

**Préface de Bernard KOUCHNER,
Ministre Délégué à la Santé**

**MANUSCRITE A SCANNER
En page 2 de couverture**

Sommaire

Préface de Bernard KOUCHNER, Ministre Délégué à la Santé.....

Le Mot du Maire.....

Lettre de Ségolène ROYAL, Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance
et aux Personnes handicapées

Présentation du Livre Blanc par Madame Marie-France GOURIOU

Qu'est-ce que le CICA ?

Constitution du Groupe de travail Santé Mentale

1. Membres de la commission CICA
2. Les acteurs compétents

Santé Mentale : données générales

Définition des troubles de la Santé mentale

Quelques chiffres et pourcentages nationaux

Chapitre I

La prévention : Soins et urgences (sectorisation, urgences psychiatriques)

- A - La Sectorisation
- B - L'urgence psychiatrique à Paris
- C - Présentation des Structures de soins psychiatriques
- D - Soins et urgences : les carences et les besoins
- E - Autres propositions concernant la prévention : Soins et urgences

Notre action

Nos propositions

Chapitre II

La souffrance psychique des adolescents

Introduction

- 1- Le mal être de l'adolescence
- 2- Les carences et les besoins
- 3- Les priorités
- 4- Exemples de structures et d'actions innovantes :

Nos propositions

Chapitre III

La Précarité : Alcoolisme et conduites addictives

A. L'Alcoolisme

- 1- Une situation inquiétante
- 2- La dépendance alcoolique
- 3- Les lacunes dans le système actuel
- 4- Les faiblesses du dispositif actuel de prévention

B. La Toxicomanie et les conduites addictives

Notre action

Nos propositions

Chapitre IV

Petite Enfance

- 1-Présentation des lieux de soins
- 2-Quelques chiffres
- 3-Les carences

Nos propositions

Chapitre V

L'Ethnopsychiatrie

- 1- Le Centre Françoise MINKOWSKA
- 2- Le CHU Avicenne de BOBIGNY
- 3- Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) Jean-Baptiste CARPEAUX

Nos propositions

Chapitre VI

Les Dispositifs de protection juridique des majeurs : Tutelles et Curatelles

- 1- Introduction
- 2- Présentation des dispositifs actuels de protection juridique des personnes
- 3- Propositions de réformes concernant les Tutelles et Curatelles
- 4- Présentation d'Actions Tutélaires

Nos propositions

Chapitre VII

Les Personnes âgées

- 1- L'accompagnement social des personnes âgées dépendantes ou fragilisées sur le plan psychique
- 2- Quelles mesures prendre pour mieux accompagner les personnes âgées et leur entourage ?
- 3- Difficultés rencontrées concernant cet accompagnement spécifique
 - Témoignages
 - Exemples de structures d'accompagnement innovantes

Nos propositions

Chapitre VIII.

Mesures Générales :

1. La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Couverture Complémentaire

Présentation du dispositif

Proposition

2. L'accès aux loisirs et à la culture pour tous

Constat

Propositions et Recommandations

Développer un professionnalisme

Notre action

Nos propositions

Chapitre IX

Notre action générale

Chapitre X

En conclusion, Rappel synthétique de nos propositions

- Soins et Urgences Psychiatriques
- La Souffrance Psychologique des Adolescents
- La Petite Enfance
- Les Conduites Addictives
- L'Ethnopsychiatrie
- Les Tutelles et Curatelles
- Les Personnes âgées
- Mesures Générales

Lexique (abréviations et sigles)

Vœu proposé par le CICA en faveur de la création d'un Conseil de Santé Mentale dans le 20^{ème} arrondissement

Le Mot du Maire

La Santé Mentale est un domaine souvent occulté, méconnu et qui fait peur. Je me réjouis que les associations aient choisi ce thème de débat en CICA. Je forme le vœu que le travail de réflexion et de propositions qui a été mené pendant près de 18 mois avec les acteurs concernés permette une réelle prise de conscience conduisant à de nécessaires réformes.

Michel CHARZAT
Maire du 20ème
Député de Paris

Ces travaux ont reçu un écho favorable, comme en témoigne la réponse ci-après que m'a adressée Madame Ségolène ROYAL, Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées :

SCANNER LA
REPONSE DE MME ROYAL
2 pages

PRESENTATION DU LIVRE BLANC

La Santé Mentale :

Thème du CICA du 4 octobre 2001

Sous ma responsabilité, a été conduit un travail de réflexion sur la **SANTÉ MENTALE** depuis le 18 mai 2000 (date à laquelle les membres de la commission de coordination ont décidé de débattre de ce sujet en CICA)

Huit thèmes de réflexion ont été définis comme suit :

1. La prévention : Soins et urgences (urgences psychiatriques, sectorisation)
2. La souffrance psychique des adolescents
3. La précarité : l'alcoolisme et les conduites addictives
4. La petite enfance
5. L'ethnopsychiatrie
6. Tutelles et curatelles
7. Les Personnes âgées
8. La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la couverture complémentaire

Le premier constat établi par les membres du groupe de travail CICA est le manque d'informations sur les troubles psychiatriques. Il paraît donc nécessaire d'organiser **une réflexion dans ce domaine, telle sera la première mission du CICA sur la santé mentale.**

Marie-France GOURIOU

Conseillère de Paris

Chargée auprès du Maire du 20^{ème}

De la Vie Associative et de l'Accueil des
Citoyens

Qu'est-ce que le CICA ?

(COMITE D'INITIATIVE ET DE CONSULTATION D'ARRONDISSEMENT)

Mis en place par la loi de décentralisation de 1982, le CICA (Comité d'Initiative et de Consultation d'Arrondissement) permet de faire participer les associations à la vie municipale. Outil de consultation, il doit être aussi un lieu d'implication et de mise en commun du travail et de l'expérience des associations.

Le CICA est institué par la loi n°82-1169 du 31 décembre 1982 relative à l'organisation administrative de Paris, Marseille, Lyon et des établissements publics de coopération intercommunale.

Article 16

- ❖ *Les associations participent à la vie municipale. Dans chaque arrondissement est créé un comité d'initiative et de consultation d'arrondissement.*
- ❖ *Celui-ci réunit les représentants des associations locales ou membres de fédérations ou confédérations nationales qui en font la demande et qui exercent leur activité dans l'arrondissement.*
- ❖ *Au cours d'une séance par trimestre au moins, les représentants de ces associations participent, s'ils le sollicitent, aux débats du conseil d'arrondissement, avec voix consultative. Ils y exposent toute question intéressant leur domaine d'activité dans l'arrondissement et peuvent faire toute proposition à cet égard.*
- ❖ *Le conseil d'arrondissement en délibère en leur présence.*
- ❖ *A cette fin, les associations doivent notifier, au préalable, au maire de l'arrondissement le ou les sujets sur lesquels elles souhaitent débattre.*
- ❖ *Le calendrier des débats avec les associations susmentionnées est défini par le conseil d'arrondissement en liaison avec le comité d'initiative et de consultation d'arrondissement. Le conseil d'arrondissement met à disposition du comité d'initiative et de consultation d'arrondissement toute information nécessaire à la préparation de ces débats.*

La rénovation du CICA 20^{ème}

Son fonctionnement

Une commission de coordination d'une quarantaine de membres représentatifs des différents collèges associatifs a été mise en place. Au moins deux associations supplémentaires seront tirées au sort parmi celles nouvellement créées en mars 2003 et octobre 2004.

Un règlement de fonctionnement interne est approuvé par ses membres.

Dès que la commission s'est prononcée sur le choix d'un thème à débattre en CICA et que ce thème a été approuvé par le Maire, un groupe de travail se constitue sous la responsabilité d'un rapporteur pour préparer, en toute indépendance, la séance plénière. Si ce groupe le souhaite, il peut faire appel à des partenaires extérieurs ; son action peut être validée par le conseil d'arrondissement jusqu'à la fin de la

mandature municipale. Il peut aussi organiser, sous la responsabilité de l'élue compétente des forums, séminaires, assises ou autres manifestations.

C'est ainsi qu'au sein du CICA 20^{ème}, plusieurs thèmes font l'objet d'un suivi, parmi lesquels : emploi, transports, culture, grands ensembles, justice, jeunesse, maltraitance des personnes vulnérables, droits de l'homme et du citoyen, civisme de proximité, le renforcement de la démocratie participative.... Ils ont permis notamment la tenue d'un forum sur l'emploi, des assises culturelles, des fêtes citoyennes de quartier, le lancement de tournois de foot inter-cités...

Un partenariat renforcé entre les associations et les élus locaux a été formalisé -après une large concertation- **par la signature d'une charte associative.**

Quelques exemples des réalisations du CICA 20^{ème} :

- ❖ Parution trimestrielle du journal « Trait d'Union Associatif », une page étant réservée aux annonces associatives
- ❖ Diffusion d'un Guide d'Insertion Paris 20^{ème}
- ❖ Parution et réactualisation de l'annuaire associatif du 20^{ème}
- ❖ Affichage régulier des informations associatives sur les panneaux municipaux installés à cet effet
- ❖ Réactualisation de l'inventaire des salles pouvant être réservées par les associatifs ou les administrés de l'arrondissement
- ❖ Partenariat avec l'OPAC pour tenter de répondre aux demandes de locations associatives
- ❖ Fête des associations, avec tenue de stands associatifs et nombreux spectacles
- ❖ Journée d'information sur la nouvelle fiscalité applicable aux associations
- ❖ Parution en mars 2000, d'un petit guide juridique et social du 20^{ème}, suite aux CICA sur la justice et la maltraitance des personnes vulnérables
- ❖ Mise en place de fêtes citoyennes sur l'ensemble de l'arrondissement.
- ❖ Salon du livre...

Constitution du Groupe de Travail Santé Mentale

Sous la présidence de Marie-France GOURIOU,

Conseillère de Paris, Déléguée auprès du Maire du 20^{ème} à la Vie Associative
et à l'Accueil des Citoyens,

- aux côtés de membres de la commission de coordination CICA-
ont participé à ces travaux des représentants des professionnels de la santé mentale, des
usagers et familles d'usagers, des associations concernées :

1 . Membres de la commission CICA :

RAPPORTEUR COSTE André, Directeur CHRS Le Fil Rouge

AUBRY Lily-Henriette, IDAR section 20è
AUCLAIR Hélène, Les Amis du Monde Diplomatique
BAARON, Culture Sans Frontières
BAH Thierno, Culture Sans Frontières
DIVOUX Simone, UFCS
HOULLE Dacia, Paris Sport Club
JABOULAY Simone, UFCS
KOUMBA Faty, Le Collectif Koumba Faty
LHOTELLIER Michèle, Ligue des Droits de l'Homme 20è section
MORTIER Denise, AFFDU
NIAKATE Coumba, Espoir Enfants
PERE Andrée, IDAR
TISSOT Marie-Hélène, APEIS 20è
VICTOR Janine, AMSAD 20è
YOU Jean-Paul, ADEF

2 . Les acteurs compétents :

-dont certains ● ont apporté leur contribution à la rédaction du Livre Blanc-

ABBAL Tahar, Psychologue Clinicien Hôpital Avicenne ●
BADREAU Françoise, Psychologue Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique Ville de Paris- CAPP .Panoyaux
20è
BARACHE Daniel, Psychiatre 20è
BARRAU Alain, Kynésithérapeute Centre Médico Psychologique – CMP Télégraphe 20è CIAPS 28è secteur
BENYAMINA Amine, Psychiatre
BERNIER Annick, Psychologue Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique – CAPP Paul Meurice 20è
BIGNAND Régine, Directrice AMSAD 20è
BILGER Pierre, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales DASS
BLONDEAU Sophie, Conseillère Socio-éducative Ecole primaire Sorbier Service social scolaire DASES ●
BLONDIAUX Isabelle, Praticienne hospitalière Responsable de l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Hôpital
Tenon
BOURGOIS Jean François, UNAFAM Paris
BOUGUENNEC Isabelle, Psychiatre 20è
BOUSSIDAN Joëlle, Directrice de "Paris Ados Service"

BOUVET Jean Pierre, Psychiatre 11è
BOWEN William, Association Ariane 20è ●
BROUSSE Agnès, Chargée de Mission U.N.A.F ●
BUET Maïté, Coordination gérontologie du 20è Croix Saint Simon ●
BUSSY Didier, Association ESQUI Hôpital Esquirol Saint Maurice 94 ●
CASTAGNE Elyane, Cadre Infirmière
CAUNY Nadège, Ergothérapeute Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel – CATTP 20è Gambetta
CHAUDOIT Jacqueline, UNAFAM
COHEN-HERLEM Fanny, Psychiatre Centre d'Aide .Psycho-Pédagogique – CAPP – Paul Meurice 20è
COSTE Philippe, Directeur Direction des Affaires Sanitaires et Sociales - DASS
DAUVILLIEZ Laure, Directrice Ecole Maternelle Gambetta
DAVID Françoise, Comité des Fêtes et d'Animations Sociales du 20^{ème}
DE GERMAIN Jérôme, Le Fil Retrouvé – UNAFAM
DELALET-MIGNOT Danielle, Gérante de tutelle E P S Maison Blanche ●
De DIESBASH Claire, Présidente Association MISHA 14è
DUGUEPEROUX Simone, Ancienne Directrice d'école à Belleville 20è
ECHE Patrick, Médecin Centre Interhospitalier Accueil Permanent pour Adolescents – CIAPA 18è ●
ESCOT Lidia, Familles et Thérapies 20è
ETIENNE Sylvie, Médecin coordinateur Association de gérontologie du 13è
FAIN DONABEDIAN Edith, Psychiatre Centre Médico Psychiatrique - CMP 20è Les Mûriers
FERRERI Maurice, Chef de Service de Psychiatrie à l'Hôpital Tenon
FERTIER André, Président CEMAFORRE 20è ●
FLORI Jean, Le Fil Retrouvé – FNAP PSY
GABRIE Philippe, Médecin Hôpital Maison Blanche
GACHER Fabienne, Assistante de Marie-France GOURIOU, Conseillère de Paris
GARCIA Carole, Psychiatre Centre Médico Psychologique CMP 20è Les Mûriers
GEORGE Marie-Claude, Psychologue Centre Médico Psychologique – CMP 20è Télégraphe
HADDAD Alain, Chef de secteur Infanto Juvénile 19è ●
HÄNEL Michaël, Directeur La Clepsydre 11è
HENNINGER Annette, Cadre infirmière Hôpital Maison Blanche
HERBERT Monique, Assistance Centre Interhospitalier d'Accueil Permanent pour Adolescents - CIAPA 18è
HERVE Marianne, Psychiatre Centre Médico Psychologique – CMP 20è Hôpital Croix Saint Simon ●
HINGRAY Christine, Adjointe éducative Action Collégiens Collège Robert Doisneau 20è
HUEGES Danielle, Haltes des amis de la rue 12è
KANFER Alain, Docteur Hôpital de Jour TENON 20è
KAVCIYAN Aram, Docteur Centre Médical Marmottan 17è ●
KOUASSI Kouakou, Psychologue Clinicien Centre Médico Psychologique – CMP 18è ●
LAPLANCHE Michèle, Cadre infirmière supérieure de Psychiatrie Générale E.P.S Hôpital de Maison Blanche
LAUDE Bernard, Association Ariane 20è ●
LECAT Camille, Altern'active 20è
LECOUFFE Thierry, Responsable du Service d'Aide au Développement –UNAF ●
LECULEE Annie, Jeunesse Feu Vert Saint Mandé 94
LEDROIT Elise, Adjointe éducative - Action Collégiens
LEIS Chantal, Infirmière Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel – CATTP 20è Gambetta
LEJARD Monique, Assistance Sociale - Hôpital Maison Blanche
LEMAITRE Marie-France, Psychologue Hôpital Maison Blanche
LEMAISTRE Isabelle, Psychiatre Centre Médico Psycho Pédagogique Claude Bernard – CMPP 20è
LEPAPE Annick, Trésorière Adjointe Association ESQUI
LESPINASSE Michèle, Assistante Sociale Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique – CAPP 20è Paul Meurice
LETROUIT Marie-Agnès, Présidente association "SKYZO OUI!" ●
MANKOUR Pascal, Psychiatre Centre Médico Psychologique – CMP 20è Les Mûriers
MARTEL Michel, Psychiatre Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique – CAPP 20è Paul Meurice
MAUDUIT de CAUSSADE Eric, Docteur Centre Médico Psychologique – CMP 20è Les Muriers
MISSET Michel, association « SKYZO OUI! » ●

MONSU Caroline, Assistante Educative Collège Robert Doisneau
MORDELET Patrick, Directeur de Maison Blanche Pierre Bayle 20è ●
NAVARRO François, Assistant Parlementaire de Michel CHARZAT Député-maire du 20è
OLIVIER Maurice, Président de l'association AMSAD 20è ●
ORTEGA Isabelle, Responsable d'Equipe Educative Familles et Thérapies 20è
OUSS Lisa, Centre Médico Psychologique – CMP rue d'Avron 20è
PARIS Christophe, Directeur Centre MINKOWSKA 17è ●
PELLETIER Martine, Cadre infirmière Centre Médico Psychologique – CMP 20è Les Mûriers
PENA Raphaël, Adjoint Educatif-Action Collégiens Collège Saint Blaise 20è
PICARD Annick, association des Alcooliques Anonymes
PONS Frédéric, ARGOS 2001
RAYNAL Marie-Line, Assistante sociale Centre Médico Psychologique – CMP Square des Cardeurs 20è
REZNJIL Florence, Psychologue Hôpital ESQUIROL Saint Maurice 94
RINGENBACH Michaël, Association COLBERT 5è
SERVADIO Albert, Médecin Association Gérontologique 20è
SILBERGER Claude, Médecin-chef Psychiatrie générale EPS Hôpital de Maison Blanche
SKURNIK Norbert, Psychiatre Chef de service Maison Blanche Centre Médico Psychologique CMP Télégraphe 20è
SOLA Claudine, Assistante Sociale Centre Médico Psycho-Pédagogique - C.M.P.P Claude Bernard 20è ●
TAIEB Carole, Foyer Alternatif Plein Ciel 20è
TANESY Jacques, Altern'active 20è
TENCE Nadine, Assistante Sociale Centre Médico Psychologique – CMP Les Mûriers 20è
THELL Monique, Médecin Centre de Protection Maternelle et Infantile – PMI 20è ●
TOUBEAU-MELLET Françoise, Médecin coordinatrice Santé scolaire 20è
VALLEUR Marc, Docteur Centre Médical MARMOTTAN 17è ●
VELIN Jane, Ancien chef de service et de consultation en Pédo-Psychiatrie Polyclinique Ney 18è
VENINGER Guy, Directeur Adjoint Projets parisiens Maison Blanche Pierre Bayle 20è
VÉRON Stéphanie, Assistante de Marie-France GOURIOU, Conseillère de Paris
VETZSTEIN Henri, Psychologue Association Familles et Thérapies 20è
VON GASTROW Stéphane, Conseiller d'arrondissement du 20è, chargé des Handicapés
WINDISH Marc, Psychiatre chef de service Hôpital Esquirol Saint Maurice 94 ●
WLUCZKA Marc, Conseiller d'arrondissement du 20ème, chargé de la santé et de l'absorption de l'habitat insalubre.

Santé Mentale : Données Générales

D'après les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), aujourd'hui on compte **400 millions de personnes dans le monde** qui souffrent de troubles mentaux ou neurologiques ou de problèmes psychosociaux tels que ceux liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. En France il y a plus de trois millions de personnes qui souffrent de troubles psychiques, **soit 6% de la population.**

Des progrès notables ont eu lieu dans le domaine du traitement des troubles psychiques ces vingt dernières années sur le plan médical, mais aussi sur les conditions d'accueil des malades. Aujourd'hui les unités de soins se situent au sein des hôpitaux généraux. Cependant beaucoup reste à faire dans ce domaine : la maladie mentale reste encore une maladie peu connue du grand public, objet de honte et de peur renvoyant souvent les personnes concernées à des **situations d'exclusions.**

Aujourd'hui nous devons apprendre à vivre avec cette réalité et développer une véritable politique de prévention, d'accompagnement des malades et de réinsertion dans la vie sociale et économique.

Notre démarche collective de travail consiste à présenter un inventaire de l'existant afin de mettre en évidence les carences et les besoins en matière de prévention et d'accueil des malades. Notre objectif essentiel est de formuler des propositions d'amélioration dont certaines ont déjà été présentées aux Ministres compétents pour que changent dans notre pays certaines règles d'accès aux soins en faveur de ces personnes qui ont droit au respect de leur dignité.

Troubles: Etat anormal et pénible d'agitation, d'angoisse, avec une diminution de la lucidité

Psychique : Qui concerne l'esprit, la pensée, en tant que principe auquel on rattache une catégorie de faits d'expérience

Définition des troubles de la santé mentale par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)

La Schizophrénie : Cette maladie se caractérise par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affecte le langage, la pensée, la perception, et le sens de soi. Elle s'accompagne fréquemment d'expériences psychotiques, comme les hallucinations auditives ou les idées fixes anormales, connues sous le nom de délires.

Environ 45 millions de personnes de plus de 18 ans de par le monde souffrent de schizophrénie à un moment ou à un autre de leur vie. Des cas de schizophrénie ont été relevés dans tous les pays où des études ont été faites. Les troubles peuvent altérer le fonctionnement, provoquant la perte des acquis (par exemple, incapacité de gagner sa vie.)

Le point de vue de l'association Schizo ? Oui ! :

Ces troubles caractérisés par la coexistence de signes « positifs » (hallucinations, délires) et de signes « négatifs » (repli sur soi, indifférence aux problèmes quotidiens), évoluent dans les 2/3 des cas vers des formes chroniques invalidantes.

La mortalité est importante à tous les âges, mais particulièrement parmi les malades jeunes pour lesquels le risque de suicide est quarante-cinq (45) fois plus élevé que parmi la population générale de même âge.

Une prédisposition génétique est à l'origine de la maladie, mais elle ne s'exprime qu'une fois sur deux environ. Actuellement on ne sait pas sous l'influence de quels facteurs. Ce pourrait être très tôt pendant la grossesse. Les facteurs psychosociaux n'interviendraient pas à ce stade. Les symptômes positifs semblent liés à un excès de dopamine dans certaines parties du cerveau.

Les antipsychotiques sont des médicaments puissants et sûrs qui n'engendrent, semble-t-il, ni dépendance ni accoutumance.

Ils permettent le contrôle des symptômes positifs et pour certains, améliorent les symptômes négatifs. Les médicaments compensent le dysfonctionnement cérébral, mais ne le guérissent pas. Leurs effets secondaires peuvent être corrigés.

Grâce aux médicaments, la plupart des malades sont soignés en ambulatoire, mais le traitement doit être suivi de façon stricte sous peine de graves rechutes.

L'Autisme est lié à un trouble du développement.

Maladie neurologique, l'autisme est caractérisé par un trouble de la fonction de relation. L'ensemble des moyens de communication verbale et les contacts interpersonnels sont concernés.

L'établissement du diagnostic ne peut se faire actuellement qu'à partir d'observations du comportement.

De 60 000 à 80 000 personnes souffrent de cette affection en France. Parents et associations de malades appellent les pouvoirs publics à réagir.

La semaine de l'Autisme a eu lieu les samedi 19 et dimanche 20 mai 2001, pour rappeler que la prise en charge de ces malades reste dramatiquement insuffisante et que pour vingt (20) patients accueillis dans un centre de soins, cinquante à soixante-dix (50 à 70) sont en attente.

Seule une minorité se voit proposer une prise en charge précoce et adaptée.

Sans prise en charge correcte, l'enfant augmente son risque de devenir un adulte enfermé dans sa maladie, incapable d'une quelconque autonomie. Pour les adultes, les obstacles sont encore plus grands et dans ce domaine, la France accuse un grand retard par rapport à la plupart des pays développés.

L'Autisme infantile, décrit par le Docteur Léo Kanner, est marqué par l'incapacité de l'enfant à communiquer et à établir des relations normales avec les personnes depuis le début de sa vie.

Ce syndrome se manifeste par un trouble de développement qui touche l'ensemble des moyens de communication et de contact avec autrui, ainsi que le comportement et les différents domaines d'acquisition de l'enfant. Il est le plus souvent accompagné d'un retard mental.

Maladie d'Alzheimer : La maladie d'Alzheimer est une forme de démence qui détruit les cellules cérébrales, perturbant ainsi les neurotransmetteurs qui acheminent les messages au cerveau, en particulier celles qui assurent la mémorisation. C'est l'une des formes de démence les plus courantes au monde. La démence est un syndrome cérébral dégénératif évolutif qui affecte la mémoire, la pensée, le comportement et les émotions. Parmi les symptômes, il faut citer la perte de mémoire, la difficulté à trouver le mot juste ou à comprendre ce que les gens disent, la difficulté à effectuer des tâches courantes, et enfin une modification de la personnalité et de l'humeur.

On estime actuellement qu'environ onze millions de personnes dans le monde souffrent de la maladie d'Alzheimer. On prévoit que leur nombre devrait quasiment doubler d'ici à 2025. Le stade ultime de la maladie d'Alzheimer est marqué par une dépendance et une inactivité totale. A ce stade, les individus ne sont plus en mesure de s'occuper d'eux-mêmes et ne reconnaissent plus les parents, les amis ou les objets familiers. Cela représente une énorme charge pour les familles et le système de santé.

Il n'y a, à l'heure actuelle, pas de remède contre la maladie d'Alzheimer. Les cinq dernières années ont vu une augmentation du nombre de médicaments mis au point ou utilisés pour soigner la démence et en particulier la maladie d'Alzheimer ; ces médicaments semblent amener une rémission chez certains patients. L'intervention de prestataires de soins familiaux peut atténuer la détresse de la famille et celle des personnes atteintes tout en retardant le placement dans un établissement spécialisé. Le soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leur famille peut venir de différentes instances mais il est souvent limité. Les organisations bénévoles comme les associations contre la maladie d'Alzheimer apportent une aide pratique et psychologique, tout en formant des gardes-malades et des professionnels.

Le Retard mental : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le retard mental est défini comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. On estime que le nombre de personnes présentant un retard mental varie en fonction du niveau de développement du pays. Le pourcentage des jeunes de moins de 18 ans souffrant de retard mental grave est de 4,6% dans les pays en développement et se situe, selon certaines estimations, entre 0,5% et 2,5% dans les pays à économie plus solide. L'écart entre ces deux chiffres indique que des actions préventives destinées à réduire le retard mental, comme l'amélioration des soins de santé maternelle et infantile ou des interventions sociales spécifiques, pourraient entraîner un recul général de ce phénomène.

Il est possible de développer le potentiel mental de chacun, y compris de ceux qui souffrent de retard mental à s'adapter et à réussir à donner le meilleur d'eux-mêmes. Il faut pour cela proposer des services et encourager les groupes d'entraide, pour les familles comme pour les individus. Le fait de donner aux parents des moyens d'agir pourrait accélérer la formulation de politiques, de programmes et de services valables.

Les Troubles dépressifs : L'humeur morose et l'absence d'intérêt et de plaisir sont les marques d'un état dépressif. S'ils alternent avec une exaltation extrême ou une irritabilité, on parle de troubles bipolaires (un pôle, dépression ; un autre, exaltation ou manie). Ces troubles se distinguent des changements d'humeur normaux par leur gravité, par les symptômes qui accompagnent souvent l'humeur morose et par leur durée. Les causes de ces troubles varient ; il y a des facteurs de risques psychosociaux qui jouent un rôle dans leur apparition et dans la persistance des phases de dépression comme il y a des facteurs biologiques de différents types.

Alcoolisme : c'est un trouble mental reconnaissable à ses symptômes, à savoir un désir ardent et persistant de boire en dépit des conséquences néfastes, l'incapacité de se retenir de boire, la primauté donnée à la consommation d'alcool sur toute autre activité ou obligation, la tolérance à l'alcool et la réaction physique de manque en cas d'arrêt brutal de la consommation d'alcool.

L'alcool peut provoquer l'apparition de problèmes de santé chez un grand nombre de buveurs excessifs (alcooliques ou non), y compris accidents et dommages corporels, maladies cardiaques, cancer, maladie du foie ou psychose alcoolique. L'alcool engendre souvent aussi des problèmes sociaux (crimes, violence, rupture familiale, mauvais résultats scolaires, absentéisme, dettes, suicides...)

L'Épilepsie : C'est une maladie cérébrale caractérisée par des crises répétées qui peuvent prendre de multiples formes, depuis le fléchissement momentané de l'attention jusqu'aux convulsions graves et fréquentes. Les causes sont multiples : un traumatisme cérébral, une infection comme l'encéphalite, des parasites, l'alcool ou d'autres substances toxiques, etc. Cependant, dans la moitié des cas, la cause reste inconnue. L'épilepsie est soignée par des neurologues ou par des psychiatres dans maints autres endroits. On estime qu'environ 45 millions de personnes de tous âges souffrent d'épilepsie dans le monde.



L'association « Santé Mentale France »,

- regroupant l'Union Nationale des Amis et Familles de malades mentaux (UNAFAM), l'Association Française de Psychiatrie, le Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie, la Conférence Nationale des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissements de CHS, la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine, la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients-Psy, la Fédération Française de Psychiatrie, la Ligue Française de Psychiatrie et la Ligue Française pour la Santé Mentale-

distingue le handicap psychique du handicap mental selon trois critères possibles :

l'intelligence- la médicalisation- la variabilité

La définition adoptée du handicap psychique :

- il n'y a pas toujours une déficience intellectuelle permanente
- il y a un handicap comportemental se traduisant par :
 - . des difficultés à acquérir ou à exprimer des habiletés psycho-sociales, avec des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action
 - . une alternance d'états psychiques calmes ou tendus, empêchant la grande majorité des malades d'assumer une activité professionnelle classique, mais qui n'excluent pas une vie en milieu ordinaire, pourvu qu'un accompagnement adapté soit institué.

(Extrait du Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France-juin 2001)

QUELQUES CHIFFRES ET POURCENTAGES NATIONAUX :

Extrait de la Revue de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM), « Un autre regard » traitant du rapport de Monsieur JOLY (juillet 1997 Conseil Economique et social, Prévention des soins et maladies mentales)

Etat de la psychiatrie : ce que nous apprend le rapport

- ❖ En 1993 (dernière année connue) la file active des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile était supérieure à **un million de personnes**.
- ❖ En psychiatrie adulte, cette file a augmenté de **13% entre 1985 et 1993**.
- ❖ Une enquête récente menée sur 2000 patients de généralistes parisiens a révélé que 26,2 % d'entre eux souffriraient de troubles psychiques.
- ❖ L'urgence psychiatrique représente **15 à 25 % de l'urgence médicale**.
- ❖ **En 1995, on comptait en France 9,8 psychiatres pour 100 000 habitants.**
- ❖ **L'hospitalisation psychiatrique représente 20% du total des hospitalisations complètes.**
- ❖ Les soins psychiatriques sont à l'origine de 13% des dépenses de santé en France, soit 31,1 milliards de francs (Source : SESI- Service des statistiques, des études et des systèmes d'information).

Les statistiques officielles n'ont pas encore intégré les nouvelles données de la psychiatrie dans la cité. C'est ainsi qu'elles continuent à évaluer des demandes de soins en se basant sur le nombre de consultations spécialisées (file active)

CHAPITRE I

La prévention : Soins et urgences (sectorisation, urgences psychiatriques)

A. LA SECTORISATION

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. (documents à scanner)

Convention de partenariat pour la prise en charge des urgences psychiatriques aux services d'accueil des urgences (S.A.U.) sur le secteur Paris-est

3 documents A SCANNER
SUR FOND TRAME ET ENCADRE

7 pages

Qu'est-ce qu'un secteur ?

Le département de Paris, comme l'ensemble des départements français, fait l'objet d'un découpage géographique par zone. Ces zones appelées secteurs peuvent, suivant la densité de population domiciliée, être de la taille d'un arrondissement parisien ou d'une subdivision.

Ce découpage permet de mettre en rapport une densité de population (en moyenne 80 000 habitants) avec une équipe pluridisciplinaire de soins qui a en charge cette population.

C'est donc en fonction du quartier d'habitation du patient que la notion de secteur prend son sens. Une équipe de soins a en charge la population du quartier ou de l'arrondissement où elle est implantée.

Diagnostic sur la loi de sectorisation :

La législation existe depuis 1975, mais **elle ne peut plus être appliquée aujourd'hui faute de moyens suffisants**. Peu à peu, **la mission de prévention s'estompe du fait de la diminution des effectifs en personnel soignant et du nombre de demandes en constante augmentation**, notamment liées aux situations de crises psychosociales intriquées : chômage, précarité... **Parallèlement, le nombre de missions confiées à la psychiatrie de secteur est en augmentation et celui des secteurs parisiens est passé de 38 à 29. Il convient de noter une réelle disparité des moyens selon les secteurs, les quartiers populaires de l'Est parisien étant particulièrement défavorisés au regard des besoins spécifiques de leur population.**

L'éloignement des secteurs de leur établissement de rattachement : une particularité francilienne

A Paris, quatre établissements de rattachement des secteurs sur cinq sont implantés hors du département (deux dans le département de l'Essonne, un en Seine Saint-Denis, un dans le Val de Marne). Ils gèrent vingt-sept secteurs sur les trente-huit.

Par ailleurs, le respect du principe de prise en charge des patients à proximité de leur milieu familial et social justifierait que le découpage des secteurs ne soit plus déterminé par le seul critère du nombre d'habitants, mais que soient prises en compte également les réalités géographiques.

Présentation de la répartition des secteurs parisiens :

Il existe 29 secteurs adultes répartis comme suit :

Il existe 12 secteurs infanto-juvéniles

2 DOCUMENTS A SCANNER

1 page

B. L'urgence psychiatrique à Paris**1. Le public des urgences psychiatriques****a) Patients connus du circuit**

Psychotiques : - psychoses chroniques
- névroses graves
- tentatives de suicides récurrentes

b) Patients vierges se présentant pour la 1^{ère} fois aux urgences psychiatriques

- pathologies réactionnelles
- états situationnels

c) Détresse psycho-sociale**d) Population à la lisière de l'exclusion sociale (SDF) et de la pathologie mentale****e) Pathologie mentale et somatique intriquée****2. Les principales règles en matière d'hospitalisation**

Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie

A SCANNER

2 pages

Si plus de 80% des patients nécessitant une hospitalisation en psychiatrie sont accueillis sous le régime de l'hospitalisation libre (selon les règles strictement identiques à celles de l'hôpital général), l'état de santé de certains patients et notamment l'impossibilité de recueillir leur consentement, peut nécessiter une hospitalisation selon deux autres modes que sont l'hospitalisation sur demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office.

L'hospitalisation sur demande d'un tiers :

La demande d'hospitalisation est alors présentée soit par un membre de la famille, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade.

Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Elle comprend nom, prénoms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui demande l'hospitalisation que celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, leur degré de parenté (voir modèle ci-après)

HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS DEMANDE DE PLACEMENT	
Je soussigné(e) :
Nom-Prénoms :
Né(e) le :
Domicilié(e) :
.....
Agissant en qualité de :
Conformément à l'article L.3212.1 de la loi du 27 juin 1990 et aux conclusions du certificat ci-joint, demande l'hospitalisation dans un établissement régi par ce texte de :	
Nom-Prénoms :
Né(e) le :
Domicilié(e) :
.....
Je certifie sur l'honneur n'avoir aucun lien de parenté avec le Directeur de l'établissement d'accueil, ni avec les deux médecins signataires des certificats annexés à la présente.	
Fait à	Le
N.B : 1- La demande doit être entièrement manuscrite. 2- Il faut relever le numéro de la carte d'identité (ou de tout autre document) du demandeur.	

Elle est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours attestant :

- que les troubles rendent impossible le consentement de la personne
- que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Les deux certificats doivent être concordants et circonstanciés

- Le premier certificat doit être établi par un médecin n'ayant aucun lien juridique avec l'établissement d'accueil. Nous proposons ci-après un modèle, à titre indicatif, de rédaction de ce certificat
- Le deuxième certificat doit être établi par un autre médecin, qui peut exercer dans l'établissement d'accueil sans être nécessairement psychiatre (voir modèle ci-après).

HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom-Prénoms :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Et avoir constaté les troubles suivants :

Ceux-ci justifient son hospitalisation dans un établissement spécialisé en application de la loi du 27 juin 1990 (article L.312.1)

Atteste par ailleurs, n'être ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement avec :

- le Directeur de l'établissement d'accueil, - le confrère signataire du certificat annexé
- le tiers demandant l'hospitalisation, - la personne à hospitaliser

Fait à

Le

Le médecin qui établit le deuxième certificat n'est en rien lié par les constatations et conclusions du premier médecin. Après un examen médical, il rédige son certificat en toute indépendance. Si les deux certificats médicaux n'aboutissent pas aux mêmes conclusions, le directeur ne peut prononcer l'admission.

L'Hospitalisation d'office

A Paris, le Préfet de police, et dans les départements, les Préfets peuvent prononcer par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié l'hospitalisation d'office de personnes dont les troubles compromettent l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Ce certificat ne peut émaner d'un psychiatre ayant un lien juridique avec l'établissement d'accueil ; par contre il peut être rédigé et signé par un médecin libéral, par un médecin d'un autre établissement ou par un médecin non-psychiatre de cet établissement.

L'avis médical engage la responsabilité du médecin.

Le médecin donne un avis à la suite de ce qu'il a constaté ou entendu concernant la personne malade, lorsqu'il n'a pas pu l'examiner.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le Maire et, à Paris, les commissaires de police, arrêtent à l'égard des personnes dont le comportement relève des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au Préfet qui statue sans délai et établit, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office.

La question de la prise en charge des malades est délicate. En effet cela pose le problème fondamental du droit aux soins, de l'obligation de soins (**loi de 1990 contre les hospitalisations abusives**).

La loi du 27 juin 1990 :

A SCANNER

6 pages

Cette loi a été conçue au regard d'une priorité : la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

Elle a d'abord prévu que les patients librement hospitalisés jouissent de tous leurs droits et libertés individuelles.

Les restrictions à la liberté des personnes hospitalisées sans leur consentement sont limitées à celles strictement nécessaires à leur traitement. Leurs droits sont précisément garantis : droit de vote, liberté de correspondance, communication avec un médecin ou avocat de leur choix. Enfin, la loi a institué dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques, chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Elle est composée d'un psychiatre, d'un magistrat et de deux personnalités qualifiées.

L'évaluation des dispositions de la loi, prévue dans son article 4, repose sur les rapports de cette commission.

Etat des lieux

Pour la sixième année consécutive depuis la mise en place de la nouvelle loi sur les internements psychiatriques, **les internements sans consentement enregistrent une augmentation sans précédent.**

C'est ce que révèle l'évaluation de la loi de 1990, (évaluation prévue par la loi du 27 juin 1990 chapitre IV-article 4) dans le « Bilan des rapports d'activité des Commissions Départementales des Hospitalisations psychiatriques en 1997.

De 1992 à 1997, le nombre des internements à la demande d'un tiers a augmenté de 65% et les internements d'office de 21%.

Par ailleurs, **la part relative des mesures d'urgence a plus que doublé** : elle représente 30% des hospitalisations à la demande d'un tiers. Dans cette procédure, l'hospitalisation est effectuée avec un seul certificat médical.

Le rapport remarque également que le taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers varie anormalement d'une région à l'autre.

Parallèlement à ces hospitalisations de force, le nombre total des hospitalisations psychiatriques est lui aussi en constante augmentation.

Commentaire de l'Observatoire de la psychiatrie : même si la durée moyenne des internements diminue, l'accroissement incessant du nombre des internements psychiatriques- spécialement ceux sans consentement- n'est pas sans susciter quelques inquiétudes quant aux libertés fondamentales des Droits de l'Homme.

Les hospitalisations d'urgence sont souvent très courtes et le malade pourtant sous médicaments, ne bénéficie en **sortie d'hôpital d'aucun suivi ni d'aide à la réinsertion sociale.** Cette situation serait la cause d'un grand nombre de rechutes, voire de suicides en France.

Grâce à l'évolution des traitements, plus efficaces, et aux effets secondaire, moins gênants, la durée des séjours en hôpital se réduit et les prises en charge ambulatoires se développent. **Depuis 1990, l'institution est tenue de prendre en compte la dimension de l'aide au retour à la vie sociale,** mission dévolue à la psychiatrie publique.

Pour aider les personnes fragilisées ou handicapées par la maladie psychique à se resocialiser, il faut imaginer des réponses souples, en particulier dans la durée la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social.

Rappelons qu 'en France 6% de la population souffre de troubles psychiques : accueillis pour certains dans les structures intermédiaires, entreprises d'insertion (EI) et centres d'adaptation à la vie active. Chômeurs de longue durée, vivent dans le mal être, le repli et leur peur du lendemain peut s'exprimer par un comportement agressif, des absences répétées, la démission parfois.

L'accueil des malades souffrant de troubles psychiques pose plusieurs problèmes. **En effet en France 40% des malades vivent au sein de leur famille.** Ces malades, mais aussi les proches qui les entourent, sont trop souvent isolés. Dans le domaine de la santé mentale il existe trop peu de **lieux d'accueil en cas de problèmes ponctuels, de lieux d'écoute et de parole pour les familles** car les urgences psychiatriques ne sont pas toujours adaptées aux besoins des familles. L'accompagnement d'un malade par un centre médico-psychologique (CMP) permet de l'apaiser, évitant souvent ainsi une hospitalisation et permettant un accompagnement de la famille.

3.Présentation des structures d'urgences psychiatriques publiques à Paris :

L'organisation des urgences psychiatriques permet d'assurer les soins, la prise en charge ou l'orientation en fonction des besoins.

Les unités de proximité (U.P.) reçoivent les urgences et si nécessaire, compte tenu de la pathologie, elles orientent vers un autre service ou vers un autre établissement ayant les compétences requises.

Il en existe 3 sur Paris :

- ❖ Hôpital Croix-Saint-Simon
125, rue de la Croix-Saint-Simon
75020 Paris
01 44 64 16 25
- ❖ Hôpital Hôtel-Dieu
1, Place-Notre-Dame
75004 Paris
01 42 34 82 32
- ❖ Hôpital Saint-Louis
Partenariat avec l'hôpital Lariboisière
1, avenue Claude-Vellefaux
75010 Paris
01 42 49 91 17

Les services d'accueil et d'urgence (S.A.U.) implantés dans les hôpitaux généraux permettent un rapprochement au plus près du domicile pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique et proposent, le cas échéant, l'orientation du patient vers une unité hospitalière ou une structure extrahospitalière en fonction de l'état de santé du malade.

Il en existe neuf sur Paris :

Hôpital Saint-Antoine
Partenariat avec le Centre Hospitalier Esquirol
184, rue du Fbg-Saint-Antoine
75012 Paris
01 49 28 27 08

Hôpital TENON

Partenariat en cours avec l'Etablissement Public de Santé Maison-Blanche
4, rue de la Chine
75020 Paris
01 56 01 64 05

Hôpital Pitié-Salpêtrière

Partenariat avec l'A.S.M. 13
enfant, adolescent et adulte
47/83, bd de l'Hôpital
75013 Paris
01 42 17 722 47

Groupe Hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul

Partenariat avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne
27, rue du Fbg Saint-Jacques
75014 Paris
01 58 41 41 41

Hôpital Saint-Joseph

Partenariat avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne
185, rue Raymond-Losserand
75014 Paris
01 44 12 34 57

Hôpital Européen Georges-Pompidou

Partenariat avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne
20, rue Leblanc
75015 Paris
01 56 09 20 00

Hôpital Ambroise-Paré

Partenariat avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne
9, avenue Charles-de-Gaulle
92100 Boulogne-Billancourt
01 49 09 55 16

Les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques (P.O.S.U.)
sont implantés dans les hôpitaux spécialisés dans la prise en charge des enfants.

Hôpital Armand-Trousseau
26, av Docteur-Arnold-Netter
75012 Paris
01 44 73 67 40

Hôpital Necker.
149/161, rue de Sèvres
75015 Paris
01 44 49 42 90

Hôpital Robert Debré
Partenariat avec l'hôpital Lariboisière-F.-Widal
48, bd Sérurier
75019 Paris
01 40 03 22 70

Les centres d'accueil et de crises (C.A.C.) assurent des consultations gratuites et peuvent éventuellement proposer une hospitalisation de courte durée, mais ne prennent pas en charge les hospitalisations sous contrainte. Ils assurent aussi une permanence téléphonique.

Le centre interhospitalier d'accueil permanent pour adolescents (C.I.A.P.A.) est un dispositif médico-psychologique articulé en réseau pour les jeunes de 15 à 25 ans : accueil, évaluation, orientation et soins sont assurés avec possibilité d'hospitalisation.

Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (C.P.O.A.) est situé dans l'enceinte de l'hôpital Sainte-Anne . Il assure la prise en charge psychiatrique des patients qui n'ont pas été reçus dans le cadre d'un S.A.U. ou d'un C.A.C. Il dispose d'une permanence téléphonique qui peut aider et renseigner sur la sectorisation, l'orientation des patients ou la rédaction des certificats médicaux. Le C.P.O.A. accueille aussi, en consultation prolongée ou en hospitalisation brève, les jeunes mineurs.

SAMU de Paris
149, rue de Sèvres
75743 Paris cedex 15
01 45 67 50 50

La Cellule d'urgence rattachée au SAMU intervient à l'occasion d'événements exceptionnels (attentats-accidents graves)

Structures d'urgences psychiatriques dont relève le 20^e arrondissement :

Unité de Proximité :
Hôpital Croix Saint-Simon
125, rue d'Avron
75020 Paris
01 44 64 16 25

Service d'accueil et d'urgence :

- Hôpital Saint-Antoine
148, rue du Faubourg Saint-Antoine
75012 Paris
01 49-28-27-08

- Hôpital Tenon
4, rue de la chine
75020 Paris
01 56 01 64 05

Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques :

Hôpital Armand-Trousseau
26, av Docteur Arnold Netter
75012 Paris
01 44 73 67 40

C. Présentation des Structures de soins psychiatriques

L'arsenal thérapeutique extra-hospitalier
--

1. Les structures adultes

Les centres médico-psychologiques (C.M.P.) sont des structures implantées dans la cité, en dehors de l'hôpital où s'organisent dans la journée l'accueil et les soins ne nécessitant pas d'hospitalisation tels que les consultations, les soins ambulatoires, ainsi que les actions de prévention et de suivi au domicile des patients. L'accompagnement d'un malade par un centre médico-psychologique (CMP) permet de l'apaiser, évitant ainsi une hospitalisation et permettant conjointement un accompagnement de la famille.

Dans le 20^{ème} arrondissement :

- C.M.P. 13 rue des Mûriers 01 43 58 18 65 (lundi au vendredi 9h à 19h30)
- C.M.P. 9/11 rue du Télégraphe 01 40 30 55 19 (lundi au vendredi 9h à 20h30)
- C.M.P. 13 square des Cardeurs 01 43 79 63 55 (lundi, mardi, mercredi et jeudi 9h à 20h, vendredi 9h à 17h)
- C.M.P. « enfants » 13 square des Cardeurs 01 43 79 73 45 (lundi au vendredi 9h30 à 17h30)
- C.M.P. « enfants » Hôpital Croix Saint-Simon 18 rue de la Croix Saint-Simon 01 44 64 17 04 (lundi au vendredi 8h30 à 17h30, 1 samedi matin par mois)

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.) visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien de thérapie de groupe. Ils peuvent constituer le prolongement de l'activité d'un centre médico-psychologique ou d'une unité d'hospitalisation à temps complet.

- C.A.T.T.P. 5 rue de Bordeaux 77500 Chelles-01 64 72 16 17 (lundi au vendredi 9h à 17h)
- C.A.T.T.P. 211 av Gambetta 75020 Paris-01 40 30 02 98 (lundi au vendredi 9h à 17 h)
- Atelier Thérapeutique Intersectoriel 12 rue des Hospitalières Saint-Gervais 75004 Paris
01 48 87 04 22 (lundi au vendredi 9h à 17h)

Les foyers de postcure : Après la phase aiguë de la maladie, ces structures assurent le prolongement des soins et les activités de soutien nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

- La Métairie 5 cour de la Métairie 75020 Paris-01 44 62 16 16 (tous les jours 24h/24)

Les Hôpitaux de jour : implantés soit auprès des services d'hospitalisation, soit auprès des centres médico-psychologiques, ils concernent des patients nécessitant des soins réguliers, sans pour autant exiger une hospitalisation à temps complet.

Il n'en existe pas sur le 20^e arrondissement

2. Les structures infanto-juvéniles d'accueil et de soins psychiatriques

Les centres médico-psychopédagogiques (C.M.P.P.) assurent la prophylaxie, le dépistage, le diagnostic et le traitement de troubles neurologiques et du comportement de nature à compromettre l'adaptation de l'enfant ou de l'adolescent au milieu qui l'environne. Ils travaillent en liaison avec les P.M.I., les écoles, les services sociaux, les praticiens libéraux et les secteurs infanto-juvéniles.

- ❖ **Le C.M.P.P. « Antenne Claude Bernard »**, 131 rue de Bagnolet 75020 Paris
01 40 09 05 09 (du lundi au vendredi) accueille avec leur famille les enfants et les adolescents en difficulté :
 - . sur le plan affectif, relationnel et du comportement : caractère difficile, troubles du langage, du sommeil, de l'alimentation, instabilité psychomotrice, anxiété, timidité, énurésie...
 - . sur le plan scolaire : troubles de l'expression orale et écrite

Les bureaux d'aide psychologiques universitaires (B.A.P.U.) assurent des consultations médico-psychologiques et psychiatriques destinées aux étudiants et aux élèves de classes de terminales.

Il n'en existe pas sur le 20^e

Les Hôpitaux de jour implantés soit auprès des services d'hospitalisation, soit auprès des centres médico-psychologiques, concernent des patients nécessitant des soins réguliers sans pour autant exiger une hospitalisation à temps complet.

- Fondation de la Croix Saint-Simon 16 rue de la Croix Saint-Simon 75020 Paris-01 44 64 17 21
(lundi au vendredi 9h à 16h, 1 samedi par mois 9h à 14h)

Le Centre inter hospitalier d'accueil permanent pour adolescents Paris Rive Droite (C.I.A.P.A.) : dispositif médico-psychologique adapté aux besoins de la population adolescente du nord de Paris, dispositif de psychiatrie publique d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de soins pour jeunes de 15 à 25 ans. Le CIAPA propose des consultations diversifiées pour des réponses coordonnées : information-

conseil, bilan évaluation, élaboration de projet, orientation, accompagnement, hospitalisation. Il est un lieu ressource d'information pour les professionnels auprès des jeunes et s'articule en réseau avec l'ensemble des partenaires de la santé.

D. Soins et urgences : les carences et les besoins

♦ **Malgré la circulaire du 14 mars 1990 (voir document ci-après), le constat dix ans plus tard est pratiquement le même**

Sur un plan général :

1. Connaissance très insuffisante des problèmes de santé mentale
2. Disparité très importante du dispositif de soins, source d'iniquité pour la population
3. Lacunes dans la qualité des services spécialisés (manque de formation et évaluation suffisante)
4. Manque de prise en considération de la situation des personnes
5. Prises en charge à temps complet encore trop fréquentes
6. Manque de coordination au sein des services et entre les acteurs de santé mentale
7. Manque d'information et d'accompagnement des familles
8. Image dépréciative des troubles de santé mentale et de la psychiatrie dans l'opinion publique
9. Manque de solidarité, désinsertion encore insuffisante des personnes malades, une carence en moyens d'aide à la vie quotidienne et au travail ; manque de soutien à l'entourage

En matière d'accompagnement

Les structures d'accueil et d'orientation (ANPE, missions locales, instructeurs RMI) sont souvent désarmées devant ce public dont l'évolution imprévisible implique un parcours chaotique et rebute les recruteurs. Les dossiers de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) reconnaissent la qualité de travailleur handicapé mais ne permettent pas de déceler les aptitudes des personnes. La simple mention « maladie mentale » ne suffit pas.

Pour repérer les aptitudes de la personne souffrant de troubles psychiques, il convient d'évaluer les capacités du malade sous traitement en prenant en compte les séquelles de ses troubles. Telle est la mission du CEPPEM, centre d'expertise pour la COTOREP.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

2 pages

A SCANNER

Les priorités de rapprochement

Manque de structures d'accueil ponctuel : nécessité de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation

Rappelons qu'en France 40% des malades sont pris en charge, mais restent avec leurs proches. Dans le domaine de la santé mentale **il existe certes des structures d'accueil d'urgence mais en nombre très insuffisant puisque seulement 3 unités de proximité (U.P) existent pour tout Paris et 9 services d'accueil et d'urgence.**

De même les listes d'attente sont de plus en plus longues dans les hôpitaux de jour. Nous manquons cruellement de lieux d'accueil en cas de problèmes ponctuels (type CMP), de lieux d'écoute et de parole pour les familles car les urgences psychiatriques ne sont pas toujours adaptées à leurs besoins.

A la sortie des hospitalisations, les patients ne bénéficient pas d'un suivi suffisant et cela, faute de moyens (structures d'accompagnement, équipes de professionnels, travail en réseau).

A l'heure actuelle, le dispositif d'accès aux soins des malades psychotiques en crise, inconscients de leur état et par conséquent incapables de formuler une demande d'aide est totalement inadapté. **En effet, les dispositifs les plus pertinents mis en place pour faciliter l'accès aux soins 24h/24, tels que les centres de crise (actuellement rarissimes) et les services d'accueil des urgences dans les hôpitaux généraux, supposent que le malade s'y déplace, c'est-à-dire qu'il se rende compte de ses besoins.** Ils sont donc inappropriés dans le cas des personnes prisonnières d'une vision délirante et fautive de la réalité. Ces situations sont fréquentes dans plusieurs pathologies, notamment la Schizophrénie, les troubles affectifs, l'alcoolisme, etc. Elles sont toujours potentiellement dangereuses. Dans ces circonstances, l'abandon des patients à leur sort a pour conséquence, chaque année, plusieurs milliers de morts selon certaines estimations et un nombre probablement plus grand de handicapés corporels.

L'Inadaptation du transport des malades

A Paris le maire n'a pas de pouvoir de police contrairement aux mairies de plein exercice.

Toute situation d'urgence psychiatrique entraîne une profonde détresse, tant chez les patients que chez les proches ou les intervenants.

En cas d'urgence, les habitants de Paris ont, à l'heure actuelle, deux possibilités :

- la première est de faire appel à la police qui conduit alors le malade à **l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police (IPPP)**
- la deuxième est le recours au service des pompiers qui dirige le malade vers **les lits d'urgence psy (6 lits à Tenon) ou au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil.**

Cet état de fait pose aujourd'hui le problème du transport des patients dans les plus brefs délais et dans des conditions adaptées et décentes.

En effet lorsqu'une hospitalisation s'impose en cas de crise aiguë, aucun moyen de transport satisfaisant n'existe à Paris.

Que ce soit au domicile du patient ou dans un service d'urgence, **le délai d'intervention doit être le plus bref possible et le transport doit s'effectuer dans des conditions adaptées et décentes.**

Le transport pose aujourd'hui un réel problème à tous les intervenants qui demandent **la mise en place d'un service d'ambulances spécialisées**, à l'image par exemple de « l'Equipe Rapide Intervention Crise » (ERIC) existant dans les Yvelines.

Observance de la médication

La veille médicale doit être une obligation du médecin traitant. En conséquence, il doit s'assurer que les prescriptions médicamenteuses sont bien observées : si un malade arrête de se soigner, le médecin doit s'en inquiéter et en aucun cas se retrancher derrière la liberté supposée du patient. Il doit donc intervenir auprès du malade, éventuellement à domicile d'autant plus que plusieurs témoignages montrent qu'une intervention au bon moment peut influencer favorablement l'attitude du patient à l'égard des soins.

Aucun malade, conformément aux dispositions de la Charte du Patient Hospitalisé, ne devrait sortir de l'hôpital sans avoir été informé de la maladie, des soins, de leurs conséquences et des signes avant-coureurs des rechutes. Le médecin devra s'assurer que ces informations ont été bien comprises. Si le malade ne peut les recevoir, elles doivent être données aux proches. On sait, par des rares expériences françaises et de nombreuses observations étrangères, que cette responsabilisation du malade a des conséquences favorables sur l'observance.

Dans l'optique de continuité des soins, deux moments préoccupants sont le changement de secteur d'un malade suite à un changement de domicile, et celui du changement de médecin traitant. Nous proposons que l'ancien psychiatre reste responsable du malade tant qu'il n'est pas relayé. C'est à lui de transmettre le dossier au nouveau médecin et de s'assurer de la continuité de la prise en charge.

Face à une maladie chronique, entraînant pour 50% des patients d'importantes difficultés de déplacement, le concept d'hospitalisation à domicile doit être généralisé avec, pour les malades, des visites de soignants. Actuellement seuls 7% des schizophrènes en bénéficient.

Les conditions de vie

Pour les patients vivant avec leur famille, celle-ci joue un rôle en tous point semblable à celui d'une famille d'accueil social ou thérapeutique : elle fournit le gîte, le couvert, surveille l'évolution de la maladie, gère parfois les médicaments et se préoccupe du maintien des liens sociaux. **Elle doit donc bénéficier d'une reconnaissance officielle s'appuyant sur la notion juridique de « contrat de fait » entre le médecin, le patient et la famille.**

La famille ne doit pas être abandonnée avec le malade qu'elle accueille : elle doit recevoir des informations sur la maladie et bénéficier d'un apprentissage à la gestion de celle-ci. Elle doit, comme le malade, être formée à reconnaître les prémices d'une crise et ses avertissements doivent être écoutés des soignants.

Comme une famille d'accueil rémunérée, elle doit avoir des contacts réguliers avec des soignants. Personne ne doit être contraint de cohabiter avec un malade en crise, sauf si elle y consent expressément.

Ces familles ont souvent traversé des moments traumatisants dont elles doivent pouvoir parler : 70% ont été confrontées à la violence verbale, 30% à des violences matérielles et 20% à des violences physiques, coups et blessures.

Frères et sœurs doivent être l'objet d'attention, surtout s'ils cohabitent avec le patient et s'ils ont assisté à des scènes choquantes.

Les thérapies médicamenteuses ne peuvent suffire. Pour apprendre à maîtriser sa vie, tout malade doit bénéficier des techniques de réhabilitation, ce qui participe grandement à la prévention des rechutes.

Dans la même optique, des lieux de vie doivent être créés en nombre suffisant pour suivre l'évolution des patients et le vieillissement des parents.

Bien entendu, toutes ces propositions impliquent, pour une mise en pratique correcte, que des moyens correspondants soient mis à la disposition des secteurs qui vont en prendre la charge. Ces moyens sont aisément évaluables et leur attribution est un impératif économiquement intéressant à moyen et long terme. **Le transfert des moyens de la psychiatrie vers la médecine générale doit cesser.**

Enfin, nous proposons que, dans le cadre de l'évaluation de la qualité des soins, soient pris en compte : les taux de suicides et de mortalité générale des malades, la fréquence des ré-hospitalisations et le nombre des délits. Dans le cadre de la qualification des établissements, ceux-ci auront à se fixer des objectifs de diminution de ces taux.

E. Autres propositions concernant la prévention : Soins et urgences

Prévention primaire

L'objectif d'une prévention primaire est de diminuer l'importance de la maladie, le nombre des malades et la gravité de l'évolution, ce qui à terme se traduit inéluctablement par un moindre coût social et économique.

Deux types d'actions sont préconisées :

- Une campagne générale d'information qui comporterait les éléments suivants :

- .connaissance des maladie psychiatriques, insuffisamment soignées et détectées (alcoolisme, dépressions et schizophrénies)
- .description des soins et des services thérapeutiques disponibles
- .dénonciation des idées fausses qui freinent actuellement l'accès aux soins, notamment le fantasme des hospitalisations abusives

- Une campagne de détection des malades et d'amélioration de l'accès aux soins avec pour cible certaines catégories socio-professionnelles au contact des malades potentiels, telles que médecins généralistes, assistantes sociales, police, médecins du travail, acteurs du milieu scolaire.

Les acteurs de ces différentes formes de prévention pourraient harmoniser leur action : le secteur public de psychiatrie, les conseils locaux de santé mentale (à créer ou à réanimer), la police, le secteur social et les associations.

D'une manière générale, ces travaux font apparaître :

- la nécessité de développer une campagne d'information pour prévenir la maladie dès le plus jeune âge, en s'adressant notamment aux personnels enseignants et médico-sociaux
- la possibilité d'envisager, particulièrement à Paris, un accueil systématique médicalisé et de réinsertion en sortie d'hôpital.

Des initiatives dans ce sens doivent être mises en place

- renforcer la loi de sectorisation
- travailler en réseau pour trouver des alternatives à l'hospitalisation
- augmenter et développer les structures d'accueil d'urgence en cas de crises ponctuelles
- accompagner les familles, prendre en compte leur souffrance
- aider la personne dans son parcours de réinsertion (appartements thérapeutiques...)
- développer les structures médico-sociales (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Ateliers Thérapeutiques, Maisons d'Accueil Spécialisé).

La loi de sectorisation

Il convient de donner davantage de moyens et de veiller à une répartition équitable de ces moyens en fonction des besoins et des particularités des populations, **d'amplifier les visites à domicile permettant l'accompagnement du malade par l'équipe d'un même centre médico-psychologique** particulièrement lorsqu'il est fragilisé ou en pré-crise et de jouer un double rôle : celui d'apaiser le malade auquel on peut éviter l'hospitalisation et d'accompagner les proches dans une situation d'urgence.

Une telle action amplifiée permettrait d'éviter des hospitalisations répétées et coûteuses. Il faut placer le malade au cœur d'un ensemble coordonné d'actions et de partenaires.

Recadrage de la mission de prévention secondaire du secteur psychiatrique

La révision de la loi est essentielle, mais ne saurait totalement suffire.

Bien que cela puisse aussi s'appliquer à d'autres pathologies, les propositions ci-après se basent sur les besoins des patients schizophrènes.

Deux causes de rechutes sont clairement identifiées :

- l'interruption des médicaments
- l'extrême sensibilité des malades aux fluctuations des circonstances et des rythmes de leur vie.

La mission des secteurs en terme de prévention des rechutes doit donc consister en une veille médicale orientée vers ces deux points : observance de la médication et conditions de vie du patient.

Cette veille médicale doit tenir compte aussi d'autres faits :

- 50% des schizophrènes ne gèrent pas correctement leur médication. Ce sont donc ces derniers que la veille médicale doit cibler en priorité ainsi que ceux que menacent le plus les passages à l'acte, notamment suicidaires : patients jeunes avec antécédents de tentatives de suicide connus, souffrance intense, usage de cannabis ou d'alcool.

- la Schizophrénie se développe dans le temps, or les hospitalisations sont le plus souvent courtes. **En conséquence, les malades qui sortent de l'hôpital ne sont pas guéris, sont toujours en phase active, et leur traitement n'est pas toujours parfaitement mis au point.**

Le mode de vie des patients est un facteur essentiel. Or deux études indépendantes montrent qu'après hospitalisation, 38% des patients vivent chez leurs parents, 36% vivent dans un appartement autonome. Pour la moitié de ces derniers, l'aide parentale est essentielle. 14% vivent en couple : si le conjoint n'est pas malade, il a le même rôle que les parents ; si les deux conjoints sont malades, l'intervention parentale est majeure. **Moins de 9% des malades se trouvent dans des structures intermédiaires, sociales ou médicalisées et ceux vivant chez les parents en sont médicalement et socialement très dépendants.**

Il est primordial de doter tous les secteurs d'un « dispositif minimum » leur permettant de mener à bien la prise en charge ambulatoire des patients aussi bien sur le plan curatif que préventif. La continuité des soins doit être organisée dans le cadre du secteur (doté des structures ambulatoires adéquates), et en coordination avec les différents partenaires intervenant dans le domaine sanitaire et social.

Les propositions du Pré-rapport PIEL et ROELANDT

SUJET : PSYCHIATRIE PIEL ROELANDT HOPITAL MEDICO-SOCIAL

TITRE : LA MISSION PIEL-ROELANDT PLAIDE POUR L'IMPLANTATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LA CITE

La mission menée par les psychiatres Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT sur l'évolution du secteur psychiatrique conduit à proposer une réorientation radicale des structures de soins vers la cité, qui aurait pour conséquence la fermeture, à terme, des grands hôpitaux psychiatriques.

Eric PIEL et Jean-luc ROELANDT, qui devaient remettre fin juin leur rapport définitif, estiment que les principes de la sectorisation psychiatrique (proximité, continuité, pluridisciplinarité de prise en charge) restent pertinents mais que leur mise en œuvre pêche, notamment, parce que le système de soins est organisé autour de l'hospitalisation à temps plein.

*Dans leurs premières orientations, ils recommandent donc d'inverser la pratique, **en privilégiant les soins à domicile ou ambulatoires** et en organisant la coopération des professionnels sanitaires, médico-sociaux, sociaux ou scolaires.*

Plusieurs dizaines de milliers de places en appartements thérapeutiques ou maisons communautaires devraient aussi être implantées pour loger les patients chroniques.

Des centres d'accueil intersectoriels seraient implantés dans les centres hospitaliers généraux, à proximité des urgences, pour gérer les urgences et orienter le patient sous un délai de 72 heures (vers une sortie, un traitement libre ou un traitement obligatoire).

*L'hospitalisation à temps plein ne disparaîtrait pas mais **les unités ne comporteraient que 15 à 25 lits, localisés sur le secteur géographique concerné.***

En conséquence, environ 60% des moyens humains et financiers seraient consacrés aux soins ambulatoires et à la réhabilitation sociale et 40% à l'hospitalisation temps plein (contre 20/80 actuellement)

Pour amorcer ce mouvement, les deux chargés de missions demandent l'arrêt des admissions dans les hôpitaux psychiatriques (comme cela a été fait en Italie à partir de 1979) et un « moratoire sur les projets d'humanisation des anciens CHS »

Ce moratoire consiste en fait à utiliser les crédits pour implanter les nouvelles unités dans la cité, plutôt que de rénover des pavillons anciens, le coût étant identique (tout en assurant l'entretien des bâtiments encore occupés).

A terme - les auteurs reconnaissant travailler dans une perspective de 15 ans - les hôpitaux psychiatriques de type « concentration asilaire » fermeraient. La référence est notamment l'Italie, dont les derniers hôpitaux ont fermé en 1999, soit 20 ans après l'arrêt des admissions.

Toutes ces orientations seraient consignées dans une loi-cadre et une nouvelle loi sur les obligations de soins, non spécifiques à la psychiatrie, est également souhaitée.

IMPLICATION DES ÉLUS LOCAUX

Les secteurs seraient regroupés en « services territoriaux de santé mentale » (STSM) permettant la cohérence et la coordination de l'ensemble de l'offre de soins du bassin de vie ou territoire pertinent (« territoires de santé mentale »). Ils prendraient notamment en charge les urgences, les personnes âgées, les adolescents et les toxicomanes, mais auraient aussi des missions d'enseignement et de recherche.

Le conseil d'administration des STSM serait présidé par un élu local et dirigé conjointement par un médecin, un administratif et un autre soignant.

L'implantation dans la cité permettrait un travail commun avec les professionnels du social, du médico-social et les élus locaux et recentrerait les psychiatres et les infirmiers sur le soin, un souhait émis par toute la profession.

Les médecins généralistes auraient un rôle de suivi et d'orientation vers les STSM et les psychiatres libéraux seraient également mis à contribution.

Les deux chargés de mission veulent également insuffler une pratique de recherche pluridisciplinaire et pluri partenariale dans les équipes de psychiatrie et mettre fin au quasi-monopole de financement de la recherche par les laboratoires pharmaceutiques.

Pour résoudre les problèmes de répartition des psychiatres entre public et privé, Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT souhaitent l'instauration d'un statut unique de médecin de service public, avec une modulation du temps passé dans la structure publique (de 100% à 20%). Les psychiatres de ville n'exerceraient que 20% de leur temps dans le public.

Autre aspect des soins de ville, ils proposent le conventionnement des professionnels pratiquant la psychothérapie, avec en amont une véritable validation des formations.

Dans cette nouvelle organisation, les deux psychiatres n'oublient pas les usagers « fondement de l'existence de la psychiatrie », dont le rôle de soutien et de représentation devrait être officialisé par le projet de loi de modernisation du système de santé.

Les associations devraient pouvoir représenter une personne en soins, la rencontrer librement et bénéficier d'une aide financière et de formation pour assurer leur rôle au sein des instances.

La mission PIEL-ROELANDT se penche aussi sur les soins en prison et demande l'installation de lits de psychiatrie dans les unités hospitalières sécurisées intersectorielles (UHSI), implantées dans des hôpitaux généraux sous garde de la police.

Les soins en prison ne seraient qu'ambulatoires, des équipes mobiles de psychiatrie intervenant sur place.

Sur le plan judiciaire, Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT souhaitent la suppression du non lieu pour irresponsabilité du fait des troubles psychiques abolissant le discernement et **qu'une réflexion interministérielle sur l'expertise psychiatrique soit engagée.**

CONSULTATIONS SUR LES PROPOSITIONS

Depuis la remise de leur rapport d'étape au Ministre, Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT rencontrent les acteurs de la santé mentale, médecins, directeurs, syndicats de personnels, travailleurs sociaux et médico-sociaux et les représentants des élus locaux pour recueillir leurs avis sur leurs propositions.

Ils doivent également enrichir leurs propositions avec des réflexions sur la pédopsychiatrie.

Le ministre délégué à la santé, Bernard KOUCHNER, a approuvé une partie de leurs propositions dans son discours prononcé dans un colloque sur l'information des usagers.

Bernard KOUCHNER a ainsi évoqué « le développement des dispositifs implantés dans la communauté », la fin des admissions de nouveaux patients « dans des établissements éloignés des lieux de vie des malades et un « redéploiement progressif » des structures « au plus près de la population », avec une disparition à terme des structures d'hospitalisation à distance des bassins de vie ».

PROPOSITIONS DE L'APPEL DE BONDY

REFONDATION UNE PSYCHIATRIE DE SECTEUR CENTREE SUR LA PERSONNE ET SUR LES LIENS DE LA PERSONNE

Il est temps de parler autrement de la Psychiatrie de Secteur, avec plus de certitude, plus de force, aujourd'hui en 2001 c'est à dire 50 ans après que des hommes clairvoyants et déterminés l'aient conçue, avant 1950 : **allons de l'époque des hypothèses à celle des preuves.**

Depuis que sa réalisation a commencé, après 1970, la Psychiatrie de Secteur s'est présentée essentiellement en termes de changements de mode de soin et de créations d'établissements, le moment est venu de la représenter comme la mise en place d'un nouveau mode de relation avec les personnes qui vivent une souffrance psychique. Au lieu de centrer la psychiatrie de secteur sur les établissements, il est temps de la centrer sur la personne et sur les liens.

I . UN PEU D'HISTOIRE

N'est-il pas alors pertinent de prendre le recul nécessaire pour peser, à la fois quelle a été l'audace de la pensée de la psychiatrie de secteur lors de sa fondation, et à quel point, depuis cette époque ancienne de 50 ans, la société s'est transformée ?

Il est utile de noter que la psychiatrie de secteur a été conçue avant 1950, et nous pouvons rappeler, pour chacune de ces deux époques, 1950 et 2000, quelle a été la toile de fond de notre société : le contraste entre ces deux époques donne un peu le vertige : même si nous sommes persuadés que l'homme ne change pas, **le mode de vie de l'homme et ses rapports avec les autres ont été bouleversés.** Un jeune psychiatre qui commence son activité en 2001 a devant lui un tout autre monde que celui qu'avait son collègue en 1950.

Voici d'abord quelques éléments de la perspective qui était présente à l'esprit des fondateurs de la psychiatrie de secteur : La première guerre mondiale 1914-1918, la dépression de 1929, le Front Populaire de 1936, les congés payés ; en psychiatrie : les descriptions des aliénistes, l'insulinothérapie, l'hygiène mentale, les premiers dispensaires,, Pavlov, Freud. Aussi les colonies, les mines de charbon ; la deuxième guerre mondiale 1939-1945, la déportation, les camps de concentration, les kapos, la famine, les réseaux de résistance, la libération, la 4^{ème} République, la Sécurité Sociale, les antibiotiques, la guerre d'Indochine. En psychiatrie encore : le Psychothérapie Institutionnelle est réalisée dès 1940 à Saint Alban (Tosquelles...) avant de recevoir son nom en 1952 à Barcelone, (Daumazon...) l'ergothérapie, la critique des quartiers d'agités et des cellules d'isolement, les CRTS ; et le marxisme, la psychanalyse...

La vie était dure, les luttes idéologiques étaient fortes, mais une espérance de solidarité soutenait les projets.

La psychiatrie de secteur, Lucien Bonnafé l'a rappelé récemment, a été conçue dans ce contexte, avant 1950, même si la première circulaire officielle date de mars 1960. Ceci est important pour nous permettre de saisir le décalage qu'il y a entre cette période et la suivante. Voici quelques éléments de ce qui s'est passé en 50 ans après 1950 : Les neuroleptiques à partir de 1952, Lavan, Foucault, la guerre d'Algérie, Kennedy, De Gaulle, la 5^{ème} République, fin des colonies, 1968. L'antipsychiatrie, (Basaglia, Lang...) les chapelles psychanalytiques, les thérapies familiales, les thérapies comportementales, les

mouvements associatifs, la Croix Marine, l'UNAFAM, l'UNAPEI, la FNAP-PSY, les circulaires sur le Secteur de 1960 et 1972, la loi officialisant le secteur en 1985 et l'arrêté de 1986, entre temps quelques

rare équipes de secteur se créent dès 1951, la MGEN, les campagnes des laboratoires pharmaceutiques. Les lois sur l'adoption et sur la contraception, les mesures sociales avec la loi de 1968 sur la protection des biens des incapables majeurs, la loi de 1975 sur l'AAH (Allocation Adulte Handicapé), en 1987 le RMI, la chute du mur de Berlin, les acquisitions techniques touchant tous les domaines, (environ 80% de nos avancées techniques ont été faites pendant les 50 dernières années) aussi bien l'imagerie médicale (où la trace de l'esprit reste insaisissable), que la vie quotidienne, de l'alimentation aux déplacements, congélation, TV, ordinateur, internet, téléphone portable, avion, TGV, l'allongement de la vie de plus de 20 ans (80 et 72 ans), la famille est de plus en plus parcellisée en même temps que de plus en plus souvent 5 générations d'une même famille peuvent se connaître, une urbanisation passant de 50% à plus de 80% de la population, après les 30 glorieuses l'arrivée de plus de chômage, de moins de retraite, d'une classe de personne de plus en plus désaffiliées et précarisées.....Et parallèlement de 1972 à 1990 création progressive de la totalité des 829 équipes de secteurs générales et 321 infanto-juvéniles et pour chacune l'épopée de son évolution propre, puis...depuis 5 ans à la fois l'annulation de la profession des infirmiers psychiatriques et la promesse de disparition progressive en 20 ans des 2/3 des psychiatres du service public... Si la psychiatrie de secteur a partiellement fait ses preuves, comme nous allons le voir, la société du 21^{ème} siècle est sèche, sans projet, aux prises avec deux classes, l'une aisée et qui ne paraît pas heureuse et manque certainement de générosité, l'autre désaffiliée, larguée, sans espoir.

Quand on considère tout ce qui s'est passé depuis la conception de la Psychiatrie de Secteur en 1950, il est impossible de ne pas s'interroger sur le sens qu'elle a aujourd'hui. Elle avait alors comme perspective la reconnaissance de l'homme dans toute sa personne, même folle, mais son but immédiat était de mettre fin aux horreurs de l'asile. Aujourd'hui, heureusement et grâce à ce travail, ce qui mobilise les soignants ce n'est plus l'horreur de l'asile, mais la passion devant les mystères de la vie psychique et la lutte contre la souffrance psychique sous toutes ses formes.

II – PENDANT 30 ANS, DE SA CREATION A 2000 : Création des structures intermédiaires :

De fait, pendant 30 ans, la psychiatrie de secteur a centré toute son énergie et son temps sur la transformation des établissements en se déployant dans deux directions complémentaires, mais très différentes et presque opposées en terme d'objectif: la création de structures intermédiaires et l'humanisation des hôpitaux.

Qu'en est-il aujourd'hui ? nous risquons tout simplement d'oublier le message initial : « **reconnaître l'homme dans toute personne qui souffre** » ; à partir de là nous devons proposer une nouvelle conception du soin basée, non seulement sur une dynamique psychopathologique, mais aussi sur la prise en compte positive de la dynamique de la vie dans ses échanges relationnels.

La psychiatrie de secteur paraît aujourd'hui plus pertinente qu'au moment de sa naissance parce qu'elle a déjà montré largement son efficacité, et surtout parce que ses bases rejoignent les interrogations de fond de notre société moderne : la personne et ses liens.

De 1970 à 2000 la psychiatrie de service public a reconverti une petite partie de son patrimoine immobilier hospitalier en petites structures de soin différenciées, dispersées dans le tissu urbain.

Pendant 30 ans les soignants ont dépensé l'essentiel de leur énergie à expérimenter ces petites structures ; cela a permis de soigner mieux, et en même temps de transformer l'intolérance de l'opinion publique à la folie en tolérance ; cette tolérance est aujourd'hui acquise dans les secteurs qui ont pu déployer leur activité. **Tout au long de cette période les soignants ont centré leur réflexion et leurs efforts sur la transformation des établissements psychiatriques.** Cela a permis de préciser quelles pouvaient être les meilleures conditions pour soigner : en particulier en créant des structures de petite capacité (12, 20, 25 places), diversifiées (leur proportion évoluant vers ¼ des places en temps plein, ¼ en temps partiel, ½ en ambulatoire), situées dans la Cité, ouvertes sur elle, dispersées, mais articulées entre elles pour assurer une continuité des soins s'appuyant sur le contexte du secteur, et sur ces ressources.

III – AUJOURD'HUI : UNE AUTRE ETAPE

Aujourd'hui la psychiatrie de secteur peut montrer ses capacités à permettre l'avènement d'une autre étape de son évolution : **une psychiatrie centrée sur la personne et sur ses liens.**

Contre l'aliénisme, pour l'homme. A savoir, en finir avec l'aliénisme ; il est utile de se rendre compte que celui-ci sévit à bas bruit, par exemple chez ceux qui prônent de façon exclusive les techniques biologiques ou comportementales, mais aussi chez ceux qui, pour définir la psychiatrie de secteur, lui donnent comme seule référence une limite territoriale et un chiffre de population et en font ainsi une pure disposition administrative.

*Se référer à **l'homme** et clairement donner à la psychiatrie de secteur une définition clinique : c'est une psychiatrie à l'écoute de la souffrance psychique ; et, **parlant de souffrance plutôt que de maladie**, elle inscrit sa démarche plus sûrement dans l'histoire et dans la vie de l'homme, dans ses liens aux autres. Le soin psychiatrique dans la psychiatrie de secteur à la rencontre de l'homme dans sa totalité.*

Les équipes de secteur ont été définies pour toute la France : là où une équipe intervient quel peut être son objectif ? elle rencontre des personnes qui souffrent, elle évalue la dimension psychiatrique de cette souffrance, elle évalue les articulations nécessaires avec d'autres services, elle évalue ses ressources personnelles et celles de son entourage, et, à partir de ces évaluations, elle peut proposer les soins qui lui paraissent le plus pertinents dans chaque cas précis.

Aujourd'hui dans chaque secteur, doivent être évaluées les disponibilités existantes dans les champs complémentaires de la santé mentale : les ressources du service public, celles de l'associatif, celles du privé, pour la psychiatrie d'une part, et d'autre part les articulations suffisantes de cette psychiatrie avec les ressources sanitaires et avec les ressources sociales de ce milieu (hébergement, formation professionnelle, place sociale, implication culturelle...).

En ce qui concerne le **service public**, la ressource est d'abord l'équipe soignante, ses capacités d'écoute, d'adaptation, de relation pour, devant toute demande de soin, tisser la réponse la plus adaptée à la souffrance de la personne concernée et aux compétences des personnes en liens avec elle, la notion de groupe étant la base de travail fondamentale.

La même évaluation doit être faite pour les autres acteurs (associatif, privé, champ social et médico-social, tous acteurs complémentaires).

IV – FAIRE LE POINT : avec le Rapport de la Cour des Comptes

Il est nécessaire ici de faire le point :

- a/ tirer les enseignements de l'expérience de ces 30 ans de psychiatrie de secteur,
- b/ départager les responsabilités actuelles,
- c/ en déduire des propositions pour l'avenir,

- a/ Tirer les enseignements de l'expérience de ces 30 ans : disparités de départ et militantisme

Le rapport de la Cour des Comptes rendu public en février 2001 arrive à point nommé pour cette réflexion ; nous le compléterons par des aspects que cette Cour ne peut connaître, car ils s'appuient sur la clinique, qui est notre compétence :

Le premier constat que fait la Cour, c'est l'inégalité, ou la disparité des équipements, reprenant ce qu'elle avait dénoncé 10 ans auparavant. Seulement, pour la première fois, elle se penche sur les causes de cette disparité et elle souligne que la première cause est historique. En effet le personnel de la psychiatrie de secteur a été créé d'abord par la transformation du jour au lendemain du personnel des hôpitaux psychiatriques en personnel de secteur. La répartition des hôpitaux psychiatriques était déjà très inégale en France. C'est à partir de ce personnel que les équipes de secteur ont été créées progressivement à partir de 1972 ; les premières ont été bien dotées, ainsi que celles qui étaient proches de ces hôpitaux ; à l'inverse les dernières créées ont été peu ou mal dotées ainsi que celles qui étaient éloignées des hôpitaux. La responsabilité de cette inégalité de départ revient entièrement à l'Etat. Ceci a été aggravé par l'attitude de l'Etat vis à vis de ces hôpitaux, comme le souligne la Cour : alors que l'Etat avait décidé une politique basée sur l'accessibilité des soins et sur leur déconcentration, (rendue possible par la disparition des hôpitaux psychiatriques, ce qui aurait pu déboucher sur une distribution plus équitable des moyens), l'Etat n'a pris aucune décision sur ce point et a laissé se consolider la plupart de ces hôpitaux psychiatriques.

Malgré cette immobilité la psychiatrie de secteur s'est développée, mais sans cadre et donc de façon inégale.

Il est juste d'apporter une précision sur ce point fondamental que ne rapporte pas la Cour :

Pendant toute la période précédente, la construction de la psychiatrie de secteur a été le résultat d'un combat mené par un nombre limité de personnes militantes provenant de tous les milieux : chez des soignants, et dans toutes les catégories professionnelles, mais aussi chez des administrateurs tant au ministère que dans les directions hospitalières, dans des associations de famille et d'usagers, chez des citoyens et des hommes politiques. Ces militants savaient qu'il fallait construire des preuves pour convaincre l'opinion du bien fondé du pari de cette politique. Peu de politiques, très peu d'universitaires, peu d'institutions, ni la Sécurité Sociale, ni la médecine dans son ensemble ne croyaient à son efficacité. Ainsi s'est produit en France le même phénomène qu'en Italie : l'évolution n'a été soutenue et favorisée que dans les lieux où le consensus entre tous les partenaires était suffisant. La psychiatrie de secteur ne s'est réellement épanouie (devenant accessible, diversifiée, accueillante et disponible) que dans les endroits (dans les équipes, les hôpitaux, les départements), où les convergences ont été suffisantes entre ces différents partenaires : soignants, ouvriers, directeurs, administrateurs, élus et hommes politiques, associations, familles...la psychiatrie de secteur ne s'est développée que là où les militants étaient suffisamment nombreux et répartis dans tous les milieux.

Constat difficile à établir pour une institution aussi honorable que la Cour des Comptes. La Cour constate que l'Etat en matière de soutien de cette politique n'a pas joué son rôle, en particulier en ne donnant aucune ligne de conduite à la toute puissante Direction des Hôpitaux, l'association de cette absence de politique et de l'insuffisance de militantisme a été assez forte pour consolider les hôpitaux psychiatriques au lieu de contribuer à leur disparition. A l'inverse on peut se demander d'où est venu le déploiement des soins qui a abouti à des réalisations de structures de secteur ; ce résultat est-il le fait de l'absence de barrières élevées par des directions hospitalières ? ou du militantisme des acteurs du terrain ? un peu de tout cela, ce qui permet de comprendre que si elles sont globalement nombreuses, elles ne sont pas souvent coordonnées entre elles, et paraissent avoir atomisé le soin au lieu de l'avoir rendu cohérent.

Il est clair que c'est ce **militantisme**, ici convergent, là très insuffisant, qui a été à l'origine d'une deuxième cause d'inégalité des moyens ; dans les cas favorables il a entraîné un dynamisme chez les soignants qui a été favorisé par tous leurs partenaires. L'ensemble a alors donné dans ce cas précis un développement harmonieux. Précisons alors de quoi est fait ce militantisme : il n'est pas fondé par l'appartenance à un parti ni par la défense d'une idéologie dogmatique, la base en est le désir de soignants et d'acteurs sociaux de promouvoir une psychiatrie qui soit au service de l'homme, et de l'homme intégré dans sa cité. Soulignons un point fort, cette psychiatrie est réalisée par des soignants qui se rassemblent pour forger le premier outil de leur travail commun : cet outil est **l'équipe soignante**, c'est l'un des éléments fondateurs de ce militantisme ; et rappelons que cet outil, pour être solide, nécessite un travail de formation constant en interne.

- b/ Quelle leçon tirer de ces 30 ans : un partage des responsabilités :

Cette hypothèse sur l'efficacité de la psychiatrie de secteur a maintenant suffisamment rassemblé de preuves. C'est aussi le moment où il faut constater que la mobilisation militante a atteint ses limites.

Il est temps de s'appuyer sur cette expérience de 30 ans pour permettre à chacun d'assumer ses responsabilités en fonction de son rôle.

Deux grands axes de responsabilités peuvent être précisés : celui de l'administration et celui des soignants.

Puisque les militants ont montré le bien fondé de l'hypothèse sectorielle, il devrait être possible que l'administration joue son rôle d'organisateur, et que les soignants se consacrent enfin à l'élaboration clinique que permet cette nouvelle situation et centre sa réflexion, non plus sur les établissements, mais sur la personne et sur ses liens.

L'expérience de ces 30 ans nous enseigne deux autres leçons d'importance qui ont échappé à la Cour des Comptes : les méfaits du déplacement des secteurs sur l'hôpital général et de l'intersectorisation.

Certes la Cour constate que la persistance des hôpitaux entraîne une dégradation des soins, et que les patients et leur famille refusent de plus en plus vigoureusement les concentrations et les isollements distants que constituent les hôpitaux, mais elle ne continue pas son analyse sur les résultats du transfert d'un certain nombre de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, ni sur les résultats de la politique d'intersectorisation. Ici encore il est utile de compléter son rapport par l'analyse que peuvent mener les acteurs de terrain. Ceci est essentiel pour réfléchir aux solutions que va choisir l'Etat pour résoudre ce problème. Il nous paraît important de faire ici des remarques basées sur la clinique afin de demander à l'Etat d'y être attentif.

1 - Déplacement à l'hôpital général

L'idée de rattacher les secteurs de psychiatrie aux hôpitaux généraux est à réviser complètement. L'idée était simple, en procédant ainsi on diminuait l'importance des hôpitaux psychiatriques, la psychiatrie sortait de son ghetto pour entrer dans un espace où elle rejoignait un autre service public qui semblait totalement complémentaire à une époque où tous les espoirs se portaient vers la biologie et les traitements biologiques, enfin une solution élégante était trouvée pour faire disparaître le HP. Ainsi aujourd'hui, un tiers des secteurs est rattaché aux hôpitaux généraux ; le résultat est loin d'être satisfaisant, comme le remarque la Cour : la biologie dans la vie quotidienne d'un service d'hospitalisation en psychiatrie ne prend que le temps de la distribution des médicaments (quelques minutes par jour) et de rares examens biologiques ; et quelle que soit l'efficacité de ces médicaments la nécessité d'un travail relationnel occupe le reste du temps (plus de 23 heures 30) et mobilise toute l'énergie et l'intelligence des soignants. Ceci est incompatible avec le climat calme, aseptisé, discipliné, indispensable aux soins médico-chirurgicaux, ce climat est l'**antithèse** des conditions propices à une unité de soin psychiatrique. Pour cette raison les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, au lieu d'être des lieux faciles d'accès et des lieux d'échange, sont relégués à une extrémité de l'hôpital comme les anciens « quartiers » au 19^{ème} siècle. Ces services ne tirent que bien peu de bénéfice de ce voisinage sur le plan médical car ils n'ont que très peu besoin du fameux « plateau technique ». Par contre c'est au nom de ces plateaux techniques que les moyens humains leur sont le plus souvent soustraits ; les directeurs d'hôpitaux généraux sont impuissants lors des commissions médicales pour empêcher que le budget de ces services et le nombre des infirmiers ne soient alignés à la baisse sur les services médicaux, alors qu'une équipe de secteur doit déployer les deux tiers de son personnel en dehors de son service d'hospitalisation pour développer les soins à temps partiel et les soins ambulatoires dans le secteur. Au total la sortie de ces soignants hors de l'hôpital général est restée limitée, et soulignons ce que n'a pas relevé la Cour : le phénomène de l'hospitalocentrisme est tout aussi fort dans les secteurs rattachés à l'hôpital général que dans ceux de l'hôpital psychiatrique. Il est utile de dénoncer que le rattachement des équipes de secteur, qui avait pour objet de désenclaver la psychiatrie, non seulement ne l'intègre pas dans son secteur, mais a coûté fort cher à chacune de ces équipes ; en effet leur dotation en personnel a toujours été d'un à deux tiers inférieure à la moyenne des autres équipes. **Ce constat devrait être suffisant pour refuser dans l'avenir tout nouveau rattachement d'une équipe de secteur à l'hôpital général.**

A l'inverse, un certain nombre d'expériences qui ont été réalisées à partir d'un hôpital psychiatrique ont montré qu'il était possible par **redéploiement** de construire en ville des petites unités d'hospitalisation pour 2 ou 3 services, chacun de 20 à 30 lits : à chaque fois l'on constate que c'est à partir de cette présence en ville que toute l'équipe récolte enfin la totalité des bénéfices de l'ensemble de son travail de secteur, car l'image de la folie est enfin authentiquement améliorée pour la population : en effet la stigmatisation s'atténue, les patients difficiles ne sont pas envoyés ailleurs, mais restent en ville dans ce service ; à partir de ce service les communications entre les soignants et les familles, les généralistes et tout le tissu social sont « banalisées », aisées, simples ; il en est de même des liens entre les diverses structures d'une même équipe de secteur ; il est enfin possible de travailler réellement sur les questions fondamentales de la psychiatrie de secteur, que sont la continuité des soins et leur contextualité.

2 - Intersectorisation

Si l'on reprend l'autre proposition, celle de l'intersectorisation on constate que ses tentatives ont très vite montré leurs limites ; la mise en place de structures intersectorielles entraîne une démission partielle des équipes soignantes qui se trouvent convoquées pour réaliser des efforts de spécialisation sur les pathologies limitées (violence, malades difficiles, personnes âgées, victimes) ; de ce fait, ainsi que du fait de leur mise à distance du tissu social des secteurs éloignés, elles se désolidarisent des efforts à faire pour maintenir les liens avec les membres locaux du tissu social de chaque patient ; la base du travail de secteur s'étirole peu à peu, là aussi ; l'effort de spécialisation mobilise toute leur attention loin du milieu de vie des

patients. Et le résultat final est double : on dit que de meilleurs moyens sont rassemblés pour soigner une seule catégorie de patients

isolés des autres, mais d'autre part cette intersectorisation vient consolider l'hospitalocentrisme que la psychiatrie de secteur dit vouloir combattre ; (ceci vaut la peine d'être étudié dans le détail), et d'autre part le travail de secteur en est diminué.

c/ Propositions pour l'avenir

1 - Lutter contre la persistance des hôpitaux

Une dernière remarque de fond s'impose pour préparer l'avenir ; elle démontre elle aussi à quel point la persistance des gros hôpitaux psychiatriques pèse sur la qualité du travail de secteur ; elle concerne le flux des demandes de soin et la vigilance à avoir sur le début des soins. L'un de ses effets n'a pas échappé lui non plus à l'analyse pertinente de la Cour des Comptes : celle ci a fait part de son étonnement en constatant que le nombre des hospitalisations sous contrainte avait fortement augmenté en 10 ans, contrairement à ce que l'on pouvait attendre de la politique de secteur. Nous pensons que plusieurs arguments expliquent ce fait : la persistance des gros hôpitaux psychiatriques continue à privilégier parmi les soins, l'hospitalisation, en proposant une entrée directe facilitée pour toute situation quelque peu agitée ; une telle attitude est en rapport avec un investissement très partiel, donc insuffisant, du travail sur le secteur de la part des équipes de secteur : il est plus facile d'hospitaliser. Seulement la population accepte de moins en moins cette proposition car elle refuse le caractère stigmatisant des hôpitaux ; pour résoudre cela les soignants sont amenés à décider de plus en plus d'hospitalisations sous contrainte. A notre avis ce constat est une preuve de l'insuffisance d'intérêt et d'engagement des équipes de secteur, souvent découragées par le désinvestissement de l'Etat : si l'Etat ne montre pas l'exemple dans son attachement à l'application d'une politique difficile, pourquoi faudrait-il faire mieux que lui ? C'est une preuve que la psychiatrie de secteur n'est pas appliquée avec le même dynamisme partout.

Une analyse plus poussée de ce fait est fort utile pour réfléchir aux solutions à soutenir : nous sommes amenés à penser que ces deux facteurs que sont la persistance de l'hospitalocentrisme et l'insuffisance d'un esprit militant a mis de nombreuses équipes de secteur en situation de souffrance et ne leur a pas permis de faire une analyse politique précise de leur travail et de ses effets. Etant protégés de la relation directe avec les habitants de leur secteur, par la nécessité de dépenser l'essentiel de leur énergie à maintenir correct l'outil de soin préférentiel qu'est pour eux l'hôpital, (lequel...les éloigne du terrain), ils n'ont pas ressenti, ni vécu la demande profonde de la population ; la demande d'une DISPONIBILITE vraie de la psychiatrie 24 heures sur 24, au sein même du secteur.

De plus un certain nombre de ceux qui l'ont perçu ont eu peur de se trouver là enchaînés à une permanence de soins, et ils n'ont pas cherché à savoir de quoi il s'agissait ; ils n'ont pas pu percevoir que cette demande est une exigence de base pour la population, c'est celle qui installe notre crédibilité : cette disponibilité est la promesse d'une réponse à la survenue de toute angoisse excessive devant les difficultés psychiques.

2 – Savoir recevoir l'urgence et la transformer

Une autre réalité, devenue obligation, est venue encore fausser la lecture de cette demande de base : la circulaire sur les urgences est venue brouiller les cartes : mais très vite nous constatons qu'assurer une présence aussi constante que la médecine et la chirurgie aux urgences des hôpitaux généraux ne résout pas tous les problèmes de l'urgence psychiatrique, de plus cela les déplace vers les gros centres dits SAU, donc les aggrave, car cela fragilise ou rompt leurs liens avec leur entourage immédiat. Les urgentistes commencent à s'en rendre compte. De plus en plus une autre idée se fait jour que nous soutenons depuis

longtemps : les situations d'urgence sont importantes à saisir au plus près du lieu et du moment où elles émergent ; si on les concentre dans ces grands espaces que sont les grands hôpitaux généraux, d'une part on surcharge ces urgences, et l'on voit la crise arriver, car le flux global de toutes les urgences ne cesse de s'accroître, d'autre

part l'éloignement géographique écarte la compétence la plus forte qui est la connaissance du terrain, constituée par les liens avec la diversité des généralistes et des acteurs sociaux ; la réalité aussi est que dans ces urgences générales convergent des populations correspondant à 5 à 10 secteurs, toutes ainsi déplacées !

Tous ces facteurs risquent de nous éloigner des richesses et des potentialités de la psychiatrie de secteur : il serait primordial que, dans les objectifs de déploiement que permettait la fermeture des grands hôpitaux psychiatriques, soit mis en première ligne l'intérêt à apporter aux premiers soins à donner aux personnes qui présentent une souffrance ou, des troubles psychiques avérés : dans tout secteur, une équipe d'Accueil peut jouer un rôle considérable, en particulier si elle assure une permanence 24/24.

Elle offre une disponibilité à toute demande de soin, sans délai, sans filtre, sans rendez-vous, pour les patients, leurs familles et aussi pour les institutions locales, toute chose qui transforme l'image qu'a l'opinion de la psychiatrie, ainsi se met en place une psychiatrie proche de la souffrance psychique actuelle. L'équipe alors recentrant la dynamique de soin sur **le début des soins** se donne ainsi les moyens lui permettant d'étayer le choix de chaque soin par une observation suffisante à laquelle l'environnement du patient participe, ce qui diminue au maximum les risques de désinsertion, permet le choix du soin le plus adapté, et permet d'obtenir l'intérêt du patient et son adhésion à la mise en place de ce soin.

L'avenir de la psychiatrie de secteur dépend donc de la capacité de l'Etat à prendre le relais de ce qui a été réalisé essentiellement par le dynamisme militant des divers hommes qui sur le terrain ont mené à bien dans un certain nombre d'endroits des expériences suffisamment convergentes.

Seul l'Etat peut prendre la décision de programmer la fermeture ou plutôt **l'éclatement des grands hôpitaux psychiatriques** en veillant, en même temps, à créer de petits services dans des espaces de petite capacité en ville (à proximité parfois d'un hôpital général), créant aussi pour chaque secteur, avec une partie du personnel redéployé, une équipe d'Accueil disponible 24/24 ; celle-ci assure une participation aux urgences de l'hôpital général proche. Chaque équipe de secteur restant sous la responsabilité et la coordination du directeur de l'ancien hôpital psychiatrique. La continuité de gestion de l'ensemble par une direction psychiatrique se justifie, car elle seule, grâce à une expérience accumulée depuis 30 ans dans l'invention dont elle a dû faire preuve pour réaliser les dispositifs de soin variés, peut maintenir dans l'avenir à la fois le développement du soin hors hôpital et la souplesse dans l'articulation multiple à garder avec l'environnement dans son ensemble.

Dans ces conditions, et seulement alors, l'équipe de secteur peut enfin concentrer toute son énergie et son intelligence à approfondir les dimensions cliniques nouvelles que permet cette nouvelle situation où l'équipe se trouve non plus protégée par les murs et les habitudes de l'ancien hôpital psychiatrique, mais immergée dans le tissu social car elle seule est à même de pressentir les tensions annonciatrices de souffrances, elle peut s'attacher à les prévenir tout en faisant face d'une façon simple et coordonnée aux troubles plus graves survenant dans cette population.

Les tentatives d'évaluation actuelles de la psychiatrie (PMSI, Accréditation) faites sur une telle disparité nous paraissent honteuses et perverses, car, sous prétexte de rentabilité, elles veulent évaluer l'activité totale des équipes de secteur d'abord, sans mettre en évidence que la disparité des outils qu'ont en main ces différentes équipes, n'est pas sous la responsabilité de ces équipes ; ces tentatives esquivent le préalable que doit être l'évaluation qualitative des structures existantes et l'évaluation de la politique qui a abouti à ce résultat : la persistance de ces énormes machines à déshumaniser que sont encore les grands

hôpitaux psychiatriques est inacceptable et condamnable ; **ceci est à affirmer avant toute autre évaluation. Le rapport de la Cour des Comptes vient de le faire.**

AUJOURD'HUI EN 2001 : LA CLINIQUE

L'essentiel de l'attention des soignants peut se concentrer sur le développement des soins en s'appuyant sur les ressources du patient : ses racines, d'où l'importance de repérer l'espace qui rassemble le maximum de points d'appui autour du lieu où il vit ; ses liens, d'où l'importance de contacter sa « constellation », les personnes qui partagent sa vie, liens familiaux et amicaux, les personnes qui composent son environnement social et justifient sa place sociale, ses voisins et ses liens professionnels et culturels au sens le plus large.

Nous voyons que les outils les plus constants du soin psychiatrique ne sont plus les « plateaux techniques » des hôpitaux, mais bien la complexité et la richesse des liens sociaux : ainsi l'espace du travail psychiatrique s'est déplacé vers les lieux de vie ; et les modalités de soin ; pour l'essentiel, sont faites d'échanges individuels et d'échanges avec les divers groupes environnant le patient.

S'opposent à cela un certain nombre d'idées reçues : certains soignants préfèrent leur confort à celui des patients, et se protègent de leur angoisse en cherchant à consolider le « calme » des anciens asiles sous de faux prétextes. Ce qu'ils devraient comprendre, c'est qu'ainsi ils deviennent les complices de l'Etat et de son immobilisme : celui-ci a décidé de diminuer le nombre des psychiatres de façon drastique en une dizaine d'années, après avoir déjà annulé la profession d'infirmiers psychiatriques. Que voulait l'Etat en tout cas avant l'an 2000, date de création du nouveau Bureau de la Santé Mentale (en espérant que celui-ci ait une politique courageuse) ? c'est très simple : revenir à la situation de 1960, il y avait alors 8 à 900 psychiatres des hôpitaux payés à mi-temps pour « tenir enfermés » 120 000 malades dans les 90 hôpitaux psychiatriques français !

Pour l'Etat, puisque ces hôpitaux existent toujours, il suffit d'attendre quelques années, il suffit d'être indifférent à l'analyse globale de l'évolution de la psychiatrie française, il suffit que chacun fasse son petit travail quotidien de fonctionnaire, sans une once de préoccupation philosophique ; au bout de quelques années sous l'effet de la disparition des psychiatres et des infirmiers les patients vont « heureusement », se dit l'Etat, refluer dans ces hôpitaux et s'y concentrer sans crainte de ne pas avoir assez de place ; l'Etat a l'habitude de ne s'occuper de la psychiatrie que sous le coup des révoltes populaires 1945, 1968. On peut attendre ! les « fous » n'osent pas se révolter ! **mais les soignants associés aux familles et aux élus peuvent dénoncer pareille évolution** : l'utilisation des anciens asiles comme nouveaux lieux d'isolement et d'abandon est toujours possible et constitue un danger pour la démocratie ; le maintien et le développement des équipes soignantes est une nécessité.

Doit être dénoncé, comme inacceptable, aussi le refus d'un certain nombre d'équipes de participer aux soutiens multiples dont ont besoin des couches entières de population, les personnes en grande précarité, sous prétexte de places insuffisantes dans les hôpitaux psychiatriques ; l'hospitalocentrisme ici encore protège les équipes de secteur frileuses d'une implication nécessaire auprès de ces populations ; la question en effet n'est pas de déplacer ces personnes dans un espace artificiel qui leur fait peur, alors qu'elles ont choisi un mode de vie mobile, mais de participer avec un certain nombre d'acteur complémentaires au soutien de ces personnes, (dites SDF, ou plutôt sans domicile reconnu), **là où elles sont.**

Nous le voyons, nous sommes engagés dans une course contre la montre : si les hôpitaux psychiatriques ne sont pas fermés dans les 5 ans par une décision de l'Etat ils vont très vite

retrouver leur utilisation infernale de renfermement et d'abandon contemporaine de l'époque asilaire.

A l'inverse, de nombreux soignants se sont sentis de plus en plus mobilisés depuis de nombreuses années après avoir constaté au fil des ans ce que l'exercice de la psychiatrie de secteur apportait aux patients, à leurs familles. Mais ils sentent profondément le besoin de formations complémentaires : un effort considérable doit être fait pour développer les soins de groupe, les soins permettant de rassembler le patient et sa famille, la possibilité de les traiter ensemble et séparément ; dans ces domaines la Psychothérapie Institutionnelle, les Thérapies Familiales ont accumulé des savoirs et des pratiques considérables ; ils doivent cependant être repensés à la lumière de la situation nouvelle de la psychiatrie dans cet espace nouveau qu'est le secteur,

c'est-à-dire l'espace social, l'espace de la vie quotidienne pour ne pas risquer de cloisonner les interventions entre elles.

L'habileté psychothérapeutique s'est enrichie de cette nouvelle situation.

C'est ici que l'on saisit à quel point la Psychiatrie de Secteur était une proposition visionnaire à la fois du soin et des questions posées par la société moderne.

Un citoyen ne peut plus être réduit à l'image de la réussite individuelle ou à celle de l'autonomie, ce que serine la civilisation moderne coupable de tant de perte de liens, mais il doit être considéré comme une personne qui est en lien avec d'autres et qui ne peut vivre que dans **l'hétéronomie**, c'est à dire avec **une capacité à nouer des liens avec son entourage** et à faire vivre ses liens. Les sociétés modernes sont-elles faites de la simple juxtaposition d'individus sans devoir, sans respect des autres ? ou de nouvelles sociétés vont-elles se construire en s'appuyant sur la création de liens mutuels, intégrant et transcendant les notions de solidarité et de fraternité ?

En psychiatrie de secteur, c'est la rencontre avec le patient qui va structurer le soin qui est à réaliser.

Il est nécessaire pour cela que d'abord les soignants soient accessibles (dans l'espace social du secteur et dans le temps des patients), c'est ce que nous venons de décrire.

A partir de là peuvent être retravaillés, sur la base de réflexion cliniques, ce que peuvent apporter de nouveau et d'essentiel : **la continuité des soins**, et le travail avec **le contexte de la vie du patient**.

Nous devons constater que ces deux notions n'ont pas fait l'objet d'une réflexion clinique approfondie en psychiatrie, alors que ce sont avec **l'accessibilité des soins**, les trois principes fondamentaux de la psychiatrie de secteur.

La continuité des soins

Nous nous sommes jusqu'à maintenant contents d'affirmer que le seul fait que les différents soignants d'un secteur constituaient une seule équipe, entraînait la continuité des soins. En réalité il n'en est rien ; dans bon nombre d'équipes de secteur rien n'est pensé pour que les différents membres de cette équipe travaillant dans des structures séparées se rencontrent tous ensemble régulièrement afin d'élaborer cette continuité des soins. Dans les meilleurs des cas ces structures ne s'opposent pas entre elles, la continuité des soins devient dans ce cas une simple juxtaposition de soins discontinus. Trop souvent, en fait, les structures de soins diversifiées d'une même équipe travaillent comme des « fiefs » rivaux entre eux. De ce fait les soins successifs proposés à un même patient sont des temps gravement discordants entre eux ; le patient retrouve dans les soins le chaos de ses conflits psychiques. Ceci n'est pas nouveau, à l'asile les

murs étaient la seule réalité qui soit permanente, mais les soignants se succédaient auprès des patients sans établir entre eux un travail de continuité. La routine des « trois huit » ne laissait même pas de temps aux soignants des trois équipes quotidiennes pour se parler un instant. La continuité était réduite à la seule fonction de surveillance. Ensuite la psychiatrie de secteur, dans sa première époque, a purement et simplement elle aussi réalisé une discontinuité des soins.

La continuité des soins, en fait, c'est la perspective originale que se propose l'équipe soignante pour développer les soins dans la psychiatrie de secteur : étant inscrite dans le tissu des institutions de la ville ou du canton, l'équipe s'intègre à l'histoire comme interlocuteur permanent des personnes présentant une souffrance psychique ; le soin en psychiatrie se réfère à la vie psychique des personnes et se mélange de ce fait à leur histoire personnelle. Nous savons que la folie est rupture de la continuité psychique de la personne et la met en danger ; le soin est l'appui proposé pour que la personne retrouve ou consolide sa continuité psychique ;

mais si la continuité psychique est une donnée essentielle pour le bien être de la personne, la discontinuité des soins est la réalité de base imposée par les soignants. La « continuité des soins », si elle existe, peut advenir comme la perspective de pensée des soignants, leur permettant de s'interroger pour réfléchir à la façon dont ils doivent harmoniser leurs actes thérapeutiques et leur élaboration pour que ceux ci prennent une valeur psychothérapeutique collective où le patient peut puiser ce qui est utile à sa propre continuité psychique.

Un certain nombre d'équipes de secteur ont pu développer des outils leur permettant d'approfondir cette élaboration d'une continuité des soins, par exemple par **une attention précise qu'elles donnent à chaque « passage » d'un soin à un autre**, et plus encore au passage d'une unité de soin à une autre, grâce à un temps de travail en triangulation : un soignant actuel et un soignant à venir se transmettant leurs investissements **en présence du patient**, celui-ci réagit et retrouve sa place de sujet. Chaque passage permet un transfert d'investissement entre les trois protagonistes et justifie que les soignants participent à son élaboration. Ce n'est pas la transmission d'informations professionnelles, comme celles que rassemble un « dossier » ou un courrier, celui là se transmet à un autre moment et **autrement**, ce n'est pas non plus le moment de « l'indication » de ce soin, moment distinct qui permet au précédent thérapeute de consolider le patient dans sa place de sujet.

Le passage est un travail psychothérapeutique collectif qui s'appuie sur le repérage des bases narcissiques du patient, sur l'intérêt qu'il prend à se sentir compris, soutenu, reconnu. Il se montre alors comme partie prenante du déplacement et du partage de son investissement, de l'ancien soignant au nouveau soignant, d'autant que celui ci montre sa capacité à investir à son tour la dynamique narcissique du patient. Mais ce travail sur la continuité des soins se développe aussi par une réflexion régulière de l'ensemble de l'équipe sur la réalité et le sens de cette continuité de soin pour chaque patient ; quelles sont les étapes de sa souffrance ? comment peut-il différencier ce qui se répète et ce qui est nouveau ? quel sens cette succession de soins prend-elle pour lui ?

Le contexte de vie du patient est le terrain sur lequel le travail que nous venons d'évoquer va se dérouler (ce terrain du soin n'est plus, comme avant, l'établissement psychiatrique où le patient pouvait rester des années, ce terrain est défini par ce qui est autour du patient), c'est la multiplicité des liens que la personne développe avec sa « constellation », les personnes qui l'entourent et avec qui elle est en relation forte ou constante ce dernier terme est bien adapté à cette donnée, car la structure du groupe qui « entoure » chaque patient est composite et variable.

Le travail avec le contexte est une donnée aussi essentielle que la continuité des soins. Il concerne d'abord les liens qui sont privilégiés par la dimension affective de l'échange, ce sont eux qui sont efficaces, ils concernent d'abord la famille, les proches ; ensuite le reste de l'entourage ; mais ce qui va se passer sur ce terrain, dépend surtout des personnes précises qui vont être en lien avec le patient, et leur engagement personnel dans sa relation avec le patient.

Là tout est à faire, à inventer : comment faut-il procéder pour que le contact s'établisse entre deux partenaires de ces liens sociaux et pour que se construise un lien sur lequel le patient va, non pas simplement s'appuyer, mais va se construire dans un échange ? Certes tout ceci va s'enrichir de la diversité des compétences sociales de chacun des partenaires, lesquelles sont à distinguer des compétences relationnelles et psychothérapeutiques que nous venons d'évoquer.

Prenons l'exemple de la famille. Toute la psychiatrie classique était basée sur la nécessité de « séparer » parce que le patient et sa famille étaient mutuellement pathogènes l'un pour l'autre, (la psychiatrie puis l'anti-psychiatrie ont chacune affirmé cela). Aujourd'hui nous savons qu'une simple information régulière donnée aux familles sur la connaissance du déroulement possible des différents troubles, aide la famille à accepter que de nouvelles difficultés surviennent ; dès ce moment au lieu de se sentir blessée lors d'une recrudescence de la souffrance, elle est préparée à participer à la proposition de nouveaux soins. Les thérapies familiales ont développé plusieurs stratégies d'échanges avec les familles en difficulté, chez lesquelles la souffrance d'une personne entre en grande résonance avec les autres membres de la famille.

Prenons l'exemple du généraliste, qui est un accompagnant très solide pour un grand nombre de patients en particulier psychotiques, traduisant aussi mal leurs difficultés organiques que leur souffrance psychique. L'alliance entre les soignants de psychiatrie et le patient est indispensable pour lui. Nous pouvons tenter de construire une « co-thérapie » avec le généraliste qui ne sera pas un simple partage entre corps et esprit, mais une complémentarité relationnelle. Il est alors utile de définir cette co-thérapie et de l'utiliser.

Entre famille et généraliste des liens interactifs peuvent être utiles, ils permettent souvent soit à la famille, soit au généraliste de trouver une place vécue de façon plus positive que lorsque le lien est direct avec la psychiatrie et où il se sent coupable ou trop responsable.

Chacun des acteurs sociaux a un travail spécifique à développer avec les soignants psychiatriques, aussi bien les assistantes sociales que les tuteurs ou curateurs, les infirmières libérales, les aides ménagères, les éducateurs, les intervenants professionnels et les multiples intervenants du champ culturel.

Deux types de liens sont nécessaires avec le contexte du patient : les liens d'ordre général, entre établissements, (sanitaires, sociaux, et médico-sociaux) officiels, ils peuvent pour être facilités justifier de signer une convention, dans ce cas le terme de réseau proposé par le ministère peut être employé. Par contre dès que l'on considère une seule personne et que l'on réfléchit à ce qu'il est utile de faire avec son entourage gardons la préférence pour les termes de contexte et de constellation du patient, « tissu relationnel », et parlons en parallèle de l'inventivité relationnelle des soignants qui va travailler sur ce tissu de façon à chaque fois différente.

Malgré ce long développement, ceci ne présente qu'une partie des réponses à donner aux personnes qui présentent une grande souffrance psychique. Nous n'avons rien précisé de ce qui est nécessaire en termes d'assistance et d'intégration. Si ces hommes qui souffrent présentent pour leur vie quotidienne un ou plusieurs handicaps, et si leur capacité d'intégration dans leur cité est amoindrie, un certain nombre de réponses doivent être élaborées en permanence dès le début d'un soin (et non comme le laisserait croire le déroulement de ce texte, à la fin d'un soin). De plus les soignants sont convoqués pour réfléchir sur les modalités d'articulation entre les soins et les mesures d'assistance ou d'intégration adaptées, car ces articulations demandent une attention toute particulière : chaque personne qui souffre doit être rencontrée comme une personne globale.

Sans intervenir dans les débats engagés autour des lois touchant ces deux domaines d'assistance et d'intégration, il est indispensable de souligner l'importance des besoins en termes d'hébergements, d'intégration professionnelle et culturelle au sens large. Même si ces tâches semblent ne pas être du ressort des équipes soignantes, selon le découpage officiel entre soin et action sociale, l'articulation entre les deux se doit d'être aussi minutieuse qu'entre deux soins. L'UNAFAM a déjà fait à l'Etat des propositions très

pertinentes en matière **d'accompagnement à la vie quotidienne** en dehors des soins pour un certain nombre de patients, et a souligné que les besoins en matière d'hébergement pour les patients touchaient un pour cent de la population (600 pour un secteur de 60 000 habitants).

Nous devons affirmer que les efforts **d'intégration professionnelle et culturelle** justifient le maintien et le développement des Associations 1901, soit fédérées à l'échelon national comme la Fédération des Croix Marine, soit isolées, soit intermédiaires.

Les résultats antérieurs de ces mouvements associatifs sont de très grande qualité et leur complémentarité est évidente au travail thérapeutique développé par les soignants du service public de psychiatrie et par les psychiatres privés.

Des conventions sont justifiées pour consolider les liens entre les partenaires d'un même terrain. Les rendre publiques mettrait en évidence les populations qui sont bien desservies et celles qui ne le sont pas encore, et où de nouvelles créations associatives seraient justifiées et donc facilitées.

En conclusion, nous restons devant l'audace de la pensée qui fut à l'origine de la psychiatrie de secteur. Son enjeu principal, le respect de l'hétéronomie de la personne (sa capacité à nouer des liens) s'accorde parfaitement avec un des soucis majeurs de notre société, relatif à la détérioration et à l'évolution des liens dans la société.

La mobilisation militante, essentielle, qui seule a permis à certaines équipes de donner l'ampleur de l'efficacité de la psychiatrie de secteur au plan du soin, nous a fait entrevoir les bases de données cliniques nouvelles centrées sur la prise en compte totale de l'homme dans sa globalité.

Mais cette mobilisation s'essouffle, la refondation de la psychiatrie de secteur est nécessaire, l'Etat doit s'engager à fermer dans les cinq ans les grands hôpitaux psychiatriques pour que plus jamais nous ne retombions dans ce paradoxe : que le nombre des hospitalisations sous contrainte augmente, au temps de la sectorisation.

Un plus grand danger d'ailleurs serait que ce paradoxe n'en soit plus un... à savoir qu'après la disparition des équipes de secteur et des psychiatres, les malades mentaux rejoignent dans l'indifférence les grands établissements psychiatriques, comme si ces derniers avaient été perfidement préservés dans ce but.

L'audace de la sectorisation doit être honorée, nous sommes passés des hypothèses aux preuves, nous devons réclamer, exiger son application au niveau national, fermetures des hôpitaux psychiatriques et organisation des secteurs, libérant les soignants pour se former et constituer de solides équipes de secteur se consacrant à la pratique de cette nouvelle psychiatrie.

Guy BAILLON
Psychiatre des Hôpitaux
Centre Psychiatrique du Bois de Bondy

Quelques initiatives associatives

Le Café-Club « Le BOUFFADOU » 93 rue des Vignoles 75020 PARIS- ouverture prévue fin 2001.

Structure au carrefour du social et du culturel comprenant un café-club avec des soirées à thème, des expositions temporaires et des ateliers artistiques.

« Le BOUFFADOU » est un espace de vie et de circulation, passerelle entre le monde du soin, le social et le culturel qui correspond à une mission du Service Public de prévention, de réhabilitation et de démystification de la folie dans la société.

Il se décline du café-club aux ateliers artistiques en passant par l'espace-animation. Il privilégie la communication, la convivialité, les échanges, le plaisir à le fréquenter à travers les différents pôles mis à la disposition des adhérents.

Son but est de créer une dynamique, un souffle porteur de vie et de créativité, d'ouverture et de loisirs. Il s'agit d'associer les adhérents à la vie du « BOUFFADOU » en respectant les différents niveaux d'engagement de chacun.

L'association des Cardeurs en lien avec le CMP 15 square des Cardeurs Paris 20^{ème} 01 43 79 63 55

Accompagne le public fréquentant le CMP dans ses démarches pour le logement

La Clepsydre 6 rue Deguerry-75011 PARIS- 01 40 21 39 57- Centre d'action socio-psychologique et de recherche : lieu d'accueil et d'écoute et de suivi personnalisé. Organisme du champ social, doté d'une équipe de psychologues, la Clepsydre a pour but de soutenir, dans le lien thérapeutique, avec les publics suivis, une restitution du sens, une re-mobilisation sociale, la ré-appropriation d'une place dans la collectivité. Cette position implique aussi de soutenir les travailleurs sociaux, souvent mis en difficulté dans leur pratique. En ce sens, l'action socio-psychologique de l'association se réalise en partenariat avec les autres organismes du tissu social et sanitaire. Leur mise en réseau facilite l'orientation et l'accompagnement des personnes en détresse sociale et psychologique. Elle permet d'autre part d'associer aux prises en charge de chacun des savoir-faire et des compétences complémentaires.

L'association Ensemble (créée en 1981) dans les murs de l'Hôpital de Nancy

S'efforce d'aider les malades à s'installer en ville. Elle propose des hébergements thérapeutiques d'urgence et de transition. Elle apporte également sa caution aux bailleurs ou sous-loue des appartements. Elle ouvrira prochainement une pension de famille en mixité sociale.

L'association GRAPP à Lausanne Suisse (Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique)

Rassemble 40 personnes souffrant de troubles psychiques qui ont mis en place un lieu d'accueil et de parole où l'on peut toujours trouver quelqu'un à qui parler, « le bistrot » lieu ouvert de 8h à 23h.

L'Union Régionale des entreprises d'insertion (Lorraine)

Fait appel à une conseillère familiale et conjugale qui propose un accompagnement psychologique sur les lieux de travail pour les personnes en réinsertion fréquentant des structures intermédiaires, entreprises d'insertion et centres d'adaptation à la vie active. Son ambition : aider les personnes à évacuer leur trop plein de souffrance, créer un lien de confiance pour qu'elles acceptent peu à peu de se faire soigner.

Dès le stade de la fragilisation de la personne, il y a lieu de faire une prise en charge multidisciplinaire. Il faut au premier signe d'alerte prévoir la réinsertion, dans une intervention parallèle aux soins, et développer des relations formalisées avec divers partenaires.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (S.A.V.S)

Existents déjà auprès des personnes handicapées mentales et commencent à se développer pour les malades psychiques.

Deux exemples innovants

Exemple à Carcassonne (Aude) : les éducateurs du S.A.V.S. interviennent à domicile en soirée, week-end et jours fériés, en collaboration avec les familles et les tuteurs. Leur but est de créer de nouvelles formes d'accompagnement respectant la dignité de la personne suivie.

Exemple en Meurthe et Moselle : Le Conseil Général a ouvert un service d'accompagnement à la vie sociale, spécialisé dans la maladie psychique, sur le département.

Les coopératives sociales

A Rome, tous les hôpitaux psychiatriques ont fermé. Des places sont réservées dans les Hôpitaux Généraux pour les patients en crise. La réinsertion des patients se fait grâce à un réseau de coopératives sociales co-gérées par les malades, les éducateurs et les soignants.

Méthode appliquée, on propose tout de suite un travail en atelier. Exemple : fabrication de jeux dans un parc public, réalisation d'un guide touristique avec les enfants des écoles. Double avantage : fournir un emploi rémunéré et faire accepter les psychotiques dans la ville.

L'accompagnement des malades et des familles

L'association Espoir 54 (NANCY)

Affiliée à l'Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux (UNAFAM), souhaite mettre en place un programme psycho-éducatif à l'intention des parents et des proches des malades qui ont besoin d'être soutenus. Elle propose une formation spécifique pour le personnel soignant dans les services psychiatriques.

L'association ESQUI- Agir et Rebondir

Association d'usagers et d'ex-usagers de l'Hôpital ESQUIROL (94)
Siège social Hôpital ESQUIROL-57, rue du Maréchal Leclerc- 94413 Saint-Maurice Cedex
Bureau de Paris 6 rue Saulnier 75009 PARIS- 01 45 23 90 19

Les buts d'ESQUI :

- Permettre le dialogue direct entre les usagers des différentes structures de l'Hôpital ESQUIROL
- Mettre en valeur la notion de citoyenneté des personnes suivies dans les institutions psychiatriques et consommatrices du Service Public
- Favoriser le dialogue entre les patients et les anciens patients, notamment en vue de les soutenir dans leur réinsertion sociale
- Prendre une part active dans les réflexions de l'Hôpital ESQUIROL

SCHIZO ?...Oui ! Faire face à la schizophrénie

Siège social 17 allée Louise LABE 75019 PARIS-01 42 08 03 44

Les objectifs poursuivis :**Une loi pour faciliter l'accès aux soins des personnes délirantes ou démentes.**

« Nous voulons un accès aux soins précoce, aisé et respectueux pour les malades délirants ou déments que la maladie rend inconscients de leur état, ce qui les empêche de solliciter des soins. Retarder ceux-ci, pour quelque motif que ce soit, peut avoir des conséquences graves pour les malades (passages à l'acte, suicides, aggravation de la maladie et de ses séquelles) et pour l'entourage confronté à des situations inquiétantes.

Respecter les malades, c'est ne pas les délaisser dans ces moments de crise. Pour cela, il faut une volonté politique et des moyens adaptés.

Souffrir d'une maladie mentale, être soigné en milieu psychiatrique n'est pas honteux. Malheureusement, trop d'idées fausses circulent sur ces maladies, les médicaments, les soins. **Une campagne nationale s'impose** ».

L'Association Schizo ? oui ! a pour objectif de faire mieux connaître la schizophrénie et propose de :

- développer l'information à l'égard de tous, patients, proches, professionnels, politiques et grand public
- intensifier les recherches en vue d'une meilleure connaissance, d'un dépistage précoce et de soins mieux appropriés
- favoriser l'insertion grâce à la formation du malade et de son entourage et à la mise en place d'un réseau de soutien
- veiller au respect des droits des personnes concernées, notamment en facilitant l'accès aux soins des personnes en crise
- promouvoir la solidarité de proximité et internationale.

Les propositions de l'association Schizo ? Oui !**Refonte de la loi du 27 juin 1990**

La loi de 1990 a été conçue, non comme une loi d'accès aux soins, mais plutôt comme un garde-fou contre les hospitalisations psychiatriques abusives. Ceci trouve sa confirmation dans le rapport établi par Mme STROHL, dont le seul objectif a été de s'assurer qu'il n'y avait pas eu de telles hospitalisations depuis la

mise en vigueur de la loi. Mesurer ses conséquences, en termes d'accès aux soins et de santé publique, n'y est même pas envisagé.

La future loi doit au contraire avoir pour objectif déclaré un accès aux soins facile, précoce et respectueux. Dans cet esprit, elle doit être clairement rapprochée de la loi d'assistance à personne en péril (art. 223-3, 223-16 et 223-17 du Code Pénal).

Toute situation de crise est une situation d'urgence pour le malade et pour son entourage (passage à l'acte, accidents, violences) et il doit y être remédié dès que possible. D'une part, on sait que l'évolution d'une crise est d'autant moins grave que l'intervention est précoce. D'autre part, attendre pour agir que le malade ait commis des actes irréparables pour lui ou pour les autres est une faute. C'est aussi un acte de mépris. Le principe de précaution s'applique ici impérativement.

En conséquence, pour qu'un malade non consentant puisse être soigné, deux conditions doivent suffire. Il doit être constaté :

Que son besoin de soins est patent,

Qu'il manque de discernement et n'est pas conscient de son état.

Ce constat devrait être fait de préférence par un médecin qui connaît le malade, même si ce médecin exerce dans la structure habilitée à recevoir le patient hospitalisé sous contrainte. Ceci n'est pas possible actuellement pour les 70% de Schizophrènes suivis dans le secteur public puisque la loi de 1990 interdit à un médecin exerçant dans l'établissement où se fera l'hospitalisation de solliciter celle-ci. **Cette aberration, qui exclut l'avis du médecin traitant, n'existe qu'en psychiatrie.**

Une fois ce besoin constaté, l'hospitalisation devra être confiée à une équipe spécialisée, mise en place près de chaque secteur et disposant de l'autorité nécessaire, par exemple pour pénétrer dans un logement privé.

L'objectif de la loi étant l'accès aux soins et ceux-ci ne se limitant pas à l'hospitalisation, cette dernière ne devrait être envisagée que si le malade refuse les soins ambulatoires ou quand ceux-ci ne sont pas adaptés.

La notion d'hospitalisation abusive ne doit apparaître que subsidiairement, mais ces abus doivent être sévèrement réprimés et punis s'ils sont caractérisés.

Des sanctions doivent être prévues contre les auteurs de ces hospitalisations (délits), ce qui n'est pas le cas dans le cadre de la loi de juin 1990.

Les malades hospitalisés sans consentement ne pourront l'être que dans des établissements agréés (comme actuellement).

Les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques doivent être maintenues ; elles sont habilitées à saisir le Procureur de la République en cas de doute sur le bien fondé de l'hospitalisation.

L'UNAFAM (Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux) association reconnue d'utilité publique, siège national 12, villa Compoint 75017 PARIS –UNAFAM PARIS 6 rue Corot dans le 16ème est une association unique réunissant des membres individuels et non une fédération d'associations.

Les objectifs poursuivis :

- faire exister la population des handicapés psychiques, actuellement méconnue, soit un minimum de 600.000 personnes en France
- informer la collectivité sur le handicap psychique

- continuer à distinguer le handicap psychique du handicap mental
- proposer l'accompagnement nécessaire
- faire en sorte que les droits des personnes en cause soient respectés
- modifier les méthodes d'évaluation des besoins en prenant en compte :
 - .la totalité de la population concernée (pas uniquement les files actives des patients qui consultent)
 - .la part relative des différentes pathologies impliquées dans le handicap psychique
 - .les besoins d'accompagnement
 - .le caractère obligatoirement collectif de la prise en charge, ainsi que l'implication des usagers et des responsables du social dans la cité

Les propositions :

- reconnaître les droits des handicapés psychiques dans la cité
- garantir un suivi continu médical, psychologique et social
- offrir une possibilité d'un minimum de lien social

NOTRE ACTION

QUESTIONS ÉCRITES ADRESSÉES A MADAME GILLOT, ALORS SECRÉTAIRE D'ÉTAT À LA SANTÉ ET AUX HANDICAPÉS.

1. Question n° 53605

M. Michel CHARZAT appelle l'attention de Madame la Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sur le manque d'informations de nos concitoyens concernant les troubles psychiatriques.

En effet, nous constatons que les troubles psychiques sont méconnus en France et qu'une campagne d'information dans ce domaine serait nécessaire. De nombreuses maladies, telles que la myopathie, la trisomie 21 ou l'autisme sont connues de la population. Mais la schizophrénie, qui touche pourtant un jeune adulte sur cent et qui est connue à travers le monde, est ignorée de nos concitoyens.

*Il lui demande s'il serait envisageable **de lancer une grande campagne d'information**, notamment à l'intention des jeunes fréquentant le milieu scolaire, en vue de permettre des soins précoces et de prévenir un certain nombre de crises et de rechutes.*

2. Question n° 53606

M. Michel CHARZAT appelle l'attention de Madame la Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sur la situation des personnes victimes de troubles psychiques à l'issue de leur hospitalisation.

En effet, les troubles psychiques sont encore trop méconnus en France, et sont liés à des périodes de crise aiguë auxquelles le traitement par neuroleptiques peut mettre fin dans la mesure où le malade prend conscience de la nécessité de se soigner. Nous savons que la schizophrénie, par exemple, se caractérise par la coexistence de signes « positifs », tels que les délires, et de signes « négatifs » comme le repli sur soi. En cas de crise, le patient est dans l'incapacité de répondre par lui-même aux décisions que nécessite son état. Si l'hospitalisation est possible, un traitement adapté permet de l'apaiser mais ne le guérit pas pour autant, et autorise de ce fait une sortie souvent trop précoce. Le malade, de retour dans sa famille ou à son domicile, abandonne fréquemment sa médication et de nombreuses rechutes se produisent alors.

***Il lui demande s'il est possible d'envisager, particulièrement à Paris, un accueil systématique médicalisé et de réinsertion en sortie d'hôpital.** Cet accueil, moins coûteux à la collectivité que les hospitalisations répétées, serait également moins traumatisant pour les malades et leur entourage. Il contribuerait, de plus, à une prise de conscience du patient qui lui permettrait de gérer sa maladie, première étape vers une réinsertion sociale adaptée*

***.Ces structures existent mais ne répondent pas aux besoins : seulement quelques lits à Paris où la demande est grande.** D'autres solutions ne pourraient-elles pas être développées dans certains cas, telles que l'hospitalisation de jour et les services d'accompagnement à la vie sociale dont les éducateurs interviendraient à domicile à l'exemple de celui de Carcassonne ?*

Par ailleurs, il souhaiterait pouvoir bénéficier d'une information précise sur la mise en place de la mission parlementaire sur les handicaps psychiques créée au moins de juin dernier.

REPONSE A LA QUESTION ECRITE N° 53606 du 13 novembre 2000 par Monsieur Michel CHARZAT

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

LE SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE ET AUX HANDICAPES
(politique à l'égard des handicapés-handicapés psychiques)

La situation des personnes victimes de troubles psychiques à l'issue de leur hospitalisation, renvoie notamment à celle des personnes qui ont été hospitalisées pour troubles de leur santé mentale et qui rencontrent des difficultés dans l'accès à une prise en charge adéquate, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, afin de poursuivre et maintenir l'impact des soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation. Concernant plus particulièrement la situation de l'Ile de France, le schéma régional d'organisation sanitaire pour la période 1998-2003 prévoit de doter les secteurs de psychiatrie d'un équipement de base intégrant l'hôpital de jour et l'accueil familial thérapeutique. Le développement de ces deux modalités permettront d'améliorer la prise en charge des personnes sortant d'une hospitalisation. En outre, au niveau national, dans le cadre des protocoles de mars 2000, les besoins de soins de suite et de réadaptation des personnes souffrant de troubles psychiques s'inscrivent dans le cadre des réflexions d'un groupe de travail ministériel visant à élaborer des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie. Je rappelle que le Gouvernement mène une politique déterminée en direction des personnes handicapées qui consiste à privilégier, chaque fois que cela est possible, l'intégration dans le milieu de vie ordinaire et vise à répondre aux besoins des personnes les plus lourdement handicapées.

Le premier ministre a annoncé, lors de la réunion du Conseil national consultatif des personnes handicapées du 25 janvier 2000, des mesures nouvelles, assorties d'un financement supplémentaire de 1,5Mdf. A l'échéance 2003, eu égard à l'effort financier précédemment décidé dans le cadre du plan pluriannuel (1999-2003) de création de places dans les établissements pour personnes adultes lourdement handicapées, 2,5 Mdf auront été mobilisés par le Gouvernement pour que nos concitoyens handicapés puissent trouver la place qu'ils revendiquent légitimement dans une société plus juste et plus fraternelle.

S'agissant plus particulièrement des personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés, plusieurs de ces mesures sont de nature à faciliter et à améliorer leur vie en milieu ordinaire. C'est ainsi que 200 Mf seront spécifiquement consacrés, sur la période 2001-2003, au financement de plus de 3000 postes d'auxiliaires de vie. Par ailleurs, un décret réglera prochainement la mise en place de services polyvalents d'accompagnement et de soins à domicile. Ceux-ci pourront intervenir aussi bien auprès de personnes âgées malades ou dépendantes qu'auprès de personnes handicapées adultes, et 45Mf seront spécifiquement consacrés, sur la période 2001-2003, à la création de places dans ces services au profit des personnes handicapées.

Les personnes touchées par l'évolution ou les séquelles d'un trouble psychique grave et durable bénéficient, au même titre que les autres personnes handicapées, de l'action engagée par le Gouvernement pour répondre aux besoins des personnes plus lourdement handicapées.

Cette action déterminée s'inscrit dans la durée et aura pour conséquence la création de 16 500 places dans les établissements pour adultes handicapés à l'échéance 2003. C'est dans ce cadre que la création de places en maisons d'accueil spécialisées et en foyers à double tarification se poursuivra.

Cependant, conscient des difficultés rencontrées par les personnes souffrant d'un handicap psychique, le Gouvernement estime qu'une attention particulière doit leur être portée. Il serait notamment nécessaire d'analyser la nature des handicaps psychiques et leur diversité, d'évaluer l'importance de la population en cause et de proposer des solutions de nature à encourager l'intégration des personnes concernées. C'est pourquoi une concertation avec les associations représentatives concernées a été engagée afin de déterminer les modalités d'une approche plus spécifique de ce handicap.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ **Lancer une grande campagne d'information**, notamment à l'intention des jeunes fréquentant le milieu scolaire, en vue de permettre des soins précoces et de prévenir un certain nombre de crises et de rechutes.
 Cette campagne doit aussi être popularisée pour permettre de « lever le voile » sur cette maladie trop souvent occultée.

- Deux types d'actions sont préconisées :**
 - . une campagne générale d'information
 - . une campagne de détection des malades et d'amélioration de l'accès aux soins

- ❖ **Envisager, particulièrement à Paris, un accueil systématique médicalisé et de réinsertion en sortie d'hôpital.** Cet accueil, moins coûteux à la collectivité que les hospitalisations répétées, serait également moins traumatisant pour les malades et leur entourage. Il contribuerait, de plus, à une prise de conscience du patient qui lui permettrait de gérer sa maladie, première étape vers une réinsertion sociale adaptée.

- ❖ **Amplifier les hospitalisations de jour et les services d'accompagnement à la vie sociale avec des interventions d'éducateurs à domicile.** L'accompagnement d'un malade par l'équipe d'un même centre médico-psychologique (CMP), particulièrement lorsqu'il est fragilisé ou en pré-crise, joue un rôle important : celui d'apaiser le malade auquel il est peut-être possible d'éviter l'hospitalisation et celui d'accompagner les proches dans une situation d'urgence ; une telle mesure amplifiée permettrait d'éviter des hospitalisations répétées et coûteuses pour notre société.

- ❖ **Renforcer la loi de sectorisation** en lui donnant les moyens nécessaires à sa mission de prévention et en rééquilibrant ces moyens selon les secteurs -les quartiers populaires de l'est parisien sont particulièrement défavorisés au regard des besoins spécifiques de leur population-

- ❖ **Adopter une plus grande souplesse dans la lecture de la loi du 27 juin 1990 pour faciliter les hospitalisations en cas de nécessité** (comme le recommande le rapport n° 97081 de septembre 1997 remis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : en effet , la notion de « péril imminent » fait l'objet d'interprétations litigieuses de la loi. Aussi, afin de faciliter l'admission hospitalière, **un seul certificat médical devrait suffire, y compris celui du médecin des urgences, quels que soient l'établissement auquel il est rattaché ou sa relation avec le patient.** Un second certificat est ensuite établi pour éviter toute hospitalisation abusive, par ailleurs sanctionnée par la loi.

- ❖ **Mettre en place un service d'ambulances spécialisées à Paris**, à l'image de « l'Equipe Rapide Intervention Crise » (ERIC) existant dans les Yvelines, afin d'offrir un moyen de transport des personnes en état de crise **dans des conditions adaptées et décentes.**

- ❖ **Renforcer les moyens humains**, afin de répondre aux besoins et d'appliquer réellement les mesures prévues dans les textes législatifs.

CHAPITRE II

La souffrance psychique des adolescents

Introduction

Le début de la puberté annonce l'entrée dans l'adolescence, passage obligé dans la vie d'un sujet, rompant le processus linéaire de croissance de l'enfant. Cette transformation pubertaire résulte de la mise en route d'une cascade de mécanismes biologiques complexes entraînant à leur tour, sous l'effet des hormones sexuelles en particulier, une véritable métamorphose. Au cours d'une période de deux à trois ans, parfois moins, un enfant peut devenir méconnaissable tant pour son entourage que pour lui-même. Ce changement va profondément modifier son fonctionnement affectif et intellectuel, son champ d'expérience, son système relationnel et ses comportements sociaux. L'adolescence est une période cruciale dans le développement de la personnalité du jeune, comme en témoigne l'apparition de certains troubles mentaux à cet âge.

Les causes des grandes crises de certains adolescents sont multiples mais restent généralement liées à une situation familiale difficile (structures éclatées, inceste...)

Reste que toute « crise d'adolescence » ne relève pas nécessairement de la pathologie mentale. Elle est une étape dans la construction d'une personnalité adulte

1. Le mal être de l'adolescence

A l'adolescence, l'expression du mal-être et des difficultés relationnelles passe bien souvent par l'expression du corps.

Ce sont par exemple, **les plaintes somatiques** dont les troubles fonctionnels les plus couramment rencontrés sont les maux de tête, les problèmes de sommeil, les douleurs abdominales.

Les troubles des conduites occupent également fréquemment le devant de la scène clinique : conduites d'opposition plus ou moins violentes, transgressions et conduites délictueuses, ou au contraire inhibitions et retraits, fugues, retournement de l'agressivité sur le corps comme les automutilations (scarifications, brûlures de cigarettes) ou les tentatives de suicide.

A ce titre, certains accidents de la voie publique (deux roues) ou domestiques peuvent être des équivalents suicidaires lorsqu'ils sont le résultat de conduites à risques répétées.

Les diverses conduites addictives encore appelées conduites de dépendance, alcooliques, toxicomaniaques ou alimentaires - anorexie mentale et boulimie nerveuse- représentent un mode d'expression relativement fréquent des difficultés psychiques à cet âge.

Il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui est de l'ordre du développement « normal » de ce qui est de l'ordre pathologique.

L'intensité des comportements et/ou plaintes, leur répétition, leur durée, leur tolérance constituent alors des critères objectifs permettant de faire la part des choses.

La dépression s'étend de la simple morosité aux formes plus graves avec désinvestissement scolaire, fatigue permanente, tristesse, éventuellement désir de mort.

Tentative de suicide, deuxième cause de mortalité parmi les 15-24 ans

Au niveau national, le suicide **représente la deuxième cause de mortalité parmi les 15-24 ans après les accidents de la route.**

Une étude de l'INSERN montre que **les « suicidants » sont de plus en plus précoces** : les trois quarts avouent avoir essayé de mettre fin à leurs jours avant leur quinze ans. Par rapport aux autres adolescents, ils sont trois fois plus nombreux à avoir fait une fugue, ils fument et boivent davantage. Ils ont subi plus souvent des violences physiques ou sexuelles.

Malgré tout, contrairement aux idées reçues, **les jeunes suicidaires ne sont pas forcément isolés et repliés sur eux-mêmes.**

De plus, loin de fuir le contact avec le corps médical, ce sont parfois des multi-consultants qui fréquentent le médecin scolaire ou le psychiatre.

Ils peuvent s'adresser aux infirmières en étant déjà pris en charge, sans forcément le leur dire.

2. Les carences et les besoins

Sectorisation

Suivant la circulaire du 15 mars 1960, la psychiatrie publique a divisé les départements en un certain nombre de secteurs géographiques. A l'intérieur de chacun d'eux, une même équipe médico-sociale doit assurer pour tous patients une continuité des soins depuis le dépistage jusqu'à la fin du traitement.

On distingue les secteurs de psychiatrie adulte et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Dans l'évolution des institutions psychiatriques, **la prise en compte des troubles de l'adolescence a du mal à trouver sa place. Elle est encore à ce jour très incomplète et très disparate selon les secteurs.**

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Les patients reçus en psychiatrie infanto-juvénile ont généralement entre 5 et 14 ans (72%) dont 42% entre 4 et 9 ans, au détriment des 15-19 ans. **Certains secteurs de psychiatrie infanto-juvénile n'accueillent toujours pas les adolescents qui sont donc renvoyés vers le secteur de psychiatrie adulte.**

Les disparités en équipement entre les secteurs, qui sont plus importantes encore qu'en psychiatrie adulte, nuisent à l'optimisation des soins apportés aux enfants malades et tout particulièrement aux adolescents.

- La prévention et l'information insuffisantes

Les plus importants pour les jeunes, c'est la prévention, le suivi, le dépistage des souffrances psychiques et des ruptures de liens avec l'environnement familial.

Les intervenants de première ligne avec les jeunes en détresse, que sont les infirmières et les médecins généralistes, ont parfois du mal à prendre leur douleur en compte ou à les orienter vers la personne adaptée.

- Eparpillement et manque de coordination

Depuis quelques années, l'Etat reconnaît le suicide comme un problème de santé publique. Mais il y a toujours aussi peu de concertation et d'échange. A déplorer également le manque de moyens de certains services hospitaliers.

Les institutions et administrations en contact avec les adolescents et les adultes jeunes sont trop souvent isolées les unes des autres. Cette dispersion est préjudiciable à l'efficacité de chacune d'elles.

3. Les priorités

Les axes prioritaires sont les suivants :

- améliorer l'accueil aux urgences en prenant en compte la problématique de l'adolescent et en facilitant une prise en charge globale médico psycho sociale
- développer des consultations sans rendez-vous pour les adolescents
- aménager les structures existantes (soit dédiées exclusivement aux adolescents, soit recevant des adolescents en nombre important dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans les services de chirurgie ou de médecine)
- structurer un ou plusieurs pôles supplémentaires d'accueil et d'hospitalisation pour les adolescents
- développer un programme de formation pluridisciplinaire abordant à la fois les pathologies somatiques, les pathologies psychiatriques et la spécificité de l'adolescent
- développer une politique de prévention et de promotion de la santé à l'égard des adolescents

Il s'avère nécessaire de pallier les différentes difficultés auxquelles se heurtent nos pratiques soignantes : difficulté à garantir l'accessibilité aux soins, à assurer la qualité et la continuité de ceux-ci, ainsi qu'à rendre complémentaires les différentes prises en charge dans le double champ du sanitaire et du médico-social.

4. Exemples de structures et d'actions innovantes

Centre Inter Hospitalier d'Accueil Permanent pour Adolescents (CIAPA)

Le CIAPA se situe dans le XIIIème arrondissement. Il est le résultat de la mise en commun de moyens des hôpitaux de PERRAY-VAUCLUSE et de MAISON BLANCHE.

Cette structure d'accueil permanent pour adolescents en grande difficulté psychologique correspond à une nécessité de santé publique, en particulier sur la rive droite de la capitale, jusqu'à ce jour dépourvue d'un tel équipement.

66% des 15-25 ans habitent la rive droite- Une étude épidémiologique révèle que cette population est davantage en souffrance.

On constate, dans cette partie de la capitale et pour la population concernée, une difficulté d'accès aux soins.

En cas de crise, une réponse immédiate est attendue, tant par les adolescents que par leurs familles.

On constate une diversité et une complexité des situations qui nécessitent une approche clinique et une bonne connaissance de l'environnement.

La réponse proposée par le CIAPA est un accueil permanent par des spécialistes des problématiques de l'urgence, de l'adolescence et de l'ensemble des dispositifs de prise en charge.

D'une manière générale, on constate un cloisonnement des réseaux de prise en charge et la proposition d'une réponse exclusive suivant l'interlocuteur.

Selon les circonstances, un maillage avec l'Education Nationale, l'Aide Sociale à l'Enfance, la protection judiciaire de la jeunesse est assuré.

Différentes situations sont prises en charge au CIAPA, à l'inverse de structures très spécialisées, comme des accueils pour suicidants afin d'éviter une ségrégation et de souligner la singularité de certaines populations.

Le contact téléphonique initial avec le CIAPA donne lieu à une première évaluation de la situation et de son contexte. Un rendez-vous est convenu, le jeune est accueilli avec sa famille par une équipe constituée d'un médecin et d'un éducateur ou d'un infirmier.

Le contexte familial, scolaire, social, relationnel est largement pris en compte.

Le CIAPA peut être une alternative à l'hospitalisation, un accompagnement éducatif, une aide à la prise de traitement...

400 jeunes ont été accueillis en six mois, ils avaient entre 15 et 22 ans.

Les orientations vers ce lieu émanent souvent du circuit sanitaire : centre médico-psychologique, médecins libéraux, praticiens hospitaliers, à la suite de tentatives de suicides.

L'importance d'une prise en charge, suite à une tentative de suicide, est soulignée. On doit prendre en compte des gestes suicidaires même « maladroits » ou « banaux ».

Unité d'Intervention Medico-psychologique

En contact avec le Rectorat (particulièrement les services médicaux de tutelle), cette structure existe depuis 1997.

Elle intervient dans les cas d'évènements particulièrement traumatisants au sein d'un établissement scolaire tels que suicide, décès, accident d'élève..., tant auprès des élèves eux-mêmes que des personnels de l'établissement ou des parents.

Initialement, l'Unité Mobile a été agréée par le Rectorat pour intervenir dans les 225 établissements secondaires de la capitale.

Aujourd'hui, un agrément a été délivré par la D.A.S.E.S. pour d'éventuelles interventions dans les établissements primaires et municipaux. Au total ce sont donc 350 000 élèves qui peuvent bénéficier de l'intervention de cette équipe.

Il est essentiel d'assurer une prévention quand un acte suicidaire a eu lieu dans un établissement.

Les interventions se font en liaison avec les services médico-sociaux de l'établissement. Un lien est conservé au-delà de l'intervention en elle-même avec l'équipe éducative.

A l'avenir, la création d'un centre de prévention de conduites à risque est envisagée.

Actions de prévention dans les établissements scolaires menés par le secteur de psychiatrie des Buttes Chaumont (11^{ème} secteur)

La dégradation du climat scolaire et de la violence, la baisse importante de la réussite aux examens ont entraîné le conseil d'administration du lycée et collège de Bergson par exemple à solliciter le soutien et l'aide de l'équipe de l'intersecteur de pédopsychiatrie du 19^{ème} arrondissement.

Pour répondre à cette demande, et mettre en place une action efficace, il a été fait référence à une expérience du service qui a débuté il y a plus de 10 ans en direction de la petite enfance (PMI, crèches,...).

Ce travail consiste en des réunions mensuelles où participent l'ensemble des personnels des crèches de l'arrondissement avec des représentants de l'équipe de secteur psychiatrique formés à la dynamique de groupe, ayant une formation psychanalytique et de plus une bonne connaissance de la clinique pédopsychiatrique.

Lors de ces réunions, les personnels de la petite enfance évoquent les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge d'un enfant, ou des difficultés qu'ils peuvent avoir avec les parents de cet enfant.

Les échanges autour d'informations cliniques et d'analyse des interactions entre les personnels, les enfants, et les parents permettent aux membres de l'équipe pédopsychiatrique d'analyser ces contenus et d'apporter un éclairage différent et complémentaire à ce qui a pu être dit jusque-là.

Les interventions permettent souvent d'entraîner une résolution des difficultés et des situations de crises rencontrées dans les crèches ou les consultations pédiatriques.

L'efficacité de ce dispositif a permis de le proposer au lycée et au collège de Bergson avec certains aménagements dûs à l'âge des élèves : préadolescents et adolescents, et de l'organisation différente des établissements scolaires.

Ce dispositif consiste en des réunions mensuelles d'une heure trente : la participation à ces rencontres est basée sur le volontariat des enseignants, d'autant plus que cela a **lieu après le temps scolaire**. L'ensemble de l'équipe pédagogique, ainsi que le service médical et social, assiste à ces réunions.

L'engagement de la hiérarchie, présente à ces réunions, permet une participation au même titre que l'ensemble des participants, sans rapport d'autorité, afin de permettre une libre circulation de la parole.

Un strict respect d'éthique prédomine avec protection du secret des enfants. Les familles sont informées de l'organisation de cette réflexion.

A chaque réunion sont présentées une ou deux situations auxquelles sont confrontés les enseignants. Une analyse est faite par l'ensemble des intervenants (enseignants, médecins, infirmiers, cadres pédagogiques).

Une approche psychopédagogique est apportée par chacun des membres du groupe et des informations complémentaires sont données par le service médical et social.

Les intervenants de l'équipe pédopsychiatrique apportent également des éclairages et des interprétations permettant aux enseignants de percevoir et de comprendre autrement les attitudes et les comportements des élèves. Les interprétations et ces informations permettent souvent aux enseignants de réaménager leur attitude face aux élèves et de permettre la résolution de nombreuses crises.

Le travail de résolution des difficultés à travers ces réunions fait partie d'un travail de prévention. L'efficacité de ce travail est due à :

- **une meilleure circulation de la parole au sein de l'équipe**
- **une prise en compte collective, des difficultés de chaque enseignant**
- **la place de chaque membre de l'équipe qui est mieux identifiée**

Ces rencontres permettent un partage des rôles avec une plus grande efficacité dans les interventions et le respect du rôle de chacun, aussi bien par l'ensemble de l'équipe pédagogique que par l'ensemble des élèves.

Les interventions pédopsychiatriques permettent à la fois une meilleure **compréhension des inter-relations qui se jouent au sein de l'établissement, mais en même temps permettent une formation psychologique des enseignants dans un cadre informel et expérimental exceptionnel.**

Au-delà des actions de prévention, des indications thérapeutiques sont proposées pour compléter ce dispositif d'aide aux établissements scolaires.

Les élèves en souffrance et présentant une pathologie réelle sont adressés dans les CMP, lieux de soins du secteur pour une prise en charge qui est mise en route rapidement.

Ces soins sont organisés par un éducateur et une psychologue ou un psychiatre. Une consultation d'évaluation permet d'orienter l'adolescent vers :

- un suivi psychothérapique
- un suivi psychothérapique et éducatif
- une prise en charge essentiellement éducative sous le contrôle d'un psychothérapeute

Conclusion :

Grâce à ce type de dispositif, ont été mis en évidence **de nombreux problèmes de violence, de dysfonctionnements ou de difficultés qui ont pu se résoudre pour un certain nombre d'enfants.**

Le repérage de troubles psychiatriques qui a permis des prises en charge rapides dans les lieux de soins.

L'attention des enseignants se fait plus attentive sur les problèmes des adolescents, sans sortir de leur cadre pédagogique.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ **Améliorer l'accueil aux urgences en prenant en compte la problématique de l'adolescent et en facilitant une prise en charge globale médico-psycho-sociale**
- ❖ **Développer des consultations sans rendez-vous pour les adolescents**
- ❖ **Aménager les structures existantes (soit dédiées exclusivement aux adolescents, soit recevant des adolescents en nombre important dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans les services de chirurgie ou de médecine)**
- ❖ **Structurer un ou plusieurs pôles supplémentaires d'accueil et d'hospitalisation pour les adolescents**
- ❖ **Développer un programme de formation pluridisciplinaire abordant à la fois les pathologies somatiques, les pathologies psychiatriques et la spécificité de l'adolescent**
- ❖ **développer une politique de prévention et de promotion de la santé à l'égard des adolescents**
- ❖ **Favoriser le travail en réseau des différents partenaires médicaux et sociaux**

CHAPITRE III

La Précarité : l'alcoolisme et les conduites addictives

A. L'Alcoolisme

1. Une situation inquiétante

Selon le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), **on compte dans notre pays 5 millions de buveurs excessifs, soit 15% des plus de dix-huit ans**. Sont considérés comme buveurs excessifs pour les hommes, ceux qui consomment cinq verres ou plus de vin par jour (16% des Français) et pour les femmes, celles qui consomment trois verres ou plus de vin chaque jour (5% des Françaises)

Les alcoolo-dépendants sont ceux qui ont besoin de recourir à l'alcool, faute de quoi ils ressentent des troubles somatiques. Sur une population de 43 millions de personnes, on compte 1.5 à 2 millions d'alcoolo-dépendants, **soit 5% de la population adulte**.

La prise en charge de l'alcoolisme chez un malade schizophrène est très difficile. Le traitement de l'un et de l'autre ne peut être dissocié. Seule une prise en charge globale paraît efficace.

2. La dépendance alcoolique

L'alcoolisme est un mal « familial ». Cette pulsion incontrôlable de boire affecte le buveur mais également toutes ses relations. On estime à 5 millions le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques et sociales liées à leur consommation d'alcool.

C'est une maladie qui peut amener au suicide, à des accidents de la circulation, à des risques de cancers des voies aérodigestives, des cirrhoses du foie et à des décès.

Dans près de 40% des cas, les responsables d'accidents mortels présentent une alcoolémie supérieure à la normale.

L'alcool est responsable de crimes et délits et de maltraitance d'enfants et de conjoints.

En France, la consommation d'apéritif et d'alcool a tendance à augmenter alors que celle des vins diminue.

L'alcool fait partie de notre histoire, de notre civilisation, participe à toutes les cérémonies, à toutes les fêtes. C'est un facteur d'adaptation sociale, de convivialité.

Chez un très jeune, l'alcool est souvent absorbé pour son action anxiolytique immédiate. Le jeune calme ses angoisses, sa déprime, ses incertitudes ou son stress par l'absorption. Il a l'impression d'appartenir à un groupe.

Les facteurs de personnalité sont à l'origine du comportement alcoolique : vulnérabilité, immaturité, dépendance affective.

L'alcoolisme aux yeux de la société est perçu comme une faute morale, pas comme une maladie. Le cheminement pour comprendre que le malade a besoin de boire et qu'il ne peut pas contrôler sa consommation est long.

Après avoir bu par plaisir, pour augmenter sa joie de vivre, le malade connaît la période noire lorsqu'il devient dépendant de l'alcool.

L'alcool augmente alors la fatigue, la dépression, les douleurs. Le malade se laisse aller, il devient irritable, coléreux, mais recherche toujours son plaisir du début. Il boit maintenant pour lutter contre les tremblements, les vomissements...

S'il reconnaît sa maladie et sa dépendance et s'il le désire vraiment, l'alcoolique a des chances de s'en sortir mais il n'en aura pas la force seul. Il aura besoin de soutien. Or très peu d'aides existent et le chemin pour accéder au sevrage est semé d'embûches.

3. Les lacunes dans le système actuel :

- Pas assez d'établissements de cure et de post-cure et délai d'attente trop long (deux mois environ) pour accueillir rapidement un malade qui a un besoin immédiat de se faire soigner. Certains établissements n'acceptent que les malades sevrés
- Les hôpitaux généraux, qui devraient remplir le rôle du sevrage, rejettent les admissions en urgence pour les malades en état d'ébriété. Ils sont renvoyés chez eux, même si leur demande est pressante et désespérée
- Trop de laxisme à l'intérieur des établissements de cure et post-cure, car trop souvent l'alcool circule dans les chambres des malades
- Manque de soutien et d'accompagnement du malade et de sa famille pendant les années noires et après la cure. Le malade est fragilisé physiquement et psychologiquement et ne peut pas assurer seul toutes les démarches à effectuer
- Désespoir et solitude sont d'autant plus grands qu'ils sont accompagnés d'un sentiment de honte, de peur du jugement et du regard d'autrui
- Les médecins de famille n'informent pas assez le malade et sa famille sur l'existence des groupes d'anciens buveurs avec adresses et numéro de téléphone, car c'est une aide très précieuse et très efficace. Les généralistes ne sont pas assez formés
- Pas assez de médecins alcoologues et psychologues spécialisés dans ce domaine. Ils ne tiennent pas suffisamment compte de la souffrance extrême des familles qui côtoient le malade
- Manque de campagnes d'information en direction du grand public pour faire connaître cette maladie et comprendre ceux qui en sont victimes
- Trop de tentations aussi bien publicitaires que dans les magasins. Le rayon alcool devrait être situé au fond du magasin et l'échantillonnage de flashes d'alcool devant les caisses devrait être déplacé. Le flash d'alcool est très utilisé par les très jeunes pour son prix modique et pour sa facilité à le cacher dans une poche

- Réglementation des débits de boissons, notamment dans les stations services où l'alcool se vend librement à toute heure du jour et de la nuit (principalement la bière)
- Prévention en milieu scolaire.

4. Les faiblesses du dispositif actuel de prévention

- Des moyens faibles, des acteurs dispersés

Il est difficile d'avancer une évaluation des moyens financiers et humains consacrés à la prévention de l'alcoolisme dans notre pays, tant ceux-ci sont dispersés entre une multiplicité d'acteurs et d'actions.

L'Etat, les organismes nationaux et locaux d'assurance maladie, le Comité Français pour l'Education et la Santé (CFES), le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), les associations, les producteurs... tous participent à une politique de prévention avec plus ou moins de succès et, en tout état de cause, avec peu de cohérence en l'absence de coordination entre eux.

Les crédits budgétaires gérés pour la lutte contre l'alcoolisme sont essentiellement dédiés au financement du « dispositif spécialisé » d'accompagnement et de traitement des maladies alcooliques.

Il est regrettable de noter un tel éparpillement des acteurs et des moyens de la prévention de l'alcoolisme. Cette situation porte en fait préjudice à la politique de prévention menée dans notre pays, en l'absence de coordination de tous les intervenants et de ligne directrice claire. Il peut en résulter des messages contradictoires voire contre-productifs vis-à-vis de certains groupes de population, tels que les jeunes partagés entre discours culpabilisants et responsabilisants.

- L'indispensable éducation sanitaire

Il est nécessaire de mettre en place une politique de prévention dont la maîtrise reviendrait à l'Etat, qui doit en assumer toute la responsabilité.

Cette nécessité pose le problème du rôle de l'école. La situation existante montre que beaucoup de progrès restent à faire pour renforcer ce rôle essentiel.

5. Dispositions nécessaires à mettre en œuvre

◆ Alcoolisme des jeunes

- créer une structure spécifique d'observation de l'alcoolisme des jeunes
- rendre effective l'interdiction de vente aux mineurs et porter l'âge de l'interdiction à 18 ans

◆ La prévention et l'éducation sanitaire

- privilégier les actions dirigées vers les « buveurs excessifs »

- adapter les campagnes nationales aux situations locales
- viser l'ensemble des dépendances (tabac, drogues, alcool, médicaments)
- mettre fin à l'éparpillement des acteurs et des moyens
- mettre en place des campagnes de prévention
- ne pas laisser aux producteurs de boissons alcooliques la définition du contenu et la mise en œuvre des campagnes de prévention
- intégrer l'éducation à la santé dans les programmes de l'enseignement scolaire
- assurer à tous les professeurs d'école une formation initiale et continue à l'éducation sanitaire
- donner aux médecins et infirmiers scolaires un rôle de soutien aux enseignants et d'alerte sur les conduites à risques
- évaluer systématiquement les actions de prévention

B. La toxicomanie et les conduites addictives

Le terme de toxicomanie tend à la désuétude. On préfère parler de nos jours d'usage de **drogues** (dans une vision purement descriptive, sans préjuger du mode d'usage et notamment de son caractère pathologique ou pas) ou **d'addiction** (concept très extensif qui déborde largement le champ de l'usage, de l'abus et de la dépendance à des substances psychoactives : drogues illicites ou stupéfiants, alcool, médicaments psychotropes, tabac...).

Le terme d'addiction a d'abord été employé par des auteurs anglo-saxons comme synonyme de toxicomanie. Puis, son utilisation s'est étendue progressivement à d'autres catégories clinique qui présentaient des similitudes avec cette dernière. On peut en proposer la définition suivante : "processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives". (Goodman)

Ce concept déborde en effet largement les comportements de consommation de substances psychoaffectives et englobe ce qu'on peut appeler "**toxicomanies sans drogue**" : anorexie/boulimie, jeu pathologique, addiction sexuelle, achats compulsifs, addiction au travail...

Son champ d'application particulièrement large, voire ouvert, fait à la fois l'intérêt et pose les limites de ce concept. Les risques de son utilisation abusive sont :

- d'une part, la banalisation de la toxicomanie et l'oubli de la tragédie de l'existence du toxicomane (et au-delà, la dissolution de la spécificité de chaque type d'addiction)
- d'autre part, la "pathologisation" d'habitudes plutôt anodines

La spécificité de la toxicomanie résulte bien moins de la nature des substances en cause (drogues licites/illicites) que des caractéristiques socio-culturelles des toxicomanes et surtout le mode d'être au monde de ces derniers.

Introduction

La toxicomanie comme une conduite de consommation de substances psychoactives suffisamment puissantes ou utilisée de telle manière qu'elles entraînent une modification notable de l'état de conscience, qui représente sinon la seule, du moins la préoccupation principale du sujet, et envahit progressivement la quasi-totalité de son existence. Elle résulte de "la rencontre entre une personnalité, un produit et un moment socio-culturel" (C. Olievenstein). Il s'agit en effet d'un domaine extrêmement complexe, multifactoriel avec des déterminismes de niveaux très différents (neuro-biologiques, psychopathologiques, socio-culturels, anthropologiques ou sens large).

Une des caractéristiques les plus saillantes des toxicomanies actuelles est leur dimension stigmatisante qui s'accompagne de marginalité, si ce n'est bien souvent d'exclusion et de grande précarité.

En effet, l'usage de certaines substances psychoactives dites stupéfiants et utilisées par les toxicomanes est prohibé. **Ce qui fait des toxicomanes, des délinquants.** L'ensemble de la législation concernant les stupéfiants (usage et trafic), constitue en France un droit d'exception, tant en ce qui concerne les procédures que les peines. Notamment l'usage de stupéfiants représente le seul exemple où on risque une peine de prison (jusqu'à un an) pour avoir fait libre usage de son corps, sans nuisance pour autrui. Ceci est contradictoire avec les droits élémentaires de l'être humain. Il apparaît par ailleurs de plus en plus clairement que les raisons du statut légal ou illégal d'une substance sont beaucoup moins d'ordre scientifique que culturel.

Epidémiologie

On date l'apparition de la toxicomanie moderne, telle que nous la connaissons aujourd'hui, au XIX^e siècle. Elle résulte à la fois de l'évolution socio-culturelle générale de nos sociétés occidentales, des avancées des recherches médicales et des tentatives de contrôle et d'interdiction.

Le caractère clandestin de l'usage de substances illicites entraîne une difficulté de quantification. Une grande part des données disponibles sont de sources institutionnelles qu'elles soient policières, judiciaires, sociales, sanitaires...

a - prévalence

On estime le nombre de toxicomanes en France de 200 000 à 300 000 personnes; 160 000 à 170 000

d'entre elles pouvant être dites "à problème" car repérées par le système répressif et/ou ayant recours au système sanitaire et social.

Les toxicomanies sont quantitativement très minoritaires dans la population générale, mais représentent des modes très "pathologiques" d'usage de substances psychoactives.

Le recours des toxicomanes au système sanitaire et social augmente régulièrement depuis dix ans. Il a lieu beaucoup plus souvent auprès des centres spécialisés que des établissements sanitaires et sociaux non spécialisés. En 1997, près de 60 000 toxicomanes étaient pris en charge dans les centres spécialisés.

b - caractéristiques socio-économiques

Il s'agit d'une population :

- de sexe masculin très majoritairement : 72%
- de 30 ans d'âge moyen
- ayant souvent des enfants : 29%
- inactive à 69% (dont 31% de bénéficiaires du RMI)
- sans couverture sociale à 6%
- ayant majoritairement été incarcérée au moins 1 fois : 53%
- ayant parfois recours, au moins occasionnellement, au travail sexuel (39% des femmes).

c - produits consommés et modes d'usage

- il s'agit majoritairement de polytoxicomanies, avec recours régulier à au moins deux substances de classes différentes : 54%
- les produits principaux, à l'origine de la prise en charge :
 - . opiacés : 70%
 - . cannabis : 18%
 - . benzodiazépines et autres tranquillisants : 7%
 - . cocaïne : 4%
- les produits associés :
 - . cocaïne : 20%
 - . cannabis : 19%
 - . alcool : 16%
 - . benzodiazépines : 12,5%
 - . 14% ont actuellement recours à l'injection intraveineuse et près de 50% y ont déjà eu recours.

Il faut souligner l'apparition, depuis la diffusion des traitements de substitution -et particulièrement du Subutex-, d'un marché clandestin non négligeable de ce dernier et d'un nombre important de toxicomanes l'utilisant comme produit principal souvent associé aux benzodiazépines et à l'alcool, à des doses plus ou moins élevées et dans nombre de cas par voie intraveineuse.

d - mortalité

Le nombre de décès par surdosage diminue fortement depuis 1994. Il était estimé à 300 en 1997 et à environ 150 en 1998. Le nombre de décès liés au SIDA était de 300 en 1997.

e - morbidité

- VIH :

- 12 à 16% sont séropositifs
- 27% ne connaissent pas leur statut sérologique

- hépatite C :

- 52 à 66% sont séropositifs
- 33% ne connaissent pas leur statut sérologique

- autres : tuberculose, maladies sexuellement transmissibles, septicémies, infections veineuses...

- la comorbidité psychiatrique est particulièrement importante.

f - répartition géographique

La répartition géographique des toxicomanes sur le territoire français n'est pas homogène. On peut identifier quatre régions à forte prévalence : Paris et sa région, le Nord, le Nord-Est, la Côte méditerranéenne ; ces régions ont pour caractéristique commune d'être constituées des départements les plus peuplés et/ou d'être situées dans des zones frontalières.

En ce qui concerne la prévalence de l'infection à VIH parmi les toxicomanes, l'Ile-de-France vient en 3^e position (19%), après la Corse (31%) et la région PACA (21%)

La prise en charge

On assiste ces dernières années à un changement important des modalités de prise en charge des toxicomanes avec la mise en place de la politique dite de réduction des risques et notamment la diffusion des traitements de substitution : surtout le Subutex (mis sur le marché en janvier 1996) et à un degré moindre, la méthadone (délivrance en officine depuis l'automne 1995).

a - le dispositif spécialisé

Dès la promulgation de la loi du 31 décembre 1970, relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie qui prévoit entre autres le cadre de la prise en charge des toxicomanes, l'Etat a dressé une liste des établissements agréés à cette fin. Mais le secteur sanitaire traditionnel se montrant, dans l'ensemble, réticent à accueillir les toxicomanes, un dispositif de soins spécialisés se crée et se développe. **Le secteur associatif en représente la partie majeure (2/3)**. Il est financé par la Direction Générale de la Santé (D.G.S.) et constitué de Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) avec ou sans hébergement, au nombre d'environ 250.

La loi du 31 décembre 1970 édicte les grands principes de la prise en charge des toxicomanes : **volontariat, anonymat et gratuité**. Il est en effet très généralement admis, qu'en la matière, le volontariat du sujet représente la condition première de toute intervention thérapeutique et même dans les situations de contrainte, la première étape de la prise en charge consiste à établir le cadre d'une relation librement acceptée par le sujet. De plus, **les toxicomanes qui demandent spontanément une prise en charge peuvent bénéficier de l'anonymat et de la gratuité des soins**.

Les centres de soins en ambulatoire

ils assurent :

- accueil et orientation,
- consultations médicales, suivi psychologique, accompagnement social et éducatif,
- sevrage ambulatoire et accompagnement du sevrage en milieu hospitalier
- traitement de substitution.

Les centres de soins avec hébergement collectif

- centres thérapeutiques résidentiels : ex- centres de post-cure

- apportent aide psychologique, éducative, sociale, et parfois médicale pour favoriser l'autonomie et la réinsertion,
- accueillent de 8 à 20 personnes, pour des durées de trois mois à un an
- Il existe environ 800 places disponibles en France

- centres thérapeutiques communautaires

- thérapie par la communauté dans laquelle la vie collective et ses lois sont considérées en elles-mêmes comme thérapeutiques pour conduire le toxicomane vers la réinsertion socio professionnelle et affective,
- durée de séjour de un à deux ans.

Les centres de soins en milieu pénitentiaire

Les familles d'accueil

Elles représentent une modalité thérapeutique spécifique à la France et sont rattachées à des centres de soins ambulatoires. L'objectif est la réinsertion sociale et affective. Les modalités et notamment les durées de séjours sont souples et variables.

Les appartements thérapeutiques-relais

Ils sont également gérés par des centres spécialisés et visent à favoriser l'autonomisation et la réinsertion. Il existe des appartements thérapeutiques collectifs ou individuels de durée d'occupation plus ou moins longue.

Les hébergements de transition ou d'urgence

Il est à noter qu'il existe en France seulement quatre "unités d'hospitalisation spécifique" réservées aux toxicomanes et effectuant une prise en charge globale de ceux-ci, dont le Centre Médical Marmottan à Paris.

b - le dispositif général

L'hôpital général

- les services d'urgences sont fréquentés par les toxicomanes à des occasions très diverses (surdosages, problèmes somatiques autres, situation de manque...)
- tout établissement hospitalier situé dans une ville de plus de 50 000 habitants, a l'obligation de **réserver trois à cinq lits au sevrage des toxicomanes**.
- depuis 1996 se mettent en place des équipes de liaison et de soins aux usagers de drogues au sein des centres hospitaliers (équipes de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues dans les hôpitaux de l'Assistance Publique), qui ont pour mission : d'assurer la prise en charge des toxicomanes hospitalisés pour une pathologie somatique ou un sevrage en collaboration avec les différents services, de former les équipes soignantes et d'organiser les relations en amont et en aval de l'hospitalisation.

Le secteur psychiatrique

Il a une place légitime dans la prise en charge, non seulement au regard de la toxicomanie elle-même mais aussi des troubles psychiatriques associés.

Les médecins généralistes

Ces dernières années, on assiste à une augmentation importante de la fréquentation des généralistes par les toxicomanes.

Des réseaux Ville-Hôpital Toxicomanie se créent et ont pour mission d'assurer dans une même zone géographique, la liaison et la continuité des soins entre les différents acteurs de la prise en charge : services hospitaliers, médecins généralistes, pharmaciens, Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), services sociaux...

Il existe aussi des groupes d'entraide constitués exclusivement de sujets dépendants ou anciennement dépendants qui fonctionnent sur le modèle des groupes de parole : Narcotiques Anonymes.

c - la question de la comorbidité

La comorbidité correspond à l'association d'au moins deux pathologies chez un même patient.

comorbidité somatique :

Les toxicomanes représentent une population à l'état de santé précaire présentant fréquemment des pathologies somatiques :

- « communes », pouvant être favorisées ou exacerbées par le mode de vie telles que tuberculose, carences nutritionnelles, pathologies dermatologiques infectieuses...
- « spécifiques » liées aux effets propres des substances utilisées, des addictifs ainsi qu'aux modalités d'administration de ces substances, telles qu' abcès, septicémies, phlébites...

comorbidité psychiatrique :

La comorbidité psychiatrique est particulièrement fréquente dans la toxicomanie. Elle pose des difficultés d'ordre conceptuel quant aux inter-relations entre usage de substances psychoactives et troubles mentaux et d'ordre pratique quant à la prise en charge de ces situations. La prise en compte de la comorbidité psychiatrique oriente de façon notable la prise en charge du toxicomane.

Six possibilités d'associations peuvent être imaginées :

- le trouble mental est la conséquence directe de la consommation des substances psychoactives
- le trouble mental modifie l'évaluation de la toxicomanie
- la consommation de substances psychoactives est secondaire à un trouble mental ou un trouble de la personnalité
- la consommation de substances psychoactives modifie l'évaluation du trouble mental
- le trouble mental et la toxicomanie coexistent simplement

Les pathologies psychiatriques le plus souvent associées sont :

- ♦ les troubles de la personnalité
 - la psychopathie en premier lieu (passages à l'acte plus ou moins violents)
 - la personnalité limite (haut risque de dépression et de suicide)
 - la personnalité narcissique
- ♦ les troubles de l'humeur
 - la dépression :

- elle est fréquente, corrélée à un niveau de dépendance élevée et/ou une polytoxicomanie
- elle peut précéder, accompagner ou succéder l'usage de drogues
- elle peut être plus ou moins bruyante et revêtir des aspects sémiologiques particuliers

- les troubles bipolaires :

- ils sont relativement fréquents
- l'usage de drogues intervient surtout en phase maniaque ou hypomaniaque

- les troubles anxieux

il peut s'agir d'attaques de panique, de phobie sociale, d'anxiété généralisée, d'états de stress post-traumatiques

- la schizophrénie

il existe une inclination particulière à l'automédication chez les schizophrènes (opiacés, stimulants...). L'usage de drogues peut parfois masquer la psychose mais peut aussi en exacerber la symptomatologie

- le suicide

la toxicomanie est corrélée à la fréquence et à la gravité médicale des tentatives de suicide ainsi qu'aux suicides réussis

- les troubles du comportement alimentaire

la boulimie en particulier.

Les toxicomanes, patients souvent particulièrement "difficiles," font peur à la plupart des équipes de psychiatrie qui sont réticentes à les accueillir et à les prendre en charge. Or cette prise en charge psychiatrique est parfois nécessaire. On peut distinguer différentes situations :

- il peut s'agir de toxicomanes pris en charge par le dispositif spécialisé, présentant une pathologie psychiatrique aiguë (syndrome confusionnel, bouffée délirante, dépression...) qui nécessite une hospitalisation; il appartient alors au secteur psychiatrique de répondre à la situation aiguë, la prise en charge à long terme restant dévolue au dispositif spécialisé
- il peut s'agir de toxicomanes présentant une pathologie psychiatrique chronique :
 - si le trouble psychiatrique est relativement stabilisé et passe, de par ses manifestations, au

second plan par rapport à la toxicomanie, le patient peut être pris en charge par un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST)

- si le trouble psychiatrique occupe le premier plan du tableau clinique, la prise en charge au long cours par le secteur psychiatrique semble la plus adéquate, le dispositif spécialisé pouvant intervenir ponctuellement le cas échéant.

Prévention

Les objectifs de la prévention sont multiples :

- éviter l'initiation, c'est-à-dire la première prise de substance (c'est la prévention primaire)
- éviter le passage de l'usage à l'abus et de l'abus à la dépendance (prévention secondaire)
- éviter l'apparition des complications des toxicomanies (prévention tertiaire- réduction des risques)

Pour remplir ces objectifs, différents types d'actions sont envisageables :

a- réduire l'offre

- lutter contre le trafic de stupéfiants
- éviter la commercialisation des médicaments susceptibles de se montrer toxicomanogènes
- modérer les prescriptions de tranquillisants et d'hypnotiques

La portée et l'efficacité de ce type d'actions restent limitées.

b- réduire la demande

Les motivations de la consommation doivent être placées au centre de la démarche de prévention qui doit alors être envisagée de façon plus globale et s'inscrire dans le cadre d'une véritable éducation à la santé. Ce type de prévention est l'affaire de tous et il s'agit donc de susciter et de soutenir des relations entre la famille, l'école, les groupes de parents et le voisinage.

Dans ce cadre, les actions de prévention dépassent souvent le cadre strict de la lutte contre la toxicomanie car les facteurs de risque de cette dernière ne sont pas spécifiques :

- facteurs de personnalité : prise en charge précoce des difficultés psychologiques des enfants et adolescents
- facteurs familiaux : soutien socio-éducatif
- facteurs environnementaux et sociaux : Politique de la Ville

c- réduire les risques

La politique de réduction des risques et des dommages liés à la toxicomanie s'est imposée depuis quelques années face à l'épidémie du SIDA et de l'hépatite C, ainsi qu'au développement de l'exclusion sociale chez les toxicomanes.

Les moyens de cette politique sont :

- l'information sur les risques liés à l'usage de drogues et le cas échéant sur les moyens de les supprimer ou de les réduire
- la mise en vente libre des seringues, les programmes d'échange de seringues
- la création de "boutiques", lieux d'accueil destinés aux toxicomanes les plus marginalisés et qui ne sont pas prêts à entrer dans une démarche de soins
- les traitements de substitution ...

Points de vue des médecins

Il existe inévitablement des oppositions entre cliniciens qui s'intéressent à des individus singuliers souffrants et spécialistes de santé publique qui s'intéressent à des comportements de masse. Les interventions centrées sur la relation entre un soignant ou une équipe soignante et un patient ont un coût supposé élevé. De nos jours c'est l'économie qui dicte les politiques de santé publique et celles-ci tendent, par conséquent, à privilégier des formes plus collectives d'intervention.

En ce qui concerne la toxicomanie, la politique actuelle, prenant argument sur la notion de conduites addictives entendue de façon restrictive (abus et dépendances aux substances psychoactives) tend à regrouper la prévention et le traitement de l'ensemble des usagers des produits psychoactifs quel qu'en soit le statut juridique : drogues illicites, alcool, tabac, médicaments psychotropes. Or, force est d'admettre que, même s'il existe des similitudes entre les différentes addictions à des substances psychoactives, celles-ci posent des problèmes cliniques, c'est-à-dire pratiques, tout-à-fait différents. Par conséquent, même s'il peut être légitime de regrouper la réflexion concernant les addictions à des substances psychoactives (mais aussi les autres types d'addiction) et leur prévention, il semble néfaste de vouloir en regrouper la clinique et la thérapeutique. Tout ceci devrait tout d'abord inciter à mettre fin à la pénalisation de l'usage de certaines substances psychoactives, alors même qu'elles se montrent parfois bien moins dangereuses que l'alcool ou le tabac.

Dans le cadre de cette politique de santé publique, il est reproché au dispositif spécialisé de centrer son approche non pas sur les comportements mais sur les substances et de limiter ses interventions au champ de compétence qui lui est assigné (prise en charge du toxicomane consommant des drogues illicites). Ces critiques sont injustifiées car le toxicomane est défini non pas par le statut légal des produits qu'il utilise mais bien par sa conduite et plus encore par son mode d'être au monde. C'est pour cette raison précisément qu'il semble y avoir peu de ressemblances sur le plan clinique entre un héroïnomane et un fumeur de tabac par exemple, alors même que cette ressemblance peut être importante entre un cocaïnomanne et un joueur pathologique par exemple. Du reste, les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) prennent en charge un grand nombre de cas où il existe un abus, voire une dépendance à l'alcool plus ou moins associés à d'autres substances et, où l'addiction a pour objet des médicaments psychotropes (le nombre de ces cas ne cesse d'augmenter).

Les CSST ont besoin de moyens pour pouvoir continuer à assumer des soins de qualité et développer des actions innovantes. Ils doivent pouvoir travailler dans un contexte serein, sans menace constante de réduction budgétaire.

NOTRE ACTION

QUESTION ÉCRITE N°58018 ADRESSÉE à Monsieur Bernard KOUCHNER, MINISTRE DÉLÉGUÉ à la SANTÉ

M. Michel CHARZAT appelle l'attention de M. le ministre délégué à la santé sur la loi du 10 janvier 1991, dite loi EVIN, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et ses améliorations nécessaires. Après dix ans d'existence, cette loi mériterait en effet d'être complétée en matière de lutte contre l'alcoolisme. On estime à cinq millions le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques et sociales liées à leur consommation d'alcool. Même si la consommation annuelle est passée de 30 litres par personne en 1960 à 17 litres aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que la France est un des principaux pays de l'Union Européenne où la consommation reste la plus importante. Notons aussi qu'une personne hospitalisée sur cinq a un lien avec l'alcool. Dans plus de 40% des cas, les responsables d'accidents mortels représentent une alcoolémie supérieure à la normale. Ce fléau touche une population de plus en plus jeune et il apparaît que, si 75% des douze à dix-neuf ans ont déjà consommé de l'alcool, 3% de la population générale des adolescents peut-être considérée comme à haut risque de dépendance. D'où la nécessité d'une réelle prévention en milieu scolaire.

Il lui demande quelles mesures peuvent être envisagées pour renforcer les moyens mis à la disposition des élèves au niveau du personnel médical spécialisé et de l'information sur les risques encourus et sur les organismes pouvant leur apporter un soutien. Il lui demande également s'il serait envisageable de lancer une campagne d'information en direction du grand public pour faire connaître cette maladie et mieux comprendre ceux qui en sont victimes.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ **Lancer une campagne d'information** en direction du grand public pour faire connaître ces maladies, les risques encourus et mieux comprendre ceux qui en sont victimes

A. L'ALCOOLISME

- ❖ Développer les actions de prévention en milieu scolaire
- ❖ Renforcer les équipes médicales spécialisées au sein des établissements scolaires
- ❖ Favoriser le travail en réseau
- ❖ Revoir à la baisse le prix de vente des boissons non alcoolisées, plus coûteuses pour les jeunes que les flashes d'alcool

B. LA TOXICOMANIE ET LES CONDUITES ADDICTIVES

- ❖ Pour combattre la stigmatisation et l'exclusion des toxicomanes, pour mettre fin à la répression de l'usage simple de stupéfiants, nécessité d'ouvrir une réflexion sur une réglementation de la production, de la commercialisation et de l'usage des différents stupéfiants (particulièrement en ce qui concerne le cannabis)
- ❖ Développer les actions préventives visant à réduire la demande de drogues (information objective, éducation à la santé...) plutôt que celles visant à en réduire l'offre, c'est-à-dire la répression d'efficacité manifestement insuffisante mais mobilisant des moyens financiers et humains considérables
- ❖ Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce (rôle des médecins généralistes et des services d'urgences)
- ❖ Améliorer l'accès aux soins des toxicomanes à l'hôpital général et plus particulièrement dans les

services d'urgence

- ❖ Mieux accueillir les toxicomanes dans les services de psychiatrie et développer la collaboration entre le dispositif spécialisé et le secteur psychiatrique
- ❖ Mieux former et soutenir les médecins généralistes désireux de s'impliquer dans la prise en charge des toxicomanes
- ❖ Nécessité au sein du dispositif spécialisé :
 - de remédier à la sous-médicalisation
 - de mieux prendre en charge les usagers de drogues "nouvelles" (ecstasy, LSD, GHB...)
 - de créer des hôpitaux de jour et d'autres structures innovantes
- ❖ Développer la recherche sur le plan de l'épidémiologie, de la neurobiologie et surtout la recherche clinique en ce qui concerne la toxicomanie mais aussi les addictions au sens large (y compris celles qui ne font pas intervenir les substances psychoactives)

CHAPITRE IV Petite Enfance

1. Présentation des lieux de soins

Dans le 20^{ème} arrondissement, les soins pédopsychiatriques sont organisés autour de l'intersecteur de Psychiatrie infanto-juvénile rattaché à l'Assistance Publique (Hôpital Robert Debré) : le Centre Médico-Psychologique, Square des Cardeurs d'une part, et de quatre autres lieux de consultation du secteur public ou privé d'autre part :

- le Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique (CAPP) rue Paul Meurice
- le Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique (CAPP) rue des Panoyaux
- le Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) rue de Bagnolet
- le Centre Médico Psychologique (CMP) de la Croix Saint Simon, rue d'Avron

Le CMP Square des Cardeurs est sectorisé (il accueille des enfants domiciliés ou scolarisés dans le 20^{ème} arrondissement). Les enfants accueillis ont entre 0 et 16 ans.

Les CAPP sont des structures financées par le Département et l'Education Nationale. Elles s'inscrivent théoriquement dans une démarche préventive et non de soins, bien qu'en pratique les enfants y bénéficient de prises en charges thérapeutiques. Les enfants accueillis ont entre 3 et 17 ans.

Le CMPP de la Croix Saint-Simon fait partie du pôle de Pédopsychiatrie de la Croix Saint Simon comportant également un Hôpital de Jour pour enfants présentant des troubles graves de la personnalité et des psychoses ou autismes, sous tutelle de la DDASS uniquement. Il fait partie des établissements participant au Secteur Public Hospitalier. Les enfants ont entre 0 et 18 ans.

Les CAPP et CMPP ne sont pas sectorisés, c'est-à-dire qu'ils n'accueillent pas que des enfants dont les parents habitent le 20^{ème} arrondissement, alors que les deux CMP le sont.

La structure Hospitalière à Robert Debré, Service de Madame le Professeur MOUREN SIMEONI, n'accueille pas que des enfants du secteur.

Il apparaît nettement que le secteur du 20^{ème} Nord est largement sous-doté en lieux de consultation et que les CMP des Cardeurs et de la Croix Saint-Simon peuvent recevoir des enfants de moins de 3 ans.

2. Quelques chiffres

2001	Age	Pics d'âge	Attente Mois/nombre	File active 2000
Cardeurs	0-16		1 mois	
Paul Meurice 172	3-17	3-4 / 7-11	3 mois / 23	244
Croix St Simon 279	0-18	1-4 / 6-11	4 mois / > 30	210
Claude Bernard	3-18	6-11	4-5 / 30	194

On relève un délai important **entre la demande et la première consultation** : ce délai est de trois mois ou plus (jusqu'à 4 à 5 mois), sauf au CMP des Cardeurs (3 à 4 semaines) ou s'il s'agit d'une demande pour des enfants de moins de 3 ans.

Toutes les structures fonctionnent avec une « liste d'attente » où sont notées les demandes par ordre chronologique, sauf sur le CMP des Cardeurs. Il y a régulièrement entre 20 et 35 enfants qui attendent un rendez-vous.

Au CMP des Cardeurs, si la consultation médicale est rapide, l'attente se retrouve pour les prises en charge individuelles en Orthophonie (1 mois), en Psychothérapie (supérieure à 3 mois), en Psychomotricité (supérieure à 4-5 mois).

Et surtout l'attente est importante lorsque les enfants doivent bénéficier de soins en Hôpital de Jour, pour des pathologies telles que troubles graves de la personnalité, psychoses infantiles et autisme. **Ce délai est très souvent supérieur à un an entre la demande médicale et l'admission.**

Le délai pour des demandes d'hospitalisation en pédopsychiatrie à temps plein peut être de plus de 6 mois, et il est d'autant plus long que la pathologie de l'enfant (pas des adolescents) est lourde (impossibilité pour une structure hospitalière d'accueillir en même temps plusieurs enfants dont la pathologie est très déstructurante, en partie faute de personnel). Seuls l'Hôpital Robert Debré et celui de la Pitié Salpêtrière peuvent recevoir des enfants.

A l'Hôpital de Jour, il existe 30 places pour 201 jours d'ouverture. La plupart des 38 enfants sont accueillis à temps partiel, se rapprochant parfois d'un temps plein (à noter plus de 30 demandes pour 3 places libres cette année).

La difficulté à trouver des lieux de soins en aval (pour des enfants pris en charge et qui doivent sortir) limite la possibilité d'admission de nouveaux enfants qui nécessitent des soins.

3. Les carences

Un certain manque de liens entre les structures est constaté.

Les chiffres représentent peut être une surévaluation de la demande car quelques familles adressent parfois des demandes dans plusieurs endroits différents. Ces liens signifient un travail en réseau ne pouvant être assuré que par des temps de rencontres entre les différents professionnels. Or, la plupart du temps, ce temps de réunion n'est pas comptabilisé dans l'enveloppe budgétaire (obligation d'un certain nombre d'actes, dont les réunions ne font pas partie).

L'absence de structures spécifiques à la petite enfance : en effet, la demande émanant de parents d'enfants de moins de 6 ans (et même de 3 ans) est de plus en plus grande. Les psychologues de crèches et de PMI signalent des situations à risque chez des enfants de plus en plus jeunes. Or intervenir le plus tôt possible auprès des enfants et de leur famille permet d'améliorer l'action thérapeutique, et éventuellement de limiter le risque que s'installent des pathologies entravant considérablement le processus d'adaptation, de symbolisation et de développement des enfants.

Les assistantes sociales des cinq lieux de consultations psychologiques et psychopédagogique du 20^{ème} arrondissement (C.M.P.P. , C.M.P. , C.A.P.P.) constatent des difficultés importantes rencontrées par les familles lors de l'accompagnement de leur enfant en ces différents lieux. Parfois les difficultés sont telles qu'il n'est pas possible d'instaurer un suivi régulier (hebdomadaire ou bi-hebdomadaire). En effet ces enfants sont souvent issus de familles momoparentales qui ne peuvent se libérer de leur travail et sont le plus souvent dans une situation financière précaire ne leur permettant pas de financer cet accompagnement.

Le CMP du Square des Cardeurs a établi, il y a 2 ou 3 ans, un projet de Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), qui permet des soins ambulatoires tout en bénéficiant d'un travail en lien avec les familles et l'environnement social des enfants (Halte-garderie, Crèches, ou Ecoles). Ce projet d'une structure inexistante sur l'arrondissement et bien que souhaitée par les directives ministérielles, est en attente de réponse.

L'Hôpital de Jour, bien qu'ayant théoriquement la possibilité d'accueillir de très jeunes enfants (agrément), n'en a pas la possibilité faute de place.

Est en projet une Unité d'Accueil à Temps Partiel à la Croix Saint-Simon pour les enfants de 6 à 10 ans.

La prise en charge des adolescents fait particulièrement défaut : en effet, « l'embouteillage » et l'organisation des différentes structures ne permet pas le plus souvent de répondre à la demande des adolescents qui se caractérise fréquemment par son caractère relativement subit.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ Lancer une campagne d'information pour intervenir le plus tôt possible auprès des enfants et améliorer ainsi l'action thérapeutique

- ❖ Augmenter les lieux de soins : absence de structures spécifiques à la petite enfance et aux adolescents, pas de place en hôpital de jour, insuffisance de placement familial thérapeutique (il n'en existe pas sur le 20^{ème}) et d'unités mère-enfant

- ❖ Accroître le nombre de personnels pour réduire les listes d'attente

- ❖ Créer un service d'accompagnement des enfants pour leur permettre un meilleur suivi de leurs consultations psychologiques et psychopédagogiques

- ❖ Effectuer un travail en réseau pour établir des liens entre les différentes structures de soins (ce temps de réunion n'étant pas comptabilisé dans l'enveloppe budgétaire)

CHAPITRE V L'Ethnopsychiatrie

L'Ethnopsychiatrie consiste en des soins spécifiques s'adressant à des familles de migrants tenant compte des problèmes culturels et transculturels.

Quelques définitions

La culture

On relève trois dimensions caractéristiques de la culture (1994)

- la culture est un ensemble nécessaire et fermé en perpétuelle transformation
- c'est un système logique qui permet la comparaison (le même/l'autre ; humain/non humain; homme/femme)
- ce système est constitué d'interactions dynamiques entre plusieurs systèmes

La culture se présente aussi selon l'affirmation de AFFERGAN F. dans son ouvrage de 1987 « comme une résultante entre une attirance et une répulsion, à savoir comme un lien qui relie mais tire aussi à se rompre entre soi et autrui »

L'étranger

L'étranger n'est pas simplement un « autre » à ses yeux, il est un début sans fin. Il est un commencement dans le mouvement vers ce qui le tire en se retirant. Dans le pays d'accueil s'arrête son mouvement pour laisser la place à sa pensée de voyager dans l'ailleurs (T. ABBAL 1996)

Le migrant à l'étranger se résume par sa différence à un dedans qui s'éloigne du fait de l'approche du lointain. C'est-à-dire que plus l'ailleurs s'éloigne, plus il devient proche de la pensée. Ce qui agit sur le dedans se retire à son tour.

On ne peut pas être ici et ailleurs, loin et près, on ne peut qu'être emprisonné dans un dedans ou dans un dehors qui échappe à toute approche hors du « je suis différent donc je suis » c'est-à-dire que le patient migrant ne se retrouve et ne se pense que dans ce qui est propre à lui, à sa fabrication et dans son ce que son altérité lui propose comme parole.

L'ethnopsychiatrie et son cadre

L'ethnopsychiatrie est une approche théorique clinique et thérapeutique des patients de cultures non occidentales elle a été mise en place théoriquement par G. DEVEREUX et a pour cadre le complémentarisme et le structuralisme.

Dans le complémentarisme, on trouve un double discours, l'un traite du dedans de l'intériorité psychique (la psychanalyse) l'autre traite du dehors c'est le discours ethnologique (tradition, langue, religion, rite, coutume, croyance,...) Presque toutes les consultations d'ethnopsychiatrie se déroulent en groupe, ce mode groupal est l'une des recommandations thérapeutiques importantes. Le groupe doit être composé de co-thérapeutes culturellement hétérogènes pour permettre aux patients issus d'une culture non occidentale de dérouler leurs problématiques (NATHAN 1989)

Partant des recherches sur les thérapies traditionnelles, un dispositif technique a vu le jour, il s'agit d'un autre regard sur la pathologie du patient migrant . Les premières réflexions sur les désordres psychiques de l'autre ont commencé avec Tobie NATHAN qui a fait fonctionner un tel dispositif technique.

La consultation d'ethnopsychiatrie est une pratique qui s'appuie sur des recommandations théoriques, métapsychologies. Elle offre une compréhension spécifique et une prise en charge véritablement psychothérapeutique à des malades issus de culture non occidentale.

Bibliographie :

AFFERGAN F. « Exotisme et altérité », Ed P.U.F. Sociologie d'aujourd'hui, 1987

DEVEREUX G., « Ethnopsychiatrie complémentariste » Gallimard 1971

HEIDDEGGER M. « Qu'appelle-t-on penser ? » trad. Eloys BECKER ET G. GRANEL, Ed Quadrige P.U.F., 1992

MORO M.R, «Parents en exil», Ed P.U.F., 1994

NATHAN T, «Le sperme du diable», P.U.F. 1989

« Fier de n'avoir ni pays ni amis... », Grenoble , Pensée Sauvage

1. Le Centre Française MINKOWSKA

Le Centre Française MINKOWSKA est géré par l'**association Française et Eugène MINKOWSKI pour la santé mentale des migrants**. C'est une structure non sectorisée qui assure, depuis 40 ans, des consultations psychiatriques et psychologiques ainsi qu'une prise en charge sociale des patients migrants et réfugiés de la région Ile-de-France. Le financement du Centre provient de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris (D.A.S.S.), les consultations sont gratuites.

Ce Centre dispose de huit équipes :

- Afrique Noire
- Asie du Sud et du Sud-Est
- Maghreb
- Portugal et pays lusophones
- Espagne et pays hispanophones
- Europe Centrale et de l'Est
- Turquie
- Antenne intersectorielle de langue Portugaise basée en Essonne (CMP d'Arpajon-91)

Ses missions :

Le Centre joue un rôle essentiel en matière :

- d'accessibilité aux soins en favorisant l'insertion des migrants les plus démunis
- de prise en charge spécifique par des équipes pluridisciplinaires, dans une dimension culturelle et linguistique, de patients migrants présentant des troubles psychiatriques et psychologiques
- de prévention et d'insertion des patients dans le système public de soins et le système social
- d'orientation et de diagnostic à la demande des professionnels de la santé, mais aussi des secteurs scolaires de l'éducation, de la justice...

Cette structure représente :

- un pôle de promotion de la santé mentale des populations migrantes qui favorisent la diminution des durées de séjour des patients migrants hospitalisés, voire dans certains cas, évitent une hospitalisation
- un pôle de promotion de l'insertion dans le système social et d'insertion dans le pays d'accueil

Le Centre assure également des actions de formation et d'information auprès des professionnels de la santé (médicaux et non médicaux) : sessions de formation, journées d'étude, colloques, formation de stagiaires... et met à disposition des étudiants et des professionnels un fonds documentaire.

Spécificités :

Ce qui fait la particularité du Centre, c'est de continuer à offrir un lieu d'accueil et de parole intersectoriel pour le migrant, le réfugié ou leurs familles.

Des partenaires de toute la région Ile-de-France, tels que des établissements publics de santé, des établissements privés, des médecins libéraux, les secteurs de la justice et de l'éducation, etc., sollicitent régulièrement le Centre pour :

- des demandes d'expertise ou d'évaluation permettant un éclairage clinique de l'influence des représentations culturelles sur la symptomatologie de certains patients
- une prise en charge clinique et/ou un suivi psychothérapeutique
- des consultations spécifiques dans le but d'orienter efficacement les patients dans le système de soin général et le secteur social facilitant ainsi l'accès aux différents dispositifs de droit commun.

Son fonctionnement :

Le Centre dispose de huit équipes médico-psycho-sociales pluri-linguistiques et pluri-culturelles composées :

- d'un ou plusieurs psychiatres
- d'un ou plusieurs psychologues
- d'un(e) assistant(e) social(e)
- d'une secrétaire médicale

Types de prise en charge :

- accueil
- évaluation médicale
- consultations d'orientation
- thérapies individuelles
- thérapies familiales
- suivi social.

Quelques chiffres relatifs à l'année 1999 :

1822 patients ont été pris en charge par le Centre en 1999 correspondant à 11 680 interventions médicales et non médicales. Les patients sont principalement adressés par le secteur social et, dans une moindre mesure mais en constante augmentation, par les secteurs scolaires et de la justice.

Selon les consultations, de nouvelles particularités de la file active apparaissent ou se confirment. Diversité accrue des patients originaires de l'ex U.R.S.S. adressés à la consultation de l'Europe Centrale et de l'Est ; accroissement de l'effectif des jeunes patients (consultations d'Asie du Sud-Est, Portugal et pays lusophones) ; précarisation des patients pour la plupart des consultations ; augmentation des signalements par l'Education Nationale.

Conclusion :

En 1999, le Centre a connu une activité conséquente au prix d'une mobilisation exemplaire déployée par ses équipes les plus surchargées (délais pouvant atteindre trois mois pour un rendez-vous !) . Cependant, cette année encore, ces mêmes équipes ont vécu le paradoxe du manque de moyens et de la demande croissante.

Depuis 1996 (ordonnance Juppé), le Centre subit les effets d'une politique budgétaire aiguë pour les acteurs franciliens et plus particulièrement parisiens, au bord de l'asphyxie. Ceci est d'autant plus vrai que les besoins en soins s'accroissent, et notamment en santé mentale.

Quelle attitude devons-nous adopter face à des listes d'attente de plus en plus longues et face à une politique de santé qui, tout en voulant positionner le patient au cœur du dispositif, procède à la réduction des services en psychiatrie ?

2. Le CHU Avicenne de BOBIGNY

A l'hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale, on trouve plusieurs activités ethnopsychiatriques :

- la consultation d'ethnopsychiatrie classique qui se déroule tous les mercredi et vendredi matins

- deux consultations ethnopsychiatriques spécialisées aux patients usagers de drogues, l'une au Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes (C.S.S.T.), l'autre à l'Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des malades Usagers de Drogues (E.C.I.M.U.D.), cette dernière est d'orientation ethnosystémique.
- l'association internationale d'ethnopsychanalyse (A.I.E.P.) se charge spécialement de la formation des équipes souhaitant approfondir leurs savoirs sur l'ethnopsychiatrie et la prise en charge des patients d'origine étrangère.
- le diplôme université de psychiatrie transculturelle UFR Bobigny-Santé-Médecine, Biologie Humaine, université Paris 13 est ouvert aux médecins, psychiatres, pédiatres, infirmières, travailleurs sociaux ainsi qu'aux membres des équipes pluridisciplinaires, psychiatrie, pédiatrie, obstétrique aillant une formation universitaire ou 5 ans d'exercice professionnel et désireux d'approfondir leur formation initiale.

Ce Centre met l'accent sur l'objectif poursuivi par rapport au migrant : il tend à mettre en évidence les carences chez le patient, à établir un diagnostic et à faire des propositions de traitement. La consultation (souvent en groupe) s'appuie sur la façon dont la culture du patient comprend sa maladie, elle permet à celui-ci de présenter sa problématique dans le groupe, de s'exprimer comme il le pense sans que le groupe ne réagisse à sa place mais avec lui.

3. Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) Jean-Baptiste CARPEAUX

La consultation d'Etnopsychiatrie existe au sein du secteur Montmartre depuis 1989. Elle n'est pas sectorisée mais la priorité est donnée aux patients de l'établissement public de santé de Maison Blanche. Cette consultation a été créée pour répondre aux besoins de la population issue de la migration qui rencontre des difficultés dans le système de soins classiques.

En raison des demandes croissantes concernant les jeunes enfants et adolescents, une deuxième consultation s'est ouverte depuis six ans dans le secteur infanto-juvénile, dans le 19^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agit d'une consultation de groupe.

Les patients

Au C.M.P. Jean-Baptiste CARPEAUX, sont accueillis des patients originaires d'Afrique du Nord, d'Afrique Noire, d'Europe du Sud (Espagne, Portugal), des Antilles françaises, des Iles francophones de l'océan indien (Réunion, Madagascar, Comores) et plus rarement des Indiens des anciens comptoirs français (Pondichéry), des Turcs, des immigrés d'Asie du Sud-Est (Vietnam, Cambodge, Laos).

Le dispositif

Les patients sont reçus en groupe, souvent accompagnés par des membres de la famille et l'équipe qui l'a adressé au Centre. Le groupe, aux côtés du thérapeute et des co-thérapeutes, est constitué d'étudiants stagiaires de l'université de Paris et de province dans le cadre d'une collaboration avec l'équipe de la consultation d'ethnopsychiatrie de l'hôpital AVICENNE.

Parfois, tout particulièrement pour les familles originaires d'Afrique où de nombreux dialectes sont recensés, un interprète extérieur au groupe se révèle nécessaire. Le patient parle dans sa langue et le discours est traduit mot à mot dans la mesure du possible. De même, est traduit le discours des cliniciens.

Les principes techniques

Cette consultation de groupe, qui permet de reconstruire l'univers culturel et psychique du patient, est basée sur plusieurs principes techniques :

- la migration est un événement psychologique traumatique, une rupture
- il existe un lien intime entre la structuration psychique de l'individu et le monde culturel dans lequel il a vécu
- la souffrance du patient ne peut se dire que si l'on tient compte de ses manières de penser, ses manières de faire

Les difficultés

Les délais de consultation sont très longs en raison du nombre croissant de patients et du manque de personnel. En effet les postes de psychologues cliniciens à mi-temps ne favorisent pas la meilleure prise en charge clinique de même qu'une participation au fonctionnement institutionnel.

En conclusion

Le groupe thérapeutique est un élément important du cadre par sa fonction contenante et protectrice, il permet de reconstruire l'enveloppe culturelle qui s'est fragilisée. C'est ce cadre qui peu à peu va permettre aux patients de transformer du trauma en souvenir, de lier l'ici et l'ailleurs.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ Redonner les moyens humains et financiers aux services d’Ethnopsychiatrie, nécessaires à la demande de soins en constante augmentation

- ❖ Positionner le patient au cœur du dispositif de soins

- ❖ Favoriser le travail en réseau (Education Nationale, Services sociaux, Médecins généralistes)

CHAPITRE VI

Les Dispositifs de protection juridique des majeurs : Tutelles et Curatelles

1. Introduction

Quelques chiffres généraux pour situer l'ampleur du phénomène en France

Fin 1996, sont recensées plus de 500.000 personnes protégées, soit 1% de la population française des plus de 18 ans.

Les associations tutélaires doivent faire face à une charge croissante, qui devrait encore prendre davantage d'ampleur dans les années à venir. La France détient le taux de protection juridique le plus élevé d'Europe.

Les textes législatifs régissant la protection ont plus de 30 ans

- loi du 18 octobre 1966 (Tutelles aux Prestations Sociales Adultes : TPSA)
- loi du 3 janvier 1968 (Tutelles Majeurs Protégés), dont la philosophie était de remplacer un système d'interdiction par un système de protection.

Trente ans après la parution de ces lois, véritables innovations législatives, l'environnement démographique et social a évolué et a engendré de nouvelles pratiques des dispositifs de protection.

La population s'est modifiée

- les progrès de la médecine, le vieillissement, les personnes âgées sont plus nombreuses...
- l'évolution de la prise en charge de la maladie psychiatrique
- l'apparition des phénomènes de précarisation et d'exclusion
- l'évolution des mentalités et l'éclatement des familles, ce qui ne facilite pas l'exercice familial des tutelles ou curatelles; or les familles dans l'esprit du législateur devraient exercer en priorité ces mesures.

Aujourd'hui, beaucoup reconnaissent qu'une évolution ou une adaptation est indispensable, car dans la pratique il est constaté de trop nombreuses dérives du cadre juridique initial. Les critiques portent essentiellement sur le coût et la complexité des modes de financement des mesures, ainsi que sur l'insuffisance des contrôles une fois la mesure prononcée.

Il est statistiquement prévu 1 200 000 personnes sous régime de protection, pour 2010, si les critères actuels demeurent.

Si la législation n'évolue pas, cette tendance démographique sera forcément porteuse de nouvelles dérives.

2. Présentation des dispositifs actuels de protection juridique des personnes

Les tutelles aux prestations sociales adultes (loi du 18 octobre 1966)

Loi du 18 octobre 1966 et son décret d'application du 25 avril 1969, intégrés dans le code de la sécurité sociale, au même titre que les tutelles aux prestations sociales adultes (TPSA).

C'est une gestion des prestations sociales servies à des adultes : lorsque la personne n'utilise pas ses prestations dans son propre intérêt, celles-ci sont gérées par un tuteur aux prestations sociales.

Cette mesure ne constitue pas une mesure de protection au sens du Code civil, elle figure d'ailleurs dans le Code de la Sécurité Sociale (art L 167-1). Mais elle est de fait indissociable des mesures civiles, car elle est également privative d'une certaine liberté (celle de disposer de ses prestations sociales) et parce que les bénéficiaires de TPSA relèvent souvent aussi d'une mesure civile. Les personnes visées sont très proches de celles visées par le Code civil.

Le tuteur aux Prestations sociales est chargé :

- de percevoir les prestations sociales et de les gérer avec la personne, de les affecter aux besoins fondamentaux de la personne qui n'en fait pas l'usage pour lequel elles lui sont octroyées
- d'évaluer et de développer ses capacités individuelles et de tendre vers son insertion sociale, voire professionnelle. Cette mesure vise un retour à l'autonomie sociale ou une réadaptation sociale, en tenant compte des difficultés rencontrées par la personne.

Cette mesure, limitée dans le temps, est prononcée par le Juge des Tutelles.

Les prestations concernées :

- allocations d'aide sociale prévue au titre III du Code de la Famille et de l'aide sociale
- allocation du fonds de solidarité vieillesse ou du fonds spécial d'invalidité
- avantages vieillesse servis tant aux salariés qu'aux non salariés, au titre d'un régime légal ou réglementaire de sécurité sociale et attribués sous condition de ressources
- allocation compensatrice
- aide sociale aux personnes âgées
- allocation adulte handicapé (AAH)
- prestations spécifiques dépendance / Aide Personnalisée à l'Autonomie
- revenu minimum d'insertion (RMI)

La décision prononçant la Tutelle aux Prestations Sociale Adultes (TPSA) doit préciser les prestations concernées, le juge peut les limiter, mais il ne peut étendre cette liste (Cour de cassation, 18 avril av. 1989). A défaut de mention, il faut considérer que toutes les prestations sont concernées, à l'exception du RMI qui doit être visé expressément (circulaire n° 29.90 du 18 juin 1990).

Aujourd'hui, pour l'ensemble des UDAF, cette mesure concerne plus de 10 000 adultes sur 60 000 adultes suivis.

Financement

Le tuteur TPS est rémunéré pour chaque mesure exercée, selon un barème fixé par le Préfet après consultation de la commission départementale des TPS.

Cette commission fixe le prix moyen de revient de la mesure, en prenant en compte les dépenses engagées durant l'année précédente par le tuteur, ces dépenses comprenant les frais de fonctionnement d'un service et la rémunération des personnels. C'est ce prix de revient moyen qui sert au préfet pour déterminer la rémunération du tuteur.

C'est l'organisme débiteur de la prestation qui versera cette rémunération. (dans le cas du RMI c'est l'Etat, CAF ...)

Aucun prélèvement n'est effectué sur les ressources des personnes protégées.

Les mesures civiles : loi du 3 janvier 1968

Le législateur a gradué la protection, ainsi que l'atteinte aux libertés individuelles. Ce texte offre donc une palette de mesures, pouvant être modulées par le juge des tutelles. Celui-ci devant concilier au mieux la nécessité de sauvegarder le patrimoine et de protéger la personne et le respect de sa liberté individuelle.

En conséquence, les personnes en perte d'autonomie sont protégées, à la fois dans leur patrimoine et dans leur personne elle-même.

Toutefois, si la protection patrimoniale de la personne est minutieusement réglementée par la loi, rien de tel n'est prévu s'agissant de la protection de la personne elle-même. Le silence du législateur dans ce domaine est sûrement motivé par un souci de concilier la liberté de la personne avec son besoin de protection, mais les acteurs tutélaires s'interrogent souvent sur la façon de combler ce silence.

Cette loi du 3 janvier est intégrée dans les articles 488 à 514 du Code civil.

La gérance de tutelle

Définition

La loi de 1968 a prévu dans l'arsenal des mesures de tutelle une forme simplifiée de protection, initialement destinée aux personnes disposant de faibles ressources et spécialement appropriée aux personnes hospitalisées dépourvues de famille.

Si la personne protégée dispose d'un patrimoine n'exigeant pas la constitution d'une tutelle complète, le juge peut se contenter de mettre en place une mesure simplifiée, la gérance de tutelle.

Compte tenu de l'évolution de la population, l'importance croissante des personnes âgées, ce système a connu un succès considérable.

Une liste des gérants de tutelles, personnes physiques ou morales, est établie annuellement par le procureur de la République.

Depuis un arrêt de 1993, la Cour de cassation a clairement stipulé que le gérant de tutelle avait la charge de veiller également à la protection de la personne.

Financement

La rémunération des gérants de tutelles, régie par l'arrêté du 4 mars 1970, est proportionnelle aux ressources annuelles de la personne protégée.

Les émoluments versés sont demandés au moment de la reddition des comptes annuels et approuvés ou modifiés par le juge des tutelles.

La modicité de ces émoluments (de 1 à 3% suivant la tranche des revenus) explique la difficulté pour les juges des tutelles à trouver des gérants de tutelle, administrateurs spéciaux. Pour pallier cet inconvénient, les magistrats autorisent souvent des prélèvements supplémentaires au titre de la rémunération des actes de disposition des remboursements des frais.

La tutelle

Définition

C'est le régime de protection le plus lourd. La tutelle s'applique à la personne dont l'altération des facultés mentales ou corporelles est si grave qu'elle « a besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile. » (art 492 du code civil).

Cette mesure peut être prise même contre la volonté de la personne concernée, dès lors que l'altération de son état, établie par certificat médical, ne lui permet plus de gouverner sa personne, ni de gérer ses biens.

Il s'agit donc d'un régime d'incapacité complète, nécessitant l'avis d'un médecin spécialiste inscrit sur une liste spéciale établie chaque année par le procureur de la République et le certificat du médecin traitant.

Les personnes qui peuvent demander l'ouverture de cette mesure ou sa cessation sont en nombre limité : la personne à protéger elle-même, ses ascendants descendants, son conjoint, ses frères sœurs, son curateur, le Ministère public, le juge des tutelles peut également se saisir d'office.

Effets

Tous les actes passés par la personne sont nuls de plein droit (art 502CC)

Le tuteur est habilité à effectuer tous les actes de la vie civile :

- le tuteur seul peut passer les actes d'administration (bail de moins de 9 ans...) et les actes de conservation (prendre une assurance...)
- le tuteur sous le contrôle du juge des tutelles peut passer les actes de disposition (vente d'immeuble, emprunt,...)
- Le juge peut aménager néanmoins à tout moment et autoriser la personne à faire certains actes, seule, si son état le lui permet
- Le majeur perd également ses droits civiques et politiques (notamment droit de vote) et certains actes à caractère personnel.

La curatelle renforcée (art 512 Code Civil et suivants)

Définition

Il s'agit de la mesure la plus prononcée, particulièrement adaptée aux personnes hospitalisées, ne disposant que d'un faible patrimoine. Elle évite le caractère traumatisant de la tutelle.

Le juge peut ordonner que le procureur percevra ici les revenus de la personne en ses lieux et place et assurera le règlement de ses dépenses. Il est habilité à gérer les ressources de la personne protégée, doit les utiliser pour son entretien et verser l'excédent sur un compte bancaire ouvert au nom de la personne.

Qui peut demander cette mesure ou sa cessation ? comme pour la tutelle et curatelle simple.
Mêmes exigences concernant l'avis du médecin spécialiste et le certificat du médecin traitant.

La curatelle simple (art 508 Code Civil et suivants)

Définition

Il s'agit d'un régime d'incapacité partielle ouverte lorsque la personne, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans ses actes de la vie civile.

Il est des actes que la personne peut accomplir seule et d'autres qu'elle ne peut accomplir qu'avec le concours de son curateur.

La personne protégée peut percevoir et utiliser seule ses revenus et effectuer les actes de la vie courante, mais elle doit obtenir l'autorisation du curateur pour les actes plus importants (actes de disposition).

Les actes passés par la personne seule, alors qu'ils nécessitaient l'assistance du curateur, peuvent être sanctionnés d'une nullité relative et ne sont pas annulés de plein droit.

D'une manière générale, le juge des tutelles peut étendre ou restreindre les cas dans lesquels la personne protégée ne peut agir sans l'assistance du curateur.

Qui peut demander cette mesure ou sa cessation ? comme pour la tutelle.
Mêmes exigences concernant l'avis du médecin spécialiste et le certificat du médecin traitant.

Le nombre des curatelles a plus que doublé en dix ans, elles concernent des personnes en grande détresse professionnelle, psychologique, familiale, qui ne sont plus à même de gérer leurs ressources.

Cette mesure peut leur permettre de sortir d'une situation de crise (chômage, surendettement, exclusion). Son intérêt pédagogique, voire thérapeutique est indéniable.

La personne protégée gère donc seule ses revenus, actes d'administration et de conservation. Elle est assistée du curateur pour les actes de disposition. Elle conserve le droit de vote.

La sauvegarde de justice (art 491 Code Civil et suivants)

Définition

C'est un régime provisoire (deux mois renouvelables six mois), prononcé par le juge des Tutelles dans l'attente de l'ouverture d'une tutelle ou curatelle, 1^{er} degré de la protection. La personne conserve l'exercice de ses droits et peut gérer elle-même son patrimoine, sans autorisation ni représentation ou assistance. Cependant, s'agissant d'une personne protégée, la loi lui permet de remettre en cause certains actes qui lui porteraient préjudice.

La personne conserve l'exercice de ses droits, mais ses actes ou engagements peuvent être annulés ou réduits en cas d'excès.

Peuvent demander cette mesure ou sa cessation : le médecin traitant ou celui de l'établissement.

EN CAS DE VACANCE DE LA TUTELLE : TUTELLE ET CURATELLE D'ETAT

Présentation

En l'absence de solution familiale, inexistence ou défaillance de la famille, le juge des Tutelles désigne des gérants de tutelles ou confie la gestion de la mesure à l'Etat.

Art 433 du Code Civil : « *Si la tutelle reste vacante, le juge des Tutelles la défère à l'Etat s'il s'agit d'un majeur et au service social à l'enfance s'il s'agit d'un mineur* ».

(issu de l'art 1 de la loi du 14 déc. 1964, modifié par l'art 12 de la loi du 10 juillet 1989)

La tutelle d'Etat suppose généralement que la personne en perte d'autonomie dispose d'un patrimoine d'une certaine importance, sinon le juge nomme plutôt un gérant de tutelle.

L'exercice de la mesure par l'autorité publique est confié au Préfet qui la délègue au Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales. Celui-ci peut alors attribuer l'exercice de la mesure à une personne physique ou morale inscrite sur une liste des délégués à la tutelle d'Etat, dressée par le procureur de la République ou exceptionnellement à un notaire.

La tutelle d'Etat fonctionne selon les règles simplifiées de l'administration légale.

Les mesures d'Etat sont alors rémunérées selon un barème fixé par arrêté par l'Etat et partiellement sur les ressources des majeurs (décret du 6 novembre 1974 et arrêté du 15 janvier 1990). C'est précisément le problème de la rémunération de l'exercice de ces tutelles qui en limite le nombre, bien plus que la position de la Cour de cassation. Cette dernière exige en effet que le juge des Tutelles justifie qu'aucune tutelle familiale n'a été possible avant de prononcer une telle mesure (la Cour de cassation souhaitant ainsi éviter une étatisation des tutelles).

Chiffres

Le nombre des mesures d'Etat est en forte augmentation.

Les Curatelles d'Etat ont triplé en six ans, elles sont souvent doublées d'une TPSA.

A l'échelle nationale : 17% des tutelles sont confiées à l'Etat, chiffre en progression constante.

Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) :

Evolution entre 1998 et 1999

+5.8% pour les tutelles

+ 12.7% pour les curatelles renforcées

+10.3% pour les curatelles simples

Evolution entre 1999 et 2000

+12.4% pour l'ensemble de ces mesures, selon les premières analyses

Financement : le système adopté est relativement complexe

La détermination du prix mensuel pour la tutelle, en fonction du mois de décembre de l'année écoulée, ne peut perdurer.

De plus, le système actuel de financement s'avère très insuffisant. En effet, l'activité tutélaire étant croissante et son financement consistant en des avances calculées en fonction de l'exercice antérieur, la situation n'est plus viable.

L'Etat assure une sorte de « minimum garanti » au tuteur (et curateur) d'Etat, quels que soient les revenus du majeur protégé. Cette rémunération est fixée annuellement par le ministre des Affaires Sociales après concertation avec les associations tutélares.

Parallèlement, le tuteur prélève sur les revenus du majeur un pourcentage, de 3 à 13% des revenus, qu'il rétrocède à l'Etat.

Lorsque le majeur est hospitalisé, les émoluments du tuteur et les prélèvements sur les ressources du majeur doivent être divisés par 2,5.

Il faut constater que les émoluments assurés ainsi au tuteur d'Etat sont sensiblement supérieurs à ceux perçus par un gérant de tutelle et sont inférieurs à la rémunération accordée pour les tutelles aux prestations sociales.

Pour la Curatelle d'Etat, le décret du 17 juin 1988 prévoit expressément qu'il est le même que pour la Tutelle d'Etat (T.E.).

La rémunération des Tutelles d'Etat est fixée par un décret du 7 février 1985, complété par un arrêté du 15 janvier 1990, lui-même modifié par l'arrêté du 17 juillet 1999.

La Cour de cassation a clairement indiqué que le curateur d'Etat pouvait refuser sa nomination dès lors que la DASS n'assurait pas sa rétribution; le recours au doublement par une tutelle aux prestations sociales pour faire accepter le dossier est une pratique qui se développe, juridiquement possible.

Une harmonisation des tarifs semble en conséquence indispensable.

3. Propositions de réformes concernant les Tutelles et Curatelles

Introduction

Il y a 30 ans le législateur « visionnaire » a offert une véritable protection du patrimoine, il est resté plus discret sur la protection de la personne. Aujourd'hui les problématiques sociales ne se résument pas aux questions de gestion du patrimoine et **il est urgent de combler ce silence du Code civil et de créer un vrai statut de la personne protégée.**

Des valeurs humanistes liées à la dignité de la personne, à la famille, aux difficultés sociales conduisent à l'analyse actuelle du dispositif.

Si la mesure de tutelle, au sens large est reconnue comme mesure de protection, elle commence toutefois par une privation des droits individuels de la personne.

Depuis 1985, les associations tutélares attendent une réforme, date à laquelle s'est déroulée une table ronde au Ministère des Affaires Sociales.

A. Les rapports successifs

Rapport FORS sur les fonctions tutélaires, l'évolution des pratiques et la transformation de la professionnalisation des délégués, juin 1997. Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité s'interroge sur l'exercice concret de toutes ces mesures, des pratiques des professionnels, de leurs multiples compétences et de leurs formations, du sens à donner à leur intervention.

Rapport de la triple inspection, juillet 1998 (Inspection générale des finances, Inspection générale des services judiciaires).

Enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs. On constate des dysfonctionnements et préconise une adaptation de la législation aux évolutions sociologiques.

Recommandations du Conseil de l'Europe (n°99.4) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les principes concernant la protection juridique des majeurs.

Les premiers travaux du **groupe FAVARD** s'appuient sur ces recommandations pour orienter les propositions de réforme.

Le Conseil de l'Europe, chargé d'harmoniser les règles juridiques parmi les Etats membres, s'est saisi du dossier de la protection juridique des personnes, constatant que dans chaque pays le nombre des personnes protégées ne cesse de croître et que les législations applicables sont encore très disparates. **Il a donc invité les Etats membres à améliorer leur législation par un certain nombre de recommandations. L'objectif à terme étant de parvenir à une législation unifiée.**

Le Conseil de l'Europe rappelle les grands principes **sur lesquels doit reposer tout dispositif de protection** : respect des droits de l'homme et dignité de chaque personne en tant qu'être humain.

La loi de 1968 est évidemment respectueuse des Droits de l'Homme, mais des améliorations sont envisageables.

Parmi les principes affirmés par la Recommandation, figurent :

- la prééminence des intérêts et du bien être des personnes protégées
- le respect de ses souhaits et sentiments
- sa consultation et le droit d'être personnellement entendu

L'Allemagne par exemple a introduit, par une loi de 1990, un système de protection basé sur l'assistance et non la représentation ou l'interdiction; elle n'entraîne pas l'incapacité d'exercice et tient compte davantage des souhaits de la personne protégée.

B. Les Assises nationales de la Tutelle de décembre 1999

Plus de 1 000 personnes y ont participé et les six fédérations et associations tutélaires partenaires ont travaillé et réfléchi à l'amélioration des dispositifs existants et à la préparation de cette journée :

- Association nationale des gérants de tutelle (ANGT)
- Fédération nationale des associations tutélaires (FNAT)
- Fédé d'aide à la santé mentale, croix marine (FCM)

- Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)
- Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)
- Union nationale des associations de Sauvegarde de l'Enfance, de l'adolescence et des adultes (UNASEA)

Mme GUIGOU, Ministre de la justice, y annonce la prochaine mise en œuvre d'une réforme du dispositif de protection juridique des majeurs. Elle réaffirme, à cette occasion, les principes fondateurs du cadre juridique initial et déclare nécessaires des aménagements permettant de prendre en compte la réalité des situations.

Elle rappelle l'importance de la protection de la personne, de ses droits fondamentaux dans la conception moderne du droit en vigueur et précise qu'il ne saurait être question de bouleverser totalement les règles actuelles. Cette mission reste une fonction de l'Etat, qui protège, garantit, contrôle et sanctionne.

Les assises ont ouvert un débat de société et marquent une étape de concertation dans l'analyse des problématiques et l'étude des dispositifs existants et de la réforme attendue.

Un enjeu politique

La question des tutelles provoque des interrogations :

- le nombre de personnes protégées augmente rapidement depuis dix ans, est-ce notre société qui génère des personnes plus fragiles ?
- est-on plus sensible aux droits de l'individu ? à la détresse de certains ?

Quoiqu'il en soit, on constate une augmentation du nombre des mesures prononcées et l'évolution envisagée par les pouvoirs publics résulte d'un souhait de réduire l'actuelle utilisation des mesures civiles de la loi de 1968, voire Tutelle aux prestations sociales adultes (TPSA) de la loi 1966 à destination des personnes ayant des difficultés à s'orienter dans la société.

Il existe toujours une double contrainte pour l'Etat : **garantir le droit de vivre dans la dignité**, au besoin par l'attribution de prestations sociales, tout en respectant la nécessité de régulation des dépenses publiques (faibles financement des mesures).

Et parallèlement pour les associations organisatrices, une double contrainte : continuer à assurer des mandats adaptés et de qualité, sous réserve de moyens suffisants. Le but étant d'amener le législateur à reconsidérer la loi, ses modes d'exécution et de financement.

Rapport définitif du groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs : "rapport FAVARD " avril 2000 (conseiller à la cour de cassation)

Il formule un certain nombre de propositions pour adapter et améliorer la protection juridique. Les orientations et préconisations émises tiennent largement compte des propositions faites par les six fédérations et associations tutélaires et par le Conseil de l'Europe.

C. Propositions sur le fonds du dispositif

- a) **La protection de la personne doit enfin être consacrée par les textes (recommandation du Conseil de l'Europe) :** favoriser sa participation à la mesure et la protection de sa personne et non prioritairement de ses biens. Il est nécessaire d'assurer la protection de la personne, tout autant que celle de ses biens. Il faut mettre l'accent sur le respect des droits de l'homme et la dignité de la personne humaine, replacer la personne au centre du dispositif.

Cette disposition est acceptée par la cour de cassation depuis un arrêt du 18 avril 1989. Elle a été confirmée dans la recommandation du Conseil de l'Europe du 23 février 1999, qui voit là un principe fondamental reconnu par la loi.

Lors des assises nationales de la tutelle du 16 décembre 1999, Mme Elisabeth GIGOU, Garde des sceaux, l'a une nouvelle fois affirmé.

- b) **Changement de termes : les expressions « incapable majeur ou majeur protégé », doivent être remplacées par d'autres appellations plus respectueuses du respect des personnes.** On parle désormais de « personne protégée » et de « délégué à la protection des majeurs ». Il est souhaité que cette évolution sémantique reflète l'évolution de la conception du droit.

- c) **Le législateur doit mettre en pratique les principes de nécessité et de subsidiarité** pour éviter l'utilisation abusive des mesures de protection, le groupe de travail a préconisé d'instaurer, en amont du processus judiciaire, une évaluation médico-sociale.

Mise en place d'une évaluation médico-sociale qui permettrait de vérifier que les conditions requises d'ouverture sont réunies, avant de saisir la justice, hors requête familiale.

Il est proposé la création de missions départementales (équipe médico-sociale, services de l'action sociale du département, un psychiatre de l'équipe du secteur COTOREP), qui remettront un avis d'opportunité au procureur de la République. Elles pourraient être confiées à un organisme type CAF (par une convention conjointe du Préfet et du président du Conseil Général), auraient un représentant unique auprès des tribunaux et familles.

Cette évaluation devra montrer la nécessité de la mesure demandée, faire état des moyens préalablement utilisés et des résultats obtenus.

- d) **Apparition d'une 4^{ème} mesure dans le Code Civil : mesures de gestion budgétaire et sociale.**

Elle remplacerait l'actuelle Tutelle aux prestations sociales adultes (TPSA) car aujourd'hui, il ne s'agit pas vraiment d'une tutelle, même si elle engendre une privation de droits. Il s'agit en fait d'une mesure de gestion budgétaire des prestations sociales, l'appellation doit donc changer.

Pour déterminer exactement les prestations concernées par cette mesure -quels que soient les interlocuteurs- beaucoup d'hésitations apparaissent : la TPSA porterait uniquement sur les prestations sociales ...

Il serait préférable que le juge des tutelles en décide lui-même.

Cette mesure ne concerne pas directement la personne (aspect mental), mais la gestion des biens.

Elle doit néanmoins figurer dans le Code civil.

e) Professionnalisation et formation unique pour tous les professionnels : cette question apparaît très importante.

L'évolution du métier de délégué à la protection des majeurs suivra le système unique. Il faut prendre ce qui existe de mieux dans chacune des deux filières actuelles et n'en faire qu'une formation unique et obligatoire. Que les mandataires soient privés ou publics, tous seront inscrits sur une liste nationale.

Actuellement pour travailler comme délégué de Tutelle aux Prestations Sociales (DTPS), il suffit d'être reconnu comme travailleur social avec trois ans d'exercice, le Certificat National de Compétences n'étant pas obligatoire (arrêté de 1976). Aucune formation spécifique n'est exigée pour les délégués de Tutelles aux Majeurs Protégés (DTMP) sauf pour l'UNAF qui l'exige dans sa convention collective (travailleur social ou licence de droit).

Il est souhaitable de simplifier le système actuel peu cohérent.

Un système unique, qui généraliserait les dispositions relatives aux tutelles et curatelles d'Etat est préconisé par le groupe de travail. Le juge des tutelles aurait la possibilité d'autoriser des prélèvements exceptionnels et justifiés.

Le rapporteur M.FAVARD constate une curiosité : quels que soient les modes de calculs et ils sont variés, tous les interlocuteurs du groupe interrogés évaluent le coût d'une mesure d'Etat (tutelle, curatelle...) à la somme de 1200F.

Le paiement à la mesure est inflationniste, le système de l'enveloppe globale faciliterait et améliorerait le système de financement de la protection des majeurs.

Cette enveloppe permettrait de trouver un mode de rémunération, fixé sur le coût du service rendu et de faire une distribution en fonction de projets, comptes-rendus d'activité qui tiendrait compte de l'évolution des services.

La mise en œuvre de cette dotation introduirait la perspective d'un gestionnaire financier unique (enveloppe nationale redistribuée en enveloppes régionales.)

Tout pouvoir confié et reconnu doit être limité, contrôlé et surveillé selon la recommandation européenne. Actuellement le contrôle des comptes des majeurs est insuffisant faute de moyens humains et matériels. Il importe qu'un contrôle minimum, à défaut duquel la responsabilité de l'Etat serait engagée, soit imposé. Les associations sont vivement incitées à opter pour un recours aux commissaires aux comptes et sont encouragées à pratiquer la séparation ordonnateur/payeur.

Les audits réalisés ont permis de considérer qu'un délégué pouvait gérer une quarantaine de mesures, mais les indicateurs quantitatifs ne peuvent suffire et **la qualité de la prise en charge doit être prise en compte.**

D. Propositions du rapport FAVARD d'aménagements de la procédure

a) La pratique actuelle montre que les saisines d'office par les juges des tutelles sont devenues, le plus souvent, la règle. Le juge des tutelles se saisit, instruit et statue. Le rapport propose donc de supprimer cette pratique.

Les pratiques varient cependant d'un tribunal à l'autre, mais souvent la saisine d'office est utilisée pour pallier un défaut d'information, elle n'aurait plus lieu d'être avec l'évaluation médico-sociale.

Souvent, les juges des Tutelles se saisissent en cas de situation d'urgence, lorsqu'une intervention rapide est nécessaire, pour prendre toutes les mesures conservatoires nécessaires ou stopper les hémorragies financières.

Le groupe de travail propose d'élargir la liste des personnes habilitées à présenter une requête au juge des Tutelles : à la famille au sens large, aux proches et aux personnes qui assurent de manière habituelle la charge effective de la personne vulnérable.

Actuellement les juges « rattrapent » les requêtes irrecevables en se saisissant d'office.

b) Le rapport, allant au-delà des recommandations du Conseil de l'Europe, préconise le renforcement de la présence de l'avocat, auprès des personnes concernées, par une procédure d'ouverture de modification ou mainlevée d'une mesure.

Il ne s'agit pas d'imposer la présence d'un avocat, mais d'avertir les personnes concernées par l'ouverture d'une mesure, du droit à se faire assister d'un avocat ou d'avoir recours à l'aide juridictionnelle.

A défaut de cette formalité substantielle d'information, toute procédure serait nulle. Dès lors le dossier devrait pouvoir être communiqué à l'avocat, à tout moment de la procédure.

c) Il faut permettre à toute personne concernée d'exprimer sa volonté : le groupe de travail souligne la nécessité d'une consultation de la personne, dans la mesure où cette consultation ne lui porte pas préjudice. Il est inconcevable qu'une personne ne soit pas entendue, dans le cadre d'une procédure aussi essentielle pour elle.

Le défaut d'audition doit rester l'exception et doit être motivé par un avis du médecin.

d) Le groupe considère qu'il est obligatoire, pour ouvrir une mesure, de produire un certificat médical circonstancié et argumenté d'un médecin spécialiste. Ce n'est ni un simple certificat médical ni une expertise, il doit décrire non seulement l'altération des facultés mentales, mais également indiquer quelles sont les conséquences ou les risques engendrés sur les actes de la vie civile.

Sur ce point, le groupe a sollicité l'avis de l'Ordre des médecins.

Personnellement et non pas au nom du groupe de travail, Monsieur FAVARD retient la proposition du Conseil de l'Ordre, de désigner un médecin spécialiste compétent pour établir ce certificat médical circonstancié, par l'autorité judiciaire et non par la famille.

Le Conseil de l'Ordre préconise que le juge des Tutelles désigne le médecin.

Le rapporteur M. FAVARD pense qu'il devrait plutôt s'agir du procureur de la République puisqu'il établit déjà la liste des médecins experts.

e) Révision de la mesure de protection : il serait préférable que les mesures soient réexaminées systématiquement, selon un système souple mais ferme. Faute de vérification régulière et du renouvellement, la mesure deviendrait caduque. Le juge des Tutelles en fixerait la périodicité, soit tous les cinq ans maximum par exemple.

La procédure pourrait être allégée : nouveau certificat médical d'un médecin spécialiste ou nouvelle évaluation médico-sociale, si audition impossible de la personne.

Cette proposition rencontre des réticences, notamment auprès de certains magistrats qui proposent d'améliorer le suivi annuel des mesures, par le biais de rapports sociaux (état des visites, rencontres) comme cela fonctionne déjà dans certains départements.

f) Droit de recours : d'un point de vue procédural, le groupe de travail est favorable à la compétence de la Cour d'Appel en cas de recours et cela, quelle que soit la mesure concernée.

Il faut donc mettre fin à l'incohérence actuelle : les Tutelles aux Prestations Sociales (TPS) devant la Cour d'Appel (CA) et les Mesures Civiles devant le Tribunal de Grande Instance (TGI).

UNE TRIPLE AMBITION ET DIX PRINCIPES GUIDENT LES PROPOSITIONS DE L'UNAF POUR REFORMER LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

Un constat...

Pour l'UNAF, la réforme de la protection juridique des majeurs s'inscrit dans le mouvement historique d'une meilleure prise en compte du principe de liberté et garantie des droits. Il apparaît que la France, régulièrement « épinglée » en ce domaine, devrait revoir son système.

En effet, personne ne proposera l'abolition des lois de 1966 et moins encore de 1968. Juste des évolutions qui redonnent sens à la nécessité de «faire de la personne, le centre du dispositif », sans la soumettre à une tutelle.

Très vite, l'UNAF se situera dans une triple ambition :

- rappeler que la protection juridique revient d'abord aux familles qui ont de plus en plus besoin d'être aidées pour l'exercer, tant les situations sont lourdes et difficiles, et que la personne est au centre du dispositif
- faire de la qualité et du contenu de la mesure les deux principes de discussion qui guideront tous les débats Fonder la pertinence de l'intervention associative sur ces principes. Négocier en conséquence les moyens afférents qui relèvent aujourd'hui de la honte sociale
- s'engager dans la construction d'un projet de formation qui vaudrait pour tous les délégués à la protection juridique des majeurs et leur offrirait un cadre de connaissances, de références et de reconnaissance à la hauteur des enjeux

Dix principes pour évoluer :

1- Les principes définis par la recommandation européenne de 1979 servent de base à la modernisation du dispositif « protection juridique des majeurs ». Ces principes sont résumés par les concepts suivants : droit, dignité, responsabilité, consentement, adhésion, autonomie de la personne. Prendre pour base le fondement même de la recommandation qui place la personne au centre du dispositif

2- La personne est au centre du dispositif de protection juridique. Cette assertion qui paraît une évidence est familière aux associations qui ont mis en œuvre un travail social particulier. Elle n'est cependant pas reconnue comme telle dans les textes du code civil. En revanche, la tutelle aux prestations adulte reconnaît ce principe qui induit une reconnaissance de la formation des professionnels et le développement de l'aide aux tuteurs familiaux

3- Les quatre mesures de la protection juridique doivent être inscrites dans le code civil, garantissant ainsi la liberté et le principe de l'exercice de recours dès lors qu'il y aurait un problème. La Tutelle aux

Prestations Sociales Adultes (TPSA) est ainsi remplacée par une mesure de conseil patrimonial et social, mesure fondée sur la gestion des prestations par décision du juge des tutelles. D'autres modifications doivent intervenir qui méritent encore de larges débats et qui concernent tant la saisine d'office, que l'évaluation de la nécessité de la mesure, la place des autres professionnels de l'action sociale, notamment

4- Le contenu de la mesure devient le socle de travail et de la négociation avec les pouvoirs publics : la qualité du service accompli devient la base de discussion pour fixer les objectifs à atteindre

5- Le contenu de la mesure doit donc être défini en fonction de celle choisie et se fonder sur le travail à accomplir dans la perspective d'autonomie de la personne, sachant que chaque mesure devra faire l'objet d'une révision tous les cinq ans

6- Le débat sur le financement doit donc prendre en compte cette nouvelle philosophie, parfaitement connue des services et des magistrats, lesquels depuis bien des années ordonnent des Tutelles aux Prestations Sociales Adultes (TPSA) pour que la personne fasse l'objet d'une véritable prise en charge

7- Les associations ont proposé que soit maintenu un financement fondé sur « un prix mois mesure ».

Face à la difficulté de l'exercice :

- quels indicateurs ?
- comment faire un prix moyen qui prenne en compte les frais les plus importants que sont le départ de la mesure, sa clôture ou des périodes de crise ?

Les pouvoirs publics ont retenu le principe du budget global. Ce principe présage une éventuelle entrée dans la loi rénovée de 1975, prévoyant ainsi un « droit à être protégé ». De nombreuses associations, notamment l'association nationale des juges d'instance, restent fidèles à une mesure dont la rémunération avait été évaluée à 1 200 francs par mois en 1998. C'est sur cet ordre de grandeur que devraient s'engager les négociations, au-delà du mécanisme budgétaire retenu

8- Les associations ont proposé d'expérimenter, en temps et grandeur réelle, cette situation nouvelle à condition que ces expériences se déroulent dans des conditions nouvelles, avec des moyens renforcés. En effet l'UNAF a proposé, comme cela est la règle dans bon nombre des pays d'Europe, un exercice ex-ante, avec une évaluation, permettant ainsi une réforme des financements et réglementations. Cette expérimentation ne concerna pas la réforme du code civil qui est, elle, un préalable

9- Concernant les comptes pivots ou tout autre compte de passage ou de gestion, l'UNAF a pris acte de la demande des pouvoirs publics, pour qui- comme le rappellent Messieurs de FOUCAULT, FAVARD et les Ministres intervenus lors des Assises de la tutelle en décembre 1999 – les intérêts générés appartiennent en propre au majeur. L'UNAF a pris les dispositions utiles pour changer cette pratique dont le Garde des Sceaux de l'époque avait admis une co-responsabilité. De nouveaux textes devraient fixer les règles de fonctionnement et surtout tenir compte du fait que les administrations admettent qu'il y avait là «raison de moduler» le prix du mois tutelle...

10- L'UNAF avait proposé que, dans le cadre d'un code civil aménagé, le mot « tuteur » soit remplacé par « délégué à la protection juridique des majeurs » et que les formations soient harmonisées pour les quatre mesures et reconnues par les pouvoirs publics et les autres acteurs. L'objectif est double, il s'agit à la fois de permettre une réelle reconnaissance de cette fonction et de la situer dans les autres professions sociales

4. Présentation d'Actions Tutélaires

A. Association tutélaire ARIANE-PARIS

ARIANE-PARIS a été créée en novembre 1993 sous l'égide de l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de Malades Mentaux)) par des parents et fonctionne sous leur direction. Elle a une compétence élargie sur tout Paris.

L'idée première des fondateurs est de construire « un après-soi » au profit de leurs enfants malades mentaux.

Sous le terme de maladie mentale, on retrouve toutes les formes de psychoses (schizophrénie, psychose maniaco dépressive, paranoïa...), les états limites (névrose de caractère) et les névroses.

Les majeurs protégés par l'association ARIANE PARIS sont essentiellement des psychotiques. Il ne s'agit pas d'handicapés mentaux de naissance.

L'association s'efforce d'assurer un suivi personnalisé et rapproché de chaque majeur protégé à l'aide d'un réseau, sachant que pour ARIANE PARIS, la famille lorsqu'elle existe, reste un acteur à privilégier dans le suivi de ces majeurs protégés.

Le suivi du majeur protégé et le travail en réseau

Lors de la mise en place de la mesure de protection judiciaire, la déléguée à la tutelle se doit d'élaborer une stratégie d'aides multiples afin d'assurer au majeur protégé une meilleure qualité de vie, un mieux être, tout en le sécurisant (repérer les zones de capacité et les zones d'incapacité de la personne).

Il s'agit d'élaborer un projet individualisé avec comme leitmotiv le respect du majeur protégé, tout en favorisant son épanouissement, son autonomie.

Deux bénévoles apportent leur aide en visitant certains d'entre eux, et des séances de travail sont organisées tous les quinze jours avec un bénévole psychologue. D'autres bénévoles retraités apportent leurs compétences spécifiques dans les domaines de la gestion du patrimoine, du suivi administratif des dossiers.

Les difficultés rencontrées par l'association ARIANE PARIS dans ses activités

1) ARIANE PARIS s'est donné pour objectifs d'assurer non seulement la gestion du patrimoine et des revenus, mais aussi du suivi et de l'accompagnement des personnes sous protection judiciaire.

2) ARIANE PARIS s'est donné pour spécificité la gestion de malades majeurs handicapés psychiques (à l'exception de personnes aux comportements violents)

- aucune reconnaissance ne lui est faite pour cette spécificité

- qu'il s'agisse d'une personne âgée ou d'une personne hospitalisée, le financement par la DDASS est le même, alors que le traitement des personnes handicapées psychiques est plus lourd sur le plan administratif et social nécessitant de la part des délégués à la tutelle une charge nettement plus importante
- le nombre de dossiers de handicapés psychiques confiés à une déléguée à la tutelle devrait être moindre que celui des personnes hospitalisées, atteintes par l'âge et présentant des troubles psychiques moins graves
- faute de moyens, il est difficile de confier à une déléguée à la tutelle plus de 50 dossiers ; avec la croissance, ARIANE-PARIS aura du mal à recruter d'autres délégués.

3) Alors que la mesure de protection judiciaire a pour effet de limiter l'autonomie du majeur handicapé psychique, ARIANE-PARIS s'efforce autant que possible d'accroître l'autonomie de celui-ci (notamment dans l'optique de la disparition de ses parents : « APRES-SOI »)

Parmi les difficultés rencontrées par les délégués à la tutelle pour aider les patients, on peut en citer quelques-unes à titre d'exemple :

- **où loger le malade à la sortie de l'Hôpital ?**
- **où et comment trouver un logement sur l'heure pour un malade exclus de sa famille, de l'hôpital, du SAMU, d'un établissement ?**
- recherche d'un majeur disparaissant dans la nature par refus de soins
- **parcours très pénible, en cas de crise, pour obtenir une Hospitalisation d'Office ou une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers**
- adaptation de l'Association à la multiplicité des natures du handicap, de l'importance ou non d'un patrimoine
- **recherche de ressources et d'aides pour le malade (aides sociales, aide juridictionnelle, dossiers sur l'endettement).**
- constitution d'un réseau autour du malade (famille, médecin, voisins, gardien d'immeuble, commerçants...)
- difficultés rencontrées avec les co-proprétaires et les voisins en cas de troubles de jouissance (intervention du syndic d'immeuble par exemple)
- **liaison avec la police de proximité en cas de crise, ou d'insécurité inévitable du personnel**

Des solutions existent, trop limitées encore, d'où la nécessité de diversifier et de multiplier au niveau de l'Etat les expériences nées d'initiatives associatives ou parapubliques.

B. Etablissement Public de Santé (EPS) MAISON-BLANCHE

L'action du gérant de tutelle se situe à la rencontre et au carrefour de plusieurs pouvoirs, ce qui en fait la complexité et la spécificité de sa fonction :

Le pouvoir judiciaire

le gérant de tutelle est nommé par ordonnance du juge des Tutelles. Les actes accomplis relèvent exclusivement du contrôle du juge.

Le pouvoir médical

le gérant de tutelle travaille avec les équipes pluridisciplinaires de soins et participe à la réalisation du projet médico-social.

Le pouvoir administratif

Le directeur d'établissement choisit, conformément aux dispositions du décret du 15.02.1969, la personne la plus qualifiée pour être gérant de tutelle.

Le juge des Tutelles ne peut désigner que le préposé choisi par le directeur. Il ne peut le récuser (circulaire du 08 12 1972).

Le gérant de tutelle doit composer avec tous ces pouvoirs, en tenant compte de la personne à protéger. Son rôle est d'être un tiers qui gère parfois les conséquences de l'ambivalence familiale et des équipes. Il sera confronté à des situations contradictoires et devra repérer ces contradictions. C'est donc au sein d'une action pluridisciplinaire qu'il devra apporter la spécificité de sa compétence.

La relation d'aide s'inscrit dans un mandat judiciaire qui protège, conseille, contrôle ou représente la personne bénéficiant d'une mesure de protection. Elle doit aboutir à l'autonomisation du majeur protégé ou en tous cas, à conserver ses potentialités. Pendant la durée du mandat, il appartient au gérant de tutelle de « rendre compte » et « d'évaluer » chaque mesure, afin de la voir évoluer : soit par transformation (gérance de tutelle en curatelle 512) soit par main-levée. Le gérant de tutelle doit toujours avoir à l'esprit la possible évolution du majeur protégé. Il a un rôle d'écoute, de soutien, d'accompagnement et de protection.

Pour conclure, le gérant de tutelle est plus qu'un gestionnaire, il doit être acteur en amont de l'opportunité de la mesure à prendre, tant auprès des magistrats, des demandeurs, que du majeur à protéger.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ **Consacrer par des textes la protection de la personne (recommandation Conseil de l'Europe). Il est nécessaire d'assurer la protection de la personne, tout autant que celle de ses biens. Il faut mettre l'accent sur le respect des Droits de l'Homme et la dignité de la personne humaine, d'où la nécessité de replacer la personne au centre du dispositif**
- ❖ **Instaurer**, pour éviter l'utilisation abusive des mesures de protection en amont du processus judiciaire, une évaluation médico-sociale. Celle-ci permettrait de vérifier que les conditions requises d'ouverture sont réunies
- ❖ **Professionnalisation et Formation unique pour tous les professionnels** : cette question apparaît très importante
- ❖ **Privilégier la qualité de la prise en charge à la quantité des mesures d'Etat assurées par les délégués de tutelle**
- ❖ **Permettre la présence d'un avocat auprès des personnes concernées par une procédure d'ouverture de modification ou de mainlevée d'une mesure.** Il ne s'agit pas d'imposer la présence d'un avocat, mais d'avertir les personnes concernées par l'ouverture d'une mesure, du droit à se faire assister d'un avocat ou d'avoir recours à l'aide juridictionnelle.
- ❖ **Permettre à toute personne concernée d'exprimer sa volonté** : nécessité d'une consultation de la personne, dans la mesure où cette consultation ne lui porte pas préjudice. Il est inconcevable qu'une personne ne soit pas entendue dans le cadre d'une procédure aussi essentielle pour elle
- ❖ **Le défaut d'audition doit rester l'exception et doit être motivé par un avis du médecin**

CHAPITRE VII Les Personnes âgées

1. L'accompagnement social des personnes âgées dépendantes ou fragilisées sur le plan psychique

La dépendance psychique, la baisse des facultés cognitives liées à un vieillissement pathologique entraînent des difficultés de vie quotidienne. Cette perte d'autonomie touche l'organisation et les habitudes non seulement de la personne âgée qui en souffre mais aussi de son entourage familial ou relationnel, ainsi que professionnel si déjà elle avait recours à des aides à domicile ou à des soins infirmiers.

Cette dépendance est moins facile à repérer d'autant plus qu'au début, la personne arrive à donner le change, à compenser et quelques manquements sont mis sur le compte du grand âge qui fait son œuvre. Le conjoint souvent compense et le reste de l'entourage ne s'aperçoit que « ce n'est plus comme avant » seulement lorsque la dégradation est un peu plus avancée.

Lorsque la personne en perte d'autonomie intellectuelle et/ou psychique est seule- ou qu'elle le devient, suite par exemple au décès du conjoint qui la prenait en charge- il n'est pas toujours facile de lui faire admettre qu'elle n'est plus en mesure d'assumer les actes de la vie quotidienne, soit parce qu'elle ne se rend pas compte de ce qu'elle fait et de ce qu'elle ne peut plus faire, soit qu'elle nie ses incapacités. Elle peut donc se mettre en danger : concrètement par des risques de désorientation géographique (elle se perd...), par sa vulnérabilité qui peut entraîner maltraitance, négligence, voire agression, par des troubles du comportement et des pertes de mémoire (oubli du gaz, perte de ses clefs, du code de la porte...).

Les familles sont souvent en souffrance face à leur parent âgé qui chemine dans ce type de dépendance : elles ne savent plus communiquer, elles manquent d'informations sur l'évolution et les conséquences des troubles, certaines histoires familiales rendent difficiles les interventions des enfants... Le dispositif d'aide existe mais il n'est pas forcément lisible, beaucoup d'aides sont onéreuses et peuvent demander la mobilisation des ressources familiales (participation des enfants, modification du patrimoine). Les limites du soutien à domicile entraînent aussi une entrée en institution qui peut, là encore, remettre en cause un équilibre financier ou patrimonial.

2. Quelles mesures prendre pour mieux accompagner ces personnes et leur entourage ?

Nous devons :

- réfléchir aux moyens d'une évaluation médico-psycho-sociale

- développer la formation des acteurs, notamment dans la transversalité des secteurs sanitaire et social
- accompagner les familles et développer l'aide aux aidants (information, orientation, conseil, aide à la décision, multiplication et création des structures thérapeutiques et de répit...)
- penser aux handicapés vieillissants et prévoir accompagnement et structures ad hoc
- développer des équipes mobiles et psycho-gériatrie et renforcer les équipes des Centres Médico-Psychologiques locaux
- travailler en réseau
- éviter la psychiatrisation abusive des personnes âgées

Dans le 20^{ème} arrondissement de nombreuses structures s'efforcent d'apporter aide et services à cette population touchée par la détérioration intellectuelle

Les services sociaux :

- le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASES), Centre Social de Gérontologie Croix Saint Simon
- les Services d'Aide à Domicile : AMSAD, CASVP, ARCHIPEL, ADEF, ATD, ATRE (association tutélaire)
- l'hospitalisation à domicile (AP/HP-Croix Saint Simon)
- les Centres Médico-Psychologiques (CMP)
- le Centre de Gérontologie des Balkans
- des associations caritatives (Petits Frères des Pauvres), des bénévoles (Conférence Saint Vincent de Paul) et des structures d'accueil de jour et d'hébergement

La Coordination Gérontologique qui existe dans le 20^{ème} arrondissement depuis les années 80 est devenue un Point Paris-Emeraude et dispense information, orientation et conseil aux personnes âgées, familles et professionnels. Le point Paris-Emeraude a une mission importante qui est l'animation des différents partenaires du champ médico-social.

Pour repousser les limites du soutien à domicile des personnes âgées, il faut :

- lutter contre l'isolement qui aggrave leur vulnérabilité
- accompagner leurs incapacités et stimuler leurs capacités résiduelles
- soutenir les familles et l'entourage
- proposer des solutions personnalisées répondant à leurs souhaits et à leurs moyens économiques.

Mais lorsque ces limites sont atteintes ou lorsque le choix de la personne est d'entrer en institution, il convient de l'aider à s'y préparer et à trouver la maison de retraite médicalisée qui lui convient.

L'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes psychiquement passe par la volonté de tous de travailler ensemble, de respecter leur singularité et de les traiter comme acteurs et citoyens

3. Difficultés rencontrées concernant cet accompagnement spécifique

Le manque d'infirmiers libéraux ou de places dans les services de soins infirmiers pour les soins de nursing, indispensables dans le dispositif de soutien à domicile, retarde dramatiquement les sorties à domicile.

Cette situation entraîne des prolongations de séjours à l'hôpital ou en maisons de repos, dommageables pour la personne âgée et représentant un coût non négligeable pour la société.

Cet état de fait a pour fâcheuse conséquence d'anticiper des entrées en institution ou de précariser la qualité de vie à domicile.

La prise en charge inégale est insuffisante dans les Centres Médico-Psychologiques par manque de personnel et de connaissances spécifiques pour les pathologies de cette population.

Pourtant l'intervention de chacun dans son champ de compétences est la garantie d'un accompagnement efficace dans les soins.

TÉMOIGNAGES

Association d'aide médico-sociale à domicile pour les personnes âgées du 20^{ème} arrondissement- 25 rue Saint Fargeau 75020 PARIS

Cette association prend en charge les souhaits de la personne, son niveau de capacité physique et psychique, ainsi que son environnement affectif et géographique, ses habitudes de vie et le respect de son individualité :

- accompagnement en terme d'aides ménagères
- spécificité en matière d'accueil de personnes souffrant de maladie psychologique
- 90% du personnel est non-formé, seulement 10% titulaire du Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD)

Chaque année, l'association aide 1 600 personnes âgées, grâce à 330 salariés.

Des politiques incohérentes entre elles, des mesures sans cesse retardées, des réformes annoncées mais jamais concrétisées ont eu des effets désastreux tant auprès des personnes aidées que des professionnels qui les accompagnent.

De ce fait, l'association dénonce :

- une insuffisance des dispositifs d'aide en raison de conditions d'accès drastique et d'une limitation des enveloppes budgétaires ne tenant pas compte de l'évolution des besoins
- la précarité des emplois : temps partiels généralisés, salaire net de 32,40F par heure pour plus de la moitié des salariés

Cette situation est pourtant bien connue : deux rapports récents (Hespel-Thierry 1998 ; Guinchard-Kunstler 1999) l'ont décrite, analysée et ont fait des propositions.

Depuis de nombreuses années, les associations d'aide médico-sociale attendent des mesures concrètes.

Les pouvoirs Publics se targuent d'une situation économique et financière assainie et en plein développement. Notre pays dispose des moyens humains et budgétaires pour aider et prendre en charge à domicile les personnes et les familles fragilisées par les aléas de la vie.

Le Gouvernement vient d'annoncer de grandes mesures dans ce domaine, notamment avec l' Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA), mais d'autres questions se posent encore :

- quand les autorités de tutelle débloqueront-elles la réforme des financements de la prestation d'aide ménagère à domicile de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ?
- quand sera publié le texte d'application relatif à la création de places d'auxiliaires de vie annoncée en janvier 2000 ?
- quand sera effective l'augmentation du nombre de places en Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.), annoncée en mars 2000 ?
- à quelle date la réforme des Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D) est-elle reportée ?
- comment faire face aux difficultés de recrutement en raison de la faible attractivité de ce secteur, dûe principalement au manque d'évolution de la convention de 1983 qui maintient au SMIC horaire des aides à domicile ayant onze ans d'ancienneté ?
- quelle formation des techniciennes de l'intervention sociale et familiale peut être mise en place pour permettre le remplacement des départs en retraite ?

Des mesures d'urgences sont demandées pour 2001 :

- pour maintenir les dispositifs d'aide, en évitant toute cessation d'activité
- pour témoigner d'une plus grande considération vis-à-vis de ce secteur professionnel

Unité d'Hospitalisation de Neuilly-Sur-Marne

Dans leur pratique quotidienne, au sein des équipes de psychiatrie adultes, les professionnels sont constamment confrontés au manque de structures spécialisées pour les patients psychotiques vieillissants. Cette situation est notamment cruciale pour les personnes salariées en Centre d'Aide par le Travail (CAT) et hébergées en foyer.

En effet à 60 ans âge légal de la retraite, en cessant leur activité, les malades psychiques doivent quitter leur foyer. Leur placement en maison de retraite « classique » pose énormément de problèmes du fait de l'âge de plus en plus élevé des résidents en maison de retraite (plus de 80 ans), les activités des autres pensionnaires n'étant pas adaptées à leur âge et à leur pathologie.

Ces placements ont souvent un retentissement néfaste sur leur équilibre psychique et entraînent parfois des hospitalisations en psychiatrie qui pourraient être évitées si des structures adaptées étaient créées en grand nombre.

Il existe un établissement de ce type en Seine Saint-Denis, **géré par l'Association Régionale des Parents d'Enfants Inadaptés (A.R.P.E.I.)** :

Résidence Spécialisée « Marguerite de Meulan »

59 allée de Verveine

93370 MONTFERMEIL

tél : 01 41 70 16 34

Cet établissement de 15 places, ouvert en 1998, est évidemment complet.

L'ouverture de structures identiques semble actuellement une nécessité.

Exemples de structures d'accompagnement innovantes

L'action Gérontologique 13^{ème} en santé mentale

Les différentes structures de l'action Gérontologique 13^{ème} en santé mentale

En 1965 quelques praticiens de la santé, psychiatres, des élus locaux, des responsables de services s'occupant des personnes âgées ont créé l'association pour favoriser une politique de maintien à domicile, fondée sur plusieurs idées directrices :

- rompre avec l'idée que le grand vieillard n'est qu'un malade
- prendre en compte de façon globale les différents aspects sociaux, psychologiques et médicaux du vieillissement
- proposer des aides et des soins gradués selon le degré de difficultés des personnes (alternative à l'hospitalisation)
- s'appuyer sur l'existant et ne pas s'y substituer
- développer une coordination des aides sanitaires et des aides sociales
- faire respecter les droits de la personne et notamment les choix de vie
- connaître la psychopathologie chez la personne âgée et notamment la place de facteurs sociaux et d'environnement (solitude, veuvage, transplantation, conflits familiaux...)

La création de l'AG 13^{ème} fait suite à une enquête de la population âgée dans le 13^{ème} sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : d'une part ouverture du centre d'information et de prévention et d'autre part des hôpitaux de jour géronto- psychiatriques de proximité.

Les hôpitaux de jour géronto-psychiatriques de proximité, appelés longtemps centres de jour : Bach et Boussingault

Ils sont nés en 1966-67 à l'époque du rapport Laroque et de la sectorisation des hôpitaux psychiatriques. Il est bien évident que depuis leur ouverture, ces centres ont vu évoluer sensiblement les pathologies prises en charge, leurs pratiques s'adaptant à celles-ci.

En 1990 le 13^{ème} accueillait 31 842 personnes âgées de plus de 60 ans et 3 178 personnes âgées de plus de 85 ans.

Les hôpitaux de jour sont soumis à une dotation globale de l'assurance maladie sous tutelle de la CRAMIF et de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (D.A.S.S.) (prix de journée : 350 francs).

Boussingault : 30 places - Bach : 40 places

Equipe pluridisciplinaire : psychologue, assistante sociale, psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute, musicothérapeute, infirmière, agent hôtelier...)

Pathologies accueillies : tous les versants de la psychopathologie associés au vieillissement. Peuvent être concernés : de la dépression banale de la personne âgée isolée aux pathologies psychiatriques reconnues chez des personnes vieillissantes, ainsi que tous les aspects démences débutantes ou confirmées. Mais dans ce dernier cas, les personnes concernées doivent compter autour d'elles un réseau d'aidants impliqués dans le soutien à domicile (famille ou autre)

Pour chaque patient l'équipe élabore un programme de soins. Dans le cas des démences, l'objectif est d'obtenir une stabilisation ou un ralentissement de l'évolution de la maladie par la stimulation, le soutien psychologique au patient et à l'entourage, l'implication de l'équipe dans la coordination des aides et soins à domicile.

En dehors des démences, ce sont les réactions psychologiques pathologiques aux troubles physiques ou événements déclenchants : décès, transplantation...

Cette psychopathologie -qui au premier abord se présente comme une détérioration- est importante à reconnaître dans la mesure où elle permet de comprendre qu'avec une prise en charge; un traitement, une amélioration sont possibles. Ceci nécessite un travail qui doit tenir compte de toutes les composantes psychiques et environnementales de la personne âgée.

Evaluation :

- des handicaps physiques et psychiques
- du retentissement de ces handicaps dans la vie quotidienne, les conditions de vie de la personne
- appréciation des capacités de réinsertion, d'adaptation

Les centres de jour utilisent une variété de temps thérapeutiques prenant en compte les composantes de la personnalité et qui vont s'articuler entre eux selon un projet personnalisé.

RÉPARATION

La psychomotricité aide à la re-mobilisation, la détente du corps, l'acceptation de son corps vieilli (pédicure, rééducation, ergothérapie)

REVALORISATION

Pour une revalorisation de soi : techniques d'expression (ateliers créatifs)

SOCIALISATION à travers différentes activités de groupe : convivialité. Malgré la maladie on peut rester intégré dans son environnement social

AUTONOMISATION

Loisirs, sorties, relations avec les familles, participation à des clubs. Psychothérapie individuelle pour certains

GUIDANCE DES FAMILLES

Groupes d'expression pour les familles dont les parents sont atteints de pathologies démentielles et pris en charge dans ces structures

Les sujets abordés sont avant tout les difficultés quotidiennes liées à la maladie, un des objectifs est d'aider à trouver un sens à tel symptôme pour le rendre souvent plus supportable par l'entourage

Un autre objectif est de prévenir l'épuisement des aidants pouvant conduire à des comportements maltraitants, ou des conduites d'évitement menant à l'abandon de la personne âgée. On sait combien l'intrusion dans une famille de la maladie démentielle est traumatisante. Il s'agit d'accompagner les familles dans les différentes étapes qui marquent l'accès à une position adaptative par rapport à la maladie démentielle (dont Alzheimer) et qui permet d'organiser l'avenir.

Le Centre d'Information et de Prévention

- un lieu de rencontre et d'échanges où les retraités du 13^{ème} et proche banlieue auto-organisent divers ateliers. Des activités culturelles, conviviales, artistiques ou sportives maintiennent le lien social et en créent de nombreux autres

- un lieu d'accueil et d'information où les personnes pour elles-mêmes ou un proche peuvent recueillir des informations sur les services existants sur l'arrondissement, peuvent être aidées dans leurs démarches, aidées pour prendre certaines décisions, peuvent aussi être conseillées et orientées en fonction de tel ou tel problème. Cet accueil est assuré par les assistantes sociales, les secrétaires, le docteur

- des ateliers santé ont lieu une fois par mois et informent sur :

- . les progrès de la médecine dans tel ou tel domaine (traitement de la douleur...)
- . les mesures préventives et les recommandations pour certaines maladies du vieillissement : l'arthrose, l'ostéoporose, la vue...

Ce centre est le trait d'union entre la population et le dispositif de soins environnant : en cas de difficultés de vie, les personnes qui le connaissent n'hésitent pas à demander conseil.

Il permet une orientation précoce vers le service compétent et facilite l'accès au diagnostic : exemple de l'atelier mémoire où la psychologue saura diriger la personne vers BROCA, Notre Dame du Bon Secours ou autre si les troubles identifiés pendant une séance se révèlent sévères.

RELATIONS AVEC LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DU 13^{ème}

Depuis trois ans s'est engagé un travail de rapprochement entre le service de soins à domicile et les équipes du secteur psychiatrique.

Très logiquement l'AG 13^{ème} est devenue la structure référente pour les psychiatres dans la prise en charge des patients âgés alors que l'ASM 13 s'était plus ou moins affranchie de leurs soins.

Avec le vieillissement de la population et l'intrication grandissante des problèmes médico-sociaux-psychologiques un rapprochement était vivement demandé, dans la mesure où les prises en charge communes se terminaient très vite par l'abandon du patient par l'une ou l'autre association.

Des réunions communes aux deux structures sont mises en place pour évoquer les prises en charge de patients et analyser les raisons d'un retrait d'une équipe, les mises en échec des équipes de part et d'autre. La conclusion en fut une grande satisfaction partagée par l'ensemble des intervenants. Les équipes se réunissent donc deux fois par an.

Ces réunions bi-annuelles vont devenir également des séances de formation au cours desquelles un invité peut intervenir. C'est ainsi que l'antenne régionale « ALMA ESSONNE » de l'association « ALLO MALTRAITANCE » est venue présenter les actions de prévention et de conseil mises en place dans ce département.

Association Tutélaire des Retraités du 20^{ème} **127 bis, rue d'Avron 75020 Paris – tél : 01 43 73 76 80**

Présentation

Près de 150 mesures par an

Public : les retraités qui habitent le 20^{ème} arrondissement de Paris

Nombre de salariés : 3

Spécificité : association créée en 1990 par un collectif de travailleurs sociaux dans le cadre de l'action gérontologique du 20^{ème} arrondissement.

Sa mission

- gérer les biens des personnes âgées de l'arrondissement qui ne sont plus en mesure de le faire seules, avec mandat du juge des Tutelles
- proposer un accompagnement social personnalisé
- privilégier la concertation avec l'ensemble des partenaires

Ses moyens

Un secrétariat, deux salariés délégués à la tutelle, un conseil d'administration animé par les professionnels de l'action gérontologique de l'arrondissement, un Conseil Technique, une équipe de bénévoles

Données chiffrées

En 2000, 142 dossiers ont été traités

Environ 1300 personnes reçues au cours de l'accueil et des permanences.

L'association gère les intérêts d'une majorité de personnes sous tutelles, dont la tranche d'âge dominante se situe entre 85 et 94 ans.

Ce sont des personnes, pour la plupart isolées sur le plan familial, ce qui explique qu'une partie importante d'entre elles soit placée en maison de retraite ou en long séjour hospitalier.

Les nouvelles mesures de l'année 2000 concernent un grand nombre de personnes démunies sur le plan financier et sans suivi social.

NOS PROPOSITIONS

- ❖ **Eviter la psychiatisation abusive** des personnes âgées
- ❖ **Développer la formation des acteurs**, notamment dans la transversalité des secteurs sanitaire et social
- ❖ **Accompagner les familles**
- ❖ **Créer des structures thérapeutiques et de répit**
- ❖ **Prévoir des structures d'accompagnement pour les handicapés vieillissants** (comme par exemple la Résidence Marguerite de Meulan)
- ❖ **Développer des équipes mobiles de psycho-gériatrie**
- ❖ **Renforcer les équipes des Centres Médico-Psychologiques locaux**
- ❖ **Travailler en réseau**
- ❖ **Soutenir les associations de maintien à domicile** en leur donnant les moyens nécessaires à cette mission
- ❖ **Lutter contre l'isolement** qui aggrave la vulnérabilité des personnes âgées
- ❖ **Augmenter le nombre d'infirmiers libéraux et de places dans les services de soins infirmiers**, indispensables dans le dispositif de soutien à domicile
- ❖ **Améliorer** la prise en charge dans les Centres Médico-Psychologiques en augmentant le personnel
- ❖ **Former** ce personnel aux spécificités des pathologies de cette population

CHAPITRE VIII

Mesures générales :

1. La Couverture Maladie Universelle (CMU)
et la Couverture Complémentaire
2. L'accès aux loisirs et à la culture pour tous

1. La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Couverture Complémentaire

Présentation du dispositif

La Couverture Maladie Universelle (CMU) a fait l'objet d'une loi spécifique promulguée en juillet 1999 et mise en œuvre le 1^{er} janvier 2000.

La CMU garantit à toute personne résidant en France l'accès à l'assurance maladie et une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie. Elle assure également aux personnes dont les ressources sont les plus faibles (moins de 3700 francs mensuels) une couverture complémentaire accompagnée d'une dispense d'avance de frais.

Cette réforme comporte donc deux axes principaux :

- 1) la couverture de base attribuée par le régime obligatoire
- 2) la couverture complémentaire pour les plus défavorisés

Après quelques mois de mise en œuvre, il y a plus de 2 millions de bénéficiaires de plus par rapport à l'ancienne aide médicale gratuite, soit un total de 5 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2000.

Cependant, la CMU ne répond pas entièrement à sa mission, elle ne permet **pas aux personnes bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH) et au minimum vieillesse d'accéder à la gratuité des soins, car le plafond est dépassé d'environ 100 francs.**

C'est pourquoi, il paraît impératif et urgent d'envisager des solutions pour permettre à ces personnes de bénéficier gratuitement de cette complémentaire qu'ils ne peuvent ni obtenir automatiquement au vu de leurs ressources trop « élevées », ni souscrire à cause de revenus insuffisants.

Proposition

Mme Odette GRZEGRULKA, Député socialiste de l'Aisne, réclame l'intégration dans le dispositif de nouveaux bénéficiaires au moment où d'autres devraient en sortir. Sinon, a-t-elle estimé mercredi 30 mai dernier, en présentant son troisième rapport sur le sujet devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, « **il en ressortirait, dans les faits, une véritable CMU à deux vitesses** ».

En effet le 30 juin, le bénéfice de la Couverture Maladie Universelle (CMU) -qui concernerait au 31 mars 5 169 929 personnes- aurait dû s'arrêter pour un million d'entre elles, celles dont les revenus dépassent le plafond de ressources réévalué à 3 700 francs par mois. La majorité de ces sorties s'explique par la fin de l'attribution automatique de la CMU -votée en juillet 1999- à tous ceux qui bénéficiaient antérieurement de l'aide médicale gratuite (AMG) gérée par les départements. Dans une dizaine d'entre eux, cette aide était en effet supérieure. Dans un souci d'apaisement, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Elisabeth GUIGOU, a annoncé le 15 mai dernier le maintien dans le dispositif de ces personnes jusqu'au 31 décembre 2001.

Mme Odette GRZEGRULKA souligne que « parce qu'ils perçoivent 52 francs de plus par mois, les titulaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et du minimum vieillesse sont aujourd'hui exclus de la CMU, qui assure une couverture santé gratuite ».

« Cette situation n'est pas acceptable » affirme la députée qui ajoute « certains départements comme le Var ou la Charente-Maritime, qui ont décidé d'anticiper la sortie des anciens bénéficiaires de l'AMG, ont commencé à mettre en place des systèmes locaux pour compenser les effets de seuil. Si cela n'est pas encadré, nous allons repartir vers des inégalités géographiques, c'est-à-dire le contraire du principe de la CMU ».

Mme Odette GRZEGRULKA estime à « pas plus 2 milliards de francs » le coût de l'intégration des 1,2 million de personnes bénéficiaires de l'AAH ou du minimum vieillesse.

2. L'accès aux loisirs et à la culture pour tous.

Constats

En France des millions de personnes, de tous âges, avec des pathologies très diverses (névrose, psychoses, autismes, démences diverses, dont la démence d'Alzheimer) et des handicaps de niveaux variables mais souvent très lourds, connaissent et subissent une **situation d'exclusion et de marginalisation inacceptable en matière d'accès aux loisirs et à la culture, que ce soit en tant que simple consommateur ou encore en tant qu'acteur.**

Si la question de l'intégration scolaire ou professionnelle est souvent posée pour les personnes malades mentales, celle de leur droit d'accès à la culture et aux loisirs est peu soulevée. Ce droit est pourtant fondamental (cf. résolution 48/96 du 20 décembre 1993 de l'ONU ou la loi n° 75-534 du 30 juin 1975).

L'accès à la culture et aux loisirs est de toute évidence l'un des vecteurs d'intégration sociale le plus fort et le plus déterminant et devrait être considéré comme un préalable à toute insertion sociale réussie. Pour ces personnes en grande difficulté, avoir accès à une activité de loisirs ou de culture est en effet plus qu'un droit ; la conséquence de leur exclusion engendre très souvent une dégradation de leur état de santé et tout particulièrement pour les personnes âgées dépendantes pour lesquelles on observe une accélération rapide

des processus de glissement de leur état physique et psychique. C'est donc un facteur de bien être dont l'effet préventif en termes sanitaire et médico-social est incontestable.

Rendre à ces populations leur juste droit d'accès à la culture constitue ainsi un enjeu éthique et citoyen, un enjeu constitutionnel, ainsi qu'un enjeu professionnel (pour les acteurs du sanitaire et du médico-social, mais également du secteur culturel).

La France, on le constate, a un retard très important dans son action d'intégration des personnes malades mentales dans la vie culturelle et de loisirs ordinaires. On ne peut pas et on ne doit pas pour autant désigner une institution ou des organismes responsables. C'est un phénomène sociétal, malheureusement important et étendu, à tous les niveaux des acteurs concernés :

- **les établissements culturels** dans leur ensemble, à part quelques expériences pilotes, ne sont pas structurés pour rendre leur offre culturelle accessible à ces populations. Les manques de dispositifs d'accompagnement, de pédagogies adaptées, de formations, de liens structurés avec des établissements d'accueil, et la non prise en compte des publics à besoins spécifiques dans les politiques générales des établissements culturels, font qu'aujourd'hui n'apparaissent que des initiatives ponctuelles, portées par des personnes souvent isolées, parfois certes de grande qualité, mais ne présentant que rarement des garanties de pérennité.

Quant à diffuser en public des spectacles auxquels participent des personnes malades mentales, parfois de très bonne qualité, il faut le plus souvent s'orienter vers des festivals et des manifestations spécifiques du type « Culture et Handicap ». Quels que soient les handicaps, la scène artistique française accepte encore très mal de présenter des artistes « différents » dans une programmation ordinaire.

- **les institutions d'accueil** reposent encore souvent pour ces questions sur le bénévolat, le caritatif et n'ont pas su développer un professionnalisme adapté.

Dans de nombreuses institutions, telles les services de gériatrie, ce sont souvent des soignants faisant fonction d'animateur, qui prennent en charge les activités culturelles (pour exemple, on peut relever les quelques cinq personnes professionnelles ayant réellement le statut et la formation d'animateurs culturels au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, comportant tout de même cinquante groupes hospitaliers).

- **les collectivités territoriales et locales**, principaux acteurs de la vie culturelle en France, délèguent en grande partie les questions liées à l'accès à la culture des personnes malades mentales aux porteurs de l'action sociale et des questions du handicap (cf. la concertation sur les politiques culturelles de villes, initiée par CEMAFORRE en partenariat avec la ville d'Orléans en mars 2000). Dans ces conditions, ces personnes en grandes difficultés psychiques sont souvent orientées vers des structures relevant du social ou du socioculturel et ne bénéficient que trop rarement des interventions du milieu culturel ordinaire. Les personnes malades mentales, de tous âges, sont ainsi bien souvent exclues des retombées des impôts bénéficiant à l'action culturelle.

- **l'Etat n'a pas encore développé de politique globale et structurée au niveau national** en faveur de l'accès des personnes malades à la culture et aux loisirs.

Des dispositifs récents sont toutefois à signaler et à saluer :

- la campagne nationale « Tourisme et Handicap », impulsée par le secrétariat d'Etat au tourisme, ayant notamment pour objet de sensibiliser les professionnels du tourisme à l'accueil des personnes handicapées et de promouvoir un label national « Tourisme et Handicap »

- le programme national «Culture à l'hôpital », porté par le ministère de la culture, ayant notamment pour objet de favoriser des jumelages entre équipements culturels et établissements d'accueil et de susciter la création de postes de responsables culturels hospitaliers
- la récente création de la commission nationale culture handicap, co-présidée par la ministre de la culture, Mme TASCA et la ministre en charge des personnes handicapées, Mme ROYAL. Cette commission a pour mission d'élaborer des mesures et dispositifs permettant de faciliter l'accès à la culture des personnes handicapées sur le plan national

Propositions et recommandations

Au niveau des établissements culturels :

- réaliser un état des lieux sur leur offre culturelle accessible aux personnes malades mentales (en collaboration avec des associations ou structures spécialisées pour ce domaine)
- nommer une ou plusieurs personnes référentes pour l'accueil des publics à besoins spécifiques. Le référent d'un établissement culturel devra être sensibilisé et formé à l'accueil de ces publics et être à même de répondre à des sollicitations pour des accueils ponctuels ou des projets culturels à plus long terme en direction des publics à besoins spécifiques, soit en les prenant en charge lui-même, soit en orientant les personnes vers des structures mieux adaptées
- sensibiliser l'ensemble du personnel (agent d'accueil, intervenants culturels ou artistiques et responsables d'équipements) à l'accueil des publics à besoins spécifiques
- mener une action d'information en direction des établissements d'accueil et les réseaux de l'action sociale et médico-sociale sur leur offre culturelle adaptée
- étudier des dispositifs tarifaires spécifiques
- intégrer les personnes handicapées dans les manifestations et actions événementielles
- développer des liens et des partenariats avec les associations et les institutions d'accueil
- définir un plan annuel d'action en direction des publics à besoins spécifiques
- définir un budget prévisionnel annuel pour l'accueil des publics à besoins spécifiques

Au niveau des établissements d'accueil :

- définir une politique culturelle d'établissement
- nommer une ou plusieurs personnes référentes pour les activités culturelles et de loisirs au sein de l'établissement
- engager des échanges et des partenariats avec des établissements culturels et de loisirs
- définir un budget prévisionnel pour l'action culturelle en direction des personnes prises en charge

- distinguer les activités d'animation, des activités thérapeutiques (art thérapie), de la pédagogie adaptée, de l'action culturelle et de la manifestation festive. Chacune de ces interventions fait appel à un savoir-faire particulier et peut nécessiter l'intervention de professionnels spécifiques

Au niveau des collectivités locales

- mettre en place des instances de concertation réunissant les associations, les établissements d'accueil, les opérateurs culturels et la ville, afin d'échanger de façon permanente sur les propositions, les attentes et les besoins de chacun et de définir des cadres d'actions communes
- réaliser un état des lieux sur l'accessibilité de l'offre culturelle de la ville : activités adaptées, expériences pilotes, personnes ressources (personnes référentes au sein des établissements culturels, des établissements d'accueil, prestataires,...)
- formation et sensibilisation des professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et culturels sur l'accès des personnes malades mentales à la culture
- engager une mise en réseau active avec d'autres villes sur le plan régional, national et européen pour échanger sur des pratiques et des réalisations menées
- organisation de manifestations ponctuelles autour de la thématique « Culture et Handicap » s'inscrivant dans des projets d'actions pérennes
- mise en place de mesures financières compensatrices permettant à des intervenants culturels ou de loisirs d'intervenir auprès des personnes malades mentales
- mise en place d'un service d'accompagnement permettant aux personnes malades mentales d'accéder aux lieux culturels de la ville

Au niveau de l'Etat

- élargir la convention culture santé de mai 1999 au secteur du médico-social
- introduire dans la loi LANG de 1985, concernant la taxe sur la copie privée, des modalités d'application permettant de dégager un quota des fonds prélevés sur cette taxe en faveur de l'accès des personnes malades mentales à la culture
- introduire dans la révision de la loi d'Orientation de 1975 des obligations de projets culturels d'établissement pour les institutions d'accueil du médico-social et les diverses structures concernées
- dans le cadre des études sur les pratiques culturelles des Français, réalisées par le département « Etude et Prospective » du ministère de la culture, introduire un volet sur l'accès aux loisirs et à la culture des personnes malades mentales
- introduire des mesures de discrimination positive en faveur de l'accès des personnes malades mentales aux loisirs et à la culture, dans les contrats de Ville et les contrats de plan Etat-Région

- favoriser le développement et la reconnaissance d'un professionnalisme adapté pour les activités culturelles et de loisirs en direction des personnes malades mentales, en mettant notamment à profit les travaux engagés dans le cadre du dispositif national sur l'emploi des jeunes, selon la loi n°97-940 du 16 octobre 1997
- mettre en place des dispositifs de Secteurs Prioritaires d'Action Culturelle et de Loisirs (SPAC), dans l'esprit des Zones d'Education Prioritaires (ZEP), permettant sur des territoires définis, d'engager des politiques de discrimination positive et notamment le renforcement du maillage entre les professionnels des secteurs culturels et des secteurs du médico-social et du sanitaire
- engager une convention interministérielle (Emploi, Culture, Santé, Education Nationale, Direction Interministérielle à la Ville (DIV), Economie Solidaire, Jeunesse et Sport) permettant, sur des territoires définis, d'engager des dispositifs pour l'aménagement d'une politique nationale pour l'accès à la culture des personnes handicapées, âgées dépendantes et hospitalisées

Développer un professionnalisme

De l'accompagnement direct d'une personne handicapée aux actions de conseil-assistance pour des responsables d'établissements ou de villes et pour aménager l'accès aux loisirs et à la culture, **une palette de nouveaux métiers est à structurer.**

Rendre accessible toutes les activités implique le développement d'un professionnalisme : conférenciers en langue des signes pour les personnes malentendantes, intervenants musiciens, plasticiens formés à l'utilisation des nouvelles technologies appropriées pour permettre à des personnes handicapées motrices de jouer, composer de la musique, dessiner, peindre, des professionnels à même de proposer des pédagogies adaptées facilitant l'accès des personnes handicapées mentales aux pratiques théâtrales, des personnes non voyantes aux richesses du patrimoine...

De plus, pour rendre la culture accessible pour ces populations handicapées, dépendantes, des professionnels doivent être impliqués dans un travail de mise en réseau des secteurs culturels, sanitaires et médico-sociaux.

Typologie de ces nouveaux métiers

**SCANNER TABLEAU p29
DU RAPPORT GENERAL DES TRAVAUX
ECREA FRANCE**

1 page

Arrêté du 1^{er} février 2001

ARRETE A SCANNER

1 page

Convention signée en 1999 entre le Ministère de la Culture et de la Communication et le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale

CONVENTION A SCANNER
4 pages

NOTRE ACTION

QUESTION ÉCRITE N° 53020 ADRÉSSÉE A MME GIGOU MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

M. Michel CHARZAT appelle l'attention de Mme la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sur les conséquences de la mise en œuvre de la Couverture Universelle Complémentaire. En effet s'il est évident que la création de la couverture maladie universelle a permis à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé, un certain nombre de problèmes se posent pour la complémentaire. Peut bénéficier de cette complémentaire la personne dont le niveau maximal de ressources est de trois mille cinq cents francs. Or, l'on sait qu'un certain nombre de minima sociaux se situent juste au-dessus de cette limite : l'allocation adulte handicapé et le minimum vieillesse, tous deux d'une valeur de trois mille cinq cent soixante-quinze francs et quatre vingt-trois centimes, excluent de fait cette partie de notre population. Il lui demande les solutions envisageables pour permettre à ces personnes de bénéficier gratuitement de cette complémentaire qu'ils ne peuvent ni obtenir automatiquement au vu de leurs ressources trop « élevées », ni souscrire à cause de revenus insuffisants.

REPONSE à la question n°53020

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle a permis un progrès majeur dans l'accès aux soins. Elle permet en effet de couvrir plus de cinq millions de personnes environ, soit deux millions de personnes de plus que l'ancienne aide médico médicale gratuite des départements. Depuis la mise en place de la CMU le 1^{er} janvier 2000, le Gouvernement a continué à prendre des dispositions pour améliorer la prise en charge des frais de santé des personnes ou familles les plus modestes : tout d'abord, le seuil pour l'accès à la Couverture Maladie Universelle complémentaire a été porté par décret à 3600 francs par mois, ce qui représente 300 000 bénéficiaires supplémentaires ; ensuite, 400 millions de francs sont affectés aux fonds d'action sanitaire et sociale des caisses primaires d'assurance maladie pour la prise en charge des personnes dont les revenus dépassent de peu le plafond de la Couverture Maladie Universelle. Les personnes qui bénéficiaient de l'aide médicale départementale au 1^{er} janvier 2000 ont vu leurs droits automatiquement prolongés dans le dispositif de la Couverture Maladie Universelle jusqu'au 30 juin 2001. Ce délai permettra de préparer la sortie du dispositif dans les meilleures conditions de

celles dont les revenus seraient supérieurs au seuil d'accès et d'une façon plus générale de veiller à la continuité de la couverture maladie des personnes au voisinage du plafond de ressources de la CMU.

NOS PROPOSITIONS

1. La Couverture Maladie Universelle

Permettre aux personnes bénéficiant de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) et du minimum vieillesse d'obtenir la gratuité d'une couverture maladie complémentaire. Cette mesure doit s'harmoniser sur le plan national pour éviter une C.M.U. « à deux vitesses ».

2. L'accès aux loisirs et à la culture pour tous

Développer une politique globale et structurée au niveau national en faveur de l'accès des personnes malades mentales à la culture et aux loisirs.

CHAPITRE IX
Notre Action Générale

En plus des questions écrites posées par Michel CHARZAT aux ministres compétents, des courriers -récapitulatifs et de portée générale- ont été adressés à plusieurs personnalités :

Mme Colette HOREL, Préfète de Paris

**SCANNER LETTRE, ENCADREE ET SUR FOND
TRAME
2 pages**

Sa réponse : Mme Colette HOREL sera présente personnellement en séance du CICA du 4 octobre 2001

Mr Bernard KOUCHNER, Ministre Délégué à la Santé

Scanner lettre encadrée et sur fond tramé

2 pages

Sa réponse :

1 page

Scanner lettre encadrée et sur fond tramé

Mr Bernard KOUCHNER a accepté de préfacier ce livre blanc

**Mme Paulette GUINCHARD-KUNSLER, Secrétaire d'Etat aux
Personnes Agées**

Scanner lettre encadrée et sur fond tramé

2 pages

Sa réponse : Mme Paulette GUINCHARD-KUNSLER se fera représenter en séance du CICA du 4 octobre 2001 par un membre de son cabinet, Mme PARAYRE, spécialiste de la Santé Mentale.

Mme Maryse LEBRANCHU, Garde des Sceaux

**SCANNER LETTRE, ENCADREE ET SUR
FOND TRAME**

2 pages

Sa réponse :

Mme Ségolène ROYAL, Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées

**SCANNER LETTRE, ENCADREE ET SUR
FOND TRAME**

1 page

La réponse de Mme Ségolène ROYAL

**SCANNER LA REPONSE, L'ENCADRER SUR
FOND TRAME
2 pages**

Michel CHARZAT a accepté la mission d'analyse et de propositions demandée par Madame Ségolène ROYAL sur le thème du Handicap Psychique

La rédaction de ce livre blanc ne constitue qu'une première étape

**La réflexion se poursuit donc en concertation
avec les acteurs concernés
pour mieux identifier les difficultés des personnes en
situation de handicap
-du fait de troubles psychiques-
et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches**

CHAPITRE X

En Conclusion rappel synthétique de nos Propositions

POINT I : Soins et Urgences Psychiatriques

- ❖ **Lancer une grande campagne d'information**, notamment à l'intention des jeunes fréquentant le milieu scolaire, en vue de permettre des soins précoces et de prévenir un certain nombre de crises et de rechutes
 Cette campagne doit aussi être popularisée pour permettre de « lever le voile » sur cette maladie trop souvent occultée
- ❖ **Envisager, particulièrement à Paris, un accueil systématique médicalisé et de réinsertion en sortie d'hôpital.** Cet accueil, moins coûteux à la collectivité que les hospitalisations répétées, serait également moins traumatisant pour les malades et leur entourage. Il contribuerait, de plus, à une prise de conscience du patient qui lui permettrait de gérer sa maladie, première étape vers une réinsertion sociale adaptée
- ❖ **Amplifier les hospitalisations de jour et les services d'accompagnement à la vie sociale avec des interventions d'éducateurs à domicile.** L'accompagnement d'un malade par l'équipe d'un même centre médico-psychologique (CMP), particulièrement lorsqu'il est fragilisé ou en pré-crise, joue un rôle important : celui d'apaiser le malade auquel il est peut-être possible d'éviter l'hospitalisation et celui d'accompagner les proches dans une situation d'urgence; une telle mesure amplifiée permettrait d'éviter des hospitalisations répétées et coûteuses pour notre société
- ❖ **Renforcer la loi de sectorisation** en lui donnant les moyens nécessaires à sa mission de prévention et en rééquilibrant ces moyens selon les secteurs -les quartiers populaires de l'est parisien étant particulièrement défavorisés au regard des besoins spécifiques de leur population-
- ❖ **Adopter une plus grande souplesse dans la lecture de la loi du 27 juin 1990 pour faciliter les hospitalisations en cas de nécessité** (comme le recommande le rapport n° 97081 de septembre 1997 remis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). En effet , la notion de « péril imminent » fait l'objet d'interprétations litigieuses de la loi. Aussi, afin de faciliter l'admission hospitalière, **un seul certificat médical devrait suffire, y compris celui du médecin des urgences, quels que soient l'établissement auquel il est rattaché ou sa relation avec le patient.** Un second certificat est ensuite établi pour éviter toute hospitalisation abusive, **par ailleurs sanctionnée par la loi**

- ❖ **Mettre en place un service d'ambulances spécialisées à Paris**, à l'image de « l'Equipe Rapide Intervention Crise » (ERIC) existant dans les Yvelines, afin d'offrir un moyen de transport des personnes en état de crise **dans des conditions adaptées et décentes**
- ❖ **Renforcer les moyens humains**, afin de répondre aux besoins et d'appliquer réellement les mesures prévues dans les textes législatifs

POINT II : La Souffrance Psychologique des Adolescents

- ❖ Améliorer l'accueil aux urgences en prenant en compte la problématique de l'adolescent et en facilitant une prise en charge globale médico-psycho-sociale
- ❖ Développer des consultations sans rendez-vous pour les adolescents
- ❖ Aménager les structures existantes (soit dédiées exclusivement aux adolescents, soit recevant des adolescents en nombre important dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans les services de chirurgie ou de médecine)
- ❖ Structurer un ou plusieurs pôles supplémentaires d'accueil et d'hospitalisation pour les adolescents
- ❖ Développer un programme de formation pluridisciplinaire abordant à la fois les pathologies somatiques, les pathologies psychiatriques et la spécificité de l'adolescent
- ❖ développer une politique de prévention et de promotion de la santé à l'égard des adolescents
- ❖ Favoriser le travail en réseau des différents partenaires médicaux et sociaux

POINT III : La Précarité : l'Alcoolisme et les Conduites Addictives

A. L'ALCOOLISME

- ❖ Lancer une campagne d'information en direction du grand public pour faire connaître ces maladies, les risques encourus et mieux comprendre ceux qui en sont victimes
- ❖ Développer les actions de prévention en milieu scolaire
- ❖ Renforcer les équipes médicales spécialisées au sein des établissements scolaires
- ❖ Favoriser le travail en réseau.

B. LA TOXICOMANIE ET LES CONDUITES ADDICTIVES

- ❖ Pour combattre la stigmatisation et l'exclusion des toxicomanes, pour mettre fin à la répression de l'usage simple de stupéfiants, nécessité d'ouvrir une réflexion sur une réglementation de la production, de la commercialisation et de l'usage des différents stupéfiants (particulièrement en ce qui concerne le cannabis)
- ❖ Développer les actions préventives visant à réduire la demande de drogues (information objective, éducation à la santé...) plutôt que celles visant à en réduire l'offre, c'est à dire la répression d'efficacité manifestement insuffisante mais mobilisant des moyens financiers et humains considérables
- ❖ Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce (rôle des médecins généralistes et des services d'urgences)
- ❖ Mieux accueillir les toxicomanes dans les services de psychiatrie et développer la collaboration entre le dispositif spécialisé et le secteur psychiatrique
- ❖ Mieux former et soutenir les médecins généralistes désireux de s'impliquer dans la prise en charge des toxicomanes
- ❖ Nécessité au sein du dispositif spécialisé :
 - de remédier à la sous-médicalisation
 - de mieux prendre en charge les usagers de drogues "nouvelles" (ecstasy, LSD, GHB...)
 - de créer des hôpitaux de jour et d'autres structures innovantes
- ❖ Développer la recherche sur le plan de l'épidémiologie, de la neurobiologie et surtout la recherche clinique en ce qui concerne la toxicomanie mais aussi les addictions au sens large (y compris celles qui ne font pas intervenir les substances psychoactives)

POINT IV : La Petite enfance

- ❖ Lancer une campagne d'information pour intervenir le plus tôt possible auprès des enfants et améliorer ainsi l'action thérapeutique

- ❖ Augmenter les lieux de soins : absence de structures spécifiques à la petite enfance et aux adolescents, pas de place en hôpital de jour, insuffisance de placement familial thérapeutique (il n'en existe pas sur le 20^{ème}) et d'unités mère-enfant
- ❖ Accroître le nombre de personnels pour réduire les listes d'attente
- ❖ Créer un service d'accompagnement des enfants pour leur permettre un meilleur suivi de leurs consultations psychologiques et psychopédagogiques
- ❖ Effectuer un travail en réseau pour établir des liens entre les différentes structures de soins (ce temps de réunion n'étant pas comptabilisé dans l'enveloppe budgétaire)

POINT V : L'Ethnopsychiatrie

- ❖ Redonner les moyens humains et financiers aux services d'Ethnopsychiatrie, nécessaires à la demande de soins en constante augmentation
- ❖ Positionner le patient au cœur du dispositif de soins
- ❖ Favoriser le travail en réseau (Education Nationale, Services sociaux, Médecins généralistes)

POINT VI : Les Tutelles et Curatelles

- ❖ **Consacrer par des textes la protection de la personne** (recommandation conseil de l'Europe), favoriser sa participation à la mesure et la protection de sa personne et non prioritairement de ses biens. **Il est nécessaire d'assurer la protection de la personne, tout autant que celle de ses biens. Il faut mettre l'accent sur le respect des droits de l'homme et la dignité de la personne humaine, replacer la personne au centre du dispositif**
- ❖ **Instaurer** pour éviter l'utilisation abusive des mesures de protection, en amont du processus judiciaire, une évaluation médico-sociale. Celle-ci permettrait de vérifier que les conditions requises d'ouverture sont réunies
- ❖ **Professionnalisation et Formation unique pour tous les professionnels.** Cette question apparaît très importante
- ❖ **Privilégier la qualité de la prise en charge à la quantité des mesures d'Etat prises en charge par les délégués de tutelles**
- ❖ **Permettre la présence d'un avocat, auprès des personnes concernées, par une procédure d'ouverture, de modification ou de mainlevée d'une mesure.** Il ne s'agit pas d'imposer la présence d'un avocat, mais d'avertir les personnes concernées par l'ouverture d'une mesure, du droit à se faire assister d'un avocat ou d'avoir recours à l'aide juridictionnelle.

- ❖ **Permettre à toute personne concernée d'exprimer sa volonté** : nécessité d'une consultation de la personne, dans la mesure où cette consultation ne lui porte pas préjudice. Il est inconcevable qu'une personne ne soit pas entendue, dans le cadre d'une procédure aussi essentielle pour elle. **Le défaut d'audition doit rester l'exception et doit être motivé par un avis du médecin**
- ❖ **Clarifier les modes de financements** de ces mesures de protection (tutelles et curatelles) (en attente des éléments sur les problèmes de financement des mesures d'Etat)

POINT VII : Les Personnes âgées

- ❖ **Eviter la psychiatrisation abusive** des personnes âgées
- ❖ **Développer la formation des acteurs**, notamment dans le transversalité des secteurs sanitaire et social
- ❖ **Accompagner les familles**
- ❖ **Créer des structures thérapeutiques et de répit**
- ❖ **Prévoir des structures d'accompagnement pour les handicapés vieillissants** (comme par exemple la Résidence Marguerite de Meulan)
- ❖ **Développer des équipes mobiles de psycho-gériatrie**
- ❖ **Renforcer les équipes des Centres Médico-Psychologiques locaux**
- ❖ **Travailler en réseau**
- ❖ **Soutenir les associations de maintien à domicile** en leur donnant les moyens nécessaires à cette mission
- ❖ **Lutter contre l'isolement** qui aggrave leur vulnérabilité des personnes âgées
- ❖ **Augmenter le nombre d'infirmiers libéraux et de places dans les services de soins infirmiers**, indispensables dans le dispositif de soutien à domicile
- ❖ **Améliorer** la prise en charge dans les Centres Médico-Psychologiques en augmentant le personnel
- ❖ **Former** ce personnel aux spécificités des pathologies de cette population

POINT VIII : Mesures Générales

1. La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Couverture Complémentaire

- ❖ Permettre aux personnes bénéficiant de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) et du minimum vieillesse d'obtenir la gratuité d'une couverture maladie complémentaire. Cette mesure doit s'harmoniser sur le plan national pour éviter une C.M.U. « à deux vitesses ».

2. L'accès aux loisirs et à la culture pour tous

- ❖ Développer une politique globale et structurée au niveau national en faveur de l'accès des personnes malades mentales à la culture et aux loisirs.

LEXIQUE (abréviations et sigles)

A.A.H.	Allocation Adulte Handicapé
A.I.E.P.	Association Internationale d'Ethnopsychanalyse
A.M.G.	Aide Médicale Gratuite
A.N.G.T.	Association Nationale des Gérants de Tutelle
A.P.A.	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
A.P.E.I.	Association de Parents d'Enfants Inadaptés
A.R.P.E.I.	Association Régionale des Parents d'Enfants Inadaptés
A.T.	Atelier Thérapeutique
A.V.P.	Allocation Ville de Paris
B.A.P.U.	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
C.A.	Cour d'Appel
C.A.F.	Caisse d'Allocations Familiales
C.A.P.P.	Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique
C.A.S.	Centre d'Accueil et de Soins
C.A.T.	Centre d'Aide par le Travail
C.A.T.T.P.	Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel
C.C.D.E.S.	Centre Départemental d'Education Spéciale
C.E.S.	Contrat Emploi Solidarité
C.F.E.S.	Comité Français pour l'Education et la Santé
C.H.R.S.	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.H.S.	Centre Hospitalier Spécialisé
C.I.A.P.A.	Centre Inter hospitalier d'Accueil Permanent pour Adolescents
C.I.C.A.	Comité d'Initiative et de Consultation d'Arrondissement
C.M.P.	Centre Médico Psychologique
C.M.P.P.	Centre Médico Psycho Pédagogique
C.M.S.	Centre Médico-Social
C.M.U.	Couverture Maladie Universelle
C.N.A.V.	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
C.O.T.O.R.E.P.	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.P.O.A.	Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (structure parisienne)
C.R.A.M.I.F.	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
C.R.E.A.I.	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
C.S.S.T.	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
D.A.S.E.S.	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.I.V.	Direction Interministérielle à la Ville
D.G.S.	Direction Générale de la Santé
D.T.M.P.	Délégué de Tutelle aux Majeurs Protégés
D.T.P.S.	Délégué de Tutelle aux Prestations Sociales
E.C.I.M.U.D	Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues
E.I.	Entreprise d'Insertion
E.M.P.	Etablissement Médico-Psychologique
E.N.	Education Nationale
E.R.I.C.	Equipe Rapide d'Intervention Crise
F.C.M.	Fédération d'Aide à la Santé Mentale, Croix Marine

F.N.A.T.	Fédération Nationale des Associations Tutélaires
F.S.L.	Fond de Solidarité au Logement
H.A.D.	Hospitalisation à Domicile
H.C.S.P.	Haut Comité de Santé Publique
H.O.	Hospitalisation d'Office
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.M.P.	Institut Médico-Pédagogique
I.P.P.P.	Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Paris
M.A.S.	Maison d'Accueil Spécialisée
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
P.A.S.S.	Permanence d'Accueil aux Soins de Santé
P.M.I.	Protection Maternelle Infantile
P.O.S.U.	Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences Psychiatrique
R.M.I.	Revenu Minimum d'Insertion
S.A.M.U.	Service d'Aide Médicale Urgente
S.A.U.	Service d'Accueil d'Urgence
S.A.V.S.	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
S.E.S.I.	Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information
S.P.A.C.	Secteurs Prioritaires d'Action Culturelle et de Loisirs
S.S.I.A.D.	Service de Soins Infirmiers à Domicile
S.T.S.M.	Services Territoriaux de Santé Mentale
T.E.	Tutelle d'Etat
T.G.I.	Tribunal de Grande Instance
T.M.P.	Tutelle Majeur Protégé
T.P.S.A.	Tutelle aux Prestations Sociales Adultes
T.P.S.	Tutelle aux Prestations Sociales
U.D.A.F.	Union Départementale des Associations Familiales
U.H.S.I.	Unité Hospitalière Sécurisée Intersectorielle
U.N.A.F.	Union Nationale des Associations Familiales
U.N.A.F.A.M.	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
U.N.A.P.E.I.	Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales
U.N.A.S.E.A.	Union Nationale des Associations de Sauvegarde de l'Enfance, Adolescence et adultes
U.P.	Unité de Proximité
U.P.A.T.O.U.	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URGENCE PSY	Service Privé de Visites à Domicile
Z.E.P.	Zone d'Education Prioritaire

VŒU PROPOSE PAR LE CICA

Création d'un Conseil de Santé Mentale dans le 20^{ème} arrondissement

- Considérant que le 20^{ème} est dense – 180 000 habitants – et compte de nombreuses associations
- Considérant que s'y implante une structure de l'Etablissement Public de Santé (E.P.S.) Maison Blanche puisqu'une convention a été signée avec l'Hôpital de la Croix Saint Simon le 19 décembre 2000 concernant les malades du 20^{ème} relevant des 27^{ème}, 28^{ème} et 29^{ème} secteurs de psychiatrie générale
- Considérant qu'un maillage psycho-social et social de la souffrance psychique pourrait mieux répondre à la demande du citoyen si un Conseil de Santé Mentale était implanté localement
- Considérant qu'une telle implantation locale et non parisienne permettrait à tous – médical, social, administration et politique – d'effectuer un travail en réseau pour établir des liens harmonieux permettant de mieux répondre à la demande des patients et leurs familles

Emet le vœu que soit créé dans le 20^{ème} – à l'exemple de celui du 18^{ème} – un Conseil de Santé Mentale regroupant tous les partenaires concernés : mairie, antenne de police, services de psychiatrie de secteur, urgences psychiatriques de l'hôpital général et associations concernées.