

F/ La SVASM constitue un outil associatif à promouvoir en complémentarité des établissements hospitaliers	43
---	----

III/ PERSPECTIVES ET SOLUTIONS 45

A/ l'impossible réinsertion socioprofessionnelle d'un certain nombre de malades mentaux et l'insuffisance de lieux de vie adaptés.....	45
--	----

<i>A1/ Il faut que les pouvoirs publics actent l'impossible réinsertion socioprofessionnelle d'un certain nombre de malades mentaux.....</i>	<i>45</i>
--	-----------

<i>A2/ L'insuffisance d'équipements sur le plan médico-social et de lieux de vie pour malades mentaux stabilisés</i>	<i>46</i>
--	-----------

<i>A3/ Et l'absence de souplesse des prises en charge proposées</i>	<i>47</i>
---	-----------

B/ Le principe de l'absence de création de filières spécifiques doit souffrir quelques exceptions	47
---	----

<i>B1/ Sur le champ du handicap mental.....</i>	<i>47</i>
---	-----------

<i>B2/ -En matière de logement, des solutions doivent être recherchées pour pallier le recentrage de l'hôpital psychiatrique sur un lieu de soins uniquement.....</i>	<i>50</i>
---	-----------

C/ Un travail du dispositif de lutte contre les maladies mentales qui doit être plus en lien avec les acteurs de la cité	59
--	----

<i>C1/ L'importance du suivi du secteur et la nécessaire prise en compte de la dimension sociale et professionnelle pour préparer au mieux la sortie.....</i>	<i>59</i>
---	-----------

<i>C2/ Améliorer l'ancrage social de l'hôpital de la cité et accroître les collaborations entre le secteur social et psychiatrique.....</i>	<i>60</i>
---	-----------

CONCLUSION 63

BIBLIOGRAPHIE

METHODOLOGIE

Le choix de ce sujet est lié au stage dit « population » portant sur les personnes en situation de précarité et m'ayant fait connaître le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de la « Porte St Michel ».

Ce CHRS, créé initialement pour accueillir des populations sortant de psychiatrie, a aujourd'hui une vocation sanitaire qui ne correspond plus aux missions sociales traditionnellement dévolues à ce type d'établissements (cf. note en annexe 4). Or, cet établissement devait constituer un des pivots sociaux du département vendéen pour ce type de population. Il en a résulté cette question de fond : pourquoi l'objectif de réinsertion sociale et professionnelle est-il si difficile à atteindre ?

Plusieurs étapes ont présidé à la rédaction de ce mémoire :

- L'analyse de la littérature et de la réglementation a constitué une démarche fondamentale pour analyser les problématiques nationales afférentes au thème traité et, observées dans le département vendéen.
- Une approche des équipements et dispositifs du champ psychiatrique, médico-social et social a constitué la deuxième étape.
- La troisième étape a consisté à analyser le discours des professionnels intervenant dans le champ étudié (personnels de la SVASM, du CHS, de l'EPSR, des acteurs sociaux).

Mon stage en établissement dans deux services de psychiatrie au CH de Fontenay le Comte et au CHS de la Roche Sur Yon m'ont été particulièrement profitables pour confronter mes idées avec les professionnels de la santé mentale et m'informer sur les trajectoires des personnes pris en charge dans les différentes structures.

INTRODUCTION

En France, plus d'un million d'adultes ont été suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 1997. Les troubles psychiatriques constituent également la deuxième cause d'arrêt de travail pour les affections de longue durée et le principal motif de recours aux médecins généralistes. En matière de morbidité, les derniers chiffres de l'OMS donnent une prévalence globale en population générale de 9,4% pour les troubles dépressifs majeurs unipolaires, de 0,5% pour la schizophrénie et 2,7% pour l'anxiété généralisée.

C'est dire que la maladie mentale constitue un enjeu majeur de santé publique qu'il convient de relever, et qui concerne au premier chef, mais pas uniquement, le dispositif de la psychiatrie publique.

La mise en place de la sectorisation, dont le texte fondateur est la circulaire du 15 mars 1960 et qui s'est réellement mis en place à partir des années 1970, a constitué une rupture avec le modèle asilaire consacré par la loi du 30 juin 1838, et a érigé l'hôpital uniquement en lieu de soins en opposition avec la fonction de lieu de vie qu'il occupait précédemment. Mais il a fallu attendre la loi du 25 juillet 1985 pour qu'une base législative soit conférée au secteur comme cadre légal de circonscription géographique d'exercice de ces missions

La sectorisation se définit aussi par une double continuité des soins, géographique et par une permanence de l'équipe pluridisciplinaire de soins. Le secteur psychiatrique qui s'est réellement mis en place pendant les années 1970 a depuis cherché à s'ouvrir à l'extérieur même si des progrès restent encore à réaliser. La politique de sectorisation a depuis cherché à « casser » la chronicisation et l'hospitalo-centrisme, un peu à l'instar du modèle de la psychiatrie à l'italienne. Cet objectif conduit notamment à réduire le nombre de prises en charge « inadéquates » en psychiatrie par création de structures médico-sociales. Les deux lois du 30 juin 1975 relative à l'orientation en faveur du handicap et aux institutions sociales et médico-sociales ont permis une réinsertion sociale pour une partie des malades mentaux considérés comme stabilisés et désavantagés socialement du fait de leur maladie.

Il convient ici de rappeler les concepts de handicap et de maladie mentale. Une approche manichéenne distingue la maladie mentale du handicap par la capacité qu'a le malade à guérir contrairement au handicapé. Il convient néanmoins de nuancer cette distinction par le fait que la maladie mentale « stabilisée » génère, selon la classification

de WOODS un désavantage social : la notion de handicap suppose une déficience quantifiable et définitivement fixée alors que la pathologie mentale suit théoriquement un processus toujours évolutif si bien que la fédération des Croix-Marines préfère utiliser le vocable de handicap par maladie mentale plutôt que de handicap mental. Il s'agit entre autre d'un terme plus précis qui exclue les déficiences intellectuelles innées. Certains considèrent que la reconnaissance de la maladie comme un handicap, reste une démarche qui contredit, d'une certaine façon, la dimension évolutive de la maladie alors que de nombreux « césame » sont ouverts par une Reconnaissance en Qualité de Travailleurs Handicapés

Au plan juridique, la mission de réinsertion sociale est inscrite dans la l'article 1 de la loi du 27 juin 1990 et codifiée au L .326 du Code de la Santé Publique « La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. ». La loi du 3 janvier 1968 en instituant les trois mesures de protection juridique que sont la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle protège « le majeur qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'incapacité de pourvoir seul à ses intérêts et lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie.. » et participe donc notamment à éviter une désinsertion due à une mauvaise gestion financière

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale précise cette mission de réadaptation et de réinsertion sociale dévolue au secteur psychiatrique. Ce texte développe six orientations de la politique en santé mentale dont l'une consiste à « pallier les conséquences des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes et de leur entourage, participer à l'insertion sociale des personnes malades ». La psychiatrie publique est devenue au fil des ans une psychiatrie active et ce grâce au nouveau dispositif institutionnelle et aux progrès chimiothérapeutiques. Une illustration très nette de ce recentrage de la psychiatrie publique est perceptible à travers la diminution des capacités d'hospitalisation complète et des durées de séjour Entre 1990 et 1997, le nombre de lits a diminué de 32% alors que le nombre de places a crû de 25%. Parallèlement les durées moyennes de séjour étaient de 175 jours dans les Centre Hospitaliers dispensant des soins en santé mentale (ex CHS), de 100 en 1990 et de 38,2 en 1997¹

Le discours officiel affirme le souci de réhabilitation psychosociale aujourd'hui comme une volonté politique affichée qui devrait réjouir les professionnels qui, en s'appuyant sur

¹ DREES, n°17, janvier 2000

les ressources de la communauté, s'efforcent depuis longtemps d'éviter à leurs patients »les filières de ségrégation ». Or, comme le souligne le rapport « JOLLY » du Conseil Economique et Social, les missions de prévention ainsi que de réinsertion sociale semblent avoir été oubliées

Nombre de malades mentaux restent hospitalisés en psychiatrie faute de structures alternatives adéquates. En outre, beaucoup de patients psychotiques vivent dans la cité dans des situations dramatiques d'isolement et de très hypothétique réinsertion sociale. Ces personnes cumulent une problématique de désocialisation ou de perte des liens sociaux et une problématique psychiatrique qui rendant très souvent fortement anxiogène la relation à l'autre et qui interagit fortement sur la situation sociale. La question de l'environnement social et économique semble fondamental pour appréhender la problématique de la réinsertion des malades mentaux. Actuellement, la France compte 6,7 millions de personnes sans emploi ou sous-employés.

La compétition accrue, la recherche d'une rentabilité maximum, le harcèlement psychologique rendent difficiles l'insertion de personnes fragilisées sur le plan psychique.

Le mémoire abordera le thème de la réinsertion sociale et professionnelle des patients sortant de psychiatrie et dont la pathologie mentale est suffisamment sévère pour engendrer des difficultés importantes dans la gestion de leur vie quotidienne et au plan des rôles sociaux. Il est en effet difficile de cerner les contours de la maladie mentale. Les pathologies psychiatriques recouvrent des difficultés relationnelles, des troubles génétiques, des conduites addictives qui, sur le plan de la nosographie, vont de la névrose sévère à la psychose. Mais, le mal être psychique conséquent à une situation de précarité ne fait pas l'objet de cette étude. Ainsi, les études sur les liens entre la précarité et la santé mentale montrent que les grandes pathologies psychiatriques se retrouvent dans la population des exclus dans les mêmes proportions que dans la population générale même si les conduites addictives et la souffrance dite réactionnelle sont plus présentes.²

Les soins de réadaptation qui constituent des soins psychiatriques à part entière ont toute leur importance dans cette problématique. La première conférence de consensus en psychiatrie reprend la définition du Dr JOLIVET pour les soins de réadaptation : « La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion

i
Antoine LAZARUS « Psychiatrie et grande exclusion » 1996

ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît problématique mais pour lesquelles on peut espérer une évolution positive, à moyen terme, afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale ». Le terme de réadaptation est le plus ancien car employé dans la psychiatrie de l'après-guerre.

La réinsertion, introduit dans le dictionnaire en 1965 renvoie à la « réintroduction de quelqu'un dans une société ou dans un groupe », à une intégration en réciprocité avec la société.

Le terme de réhabilitation qui est plus usitée dans le vocabulaire actuel signifie en français le rétablissement de quelqu'un dans une situation juridique antérieure, en relevant de déchéance, d'incapacité. Au sens littéral, la réhabilitation signifie recouvrer ses « habilités » en anglais, c'est à dire ses compétences, ses capacités.

Gilles VIDON dans son ouvrage intitulé « la réhabilitation dans tous ces états » donne une définition très synthétique de ce que la réhabilitation psychosociale peut signifier : « Elle se définit comme les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales ». Ses buts consistent à « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible » .

Il faut également préciser qu'une réinsertion sociale réussie ne suppose pas nécessairement une réinsertion professionnelle préalable. Toutefois « le travail constitue, l'un des pôles majeurs de la réalisation personnelle, l'un des rôles sociaux qui viennent étayer le plus solidement l'identité et l'estime de soi ». ³ Renaud SAINSOULIEU accrédite la thèse de la valeur intégrative du travail. Le travail est considéré tour à tour comme un facteur d'autonomie financière dans une société marchande, un outil de lien social « une structure de mise en relation » et un facteur d'épanouissement (de réalisation de soi et de créativité).

Et sortir de la psychiatrie ne signifie pas seulement sortir de l'enceinte de l'hôpital ; ce dernier dispose d'ailleurs de multiples structures alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour, de nuit, CATTP, accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutique) situées extra-muros, dans la cité. Ce système de développement de structures extra-

muros peut rencontrer l'écueil consistant à reproduire paradoxalement les risques du modèle asilaire : et à rendre passif et dépendant tout malade. Des phénomènes de « néo-chronicisation » peuvent ainsi apparaître. En tous les cas, sortir de la psychiatrie ne saurait se limiter à sortir de l'hôpital *intra-muros* ou *extra-muros*. Il faut en effet que le patient se débarrasse également de son statut de malade.

La réinsertion sociale en psychiatrie pourrait donc se définir comme cumulant plusieurs conditions :

- l'absence de nécessité d'une prise en charge en hospitalisation complète et/ou à temps partiel,
- la présence d'un réseau relationnel de ressources financières et d'un logement.

Il faut souligner qu'il n'y a pas de dispositif particulier appartenant au champ des équipements psychiatriques permettant aux malades mentaux de se réinsérer socialement et/ou professionnellement hormis les soins de réadaptation qui ne constituent qu'une étape vers la réinsertion. Par conséquent, les dispositifs de droit commun du champ social et médico-social doivent être activés en tant que de besoin.

Le problème posé qui est donc concomitant à la diminution des capacités d'hospitalisation complète est la recherche d'alternatives à l'hospitalisation mettant en lumière l'absence de solutions d'hébergement en particulier pour les malades mentaux qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers. Ce manque de structures « alternatives à l'hébergement » constitue d'ailleurs un motif de retardement de leur sortie

De plus, la difficile réinsertion sociale et professionnelle des personnes issues de psychiatrie pose question quant à la pertinence de l'utilisation des dispositifs de droit commun.

La première partie de ce mémoire professionnel s'attachera à étudier le cadre juridique et les concepts fondamentaux de la réinsertion des malades mentaux.

La deuxième partie s'appuiera sur les dispositifs gérées par une association vendéenne clé œuvrant en matière de réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de maladie mentale : la Société Vendéenne d'Aide à la Santé Mentale.

³ In Renaud SAINSOULIEU : « L'identité au travail. » Presse de la fondation nationale des sciences politiques

La troisième partie proposera des perspectives et solutions en lien avec les hypothèses formulées et la réalité observée dans le département vendéen.

I- LE CADRE JURIDIQUE ET LES CONCEPTS FONDAMENTAUX

A/ Le cadre juridique général des structures et établissements appelés à œuvrer en matière de réinsertion sociale et/ou professionnelle des personnes souffrant de maladie mentale

A1/ Le champ de la santé mentale

Historiquement, les centres de traitement et de réadaptation sociale en 1948 (convention Sécurité Sociale) mis au point par le Docteur SILVADON ont vu le jour quatre ans avant l'apparition de la pharmacopée et peuvent être considérés comme les premiers établissements de réadaptation en santé mentale.

En 1956, sollicité par la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, Silvadon inaugure l'Institut Marcel Rivière, considéré comme le premier dispositif intégré de psychiatrie sociale.

Toutefois, l'objectif de réinsertion sociale et professionnelle n'est une préoccupation affichée des pouvoirs publics que depuis de la mise en place effective de la sectorisation dans les années 1970 et dont le texte fondateur est la circulaire du 15 mars 1960.

C'est la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale qui précise cette mission de réadaptation et de réinsertion sociale dévolue au secteur psychiatrique et qui sera consacrée sur le plan législatif par la loi du 27 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. Ce texte développe six orientations de la politique en santé mentale dont l'une consiste à « pallier les conséquences des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes et de leur entourage, participer à l'insertion sociale des personnes malades ». Cette circulaire fait référence aux équipements gérés par le secteur psychiatrique dont le texte réglementaire est l'arrêté du 14 mars 1986 (cf.annexe 1)

Le terme « participer » renvoie au rôle non exclusif des secteurs psychiatriques en matière de réinsertion sociale.

Parallèlement, la circulaire indique que la psychiatrie publique prend nécessairement mais pas exclusivement en charge les personnes les plus démunies et les plus invalidées par la maladie.

Il faut souligner qu'en terme de réinsertion sociale, la gravité des troubles mentaux comme le faible niveau social ne sont pas des facteurs de réussite en matière de réadaptation et de réinsertion sociale. La circulaire le reconnaît et indique que « ces missions ne sont pas aisées à remplir ; elles demandent aux établissements de soins qui participent au service public de la créativité autant que de la persévérance ».

En matière de réadaptation, la circulaire précise que :

- « Il apparaît que l'on peut en cette matière se donner un objectif de résultat : on retiendra comme indicateur la proportion de patients à réinsérer parmi ceux dont l'hospitalisation, de l'avis des équipes de soins, s'est prolongée faute de relais. Cet objectif sera fixé dans chaque secteur, en concertation avec les équipes concernées ».

La circulaire évoque également les nécessaires redéploiements de moyens en matière de création d'équipements alternatifs à l'hospitalisation mais également en matière de structures médico-sociales.

- « Il convient plus particulièrement d'insister sur la nécessité de créer des structures d'hébergement, d'aide à la vie quotidienne et d'aide au travail qui manquent aux personnes dépendantes du fait de la pathologie mentale (maisons de retraite et foyers médicalisés, centre d'aide part le travail, ateliers protégés notamment). L'ouverture de tels équipements ne peut que faciliter l'entreprise de transformation des établissements psychiatriques pour lesquels l'une des difficultés les plus grandes est justement de trouver un relais social pour les patients dont la prise en charge à temps complet ne se justifie pas ou plus ».

A noter que la circulaire du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale précise l'intérêt de développer des structures intersectorielles utilisant certaines techniques spécifiques telles que des unités de réadaptation.

A2/ Le champ du handicap et les structures médico-sociales

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 reconnaît les droits fondamentaux des handicapés à l'éducation, aux soins et au travail. Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des personnes handicapées définies comme « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites par suite d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ». Elles ne sont donc pas spécifiques aux malades mentaux afin d'éviter une stigmatisation. Toutefois, dans l'esprit de la plupart des gens, l'octroi de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) colle d'une certaine façon une « étiquette » alors que cette reconnaissance ne dispense pas, bien au contraire, de réaliser des efforts pour s'insérer socialement. De plus, les décisions de la COTOREP concernant l'octroi de l'AAH et la reconnaissance de travailleur handicapé sont très souvent provisoires (3 à 5 ans).

Chaque département dispose **d'une Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel** composée de 19 membres nommés pour trois ans renouvelables par le préfet. Ses missions sont au nombre de quatre :

- reconnaître la qualité de travailleur handicapé ,
- orienter les handicapés et assurer leur reclassement ,
- désigner les services ou établissements adéquats de réadaptation, d'accueil ou de reclassement ,
- attribuer les aides et allocations prévues par la loi : l'AAH, par exemple, est attribuée aux français ou aux ressortissants d'un pays ayant passé une convention avec la France, âgés d'au moins de 20 ans et invalides à 80% au moins.

La DREES (Direction des études et statistiques) a publié une étude relative à l'accès à l'allocation adulte handicapé. Cette étude, effectuée sur un échantillon de 10 000 demandeurs d'AAH⁴ indique notamment le profil des demandeurs en fonction du taux d'incapacité. La répartition des demandeurs par type de déficience principale révèle que :

- 18,8% font valoir en premier lieu une déficience intellectuelle,
- 24,2% une déficience du psychisme.

⁴ in le journal de l'Action sociale – février 2000 : « Les nouveaux bénéficiaires de l'AAH »

Parmi les demandes s'appuyant sur une déficience intellectuelle, 65% ont un accord avec un taux d'incapacité supérieur à 80% et 26% un accord avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%. Les rejets et sursis représentent 9%.

Parmi les demandes s'appuyant sur une déficience du psychisme correspondant plus à une déficience acquise du fait de la maladie mentale, 34% ont un accord avec un taux d'incapacité supérieur à 80% et 44% un accord avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%. Les rejets et sursis représentent 22%.

La COTOREP peut également demander à ce que le travailleur handicapé suive un stage de formation soit dans un centre agréé à vocation inter-départemental dénommé centre de préorientation professionnelle, soit dans un centre agréé par la formation professionnelle, soit auprès d'une entreprise.

Cette formation dont la durée ne peut excéder douze semaines, permet des évaluations et mises en situation professionnelles.

A3/ La réinsertion sociale dans les lieux de vie pour personnes handicapées

La Réinsertion sociale pour des patients très lourdement handicapés par leur maladie mentale peut apparaître utopique voire antinomique.

Toutefois, si l'on considère que la réinsertion sociale est relative car fonction des capacités d'intégration d'une personne dans la société, le passage d'un lieu de soins à un lieu de vie des lieux de vie que sont les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisés) et les FDT (Foyers à Double Tarification) peut constituer une forme de réinsertion sociale.

Les Maisons d'Accueil Spécialisés (MAS)

Elles reçoivent, sur décision de la COTOREP, des adultes handicapés intellectuels, moteurs ou somatiques graves ou des personnes présentant une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels, qui sont incapables de se suffire à eux-même dans les actes essentiels de l'existence, et qui nécessitent en outre une surveillance médicale et des soins constants.

Les publics concernés sont donc des personnes handicapées ne nécessitant pas ou plus de traitement actif et n'ayant pas d'autonomie. En MAS, le nombre de psychotiques est estimée à 16,6% sur un effectif de 726⁵.

Les Foyers à Double Tarification (FDT)

Pour répondre aux besoins d'adultes lourdement handicapés, il a été décidé de développer à titre expérimental, un programme de création de FDT.

Le forfait soins à la charge de l'assurance maladie permet de couvrir les soins permanents que requièrent les personnes dépendantes.

La population accueillie doit être préalablement orientée par la COTOREP et être atteinte de déficiences physiques ou mentales (déficience intellectuelle ou handicap par maladie mentale) les rendant inaptes à toute activité professionnelle et rendant nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

Très peu de malades mentaux sont pris en charge dans les FDT.

Les Foyers Occupationnels (FO)

Appelés aussi foyer de vie lorsqu'ils disposent d'un foyer d'hébergement, ils sont destinés à recevoir des personnes handicapées qui ne possèdent pas une capacité suffisante pour exercer une activité professionnelle, même en milieu protégé, mais qui, néanmoins, ont une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes.

Ces foyers mettent en œuvre des soutiens médico-sociaux adaptés à l'état des personnes qui y sont accueillies, après décisions de la COTOREP. Ces établissements sont créés sur l'initiative des conseils généraux et les frais d'hébergement sont à la charge de la personne hébergée ou de l'aide sociale participant éventuellement pour le surplus.

Au plan national, il y aurait en 1995 21,5% % de psychotiques sur un effectif de 20 000 personnes⁶ résidant en FO.

L'articulation entre le travail protégé et le milieu occupationnel doit être assurée au même titre que celle qui devrait exister entre le milieu du travail protégé et celui du travail ordinaire.

Ceci est important car cela évite une césure qui n'a pas toujours lieu d'être notamment en terme de capacités de travail entre le FO et le CAT par exemple.

Il faut néanmoins que des structures d'hébergement dites «occupationnelles » se développent pour répondre à un réel besoin. Les décisions appartiennent en l'occurrence au pouvoir politique départemental.

^{4 5 6 8} Rapport sur l'évolution des soins en santé mentale-Ministère de la Santé Publique et de l'Assurance-Maladie-juin 1995

Ainsi, les activités sont soustraites à des impératifs de rendement mais participent à un souci d'épanouissement et de développement des performances individuelles.

Grâce au développement d'un fort partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales, on peut assister au développement de structures comportant un FO et un CAT et permettant de moduler le travail en CAT avec des activités en FO.

Les Centres d'Aide par le Travail

Il s'agit de structures médico-sociales qui accueillent des personnes handicapées, quelle que soit la nature du handicap et dont le rendement faible est jugé inférieur au tiers de la normale. Les travailleurs de CAT sont orientés par la COTOREP.

Les CAT ont deux budgets dont l'un est financé par l'aide sociale de l'Etat et l'autre par un budget production issu des produits de l'activité économique. Ce double financement permet l'emploi de personnel éducatif accompagnant les travailleurs sur le plan psychologique, socio-éducatif et participant au développement de leurs potentialités professionnelles.

rythme adapté avec des conditions de travail aménagées. Le CAT peut passer une convention avec le secteur psychiatrique pour accueillir des malades mentaux faisant l'objet d'interventions thérapeutiques.

Les CAT accueillent 12,2% de malades mentaux pour près de 70 000 places au total⁷. Le rapport JOLLY ⁸indique qu'on estime généralement à 20 000 le nombre de places qu'il faudrait créer pour faire face aux demandes.

Les Ateliers Protégés

Le code du travail mentionne que les ateliers protégés constituent des unités économiques de production qui mettent les travailleurs handicapés à même d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions de travail adaptées à leurs possibilités. Ils doivent en outre favoriser la promotion des travailleurs handicapés et leur accession à des emplois dans le milieu ordinaire. A la différence des CAT, les ateliers protégés nécessitent de la part des travailleurs un rendement au moins égal à un tiers à la normale.

Il est souhaitable de ne pas séparer le travail en milieu ordinaire du travail en milieu protégé. L'idéal serait de considérer que les deux modes d'insertion professionnelle forment un *continuum* permettant d'adapter les réponses aux besoins des intéressés et à leur évolution.

Ainsi, on peut imaginer des parcours partant du travail protégé et permettant d'acquérir les savoir-faire et une confiance en soi avant un essai en milieu ordinaire de travail

i

⁸ rapport au Conseil Economique et Social présenté par Monsieur Pierre Jolly : « Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et Perspectives »

mais avec accompagnement. Il y aurait seulement 3,4% de psychotiques en atelier protégé⁹.

A5/ L'insertion en milieu ordinaire

La recherche d'un emploi par les Equipes de Préparation de Suite et de Reclassement (EPSR) dans le cadre de l'application de la loi de 1987

La loi du 10 juillet 1987 impose aux administrations, aux collectivités locales et aux entreprises privées de plus de 10 salariés une obligation d'emploi de personnes reconnues handicapées par les COTOREP à hauteur de 6% de leurs effectifs.

Pour s'acquitter de cette obligation, les entreprises peuvent, outre l'embauche de salariés, soit verser une cotisation à l'AGEFIPH (Association Nationale pour la gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle) de 500 fois le SMIC horaire par emploi manquant, soit employer des travailleurs de CAT et/ou d'atelier protégé ou bien de centres de distribution de travail à domicile. Actuellement, environ 4% de personnes handicapés travaillent dans le secteur privé, 3% dans la fonction publique d'Etat, 5% dans la fonction publique territoriale et 5,5% dans la fonction publique hospitalière.

Les fonds gérés par l'AGEFIPH sont également utilisés au financement de travaux d'adaptation du poste de travail des handicapés. Les aides de l'AGEFIPH donnent des résultats intéressants en matière de financement d'équipement adapté pour handicapé moteur qui s'avèrent moins probantes pour les handicapés mentaux.

La reconnaissance du statut de travailleur handicapé doit s'accompagner de la part des EPSR d'actions de recherche d'emploi et de maintien dans le milieu de travail.

Les contrats aidés

Les travailleurs handicapés et assimilés bénéficiaires de l'obligation d'emploi instituée par la loi du 10 juillet 1987 ont droit à l'ensemble des dispositifs d'aide à l'emploi et notamment aux contrats emplois-solidarité et aux contrats initiative-emploi.

Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) : un établissement social souvent confronté au problème de la maladie mentale

La loi de 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions modifie l'article 185 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale en précisant que « bénéficient sur leur

i_____

demande de l'aide sociale pour être accueillies en CHRS les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Les CHRS accueillent à titre non négligeable des publics qualifiés de «border-line » ne relevant pas vraiment d'une prise en charge psychiatrique ou médico-sociale mais ayant une réelle souffrance psychologique.

B/ La genèse du concept et la population concernée

Au préalable, il convient de rappeler quelques grandes dates de la psychiatrie institutionnelle afin de démontrer en quoi le concept de réinsertion sociale est, au plan historique, relativement récent. Il faut également prendre la mesure de la population souffrant de troubles mentaux et concernée par cette politique de réinsertion sociale.

B1/ Quelques repères historiques

« Le passé explique le présent ». Cet adage est tout à fait adapté au domaine de la psychiatrie.

La maladie mentale a d'abord été considéré comme « surnaturelle et sacrée » dans l'époque antique et pré moyenâgeuse.

La période de l'internement ou du «renfermement » commence dès le Moyen-Age même si Michel Foucault date de 1656 la fondation de l'hôpital général de Paris ou les mendiants, les « déviants sociaux » sont plus nombreux que les fous.

En 1785, une « instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés » assure la promotion de la psychiatrie et de l'asile.

C'est Philippe PINEL (1745-1826), considéré comme le père de la psychiatrie moderne qui, en élevant l'aliéné à la dignité de malade, a fait naître le principe de curabilité et donc de réhabilitation du fou en le rendant « malade ». L'histoire de la psychiatrie sera marquée par l'image d' « EPINAL » de PINEL avec son surveillant PUSSIN, délivrant en 1793 les fous de leur chaîne.

Le 30 juin 1838, la loi relative aux aliénés est promulguée et consacre sur le plan législatif, puis dans les faits (un asile par département) cette nouvelle philosophie. Le milieu du XIXème et le début du XXème siècle sont des périodes de mutation rapide dans l'histoire de la psychiatrie. Le médecin ESQUIROL est considéré comme l'un des

fondateurs de la clinique et de la nosographie psychiatrique. Des débats sur l'étiologie des maladies mentales (neurologie, psychiatrie, psychologie, psychanalyse) se font jour, de même que le développement de nouvelles pratiques. Cette période marque plus généralement le début de la remise en cause de l'aliénisme.

En 1920, le psychiatre Edouard Toulouse fonde la ligue d'hygiène mentale et instaure le premier service libre, préfigurant la psychiatrie d'aujourd'hui avec des hospitalisations sous contrainte très minoritaires

Entre 1945 et 1960, coexiste le développement d'une psychiatrie libérale urbaine et la présence d'hôpitaux psychiatriques éloignés des villes. Pendant cette période, des progrès thérapeutiques très importants voient l'apparition de la chimiothérapie avec les neuroleptiques (1952), ou le développement de méthodes découvertes dans les années 1930 (coma insulinaire-1933), électrochoc (1938).

Le courant de la psychothérapie institutionnelle correspond au panel des équipements et formes thérapeutiques utilisées par la psychiatrie «asilaire » et se voit opposé un mouvement de désinstitutionnalisation qui cherche à limiter les hospitalisations, et toujours d'actualité.

Selon le psychiatre VIDON¹⁰, les techniques hospitalières ont permis «des phases de rémission d'importance variable qui ont permis la substitution du concept d'incurabilité à celui de chronicité (maladie au long cours) et de relancer l'intérêt pour la réadaptation et les structures dites intermédiaires ». Il ajoute que « si encore aujourd'hui cette image de la folie dérivant vers une déchéance sociale inéluctable marque de manière quasi indélébile les représentations de notre culture, c'est parce que la constatation d'améliorations clinique ne s'accompagne que rarement de guérisons sociales ».

B2/ Les concepts de stabilisation, réadaptation, réhabilitation et de réinsertion

La « **stabilisation** » des troubles signifie que les manifestations de la maladie sont régulées. Toutefois, cela ne signifie pas que des manifestations sont impossibles, ni même improbables. A la différence d'autres maladies, la maladie mentale n'est pas quelque chose de parfaitement cerné.

Cette « stabilisation » de la maladie est d'autant plus nécessaire que l'objectif

d'insertion professionnelle notamment suppose l'acceptation des contraintes du monde de l'entreprise. Celle-ci n'a pas de vocation sociale. Les organismes mettant en lien le salarié potentiel avec l'entreprise intègrent souvent, d'emblée ces contraintes. Ainsi, avoir un domicile et pas seulement un hébergement, consulter un thérapeute extérieur, suivre régulièrement son traitement constituent des éléments de stabilisation de la maladie.

Réadaptation

Elle concerne le champ des usages sociaux au sens où ceux-ci supposent des compétences et sont en rapport avec des attentes précises, normées comme le champ professionnel ou codées tel que la politesse. Ce qui est visé là se réfère à un ajustement au milieu : il s'agit de fonctionnement, d'interaction où le sujet manifeste des capacités, produit et développe des savoir-faire, repère et applique des règles et conventions.

Les soins de réadaptation relèvent du sanitaire car les patients ont besoin après leur hospitalisation, centrée sur les symptômes, de soins de réadaptation

Des soins aigus sont nécessaires pour que le patient apprenne à se réorganiser, à revivre avec lui-même, après cette phase le patient va traiter ses incapacités à vivre avec d'autres personnes

La prise en charge va être centrée sur la gestion de la vie quotidienne avec des supports : thérapeutiques de groupe, thérapies médiatisées. Il s'agit du travail autour des pré-requis sociaux.

Aider le patient à entrer en relation avec les autres en lui permettant d'assouplir son système défensif et d'investir un certain nombre d'activités constitue un autre objectif de la prise en charge qui va s'appuyer sur des supports tels que les foyers de post-cure, les appartements thérapeutiques, l'hôpital de jour.

Les soins de réadaptation peuvent également s'appuyer sur le travail ; il s'agit alors d'ergothérapie. J'ai pu constater que ce terme est évité par les professionnels du champ de la santé mentale car il renvoie à une vision asilaire de la psychiatrie.

Réhabilitation

Le psychiatre VIDON¹¹ définit la réhabilitation (psychosociale) comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales »

¹¹ in VIDON Gilles: La réhabilitation dans tous ses états », Editions FRISON-ROCHE, 1995

Ses buts consistent à « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible »

Elle se situe au-delà de la réadaptation et suppose la mise en présence d'intervenants extérieurs.

La réinsertion

Selon J.L CHEVALLIER, psychologue,¹² « c'est la résultante des deux processus de réadaptation et de réhabilitation qui se décrit comme l'introduction d'un élément dans un système cohérent, éventuellement complexe. Il s'agit là du rapport de la personne à son entourage familial, à son voisinage et du partage et de la participation à la vie sociale, de façon plus ou moins harmonieuse, plus ou moins satisfaisante ». La réinsertion suppose donc une réintégration dans la société.

Cette notion entraîne également une action envers la société qui doit modifier son seuil d'acceptation de l'« anormalité ». Cette augmentation de la tolérance de la société diminuerait de fait l'inadaptation sociale des malades mentaux. Ainsi auparavant, « l'idiot du village » était reconnu socialement par la société rurale. Aujourd'hui paradoxalement, la société se considère plus tolérante tout en exigeant conformément à l'idéologie libérale, une compétitivité accrue pour les personnes « in », selon la terminologie du sociologue Alain Touraine.

B3/ La population concernée et la nosographie

La classification habituellement retenue est la Classification Internationale des Maladies (CIM X, 10^{ème} révision), elle-même largement inspirée de la classification américaine (DSM) cf. Annexe 2.

La classification recouvre des pathologies mentales avérées ainsi que des troubles du comportement ou bien une simple déprime (épisode dépressif léger F32.0). C'est pourquoi, le souci d'exhaustivité de cette nosographie ne doit pas conduire à « psychiatriser » tous les maux de la société.

Il convient aussi de relativiser l'importance du diagnostic car le Docteur VIDON considère que « la sémiologie et la nosographie classique ne sont d'aucun recours pour connaître les capacités d'un malade à vivre seul, à occuper un emploi ou à participer à des activités sociales. Aucun symptôme ou groupe de symptôme ne peut permettre de préjuger d'un rendement professionnel futur. Il n'y a donc pas de corrélation entre le diagnostic posé et les possibilités de réinsertion sociale ».

Concernant le discours des psychiatres et des équipes soignantes, il ressort qu'une double évolution est constatée en matière de nosographie. Les tableaux cliniques des personnes souffrant de maladies mentales se sont d'une part complexifiés depuis une

¹²in revue de neuropsychiatrie de l'ouest, « quels appuis pour la réinsertion en psychiatrie ? »

trentaine d'année et la communauté soignante évite d'autre part de trop se référer à un diagnostic qui pourrait s'avérer stigmatisant vis à vis du patient ; le principe étant que rien n'est figé, ni-même prévisible en psychiatrie.

Il faut préciser que les hospitalisations, surtout si elles sont prolongées, fréquentes et répétées, peuvent constituer un indice de gravité de même que l'âge du patient et l'ancienneté de la maladie.

L'importance et la tolérance du traitement doivent également être pris en compte dans la mesure de « l'invalidation sociale ».

Après avoir abordé les critères de classification des maladies mentales, il convient de présenter les enquêtes de morbidité, qui en matière de santé mentale ne sont pas légion.

B4/ Quelques éléments de morbidité

Les informations disponibles en matière de troubles de la santé mentale sont très variables et difficilement exploitables du fait même de la complexité du champ d'investigation de la santé mentale et de la difficulté à mesurer la répercussion sociale des différentes atteintes du psychisme. Les enquêtes les plus fiables peuvent être soit issues de la recherche scientifique ou être réalisées à partir de coupes transversales dans les services de psychiatrie.

L'enquête décennale de santé qui date de 1991 porte sur l'appréciation par la population de troubles mentaux (troubles du sommeil, dépression, anxiété). Selon cette enquête, 6,5% des personnes considèrent avoir des troubles du sommeil, 4,9% des dépressions et 4,7% de l'anxiété. Alors que les troubles du sommeil ne sauraient *a priori* être considérés comme invalidant socialement, il est difficile de porter le même jugement sur les dépressions pouvant par leur gravité entraîner de graves difficultés d'intégration sociale

Les enquêtes de prévalence les plus récentes de l'OMS font valoir 9,4% de troubles dépressifs majeurs unipolaires, 2,7% d'anxiété généralisé et 0,5% de schizophrénie. Mais la marge d'inexactitude statistique de ces enquêtes épidémiologiques est très importante puisque la littérature scientifique situe la prévalence de la schizophrénie à moins de 2% de la population générale.

La schizophrénie est une maladie au long cours et invalidante socialement. La mortalité est quatre fois supérieure parmi la population de schizophrènes que dans la population générale et le taux de suicide 20 fois supérieur. La schizophrénie se situe au premier rang des affections mentales reconnues en affection de soins de longue durée.

Un document de la DREES¹³ se réfère à deux enquêtes réalisées de la DGS et l'INSERM permettant de comparer les pathologies suivies par les secteurs du 16 au 29 mars 1998, à celles suivies 5 ans plus tôt sur la même période. Il apparaît que le nombre de dépressions passent en poids relatif de 12 à 16% et que la fréquence des retards mentaux ne représente plus que 3 à 5% de l'ensemble des pathologies traitées contre 5 à 7%, il y a 5 ans.

La difficulté de dresser un état des lieux en matière de morbidité est un réel problème pour mesurer l'enjeu de santé publique posé par la maladie mentale.*

C/ Synthèse des travaux existants au plan national et des problématiques connexes à la réinsertion sociale des personnes malades mentales

C1/ Quelques exemples d'établissements de réadaptation

Le Docteur JOLLIVET, Président d'honneur de la Fédération Croix-Marine d'aide à la Santé Mentale dresse un bilan des établissements de réadaptation.¹⁴ à partir de jeunes adultes dont la moyenne d'âge se situe autour de 30 ans.

Les informations suivantes peuvent être indiquées :

- durées de séjour limitées entre 12 et 18 mois,
- les échecs caractérisés dans leur majorité par des réhospitalisations semblent concerner moins de la moitié des malades,
- 30% d'insertions sociales considérées comme réussies,
- 10% d'insertion professionnelle en milieu ordinaire et protégé.

¹³ Bilan de la sectorisation psychiatrique- DREES- juin 2000

¹⁴ in La réhabilitation psychosociale en psychiatrie

¹⁴ In revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale-hors série
Fédération Nationale des Associations Croix-Marine d'Aide à la Santé Mentale

◆ BILAN D'UN ETABLISSEMENT DE READAPTATION A COTAGON (REGION RHONES ALPES)¹⁵

Cet établissement accueille essentiellement des patients atteints de psychose schizophrénique. Sur 225 stagiaires sortis de l'établissement entre 1990 à 1993, les résultats en matière de réinsertion sociale et professionnelles sont les suivants :

MOTIF DE SORTIE	SEJOUR DE MOINS D'UN AN	SEJOUR D'UN AN OU PLUS
Fin du séjour	40	
Arrêt ou abandon du séjour	25	21
Hospitalisation	40	21
Placement dès la sortie du centre	61	17
Nombre total de stagiaires sortis	112	113

PLACEMENT DES LA SORTIE				
MILIEU DE TRAVAIL			INSERTION « VIE SOCIALE »	
61			17	
Milieu ordinaire	Atelier protégé	C.A.T	Foyer d'hébergement	Placement Familial
10	3	48	11	6

◆ EXEMPLE DE POLITIQUE DE REINSERTION DES MALADES MENTAUX AUX PAYS-BAS¹⁶

Au Pays-Bas, le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux de longue durée est estimée à 80 000 soit environ 0,5% de la population. Le même pourcentage appliqué à la France donnerait 300 000 personnes.

Le mouvement de désinstitutionnalisation s'est opéré à partir des années 1980, ce qui a entraîné un déplacement des malades mentaux vers la cité.

i_____

¹⁶ In l'information psychiatrique-n°8 octobre 1997-Réinsertion-Réhabilitation, où en sont-ils ?

Le discours politique classique a consisté à souhaiter que ces personnes participent à la société civile à travers le travail, les loisirs et les études mais aucun programme spécifique n'a été mis en œuvre.

Il en a résulté des rechutes nombreuses n'entraînant pas de réelle diminution des capacités d'hospitalisation.

Certains ont réussi à rester dans la société sans avoir réellement accès au marché du travail, en maintenant au mieux des relations précaires avec leurs semblables. Ils se trouvaient dans une situation de pauvreté matérielle et sociale.

Le gouvernement a publié un rapport « santé mentale et soins psychiatriques dans une perspective sociale ».

Les efforts du gouvernement se sont concentrés dans trois directions :

- réduire la complexité du système de soins psychiatriques aux Pays-Bas
- arriver à des services plus flexibles et transparents
- combler le fossé entre les services de santé mentale et les autres organisations de la société dans le domaine du logement, du travail, des loisirs et des services sociaux.

Les organes décisionnels du logement, des hôpitaux psychiatriques et des centres primaires de soins ont été priés de coopérer au plan local et de développer une organisation fonctionnelle de soins.

Des alternatives à l'hospitalisation ont été développés sous la forme de soins innovants.

Système du « case management »

Une centaine de projets sont opérationnels avec la désignation d'un « case-manager » « coordonnateur » et consistant à formuler une analyse du problème en consultation avec le patient ainsi qu'avec des tierces personnes importantes pour déterminer les actions et responsabilités de chacun

Systeme du logement protégé

L'objectif consiste à soutenir les patients pour qu'ils puissent vivre et habiter de façon indépendante. Les patients concernés ont pu séjourner longtemps en hôpital psychiatrique et sont actuellement suivis en ambulatoire.

Les personnes sont locataires d'une maison ordinaire dans un quartier ; les patients y ont chacun leur propre chambre et partagent quelques pièces communes. Les patients doivent avoir une bonne dose d'indépendance et d'autonomie : savoir prendre soin d'eux , de leur logement et gérer leur budget.

Le logement protégé offre à ses habitants une aide pratique pour toutes les questions et tous les problèmes quotidiens comme l'obtention d'un logement durable, la gestion de leurs revenus, la demande de subventions et l'hygiène corporelle.

Trois heures de suivi par semaine sont prévues pour mettre en œuvre cet accompagnement social au quotidien.

Réinsertion professionnelle

Des centres d'activité de jour se sont développés ainsi que des centres d'accès libre.

Ces centres offrent un entourage familial et le programme consiste en activités de détente et de rencontre, en l'apprentissage de « hobbies », en activités de bricolage, en cours et en incitation à s'en sortir au niveau social.

Dans la plupart des centres, les participants peuvent également pratiquer un travail protégé dont bénéficie le centre.

Travail ménager, entretien et administration

Plusieurs centres ont embauché des enseignants qui essaient de répondre aux besoins de formation des participants.

L'intérêt de ce type de formule est de développer des activités occupationnelles pour certains malades mentaux sans nécessairement souhaiter une hypothétique réinsertion professionnelle

La difficulté de faire cohabiter une population considérant le centre d'activité de jour comme une structure occupationnelle et une population exerçant un travail protégé est soulignée, de même que le peu de « travail protégé » proposé à ce type de population et de manière plus général , la faible accessibilité à ce dispositif.

C2/ Les problématiques connexes à la réinsertion sociale et professionnelle des malades mentaux-

◆ NOTION D'ACCESSIBILITE AUX DISPOSITIFS EXISTANTS

Le groupe de travail sur « l'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux » de juin 1995 insiste sur la nécessité d'activer les dispositifs sanitaires et sociaux existants et de ne pas créer de circuits parallèles propres aux malades mentaux.

De même, le rapport « JOLLY » considère qu'il faut éviter « l'enfermement dans des filières spécifiques et des structures spécifiques alors que, par ailleurs, tout est fait pour éviter l'enfermement thérapeutique »

Les dispositifs de droit commun d'aide à la vie quotidienne, d'accès à un logement et d'insertion professionnelle doivent être sollicités ainsi que les minimas sociaux.

Toutefois, des obstacles financiers se font jour.

Le rapport MASSE de 1992 indique que « Si l'on veut préserver le maintien du logement pour les hospitalisations de quelques mois, une possibilité de réinsertion pour des hospitalisations longues, il est nécessaire d'envisager une somme supérieure à 360 F/mois, pour les malades hospitalisés depuis 60 jours. En effet, au-delà de 60 jours d'hospitalisation, l'AAH est diminuée par deux et déduction faite du forfait journalier, il ne reste plus d'argent au patient.

L'AAH dépend de crédits d'Etat, mis à disposition des CAF et leur augmentation ou diminution n'est pas neutre en ligne budgétaire.

En rappelant ce problème, on pose en définitive la question des durées de séjours car le malade n'est évidemment pas incité à vouloir prolonger son hospitalisation. Un chef de service de psychiatrie en Loire-Atlantique dénonce cette baisse de l'AAH qui complexifie la sortie de l'hôpital plus qu'elle n'accélère la recherche de solution.

◆ LA PROBLEMATIQUE DE L'ISOLEMENT DES PERSONNES MALADES MENTALES

Selon la dernière enquête de morbidité réalisé en 1998 dans le dispositif sectorisé et les cliniques privées, on constate pour l'ensemble des patients un isolement et des difficultés d'insertion socio-professionnelle accrues.

Plus de 30% des personnes suivies par le secteur psychiatrique et les cliniques privées vivent seules et moins d'un tiers des patients exercent une activité professionnelle.

Ces chiffres confirment une enquête de mars 1993 sur plus de 100 000 patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale¹⁷.

Parmi les patients schizophréniques, 40% vivent seuls, huit sur dix sont inactifs et moins d'un sur quatre a une activité en milieu ordinaire.

Quant aux ressources financières, 55% bénéficient de l'AAH, 14% d'une pension d'invalidité et 4% du RMI.

Outre l'isolement lié à la maladie mentale elle-même et/ou à l'image renvoyée par cette maladie, se greffe un isolement économique, socio-affectif et psychologique. Les personnes isolées en difficultés peuvent être caractérisées par une éviction plus ou moins durables des circuits économiques classiques. Cette éviction se traduit moins par une absence totale de ressources que par une absence d'utilité sociale et de capacité à se projeter dans la société où la valeur travail reste prégnante (pas de bulletins de salaire, d'adhésion à une entreprise). Cet isolement est donc non seulement professionnel mais aussi bien souvent affectif et familial.

L'isolement retentit également sur la manière d'habiter. Le faible niveau de ressources, de faibles capacités de négociation et l'état du parc locatif font que les logements habités sont souvent exigus, peu équipés. L'isolement peut également pousser à rechercher des cohabitation opportunistes qui posent souvent des problème liés à l'alcool, à la violence et au bruit.

Le Dr VIDON ¹⁸rappelle que les patients psychotiques ont en dehors des hôpitaux, des condition de vie particulièrement difficiles car ils sont plus exposés au stress de la population générale et au sentiment d'insécurité.

Il dresse un tableau pitoyable des conditions de vie de ces personnes. « leur existence, généralement misérable, se déroule le plus souvent, dans un logement précaire de médiocre qualité. Leur alimentation, en quantité et en qualité, s'avère généralement mauvaise. Ils sont plus fréquemment sujets à des problèmes de santé que la population générale avec, en particulier, une recrudescence de tuberculose, d'alcoolisme et de dépendance aux drogues...D'une manière générale, leurs ressources restent insuffisantes et ils se révèlent incapables de gérer convenablement leur maigre budget. Ils ont peu de loisirs et leur réseau social demeure des plus modestes. Dans la majorité des cas, ils n'ont pas de travail et sont bien souvent incapables de s'occuper convenablement de leurs documents administratifs»

IL ajoute que « cette accumulation de facteurs de mauvaises conditions de vie sociale se retrouvent fréquemment décrites dans la littérature internationale »

Il est constaté que les personnes isolées se nourrissent mal par défaut d'équipement, manque de savoir-faire et de motivation si bien que ces personnes recherchent des formes de restauration conviviale.

Il faut aussi évoquer les problèmes de la vie quotidiennes tels qu'une panne à signaler, le changement d'une ampoule grillée, la fuite d'un robinet, et qui retentissent avec une acuité particulière chez ces personnes par manque de motivation et de savoir-faire.

Les démarches administratives de même que les relations avec le voisinage peuvent s'avérer difficiles. Il résulte de tous ces éléments que l'isolement des personnes se trouve renforcé et qu'habiter un logement devient synonyme de délitement du lien social et non pas d'intégration dans un environnement.

◆ ARTICULATION ENTRE LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Les interactions entre le champ social et sanitaire sont largement insuffisantes

Le rapport ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale du Professeur LAZARUS ainsi que celui de juin 1996 de Xavier EMMANUELLI « Psychiatrie et Grande exclusion » pointent entre autres le difficile accès au dispositif de psychiatrie des populations accueillies en CHRS. Les liens sont pourtant nécessaires car les traumatismes qui génèrent une situation de vulnérabilité sociale puis de précarité (perte

¹⁷ Enquête nationale sur la population pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale, INSERM-DGS Ministère de la Santé, juillet 1994.

¹⁸ In Abord des psychoses par l'hébergement thérapeutiques- MISE AU POINT n°4. mars 1998

d'un travail, séparation, rupture des liens sociaux..) ne sont pas sans incidence sur le psychisme. En théorie, une consultation en établissement social sous forme de visite à domicile ou l'obtention d'un rendez-vous en Centre Médico-Psychologique devraient être possibles.

En réalité, la réponse à une souffrance psychique, voire psychiatrique, pour les patients souffrant de pathologies liés à l'alcool, à la toxicomanie ou à la consommation excessive de psychotropes n'est généralement pas apportée.

A Paris, le SAMU SOCIAL¹⁹ qui permet l'intervention d'équipes psychosociales à partir d'établissements spécialisés en psychiatrie apportent un soutien aux équipes en place pour assurer une première prise en charge psychologique aux personnes en situation d'errance et une orientation, en tant que de besoin. Il s'agit là d'une intervention d'équipes de « rue » allant au devant des personnes en situation de précarité.

Les relations entre les CHRS et les secteurs psychiatriques relèvent assez souvent d'un partenariat impossible du fait du manque d'investissement des médecins psychiatres ainsi que de la résistance de la part des médecins à communiquer les informations médicales. Le problème mis en avant du partage du secret médical constitue bien souvent l'« arbre qui cache la forêt »

Les problèmes peuvent être aussi liés aux usagers eux-même qui jugent les rendez-vous trop longs à obtenir (de 1 semaine à 6 mois) et qui ne comprennent pas les méthodes utilisées par les psychiatres.

Quant aux CHRS, ils ne veulent pas se laisser « psychiatriser » et les CHS ne veulent pas se laisser « socialiser ».

G..MASSE²⁰ indique qu'« il y a une réticence intrinsèque qui conduit le monde de la psychiatrie à refuser consciemment ou inconsciemment à s'occuper des cas sociaux ». et que²¹ les équipes psychiatriques « ont peur de se trouver face à des difficultés si importantes que la réinsertion sociale devient impossible ».

¹⁹ Précarité et souffrance psychique : encourager les décroissements. Le journal de l'action sociale -mai 2000

²⁰ In Lien Social :du 26 octobre 2000 « il est temps que psychiatrie et social additionnent leurs savoirs »

Sur le versant psychiatrie, la plupart des professionnels estiment que les soignants de première ligne ne doivent pas nécessairement jouer un rôle central dans le processus de resocialisation notamment dans ses étapes ultimes même si le soignant référant ne doit pas être exclu. Les équipes psychiatriques ne sauraient en effet se substituer à d'autres professionnels œuvrant dans le champ social.

Des problèmes culturels jouent aussi un rôle très important dans l'accès au soins de la psychiatrie publique des personnes en situation de précarité sociale.

Ainsi, il existe une résistance très forte de la part de la population à consulter un psychiatre car l'image que renvoie la psychiatrie est difficilement supportable car elle renvoie à une peur de la folie. Le Dr MASSE considère que pour les personnes exclues, « les difficultés sociales sont déjà vécues comme un marqueur plus ou moins infamant et une orientation vers la psychiatrie représente une stigmatisation supplémentaire »

Après l'examen des concepts et problématiques générales liées à la réinsertion sociale, il convient d'observer le travail effectuée par l'association « Société Vendéenne d'Aide à la Santé Mentale ».

II LES STRUCTURES GERÉES PAR LA SOCIÉTÉ VENDEENNE D'AIDE À LA SANTÉ MENTALE (SVASM) EN FAVEUR DE LA REINSERTION SOCIALE ET/OU PROFESSIONNELLE

◆ PRESENTATION DE LA SVASM

La SVASM (Société Vendéenne d'Aide à la Santé Mentale), association à but non lucratif, adhérente à la fédération nationale des Croix-Marine d'aide à la santé mentale. Elle a pour objet de gérer et d'animer en lien avec les secteurs psychiatriques des structures destinés à la réinsertion sociale des malades mentaux. Elle constitue un remarquable laboratoire pour pointer les enjeux et les limites des soins de réadaptation avec le travail comme média.

Ainsi, les statuts de l'association indiquent que la SVASM doit « promouvoir, gérer, animer toutes institutions ou services utiles aux actions :

- de réhabilitation de la personne
- de réhabilitation psychosociale
- d'adaptation et de réadaptation professionnelle de toutes les personnes atteintes de troubles psychiques ou handicapées par la maladie mentale ».

L'association veut ainsi répondre à la préoccupation de resocialisation des patients, en réorganisant le développement de structures extrahospitalières afin de lutter contre le phénomène de chronicisation et de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des malades mentaux. Les psychiatres vendéens ont été parmi les fondateurs de cette association ce qui rend la collaboration entre les établissements gérés par la SVASM et les équipes psychiatriques non pas obligée mais voulue.

Cette association gère dans le département vendéen trois établissements sanitaires :

- un centre de post-cure psychiatrique « LA FONTAINE » d'une capacité de 15 places
- deux ateliers thérapeutiques à la Roche Sur Yon, l'un à cadre agricole, (Atelier Thérapeutique à Cadre Agricole- de 31 places d'externat), l'autre industriel (Atelier Thérapeutique des Bazinières de 45 places de semi-internat)

Elle gère également 4 structures sociales :

- un atelier protégé de 45 places comprenant une unité meuble et métallurgie ;
- un CAT de 27 places comprenant une unité meuble, métallurgie et couture ;
- une Equipe de Préparation et de Suite au Reclassement dénommé « CAP INSERTION » ;
- un CHRS de 28 places avec 18 places d'internat et 10 places de semi-internat

A/ Historique et positionnement de ces établissements dans leur environnement

A1/ Le dispositif de la psychiatrie publique vendéenne

◆ Quelques éléments d'état des lieux

Pour ce qui relève de la carte sanitaire qui fixe d'une part la délimitation géographique des secteurs ou groupe de secteurs et d'autre part le besoin en lits (indice partiel) et en lits et places (indice global), l'indice partiel a été fixé à 0,65 lit pour 1000 habitants et l'indice global à 1,4 lits et places pour 1000 habitants²²

Actuellement, il résulte de l'application de l'indice partiel un excédent de 144 lits et un déficit de 71 lits et places au regard de l'indice global fixé à 1,4 lits pour 1000 habitants

Le SROS de psychiatrie fixe quant à lui les recommandations suivantes pour le département vendéen. : concernant les conditions générales d'organisation de l'offre départementale dont les grands axes sont une coopération forte entre les établissements publics dispensant des soins en santé mentale, un développement de l'intersectorialité, le rapprochement avec les services de soins généraux ainsi que le renforcement des liens avec le secteur médico-social et l'approfondissement du rôle de référent du secteur sont préconisés. La mise en œuvre de ces objectifs fait l'objet d'actions ciblées telles que le transfert des 25 lits de psychiatrie du secteur sud-ouest 85G 01 sur la côte vendéenne et la création d'une MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) de 100 lits par transformation du département des OPPD (Oligophrènes Profonds et Psychoses Déficitaires). Une étude de la DRASS sur les prises en charges inadéquates en psychiatrie de mai 1998 indique 59 prises en charge inadéquates dans les services

²² arrêté du 6 juillet 1999

de psychiatrie générale non compris les OPPD.(9 MAS, 5 FO, 23 FDT, 7 CAT, 3 Atelier Protégé, 11 autre structure)

L'objectif d'approfondissement du rôle de référent du secteur est réaffirmé et nécessite la prise en compte de thématiques relatives à la réinsertion/réhabilitation du patient, l'alcoologie et la lutte contre l'exclusion.

Les évolutions capacitaires souhaitées par le planificateur prévoient l'accroissement et la diversification des formes alternatives à l'hospitalisation. Le développement des structures d'AFT (Accueil Familial Thérapeutique) faisant actuellement défaut dans les secteurs de Challans et Fontenay le Comte doit être recherché. De même, le développement des structures d'hospitalisation de jour et de CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) doit être poursuivi ou bien engagée pour les deux secteurs qui en sont dépourvus.

A2/ Les établissements médico-sociaux vendéens et la prise en charge des malades mentaux

Le taux d'équipement Vendéen en MAS au 1^{er} janvier 2000 de 0,17 lit pour 1000 adultes de 20 à 59 ans est très faible au regard de la moyenne national (0,43) et régional (0,50).

En FDT, le taux de 0,22 reste encore en deçà du taux observé au plan régional (0,30) et conforme au taux national (0,21). Il résulte de ce faible équipement la difficulté de trouver des lieux de vie et de soins pour les patients chroniques dits «stabilisés». Concernant les foyers occupationnels, le taux d'équipement observé est en revanche de 2,43 contre 1,60 au plan régional mais semble-t-il toujours insuffisant du fait de la présence de patients actuellement pris en charge dans les services de psychiatrie et relevant de FO.

En CAT, le taux d'équipement de 3,51 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans est supérieur à la moyenne régionale de 3,16 et à la moyenne nationale.

Il faut noter que la plupart des CAT vendéens disposent de foyers d'hébergement et de service d'accompagnement social.

A3/ Exploitation d'un questionnaire concernant les relations entre le secteur psychiatrique et médico-social

Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des établissements médico-sociaux vendéens par la DDASS de la Vendée en 1998 pour appréhender l'importance de la

prise en charge des malades mentaux stabilisés et la nature des relations entre les équipes psychiatriques et les établissements médico-sociaux.

Ainsi, huit structures sur quinze déclarent accueillir des patients présentant des troubles psychiatriques et quatre établissements prennent en charge exclusivement ce type de patient.

➤ *Tous les établissements n'ont pas de convention avec le secteur psychiatrique*

Les structures concernées déclarent des vacations de psychiatre du secteur privé, soit en cabinet privé, soit en consultation sur place.

Quatre établissements sur six structures faisant appel au travail ambulatoire du secteur ont passé une convention pour le suivi psychiatrique

Le suivi du traitement psychiatrique s'effectue essentiellement par le médecin traitant ou le psychiatre

➤ *Une demande forte de la part des structures pour handicapés*

Les entretiens entre le psychiatre et le patient s'effectue essentiellement par le médecin traitant ou le psychiatre.

Les entretiens entre le psychiatre et le patient existent et répondent à une demande qui peut émaner de l'équipe médicale, du patient lui-même ou encore de sa famille . Une continuité des soins existe donc entre les différents intervenants.

Sur le plan des besoins, il existe une forte demande d'initiation, d'information sur les traitements des pathologies psychiatriques ; des échanges plus fréquents sont donc demandés avec le secteur de psychiatrie.

De même, dans les situations de crise, une aide dans la prise en charge est demandée.

Parmi les constats issus de l'exploitation de ce questionnaire, il ressort que les établissements médico-sociaux éprouvent une demande forte d'articulation avec les équipes de secteur psychiatrique. Ayant assisté au travail ambulatoire du secteur psychiatrique de Fontenay le Comte en Foyer Occupationnel, il m'a paru qu'un réel travail de pédagogie et d'écoute du personnel éducatif était réalisé par les réunions de synthèse du psychiatre et des infirmiers.

B/ Le CHRS de la « Porte St Michel »

B1/ Présentation générale

Le CHRS de la Porte St Michel est actuellement composée d'un équipe qui en totalité est de formation éducative à l'exception de la directrice, cadre infirmier en psychiatrie. L'effectif total avant mise en place de la réduction du temps de travail est de 10,42 ETP.

L'agrément de l'établissement comprend un internat de 18 places et un semi-internat de 10 places. En réalité, le terme de semi-internat recouvre 3 ateliers de ré entraînement au travail sur la base d'un encadrant pour 6 personnes ainsi qu'un atelier cuisine pour une personne.

Ces trois ateliers ont trait aux activités suivantes :

- une activité d'emballage et de retrait d'imperfections sur les éponges naturelles située « intra-muros » ;
- deux ateliers « espaces verts » dénommé « espace jardins » organisant auprès de clients des activités de jardinage. Le taux d'encadrement est au maximum d'un éducateur pour 5 « stagiaires » pour les activités extérieures et d'un encadrant pour 8-9 personnes pour l'atelier « intra-muros ». Le nombre de places relatives à ces activités d'ergothérapie est en réalité de 19 et non pas de 10 comme indiqué dans l'agrément.

La population travaillant dans ces ateliers est essentiellement composée des « internes » appelés « stagiaires » de l'établissement qui, à l'exception de deux psychotiques, ont tous une activité d' « ergothérapie » la journée; moins de quatre places sur les 19 places effectives sont donc occupées par des personnes extérieures au foyer.

Le CHRS a été créé par un arrêté préfectoral du 19 juillet 1977 pour accueillir des handicapés mentaux ne nécessitant pas de soins intensifs mais, ne pouvant acquérir un minimum d'autonomie (internat) ainsi que pour œuvrer en matière de réinsertion sociale des adultes capables d'une plus grande autonomie et d'un ré entraînement à un certain travail (semi-internat)

B2/ L'analyse médicale de la population prise en charge : des pathologies psychiatriques avérées.

Le 20 avril 1998, un projet était soumis au Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social, section sanitaire relatif à la transformation du foyer de la Porte St Michel en 4 structures sanitaires (cf.annexe 4):

- un foyer de post-cure de 18 places se substituant à l'accueil d'internat du CHRS ;
- un atelier thérapeutique de 26 équivalents places remplaçant l'atelier de ré entraînement à l'effort ;
- un CATTP (Centre d'accueil Thérapeutique à Temps Partiel) de 20 équivalents places ;
- trois appartements thérapeutiques.

Il s'agissait surtout de requalifier juridiquement un établissement dont le statut juridique ne correspondait plus aux missions de réinsertion sociales dévolues aux CHRS. Le rapport présenté au CROSS recense très précisément les pathologies psychiatriques de 37 des 40 patients pris en charge selon la CIM X (10ème révision de la classification internationale des maladies). Le rapport d'activité de 1999 reprend la classification des 15 admissions de 1999 selon cette nosographie. Des informations médicales de qualité démontrent donc chaque année l'inadéquation de la prise en charge en CHRS.

Le projet du secteur psychiatrique G 06 du CH de Fontenay le Comte de mars 1999 indique que le CHRS « accueille uniquement des malades mentaux essentiellement schizophrènes ou autres psychoses séquelles de dysharmonie évolutives de l'enfance ». Ce projet de secteur ajoute qu' « une insertion dans la vie sociale est envisageable si les moyens de soins nécessaires puissent être mis en œuvre parallèlement au travail éducatif de socialisation qui existe actuellement».

La SVASM indique que la tendance observée concerne l'admission de jeunes souffrant de troubles psychiatriques avec des carences sociales et familiales associées à des conduites toxicomaniaques. Les personnels de l'établissement sont de plus en plus confrontés à des problèmes de sécurité en raison de l'évolution du profil psychiatrique des publics pris en charge.

Il résulte de cette inadéquation quant à la population prise en charge dans le foyer de la Porte St Michel, une incapacité pour les services de la DDASS de la VENDEE de se prononcer sur l'admission en CHRS (les demandes d'admission au CHRS étant

assorties de certificat médicaux de psychiatres que les agents du pôle social ne sont pas habilités à examiner).

B3/ Une population jeune relativement diplômée avec quelques réussites sur le plan de la réinsertion sociale

Le rapport d'activité de 1999 indique une moyenne d'âge de 28 ans. Le niveau d'études est assez élevé puisque la moitié du public a un niveau CAP, BEP, BEPC et plus de 10% (4 personnes) un niveau d'étude allant du BAC au BAC +3. Par ailleurs, un véritable travail de réinsertion sociale, et pas seulement d'insertion sociale, peut être engagé dans la mesure où 12 personnes sur les 39 accueillies sur l'année 1999 avaient, précédemment à leur admission obtenu un CDD/CDI.

L'établissement déclare également dans son rapport d'activité 1999 le devenir des sortants définitifs des personnes admises en 1997 et 1998. En 1997, trois personnes sur 18 peuvent être considérés comme insérés socialement (2 vers l'autonomie sociale et 1 en formation professionnelle). L'année 1998 verra 3 personnes sur 15 réinsérés socialement. L'établissement note la difficulté d'une insertion en milieu protégé du fait de la saturation des places en C.A.T et foyer d'hébergement.

C/ La SVASM gère également des ateliers thérapeutiques à cadre industriel, un CAT et un atelier protégé au sein d'un ensemble d'usines.

C1/ Présentation des « Ateliers des Bazinières »

La population prise en charge doit avoir au moins 18 ans et souffrir d'une maladie psychique. Elle est adressée par les services psychiatriques, les instituts médico-éducatifs, les foyers de post-cure pour éthyliques et les services sociaux, afin de les accompagner dans leur projet de soin de réadaptation, d'insertion sociale et professionnelle. La prise en charge proposée est de 2 ans maximum.

Les activités proposées aux stagiaires sont considérées comme des supports des soins de réadaptation au travers d'un atelier couture, d'un atelier restaurant ouvert sur l'extérieur, d'un atelier de conditionnement de jouets, d'un atelier bois avec un secteur usinage, un secteur perçage et d'un atelier emballage.

Le personnel encadrant est composé de 6 éducateurs techniques spécialisés et moniteurs d'atelier, d'une infirmière de secteur psychiatrique, d'une psychologue, d'une secrétaire médico-sociale, d'un médecin psychiatre vacataire

Tous les stagiaires peuvent accéder au sein de l'établissement à des soins de « remobilisation aux savoirs de base » afin de susciter le plaisir d'apprendre ou de réapprendre, de permettre aux stagiaires d'être demandeurs de projets de formation.

Un atelier « loisir-intégration », également accessible à tous est animé par une éducatrice sportive et une monitrice d'atelier et offre un support différent, en dehors du temps de travail, avec pour objectif l'insertion par le sport et la découverte d'activités culturelles.

Le travail est donc considéré comme un médiateur et un support de relations favorisant le développement des potentialités du malade psychique et de ses compétences sociales. Les activités professionnelles permettent aux stagiaires de se confronter aux réalités d'une vie sociale jugée « normale ». Cela passe notamment par l'apprentissage (ou le réapprentissage) de « pré-requis sociaux » : (horaire- travail en équipe- hygiène et alimentation).

Le développement de qualités relationnelles à travers le service aux clients, et les interactions avec les encadrants et les autres stagiaires se doivent également d'être soulignés.

Les contraintes liées à la production renvoient à la notion de rendement indispensable pour s'intégrer à la vie d'une entreprise.

L'atelier thérapeutique est non seulement un lieu de soins et de réadaptation mais également un lieu d'évaluation et d'orientation.

Ainsi, à la suite de la visite et d'un premier entretien avec l'infirmière, un stage d'évaluation et de découverte d'une durée de 3 à 4 semaines est organisé dans une activité au choix du stagiaire.

Concernant la procédure d'admission, elle recouvre en interne une commission d'évaluation et d'admission présidée par le médecin de l'établissement mais c'est le médecin-conseil de la CPAM qui donne son accord préalable à toute prise en charge en

atelier thérapeutique. Les accords sont renouvelés par période de 3 ou 6 mois dans la limite de deux années.

C2/ Une autonomie financière qui s'appuie sur les minimas sociaux et un recrutement majoritairement en provenance du Centre Hospitalier Spécialisé

Environ 60% des personnes admises sont bénéficiaires de l'AAH, les 40% restant disposent d'une pension d'invalidité et quelques personnes sont bénéficiaires du RMI

Environ 70 à 75% des patients souffrent de psychoses et sont orientées par le CHS, majoritairement des ateliers d'ergothérapie de l'établissement.

Quelques personnes peuvent, pour une période transitoire, être hospitalisées de nuit et être prises en charge aux ateliers la journée. Ces prises en charges mixtes sont motivées par des considérations matérielles mais également pour des raisons thérapeutiques. Il s'agit notamment de personnes qui n'arrivent pas à gérer le quotidien et qui développent une angoisse pathogène de la solitude mais la plupart des patients bénéficient d'un logement individuel.

Environ 15% des entrées proviennent du secteur médico-social ou de la famille. Il convient de remarquer que de 7 à 8% des admissions proviennent de CHRS. Ces personnes ont souvent après plusieurs prises en charge en hébergement d'urgence un accueil et une orientation par le SAO (Service d'Accueil et d'Orientation) en direction d'un CHRS. Les personnels du CHRS et notamment la psychologue cherchent ensuite à diriger la personne vers l'atelier thérapeutique de la SVASM; ils effectuent une période de stage d'un mois avant d'intégrer le CHRS. Ce sont ces publics pour lesquels l'orientation s'avère la plus problématique car malgré la forte imprégnation de la SVASM dans le réseau « social », quelques personnes ont toujours un parcours chaotique dans des dispositifs sociaux avant d'intégrer une prise en charge sanitaire plus adéquate. La difficulté, pour les professionnels, de différencier la souffrance psychique liée à la situation de précarité de la souffrance due à une pathologie mentale amplifiée par une forte propension à être dans le déni de la maladie mentale, n'est pas étrangère aux difficultés d'évaluation et d'orientation de la personne.

Il faut ajouter qu'environ 7 personnes, soit quasiment la moitié de la capacité du foyer de post-cure la Fontaine sont pris en charge aux ateliers la journée. Les ateliers thérapeutiques de la SVASM comprennent un atelier-bois adossé à l'atelier protégé,

cuisine à cadre agricole, ainsi qu'un atelier (emballage, ensachage). Les ateliers font partie d'un complexe plus large comprenant 1 CAT et 1 atelier protégé.

Concernant l'atelier thérapeutique de la Ferme de la Vergne à cadre agricole, il a affiché entre 1984 et 1994 un taux de réinsertion sociale et professionnelle de 27% sur les 284 personnes ayant été pris en charge au cours de cette période.

Les ateliers font partie d'un complexe plus large comprenant un CAT et un atelier protégé.

Il peut exister une véritable filière de prise en charge au sein des ateliers de la SVASM : atelier thérapeutique, CAT, atelier protégé. L'analyse des trajectoires des personnes prises en charge aux ateliers thérapeutiques est intéressante d'examiner.

C3/ Quelques réussites sur le plan de la réinsertion professionnelle ou sociale

◆ BILAN SUR DEUX ANS

Un est en contrat emploi solidarité et a passé un CAP, un autre est en formation pré-qualifiante suivi d'un stage en ébénisterie à l'AFPA (Association de formation des apprentis), un est en formation qualifiante et enfin deux autres travaillent dans une entreprise.

◆ BILAN SUR 1 ANNEE

Sur 38 sorties de l'atelier thérapeutique, quatre se dirigent vers un CAT, un vers un atelier protégé et un vers le milieu ordinaire.

Pour les stagiaires les plus performants, des stages peuvent être organisés à l'entreprise d'insertion TRAJECTOIRE via des conventions de stage.

Mais cette transition n'est pas toujours nécessaire et certains stagiaires peuvent aller directement de l'atelier thérapeutique vers le milieu du travail protégé.

Le responsable des ateliers indique la difficulté de modifier les rythmes et les postes de travail en raison de la particularité du profil psychiatrique des travailleurs. Cette exigence

thérapeutique est en contradiction avec la flexibilité que doivent chercher à atteindre les ateliers.

Il est aussi fait état de difficulté à trouver des portes de sortie vers le milieu ouvert. Ainsi, pour bénéficier des services de l'EPSR, il faut que le travailleur handicapé soit à la recherche d'un emploi, ce qui exclut les travailleurs de CAT et d'atelier protégé sauf à ce qu'ils soient licenciés ou démissionnaires. Un des objectifs de la SVASM est de développer cette mission de placement en interne afin qu'un turn-over plus important permette de dégager des places d'atelier protégé voire de CAT.

Concernant les relations avec le monde du travail, les ateliers des Bazinières développent un partenariat notamment avec des journées porte ouverte à destination des entreprises. Ce réseau leur permet de faire des placements d'essai (1 semaine) avec des entreprises via la signature de convention de stage.

D/ Le foyer de post-cure psychiatrique « La Fontaine »

D1/ Présentation du foyer

Le foyer de post-cure psychiatrique « LA FONTAINE » dispose de 15 places, est Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) depuis 1995 et constitue le seul foyer de ce type en Vendée. Sur le plan juridique, l'arrêté du 14 mars 1986 précise qu'il s'agit d'une unité de moyen séjour destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue d'un retour à une existence autonome. Les patients sont admis sur critère médical (pathologie mentale) et sont pris en charge à temps plein.

Cet établissement a des fonctions :

- d'hébergement d'une durée n'excédant pas 1 an ;
- de transition entre l'hôpital et la société civile ;
- thérapeutiques (continuité du soutien psychothérapeutique et suivi médical obligatoire) ;
- de réadaptation (aide à la gestion du temps, de l'argent, respect de règles de vie dans cette micro-société reproduisant au sein du foyer le milieu social qui les accueillera à leur sortie, autonomisation par le travail aux ateliers).

Une activité d'externat est ensuite apparue puisqu'un grand nombre de pensionnaires revient régulièrement dans la journée au foyer après la sortie.

L'équipe du foyer comprend des temps de médecin psychiatre, cinq infirmiers spécialisés en psychiatrie, une secrétaire , deux employés de collectivité et un directeur.

D2/ Les conditions d'admission au foyer de post-cure

Le foyer accueille des hommes et femmes entre 18 et 55 ans présentant des difficultés psychologiques mais conservant un minimum d'autonomie sociale. Majoritairement, les patients sont originaires des services de psychiatrie, présentent des psychoses schizophréniques et des psychoses infantiles.

L'admission au foyer fait l'objet d'un projet de réadaptation élaborée entre le patient et l'équipe soignante.

Il est demandé une lettre de motivation au patient à l'issue d'un stage de une à quatre semaines avant de donner un accord sur son admission.

Initialement, le foyer ne devait accueillir que des personnes ayant une activité professionnelle et souhaitant se réinsérer professionnellement. Aujourd'hui, le recrutement est plus large du fait de l'évolution économique et de la complexité des pathologies mentales, si bien que des personnes en voie de réadaptation professionnelles constituent l'essentiel du public.

A noter que le suivi médical est obligatoire et que le foyer veille à ce que la continuité du soin soit assurée entre le psychiatre et le patient.

Des réunions de synthèse associant l'équipe du foyer, l'équipe médicale et soignante référente du service de psychiatrie, l'assistante sociale, la psychologue et parfois d'autres acteurs tels que le tuteur sont assurées au moins tous les 3 mois.

D3/ Les objectifs de réadaptation poursuivis (cf.annexe 3)

Les objectifs sont définis dans le projet d'admission du patient et sont revus régulièrement au cours des réunions de synthèse en fonction de l'évolution de l'autonomie du patient et du degré de stabilisation de la maladie.

➤ **Prendre le relais en matière de traitement chimiothérapeutique et psychothérapeutique** et assurer une surveillance accrue du niveau de stabilité de la maladie pour éviter tout phénomène de décompensation inhérent au changement de milieu, et toujours préjudiciable.

➤ **Augmenter la capacité de socialisation du patient** en cherchant à faire respecter un certain nombre de pré-requis sociaux avec, à l'appui, le souci de faire respecter le règlement intérieur et en organisant différentes activités de loisirs dont sportives (football, volley-ball, basket-ball, cinéma, soirée à thème, camping).

➤ **Chercher à accroître le degré d'autonomisation du patient :**

Cet objectif s'articule avec la pratique quotidienne d'une activité la journée (60% dans les ateliers thérapeutiques de la SVASM, 1,5% en CAT, 1,5% en Atelier protégé, 32% ergothérapie et 5% travail salarié). La recherche d'un logement autonome en préparation de la sortie est aussi un des axes de travail . L'autonomisation financière est recherchée tout au long de la prise en charge. A titre d'exemple, le troisième samedi de chaque mois, chaque pensionnaire doit acheter et préparer son déjeuner avec une certaine somme d'argent). Il faut aussi souligner que le foyer ferme les premiers samedi de chaque mois entre mai et septembre de 10 H 00 à 18 H 00. Cette fermeture régulière augmente le nombre de départs en week-end.

E/ Le travail en amont au CHS de la Roche sur Yon

E1/ La Fédération des Thérapies Médiatisées (FTM) :

Le CHS de la ROCHE SUR Yon dispose de structures intersectorielles dénommées Fédération des Thérapies Médiatisées proposant par l'intermédiaire de médiateurs divers une prise en charge psychothérapeutique individuelle ou de groupe.

L'idée de médiation implique le concept du tiers entre le soignant et le soigné.

Les soins proposées par cette fédération s'adressent à tous types de patients quel que soit leur âge, leur sexe, la nature et la gravité de la pathologie mentale et leur résidence. Ils concernent des patients qui sont pris en charge soit en hospitalisation plein temps, soit en hospitalisation de jour, soit encore en suivi ambulatoire.

Le médiateur permet au patient de travailler sur « l'image idéale et idéalisée du moi, l'affectivité, le transfert, le plaisir et le déplaisir, la séparation, la rupture, le deuil ».

Il permet également pour certains de travailler la notion de passage, de passerelle d'un état à un autre, l'adaptabilité ou non à la vie sociale, à un processus de réhabilitation, à un environnement.

◆ LES DIFFERENTES STRUCTURES DE LA FTM²³

➤ l'ergothérapie :

- ateliers « multisupports » ;
- ateliers de groupe ;
- atelier de préparation aux soins de réadaptation.

➤ « l'art thérapie » :

- la musicothérapie ;
- l'atelier médiation picturale ;
- l'atelier « arts de la scène ».

➤ les thérapies à médiation corporelles :

- utilisant de supports divers : secs ou humides (type thalassothérapie) ;
- « équithérapie ».

➤ la sociothérapie

➤ le centre de soins en milieu marin avec deux « bateaux thérapeutiques »

➤ Un CATTP « intersectoriel » ouverts du lundi au vendredi de 17 H 30 à 22 H 30 et les samedi, dimanche et jours fériés de 14 H 30 à 22 H 00

◆ UN TRAVAIL SPECIFIQUE DE READAPTATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Les ateliers d'ergothérapie correspondent à des niveaux de capacités cognitives et pragmatiques différents.

➤ les ateliers « multisupports »

Le temps de prise en charge est révélateur du niveau requis pour le travail psychothérapique dans ces ateliers. Le taux d'encadrement est élevé avec deux soignants dont un ergothérapeute pour 2 patients contre 1 infirmier pour 8 patients en hospitalisation traditionnelle. Cette densité de soignants rend possible une évaluation plus fine de la pathologie que dans les unités de psychiatrie.

²³ in rapport d'activité du CH « Georges Mazurelles »

L'atelier « multisupport » propose des temps de prise en charge de ½ H à 2 H 00, 1 à 3 fois par semaine. Pour certains, un filière graduée de prise en charge peut leur permettre d'accéder aux ateliers de groupe. Mais pour une part importante de patients, l'accès à des ateliers de niveau plus élevé n'est pas pertinente et des activités ergothérapeutiques « occupationnelles » leurs conviennent parfaitement. Pour d'autres, il n'est pas nécessaires de franchir toutes les étapes pour sortir du milieu hospitalier.

E2/ Le bilan des sorties d'un des deux ateliers

Cet atelier a suivi 77 personnes en 1999 avec des flux d'entrées et de sorties assez importants : 51 sorties et 44 entrées.

Parmi les sorties, 15 personnes ont rejoint les ateliers de groupe (2 en reviennent), 2 ont rejoint leur domicile, 1 est placée en Accueil Familial Thérapeutique, 2 sont sortis de milieu hospitalier, 1 est admis en CAT, 2 vont aux ateliers thérapeutiques des « Bazinières », 1 effectue un stage à l'ATCA (atelier thérapeutique SVASM à cadre agricole), 16 sont hospitalisés à plein temps, 3 sont en hôpital de jour, 1 est hospitalisé au CHD (Centre Hospitalier Départemental de la Vendée), 7 sont en arrêt de prise en charge.

◆ LES ATELIERS DE GROUPE

Ils proposent des prises en charge de trois heures par jour, trois fois par semaine.

Le taux d'encadrement est d'un soignant pour 4 patients.

Ces ateliers permettent la réalisation d'un objet, ce qui participe à :

- « la restauration d'une capacité créatrice qui permet notamment d'atteindre une restauration narcissique ;
- l'expression et la métabolisation des conflits internes ;
- le réinvestissement du réel ;
- l'ancrage spatio-temporel ;
- la restauration d'une identité sociale».

Par ailleurs, les objets fabriqués sont mis en vente dans un magasin public au cœur de la cité yonnaise, ce qui a valeur de reconnaissance. Les ateliers sont la ferronnerie avec la gestion directe de commande de clients, la vannerie, la poterie, le travail de reliure de livres et le travail du tissu.

Le nombre de patients pris en charge dans l'ensemble des ateliers est de 372.

Le bilan sur l'année 1999 indique 61 arrêts de prise en charge, 29 sorties vers un autre atelier, 24 hospitalisations, 24 prises en charge aux ateliers thérapeutiques de la SVASM, 3 décès, 6 sorties vers des activités dites de « détente ».

Le Dr BESCONS, médecin responsable de la FTM, a mis en place *des ateliers de préparation à des soins de réadaptation* en vue de faciliter l'entrée aux ateliers thérapeutiques de la SVASM par (ré)acquisition de pré-requis sociaux et (ré)activation de capacités pragmatiques.

Les temps de prises en charge vont de 9 H 00 à 12 H 00 tous les jours de la semaine.

Le renforcement de l'ancrage temporel avec allongement de la durée de prise en charge et exigence de ponctualité et de régularité, constituent les objectifs à atteindre ainsi que la qualité de l'objet fabriqué.

Le mode de fonctionnement est le suivant :

- comme tous les autres ateliers, le patient est bien évidemment adressé sur prescription médicale pour une prise en charge de 6 mois renouvelable ;
- à l'issue d'une période d'un mois, un premier bilan est effectué et envoyé au médecin référent du secteur ;
- au bout des 6 mois et sous réserve d'en être jugé capable, le patient est adressé pour un pré-stage de 3 semaines aux ateliers des BAZINIÈRES. Lors de ce séjour, le personnel éducatif effectue un bilan précis des capacités cognitives et motrices de la personne ;
- il est ensuite décidé si la personne peut suivre la prise en charge proposée aux ateliers thérapeutiques des Bazinières.

Avec le recul d'un an et demi de fonctionnement, il est possible de réaliser un premier bilan . Ainsi, sur 45 patients pris en charge, 20 projets ont abouti (vers une intégration aux ATB), 9 projets ont échoué lors du pré-stage, 1 projet a échoué à l'issue du pré-stage, les autres projets sont en cours au CHS.

F/ La SVASM constitue un outil associatif à promouvoir en complémentarité des établissements hospitaliers

L'intérêt majeur de cette atelier de préparation aux ateliers thérapeutiques de la SVASM a été de permettre aux patients d'acquérir les pré-requis sociaux rendant plus accessibles la prise en charge proposée en aval.

Ainsi, le travail sur le lever, le respect des horaires, l'hygiène corporelle, le respect d'une hiérarchie, l'approche du groupe est largement engagée avant de quitter le milieu hospitalier.

Toutefois, malgré les efforts d'adaptation du CHS, il semble que le niveau à atteindre soit difficile entre les sortants de psychiatrie et les ateliers. Les psychiatres souhaitent encore mieux ajuster les prises en charge hospitalières avec celles des ateliers thérapeutiques tant sur le plan de l'activité à développer qu'au regard de la productivité.

Ma visite des structures étudiées m'a conforté sur l'importance de la logique productiviste des ateliers thérapeutiques à l'instar de la logique économique des ateliers protégés. Ce phénomène que l'on peut qualifier de « mimétisme » est renforcé par le fait que certains ateliers protégés tels que celui relatif à la mécanique jouxtent physiquement les prises en charge thérapeutiques.

Cette prise de conscience n'est pas étrangère à un audit de cette association co-financé par l'ARH, la DDASS ainsi que par la DDTEFP cette année. Cet audit conclut à une erreur stratégique à faire suivre un atelier thérapeutique par un atelier protégé.

Si, en terme de filière de réinsertion sociale, il est intéressant pour certains de pouvoir être stimulés par le niveau de rendement qu'atteignent les travailleurs de l'atelier protégé, un certain nombre de problèmes se posent notamment au regard de l'écart croissant des capacités de travail des « sortants » de psychiatrie et le niveau de rendement requis pour le travail aux ateliers thérapeutiques.

Il en résulte que l'atelier protégé ne peut tirer son épingle du jeu et affirmer l'identité propre et la dynamique d'une entité à vocation économique. La gestion même de sujets en maladie mentale érode sans doute et la « croyance » commerciale et industrielle et le distinguo de frontières nécessaires à un parcours de la personne.

Les conclusions de l'audit se schématisent en deux scénarios, l'un conduisant au démantèlement de l'association et au rattachement de l'ensemble des structures au service public hospitalier. L'autre scénario propose une refondation de la SVASM mais tout en ne faisant pas l'économie de réfléchir aux complémentarités de structures de la SVASM avec celles relevant directement du champ hospitalier.

Et pourtant l'outil associatif est intéressant à développer en tant que complémentaire des services rattachés au centre hospitalier. Ainsi, une enquête nationale de mars 1995 auprès de l'ensemble des médecins pratiquant la psychiatrie hospitalière publique et privée indique que « 74% des médecins jugent indispensable ou très bénéfique « l'outil associatif » intégré pour générer une transversalité dans les structures qui ont tendance à fonctionner naturellement de façon pyramidale »

L'outil associatif permet en effet des réponses plus souples, d'éviter la passivité et la sédimentation que peuvent générer le milieu hospitalier.

Après avoir dressé un bilan des structures vendéennes participant à la réinsertion sociale et /ou professionnelle des malades mentaux, représentées essentiellement par la SVASM, il convient de proposer quelques pistes d'amélioration ressortissant tant de problématiques générales que de spécificités locales.

.III/ PERSPECTIVES ET SOLUTIONS

A/ l'impossible réinsertion socioprofessionnelle d'un certain nombre de malades mentaux et l'insuffisance de lieux de vie adaptés

A1/ Il faut que les pouvoirs publics actent l'impossible réinsertion socioprofessionnelle d'un certain nombre de malades mentaux

« La montée du chômage rend tout aussi aléatoires, voire inutiles, les efforts de réinsertion professionnelle des patients psychotiques »²⁴

La diminution très importante des durées de séjour en psychiatrie, le refus de la part des pouvoirs publics de créer des lieux intra-hospitaliers de prise en charge des patients dits chroniques conduit à l'émergence d'une psychiatrie réputée active et dont la figure de proue est l'activité extra-hospitalière.

Pourtant, force est de constater que malgré les progrès médicaux notamment en matière de chimiothérapie, la psychose se soigne mais ne se guérit pas.

La réinsertion professionnelle est probablement un leurre pour bon nombre de patients. Concernant la population des schizophrènes, les différentes études qu'elles émanent de VIDON ou de CASADEBAIG font état d'un pourcentage de schizophrènes salariés allant respectivement de 9 à 12% et dont la moitié bénéficient de l'AAH.

Le psychiatre VALLA cité par VIDON dans « la réhabilitation dans tous ces états » indique que « entre l'injonction sociale qu'il faut guérir à tout prix et la réalité de la grande difficulté, sinon de l'impossibilité de guérir, se creuse un écart douloureux responsable de vécus difficiles chez les malades, mais aussi chez les soignants, qui sont l'objet de pressions de la part des pouvoirs publics. Le Docteur VIDON ajoute que cette illusion provient en grande partie d'une trop grande confiance envers les vertus thérapeutiques des derniers progrès chimiothérapeutiques.

²⁴ rapport MASSE (p.179, le rôle des assistantes de service social »)

Il est d'ailleurs intéressant de constater que la diminution des durées de séjours, imputables notamment aux progrès des traitements, ne s'accompagne pas, corrélativement d'une diminution des rechutes et des réhospitalisations mais au contraire d'une augmentation de ces dernières.

Toutefois, la complexité de la maladie mentale fait qu'aucun psychiatre ne peut préjuger des capacités de réinsertion socioprofessionnelles de tel ou tel patient si bien que les essais de réinsertion des patients à travers l'ergothérapie, les ateliers thérapeutiques font partie de la construction du bilan diagnostique de la personne.

Le Docteur VIDON indique que moins d'une vingtaine de personnes sont orientées chaque année vers des centres de réadaptation pour une file active moyenne de 1000 (patients vus au moins une fois quel que soit le type de prise en charge). Il s'agit donc d'une toute petite minorité de patients concernés par les soins de réadaptation

A2/ L'insuffisance d'équipements sur le plan médico-social et de lieux de vie pour malades mentaux stabilisés

Au plan national, le rapport JOLLY indique, qu'on estime généralement à 20 000 le nombre de places de CAT qu'il faudrait créer pour faire face aux demandes. En outre, le nombre de malades mentaux (non stabilisés ?) dans les structures existantes est relativement faible car leur intégration est difficile. Elle est source d'inquiétude et de peur chez les autres personnes handicapées. Certains pointent le risque de voir émerger ou raviver parmi les autres handicapés des difficultés psychologiques.

Il convient aussi de rappeler le contexte historique de création des établissements pour enfants et adultes handicapés. Ces structures ont aussi été créées en réaction aux hôpitaux psychiatriques et les associations de parents d'enfants inadaptés et handicapés qui ont initialement voulu sortir leurs enfants des hôpitaux ne souhaitent pas que la psychiatrie « reconquiert » leurs établissements. Cette donnée socioculturelle ne plaide pas non plus en faveur d'une très forte articulation entre les deux secteurs.

Dans le département vendéen, ce sont essentiellement les FO publics qui accueillent des malades mentaux stabilisés.

Le nombre de Foyers Occupationnels à destination des psychotiques ne pouvant plus travailler doit être développé par les conseils généraux. Outre les considérations financières qui pèsent de façon importante dans la création de telles structures, il faut

mettre en avant le choix quasi-idéologique et politique que la valeur travail peut représenter et qui ne milite pas en faveur de la création de telles structures.

A3/ L'absence de souplesse des prises en charge proposées

Lors des différentes visites dans les établissements psychiatriques et des entretiens avec les professionnels, il m'a été fait part de la difficulté pour un nombre non négligeable de malades mentaux d'exercer un travail plusieurs demi-journées par semaine, d'où la nécessité de mettre en place des paliers successifs. Cette difficulté est accentuée par des traitements chimiothérapeutiques qui ont rarement la vertu de stimuler la vigilance.

Les formules de prise en charge à temps partagé peuvent constituer des solutions notamment en CAT, même si le travail à temps partiel complexifie la rentabilisation de l'outil de production et la gestion de l'emploi du temps des travailleurs

De même la création de CAT adossé à des foyers de vie peut permettre une alternance d'activités occupationnelles et de travail

En Vendée, environ 3% des travailleurs bénéficient d'un temps partiel (mi-temps) pour plus de 9% au plan régional. Outre la faculté de partager un mi-temps entre FO et CAT, des temps partagés avec les activités d'hospitalisation de jour du CHS seront proposés si nécessaire, mais il est aussi tout à fait concevable également de ne rien prévoir en plus du travail en CAT.

B/ Le principe de l'absence de création de filières spécifiques doit souffrir quelques exceptions

B1/ Sur le champ du handicap mental

Le rapport JOLLY salue le législateur qui en 1975 n'a pas voulu stigmatiser le malade mental en ne prévoyant aucune mesure spécifique à son égard mais souligne une confusion entretenue par les textes entre handicap et maladie mentale

Au niveau des COTOREP, les critiques sont généralement de deux ordres :

- la confusion entre la maladie et le handicap ; la commission ne raisonnant que sur les effets secondaires de la maladie handicapants du fait d'un guide-barème qui n'est pas toujours adapté aux spécificités de la maladie mentale ;
- l'absence d'articulation entre la COTOREP et les secteurs de psychiatrie en raison de l'éclatement des tâches respectives.
-

◆ CREER DES STRUCTURES SPECIFIQUES DE RECHERCHE D'EMPLOI POUR MALADES MENTAUX

Actuellement, l'AGEFIPH ²⁵ dans un document intitulé « maladie mentale et emploi » estime que 15 à 20% de la population handicapée souffrirait de maladies mentales et seulement 3% sont reconnus travailleurs handicapés. Parmi ce faible pourcentage, qui conditionne le déclenchement du travail des EPSR, assez peu d'actions de recherche d'emploi sont réalisées en faveur de cette population.

Les raisons sont multiples et tiennent principalement à deux facteurs interdépendants qui sont :

- l'obligation de résultat en terme de placement de la part des équipes d'EPSR financées maintenant exclusivement par les fonds de l'AGEFIPH depuis le 1^{er} juillet 1999 ;
- la difficulté de positionner les demandeurs d'emploi ayant un handicap mental sur le marché de travail et le risque couru par les équipes à engager leur crédit sur des placements risqués (Les EPSR doivent également chercher à maintenir dans l'emploi les personnes handicapées).

Ainsi, en Vendée, l'EPSR bien que rattaché juridiquement à la SVASM, dépend de l'AGEFIPH et a une obligation de 205 placements à l'année. Le responsable de l'EPSR fait part des difficultés professionnelles inhérentes à la maladie mentale ::

- manque de fiabilité ;
- difficulté à intégrer toute situation nouvelle et tout changement dans le processus de travail car devenant très coûteuse sur le plan mental ; cet état d'esprit étant totalement en contradiction avec le monde de l'entreprise symbole de changement et de flexibilité de l'outil de production (problèmes avec les horaires 2 ou 3/8) ;
- certaines lenteurs sont constatées parfois en lien avec la nature de certaines pathologies mentales, même stabilisées ;

²⁵ in Maladie Mentale et Emploi-AGEFIPH-revue « Point de repères » n°1 avril 1998.

- problème de l'intégration et de l'acceptation par le milieu professionnel, par les décideurs en matière de recrutement et par l'environnement immédiat (peur socioculturelle de l'image renvoyée par la maladie mentale).

Il faut donc prendre acte que la société ne respecte pas ses engagements vis à vis des personnes handicapées par la maladie mentale et que les efforts déployés en terme de placement sont nettement insuffisants par rapport à ce que les malades mentaux sont en droit d'attendre de la collectivité. Ainsi, le Dr Denis LEGUAY²⁶, psychiatre au Centre de Santé Mentale Angevin indique que même si « la proportion de handicaps de nature psychiatrique calculés par les COTOREP avoisine les 40%, moins de 5% des fonds reversés par l'AGEFIPH l'est pour la réinsertion de handicapés psychiatriques ». Pour cette raison, le Dr LEGUAY milite en faveur de la constitution d'équipes spécifiques d'aide à la réinsertion professionnelle des patients psychiatriques. Le rapport du groupe de travail sur l'évaluation des soins en santé mentale de juin 1995 indique qu'actuellement quelques EPSR spécifiques existent.

En matière de placement en milieu protégé, se pose le problème de l'aménagement de passerelles entre le milieu du travail protégé et le milieu ouvert.

Ces problèmes relèvent du souci économique de ne pas laisser un poste de travail non occupé pendant 1 ou plusieurs semaines, ce qui renvoie aussi à la fragilité économique de certains ateliers protégés. La difficulté de vouloir se départir d'un bon employé n'est pas étrangère à l'argument précité. Le responsable de l'EPSR vendéen pointe des difficultés d'ordre administratif rendant difficile les stages entre le milieu du travail protégé et le milieu ordinaire. Ainsi, les statistiques de l'EPSR en Vendée font apparaître sur l'année 1999, 19 placements de personnes malades mentales et 43 personnes déficientes intellectuelles sur un total de 373 placements annuels.

Il considère qu'il faudrait développer en amont du placement de malades mentaux en milieu ouvert une structure d'évaluation des capacités d'insertion professionnelles et de validation des projets professionnels ; le parcours professionnel du malade mental étant plus long et plus chaotique.

Pour les travailleurs de CAT et d'atelier protégé, des passerelles devraient être aménagées avec le milieu du travail ouvert pour donner des chances aux personnes les

²⁶ In n°28 de Santé Mentale-juin 1998

plus performantes sur le plan professionnel. Ces stages pourront soit déboucher sur une embauche ou confirmer que le milieu du travail est le plus adapté au niveau de la personne. Dans les deux cas, de tels essais en milieu de travail sont positifs. Dans l'hypothèse où un turn-over plus important peut être obtenu en CAT et atelier protégé, des places dont le nombre est actuellement insuffisant pourraient se libérer.

Le même constat peut être fait pour les centres de rééducation professionnelle qui sont peu utilisés pour les malades mentaux. Ainsi, sur un effectif en 1995 de plus de 7000 personnes pouvant bénéficier d'actions de formations, seulement 4,2% sont des psychotiques.²⁷

B2/ En matière de logement, des solutions doivent être recherchées pour pallier le recentrage de l'hôpital psychiatrique sur un lieu de soins uniquement

Se pose également la question du credo de la non mise en place de filières particulières pour les malades mentaux. Ce concept, « politiquement correct » est tout à fait sain mais doit souffrir quelques nuances car il semble qu'il ne résiste pas à l'épreuve des faits.

Il m'a été fait part des réticences non avouées officiellement qu'ont les offices d'HLM à loger des personnes souffrant de pathologie psychiatrique.

Même s'il ne s'agit pas dans ce travail de stigmatiser quelque institution que ce soit et de la rendre responsable de tel ou tel échec sur le plan de la politique de santé mentale, il me semble que des solutions de relogement doivent être recherchées spécifiquement pour ce type de population qui, plus qu'une autre, est concernée par la problématique de l'isolement.

²⁷ in rapport sur l'évolution des soins en santé mentale de juin 1995

Ne serait-il pas intéressant de développer assez largement l'offre en appartement thérapeutique pour les patients nécessitant des prises en charge dense et des appartements associatifs pour les patients plus stabilisés mais nécessitant un étayage en ambulatoire ?

Le Dr VIDON encourage le développement de ces structures²⁸.

L'arrêté du 14 mars 1986 qui énumère et définit les équipements possibles de l'extrahospitalier indique que « les appartements thérapeutiques sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale mis à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants. »

Ces appartements sont gérés par l'hôpital qui s'occupe de tous les problèmes administratifs et financiers

Il s'agit d'introduire selon VIDON « des soins discontinus sur fond de continuité » La discontinuité est bien sûr géographique mais elle concerne aussi la présence du personnel soignant Quant à la continuité, il s'agit bien sûr de la permanence de l'équipe soignante mais revêt aussi la notion d'accessibilité aux soins du secteur psychiatrique. Même s'il ne s'agit de recréer l'asile à domicile, les psychotiques ayant tendance à « reconstruire l'asile partout où il se trouve ». Il faut pour les patients précédemment chronicisés dans l'institution, qu'une relation de satellisation puisse être organisée. Le Docteur VIDON écrit que « les psychotiques, surtout les plus graves, entretiennent du fait de leur pathologie un mode relation de dépendance qu'il est nécessaire de respecter mais encore d'organiser » L'objectif est donc pour certain de diminuer le lien de dépendance institutionnel qui est intrinsèque à leur maladie.

Les fonctions de l'hébergement thérapeutique sont multiples. Les appartements thérapeutiques ont bien sûr une fonction d'hébergement qui représente déjà beaucoup. Ainsi, selon le Docteur VIDON, « habiter quelque part, c'est déjà s'habiter soi-même et la demande des psychotiques en ce sens est habituellement forte ». Le fait de pouvoir

²⁸ in Mise au Point n°4-mars 1990 : « abord des psychoses par l'hébergement thérapeutiques »

disposer d'un logement doit aussi être considéré comme une condition pour envisager une réinsertion sociale.

Ces logements ont une fonction de transition, intermédiaire entre « le dedans, sécurisant de l'hôpital psychiatrique et le dehors angoissant et déstabilisant de la vie normale ».

Les transitions sont très importantes à aménager car les prises en charge « totalitaires » ne doivent pas s'interrompre brutalement sinon la probabilité de rechute grave est importante.

L'appartement thérapeutique peut permettre des activités de resocialisation comprenant notamment le respect d'un règlement intérieur et la participation aux tâches communes ménagères. Cette fonction de transition oblige à des hospitalisations dont la durée néanmoins longue (1 an voire 2 à 4 ans pour certains praticiens) doit être limitée pour marquer la notion de passage. Il convient de souligner que certains auteurs considèrent que des durées de séjours longues favorisent d'autant les chances de succès de réinsertion sociale. C'est notamment ce que les professionnels du CHRS de la Porte St Michel remarquent à travers leur pratique.

Ce type d'alternative à l'hospitalisation s'adresse à des patients psychotiques chroniques et notamment à des schizophrènes dont la pathologie est stabilisée et dont la vie à l'extérieur se révèle problématique, voire impossible à envisager de manière indépendante, mais qui pourront développer des expériences d'autonomie progressives et constructives. Il s'agit donc souvent de formules qui sont proposées à des patients qui sans cette alternative, n'aurait d'autre choix que de rester en hospitalisation complète. D'autres patients, pour lesquels l'environnement familial se révèle pathogène voire nocif, pourront aussi y être admis.

LE DEVELOPPEMENT DE CETTE EXPERIENCE EN VENDEE

Une unité fonctionnelle de quelques places se développe en septembre 2000 sur un des secteurs de psychiatrie générale et comprenant 4 places. En 2001, une maison thérapeutique de 7 places verra le jour.

Les objectifs de l'appartement thérapeutique, outre l'évaluation des ressources du patient doivent développer individuellement, et par la dynamique de groupe, une accession à l'autonomie psychosociale.

L'objectif est que le patient organise ses réponses face aux actes de la vie quotidienne (retour des potentialités) et à la connaissance de sa pathologie. Il va également s'agir

que le patient puise des capacités à trouver des réponses à ses besoins, à s'autonomiser, à acquérir ou à retrouver une aptitude relationnelle satisfaisante et à investir son lieu de vie.

L'admission en appartement suppose la signature d'un contrat et le respect d'un règlement intérieur.

Le quotidien de la vie en appartement comprend des interventions quotidiennes d'infirmiers le matin et l'après-midi entre 8 H 30 et 20 H, un repas thérapeutique par semaine et une réunion collective par semaine.

LE DEVELOPPEMENT DE STRUCTURES INNOVANTES SUR LE PLAN DU LOGEMENT

La fermeture progressive des capacités d'hospitalisation complète pose le problème épineux de l'hébergement dans la communauté des malades mentaux, réputés peu sociables. La fonction sociale de l'hôpital s'est vue transférer vers d'autres espaces.

Ce problème d'accompagnement thérapeutique est d'autant plus nécessaire que les patients psychotiques sont particulièrement exposés au stress et au sentiment d'insécurité ressenti par la population générale. Ces phénomènes sont amplifiés sur des populations de malades mentaux. La solution qui consistait pour ces personnes à bénéficier quasiment à vie du gîte que fournissait le CHS comportait, outre des dépenses importantes, les risques d'hospitalo-centrisme et de chronicisation bien connus des psychiatres.

Toutefois, il n'est pas non plus acceptable de chercher à tout prix des placements dans les établissements sociaux ou médico-sociaux au détriment des chances de guérison

Le système dit des « **appartements associatifs** » doit être encouragé car il permet une transition utile entre une prise en charge, même qualifiée de moyen séjour et un logement autonome en office d'HLM.

Les appartements thérapeutiques ne doivent pas être confondus avec les appartements associatifs. Les appartements associatifs, structures souvent indépendantes du secteur, sont sous une forme communautaire ou protégée, destinés à héberger des patients stabilisés, et sont considérés comme le véritable domicile des malades qui en sont locataires. Les prestations de soins sont alors assimilées à des interventions à domicile dans le cadre de l'activité ambulatoire du secteur psychiatrique.

Les appartements associatifs utilisent le système dit du « **bail glissant** » :

Il s'agit de l'outil le plus approprié à une intégration sociale durable dans le logement. Il permet qu'un contrat de location consenti à une association, puisse, après un certain temps être transmis par le biais d'un nouveau contrat, à l'occupant véritable du logement.

Le cadre des appartements associatifs a été rencontré en Loire-Atlantique où le CHS de MONTBERT, par l'intermédiaire d'une association « Le petit Pébrol », loue aux patients capables et désireux de s'autonomiser socialement des appartements meublés dont le bail peut glisser. Sur le plan financier, l'association qui ne gère que trois à cinq appartements maximums est solvabilisée du fait de la subvention du CHS ainsi que des produits des diverses prestations de travail reversées à l'association, déduction faite du pécule revenant au patient.

La solution du relogement s'accompagne du travail du secteur psychiatrique (visites à domicile) et du travail de l'infirmier vers une insertion dans la cité et de mobilisation des acteurs pouvant faciliter cette autonomie sociale (aide-ménagère, associations sportives et culturelles...). Dans la journée, des activités viticoles (taille de la vigne, vendange en saison) sont proposées dans le cadre d'une prise en charge d'hôpital de jour.

La sous-location, à la différence du système du « bail glissant » est un système qui permet à des associations de prendre en location des logements de propriétaires privés ou publics en vue de les mettre à disposition de personnes qui ont des difficultés pour obtenir un logement en bail direct. C'est un outil de négociation utilisé pour leur faciliter l'accès à un logement en apportant des garanties aux propriétaires. Le statut de sous-locataire doit permettre, à terme, de conduire progressivement ces personnes à l'autonomie dans leur propre logement.

Le système de la sous-location implique une gestion locative comprenant un ensemble de tâches d'autant plus importantes que les sous-locataires ont des difficultés sociales. Les associations pratiquant la sous-location doivent avoir une assise financière très solide en terme de fonds propres mais aussi en terme de fonds de roulement. En effet, il est nécessaire que des provisions puissent être réalisées à la fois pour travaux et pour créances irrécouvrables.

La sous-location doit pour Madame PREAU, conseillère technique en travail social à la DDASS de la Vendée, être contractuellement provisoire car sinon elle n'autonomise pas suffisamment les personnes. Ce manque d'investissement peut être financier, administratif et social. Toutefois, dans l'hypothèse de certains handicapés mentaux qui

seront, dans l'état actuel des progrès médicaux, soignés toute leur vie, est-il nécessaire de chercher toujours plus d'autonomie sociale au risque d'entraîner des décompensations ?

Pour un certain nombre de personnes souffrant de pathologies psychiatriques, les professionnels font état d'angoisses survenant en soirée et qui nécessitent la présence d'un tiers. Par conséquent, il est nécessaire qu'une personne soit sur place et non pas seulement joignable.

La formule des pensions de famille est tout à fait intéressante à cet égard.

Constitué sur l'initiative du secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, les pensions de famille ont pour objectif premier de « stabiliser » des personnes dans un habitat durable et adapté à leur problématique physique, psychologique et sociale.

Elles devraient, pour certaines personnes constituer une bonne alternative à des prises en charge lourdes et coûteuses (CHRS, hôpital) et partent du constat qu' »un nombre croissant de personnes ne peut trouver son équilibre de vie dans un logement individuel autonome »

Il ne s'agit pas de recréer une nouvelle forme d'équipement social ou sanitaire mais une nouvelle forme de logements bénéficiant d'un accompagnement social spécifique et axé sur la convivialité, l'intégration des locataires dans leur environnement social

Les populations concernées sont caractérisées par un niveau d'isolement social et/ou affectif ayant un faible niveau de ressources et une problématique personnelle rendant impossible, à court terme une insertion dans un logement indépendant. Il peut s'agir notamment de personnes :

- âgées, isolées, à faibles ressources ;
- invalidées par une longue maladie ;
- jeunes ou non, seules, sans abri ni réseau de solidarité.

Le projet social doit s'inscrire dans la durée et favoriser la citoyenneté des occupants et l'ouverture sur la cité en recherchant l'intégration dans le quartier ou le tissu social ainsi que l'intensité des contacts avec l'extérieur. La mixité du profil des personnes logées est également recherchée afin d'éviter l'effet stigmatisant d'un public typé.

La pension de famille correspond sur le plan physique à un habitat communautaire de petite taille (30 logements maximums) associant la jouissance de logements privés à la présence de lieux collectifs qui peuvent répondre au besoin de partager les repas ou les loisirs.

Cet habitat peut prendre diverses formes dont l'adaptation et/ou la location d'un parc existant chez un bailleur privé ou public, ou l'aménagement d'une résidence sociale existante, ou bien encore la construction ou l'acquisition-amélioration de biens immobiliers destinés à ce type d'usage.

Concernant les modalités d'admission, il est prévu que le gestionnaire de la pension a la maîtrise des admissions.

Au quotidien, le personnel est composé d'un hôte ou d'un couple d'hôte chargé d'en assurer le fonctionnement, l'animation et d'entretenir la convivialité du lieu.

Le cadre juridique et réglementaire relatif aux pensions de famille est le décret du 23 décembre 1994 sur les résidences sociales (FJT.). Toutefois, une dérogation devra être apportée à ce décret qui prévoit une durée maximale de séjour de 2 ans.

La création de la pension de famille est soumise à un agrément accordé par le Préfet et à une convention conclue avec le gestionnaire.

Les modalités de financement reposent tout d'abord sur le versement d'APL majorées au locataire et comprennent ensuite trois types d'aides :

- une aide à la pierre à travers le financement de Prêts Locatifs pour Logements Très Sociaux (PLATS) aux offices d'HLM ;
- une aide à la personne (APL1) ainsi que l'ALT (allocation de logement temporaire pour 10% maximum) afin que la redevance reversée par les locataires soit minimale ;
- aides à l'animation et financement de(s) hôte(s) : aide forfaitaire de 50f/lit/jour qui devra être complétée par la recherche de cofinancement (Programme Départementale d'Insertion), Fonds Social au Logement (aide à la gestion locative).

LA MISE EN PLACE DE CET EQUIPEMENT EN VENDEE

La Vendée a été sélectionnée par le ministère dans le cadre d'un appel à projet pour mettre en œuvre la formule expérimentale des pensions de famille.

Un des points très positif qui a permis de recueillir l'adhésion du ministre a été le très fort partenariat qui a permis de porter le projet de pension de famille par toutes les grandes associations vendéennes concernées par la problématique du logement.

S'est ainsi constitué le GIPIL (Groupement inter-associatif pour l'Insertion par le Logement) regroupant des associations gérant des CHRS mais aussi oeuvrant pour l'amélioration de l'habitat (AVAL PACT ARIM) et l'UNAFAM (Union nationale des Amis

des familles de malades mentaux), la SVASM. A noter que le CCAS et le CHS sont également membre de cette association qui collecte les fonds publics et qui se prononce sur les admissions.

La Vendée a opté pour la construction ou rénovation de petites unités de vie au nombre de quatre et localisé au cœur de la cité Yonnaise. Des problèmes d'ordre financier ont été rencontrés pour que l'hôte réside dans une de ces unités. Elles ont été contournés par l'embauche d'un emploi-jeune.

Quelques extraits de la fiche de poste de l'hôte montrent la polyvalence requise par le nouveau métier que constitue l'hôte.

« Celui-ci doit organiser la bonne marche du lieu dans tous ses aspects. Il assure une présence au quotidien, une présence rassurante, une protection et est garant du respect du règlement intérieur de l'espace collectif. Il accueille les nouveaux arrivants et aide au bon déroulement des visites. Il a pour rôle de gérer l'entretien des parties communes, de proposer des temps de restauration familiale, d'impliquer au maximum les pensionnaires dans leur lieu de vie en étant soit dans une position d'attente, de fermeté ou de souplesse.

L'hôte a également un rôle d'intégration sociale consistant à être réceptif aux angoisses des petits problèmes matériels. Il doit aussi participer à la construction du lien avec l'extérieur et doit être en situation de proposer des activités. Etant précisé que la vie collective est possible mais non obligatoire, l'hôte doit savoir se positionner entre locataire, bailleur, référent social ou médico-social.

Il s'agit donc d'une fiche de poste très ambitieuse faisant appel à des capacités sociales, relationnelles voire psychologiques ainsi que des capacités manuelles de maintenance et de bricolage. En tous les cas, ce métier est nouveau et répond à un besoin d'utilité social ; il peut donc totalement prétendre à s'inscrire dans le cadre du programme « nouveau emplois, nouveaux services » ou plus prosaïquement « emplois-jeunes ».

La mise en place de ces petites unités de vie accueillant, entre autres, des personnes présentant des problèmes psychologiques a fait l'objet d'un premier bilan.

Sur 8 personnes, 2 ont été orientées par le service social du CHS, 1 du foyer de post-cure psychiatrique « La Fontaine », 1 d'un foyer de post-cure pour alcoolique et les autres de structures sociales.

Les personnes ont entre 40 et 50 ans sauf une qui est âgée de 29 ans et une autre de 37 ans.

Au regard de l'emploi, une personne a un CDI, une autre un CES Trois personnes sont bénéficiaires du RMI, une dispose comme ressource de l'ASS, une autre bénéficie des indemnités journalières et enfin une dernière a une pension d'invalidité.

La situation familiale de ces personnes comprend majoritairement des personnes célibataires (6), 2 personnes sont séparées, 1 a des enfants.

Concernant les activités de loisirs extérieurs, un locataire a repris une activité sportive.

Tous les locataires se déplacent à pied ou en bus.

La formule des pensions de famille est encouragée par le groupe de travail ministériel ayant élaboré le document « L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux ».

Ce groupe de travail tout en émettant le vœu d'intégrer les malades mentaux dans les dispositifs de droit commun souhaite que « des possibilités réelles d'accueil et d'hébergement adapté pour les personnes handicapées par maladie mentale qui ne peuvent récupérer des capacités suffisantes pour être autonomes, et dont l'état nécessite un encadrement professionnel permanent soient prévus ». Au fil des réflexions du groupe de travail, il est intéressant de remarquer que des « aménagements des dispositifs existants et des services et structures spécifiques » notamment en matière d'accès aux logements sont proposés..

Le groupe de travail reprend certaines propositions démontrant l'acuité du problème du logement pour les malades mentaux. Il considère que les difficultés d'accès à un logement relèvent plus généralement de l'insuffisance constatée dans certaines villes du parc des logements sociaux pour personnes seules, et souhaitent que le plan départemental d'action pour le logement permette de contractualiser des accords avec des associations se portant garantes pour les locataires souhaitant disposer d'un logement individuel. Le groupe émet le vœu que des efforts particuliers des municipalités soient réalisés.

Toutefois, il pointe les difficultés qu'ont certaines catégories de malades mentaux à rester isolées dans un logement individuel ; et même l'effet «contre-thérapeutique »

d'un habitat individuel « facteur de risque et de marginalisation » pour des gens « seuls et repliés sur eux-mêmes ».

C'est pourquoi, le groupe souhaite que des formules innovantes d'hébergement soient réalisées telles que « pensions de famille, hôtels associatifs, maisons communautaires d'hébergement » permettant « d'allier un chez-soi et des possibilités quotidiennes de rencontre et de soutien ».

Le problème de ces formules peu onéreuses telles que la pension de famille est qu'elles nécessitent un minimum de fonds publics qu'il est difficile d'obtenir de la part des dispositifs actuels. Or, la multitude des co-financements à obtenir et la précarité financière qui en découle, est en contradiction avec la notion de logement qui, contrairement avec un hébergement, ne revêt pas de caractère provisoire.

C/ UN TRAVAIL DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES QUI DOIT ETRE PLUS EN LIEN AVEC LES ACTEURS DE LA CITE

C1/ L'importance du suivi du secteur et la nécessaire prise en compte de la dimension sociale et professionnelle pour préparer au mieux la sortie

Cette situation renforce l'idée de l'importance du suivi extra-hospitalier de l'équipe soignante des patients psychotiques. Ainsi, sur le plan médical, l'observance du traitement qui est fondamental ne peut pas toujours se prendre sous la forme d'injection mensuelle de neuroleptique retard.

Sur le plan social, VIDON considère qu'il revient aux équipes psychiatriques de s'assurer que tous les « besoins élémentaires » seront couverts à la sortie de l'hôpital et d'aider les malades à aménager leur vie sociale dans des conditions de sécurité suffisante.

Il s'agit d'une évolution des pratiques professionnelles des soignants dont la culture ne prédispose pas à projeter le patient dans l'après-hospitalisation. Or, le passage entre le secteur sanitaire et social peut devenir un véritable parcours du combattant si un travail suffisant de facilitation de l'insertion social n'est pas réalisé tant du côté de la psychiatrie de secteur que du côté des travailleurs sociaux. Et même si le secteur psychiatrique

dispose en généralement d'un travailleur social, leur nombre est insuffisant compte-tenu de la complexité des problématiques sociales des malades mentaux.

Un document de la DREES²⁹ indique que les enquêtes portant sur le suivi social des patients schizophréniques montrent l' « effet protecteur » du suivi en ambulatoire.

Ainsi, une étude de VIDON³⁰ a montré qu'après deux ans de suivi, la quasi-totalité des patients étaient réinsérés sur le plan social :

- 96% des personnes avaient un logement stable ;
- 98% des droits ouverts à la sécurité sociale ;

La durée du suivi a permis un nombre important de démarches entreprises en vue d'une d'avoir un logement, de se constituer ou reconstituer un réseau social (famille, amis). En matière de réinsertion professionnelle, (reprise d'études, recherche d'un travail), des efforts importants ont pu être constatés.

C2/ Améliorer l'ancrage social de l'hôpital de la cité et accroître les collaborations entre le secteur social et psychiatrique

ARTICULATION ENTRE LES EQUIPES DE SOINS ET SOCIALES

Le Dr MASSE considère que le grand problème réside dans la « méconnaissance des milieux et des savoir-faire ». Pour surmonter cette difficulté, des rencontres et des outils de travail communs doivent être recherchés. Pour ce faire, des conventions peuvent être signées formalisant les échanges institutionnels avec cahier des charges à l'appui. Cette coopération peut prendre la forme de réunions de supervision et de formation (initiation à la psychologie et à la souffrance mentale) et ce, d'autant plus que cela correspond à des demandes. Mais ces appuis techniques de la part du secteur psychiatrique doivent s'accompagner de l'intervention des professionnels du secteur social pour réaliser un bilan en matière d'insertion. Une vraie collaboration suppose en effet « un dialogue à égalité ».

La pratique de l'échange de stagiaires peut constituer un support intéressant au développement de ces collaborations souhaitées et souhaitables. De même, le Dr MASSE utilise le terme de « consultations croisées » entre les professionnels de la psychiatrie et du secteur social à l'instar de ce qui se passe dans certains services somatiques. En Vendée, dans le cadre du réseau santé-hygiène s'inscrivant dans le

²⁹ « Bilan de la sectorisation psychiatrique » de juin 2000

³⁰ in rapport final de l'étude multicentrique de suivi d'une cohorte de patients schizophrènes chroniques de Gilles VIDON

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, les professionnels du secteur social, éducatif et psychiatriques inscrivent à l'ordre du jour de leurs réunions la présentation de leurs métiers respectifs afin de mieux se connaître.

Une plus grande articulation entre ces deux secteurs ne peut être que favorable à la réinsertion sociale des patients. Toutefois, il ne faut pas non plus que l'on assiste à une dérive sociale de la psychiatrie. Le docteur JOLLIVET considère à ce sujet « qu'il n'y a pas de transfert souhaitable des responsabilités [entre les secteurs social et psychiatrique] et que nous devons assumer les nôtres en tant que thérapeutes et la société doit assurer les siennes dans la solidarité »

LA CREATION EN VENDEE D'UN CATTTP INTERSECTORIEL COMME POINT D'ANCRAGE SOCIAL DU CHS SUR LA CITE

Ce projet qui constituait une des pierres angulaires du projet d'établissement poursuit deux objectifs :

- apporter une réponse adaptée aux personnes souffrant de crises d'angoisse, de vécu de solitude, d'errance et de besoin d'écoute ;
- un travail de partenariat avec les partenaires institutionnels du secteur social.

Ce lieu d'écoute a pour particularité d'être ouvert tous les soirs de 17 H 30 à 22 H 30 ainsi que les week-end et jours fériés de 14 H 30 à 22 H 00 pour assurer notamment le relais des CMP implantées sur la ville de la Roche Sur Yon. L'équipe du CATTTP assure également une écoute téléphonique à vocation départementale et pas seulement de la population des secteurs rattachés au CHS.

Le travail va constituer pour l'équipe à assurer une coordination en interne et entre les partenaires et l'hôpital.

L'écoute des infirmiers psychiatriques est très importante pour rassurer les patients qui sont sortis de l'hôpital et sont souvent sujets à des crises d'angoisse en soirée. Pour un certain nombre de patients, le réseau relationnel se réduit aux entretiens que les soignants peuvent leur accorder et le travail de continuité du soins entrepris par le CATTTP doit permettre de réduire le nombre de réhospitalisation. De plus, ce lieu d'accueil banalisé (une maison de ville aménagé) ainsi que la qualité des professionnels permet à des personnes non connues par les files active sectorielles d'exprimer leur souffrance psychique. En ce sens, le CATTTP participe à la démythification de la psychiatrie.

En 1999 (de juillet à décembre), l'équipe a comptabilisé 78 nouvelles identités et en 2000 (de janvier à fin octobre), 111 nouvelles personnes ont été recensées non connues par les files actives des secteurs.

Le travail de partenariat est également très important et l'équipe du CATTP a intégré deux réseaux associant l'essentiel des intervenants du champ social de la Roche sur Yon et de son agglomération. Il s'agit du réseau santé-hygiène social (cf.infra p.61) et de la réunion mensuelle organisé par le Service d'Accueil et d'Orientation Yonnais concernant les personnes pour lesquelles l'orientation s'avère problématique. Le CATTP représente également la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au Centre Hospitalier Spécialisé de la Roche Sur Yon.

CONCLUSION

Il m'apparaît fondamental que les soins de réadaptation soient considérés comme relevant des soins psychiatriques à part entière sans que l'on distingue une psychiatrie « aiguë » avec des durées de séjours de deux mois maximum d'une psychiatrie qui serait « sociale »

Il ne faut pas que le critère de classification de la discipline de psychiatrie se limite à des considérations sur la durée moyenne de séjour qui peuvent être de un an en foyer de post-cure psychiatrique à deux ans en pour les ateliers thérapeutiques. En effet, le risque est grand pour les financeurs de ne plus vouloir prendre en charge au titre de l'assurance maladie les soins de réadaptation que peuvent dispenser les structures précitées. Le nombre important de réadmissions en hospitalisation ne pourrait que croître encore plus si le financement des structures de post-cure n'était plus assis sur des bases aussi pérennes que celles permises par l'assurance maladie.

De plus, vouloir normer les durées de prise en charge de ces établissements pourrait avoir un effet contre-thérapeutique. Le théoricien VIDON constate qu'une corrélation se vérifierait entre les chances de succès d'une action de réinsertion sociale et la durée du séjour et cette donnée m'a été corroborée par les équipes rencontrées en Vendée. Par ailleurs, il faut bien garder à l'esprit que le temps nécessaire aux équipes de soins pour amorcer une possible réinsertion ne constitue jamais un gage de succès. Or, la communauté médicale à l'instar de notre société demande de plus en plus non pas une obligation de moyens mais une obligation de résultat incompatible avec la spécificité de la discipline psychiatrique.

Ceci est d'autant plus vrai que les malades mentaux émargent très difficilement aux dispositifs de droit commun auxquels ils peuvent prétendre et se rapportant particulièrement au droits ouverts par la loi de 1975 et à l'accès au logement.

Il me semble aussi important de prévoir des financements spécifiques pour pallier les carences des dispositifs généraux car ceux-ci ne résistent pas à l'épreuve des faits.

En effet, au nom de l'absence de création de filières spécifiques par peur, tout à fait louable, au demeurant de ne pas créer de phénomène de ghettoïsation ou de ségrégation, la société ne répond pas, paradoxalement, au souci d'équité qui doit l'animer. Le principe consistant à aménager plus de dispositif à destination des malades

mentaux peut aussi contredire le principe théorique d'une réinsertion qui passe par une meilleure acceptation de l'image du « fou » dans la société. Toutefois, un principe de réalité s'impose car pour nombre de patients, trouver un logement relève du domaine du parcours du combattant, et ce, d'autant plus que certains propriétaires profitent de la pénurie d'offre de logements pour les personnes « connotés » sur le plan psychiatrique et louent très cher, des studios inconfortables et exigus. Les formules des appartements thérapeutiques ou associatifs permettent pour certains d'éviter des hospitalisations qui sont plus stigmatisantes que d'occuper un logement qui pourrait leur être réservé en ville.

Renforcer la dimension préventive du soin en santé mentale aurait également très certainement un impact très fort en matière de diminution d'actions potentielles de réinsertion des malades mentaux. L'expérience du CATTP intersectoriel de la Roche Sur Yon constitue un lieu d'observation privilégié du besoin d'écoute psychologique de nombre de personnes. Mais combien parmi ce que les professionnels du CATTP dénomment les nouvelles identités, éviteront de basculer vers une pathologie mentale identifiée, grâce à une orientation suffisamment précoce? Il est probable qu'un certain nombre décideront de suivre une thérapie avant que la maladie devienne invalidante mais nul ne peut quantifier l'effet de la prévention. Cette inconnue ne milite pas non plus en faveur de financement d'action de prévention de la part de l'assurance maladie et pourtant malgré des difficultés d'évaluation, ce type d'action est nécessaire. A titre d'exemple, la SVASM avait proposé dans son projet associatif le financement d'infirmiers psychiatriques de rue à l'instar des « éducateurs de rue » pour aller au devant des personnes notamment en situation d'exclusion. Ces actions doivent être encouragées car elles prennent en compte une problématique intrinsèque à celle de la maladie mentale qui est le déni de la pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

Rapports

JOLLY P : Prévention et soins des maladies mentales, Bilan et Perspectives, Rapport présenté au nom de la section des affaires sociales, 1997

L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux, ministère de la Santé Publique et de l'Assurance maladie, juin 1995

Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », février 1995- Président Antoine LAZARUS, professeur de santé publique, rapporteur général : Hélène STROHL ; inspecteur à l'IGAS

Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, site Internet du ministère de l'emploi et de la solidarité »

Mémoires

ENSP, A.BITBOL : « Promouvoir par l'évaluation une stratégie d'insertion dans un lieu d'alternative à l'hospitalisation en psychiatrie », 1998

ENSP P. MONDELET. « L'intégration des malades mentales dans la société civile »

COIRIER Jean, (travailleur social à la SVASM), « Le travail, facteur d'intégration des malades mentaux », mémoire de DSTS

Thèse de diplôme d'Etat en médecine générale de Valérie DELAFOSSE soutenue le 9 juin 2000 « Un Foyer de post-cure pour malades mentaux à la Roche Sur Yon : Le Foyer La Fontaine »

Articles

« La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 1990 », ASH, 1997
Les nouveaux bénéficiaires de l'AAH, les COTOREP ouvrent plus largement les portes de l'AAH, le journal de l'action social, février 2000

« Abord des psychoses par l'hébergement thérapeutique », MISE AU POINT, n°4- mars 1998

« La REINSERTION- INTERRELATION SOCIETE INDIVIDU »- Dr Yves THOBIE, la psychiatrie à l'heure de la santé mentale

« L'insertion du malade mental dans la communauté » par Patrick MORDELET, Directeur de recherches à l'ENSP, LA SANTE MENTALE n° 72- décembre 1993

Pratiques en santé mentale : « Réhabilitation du sujet et Réhabilitation psychosociale », fédération d'aide à la santé mentale CROIX-MARINE n°1 1998

L'information psychiatrique- «Réinsertion, Réhabilitation, Où en sont-ils ? » sous la direction de D. LÉGUAY

Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale : INSTITUTIONS ET SOINS DE READAPTATION- Fédération Nationale des associations Croix-Marine d'aide à la Santé Mentale- Hors série –41ème année.

Le journal de l'action sociale- décembre 1999 : « la fréquentation des CHRS reflète les nouveaux visages de la précarité »', février 2000 ; « les nouveaux bénéficiaires de l'AAH »

Autres

Carte Sanitaire de psychiatrie et Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de PSYCHIATRIE 1999-2004 « Organiser pour mieux soigner » ARH Pays de la Loire arrêté du 6 juillet 1999

Résultats de l'enquête sur les prises en charge inadéquates en psychiatrie- travaux préparatoires au schéma régional d'organisation des soins en santé mentale- avril 1997- DRASS Pays de la Loire

CARRIAN Eliane : « Le malade mental à l'épreuve de son retour dans la société » éditions L'HARMATTAN

FOUCAULT Michel : « Histoire de la folie à l'âge classique », Gallimard, 1979

VIDON Gilles et COLLECTIF : « La réhabilitation dans tous ses états », Editions FRISON-ROCHE, 1995

SAINSOULIEU Renaud, « L'identité au travail », Presses de la fondation nationale des sciences politiques, collections références, 1993

ZARIFIAN Edouard, « Les jardiniers de la Folie » Editions Odile JACOB, 1988

ANNEXE 1

L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements en santé mentale

L'arrêté du 14 mars 1986 précise les équipements et services comportant ou non des possibilités d'hébergement en psychiatrie sous la forme de 12 structures ainsi réparties :

Sans hébergement :

- Des centres médico-psychologiques qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile, mises à la disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique ;
- Des centres d'accueil permanent qui sont des centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts 24 H/24, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit heures. ;
- Des hôpitaux de jour assurant des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel ;
- Des ateliers thérapeutiques utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment en vue de réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale ;
- Des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ;
- Des services d'hospitalisation à domicile qui organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du sujet.

Avec hébergement :

Des unités d'hospitalisation à temps complet ;

Des centres de crise qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguë ;

Des hôpitaux de nuit organisant des prises en charge psychiatriques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, le cas échéant de fin de semaine ;

Des appartements thérapeutiques qui sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale mis à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue de personnel soignant ;

Des centres de postcure, unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement de soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence ;

des services d'accueil familial thérapeutique organisant le traitement des malades mentaux de tous âges placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible

. Ces structures peuvent être classées en fonction du mode de prise en charge dispensé à l'instar de la statistique des RAS (Rapports Annuels de Secteur).

A temps complet : lits d'hospitalisation à temps complet, centre de post-cure, places d'AFT (Accueil familial Thérapeutique), appartements thérapeutiques et lits en centre de crise.

A temps partiel : on utilise le terme d'alternatives à l'hospitalisation ou places – places de jour, de nuit, ateliers thérapeutiques.

En ambulatoire : il s'agit principalement des CMP et des « antennes » de CMP
Une structure tel qu'un CATTP peut être considérée à mi-chemin entre un hôpital de
Ces modes de prise en charge ne sont pas étanches et comprennent de nombreuses prises en charge mixtes (à temps partiel et en ambulatoire par exemple...)

ANNEXE 2

LA NOSOGRAPHIE

➤ Extraits de la CIM X

Le titre général « troubles mentaux et du comportement » comprend 12 chapitres :

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

Schizophrénie et troubles schizothymiques et délirants

Troubles de l'humeur

Troubles névrotiques

Syndromes comportementaux

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

Retard mental

Troubles du développement psychologique

Troubles du comportement de l'enfance et de l'adolescence et autres troubles mentaux

➤ **Le décret du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées fournit également de précieuses indications sur le handicap que peut générer une maladie mentale stabilisée.**

Ainsi, chez l'adulte, il faut distinguer parmi les déficiences liées au psychisme et considérées comme invalidante sur le plan social, plusieurs catégories de troubles permettant de réaliser une évaluation psychosociale. Il s'agit principalement :

- Les troubles de la volition (apragmatisme, négativisme, compulsions obsessionnelles, ambivalence, inhibition) ;
- Les troubles de la pensée (idée obsessionnelle, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée et délire) ;
- Troubles de la perception (illusions, hallucinations, déréalisation) ;
- Troubles de la communication (troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle, troubles fonctionnelles, troubles de la communication entraînant une gêne dans la vie quotidienne, des perturbations dans l'activité socioprofessionnelle, insuffisance de la communication perturbant ou entravant la vie quotidienne et l'activité socioprofessionnelle) ;
- Troubles du comportement (agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnelles, instabilité, timidité) ;
- Troubles de l'humeur (troubles dépressifs ou hypomaniaques, psychose maniaco-dépressive) ;
- Troubles de la conscience et de la vigilance ;
- Troubles intellectuels séquellaires d'une affection mentale précoce (difficulté de conceptualisation et d'abstraction, retard mental...), d'acquisition tardive (troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, du calcul mental, de l'orientation temporelle et spatiale) ;
- Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, doute, indifférence affective, discordance affective, instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective, timidité) ;
- Expression somatique des troubles psychiatriques.

Des critères secondaires portent sur le retentissement relationnel sur la vie sociale et affective, les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail (mais le sujet est toléré au travail) jusqu'à l'inaptitude au travail

ANNEXE 3

ETUDE DES TRAJECTOIRES DES PATIENTS ENTRE 1973 ET 1998 A PARTIR D'UNE THESE DE DIPLOME D'ETAT EN MEDECINE GENERALE DE VALERIE DELAFOSSE SOUTENUE LE 9 JUIN 2000

L'étude porte sur des variables socio-démographiques classiques et de données nosographiques.

444 hommes et femmes de près de 30 d'âge moyen

- 304 hommes et 140 femmes
- âge moyen 29,7 ans avec 84% de moins de 40 ans et 57% de moins de 30 ans

des pathologies psychiatriques composées essentiellement de psychoses

77% de psychoses

10% de débilités

9% d'éthylisme chronique

3% de névrose

1% autres (épilepsie avec retard psychologique, syndrome dépressive et « immaturité »)

le niveau socioculturel

- 27% classes de perfectionnement, IME , psychiatrie infanto-juvénile
- 35% niveau école primaire (22% avec le certificat de fin d'études primaires et 13% sans le certificat d'étude primaire)
 - 17% CAP
 - 25% niveau collège (17% niveau troisième, 5% BEPC et 3% BEP)
 - 7 % niveau lycée (3% sans baccalauréat et 4% avec baccalauréat)
 - 3% supérieur au baccalauréat (4 DEUG, 1 LICENCE, 1 BTS, 1 DEUG + BTS et un diplôme d'ingénieur)

Le total des pourcentages dépasse 100% dans la mesure où ¼ des patients ont arrêté une scolarité classique en primaire ou collège et continuer en classe de perfectionnements (actuelles CLIS-primaire et SEGPA-collège). Ceux-ci sont comptés deux fois.

Beaucoup de patients présentent des difficultés importantes de lecture, de compréhension, qui sont autant d'obstacles à l'autonomisation. Ces lacunes entravent notamment leur capacité à comprendre et remplir des formulaires administratifs ou de demande d'aide social. De même, la gestion de leur budget ne peut être que chaotique car les règles mathématiques de base ne sont souvent pas acquises.

- les psychoses

Les médecins considèrent que les patients accueillis sont en règle général particulièrement sensibles au travail de structuration effectué au sein des structures extra-hospitalières car le patient est confronté aux réalités du monde extérieur dans un cadre qui reste protégé et qui lui permet de garder un équilibre, minimisant ainsi les phénomènes de décompensation.

Pour ce qui concerne les patients éthyliques chroniques, la moitié d'entre eux a déjà un parcours hospitalier important (avec des durées d'hospitalisation bien supérieures à 1

an) et atteignant bien souvent plusieurs années). A noter que ces pathologies, même si elles représentent 9% de la population globale du foyer, constituent 20% des décès.

nature du logement avant l'entrée au foyer

327 en hôpital psychiatrique
35 famille
20 foyers (CHRS Porte St Michel, centre de post-cure)
13 IME
10 Domicile personnel
8 famille d'accueil
7 parents et hospitalisation de jour

Les patients issus de structures hospitalières, de foyers ou d'instituts médicaux représentent 88% de l'ensemble

Les autres bénéficient tous d'un suivi psychiatrique permettant d'élaborer un projet de vie en fonction de la pathologie, de sa stabilité et de l'investissement du patient.

Il faut souligner que seulement 10% des pensionnaires du foyer n'ont jamais été hospitalisés à temps complet tandis que plus de la moitié ont séjourné plus d'un an à l'hôpital.

Certaines personnes ont été hospitalisées pendant 10,15 voire 20 ans.

Les personnes issues d'IME ont pu bénéficier d'une prise en charge précoce de leurs troubles et la mise en relation progressive de ces jeunes gens avec le milieu extérieur leur permet d'acquérir un niveau d'autonomisation suffisant pour leur éviter bien souvent de connaître le milieu hospitalier.

Nature des revenus avant l'entrée

38% Allocation adulte Handicapé
13% Pension d'Invalidité
12% Indemnités journalière
4% salaire
3% Revenu Minimum d'Insertion
30% sans revenu

La nature des revenus reflète non seulement une reconnaissance administrative mais une reconnaissance médicale.

nature du logement à la sortie du foyer

- 67% appartement
- 16% hôpital psychiatrique
- 8% parents ou famille d'accueil
- 5% foyers (FJT, CHRS « Porte St Michel »)
- 3% fugues et SDF
- 1% domicile antérieur

Il faut noter que pour ¼ des patients, le projet ne permet pas d'accéder à une autonomisation suffisante, ce qui entraîne un retour dans la famille alors même qu'on avait cherché à extraire le patient d'un milieu familial souvent pathogène.

Certains patients voient leur séjour interrompu et sont réhospitalisés du fait de phénomènes de décompensation. A noter que tous les patients réhospitalisés étaient déjà pris en charge à l'hôpital avant leur arrivée.

La durée de séjour

Elle est en moyenne de 9 mois.

Il ressort de cette étude qu'il existe une corrélation entre la durée de prise en charge et le fort taux de réinsertion sociale (intégration dans un logement autonome).

Ainsi, seulement 0,3% des patients ayant quitté le foyer avant le 1^{er} mois de prise en charge intègre un logement autonome. En revanche, 92% des patients ayant quitté le foyer à l'issue d'une prise en charge dont la durée oscille entre 6 à 12 mois intègrent un logement autonome.

Ceci conforte l'idée selon laquelle un travail de réadaptation socioprofessionnel doit s'effectuer dans la durée, au quotidien, à travers le vécu journalier dans une structure reproduisant à petite échelle le monde extérieur et tout en permettant une continuité du suivi de la maladie mentale.

Il s'avère que les échecs précoces sont fréquemment le fait de décompensations liées au changement de milieu de vie chez des patients à la pathologie insuffisamment stabilisés ou qui n'ont pas suffisamment investi le projet de vie extra-hospitalière.

LE DEVENIR DES PATIENTS (204 dont 51 décès soit 46% des patients concernés)

Le niveau de réinsertion sociale est examiné selon trois critères :

- Le logement ;
- L'utilisation de moyens de transport ;
- Les activités de loisirs.

- **le logement avant leur entrée au foyer**

68% étaient en hôpital psychiatrique

32% chez leurs parents

6% autres (foyer, IME)

3% en logement indépendant

- **le logement après leur sortie du foyer**

75% logement indépendant

11% parents, famille d'accueil

7% foyer

6,3% hôpital psychiatrique*

0,7% SDF

Il faut souligner que 80% des personnes résidant en appartement déclarent vivre seuls.

- La moitié des personnes ayant répondu déclarent avoir été réhospitalisés.
-
- **le moyen de transport**

- 72 personnes soit 47% ont fait l'acquisition d'un moyen de transport personnel (voiture pour 37 personnes, bicyclette pour 27 et motocyclette pour 8)
- plus de la moitié des anciens pensionnaires utilisent les transports en commun. Ce mode de déplacement implique d'acheter sa carte d'abonnement ou ses tickets et de respecter les horaires.

- les activités de loisirs

le week-end

55% déclarent le passer en famille

39% avec des amis

25% seul

7% autre

la semaine en soirée

- 46% déclarent ne pas sortir
- 25% se promener
- 18% voir des amis
- 14% aller au spectacle
- 9% aller au café

Les activités de type individuelles sont prédominantes.

Les activités de groupe sont néanmoins citées dans plus de 1/3 des cas avec une nette prédilection pour les soirées partagées dans un café ou comportant une activité sportive (11 personnes ont répondu appartenir à un club ou une association).

Le départ du foyer n'est pas synonyme d'isolement ; de nombreux pensionnaires se créent un réseau d'amis, organisent des sorties et retrouvent des activités de loisirs variées. Cependant, la pathologie psychiatrique reste présente avec les éléments déficitaires qu'elle implique, en particulier sur le plan de la sociabilité. Le travail effectué tout au long de la prise en charge a pour but d'aider le patient à se réinsérer au mieux dans le tissu social. Toutefois, l'adaptation reste difficile à la fois pour le patient du fait de sa pathologie et pour la société toujours méfiante vis à vis de ces gens « pas comme les autres ».

Le niveau de réinsertion professionnelle

Le type d'activité

- 89 personnes ont une activité diurne de type soin à savoir ergothérapie (48), atelier thérapeutique(21), Hospitalisation de Jour(27) ou temps d'accueil dans un CMP(15) (dans plus de la moitié des cas, la prise en charge en hôpital de jour et en CMP est associée à une autre activité de type ergothérapeutique ou atelier thérapeutique)
- 28 personnes ont une activité salariée, correspondant à un CDI (11), CAT (9), atelier protégé (5) et CES (3)
- 4 suivent une formation et 3 ont une activité de bénévolat.

La nature des revenus

- 85% bénéficient soit de l'AAH, soit d'une pension d'invalidité
- Parmi les 28 personnes déclarant avoir une activité salariée, le salaire vient en complément d'une autre prestation pour 15 personnes ; seulement 13 personnes ne vivent que par leur activité salariée

A noter que les ¾ des personnes ayant répondu, bénéficient d'une mesure de tutelle ou de curatelle et 55% déclarent la permanence du suivi social.

Le suivi psychiatrique

58% par la psychiatrie de secteur

29% par un psychiatre de ville

12% par une infirmière visiteuse

9% sans suivi

0,7% par un médecin généraliste

87% prennent toujours un traitement psychiatrique, 91% ont un suivi spécialisé et 50% ont été réhospitalisés une ou plusieurs fois.

Parmi les 5 personnes n'ayant ni traitement psychiatrique, ni suivi, ni mesure de protection des biens, 2 ont un CDI et vivent en appartement.

Il faut aussi souligner que parmi les 51 patients décédés, 65% se sont suicidés

REMERCIEMENTS

A TOUTE L'EQUIPE DU POLE ETABLISSEMENT et du POLE SOCIAL et tout particulièrement à :

Serge PEROT, Inspecteur à la DDASS de la Vendée pour sa disponibilité et l'attention qu'il a porté à ce travail

Brigitte HERIDEL, Inspecteur principal à la DDASS de la Vendée
Et **Monique LAMOTHE**, Attaché Principal à la DDASS de pour avoir su me guider tout au long de mon stage «population » et de mon stage d'exercice professionnel.

ainsi qu'à :

Françoise BESSON, directrice du CHRS de la PORTE St MICHEL
Paul ERRIAUD, directeur par intérim de la SVASM

Au **Docteur PHERIVONG**, chef de service de psychiatrie du Centre Hospitalier de FONTENAY LE COMTE
Et au **Docteur BESCOND**, responsable de la Fédération des Thérapies Médiatisées au Centre Hospitalier « Georges Mazurelles »,

Pour m'avoir permis d'appréhender la pratique du soins dans le vaste domaine de la santé mentale.