



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales**  
**Promotion 1999/2001**

*Dates du Jury : 26, 27 et 28 février 2001*

---

**L'ACCUEIL DES PERSONNES  
PRESENTANT DES TROUBLES DU  
COMPORTEMENT DANS LES CHRS  
DANS LE DEPARTEMENT DE LA  
MAYENNE**

**Jacqueline ROLLAND**

# SOMMAIRE

<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>page 2</i>
<i>PREAMBULE</i>	<i>page 3</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>page 4</i>
1. LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET EN C.H.R.S. : DES dispositifs DIFFERENTS pour un public a la frontière du sanitaire et du social	10
1.1 LA POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE	11
1.1.1. Les structures avec hébergement	
1.1.2. Les structures sans hébergement	13
1.2. DES CENTRES D'HEBERGEMENT ET DE REINSERTION SOCIALE EN CONSTANTE EVOLUTION	14
2. UNE ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL : UNE NECESSITE FACE AUX PROBLEMES D'EXCLUSION	17
2.1.LES CARACTERISTIQUES DU DEPARTEMENT DE LA MAYENNE	18
2.1.1. Un département principalement rural	
2.1.2. Le contexte de l'emploi	
2.1.3. La montée en charge de l'exclusion	19
2.1.4 Le dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale du département de la Mayenne : un dispositif qui se renforce	20
2.1.5. Le dispositif psychiatrique dans le département de la Mayenne : un dispositif en pleine restructuration	21
2.2. ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LES C.H.R.S. DU DEPARTEMENT DE LA MAYENNE	23
2.2.1. Qui sont ces personnes présentant des troubles du comportement	
2.2.2. La mise en place d'un projet éducatif ne peut se faire sans un partenariat renforcé	25

2.2.3. Une réinsertion multiple	26
2.2.3.1. La réinsertion par le logement	
2.2.3.2. La réinsertion par l'emploi	27
2.2.3.3. La réinsertion sociale	
3. LA NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT PAR LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE ET SOCIAL	28
3.1. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES PUBLICS DESORIENTES	29
3.2. ENCOURAGER LES DECLOISONNEMENTS POUR REINSERER LES MALADES PSYCHIATRIQUES ET LEUR REDONNER UNE CITOYENNETE	31
3.2.1. Permettre l'accueil de ces publics en C.H.R.S.	
3.2.2. Prendre en compte la spécificité des publics accueillis	33
3.2.3 Inventer de nouvelles formules d'accompagnement et recentrer la personne au sein de son environnement	34
3.2.3.1. "des lieux de vie", passerelles entre la psychiatrie et le social	
3.2.3.2. Prendre en compte la souffrance des familles	35
CONCLUSION	37
SIGLES	39
BIBLIOGRAPHIE	40
LOIS, DECRETS, CIRCULAIRES	41
DEFINITIONS	43
ANNEXES	44

## REMERCIEMENTS

*Je remercie toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser mon mémoire et plus particulièrement :*

*- Monsieur CHAMBAUD, directeur de la DDASS de la Mayenne qui m'a permis de faire mon stage dans son service,*

*- Monsieur LAMOUR, directeur par intérim au Centre Hospitalier Spécialisé de Mayenne qui m'a permis de rencontrer les personnels de ses services afin que je puisse avoir une idée plus juste de la psychiatrie,*

*- Monsieur le Docteur Zaïd MEZZINE, médecin psychiatre à la Clinique Sud de Laval, qui m'a éclairé sur les différents troubles pathologiques et autres rencontrés dans ce domaine,*

*- Madame DUBREUIL, Assistante sociale à la Clinique Sud de Laval, qui m'a apporté le regard social sur l'insertion extra-muros des patients sortant de psychiatrie,*

*- Monsieur MILLIET, Cadre infirmier psychiatrique du C.H.S de Mayenne et tout le personnel de cet établissement avec qui j'ai passé près d'une semaine pour comprendre le fonctionnement d'un secteur psychiatrique,*

*Ainsi, que tous les différents intervenants sociaux (directions et équipes éducatives) dans les C.H.R.S., pour le temps consacré à m'éclairer sur leurs difficultés à prendre en charge ce public particulier,*

## **PREAMBULE**

*"L'eau était limpide et claire  
Elle courait et tombait en pluie,  
A travers la campagne et les clairières  
Elle donnait la vie*

*Prisonnière d'un chemin encombré  
Elle a tout perdu.  
Colorée et souillée,  
Elle ne se reconnaît plus*

*Maculée et servile  
Dans une campagne méchante,  
Immobile et stagnante,  
Elle se sent inutile.*

*Livide et sans avenir,  
Croupie et sans vie,  
D'un air glauque et hagard  
Sans force ni pouvoir,*

*Dans l'ombre des feuilles  
Pas un coin de ciel  
Ni un rayon de soleil,  
Tout est foutu.*

*Mais un jour ou un soir,  
La main d'un ami,  
Ouvrira le chemin de vie  
Vers le grand espoir."*

**Extraits du livre « Amitié reçue » de Didier, novembre 2000**

## INTRODUCTION

L'église va, dès le Moyen âge, contribuer largement à la prise en charge des indigents et des pauvres malades, et des malades pauvres...

De ce fait, l'hôpital devient le lieu d'enfermement de la marginalité afin d'assainir les rues de Paris de tous les traîneux, clochards. De très nombreuses congrégations à vocation sociale voient le jour : certains centres d'hébergement et de réinsertion sociale (C.H.R.S.) en sont encore aujourd'hui les héritiers directs. Au cours du XXème siècle, l'aide à la personne, élargie aujourd'hui aux droits à la personne, s'affirme largement au travers d'un droit à l'assistance qui va prendre le pas sur la protection de la société.

La prise de conscience et la persistance des situations de pauvreté et d'exclusion dans nos sociétés n'est pas nouvelle. Des associations caritatives, militantes s'inquiétaient de l'enfermement dont était victime une partie de la population. Il n'y avait ni accès à l'emploi ni à un système de protection sociale. C'était une population perçue comme une juxtaposition de "cas sociaux" ou "d'handicapés sociaux", souvent considérés comme responsable de leur situation, de leur malheur.

La crise économique des années 1970 va venir aggraver la situation de l'emploi et d'une certaine manière, mettre l'exclusion au cœur de la société moderne. La pauvreté n'est plus marginalisée et elle est quotidienne et visible de tous.

A ce jour, la définition de la précarité reste celle proposée par J. Wresinski, dans le rapport remis au Conseil économique et social en 1987 : "*La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux*".

<sup>1</sup>La figure de l'exclusion, qui remplit les journaux et les discours, ne représente que l'aboutissement de processus qui aujourd'hui affectent largement la population française et ébranlent aussi bien la qualité du lien social, la relation au travail, que la qualité de vie et la santé. Drame humain, l'exclusion touche plusieurs centaines de milliers de personnes en France et réclame donc un traitement social approprié. En revanche, elle ne doit pas devenir un arbre cachant la forêt. Une quantité innombrable de ménages vivent en effet dans un état d'instabilité sociale génératrice de vulnérabilité que n'importe quel événement (perte de travail, expulsion du logement, rupture conjugale, deuil...) peut faire basculer dans la grande pauvreté et l'exclusion.

On sait depuis longtemps que la santé est le résultat d'un processus cumulatif qui débute dès la gestation et se construit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Plus l'enfant, puis l'adolescent, bénéficie des conditions favorables à son développement, meilleur sera son état de santé à l'âge adulte. La précarisation massive de l'emploi à laquelle on assiste et la dégradation des conditions de vie entraînent des comportements à risque notamment dans le domaine de la santé (alcool, tabac, drogue...)

La notion de santé est des plus polysémiques. Trop souvent identifiée à l'absence de maladie, la santé est présentée, dans la célèbre définition de l'OMS (22 juillet 1976), comme *"un état complet de bien-être physique, mental et sociale"* qui *"ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité"*. Cette définition sera remodulée en 1986, lors de l'adoption de la Charte d'Ottawa. *"Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter."*

Dans une perspective de santé publique, la santé ne saurait évidemment être limitée à la seule absence de maladie. Une souffrance psychique, même non pathologique, la répétition de troubles bénins, une **perturbation de l'image de soi ou le sentiment de sa propre inutilité** seront considérés comme des signes suffisants pour parler de problème de santé. D'autant que cette **souffrance** est en elle-même un déterminant important de la mauvaise santé.

*"Je traverse avec une sombre précaution cette maison de fous qu'est le monde"*  
Nietzsche, "l'Antéchrist"

---

<sup>1</sup> Rapport Haut Comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : ENSP, 199

Pour le psychiatre, le malade mental est un sujet atteint d'une affection qui se manifeste par des troubles importants du psychisme, c'est à dire une perte de la réalité, et qui se manifestent par des troubles importants du psychisme, certains pouvant être permanents.

On peut distinguer :

- d'une part les troubles mentaux aigus comme la confusion mentale (désorientation dans l'espace et le temps, rêves hallucinatoires) les psychoses délirantes aiguës (délires, troubles de l'humeur...), les crises d'angoisse ou encore les dépressions réactionnelles et névrotiques ;
- d'autre part, les troubles mentaux chroniques : il s'agit de démences dues à des troubles organiques dégénératifs (démence sénile...) de psychopathies (c'est un ensemble mal délimité qui regroupe notamment tous les déséquilibres psychiques, l'alcoolisme, la toxicomanie...) de psychoses (schizophrénie, paranoïa), ou encore de névroses (phobiques, obsessionnelles...).

<sup>2</sup>La psychiatrie, comme son nom l'indique (étymologiquement, *psy* vient de *psyché* qui veut dire "âme", et *aitre de iatreia* qui signifie "médecine", se définit comme la médecine de l'âme.

La loi sur les aliénés est promulguée le 30 juin 1938 et s'appliquera durant près de 150 ans. C'est à la fois une loi d'assistance et de police. Chaque département est tenu d'avoir un établissement spécialement destiné à recevoir et soigner les "aliénés". Pour cela, deux formules de placement sont prévues : le placement volontaire qui relève de la volonté de la famille et/ou de la personne et le placement d'office qui relève des pouvoirs de police du préfet.

La psychiatrie s'est construite sur l'opposition à un modèle de tout-enfermement qui conduisait en milieu carcéral toute personne ayant des attitudes déviantes, sans distinction de raisons. L'asile, créé sur le modèle d'une société idéale (contre la mauvaise société à l'extérieur) a donc été, à l'origine, le lieu concentrant les aliénés ainsi que les moyens à disposition des médecins psychiatres pour tenter de guérir ce qui était perçu comme la subjectivité des malades. C'est ce lieu d'assistance, de soins et d'enfermement, associé à la

---

<sup>2</sup> Fabrice DHUME, R.M.I. et psychiatrie : deux continents à la dérive, collection "le travail du social" édition 1997

folie, qui est en partie à l'origine de l'image négative encore aujourd'hui en cours de la psychiatrie hospitalière.

Plus particulièrement depuis les années 1950, la psychiatrie connaît sa "révolution". C'est la finalité elle-même qui a évolué puisque d'une intervention aux moments de "crises", la psychiatrie est allée vers la prise en compte globale du malade et notamment le développement des pratiques de préventions, de recherches en épidémiologie, d'intégration du processus de réinsertion sociale et/ou professionnelle, etc.. C'est surtout une ouverture générale vers la société (depuis les années 1960<sup>3</sup>) là où il n'existait qu'un traitement à la marge.

En parallèle, de nouvelles thérapies ont fait preuve d'une plus grande efficacité dans la prise en charge des "maladies mentales" et permettent de réduire de temps d'hospitalisation.

L'hôpital s'ouvre donc à la société, des "services spécialisés ouverts" se mettent en place. La sectorisation psychiatrique mise en place par la circulaire du 18 janvier 1971 conditionne le développement des structures de soins sur l'ensemble du territoire en rapprochant les lieux de soins des usagers, mais surtout, elle oblige une adaptation des pratiques pour promouvoir un système de santé dont l'accès doit être possible à tous et à chacun.

Pourtant, les pathologies mentales touchent encore une grande partie de la population française. En 1991<sup>4</sup>, 1,8 % de la population française, soit 760.000 personnes consultent les services psychiatriques du secteur public.

En effet, le bouleversement que représente la précarisation de larges secteurs de la société française prend racine dans une crise économique dont tout laisse penser qu'elle est en fait un phénomène d'adaptation à de nouvelles formes d'organisation sociale et économique à l'échelle de la planète. Ce bouleversement touche particulièrement le domaine de l'emploi dans les crises qui ont secoué l'économie mondiale à la fin des années 1970. Il touche les individus issus de tous les milieux sociaux et professionnels, mais plus particulièrement les catégories les plus démunies de la population qui accumulent des

---

<sup>3</sup> la première circulaire orientant la psychiatrie vers l'ouverture et notamment vers la sectorisation date du 15 mars 1960

<sup>4</sup> rapport de la Direction Générale de la santé en 1991

handicaps successifs (chômage récurrent ou de longue durée, faibles ressources, absence de logement ou logements insalubres, isolement, solitude extrême, absence de solidarités familiales, incertitude totale vis à vis de l'avenir, maladie, fragilisation psychique) jusqu'à atteindre le seuil de l'exclusion. La précarité est aujourd'hui devenue massive. Elle engendre une souffrance réelle. Elle est difficile à cerner et à combattre, mais elle touche particulièrement les personnes souffrant de troubles psychiatriques, et elle peut déboucher sur une pathologie psychiatrique.

Peut-on considérer ces formes émergentes de souffrances psychiques comme de véritables pathologies mentales ? Cette question est étudiée de façon assez complète dans le *rapport Pauvreté, précarité et pathologies mentales*. Il est maintenant établi que dans une population défavorisée, la fréquence des troubles psychiques sévères (manifestations d'angoisse, phobies, dépression majeure), est beaucoup plus grande que dans la population en générale. Deux attitudes sont possibles : considérer qu'il s'agit de pathologies mentales authentiques, bien que n'entrant pas bien dans le cadre des pathologies répertoriées, ou y voir des manifestations réactionnelles – non justifiées- aux conditions de vie particulièrement difficiles. Autrement dit, reste-t-on dans le cadre d'une pathologie psychiatrique "classique" éventuellement enrichie d'entités nouvelles, ou sommes-nous dans le domaine d'une socio-psychiatrie ?

Une autre façon d'aborder la question est d'examiner l'efficacité et l'adéquation des services psychiatriques institutionnels, vis à vis des populations précarisées, ainsi que des acteurs du champ social et en particulier des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.), confrontés à une nouvelle problématique. Les personnes présentant des troubles de comportement sont-ils une population en marge ou doit-elle être fondue dans la masse des exclus? Justifient-elles d'une prise en charge particulière, avec le risque de marginalisation encore plus fort?

L'Etat semble privilégier l'application du droit commun, afin de ne pas enfermer les malades mentaux dans un nouveau ghetto. Pourtant, la notion de réinsertion sociale peut-elle s'appliquer à l'identique des populations sans troubles comportementaux?

De plus, le dispositif sanitaire se trouve en perte de crédibilité auprès des structures médico-sociales et sociales qui l'accusent de ne pas mettre suffisamment en œuvre sa technicité pour leurs résidents et de procéder à des réorientations et sorties prématurées.

*“Le clivage entre le sanitaire et le social ne doit plus durer. Il y a une nécessité d’apporter une multitude de réponses complémentaires pour ces personnes, malades stabilisées, détériorés psychiquement, souffrant de psychoses infantiles (propos du Docteur G. MASSE<sup>5</sup>).*

Quel est le réel partenariat entre les différentes structures sanitaires et sociales? Est-il suffisamment développé et le travail en réseau suffisamment structuré ?

Quelle doit être la place de l’Etat et son positionnement face aux institutions. Son rôle doit-il d’animer, d’impulser de nouvelles initiatives ou bien d’accompagner les initiatives mises en place ?

Dans un premier temps, il est indispensable de comprendre les missions qui sont propres au secteur psychiatrique ainsi qu’à celui des C.H.R.S. notamment en tenant compte des dernières dispositions de la Loi de lutte contre l’exclusion et de la refonte de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales.

Les dispositifs existants dans le département de la Mayenne seront analysés, en s’appuyant sur la restructuration psychiatrique actuelle et le schéma départemental de l’accueil, de l’hébergement et de l’insertion en cours d’élaboration.

Cette analyse permettra peut-être de mettre en évidence des propositions permettant d’améliorer les dispositifs existants et de développer, si possible, des projets innovants. C’est un des buts de ce mémoire.

---

<sup>5</sup> Revue IASS N° 26 de septembre 1999

# **1 - LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET EN C.H.R.S. : DES DISPOSITIFS DIFFERENTS POUR UN PUBLIC A LA FRONTIERE DU SANITAIRE ET DU SOCIAL**

Les dispositifs psychiatrique et social sont des services publics. Ce premier lieu commun fait parfois oublier, dans le concret, que le premier objectif de ces institutions est de proposer à la population un service, qui devrait être de qualité.

Ils interviennent dans des domaines différents ; ceux du sanitaire et du social.

La psychiatrie se trouve dans le domaine sanitaire, et les prises en charge sont effectuées dans le cadre d'établissements de santé relevant de la loi N° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifiée par l'ordonnance n° 96.346 du 24 avril 1996.

Les C.H.R.S. interviennent dans le domaine du social et relèvent de la loi n° 75.535 du 30 juin 1975 qui doit être modifié courant de l'année 2001. De plus la Loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 élargie leurs champs d'application, dans l'attente du décret d'application.

Les textes législatifs et réglementaires de ces deux domaines d'interventions reconnaissent qu'un même type de population peut être pris en charge au sein de ces institutions.

## **1.1 LA POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE**

Le mouvement prônant une "sectorisation" de la psychiatrie est né dans l'immédiate période de l'après-guerre (celle de 1945..), car la découverte des camps de concentration a provoqué chez un certain nombre de psychiatres, une prise de conscience des conditions de vie des malades. Faisant un parallèle entre les deux systèmes concentrationnaires, les camps et l'asile-, même s'ils n'ont pas les mêmes objectifs et n'utilisent pas les mêmes moyens, un certain nombre de psychiatres a souhaité rompre avec de mode de concentration en milieu fermé, celle des "fous". La sectorisation est l'ouverture au sens propre et figuré des murs de l'asile et des pratiques de soins. Elle est affirmée par la circulaire du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration

de la carte sanitaire en psychiatrie, elle a pour objectif la répartition de la population en entités géographiques appelées secteurs, sur une base quantitative correspondant à l'origine à environ 70.000 personnes. Chaque secteur est sous la responsabilité médicale d'un service de psychiatrie, soit une équipe pluridisciplinaire guidée par un médecin-chef.

Elle a permis cette ouverture en amenant la rupture avec l'hospitalo-centrisme et en cherchant à invisibiliser l'institution dans sa traduction physique et matérielle. D'autre part, elle a fortement encouragé et/ou contribué au développement d'un courant de psychiatrie dite "sociale".

D'autres textes sont venus renforcer la nouvelle organisation de la prise en charge en psychiatrie :

\* La loi n° 85.722 du 25 juillet 1985 portant diverses mesures sociales (actions de prévention, de diagnostic et de soins) qui permet de reconnaître au secteur un fondement législatif,

\* le décret n° 86.602 du 14 mars 1986 qui prévoit deux types principaux de secteurs (la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile)

Chaque secteur est constitué d'éléments défini par l'arrêté du 14 mars 1986 devant lui permettre d'assurer notamment la pris en charge des patients en ambulatoire, aussi bien dans le domaine préventif que curatif. Ces différentes structures sont différenciées par un hébergement existant ou non.

### **1.1.1 Les structures avec hébergement**

- *Les unités d'hospitalisation à temps complet* sont des lieux de soins, de prévention, et de diagnostic, sous surveillance médicale, 24h/24h, répondant aux besoins en santé mentale d'une population.

Ces unités doivent comporter un personnel en nombre et en quantité suffisants, pour assurer des soins actifs et une surveillance continue de jour et de nuit. Elles peuvent fonctionner dans des centres hospitaliers généraux, des centres hospitaliers spécialisés et dans des établissements privés participant au service public hospitalier. Ils ont pour charge

de permettre aux personnes hospitalisées de pouvoir, après une durée de séjour, retrouver des repères dans la société. L'élaboration et surtout la réalisation de projets thérapeutiques individuels sont indispensables pour une prise en charge optimale de chaque patient.

L'hospitalisation de nuit permet de prendre en charge des personnes ayant une activité journalière mais pour lesquels des soins sont nécessaires et doivent donc être fait dans un cadre hospitalier à temps complet. Cette forme d'hospitalisation peut aussi être donnée aux personnes qui, du fait de leur problème de santé, ne peuvent trouver d'hébergement à l'extérieur ; mais cette situation doit être exceptionnelle.

- *Les appartements thérapeutiques* sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale mise à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante sinon continue des personnels soignants. Cette structure concerne souvent des patients au passé psychiatrique lourd. Les appartements thérapeutiques sont situés dans la ville, le village. Le plus souvent loués par l'établissement hospitalier ou l'association participant au service public, ils sont plus mobiles que le centre de post-cure et , suivant l'évolution démographique et les changements dans la ville, ils peuvent être aisément désinvestis dans le quartier et réaménagés dans un autre. Ils permettent à la personne de se séparer temporairement de son milieu familial dans un but thérapeutique, avec une prise en charge médicale. Plus encore que dans un centre de post-cure traditionnel, la vie des patients doit tendre à se rapprocher d'une vie normale, associant dans la limite des possibilités de chacun : l'organisation, la gestion du quotidien à l'intérieur de l'appartement, l'ouverture sur la ville, le village, les soins à l'extérieur, la participation à la vie sociale, aux activités organisées pour toutes les populations. L'infirmier travaille au maintien du lien avec l'extérieur : aide à la gestion du quotidien à l'intérieur de l'appartement, accompagnement dans des démarches administratives, intégration dans l'environnement immédiat (voisinage, commerces, vie associative) et participation à la restauration des liens familiaux.

Ces appartements thérapeutiques sont à distinguer des appartements associatifs pour lesquels l'aspect de la prise en charge est moins affirmé.

- *le service d'accueil familial thérapeutique dont la mission est "d'organiser le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie".*

*"Ces services peuvent être mis en œuvre par tout établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales, au sein des secteurs psychiatriques."*

### **1.1.2 Les structures sans hébergement**

- *L'hôpital de jour* assure des soins polyvalents individualisés et intensifs, dispensés dans la journée et le cas échéant à temps partiel. Il peut soit avoir des places installées dans des locaux bien différenciés, en extra-muros, souvent jumelés avec des structures de soins ambulatoires de type CPM ou CATTP, soit de places implantées dans les établissements. Cette prise en charge permet de mettre en place des prises en charge personnalisées. Cette occupation permet à la fois une vie de groupe dans la perspective d'une resocialisation, mais aussi un travail individuel. Pour un fonctionnement optimum de cette structure, celle-ci doit pouvoir être ouverte tous les jours ouvrables de l'année. L'infirmier intervient à travers des actions psycho-socio-thérapeutiques, éducatives et d'accompagnement dans des démarches d'insertion et de conduite de traitements médicamenteux. Il doit être en relation permanente avec les services de l'intra-hospitalier.

- *Le Centre Médico-Psychologique* est un des pivot des soins en santé mentale. C'est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et de soins à domicile. Il est également un lieu d'orientation. Le Centre Médico-Psychologique est le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur dans l'arrondissement, la ville, le village, le canton. Premier interlocuteur de la population, il doit être connu de tous. C'est le lieu où sont exprimés les demandes de soins émanant soit de la personne elle-même, soit de son entourage familial, socioprofessionnel, scolaire.

C'est à partir de ce pivot que s'organisent toutes les actions extrahospitalières (en articulation avec l'intra-hospitalier), que s'élaborent tous les projets de structures alternatives pour sinon éviter l'hospitalisation réduire sa durée et réinsérer le patient. L'infirmier assure une permanence, un accueil de la personne, de sa famille et/ou de son entourage. En collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle, la demande est analysée et la réponse modulée selon la situation.

- *Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ( C.A.T.T.P.)* vise à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapies de groupe. Cette formule de soins s'adresse à une population ayant des difficultés à s'insérer dans le tissu social ou à des patients nécessitant une hospitalisation. Cet accueil et l'utilisation d'activités adaptées ont pour but d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelle, affectives ou cognitives.

Il peut constituer le prolongement de l'activité d'un Centre Médico-Psychologique, fonctionner dans les mêmes locaux et concerner ou non les mêmes patients. L'activité du CATTP se distingue de l'activité de l'hôpital de jour dans le mode de prise en charge et sa durée. Dans un CATTP, s'effectue un travail orienté essentiellement vers les relations du patient à autrui et vers la reconstruction de son autonomie entre autre par des gestes usuels et divers modes d'expression. la prise en charge est généralement plus ponctuelle que dans un hôpital de jour.

## **1.2 DES CENTRES D'HEBERGEMENT ET DE REINSERTION SOCIALE EN CONSTANTE EVOLUTION**

Les premières mesures à vocation «éducative » inscrite dans la réglementation remonte à la loi du 19 avril 1946 qui ferme les maisons de tolérance et permet l'ouverture d'établissements de reclassement pour les personnes sortant de la prostitution.

Les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale sont créés par la loi n°46.685 du 13 avril 1946. Ils relèvent de la loi N° 75.53 du 30 juin 1975. Ils ont pour mission d'accueillir des personnes sans logement et sans ressources. Jusqu'aux années 1970, le travail est au centre de la démarche de réadaptation sociale ; il fonde d'ailleurs les rapports sociaux et l'inscription de chacun dans la société. L'individu, hors des circuits sociaux mais apte au travail, doit se réadapter à la société par le travail.

La loi du 19 novembre 1974 et ses textes d'application apporte plusieurs innovations importantes : elle donne un socle légal à l'aide sociale à l'hébergement qui n'existait que sous forme réglementaire, de nouvelles catégories de personnes peuvent bénéficier d'une prise en charge en C.H.R.S., des familles peuvent y être accueillies.

Ainsi peuvent être accueillies dans les C.H.R.S., les personnes « dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale – notamment en raison du manque, ou des conditions défectueuses, de logement – et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire. Les catégories énumérées par le décret n° 76.526 du 15 juin 1976 ne sont plus limitatives ; les étrangers en instance d'attribution du statut de réfugiés peuvent être pris en charge.

Depuis la loi d'orientation n° 98.657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, ils ont changé de sigles et s'appellent dorénavant des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Leurs missions se sont élargies pour l'accueil des personnes en grandes difficultés sociale, familiales, financières.

Ils sont financés par l'Etat et perçoivent une dotation globale de financement depuis 1985 sur les crédits d'Action Sociale (ligne budgétaire 46-23). Pour cela, une autorisation préfectorale est nécessaire à leur création. Elle leur permet d'accueillir des personnes bénéficiant de l'aide sociale. Les C.H.R.S. doivent passer des conventions valables pour trois ans qui précisent le nombre de places attribuées, les types de populations accueillies, les missions, le financement et les procédures d'évaluation.

Les personnes accueillies peuvent être prises en charge pour une durée de six mois, renouvelable après avis de la D.D.A.S.S.. Suivant les problématiques de ces populations, elles peuvent être hébergées soit en foyer d'urgence pour une durée très courte, soit en centre d'hébergement pour une durée plus longue avec la mise en place d'un projet éducatif de la personne. Les tranches d'âge vont de 18 ans à 65 ans, bien qu'il ne soit pas rare de trouver dans certains C.H.R.S. des personnes ayant plus de 65 ans, qui relèveraient d'une maison de retraite, mais dont l'insertion sociale est impossible.

La circulaire n° 91.19 du 14 mai 1991 permet d'intégrer les nouveaux dispositifs dans le secteur d'activité des C.H.R.S. (RMI, loi Besson sur le logement) elle redéfinit les missions et la place des C.H.R.S. en insistant sur leurs fonctions d'insertion et de réadaptation dans le cadre de l'ensemble des dispositifs concourant à l'insertion dans la vie sociale. Les C.H.R.S. exercent une mission de service public. De plus, ils s'inscrivent dans le cadre de politiques territoriales qui reposent sur l'élaboration de schémas départementaux et la renégociation des conventions d'aide sociale passées entre l'Etat et les établissements. Cette circulaire stipule aussi l'obligation juridique de présenter un projet d'insertion : « l'hébergement de longue durée doit conduire à l'autonomie et ne pas être une rupture supplémentaire ou un

temps d'attente s'ajoutant aux autres Les durées de séjour doivent faire l'objet d'une négociation, voire d'un contrat, avec les intéressés selon les rythmes propres à chacun... La prolongation de la prise en charge doit être liée à une analyse de l'état d'un projet d'insertion ». Elle affirme une prise en charge des personnes en partenariat avec les autres institutions dans un but de « reconquête de l'autonomie de l'utilisateur ».

A cet égard, le partenariat inter institutionnel imposé dans le cadre de l'élaboration des schémas représente pour les C.H.R.S. à la fois un défi et une chance de progrès et d'ouverture.

La circulaire n° 95.42 du 22 février 1995 a pour but de redynamiser l'ensemble du secteur y compris les services de l'Etat, mais aussi de rationaliser les dispositifs et d'améliorer les services, compte tenu des recommandations des inspections (rapport IGAS de 1993<sup>6</sup>). Elle réaffirme les missions des C.H.R.S. en insistant sur l'accueil en urgence. Elle confirme les dates d'élaboration des schémas départementaux. La mise en place d'un tableau de bord permet un contrôle plus strict des établissements sur le plan budgétaire et de leurs activités. Elle préconise une rationalisation des structures et une mutualisation des moyens.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions constitue une étape majeure dans la prise en charge des publics en difficulté. Elle pose trois éléments forts de reconnaissance :

- la reconnaissance de l'ensemble des situations de détresse pouvant être prises en compte par les centres,
- la reconnaissance de l'activité des C.H.R.S. qui ne pratiquent pas l'hébergement,
- la reconnaissance du secteur de l'urgence et de l'insertion, qui acquiert ainsi une base légale.

Dans la logique de cette loi, les schémas départementaux des C.H.R.S. deviennent désormais les schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Ils visent à améliorer,

---

<sup>6</sup> Ce rapport critique la nébuleuse financière des C.H.R.S. et la gestion exercée par la tutelle, qui entraîne « des réponses coûteuses et peu efficaces ». Il préconise la mise en place d'une mission d'appui constituée début 1994 pour une remise à plat des budgets des C.H.R.S..

sous l'égide des D.D.A.S.S., la complémentarité de l'ensemble des réponses mobilisables sur un territoire (accueil d'urgence, hébergement et logement temporaire, insertion sociale et professionnelle).

Cette loi est devenue nécessaire compte tenu de l'évolution des difficultés rencontrées par certains types de population. Au delà des modifications dans les typologies des publics accueillis, leur demande et leurs besoins se révèlent bien éloignés de ceux qui caractérisaient les inadaptés d'antan, en termes d'insertion sociale et professionnelle, de construction de leur identité et de leur citoyenneté.

Ces « nouveaux exclus » sont des populations fragilisées qui cumulent souvent les handicaps : maladie mentale, échec scolaire, placement à l'aide sociale à l'enfance, difficultés familiales. Ils sont à la merci du premier choc venu : une séparation, un décès, une perte d'emploi... En absences de solidarités familiales fortes, de retour à un emploi stable et de ressources suffisantes, le lien social s'effrite. Un accident dans ces trajectoires de vie suffit alors à enclencher le processus de l'exclusion.

Si les spécialistes s'accordent pour reconnaître qu'il n'y a pas de « maladie des pauvres » force est de reconnaître qu'il existe une plus grande vulnérabilité des personnes à la rue. Ce qui tue prématurément les personnes vivant dans la précarité, ce sont les pathologies ordinaires aggravées par le manque de soins ou le retard de prévention.

La circulaire n°577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale fait référence à la mise en place d'une collaboration entre la psychiatrie et les établissements sociaux. « Le fort pourcentage de personnes accueillies dans les C.H.R.S. au sortir d'établissements de soins (hôpitaux psychiatriques, ..) rend nécessaire une forte collaboration avec les acteurs du système de santé, avec pour objectif de mettre en œuvre de véritables prises en charge conjointes notamment sur les troubles psychiques, l'alcoolisme, la toxicomanie.... en se basant notamment sur le travail en réseau

## **2 - UNE ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL : UNE NECESSITE FACE AUX PROBLEMES D'EXCLUSION**

Depuis une dizaine d'années, la prise en compte des problèmes de santé s'est amplifiée dans les C.H.R.S.. Aux problèmes déjà existants -Tabac, alcool, manque d'hygiène

alimentaire- sont venues s'ajouter des troubles psychologiques, ainsi que l'apparition du SIDA et l'augmentation des toxico-dépendances.

<sup>7</sup>Parmi les traumatismes qu'engendrent la précarité matérielle et l'errance, la détresse morale est une forme de souffrance qui peut conduire les plus démunis aux confins des maladies psychiques. Pourtant, leur prise en charge par l'hôpital en général et le secteur psychiatrique en particulier laisse souvent à désirer, en raison de blocages inhérents aux services sociaux comme qu monde sanitaire.

## **2.1 LES CARACTERISTIQUES DU DEPARTEMENT DE LA MAYENNE**

### **2.1.1 un département principalement rural**

C'est en fait un département surtout rural à faible densité et ouvert sur les régions voisines. Au dernier recensement de 1999, la Mayenne comptait près de 285 300 habitants, c'est à dire un peu moins de 9 % de la population de la région des Pays de Loire dont elle dépend, sur 16 % de sa superficie. La répartition de la population est inégale, puisque le pays de Laval regroupe à lui tout seul 31 % de la population mayennaise

<sup>8</sup>Avec 55 hab / km<sup>2</sup>, la densité mayennaise est nettement en dessous de la densité régionale (100 hab / km<sup>2</sup>). A l'intérieur du département, on relève de très grands écarts de densité, pour exemple, sur le pays de Laval, elle dépasse les 200 hab / km<sup>2</sup> et tend à se renforcer.

### **2.1.2 Le contexte de l'emploi**

Fin mars 2000, la Mayenne compte 5 642 demandeurs d'emploi en catégorie 1, soit 5 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi des Pays de Loire (alors que la Mayenne regroupe 8,9 % de l'ensemble de la population).

---

<sup>7</sup> Le journal de l'Action sociale – mai 2000

<sup>8</sup> projet du schéma d'accueil, d'hébergement et d'insertion du département de la Mayenne

En décembre 1999, le taux de chômage est de 5,4 % en Mayenne, c'est le département ayant le taux de chômage le plus bas de France.

Sur les 5 642 demandeurs d'emploi, on compte 38,9 % d'hommes et 61,1 % de femmes, avec une tendance pour le chômage féminin à augmenter. 19,2 % de ces demandeurs d'emploi, soit 1 078 jeunes ont moins de 25 ans. Les 50 ans ou plus sont au nombre de 777, soit 13,9 % du nombre total des demandeurs d'emploi en Mayenne, c'est le taux départemental le plus faible pour la région.

Le chômage en Mayenne a globalement diminué de 29,4 % sur douze mois. Parallèlement, le chômage féminin a baissé de 26,3 %, et celui des jeunes de 43,8 %.

Malgré ces chiffres «encourageants » la diminution du nombre des demandeurs d'emploi qui s'est accélérée depuis plus d'un an n'amènent pas forcément une analyse de bonne santé de l'emploi dans la Mayenne. Bien souvent, certains ont effectivement trouvé du travail, mais d'autres peuvent avoir quitter le département, car la Mayenne a des départements limitrophes très attractifs (Ille et Vilaine, Sarthe, Maine et Loire, Loire Atlantique).

La reprise de l'emploi a peu profité aux personnes en situation de difficulté, en revanche elle alimente largement le secteur intérimaire qui a progressé de 24 % en 1998, ce qui équivaut à 3 700 équivalents temps plein.

### **2.1.3 La montée en charge de l'exclusion**

Le rapport Chasseriaux « Précarité et risques d'exclusion » de novembre 1993 estime à 1,4 millions , le nombre de personnes en France en grandes difficultés sociales. L'évaluation exacte du nombre de personnes en voie d'exclusion est difficile dans la mesure où elle dépend des définitions retenues, des chiffres et des outils d'évaluation mis à disposition, d'indicateurs de précarité...

Un des modes d'évaluation est le nombres d'allocataires suivant certains types de prestations ou de situation. En Mayenne, 4 831 allocataires perçoivent des minima sociaux pour un total de 76 264 allocataires pour les Pays de Loire (6,3 %).

Il y a 7 221 allocataires à faibles revenus

Ces allocataires à faibles revenus représentent au total 19 844 personnes couvertes :

- personnes seules :	2 804
- couples sans enfant :	444
- familles monoparentales :	1 747
- couples avec 1 enfant :	399
- couples avec 2 enfants :	616
- couples avec 3 enfants :	579
- couples avec 4 enfants et + :	632

dont :

- moins de 25 ans :	1 512
- 25 à 29 ans :	1 085
- 30 à 39 ans :	1 574
- 40 à 49 ans :	1 956
- 50 ans et plus :	1 094

Le nombre d'allocataires à faibles revenus a augmenté entre 1995 et 1198 sur toutes les tranches d'âge jusqu'à 50 ans pour diminuer ensuite.

#### **2.1.4 Le dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale du département de la Mayenne : un dispositif qui se renforce**

Le département de la Mayenne dispose de 98 places en C.H.R.S. dont :

- 91 en hébergement d'insertion réparties dans les quatre C.H.R.S. du département,
- 7 en hébergement d'urgence (accueil de 3 à 5 nuitées en moyenne)
- d'un Service d'Accueil et d'Orientation créé en mai 1999 Cette structure a été présenté au C.R.O.S.S. le 13 décembre 2000 pour une habilitation en tant que C.H.R.S.
- 51 lits d'hébergement d'urgence répartis en 23 lieux d'accueil sur l'ensemble du département

Actuellement, le schéma d'accueil, d'hébergement et d'insertion est en cours d'élaboration. Il devrait être validé par le Préfet et présenté AU C.R.O.S.S. en tout début de l'année 2001. La réflexion menée dans le cadre du premier schéma a permis à la DDASS en lien avec les partenaires, de mieux appréhender les ressources du département en matière de logement et d'hébergement pour un public démuné et/ou en situation d'urgence. L'accent de ce deuxième schéma doit être mis sur la prévention, la souplesse et la rapidité d'intervention au plus proche des liens sociaux existants, si ténus soient-ils;

### **2.1.5 Le dispositif psychiatrique dans le département de la Mayenne : un dispositif en pleine restructuration**

La région Pays de Loire comprend 44 secteurs de psychiatrie adultes et 17 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

<sup>9</sup>L'offre publique en psychiatrie est essentiellement assurée par l'établissement public de santé mentale de Mayenne. L'offre pédo-psychiatrique, ne comportant aucun lit d'hospitalisation, relève du Centre Hospitalier de Laval. Un nouveau secteur, rattaché au Centre Hospitalier du Haut Anjou (Château Gontier) a été créé au sud du département

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Psychiatrie 1999-2004 prévoit "l'éclatement" du Centre Hospitalier Spécialisé de Mayenne sur trois sites en envisage un "redécoupage" sectoriel.

L'organisation de la psychiatrie en Mayenne au 1<sup>er</sup> janvier 2002 devra être conforme au principe de rapprochement de la psychiatrie et des soins généraux, c'est à dire :

- un secteur nord de psychiatrie pour adultes géré par le Centre Hospitalier de Nord Mayenne, résultant de la fusion avant le 1<sup>er</sup> janvier 2001 du Centre Hospitalier et du Centre Hospitalier Spécialisé de Mayenne
- deux secteurs centraux de psychiatrie pour adultes et les deux secteurs de pédo-psychiatrie gérés par le Centre Hospitalier de Laval et qui correspondrait à l'arrondissement de Laval. La "clinique Sud" sera rattachée juridiquement au Centre Hospitalier de Laval

---

<sup>9</sup> Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Psychiatrie 1999/2004 - juillet 1999

- un secteur sud de psychiatrie pour adultes géré par le Centre Hospitalier du Haut Anjou dont les moyens seront renforcés à partir des moyens provenant de la psychiatrie adulte.

Le Syndicat Inter-hospitalier en santé mentale créé en 1999 assume principalement :

- la coordination des politiques menées par les centres hospitaliers, de la psychiatrie de liaison, des urgences et entre la psychiatrie adultes et la pédo-psychiatrie,

- les missions intersectorielles en vue de les développer : alcoologie et toxicomanie, accueil familial thérapeutique, prévention et éducation sanitaire, thérapies familiales...

- la formation des personnes, ainsi que l'harmonisation et le développement des systèmes d'information.

Il importe que le dispositif de soins psychiatriques s'articule au mieux avec les différents acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale et s'intègre dans des réseaux de proximité plus large de prévention et de soins en santé mentale, ainsi qu'avec le secteur médico-social et social.

Ce dispositif est complété par des établissements privés (notamment la clinique de Pritz à Changé) ainsi que des structures spécialisées dans les soins aux malades alcooliques :

- l'unité d'alcoologie à Mayenne et l'unité d'addiction à Laval

- le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Toxicomanie à Laval (dossier de création qui est passé au CROSS le 12 décembre 2000)

- le centre de soins de la Bréhonnière à Astillé

Il existe en Mayenne, un accueil familial thérapeutique qui concerne actuellement 8 patients, géré par le Centre Hospitalier Spécialisé de Mayenne. L'intégration de cet établissement au sein du Centre Hospitalier de Nord Mayenne à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001 ne permet pas de savoir si ces accueils seront maintenus sous une prise en charge identique. Ce problème se pose aussi pour les appartements communautaires gérés par une association en relais avec une équipe de soins qui

accompagnait la patient. Ces appartements étaient subventionnés en partie par le Centre Hospitalier Spécialisé de Mayenne

## **2.2 ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES DE COMPORTEMENT DANS LES C.H.R.S. DU DEPARTEMENT DE LA MAYENNE**

L'étude faite à la demande de la DRASS de la région des Pays de Loire fait ressortir que dans le département de la Mayenne, il y a une nécessité de liens plus étroits entre les travailleurs sociaux et les établissements psychiatriques pour accueillir les patients sortants.

De ce fait, la coordination avec la psychiatrie est un enjeu considérable pour les personnes qui accumulent handicap social et maladie ainsi que pour les équipes qui interviennent. Cette absence de coordination a été largement soulignée par le rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale".

Après une analyse des éléments recueillis entre les C.H.R.S. et les structures psychiatriques, il apparaît que la notion de "maladie mentale" ou de "trouble du comportement" est très diverse entre le domaine sanitaire et social. Il convient donc de préciser quels sont les troubles que peuvent avoir les patients accueillis en C.H.R.S..

Quelle est la frontière entre ce qui relève de la détresse sociale et de ce qui constitue la maladie mentale ?

### **2.2.1 Qui sont ces personnes présentant troubles de comportement**

Afin de pouvoir comprendre les troubles de comportement de certains patients pour lesquels le personnel des C.H.R.S. éprouvent des difficultés de prise en charge, il est nécessaire de préciser les différentes "maladies mentales".

La différence entre psychose et névrose est sans doute la première approche indispensable pour percevoir avec clarté les maladies psychiatriques. (cf Annexes)

Le sujet atteint de psychose n'est pas conscient du désordre de sa personnalité, alors que celui qui souffre de névrose perçoit le caractère maladif de ses troubles.

La personnalité est ce qui caractérise une personne, et les troubles de la personnalité chez les psychotiques s'accompagnent de troubles du comportement associés à une perte intermittente du contact avec la réalité.

La névrose est une affection psychiatrique se caractérisant par des troubles du comportement dont le malade est conscient, mais qu'il ne peut dominer.

Elle se traduit par des troubles de l'affectivité et de l'émotivité, mais le malade garde ses fonctions mentales intactes. En effet, contrairement à la psychose, la névrose n'altère pas gravement la personnalité intermittente du contact avec la réalité.

Vers 1960, arrivent les antidépresseurs et va donc permettre de réduire la durée séjour de certains patients dans les structures intra-hospitalières notamment. De plus, la restructuration des lits en psychiatrie va renforcer le processus de sortie plus rapide de ces patients. De nombreux médecins et assistantes sociales remarquent et s'interrogent sur le fait que les individus arrivant en consultation sont de plus en plus mus par des situations ancrées très fortement dans des difficultés personnelles de type "social". Dès lors, les intervenants sociaux des centre d'accueil ou des C.H.R.S; se trouvent de plus en plus souvent confrontés à des personnes atteintes de syndromes préoccupants (prostration, désorientation, agitation, violence..) Ces situations posent problème parce que la présence d'une personne atteinte de troubles du comportement perturbe le travail de l'équipe et compromet la qualité des relations avec les autres personnes accueillies.

La plupart des C.H.R.S. rencontrés qui accueillent ce public fortement désorienté demandent une orientation médicale. En effet, et notamment dans les foyers d'urgence, ces situations de violence, d'agressions.. mettent en péril non seulement les travailleurs sociaux mais aussi les personnes accueillies.

Certains patients sortant de psychiatrie, sont orientés, par manque d'hébergement par le secteur psychiatrique. Ces patients sont considérés par le secteur médical comme des personnes stabilisées par un traitement médical et ne relèvent plus du domaine psychiatrique. Pourtant, les comportements de violence et souffrance repérés au sein de la population accueillie en C.H.R.S. sont de plus en plus difficiles à gérer et l'équipe éducative s'en trouve perturbée.

## **2.2.2 La mise en place d'un projet éducatif ne peut se faire sans un partenariat renforcé.**

Une connaissance mutuelle s'impose, dans le respect de chacun, afin que l'éducatif ne soit plus saturé par des pathologies non traitées, afin que le soin ne se résume pas à une absence d'objectifs d'intégration conduisant à systématisé la régression, l'hébergement résumant alors seulement l'apport. L'usager est désormais un interlocuteur de l'équipe CHRS, avec lequel il construit un projet négocié et contractualisé, l'objectif étant qu'il parvienne, si possible, à se prendre en charge. Il a, en effet, droit au respect et à la dignité, et comme tout citoyen, à accéder aux mêmes droits. La plupart du temps, l'entretien à l'admission de ces résidents, fait par l'équipe éducative, est renforcé par un entretien psychologique fait par un professionnel. Des ateliers collectifs orientés notamment vers une "meilleur image de soi" ainsi que des ateliers d'insertion sociale permettent une ré apprentissage des gestes de la vie quotidienne.

Les assistantes sociales des structures psychiatriques travaillent en étroite collaboration avec les CHRS afin de permettre l'accueil de leurs sortants, tout en envisageant le retour de cette personne en cas de difficulté au sein de la structure sociale.

La durée de séjour moyenne pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques est souvent plus longue, car les troubles de comportement déjà évoqués "empêchent" une insertion sociale rapide. On peut se demander si certains résidents ne relèveraient pas d'une structure plus adaptée à leurs difficultés sociales et médicales. La Clinique Sud à Laval garde parfois plus longtemps certains patients par manque d'hébergement à l'extérieur.

Les renvois restent exceptionnels, ils sont souvent dus à des passages à l'acte sur d'autres résidents, ou à des manquement au règlement intérieur. La consommation d'alcool, quasiment interdite, est un facteur de renvoi dans tous les C.H.R.S.. Si le résident est dangereux pour lui même ou pour les autres résidents, il peut faire l'objet d'une hospitalisation d'office. Certaines équipes se plaignent de la durée trop courte de l'hospitalisation ; la personne n'a pas le temps de se "stabiliser" et retourne dans le même état au CHRS jusqu'à la prochaine décompensation.

Le secteur psychiatrique souffre du maintien en hospitalisation de patients, par manque de places dans le département de la Mayenne. La Clinique Sud de Laval travaille beaucoup avec le C.H.R.S. "La Gautrèche" situé dans le Maine et Loire, ainsi qu'avec le

C.H.R.S. de Vitré en Ille et Vilaine pour la réinsertion professionnelle avec un rythme de travail adapté.

Compte tenu de la diversité de ce public et de ses problématiques, la notion de réinsertion couvre plusieurs champs. La prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques

### **2.2.3 Une réinsertion multiple**

Les personnes atteintes de maladie psychiatrique ou souffrant de troubles de comportement éprouvent de plus grandes difficultés à trouver une réinsertion sociale. Le mouvement rapide de dés hospitalisation, lié e pour partie à l'amélioration des prises en charge médicales, amène à devoir assurer le suivi des malades stabilisés dans un contexte social banalisé. Ces résidents ont des problèmes sociaux, en matière de logement, d'emploi, de vie sociale, qui ne sont pas différents par nature de ceux d'autres publics en difficulté, avec lesquels ils se trouvent parfois en concurrence.

#### **2.2.3.1 La réinsertion par le logement**

Une des premières missions des C.H.R.S. était de retrouver un logement aux personnes se trouvant subitement démunie de tout hébergement. La réinsertion des malades psychiatriques pose des problèmes spécifiques dans la mesure où le suivi éducatif doit intégrer les fragilités psychiques générés par la pathologie.

Déjà dans le département de la Mayenne, l'offre de logement ne poserait pas à priori de problèmes, mais l'essentiel des demandes de logement se situe aux alentours de Laval, pour des raisons de communications et il y a un parc important de logement vacant se situant dans le domaine rural.

De plus, la plupart des personnes accueillies en C.H.R.S. après un passage en psychiatrie ont cessé tout contact avec leurs familles, ou ont encore des relations conflictuelles qui ne permettent pas de résider au domicile familial.

Face à la précarité et à l'échec, les personnes mettent souvent en place des attitudes, et plus généralement des mécanismes de protection contribuant à leur propre exclusion. cette auto exclusion, ces "pulsions de mort" prennent parfois le dessus sur la mobilisation pour s'en sortir.

### **2.2.3.2 La réinsertion par l'emploi**

La plupart des personnes sortant du secteur psychiatrique perçoit l'Allocation d'Adulte Handicapé, ce qui lui permet d'avoir un revenu et surtout la reconnaissance de travailleur handicapé et à ce titre peut bénéficier d'une orientation par la COTOREP.

Le département de la Mayenne possède un nombre suffisant de places de Centres d'Aide par le Travail (C.A.T.). Toutefois, le "handicap mental" est difficile à supporter dans ce genre de structures, et la tentative de mettre ces résidents de C.H.R.S. en CAT se soldent souvent par un échec. Certains résidents cumulent des problématiques diverses, ; maladies mentales, alcoolisme, prise de stupéfiants, sur-médicamentation. Ils peuvent manifester des troubles psychiatriques associés, ce qui ne facilite par le retour à l'emploi.

Les ateliers d'insertion du Centre d'Insertion "Revivre" permettent à des personnes de retrouver une activité par le travail en forêt. Le maniement d'outils dangereux n'est pas compatible avec la prise d'alcool, et ce travail permet une resocialisation de ces résidents.

Les solutions apportées pour permettre aux personnes souffrant de troubles de comportement de retrouver un logement et /ou un emploi stable, ne peuvent être dissociés d'une "réinscription sociale" au préalable.

### **2.2.3.3 La réinsertion sociale**

<sup>10</sup>Elle intéresse des patients stabilisés ayant subi une perte d'autonomie et connaissant une dépendance institutionnelle, principalement du fait d'un isolement familial. Au fil du temps ces personnes ne sont plus capables de mobiliser leur capacité psychique pour s'intégrer socialement dans un cadre de vie normale, même si auparavant elles y avaient évolué sans difficultés particulières.

Il s'agirait, d'une manière générale, non pas d'amener la personne par l'intermédiaire de "programmes" préétablis de s'adapter de manière normative à une représentation idéalisée du monde par le biais d'acquisitions ou de comportements stéréotypés "acceptables" par la moyenne des individus, mais de travailler sur leur propre représentation

---

<sup>10</sup> La Psychiatrie à la frontière du sanitaire et du médico-social, La revue IASS, septembre 1999

du monde afin de leur permettre, par delà la souffrance et l'échec de découvrir des potentiels qui les aideront à se construire et à investir un projet. L'autonomie ne doit pas être envisagée comme une finalité d'intervention auprès de personnes jugées "non autonomes", mais comme une démarche progressive qui devrait amener les usagers à se comporter de manière adaptée dans toutes les situations courantes de la vie. Le public concerné étant le plus souvent en très grande difficulté morale et psychique, cette démarche va lui demander un effort et un soutien continu important. L'utilisateur doit être acteur à part entière de la démarche qui n'aura de sens que dans une dimension interactive, dans un rapport d'échanges et de confiance avec l'environnement éducatif qui favorisera l'émergence d'un sentiment d'estime de soi et de valorisation.

Le partenariat est un élément indispensable dans le parcours de l'utilisateur. Chaque intervenant doit connaître son champ d'action spécifique ; il doit être capable d'une parole créative adaptée et d'une analyse des situations et des besoins. Ces interfaces privilégiées, singulières et collectives sont seules susceptibles d'accompagner le projet individualisé de l'utilisateur et de l'inscrire dans une démarche évolutive d'insertion durable.

La question de l'exclusion ne se limite pas aux rapports entre le sanitaire et le social, et il ne s'agit pas de psychiatriser la misère. Mais des personnes sont dans des situations socio-économiques désastreuses et l'Etat doit, à chaque niveau du service public, apporter aussi sa réponse et mettre en place les moyens qui permettront d'améliorer les dispositifs de réinsertion.

### **3 - LA NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT PAR LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE ET SOCIAL**

Les patients et les usagers des structures sociales ont besoin de réponses de soin et de réponses sociales coordonnées . Or, actuellement, un clivage persiste entre le soin et le social. Souvent les malades hospitalisés en milieu psychiatrique ne peuvent pas sortir par manque de réponse adaptée, notamment sur le plan de l'hébergement. Il existe un certain nombre de patients présentant des troubles mentaux assez importants, mais qui sont stabilisés. Pour eux, un lieu de vie, avec soins sur place, constitue une réponse adaptée où ils peuvent s'épanouir.

Faut-il pour autant favoriser le développement de C.H.R.S. spécialisé au risque de guéthoriser ce public, et sinon, les C.H.R.S. ont-ils le droit d'exclure cette population sous

prétexte d'une impossibilité à mettre en place un projet éducatif pour une insertion sociale et/ou professionnelle ?

Le schéma départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion de la Mayenne pourra-t-il apporter des réponses adéquates aux problèmes rencontrés par les travailleurs sociaux ?

### **3.1 AMELIORER LA CONNAISSANCE DES PUBLICS DESORIENTES**

Le rapport "Ville, santé mentale, précarité et exclusions sociale soulignait en 1994 le manque d'informations et de connaissance des besoins des malades psychiatriques en situation de précarité. La loi d'orientation de lutte contre l'exclusion met en place les outils nécessaires pour l'amélioration de la connaissance de ce public par la création de l'Observatoire social et de groupes permanents de veille sociale.

En Mayenne, le groupe permanent de veille sociale, se réunit très régulièrement, et réunit pour les acteurs sociaux qui sont au cœur de la prise en charge de ces publics.

Dans le cadre du schéma départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion, une des préoccupations est la non connaissance de ce public et de ces problématiques. Très souvent, les personnes en difficulté sociale n'ont pas conscience de leur souffrance psychologique. Cette dernière va être perceptible à travers un tiers, le tiers social, par exemple. En France, le soin psychologique est considéré comme quelque chose de "quasiment épouvantable". il existe une résistance très forte. Pour la population exclue, les difficultés sociales sont déjà vécues comme un marqueur plus ou moins infamant. Une orientation vers la psychiatrie représente une stigmatisation supplémentaire. Franchir la porte d'un Centre Médico-Psychologique, ou celle d'un psychiatre privé s'avère difficile. La psychiatrie fait encore peur, car elle véhicule encore une vision de la folie.

Dans la ville de Mayenne où se situe le Centre Hospitalier Spécialisé, 80 % des personnes accueillies au sein du Centre Médico-Psychologique n'ont jamais été hospitalisés. la plupart d'entre eux sont venus à la demande de leur médecin généraliste. La file active d'un Centre Médico-Psychologique dans le département de la Mayenne est de 800 personnes vues par an.

Les enquêtes permettant d'affiner la connaissance de ce public sont faites par le domaine psychiatrique. Pour les C.H.R.S., la connaissance de ce public est difficile, car la

frontière entre maladies mentales et troubles de comportements est difficile à estimer. L'appui de personnel du domaine sanitaire permettrait d'avoir une évaluation plus fine.

C'est dans ce sens, que la DDASS de la Mayenne a fait un appel d'offre pour la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives. Le financement permettrait de venir en appui auprès des équipes éducatives des C.H.R.S. afin de pouvoir mieux évaluer la problématique de la personne accueillie, pour mettre en place un projet éducatif adapté, et répondre aux situations d'urgence (violence, détresse morale...).

De plus, une uniformisation des fiches d'admission, de refus.. des résidents permettrait de repérer les difficultés psychiques, notamment, avec la mise en place de réseau pour travailler sur le suivi médical nécessaire. Un bilan de sortie doit être fait systématiquement avec des items bien identifiés. Déjà existant dans le département de la Mayenne, ces fiches d'admissions, de refus et de bilan doivent être affinées afin de permettre une exploitation statistique par la DDASS qui s'engage en contrepartie à fournir une rapport synthétique dont la périodicité est à définir.

Il existe une réticence de la part du secteur social à accueillir les personnes hospitalisées en hôpital psychiatrique. Des personnes auraient pu être prises en charge par le secteur social en première intention, si la manifestation de leurs difficultés avait été différente.

Il faut donc se donner les moyens d'une évaluation la plus précise possible, régulière des besoins et des dispositifs. Les services déconcentrés de l'Etat peuvent recourir à des audits qui permettront de rencontrer les acteurs du domaine sanitaire et social. L'intervention d'un cabinet extérieur permet d'avoir une certaine neutralité et un certain recul. De plus, les services déconcentrés n'ont pas toujours les moyens humains et techniques pour procéder eux-mêmes à ces investigations. Dans le cadre de la restructuration psychiatrique et de la mise en place de réseau entre le sanitaire et le social, cette évaluation doit être régulière. Il s'agit d'un outil indispensable d'aide à la décision qui doit permettre de rationaliser et d'optimiser le dispositif, tout en mettant en œuvre des priorités, définies au regard des besoins du public en maintenant la place de l'utilisateur au sein de ces dispositifs.

## **3.2 ENCOURAGER LES DECLOISONNEMENTS POUR REINSERER LES MALADES PSYCHIATRIQUES ET LEUR REDONNER UNE CITOYENNETE**

*" Il y a une réticence intrinsèque qui conduit le monde de la psychiatrie à refuser consciemment à s'occuper de "cas sociaux", explique le Docteur Gérard Massé, responsable de la Mission nationale d'appui en santé mentale.*

Pour les médecins psychiatres, leur domaine d'intervention se limite au soin, Pourtant, la santé mentale dépasse l'objet de la psychiatrie, puisqu'il y a des aspects non psychiatriques. Elle est associée à la psychiatrie sociale, et les acteurs du domaine sanitaire trouvent aussi leur place dans la prise en charge de cette psychiatrie sociale. Pourtant, les progrès médicaux en termes de prise de médicaments ont permis une stabilisation des patients qui n'étant plus en situation de crise, doivent sortir. Ne pouvant être accueillis immédiatement en C.H.R.S., ils sont maintenus en hospitalisation dans l'attente d'une place dans une structure sociale ou médico-sociale (C.H.R.S. de Vitré en Ille et Vilaine).

### **3.2.1 Permettre l'accueil de ces publics en C.H.R.S.**

Certains C.H.R.S. refusent l'accueil de ce public très marginalisé, en mettant en place des critères très sélectifs. Certaines populations comme es personnes sans papiers ne sont pas accueillies dans les C.H.R.S. de la Mayenne, ainsi que les personnes présentant des troubles d'alcoolisation importants....Les personnes souffrant de troubles mentaux graves ne peuvent pas être accueillis immédiatement, d'où un retard de la prise en charge et un maintien dans la précarité.

Il ne s'agit pas de créer un C.H.R.S. spécifique qui n'accueillerait que des malades mentaux ou des personnes souffrant de troubles comportementaux importants. Toutefois, déjà un psychologue vient en soutien de l'équipe éducative dans chaque C.H.R.S., et dans "Laval Hébergement" il intervient aussi auprès des résidents.

La mise en place d'un appui sanitaire au sein des structures sociales permettrait d'accueillir ces patients, qui présentent souvent des conduites pathologiques associées, car maintenu en hospitalisation à titre dérogatoire. Il est préférable d'accueillir ces personnes dans la dimension généraliste du C.H.R.S. Les rapprochements entres C.H.R.S. et secteurs psychiatriques sont de plus en plus fréquents. C'est souvent à partir d'un travail en commun

sur un cas précis ou une problématique donnée qu'une dynamique de collaboration s'engage.

Il serait intéressant d'organiser la visite de psychiatres ou d'infirmiers psychiatriques dans les C.H.R.S., et peu à peu, cette collaboration s'inscrirait dans le cadre de conventions formalisées. Elle pourrait aussi déboucher bien au-delà de l'approche clinique, sur un travail en commun autour de la réinsertion de la personne en matière de logement, de santé, d'emploi...

Aux services d'urgence de l'Hôpital Général de Laval, le poste d'assistante sociale au titre des Permanences d'Accès aux Soins de Santé se trouve dans ce service, il permet d'avoir une vision sociale des malades. Dans un même ordre d'idée, un infirmier psychiatrique affecté aux urgences, permettrait un bon aiguillage des personnes là où les urgentistes pourraient se sentir en décalage par rapport aux syndromes observés.

De même, des rencontres entre les acteurs du champ psychiatrique et social, permettraient d'améliorer la communication entre ces domaines. Il a souvent été constaté que les acteurs de ces domaines différents ne donnent pas le même sens aux mots. La maladie mentale ne recouvre pas les mêmes champs vu par un médecin psychiatre et vu par un éducateur spécialisé.

Pour être réellement en mesure d'accueillir des malades mentaux et de mettre en place un accompagnement adapté dans le cadre d'un centre de droit commun, les équipes éducatives doivent disposer des moyens nécessaires aussi bien en interne qu'en externe.

Une formation adaptée aux problèmes relevant de la psychiatrie est indispensable, afin d'apporter une aide véritable aux résidents. Cette formation peut se faire au sein des structures psychiatriques afin de faciliter le langage commun des différents acteurs. Ces formations, ou stages peuvent amener les personnels à créer des liens différents et d'identifier plus précisément leurs interlocuteurs. Ils permettraient de favoriser une meilleure connaissance du cadre de travail et des contraintes de chacun des partenaires. La DDASS, par sa connaissance complète des dispositifs, pourrait jouer un rôle de médiateur, sans pour autant institutionnaliser les réseaux existants.

D'autres acteurs peuvent être partie prenante dans ce partenariat. "La croisée des Chemins" à Laval est un espace d'échange de savoir et de savoir faire. Cet espace de convivialité permet à chacun et chacune de pouvoir amener à l'autre un savoir faire. De plus,

des expositions et sorties sont organisés qui permettent de recréer un lien social et une image de soi meilleure.

Le Plan Local d'Insertion (P.D.I.) mène des actions d'insertion sociale et permettrait de prendre en compte la dimension de la maladie psychiatrique en l'adaptant à ce type de population.

### **3.2.2 Prendre en compte la spécificité des publics accueillis**

Le département de la Mayenne a le taux de suicide des jeunes (18/30 ans) le plus élevé de France. On note un rajeunissement et une féminisation des publics précaires.

\* les jeunes qui ne relèvent plus de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) et suivis jusqu'à 21 ans, ne peuvent rentrer dans le dispositif RMI et deviennent des "border lines", ils ne rentrent dans aucun dispositif. Le dispositif TRACE mis en place dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions, s'adresse à un public jeune très fragilisés mais avec un projet d'insertion professionnel. Certains jeunes sont tellement marginalisés (perte de repères sociaux) qu'une insertion sociale au préalable doit être mise en place. Une reconnaissance COTOREP enfermerait ces jeunes dans un statut d'handicap et pourra faire échouer tout projet éducatif de réinsertion sociale et /ou professionnelle.

Il est fondamental de prendre en charge au plus tôt ces jeunes très marginalisés, car à la précarité de leur situation s'ajoute la prise de drogue, d'alcool... La prévention psychosociale précoce peut être une réponse efficace à la violence et à la marginalité chez ces jeunes. La mise en place des actions en faveur de la parentalité, permet d'aider les familles dans ces difficultés du suivi de leurs enfants.

Parmi les facteurs de risque , on évoque avant tout les lieux de socialisation défaillants. C'est d'abord la famille qui peut présenter des caractéristiques problématiques : pauvreté économique, faible niveau d'instruction, instabilité affective, professionnelle...; ; puis le milieu scolaire. Il apparaît évident qu'une prise en charge précoce des facteurs de risque de marginalisation des jeunes permettrait d'éviter une exclusion de cette catégorie de population. Les missions locales ont toutes leurs places, ainsi que le secteur de la pédo-psychiatrie , pour mener des actions communes.

\* les femmes sont de plus en plus présentes dans les C.H.R.S.. Elles sont souvent victimes de violences conjugales, auxquelles s'ajoutent des problèmes d'alcoolisme et de sur-médicamentation pour pallier à leur souffrance psychique.

Les "Appartements Revivre" à Laval ont mis en place des ateliers d'esthétique qui permettent à ces femmes à reprendre confiance en elles.

### **3.2.3 Inventer de nouvelles formules d'accompagnement et recentrer la personne au sein de son environnement**

Il reste encore beaucoup à faire pour articuler de façon satisfaisante le sanitaire et le social, les professionnels tentent de travailler en réseau pour trouver des alternatives à l'hospitalisation. Par le biais de conventions signés avec l'Etat et les collectivités locales, des associations pourraient gérer des parcs de logement offrant ainsi une caution aux bailleurs.

Depuis ces dernières années, les institutions sont tenues de prendre en compte la dimension de l'aide au retour à la vie sociale; Le secteur psychiatrique et social souffre d'un manque "d'espace d'hébergement et de reconstruction" des personnes souffrant de troubles mentaux, car l'insertion en milieu ordinaire n'est pas envisageable à priori.

#### **3.2.3.1 "des lieux de vie", passerelles entre la psychiatrie et le social**

Les acteurs de la prise en charge globale affirme la nécessité de créer une nouvelle forme de prise en charge à la frontière du domaine psychiatrique et de celui du social. L'hébergement de ces personnes en milieu ordinaire comme en milieu institutionnel ne peut se faire sans un passage par une resocialisation. Les structures hospitalières et sociales, ne sont pas forcément les mieux adaptées à cette prise en charge lourde et particulière qui relève aussi bien du sanitaire que du social.

L'association Corrézienne d'Aide à la Santé Mentale a créé un établissement sanitaire en 1971. Cet établissement a développé et élaboré une démarche articulant de façon originale le volet médical et thérapeutique de la Post-Cure avec celui de la réhabilitation sociale et professionnelle des usagers. Financé par la sécurité sociale sous la tutelle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, il peut accueillir en internat 25 usagers qui, après un séjour en hôpital psychiatrique ont besoin d'être aidé pour construire un projet de

vie, se réadapter socialement, retrouver une habilité à vivre dans le monde et se réapproprier un réel statut de citoyen. L'usager est donc au centre de la démarche, et c'est progressivement dans le cadre d'un parcours individualisé qu'il sera en mesure de se confronter à la réalité, reconquérir des savoir faire et des savoir être acquis antérieurement, découvrir de nouveaux potentiels, accroître ses compétences dans un univers relationnel dynamique, où il sera pleinement reconnu, non comme une personne " en incapacité" mais comme un homme ou une femme "ordinaire".

Cette structure est une "passerelle" transitoire, car tout en offrant un hébergement temporaire à ces personnes, elle leur permet une resocialisation et un suivi médical extérieur si nécessaire par le biais des Centre Médico-Psychologique. Dans le département de la Mayenne, les besoins exprimés par le secteur de la psychiatrie comme du secteur social concerneraient de 5 à 10 personnes. Ce foyer de post-cure du département de la Corrèze peut paraître une structure trop lourde financièrement à mettre en place, toutefois les besoins sont réels, et un lieu d'hébergement temporaire avec une prise en charge conjoint sociale et sanitaire peut être mise en place. Elle pourrait être gérée par une association possédant ou pouvant créer un lieu pavillonnaire, dans lequel des équipes sanitaires et sociales travailleraient au quotidien, ou partiellement au vu de conventionnement.

Il est indéniable que le traitement ne cesse pas à la porte du lieu où les soins proprement médicaux sont dispensés ; le patient est aussi un être social dont la maladie va projeter dans l'entourage une nouvelle image de lui-même qu'il faut l'aider à admettre et à faire accepter. Il faut imaginer des réponses souples pour aider les personnes fragilisées ou handicapées par la maladie psychique pour se resocialiser.

### **3.2.3.2 Prendre en compte la souffrance des familles**

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) œuvrent déjà auprès des personnes handicapés mentales, elles commencent à développer des actions envers les malades mentaux. Prendre en compte la souffrance des malades qui n'aspirent qu'à participer à la vie de la cité et n'acceptent pas qu'on décide pour eux, qu'on respecte leurs libertés, c'est aussi prendre en compte la souffrance des familles. La plupart des personnes qui se retrouvent en secteur psychiatrique ont rompu les liens familiaux, par incompréhension de leurs problématiques et par manque de soutien à leurs familles. Vivre

avec une personne ayant des troubles de comportement n'est pas aisé. Bien trop souvent, le médecin ne prend en compte que le patient et sa pathologie, mais on ne peut dissocier le patient de son environnement familial, social.... Une réinsertion sociale ne peut pas être réussie en l'absence d'une revalorisation de la personne par son entourage, sinon c'est la rechute et la rehospitalisation. Le Conseil Général de Meurthe et Moselle vient de donner son feu vert à l'ouverture du premier service d'accompagnement à la vie sociale spécialisé dans la maladie psychique sur le département, tandis que le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapés (AGEFIPH) a accepté de financer la création d'un dispositif d'insertion en milieu ouvert. Toutes ces actions montrent que la dimension de la psychiatrie est mieux perçue par les pouvoirs publics.

Créée en 1963, l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux est la première association qui accueille, soutient et accompagne les familles confrontées aux troubles psychiques d'un de leurs proches.; Elle a pour objectif :

- \* d'aider les familles à mieux vivre au quotidien avec la personne souffrante
- \* d'aider la personne en souffrance psychique
- \* de changer l'image des maladies mentales et le regard de l'opinion publique

La mise en place de groupe de paroles aussi bien pour les patients que pour les personnes de l'entourage se fait déjà au sein des Centres Médico-Psychologiques en Mayenne, mais bien souvent ce n'est pas encore suffisant puisqu'on assiste toujours à des sorties de personnes ayant été hospitalisées et ayant perdu tout lien familial.

La Direction Régionale des Pays de Loire vient de subventionner la mise en place d'une association "SOS Dépression 44" qui met à la disposition de toute personne confrontée à la maladie mentale et à sa compréhension, un numéro vert : **06.07.66.02.97**.

Une écoute permanente est faite par des bénévoles ayant pour certains, été confrontés au monde de la psychiatrie. De plus, des réunions, ou groupes de paroles sont organisés chaque vendredi après-midi. Ces actions permettent de "dédramatiser" la maladie mentale.

## **CONCLUSION**

Le constat que font la quasi totalité des médecins ainsi que les assistantes sociales est sans ambiguïté ; la population qui arrive dans les services (en consultation et parfois même qui entre en hospitalisation) présente une frange de plus en plus importante de personnes pour lesquelles l'origine de la souffrance est identifiée comme sociale. C'est à dire, soit des gens qui traduisent par une décompensation les difficultés de leur vécu sur le plan social, soit des personnes qui ne souffrent pas de pathologie mentale à proprement parler mais qui viennent pour des difficultés psychologiques dont la gravité peut être d'une extrême variabilité.

Cette diversité explique "l'appel au secours" du secteur social. Non formé à prendre en charge des pathologies relevant du sanitaire, ils accueillent en C.H.R.S. des personnes souffrant de plus en plus de troubles comportementaux psychiatriques. Les travailleurs sociaux auraient tendance à psychiatriser tous les problèmes sociaux, en demandant obstinément au secteur psychiatrique de redéployer des moyens afin de leur venir en aide, notamment en cas d'urgence.

L'articulation des dispositifs est réaffirmé dans la loi de lutte contre les exclusions, et les populations très marginalisés et souffrant de problèmes psychiatriques sont repérées au sein de ces dispositifs. La souffrance psychologique, pas forcément les troubles mentaux importants, est niée et fait peur. La méconnaissance des causes des troubles mentaux, hors les pathologies reconnues, fait peur, car ces troubles dits de comportements peuvent toucher n'importe quelle catégorie de population.

La quantification des personnes accueillies pour ces troubles psychiatriques se révèle d'autant plus difficile que l'identification des personnes présentant, aux yeux des acteurs sociaux, des troubles de la santé mentale dépend grandement des représentations qu'ont les professionnels de la santé mentale, du normal et du pathologique. Les chances de réinsertion dans le droit commun de ces personnes tiennent en grande partie à l'implication du patient dans son projet éducatif, avec tous les moyens nécessaires dont disposent les institutions et les associations pour mener à bien ce projet de réinsertion.

La restructuration du secteur psychiatrique dans le département de la Mayenne et l'élaboration du schéma départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion, peuvent être des outils qui permettront de mettre en place des réseaux de collaboration, de conventionner des actions pour une prise en charge globale. Ce partenariat peut amener les intervenants dans le domaine sanitaire et social à mieux se comprendre. Placer le malade au cœur d'un ensemble coordonné d'actions et de partenaires est essentiel. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont besoins de soins et de temps variables. Structures et équipes vont devoir offrir de plus en plus de prises en charges souples, pour lesquelles, comme souvent, législation et tarification tardent à évoluer.

La séparation des champs sanitaires et sociaux doit être abolie. L'établissement de conventions de travail entre ces divers intervenants sociaux et les professionnels du soin en santé mentale est un impératif. Il faut rendre les actions des uns et des autres complémentaires et cohérentes, aussi bien sur le plan de l'urgence que sur ceux de la prévention et de l'insertion. Ces axes de travail nécessitent que les autorités de tutelle soient les moteurs de ces transformations. Les besoins sont majeurs, les associations sont alarmées, l'opinion publique est sensibilisée, les médias sont actifs, mais le secteur public sanitaire aussi bien que social peinent à trouver une articulation.

"Comme le relève le Haut Comité de Santé Publique, toutes les études épidémiologiques vont dans le même sens : plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune ; partout on constate que le plus fort prédicateur de la maladie physique et/ou mentale et de la mortalité prématurée est le niveau socio-économique du foyer". Pour les personnes atteintes de troubles mentaux, la bascule dans la précarité et l'exclusion peut conduire à la destruction.

## SIGLES

A.A.H. :	Allocation Adulte Handicapé
A.S.E. :	Aide Sociale à l'Enfance
C.A.T. :	Centre d'Aide par le Travail
C.A.T.T.P. :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
C.H.G. :	Centre Hospitalier Général
C.H.S. :	Centre Hospitalier Spécialisé
C.H.R.S. :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.M.P.:	Centre Médico-Psychologique
CO.T.O.REP :	Comité Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
C.R.O.S.S.	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
H.D.T.:	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
H.O. :	Hospitalisation d'Office
P.D.I. :	Plan Départemental d'Insertion
P.S.P.H.:	Participant au Service Public Hospitalier
R.M.I.:	Revenu Minimum d'Insertion
S.R.O.S. :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- La Progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé, Éditions ENSP, février 1998
  
- Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999, La documentation française, Collection Études et Statistiques de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques , juillet 1999
  
- - DHUME Fabrice, R.M.I. et psychiatrie : deux continents à la dérive ?, l'Harmattan, novembre 1997
  
- - A. LAZARUS, Conférence inaugurale aux 26<sup>ème</sup> journées T.N.H. des 8 et 9 juin 1999, "mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie".
  
- - ZARIFIAN Edouard, "les maladies mentales aujourd'hui", Recherches et santé, n° 77, janvier 1999
  
- - QUARETTA Bernard, Rapport "Face à l'Errance et à l'urgence sociale", 29 novembre 1995, rapport remis au Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence.
  
- - Wagner Géraldine, "Accueil et réinsertion des personnes présentant des troubles psychiatriques : quelles réponses apportées par les C.H.R.S. parisiens", mémoire d'exercice professionnel d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales , 1997-1999
  
- - Projet du schéma départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion de la Mayenne, décembre 2000

## Lois, décrets, circulaires :

### - relevant du champ de la psychiatrie

\*circulaire n° 340 du 15 mars 1960 relative au secteur et à l'humanisation des hôpitaux psychiatriques.

- Loi n° 70.1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- circulaire D.G.S./981/M.S.1 du 9 mai 1974 complétant l'organisation de la psychiatrie publique en secteur.
- Loi n° 85.772 du 25 juillet 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
- Loi n° 85.1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

\* Décret n° 86.602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

- Circulaire n° 90.577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- Loi n° 90.527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

\* Loi n° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifiée par l'ordonnance n° 96.346 du 24 avril 1996.

\* Circulaire DHOS/02 - DGS/ SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives,

**- relevant du champ du social**

- Décret n° 54.883 du 2 septembre 1954 portant réglementation publique pour application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53.1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance.
- Loi n° 754.955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, du code du travail ainsi que l'article 51 de la loi n° 70.1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 75.535 du 30 juin relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Décret n° 76.526 du 15 juin 1976 portant application des articles 185 et 185.3 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatifs aux centres d'hébergement et de réinsertion.
- Circulaire n° 91.19 du 14 mai 1991 relative aux missions des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
- 
- Loi d'orientation n°98.687 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Guide méthodologique pour l'élaboration des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de Réinsertion Sociale.
- Circulaire DAS - DSFE n° 2000/24 du 14 janvier 2000 relative à la campagne budgétaire 2000 des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

## DEFINITIONS

\* **taux de chômage** : il représente le nombre de demandeurs d'emploi, selon la définition du Bureau International du Travail (BIT) rapporté à la population active actualisée.

\* **Exclusion** : "action d'exclure quelqu'un en le chassant d'un endroit où il avait précédemment sa place, ou en le privant de certains droits. Qui est exclu de tout partage de toute participation" dictionnaire Robert. Au plus près, l'exclusion c'est l'enfermement au dehors, hors de la société, ce qui signifie une rupture du lien social.

\* **Pauvreté** : "état d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent ; insuffisance de ressources. Insuffisance matérielle ou morale". Dictionnaire Robert

\* **Précarité** : "caractère ou état de ce qui est précaire : qui ne s'exerce que grâce à une autorisation révocable" Dictionnaire Robert

# **ANNEXES**

**1° Carte des secteurs de psychiatrie en Mayenne (adultes)**

**2° L'esprit de la réforme de la loi de 1975, par Monsieur Gauthier**

**3° Les équipements des établissements de psychiatrie (adultes)**

**3° Définition de la psychose, de la névrose**

**4° Un début d'articulation entre les travailleurs sociaux et l'institution psychiatrique :  
trois exemples**



# LIEN SOCIAL

5 rue du Moulin Bayard 31015 Toulouse cedex 6

Tél. 05 62 73 34 40 Fax 05 62 73 00 29

Numéro 519, 17 février 2000

## L'esprit de la réforme de la loi de 1975

interview de Pierre Gauthier, directeur de l'action sociale

**La réforme des institutions sociales et médico-sociales va organiser rationnellement un dispositif d'offres qui touche quatre publics : les exclus, la famille et l'enfance, les personnes handicapées et les personnes âgées**

**La rénovation de cette loi se fait attendre... Quand va-t-elle enfin « voir le jour » ?**

Lors de sa participation au Conseil national consultatif des personnes handicapées, le 25 janvier dernier, le Premier ministre a conclu son intervention relative au plan handicap du gouvernement, sur la nécessité d'adapter cette loi dans les meilleurs délais. À ce titre, il a pris l'engagement qu'un projet de loi sera déposé au Parlement avant la fin de cette session.

Deux raisons principales expliquent les retards pris : tout d'abord, l'intérêt qui s'attachait à concerter soigneusement ce texte avec nos partenaires. Nous avons donc organisé des ateliers de concertation et animé des réunions régionales sur les différents thèmes concernés par cette réforme. Nous avons ensuite élaboré un texte qui a été présenté et débattu à la section sociale du CNOSS (Comité national de l'organisation sanitaire et sociale). Nous avons ensuite reçu individuellement toutes les organisations et représentants dans le secteur social et médico-social. et à l'issue de ces concertations nous avons apporté des modifications, parfois conséquentes, au projet initial.

La seconde raison est plus politique : depuis l'été 1997, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a porté devant le Parlement de nombreuses réformes correspondant aux priorités sociales du gouvernement : les emplois-jeunes, la lutte contre les exclusions, la réduction du temps de travail, la couverture maladie universelle, sans évoquer le fait que dorénavant, chaque année, il convient de déposer un projet de loi de financement (de la Sécurité sociale).

Il faut bien comprendre qu'une loi rénovant l'organisation d'un secteur **qui** fonctionne pas trop mal, et qui existe déjà, comme c'est le cas de la loi de 1975, est nécessairement défavorisée dans le calendrier parlementaire, **au** regard de projets de loi représentant une urgence politique forte ou **une** obligation commune des plans de financement de la Sécurité sociale.

**Quelles vont être les interactions de cette réforme avec la loi de lutte contre les exclusions**

Il en existe certes elles **ne** sont pas nombreuses. La loi de juillet 1998 de lutte contre les exclusions a **pour** objectif principal l'accès de tous aux droits fondamentaux **en** matière d'emploi, de logement, de santé, de justice, d'éducation, de formation et de culture, de protection de la famille et de l'enfance

Il s'agit donc d'une loi transversale, très interministérielle, visant à prendre en compte, par son champ extrêmement large, la réalité très multiforme de l'exclusion. Elle met donc en scène une multiplicité de dispositifs visant tous, à favoriser l'intégration des populations les plus vulnérables.

Une réforme des institutions sociales et médico-sociales relève d'une autre logique : celle d'organiser rationnellement un dispositif d'offres relevant d'un seul ministère et qui touche quatre publics : les exclus certes, mais aussi la famille et l'enfance, les personnes handicapées, les personnes âgées.

Alors que la loi de lutte contre les exclusions constitue en quelque sorte un dispositif législatif finalisé sur l'intégration ; la loi « sociale » est un texte d'organisation de l'offre, créant un lien logique entre une gamme d'établissements et de services, leur planification, les autorisations qui en découlent, les modes d'allocation des ressources affectées à ces structures et l'évaluation de leur efficacité et de leurs qualités.

Il reste que c'est la loi de 1975 qui détermine les procédures d'autorisation de la plupart des structures de première ligne spécialisées dans la lutte contre l'exclusion comme les CHRS, les hébergements d'urgence, les boutiques de solidarité ou les Samu sociaux.

**Depuis 1975, les populations d'usagers de l'action sociale se sont transformées, leurs besoins se sont également diversifiés... Toutefois les institutions qui les concernent ne se sont pas toujours adoptées à ce nouveau contexte. Quels vont être les réaménagements dans ce domaine ?**

L'un des principaux enjeux de cette réforme est de placer l'utilisateur au cœur du dispositif, non seulement en déclinant leurs principaux droits mais aussi en précisant les modalités d'exercice de ces droits.

Notre projet prévoit ainsi une charte des personnes accueillies, l'obligation d'instaurer dans chaque établissement et service un règlement de fonctionnement précisant les droits et obligations des usagers comme des professionnels, la mise en place d'un contrat ou d'un document individualisé garantissant l'adaptation de la prise en charge ou des prestations aux besoins des personnes, le recours possible à un médiateur en cas de conflits entre l'utilisateur et l'équipe animant la structure, la participation des usagers et de leurs familles à des conseils d'établissement renouvelés, l'exigence, enfin, d'un véritable projet de service fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation, toutes choses qui existent parfois, et souvent depuis longtemps, mais pas partout.

Par ailleurs, le projet de réforme prévoit une gamme très diversifiée d'établissements et de services, mettant en œuvre des prestations très variées. A cet égard notre projet est particulièrement souple et organise un régime expérimental de structures afin de favoriser et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale qui est particulièrement féconde dans ce secteur.

**Cette nouvelle loi disposera-t-elle des moyens suffisants pour réaliser ses ambitions ?**

Sur ce point je tiens d'entrée à vous préciser que structurer un secteur par voie législative et allouer de nouvelles ressources à ce secteur sont deux exercices différents qui ne relèvent pas de la même logique et n'empruntent pas les mêmes voies.

C'est ainsi qu'avant même le vote de la loi de juillet 1998 de lutte contre les exclusions, a été adopté en conseil des ministres, en mars de la même année, un « programme triennal de prévention de lutte contre les exclusions » mobilisant plus de 50 milliards de francs.

S'agissant des personnes âgées dépendantes, Madame Aubry a annoncé, fin novembre dernier, lors de la clôture de l'année internationale des personnes âgées, un plan pluriannuel de médicalisation) (les établissements accueillent ces personnes.

Vous savez également que le Premier ministre, lui-même, le 25 janvier 2000, a présenté la politique du gouvernement en matière de handicap, assortie d'une programmation Financière sur trois ans particulièrement conséquente, soit 1,6 milliard de francs à partir de 2001.

(-les trois exemples, correspondant aux trois principaux publics qui relèvent des institutions sociales et médico-sociales, montrent bien la différence existant entre une construction législative organisant ce secteur et l'expression d'une volonté politique pour définir des plans d'action et (le@@ programmations financières pluriannuelles améliorant la situation des usagers du dit secteur.

### **Les travailleurs sociaux seront-ils directement impliqués dans le cadre de références et l'application de la nouvelle loi ?**

Bien sur ! Et ce de plusieurs manières. Ainsi les professionnels du social seront-ils tout d'abord directement associés à l'élaboration du projet de l'établissement ou du service définissant les principales caractéristiques des prises en charge ou des prestations délivrées, se fondant sur un véritable projet de vie et de socialisation.

Par ailleurs notre ambition est de généraliser les démarches évaluatives. Nous souhaitons instaurer une obligation d'évaluation de la qualité des prises en charge.

Un conseil national de J'évaluation sociale et médico-sociale devrait être chargé de valider des référentiels de bonnes pratiques. Mais il doit être clair que de tels référentiels ne doivent pas venir du haut, car pour être adoptés il convient que les professionnels eux-mêmes proposent les outils nécessaires, quitte à ce que le futur conseil national procède à des synthèses soumises ensuite à (les validations sur le terrain.

### **Pour conclure, quelle est à votre avis la « philosophie » de la réforme ?**

La rénovation de la loi de 1975 repose à mon sens sur trois principales intentions

- Conférer leur pleine citoyenneté aux bénéficiaires et promouvoir l'innovation en matière (le prises en charge, en reconnaissant et en fondant des droits nouveaux, en élargissant les missions d'action sociale et medico-sociale et en assouplissant en les diversifiant; les actions des établissements et services du secteur, y compris au moyen d'expérimentations en mettant l'accent sur l'intégration en milieu ordinaire.
- Clarifier les procédures organisant le secteur, par une planification concertée plus efficiente, un régime rénové des autorisations, des mécanismes modernisés d'allocation de ressource et de tarification, le développement de l'évaluation des pratiques, un statut actualisé des établissements publics.et Instaurer une meilleure coordination des acteurs et des décideurs, en responsabilisant chacun d'entre eux et en organisant la transparence de leurs relations, par la mise en place d'outils

conventionnels diversifiés favorisant l'articulation des Politiques initiées par l'État et les départements, développant les coopérations entre les divers établissements et services du secteur et permettant la contractualisation des relations entre les autorités tarifaires et les établissements.

Au total, nous proposons des outils juridiques rénovés contribuant directement à une revitalisation de l'action sociale de notre pays.

Propos recueillis par **Guy Benloulou**

**Département de la MAYENNE**

**\* ETABLISSEMENTS PUBLICS**

LIBELLE DES SECTEURS	ETABLISSEMENTS DE RATTACHEMENT	EQUIPEMENT INSTALLE au 1/01/1998					Centre de post-cure
		H.C.	H.J.	H.N.	A.F.T.	A.P.T.	
53 G 01	C.H.S. de MAYENNE	75	20	2			
53 G 02		75	20	2			
53 G 03		75	20	2			
53 G 04		75	20	2			
structures intersect.					10		
S/TOTAL ETABLISSEMENT		300	80	8	10	0	0
53 G 05	C.H. du Haut Anjou		15				
TOTAL ETABLISSEMENTS PUBLICS		300	95	8	10	0	0

**\* ETABLISSEMENTS PRIVES (PSPH/conventionnés Assurance Maladie/privés à but lucratif)**

LIBELLE DES SECTEURS	ETABLISSEMENTS DE RATTACHEMENT	EQUIPEMENT INSTALLE au 1/01/1998					Centre de post-cure
		H.C.	H.J.	H.N.	A.F.T.	A.P.T.	
Non rattaché	Clinique Notre Dame de Pritz - CHANGE	44					
TOTAL ETABLISSEMENTS PRIVES		44	0	0	0	0	0

**CAPACITES INSTALLEES**

TOTAL HOSP. COMPLETE 344 soit indice partiel 1.22 lits/1 000 habitants

TOTAL HOSP. COMPLETE 457 soit indice global 1.62 lits et places/ 1000 habitants  
ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

POPULATION TOTALE DU DEPARTEMENT 282 031 habitants  
(projection OMPHALE 1998)

## **Psychose**

La différence entre psychose et névrose est sans doute la première approche indispensable pour percevoir avec clarté les maladies psychiatriques.

Le sujet atteint de psychose n'est pas conscient du désordre de sa personnalité, alors que celui qui souffre de névrose perçoit le caractère maladif de ses troubles.

La personnalité est ce qui caractérise une personne, et les troubles de la personnalité chez les psychotiques s'accompagnent de troubles du comportement associés à une perte intermittente du contact avec la réalité.

Au cours du siècle dernier, le terme de psychose regroupait toutes les atteintes cérébrales comme, entre autres, les démences ou les intoxications à l'alcool, qui étaient particulièrement graves (on se souvient des empoisonnements par l'absinthe).

Peu à peu, le terme de psychose a été écarté de ce fourre-tout de maladies mentales regroupant les atteintes graves du psychisme.

Aujourd'hui, il correspond aux maladies mentales ne s'accompagnant pas de lésions cérébrales évidentes (c'est-à-dire d'un fonctionnement défectueux du système nerveux), mais plutôt d'une modification de la perception des faits quotidiens.

La notion psychiatrique de psychose n'a rien avoir le sens commun du terme, qui correspond en quelque sorte à la peur d'événements (comme la psychose de la guerre).

La psychose dans son acception psychiatrique équivaut à la notion familière de folie.

La psychose, c'est aussi des symptômes psychologiques tels que les bouffées délirantes (accès de délires qui surviennent et disparaissent brusquement).

La paraphrénie, la schizophrénie (voir plus loin), exemple de psychose qui apparaît le plus souvent sous forme de délires chroniques paranoïdes (voir plus loin) et la psychose maniacodépressive font partie de la famille des psychoses.

**La paraphrénie** est une psychose qui se caractérise par un délire imaginatif chronique ne s'accompagnant pas de trouble des fonctions mentales.

Le délire peut se définir comme le fait de capter les perceptions provenant de l'extérieur anormalement, en désordre, en percevant les choses telles qu'elles ne sont pas en réalité. On dit alors que les facultés intellectuelles de l'individu atteint sont caractérisées par une perception erronée de la réalité. D'autre part, ce délire s'organise toujours autour du même thème (de la grandeur, de la persécution, de la mélancolie, du mysticisme, etc...)

Ce délire est qualifié d'imaginatif, c'est-à-dire créatif, non pas au sens constructif du terme mais plutôt malsain, voire nocif. L'imagination malade du paraphrène est débordante et le plus souvent, il lui est impossible de différencier l'imaginaire du réel.

En résumé, un sujet qui souffre de paraphrénie semble vivre dans deux mondes différents. D'un côté, le monde tel que nous le connaissons et de l'autre, celui du délire dans lequel il se situe. D'autre part, il ne cesse d'enrichir ce délire grâce à son imagination.

On distingue 2 types de paraphrénies : la paraphrénie systématique où le malade se voit au centre de son délire, et la paraphrénie fantasmagorique et confabulante, dans laquelle la réalité est vécue de façon purement imaginaire (à la manière des enfants, chez qui elle est très fréquente et normale). Cet égarement, mieux perçu par l'entourage médical que par le milieu familial, donne l'impression au malade paranoïaque d'assister à un film ou de vivre dans un conte merveilleux.

Cette maladie n'empêche pas d'avoir une vie normale et son traitement repose sur celui de ses accès délirants.

**La paranoïa** fait partie des psychoses qui se caractérisent par un délire systématisé ne s'accompagnant pas de diminution des capacités intellectuelles.

Elle se caractérise par :

- la surestimation du Moi (orgueil et mégalomanie)
- des erreurs de jugement liées à un raisonnement logique sur des bases fausses reposant sur des a-priori purement subjectifs
- une rigidité psychique
- une méfiance allant jusqu'au délire de persécution (la mal vient toujours de l'Autre)
- le dogmatisme (attitude intellectuelle affirmant des idées sans les discuter).

Le paranoïaque finit par s'enfermer dans un cercle vicieux persécuté-persécuteur. Son credo consiste à convertir les autres à ses propres idées.

Le traitement du paranoïaque nécessite généralement l'hospitalisation, et parfois même l'internement du malade. Les autorités médicales sont souvent obligées d'intervenir avec résolution et de décider un placement d'office.

Les médicaments employés sont les neuroleptiques (voir plus loin) et parfois la psychothérapie à la recherche de contenus émotionnels apparaissant à travers le délire.

**La schizophrénie.** Le terme proprement dit a été créé par Eugen Bleuler et a remplacé celui de démence précoce. Une des caractéristiques de la schizophrénie est qu'elle touche le plus souvent l'adolescent ou l'adulte avant l'âge de 40 ans environ.

Elle se caractérise par :

- des hallucinations (la personne a l'intime conviction que ce qu'elle perçoit correspond à la réalité alors que rien ne justifie sa sensation. L'hallucination peut être visuelle ou auditive).

- un délire (perception erronée de la réalité)
- une désorganisation de la pensée et du comportement.
- La catatonie, qui se caractérise par une inertie, s'accompagnant d'une absence d'activité et de pensée.

Comme toutes les psychoses, la schizophrénie est un trouble mental caractérisé par une désorganisation de la personnalité.

Ce qui la caractérise, c'est la dissociation des fonctions psychiques et mentales, accompagnée d'une perte de contact avec la réalité et d'un repli sur soi.

Il existe plusieurs sortes de schizophrénie :

- La schizophrénie simple associe une bizarrerie du comportement avec une marginalité.
- La schizophrénie paranoïaque comporte des peurs insolites, le malade revenant toujours sur les mêmes thèmes (peurs de certains gestes, de certaines couleurs, voire de certains sons). D'autre part, il ressent l'impression d'être une marionnette et de se faire manipuler par l'extérieur, par une puissance surnaturelle contre laquelle il ne peut lutter.

Les causes mêmes de la schizophrénie sont complexes et controversées. Les chercheurs avancent une perturbation de la relation entre la mère et l'enfant, un blocage mental qui semble être la règle dans les familles à schizophrènes, dans lesquelles la communication est particulièrement perturbée, voire impossible.

Les études qui ont été faites chez les vrais jumeaux dans des familles d'adoption, montrent que la schizophrénie a une composante génétique importante. L'utilisation de produits hallucinogènes comme le LSD peut favoriser la survenue de troubles psychotiques.

Plus récemment a été avancée la théorie des neurotransmetteurs et des neuropeptides (molécules utilisées par le cerveau pour permettre le passage de l'influx nerveux et donc l'activation de l'idéation, qui est le processus de la formation des idées). Cette théorie est basée sur l'efficacité de certains neuroleptiques dont le mode d'action de consiste à bloquer la dopamine (qui est un neurotransmetteur utilisé par le cerveau). On sait que la dopamine mésolimbique (c'est-à-dire située dans une partie du cerveau dévolue à l'affectivité) joue un rôle important dans les phénomènes d'attention et de filtration des stimuli (éléments susceptibles de provoquer une réaction).

Quand le système de filtration des stimuli extérieurs est défaillant, on observe une chute des capacités de traitement de l'information d'un individu. Les sujets sont noyés dans les informations qu'il captent, ce qui entraîne une fragmentation de leurs pensées et des troubles de celle-ci.

Tous les suivis thérapeutiques effectués jusqu'à présent montrent qu'environ 50 à 60 % des malades schizophrènes peuvent être intégrés socialement et que la moitié de ceux-ci sont

insérés professionnellement. Environ 30 % des schizophrènes sont sérieusement et durablement handicapés et 10 % sont hospitalisés de façon chronique.

L'utilisation des neuroleptiques a complètement bouleversé cette maladie. Malheureusement ces médicaments présentent des effets secondaires importants qui nécessitent quelques précautions d'usage.

### **La psychose maniacodépressive**

Elle porte également le nom de psychose circulaire ou psychose périodique.

Cette affection cyclique se caractérise par des accès d'excitation mentale (appelés manies) qui alternent avec des accès de dépression (appelés mélancolie).

Habituellement, le malade retrouve son état normal entre les accès.

On distingue :

- La psychose bipolaire constituée d'une alternance d'accès maniaques et d'accès mélancoliques.
- La psychose unipolaire qui est une succession d'accès du même type, habituellement dépressifs.

Il existe ici aussi une prédisposition génétique.

La crise de manie se traduit par une fuite des idées s'accompagnant d'une incohérence de celles-ci. Cette crise d'euphorie peut aboutir à l'extravagance la plus totale. Le patient se trouve en état d'excitation extrême pendant lequel il est très désinhibé : par exemple, il est capable de déchirer ses vêtements, de hurler, de faire des achats inutiles et extrêmement onéreux, etc.. Habituellement, ces crises s'accompagnent de ce que l'on appelle une logorrhée (le patient se met à parler de façon continue et intarissable). Le discours contient des jeux de mots et des obscénités. Généralement, le tout est accompagné d'insomnie.

La crise de mélancolie, quant à elle, correspond à une dépression profonde qui se caractérise par une tristesse permanente sans relation avec les circonstances extérieures. Le malade ressent des sensations internes de malaise et une angoisse assez intense. Il existe parfois un délire s'accompagnant de culpabilité et d'un refus d'alimentation assez fréquent. Le danger le plus grave de ces épisodes est le suicide. Ceci nécessite une surveillance étroite et attentive. La crise de mélancolie, d'autre part, s'accompagne de ce que l'on appelle une inhibition intellectuelle avec manque de concentration et fabrication d'idées lentes. Les gestes sont ralentis, l'indécision est habituelle avec un sentiment d'impuissance et une absence de volonté (aboulie).

Le traitement, autant dans la crise de manie que dans la crise de mélancolie, nécessite une hospitalisation, surtout dans les formes graves (généralement contre l'avis du malade). L'utilisation de certains antidépresseurs de la famille de l'Amitriptyline ou Imipramine ainsi que de ses dérivés sont souvent efficaces. Les inhibiteurs de la monoamineoxydase

(appelées IMAO) restent d'un maniement assez délicat. Certains ont proposé l'électrochoc (appelé également sismothérapie) sous anesthésie générale et avec prise de curare. Ces techniques sont réservées aux formes anxieuses ou délirantes avec risque de suicide, ou en cas d'échec des médicaments antidépresseurs.

## **Traitement**

Les neuroleptiques sont des médicaments qui agissent sur le psychisme et qui sont plus particulièrement utilisés dans le traitement des psychoses. Ils sont classés d'après leurs structures chimiques ainsi que d'après le type d'effet psychique qui prédomine chez eux. La classification chimique est particulièrement impénétrable, nous parlerons donc de la classification fondée sur le type d'effet psychique prédominant.

Les neuroleptiques sont classés en :

- Sédatifs : ils diminuent l'agitation et l'agressivité du malade
- Anti-délirants : ils suppriment ou diminuent les idées délirantes ainsi que les hallucinations
- Désinhibiteurs : ils combattent une certaine passivité du malade.

Les neuroleptiques sont particulièrement indiqués en cas de psychoses schizophréniques mais également dans les psychoses maniaco-dépressives, surtout en cas de dépression accompagnée d'agitation et de confusion mentale, de délire et d'anxiété.

Les neuroleptiques sont également employés contre l'insomnie rebelle, dans certaines douleurs intenses, les vomissements et parfois la préparation à l'anesthésie.

Les contre-indications aux neuroleptiques sont les suivantes :

- association avec l'alcool
- en cas de somnolence (avec les anciens neuroleptiques)
- maladie de Parkinson
- hypotension artérielle
- rétentions d'urine
- chez certains obèses
- dérèglements hormonaux
- constipation
- impuissance ou frigidité
- antécédents d'intolérance aux neuroleptiques

## **Névrose**

**Affection psychiatrique se caractérisant par des troubles du comportement dont le malade est conscient, mais qu'il ne peut dominer.**

Elle se traduit par des troubles de l'affectivité et de l'émotivité, mais le malade garde ses fonctions mentales intactes. En effet, contrairement à la psychose, la névrose n'altère pas gravement la personnalité.

D'une manière générale, la névrose est due à un conflit psychique non résolu (impossibilité de choisir entre 2 pulsions contradictoires, d'intégrer un interdit, de surpasser un traumatisme, ...). En fait, c'est une étape de la maturité psychique qui n'a pas été franchie.

On parle de névrose de transfert, ou psychonévrose, quand l'origine du trouble est liée à un conflit ancien.

On appelle névrose actuelle celle provoquée par un traumatisme récent ou à une souffrance narcissique.

Ceci entraîne des troubles psychiatriques, plus ou moins graves suivant le type de névrose :

- Angoisse
- Agressivité
- Manque d'assurance en société (qui se traduit souvent par de l'agressivité, en compensation)
- Interprétation passionnelle des événements (le sujet ne sait pas " garder la tête froide ")
- Frigidité ou impuissance
- 

**Il existe différents types de névrose.**

### **La névrose d'angoisse**

Elle fait partie des névroses actuelles. La crise est brutale. Elle se traduit par :

- Une grande fatigue
- Des maux de tête violents
- Une impression de malaise général
- Des sueurs
- Une pâleur
- Des palpitations
- Une accélération du rythme cardiaque
- Une accélération de la respiration

- L'apparition de douleurs diffuses (mal au ventre, angine de poitrine, spasme de l'estomac, tremblement)
- Une ouverture du diamètre des pupilles (mydriase)
- La peur des espaces clos (claustrophobie)
- La peur des lieux publics (agoraphobie)

Le traitement consiste, dans un premier temps, à prendre des anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété) pour calmer la crise puis à suivre une psychothérapie, afin d'essayer de résoudre le conflit à l'origine de la névrose.

### **Névrose obsessionnelle**

Ce type de névrose se traduit par des obsessions, une grande tension émotionnelle et une grande fatigue.

Elle pousse le malade à accomplir des actes absurdes ou dangereux. Pour lutter contre ses obsessions, il met en place des rites (incantations, vérifications, ...). La névrose obsessionnelle touche le plus souvent, après la trentaine, des hommes perfectionnistes et complexés. La conscience qu'ils ont de leur trouble les conduit parfois à la dépression.

La névrose obsessionnelle se traduit par :

- Un refoulement sexuel et un attachement excessif à l'un des deux parents
- Un sentiment diffus de culpabilité
- Des capacités intellectuelles généralement supérieures à la moyenne

Le traitement associe :

- Des antidépresseurs (médicaments contre la dépression) de nature tricycliques sérotoninergiques
- Des anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété)
- La relaxation
- Une psychothérapie ayant pour but de désensibiliser le sujet vis-à-vis de l'objet source d'anxiété
- La mise en contact direct avec ce qui provoque l'obsession (immersion directe) de façon à supprimer les rituels
- 

### **Névrose hystérique**

Elle se caractérise essentiellement parce que l'on appelle l'hyperexpressivité somatique, se traduisant par :

- Du théâtralisme (comportement excessif, qui vise à attirer l'attention)
- L'impossibilité pour le malade de se déplacer ou de se tenir debout sans cause pathologique

- Des paralysies
- Des baisses de la sensibilité (du toucher, du goût, etc...)
- Des troubles visuels
- Des hallucinations visuelles

Le traitement associe :

- Pour certains médecins, à isoler le patient de sa famille ou du public de façon à dédramatiser la situation.
- Des anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété). Le placebo (" faux " médicament, sans activité pharmacologique) donne de bons résultats.
- Des séances de psychothérapie ou de psychanalyse, en sachant que certains patients n'hésitent pas à faire des tentatives de suicide ou à avoir recours à la toxicomanie pour mettre le thérapeute à l'épreuve.
- L'adoption par le thérapeute d'une attitude d'autorité à la fois ferme et bienveillante.
- 

### **Névrose phobique**

Ce type de névrose entraîne la peur irraisonnée de choses ou de situations redoutées: foule, lieux clos (claustrophobie), grands espaces (agoraphobie), animaux, etc...

Elle se rapproche de la névrose d'hystérie (Freud l'avait d'ailleurs nommée initialement hystérie d'angoisse). Ce type de névrose semble être expliqué par un mécanisme d'origine sexuelle, dans lequel il existe une perturbation du type : " peur de séduire ou d'être séduit ".

Les principaux symptômes sont :

- La peur du regard d'autrui
- La claustrophobie (peur des espaces clos)
- L'agoraphobie (peur des espaces ouverts)
- La zoophobie (peur des animaux)
- L'acrophobie (peur des lieux élevés)
- La phobie des moyens de transport (avions, bateau, train)

Le traitement est basé sur :

- les anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété)
- Les antidépresseurs
- Les bêtabloquants (de façon ponctuelle)
- La psychanalyse
- La thérapie comportementale
- La relaxation
- La désensibilisation (confronter le malade à l'objet de son obsession pour lui apprendre à vaincre sa peur).

•

### **Névrose traumatique, état de stress post-traumatique**

Elle surgit classiquement en situation de guerre ou de catastrophe, quand le sujet a ressenti une menace (viol, attentat, mort d'un enfant ou d'un conjoint, accident de la circulation).

Son évolution se fait en deux phases, avec une réaction immédiate au stress, pouvant associer :

- Confusion mentale
- Désorientation
- Hébétude
- Etat second susceptible d'évoluer vers la stupeur
- Agitation
- Colère clastique (refus de l'épisode traumatisant)
- Fuite
- Anxiété
- Oubli partiel ou total de l'incident

L'évolution de ces signes se fait vers une amélioration des symptômes en 2 ou 3 jours, après un temps de latence de quelques jours à quelques semaines, et généralement quand le sujet retrouve des conditions de sécurité.

Un état de stress post-traumatique peut alors apparaître avec :

- Des sursauts déclenchés par le bruit et la surprise
- Des difficultés de concentration
- Des cauchemars
- Des souvenirs qui angoissent et qui obsèdent le patient
- Des impulsions d'agressivité qui reproduisent le traumatisme sous une forme symbolique
- Des crises d'angoisse survenant le plus souvent à la date anniversaire de l'évènement ou lors d'évènements qui rappellent le traumatisme
- Une fatigue importante
- Des troubles du sommeil

Le traitement consiste à soigner rapidement ce type de névrose en effectuant :

- Une psychothérapie brève qui va permettre au patient d'exprimer son traumatisme (abréaction)
- Une prise de médicaments de type antidépresseur (IMAO, sérotoninergique)
- La recherche de solution aux éventuels problèmes (financiers ou autres)

### **L'asthénie névrotique**

Cette forme de névrose est celle rencontrée le plus souvent en pratique médicale courante. Elle est de ce fait à l'origine d'arrêts de travail prolongés, et d'un nombre élevé de consultation. Le patient se plaint d'une fatigue accablante.

Les symptômes :

- Disproportion entre l'intensité de la fatigue et les causes avancées par le patient
- La fatigue semble plus importante le matin que le soir
- La fatigue ne cède pas au repos
- L'inactivité semble au contraire l'augmenter
- Le patient a toujours l'impression d'être malade
- 

### **La névrose de conversion**

C'est la substitution d'un trouble physique à un problème psychique trop douloureux et donc refoulé.

Certains auteurs la classent dans un héros hystérique. Son traitement est d'ailleurs celui de la névrose hystérique.

## LIEN SOCIAL

5 rue du Moulin Bayard 31015 Toulouse cedex 6

Tél. 05 62 73 34 40 Fax 05 62 73 00 29

Numéro 549, 26 octobre 2000

Psychiatrie et travail social, les premiers pas d'une coopération

**Des murs commencent à tomber entre le handicap, l'inadaptation sociale et la maladie mentale. Un début d'articulation entre les travailleurs sociaux et l'institution psychiatrique est en train de se confirmer. Voici trois exemples pour illustrer cette évolution : le cas typique de « M. Jonathan », le rôle rempli par le service « PEREN », la fonction assumée par l'association « Aurore »**

« M. Jonathan »

C'est un petit CHRS situé dans une banlieue parisienne, qui accueille une douzaine de résidents. hommes et femmes, entre 18 et 60 ans, pour une durée de quelques mois. La réunion qui se tient dans la salle à manger concerne un des résidents, que nous appellerons Monsieur Jonathan. Sont présents, l'assistante sociale de secteur, qui connaît M. Jonathan depuis plusieurs années et qui est à **l'origine** de son orientation vers le centre d'hébergement, la déléguée à la tutelle, une autre assistante sociale qui exerce dans un centre d'alcoologie, une autre encore qui représente le centre médico-psychologique et **enfin** les travailleurs sociaux du CHRS. Il s'agit d'une première rencontre de visu entre tous ces intervenants dont le point commun est qu'ils connaissent chacun, à un titre ou à un autre, M. Jonathan.

Il y a quelques mois encore, cet homme d'origine indienne, âgé de 30 ans, vivait dans la rue et s'alcoolisait du matin au soir. Dans son curriculum vitae, on trouve aussi plusieurs séjours en hôpital psychiatrique, entrecoupés par des périodes où il parvenait à avoir une activité professionnelle. Dans l'histoire de sa vie enfin, on trouve, pêle-mêle, une émigration l'ayant éloigné de sa famille, un mariage, avec une épouse choisie au pays selon la coutume, (lui tourne court, et par-dessus tout le sentiment de honte devant l'échec de son projet d'émigration, l'échec (de son mariage, l'échec de son intégration et de sa réussite professionnelle et sociale. Bref, ce qu'on appelle aujourd'hui de « la souffrance psychique », « cette souffrance qu'on ne peut plus cacher » selon le titre du fameux rapport dû au professeur Lazarus et qui parut en 1995.

Mais revenons à notre réunion où l'on pratique sans forcément le savoir, comme Monsieur Jourdain de la prose, cette « articulation entre le sanitaire et le social », ce « travail en

réseau », ce " partenariat », selon les formules magiques dont sont remplis les rapports des experts appelés au chevet de la psychiatrie ou du travail social (1) : ce qu'il s'agit d'examiner-aujourd'hui, ce sont les perspectives qui s'offrent à ce résidents au-delà de son séjour en centre d'hébergement. Pour l'heure, il s'agit aussi de prendre acte voire de se féliciter du chemin parcouru par ce monsieur ; il ne boit plus d'alcool, il soigne son look, il honore ses différents rendez-vous, bref il étonne les intervenants sociaux qui l'on connu dans ses-déchéance. Mais il faut aussi penser à l'avenir, et très concrètement à l'après CHRS Et notamment, décider avec M. Jonathan d'une orientation. Pour l'instant, il perçoit des allocations des Assedic et il suit un stage de « remobilisation pour l'emploi ». Mais il aura beau se remobiliser, personne autour de la table n'ignore que les perspectives d'insertion professionnelle ne sont pas très réalistes et qu'il faudra probablement solliciter la COTOREP pour que M. Jonathan soit admis à percevoir la fameuse AAH (Allocation pour adultes handicapés) et à bénéficier, le cas échéant, des structures de travail protégé.

Il y a quelques années sans doute, M. Jonathan n'aurait vraisemblablement pas été admis en CHRS, mais dirigé vers des structures psychiatriques. Avec la disparition progressive des lits d'hospitalisation, les travailleurs sociaux - mais aussi les personnels pénitentiaires - rencontrent ainsi de plus en plus de sujets qu'il devient de plus en plus difficile de répertorier dans une catégorie incontestable et un dispositif adéquat. Comme le souligne Marcel Jaeger (2), « une des tendances actuelles est de rendre moins visibles les frontières entre le champ du handicap, celui (le l'inadaptation sociale et celui de la maladie mentale. »

#### « PEREN »

C'est là un des constats sur lequel s'est fondé le PEREN, dans l'Essonne (3). Dans un pavillon banalisé, une équipe composée de trois psychologues cliniciens reçoit « toute personne cri souffrance psychique, sans conditions d'âge ou de revenus », **cri** vue de favoriser un accès à des soins psychiatriques. Alain Granier, qui dirige le service, reconnaît volontiers que la formule « souffrance psychique » est surtout « un ticket d'entrée pour monter des projets » et qu'il conviendrait de l'interroger plus avant. Reste que le succès rencontré depuis son ouverture en mai 1998 par cette expérience innovante auprès des travailleurs sociaux du département est révélateur de la méconnaissance qui en général marque les relations ou plutôt l'absence de relations - entre la psychiatrie et le travail social. C'est pourquoi le PEREN anime régulièrement des « commissions techniques », qui réunissent autour d'un thème des travailleurs sociaux et des travailleurs de la santé mentale - ils sont parfois une soixantaine -, occasions d'échanges, de décroisement, d'interpellations mutuelles. « Dans la mise en place du PEREN, souligne Gilles Duchemin, psychologue, l'accent a été mis sur la souplesse. Nous avons souhaité proposer aux travailleurs sociaux une possibilité d'entrer en contact avec nous qui soit la plus souple possible. Ils peuvent choisir d'accompagner quelqu'un ici, ils peuvent choisir de nous téléphoner, nous pouvons aussi nous déplacer dans les institutions, voire à domicile. Ce sont là des modes d'intervention que la psychiatrie propose rarement. »

Autre chose également fort appréciée par les travailleurs sociaux, la rapidité de la réponse et le fait que l'équipe du PEREN accepte d'intervenir sans exiger la fameuse « demande explicite » du sujet en souffrance, l'absence de cette demande justifie souvent la non-intervention.

En conclusion de son ouvrage, Marcel Jaeger appelle l'État à « se donner les moyens de son discours et les professionnels à s'emparer eux-mêmes d'une logique de décroisement » Chiche ?

## "Aurore"

L'association Aurore (4) accueille en priorité - en CHRS et en logement temporaire un public sortant de détention. La majorité des résidents manifeste des troubles liés à des conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme ... ), des attitudes antisociales, des troubles mentaux nécessitant un suivi psychothérapeutique.

<La prison sert bien souvent de lieu d'accueil contraignant pour un public qui souffre de troubles mentaux et qui n'arrive pas à trouver, dans les dispositifs de psychiatrie publique, les points d'écoute nécessaires », souligne Jean-Marc Antoine, directeur adjoint d'Aurore «Nous nous tournons face à un paradoxe. On a fermé à juste titre, des lits hospitaliers mais sans les remplacer, à l'intérieur de la cité, par des structures adaptées. Privées de lieux d'accueil, les personnes souffrant de troubles mentaux errent, se mettent parfois à délirer et présentent parfois des conduites sanctionnées pénalement par une incarcération », regrette ce responsable.

Les équipes éducatives d'Aurore proposent aux résidents un travail sur l'identité sociale en rapport avec leur projet d'insertion. Ce travail favorise une rupture avec les comportements antérieurs, cependant, il est souvent difficile pour ce public de prendre conscience de la nécessité de consulter un thérapeute. Lorsque le résident en convient, certains CMP refusent de l'accueillir. Ils considèrent les résidents des centres d'hébergement et de réadaptation sociale comme des sans domicile fixe, relevant d'un Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil D'autres, proposent de lointains rendez-vous. Cela a pour effet d'annuler toute l'aide éducative qui a permis au résident de prendre conscience de ses troubles psychiatriques et de s'engager dans un processus de soins. Sa situation ne fait alors qu'empirer.

L'association Aurore a donc signé - après un an d'expérimentation - une convention avec le CMP du centre hospitalier Sainte-Anne, dirigé par Gérard Massé (lire interview). Ce dernier a nommé une infirmière de liaison. Elle propose, aux résidents qui le souhaitent, une consultation rapide au CMP ou une visite à domicile, « comme pour tout citoyen de droit commun », précise Jean-Marc Antoine.

Pour illustrer l'intérêt de cette convention, le directeur adjoint d'Aurore cite l'exemple d'un résident schizophrène, suivi par le CMP, qui a été incarcéré. L'équipe du Dr Massé a immédiatement contacté son alter ego à Fresnes, afin que l'offre psychiatrique soit maintenue pendant l'incarcération. Lorsque le résident est sorti de prison, l'équipe de Gérard Massé lui a proposé un hébergement de 15 jours dans son foyer, afin qu'une évaluation psychiatrique ait lieu avant qu'il réintègre Aurore. Durant ces 15 jours, le patient est revenu plusieurs fois dans le service de l'association Aurore afin de rétablir le contact avec l'équipe éducative et de se familiariser de nouveau avec l'environnement. Aujourd'hui, ce jeune adulte bénéficie de la COTOREP pour troubles mentaux. Il est hébergé dans le foyer de secteur et travaille dans le CAT d'Aurore. « Je crois que c'est l'exemple type d'une psychiatrie de liaison et d'une bonne coordination où les services se rencontrent et discutent ; le résident, ainsi, ne se sent pas trimbalé d'une structure à l'autre mais y circule librement », souligne Jean-Marc Antoine.

il conclut : « L'articulation entre le sanitaire et le social, la mise en place de dispositifs de partenariat est indispensable pour travailler avec un public souffrant de troubles mentaux. Sinon, les actions sont morcelées et pour ce public, le morcellement est terriblement dangereux. »

**Katia Rouff & Philippe Jouary**