



Le sujet guéri ou conforté

Après les moments de crise, la personne qui souffre de troubles mentaux reste marquée. La maladie mentale a cette spécificité de changer la façon d'être de ceux qui en ont souffert et de modifier le regard de l'entourage. Le bénéficiaire du système de soins psychiatriques apparaît maintenant comme un partenaire à part entière dans le champ des intervenants en santé mentale.

L'après est la situation de la personne qui a vécu un épisode psychiatrique plus ou moins grave. Ce moment de crise psychopathologique et existentielle a pu évoluer de façon variable. Le devenir est très différent entre la décompensation anxio-dépressive se résolvant facilement avec une aide ambulatoire jusqu'à la grande désorganisation psychotique qui va nécessiter une hospitalisation sous contrainte.

Mais quelle que soit l'importance des troubles, la personne aura toujours vécu un moment très particulier. Évoquons simplement ces expériences de souffrance psychique qui, dans l'angoisse, conduisent à interroger douloureusement le sens de la vie, à s'approcher de la mort, à prendre le vertige de la folie, à se retrouver seul, victime et désemparé. Tout ceci amène à réaménager ses positions internes et ne sera pas sans conséquence au niveau de la vie familiale et des situations de rejet ou à l'inverse d'hyperprotection. La vie professionnelle ou les études seront également menacées avec des interruptions prolongées, voire des ruptures. La vie sociale va se retrouver amputée et

rétrécie : manque d'argent, perte d'un logement, perte de l'envie de rencontrer et d'échanger. Ajoutons à cela les nécessités de poursuivre des soins, de vivre avec une médication parfois mal tolérée...

Pour l'entourage, l'épreuve est souvent lourde. Il lui faut affronter les grandes désorganisations, l'étrangeté des conduites et des propos, les risques de mort, la violence, la décision nécessaire d'hospitalisation et la peur de la rechute.

Les difficultés pour la personne

Nous allons surtout considérer les difficultés tenant aux troubles qui évoluent au long cours et pour lesquels il est essentiel de trouver les réponses adaptées aux déficiences, incapacités et désavantages décrits dans la CIH (classification internationale des handicaps) issue des travaux de Ph. Wood dans les années soixante-dix.

Cette classification permet de repérer les conséquences à long terme de la maladie sur la vie de l'individu.

Les déficiences correspondent à différentes altérations : des déficiences intellectuelles, de la conscience et de l'état de veille, de la perception et de l'attention, des fonctions émotives et volitionnelles, du comportement, du langage et de la parole.

Pour approcher les incapacités, on relève les réductions observées dans l'accomplissement d'une activité fonctionnelle ou d'un comportement, particulièrement dans la vie quotidienne. Ceci peut porter sur les relations, la communication, les soins corporels...

Le désavantage social, quant à lui, évalue le préjudice qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal ; il reflète les conséquences culturelles, sociales, économiques et environnementales. Il illustre l'adaptation et l'interaction de l'individu avec son milieu. Il est alors question des désavantages d'orientation, d'indépendance physique, de mobilité, d'occupations, d'intégration sociale ou d'indépendance économique.

Ce modèle d'approche de la maladie et de ses conséquences est particulièrement précieux dans le champ de la santé mentale dans la mesure où il montre qu'il n'y a pas de frontière entre les divers plans d'expérience et qu'il y a possibilité d'interaction entre les plans. Ceci permet de limiter les coupures habituelles entre sanitaire et social, entre maladie et handicap.

En pratique : quelques données

Plusieurs travaux ont cherché à préciser quelle était la situation réelle de ces personnes et plus particulièrement des psychotiques dont les troubles sont les plus invalidants.

En 1991, l'Unafam a réalisé une enquête auprès de ses adhérents (1 884 réponses) : 91 % des personnes concernées font état de l'évolution d'un syndrome schizophrénique, 25 % d'entre elles vivent en institution sanitaire ou sociale, 66 % perçoivent l'allocation aux adultes handicapés et une mesure de protection est relevée dans 37 % des cas. Seuls 19 % exercent une activité professionnelle.

En 1993, une enquête dans les secteurs de psychiatrie générale montre que le diagnostic de schizophrénie est porté chez 23 % du total des patients et la solitude touche 35 % d'entre eux alors que 21 % seulement travaillent.

Un dernier travail conduit par G. Vidon in-

Quelques perspectives

Après le moment de crise ou de désorganisation, nécessitant le plus souvent un accueil et des soins spécifiques (parfois dans une institution à temps plein ou temps partiel), il faudra proposer plusieurs modalités d'aide et de soins.

Il sera parfois envisagé des soins de réadaptation sous forme d'une admission dans un foyer de post-cure, un accueil familial, un atelier thérapeutique... Plus tard viendra le moment de parler de travail protégé, d'appartement associatif, de mesures de protection, de clubs...

Toute cette stratégie ne pourra prendre sens que si est mis en place un accompagnement soignant à même d'évaluer quel cheminement est possible. À défaut, la personne est exposée aux situations d'impasse, de dépendance voire au suicide.

Agir au niveau de la personne ne saurait suffire, l'entourage doit être soutenu, il doit pouvoir rencontrer d'autres familles qui vivent les mêmes épreuves. La société doit également s'interroger et des actions à destination du grand public, comme la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) qui se tient chaque année, peuvent contribuer à modifier les représentations des maladies mentales. Les généralistes doivent avoir la possibilité de s'engager dans un travail de réseaux, les patients trouver un soutien solidaire dans les associations d'usagers.

Tous ces dispositifs veulent éviter la désinsertion des personnes et favoriser la réhabilitation de ceux qui sont les plus désavantagés. L'accompagnement est le levier essentiel d'une stratégie d'insertion pour développer une position active qui évite l'assistance et recherche la production de lien social.

Clément Bonnet

dique que les schizophrènes de l'étude sont célibataires dans 81 % des cas, sous protection juridique dans 39 %, la moitié sont très seuls avec pour activité sociale principale la fréquentation des cafés !

Au total ces enquêtes montrent l'importance des incapacités et des désavantages et obligent à imaginer les réponses sanitaires et sociales nécessaires pour permettre à ces personnes de vivre avec la plus grande autonomie possible.

Clément Bonnet