



Le bulletin de liaison de la Seine-Saint-Denis

EPS de Ville-Evrard – 202 avenue Jean Jaurès - 93330 Neuilly-sur-Marne
Tél. : 01.43.09.30.98 – Mail : 93@unafam.org – Site : www.unafam93.org

**Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou
handicapées psychiques – Reconnue d'Utilité Publique**

Un autre regard



N° 2 – MAI 2012

Sommaire

- P. 2 à 6 Semaine d'Information sur la Santé Mentale : Cultures, société et santé mentale
- P. 7 / 8 Café-rencontre du samedi 11 février animé par Roselyne Touroude

Editorial

Cette année, le thème de la SISM était "Cultures, société et santé mentale".

En effet, notre association s'interroge depuis longtemps sur la nécessité de mieux étendre son action d'information et de soutien aux familles d'origine étrangère dont un proche souffre de maladie psychique.

La richesse culturelle de notre département dont nous devons être fiers s'accompagne d'embûches, voire de véritables barrières. Les problèmes posés par la diversité de langues maternelles ont été étudiés au cours d'un colloque récent à l'hôpital Delafontaine. Les coutumes du quotidien comme les croyances religieuses des gens d'une culture très éloignée de celle des européens peuvent provoquer malentendu et méfiance gênant ainsi le soin et l'accompagnement. La précarité et l'isolement socio-économique rendent parfois pro-

blématique la prise de contact malgré l'urgence d'une compréhension mutuelle.

Ces facteurs peuvent même compromettre, parfois gravement, l'égalité dans le soin qu'en théorie notre République offre à chacun. De même, malgré leurs bonnes intentions, les bénévoles de l'Unafam ne parviennent pas toujours à se faire connaître et établir un lien avec ces familles. Il était donc utile de réfléchir ensemble sur les moyens à mettre en œuvre pour mieux échanger avec les personnes d'autres cultures qui souffrent de maladie psychique.

La parole de spécialistes expérimentés, le témoignage des associations et des élus a pu nous éclairer et nous montrer les chemins à suivre...

Extrait de l'intervention d'Elizabeth Tuttle en introduction de la journée de la SISM

participer

L'Événement

comprendre

coopérer

s'informer

mieux vivre dans la cité

CULTURES, SOCIÉTÉ ET SANTÉ MENTALE

Journée dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale du 16 mars 2012 à la Bourse du travail de Bobigny. Médiateur de cette journée : le Dr Théodore.

Le Dr Francis Théodore, président de la Commission médicale d'établissement de Ville-Evrard ; Pierre Laporte, vice-président du Conseil général ; Pierre Laffly, directeur-adjoint de l'hôpital Robert Ballanger avec le Dr Stéphane Saint-Léger, gynécologue-obstétricien, responsable pôle mère-enfant au CHI Robert Ballanger et Elizabeth Tuttle, membre du bureau de l'Unafam 93 ont souhaité la bienvenue au nombreux public ; ils se sont félicités du travail en commun qui a permis l'organisation de cette journée et ont souligné l'importance du thème choisi par l'Unafam cette année.

Intervention de Pierre Laporte

Il rappelle que dans cette période critique où le regard sur la maladie psychique est déformé sur le plan du débat politique, se pose le problème du statut des associations et des militants associatifs (il faut être disponible dans la journée - ça demande des moyens - journée de travail compensée comme dans certains pays ? et du temps).

L'Unafam 93 est une association à caractère militant, elle est présente dans de nombreuses instances : MDPH – CDA – dans des groupes de travail au département et à l'ARS - dans les RESAD – ateliers santé ville – hôpitaux.

Questionnements : doit-on avoir un regard spécifique sur la diversité des cultures et la maladie psychique ? Peut-on dire qu'il y a discrimination quand il y a maladie psychique ? La Seine-Saint-Denis est-elle un berceau avant-gardiste de l'ethnopsychiatrie ? – Doit-on nous aussi discriminer quand une personne malade psychique est en même temps d'origine étrangère (même avec des papiers français ?).

Cette année, on a entendu des discours nous disant que certaines cultures étaient supérieures à d'autres ! Cela interfère dans notre débat.

Autre problématique : on entend depuis quelque temps que le Conseil Général accorderait trop d'aides aux malades psychiques, que l'on dépenserait trop d'argent pour des personnes qui en abusent.

A la conférence territoriale de l'ARS, le volet psychiatrie est laissé à l'abandon.

Cela incite donc à prendre des initiatives et à s'engager d'autant plus avec l'Unafam.

Pierre Laffly introduit l'intervention du Dr Stéphane Saint-Léger (obstétricien et membre de Médecins du Monde)

Quelques propos rapportés ci-dessous :

Du côté des soignants, le monde change – montée du communautarisme et du consumérisme (le patient dit : je veux). Malaise au niveau des urgences (le patient : « j'ai droit »). Montée de la précarité – l'hôpital est un lieu de passage mais aussi un lieu de vie – souffrance des malades et des soignants. Cela devient de plus en plus difficile avec des contraintes financières. On a le savoir et en même temps on est dépendant des patients.

Les soignants (infirmières/aides-soignantes) souffrent du non-respect d'autrui, de l'absence de regard d'autrui. Il y a une méfiance mutuelle : « *les patients n'ont que des droits, les soignants n'ont que des devoirs* ».

Il y a un rabaissement, une dévalorisation du métier de soignant en terme d'image d'où des réflexes de défenses/ abandon/ burn-out. Ce qui peut engendrer des comportements déviants, une mise en défaut de la qualité des soins.

Que pouvons-nous faire ? Adapter notre pratique à chaque individu ? La médecine a évolué énormément, avec une évaluation des résultats, une espérance de vie en hausse et une mortalité en baisse et en même temps de plus en plus de technicité.

On doit tenter d'offrir à tout le monde des pratiques qui ont été évaluées, agréées par les professionnels tout en s'adaptant à chaque individu (ex : femme enceinte 'témoins de Jéhovah' refusant l'éventualité d'une prise de sang à l'accouchement). Il faut expliquer, convaincre et cela prend du temps : l'explication

est chronophage. On peut proposer des consultations ciblées (ex : médecins femmes pour des femmes musulmanes) mais cela n'est pas toujours possible. C'est un choix sociétal et financier : il a été mis en place (ex : médecins hommes ou femmes) quand c'est possible avec des médecins de cultures différentes. La médecine reste un art scientifique, c'est le regard de l'autre qui nous permet de différencier notre pratique scientifique. « *L'art médical commence par le regard* ».

Les professionnels s'impliquent dans des formations à la différence culturelle : documents traduits en plusieurs langues, externalisation des soins...

On a les mêmes problèmes dans le monde humanitaire avec la question de la place de la femme dans le monde et dans notre société.

Il termine son intervention avec deux citations :

- J.-J. Rousseau : « *La république ne souffre que d'une seule religion, c'est la morale civile. Toute autre religion est affaire privée* ».
- Une femme éthiopienne « *Aimer c'est aimer le visage de l'autre, c'est l'envisager en le dévisageant* ».

Intervention du Dr Michèle Vincenti-Delmas, chef du bureau santé publique, service de la prévention et de l'action sanitaire et **Hédia Aït Kaci**, chargée veille hôpitaux, service de la prévention et de l'action sanitaire.

Elles nous ont fait part de quelques données pour la Seine-Saint-Denis.

- les caractéristiques de la population : une population jeune (22 % des habitants ont moins de 15 ans), multiculturelle et une forte proportion de familles monoparentales,
- des données épidémiologiques : les affections psychiatriques représentent 9 % des admissions en ALD (affections de longue durée),
- l'offre et l'accès aux soins : 0,82 lit et place pour 1 000 habitants de plus de 16 ans en psychiatrie générale en Seine-Saint-Denis pour 1,24 ‰ en IDF et 1,53 ‰ en France métropolitaine, 0,64 lit et place pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans en psychiatrie infanto-juvénile pour 0,97 ‰ en IDF et 0,93 ‰ en France. La part de l'hospitalisation partielle est élevée.

Intervention de Christine Théodore, psychologue, psychanalyste, secteur G06, EPS de Ville-Evrard

Nous avons essayé de résumer l'intervention de Christine Théodore, tout en ayant bien conscience que sorties de leur contexte certaines phrases citées peuvent tronquer la pensée de l'auteur. Nous nous sommes efforcées de retenir ici les idées fortes énoncées lors de cette intervention. Nous n'avons cependant pas fait état de l'étude ethnographique menée sur « une observation du discours traditionnel en pays de Caux » par Christine Théodore, mais avons plutôt essayé de comprendre cette discipline qu'est l'ethnopsychiatrie, son histoire et les dispositifs mis en place.

Un constat de départ : la personne souffrante se définit d'abord par la multiplicité de ses appartenances : culturelle, linguistique, sociale, religieuse, politique.

Christine Théodore nous a retracé l'histoire et les différents courants de l'ethnopsychiatrie et de l'ethnopsychologie qui se sont développés comme branche autonome de la psychiatrie fin du XIX^e siècle, début du XX^e siècle : « *le but de l'ethnopsychologie, étroitement liée à des crises d'identité culturelle et à la formation de la conscience des nations, vise à construire précisément une science des caractères nationaux. De plus, elle met l'accent sur la notion de peuples malades* », dont il convient de comprendre la nature des troubles afin de les soigner ».

Faisant référence à Georges Devereux pour qui la schizophrénie ne s'observerait que dans les populations assujetties à un violent processus d'acculturation.

Ce dernier définit les traits de la psychose ethnique de la façon suivante :

- le conflit qui sous-tend la névrose ou la psychose affecte également la plupart des individus normaux : le conflit du névrosé ou du psychotique est simplement plus violent que celui des autres ; le patient est donc comme tout le monde, mais il l'est plus intensément que tout le monde ;
- les symptômes caractéristiques de la névrose ou psychose ethnique ne sont pas improvisés... Si le sujet s'écarte du comportement prévu on le tiendra pour criminel, sorcier, hérétique...

Tobie Nathan mentionne également : « *Il est intéressant de voir comment les partisans de la psychiatrie transculturelle ont pris le problème de la schizophrénie et en particulier comment ils ont rendu compte des études épidémiologiques dont ils sont souvent les spécialistes et où nous avons beaucoup à apprendre d'eux...* ».

Ces mêmes partisans de la psychiatrie transculturelle ont d'ailleurs montré qu'il y avait une surestimation inquiétante du diagnostic de schizophrénie dans les groupes culturels minoritaires... Ils ont aussi étudié la vaste étude sur les taux de prévalence de la schizophrénie en fonction des niveaux socio-économiques qui montre une différence qui va de 1 à 5 entre les taux de personnes considérées comme souffrant de

schizophrénie en fonction de l'appartenance sociale. Elle est de 2,5 % dans les couches les plus défavorisées et de 0,5 % dans les couches de population les plus privilégiées.

Les partisans de la psychiatrie transculturelle ont débattu d'un autre problème : celui du meilleur pronostic de la schizophrénie dans les pays sous-développés... S'agit-il encore de la même pathologie ?

Pour se situer sur le terrain de la psychiatrie, la question est posée :

« **Que peut faire pratiquement un clinicien devant de tels syndromes ?** »

- est-il en présence d'une pathologie individuelle et de son expression singulière ou bien d'une tentative culturelle d'endiguer le désordre ?

- a-t-il affaire à une personne ? Sa famille ? Son lignage ? Sa communauté ?

Comment juger de la bizarrerie des idées d'un Inuit de Sibérie ou d'un Ibo du Nigéria, sans connaître sa langue, ses habitudes de pensée, ses coutumes ?

Pour François Laplantine :

La démarche née de la rencontre de l'ethnologie et de la psychanalyse suppose un double décentrement :

1) par rapport à soi-même et à sa culture,

2) par rapport à la discipline scientifique dans laquelle on a été formé.

Des questions se posent du point de vue de l'anthropologie et il convient de faire une analyse de nos réactions culturelles à ce que nous disent (ou ne nous disent pas) et nous montrent ceux qui viennent d'une autre culture.

La pratique clinique fondée sur la recherche ethnopsychiatrique implique la confrontation entre deux axes disciplinaires : les sciences psychologiques et les sciences anthropologiques.

Quels sont alors les critères ethnopsychiatriques de la normalité ? :

Pour l'ethnopsychiatrie, faire appel à la culture pour soigner le psychisme, ce n'est pas seulement tenir compte et utiliser comme instrument thérapeutique l'environnement culturel du malade (cette dernière démarche est celle de la psychiatrie sociale ou de la sociopsychiatrie) mais c'est aussi faire appel à des catégories culturelles qui en apparence (mais en apparence seulement), peuvent être totalement étrangères à celui dont on cherche à comprendre et à traiter le symptôme.

L'ethnopsychiatrie opère une rupture avec la notion de normalité psychique par l'adaptation sociale ainsi qu'avec l'idéologie fonctionnaliste (Bronislaw Malinowski) qui repose sur l'occultation systématique qu'il puisse y avoir du dysfonctionnement social.

Dans une consultation d'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychiatre est entouré de professionnels dont au moins l'un d'entre eux parle la langue maternelle de la famille et connaît, pour les avoir particulièrement étudiées, les habitudes thérapeutiques ayant cours dans l'environnement habituel de la famille. Le référent qui a conduit la famille parle d'abord, explique ce qu'il attend de cette consultation, expose ce qui, à son sens, constitue les difficultés et les souffrances, en bref : la problématique de la famille. Lorsqu'une séance est mise en place, le patient perd d'un coup et réellement sa position d'objet : l'ethnopsychiatre prend l'habitude de repenser avec le patient, tant sa souffrance singulière que les théories qui ont soutenu cette souffrance, qui l'ont construite, élaborée... le patient est l'interlocuteur privilégié de ce que la théorie du clinicien pense de lui...

La dernière partie de l'intervention de Christine Théodore a été consacrée à une étude de cas pour illustrer son exposé. Des questions et des débats dans le public ont permis d'éclairer son propos.

Intervention de Bally Bagayoko, vice-président au Conseil Général 93, en charge de l'enfance et de la famille

Se basant sur le vécu d'un village malien dans une région dont il est originaire, Bally Bagayoko nous a apporté un témoignage : en effet ce village appelé « le village maudit » ou « village des fous » ne peut selon son chef faire appel qu'à la divinité pour espérer ramener ces personnes à la normalité.

Porteur de cette histoire, l'élu nous montre l'importance de ces préjugés dans un village traversé par un phénomène complexe, de situations qui sont liées à la culture, à la tradition ou à des phénomènes inconnus.

Tout ceci l'amène à se pencher sur la situation de la Seine-Saint-Denis extrêmement complexe tant sur le plan social que sur la question de la santé mentale.

Bally Bagayoko est heureux de la présence de différents acteurs professionnels dans ce colloque qui travaillent sur le terrain et notamment sur l'association de la santé communautaire basée aux Francs-Moisins. Pour lui c'est une approche extrêmement intéressante car on part de la problématique du sujet pour mettre en face tout un ensemble de phénomènes permettant aux personnes issues de l'immigration (qui sont à la fois d'ailleurs et à la fois d'ici), de faire un retour en arrière pour que les acteurs comprennent qui ils sont, connaissent leur histoire et puissent ainsi les aider dans leur cheminement.

Bally Bagayoko a illustré son propos par un témoignage personnel : il a eu l'occasion dans sa propre famille de rencontrer ce type de problématique : sa tante a un enfant atteint d'une maladie mentale. Il a essayé de lui faire comprendre qu'il y a des acteurs autour et qu'il ne sert à rien d'aller voir le marabout même s'il ne remet pas en cause ses compétences. Dans sa famille on a appelé la divinité pour corriger certains problèmes. Il y a eu un conseil de famille très long tentant de lui faire comprendre qu'il existe d'autres solutions. Il a fallu deux ou trois ans pour qu'elle s'inscrive enfin dans cette démarche. Cependant le sujet de fond ce n'est pas tant qu'il faille convaincre (même s'il le faut) mais il s'agit d'un enfant qui attend deux ou trois ou quatre ans un traitement ; il faut ensuite rattraper les conséquences. Ce débat est extrêmement important car il est à la fois à la croisée d'une expertise et de situations qui ne sont pas des sciences exactes, elles sont liées aux situations personnelles des gens et à la manière dont chacun prend des prédispositions pour se mettre dans quelque chose de différent, dans quelque chose qui est étranger et c'est très compliqué.

Bally Bagayoko a terminé son intervention (rappelant qu'il avait quitté Bamako pour arriver en Seine-Saint-Denis) en insistant sur la nécessité de construire des passerelles, des échanges, une relation de réciprocité avec les états pour faire en sorte d'intégrer les plus d'un million d'habitants du département qui viennent de tous les horizons du monde, en créant les conditions pour que le travail important qui a été fait ici puisse se traduire concrètement de manière très efficace ; travail à la fois avec une approche spécifique du territoire et plus appuyée sur une coopération décentralisée pour que les compétences se développent dans ces pays. Ces différentes populations en Seine-Saint-Denis viennent avec leur histoire, il est important de redonner confiance à ces familles qui pensent qu'avec ces difficultés l'isolement est la meilleure solution. C'est dans l'ouverture que nous parviendrons à les aider et comprendre leur dialecte : cela ne remet pas en cause la république !

Pour Bally Bagayoko, ce sujet passionnant doit se traduire dans une continuité. Reprenant les propos d'Elizabeth Tuttle « *comment peut-on donner un prolongement à ce temps d'échange ?* », nous avons le devoir d'interpeller plus largement d'autres acteurs pour que ces questions puissent trouver un écho favorable sur le département. Pour lui, ce n'est pas une question de volonté des professionnels qui se mobilisent sur ce sujet, c'est surtout une question financière car la santé n'a pas de prix et elle ne doit pas être dépendante de logiques d'arbitrages qui ne sont pas du tout à la hauteur des enjeux d'une société évoluée.

La première table ronde de l'après-midi avait pour thème le multiculturalisme dans le soin. **Sarah Mas-Miangu**, femme relais médiatrice à l'association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin et médiatrice dans le service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Avicenne et **Hélène Zeitoun**, directrice de l'association communautaire Santé/Bien-être à Saint-Denis ont apporté leur témoignage sur le terrain.

Quelques points forts de l'intervention d'**Hélène Zeitoun** : « *c'est une association qui est ancrée sur le quartier des Francs-Moisins bel air à Saint-Denis. Un quartier qu'on pourrait caractériser par différents mots : diversité, précarité, pauvreté, solidarité, isolement, certains diraient ghetto, communautarisme, violence mais dans tous les cas à l'association se côtoient des personnes de toutes origines mais à vrai dire, en grande majorité des femmes qui n'ont qu'une seule envie : vivre le mieux possible, le plus dignement possible dans une société qui les oublie trop souvent.*

Nous accueillons des personnes dans leur singularité, leur différence mais ces différences ne sont pas forcément des différences culturelles. Comme chacun de nous, de vous, ce sont des différences qui sont liées à une histoire, un vécu, une éducation, des rencontres. Ces personnes se retrouvent autour d'intérêts communs et c'est cela qu'on appelle la santé communautaire. Ces intérêts ce sont : pouvoir se soigner, se rencontrer, apprendre de l'autre.

Dans cette association, nous avons cinq médiatrices qui travaillent. Elles sont, elles aussi, toutes d'origines culturelles différentes et parlent plusieurs langues et dialectes. Mais surtout elles ont toutes un vécu, une histoire qui les a amenées à devenir relais pour d'autres et à se former, se perfectionner pour être ce qu'elles sont devenues. De personnes relais à médiatrices santé, ce sont des professionnelles à part entière. Elles accompagnent les habitants du quartier dans leur accès aux soins et à la santé. Alors quand on parle de santé, on parle de santé globale. On tient compte de l'ensemble des terminaux de santé qui peuvent être le logement, les ressources, l'emploi, l'éducation, la culture.

Alors, comment cela se passe concrètement ?

Ce qu'il faut savoir c'est que début novembre, on a ouvert un nouveau lieu qui s'appelle la place santé qui est un centre de santé communautaire. L'équipe de cinq médiatrices et d'une musicothérapeute a été complétée par l'arrivée de cinq médecins. Sur ce lieu, on propose aussi des consultations médicales qui sont en lien avec l'ensemble du travail que fait l'association. Toutes les personnes qui passent la porte de la place santé sont accueillies par une médiatrice qui leur propose toutes les activités de l'association, les oriente éventuellement vers la secrétaire médicale, leur propose, si besoin, un rendez-vous avec une médiatrice pour une aide à l'accès au droit et au soin. Sont mises en place des actions collectives type atelier cuisine, groupe

marche, et une action spécifique qu'on appelle 'bien-être ensemble' où des femmes se retrouvent autour d'un repas pour manger ensemble dans la convivialité et pour discuter autour de thématiques santé.

On a aussi une musicothérapeute qui propose des ateliers de relaxation et d'expression musicale pour allier la musique et la parole.

Ce que font aussi les médiatrices, je pense que c'est très important, elles interviennent en consultation. On a un projet qui est très spécifique, c'est permettre l'accessibilité aux soins à tout point de vue : financier mais aussi du point de vue de la compréhension de ce qu'il se passe en consultation. En cas de besoin, un médecin peut faire appel à une médiatrice qui va être là pour traduire la consultation ou tout au moins la reformuler ».

La deuxième table ronde de l'après-midi avait pour thème les différentes modalités de prises en charge dans la santé mentale. **Le Dr Rachid Bennegadi**, psychiatre-anthropologue, président de la section de psychiatrie transculturelle de l'association mondiale de psychiatrie, directeur du pôle enseignement, études et recherche au centre Françoise Minkowska à Paris et **Judith Ayosso**, psychologue clinicienne à l'EPS de Ville-Evrard, docteur en psychologie clinique transculturelle et **Sylvie Colinart**, infirmière psychiatrique à l'EPS de Ville-Evrard ont échangé sur leur expérience.

Quelques points forts de l'intervention du Dr Bennegadi :

Rachid Bennegadi, psychiatre et anthropologue médical travaille au Centre médico-psycho-social Françoise Minkowska à Paris, institution publique non sectorisée qui œuvre depuis les années 1940 pour soigner des malades psychiques de différentes cultures.

Le Dr Bennegadi a commencé son intervention en soulignant l'importance de la médiation transculturelle et ses interrogations concernant la transculturalité.

Avec humour et vivacité, il a vite centré son intervention sur les questions de la formation des soignants et l'importance de transmettre aux aidants médicaux et sociaux, un savoir-être et un savoir-faire pour faire face aux difficultés des personnes d'origine étrangère.

Pour mieux souligner l'importance des soins « centrés sur la personne », Rachid Bennegadi a évoqué l'historique du Centre Minkowska depuis une trentaine d'années. Au cours des années 80 et 90, l'orientation du Centre portait sur les soins spécifiques selon l'origine culturelle du patient : 'Le Centre devenait une agence de voyage : « passez-moi l'Afrique... passez-moi l'Asie ! » pouvait-on entendre'.

Cette orientation a fait son temps et l'intervenant a insisté sur le mode de soins actuel qui est basé sur la philosophie de l'accès de soins à tous et la règle d'or du droit commun qui doit assurer l'égalité de soins pour tout le monde. Il ne s'agit ni de sacraliser l'autre parce qu'il vient d'ailleurs ni de s'exclure, d'aider l'autre parce que celui-ci est tributaire d'une culture étrangère. Rachid Bennegadi nie la validité d'une compétence culturelle magique ; « on ne joue pas au chaman ! » Il souligne que les outils de travail du soignant – savoir théorique et expérience psychoclinicienne – sont valables quelle que soit l'origine du patient. Le Dr Bennegadi donne ensuite plusieurs exemples de moments difficiles où le patient s'enferme derrière ses rites culturels : une femme qui tombe par terre en transe, un homme qui évoque les esprits... Pour le Dr Bennegadi, il s'agit pour le soignant d'attendre et de dépasser l'étape culturelle, tout en maintenant une posture thérapeutique et en évitant l'improvisation et la fascination.

Ce positionnement du soignant ne nie pas l'existence des difficultés spécifiques et Rachid Bennegadi insiste sur l'exigence d'une formation dans ce domaine. Entre soignant et soigné, une langue en commun quelle qu'elle soit permet d'avancer. Dans ce cas, il est possible de juger le délire comme un symptôme de maladie psychique ou alors comme un ensemble de représentations permettant d'exprimer son mal-être. Il évoque un patient qui a fini par sortir du délire pour dire « j'en ai marre », « c'est la honte ! »

Sans langue commune aux interlocuteurs, la médiation culturelle devient une nécessité, mais Rachid Bennegadi plaide pour une véritable formation des médiateurs : être interprète linguistique ne suffit pas, il faut une formation d'anthropologue médical ; il faut également apprendre que se réunir à trois crée une situation différente d'un simple dialogue.

Le Dr Bennegadi termine son intervention en évoquant les problèmes sociaux et leur rapport à la maladie. Ne pas avoir de logement ou être chômeur ne rend pas schizophrène, cependant on doit aider les malades à résoudre ces problèmes pour soulager leur mal-être. Il insiste de nouveau sur la priorité d'un accès aux soins pour tous et termine avec une anecdote émouvante : ayant expliqué à un patient étranger certains thèmes de la théorie psychanalytique freudienne, celui s'est exclamé : « il faut du courage pour fouiller là-dedans ! » Le public a réagi en applaudissant chaleureusement le Dr Bennegadi.

L'Unafam 93 remercie vivement toutes les personnes qui ont œuvré à la réussite de cette belle journée. Un diaporama, une vidéo ainsi qu'un reportage d'une télé locale sont sur notre site Internet : www.unafam93.org

Café-rencontre du 11 février 2012 - Intervention de Roselyne TOUROUDE

Roselyne Touroude de l'Unafam 78 travaille dans le domaine de la formation à l'Unafam national. Elle a fait une étude sur les MDPH, et en collaboration avec la CNSA (caisse nationale de solidarité et d'autonomie) a travaillé sur les fiches complémentaires au dossier MDPH adaptées au handicap psychique. Toutes les MDPH de France peuvent se procurer ces formulaires.

Objectif de la rencontre : rendre compte du travail fait dans les MDPH par rapport à l'évaluation du handicap psychique.

La MDPH est le guichet unique d'accès pour toutes les personnes handicapées du département (adultes et enfants) faisant des demandes d'aide spécifique. Parmi ces demandes, l'allocation adulte handicapé (AAH) et pour ce qui nous concerne : le handicap psychique.

Le point de départ : la loi de février 2005 « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qui donne la définition juridique du handicap. Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité et restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne du fait d'une altération de fonction substantielle durable et ou définitive, sensorielle, mentale, cognitive, psychique d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidante.

Handicap mental : déficience intellectuelle autrement dit handicap intellectuel.

Handicap psychique : déficience (ou altération de fonction) qui va entraîner des limitations d'activités (qu'on appelait avant les incapacités) qui entraînent des restrictions de participation à la vie en société (les désavantages).

MDPH :

Ce qui est commun c'est la loi qui régit le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires, la composition de ces équipes, le fonctionnement de la commission exécutive qui gère les finances, les recrutements. Elle régit la composition et le fonctionnement des commissions des droits et de l'autonomie (CDA).

La CNSA (caisse nationale de solidarité et d'autonomie) a été chargée au bon fonctionnement et à l'harmonisation des pratiques, à l'échange des pratiques et à la mise au point d'outils.

Ces MDPH fonctionnent sous forme de GIP (groupement d'intérêt public) avec une part très importante des départements, une part de l'Etat qui se désengage de plus en plus.

Que se passe-t-il quand une personne qui sort de l'hôpital se retrouve sans ressources ? Elle peut avoir accès au RSA si elle a plus de 25 ans mais elle peut aussi avoir accès à des aides spécifiques. Elle va s'adresser à la MDPH. Elle aura à remplir un formulaire de demande Cerfa qui est très succinct avec certificat médical obligatoire (détaillé si possible).

Le formulaire de demande est très court, c'est le même pour les enfants, adolescents ou les adultes. Ce formulaire c'est la clé qui va ouvrir la porte de la MDPH. Il faudra fournir des informations complémentaires. C'est une équipe pluridisciplinaire constituée d'ergothérapeutes, d'assistantes sociales, de médecins, de psychologues qui va recevoir la demande et instruire ce dossier. Elle va évaluer les besoins de la personne. Un taux d'incapacité peut être fixé, cela dépend de la nature de la demande d'aide. L'équipe se réunit pour faire un plan personnalisé de compensation. Ces propositions sont proposées à la CDA.

Comment devons-nous remplir ce dossier ? Que devons-nous fournir pour que les dossiers soient évalués correctement ?

La loi dit qu'il y a obligation de compenser le handicap. Comment compenser le handicap psychique ?

Ne pas hésiter à demander les services que propose la MDPH : les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), le complément de ressources, la carte d'invalidité, la carte de priorité, l'accompagnement vers une formation spécifique, la prestation de compensation du handicap.

Ce qui est important pour la MDPH c'est de connaître le diagnostic mais aussi les limitations d'activités.

La MDPH utilise trois outils pour instruire le dossier :

- Le guide-barème (1993) : il décline toutes les déficiences possibles (chapitre 2, section 2, c'est celui qui nous intéresse).

Un décret de novembre 2007 reprend toutes les définitions : désavantage, déficience, incapacité...

- le GEVA sur les aptitudes et limitations d'activités,

- le référentiel d'accès à la PCH.

Nous avons présenté à la CNSA des questionnaires qui ont été validés et mis sur le site Extranet pour tous les professionnels des MDPH de France.

Dans les aides qu'une personne peut solliciter, certaines sont soumises à un taux d'incapacité (TI). Trois fourchettes de taux : moins de 50 %, entre 50 et 79 %, plus de 80 %.

Première étape, on va fixer son taux d'incapacité. C'est le rôle de l'équipe pluridisciplinaire.

Si elle a - de 50 % de TI : pas d'AAH.

Si elle a plus de 80 % de TI : ouverture automatique des droits à l'AAH, ce qui ne signifie pas que la personne va être payée par la CAF. La CAF versera l'AAH en regardant d'autres critères, celui des ressources par exemple.

Si elle a entre 50 et 79 % : on applique la RSDAE (restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi).

Ce n'est qu'au mois d'août 2011 qu'un décret a été publié définissant la RSDAE.

Pour avoir droit au complément de ressource (180 euros), il y a 3 critères :

TI à 80 % - capacité de travail inférieure à 5 % - domicile indépendant.

Souvent nos proches sont pénalisés car ils sont bien souvent dans leur famille.

Réforme de l'AAH :

La Direction générale de la cohésion sociale s'est emparée de cette question de l'attribution de l'AAH dans le but de réduire le nombre d'allocataires d'AAH. Le gouvernement a essayé en janvier 2011 une manœuvre : introduire un article supplémentaire qui donnait aux représentants de la cohésion sociale qui siègent dans les MDPH le droit de veto pour les attributions d'AAH au sein des CDA. Cet article a été retiré. Mais on assiste de nouveau à une manœuvre pour réduire l'AAH.

Il y a le décret, il y a la volonté gouvernementale de s'impliquer dans les MDPH et de siéger dans les CDA.

Pour les personnes handicapées psychiques qui sont en affection longue durée, qui n'ont pas travaillé depuis 10 ans, aucune possibilité professionnelle n'est envisagée, il est anormal que ces personnes soient maintenues à un taux entre 50 à 79 % car on va alors se demander pourquoi elles ne travaillent pas. A présent la durée d'attribution est de 2 ans maximum à compter de la demande pour les personnes qui ont un TI entre 50 et 79 %.

Les MDPH vont être encore plus engorgées car l'AAH était accordée pour 5 ans.

Cela va aboutir à un véritable acharnement administratif.

L'intérêt, pour les personnes qui sont clairement en dehors du marché de travail, est de remplir le dossier de façon à obtenir les 80 % si elles n'y sont pas hostiles.

Etre autonome c'est être capable de mettre en œuvre toute une série d'actions vis-à-vis de soi-même. L'autonomie ce n'est pas réaliser physiquement une action, ce n'est pas parce qu'elle peut marcher qu'elle est capable de se déplacer.

L'aide c'est aussi stimuler, inciter verbalement, accompagner dans l'apprentissage de la gestion des personnes qui peuvent réaliser physiquement mais sont empêchées par des troubles cognitifs et cela permet la prestation de compensation du handicap (dédommagement de l'aidant familial, rémunérer un service d'auxiliaire de vie, surcoûts liés au transport, séjours adaptés).

De nombreuses questions ont été posées dans l'auditoire. Malheureusement, à cause d'une actualité très fournie, nous n'avons pu faire qu'un compte rendu très partiel de l'intervention. L'Unafam 93 remercie vivement Roselyne Touroude pour sa gentillesse et sa compétence.

AGENDA

Groupe de parole de Neuilly-sur-Marne le samedi 2 juin à 10 h
(EPS de Ville-Evrard – 202 avenue Jean Jaurès – RDC chapelle)

Groupe de parole d'Aulnay-sous-Bois le vendredi 8 juin de 18 h 30 à 20 h 30
(78 rue Vercingétorix)

Rencontre avec le Docteur Pécot (Informations, échanges)
Le samedi 9 juin à l'hôpital Robert Ballanger secteur Psy C - Aulnay-sous-Bois

Groupe convivial de Saint-Denis le samedi 9 juin à 11 h 30
(21 rue de la République)

Groupe de parole de Montreuil le mardi 19 juin à 18 h
(35/37 avenue de la Résistance – Montreuil)

Prochaine réunion des bénévoles le jeudi 7 juin à 14 heures à l'UDAF
(16 rue Hector Berlioz – Bobigny)